

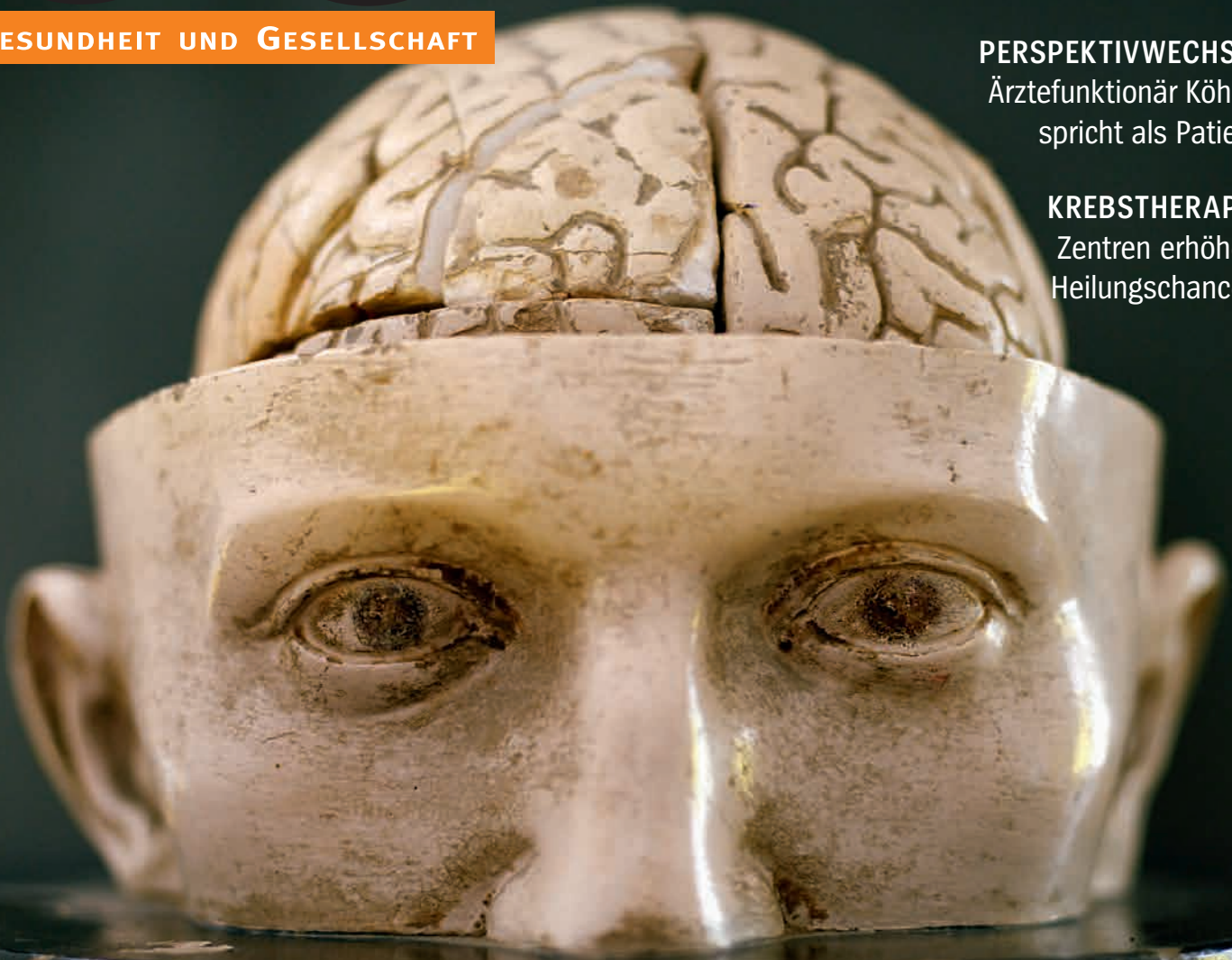
Das AOK-Forum für Politik, Praxis und Wissenschaft
Ausgabe 3/2015, 18. Jahrgang



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

PERSPEKTIVWECHSEL
Ärztfunktionär Köhler
spricht als Patient

KREBSTHERAPIE
Zentren erhöhen
Heilungschancen



Modelle fürs Medizinstudium

Wie Ärztinnen und Ärzte ihr
Handwerk noch besser lernen

Gesundheitsgesetze auf einen Blick: www.aok-reformdatenbank.de

Die Pressestellen der AOK

Gesundheit ist unser Thema!

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

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

AOK-BUNDESVERBAND

Pressesprecher: Dr. Kai Behrens
Stellvertretende Pressesprecherin: Gabriele Hauser-Allgaier
Pressereferent: Michael Bernatek
Pressereferent: Nils Franke

Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin
kai.behrens@bv.aok.de
gabriele.hauser-allgaier@bv.aok.de
michael.bernathek@bv.aok.de
nils.franke@bv.aok.de

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

AOK BADEN-WÜRTTEMBERG

Hauptverwaltung
Pressesprecher: Kurt Wesselsky

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

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

AOK BAYERN – DIE GESUNDHEITSKASSE

Zentrale
Pressesprecher: Michael Leonhart

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

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

AOK BREMEN/BREMERHAVEN

Pressesprecher: Jörn Hons

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

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

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN

Direktion
Pressesprecher: Ralf Metzger

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

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

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR NIEDERSACHSEN

Direktion
Pressesprecher: Carsten Sievers

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

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

AOK NORDOST – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecherin: Gabriele Rähse

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

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

Region Mecklenburg-Vorpommern
Pressereferent: Markus Juhls

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

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

AOK NORDWEST – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: Jens Kuschel

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

Tel. 0231/4193-10145

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

Tel. 0431/605-21171

AOK RHEINLAND/HAMBURG – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: André Maßmann

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

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

Region Hamburg: Pressesprecherin Antje Meyer

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

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

AOK RHEINLAND-PFALZ/SAARLAND – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressereferent: Jan Rößler

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

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

AOK PLUS – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR SACHSEN UND THÜRINGEN

Pressesprecherin: Hannelore Strobel

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

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

Sitz Erfurt
Stellvertretender Pressesprecher: Jürgen Frühauf

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

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

AOK SACHSEN-ANHALT – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: Andreas Arnsfeld

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

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

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

www.aok-presse.de

AOK
Die Gesundheitskasse.

Stress ist Chefsache

Zeitdruck, ständige Erreichbarkeit, Überstunden – Arbeit kann krank machen. Um psychischen Störungen vorzubeugen, sollte der Gesetzgeber eine Anti-Stress-Verordnung auf den Weg bringen, meint Gewerkschafterin **Annelie Buntenbach**.

Die Zahl der Krankheitstage wegen Burnout ist innerhalb von acht Jahren um das Achtzehnfache gestiegen. Die Fehltagewegen psychischer Erkrankungen haben dramatisch zugenommen. Fast die Hälfte der Neuzugänge in die Erwerbsminderungsrente geht auf psychische Erkrankungen zurück. Hinter diesen Schlaglichtern steht großes Leid für die Betroffenen und ihre Angehörigen. Die Zunahme psychischer Erkrankungen verursacht aber auch immense Kosten im Gesundheitswesen, für die Betriebe und für die Gesellschaft.

Glücklicherweise reden wir heute offener über psychische Belastungen in der Arbeitswelt. Was früher häufig als persönliches Problem galt, wird heute meist auch als strukturelles Problem erkannt. Das immerhin ist eine

gute Nachricht. Die weniger gute Nachricht: Stress bei der Arbeit nimmt zu. Nahezu zwei Drittel der Beschäftigten sagen, dass sie seit Jahren immer mehr in der gleichen Zeit leisten müssen, viele fühlen sich gehetzt. Am stärksten belasten hoher Termin- und Leistungsdruck, die Erledigung verschiedener Arbeiten gleichzeitig oder häufige Störungen. Das schadet nicht nur der Psyche, sondern dem ganzen Körper. Herzprobleme, Rückenschmerzen und Diabetes sind oft die Folge.

Um Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer vor solchem Druck besser zu schützen, ist eine Anti-Stress-Verordnung ein erster überfälliger Schritt. Außerdem müssen Beschäftigte stärker Einfluss nehmen können auf die Gestaltung der Arbeitsbedingungen – über Betriebs- und Personalräte oder direkt. Denn sie wissen am besten, wo sich etwas ändern muss. Nach dem Report 2014 des „DGB-Index Gute Arbeit“ arbeiten fast 60 Prozent der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer länger als in ihrem Arbeitsvertrag vereinbart. Jeder vierte Beschäftigte leistet pro Woche mehr als fünf Überstunden. Wenn Überstunden ständig anfallen oder der Arbeitgeber sie sogar einkalkuliert, läuft organisatorisch etwas falsch. Auch ohne Überstunden entsprechen lange Arbeitszeiten meist nicht dem

Beschäftigte müssen mehr Einfluss auf die Arbeitsbedingungen haben.

Wunsch der Vollzeit-Beschäftigten: Zwei Drittel von ihnen würden die Arbeitszeit gerne reduzieren. Darüber hinaus kann Führungsverhalten zum Stressfaktor werden. Bei der DGB-Index-Befragung gab jeder Dritte an, mit widersprüchlichen Anforderungen konfrontiert zu werden. Knapp 40 Prozent denken, dass Vorgesetzte die Arbeit schlecht planen oder Mitarbeiter nicht rechtzeitig informieren.

Arbeitszeiten und Führungskultur sind traditionelle Gestaltungsfelder zwischen Arbeitgebern und Gewerkschaften. Relativ neu sind Entwicklungen, die mit der Digitalisierung einhergehen. Mit dem Mobiltelefon ist man fast überall erreichbar, in vielen Berufen kann überall gearbeitet werden. Diese Freiheit birgt Risiken. Wer am Arbeitsplatz ständig kontrolliert wird, hat Stress. Die Mechanismen sind dabei vielfältig. Es kann der regelmäßige, automatische Screenshot am Computer-Arbeitsplatz sein oder die laufende Dokumentation des Aufenthaltsortes. Die Digitalisierung macht's möglich. Dazu zählt auch, sich und seine Arbeit ständig bewerten zu lassen, von Auftraggebern oder Kunden. Das erfolgt häufig anonym und ohne jede Möglichkeit, sich zu erklären oder etwas zu überarbeiten.

Über diese „schöne neue Welt“ sollten wir diskutieren, damit wir die Chancen nutzen und die Risiken in den Griff bekommen. Wegweisend sind etwa Vereinbarungen, die das Recht auf Nichterreichbarkeit vorsehen. Diese Vereinbarungen machen eine Anti-Stress-Verordnung aber nicht überflüssig, denn die Arbeitgeber tun hier immer noch zu wenig. Das traurige Ergebnis der Index-Befragung: Trotz gesetzlicher Verpflichtung der Arbeitgeber geben nur neun Prozent der Beschäftigten an, es habe eine Gefährdungsbeurteilung stattgefunden, bei der auch psychische Belastungen eine Rolle gespielt haben. Klar ist auch: Wir müssen Netzwerke der unterschiedlichen Akteure bilden, um dieses Feld gestalten zu können. Dazu muss es auch im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung flankiert werden. Also: Es bleibt noch viel zu tun. ■



Annelie Buntenbach, geboren 1955, ist seit 2006 Vorstandsmitglied des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB). Buntenbach studierte in Bielefeld Geschichte und Philosophie für das Lehramt. Sie ist seit 1982 Mitglied der Grünen. Von 1994 bis 2002 war sie Bundestagsabgeordnete von Bündnis 90/Die Grünen. Sie ist alternierende Vorsitzende des Verwaltungsrates der Bundesagentur für Arbeit und alternierende Vorsitzende des Bundesvorstands der Deutschen Rentenversicherung Bund. Annelie Buntenbach liest Krimis, macht Urlaub in Südfrankreich, ist verheiratet und wohnt in Bielefeld.

Kontakt:
Christina.Sonnenfeld@dgb.de

Am eigenen Leib



H.-B. Henkel-Hoving,
Chefredakteur

Es ist noch nicht lange her, da war Andreas Köhler einer der mächtigsten Menschen im Gesundheitswesen. Als Vorstandschef der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vertrat er die Interessen der mehr als 150.000 niedergelassenen Mediziner und Psychotherapeuten. Stritt für höhere Honorare, bessere Arbeitsbedingungen und die Freiheit eines stolzen Berufsstandes. Doch seit November 2013 ist alles anders im Leben von Andreas Köhler.

Damals erleidet der Kassenarztfunktionär einen schweren Herzinfarkt, muss zweimal reanimiert werden. Wenige Monate danach tritt Andreas Köhler von seinem Amt als KBV-Chef zurück und macht seitdem im wahrsten Sinne des Wortes am eigenen Leib Erfahrungen mit dem Medizinbetrieb. **Etwa die, dass seine Ärzte nach dem Klinikaufenthalt die Medikation nicht ausreichend aufeinander abstimmen** und der 54-Jährige deshalb unter starkem Nasenbluten gelitten hat.

Im Interview mit meinem G+G-Kollegen Thomas Hommel schildert Andreas Köhler nicht nur solche Erlebnisse, sondern zieht auch gleich gesundheitspolitische Schlussfolgerungen daraus: Mehr Koordination bei der Therapie lautet das Credo von Köhler, der als Ehrenpräsident eines fachärztlichen Berufsverbandes wieder auf der Berliner Bühne unterwegs ist.

Der Standesvertreter aus Leidenschaft kann es eben doch nicht ganz lassen, wirkt aber im Gespräch zugleich „viel gelassener und nahbarer“ (O-Ton Hommel) als zu KBV-Zeiten. Und hält an lieben Gewohnheiten fest: Ganz wie bei früheren Presseterminen steht beim G+G-Interview eine Flasche „Cola light“ in Griffweite.

Eine anregende Lektüre wünscht Ihnen



Schildert offen seine Erlebnisse als Patient: Dr. Andreas Köhler (rechts) im Gespräch mit Thomas Hommel.

MAGAZIN

14 KLINIKUMBAU ERHÖHT DIE QUALITÄT

Der neue Krankenhaus-Report belegt: Den stationären Sektor so zu reformieren, dass nicht jede Klinik alles macht, verbessert die Güte der Versorgung.

Von Maria Sinjakowa

16 WENIGER PAPIERKRAM IN DER PFLEGE

Pflegende beklagen, dass die Pflegedokumentation viel zu viel Zeit kostet. Das Bundesgesundheitsministerium will den Aufwand dafür nun verringern.

Von Christiane Lehmacher-Dubberke

18 MIT STRAHLEN GEGEN AMPUTATIONEN

Ein Arterienverschluss im Bein kann zum Verlust des Körperteils führen. Dies lässt sich mit einer neuartigen Behandlung verhindern.

Von Thomas Hommel

19 DATENKLAU PER MAUSCLICK

Kriminelle Machenschaften via Internet nehmen zu. Kassen und Ärzte müssen sich davor schützen, wie Sicherheitsexperten auf einer Tagung deutlich machten.

Von Thomas Hommel

20 NETZWERK FÜR EPILEPSIE-PATIENTEN

Keine Vorab-Genehmigung, kurze Abrechnungswege: Ein neuer Vertrag erleichtert es deutschen Epilepsie-Patienten, sich im Elsass stationär behandeln zu lassen.

Von Rainer Baudermann

21 „DEPRESSION KANN JEDEN TREFFEN“

Außenstehende können schwer nachvollziehen, wie Menschen mit Depression ihre Krankheit erleben, sagt Psychiater Axel Schmidt. Deshalb dreht er einen Film über den Alltag der Erkrankten.



22

Ärzte-Ausbildung:
Was in den Lehrplänen
steckt und was fehlt

TITEL

22 ZWISCHEN HÖRSAAL UND KRANKENBETT

Mehr Theorie oder mehr Praxis – über den besten Weg zur Approbation streiten sich Politik und Verbände. Modellstudiengänge bringen beides unter einen Hut.

Von Florian Staeck

THEMEN

30 „WIE TARZAN IM MEDIZINDSCHUNDEL“

Erst Arzt, dann Standesvertreter und jetzt auch Patient: Andreas Köhler erlebt den Medizinbetrieb hautnah und benennt im G+G-Interview Schwachstellen. Eine davon: Es fehlt an einer vernetzten Versorgung.

34 ZUR TOP-THERAPIE INS ZERTIFIZIERTE ZENTRUM

Die stationäre Behandlung in zertifizierten Zentren zu bündeln, steigert die Qualität der Versorgung. Bei Brust- und Darmkrebs ist das schon heute der Fall.

Von S. Wesselmann, C. Mostert, J. Bruns und J. Malzahn

RUBRIKEN

- 9 **Rundruf** Cannabis auf Kassenkosten?
- 13 **Kommentar** Baustelle Klinikhygiene
- 42 **Recht** Prüfauftrag: Auf den Absender kommt's nicht an
- 44 **AOK-Notizen** Aktuelles aus Bund und Ländern
- 46 **Service** Bücher, Termine und mehr
- 48 **Debatte** Gleiche Karrierechancen für Ärztinnen
- 49 **Nachlese** Briefe an die Redaktion
- 49 **Impressum** Wer steckt hinter G+G?
- 50 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen



30

Interview: Was Andreas Köhler als Patient passiert ist und welche Schlüsse er daraus zieht



34

Stationäre Versorgung: Was für die Behandlung in zertifizierten Zentren spricht

LEBENSMITTEL

Forscher stoppen Verschwendung

Rund 2,7 Tonnen Brot und Backwaren bleiben jede Woche in deutschen Bäckereien unverkauft in den Regalen liegen. Ein Großteil wandert in Biogasanlagen oder in den Müll. Durch unverkaufte Backwaren verliert eine Bäckerei wöchentlich rund 15.700 Euro, so das Ergebnis eines zweijährigen Forschungsprojektes der Fachhochschule Münster. Ziel war es, die Verschwendung von Brot und Backwaren zu reduzieren. Sechs Bäckereien in Nordrhein-Westfalen hatten sich am Projekt beteiligt. „Dass Lebensmittel bei uns verschwendet werden, ist angesichts der Not andernorts nicht hinnehmbar“, sagte Projektleiter Professor Dr. Guido Ritter, Oecotrophologe am Institut für Nachhaltige Ernährung und Ernährungswirtschaft. Sein Team erarbeitete gemeinsam mit Bäckereien Vorschläge, um Verschwendung zu bekämpfen. Als wichtiger Hebel stellte sich der Bestellprozess heraus. ■

EUROPA

Sicherheitslogo für Apotheken

Versandapotheken in Europa müssen ab der zweiten Jahreshälfte 2015 ein neues Sicherheitslogo auf ihre Internetseite stellen. Das hat die EU-Kommission in einer sogenannten Durchführungsverordnung beschlossen, mit der neue technische Anforderungen zur Überprüfung der Echtheit von Online-Apotheken in den EU-Mitgliedstaaten etabliert werden. Alle Versandapotheken werden in ein nationales Register eingetragen. In Deutschland listet



Wenn Bäckereien ihr Bestellsystem verbessern, landet weniger Brot im Müll.

das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) alle zugelassenen Online-Apotheken auf. ■

VERHÜTUNG

Keine Werbung für Pille danach

Die künftig rezeptfreie „Pille danach“ soll für junge Frauen weiter kostenlos verfügbar sein und nicht kommerziell beworben werden dürfen. Der Gesundheitsausschuss des Bundestages billigte einstimmig einen entsprechenden Änderungsantrag von Union und SPD. Die EU-Kommission hatte Anfang 2015 das Notfallverhütungsmittel mit dem Wirkstoff Ulipristalacetat aus der Rezeptpflicht entlassen. Daraufhin entschied die Bundesregierung, auch die „Pille danach“ mit dem Wirkstoff Levonorgestrel rezeptfrei abzugeben. Um jungen Frauen die Notfallverhütung weiterhin kostenlos zur Verfügung zu stellen, wird nun das Gesetz geändert. Die neue Ausnahmeregelung sieht vor, dass Frauen bis zum vollendeten 20. Lebensjahr weiterhin Anspruch auf Übernahme der Kosten für nicht verschreibungspflichtige Notfallkon-

trazeptiva haben. So übernehmen die Kassen auch in Zukunft die Kosten für junge Frauen, sofern eine ärztliche Verordnung vorliegt. Mit der „Pille danach“ kann nach einer missglückten oder ausgebliebenen Verhütung eine Schwangerschaft noch Tage nach dem Geschlechtsverkehr verhindert werden. ■

MEHR INFOS:

Bundestagsdrucksache
18/3699

ZUWANDERER

Neues Portal erklärt die GKV

Damit sich Zuwanderer schneller in Deutschland zu rechtfinden, hat die AOK eine Informationsplattform entwickelt, die sich schon vom Heimatland aus nutzen lässt.

Unter healthinsurance-germany.com wird in sieben Sprachen – Englisch, Türkisch, Russisch, Polnisch, Italienisch, Spanisch und Rumänisch – das hiesige Gesundheitswesen erklärt. Auf der Seite werden wichtige Akteure und Leistungen der gesetzlichen Krankversicherung vorgestellt. „Unser Gesundheitssystem ist sehr leistungsstark, oft aber auch etwas unübersichtlich. Mit unserem mehrsprachigen Portal bieten wir neuen Mitbürgern die Chance, sich frühzeitig über das Sozialversicherungssystem hierzulande zu informieren. Beim Umzug kann dies den Einstieg erleichtern und Sicherheit vermitteln“, sagte Jürgen Graalman, Vorstandschef des AOK-Bundesverbandes. 2013 kamen knapp 1,2 Millionen Migranten nach Deutschland. ■

kurz & bündig

+++ GRIPPE: Im Jahr 2013 wurden laut Statistischem Bundesamt in Deutschland 14.027 Personen aufgrund einer Grippe vollstationär im Krankenhaus behandelt – das waren 9.000 Fälle mehr als im Jahr zuvor.
+++ CANNABIS: 382 Patienten können in Deutschland derzeit Cannabis legal als Schmerzmittel einsetzen, so das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. An der Spitze liegt Nordrhein-Westfalen mit 93 Patienten.
+++ SELTENE ERKRANKUNGEN: Mehr als vier Millionen Menschen in Deutschland leiden an sogenannten seltenen Erkrankungen. Die EU definiert als seltenes Leiden eines, das lebensbedrohend ist und von dem nicht mehr als fünf von 10.000 Personen betroffen sind.



Wir sind immer zu gebrauchen

Der komplette G+G-Jahrgang 2014 mit allen Extras



Haben Sie sie noch alle beieinander – die 11 G+G-Hefte des Jahres 2014? Wenn nein: Wir bieten Ihnen den kompletten Jahrgang 2014 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 11/2014 „Mit neuem Schwung“

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

- den kompletten G+G-Jahrgang 2014 gebunden für 30 Euro (inkl. MwSt. zzgl. Verpackung und Versand)
- den G+G-Einband 2014 für 12 Euro (inkl. MwSt. zzgl. Verpackung und Versand)



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

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

KomPart
Ihr KommunikationsPartner

KRANKENPFLEGE
Stellenzuwachs entlastet nicht

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes ist die Zahl der Belegungstage im Krankenhaus von 2007 bis 2013 um 1,1 Prozent von 142,9 Millionen auf 141,3 Millionen zurückgegangen. Im gleichen Zeitraum stieg die Zahl der auf Vollzeit umgerechneten Stellen im Pflegedienst von 298.300 auf 316.300. Das ist ein Plus von sechs Prozent. Gemessen an den Belegungstagen ist die Pflegepersonalbelastung in den fünf Jahren rein rechnerisch um knapp sieben Prozent gesunken. Trotzdem berichten viele Pflegekräfte über höhere Arbeitsdichte und steigenden Zeitdruck, wie aktuelle Studien belegen. Eine Befragung der Universität Duisburg-Essen ergab, dass die verfügbare Zeit des Personals und eine dünne Personaldecke zur Rationierung von Krankenhausleistungen und zu Qualitätsverlust führen können. So waren nur 21 Prozent der befragten Pflegedienstleiter der Ansicht, dass das Pflegepersonal sämt-

Zitat des Monats

Karikaturen sind geistige Akupunktur ohne therapeutische Absicht.

Ronald Searle (1920–2011), britischer Zeichner und Karikaturist

liche erforderlichen Pflegeleistungen immer erbringen können. Die Mehrheit dagegen erklärte, es sei nicht auszuschließen, dass aufgrund einer zu hohen Arbeitsbelastung Mängel in der Patientenversorgung auftreten könnten. ■

BILANZ
IGeL-Angebote in der Kritik

Jeder zweite Patient bekommt beim Arztbesuch Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) angeboten. Die meisten dieser Selbstzahlerleistungen haben laut wissenschaftlicher Bewertung des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes (MDS)

jedoch keinen nachweisbaren Nutzen. Manche schaden sogar. Um Versicherten eine fundierte Entscheidungshilfe zu bieten, betreibt der MDS seit drei Jahren das Internet-Portal igel-monitor.de. Zwei Millionen Patienten hätten bislang darauf zurückgegriffen, teilte MDS-Geschäftsführer Dr. Peter Pick in Berlin mit. „An ruhigen Tagen informieren sich bis zu 1.500 Besucher über die Selbstzahlerleistungen, an Boom-Tagen sind es bis zu 10.000.“ Mit dem Portal bringe der MDS „Transparenz in einen undurchsichtigen Markt“, sagte Pick. Im IGeL-Monitor sind inzwischen 37 IGeL beschrieben und bewertet. Das Spektrum reicht vom Ultraschall der Eierstöcke zur Stoßwellentherapie gegen Fersenschmerz. ■

len die chronische koronare Herzkrankheit und der akute Myokardinfarkt zu den häufigsten Todesursachen. Zur Behandlung werden Herzkatheter zur diagnostischen Koronarangiographie oder zur therapeutischen PCI eingesetzt. Im Jahr werden über 800.000 Koronarangiographien und PCI in mindestens 844 Linksherzkatheterlaboren erbracht. „Anlass für das neue, sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren waren Hinweise auf sektoral und regional unterschiedliche Qualitätsverbesserungspotenziale“, so Dr. Regina Klakow-Franck, Vorsitzende des Unterausschusses Qualitätssicherung im GBA. ■

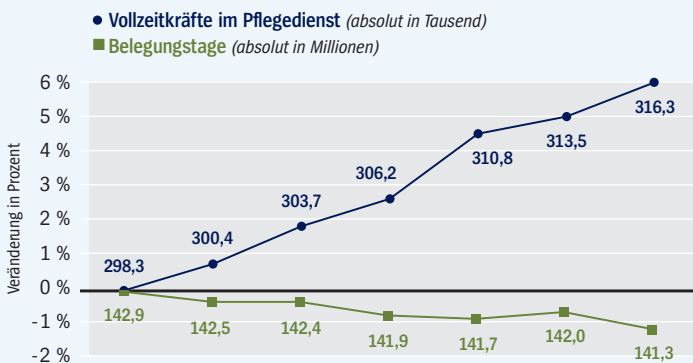
KLINIKBEWERTUNG
Pflegedienst als Visitenkarte

Pflegekräfte sind das wichtigste Aushängeschild für ein Krankenhaus. Das ergab eine Auswertung der Münchener Kommunikationsberatung Engel & Zimmermann AG von mehr als 10.000 Einträgen im Krankenhaus-Bewertungsportal klinikbewertungen.de. Wird ein Klinikaufenthalt von den Betroffenen oder Angehörigen als positiv empfunden, liegt dies vor allem an der Qualität der Pflege. Erst danach folgen die wahrgenommene medizinische Kompetenz und das zugewandte Auftreten des Arztes. Das Essen, die Zimmerausstattung und die wahrgenommene Hygiene spielen dagegen nur eine untergeordnete Rolle. Sind Patienten mit ihrem Aufenthalt unzufrieden, liegt das vor allem an der medizinischen Leistung. In diesen Fällen bemängeln sie beispielsweise, dass der Schmerz trotz Eingriff nicht verschwunden sei. ■

HERZKATHETER
Mehr Sicherheit bei Operationen

Die Behandlungsqualität bestimmter Eingriffe mit einem Herzkatheter – der Koronarangiographie und der perkutanen Koronarintervention (PCI) – soll ab 2016 ambulant wie stationär gesichert sein. Einen entsprechenden Beschluss fasste jetzt der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA). In Deutschland zäh-

Kliniken: Mehr Personal, weniger Belegungstage



In deutschen Kliniken gab es im Jahr 2013 auf Vollzeit umgerechnet insgesamt 316.300 Pflegedienst-Stellen (ohne Leasingkräfte). Das entspricht gegenüber 2007 einem Zuwachs von rund sechs Prozent. Die Zahl der Belegungstage ist im selben Zeitraum hingegen gesunken – von 142,9 auf 141,3 Millionen.

Quelle: Statistisches Bundesamt; www.blickpunkt-klinik.de

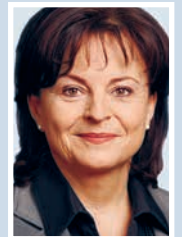
Cannabis auf Kassenkosten?

Schwerstkranke dürfen in Deutschland bislang nur selten Cannabis-Präparate zur Schmerztherapie nutzen. Und wenn, dann müssen sie diese selber bezahlen. Sollen die Krankenkassen dafür aufkommen?



