



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

PHARMAMARKT

Mittel gegen
Wucherpreise

KLINIKREPORT

Kritik am ambulanten
Wildwuchs



Ein Hauch Leben

Neue Studie: Wie Patienten mit
künstlicher Beatmung den Alltag
zu Hause bewältigen

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
Pressereferentin: Christine Göpner-Reinecke

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

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

AOK BADEN-WÜRTTEMBERG

Hauptverwaltung
Pressesprecher: Kurt Wesselsky

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

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

AOK BAYERN – DIE GESUNDHEITSKASSE

Zentrale
Pressesprecher: Michael Leonhart

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

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

AOK BREMEN/BREMERHAVEN

Pressesprecher: Jörn Hons

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

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

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN

Direktion
Pressesprecher: Ralf Metzger

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

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

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR NIEDERSACHSEN

Direktion
Pressesprecher: Carsten Sievers

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

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

AOK NORDOST – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecherin: Gabriele Rähse

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

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

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

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

Sitz 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
presse.thr@aok.de

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

AOK SACHSEN-ANHALT – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecherin: Anna-Kristina Mahler

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

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

www.aok-presse.de



Lesen und verstehen

Zu fachlich, zu lang, zu klein gedruckt – viele Patienten scheitern an den Packungsbeilagen von Arzneimitteln. Für mehr Verständlichkeit will Saarlands Gesundheitsministerin **Monika Bachmann** über den Bundesrat sorgen.

Zu Risiken und Nebenwirkungen lesen Sie die Packungsbeilage und fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker – mit diesem Hinweis in Wort und Schrift endet jede Medikamentenwerbung. Doch die Packungsbeilagen in Arzneimitteln sind trotz vielfältiger europäischer und nationaler Regelungen zur Lesbarkeit nach wie vor wenig verständlich und nicht patientenfreundlich gestaltet. Wir haben als erneuten Impuls für die Umsetzung der europäischen Vorgaben im Dezember im Bundesrat einen Entschließungsantrag zur Verbesserung der Lesbarkeit von Packungsbeilagen gestellt.

Beipackzettel enthalten wichtige medizinische Informationen. Sie sind aber für viele Menschen nicht einfach zu lesen, denn die Inhalte sind nach den arzneimittelrechtlichen Vorgaben von den Gesundheitsbehörden vorgeschrieben. Die Leser sind häufig mit der medizinischen Fachsprache überfordert, oder sie haben Schwierigkeiten, einen längeren Text konzentriert durchzulesen und die wichtigen Informationen herauszufiltern. Hinzu kommt, dass der Anteil älterer Patienten immer größer wird. Sie müssen meist nicht nur ein Medikament einnehmen, sondern oftmals gleich ein ganze Handvoll von Präparaten. Unverständliche Beipackzettel sind für viele ältere Patienten eine kaum überwindbare Hürde. Wir stellen fest, dass viele von ihnen die Medikamente dann nicht einnehmen. In der Konsequenz heißt das, die für den Behandlungserfolg so wichtige Therapietreue ist häufig unzureichend.

Auch die Schriftgröße der Texte auf den Beipackzetteln stellt ein Hemmnis dar. Selbst mit Lesebrille ist es für manche ältere Menschen schwierig, die Texte zu entziffern. Im schlimmsten Fall landet der Beipackzettel direkt in der Mülltonne. Das größte Problem besteht allerdings darin, dass Patienten durch die zahlreich aufgeführten Nebenwirkungen verängstigt werden. Die Hersteller sind aber verpflichtet, alle Nebenwirkungen zu nennen, um nicht haftbar zu sein. Wie Packungsbeilagen zu Fertig- arzneimitteln auszusehen und welche Informationen

sie zu enthalten haben, regelt in Deutschland das Arzneimittelgesetz von 1976, das als Reaktion auf den Contergan-Skandal erlassen wurde. Ende 2005 verpflichtete der Gesetzgeber die Pharmafirmen, die Gebrauchsinformation allgemein verständlich und gut lesbar zu verfassen. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte hat im letzten Jahr Empfehlungen zur Gestaltung von Packungsbeilagen für Humanarzneimittel und zu den Anforderungen benannt. Zudem gilt für die Gestaltung der Packungsbeilagen von neu zugelassenen Arzneimitteln eine ganze Reihe von Kriterien, wie beispielsweise aktiver Sprachstil, verständliche Sprache und konkrete Handlungsanweisungen. Packungsbeilagen von Arzneimitteln, die sich schon lange auf dem Markt befinden, bleiben davon ausgenommen.

Die Nichtlesbarkeit von Packungsbeilagen ist für mich als saarländische Gesundheitsministerin nicht weiter hinzunehmen. Mit dem saarländischen Entschließungsantrag wollen wir die Bedürfnisse der Patienten in den Vordergrund stellen. Dazu sollten Packungsbeilagen künftig so gestaltet werden, dass Patienten die Inhalte verstehen und lesen können und den Sinn und Zweck der Anwendung der Medikamente bei gleichzeitiger Information über mögliche Nebenwirkungen leicht auffinden. Damit gewährleisten wir, dass das Medikament seine volle Wirkung entfalten kann und die Behandlungsqualität steigt. Nicht zuletzt lassen sich so auch die Gesundheitskosten senken.

Der vor rund zehn Jahren vom Wissenschaftlichen Institut der AOK entwickelte Beipackzettel für ein Antibiotikum mit dem fiktiven Namen „Clarum“ ist ein erster guter Ansatz für eine Patienteninformation mit mehr Übersichtlichkeit, größerer Schrift und leicht verständlichen Piktogrammen. Das ändert jedoch nichts an der Gesamtsituation: Umfrageergebnisse zeigen, dass jeder dritte Patient die Inhalte der Packungsbeilagen nicht versteht. Deshalb gilt es jetzt, die saarländische Initiative zu unterstützen und zu einem Erfolg zu führen. ■

Unverständliche Beipackzettel verringern die Therapietreue.



Monika Bachmann, geboren 1950, ist saarländische Ministerin für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie. Nach ihrer Ausbildung bei der Sparkasse Saarlouis und einer Familienphase arbeitete Monika Bachmann bis 2004 als Versicherungsfachfrau. Von 1994 bis 2004 war die CDU-Politikerin Mitglied des saarländischen Landtages, anschließend Landrätin des Kreises Saarlouis. Nach zweieinhalb Jahren als Ministerin für Inneres und Sport übernahm sie im November 2014 das Sozialressort, das sie bereits 2011/12 leitete. Monika Bachmann ist verwitwet und wohnt in Schwalbach/Hülzweiler.

Kontakt: M.Bachmann@soziales.saarland.de

Luft nach oben



H.-B. Henkel-Hoving,
Chefredakteur

Stellen Sie sich vor, an einem schönen Sonntag mit der Familie ins Schwimmbad zu gehen. Schwimmen, planschen und zum Spaß ein bisschen tauchen. Den Gummiring auf dem Beckenboden haben Sie zu fassen bekommen, nun wollen Sie wieder nach oben und Atem holen. Aber das geht nicht. Irgendetwas hält Sie fest. Sie strampeln und strampeln. Die Luft wird immer knapper ...

Ich weiß nicht, wie sich Menschen fühlen, die künstlich beatmet werden, aber für mich wäre es ein Alptraum. Die **Angst, dass das Beatmungsgerät versagt, die Abhängigkeit von Ärzten und Pflegern, der Mangel an Privatsphäre** – all dies belastet Patienten und ihre Angehörigen sehr, wie Professor Dr. Michael Ewers in unserer Titelgeschichte ab Seite 20 deutlich macht.

Der Hochschullehrer hat im Rahmen einer Studie tiefe Einblicke in die heterogene Qualität der ambulanten Behandlung von Beatmungspatienten gewonnen, deren Zahl Experten bundesweit auf 15.000 bis 20.000 schätzen. Mein Eindruck: Es ist höchste Zeit, dass Politik, Kassen, Medizin und Pflege sich intensiver mit dem Thema befassen.

Der **Berliner Lungenfacharzt Dr. Eckehard Frisch** macht sich schon seit Langem für eine bessere Versorgung und **mehr Lebensqualität von Beatmungspatienten** stark. Mein G+G-Kollege Thomas Hommel und Fotograf Marc-Steffen Unger haben dem Mediziner bei seiner Arbeit über die Schulter gesehen und bewegende Begegnungen in Wort und Bild festgehalten. Etwa mit Walter Kreiser, der wenige Tage nach dem Besuch friedlich eingeschlafen ist. Thomas Hommel: „Die Betreuung von Beatmungspatienten ist nicht nur Geriätmepflege. Ärzte und Pflegekräfte brauchen auch ein besonderes Maß an Empathie und vor allem Zeit.“

In diesem Sinne Ihr


henkelhoving@kompart.de



Unterwegs für mehr Lebensqualität: Thomas Hommel begleitete Atmungstherapeutin Nadine Scheer und Dr. Eckehard Frisch bei ihren Patientenbesuchen (v.l.n.r.).

MAGAZIN

12 EIN WILDWUCHS AN REGELUNGEN

Der neue Krankenhaus-Report belegt: Kliniken und niedergelassene Ärzte behandeln Patienten nebeneinander her. Das ist gefährlich und teuer.

Von Thomas Hommel

14 SICHER UNTERWEGS IM NETZ

Gesundheitstipps, Ärzteverzeichnisse, Klinikportale – damit sich Patienten im www-Wust nicht verirren, sind verlässliche Infos nötig, so ein neues Gutachten.

Von Thomas Rottschäfer

15 PFLEGE VOLLER TATENDRANG

Begutachtung, Ausbildung, Kammern – in der Pflege verändert sich einiges. Ein Grund mehr, die Zukunft tatkräftig anzupacken, so Experten auf einer Tagung.

Von Anne Töpfer

16 KEIN BILD VOM ALTER

Mediale Randgruppe: Nach einer Studie kommen Senioren in den Medien selten vor. Und die Altenpflege erhält oftmals nur Negativschlagzeilen.

Von Thomas Hommel

17 ÜBUNG MACHT DEN MEISTER

Eine aktuelle Studie zu Operationen an der Bauchspeicheldrüse belegt: Mit Mindestmengen lässt sich die Qualität stationärer Behandlungen sichern.

Von Thomas Hommel

18 ARZNEIKOSTEN TREIBEN EUROPA UM

Wucher bei Arzneimittelpreisen, Highspeed bei der Medikamenten-Zulassung – die Europäische Union hat einiges zu tun, um Fehlentwicklungen zu zügeln.

Von Thomas Rottschäfer

19 „ÄRZTE SOLLTEN BESSER ZUHÖREN“

Homöopathische Mittel sind beliebt. Dies liegt unter anderem daran, dass sich die Schulmedizin nicht genug Zeit für die Patienten nimmt, sagt der Gesundheitswissenschaftler Norbert Schmacke.