CLAUDIA ROTH (*Bündnis 90/Die Grünen*), Vize-Präsidentin des Deutschen Bundestages: Cannabis-Präparate sollten für schwerkranke Patienten, denen sie nachweislich zur Linderung ihrer Leiden helfen, kostenfrei zugänglich sein. Außerdem sollte diesen Patienten die Möglichkeit zum straf-freien Eigenanbau von Cannabis gegeben werden. Im Moment bekommen leider viel zu wenige schwerkranke Patienten die Kostenübernahme von Cannabis-Präparaten von ihrer gesetzlichen Krankenkasse bewilligt. Wir hoffen, dass die Bundesregierung zu einer klugen und guten Regelung für schwerkranke Patienten gelangt.

MARLENE MORTLER (*CSU*), Drogenbeauftragte der Bundesregierung: Künftig sollten mehr schwerkranke Menschen als bisher Cannabis als Medizin erhalten können. Ich sehe hier noch medizinischen Bedarf für eine Ausweitung der bislang bestehenden Möglichkeiten. Für schwerkranke Patienten sollten die Kosten von den Krankenkassen erstattet werden. Unser herausragendes Gesundheitssystem kann sich so etwas leisten. Klar ist aber auch, dass wir eine saubere Abgrenzung brauchen. Nur diejenigen sollen Cannabis als Medizin bekommen, die das dringend brauchen. Es geht ausdrücklich nicht darum, den Einstieg in die Legalisierung einer illegalen Droge zu ermöglichen, sondern um die Möglichkeit der Erstattung dieser rezeptpflichtigen Arzneimittel.



JENS SPAHN, stellvertretender Vorsitzender der CDU/CSU-Bundestagsfraktion: Cannabis auf Rezept und von der Kasse bezahlt ist für bestimmte Patientengruppen sicher sinnvoll. So helfen wir schwerkranken Menschen mit Schmerzen. Das ist besser, als wenn sich jetzt jeder im Einzelfall gerichtlich das Recht auf Anbau im eigenen Garten erstreitet. Das wäre Wildwuchs im wahrsten Sinne des Wortes. Wichtig ist aber auch, dass das keine „Vorstufe“ einer generellen Freigabe der Droge ist. Cannabis ist und bleibt gerade für Jugendliche und junge Erwachsene eine Droge, die viel Schaden anrichten kann, sozial und gesundheitlich. Auch bei anderen Rauschmitteln lässt das Betäubungsmittelrecht zur medizinischen Nutzung Ausnahmen zu. Dies soll auch für Cannabis gelten.

PROFESSOR DR. KARL LAUTERBACH, stellvertretender Vorsitzender der SPD-Bundestagsfraktion: Ja, Cannabis zur Therapie schwerkranker Schmerzpatienten und die Kosten-erstattung durch die Krankenkassen sind sinnvoll. Kranke, die eine Berechtigung haben, können Cannabis dann per Rezept erhalten. Es geht um eine kleine Gruppe von Patienten, der alle anderen Medikamente und Therapien nicht ausreichend helfen. Die Abgabe durch die Apotheke ist eine sichere Lösung. Auf diese Weise lässt sich kontrollieren, welcher Patient Cannabis bekommt, und die Qualität des Wirkstoffes selbst ist sichergestellt. Das darf aber nicht der Versuch sein, jetzt durch die Hintertür Cannabis zu legalisieren.



MENOPAUSE Sieben Jahre Hitzewallungen

Hitzewallungen und Schweißausbrüche, typische Begleiter in den Wechseljahren einer Frau, dauern offenbar länger als bislang angenommen. Diesen Schluss legt die sogenannte SWAN-Studie („Study of Womens Health

haben oder jemand in ihrem Umfeld von Arbeitslosigkeit betroffen ist. Das geht aus einer Studie der Universität Zürich mit Daten aus 63 Ländern hervor. Die in der Online-Ausgabe der Zeitschrift „The Lancet Psychiatry“ veröffentlichte Analyse zeigt auch, dass die Zahl aller Suizide, die in der Finanzkrise im Jahr 2008 direkt oder indirekt mit der Arbeitslosenrate im Zusammenhang standen, neunmal so hoch ist wie bislang angenommen. ■

REGISTER Vergütungen für Daten zu Krebs

Derzeit befinden sich in Deutschland flächendeckend klinische Krebsregister im Aufbau. Als wichtiger Schritt wurde nun festgelegt, wie hoch die Vergütung ist, die die Krankenkassen demjenigen bezahlen, der Angaben zur Diagnose und Behandlung von an Krebs erkrankten Patienten an ein solches Register macht. Meldet eine Klinik, ein Arzt oder Zahnarzt Daten zur Tumordiagnose eines Patienten, so erhält das Krankenhaus beziehungsweise der Arzt oder Zahnarzt dafür vom Krebsregister 18 Euro. Das Register wiederum wird von der Kasse des Patienten bezahlt. Neben der Tumordiagnose müssen auch Daten zum Krankheitsverlauf gemeldet werden. Hierfür ist eine Vergütung von acht Euro vorgesehen. Für Meldungen über eine Krebstherapie sind fünf Euro vorgesehen, für Meldungen der Ergebnisse von Pathologieuntersuchungen vier Euro. ■

Across the Nation“) nahe. Für ihre Analyse befragten US-Forscher 1.449 Frauen im Alter zwischen 42 und 52 Jahren an 13 verschiedenen Terminen während einer Beobachtungszeit von im Mittel 12,7 und maximal 17,2 Jahren zu ihren Beschwerden, zu psychologischen Symptomen und zum Allgemeinzustand. Fazit: Insgesamt hatten die Teilnehmerinnen im Schnitt 7,4 Jahre lang mit Hitzewallungen und anderen Beschwerden zu kämpfen. Nach der letzten Regelblutung vergingen im Schnitt 4,5 Jahre, bis die Beschwerden verschwanden. ■

STUDIE Viele Suizide wegen Erwerbslosigkeit

Mehr als 45.000 Menschen nehmen sich jedes Jahr das Leben, weil sie keine Arbeit

PFLEGESTANDARD

Senioren vor Stürzen bewahren

Die Probephase des Expertenstandards „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ hat begonnen. Insgesamt beteiligen sich daran 45 stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen sowie ambulante Pflegedienste in unterschiedlicher Trägerschaft. Ziel ist es, die Praxistauglichkeit und Wirksamkeit des ersten Expertenstandards zu testen sowie die damit verbundenen Kosten zu ermitteln. Den Auftrag, den ersten Expertenstandard nach neuen Vorgaben zu entwickeln, erhielt im März 2013 das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege in Osnabrück. ■

MEHR INFOS:

www.dnqp.de

QUALITÄTSSICHERUNG

Klinikketten bündeln Kräfte

Große Klinikketten in Deutschland – darunter Sana und Helios – rücken beim Thema Qualitätssicherung enger zusammen. Anfang Februar gaben die Initiative Qualitätsmedizin (IQM) und die Initiative Qualitätskliniken.de die Gründung einer gemeinsamen Dachorganisation bekannt. Beide Qualitätsinitiativen vertreten nach eigenen Angaben rund 450 Krankenhäuser in öffentlicher, kirchlicher, universitärer und privater Trägerschaft. „Beide Initiativen ergänzen sich mit ihren unterschiedlichen methodischen Erfahrungen hervorragend“, sagte Sana-Chef Dr. Michael Philippi, der auch Vertreter der Gesellschafter von Qualitätskliniken.de ist. ■

Köpfe und Karrieren



+++ FRANK PLATE, 54, ist neuer Präsident des Bundesversicherungsamtes (BVA). Der Jurist trat die Nachfolge von Dr. Maximilian Gaßner an, der Ende Februar in den Ruhestand verabschiedet worden ist. Frank Plate leitete bereits von 2002 bis 2010 die Abteilung „Gemeinsame Angelegenheiten der Sozialversicherung“ im BVA. Seit Juni 2010 verantwortete er im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend die Unterabteilung Personal, Haushalt, Controlling. Zudem war er von 1998 bis 2000 Leiter des Büros des Bundeswahlbeauftragten für die Sozialversicherungswahlen.

BVA-Vizepräsidentin ist weiterhin Sylvia Bohlen-Schöning. Das BVA gehört zum unmittelbaren Geschäftsbereich des Bundesarbeits- und sozialministeriums. Es übt die Rechtsaufsicht über die bundesunmittelbaren Träger der gesetzlichen Kranken-, Pflege-, Renten- und Unfallversicherung sowie über die Verbände der Renten- und Unfallversicherung aus. Darüber hinaus ist das Bundesversicherungsamt für die Durchführung des morbiditätsorientierten Risikosturtausgleichs zuständig und verwaltet den Gesundheitsfonds in der gesetzlichen Krankenversicherung.

+++ SUSANN RÜTHRICH, 38, hat den Vorsitz der Kinderkommission des Bundestages übernommen. Die SPD-Politikerin löste Eckard Pols von der CDU-Bundestagsfraktion ab. Dem Parlament gehört die gebürtige Meißnerin seit 2013 an und wurde im Februar 2014 Kinderbeauftragte der SPD-Bundestagsfraktion. Vor ihrem Einzug in den Bundestag arbeitete die Politikwissenschaftlerin für das Netzwerk für Demokratie und Courage. Zwischen 1996 und 2000 saß sie im Landesvorstand der sächsischen SPD-Jugendorganisation Juso und war in den Jahren 1999 bis 2002 stellvertretende SPD-Landesvorsitzende Sachsen. Dem Vorstand der sächsischen SPD gehört sie wieder seit 2010 an. Die Kommission zur Wahrnehmung der Belange der Kinder (Kinderkommission) gibt es seit 1988. Sie ist ein Unterausschuss des Ausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und vertritt die Interessen von Kindern und Jugendlichen im Parlament.



+++ GÖTZ GELDNER, 50, steht als neuer Präsident an der Spitze der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB). Der Ärztliche Direktor der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Schmerztherapie und Notfallmedizin im Klinikum Ludwigsburg und habilitierte Facharzt für Anästhesie löst Professor Hans-Peter Bruch ab, der das Amt des Vizepräsidenten von Dr. Wolfgang Wesiack übernahm. Professor Geldner ist zudem Präsident des Berufsverbandes der deutschen Anästhesisten. Die GFB ist nach eigenen Angaben die offizielle Vertretung der Fachärzte Deutschlands in allen Versorgungsbereichen (ambulant, stationär, Rehabilitation) und vereinigt unter ihrem Dach 26 Verbände mit mehr als 158.000 Mitgliedern.

+++ ANSGAR VEER, 51, ist als Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes Geriatrie wiedergewählt worden. Der Diplom-Kaufmann und Hauptgeschäftsführer der St. Bonifatius-Hospitalgesellschaft im niedersächsischen Lingen bekleidet dieses Amt seit 2011. Zudem sitzt er seit 2009 im Vorstand des Katholischen Krankenhausverbandes. Stellvertretender Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes Geriatrie ist Dr. Heinrich-Walter Greuel, Chefarzt am Marien-Hospital im nordrhein-westfälischen Wattenscheid, Zentrum für Geriatrie Akutbehandlung und Rehabilitation.



+++ MICHAEL SCHÄFER, 54, leitet als neuer Präsident die Deutsche Schmerzgesellschaft. Der habilitierte Anästhesist und leitende Oberarzt an der Klinik für Anästhesiologie der Charité-Universitätsmedizin Berlin übernahm das Amt von Professor Dr. Thomas R. Tölle. Vizepräsident der Gesellschaft ist weiterhin die Diplom-Psychologin Dr. Regine Klinger, Leiterin der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz Verhaltenstherapie an der Universität Hamburg und Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und -forschung.

Ein Land, zwei Systeme?



Die Kritik am Nebeneinander von privater und gesetzlicher Krankenversicherung wird immer lauter. Doch wo genau liegen die Schwächen der beiden Systeme? Und wie könnte der Versicherungsmarkt von morgen aussehen?

Antworten liefert der Sammelband „Die Krankenversicherung der Zukunft“ des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). Autoren wie Klaus Jacobs, Heinz Rothgang oder Stefan Greß nehmen darin die strukturelle Einnahmeschwäche der gesetzlichen Kassen ebenso unter die Lupe wie etwa die mangelnde Fähigkeit der privaten Assekuranz, die Versorgungsqualität durch Verträge zu steuern.

Knapp 300 Seiten Analyse, rund 40 Tabellen und viele Lesetipps zu **dem** gesundheitspolitischen Zukunftsthema. Für alle, die mitreden wollen.

Die Krankenversicherung der Zukunft
Anforderungen an ein leistungsfähiges System
Klaus Jacobs und Sabine Schulze (Hrsg.)
288 Seiten, Broschur, 17,80 Euro zzgl. 2,50
Euro Verpackung und Versand
ISBN: 978-3-940172-31-0

Die WIdO-Reihe im KomPart-Verlag

Ja, ich bestelle ...

per Fax 030 220 11-105
oder www.kompart.de/shop



Die Krankenversicherung der Zukunft
Anforderungen an ein leistungsfähiges System

— **Exemplar(e) zum Preis von 17,80 Euro**
(zzgl. 2,50 Euro Verpackung und Versand)

Die Krankenversicherung der Zukunft
Anforderungen an ein leistungsfähiges System
Klaus Jacobs und Sabine Schulze (Hrsg.)
288 Seiten, Broschur
ISBN: 978-3-940172-31-0

Lieferung gegen Rechnung per Bankeinzug

Vor- und Zuname

Straße, Haus-Nr.

PLZ

Ort

IBAN

BIC

Datum, Unterschrift

FACHKONGRESS

Kinderseelen leiden immer häufiger

Ärzte und Psychiater stellen bei Kindern und Jugendlichen immer öfter eine seelische Erkrankung fest. Die Zahl entsprechender Diagnosen sei in Deutschland in den vergangenen zehn Jahren deutlich gestiegen, sagte Professor Dr. Gerd Schulte-Körne von der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität München. Etwa zehn Prozent der Sieben- bis 17-Jährigen litten an einer psychischen Störung. Zu den häufigsten Leiden zählten Angst- und Essstörungen, Depression und Suchterkrankungen. Ursächlich seien mitunter ein niedriger sozialer Status der Familie, aber auch psychische Erkrankungen von Elternteilen, sagte der Pädiater anlässlich des Kongresses der Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Anfang März in München. ■



Traurige Bilanz: Etwa jedes zehnte Kind hat psychische Probleme.

FRÜHERKENNUNG

Darmspiegelung gut vorbereiten

Die Entdeckungsrate von Darmkrebs und dessen Vorstufen hängt maßgeblich davon ab, wie gut der Darm für die Darmspiegelung vorbereitet ist. Darauf hat die Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (DGVS) im „Darmkrebsmonat“ März hingewiesen. Sei der Darm

nicht vollständig entleert, könne der Gastroenterologe die Darmwand nicht beurteilen, teilte die DGVS unter Verweis auf mehrere Studien mit. Gegebenenfalls müsse der Arzt die Untersuchung abbrechen und zu einem späteren Zeitpunkt wiederholen. Zur Darmspiegelung gehöre zudem die Beratung des Patienten im Vorfeld. Laut Statistischem Bundesamt starben im Jahr 2013 mehr als 25.000 Menschen in Deutschland an Dickdarmkrebs. ■

ÜBERGEWICHT

Initiative stößt auf Kritik

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) hat Staatsministerin Aydan Özuguz, Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, in einem Brief aufgefordert, sich nicht als Schirmherrin für die Initiative „ekip – Werkstatt Gesundheitsförderung“ zur Verfügung zu stellen. Beim Sponsor der Initiative, die die Gesundheit bei Familien mit Migrationshintergrund fördern und dem Übergewicht bei türkischstämmigen Kindern und Jugendlichen vorbeugen will, handele es sich um den Süßwaren-Hersteller Mars Deutschland, teilte die DDG mit. „Die Beteiligung von Mars Deutschland schadet der Glaubwürdigkeit dieser Initiative massiv“, heißt es im Brief. Lebensmittelhersteller wie Mars täten alles andere, als sich für gesunde Ernährung einzusetzen. ■

SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH

„Einstieg für ausländische Fachkräfte erleichtern“

Die Zuwanderung von Fachkräften aus dem Ausland nach Deutschland hat auch Auswirkungen auf die Krankenkassen. Dazu Fragen an den Verwaltungsratsvorsitzenden der AOK Hessen, Dr. Stefan Hoehl.



G+G: Herr Dr. Hoehl, auch im Gesundheitswesen werden Fachkräfte gesucht. Braucht es mehr Zuwanderung, um Engpässe zu vermeiden?

HOEHL: Die aktuelle Analyse der Bundesagentur für Arbeit bestätigt, dass es Fachkräftebedarf besonders in einzelnen technischen Berufsfeldern sowie bei Gesundheits- und Pflegeberufen gibt. Alle Ansatzpunkte, dies zu ändern, müssen wir intensiv nutzen. Dazu gehört unter anderem die Weiterqualifizierung und Gesunderhaltung älterer Mitarbeiter. Unverzichtbarer Baustein ist auch die Zuwanderung qualifizierter Fachkräfte. Sie nützen der Wirtschaft als zusätzliche Arbeitskräfte und bereichern die Gesellschaft. Zudem federn sie die Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Sozialsysteme ab.

G+G: Wie unterstützt die AOK die Betriebe beim Thema Zuwanderung?

HOEHL: Unternehmen, die auf Experten aus dem Ausland angewiesen sind, helfen wir in vielen Fällen bei sozialversicherungsrechtlichen

Fragen. Und die neuen Arbeitnehmer benötigen oft noch Informations- und Beratungsangebote in der Landessprache. Damit werden sie meist schon im Vorfeld über das hiesige Versicherungssystem, Finanzierungsfragen und das GKV-Leistungsangebot informiert, um für sie und die Betriebe den Einstieg zu erleichtern.

G+G: Die AOK Hessen hat für Zuwanderer viele spezielle Angebote im Gepäck. Welche?

HOEHL: Dem Thema Migration haben wir uns in den vergangenen Jahren besonders gewidmet. Dabei geht es sowohl um aktuelle Zuwanderer wie auch um Migranten, die schon viele Jahre bei uns leben. So sind etwa die wesentlichen Inhalte unserer Webseite in sechs Sprachen abrufbar, und viele Broschüren liegen mehrsprachig vor. Über speziell eingerichtete Hotlines können unsere Kunden uns auch in Türkisch, Englisch oder in Spanisch erreichen.

Baustelle Klinikhygiene

Egal, ob Händedesinfektion oder MRSA-Screening: An Hygienestandards mangelt es in deutschen Krankenhäusern nicht. Sie sind nur endlich umzusetzen, meint Uwe K. Preusker.



„WAS STERIL IST, BLEIBT STERIL, auch wenn es auf den Boden fiel.“ Dieser vor allem unter Bundeswehr-Medizinern verbreitete Spruch ist schnell zu hören, wenn es um das Thema Hygiene im Krankenhaus geht. Nicht dass wir heute tatsächlich noch auf dem Stand wären, den dieser Spruch suggeriert – sicher nicht. Doch Ignoranz gegenüber möglichen Hygiene-

Problemen ist leider immer noch viel zu weit verbreitet.

Da ist einmal der Irrglaube mancher medizinischer Profis, sie seien von Natur aus steril. Händehygiene als Standard? Theoretisch ja – in der Hetze des Klinikalltags immer noch viel zu häufig vergessen oder verdrängt. Screening von Risikopatienten auf spezielle Hygiene-Gefahren? Ja, aber das kostet Geld, das wir gerade nicht haben. Dabei kostet der Ausbruch multiresistenter Keime (MRSA) im Krankenhaus ein Vielfaches von dem, was das Screening gekostet hätte. Der aktuelle Fall am Uniklinikum Schleswig-Holstein lehrt das eindrucksvoll.

Vom Gesetzgeber sind in Deutschland die Voraussetzungen geschaffen, einen Standard zu erreichen, wie ihn etwa die Niederlande seit vielen Jahren hat. Hapern tut es an der Umsetzung einschlägiger Vorschriften.

Es gibt noch weitere Faktoren, die nicht in der Verantwortung von Ärzten, Pflegekräften oder Klinikmanagern liegen. Dazu gehört insbesondere der immer noch eklatante Mangel an Mikrobiologen, Krankenhaushygienikern und Hygienefachkräften – ein jahrzehntelanges Versäumnis, das nicht binnen Monaten oder Jahren aufzuholen ist, sondern eher ein gutes Jahrzehnt braucht, bevor Besserung in Sicht ist.

Die Kollegen aus den Niederlanden verweisen immer wieder auf die Zahl der Hände, die vor allem schwerstkranke Patienten auf den Intensivstationen versorgen: Je mehr Hände, also Personal, es gibt, desto besser die Hygiene. Andersherum: Händehygiene leidet um so mehr, je mehr Patienten eine Pflegekraft betreuen muss. Und auch beim aktiven „Antibiotic stewardship“ – also dem sparsamen, rationalen Umgang mit Antibiotika, um Resistenzen so weit wie möglich zu vermeiden, haben wir zum Teil noch erheblichen Nachholbedarf.

Kurzum: Deutschland hat in Sachen Krankenhaushygiene kein Erkenntnis-, sondern ein Umsetzungsproblem. Vieles können die Kliniken selbst verbessern, zum Teil brauchen sie die Hilfe der Politik. Und: Auch die Kooperation zwischen Klinik und Arztpraxis bei der Bekämpfung multiresistenter Keime hat noch Verbesserungspotenzial. ■

Dr. Uwe K. Preusker ist freier Journalist und auf Krankenthemen spezialisiert.

BEDARFSPLANUNG

Grüne setzen auf die Kommunen

Nach Ansicht der Grünen muss die Gesundheitsversorgung in Deutschland umfassender reformiert werden, als von der Bundesregierung geplant. In einem Antrag kritisieren die Abgeordneten, dass mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz nur wenige Vorschläge des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen aufgegriffen worden seien. Die Gesundheitsweisen hätten zuletzt mehrfach auf zentrale Probleme hingewiesen. Neben einer unzureichenden Verzahnung stationärer und ambulanter Versorgung gehörten dazu die regional ungleiche Verteilung von Ärzten sowie die fehlende empirisch fundierte Bedarfsplanung. Kommunen und Regionen seien hierbei stärker einzubeziehen, fordern die Grünen. ■

MEHR INFOS:

Bundestagsdrucksache:
18/4153

WHO

Zehn Jahre Tabakkonvention

Die im Jahr 2005 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verabschiedete Tabakkonvention hat sich nach Ansicht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Marlene Mortler, als „Erfolgsgeschichte“ erwiesen. Die Konvention formuliert Leitlinien für eine präventive Politik im Tabakbereich, auf der viele staatliche Maßnahmen der 180 Vertragsparteien fußen. „Das Abkommen ist weltweit ein wichtiger Motor für die Reduzierung des Tabakkon-

sums“, lobte Mortler. In Deutschland sei dank Tabakprävention erreicht worden, dass weniger Kinder und Jugendliche rauchen würden. Im Alter von zwölf bis 17 Jahren habe sich ihr Anteil mehr als halbiert. Er sei von 28 Prozent im Jahr 2001 auf zuletzt zehn Prozent zurückgegangen. Tabak sei aber dennoch nach wie vor der größte Risikofaktor für die Gesundheit, warnte Mortler. ■

MEHR INFOS:

www.who.int/fctc/en

WORKSHOP

Mehr Unterstützung für Krebskranke

An Krebs erkrankte Menschen sollen besser über medizinische Entscheidungsprozesse, die ihre Krankheit betreffen, informiert werden. Dies haben Experten anlässlich eines zweitägigen Workshops der Initiative Nationaler Krebsplan in Berlin gefordert. Die Diagnose Krebs sei für Betroffene wie Angehörigen zunächst ein Schock, viele fühlten sich dadurch überfordert, sagte die Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium (BMG), Annette Widmann-Mauz. „Gerade in dieser Situation geht es darum, einfühlsam auf Krebskranke und ihre Angehörigen einzugehen, sie durch verständliche Informationen mitzunehmen und in anstehende Entscheidungen einzubinden.“ Ärzte wie Pflegekräfte spielten dabei eine wesentliche Rolle, so die CDU-Politikerin. BMG, Deutsche Krebshilfe, Krebsgesellschaft und der die Arbeitsgemeinschaft der Tumorzentren haben den Nationalen Krebsplan 2008 auf den Weg gebracht. ■

Klinikumbau erhöht die Qualität

Die Reform des stationären Sektors darf sich nicht in einer großen Finanzspritze erschöpfen. Bei der Präsentation des Krankenhaus-Reports forderten Experten ein verbindliches Konzept für einen Strukturwandel, der die Versorgung verbessert. **Von Maria Sinjakowa**

Die Kliniklandschaft leidet an zu großen Kapazitäten, zu hohen Kosten und zu geringen Investitionen, so die Diagnose von Professor Dr. Jürgen Wasem bei der Präsentation des Krankenhaus-Reports 2015. Der Gesundheitsökonom und Mitherausgeber des Reports ist überzeugt, dass die historisch gewachsenen Klinikstrukturen den aktuellen Anforderungen nicht mehr genügen. Deshalb sei es gut, dass die Regierung den Handlungsbedarf endlich erkannt und festgehalten habe.

Im Dezember 2014 legten Bund und Länder Eckpunkte für eine Krankenhaus-Reform vor. In den kommenden Wochen will das Bundesgesundheitsministerium einen Gesetzentwurf präsentieren, der auf den Vorschlägen aufbaut. Ein zentrales Thema der geplanten Reform ist der Umbau der Klinikstrukturen hin zu mehr Qualität und besserer Versorgung. Unter anderem wollen Bund und Länder die Spezialisierung und Zentralisierung im Kliniksektor voranbringen. Für Wasem ist der qualitätsorientierte Umbau das wichtigste gesundheitspolitische Vorhaben dieser Legislaturperiode. Die Eckpunkte gingen an vielen Stellen in die richtige Richtung, hätten aber auch eini-

ge Leerstellen. So bliebe das Investitionsproblem ungelöst. Außerdem fehle ein schlüssiges Handlungsprogramm, wie man die angedachte Qualitätsoffensive praktisch umsetzen könne, so Wasem. Diese Meinung vertritt auch Uwe Deh. Der Geschäftsführende Vorstand des

Wenn jedes Krankenhaus für alles eine Fachabteilung unterhält, wird das System teurer.

AOK-Bundesverbandes warnt davor, dass von der Krankenhausreform nur eine große Finanzspritze für Kliniken übrigbleibt: „Wir brauchen schnell mehr Stringenz und Verbindlichkeit bei den Qualitätsvorgaben für Kliniken.“

Spezialisten für komplexe Erkrankungen.

Wie der Strukturumbau funktionieren könnte, zeigt der kürzlich veröffentlichte Krankenhaus-Report 2015 (siehe Kasten). In zahlreichen Beiträgen plädieren re-

nommierte Experten aus dem Gesundheitswesen nachdrücklich dafür, vom geltenden Prinzip „Alle machen alles“ wegzukommen. Stattdessen soll sich die Versorgung auf besonders qualifizierte Zentren konzentrieren, wo Ärzte mehrerer Fachrichtungen zusammenarbeiten und es Spezialisten für seltene und komplexe Behandlungen gibt.

Nutzen für Patienten und Kliniken. Vorbildfunktion haben hier die bereits existierenden Krebszentren. Die Deutsche Krebsgesellschaft bietet Kliniken an, sich freiwillig als spezialisiertes Zentrum zertifizieren zu lassen. Grundlage dafür sind die evidenzbasierten Leitlinien Onkologie, die quantitative und qualitative Vorgaben enthalten. Um ein Zertifikat zu bekommen, müssen Kliniken diese Anforderungen erfüllen. So muss eine Einrichtung, die ein Brustkrebszentrum werden will, 50 Eingriffe pro Operateur nachweisen. Charakteristisch für ein Zentrum ist außerdem die Behandlung aus einer Hand: Das heißt, dort arbeiten mehrere Fachdisziplinen und Professionen zusammen.

Die Zertifizierung müssen Kliniken jedes Jahr neu beantragen. Nach Angaben von Dr. Simone Wesselmann, die bei der Krebsgesellschaft den Bereich Zertifizierung leitet, wird in der Regel ein Viertel der Bewerber zum Verfahren nicht zugelassen, weil sie die Qualitätsanforderungen nicht erfüllen. Auch würden Zertifizierungen entzogen. Laut Wesselmann gibt es die meisten zertifizierten Standorte in der Onkologie für Brustkrebs (335 Zentren) und Darmkrebs (272 Zentren).

Für den AOK-Vorstand Deh sind die zertifizierten Krebszentren funktionierende Ansätze, auf denen die Politik eine qualitätsorientierte Klinikreform aufbauen kann. Hier hätten die Beteiligten

Lesetipp



Die Abrechnung nach Diagnosis Related Groups hat die Leistungstransparenz erhöht und die Produktivität der Krankenhäuser gesteigert. Der parallel erwartete Strukturwandel ist jedoch weitgehend ausgeblieben. Stattdessen steht die Krankenhausplanung wegen ihrer unzureichenden Gestaltungskraft und Mängeln in der Investitionsfinanzierung zunehmend in der Kritik. Ökonomische und Versorgungsindikatoren zeigen an, dass ein Strukturwandel immer notwendiger wird. Der aktuelle Krankenhaus-Report befasst sich mit diesem Thema als Schwerpunkt.