TITEL

20 LUFT FÜRS LEBEN DAHEIM

Künstlich beatmet und trotzdem zu Hause – was das für Patienten, Angehörige und Pflegekräfte mit sich bringt, macht eine aktuelle Studie deutlich.

Von Michael Ewers, Christiane Schaepe und Jennifer Hartl

26 MISSION LEBENSQUALITÄT

Therapie abstimmen, Hilfsmittel organisieren, Arzneien dosieren: Eine Praxis für außerklinische Beatmung hilft schwerstkranken Menschen, selbstbestimmter zu leben.

Von Thomas Hommel (Text) und Marc-Steffen Unger (Fotos)

THEMEN

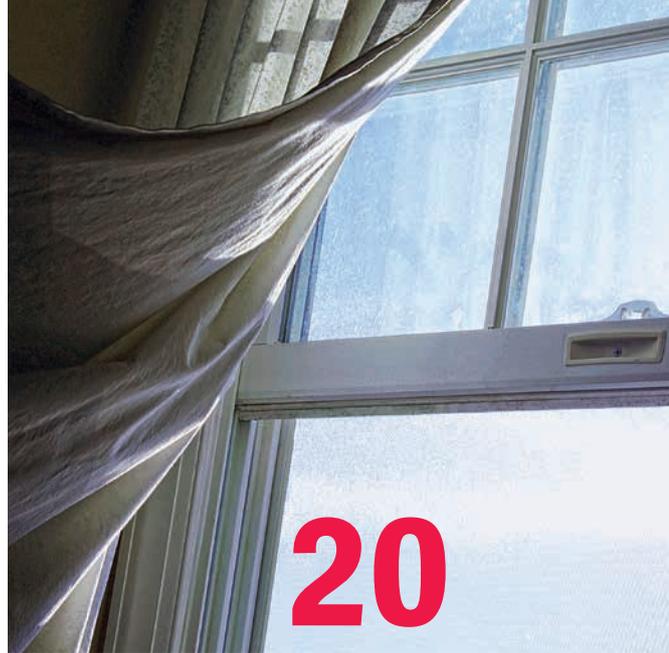
32 NEUE REGELN IM PILLEN-POKER

Große Gewinne der Pharmafirmen, schwere Lasten für die Kassen – damit neue Präparate bezahlbar bleiben, sind die Vorgaben für die Preisfindung zu korrigieren.

Von Sabine Richard

RUBRIKEN

- 9 **Rundruf** Kurzarmkittel gegen Keime?
- 11 **Kommentar** Mehr Mut gegen Blockierer
- 38 **Recht** Keine Apothekenwahl bei Vertrag
- 40 **AOK-Notizen** Aktuelles aus Bund und Ländern
- 42 **Service** Bücher, Termine und mehr
- 44 **Debatte** Ausbildungsreform: Eine Pflege für jedes Alter
- 45 **Nachlese** Briefe an die Redaktion
- 45 **Impressum** Wer steckt hinter G+G?
- 46 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen



Häusliche Beatmung: Balanceakt zwischen Privatsphäre und Patientensicherheit



Reportage: Berliner Spezialpraxis im Einsatz bei außerklinisch beatmeten Patienten



Arzneimittel-Preise: Trümpfe gegen den Kostenschub

STUDIE

Größe beeinflusst Krankheitsrisiko

Die Körpergröße beeinflusst offenbar das Risiko für bestimmte Erkrankungen. Diesen Schluss legt eine Studie von Experten des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung und der Harvard School of Public Health in Boston/USA nahe. Epidemiologische Daten zeigten, dass pro 6,5 cm Körpergröße das Risiko für kardiovaskuläre Sterblichkeit um sechs Prozent sinke, die Krebsmortalität hingegen um vier Prozent steige. Die Wissenschaftler gehen davon aus, dass zunehmende Körpergröße Ausdruck eines Überangebots hochkalorischer Nahrung ist. Dadurch könne im Mutterleib eine lebenslange Programmierung stattfinden. Insulinähnliche Wachstumsfaktoren sorgten dafür, dass der Körper empfindlicher auf Insulin reagiere und beeinflussten den Fettstoffwechsel günstig. Entsprechend zeigten neue Daten, dass großgewachsene Menschen neben der höheren Insulinempfindlichkeit einen geringeren Fettgehalt in der Leber hätten. Das könne ihr niedrigeres Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Typ-2-Diabetes mit erklären, so die Forscher. ■

ANTIBIOTIKA

Denkanstöße drosseln Verordnung

Schon kleine Verhaltensinterventionen bringen Hausärzte dazu, Patienten mit Atemwegserkrankungen nicht gleich Antibiotika zu verschreiben. Dies belegt eine US-Studie. Das Forscherteam um Jason Doctor von der Universität von Südkaliforni-



Viele Kinder wachsen über ihre Eltern hinaus. Das führen Forscher auf ein Überangebot energiereicher Kost zurück.

en in Los Angeles entwickelte drei Methoden und testete diese bei 238 Hausärzten. Die stärkste Wirkung erzielte eine Änderung der Praxissoftware. Durch diese wurde der Arzt bei jeder Antibiotikaverordnung zur Behandlung von Atemwegsinfektionen aufgefordert, die Verschreibung in einem Textfeld zu begründen. Versäumte der Arzt die Begründung, erschien auf seinem Rechner wie in den Patientenunterlagen der Hinweis, dass die Verordnung nicht gerechtfertigt ist. Die Zahl der Antibiotikaverordnungen sank dadurch von 23,2 auf 5,2 Prozent. Viele Antibiotikaverordnungen von Hausärzten sind Experten zufolge unnötig. Zu den umstrittenen Indikationen gehören unspezifische Atemwegsinfektionen, eine akute Bronchitis oder ein grippaler Infekt. Sie werden vor allem durch Viren ausgelöst, gegen die Antibiotika nicht wirken. ■

DROGENBEAUFTRAGTE

Medienkompetenz ist Prävention

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marlene Mortler, hat Eltern dazu aufgerufen, stärker auf den Umgang ihrer Kinder mit dem Internet zu achten. Das World Wide Web sei heute ein wichtiges Medium „mit riesigen Möglichkeiten und Vorteilen“, betonte die CSU-Politikerin. „Wir sollten uns allerdings

auch der Gefahren bewusst sein. Dafür brauchen wir eine breite Mediennutzungskompetenz.“ Exzessive und unkontrollierte Computerspiel-, Smartphone- oder Internetnutzung könne zur Abhängigkeit führen. Es bringe freilich nichts, so Mortler, Kindern und Jugendlichen ihre Online-Aktivitäten zu verbieten. Vielmehr müssten Eltern den Kindern zeigen, wie sie sinnvoll mit dem Internet umgehen könnten. „Medienkompetenz steht daher für gesundheitliche Prävention.“ ■

TRANSPLANTATION

Deutlich mehr Gewebespenden

Die Zahl der Gewebespenden in Deutschland ist um 13 Prozent gestiegen. Vergangenes Jahr habe es eine Rekordzahl von 2.089 Spendern und rund 2.600 Patienten gegeben, die mit Transplantaten wie Augenhornhäuten, Herzklappen und Blutgefäßen versorgt wurden, teilte die Deutsche Gesellschaft für Gewebetransplantation mit. Damit habe sich der Trend der vergangenen Jahre fortgesetzt. Gewebe können bis zu drei Tage nach dem Tod entnommen werden. Daher sind ein Großteil der verstorbenen Menschen mögliche Gewebespenden. ■

kurz & bündig

+++ SMOG: Rund 5,5 Millionen Menschen sterben jedes Jahr weltweit an den Folgen von Luftverschmutzung. Damit trage Smog zu rund einem Zehntel aller Todesfälle bei, betonten Experten anlässlich der Wissenschaftskonferenz AAAS in Washington D.C. **+++ ARBEITSMARKT:** Ende 2014 waren rund 5,2 Millionen Menschen in Deutschland im Gesundheitswesen tätig. Wie das Statistische Bundesamt weiter mitteilte, waren das rund 102.000 Beschäftigte oder zwei Prozent mehr als Ende 2013. Der positive Beschäftigungstrend der vergangenen fünf Jahre habe sich damit auch im Jahr 2014 fortgesetzt. Zwischen 2009 und 2014 sei die Zahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen um insgesamt 476.000 Personen oder zehn Prozent gestiegen.



Wir sind immer zu gebrauchen

Der komplette G+G-Jahrgang 2015 mit allen Extras



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

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

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

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

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

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



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

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

KomPart
Ihr KommunikationsPartner

GELENKERSATZ

Krankenhausnavi enthält neue Infos

Der AOK-Krankenhausnavigator bietet ab sofort noch mehr Qualitätsinformationen zu Kliniken an: Die Nutzer können sich jetzt auch darüber informieren, ob ein Krankenhaus am Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) teilnimmt und regelmäßig Daten an das Register liefert. „Wir machen damit transparent, welche Häuser sich besonders für Behandlungsqualität und Patientensicherheit engagieren“, sagte Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes. Darüber hinaus wird jetzt für bestimmte Leistungen wie Transplantationen auf den ersten Blick angezeigt, ob eine Klinik die vorgeschriebene Mindestmenge an Operationen erbringt oder nicht. „Zahlreiche Studien und Auswertungen belegen, dass

Zitat des Monats

Kleine Schritte sind immer besser als große Worte.

Egon Bahr (1922–2015), SPD-Politiker

sich die Qualität der Behandlung verbessert, je öfter ein Eingriff erfolgt. Daher ist die Einhaltung der Mindestmengen-Regelung eine wichtige Information für Patienten“, so Litsch. Die Teilnahme einer Klinik am Endoprothesenregister ist vor allem für Patienten relevant, die vor einer planbaren Operation zur Implantation eines Knie- oder Hüftgelenkes stehen. ■

MEHR INFOS:
[www.aok.de/
krankenhausnavi](http://www.aok.de/krankenhausnavi)

BEFRAGUNG

Personal sieht Missstände im OP

Viele Operationssäle in Krankenhäusern weisen Schwachstellen auf. Das zumindest geht aus Erhebungen im Rahmen des sogenannten OP-Barometers hervor. Ursächlich für die Mängel seien ein hoher Krankenstand des OP-Personals, Organisationsprobleme sowie Missstände bei der Hygiene, meldet die Frankfurt University of Applied Sciences. Eigenen Angaben zufolge befragte die Universität 1.700 Pflegekräfte im OP- und Anästhesie-Bereich, wie sie ihre momentane Arbeitssituation einschätzen. ■

alle Versorgungsaspekte ab. So hätten Patienten mit Herzinsuffizienz oft weitere Erkrankungen, die ebenfalls behandlungsbedürftig seien. Deshalb erstaune es, dass ausgerechnet für einige Begleiterkrankungen wie Niereninsuffizienz oder Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung Empfehlungen in den Leitlinien fehlten. Und auch die Versorgung multimorbider Patienten oder Polypharmazie seien nicht genügend berücksichtigt. Wichtige zusätzliche Informationen verspricht sich das Institut von einer Europäischen Leitlinie, die in Kürze erscheinen soll. ■

MEHR INFOS:

www.iqwig.de > Presse

EUROBAROMETER

Reise-Notruf soll bekannter werden

Der 2008 eingeführte EU-weite Notruf 112 funktioniert in allen 28 EU-Mitgliedsstaaten aus dem Festnetz und dem Mobilfunknetz. Inzwischen kennen 42 Prozent der Deutschen die europaweite Notrufnummer. Das ist Ergebnis des „Eurobarometers 414“ – einer Umfrage unter EU-Bürgern – und entspricht dem europäischen Durchschnitt. „Doch wenn man sich die Reisefreudigkeit der Deutschen anschaut, müssen wir an dieser Stelle deutlich mehr Aufklärung leisten“, so Dr. Michael Brinkmeier, Vorstandschef der Deutschen Schlaganfall-Hilfe. Tatsächlich reisen 52 Prozent der Bundesbürger mindestens einmal jährlich in ein anderes EU-Land. Berücksichtigt man dies in der Statistik, liegen die Deutschen mit ihrer Notruf-Kenntnis nur auf Platz 21 des Rankings. ■

HERZSCHWÄCHE

Leitlinien noch lückenhaft

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen hat die Ergebnisse einer Recherche evidenzbasierter Leitlinien zur Behandlung der chronischen Herzinsuffizienz vorgelegt. Ziel des Berichts ist es, aus aktuellen Leitlinien diejenigen Empfehlungen herauszufiltern, die für ein mögliches neues Disease-Management-Programm relevant sein könnten. Den Recherchen zufolge stimmen die Empfehlungen inhaltlich weitgehend überein, decken aber nicht

Köpfe und Karrieren



+++ FRANZ MÜNTEFERING, 76, ehemaliger SPD-Vorsitzender und Bundesarbeitsminister, steht als neuer Vorsitzender an der Spitze der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO). Er trat die Nachfolge der ehemaligen Bundesfamilienministerin und Alterswissenschaftlerin Professor Dr. Ursula Lehr, die gemeinsam mit Karl Michael Griffing vom Kolpingwerk Deutschland den Vizevorsitz übernommen hat. Die BAGSO vertritt über ihre 113

Mitgliedsorganisationen rund 13 Millionen Senioren in Deutschland.

+++ HEIKO REICHEL, 55, Ärztlicher Direktor der Uniklinik für Orthopädie der RKU Universitäts- und Rehabilitationskliniken in Ulm, ist neuer Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU). Dem habilitierten Orthopäden zur Seite steht als DGOU-Vizepräsident Professor Florian Gebhard, Ärztlicher Direktor der Klinik für Unfallchirurgie, Hand-, Plastische und Wiederherstellungschirurgie und Prodekan der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm. Professor Reichel ist zugleich Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie und Professor Gebhard Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie.



Kurzarmkittel gegen Keime?

Der Klinikkonzern Asklepios schafft aus hygienischen Gründen die langärmeligen Kittel seiner Ärzte ab. Ein Vorbild für andere oder nur ein PR-Schachzug?



KAI HANKELN, Konzerngeschäftsführer Asklepios Kliniken GmbH:

Asklepios verfolgt ein umfangreiches Programm zum Hygienemanagement und sucht stets nach Verbesserungen für die Patientensicherheit. Langärmelige Arztkittel können nachweislich im direkten Patientenkontakt ein Infektionsrisiko darstellen. Gleichzeitig gibt es keinen schlüssigen Grund für das Tragen langärmeliger Kittel am Patientenbett. Das Medienecho auf unsere Entscheidung ist gewaltig, die Zustimmung – auch unter Medizinern – groß. Asklepios nimmt in puncto Patientensicherheit eine Vorreiterrolle ein. Viele Kliniken haben unseren Vorstoß aufgenommen und diskutieren jetzt, ob sie unserem Vorbild folgen.

DR. PETER WALGER, Sprecher des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene: Die Vermeidung von Krankenhausinfektionen ist an mehrere Bedingungen geknüpft, die alle konsequent einzuhalten sind. Die Verordnung von Kurzärmeligkeit ist werbewirksam und bringt Krankenhausträger in die Schlagzeilen. Sie soll die Botschaft vermitteln: Wir tun etwas für eine gute Hygiene. Ob dahinter aber mehr steht als ein Medienspektakel, kann nur die Hygienepaxis in allen kritischen Bereichen eines Krankenhauses zeigen. Allzeitige Ärmellosigkeit erinnert mehr an das Tragen eines Buttons mit der Aufschrift „Ich bin für Hygiene“ als an einen Beweis, dass gute Hygiene auch tatsächlich praktiziert wird.

DR. PETER WALGER, Sprecher des Vorstandes der Deutschen

Gesellschaft für Krankenhaushygiene: Die Vermeidung von Krankenhausinfektionen ist an mehrere Bedingungen geknüpft, die alle konsequent einzuhalten sind. Die Verordnung von Kurzärmeligkeit ist werbewirksam und bringt Krankenhausträger in die Schlagzeilen. Sie soll die Botschaft vermitteln: Wir tun etwas für eine gute Hygiene. Ob dahinter aber mehr steht als ein Medienspektakel, kann nur die Hygienepaxis in allen kritischen Bereichen eines Krankenhauses zeigen. Allzeitige Ärmellosigkeit erinnert mehr an das Tragen eines Buttons mit der Aufschrift „Ich bin für Hygiene“ als an einen Beweis, dass gute Hygiene auch tatsächlich praktiziert wird.



DR. THEODOR WINDHORST, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe: Die Entscheidung, aus hygienischen Gründen eine kurzärmelige Berufskleidung für Ärzte einzuführen, begrüßen wir. Hygiene geht in jedem Fall vor. Die kurzen Ärmel tragen dazu bei, mit einfachen Mitteln den Schutz der Patienten vor Infektionsübertragung und damit vor unkontrollierter Ausbreitung von Krankheitserregern weiter voranzubringen. Viele meiner Kolleginnen und Kollegen

praktizieren das Tragen kurzärmeliger Berufskleidung längst. So können Infektionswege unterbrochen und Ärzte wie Patienten gleichermaßen geschützt werden.

JÜRGEN MALZAHN, Abteilungsleiter Stationäre Versorgung/Rehabilitation beim AOK-Bundesverband: Auch wenn die für Hygiene zuständige Expertenkommission Krinko von der Evidenz kurzärmeliger Bekleidung für Ärzte nicht überzeugt ist – allein ist Asklepios nicht. 2015 wurden langärmelige Kittel bereits in der Bremer-Roland-Klinik abgeschafft. Dort tragen Ärzte Oberhemden, Poloshirts oder Kasacks. Begründung: Die Händedesinfektion wird durch langärmelige Kittel behindert, zudem werden diese zu selten gewechselt. In den Niederlanden und Großbritannien sind langärmelige Kittel generell abgeschafft. Daher gilt: In einem Gesamtkonzept, mit Schwerpunkt auf Händedesinfektion, ist das kein reiner PR-Gag. Eine Evaluation aber wäre wünschenswert.

Auch wenn die für Hygiene zuständige Expertenkommission Krinko von der Evidenz kurzärmeliger Bekleidung für Ärzte nicht überzeugt ist – allein ist Asklepios nicht. 2015 wurden langärmelige Kittel bereits in der Bremer-Roland-Klinik abgeschafft. Dort tragen Ärzte Oberhemden, Poloshirts oder Kasacks. Begründung: Die Händedesinfektion wird durch langärmelige Kittel behindert, zudem werden diese zu selten gewechselt. In den Niederlanden und Großbritannien sind langärmelige Kittel generell abgeschafft. Daher gilt: In einem Gesamtkonzept, mit Schwerpunkt auf Händedesinfektion, ist das kein reiner PR-Gag. Eine Evaluation aber wäre wünschenswert.



DATENSCHUTZ Konfetti aus Patientenakten

Datenschützer in Thüringen sind entrüstet: Wie jetzt bekannt wurde, sind dort in der Faschingszeit geschredderte Patientenakten als Konfetti benutzt worden. Auf den nicht fachgerecht zerkleinerten Papierschnipseln seien Daten wie Name, Adresse und Telefonnummer zu lesen, sagte der Landesdatenschutzbeauftragte Lutz Hasse. Eine Anwohnerin fand nach dem



Karnevalsumzug geschredderte Unterlagen, auf denen der Name ihrer Schwester zu erkennen war. Medien zufolge handelt es sich vermutlich um Dokumente einer Außenstelle des vom Klinikum Bad Salzungen betriebenen Medizinischen Versorgungszentrums. ■

NIEDERSACHSEN Kabinett beschließt Pflegekammer

Die niedersächsische Landesregierung hat den Weg für die Einrichtung einer Pflegekammer geebnet. Das Kabinett beschloss einen entsprechenden Gesetzentwurf, über den jetzt der Landtag entscheiden muss. Mit der Pflegekammer erhalte die größte Berufsgrup-

pe im Gesundheitswesen eine Interessenvertretung, die ihrem Stellenwert in der Gesellschaft entspreche, sagte Gesundheitsministerin Cornelia Rundt (SPD). Erst kürzlich war in Rheinland-Pfalz die bundesweit erste Landespflegekammer gestartet. ■

BEHINDERUNGEN Linke fragen nach familiärer Situation

Nach der Situation von Eltern mit behinderten Kindern hat sich die Bundestagsfraktion Die Linke erkundigt. In einer Kleinen Anfrage will sie wissen, wie viele Eltern und Alleinerziehende von Kindern mit einer körperlichen oder geistigen Behinderung sowie mit einer seelischen Beeinträchtigung in Deutschland leben, wie hoch das Jahreseinkommen und die Wohnkosten der Eltern sind und wie viele Wohngeld erhalten. ■

MEHR INFOS:
Bundestagsdrucksache
18/7341

DIABETES Fuß-Amputationen häufen sich

In Deutschland werden laut Deutscher Diabetes Gesellschaft zu viele Füße infolge einer Diabeteserkrankung amputiert. Um die Amputationszahlen zu senken, fordert die Fachgesellschaft ein obligatorisches Zweitmeinungsverfahren vor einem solchen Eingriff. Zugleich seien andere Vergütungsstrukturen notwendig. Für den Erhalt der Extremitäten müsse es einen Bonus geben, da eine solche Behandlung mit längeren Liegezeiten und damit mehr Aufwand als bei einer Amputation verbunden sei. ■

LUFTBELASTUNG Aus dem Triebwerk in die Kabine

Im Luftverkehr gibt es immer wieder Meldungen über Zwischenfälle, die auf giftige Dämpfe in den Flugzeugkabinen zurückgehen könnten. Über die genauen Zusammenhänge ist bislang wenig bekannt. Forscher der Universität Göttingen haben jetzt untersucht, welche Stoffe welche Krankheitssymptome hervorrufen könnten. Knapp drei Jahre lang prüften die Arbeitsmediziner um Astrid Heutelbeck Proben von Menschen, die nach Flügen über Beschwerden klagten. Zu diesem Zweck nahmen sie direkt nach den Flügen Blut- oder Urinproben. Neben Organophosphaten, die negativ auf Enzyme im Körper wirken, fanden sie regelmäßig flüchtige organische Verbindungen oder deren Abbauprodukte. Diese Stoffe greifen



Schlechte Luft – Fluggäste atmen mitunter giftige Dämpfe ein.