Klauber/Geraedts/Friedrich/Wasem (Hrsg.): **Krankenhaus-Report 2015; Schwerpunkt: Strukturwandel.** 572 Seiten, mit Online-Zugang, 54,99 Euro. Schattauer-Verlag, Stuttgart.

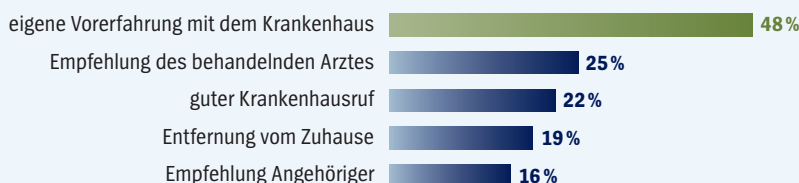
durch freiwilliges Engagement bereits ein gutes Stück des Weges zurückgelegt. Würde man diesen Ansatz konsequent weiterverfolgen und nur die zertifizierten Zentren für die Behandlung vorsehen, hätten Patienten, aber auch Kliniken davon einen Nutzen, ist Deh überzeugt.

Zertifizierung verbessert Qualität. Das bestätigt die Zertifizierungsexpertin der Deutschen Krebsgesellschaft. Klarer Nutzen sei, dass in den Zentren die Therapie nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft erfolge. „Die Patienten profitieren auch, weil sie von einem interprofessionellen Team behandelt werden, das alle Bereiche und Phasen der Erkrankung abdeckt. Sie bekommen eine Versorgung aus einer Hand, die nachweislich hohe Qualität bietet.“ So hätten Untersuchungen gezeigt, dass die Überlebensrate der in den zertifizierten Brustkrebszentren betreuten Frauen deutlich höher sei als anderswo (siehe Beitrag „Zur Top-Therapie ins zertifizierte Zentrum“ auf Seite 34–40). Auch für behandelnde Einrichtungen ergäben sich Vorteile. „Durch jährliche Kontrollen bekommen die Kliniken Transparenz über ihre Behandlungsergebnisse“, erläutert Wesselmann. Die Häuser nutzten die Zertifizierung, um ihre Qualität zu verbessern. Das Zertifikat der Krebsgesellschaft helfe zudem den Patienten, sich in einer komplexen Versorgungslandschaft zu orientieren.

Mehr Anfragen von Versicherten. Für Patienten spielt die Qualität der Behandlung eine immer wichtigere Rolle. Nach Worten des AOK-Vorstands Uwe Deh hat sich die Zahl der Anfragen von Versicherten, die Kliniken mit hoher Qualität suchen, im letzten Jahr verdoppelt. Auch zeigt eine Studie der Universität Witten/Herdecke, dass für Patienten, die nach einer geeigneten Klinik suchen, qualitative Aspekte wie eigene Erfahrung mit dem Krankenhaus, die Empfehlung des behandelnden Arztes und der gute Ruf der Klinik schwerer wiegen, als der Faktor Nähe (siehe Grafik auf dieser Seite). „Die Entfernung vom Wohnort ist für die Patienten nur ein Kriterium bei der Krankenhauswahl, die erwartete Versorgungsqualität ist häufig wichtiger“, betont Jörg Friedrich, Forschungsbereichsleiter Krankenhaus im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO).

Klinikwahl: Patienten bauen auf eigene Erfahrungen

Welche Kriterien sind Patienten bei der Entscheidung für ein Krankenhaus vor der Aufnahme wichtig? (Mehrfachangaben möglich)



Wenn Patienten sich für ein bestimmtes Krankenhaus entscheiden, spielen ihre eigenen Erfahrungen mit dieser Klinik die wichtigste Rolle. Das zeigte eine Befragung von 1.925 zufällig ausgewählten, vollstationär im Krankenhaus aufgenommenen Patienten im Rahmen einer Studie der Universität Witten/Herdecke.

Quelle: de Cruppé et al. 2013

Politik sollte Zentren forcieren. Umso notwendiger sei es, dass die Bundesregierung bei der Klinikreform die Einrichtung vieler weiterer Zentren forcieren, betont AOK-Vorstand Deh. Als sinnvoll gilt die Bildung von Behandlungszentren bei allen Krankheiten, die interdisziplinäre und interprofessionelle Behandlung erfordern. Dazu zählen neben den onko-

Spezialisierte Zentren bündeln Ressourcen und erhöhen die Qualität der Versorgung.

logischen auch internistische und chronische Erkrankungen wie Diabetes.

Konzentrierte sich die Versorgung komplexer Erkrankungen künftig auf spezialisierte Zentren, würde sich für Patienten die nächste Behandlungsmöglichkeit weiter entfernen, erläutert WiDO-Experte Friedrich. Bei einer Entscheidung für mehr Konzentration sei dieser Nachteil gegen den Qualitätsvorteil abzuwägen. Mit einem sinnvollen politischen Fahrplan und mehr Zertifizierungen ließen sich aber auch regionale Versorgungsengpässe bewältigen. Gleichzeitig warnte der Krankenhausfachmann vor Wildwuchs unter den Behandlungszentren. Nicht jedes Zentrum, das diesen Namen trage, führe ihn zu Recht. „Entscheidend ist, unter den vielen Zentren die Perlen zu finden“, so Friedrich.

Helfen sollen dabei einheitliche Qualitätsstandards. „Es mangelt in Deutschland nicht an engagierten Ärzten, Psychologen oder Sozialarbeitern. Es mangelt an einheitlichen Rahmenbedingungen, die helfen, Gutes vor Schlechtem zu schützen“, betont AOK-Vorstand Deh. Für die AOK gelte die Versorgung in spezialisierten Zentren als Gebot der Stunde. Sie helfe, Ressourcen zu bündeln und die Qualität der Versorgung zu erhöhen. Deh machte deutlich, dass die Bildung spezialisierter Zentren von einem Prozess des „Aussortierens“ begleitet werden muss: „Kliniken, die die Qualitätsanforderungen nicht erfüllen, sollen die entsprechenden Behandlungen nicht mehr anbieten dürfen.“ Es gehe darum, dass auf dem Markt Kliniken bleiben, die gute medizinische Behandlung bieten. Für gute Qualität sei die AOK auch bereit, mehr zu bezahlen.

Ausgaben im Griff. Spezialisierung und Zentralisierung seien aber auch Mittel, um die Ausgaben im Gesundheitswesen im Griff zu behalten, sagte Gesundheitsökonom Wasem. Für eine Fachabteilung müsse eine Klinik technische Ausstattung und Fachpersonal vorhalten. Wenn jedes Krankenhaus für alles eine Fachabteilung unterhalte, werde es für das System umso teurer. Dagegen arbeiteten Spezialisten effizienter: „Die Logik der Fallpauschalen ist: Je höher die Zahl der Behandlungen, desto billiger wird der einzelne Fall.“ ■

Maria Sinjakowa ist Redakteurin im KomPart-Verlag.

Weniger Papierkram in der Pflege

Pflegende beklagen, dass ein großer Teil ihrer Arbeitszeit für das Ausfüllen von Formularen draufgeht. Das Bundesgesundheitsministerium will den Aufwand für die Pflegedokumentation nun verringern. **Von Christiane Lehmacher-Dubberke**

Die Pflegedokumentation soll Qualität sichern und die Transparenz erhöhen. Kritiker bemängeln jedoch, dass sie ausufernd und sich teilweise in sinnentleertem Kästchen-Ankreuzen erschöpft. Seit Jahren lautet deshalb das Ziel, den bürokratischen Aufwand für die Dokumentation zu reduzieren. Nun steht das Thema wieder ganz oben auf der Agenda in Politik und Praxis. Nach dem Willen des Pflegebeauftragten der Bundesregierung, Karl-Josef Laumann, sollen im Jahr 2015 mindestens 6.000 von rund 26.000 ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen ihre Dokumentation auf das vom Bundesgesundheitsministerium entwickelte „Strukturmodell“ umstellen (*siehe Kasten „Mehr Effizienz in der Pflegedokumentation“ auf dieser Seite*).

Im Zentrum des neuen Verfahrens stehen Individualität und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen. Die Fachkräfte in den Pflegeeinrichtungen planen, pflegen und dokumentieren ausschließ-

lich so, dass sie den individuellen Bedarf und die Wünsche der Pflegebedürftigen berücksichtigen. Dadurch soll der Dokumentationsaufwand deutlich sinken.

Gegenwärtig umfassen Dokumentationen oft mehr als hundert Seiten pro Bewohner.

Im Januar 2015 hat das Bundesgesundheitsministerium beim IGES Institut das Projektbüro „Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation“ (Ein-STEP) eingerichtet. Die fachliche Leitung im Projektbüro hat Pflegeexpertin Elisabeth Beikirch (*siehe Interview rechts*). Die Gesundheitskasse hat das Projekt von Anfang an unterstützt.

Nachweis der Leistungserbringung. Die Pflegedokumentation hat die Aufgabe, den Pflegeprozess – die aktuelle pflegerische Situation, die Planung der Pflege und die Durchführung sowie das Ergebnis der Pflege – in allen seinen Bestandteilen darzulegen. Sie soll sowohl ein Instrument für die praktische Arbeit mit den Pflegebedürftigen sein, als auch beispielsweise gegenüber den Kostenträgern als Nachweis über die Leistungserbringung dienen. Doch in den zwanzig Jahren nach Einführung der Pflegeversicherung hat sich der Dokumentationsaufwand enorm erhöht. Die Pflegeeinrichtungen sehen die Ursache für diese Entwicklung beispielsweise in den gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen. Auch spielt die Frage der Rechtssicherheit eine große Rolle.

Aufwand in Milliardenhöhe. Versuche, die ausufernde Dokumentation einzudämmen, scheiterten – da halfen auch keine Handlungsempfehlungen des Medizinischen Dienstes oder verschiedenste Modellprojekte in den Ländern. In Ermangelung eines bundesweit einheitlichen Standards hat sich der Umfang der Pflegedokumentation unablässig vergrößert – gefördert von Anbietern der Dokumentationssysteme und zahlreichen Pflegeratgebern. Gegenwärtig umfassen die Dokumentationen in stationären Pflegeeinrichtungen häufig mehr als 100 Seiten pro Bewohner. Beispielsweise dokumentieren Pflegekräfte täglich mehrfach jede einzelne Leistung. Die Pflegeplanung berücksichtigt auch das, was nicht relevant für die Pflege ist, oder sogar Leistungen, die Bewohner gar nicht wünschen. Für jedes pflegerische Risiko, wie beispielsweise das Sturzrisiko, werden eigene Dokumentationsblätter geführt.

Mehr Effizienz in der Pflegedokumentation

Die vom Bundesgesundheitsministerium im August 2013 vorgestellte und seit Januar 2015 ausgerollte neue Pflegedokumentation hat folgende Kernelemente:

- 1. Pflegebedarf einschätzen:** Sammlung aller pflegerelevanten Informationen, einschließlich Pflegeproblemen und Ressourcen sowie einer rationalen Risikoeinschätzung („Strukturierte Informationssammlung“, angelehnt an die Themenfelder des Neuen Begutachtungs-Assessments: Kognition und Kommunikation, Mobilität und Bewegung, Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen, Selbstversorgung, Leben in sozialen Beziehungen; im ambulanten Sektor kommt die Kategorie Haushaltsführung hinzu).
- 2.** Auf Basis der Strukturierten Informationssammlung einen **Maßnahmenplan mit „impliziten Zielen“ erstellen.**
- 3.** Die Beschränkung der Aufzeichnungen im Berichteblatt auf **Abweichungen in der Routineversorgung** hinsichtlich Grundpflege und Betreuung.
- 4. Wirkung und Qualität der Pflege beurteilen:** Überprüfung der Maßnahmen und der Pflegequalität.

Mehr Informationen und Anmeldung zur Schulung unter:

www.patientenbeauftragter.de > Pflege > Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation

„Pflegerinnen sollen mehr Zeit für die Menschen haben“



Elisabeth Beikirch

hat die fachliche Leitung im Projektbüro „Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation“ (Ein-STEP).
www.ein-step.de

Frau Beikirch, das neue Modell zur Pflegedokumentation hat seinen Praxistest bestanden.

Wie geht es nun weiter?

Beikirch: Im Januar 2015 hat das Projektbüro zur Einführung des Strukturmodells seine Arbeit aufgenommen. Der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, Karl-Josef Laumann, hat dem Projekt volle politische Unterstützung zugesagt. Er verbindet dies mit der Erwartung an die Verbände, sich bundesweit mit mindestens einem Viertel aller Pflegeeinrichtungen zu beteiligen. Ein Lenkungsgremium begleitet die Implementierung auf Bundesebene. In diesem Gremium sind alle zentralen Akteure vertreten. Dazu gehören die Einrichtungs- und Kostenträger, wie beispielsweise der AOK-Bundesverband. Auf Landesebene werden auf Beschluss der Landespflegeausschüsse entsprechende Koordinierungsgremien eingerichtet.

Welche Aufgaben hat das Projektbüro?

Beikirch: Das Projektbüro ist für die Steuerung des Gesamtvorhabens verantwortlich. Die Arbeit ist zunächst auf ein Jahr begrenzt. Das Büro erstellt die einheitlichen Unterlagen für die Schulung von bis zu 640 Multiplikatoren, die von den Pflegeverbänden benannt werden. Diese übernehmen als zentrale Ansprechpartner die Unterstützung und Schulung der Pflegeeinrichtungen vor Ort. Die Schulungen der Multiplikatoren erfolgen durch die Regionalkoordinatoren im Projekt. Sie begleiten in enger Absprache mit dem Projektbüro in den Bundesländern die Implementierungsstrategie und übernehmen das Monitoring zum Stand der Umsetzung. Der Medizinische Dienst des GKV-Spitzenverbandes und die Medizinischen Dienste der Krankenkassen, die Länder sowie der Prüfdienst der privaten Krankenversicherung sind wichtige strategische Partner. Es ist deshalb notwendig, auch in diesen Organisationen entsprechende Expertise durch die Schulung von Multiplikatoren zu gewährleisten. Hieran wirkt das Projektbüro ebenfalls mit.

Was erwarten Sie von der neuen Dokumentation?

Beikirch: Gemeinsames Ziel aller Beteiligten ist eine schlanke Pflegedokumentation, die fachlichen Kriterien standhält, übersichtlich und zeitschonend ist, ohne Qualitätsaspekte zu vernachlässigen. Pflegerinnen sollen so mehr Zeit für die ihnen anvertrauten Menschen haben. ■

Mehrmals täglich berichten die Pflegekräfte darüber, wie der Bewohner sich fühlt oder ob die Pflege nach Plan lief.

Das Statistische Bundesamt schätzte 2013 den jährlichen finanziellen Aufwand für die Pflegedokumentation auf 2,7 Milliarden Euro. Das entspricht rund 13 Prozent der Gesamtarbeitszeit einer Pflegekraft.

Expertise aus Wissenschaft und Praxis.

Vor diesem Hintergrund hat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) 2013 die Entbürokratisierungsdebatte in der Pflege um den Schwerpunkt „Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation“ erweitert. Das BMG beauftragte die damalige Ombudsfrau Elisabeth Beikirch, konkrete Vorschläge zur Problemlösung zu erarbeiten und eine Grundstruktur für eine fachlich-wissenschaftlich begründete Pflegedokumentation zu entwickeln. Nach zahlreichen Gesprächen mit Experten aus Praxis und Wissenschaft sowie einer umfangreichen juristischen Bewertung und Treffen verschiedener Arbeitsgruppen stellte das BMG im August 2013 ein neues Strukturmodell für die Pflegedokumentation vor (siehe Kasten).

Für die strukturierte Informationssammlung als Basis der Dokumentation

fragen die Pflegenden die pflegebedürftigen Menschen nach ihren eigenen Vorstellungen, Wünschen und Bedarfen an pflegerischer Unterstützung. Anschließend schätzt die Pflegekraft in einem Ankreuzverfahren mögliche pflegerische Risiken ein, unter anderem zu Dekubitus, Sturz, Schmerz, Inkontinenz und Ernährung. Im nächsten Schritt – der Pflegeplanung – dokumentiert sie auf Grundlage der Informationssammlung und Risikoeinschätzung den Handlungsbedarf der Pflege im Rahmen der Maßnahmenplanung. Die Dokumentation im Pflegebericht beschränkt sich auf Abweichungen in der Routineversorgung hinsichtlich Grundpflege und Betreuung. Der Einzelleistungsnachweis der Routinepflege (dreimal täglich teilweise bis zu 35 Einzelleistungen abzeichnen) in der stationären Einrichtung entfällt.

Das gilt jedoch nicht für den Nachweis von Behandlungspflege. Auch in der ambulanten Pflege muss weiterhin der Einzelleistungsnachweis geführt werden. Hier dient der Leistungsnachweis gleichzeitig als abrechnungsbegründende Unterlage gegenüber den Kostenträgern. Für die Rechtssicherheit wurden Juristen und Sozialrichter an der Entwicklung des Modells beteiligt.

Motivation zur Teilnahme ist groß. Von September 2013 bis Februar 2014 durchlief das Strukturmodell einen Praxistest, begleitet durch eine Evaluation. Im Rahmen des Praxistests ließ sich der Dokumentationsaufwand erheblich reduzieren. Fachliche Standards blieben gewahrt und die Kommunikation zur Situation der Pflegebedürftigen war sichergestellt.

Ein Jahr später startet nun der bundesweite Rollout der neuen Pflegedokumentation. Die Teilnahme der Pflegeeinrichtungen ist freiwillig und die Motivation groß. Das „Ein-STEP“-Projektbüro hat die Aufgabe, die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen bundesweit bei der Umsetzung der neuen Dokumentation zu unterstützen. Es wird beispielsweise einheitliches Schulungsmaterial erstellen und ab dem zweiten Quartal 2015 von den Trägerverbänden benannte Multiplikatoren in der Anwendung des Strukturmodells schulen. Einer zügigen Einführung der neuen Pflegedokumentation zum Nutzen der Pflegekräfte und der pflegebedürftigen Menschen steht damit nichts mehr im Wege. ■

Christiane Lehmacher-Dubberke ist Pflege-Referentin im AOK-Bundesverband. **Kontakt:** Christiane.Lehmacher-Dubberke@bv.aok.de

Mit Strahlen gegen Amputationen

Bei Arterienverschluss im Bein müssen Patienten im schlimmsten Fall damit rechnen, dass ihnen das Körperteil entfernt wird. Um das zu verhindern, setzt die AOK Bayern auf eine neuartige Behandlungsmethode. **Von Thomas Hommel**

Der Prozess verläuft schleichend: Da der Blutfluss im Körper wegen schädlicher Ablagerungen in den Gefäßen blockiert ist, kommt es zu einer Unterversorgung des darunterliegenden Gewebes. Passiert nichts, ist das Gewebe irgendwann zerstört. Häufig betroffen sind die unteren Extremitäten, also Beine und Füße.

Der Volksmund spricht in diesem Zusammenhang auch von der sogenannten Schaufensterkrankheit: Da ein typisches Symptom der verengten Schlagadern starke Schmerzen in den Beinen sind, die sich vorrangig bei körperlicher Anstrengung äußern, legen Betroffene beim Gehen häufig Pausen ein. Viele versuchen, das Stehenbleiben wie einen Schaufensterbummel aussehen zu lassen, indem sie mal vor diesem, mal vor jenem Geschäft Halt machen.

Schwerbehinderung droht. Im Extremfall bleiben nur aufwändige, offen-operative Verfahren, um die Engstelle im Körper wieder durchgängig zu machen. Unbehandelt droht die Zerstörung des darunterliegenden Gewebes – als letzte Option bleibt oft nur die Amputation. Eine solche Abtrennung eines Körperteils führt in der Regel zur Schwerbehinderung – selbst mit Prothesen. Hinzu kommen starke seelische Belastungen für die Patienten.

Um derartige Fuß- und Bein-Amputationen zu vermeiden, geht die AOK Bayern jetzt neue Wege. Als erste gesetzliche Krankenkasse bietet die Kasse ihren Versicherten die Behandlungsmethode Rhenium PTA. Dieses Verfahren kommt bei einem erneuten Arterienverschluss – einer Restenose – im Bein zum Einsatz. Dabei werden die Gefäßverengungen und -verschlüsse mit dem kurzstrahlenden Radioisotop Rhenium-188 behandelt. Und so läuft der Eingriff ab: Ein mit



„Schaufensterkrankheit“: Verengte Beinarterien verursachen Schmerzen, die oft zum Stehenbleiben zwingen.

flüssiger Rhenium-Lösung gefüllter, stecknadelgroßer Ballonkatheter wird in die verengte Arterie eingeführt. Die strahlende Substanz verbleibt dort zwölf bis 15 Minuten lang. Die Arterie wird von allen Seiten gleichermaßen erreicht. Der Effekt: Rhenium hemmt das Zellwachstum und reduziert so die Verdickung der betroffenen Gefäßschichten. Nach der Bestrahlung wird der Katheter wieder entfernt und der Patient routinemäßig medizinisch weiterbehandelt.

Vier große Kliniken machen mit. An dem Modellprojekt nehmen die Universitätskliniken Erlangen und Würzburg sowie die Kliniken Augsburg und Ingolstadt teil. Weiterer Vertragspartner ist die Herstellerfirma Isotope Technologies Garching (ITG). „Die AOK Bayern setzt seit

Jahren auf innovative Behandlungsmethoden, um die Versorgungsqualität für die Versicherten stetig zu verbessern“, sagt Dr. Helmut Platzer, Vorstandsvorsitzender der AOK Bayern. Gelingen es mit der neuen Behandlung, den Anstieg bei Fuß- und Beinamputationen zu bremsen, bliebe den Betroffenen viel körperliches wie seelisches Leid erspart, so Platzer.

„Bei vielen Patienten kommt es immer wieder zu Verengungen in denselben Bereichen“, erläutert Professor Dr. Michael Uder, Leiter des Radiologischen Instituts am Universitätsklinikum Erlangen. Zumeist werde die notwendige Ausdehnung der betroffenen Gefäße mithilfe eines Ballonkatheters erreicht. Gelingt dies nicht, müsse operiert werden. „Doch bei etwa der Hälfte der Fälle kommt es zum erneuten Verschluss, der Restenose. Bleibt ein großes Gefäß verschlossen, droht die Zerstörung des Gewebes. Es bleibt oft nur noch die Amputation.“

Begleitende Evaluation. Neue Chancen eröffne hier die Behandlung mit Rhenium, betont Dr. Richard Henkelmann, Geschäftsführer der Herstellerfirma ITG. Erste Studien zeigten den Erfolg der Methode. Bei Patienten mit Restenose verdoppele sich die Wahrscheinlichkeit, dass das Gefäß sich nicht wieder verschließe.

Das Modellvorhaben ist zunächst auf vier Jahre befristet. Es wird von der Universität Regensburg wissenschaftlich begleitet. Die neue Behandlungsmethode mit Rhenium richtet sich an Versicherte der AOK Bayern, die an einem erneuten Arterienverschluss leiden. Sie können sich in einer der vier genannten Kliniken behandeln lassen. ■

MEHR INFOS:

www.aok.de/bayern/leistungen-service/modellvorhaben-rhenium-228193.php

Datenklau per Mausklick

Internet-Kriminalität hat viele Facetten und nimmt ständig zu. Treffen kann es auch das Gesundheitswesen, denn Krankenkassen, Praxen und Medizinprodukte-Hersteller sind im Besitz hochsensibler Daten, so der Tenor eines Dialog-Abends der AOK PLUS. **Von Thomas Hommel**

Einbruchs-Utensilien wie Brecheisen und Handschuhe braucht er nicht. Ein Computer mit Internetanschluss reicht dem Hacker aus. Seine Tat geschieht auch nicht bei Nacht und Nebel, sondern zieht sich über Wochen und Monate. So wie bei der Aktion einer internationalen Hackergruppe, die erst kürzlich für mediales Aufsehen sorgte. Die Gruppe verschaffte sich Zugang zu den Rechnern und Netzwerken gleich mehrerer Banken, übernahm die Kontrolle über die Buchhaltung und transferierte anschließend größere Geldsummen aufs eigene Konto.

Nur ein Fall von Cyber-Kriminalität. IT-Experten zählen dazu alle Straftaten, die im Internet geschehen oder mithilfe von Techniken aus dem Internet begangen werden (*siehe Kasten*). Der Gesundheitsbereich ist von größeren Hackerangriffen bislang verschont geblieben. Doch die Versuchung, sich unerlaubt Zutritt zu den Rechnern von Krankenkassen, Kliniken, Praxen oder Medizinprodukte-Herstellern zu verschaffen, um sensible Patientendaten auszuspähen, wächst.

Mitarbeiter schulen. Grund genug für die AOK PLUS, das Phänomen Cyber-Kriminalität zum Gegenstand eines Dialog-Abends in Jena zu machen und gemeinsam mit Geschäftspartnern aus Sachsen und Thüringen sowie IT-Sicherheitsexperten auszuloten, ob sich die Unternehmen in Zeiten von Online-Filialen und Chipkarten ausreichend vor dem Datenklau per Mausklick schützen.

Dass Datensicherheit angesichts der Digitalisierung des Gesundheitswesens für die AOK PLUS „ein hohes Gut“ sei, betonte deren Vorstand Dr. Stefan Knupfer. Noch stehe man in punkto Digitalisierung am Anfang. „Wir verschicken pro Monat über eine Million Briefe, aber nur rund 15.000 Mails. Doch das

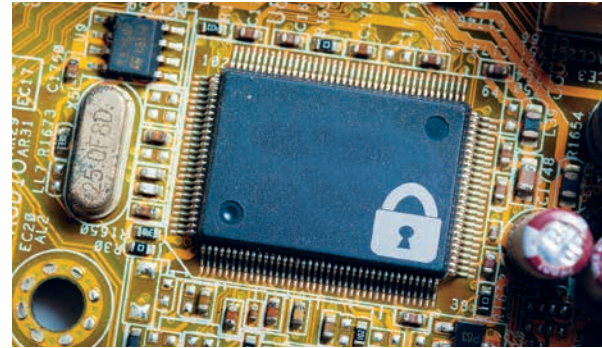
wird immer mehr.“ Umso wichtiger sei es, für Sicherheit im Internet zu sorgen. „Das nehmen wir sehr ernst.“

„Es wird eine Menge geredet und wenig getan“, lautete die Einschätzung von Arne Schönbohm, Präsident des Cyber-Sicherheitsrates in Deutschland. Der Verein hat es sich zur Aufgabe gemacht, Firmen, Behörden und Politiker bei Fragen der Cyber-Sicherheit zu beraten. Die Unternehmen, auch die im Gesundheitsbereich, sollten sich einer Art Cyber-Security-Check 2.0 unterziehen. „Wo mache ich zu wenig, um mich zu schützen? Wo tue ich zu viel?“ Auf jeden Fall sollten die Mitarbeiter in Fragen zu Cyber-Kriminalität und Cybersicherheit geschult sein. Firmeneigene Daten müssten klassifiziert und gegebenenfalls verschlüsselt werden. Je sensibler sie seien, umso effektiver müssten sie vor Angriffen geschützt sein.

Hackerangriffe anzeigen. Für die Polizei bat Peter Hehne, Leiter der Abteilung Cybercrime beim Landeskriminalamt Thüringen, darum, Hackerangriffe den Behörden zu melden. Mitunter scheuten

Von Spam-Mail bis Abofalle

Die Formen von Internet-Kriminalität sind vielfältig. Fast alltäglich sind inzwischen gefakte Mails, in denen der Empfänger aufgefordert wird, einen Link zu öffnen. Tut er das, kann es passieren, dass sich ein Schadprogramm auf seinen Rechner lädt. Eine besonders perfide Form von Cyber-Kriminalität ist das „Social Engineering“: Mitarbeiter eines Unternehmens werden dabei – etwa durch einen Anrufer, der sich als IT-Techniker ausgibt und vertrauliche Zugangsdaten abfragt – so manipuliert, dass sie die Daten tatsächlich preisgeben. Experten schätzen, dass aufgrund von Cybercrime allein in Deutschland jährlich ein Schaden von rund 46 Milliarden Euro entsteht. **Mehr Infos:** www.bsi.bund.de > Themen > Cybersicherheit



Sicher ist sicher: IT-Experten empfehlen, sensible Daten zu verschlüsseln.