Nerven und Herz-Kreislauf-System an und reizen die Atemwege. Sie könnten in den Turbinen bei starker Hitze aus Kerosin, Ölen oder Enteisungsmitteln freigesetzt worden sein und über undichte Stellen im Triebwerk in die „Zapfluft“ gelangen, so die Wissenschaftler. In fast allen Passagierflugzeugen wird die Kabinenluft aus den Triebwerken abgezapt. ■

FORTBILDUNGSKONZEPT Im Schatten des Pflegebedürftigen

Das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) hat eine neue Methode entwickelt, wie Pflegeprofis die Bedürfnisse von Heimbewohnern besser verstehen und in ihrer täglichen Arbeit berücksichtigen können. „Schattentage“ stelle einen innovativen Ansatz dar.

In dem Konzept schlüpft die Pflegekraft in die Rolle einer pflegebedürftigen Person oder folgt den Pflegebedürftigen als „Schatten“ und beobachtet so das Geschehen. Dreh- und Angelpunkt der Methode sei der Perspektivenwechsel, den Pflegekräfte während der Schattentage vornehmen würden. Hierdurch könnten sie sich besser in die individuelle Situation des Pflegebedürftigen versetzen. Allerdings sind die Schattentage offenbar vielen Pflegeprofis noch nicht bekannt. In einer Befragung unter Einrichtungsleitungen hatte sich das ZQP danach erkundigt. Ergebnis: Nur knapp ein Drittel der Befragten (29 Prozent) hatte von der Methode gehört. Die Stiftung hat daher ein Themenheft erarbeitet, mit dem sich Interessierte über die Schattentage informieren könne. ■

MEHR INFOS:
www.zqp.de > Schattentage

SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH

„Flüchtlinge müssen effizient versorgt werden“

Die Diskussion um die Gesundheitsversorgung der nach Deutschland kommenden Flüchtlinge hält an. Dazu Fragen an Peer-Michael Dick, Verwaltungsratsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg.



G+G: Herr Dick, derzeit ist noch nicht abzusehen, wann und ob der Flüchtlingsstrom abnimmt. Wie schätzen Sie das ein?

DICK: Klar ist: Der verantwortungsvolle Umgang mit Flüchtlingen bleibt weiterhin ein bestimmendes Thema – auch mit Blick auf eine angemessene Gesundheitsversorgung der Menschen. Ihnen eine elektronische Gesundheitskarte auszuhändigen, wäre deshalb nicht nur aus humanitären Gründen geboten. Dieser Schritt würde auch zu weniger Bürokratie führen. Wir sollten alle ein Interesse daran haben, dass die Versorgung von Flüchtlingen so effizient wie möglich erfolgt und keine unnötigen doppelten Verwaltungsstrukturen entstehen.

G+G: Wie sieht die Gesundheitsversorgung der Flüchtlinge in Deutschland aktuell aus?

DICK: Das kommt auf ihren jeweiligen Aufenthaltsstatus an. Kontingenzflüchtlinge und andere Bleibeberechtigte werden wie Arbeitslosengeld-II-Bezieher behandelt. Sie haben regulären Versicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung. Andere Flüchtlinge,

die sich noch im Asylverfahren befinden, erhalten Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, wo auch die Gesundheitsversorgung geregelt ist. Es werden nur akute Erkrankungen und Schmerzzustände behandelt. Bis zu einer Aufenthaltsdauer von 15 Monaten erfolgt die Versorgung derzeit äußerst bürokratisch über Behandlungsscheine, die bei der zuständigen Behörde zu beantragen sind.

G+G: Welche Chancen bieten uns die Flüchtlinge?

DICK: Mit Blick auf den sich abzeichnenden Fachkräftemangel bieten Flüchtlinge neue Möglichkeiten auf dem Arbeitsmarkt, aber in der Regel erst übermorgen. Hier wurden bereits Signale gesetzt – beispielsweise durch das Anerkennungsverfahren für im Ausland erworbene Kompetenzen und Abschlüsse oder die finanzielle Förderung des Sprachunterrichts. Nun sollten rasch weitere mutige Schritte wie das „Probearbeiten“ in Betrieben folgen. Das würde eine Integration der Menschen fördern und wäre letztlich auch positiv für unsere Sozialversicherungssysteme.

Mehr Mut gegen Blockierer

Union und SPD arbeiten in der Gesundheitspolitik fleißig ab, was sie vereinbart haben. Doch überfällige Blockaden im System gehen sie nicht an, kritisiert **Bernhard Walker**.



WO ALLE ZUSTÄNDIG SIND, steht niemand richtig in der Verantwortung. Zugegeben: Dieser Satz ist überspitzt. Aber im Kern trifft er die Mischverantwortung, die im deutschen Gesundheitswesen herrscht. Sie ist historisch gewachsen, was wohl erklärt, warum alle Akteure als gegeben hinnehmen, was höchst fragwürdig ist.

So überträgt die Große Koalition dem Gemeinsamen Bundesausschuss eine nie gekannte Fülle von Aufgaben. Seine Rolle als heimlicher Gesetzgeber mag verfassungsrechtlich auf sicherem Grund stehen. Überzeugend ist sie deshalb noch lange nicht – und sei es nur, weil Beitragszahler, Patienten und Wähler trotz öffentlicher Sitzungen kaum erkennen können, wie dort aus welchen Gründen welche Entscheidung zustande kommt.

Natürlich ist es enorm schwer, ein gewachsenes Geflecht zu ändern, hinter dem sich auch handfeste finanzielle Interessen verbergen. Die Große Koalition hat es aber nicht einmal versucht. Sie arbeitet in der Gesundheitspolitik geräuschlos und professionell. Doch nie wagt sie es, mal quer und über den Tag hinaus zu denken. Dabei herrschen in der Selbstverwaltung reichlich Blockaden, die nur ein Akteur von außen aufbrechen kann. Wie sagt der Medizinethiker Giovanni Maio? „Wenn ein Arzt dem Patienten zum Warten rät, ist das oft ein guter Ratschlag, aber vom Gesundheitssystem wird er für diesen Rat bestraft, weil er weniger Geld bekommt.“

Behutsamkeit, Nachdenklichkeit und Sorgfalt als Tugenden der Medizin aufzuwerten: Maios Wunsch geht leider nicht in Erfüllung. Auch lange bevor die Kassenärztliche Bundesvereinigung in ihren kläglichen Zustand geriet, war sie außerstande, eine Honorarreform ins Werk zu setzen, die Maios Ansatz nahe käme. Dieses Versagen bleibt ebenso folgenlos wie das Trauerspiel, das die Selbstverwaltung bei der elektronischen Gesundheitskarte ablieferte. Die Akteure behalten ihre Machtpositionen – ganz gleich, ob sie ihren Aufgaben gerecht werden oder nicht.

Diese organisierte Verantwortungslosigkeit ließe sich nur überwinden, wenn die Politik Blockaden aufbräche, sich also mit Verbänden und Körperschaften anlegte. Dafür aber fehlt Berlin der Mut. Für die Große Koalition ist es bequemer, sich im Zweifel hinter anderen verstecken zu können als selbst Verantwortung zu übernehmen. ■

Bernhard Walker ist Hauptstadt-Korrespondent der „Badischen Zeitung“.

DIGITAL HEALTH

Großes Interesse an Gesundheits-Apps

Trainings-Apps und Fitness-Tracker nehmen in Deutschland an Beliebtheit immer mehr zu. Belege dafür liefert die neue Digital Health-Studie des Gesundheitswissenschaftlichen Instituts Nordost (GeWINO) der AOK Nordost. Danach zeigten rund die Hälfte (55 Prozent) der Befragten Interesse an elektronischer Trainingsunterstützung via App und Fitnessarmband. Die wachsende Technikaffinität potenzieller Nutzer könne nicht nur bei jungen Menschen ein wichtiges Standbein in der Gesundheitsförderung sein, so der Geschäftsführer des GeWINO, Dr. Thomas Zahn. „Zunehmend freunden sich auch ältere Menschen mit Apps und Wearables an. Digital Health liegt demnach in allen Altersgruppen und selbst bei übergewichtigen Menschen im Trend.“ Für die Studie befragten das GeWINO und die Universität Potsdam im Zeitraum Juni bis August 2015 insgesamt 2.074 Personen. ■

US-STUDIE

Ärzte haben einen anderen Tod

Mediziner erhalten am Lebensende seltener als andere aggressive Therapien und sterben auch öfter zu Hause. Dies geht aus einer Studie hervor, die jetzt im US-amerikanischen Ärzteblatt JAMA (2016; 315) erschienen ist. In ihrer Untersuchung werteten Joel Weissman vom Brigham and Women's Hospital in Boston und Mitarbeiter die Medicare-Daten aus vier US-Bundesstaaten aus. Weissman verglich die Berufsgruppe mit

der Allgemeinbevölkerung und mit Anwälten, die über ein ähnliches Bildungsniveau und Einkommen verfügen wie Ärzte. Weissman ermittelte die Häufigkeit von fünf Maßnahmen am Lebensende: Operationen, Betreuung im Hospiz, Behandlungen auf Intensivstationen, Tod im Krankenhaus sowie Gesundheitsausgaben insgesamt. Alle Angaben bezogen sich auf die letzten sechs Lebensmonate. In drei der fünf Punkte unterschieden sich Ärzte von der Allgemeinbevölkerung: Sie starben seltener in der Klinik, wurden weniger oft operiert und auch seltener auf einer Intensivstation behandelt. ■

FACHGESELLSCHAFT

Internisten werben für Digitalisierung

Ärzte gelten gemeinhin als Digitalisierungsmuffel. In die Offensive gehen will daher die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM). Sie hat eHealth für die nächsten fünf Jahre ganz oben auf ihre Agenda gesetzt und möchte Ärzte zur Digitalisierung motivieren, sie fortbilden und für das Thema sensibilisieren, wie ihr Vorsitzender, Professor Dr. Gerd Hasenfuß, bei der Jahrespressekonferenz der DGIM in Berlin erklärte. Bislang sei zu wenig Geld in die nötige Infrastruktur geflossen. Die Geräte in Praxen seien oft veraltet. Viele Mediziner hätten sich zudem zu viel mit Datenschutzbedenken beschäftigt. Bei der Jahrespressekonferenz der DGIM zählten Experten derweil zahlreiche Vorteile der Digitalisierung auf, wie etwa Bewegungsprofile via Smartphone bei Parkinsonkranken, Diabetes-Apps und die telemedizinische Betreuung von Herzpatienten. ■

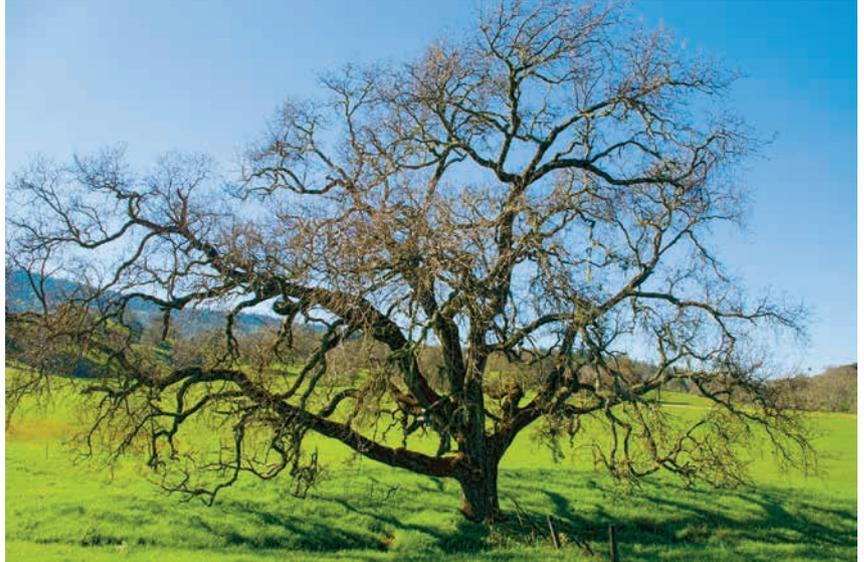
Ein Wildwuchs an Regelungen

Kliniken behandeln immer häufiger ambulant: Laut neuem Krankenhaus-Report herrscht dabei allerdings ein großes Durcheinander. Der Gesetzgeber müsse daher endlich einheitliche Spielregeln schaffen. **Von Thomas Hommel**

Die Spielwiese der Patientenversorgung ist in Deutschland traditionell in zwei Hälften unterteilt: In der einen tummeln sich die niedergelassenen Ärzte. Sie sind für die ambulante Medizin zuständig. In der anderen Hälfte stehen die Krankenhäuser, die sich um die akutstationäre Versorgung inklusive Notfallversorgung kümmern. Nicht wenigen Beobachtern am Spielfeldrand kommt es mitunter so vor, als ob zwischen beiden Hälften ein dicker Zaun verlaufe. Immerhin: Heute wechseln die Spieler auch mal von der einen in die andere Hälfte.

So behandeln die Kliniken laut dem kürzlich vorgestellten Krankenhaus-Report 2016 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK immer öfter ambulant, also ohne dass die Patienten über Nacht bleiben. In den vergangenen drei Jahrzehnten, heißt es im Report weiter, seien rund 20 verschiedene ambulante Versorgungsformen in den Kliniken entstanden: von den Hochschul- und Notfallambulanzen über das Ambulante Operieren im Krankenhaus bis hin zur Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung.

Gleiche Regeln für alle. Professor Dr. Jürgen Wasem, Gesundheitsökonom an der Universität Duisburg-Essen und Mitherausgeber des Krankenhaus-Reports, sieht hinter den ambulanten Versorgungsformen im Krankenhaus allerdings „kein rationales Ordnungsprinzip“. Vielmehr seien „identische Leistungen in verschie-



Stark verästelt: Kliniken bieten rund 20 ambulante Versorgungsformen an.

denen Rechtsformen verpackt und obendrein noch unterschiedlich vergütet“ worden. Ähnliche Unterschiede wie bei der Vergütung gebe es auch bei der Bedarfsplanung, den Wirtschaftlichkeitsprüfungen oder den Zugangsregeln zu Innovationen. „Und in puncto Qualitätssicherung sind ambulante Krankenhausleistungen ohnehin Wüsten“, so Wasem.

Die Politik sei daher gefordert, an der Schnittstelle zwischen ambulanten und stationären Leistungen endlich einheitliche Spielregeln für alle Spieler und einen neuen Ordnungsrahmen für die gesamte Spielwiese der Patientenversorgung vorzugeben. Die Ausgestaltung der Rahmenbedingungen könne der Gemeinsame Bundesausschuss aus Krankenkassen, Kliniken, Ärzten und Patientenvertretern übernehmen.

Wie in einem geteilten Land. Auch der Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frank-

furt am Main und Vorsitzender des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Professor Dr. Ferdinand M. Gerlach, kritisiert die strikte Trennung in eine ambulante und eine stationäre Versorgungshälfte. „Zwischen Kliniken und Praxen verläuft eine kaum überwindbare Mauer“, so der Gesundheitsweise. Diese Sektorenmauer sei für Patienten gefährlich und außerdem „für alle viel zu teuer“.

Das Fehlen einheitlicher Spielregeln führe häufig zu konträren Interessen, so Gerlach weiter. Eine echte Zusammenarbeit – etwa zwischen einem niedergelassenen und einem im Krankenhaus tätigen Kardiologen – sei weder vorgesehen noch möglich.

Das sprachlose Nebeneinander führe im Ergebnis dazu, dass es zu Informationsbrüchen, Missverständnissen, Behandlungsfehlern, Mehrfachdiagnostik, unnötig vielen Arztkontakten und Mengenausweitungen komme.

Lesetipp

Jürgen Klauber, Max Geraedts, Jörg Friedrich und Jürgen Wasem (Hrsg.): **Krankenhaus-Report 2016 mit dem Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus**, Schattauer-Verlag, Stuttgart 2016.

Gleiche Leistung anders vergütet. Eine weitere Folge der starren Sektorengrenzen sei, dass vieles, was in anderen Ländern ambulant erbracht werde, in Deutschland zu einem mehrtägigen Aufenthalt in der Klinik führe. Während etwa in den USA, Dänemark oder Kanada Leistenbruchverschlüsse in aller Regel in einer Arztpraxis behoben würden, ist dies laut dem neuen Krankenhaus-Report in deutschen allgemeinchirurgischen Kliniken der häufigste Grund für eine vollstationäre Behandlung – verbunden mit durchschnittlich 2,3 stationären Liegetagen.

„Nicht andersartige Patienten, Operationstechniken oder Chirurgen erklären hier den Unterschied.“ Verantwortlich seien vielmehr die im hiesigen Fallpauschalen-System für die Kliniken beziehungsweise im Honorarsystem für die niedergelassenen Mediziner sehr unterschiedlichen Deckungsbeiträge. „Diese machen, trotz technisch gleichem Eingriff, eine stationäre Aufnahme für Leistungsanbieter finanziell sehr viel attraktiver“, so Gerlach.

Auf regionaler Ebene stärker vernetzen.

Aus dem ungesteuerten Nebeneinander von ambulanter und stationärer Welt resultiere überdies eine „organisierte Verantwortungslosigkeit“. Kaum einer übernehme etwa für mehrfach erkrankte Patienten, die gleichzeitig von verschiedenen Ärzten und Kliniken behandelt werden, die Gesamtverantwortung und schütze sie vor zu viel oder aber vor falscher Medizin.

Hausärzte seien für diese „Lotsenfunktion“ zwar bestens prädestiniert, so Gerlach. Allerdings befänden sie sich innerhalb des Gesundheitssystems in einer „geschwächten Position“. Wünschenswert sei in jedem Fall „eine regional vernetzte, sektorenübergreifende Versorgung, in der die Honorare für stationäre Kurzzeitfälle und vergleichbare ambulante Behandlungen angeglichen werden“.

Patchwork an Einzellösungen. Der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch, betonte, die Vielfalt an Versorgungsformen im Gesundheitswesen sei „per se nicht schlecht“. Einem kranken Menschen sei es schließ-

Ambulant im Krankenhaus: Andere machen mehr

Anteil der Kliniken an den Ausgaben für die ambulante Versorgung in Prozent



Im Vergleich zum europäischen Ausland wird in Deutschland nur ein geringer Teil der ambulanten Versorgung in Krankenhäusern erbracht. Experten sehen darin einen Beleg, dass die Mauer zwischen den Sektoren hierzulande höher ist als anderswo.

Quelle: Krankenhaus-Report 2016, WIdO

lich egal, wer sich um ihn kümmere. „Für ihn zählt vor allem, dass er gut behandelt wird.“ Das Problem bei der fachärztlich-ambulanten Versorgung, die sowohl in der niedergelassenen Arztpraxis als auch im Krankenhaus stattfindet, sei jedoch,

Arbeiten niedergelassene Ärzte und Kliniken nicht gut zusammen, kann das teuer und gefährlich sein.

„dass hier noch immer stärker belohnt wird, wo die Behandlung stattfindet als wie gut sie ist“.

Der Politik hält Litsch vor, auf die seit Langem bestehenden Probleme an den Schnittstellen von ambulant und stationär lediglich mit Einzellösungen reagiert zu haben. Das „große Ganze“, das heißt eine aufeinander abgestimmte Versorgungslandschaft, sei dabei aus dem Blick geraten. In der laufenden Legislaturperiode beispielsweise habe die Große Koalition versucht, mit dem Versorgungsstrukturgesetz zum 1. Januar 2015 die Probleme in der ambulanten Versorgung

„durch kleinteilige Reparaturmaßnahmen“ anzugehen. Die erst kürzlich in Kraft getretene Klinikreform – das Krankenhausstrukturgesetz – wiederum fokussiere einseitig auf die stationäre Versorgung. Gemeinsam sei beiden Reformen nur eines, so Litsch: „Sie haben die Gräben zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor vertieft statt sie zuzuschütten.“

Um aus dem „Patchwork“ an politischen Einzellösungen eine neue und vor allem zielführende Struktur zu schaffen, brauche es eine „grundlegende Neuausrichtung“ der fachärztlich-ambulanten Versorgung, so Litsch. Dazu seien die dazugehörigen Leistungen einheitlich zu dokumentieren. Außerdem sei festzulegen, welche medizinischen Strukturen und Kapazitäten für das fachärztlich-ambulante Leistungsgeschehen wirklich gebraucht würden und welche nicht.