Firmen davor zurück, weil sie „Reputationsschäden“ fürchteten. Ohne Anzeige könnten die „IT-Forensiker“ der Polizei aber nicht aktiv werden und Cyber-Kriminelle überführen. Bislang geschehe das nur in 20 bis 30 Prozent der Fälle. Auch Hehne appellierte an die Firmen, Mitarbeiter für das Thema zu sensibilisieren. Denn manchmal seien die Tricks sehr raffiniert. „Legen Sie mal einen USB-Stick mit dem Etikett ‚Vorstandsgelände‘ auf den Firmen-Parkplatz. Sie glauben nicht, wie schnell der Stick an irgendeinem Mitarbeiterrechner hängt und ein Schadprogramm hochlädt.“

Hilfe aus der Region. Frank Rieger, Sprecher des Chaos Computer Clubs, monierte, dass die vertriebene Software einfach „total schlecht“ sei. Es fehlten Sicherheitsstandards, die vom Hersteller einzuhalten seien und für die er bei Nichteinhaltung auch haften müsse. „Wären Brücken so gebaut wie unsere Software, wir würden keinen Fuß drauf setzen.“ Die Verschlüsselung sensibler Daten, betonte auch Rieger, sei auf jeden Fall ein Weg, sich gegen Hackerangriffe zu schützen. Für externe Hilfe sollten sich Firmen IT-Sicherheitspartner aus ihrer Region holen. ■

Netzwerk für Epilepsie-Patienten

Keine Vorab-Genehmigung, kurze Abrechnungswege – ein Vertrag zwischen Kliniken dies- und jenseits des Rheins sowie der AOK Baden-Württemberg ermöglicht Patienten mit Epilepsie eine stationäre Behandlung im Nachbarland. **Von Rainer Baudermann**

Internationale Spezialisten sind im Einsatz, um Forschung und gesundheitliche Versorgung von Patienten mit Epilepsie voranzubringen. Die Besonderheit: Ärzte, Wissenschaft, Krankenkassen und politische Verwaltung arbeiten hierbei über Ländergrenzen hinweg zusammen. Jüngstes Ergebnis ist ein Vertrag, der Patienten bei der grenzüberschreitenden Versorgung Kosten und Wege spart. Vorherige Genehmigungen und aufwendige Abrechnungsverfahren entfallen. Die AOK Baden-Württemberg und ihre Partner haben eine entsprechende Vereinbarung in Offenburg unterzeichnet und anschließend in Baden-Baden auf einer Konferenz vorgestellt.

Ein Schritt zu mehr Qualität. Hintergrund ist eine langjährige und vertrauensvolle Kooperation der Ärzte-Teams sowie Pionierarbeit der jeweiligen Verwaltungen und Krankenkassen, um die Versorgungsqualität zu sichern. Überregionale Institutionen wie das Euro-Institut in Kehl und die Agence Régionale de Santé d'Alsace in Straßburg begrüßen den Versorgungsfortschritt: „Wir freuen uns über die Kooperation mit der AOK Baden-Württemberg“, heißt es in ihrer Erklärung. Auf Fotos, die bei der Vertragsunterzeichnung und der anschließenden Konferenz gezeigt wurden, ist

eine quirlige, fröhliche Frau zu sehen. Die 45-jährige Epilepsie-Patientin hat an der neuen Versorgungsform teilgenommen und sich einen Lebenswunsch erfüllt: ein Fallschirm-Tandemsprung, bei dem akut an Epilepsie Erkrankte wohl eher dankend abwinken würden. Nicht so die

**Gelebtes Europa:
Rund 100.000 Patienten
kommt die Kooperation
zugute.**

45-Jährige. Sie lacht beim Sprung und genießt ihr Leben. Vor ihrer Genesung lag ein langer Leidensweg, aber auch eine politische Entwicklung: die Vereinbarung zwischen der Bundesrepublik Deutschland und Frankreich zur besseren Zusammenarbeit im Gesundheitswesen aus dem Jahr 2005. Das allein genügte jedoch noch nicht. Es bedurfte der seit 2013 gültigen europäischen „Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung“, bis aus politischem Willen praktisches Handeln beidseits der gut 180 Kilometer langen Grenze entlang des Rheins wurde. Aus den vielen Initiativen im Euro-Distrikt taten sich einige beson-

ders hervor und wurden Realität. Zwischen dem Epilepsiezentrum Kehl-Kork auf badischer Seite des Rheins und den Hopitaux Universitaires de Strasbourg hat sich eine Zusammenarbeit entwickelt, die nun den rund 100.000 an Epilepsie Erkrankten auf deutscher und französischer Seite des Rheins zugutekommt. Konkret bedeutet die Zusammenarbeit, dass französische Patienten für die Diagnostik mittels Magnetresonanztomografie sowie neuropsychologische Untersuchungen und chirurgische Eingriffe in Kork aufgenommen werden können. Deutschen Patienten stehen auf Straßburger Seite die Positronen-Emissionstomografie, die Implantation von Tiefenelektroden sowie neurochirurgische Eingriffe offen. Neue Forschungserkenntnisse und eine insgesamt bessere Versorgung kommen allen zugute.

Schnelle und unkomplizierte Hilfe. Vorab-Genehmigungen und jahrelange Abrechnungsverfahren über die Staaten und ihre Einrichtungen hinweg entfallen. Wege werden kürzer, Wartezeiten reduziert, Behandlungen intensiviert. Fallkonferenzen finden grenzüberschreitend statt. Die europaweite Freizügigkeit im Gesundheitswesen wird ein Stück greifbare Realität.

Kleine französische Spezialität: Dezentrale Verträge erblicken vor allem dann das Licht der Welt, wenn zentrale Stellen zustimmen. Hier lief es besser. Der Bedarf, die gemeinsame Interessenslage der Kooperationspartner und das Durchhaltevermögen beim Abstimmen vieler Details führten zum Erfolg. ■

Rainer Baudermann leitet den Fachbereich Versorgungsmanagement der AOK Baden-Württemberg.
Kontakt: Rainer.Baudermann@bw.aok.de

Zahlen zur Erkrankung

Epilepsie ist eine neuronale Erkrankung mit mindestens einem spontan auftretenden Krampfanfall ohne erkennbare Ursache. Zur Behandlung werden in erster Linie krampfunterdrückende Medikamente gegeben. Auch ein chirurgischer Eingriff kann in Erwägung gezogen werden. Ursachen für Epilepsien können unter anderem Hirnschädigungen infolge von Sauerstoffmangel bei der Geburt, Fehlbildungen des Hirngewebes, Schädelhirnverletzungen oder Tumoren sein. In Deutschland leiden 400.000 bis 800.000 Menschen an Epilepsie (0,5 bis ein Prozent der Bevölkerung). Rund 10.000 Patienten sind im Jahr 2014 in Baden-Württemberg vollstationär wegen der Hauptdiagnose Epilepsie behandelt worden.

Quelle: AOK Baden-Württemberg

„Depression kann jeden treffen“

Wie Menschen eine Depression erleben, lässt sich für Außenstehende schwer nachvollziehen, meint Psychiater **Axel Schmidt**. Er arbeitet deshalb an einem Dokumentarfilm über den Alltag der Erkrankten.

Herr Schmidt, Menschen mit Depressionen haben oft das Bedürfnis, sich zurückzuziehen. Warum holen Sie Patienten vor die Kamera?

Schmidt: In einer akuten Depression haben Menschen tatsächlich ein geringes Bedürfnis nach Kontakten, oder es kostet sie eine enorme Überwindung. Auch das macht es für Außenstehende schwer, die Erkrankung nachzuvollziehen. Wir wollen aber weniger die Patienten in die Öffentlichkeit ziehen als das Thema. Wir wollen deutlich machen, dass die Depression eine Erkrankung ist, die jeden treffen kann. Menschen mit Depressionen müssen im Alltag die gleichen Aufgaben bewältigen wie alle anderen: in Schule, Ausbildung, Familie oder Beruf. Uns geht es darum zu zeigen, wie sie die Fähigkeit bekommen, das selbst in die Hand zu nehmen.

Wie haben Sie Patientinnen und Patienten für den Film gewonnen?

Schmidt: Wir erreichen die Protagonisten über unseren Kooperationspartner in diesem Projekt, das Deutsche Bündnis gegen Depressionen. Wir haben uns Mühe gegeben, Menschen zu finden, die mit dem Film ein eigenes Anliegen verbinden: Die gern mitmachen, weil sie mit Vorurteilen aufräumen wollen, unter denen sie selbst gelitten haben. Die Auswahl läuft noch. Wir werden drei bis vier Frauen und Männer unterschiedlichen Alters in den Film aufnehmen.

Wie viel Nähe lassen die Beteiligten zu?

Schmidt: Die Nähe ist Vertrauenssache. Auch wenn wir nicht drehen, schauen wir, was die Menschen gerade beschäftigt. Wir achten darauf, dass wir eine bestimmte Grenze nicht überschreiten. Und

wir lassen uns Zeit: Wir haben Phasen, in denen wir den Kontakt halten, aber nicht drehen, weil es gerade nicht passt.

Wie läuft die Zusammenarbeit zwischen Arzt, Filmemachern und Patienten?

Schmidt: Wir tauschen uns über unsere Hintergründe aus. Vorurteile stecken in

verschiedene Perspektiven filmisch ein. Zudem produzieren wir Informationsfilme über Symptome, Diagnostik und Therapie bis hin zur Selbsthilfe.

Wie finanzieren Sie die Produktion?

Schmidt: Für die grundlegende Finanzierung haben wir den AOK-Bundes-



Menschen lehnen häufig ab, was sie nicht kennen, weil es sie ängstigt.

Axel Schmidt

jedem. Menschen lehnen häufig ab, was sie nicht kennen, weil es sie ängstigt. Wir versuchen, durch die Augen derjenigen zu blicken, die mit dieser Erkrankung zu tun haben: Wie können sie einer erneuten Krankheitsphase vorbeugen, wo finden sie geeignete Ärzte und Therapeuten, wie entsteht wieder Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, wie setzen sie die Therapie im Alltag um?

Welche filmischen Mittel setzen Sie ein?

Schmidt: Wir haben den Blick von außen, begleiten Patienten beispielsweise beim Gang zum Arzt. Der Kameramann und Grimme-Preisträger Dirk Lütter entwickelt dafür eine eigene, sensible Bildsprache. Parallel nehmen die Protagonisten mit einer Handy-Kamera kurze Sequenzen aus ihrem Leben auf. So fangen wir

verband gewonnen. Da gab es schon eine fruchtbare Zusammenarbeit mit dem Deutschen Bündnis gegen Depressionen. Zusätzlich unterstützen uns die Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe. Für eine multimediale Webseite suchen wir weitere Unterstützer. ■

Das Interview führte Änne Töpfer.

Zur Person und zum Projekt

Axel Schmidt ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. An der internationalen Filmschule Köln absolvierte er die Masterclass Dokumentarfilm. Im vom AOK-Bundesverband geförderten Filmprojekt „Die Mitte der Nacht ist der Anfang vom Tag“ arbeitet Schmidt mit Dokumentarfilmerin und Produzentin Michaela Kirst (sagamedia) und Kameramann Dirk Lütter zusammen. Der Start des Films ist für Herbst 2015 geplant. www.deutsche-depressionshilfe > Filmprojekt

Zwischen Hörsaal



und Krankenbett

Mehr aus Büchern büffeln oder öfter Patienten sehen – über den besten Weg zur Approbation streiten sich Politik und Verbände. In Modellstudiengängen sollen angehende Ärztinnen und Ärzte früher die Praxis kennenlernen und gleichzeitig wissenschaftliches Denken üben. **Florian Staeck** beschreibt Curricula und Reformdebatten.

Als Wilhelm von Humboldt (1767-1835) die Universitäten seiner Zeit besichtigte, war er entsetzt. Statt „wirklich qualifizierender Einrichtungen“, so heißt es in einer Studie über seine Bildungstheorie, fand er nur „Stätten einer pseudogelehrten, wirklichkeitsfernen Halbbildung“ vor. Lehre müsse als Teil wissenschaftlicher Forschung verstanden werden. Studierende dürften nicht nur auf fertige Erkenntnisse verpflichtet, sondern sollten zur Mitwirkung an der Forschung angeregt werden, so von Humboldts Vorstellung.

Humboldts Programmatik beschäftigt die Hochschulen bis in die Jetztzeit – allen voran die Medizinischen Fakultäten. Denn das Medizinstudium ist gegenwärtig wieder eine Großbaustelle. In den 70er und 80er Jahren des vergangenen Jahrhunderts schwoll die Kritik an der Theorielastigkeit des Medizinstudiums an. Eine Expertenkommission im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums hielt 1979 in ihrem Bericht fest: „Die praktische Ausbildung ist unzureichend.“ Das Medizinstudium biete nicht die Voraussetzungen, um die Absolventen zu befähigen, nach Abschluss des Studiums „eine eigenverantwortliche Tätig-

keit aufzunehmen“. Folgenreich war dies insbesondere, weil in den kommenden Jahren immer wieder zwischen der Vermittlung von Wissen und dem Erlernen praktischer Fertigkeiten eine Konkurrenz ausgemacht wurde.

Studierende sollen Forschungsarbeit anfertigen. Jetzt schlägt das Pendel zurück. Mehr Wissenschaftlichkeit im Medizinstudium ist das Überthema vieler aktueller Stellungnahmen. Der Wissenschaftsrat, ein Gremium, das die Bundesregierung und die Länder in der Hochschulentwicklung berät, hat dazu im Juli 2014 ein eindeutiges Votum vorgelegt. „Wissenschaftliches Denken und Handeln bildet (...) die Grundlage für die adäquate patientenorientierte Auswahl diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen“, heißt es darin. Die Herausforderungen der Gesundheitsversorgung werden sich künftig ändern: Der demografische Wandel, die damit einhergehende Veränderung des Krankheitsspektrums mit der wachsenden Zahl chronisch Kranker sowie der medizinische Fortschritt sind dafür die Stichworte. Dem, so der Wissenschaftsrat, muss die ärztliche Ausbildung Rechnung tragen.



Hohe Hürde: Die Zulassung zum Studium

Der härteste Teil eines Medizinstudiums ist überstanden – wenn man erst einmal einen Studienplatz hat. Für die bundesweit 9.023 Studienplätze im Wintersemester 2012/13 bewarben sich 42.708 Frauen und Männer – nur rund jeder Fünfte bekam einen Platz. Je nach Bundesland mussten die Bewerberinnen und Bewerber eine Abiturnote von mindestens 1,2 aufweisen. In den meisten Ländern war eine 1,0 nötig. Wer über die Wartezeit-Quote auf einen Studienplatz hofft, musste insgesamt sechs Jahre (zwölf Semester) Geduld haben.

Das Bundesverfassungsgericht hat in einem Urteil vom 18. Juli 1972 gefordert, die Studienplätze müssten „mit einer Chance für jeden an sich hochschulreifen Bewerber“ verteilt werden. Bund und Länder haben deshalb ein komplexes Vergabeverfahren erlassen. Zuständig ist die Stiftung für Hochschulzulassung. Maximal 12,4 Prozent der Studienplätze werden nach Vorabquoten vergeben. Fünf Prozent sind reserviert für ausländische Bewerber aus Nicht-EU-Staaten, bis zu 2,2 Prozent der Studienplätze sind Bundeswehrangehörigen vorbehalten, die als Sanitätsoffiziers-Anwärter Medizin studieren wollen. Weitere zwei Prozent gehen an sogenannte Härtefälle, drei Prozent an Bewerber, die ein Zweitstudium aufnehmen wollen und 0,2 Prozent der Plätze an Studierwillige mit einer besonderen Hochschulzugangsberechtigung. Das können beispielsweise Bewerber sein, die bereits ein Grundstudium an einer Fachhochschule absolviert haben. Sind alle diese Zulassungen erfolgt, kommen Bewerber mit den drei Hauptquoten Abiturbeste, Wartezeit und Auswahl durch die Universität zum Zuge. Auch die Kriterien, nach denen die Universitäten ihre Studierenden aussuchen können, sind gesetzlich vorgegeben. Das sind außer der Abiturnote gewichtete Einzelnoten des Abiturs, fachspezifische Studierfähigkeitstests, eine vorausgegangene Berufsausbildung oder -tätigkeit sowie das Ergebnis der Auswahlgespräche.

Die Bundesregierung hat sich in ihrem angekündigten „Masterplan Medizinstudium 2020“ eine „zielgerichtete Auswahl der Studienplatzbewerber“ auf die Fahnen geschrieben hat. Der Deutsche Ärztetag hat im Mai 2014 dieses Vorhaben der Großen Koalition ausdrücklich begrüßt. Die Delegierten sprachen sich in einer Entschließung für ein „standardisiertes und transparentes Verfahren“ aus. Dabei sollten neben der Abiturnote „psychosoziale Kompetenzen, ein erfolgreiches soziales Engagement, einschlägige Berufserfahrung, das Persönlichkeitsprofil sowie weitere Parameter, die mit einer langfristigen Berufszufriedenheit einhergehen“, die Auswahl beeinflussen.

Florian Staeck

Konkret regt das Gremium an, dass jeder Medizinstudierende eine eigenständige Forschungsarbeit anfertigt, die zwölf Wochen umfassen soll. Die Positionierungen von Bundesärztekammer (BÄK), Medizinstudierenden und dem Medizinischen Fakultätentag (MFT) zu dem Thema lassen vermuten, dass unter einem oberflächlichen Konsens Konflikte schlummern: Stärkere Verankerung der Wissenschaftlichkeit im Studium? Ja, sagt Antonius Ratte, Bundeskoordinator für Medizinische Ausbildung in der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd). „Der Umgang und die Bewertung von Studien stellt eine Schlüsselkompetenz in der Behandlung von Patienten im Rahmen der Evidence Based Medicine dar.“ Auch eine eigene Forschungsarbeit im Rahmen des Studiums begrüßt die bvmd. Diese Arbeiten müssten „mit Seminaren und Coachings betreut werden“.

Wissenschaftliches Handeln fördern. Ja zur Stärkung der Wissenschaftlichkeit sagt auch der Medizinische Fakultätentag, der Zusammenschluss der Medizinischen Ausbildungs- und Forschungsstätten Deutschlands. MFT-Präsident Professor Dr. Heyo Kroemer, Dekan der Universitätsmedizin Göttingen, schränkt ein, dass sich durch die Forschungsarbeit das Studium nicht verlängern dürfe. Ungeklärt lasse der Wissenschaftsrat, welche Studieninhalte dafür gestrichen werden sollten. Relevant für die Bundesländer und Universitäten sei zudem die Frage, „zu welchen Kostensteigerungen die Umsetzung der Empfehlungen des Wissenschaftsrats langfristig führen“, so der MFT-Präsident. Die Bundesärztekammer betont, dass angesichts des enormen Innovationstempos in der Medizin eine gute medizinische Ausbildung wissenschaftliches Denken und Handeln fördern müsse. „Wichtig ist aber auch, den ärztlichen Nachwuchs auf die praktischen Herausforderungen des Berufsalltags vorzubereiten und frühzeitig in Kontakt mit den Patienten zu bringen“, sagt BÄK-Präsident Dr. Frank Ulrich Montgomery.

Approbationsordnung legt Inhalte fest. Wer immer die Mediziner Ausbildung in Deutschland ändern und reformieren will, begibt sich auf vermintes Gelände. Mit Blick auf das Zulassungsverfahren und die Vorgaben für insgesamt 60 scheinpflichtige Veranstaltungen handelt es sich um das am stärksten reglementierte Studium. Seit 1970 sind Studienverlauf und -inhalte sowie die Prüfungsleistungen im Studium der Humanmedizin in der Approbationsordnung für Ärzte festgelegt. Demnach sollen Ärztinnen und Ärzte wissenschaftlich und praktisch so ausgebildet werden, dass sie zu eigenverantwortlicher und selbstständiger Berufsausübung, zur Weiterbildung und zur ständigen Fortbildung befähigt sind. Von Humboldt lässt grüßen.

Im Jahr 2013 studierten laut Statistischem Bundesamt rund 86.000 der insgesamt etwa 2,6 Millionen Studierenden in Deutschland Humanmedizin. 9.023 Studienplätze in Humanmedizin wurden im Wintersemester 2012/2013 angeboten. Das Regelstudium umfasst sechs Jahre, wobei das letzte Jahr eine praktische Ausbildung – Praktisches Jahr (PJ) genannt – umfasst (siehe Abbildung „Lehrplan für den Arztberuf“ auf Seite 25). Insgesamt setzt sich das Studium aus drei Ärztlichen Prüfungen zusammen. Nach zwei Jahren steht die M1-Prüfung („Physi-

kum“) an, die sich aus einem bundeseinheitlichen schriftlichen und einem mündlich-praktischen Teil zusammensetzt. Prüfungsrelevant in diesem als „Vorklinik“ bezeichneten Abschnitt sind vor allem die Grundlagen der Medizin in Fächern wie Biologie, Chemie, Physik, Anatomie, Biochemie, Medizinische Psychologie und Physiologie. Der zweite, drei Jahre umfassende Ausbildungsabschnitt der „Klinik“ ist in 22 Fächer einschließlich eines Wahlfachs sowie 14 Querschnittsfächer ausdifferenziert und vermittelt die klinisch-praktische sowie die klinisch-theoretische Medizin. Am Ende steht eine bundeseinheitliche schriftliche Prüfung (M2-Prüfung). Das PJ umfasst drei Ausbildungsabschnitte à 16 Wochen in der Inneren Medizin, der Chirurgie sowie einem Wahlfach. Mit einer mündlich-praktischen Prüfung endet dieser letzte Studienabschnitt. Dann kann der erfolgreiche Absolvent bei der zuständigen Aufsichtsbehörde die ärztliche Approbation beantragen.

Hammerexamen wieder abgeschafft. Allein die Abfolge und der Umfang dieser Prüfungen ist in den letzten 20 Jahren Gegenstand erbitterter Reformdebatten gewesen. Die Reform der Approbationsordnung im Jahr 2002 sah eine umfassende schriftliche Prüfung nach dem PJ vor – das bei Studierenden äußerst unbeliebte „Hammerexamen“. Zehn Jahre später, im Juli 2012, wurde diese Prüfung wieder einkassiert, obwohl sich die Durchfallquoten nach 2002 nicht signifikant verändert hatten. In der Begründung der Änderungsverordnung ist nur allgemein von der „gezielten Nachwuchsgewinnung“ und der „Förderung von Medizinstudierenden“ die Rede.

Inhalte und die Struktur des Medizinstudiums sind ohnehin seit der Jahrtausendwende in Bewegung geraten. Dafür hat eine Klausel in der Approbationsordnung gesorgt, die es den Fakultäten seit Februar 1999 erlaubt, Modellstudiengänge anzubieten, die in vorgegebenen Punkten von der Regelausbildung abweichen dürfen. Gegenwärtig machen zehn von 37 Medizinischen Fakultäten davon Gebrauch. Von lediglich einer Experimentierklausel

kann längst keine Rede mehr sein: Im Wintersemester 2013/2014 hat sich jeder vierte Studienanfänger, fast 2.700 Medizinstudierende, in einen Reformstudiengang eingeschrieben. Diese Modellstudiengänge in Berlin, Bochum, Aachen, Düsseldorf, Witten/Herdecke, Mannheim, Hamburg, Köln, Oldenburg und Hannover, so das Fazit des Wissenschaftsrats in seiner im Juli 2014 vorgelegten Analyse, leisteten „einen wesentlichen Beitrag zur Weiterentwicklung des Medizinstudiums“.

Patientenkontakt von Anfang an. An der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) beispielsweise wird seit dem Studienjahr 2005/2006 „Hannibal“ angeboten – Hannoversche integrierte berufsorientierte adaptive Lehre. Für die 270 Teilnehmer pro Jahr im Modellstudiengang gibt es keine Semester. Sie studieren vielmehr in drei zehnwöchigen Unterrichtseinheiten.

Jeder vierte Studienanfänger in der Medizin hat sich in einen Modellstudiengang eingeschrieben.

Lehrplan für den Arztberuf

Struktur des Medizinstudiums
nach der Approbationsordnung seit 1. Januar 2014

Modellstudiengang (2 Staatsprüfungen)	Regelstudiengang (3 Staatsprüfungen)
Integrierte Lehre vorklinischer und klinischer Inhalte im 1. bis 10. Semester	Erster (vorklinischer) Studienabschnitt im 1. bis 4. Semester
	Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung, schriftlich und mündlich
Ersatz des 1. Staatsexamens durch hochschulinterne Prüfungen	Zweiter (klinischer) Studienabschnitt. Die einzelnen Fächer werden von der Hochschule abgeprüft im 5. bis 10. Semester.
	Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung, schriftlich (Multiple-Choice-Verfahren mit Fallstudien)
Praktisches Jahr 3 Tertiale = 48 Wochen	Praktisches Jahr 3 Tertiale = 48 Wochen
„Dritter“ Abschnitt der Ärztlichen Prüfung, mündlich-praktisch	Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung, mündlich-praktisch
Erteilung der Approbation (staatliche Zulassung zur Berufsausübung als Arzt/Ärztin)	

Von den 37 medizinischen Fakultäten in Deutschland bieten 27 den Regelstudiengang an: vier Semester „Vorklinik“ mit naturwissenschaftlichen und medizinisch-theoretischen Grundlagen und sechs Semester „Klinik“ mit spezifischen Disziplinen. Zehn Fakultäten bieten Modellstudiengänge an, die klinische und vorklinische Inhalte miteinander verbinden. Am Ende steht bei beiden Studienformen das Praktische Jahr.

Quelle: Wissenschaftsrat/hochschulstart.de

Ab dem dritten Studienjahr werden diese Tertiale parallel durchlaufen. Die Lehrverpflichtungen für die Dozenten nehmen dadurch deutlich zu. Sie unterrichten in einem Terial nur jeweils 90 Studierende. Dies mache die Aufteilung in Kleingruppen einfacher und erlaube intensiven Unterricht, heißt es in einer Erläuterung zum Studiengang. Die MHH umschreibt mit „patientenorientiert und praxisnah“ sowie „wissenschaftlich und forschungsorientiert“ die Ziele des Modellstudiengangs. Die Studierenden nehmen nicht an der M1-Prüfung teil. Mehrere Prüfungen in den ersten zwei Jahren, die „physikumsäquivalent“ sind, ersetzen diese Staatsprüfung. Hannibal erhebt den Anspruch, von Beginn des Studiums an klinische Themen mit theoretischen Inhalten zu verzahnen, schreibt der Wissenschaftsrat in seiner Vorstellung dieses Studiengangs. Nicht erst nach dem Physikum, sondern bereits ab dem ersten Studienjahr haben die Studierenden Kontakt mit Patienten.

Modellstudiengang verknüpft Vorklinik und Klinik. Auch im zweiten Jahr, bei der Einführung in diagnostische Methoden, werden die Studierenden überwiegend von Klinikern unterrichtet. Dazu gehören neben Internisten und Allgemeinärzten beispielsweise Dermatologen, Gynäkologen, Hals-Nasen-Ohren-Ärzte, Neurologen, Pädiater oder Zahnärzte. Die Studierenden lernen, wie sich wichtige Krankheitsbilder manifestieren und verwenden die im ersten Studienjahr erworbenen Kenntnisse,

um diagnostische Verfahren auf den jeweiligen Fall anzuwenden. Der Studienverlauf ist im Sinne einer „Lernspirale“ geordnet: Die Studierenden setzen sich wiederkehrend mit einzelnen Krankheitsbildern auseinander, wobei diese zunehmend differenziert und in jeweils neuen Kontexten erläutert werden.

Die bundesweit zehn Modellstudiengänge eröffneten den „Übergang von einer an den Lerninhalten der einzelnen Fächer zu einer an den ärztlichen Rollen und ihren erforderlichen Kompetenzen orientierten Ausbildung“, so das Fazit des Wissenschaftsrats. In Regelstudiengängen ist es vielfach Praxis gewesen, das sich vermehrende Wissen in immer neuen Spezialdisziplinen abzubilden, was eine Vermehrung der verpflichtenden Fächer und damit der Lern- und Prüfungsinhalte nach sich zog. Dieses Vorgehen, konstatiert der Wissenschaftsrat, ist „schon lange an seine Grenzen gestoßen“. Die Modellstudiengänge haben darauf reagiert, beispielsweise durch die Organisation des Studiums in organ- und themenzentrierte Module oder durch die Verknüpfung vorklinischer und klinischer Studieninhalte – wie beispielsweise in Hannover.

Unterschiedliche Curricula erschweren Wechsel. Doch so beeindruckend die Vielfalt neuer Curricula und Ausbildungsformen auch sein mag: Die Modellstudiengänge sind sehr heterogen und kaum vergleichbar. Damit fehlt ein für alle Fakultäten gültiger Benchmark. Auch der Wechsel des Studienorts wird für die Studierenden schwieriger, je unterschiedlicher die Ausbildungsgänge sind. Die Bundesvertretung der Medizinstudierenden ist diese blühende Wiese daher zu bunt. Sie fordert, die Struktur des Medizinstudiums wieder einheitlich zu regeln. Dafür entwickeln der Medizinische Fakultätentag und die Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (länderübergreifende, deutschsprachige Fachgesellschaft für Ausbildung und Lehre in der Medizin und den Gesundheitsberufen) seit 2009 den „Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin“. Ziel ist, ein Kerncurriculum für alle angehenden Ärzte bis zum Abschluss des Studiums zu beschreiben. Kompetenzen werden hier verstanden als „erwerbbar kognitive und praktische Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Problemlösung sowie die damit verbundenen Einstellungen“ des Arztes. Abgeleitet ist das Konzept aus dem kanadischen CanMED-Konzept, das sieben ärztliche Rollen definiert: medizinischer Experte, Gelehrter, Kommunikator, Mitglied eines Teams, Gesundheitsberater und -fürsprecher, Manager und professionell Handelnder.