In einem zweiten Schritt schließlich müsse ein neuer ordnungspolitischer Rahmen gesetzt werden, der auch eine einheitliche Vergütung sowie gleiche Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen für alle potenziellen Teilnehmer der fachärztlich-ambulanten Versorgung vorsehe. ■

Sicher unterwegs im Netz

Gesundheitstipps, Ärzteverzeichnisse, Klinikbewertungen – die virtuelle Welt hat Patienten einiges zu bieten. Damit sie sich nicht im digitalen Dschungel verirren, brauchen sie verlässliche Informationen, heißt es in einem Gutachten. **Von Thomas Rottschäfer**

Für eine patientenorientierte Digitalisierung sind transparente und verlässliche Gesundheitsinformationen sowie mehr Verbraucherkompetenz entscheidende Voraussetzungen. Das geht aus dem „Bericht zum Verbraucherschutz in der Digitalen Welt“ hervor, den der Sachver-

bestimmten Gesundheitsangeboten dar (*siehe Kasten*).

Im Einzelgutachten „Digitale Welt und Gesundheit“ analysieren die Sachverständigen Chancen und Risiken der Digitalisierung durch eHealth und mHealth. In ihren Empfehlungen zur

„Derzeit sind viele Verbraucher ratlos, wo sie verlässliche digitale Gesundheitsinformationen finden könnten. Solche Informationen existieren derzeit verstreut im Netz (...), sind aber vielen Verbraucherinnen unbekannt und gehen in der Masse der Webseiten unter“, so die Sachverständigen. Mit Hilfe digitaler Technologien wie sozialer Netzwerke ließen sich verlässliche Quellen der Mehrheit der Bevölkerung bekannt machen. Dies könne durch Faktenboxen unterstützt werden, wie sie durch die „Patient Protection and Affordable Care Acts“ von 2010 in den USA vorgesehen seien und in Deutschland von der AOK angeboten würden. Ein Qualitätssiegel könnte die Informationen kennzeichnen, heißt es in dem Bericht der Sachverständigen.

Durchblick mit Faktenboxen

Ob Röntgen, Impfungen oder Ultraschall der Eierstöcke: Die AOK-Faktenboxen informieren allgemeinverständlich über Nutzen und Risiken von Diagnostik und Therapie. Der AOK-Bundesverband entwickelt die Faktenboxen gemeinsam mit Prof. Dr. Gerd Gigerenzer, Direktor des Harding-Zentrums für Risikokompetenz in Berlin. Gigerenzer gehört dem Sachverständigenrat für Verbraucherfragen an und ist Mitautor des Gutachtens zur digitalen Gesundheit. Zu den bisher elf Faktenboxen kommen bis Ende 2016 zwölf weitere hinzu.

Mehr Infos: www.aok.de/faktenboxen; www.svr-verbraucherfragen.de > Download Gutachten

Selbstvermessung kann Ängste schüren.

Mehr Verbraucherkompetenz sei insbesondere nötig, um Chancen und Risiken der digitalen Möglichkeiten bewerten zu können. Dazu schreibt der SVR: „Zum Beispiel kann Selbstvermessung durch Wearables, Implantate oder Netzwerke innerhalb des Körpers (in-body internet) Früherkennung von Erkrankungen ermöglichen – aber auch unnötige Ängste durch falsche Alarmer und dadurch entstehende Kosten durch unnötige Folge-tests und Behandlungen verursachen.“

Für Kai Kolpatzik ist das Gutachten des Sachverständigenrates Ansporn, sich dem Thema Gesundheitskompetenz noch stärker zu widmen: „Die AOK setzt auf laienverständliche und zugleich qualitativ hochwertige Informationen. Dazu werden wir erfolgreiche Formate wie die Faktenboxen weiter ausbauen.“ ■

Thomas Rottschäfer ist freier Journalist mit Schwerpunkt Gesundheitspolitik.

Kontakt: info@satzverstand.de



Da geht's lang: Sachverständige weisen den Weg zur Gesundheit in der digitalen Welt.

ständigenrat (SVR) für Verbraucherfragen der Bundesregierung übergeben hat. Ein Schwerpunkt der Expertise ist die Digitalisierung im Gesundheitswesen.

Klare Kennzeichnung nötig. Im Hauptbericht und in den „Verbraucherpolitischen Empfehlungen“ heben die Autoren für die Bereiche eHealth und mHealth den Vorbildcharakter der AOK-Faktenboxen hervor. „Das zeigt, dass die AOK mit dem Engagement im Bereich der mobilen Gesundheit genau richtig liegt“, sagt Dr. Kai Kolpatzik, Abteilungsleiter Prävention des AOK-Bundesverbandes. Die Faktenboxen stellen verständlich und anschaulich Nutzen, Risiken und mögliche Nebenwirkungen von medizinischen Leistungen, Arzneimitteln oder

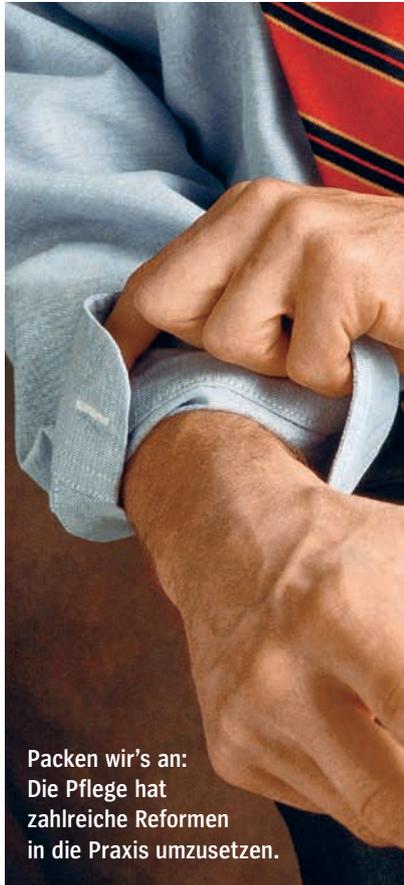
Verbraucherpolitik heißt es: „Die Chancen der Digitalisierung können nicht verwirklicht werden, bevor zwei Voraussetzungen geschaffen werden, die bisher nur teilweise erfüllt sind: transparente und verlässliche (evidenzbasierte) Verbraucherinformation und Stärkung der Alltagskompetenzen der Verbraucherinnen.“ Um dies zu gewährleisten, rät das Expertengremium zu klarer Kennzeichnung und Versorgung mit verlässlichen und transparenten Gesundheitsinformationen mittels eHealth und mHealth. Gleichzeitig benötigten Verbraucherinnen und Verbraucher Bildungsangebote, die ihre Gesundheitskompetenz verbessern. Und nicht zuletzt gelte es, den Datenschutz ernst zu nehmen, heißt es in den Empfehlungen des SVR.

Pflege voller Tatendrang

Neues Begutachtungsinstrument, erste Pflegekammern, einheitliche Ausbildung: Der Gesetzgeber hält für die Pflege einige Änderungen bereit. Auf diese Herausforderungen stimmten sich Expertinnen eines Berufsverbandes ein. **Von Anne Töpfer**

Das Pflegestärkungsgesetz II ist in Kraft getreten, die ersten Pflegekammern gehen an den Start, die Pflegeausbildung steht vor einer umfassenden Reform: „Nach drei Legislaturperioden, in denen wir nur demonstrieren konnten, tut sich jetzt politisch sehr viel“, stellte Prof. Christel Bienstein zum Auftakt des „Pflege-Updates 2016“ in Hannover fest. Die Pflegewissenschaftlerin von der Universität Witten-Herdecke und Präsidentin des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) „hat Spaß daran, dass im Augenblick so viel in Bewegung kommt“. Auf dem DBfK-Symposium brachte sie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus Pflegeeinrichtungen, Kliniken, Pflegeschulen und Medizinischen Diensten diese Neuerungen näher.

Akademisierung vorantreiben. Das geplante Pflegeberufegesetz, mit dem drei Ausbildungswege zu einem zusammengelegt werden sollen, sieht Bienstein positiv: „Wir brauchen eine breite gemeinsame Ausbildung, auf die wir Spezialisierungen aufbauen.“ Damit werde der Gesetzgeber der steigenden Zahl multimorbider Patienten gerecht. Studien zeigten, dass mit der Qualifikation der Pflegekräfte die Mortalität der Patienten sinke, so die DBfK-Präsidentin. Noch aber gebe es in der Pflege zu wenig evidenzbasiertes Wissen. Die Pflegewissenschaftlerin wirbt für eine Akademisierung ihrer Zunft. Das sei ein langer Weg: „Wir brauchen 40 Jahre, bis wir in der Pflege zehn Prozent der Kräfte akademisch qualifiziert haben. Der Kritik anderer Berufsgruppen an der Ausbildungsreform erteilt Bienstein eine Abfuhr: „Erstaunlich, wie Pädiater plötzlich um ihre Kinderkrankenschwestern kämpfen.“ Die Pflege dürfe nicht andere Berufsgruppen über sich bestimmen lassen, so Bienstein.



Packen wir's an:
Die Pflege hat
zahlreiche Reformen
in die Praxis umzusetzen.

„Wir hoffen, dass das Gesetz nicht völlig verändert aus dem Bundestag rausgeht.“

Auch die Einrichtung der ersten Pflegekammer in Rheinland-Pfalz begrüßt Bienstein: „Sie ist sicherlich ein Vorbild.“ Deren Aufgaben sieht die DBfK-Präsidentin in der Politikberatung und im Schutz der Bevölkerung vor schlechter Pflege. „Die Kammern sind keine berufsständischen Vertretungen.“

Verfahren sorgt für mehr Gerechtigkeit.

Über das neue Instrument zur Pflegebegutachtung informierte Dr. Peter Pick. „Damit werden die Leistungen der Pflegeversicherung weiter verbessert und

flexibilisiert“, meint der Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes. Das Begutachtungsverfahren, das die Medizinischen Dienste ab Januar 2017 anwenden, bezeichnet er als „sozial gerechter“, da der Grad der Selbstständigkeit künftig unabhängig von der häuslichen Situation beurteilt werde. Zwar sei die Bewertungssystematik kompliziert, aber „wir werden das nachvollziehbar für Pflegebedürftige und Versorger darstellen“. Mit der Genehmigung der Begutachtungsrichtlinie rechnet Pick im Mai 2016, ab Mitte 2016 würden die Gutachter geschult. Eine offene Baustelle sei die Personalbemessung. Die bisherigen Bemessungsinstrumente seien überholt, so der MDS-Chef.

Neue Begutachtung jetzt vorbereiten.