Orientierung für alle Fakultäten. Medizinisches Wissen, klinische Fähigkeiten und professionelle Haltungen sollen künftige Ärztinnen und Ärzte befähigen, zusammen mit den Kompetenzen der anderen ärztlichen Rollen eine patientenzentrierte Versorgung umzusetzen. Anhand dieses Lernzielkatalogs, so fordert die Vertretung der Medizinstudierenden, sollte „in Deutschland ein einheitliches Niveau für Absolventinnen und Absolventen geschaffen werden, an dem sich die Curricula aller Fakultäten orientieren sollen“, sagt Antonius Ratte. Der Vorteil eines solchen Lehrfahrplans bestehe außerdem darin, „dass es Kernkompetenzen definiert, die jeder Absolvent erreicht haben sollte, um in allen Disziplinen grundsätzlich tätig sein zu können“. Gegen-

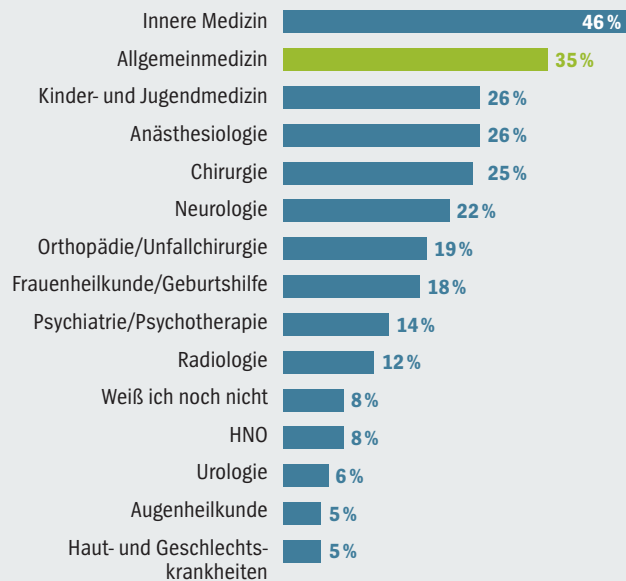
wärtig liegt ein Entwurf für einen NKLM vor, der seit Juli 2013 mit Fachgesellschaften und Medizinischen Fakultäten abgestimmt wird – eine Verabschiedung ist für Juni 2015 vorgesehen.

Koalitionspartner kündigen Masterplan an. Dazwischen funken könnte der Gesetzgeber. Denn Union und SPD haben bereits in ihrer Koalitionsvereinbarung von Herbst 2013 Reformbedarf ausgemacht und einen „Masterplan Medizinstudium 2020“ angekündigt. Studienplatzbewerber zielgerichteter auswählen, Praxishnähe fördern und die Allgemeinmedizin stärken – diese drei Ziele geben die Koalitionspartner vor. Die Bundesärztekammer befürwortet einen Masterplan, fordert aber eine Erhöhung der Studienplätze um „mindestens zehn Prozent“, so Montgomery. Er erinnert daran, dass es 1990 bundesweit 16.000 Studienplätze gegeben habe. Heute sind es noch rund 10.000.

Beim MFT hält sich die Begeisterung über die Ankündigung eines Masterplans in Grenzen. Man wundere sich, so Heyo Kroemer, dass die Regierung nach einer Vielzahl von Novellen einen Masterplan vorlegen wolle, wohingegen in der Zahnmedizin die Studierenden noch nach der Approbationsordnung von 1955 studieren müssten. Veränderungen in der Approbationsordnung, bemerkt der MFT, „sind nach Wahrnehmung

Allgemeinmedizin für Studierende attraktiv

Welche Facharztausbildung kommt für Sie in Frage?
(Mehrfachnennungen möglich)



Großes Potenzial: Von 11.462 im Jahr 2014 befragten Medizinstudierenden in Vorklinik, Klinik und Praktischem Jahr können sich 35 Prozent eine Weiterbildung in der Allgemeinmedizin vorstellen. Demnach tragen die Bemühungen um den Hausarzt-Nachwuchs Früchte: In der Vorläufer-Befragung im Jahr 2010 lag der Anteil der Studierenden, die sich für die Allgemeinmedizin entscheiden würden, noch bei 29 Prozent.

Quelle: Jacob, Universität Trier, Berufsmonitoring 2014

der Fakultäten hauptsächlich politisch motiviert“. Zugleich warnt der MFT, die Zahl der verpflichtenden Prüfungsnachweise sollte reduziert und „auf keinen Fall weiter erhöht werden“.

Praktisches Jahr ist Zankapfel. Das gilt alle Mal für die Struktur des Praktischen Jahres, die seit Jahren Zankapfel bei Reformen gewesen ist. So hat der Wissenschaftsrat vorgeschlagen, die Dreigliederung des PJ mit den Elementen Innere Medizin, Chirurgie und einem Wahlfach abzulösen durch vier Ausbildungsabschnitte von jeweils zwölf Wochen. Dann würden, so die Erwartung des Wissenschaftsrats, sich Studierende vermehrt für ein Quartal Allgemeinmedizin entscheiden, wenn sie darüber hinaus ein weiteres Fach nach ihrer Neigung wählen können. Die Bundesärztekammer dagegen will an der Dreigliederung festhalten. Die größeren Wahlmöglichkeiten im Modell des Wissenschaftsrats „wiegen die Nachteile nicht auf, insbesondere die dadurch verkürzten praktischen Ausbildungsphasen und den Organisationsaufwand“, so Ärztepräsident Montgomery.

Die Medizinstudierenden halten die Aufteilung des PJ in vier Quartale für möglich, lehnen jedoch einen weiteren Pflichtabschnitt „insbesondere in der Allgemeinmedizin entschieden ab“, erklärt die bvmf. Im Gegensatz zu anderen Fächern sei das Fach Allgemeinmedizin bedingt durch die Vielfältigkeit der Behandlungsanlässe und die vielen Schnittpunkte mit anderen Teilbereichen der Medizin „besonders schlecht ausschließlich als fester Abschnitt in das PJ einzubinden“, betont Antonius Ratte von der bvmf. Sinnvoller sei es, allgemeinmedizinische Inhalte immer wiederkehrend „im Sinne einer Lernspirale“ in das Curriculum einzubinden.

Als Frank Ulrich Montgomery im Sommer 2014 in einem Interview vorsichtig für ein allgemeinmedizinisches Pflichtquartal plädierte, schrieb seine Nachwuchsorganisation ihm sichtlich ungehalten einen offenen Brief. Eine rein quantitative Stärkung der Allgemeinmedizin sei der falsche Weg, mahnte die bvmf. Die Studierenden-Organisation forderte, die Wirkungen der jüngsten Änderungen in der Approbationsordnung sollten erst abgewartet und dann evaluiert werden. Auch der Marburger Bund (MB), die Gewerkschaft der Krankenhausärzte, warnt die Regierung vor Schnellschüssen bei ihrem Masterplan Medizinstudium: Man müsse sich erst anschauen, „ob die Veränderungen aus der Vergangenheit zu Verbesserungen geführt haben“, sagte der stellvertretende MB-Vorsitzende, Andreas Botzlar. Schnelles Handeln fordert der MB dagegen bei der Zahl der Plätze für Studienanfänger – ihre Zahl solle um zehn Prozent steigen.

Gesetzgeber stärkt Allgemeinmedizin. Tatsächlich hat der Gesetzgeber den Versuch unternommen, die Allgemeinmedizin im Verlauf des Studiums zu stärken. Im Juli 2012 ist mit der geänderten Approbationsordnung das allgemeinmedizinische Blockpraktikum von mindestens einer auf zwei Wochen verlängert worden. Ab Oktober 2015 müssen die Universitäten mindestens

Ausbildungsreformen locken nicht automatisch mehr Ärzte aufs Land.



zehn Prozent der Studierenden im PJ für das Wahlterial einen Platz in der Allgemeinmedizin anbieten. Ab Oktober 2017 wird diese Quote auf 20 Prozent erhöht. Studierende müssen innerhalb ihrer vier Monate umfassenden Famulatur einen Monat in einer Einrichtung der hausärztlichen Versorgung verbringen. Empirische Belege dafür, inwiefern eine „höhere Dosis“ Allgemeinmedizin die Berufsperspektiven der angehenden Ärzte prägt, nennt der Gesetzgeber nicht. Es bleibt bei der bloßen Hoffnung, mehr Berührungspunkte mit der Hausarztmedizin im Studium würden mehr junge Ärztinnen und Ärzte ermuntern, sich für eine allgemeinmedizinische Weiterbildung zu entscheiden, um schlussendlich am besten auf dem Land zu arbeiten. Dort suchen viele Hausärzte schon heute verzweifelt einen Nachfolger.

Diese Hoffnung teilt der MFT nicht. „Mit Ausbildungsreformen können Probleme der Verteilung der Absolventen auf medizinische Fächer und ländliche Regionen nicht gelöst werden“, sagt Heyo Kroemer. Die Gründe, die gegen eine Weiterbildung oder Niederlassung in der Allgemeinmedizin sprächen, seien nicht im Studium zu suchen. Angesichts der hohen Zahl an Novellen durchlaufe kaum ein Arzt seine Ausbildung „ohne mehrfache Änderung des Approbationsrechts“, mahnt Kroemer.

In Medical Schools schneller zum Examen. Stetiger Veränderungsdruck bei der Ärzteausbildung kommt nicht nur vom nationalen Gesetzgeber, sondern auch aus Europa. Denn die im Januar 2014 in Kraft getretene EU-Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen hat ausländische Anbieter auf den Markt gebracht. Hochschulen aus EU-Mitgliedsstaaten haben in den vergangenen Monaten mehrfach mit privaten oder kommunalen Krankenhäusern in Deutschland Kooperationsverträge geschlossen. Ziel ist die Gründung sogenannter Medical Schools, in denen – gebührenpflichtige – Studienplätze in Humanmedizin angeboten werden. Beispiele dafür sind die Asklepios Medical School in Hamburg, die European Medical School Oldenburg-

Groningen und die Kassel School of Medicine. Dabei machen sich die Anbieter eine Klausel in der EU-Richtlinie zunutze, nach der der Erwerb angemessener klinischer Erfahrung auch „unter Aufsicht einer Universität“ – aber nicht in einer Universität – erfolgen kann. So kommt es, dass für die 50 Medizinstudierenden der neuen Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg (PMU) in Deutschland das städtische Krankenhaus Nürnberg einen Großteil der Ausbildung übernimmt. Ankerpunkt in Österreich ist die PMU. Mit ihrer Gründung im Jahr 2002 wurden das Landeskrankenhaus Salzburg, die Christian Doppler Klinik Salzburg sowie die Landesklinik St. Veit zum Universitätsklinikum ernannt. Das Medizinstudium dauert an der PMU fünf anstatt – wie in der deutschen Approbationsordnung vorgesehen – sechs Jahre. Möglich macht dies die EU-Richtlinie, die nur fünf Jahre und 5.500 Stunden theoretische und praktische Ausbildung fordert. Die Studiengebühr an der PMU beträgt pro Jahr 13.500 Euro.

Ärztetag warnt vor Zweiklassen-Ausbildung. Der Medizinische Fakultätentag sieht die neuen Bildungsanbieter auf dem deutschen Markt kritisch. MFT-Präsident Kroemer fürchtet „weitreichende Folgen für die Ausbildungsqualität“. Mittelfristig könnte diese Entwicklung zu „unterschiedlich gut ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten führen“. Der MFT verlangt, dass die Aufsichtsbehörden der Länder genauer hinschauen. Bisher, so klagte Kroemer in einer gemeinsamen Stellungnahme von MFT und dem Verband der Universitätsklinika Deutschlands im Juli vergangenen Jahres, „gibt es weder von den Wissenschaftsministerien noch von den Gesundheits- und Sozialministerien offizielle Äußerungen. Inoffiziell hört man, es ginge ja nicht um deutsche Hochschulgrade“. Auch der Deutsche Ärztetag zeigte sich in einer Entschließung im Mai 2014 besorgt. Deutsches Zulassungs-, Ausbildungs- und Prüfungsrecht dürften „nicht durch europäisches Recht unterwandert werden“, heißt es darin. Es dürften sich auf keinen Fall „Medizinerbildungen erster und zweiter Klasse entwickeln“, warnten die Delegierten.

Die privaten Medical Schools verweisen darauf, die deutschen Behörden seien verpflichtet, die Approbation zum Arzt beim Nachweis von Abschlüssen von Universitäten aus EU-Staaten zu erteilen. Dagegen leiten MFT und der Verband der Uniklinika aus der Berufsankennungs-Richtlinie keine Pflicht ab, die Approbation nach Paragraph 3 der Bundesärzteordnung unbesehen zu erteilen. Die privaten Anbieter sollten sich den Qualitätsstandards stellen, die für inländische Einrichtungen gelten und sich durch den Wissenschaftsrat akkreditieren lassen, fordert der MFT. Damit die Aufsichtsbehörden ihrer Arbeit nachgehen können, müssten die Kooperationsverträge zwischen ausländischen Universitäten und deutschen Krankenhäusern „transparent gemacht werden“, fordert Kroemer.

Familie hat hohe Priorität. Weitgehend abseits der politischen Debatten entwickeln die Medizinstudierenden in den sechs Jahren ihrer Ausbildung eigene Vorstellungen darüber, wo und

wie sie später als Arzt und Ärztin arbeiten wollen. Im September 2014 hat die Universität Trier dazu Ergebnisse einer Online-Umfrage unter bundesweit rund 11.500 Studierenden vorgestellt (Berufsmonitoring Medizinstudenten, siehe Abbildung „Allgemeinmedizin für Studierende attraktiv“ auf Seite 26). Als Top-Priorität bezeichnen es fast 95 Prozent der Antwortenden, sie wollten Familie und Beruf gut vereinbaren. Gefragt nach dem gewünschten Jobprofil geben ebenfalls 95 Prozent der Medizinstudierenden an, sie wollten „auf dem neuesten Stand der Wissenschaft“ sein. Den Wunsch nach einem „guten Einkommen“ nennen deutlich weniger Befragte (82 Prozent).

Gesundheitspolitisch brisant ist die Frage nach dem Standing der Allgemeinmedizin unter den Studierenden: 35 Prozent sagen, grundsätzlich komme für sie die Facharzt Ausbildung in der Allgemeinmedizin in Frage. Größer ist die Zustimmung nur bei der Inneren Medizin (46 Prozent). Bei der umgekehrten Frage, welche Fachrichtung die Studierenden definitiv für sich ablehnen, nennt nur knapp jeder Fünfte (19 Prozent) die Allgemeinmedizin. Das Potenzial für eine Weiterbildung in der Allgemeinmedizin ist nach Meinung der Studienautoren somit vorhanden. Das Problem dürfte die Verteilung der Ärzte in Deutschland sein. Denn 39 Prozent der Befragten äußerten, sie wollten auf keinen Fall in Landgemeinden bis 5.000 Einwohnern arbeiten.

Politik wirbt weiter um Landärzte. Im Jahr 2010 waren Medizinstudierende erstmals im Rahmen des Berufsmonitorings befragt worden. Damals lehnten es 45 Prozent ab, in Orten mit bis zu 5.000 Seelen als Arzt oder Ärztin zu arbeiten. Ob das ein Hoffnungsschimmer für Bürgermeister von Landgemeinden ist, die heute schon händeringend nach Hausärzten suchen? Das politische Werben um Landärzte wird weitergehen, der Zeitplan ist abgesteckt. Der gesundheitspolitische Sprecher der Unionsfraktion im Bundestag, Jens Spahn (CDU), hat angekündigt, nach Abschluss der Krankenhaus-Reform werde die Koalition das Thema Medizinstudium aufgreifen. Spahn ließ im November 2014 erkennen, man wolle den Druck auf die Länder erhöhen: „Die Gesundheitsminister der Länder beschließen dauernd, was sich ändern muss. Aber die Wissenschaftsminister tun nichts“, sagte Spahn. Medizinstudierende werden sich also auf eine neue Runde von Reformen ihrer Ausbildung einstellen müssen. ■

Florian Staeck ist Redakteur bei Springer Medizin, Ärzte Zeitung.

Kontakt: Florian.Staeck@springer.com

Webtipps

- www.wissenschaftsrat.de > Veröffentlichungen > Suchmaske > „Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Medizinstudiums in Deutschland auf Grundlage einer Bestandsaufnahme der humanmedizinischen Modellstudiengänge“, Juli 2014 (PDF)
- www.mft-online.de > Presse/Standpunkte > Publikationen > Aktuell: „duz SPECIAL Medizinischer Fakultätentag: Wir bilden Ärzte aus, forschen und sorgen für Ihre Gesundheit“ (PDF)

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

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

aus-liebe-zur-vorsorge.de



Paul und Hildegard Breitner

Mehr Informationen unter:





Zur Person

Dr. Andreas Köhler kam am 20. November 1960 im badischen Hambrücken zur Welt. Nach dem Abitur studierte er als Sanitäts-offizier der Bundeswehr Humanmedizin. Es folgten eine Weiterbil-dung zum Chirurgen und ein Studium als Betriebswirt. 1995 ging Köhler zur Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), wo er unter anderem das Dezernat für Gebührenordnung und Vergütung leite-te und als Hauptgeschäftsführer tätig war. 2005 wählte ihn die Vertreterversammlung zum Vorstandsvorsitzenden der KBV, wo er für das fachärztliche Ressort verantwortlich zeichnete. Im Februar 2014 legte Andreas Köhler krankheitsbedingt sein Amt nieder. Seither engagiert er sich ehrenamtlich – etwa als Ehrenpräsident des Spitzenverbandes der Fachärzte (SpifA).

„Wie Tarzan im Medizin-Dschungel“

Er schuftet täglich 16 Stunden, streitet für höhere Honorare und den freien Arztberuf. Vielen gilt **Andreas Köhler** als Energiebündel und Kämpfernatur. Doch im Herbst 2013 erleidet der Chef der Kassenärztlichen Bundesvereinigung einen Herzinfarkt. Sein Amt gibt er auf. Was er seither als Patient erlebt hat, erzählt er im Gespräch mit G+G.

Herr Dr. Köhler, ohne Gesundheit ist alles nichts. Daher die wichtigste Frage zu Beginn des Gesprächs: Wie geht es Ihnen?

Andreas Köhler: Gut. Ich bin zwar in einem Zustand der chronischen, der seltenen und einer sehr akuten Erkrankung. Aber ich fühle mich nicht krank. Ich bin leistungsfähig – natürlich unter fortlaufender medizinischer Kontrolle. Und ich muss den Umgang mit der Krankheit akzeptieren, was gar nicht so einfach ist.

Warum?

Köhler: Wenn man wie ich Workaholic ist und auf einem Level von 120 Prozent lebt und durch eine Erkrankung runtergebremsst wird auf 70 Prozent, dann muss man in einer Leistungsgesellschaft lernen, damit umzugehen. Man steht plötzlich vor Fragen wie diesen: Wie leistungsfähig bist du noch? Was mutest du dir trotz Krankheit zu? Wie gehst du mit den gewonnenen Lebensjahren um, die du den Errungenschaften der modernen Medizin zu verdanken hast? Das sind wichtige Fragen, mit denen wir uns bislang viel zu wenig beschäftigen und bei denen Patienten die Unterstützung der Ärzte dringend benötigen.

Als Sie nach Ihrem Herzstillstand im Herbst 2013 zweimal reanimiert werden mussten, sind Sie dem Tod gerade noch einmal von der Schippe gesprungen. Wie fühlt sich das an?

Köhler: Von Nahtod-Erlebnissen, wie man sie von der Literatur her kennt, kann ich nicht berichten. Es gab da weder den berühmten Mann im weißen Gewand noch das helle Licht. Ich hatte das große Glück, keine Schmerzattacken vor dem Infarkt zu haben, eher die Gnade der Bewusstlosigkeit. Für die Angehörigen und das Umfeld fühlte sich das daher alles viel dramatischer an als für mich selbst. Ich bin ja erst wieder im Krankenhaus auf der Intensivstation aufgewacht.

Und was war Ihr erster Gedanke in diesem Moment?

Köhler: Sie denken an vieles und an nichts. Bewusst wurde mir aber, dass diese Unendlichkeitstheorie, der viele erfolgreiche Menschen folgen, indem sie meinen, sie hätten unendlich viel Zeit im Leben und seien stets unbesiegbar, dass dieser Glaube plötzlich eine starke Limitation erfährt. Damit muss man sich beschäftigen, und das habe auch ich getan.

Würden Sie aus Patientensicht sagen, Deutschland verfügt über ein gutes und leistungsfähiges Gesundheitswesen?

Köhler: Ja, das würde ich sofort unterschreiben. In der gesetzlichen Krankenversicherung ist ein Innovationszugang bei den ärztlichen und den veranlassten Leistungen garantiert, der ist sehr, sehr gut und schnell, auch wenn wir immer etwas anderes be-



Köhler: Notwendig ist eine bessere elektronische Vernetzung. Wir befinden uns im 21. Jahrhundert – und haben noch immer unterschiedliche EDV-Standards im stationären wie im ambulanten Bereich. Wir sind ja nicht mal – mit Ausnahme von Modellversuchen und integrierten Versorgungsstrukturen – in der Lage, mittels EDV Informationen in die eine oder andere Richtung zu schicken. Außerdem müssen wir mehr Anreize für ärztliches Case Management – verstanden als sektorenübergreifende Begleitung des Patienten – setzen. Gelingt uns das nicht, dann fühlt sich der Patient weiter wie Tarzan im Dschungel der Hochleistungsmedizin. Selbst mir als Arzt ging das so.

„Unser Gesundheitssystem ist technisch in der Neuzeit angekommen, in der Koordination verharrt es im Mittelalter.“

haupten. Diese Innovationen retten Leben – und ich selbst hätte wohl vor fünf Jahren nicht überlebt. Gleichwohl muss ich als Patient auch sagen, dass es in der Koordination der stationären und der ambulanten Behandlung große Defizite gibt.

Was genau läuft schief?

Köhler: Wir sorgen für eine riesige Innovation, retten etwa in der Onkologie Leben, kümmern uns aber nicht um die nachfolgende Phase der Koordination einzelner Therapieschritte. Wir forschen über alles Mögliche, aber primitive Dinge wie die Übergänge zwischen Praxis und Klinik oder zwischen Pflege und Medizin funktionieren nicht. Exakt da zeigen sich die Schwächen unseres Gesundheitssystems, das technisch in der Neuzeit angekommen ist, in der Abstimmung der Versorgungsprozesse aber noch im von Sektoreninteressen dominierten Mittelalter verharrt.

Und welche Konsequenzen hat das für den Patienten?

Köhler: Er ist gezwungen, die Sektorenmauern alleine zu durchbrechen. In der Klinik gibt's die Informationen nicht, die der Hausarzt hat. Und umgekehrt weiß manchmal der Hausarzt nicht, dass sein Patient schon wieder aus der Klinik entlassen wurde. Spannend wird es, wenn der Patient noch mehrere Medikamente einnehmen muss aufgrund unterschiedlicher Erkrankungen. Da verordnet das Krankenhaus etwas und weiß eventuell nicht, dass nebenher noch Hypertonie behandelt wird mit bestimmten anderen Medikamenten. Das ist gefährlich.

Und wie schafft man den Sprung vom medizinischen Mittelalter in die Neuzeit, um bei Ihrem Bild zu bleiben?

Wie könnte dieses Case Management konkret aussehen?

Köhler: Ein einfaches Beispiel: Warum kann der Hausarzt, wenn ein chronisch kranker Patient aus der Klinik entlassen wird, nicht auf die Entlassungsvisite mitgehen? Es fände ein Kontakt zwischen dem betreuenden Krankenhausarzt und dem weiter betreuenden Hausarzt statt. Medikation und poststationärer Verlauf ließen sich in Anwesenheit des Patienten miteinander besprechen.

Klingt in der Tat simpel. Warum ist es nicht gängige Praxis?

Köhler: Der Hausarzt hat die Zeit nicht. Und er kriegt es auch nicht vergütet. Es gab früher mal solche Modellvorhaben in Hessen, aber das ist 15 Jahre her. Die wurden auch wegen mangelndem Interesse der Hausärzte eingestellt. Hier ist also viel zu tun. Das, was mit dem eHealth-Gesetz versucht wird, also Entlassmanagement zu betreiben, ist zumindest ein erster Schritt.

Aber manchmal bedarf es nur eines Telefonats zwischen dem Hausarzt und dem Kollegen in der Klinik, um Dinge zu klären.

Köhler: Doch wann ist dieses Telefonat nötig, wann nicht? Und welchen Nutzen hat das Ganze? Wenn ich akzeptiere, dass es nur begrenzte Finanzmittel in einer solidarischen Krankenversicherung gibt, dann muss ich fragen, wo gebe ich diese Mittel sinnvollerweise hin. Stecke ich das Geld in das nächste teure Medikament oder rette ich nicht mehr Leben, wenn ich festlege, wann das angesprochene Telefonat nötig ist? Das ist die spannende Frage – und das ist eine Frage, die es zu erforschen gilt.

Was bislang nicht in ausreichendem Maße geschieht?

Köhler: Die Versorgungsforschung ist an diesem Punkt in der Tat ziemlich blank. Deshalb sage ich: Gebt denen, die forschen wollen, Versorgungsdaten, und zwar ambulante, stationäre, auch jene aus dem Reha-Bereich, sodass wir Schnittstellenfragen analysieren können. Wir müssen das endlich mal lernen.

Betrifft das auch die wichtige Frage der Medikation? Als Patient mit einer seltenen, einer chronischen sowie einer akuten Erkrankung dürfte Ihr Tabletten-Cocktail recht bunt gemischt sein.

Köhler: So ist es. Ich habe eine seltene Hauterkrankung. Wegen dieser Krankheit kriege ich immer mal wieder Hautkrebs. Ich bekomme dafür Medikamente verschrieben, die meine Haut sehr dünn machen. Das ist per se gut so. Aber wegen meines Herzinfarktes nehme ich auch Gerinnungshemmer ein. Die Kombination sehr dünne Haut, sehr dünne Schleimhaut und Gerinnungshemmer ist vergleichbar, wie wenn man Bluter ist. So hatte ich häufig unstillbares Nasenbluten. Mein Kardiologe hat meinem Hautarzt dieses Wissen leider nicht weitergegeben. Jeder der beiden Kollegen hat mich exzellent behandelt, aber eben nur sein Feld gesehen. Medikationsmanagement ist daher ein Gebot der Stunde. Wichtig ist, dass sich Haus- und Fachärzte unter Einbeziehung des Apothekers besser untereinander abstimmen.



Als Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung waren Sie viele Jahre Teil der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Würden Sie sagen, die dort Beteiligten haben das Patientenwohl immer und zuallererst im Blick?

Köhler: Der Fokus ist da, aber er ist ein wenig unscharf geworden. Als Ärztevertreter hätte auch ich mir manches Mal gewünscht, näher dran an der Patientenversorgung zu sein. Und manche Norm, die ich begleitet habe als Funktionär, als Patient aber nie selbst erleben durfte, würde ich heute sicherlich anders gestalten.

Zum Beispiel?

Köhler: Nehmen Sie die Tabletten-Blister, da können Sie jetzt lachen: 20 Jahre lang stand ich mit in der Verantwortung dafür. Bis mir eines Tages auffiel, dass es extrem schwierig ist, Tabletten aus diesen Blistern herauszudrücken – und ich bin wahrlich nicht der Schwächste. Ich stelle mir nun eine 80-jährige Frau vor. Puh!

Würden Sie den Patientenvertretern ein Stimmrecht in der gemeinsamen Selbstverwaltung einräumen? Mitreden dürfen ihre Vertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss ja, mitentscheiden aber nicht.

Köhler: Die Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss hat in Verfahrensfragen ein Stimmrecht – und das ist auch richtig so. Ich warne aber davor und habe Patientenvertretung im Übrigen auch nie so verstanden, den Patientenvertretern ein Stimmrecht in medizinischen Fragen zu geben. Die Patientenvertretung verlöre dann ihre Unschuld. Innerhalb von zwei, drei Jahren wäre sie nicht mehr unterscheidbar von einer Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer Krankenhausgesellschaft oder einem GKV-Spitzenverband.

Viele Patienten organisieren sich in Selbsthilfegruppen. Eine gute, weil überfällige Entwicklung?

Köhler: Die Selbsthilfe ist ein wichtiger Partner, wenn es darum geht, die Patientenautonomie weiter zu stärken – vorausgesetzt, die Selbsthilfegruppen agieren neutral und lassen sich nicht von fremden Interessen leiten. Das hat im Übrigen auch für den Arzt zu gelten.

Patienten besorgen sich heute immer mehr Informationen aus dem Internet. Sie tauschen sich in sozialen Netzwerken über ihre Krankheiten und mögliche Therapien aus. Wird Dr. Google zur Gefahr für den Haus- oder Facharzt um die Ecke?

Köhler: Nein. Das verfügbare Wissen im Internet führt dazu, dass Patienten erst Recht ihren Arzt brauchen. Irgendjemand muss doch gemeinsam mit dir entscheiden, welche der vielen Informationen wichtig und richtig sind. Deswegen hätte ich als Ärzteschaft nie Angst vor dem selbstbestimmten und informierten Patienten. Der Arzt muss sich ihm nur offen stellen. ■

Das Interview führte Thomas Hommel.



Zur Top-Therapie ins zertifizierte Zentrum

Schwarz-Rot arbeitet daran, die stationäre Versorgung auf mehr Qualität zu trimmen. Ein wirkungsvolles Mittel: Nicht jedes Krankenhaus alles machen zu lassen, sondern die Behandlung in zertifizierten Zentren zu bündeln. Bei Brust- und Darmkrebs ist das schon heute möglich, ohne dass die Wege für Patienten zu weit werden. Wie das geht, schildern [Simone Wesselmann](#), [Carina Mostert](#), [Johannes Bruns](#) und [Jürgen Malzahn](#).

Durch die Einführung des fallpauschalierten Entgeltsystems – Diagnosis Related Groups (DRG) – ist die stationäre Versorgung in den vergangenen zehn Jahren in vielen Bereichen modernisiert worden. Die Begleitforschung zu den DRG stellte jedoch fest, dass die angestrebte Zentralisierung und Spezialisierung der Versorgung weitgehend unterblieben ist. Dabei hat sich in zahlreichen medizinischen Teilgebieten wie zum Beispiel in der Onkologie aus medizinisch-wissenschaftlicher Sicht gezeigt, dass eine Versorgung in Zentren und sektorenübergreifenden Netzwerken der Regelversorgung überlegen ist ([Beckmann et al. 2011](#), siehe Kasten „Lesetipps“ auf Seite 40).

Zahl der Krebserkrankungen steigt. Krebserkrankungen und ihre Auswirkungen nehmen einen stetig größer werdenden Bereich in der Gesundheitsversorgung ein: Zum einen aufgrund der steigenden Zahl neuauftretender Krebserkrankungen (Robert Koch-Institut 2014: 480.000 Neuerkrankungen), die demografisch bedingt weiter zunehmen wird, und zum anderen durch den immer häufiger werdenden chronischen Verlauf dieser Erkrankungen. Darüber hinaus ist Krebs die zweithäufigste Todesursache in Deutschland (Statistisches Bundesamt 2014).

Nationalen Krebsplan aufgelegt. Diese Entwicklungen machen Reformen der onkologischen Versorgung notwendig und haben auch auf europäischer Ebene zu der Vorgabe geführt, nationale Krebspläne zu entwickeln und umzusetzen. So hat das Bundesgesundheitsministerium im Jahr 2008 in Kooperation mit der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Krebshilfe und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren den Nationalen Krebsplan initiiert und damit eine Plattform geschaffen, auf der sich die am Thema Onkologie Beteiligten zusammenfinden und Strategien und Maßnahmen für die Früherkennung und die Versorgung krebserkrankter Menschen erarbeiten.

Ein wichtiges Element des Nationalen Krebsplans ist die Beteiligung der Partner der Gesundheitspolitik und -versorgung. Neben den Vertretern der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und von Patientenorganisationen haben der GKV-Spitzenverband, die Private Krankenversicherung (PKV), die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Bundesärztekammer über 100 Verbesserungsmaßnahmen erarbeitet. Im Mittelpunkt stand dabei, Strukturen und Prozesse zu etablieren, die die Qualität der Früherkennung, Diagnostik und Behandlung onkologischer Patienten auf der Basis evidenzbasierter Inhalte und unter Ausschluss unnötiger oder unwirksamer Maßnahmen in den Fokus stellen. Die Arbeit

der Experten hat mit dem Krebsfrüherkennungsregistergesetz zu ersten Ergebnissen geführt.

Der nächste Aufgabenbereich des Nationalen Krebsplans ist der Aufbau und die Organisation der onkologischen Versorgungsstrukturen. Für die Umsetzung wurde im Rahmen des Nationalen Krebsplans ein Drei-Stufen-Modell erarbeitet, das auf zertifizierten Zentren aufbaut. Ein zertifiziertes Zentrum ist der Zusammenschluss mehrerer Behandlungspartner aus dem ambulanten und dem stationären Bereich, die ihre Expertise in das Netzwerk einbringen. Neben Fachärzten sind obligat auch weitere behandlungsrelevante Disziplinen wie die Sozialarbeit, die ambulante und stationäre onkologische (Palliativ-)Pflege oder die Psychoonkologie in das Netzwerk integriert, sodass aus Sicht der betroffenen Patienten alle Bereiche und alle Phasen der Erkrankung abgebildet werden.

Drei-Stufen-Modell für zertifizierte Zentren. Die zertifizierten Zentren sind in einem Drei-Stufen-Modell zusammengefasst, das die unterschiedlichen Aufgaben der verschiedenen Versorgungsstufen und Netzwerke verdeutlicht. Die Organkrebszentren, wie zum Beispiel Brust- oder Darmkrebszentren, behandeln die häufigsten Tumorentitäten (Entität: eigenständiges Krankheitsbild) möglichst flächendeckend. Die Onkologischen Zentren betreuen mehrere Tumorentitäten unter einem Dach und dabei vor allem auch weniger häufige Erkrankungen. Die Spitze des Modells bilden die Onkologischen Spitzenzentren, universitäre Einrichtungen, die neben Forschung und Lehre innovative Therapiekonzepte entwickeln und für besondere Erkrankungsverläufe eine ausgewiesene Expertise besitzen.

Das entscheidende Element des Drei-Stufen-Modells ist die Sicherstellung der tumorspezifischen Behandlungsqualität in den onkologischen Netzwerken. Mit der Zertifizierung der

Zentren durch die Deutsche Krebsgesellschaft – sie ist die größte wissenschaftlich-onkologische Fachgesellschaft in Deutschland mit über 7.100 Mitgliedern, die in allen Teilen der Onkologie tätig sind – und die Deutsche Krebshilfe – sie ist gemeinnützig tätig und der wichtigste private Geldgeber auf dem Gebiet der Krebsforschung in Deutschland – steht mittlerweile ein entsprechendes Qualitätssicherungs- und vor allem -verbesserungsinstrument bundesweit und für einige Tumorarten auch flächendeckend zur Verfügung.

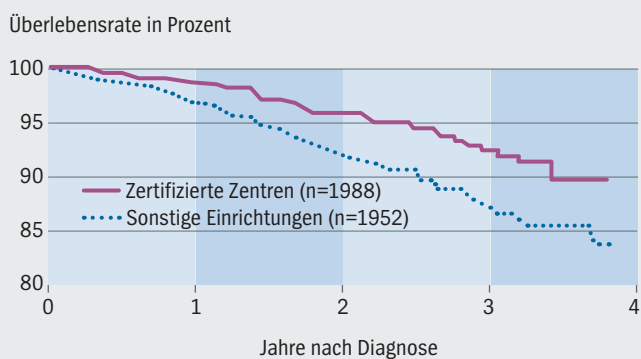
Zertifikat für Zertifizierer. Grundlage für die Zertifizierung sind tumorspezifische Erhebungsbögen, die leitlinienbasierte Anforderungen und Qualitätsindikatoren enthalten. Die Anforderungen werden in den interdisziplinär und interprofessionell besetzten Zertifizierungskommissionen der Deutschen Krebsgesellschaft von den Experten erarbeitet, die das Mandat ihrer Fachgesellschaften erhalten haben. Im Rahmen der jährlichen Auditverfahren werden die Umsetzung dieser Anforderungen und die Ergebnisse der zertifizierten Zentren überprüft. Wichtig ist dabei, dass die Auditoren selbst onkologische Fachärzte sind und über eine spezielle Fortbildung für Zertifizierungen verfügen. Die Überprüfung geschieht also durch Experten, die in dem zu begutachtenden Feld täglich aktiv sind und damit Ergebnisse der Zentren sinnvoll interpretieren und Verbesserungsmaßnahmen anregen können.

Therapie-Ergebnisse jährlich ausgewertet. Die Ergebnisse der Zentren werden jährlich ausgewertet und in Form von anonymen tumorspezifischen Jahresauswertungen veröffentlicht. Mit den Jahresauswertungen werden mehrere Ziele erreicht: Zum einen kann das einzelne Netzwerk seine Ergebnisse mit denen der anderen Netzwerke vergleichen und zum anderen die Entwicklung seiner Ergebnisse im Verlauf der Zeit verfolgen. Die Behandlungsergebnisse werden während des Audits mit den Fachexperten analysiert. Bei auffälligen Ergebnissen werden konkrete Verbesserungsmaßnahmen vereinbart, deren Wirksamkeit im nächsten Audit überprüft wird. Dies trägt zur Verbesserung der Behandlungsqualität bei.

Gegenwärtig sind circa 900 onkologische Netzwerke zertifiziert, die 2013 etwa 150.000 Patientinnen und Patienten mit der Erstdiagnose eines bösartigen Tumors behandelt haben. Mit dem Zertifikat wird den Patienten eine Orientierung in dem komplexen Feld der Onkologie ermöglicht und zugleich die Sicherheit gegeben, dass die ausgezeichneten Netzwerke hohe Qualitätsanforderungen erfüllen.

Überlebensrate deutlich erhöht. Die Effekte der Zertifizierung zeigen sich in der Verbesserung der tumorspezifischen Ergebnisqualitätsparameter: So ergab beispielsweise eine von 2003 bis 2010 durchgeführte Analyse von 3.000 Brustkrebspatientinnen eine höhere Überlebensrate der Patientinnen, die sich in zertifizierten Zentren behandeln ließen (Heil et al. 2012, siehe Lesetipps). Dieses Ergebnis bestätigen auch andere Untersuchungen. So lag in einer weiteren Studie (Beckmann et al. 2011, siehe Lesetipps) beispielsweise die Überlebensrate von Patientinnen, die in zertifizierten Brustkrebszentren behandelt wurden, nach vier

Zentren erhöhen Heilungschancen



Patientinnen mit Brustkrebs, die sich in einem zertifizierten Zentrum behandeln lassen, haben eine größere Chance, die bösartige Erkrankung zu überleben, als jene Frauen, die ein allgemeines Krankenhaus aufsuchen. Nach einer Studie lag die Überlebensrate von Patientinnen der Spezialkliniken vier Jahre nach der erhaltenen Diagnose bei 90 Prozent. Von den Patientinnen, die außerhalb dieser Zentren behandelt wurden, lebten nach vier Jahren dagegen noch 83 Prozent.

Quelle: Beckmann et al. 2011/Krankenhaus-Report 2015, Wido

Jahren bei 90 Prozent. Von den Patientinnen, die außerhalb dieser Zentren behandelt wurden, waren dagegen nach vier Jahren noch 83 Prozent am Leben (siehe Grafik „Zentren erhöhen Heilungschancen“ auf Seite 36).

Weniger Rezidive. Auch bei anderen Krebsarten weisen zertifizierte Zentren besonders gute Behandlungsergebnisse auf. So haben beispielsweise in zertifizierten Zentren behandelte Patienten mit einem Prostatakarzinom nach der Prostatektomie (Entfernung der Prostata) häufiger einen Kontinenzverlust als die Patienten, die in nicht-zertifizierten Zentren behandelt wurden (Lent et al. 2013, siehe Lesetipps). Auch in den Darmkrebszentren zeigen sich für die Patienten mit Lebermetastasen im Vergleich zu anderen Kollektiven erfreulich gute Resektionsraten, die für die tumorfrei operierten Patienten deutlich verbesserte Überlebensraten bedeuten (Wesselmann, Seufferlein 2013, siehe Lesetipps).

Ein Vergleich mit den Auswertungen der klinischen Krebsregister zeigt, dass die Patienten in zertifizierten Darmkrebszentren häufiger eine vollständige Tumorentfernung bei Rektumkarzinom erhalten als in den durch die Krebsregister ausgewerteten Kliniken. Die vollständige beziehungsweise nicht vollständige Tumorentfernung ist von zentraler Bedeutung für die anschließende Therapie und wirkt sich direkt auf die Ergebnisparameter der Patienten aus.

Gleiches zeigt sich, wenn man die Anzahl der bei einer Darmkrebsoperation entfernten Lymphknoten betrachtet. Die evidenzbasierte Leitlinie Kolorektales Karzinom sieht die Entfernung von mindestens zwölf Lymphknoten für eine regelrecht ausgeführte Operation vor. Patienten, die in zertifizierten Zentren behandelt werden, erhalten häufiger eine leitliniengerechte Operation mit Entfernung einer ausreichenden Anzahl an Lymphknoten. Auch die Radiochemotherapien bei Patienten mit einem Rektumkarzinom des Stadiums II und III werden in den Darmkrebszentren häufiger durchgeführt. Diese Therapie verringert signifikant das erneute Auftreten eines Tumors an einer bereits vorher behandelten Stelle (Lokalrezidiv) und ist wegen der klinischen Bedeutsamkeit von Experten als Qualitätsindikator definiert worden.

Patienten fühlen sich gut betreut. Neben den beschriebenen Effekten auf die tumorspezifischen Ergebnisqualitätsparameter hat das Zertifizierungssystem aber auch Auswirkungen auf die Ansichten der Patienten- und Leistungserbringer: Befragungen von Zentrumsleitungen und Patienten ergaben, dass sich Patientinnen in zertifizierten Brustkrebszentren insgesamt sehr gut vom medizinischen und pflegerischen Personal betreut fühlen. Dies erleichterte ihnen den Umgang mit ihrer Erkrankung. Die leitenden Mitarbeiter der Zentren haben einen Mehrwert für ihre tägliche Arbeit und sehen Verbesserungen bei der Krankenversorgung.

Vergütung an Qualität koppeln. Um eine optimale Versorgung onkologischer Patienten auf Basis zertifizierter Zentren umzusetzen, müssen die Steuerungsinstrumente und Vergütungssysteme im Gesundheitswesen grundlegend angepasst werden. In

Zentren sind meist nah

Anzahl der Postleitzahlen-Gebiete nach ihrem kürzestmöglichen Anfahrtsweg zum nächsten Leistungserbringer

Brustkrebs	Versorgung durch	
	Zentren und Nicht-Zentren	Zentren
Unter 25 km	7.503	5.360
25 bis unter 50 km	832	2.509
50 bis unter 75 km	6	409
Über 75 km	2	65

Darmkrebs	Versorgung durch	
	Zentren und Nicht-Zentren	Zentren
Unter 25 km	7.860	4.504
25 bis unter 50 km	479	2.723
50 bis unter 75 km	2	937
Über 75 km	2	179

Für Krebspatienten sind zertifizierte Zentren in der Regel gut erreichbar. Von nahezu allen Postleitzahlen-Gebieten aus brauchen Patientinnen mit Brustkrebs nicht weiter als 25 Kilometer zu fahren, um sich in einer der Spezialkliniken behandeln zu lassen. Auch um ein Darmkrebs-Zentrum aufzusuchen, sind Patienten nicht lange unterwegs. Nur in zwei Postleitzahlen-Gebieten müssen Kranke 50 Kilometer und mehr fahren, um in eine Spezialklinik zu kommen.

Quelle: Krankenhaus-Report 2015, WIdO

der Versorgungsrealität gibt es ein Nebeneinander von Fachärzten und Krankenhäusern, zahlreichen weiteren Leistungserbringern wie Medizinischen Versorgungszentren, Arztnetzen, Kooperationsgemeinschaften und Portalkliniken und in Zukunft noch die ambulante spezialfachärztliche Versorgung.

Für die Zulassung und Vergütung der Behandlung von Krebspatienten ist die Frage von übergreifenden Qualitätsanforderungen heute nicht von Belang, und die Auswahl geeigneter Strukturen bleibt dem einzelnen Patienten überlassen. Erschwerend kommt hinzu, dass die Bezeichnung „Zentrum“ auch ohne zugrunde liegende Qualitätsanforderungen oder Zertifizierung von Leistungserbringern geführt werden kann. Der Begriff ist gesetzlich nicht geschützt. Es fehlt also eine Verknüpfung von Qualitätsanforderungen und Zulassungs- und Vergütungsfragen, um den Patienten eine strukturierte, abgestufte, qualitätsorientierte Versorgung zu garantieren. Die Anpassungen dafür be-

dürfen eines umfassenden gesetzlichen Auftrags, der die Verknüpfung qualitativer Elemente als konstituierende Vergütungsvoraussetzung in der onkologischen Versorgung zum Inhalt hat.

Gesetzeslage macht Sektorengrenzen höher. Die Zuständigkeit der Umsetzung einer Harmonisierung von Qualitäts- und Vergütungsaspekten kann dem Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) übertragen werden. Allerdings behindert das sektoral ausgerichtete Gesundheitswesen die Möglichkeit, die onkologische Versorgung sektorenübergreifend und an Qualitätskriterien orientiert neu zu gestalten. Die aktuelle gesetzliche Situation fördert im Ergebnis eher die Sicherstellung partikulärer Interessen und weniger die Mittelverteilung im Sinne einer optimalen Patientenversorgung. So erweisen sich auch die Vorgaben des GBA zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung bei Qualitätsaspekten als nicht hinreichend präzise. Statt eine Integration der Versorgungssektoren zu ermöglichen, fördert die aktuelle Fassung des Paragraf 116b Sozialgesetzbuch (SGB) V eher, dass eine weitere parallele sektorale Säule entsteht.

Aus Patienten- und ordnungspolitischer Sicht ist bei der Umsetzung einer qualitätsorientierten Versorgungsreform auch die Erreichbarkeit von Leistungserbringern von Bedeutung. Daher wird im Folgenden für die Indikationen Brust- und Darmkrebs empirisch auf Basis von AOK-Abrechnungsdaten der vollstationären Krankenhausfälle von Brust- und Darmkrebspatienten aus dem Jahr 2013 gezeigt, welche Konsequenzen auf der Ebene der stationären Versorgung zu erwarten wären, wenn die onkologische Versorgung dieser Patientengruppe ausschließlich in zertifizierten Zentrums- und Netzwerkstrukturen durchgeführt würde.

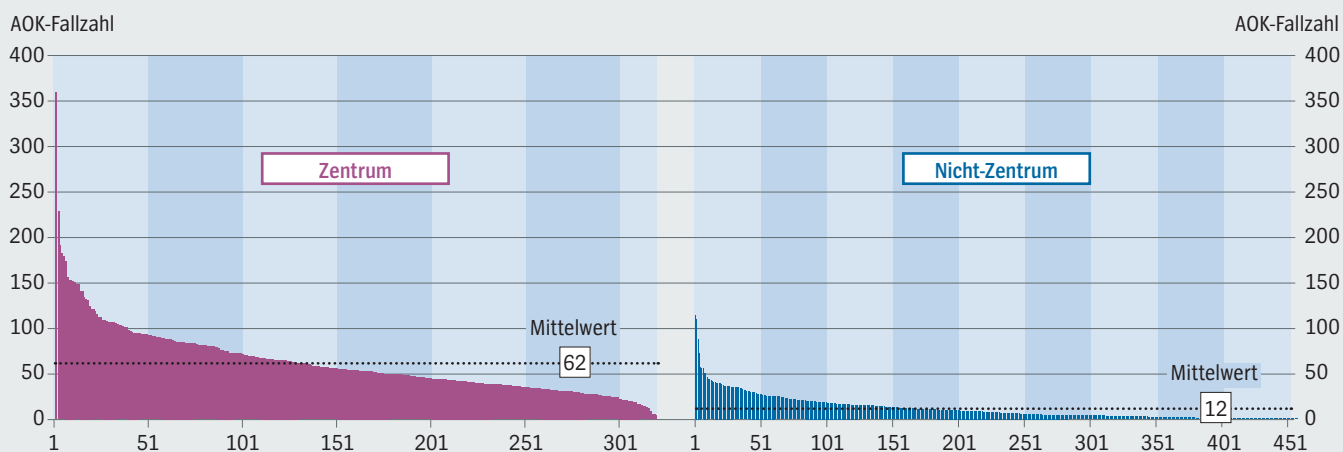
Basis für die Berechnungen sind die AOK-Abrechnungsdaten gemäß Paragraf 301 SGB V aus dem Jahr 2013. Dabei sind alle vollstationären Krankenhausfälle berücksichtigt, bei denen die

Hauptdiagnose Brustkrebs und Darmkrebs gemeldet wurden. Die Analyse ist auf operative Fälle begrenzt, da für die Zertifizierung eine bestimmte Mindestfallzahl an Operationen nachzuweisen ist. Den auf der Website der Deutschen Krebsgesellschaft (www.oncomap.de) veröffentlichten zertifizierten Zentren im Bereich Brust- und Darmkrebs sind Abrechnungs-Identifikationskennzeichen zugeordnet. Die Liste der Brustkrebszentren ist um die Häuser ergänzt, die durch die Zertifizierungsstelle der Ärztekammer Westfalen-Lippe (ÄKzert) zertifiziert sind. Zum Stand September 2014 wurden insgesamt 335 Krankenhausstandorte in Deutschland als Brust- und 273 als Darmkrebszentrum ausgewiesen. Davon sind 269 von der Deutschen Krebsgesellschaft und 67 von der ÄKzert zertifiziert. Durch die Zuordnung zu Identifikationskennzeichen reduziert sich die Zahl der für die Berechnung verwendeten Standorte auf 326 im Bereich Brustkrebs und 270 im Bereich Darmkrebs.

Nordrhein-Westfalen hat die Nase vorn. Im Jahr 2013 wurden knapp 26.000 AOK-Versicherte in insgesamt 783 Krankenhäusern aufgrund einer Brustkrebserkrankung operiert. Bei 78,8 Prozent der Patientinnen fand die Versorgung in einem der 326 Zentren statt. Demzufolge waren mehr als die Hälfte der Krankenhäuser nicht zertifiziert. Die durchschnittliche AOK-Fallzahl der Nicht-Zentren pro Jahr lag bei zwölf, wohingegen die Zentren im Schnitt die Behandlung von 62 AOK-Patientinnen abrechneten (siehe Grafik „Brustkrebspatientinnen gehen lieber ins Zentrum“ auf dieser Seite). Nur fünf der Nicht-Zentren erreichten diese Fallzahl, ein Viertel von ihnen behandelte sogar weniger als drei AOK-Fälle im Jahr.

Auch variiert die regionale Verteilung aller Leistungserbringer sowie der Zentren. Besonders in Nordrhein-Westfalen, wo neben der Deutschen Krebsgesellschaft die Zertifizierungsstelle der Ärztekammer Westfalen-Lippe Brustkrebszentren zerti-

Brustkrebspatientinnen gehen lieber ins Zentrum



Knapp 26.000 AOK-versicherte Brustkrebspatientinnen sind im Jahr 2013 in 783 Krankenhäusern operiert worden. Bei rund 79 Prozent der Frauen fand die Versorgung in einem der 326 Brustkrebszentren statt.

Die Zentren behandelten durchschnittlich 62 und die Nicht-Zentren zwölf AOK-Patientinnen im Jahr.

Quelle: Krankenhaus-Report 2015, Wido

fiziert, zeigt sich eine hohe Zentren-Dichte. Dagegen existieren in den meisten Bundesländern Regionen mit weiteren Entfernungen zum nächsten Zentrum.

Die Analyse der Entfernungen vom Wohnort zum behandelnden Krankenhaus lässt darauf schließen, dass die Patientinnen bereit sind, für nachgewiesene Qualität weitere Wege zu fahren. 63 Prozent der Brustkrebspatientinnen eines Zentrums ließen sich dort behandeln, obwohl andere Leistungserbringer näher gewesen wären. Sie fuhren im Median 11,0 Kilometer weiter, als die Entfernung zum nächsten erreichbaren Krankenhaus gewesen wäre. Auch insgesamt überstieg der Median der Anfahrtsweg der Zentren-Patientinnen (16,2 Kilometer) den der anderen Patientinnen (12,4 Kilometer). Wäre die Brustkrebsbehandlung ausschließlich in Zentren erfolgt, hätten die Patientinnen, die bisher nicht in einem Zentrum versorgt wurden, einen medianen Anfahrtsweg zum nächsten Leistungserbringer von 24,6 Kilometern gehabt.

Auch wenn Patienten aus verschiedenen Gründen nicht immer den Wohnort nächsten Leistungserbringer auswählen, ist deren Erreichbarkeit das geeignete Maß für die Bewertung des regionalen Angebots. Mit Marktaustritt aller Nicht-Zentren würde sich der durchschnittliche Anfahrtsweg je Postleitzahlen-Gebiet von 13,6 auf 21,8 Kilometer verlängern. Aktuell kann von nahezu allen Postleitzahlen-Gebieten aus innerhalb von 50 Kilometern ein Leistungserbringer erreicht werden (siehe Tabelle „Zentren sind meist nah“ auf Seite 37). Fielen alle Nicht-Zentren weg, wäre der kürzeste Anfahrtsweg nur von 5,4 Prozent der Postleitzahlen-Gebiete aus länger als 50 Kilometer.

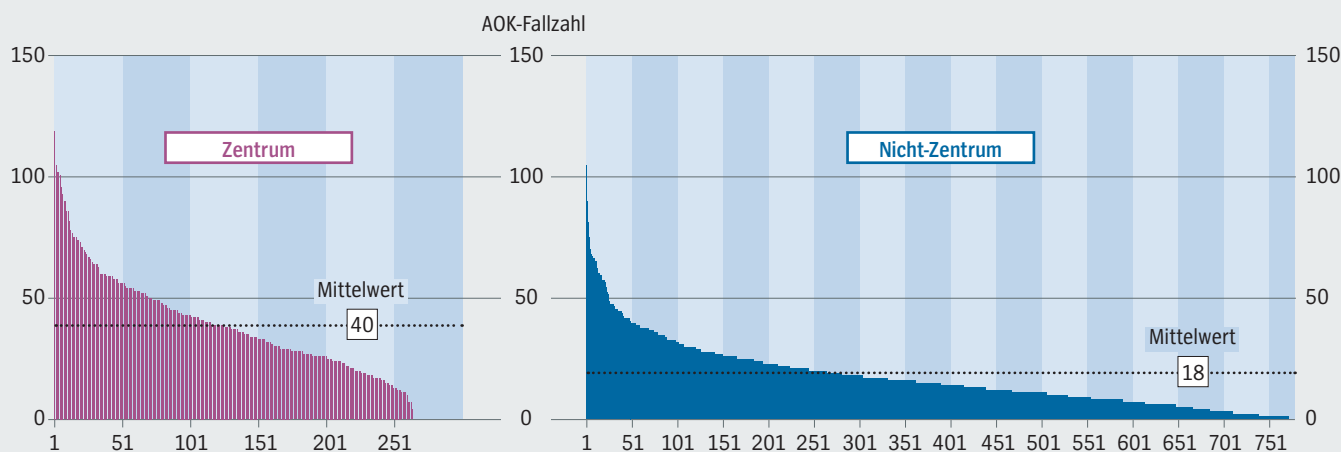
Kaum zusätzliche Standorte erforderlich. Um für diese Gebiete weiterhin zu gewährleisten, dass innerhalb von 50 Kilometern ein Leistungserbringer erreichbar ist, wären nur wenige zusätzliche Standorte notwendig. Das hier angewendete Auswahlver-

fahren ergibt 68 Standorte, die neben den Zentren erforderlich wären. Bereits 47 der AOK-fallzahlstärkeren Nicht-Zentren würden ausreichen, damit nur noch 0,9 Prozent der Postleitzahlen-Gebiete die 50-Kilometer-Grenze überschreiten.

Eine Zentralisierung des Angebotes hätte nicht nur Einfluss auf die Patientenwege, sondern auch auf die Fallzahl der Leistungserbringer. Ob in den aktuellen Zentren Kapazitätserweiterungen notwendig wären, lässt sich jedoch allein auf der Grundlage der AOK-Daten nur näherungsweise abschätzen. Im Durchschnitt resultierte für die Zentren ein Zuwachs von zehn AOK-Patientinnen, für zwei Zentren allerdings wären es über 100 zusätzliche Patientinnen. Für diese potenziell zusätzlichen Fälle an Zentren würde der Mehraufwand an Personal- und Sachmitteln über das reguläre DRG-Abrechnungsverfahren auch zusätzlich vergütet werden. Ob aber zum Beispiel der zusätzliche Bedarf an entsprechend qualifiziertem Personal über den regionalen Arbeitsmarkt kurzfristig gedeckt werden kann, ist nicht zu prognostizieren.

Fallzahlen in Zentren doppelt so hoch. Bei der Indikation Darmkrebs zeigt sich ein etwas anderes Bild. Die Operationen von etwas mehr als 24.000 bei der AOK versicherten Darmkrebspatienten fand 2013 in 1.031 Krankenhäusern statt. Demzufolge ist die Versorgung dezentraler als bei der Indikation Brustkrebs. Hinzu kommt, dass weniger Leistungserbringer zertifiziert sind. Der Anteil der 270 Zentren an allen Krankenhäusern liegt nur bei 26,2 Prozent. Sie versorgten aber knapp 44,5 Prozent der Patienten. Entsprechend war die durchschnittliche AOK-Fallzahl der Zentren mit 40 Fällen mehr als doppelt so hoch wie die der Nicht-Zentren. Zudem behandelte etwas mehr als ein Drittel der Nicht-Zentren weniger als zehn AOK-Fälle im Jahr 2013 (siehe Grafik „Darmkrebspatienten bevorzugen Spezialkliniken“ auf dieser Seite).