„Geben Sie dem neuen Begutachtungsinstrument eine Chance“, forderte Pflegewirtin Carola Stenzel die Tagungsteilnehmer auf. Die Referentin aus der Bundesgeschäftsstelle des DBfK vergleicht die Umstellung mit dem Löschen und neu Bespielen einer Festplatte: „Bereiten Sie sich darauf im Laufe des Jahres 2016 vor.“ Mit dem Heraklit-Zitat „Nichts ist so beständig wie der Wandel“ nahm die DBfK-Expertin bereits die nächsten Neuerungen in den Blick: den Referentenentwurf des PSG III („wird täglich erwartet“), die Personalbemessung („bis 2020 auf neue Füße gestellt“) und Qualitätsindikatoren für den stationären Bereich („bis 2018 ist sehr ambitioniert“). Auf die Pflege wartet also weiter viel Arbeit. ■

Webtipps

- www.dbfk.de > Vorträge Pflege-Update 2016
- www.aok-gesundheitspartner.de > Pflege > Broschüre zur neuen Pflegebegutachtung

Kein Bild vom Alter

Alle reden vom demografischen Wandel. Trotzdem tauchen Senioren in den Medien nur am Rande auf, so eine Studie. Und die Altenpflege? Sie ist zwar öfter Gegenstand der Berichterstattung – aber meist mit negativem Unterton. **Von Thomas Hommel**

Am Dienstag, dem 10. November 2015, trägt Deutschland Schwarz. Altbundeskanzler Helmut Schmidt ist tot. Der 96-Jährige sei in seinem Reihenhaus in Hamburg friedlich eingeschlafen, ist den Eilmeldungen zu entnehmen. Im Blätterwald rauscht ein großes Thema: Der Tod eines Mannes, der bis ins hohe Alter geistig präsent war und nach einem erfüllten Leben im Kreise seiner Lieben verstorben ist. Die Medien verneigen sich.

Doch es ist wohl nur eine Momentaufnahme. Denn schenkt man einer Studie des Schweizer Forschungsinstituts Media Tenor International im Auftrag der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) Glauben, dann kommen ältere Menschen in den einschlägigen Medien bisweilen nur als Randnotiz vor – und wenn sie doch Erwähnung finden, dann weil sie zu den „prominenten älteren Newsmakern“ gehören wie eben jener Helmut Schmidt.

Unter fernem Liefen. Mithilfe ausgewählter Stichworte wurden für die Studie nachrichtliche Inhalte aus Dutzenden von regionalen und überregionalen Tageszeitungen, Zeitschriften sowie Fernseh- und Radiosendern über mehrere Monate untersucht. Die Analyse zur Altenpflege fußt auf 27 Tages- und Wochenzeitungen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz mit insgesamt 16.611 ausgewerteten Aussagen. Auf die Auswertung von Anzeigen wurde verzichtet.

Im Fernsehen, lautet ein Ergebnis der Studie, machen Senioren nur 0,1 Prozent

des dortigen Nachrichtenaufkommens aus. Bei rund 20 Millionen Rentnerinnen und Rentnern in Deutschland ist das nicht eben viel. Die Zahl relativiert sich noch einmal, wenn man betrachtet, was die Inhalte der Berichte sind. Der über-



Schlechte Nachricht: In Zeitung und TV kommen alte Menschen selten vor.

wiegende Teil widmet sich Fragen zur Rente. Andere Aspekte des Älterwerdens wie Wohnsituation, Mobilität oder Teilhabe am gesellschaftlichen Leben kommen kaum zur Sprache. Stärker im Fokus steht die Demenz. Andere gesundheitliche Einschränkungen im Alter sind eher tabu. Das Medienbild „der Alten“ ist zumeist problembeladen, da es in vielen Berichten um die Beanspruchung von Ressourcen geht.

Jenseits der Gesellschaft. Die Altenpflege taucht medial etwas häufiger auf, was laut Studie auf eine Reihe von Talkshows zurückzuführen ist. Dennoch sei Pflege als Thema noch nicht „in der Mitte der Gesellschaft“ angekommen. Insgesamt zeichnen die Medien laut Studie ein ambivalentes Bild der Altenpflege. Bei überregionalen Blättern stehen meist „Prob-

leme und Defizite im Fokus“: Vernachlässigung, Gewalt, Behandlungsfehler. Lokalzeitungen bringen hingegen eher „gute“ Nachrichten: Berichte über Tanznachmittage im Pflegeheim, Vorträge, Gesangsabende, Aktionen für pflegende Angehörige. Die Studienautoren erklären sich das damit, dass Leser von Lokalzeitungen das Blatt wohl abbestellen würden, wenn Realität und Medienbild zu weit auseinander klaffen.

Interessant auch: Das Bild von den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen wird in den überregionalen Medien vor allem durch die Journalisten selbst bestimmt. In den lokalen Medien kommen die Einrichtungen mit 30 Prozent zitierter Aussagen stärker zu Wort. Bei den überregionalen Zeitungen liegt dieser Anteil bei nur acht Prozent.

Angekratztes Berufsimago. Eher negativ fällt das Bild von den Beschäftigten der Altenpflege aus: Desillusionierte „Engel“ und ein niedriges Berufsprestige seien wiederkehrende Motive in den Berichten, so die Studie. Der Tenor in den Medien laute: Arbeitsumstände und Bezahlung halten junge Menschen davon ab, in die Altenpflege zu gehen. Die Gesundheit der Beschäftigten taucht nur am Rande auf, obwohl Pflegeberufe zu den Hochrisiko-Berufen gehören, was physische wie psychische Erkrankungen anbetrifft.

Das alles bleibt nicht ohne Wirkung. „Die vielen negativen Beiträge“, schreibt BGW-Hauptgeschäftsführer Professor Dr. Stephan Brandenburg in einem Vorwort zur Studie, „haben das Image der Branche beschädigt“. Mit der Untersuchung wolle die BGW dazu anregen, „das Berufsbild der Altenpflegerinnen und Altenpfleger differenzierter zu betrachten“. Statt anklagender „Bad News“ brauche es fairer „Constructive News“. ■

Lesetipp

Matthias Vollbracht (Hrsg.): **Ein Heim, kein Zuhause?** Das Medienbild von Altenpflege im Kontext von Altersbildern und Berufsprestige, InnoVatio Verlag 2015.

Übung macht den Meister

Als Instrument der Qualitätssicherung in Krankenhäusern kommen Regelungen zu Mindestmengen seit Langem zum Einsatz. Zu Recht, wie eine aktuelle Studie am Beispiel von Operationen an der Bauchspeicheldrüse zeigt. **Von Thomas Hommel**

Es ist ein logischer Schluss: Ein Krankenhaus, das schwierige Eingriffe häufig genug erbringt und über ein erfahrenes Team aus Ärzten und Pflegekräften verfügt, erzielt auch bessere Behandlungsergebnisse. Den Gesetzgeber hat dies dazu veranlasst, seit dem Jahr 2004 Mindestmengen für bestimmte Operationen einzuführen.

Ziel der Mindestmengenregelung ist es, die Versorgungsqualität in den Krankenhäusern stetig zu verbessern. Ob Mindestmengen tatsächlich Qualität abbilden, wird von den Kliniken, die die Fallzahlen nicht erreichen, oft in Frage gestellt. Auch Gerichte haben sich bereits mehrfach mit dem Thema beschäftigt. Im November 2015 bestätigte das Bundessozialgericht die Mindestmenge von 14 für die Behandlung von sehr kleinen Frühgeborenen. Allerdings sieht das Gesetz einige Ausnahmen für die Mindestmengenregelungen vor, was dazu führt, dass viele Krankenhäuser die Eingriffe vornehmen, obwohl sie die vorgegebene Mindestmenge nicht erfüllen.

Hohe Fallzahlen, bessere Ergebnisse. Einen weiteren Beleg für den Zusammenhang zwischen der Operations-Erfahrung einzelner Kliniken und der Sterblichkeit ihrer Patienten liefert derweil eine neue, breit angelegte Studie der Universität Rostock, des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) und des AOK-Bundesverbandes. Gegenstand der Untersuchung sind Operationen an der Bauchspeicheldrüse (Pankreas). Diese Operationen gelten als sehr schwierig. Daher hat der Gemeinsame Bundesausschuss für diese Operationen eine Mindestmenge von zehn Eingriffen pro Jahr festgelegt.

Nach mehr als zehn Jahren, in denen die Mindestmenge gilt, erreichen jedoch lediglich 51 Prozent aller Krankenhäuser,



Aus Erfahrung gut: Für bestimmte planbare Eingriffe gelten Mindestmengen.

die diese Operationen erbringen, die Mindestfallzahl. Unter Qualitätsaspekten eine inakzeptable Quote. Denn laut Studie erzielen Bauchspeicheldrüsen-Operationen deutlich bessere Ergebnisse an den Kliniken, die hohe Fallzahlen bei diesem Eingriff vorweisen können.

Unterschiede bei der Sterblichkeit. Für die Studie werteten die Autoren die Operations-Verläufe von rund 10.000 AOK-Patienten in insgesamt 683 Krankenhäusern aus. Sie untersuchten die Zahl Verstorbener in Abhängigkeit von der Anzahl der Bauchspeicheldrüsen-Operationen pro Klinik. Die Kliniken wurden dazu aufgrund ihrer Operationszahl in fünf Gruppen eingeteilt. Ein Fünftel der Patienten wurde in Kliniken operiert, die binnen drei Jahren lediglich elf solcher Eingriffe an Versicherten der Gesundheitskasse durchführten. An diesen insgesamt 425 Kliniken lag die Sterblichkeit im ersten Jahr nach dem Eingriff mit 34,4 Prozent am höchsten. Im obersten Fünftel lag der Wert mit nur 23,3 Prozent deutlich darunter. Dort wurden im gleichen Zeitraum mindestens 77 AOK-Patienten operiert.

Nach Berücksichtigung der Krankheitschwere der Patienten war die Sterblichkeit im untersten Fünftel der Krankenhäuser um 70 Prozent höher als im obersten Fünftel. Ein Unterschied zeigte sich laut Studie nicht nur für die Beobachtung über ein Jahr, sondern auch für die Sterblichkeit während des Klinikaufenthaltes und innerhalb von 90 Tagen nach dem Eingriff.

Mit der Studie liegen somit erstmals für das deutsche Gesundheitswesen fundierte Ergebnisse zur Qualität bei Pankreas-Operationen vor. Diese stützen sich auf eine große Fallmenge und gehen über den eigentlichen Klinikaufenthalt hinaus. Abschließendes Fazit der Autoren aus den Ergebnissen: Eingriffe am Pankreas sollten nur noch an Kliniken mit ausreichenden Fallzahlen, Erfahrung und Ausstattung erfolgen. ■

Lesetipp

G. Alsfasser, H. Leicht, C. Günster, B. M. Rau, G. Schillinger und E. Klar (2015): **Volume-outcome relationship in pancreatic surgery**, in: The British Journal of Surgery, Ausgabe vom 27. Oktober 2015.