Darmkrebspatienten bevorzugen Spezialkliniken



Im Jahr 2013 unterzogen sich etwas mehr als 24.000 AOK-versicherte Darmkrebs-Patienten in insgesamt 1.031 Krankenhäusern einer Operation. Obwohl die 270 Zentren nur einen Anteil von rund 26 Prozent der Kliniken ausmachen,

versorgten sie fast die Hälfte der Patienten. Entsprechend war die durchschnittliche AOK-Fallzahl der Zentren mehr als doppelt so hoch wie die der Nicht-Zentren (40 zu 18)

Quelle: Krankenhaus-Report 2015, WiIdO

Darmkrebszentren sind vor allem in vielen größeren Städten angesiedelt. Im Nordosten Deutschlands beispielsweise sind jedoch wenige der Leistungserbringer zertifiziert. Die medianen Anfahrtswege beider Patientengruppen (in Zentren und in nicht-zertifizierten Krankenhäusern behandelte Darmkrebspatienten) lagen im Jahr 2013 jeweils bei rund 11,6 Kilometern. Mehr als die Hälfte der Zentren-Patienten ließ sich dort behandeln, obwohl ein anderer Leistungserbringer näher gewesen wäre, und nahm dafür im Median einen zusätzlichen Weg von 7,3 Kilometern in Kauf. Insgesamt fuhren 20 Prozent der Zentren-Patienten weiter als 26,6 Kilometer, 80 Prozent der Patienten nicht-zertifizierter Krankenhäuser fuhren maximal 3,3 Kilometer weniger. Wären letztere stattdessen im nächsten Zentrum behandelt worden, hätte die Hälfte von ihnen einen Anfahrtsweg von unter 26,8 Kilometern gehabt.

Nicht weit zum nächsten Zentrum. Die größere Anzahl an Leistungserbringern insgesamt und die geringere Zentren-Dichte in der Indikation Darmkrebs im Vergleich zu Brustkrebs spiegelt sich auch in der Erreichbarkeit von Leistungserbringern je Postleitzahl-Gebiet wider. Von 94,2 Prozent der Postleitzahl-Gebiete aus war im Jahr 2013 in unter 25 Kilometern ein Krankenhaus erreichbar. Hätte keines der Nicht-Zentren die Leistung erbracht, wäre dies noch bei über der Hälfte aller Postleitzahl-Gebiete der Fall gewesen. 11,3 Prozent der Postleitzahl-Gebiete hätten 50 Kilometer als kürzesten Anfahrtsweg überschritten (siehe Tabelle „Zentren sind meist nah“ auf Seite 37). Damit sich der Anfahrtsweg von keinem dieser Postleitzahl-Gebiete auf über 50 Kilometer verlängert, wären 116 Standorte neben den Zentren notwendig. Bereits 100 der fallzahlstärksten Nicht-Zentren würden ausreichen, damit die 50-Kilometer-Grenze nur von 46 Postleitzahl-Gebieten überschritten würde.

Ohne dass neue Zentren hinzukommen würden, hätte eine ausschließliche Versorgung durch die 270 bestehenden Zentren bedeutet, dass diese durchschnittlich 34 AOK-Fälle mehr behandelt hätten. Bei sieben von ihnen hätte die zusätzliche AOK-Fallzahl allerdings über 200 gelegen. Hochgerechnet auf alle GKV-Versicherten wären durchschnittlich an jedem der 250 Arbeitstage im Jahr (Montag bis Freitag) bundesweit bis zu drei Fälle zusätzlich zu behandeln gewesen.

Strukturreform dient dem Patientenschutz. Die Bundesregierung hat im Koalitionsvertrag die Qualität der stationären Versorgung in den Fokus der gesundheitspolitischen Ziele gestellt. In der onkologischen Versorgung wird der Anpassungsbedarf für ein qualitativ ausgerichtetes Gesundheitswesen deutlich. Zertifizierte Krebszentren haben ergebnis- und prozessqualitative Vorteile gegenüber der Behandlung außerhalb dieser Strukturen. Daher ist aus Gründen des Patientenschutzes eine Reform erforderlich, die die Versorgung auf nach den Verfahren der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Krebshilfe zertifizierte Zentren begrenzt.

Bei den Indikationen Brustkrebs und Darmkrebs gibt es schon heute eine größere Zahl an Patienten, die freiwillig weitere Wege zurücklegen, um sich in Zentren behandeln zu lassen. Fände die Versorgung ausschließlich durch die derzeit zertifizierten Zen-

tren statt, würde sich zwar der kürzeste Anfahrtsweg von manchen Postleitzahl-Gebieten aus verlängern. Allerdings ist davon auszugehen, dass sich weitere Häuser um eine Zertifizierung bemühen und sich somit auch die Erreichbarkeit verbessert.

Konzentrationsprozess einleiten. Deshalb sollte von politischer Seite ein Konzentrationsprozess auf zertifizierte Leistungserbringer beschlossen werden. Zudem würden deutlich weniger Krankenhäuser neben den aktuell zertifizierten Zentren ausreichen, um eine bessere Versorgungsqualität und zugleich eine flächendeckend bessere Erreichbarkeit zu gewährleisten. Für die Notfallversorgung ist Erreichbarkeit zweifelsohne ein geeignetes Maß, um Strukturentscheidungen für die Notwendigkeit von Standorten zu begründen. In der onkologischen Versorgung sollten nachgewiesene Qualitätsunterschiede dazu herangezogen werden, eine Zentralisierung der Versorgung mit normativem Charakter durchzuführen. ■

Dr. med. Simone Wesselmann, MBA, leitet den Bereich Zertifizierung bei der Deutschen Krebsgesellschaft. **Carina Mostert** ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsbereich Krankenhaus des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). **Dr. med. Johannes Bruns** ist Generalsekretär der Deutschen Krebsgesellschaft. **Jürgen Malzahn** leitet die Abteilung Stationäre Versorgung, Rehabilitation in der Geschäftsführungseinheit Versorgung im AOK-Bundesverband.

Dieser G+G-Beitrag ist ein leicht modifizierter Auszug aus dem zehnten Kapitel „Onkologische Behandlung – qualitätsorientierte Versorgungsreform zügig umsetzen“ des kürzlich erschienenen Krankenhaus-Reports 2015. Schwerpunkt: Strukturwandel. Hrsg. von Jürgen Klauber, Max Geraedts, Jörg Friedrich und Jürgen Wasem. 1. Auflage. Stuttgart: Schattauer 2014; Seite 139–158.

Lesetipps

- Beckmann MW, Brucker C, Hanf V et al. **Qualitätsgesicherte Versorgung in zertifizierten Brustzentren** und Optimierung der Behandlung von Patientinnen mit einem Mammakarzinom. *Onkologie* 2011; 34: 362–7.
- Heil J, Gondos A, Rauch G et al.: **Outcome analysis of patients with primary breast cancer initially treated at a certified academic breast unit.** *The Breast* 2012; 21: 303–8
- Kowalski C, Wesselmann S, Ansmann L, Kreienberg R, Pfaff H. **Zertifizierte Brustkrebszentren aus Sicht der Zentrumsleitungen:** Ergebnisse einer Schlüsselpersonen-Befragung. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 2012; 72: 235–42.
- Kowalski C, Wesselmann S, Kreienberg R, Schulte H, Pfaff H. **Zertifizierte Brustkrebszentren aus Sicht der Patientinnen:** Stärken und Verbesserungspotenziale. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 2012; 72: 137–43.
- Lent V, Schultheis HM, Strauß L, Laaser MK, Buntrock S. **Belastungsinkontinenz nach Prostatektomie in der Versorgungswirklichkeit.** *Der Urologe* 2013; 52: 1104–9.
- Wesselmann S, Seufferlein T. **What can colorectal cancer centers achieve in the diagnostics and therapy of colorectal liver metastases?** *Chirurg* 2013. DOI 10.1007/s00104-013-2562-4.

Weitere Literatur siehe Krankenhaus-Report 2015, Seite 157–158

Klinik-Management



Jürgen Klauber, Max Geraedts,
Jörg Friedrich, Jürgen Wasem (Hrsg.)

Krankenhaus-Report 2015

Strukturwandel

- **Schwerpunktthema:** Hochaktuell und von wachsender Bedeutung für die stationäre Versorgung
- **Krankenhausstatistik:** Verlässliche Grund-, Kosten- und Diagnosedaten des Statistischen Bundesamtes
- **Krankenhaus-Directory:** Zentrale Kennziffern zu strukturellen Charakteristika und der wirtschaftlichen Entwicklung von über 1600 Krankenhäusern
- **Krankenhauspolitische Chronik:** Die wichtigsten politischen Entwicklungen in der Gesundheitswirtschaft von August 2013 bis Juli 2014
- **www.krankenhaus-report-online.de:** Umfangreiche Materialien zum Download

Zukunftsfähige Strukturen gestalten

Nachdem die Finanzierungsreform im Krankenhaussektor mit der Etablierung der G-DRGs fast abgeschlossen ist, sind jetzt geeignete Strukturen gefragt, um die bedarfsgerechte stationäre Krankenversorgung auch zukünftig zu gewährleisten. Zunehmende Privatisierungen, Verbundbildungen und Fusionen einzelner Krankenhäuser bezeugen, dass bereits Umbrüche stattfinden. Gleichzeitig ist jedoch bekannt, dass Über-, Unter- und Fehlversorgung parallel existieren und qualitative Unterschiede herrschen. Die Bundesländer stehen in der Kritik, bisher für die Krankenhausplanung keine zukunftsfähigen Konzepte entwickelt und bei ausbleibender Investitionsfinanzierung überkommene Strukturen konserviert zu haben.

Der Krankenhaus-Report 2015 widmet sich dem notwendigen Strukturwandel in der deutschen Krankenhauslandschaft. Namhafte Autoren untersuchen die derzeitige Entwicklung und durchleuchten die Problembereiche. Der Report präsentiert konkrete Ansatzpunkte und Strategien, mit denen der Strukturwandel aktiv gestaltet werden kann.

Aktuell, fundiert, umfassend: eine solide Diskussions- und Handlungsgrundlage für Krankenhausmanager, Gesundheitspolitiker und -ökonom.

2014. 572 Seiten, 90 Abb., 98 Tab., kart., mit Online-Zugang
€ 54,99 (D) / € 56,60 (A) | ISBN 978-3-7945-3091-5



Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmeier,
Stefan Groß, Antje Schwinger (Hrsg.)

Pflege-Report 2015

Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit

Der Pflege-Report 2015 untersucht das Potenzial der außerhäuslichen Pflege unter Einbezug von Angehörigen und qualifiziertem Fachpersonal.

2015. Ca. 300 Seiten, 50 Abb., 40 Tab., kart.
Ca. € 54,99 (D) / € 56,60 (A) | ISBN 978-3-7945-3107-3

Bestellen Sie jetzt:

- ✉ E-Mail: order@schattauer-shop.de
- ☎ Fax: 0711 22987-85
- ☎ Tel.: 0711 22987-69
- 🌐 www.schattauer-shop.de
- ✉ Schattauer GmbH
Buch-Shop
Postfach 10 45 43
70040 Stuttgart • Deutschland

- ✓ 14 Tage Rückgaberecht
- ✓ Bezahlung gegen Rechnung
- ✓ Portofreie Lieferung innerhalb Deutschlands

Geschäftsführer: Dieter Bergemann, Dipl.-Psych. Dr. med.
Wulf Bertram, Jan Haaf, Registergericht Stuttgart HRB 3357

Auf den Absender kommt's nicht an

Beauftragt eine Kasse den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) damit, eine Klinikrechnung zu prüfen, muss nicht der MDK selbst das Krankenhaus darüber informieren. Die Mitteilung der Kasse genügt, um die Frist für die Einleitung der Rechnungsprüfung zu wahren, entschied das Bundessozialgericht. **Von Anja Mertens**

Urteil vom 27. November 2014
– B 3 KR 7/13 R –
Bundessozialgericht

Die Abrechnungsprüfung stationärer Leistungen ist seit Jahren einer der großen Streitpunkte zwischen Kassen und Kliniken. Dabei geht es nicht zuletzt um die Frage, wer die Rechnungsprüfung anzeigen muss: Krankenkasse oder der mit der Prüfung beauftragte Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK). So auch in dem Fall, den das Bundessozialgericht (BSG) kürzlich entschieden hat.

Anlass für die gerichtliche Auseinandersetzung war die stationäre Behandlung eines Patienten vom 23. bis 25. Oktober 2007, der sich einer Bänderoperation an der Hand unterziehen musste. Für den am zweiten Tag erfolgten chirurgischen Eingriff rechnete die Klinik nach der Fallpauschale I 32 E ab und stellte der Kasse 1.838,81 Euro in Rechnung. Diese beglich zunächst vollständig den am 26. Oktober 2007 in Rechnung gestellten Betrag. Mit Schreiben vom 12. November 2007 beauftragte die Kasse den MDK damit, die Rechnung zu überprüfen. Noch am gleichen Tag informierte sie die Klinik schriftlich darüber. Als Grund für den Prüfauftrag gab die Kasse unter anderem an, dass zu klären sei, ob der stationäre Aufenthalt am Tag vor der Operation (23. Oktober 2007) medizinisch überhaupt erforderlich gewesen sei.

Klinik will Unterlagen nicht rausrücken.

Als der MDK am 20. Februar 2008 vor Ort um Einsicht in die Behandlungsdokumentation bat, lehnte die Klinik dies ab. Die Sechs-Wochen-Frist für die Anzeige des Prüfverfahrens (Paragraf 275 Absatz 1c SGB V) sei nicht eingehalten

worden. Nur der MDK könne einen Prüfauftrag wirksam anzeigen. Die Prüf-Information durch die Krankenkasse könne die MDK-Anzeige nicht ersetzen. Dem widersprach die Kasse. Das Prüfverfahren sei zeitnah eingeleitet und das Krankenhaus sowohl durch sie selbst als auch durch den MDK mit Schreiben vom 14. November 2007 fristgerecht informiert worden. Ein Zugangsnachweis der MDK-Anzeige könne wegen des Verwaltungsaufwandes nicht verlangt werden.

Ist die Prüfungsfrist eingehalten, muss eine Klinik die gesamte Behandlung offenlegen.

Schließlich verklagte die Krankenkasse die Klinik auf Herausgabe der Behandlungsunterlagen an den MDK, scheiterte aber vor dem Sozial- und dem Landessozialgericht. Beide Instanzen wiesen die Klage mit der Begründung ab, dass nach Paragraf 275 Absatz 1c SGB V nur der MDK das Krankenhaus über die Abrechnungsprüfung informieren könne und nicht die Kasse. Wäre die Anzeige des Prüfverfahrens durch die Kasse ausreichend, könne ein Krankenhaus nicht sicher sein, ob der Prüfauftrag rechtzeitig innerhalb der Sechs-Wochen-Frist beim MDK eingegangen sei.

Gegen diese Entscheidungen legte die Kasse Revision beim BSG ein und hatte damit Erfolg. Die Vorinstanzen hätten die Klage zu Unrecht abgewiesen, urteilte das BSG. Habe eine Kasse dem MDK einen Prüfauftrag erteilt, müssten Leistungserbringer dem MDK die Behandlungsunterlagen übermitteln, wenn er diese anfordert (Paragraf 275 Absatz 1 und Paragraf 276 Absatz 2 SGB V).

Prüfung nach Aktenlage reichte nicht.

Im vorliegenden Fall habe die Kasse direkt nach Eingang der Krankenhausrechnung vom 26. Oktober 2007 den MDK damit beauftragt, im Rahmen einer „Begutachtung nach Aktenlage“ zu überprüfen, ob der Eingriff überhaupt stationär erfolgen musste oder ambulant hätte gemacht werden können. Denn Operationen an Bändern der Hand gehörten zu jenen Leistungen, die in der Regel ambulant zu erbringen sind (Katalog „Ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärsersetzender Eingriffe gemäß Paragraf 115b SGB V“). Für eine stationäre Aufnahme müssten medizinische Gründe vorliegen. Darüber hinaus habe der MDK anhand der Aktenlage prüfen sollen, ob die stationäre Aufnahme einen Tag vor der Operation medizinisch erforderlich gewesen sei. Daraufhin habe der MDK am 12. November 2007 die stationäre Behandlung des Patienten als „vertretbar“ bewertet, zugleich aber darauf hingewiesen, dass er allein anhand der Akten nicht beurteilen könne, ob die stationäre Aufnahme einen Tag vor der

TIPP FÜR JURISTEN



Patientenverständliche Sprache, Risikomanagement, Infektionsprävention, Sicherheitskultur – diese und weitere Themen behandelt die Jahrestagung „10 Jahre APS: Patientensicherheit – die Zukunft im Blick“ des Aktionsbündnisses Patientensicherheit. Sie findet am 16. und 17. April in Berlin statt. Mehr Informationen: www.aps-ev.de

Operation notwendig gewesen sei. Es wären weitere Ermittlungen bei einer Krankenhausbegehung erforderlich. Daraufhin habe die Kasse den MDK noch am gleichen Tag beauftragt, vor Ort zu prüfen, ob die Aufnahme des Patienten einen Tag vor der Operation sein musste. Die Sechs-Wochen-Frist nach Rechnungseingang sei eingehalten worden.

Kasse ist Herrin des Verfahrens. In diesem Zusammenhang ließ das BSG den Einwand der Klinik nicht gelten, dass es dem MDK keineswegs die gesamte Behandlungsdokumentation überlassen müsse, weil nicht er, sondern die Kasse die Prüfung angezeigt habe. Hierzu stellten die Bundesrichter klar, dass allein die Kasse über einen Prüfauftrag entscheide und folglich Herrin des Verfahrens sei. Es genüge, dass sie dem MDK den Prüfauftrag erteilt und das Krankenhaus unverzüglich über dessen Inhalt informiert habe. Paragraph 275 SGB V könne nicht so ausgelegt werden, dass ausschließlich und nur der MDK die Prüfung anzeigen dürfe. Für das Krankenhaus sei es unerheblich, ob die Kasse oder der MDK über die beabsichtigte Abrechnungsprüfung unterrichtet habe. Aus der Prüfanzeige der Kasse müsse allerdings deutlich hervorgehen, ob der MDK rechtzeitig beauftragt worden ist und was genau überprüft werden soll.

Im vorliegenden Fall habe die Kasse der Klinik nicht nur den Prüfauftrag an den MDK und das Auftragsdatum mitgeteilt, sondern auch die „Auffälligkeit“ in der Abrechnung benannt und die Klinik über die Notwendigkeit einer Klinikbegehung durch den MDK unterrichtet. Damit sei das Prüfverfahren fristgerecht in Gang gesetzt worden. Die Klinik müsse die Behandlungsdokumentation dem MDK übergeben. ■

Kommentar: Mit dieser Grundsatzentscheidung stellt das Bundessozialgericht klar, dass auch die Kassen die Krankenhäuser über die Einleitung eines Prüfverfahrens und den Inhalt des Prüfauftrages rechtswirksam unterrichten können. Dem ist zuzustimmen. Denn das berechnete Informationsinteresse der Kliniken lässt sich auch auf diesem Wege vollständig erfüllen.

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

	INHALT	AKTUELLER STAND	
AMBULANTE VERSORGUNG	<p>Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG), Bundesrats-Drucksache 18/4095</p>	<p>Terminservicestellen bei Kassenärztlichen Vereinigungen; Behandlung durch Krankenhausambulanz, wenn Servicestellen Patienten nicht zeitnah in Arztpraxis vermitteln können; Patienten-Anspruch auf Zweitmeinung vor geplanter Operation; Anspruch Pflegebedürftiger und Behinderter auf zahnmedizinische Vorsorge; Förderung von Praxisnetzen und MVZ; niedrigere Gebühren für Ärzte bei Niederlassung in strukturschwachen Regionen; kein Zwang zur Neubesetzung freigewordener Arztsitze in überversorgten Gebieten; Innovationsfonds (300 Millionen Euro jährlich) von 2016 bis 2019 für innovative Projekte und Versorgungsforschung; Finanzierung je zur Hälfte von Krankenkassen und aus Gesundheitsfonds.</p>	<p>Der Bundesrat hat am 6.2.2015 Stellung genommen. Erste Lesung im Bundestag war am 5.3.2015</p>
KORRUPTION	<p>Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen, Antrag Bayern, Bundesrats-Drucksache 16/15</p>	<p>Schließen von Strafbarkeitslücken bei Bestechung und Bestechlichkeit im Gesundheitswesen (vgl. Urteil Bundesgerichtshof vom 29.3.2012); Schaffung eines neuen Straftatbestandes (Paragraph 299 a Strafgesetzbuch): unzulässige Einflussnahme und auf die Erlangung regelwidriger Vorteile abzielende Kooperationen (z.B. zwischen Ärzten, Apothekern, Pharmafirmen) unter Strafe gestellt; Freiheitsstrafen bis zu drei Jahre oder Geldstrafen.</p>	<p>Der Bundesrat hat am 6.2.2015 den Antrag Bayerns in seine Ausschüsse überwiesen.</p>
PRÄVENTION	<p>Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG), Bundesrats-Drucksache 640/14</p>	<p>Neben Krankenkassen Einbindung der gesetzlichen Pflege-, Renten- und Unfallversicherung in die Prävention; nationale Präventionskonferenz; Anhebung der Leistungen der Krankenkassen je Versicherten/Jahr von 3,09 auf 7 Euro, 2 Euro je Versicherten/Jahr für betriebliche Gesundheitsförderung; gesundheitsfördernde Rehabilitation für Pflegebedürftige in Pflegeheimen.</p>	<p>Der Bundesrat hat am 6.2.2015 Stellung genommen.</p>
RETTUNGSDIENST	<p>Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) – Gesetzliche Krankenversicherung – Bundestags-Drucksache 18/1289</p>	<p>Herausnahme des Rettungsdienstes (Notfallrettung, qualifizierter Krankentransport) aus dem Leistungsbereich Fahrkosten (Paragraph 60 SGB V) und Regelung als eigenständiger Leistungsbereich; Möglichkeit der landesrechtlichen Einbeziehung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes in das System der Rettungsleitstellen.</p>	<p>Der Bundestag hat den vom Bundesrat im Frühjahr 2014 erneut eingebrachten Gesetzentwurf noch nicht beraten.</p>

Stand: 6.3.2015



Internet-Tipp

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

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

BAYERN

Investition in
bessere Ausbildung

Für die Ausbildung von rund 12.000 Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege, der Geburtshilfe sowie weiteren Gesundheitsberufen bringt die AOK Bayern in diesem Jahr rund 90 Millionen Euro auf. Insgesamt beträgt der Ausbildungsfonds im Freistaat für nichtärztliche Heilberufe mehr als 225 Millionen Euro. Allein die Gesundheitskasse trägt davon einen Anteil von 40 Prozent. „Die AOK Bayern hat großes Interesse an einer qualitativ hochwertigen Ausbildung in den nichtärztlichen Heilberufen“, sagte Vorstandschef **Dr. Helmut Platzer**. Qualifikation sei eine wichtige Voraussetzung für eine hohe Versorgungsqualität. Die gesetzlichen Kassen in Bayern finanzieren zwölf verschiedene Ausbildungsgänge. So dienen die bereitgestellten Finanzmittel neben der Ausbildung von Pflegekräften zum Beispiel auch dem Fachkräftenachwuchs in der Diätassistenten- oder der Physiotherapie. ■



Pflegeprofis: Gute Ausbildung sichert gute Versorgung.

RHEINLAND/HAMBURG

Stärkung von
Tumorzentren

Laut AOK Rheinland/Hamburg werden in Deutschland zu wenige Krebspatienten in spezialisierten Tumorzentren behandelt. „Auch wenn wir ein Hightech-Land sind, so muss die Behandlung von Krebserkrankungen in dieser Hinsicht weiter verbessert werden“, sagte **Günter Wältermann**, Vorstandsvorsitzender der Gesundheits-

kasse. Die Auswertung von Krankendaten der AOK zeigt zwar, dass 80 Prozent der Brustkrebs-Patientinnen im Rheinland und in Hamburg in einem zertifizierten Tumorzentrum behandelt werden. Bei Darmkrebs sinke die Quote jedoch auf ein Drittel, bei Lungen- oder Prostatakrebs sogar auf ein Fünftel. „Wir müssen dazu kommen, dass die besten Mediziner und die besten Kliniken sich um die Menschen

kümmern, damit die Chance, den Krebs zu besiegen, weiter steigt“, so Wältermann. Nur in Tumorzentren seien spezialisierte Therapien möglich. Krebs ist nach Herz-Kreislauf-erkrankungen die zweithäufigste Todesursache. ■

SACHSEN-ANHALT

Neuer Basisfallwert

Die Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt und die Verbände der Krankenkassen im Land haben sich auf einen Landesbasisfallwert für das laufende Jahr geeinigt. Der von den Vertragspartnern vereinbarte landesweit geltende Basisfallwert für Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt beträgt nunmehr 3.190,81 Euro und liegt damit rund 73 Euro über dem bisher geltenden Wert. Den Kliniken in Sachsen-Anhalt stehen damit voraussichtlich rund 45 Millionen Euro mehr als noch 2014 für die Behandlung der Patienten zur Verfügung. Der Landesbasisfallwert bildet die Basis für die Abrechnung von Krankenhausleistungen über Fallpauschalen. ■

AOK aktuell

Angebot zur ärztlichen Zweitmeinung erweitert

Die AOK Baden-Württemberg hat ihr Angebot der ärztlichen Zweitmeinung um die Bereiche Gynäkologie und Geburtshilfe erweitert. Bisher vermittelt die Gesundheitskasse ihren Versicherten bereits auf Wunsch eine Zweitmeinung bei lebensverändernden Diagnosen in den Fachgebieten Herzchirurgie, Kardiologie, Onkologie, Orthopädie und Urologie. „Die Zweitmeinung bringt höhere Sicherheit für unsere Versicherten gerade dann, wenn es um schwierige medizinische Entscheidungen geht. Ergebnisse bestätigen dies immer wieder“, sagte **Dr. Christopher Hermann**, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg. Seit Jahresbeginn haben Frauen auch die Möglichkeit, sich bei schwierigen gynäkologischen oder geburtshilflichen Behandlungsfragen exklusiven Rat von qualifizierten Experten einzuholen. Das gilt etwa bei Mehrlingsschwangerschaften oder bei der Frage nach einem Wunschkaiserschnitt.

„Gynäkologie und die Geburtshilfe sind besonders sensible Bereiche. Viele Frauen sind beispielsweise bei der Frage nach einer natürlichen Geburt oder einem Kaiserschnitt schnell verunsichert. Hier kann eine Zweitmeinung mehr Klarheit und Sicherheit für die werdende Mutter bringen“, sagte **Dr. Leslie Trautrimts-Michelitsch**, Fachärztin und Leiterin des Fachbereichs Behandlungsmanagement der AOK Baden-Württemberg. Seit Einführung des Zweitmeinungs-Angebots im Jahr 2009 gingen bei der AOK Baden-Württemberg rund 7.000 Anfragen ein. Jede dritte führte zu einer Vorstellung bei einem Zweitmeinungsexperten. Die Versicherten erhielten binnen 14 Tagen einen entsprechenden Termin. ■



Engagement gegen Krebs

Mit einer Spende in Höhe von 10.000 Euro setzt sich die AOK Hessen für die Stiftung Leben mit Krebs ein. Die Stiftung, die 2015 ihr zehnjähriges Jubiläum feiert, fördert therapieunterstützende Angebote sowie wissenschaftliche Projekte. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Bewegungstherapie. „Die Diagnose Krebs ist zunächst immer ein Schockmoment, doch wird damit – jedenfalls bei einem Großteil der Patienten – noch lange nicht das letzte Lebenskapitel aufgeschlagen“, erklärte der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der AOK Hessen, **Detlef Lamm**, bei der Übergabe der Spende. Mit 10.000 Euro könne die Gesundheitskasse vor allem ihre bundesweite Aktionswoche Sport für Menschen mit Krebs unterstützen. Ziel dieses Projektes sei es, „Sportprogramme als einen festen Bestandteil einer onkologischen Therapie zu etablieren“, betonte **Klaus Schrott**, Vorsitzender des Vorstandes der Stiftung Leben mit Krebs. Zwei weitere Schecks der AOK Hessen in Höhe von 10.000 Euro gingen im Februar an das Kindergenesungshaus IAKCHOS in Kassel und die Kindertafel Ra-Ta-Tui in Wetzlar. ■

SACHSEN/THÜRINGEN

Starker Partner bei Prävention

Die AOK PLUS unterstützt Projekte der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Thüringen – kurz Agethur – dieses Jahr mit



Moderate Bewegung ist bei einer Krebserkrankung genauso wichtig wie medizinische Behandlung.

knapp 73.000 Euro. Damit ist die Gesundheitskasse nach dem Land Thüringen der größte Förderer der Landesvereinigung und ihrer gemeinnützigen Arbeit im Bereich der Gesundheitsförderung im Freistaat – und dies bereits seit 15 Jahren. „Die Unterstützung durch die AOK ist seit dem Jahr 2000 zu einer festen und planbaren Größe unserer Arbeit geworden“, betonte **Agethur-Geschäftsführerin Dr. Eva-Maria Hähnel**. „Wir erreichen damit viele tausend Menschen und fördern vor allem die Gesundheit unserer Kinder und Jugendlichen.“ ■

NORDOST

Vertrag zur Therapie von Hepatitis C

Eine bessere Versorgung und höhere Genesungschancen versprechen sich die AOK Nordost und die Kassenärztliche Vereinigung Berlin (KV) von ihrem neuen Betreuungsvertrag für Patienten mit chronischer Hepatitis C. Nur die engmaschige Versorgung durch einen in der Behandlung

von Hepatitis C qualifizierten Arzt sichere den Therapieerfolg, zeigten sich die Partner überzeugt. Der Vertrag nach Paragraf 73 a Sozialgesetzbuch V wurde mit der Deutschen Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter, dem Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands, dem Arbeitskreis Substitution Opiatabhängiger Berlin und dem Hausärzteverband Berlin und Brandenburg erarbeitet. „Durch den Vertrag soll die Ausheilungsrate der Infektionskrankheit gesteigert werden. Allerdings muss dazu die medikamentöse Behandlung pünktlich und ohne Unterbrechung über längere Zeit erfolgen, was besondere Anforderungen an Patienten und Ärzte stellt“, sagte **Harald Möhlmann**, Geschäftsführer Versorgungsmanagement der AOK Nordost. „Der Betreuungsvertrag dient der Etablierung der erforderlichen Voraussetzungen einer am individuellen Krankheitsverlauf abgestimmten, qualitätsgesicherten und passgenauen Behandlung durch erfahrene Ärzte“, sagte KV-Vorstand **Dr. Uwe Kraffel**. ■

NORDWEST

Kasse hilft bei Behandlungsfehlern

Die Mehrheit der Menschen in Schleswig-Holstein erwartet von ihrer Krankenkasse professionelle Unterstützung, wenn sie einen Behandlungsfehler vermuten. Das hat eine repräsentative Umfrage im Auftrag der AOK NORDWEST ergeben. 79 Prozent erwarten demnach Hilfe durch eigene Juristen und Ärzte der Kasse, 88 Prozent halten es für eine „gute oder sehr gute Idee“, wenn die Kasse deshalb einen Prozess führt. „Das zeigt eindrucksvoll, dass sich die Menschen eine kompetente Hilfe ihrer Krankenkasse bei der Aufklärung von Behandlungsfehlern wünschen. Diese Hilfe geben wir unseren Versicherten mit einer fachkundigen Beratung im AOK-Kompetenzcenter Medizin“, sagte **Martin Litsch**, Vorstandsvorsitzender der AOK NORDWEST. Nach Angaben der Gesundheitskasse haben rund 3.800 Versicherte in Schleswig-Holstein die Beratung der Experten des AOK-Kompetenzcenters genutzt. ■

**Wettbewerb
Neuer Blick durch
Methoden-Mix**

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz wurde 1993 der Rahmen geschaffen, mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen zu ermöglichen. Seither zeigen sich im Gesundheitswesen tiefgreifende Wandlungsprozesse



ebenso wie das ausgeprägte Beharrungsvermögen der etablierten Strukturen. Hat sich die Idee des Wettbewerbs auszahlt und die Gesundheitsversorgung verbessert? Um dies seriös zu erforschen, so die Soziologie-Professoren Alexandra Manzei und Rudi Schmiede, sind insbesondere Methoden einzusetzen, die der

Heterogenität des Spannungsfeldes Gesundheitswesen Rechnung tragen. Sie stellen daher in ihrem lesenswerten Buch Studien vor, die mit interpretativen Verfahren arbeiten oder qualitative und quantitative Methoden verbinden. Alexandra Manzei untersucht beispielsweise, wie sich die fortschreitende Digitalisierung der Patientendokumentation im Krankenhaus auswirkt. Das qualitative Untersuchungsdesign integriert auch eine „fokussierte Beobachtung“ der stationären Arbeitsprozesse. Der Methoden-Mix belegt: Die standardisierte Dokumentation, in der auch ökonomische Zwänge wirken sowie Abläufe und Entscheidungen technisch überwacht werden, bildet eine Realität ab, die weit ab vom realen Versorgungsgeschehen ist. Denn der Gesundheitszustand des Patienten und die Tätigkeit der Pflegekräfte kommen darin nicht umfassend vor.

Alexandra Manzei, Rudi Schmiede (Hrsg.): 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. 2014. 313 Seiten. 29,99 Euro. Springer VS, Wiesbaden.

**Ärzte
Selbstverständnis
in Gefahr**

Der moderne Arzt ist verunsichert, erschüttert, zuweilen verärgert. Seine Heilkunst, in der er als Experte für Medizin und Therapie gefragt ist, erfährt derzeit viele Blessuren. Auslöser ist ein Gesundheitswesen, das sich mehr und mehr in ein Wirtschaftsprogramm verwandelt. Dies beschert zwar schwarze Zahlen auf den Geldkonten der Leistungserbringer, birgt aber auch die Gefahr in sich, dass der Arztberuf von innen heraus erodiert und seinen Sinn verliert. Dies jedenfalls legt die Lektüre des Büchleins „Hippokrates for sale“ von Bernd Hontschik nahe. Der Chirurg aus Frankfurt schreibt seit Jahren Kolumnen für verschiedene Medien. Einige davon sind in diesem Band versammelt. Sie belegen, wie sehr das Selbstverständnis der Ärzte in Gefahr ist. Schuld daran ist die fortschreitende Ökonomisierung im Gesundheitswesen. Dies führe im Falle der individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) zu einer „widerlichen



Abzocke mit miserabler Medizin“, zu einer erschreckenden Anzahl an ramsch-ähnlichen Hilfsmitteln und auch zu fehlerhaften Krankenhaus-Abrechnungen, so der Autor. Das wichtigste Instrument guter Medizin aber schrumpft auf ein Minimum: Gerade mal vier Minuten und 17 Sekunden am Tag beschäftigt sich ein Klinikarzt im Schnitt mit einem Patienten, zitiert Hontschik aus einer Studie des Freiburger Uniklinikums.

Bernd Hontschik: Hippokrates for sale: Von der schleichenden Zerstörung des solidarischen Gesundheitswesens. 2014. 122 Seiten. 12,99 Euro. weissbooks.w., Frankfurt am Main.

SEMINARE TAGUNGEN KONGRESSE				
■ HEALTH 3.0	Personalisierte Medizin, europäische Gesundheitspolitik, Nutzenbewertung Medizinprodukte	15.–16.4.2015 Düsseldorf	MCC – The Communication Company Scharnhorststraße 67a 52351 Düren	Tel.: 0 24 21/1 21 77–0 Fax: 0 24 21/1 21 77–27 mcc@mcc-seminare.de www.mcc-seminare.de > Gesundheit
■ INTERPROFESSIONELLER GESUNDHEITSKONGRESS	Zusammenarbeit der Gesundheitsprofessionen, Fachkräftemangel, Akademisierung	17.–18.4.2015 Dresden	Springer Medizin Organisation: Urban & Vogel GmbH Heidelberger Platz 3 14197 Berlin	Tel.: 0 30/8 27 87–55 10 Fax: 0 30/8 27 87–55 11 andrea.tauchert@springer.com www.gesundheitskongresse.de
■ 10. KONGRESS FÜR GESUNDHEITSNETZWERKER: VERSORGUNG X.O	Vergütungsmodelle, Klinikfinanzierung, Innovationsfonds, Qualitätsmessung mit Routinedaten	29.–30.4.2015 Berlin	Agentur WOK GmbH Palisadenstraße 48 10243 Berlin	Tel.: 0 30/49 85 50–31/–32 Fax: 0 30/49 85 50–30 info@gesundheitsnetzwerker.de www.gesundheitsnetzwerker.de
■ GESUNDHEITSWESEN DER ZUKUNFT	Gesundheitsreformen, Qualität und Wirtschaftlichkeit, Arzneimittelmärkte, eHealth, Patientensorientierung	5.–6.5.2015 Berlin	WirtschaftsWoche Organisation: Euroforum Deutschland SE, Postfach 11 12 34 40512 Düsseldorf	Tel.: 02 11/96 86–35 77 Fax: 02 11/96 86–40 40 anmeldung@euroforum.com http://wiwo.konferenz.de/gesundheit
■ HAUPTSTADTKONGRESS 2015 MEDIZIN UND GESUNDHEIT	Forum Gesundheitspolitik, Tag der Versicherungen, Klinik, Reha, Ärzteforum, Pflegekongress, eHealth	10.–12.6.2015 Berlin	WISO S.E. Consulting GmbH Organisation: Agentur WOK GmbH Palisadenstraße 48 10243 Berlin	Tel.: 0 30/49 85 50–31/–32 Fax: 0 30/49 85 50–30 info@hauptstadtkongress.de www.hauptstadtkongress.de

Qualität Erfahrungen von Patienten nutzen

Herausgeber und Autoren des Buches „Patientenorientierung“ sind sich einig: Die Perspektiven, Bewertungen und Sichtweisen von Patienten werden bislang im deutschen Gesundheitswesen zu wenig beachtet. Dabei wären sie der Schlüssel, um mehr Qualität im Gesundheitswesen zu gewinnen. Wie lässt sich ein System gestalten, das aus Patientenerfahrungen lernt? Welche Strukturen und Instrumente braucht es dazu? Und was ist ein guter Kontakt zwischen Arzt und Patienten?



Der vorliegende Band versammelt unterschiedliche Antworten auf diese Fragen: So betont Volker Amelung, Professor aus Hannover und Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes Managed Care, dass das Stichwort „Patientenorientierung“ zu den Klassikern im Gesundheitswesen gehört und fordert angesichts der „Silostrukturen“ innovative, praxistaugliche Antworten ein. Katja Stahl und Maria Nadj-Kittler vom Picker-Institut plädieren für ein „radikales Umdenken“, das gelingende Kommunikation als eine Kernkompetenz der Gesundheitsberufe anerkennt. Organisationsberaterin Heidemarie Marona fächert

auf, mit welchen Befragungsmethoden die Erfahrung von Patienten systematisch erfasst werden könnten. Der Arzt Frank Schöneich und die Betriebswirtin Kim-Aline Leopoldt, beide vom Berliner MVZ Polikum, sehen im vermehrten Anbieten von Gruppentherapien eine Lösung, den wachsenden Bedarf in der psychotherapeutischen Versorgung zu decken. Die Beiträge unterstreichen, wie wichtig es ist, in die Beziehung zwischen Patient und Behandler zu investieren. Damit dies gelingt, sollten jedoch unterschiedliche Wege eingeschlagen werden.

Rolf/Dieter Müller, Berlin

Volker Amelung, Susanne Eble et al. (Hrsg.): Patientenorientierung. 2015. 281 Seiten. 54,95 Euro. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Europarecht Orientierung für Praktiker

Der Einfluss der europäischen Rechtsprechung nimmt in allen Bereichen zu. Die Jura-Professoren Reiner Schulze, Manfred Zuleeg und Stefan Kadelbach richten sich mit ihrem Band „Europarecht“ vor allem an Praktiker. Ihnen wollen sie eine Orientierungshilfe zum europäischen Rechtsrahmen bieten. Schließlich sind



die Bestimmungen in Europa häufig unübersichtlich und ändern sich schnell. Obendrein sind die Vorgaben, Paragraphen und Urteile in den verschiedenen Bereichen auch unterschiedlich mit dem nationalen Recht verwoben. 50 Autoren aus Wissenschaft und Praxis haben sich daran gesetzt, das Handbuch für die deutsche

Rechtspraxis zu überarbeiten und neu aufzulegen. In seiner Neufassung liefert es die Argumentationshilfen, um den passenden Ansatz zu finden.

Reiner Schulze, Manfred Zuleeg, Stefan Kadelbach (Hrsg.): Europarecht. 3. Auflage, 2015. 2.731 Seiten. 178 Euro. Nomos Verlag, Baden-Baden.

Zeitschriftenschau

■ Gemüse- und Obstfans leben länger

Wer viel frisches Gemüse und Obst isst, lebt länger. Zu diesem Ergebnis kommt eine britische Studie. Die Wissenschaftler des University College London hatten die Lebens- und Ernährungsweise von über 65.000 Menschen untersucht. Jene, die drei oder mehr Portionen am Tag frisches Obst und Gemüse aßen, starben eindeutig seltener an Krebs oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Lebensverlängernd wirkten aber nur frische Früchte und Gemüse. Dosenware und gekaufte Säfte hatten eher den gegenteiligen Effekt. *Journal of Epidemiology & Community Health 2014; 68: 856–862*

■ Gefühles Alter beeinflusst Sterblichkeit

Ältere Menschen, die sich jünger fühlen als sie sind, leben länger. Das berichten britische Forscher. Sie fragten 6.489 Männer und Frauen, die älter als 52 Jahre waren, wie alt sie sich fühlten. Das tatsächliche Durchschnittsalter betrug 66 Jahre. Das selbstempfundene Alter lag im Schnitt bei 57 Jahren. Fast 70 Prozent der Befragten fühlten sich mindestens drei Jahre jünger. Bei etwa jedem Vierten stimmten gefühles und tatsächliches Alter überein. Innerhalb von acht Jahren starben 14,3 Prozent der Studienteilnehmer, die sich als noch nicht so alt empfanden wie sie waren. Bei denen, die sich älter fühlten, waren es 24,6 Prozent. Nachdem Faktoren wie Krankheit, körperliche Aktivität, Tabak- und Alkoholkonsum berücksichtigt worden waren, lag die Sterbewahrscheinlichkeit bei jenen, die sich älter vorkamen als sie waren, noch immer 41 Prozent höher als bei den sich jünger Fühlenden. *JAMA Internal Medicine 2015; 175 (2): 307–309*

■ Kinder schlafen sich schlau

Nach dem Lernen zu schlafen, stärkt bei Kleinkindern das Gedächtnis. Das fanden Psychologinnen heraus. Sie besuchten über 200 Babys in Bochum und Umgebung und untersuchten deren Erinnerungsvermögen. Dazu spielten sie den Kleinen beim ersten Besuch etwas mit einer Handpuppe vor. Beim nächsten Treffen beobachteten sie, was das Kind nachzuahmen versuchte, als es die Handpuppe erneut sah. Ein Teil der Kinder hatte nach dem Puppenspiel fest geschlafen. Die anderen waren wach geblieben oder nur kurz eingnickt. Die Babys mit Schlaf machten mehr Handlungen nach als die anderen. *Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS) 2015; 112 (5): 1625–1629*

■ Diabetes schädigt die grauen Zellen

Je höher der Blutzuckerwert HbA1c bei Menschen mittleren Alters ist, desto rascher lassen mit zunehmendem Alter die geistigen Fähigkeiten nach. Zu diesem Ergebnis kommt eine US-amerikanische Studie mit über 13.000 Teilnehmern im Alter von 48 bis 67 Jahren. Jene, die schon zu Studienbeginn Diabetes hatten, zeigten während der 20-jährigen Beobachtungszeit einen um 19 Prozent stärkeren geistigen Abbau als die gesunden Teilnehmer. Aber auch Probanden mit einer frühen Form von Diabetes (HbA1c-Wert von 5,7 bis 6,4) zeigten einen signifikant stärkeren Abbau geistiger Fähigkeiten als die Vergleichsgruppe mit einem HbA1c-Wert von unter 5,7. *Annals of Internal Medicine 2014; 161 (11): 785–793*

Gleiche Karrierechancen für Ärztinnen

Frauen stellen im Medizinstudium heute die Mehrheit. In Leitungsfunktionen sitzen aber zu 90 Prozent Männer. Politik und Berufsstand sollten für Gleichstellung sorgen – zum Beispiel über familienfreundliche Arbeitsbedingungen, meint Verbandschefin **Regine Rapp-Engels**.

Vor 90 Jahren haben auf Initiative des Internationalen Ärztinnenbundes, der Medical Women's International Association, 280 Medizinerinnen den Bund Deutscher Ärztinnen gegründet. Seit 1931 nennt er sich Deutscher Ärztinnenbund. Bei der Gründung des Verbandes spielten berufspolitische Absichten keine Rolle. Die Gründerinnen um die Berliner Frauenärztin Hermine Heusler-Edenhuizen beschäftigten sich zum Beispiel mit der Bearbeitung sozial-hygienischer Aufgaben vom Standpunkt der Ärztin als Frau und der Ausarbeitung von Vorschlägen für die sozial-hygienische Gesetzgebung. Ein weiteres Anliegen war die Sorge für die nicht mehr arbeitsfähigen älteren Kolleginnen sowie die Unterstützung der jungen Medizinerinnen in ihren Ausbildungs- und Fortbildungsmöglichkeiten. Anlässlich des 90. Jahrestages geht der Blick auch auf die Zeit, in der der Verband sehr schnell die Gleichschaltung vollzog, seine jüdischen Kolleginnen ausschloss und sich 1936 auflösen musste. Im März 1950 kam es zur Wiedegründung.

Medizin für Frauen und Männer. Heute stehen die beruflichen Perspektiven von Ärztinnen im Zentrum der Verbandsarbeit. Beruf und Privatleben bei Ärztinnen wie auch Ärzten befinden sich noch nicht im Gleichgewicht. Gleiche Karrierechancen und familienfreundliche Arbeitsbedingungen sind immer noch nicht erreicht. Auch eine nach Geschlecht differenzierende Gesundheitsforschung und -versorgung, von der Frauen und Männer sowie das Gesundheitssystem gleichermaßen profitieren, kommt nur schleppend voran.

Vor gut 20 Jahren haben HIV-positive Frauen in den USA dafür gekämpft, dass sie an klinischen Studien zu neuen Medikamenten teilnehmen durften – damals die einzige Chance, von Innovationen zu profitieren. Aus der Frauengesundheits-

bewegung hat sich der Blick auf die blinden Flecken der auf den männlichen Körper ausgerichteten Medizin erweitert zu einer Betrachtungsweise, die generell nach dem Geschlecht differenziert. Die Forschung hat das allerdings nur marginal umgesetzt: Entweder beziehen Wissenschaftler Frauen nicht adäquat in klinische Studien ein und/oder sie werten die Ergebnisse nicht nach Geschlecht differenziert aus. Auch Behandlungsleitlinien würden von einer Erweiterung der Perspektive profitieren. Diese Erkenntnisse müssen in die Praxis der Gesundheitsversorgung einfließen. Dabei sollte das psychosoziale Geschlecht (gender) mehr Beachtung finden.

Paritätisch besetzte Listen für Kammerwahlen. Immer öfter nehmen auch andere Verbände, wie beispielsweise der Marburger Bund oder der Hartmannbund, die Frauen in der Medizin in den Blick, primär unter dem Aspekt der Familienfreundlichkeit von Arbeitsbedingungen. Das ist sicherlich zum Teil dem Mangel an Ärztinnen und Ärzten geschuldet. Wir empfinden es aber auch als Bestätigung unserer bisherigen Arbeit. Es freut uns sehr, dass das Thema „Faire Chancen im Arztberuf“ für Frauen aufgegriffen wird. Es gibt dieses Jahr sogar einzelne paritätisch besetzte Listen für die Kammerwahlen.

Allerdings beträgt der Anteil von Frauen in Leitungsfunktionen an deutschen Kliniken aktuell nur rund 26 Prozent. Der Anteil der Chefärztinnen liegt bei schätzungsweise acht bis zehn Prozent. Bei den W3/C4-Professuren stellen Frauen 5,6 Prozent. Liegt der Frauenanteil bei den Doktoranden bei über 50 Prozent, so sind Ärztinnen bei der Habilitation noch mit 20 Prozent vertreten. Die Forderung nach mehr Ärztinnen in Führungspositionen wird uns also sicher noch viele Jahre begleiten.

Kulturwandel für ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis. Die 30-Prozent-Frauenquote kommt – zumindest in den Aufsichtsräten. Damit ist ein erster Schritt getan. Doch aus der Pflicht, Gleichstellung auch in der Medizin und im Gesundheitswesen umzusetzen, sind wir damit noch lange nicht entlassen. Gefragt sind dabei vor allem die Politik, aber auch die Ärztinnen und Ärzte selbst. Gleiche Karrierechancen für Ärztinnen, familien-gerechte Arbeitsbedingungen und eine nach Geschlecht differenzierende Gesundheitsforschung und -versorgung erfordern einen Kulturwandel, damit sich ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis auch im Gesundheitswesen widerspiegelt. ■

Dr. med. Regine Rapp-Engels ist Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes e.V. **Kontakt: gsdaeb@aerztinnenbund.de**

Leserforum



Ihre Meinung ist gefragt.

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

Oder schreiben Sie uns:

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

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

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

Marketing KomPart Verlagsgesellschaft mbH
Vertrieb & 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 Lindenber, Telefon: -160
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. 17
vom 1.1.2015
ISSN 1436-1728



G+G 12/2014

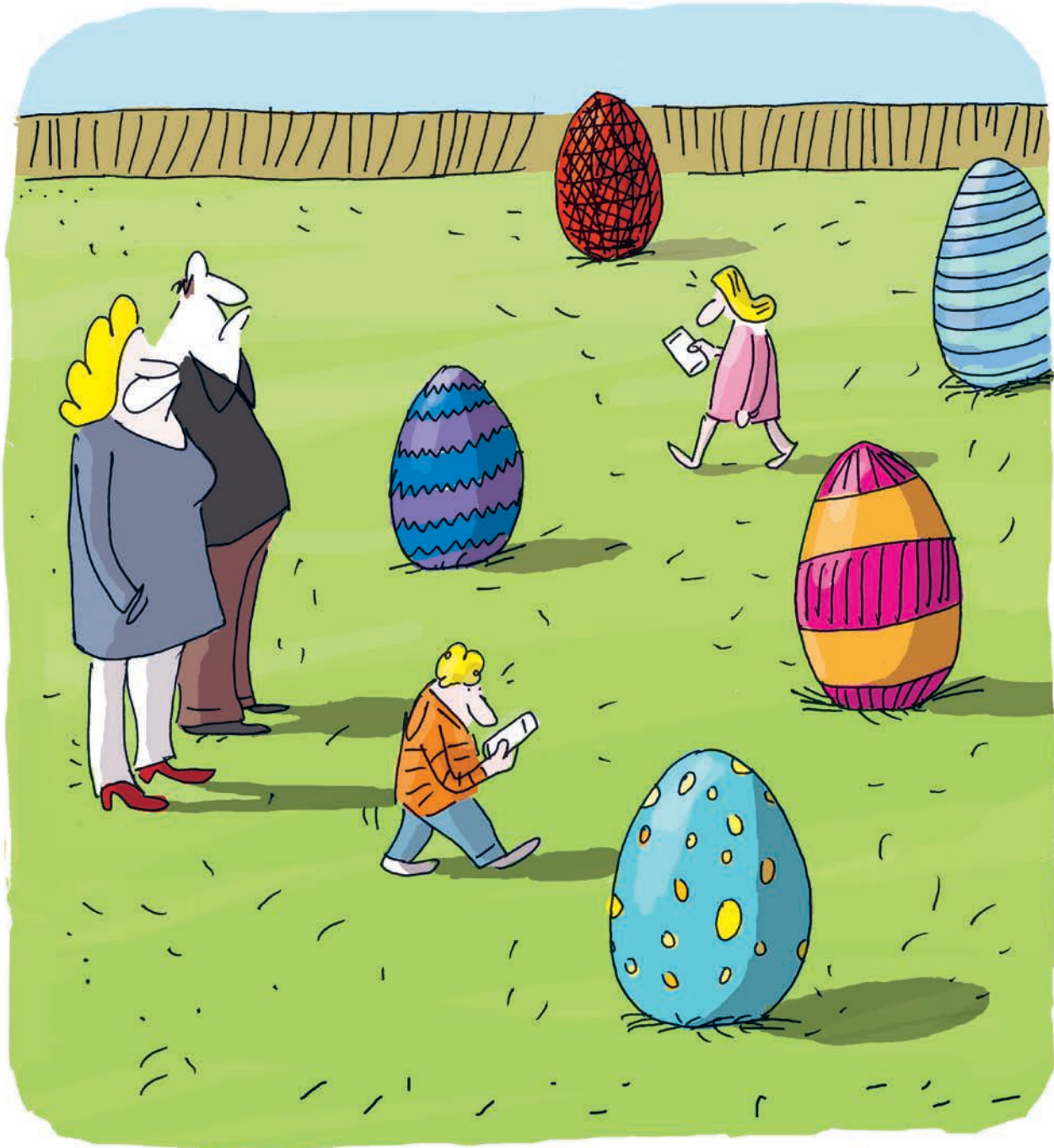
**Arzneimittel: Mit Festbeträgen zu fairen
Pillenpreisen**

Die Arzneimittel-Festbeträge waren eine kleine Revolution

Norbert Blüm machte vor über 25 Jahren die Festbeträge zu seinem Ding. Der damalige Bundesarbeitsminister wollte die Arzneykosten möglichst ohne Belastung der Patienten angehen. Die Zustimmung der Koalitionäre musste damals in einer CDU/FDP-Arbeitsgruppe eingeholt werden. Zur internen Vorbereitung im Bundesarbeitsministerium (BMA) diente im Mai 1987 unter der Überschrift „Strukturreform; Standardtherapie/Indemnitätsmodell“ ein Vermerk mit folgendem Inhalt (verkürzt): „Preiswettbewerb kommt im Arzneimittelmarkt oft deshalb nicht zur Geltung, weil Krankenversicherte kein Interesse an der Verordnung von preisgünstigen Arzneimitteln haben. Therapeutisch austauschbare Arzneimittel stehen grundsätzlich zueinander im Wettbewerb. Therapeutische Austauschbarkeit kann begründet sein durch Wirkstoffgleichheit, Vergleichbarkeit in der Stoffgruppe, Vergleichbarkeit im Therapieprinzip. Arzneimittel können zu Gruppen von Standardtherapien zusammengefasst werden. Auf der Basis der Kosten für eine Tagesdosis können Erstattungsgrenzen (Indemnitätsgrenzen) festgelegt werden. Bei der Verordnung eines teureren Arzneimittels zahlt der Versicherte den überschießenden Betrag. Die Maßnahme bewirkt eine Qualitätssicherung durch Beschreibung einer Standardtherapie sowie eine Kostendämpfung im Wege einer differenzierten

Selbstbeteiligung. Angesprochen werden Einsparpotenziale von 800 Millionen D-Mark (Generika), 200 Millionen (Importe) sowie weitere bei Arzneimitteln vergleichbarer Therapieprinzipien durch Wettbewerbserhöhung im Arzneimittelmarkt; circa 40 Prozent des Marktes ist über Wirkstoffgleichheit im Wettbewerb. Handlungsrahmen ist die Reichsversicherungsordnung. Das Modell muss konkret von der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen ausgestaltet werden (analog Preisvergleichsliste). Die Lösung ist verknüpfbar mit der Negativliste (Indemnitätsgrenze gleich Null) und mit einer prozentualen Selbstbeteiligung bei solchen Produkten, die keinen Wettbewerbspartner haben (Indemnitätsgrenze: 100 Prozent).“ Soweit der Inhalt des Vermerkes. Norbert Blüm fand die Sache gut. Wie aber verkauft man deren preisteuerndes Potenzial der FDP, also der selbsternannten Partei der Ärzte, Apotheker und der Industrie? Der Schlüssel waren liberale Wettbewerbsideen und das Label der „differenzierten Selbstbeteiligung“. Die FDP wollte das Instrument „Festzuschüsse“ nennen – das kam bei Norbert Blüm aber nicht gut an. Mit dem durchsetzungsstarken BMA-Abteilungsleiter Karl Jung wurde dann seinerzeit der Begriff Festbeträge gefunden. Vom früheren FDP-Bundestagsabgeordneten Dieter-Julius Cronenberg sind nach Inkrafttreten der ersten Festbetragstranche die Worte überliefert: „Wenn wir das gewusst hätten, hätten wir niemals zugestimmt!“
W. H.-B., Apotheker aus Köln, von 1987 bis 1991 unter Norbert Blüm Mitarbeiter im unter anderem für Arzneimittelfragen zuständigen Referat im Bundesarbeitsministerium

BECKs Betrachtungen



„Seit sie Suchmaschinen haben,
finden die Kids nix mehr!“

BECK



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

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



Zeitschriftenverleger
gemeinsam für Pressefreiheit.

VDZ

Verband Deutscher
Zeitschriftenverleger



JETZT
zur AOK!

Warum zur AOK?

**„Weil sie auch mal einen zweiten
Medizinmann rufen“**

Wir sind da, wenn's drauf ankommt. Zum Beispiel mit der Vermittlung ärztlicher Zweitmeinungen. Nur einer von vielen Gründen, warum sich der Wechsel zur AOK für Sie lohnt.

Gesundheit in besten Händen

www.zur-aok.de