Arzneikosten treiben Europa um

Die Niederlande wollen während ihrer EU-Ratspräsidentschaft Akzente in der Arzneimittelpolitik setzen. Die Initiative gegen überhöhte Pillenpreise könnte auch in der deutschen Diskussion eine Rolle spielen. **Von Thomas Rottschäfer**

Marcel van Raaij ärgert sich. Der Direktor der Abteilung Arzneimittel im niederländischen Gesundheitsministerium sieht nicht ein, warum viel Geld aus öffentlichen Haushalten in die Arzneimittelforschung fließt, der spätere Gewinn dagegen die Aktien von Pharmaunternehmen steigen lässt. Erst Steuern und dann hohe Arzneipreise – „Zahlen die Bürger dadurch nicht doppelt?“ fragte van Raaij bei einem Arzneimittel-Forum der Dachorganisation der europäischen Sozialversicherungen (ESIP, *siehe Kasten*) im Brüsseler Europaparlament. Eine rhetorische Frage. Die Niederlande wollen deshalb in den sechs Monaten ihrer Ratspräsidentschaft in den EU-Gremien darüber diskutieren, inwieweit Forschungsförderung mit Auflagen verknüpft werden könnte und sollte. Van Raaijs Chefin, Gesundheitsministerin Edith Schippers, kann sich vorstellen, dass Pharmaunternehmen Forschungsgelder zurückzahlen müssen oder die öffentliche Hand in Form von Gewinnbeteiligung für die „Entwicklungshilfe“ entschädigen.

Alternative Forschungsmodelle. Ministerin Schippers will auch etwas dagegen unternehmen, dass kaum noch Medikamente gegen Krankheiten entwickelt werden, die wenig Gewinn versprechen,



darunter Antibiotika. Die Ministerin setzt auf alternative Modelle: unabhängige Forschung für patentfreie Neuentwicklungen. Sie sollen zu sozialverträglichen Preisen für neue Produkte führen und den Wettbewerb stimulieren. „Die Niederlande selbst haben bereits eine Art Schleuse für sehr teure Arzneimittel eingerichtet“, erläutert der Vertreter der AOK in Brüssel, Evert-Jan van Lente. „Neue Produkte dürfen zunächst nur in begrenzter Menge, mit eingeschränktem Budget und nur von bestimmten Ärzten oder Kliniken eingesetzt werden. Erst wenn sie sich bewähren, kommen sie in die Regelversorgung.“

Auch die geplante Aufweichung von Sicherheitsstandards bei der Medikamentenzulassung durch die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) treibt Schippers

und van Raaij um. Geplant ist, einzelne Medikamente bereits auf Basis von Phase-II-Tests zuzulassen. Dann haben die Produkte gerade mal gezeigt, dass sie wahrscheinlich sicher sind und eventuell wirken, aber der wissenschaftlichen Nachweis ist noch nicht erbracht. Die neuen Produkte kämen direkt in der Regelversorgung. Die endgültige Zulassung soll dann auf der Grundlage von echten Versorgungsdaten erfolgen. „Dadurch würden Arzneimittel eingesetzt, deren Nutzen wir nicht genau kennen und von denen wir nicht wissen, ob sie vielleicht sogar schaden“, warnt van Lente. Auch der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen kritisiert den EMA-Plan als Großversuch mit Patienten, denen nicht klar sei, dass sie Versuchskaninchen seien.

Schnellzulassung einschränken. Selbst EMA-Vertreterin Francesca Cerreta räumte bei der ESIP-Veranstaltung im Europaparlament ein, dass das sogenannte „Adaptive Licensing“ nicht für alle neuen Medikamente geeignet sei. Es gehe „um sehr aussichtsreiche Arzneimittel“, die man den Patienten nicht vorenthalten könne. Die Niederlande wollen das beschleunigte Zulassungsverfahren zwar nicht stoppen, aber auf genau definierte Produkte beschränken und favorisieren nach dem „Prinzip Schleuse“ eine begrenzte Erprobung als Voraussetzung für den Einsatz in der Regelversorgung. Ob Ministerin Schippers es anstrebt, bereits bis Ende Juni eine entsprechende Position im EU-Ministerrat zu erzielen, ist allerdings unklar. „Dazu hat sich Marcel van Raaij noch nicht konkret geäußert“, bedauert Evert-Jan van Lente. ■

Europäische Sozialversicherungen bilden strategische Allianz

Die „European Social Insurance Platform“ (ESIP) mit Sitz in Brüssel ist eine strategische Allianz von mehr als 30 nationalen Spitzenorganisationen der Sozialversicherung aus 15 EU-Ländern. Der AOK-Bundesverband vertritt in der ESIP die Interessen der AOK-Gemeinschaft. Gemeinsam mit der „Association Internationale de la Mutualité“ (AIM), einer weiteren europäischen Dachorganisation für Krankenversicherungen und Versicherungsvereine hat die ESIP im Oktober 2015 das Positionspapier „Zugang zu innovativen Arzneimitteln“ veröffentlicht. Das Papier war der Anlass für die vom AOK-Bundesverband mitorganisierte Diskussion von ESIP und AIM mit Fachleuten der Europäischen Kommission, der Europäischen Arzneimittelagentur sowie Vertretern von Patienten-, Verbraucher-, Ärzte- und Apothekerverbänden und Pharmaindustrie am 26. Januar im Europäischen Parlament in Brüssel.

Thomas Rottschäfer ist freier Journalist mit Schwerpunkt Gesundheitspolitik.
Kontakt: info@satzverband.de

„Ärzte sollten besser zuhören“

Der Drang zur Homöopathie ist ungebrochen – nicht zuletzt, weil es in der Schulmedizin mitunter an Einfühlungsvermögen mangelt, vermutet **Norbert Schmacke**. Er empfiehlt Ärzten, sich mehr Zeit für ihre Patienten zu nehmen.

Nach Umfrage-Ergebnissen von 2008 haben fast 60 Prozent der Deutschen schon einmal homöopathische Medikamente genommen. Worauf führen Sie die Beliebtheit zurück?

Schmacke: Es gibt ein Bündel von Motiven: familiäre Traditionen, Angst vor Nebenwirkungen von Arzneimitteln, Unzufriedenheit mit erzielten Behandlungsergebnissen und nicht zuletzt Kritik an fehlendem Einfühlungsvermögen von Ärztinnen und Ärzten.

Wenn Menschen sagen, dass die Homöopathie ihnen hilft – warum machen Sie ihnen die Globuli madig?

Schmacke: Madig machen ist nicht mein Anliegen. Dieselben Personen, die berechtigterweise genau wissen wollen, welchen Nutzen und welche Risiken die Einnahme von Medikamenten mit sich bringen, sind bei der Einnahme von Globuli ausschließlich auf die Wirkung des Glaubens angewiesen. Globuli der sogenannten Hochpotenzen – so hoch verdünnt, dass kein Molekül mehr nachweisbar ist – sind reine Placebos. Der bewusste Einsatz von Placebos in der Medizin ist seltenen Situationen vorbehalten. Man darf Kranke aber nie täuschen, und das tun die Homöopathen, weil sie behaupten, die Globuli entfalten eine spezifische Wirkung.

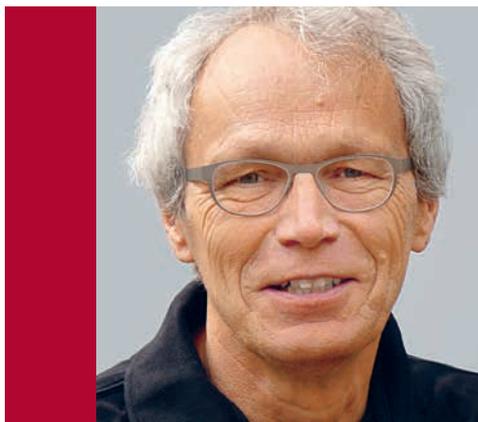
Wie ist es möglich, dass mehr als 5.000 Mediziner in Deutschland die Zusatzbezeichnung Homöopathie führen, obwohl diese der wissenschaftlichen Lehre zuwiderzulaufen scheint?

Schmacke: Zum einen hat es in der Ärzteschaft immer einen gewissen Anteil gegeben, der trotz des Medizinstudiums

an magische Heilkräfte glaubt. Andere bieten einfach das an, was nachgefragt wird und verstärken damit ihrerseits die Nachfrage. Und wieder andere schauen danach, wo sie gut Geld verdienen können. Und schließlich wirkt offenbar die Adelsong der Homöopathie durch einige Universitäten und die Ärztekammern,

Wenn die Globuli den Arzneimitteln des regulären Marktes gleichwertig oder überlegen sind, was die Homöopathen pausenlos erzählen, müssten sie diese Gleichbehandlung ja auch nicht fürchten.

Was können Schulmedizin und Homöopathie voneinander lernen?



Eine gelungene Kommunikation ist Grundlage für den Behandlungserfolg.

Professor Dr. Norbert Schmacke

die durch Forschung und Weiterbildung den Eindruck vermitteln, es handele sich um eine gewöhnliche Sparte der Medizin.

Inwiefern privilegiert der Gesetzgeber die Homöopathie?

Schmacke: Das Sozialgesetzbuch rechnet die Homöopathie zu den besonderen Therapierichtungen. Diese sind von den heute üblichen Bewertungsverfahren der evidenzbasierten Medizin ausgenommen. Vertreter der Homöopathie selber entscheiden in einer Spezialkommission des Bundesinstituts für Arzneimittel darüber, ob ihre Präparate marktfähig sind. Diese Sonderregelung gilt auch für die anthroposophische Medizin und für die Phytotherapie. Das muss der Gesetzgeber beenden. Es darf meines Erachtens innerhalb des Arzneimittelrechts nur ein einheitliches Bewertungsverfahren geben.

Schmacke: Aus der Beliebtheit der Homöopathie sollten Ärztinnen und Ärzte eine wesentliche Schlussfolgerung ziehen: Sie müssen für Kritik offener werden, ihren Patientinnen und Patienten häufig besser zuhören und ihre Behandlungsempfehlungen gut begründen. Das Argument, dafür fehle die Zeit oder die angemessene Vergütung, ist kurzsichtig. Eine gelungene Kommunikation zwischen Arzt und Patient ist Grundlage für den Behandlungserfolg. ■

Die Fragen stellte Änne Töpfer.

Zur Person

Prof. Dr. Norbert Schmacke lehrt in Bremen Gesundheitswissenschaften und ist stellvertretendes Unparteiisches Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss. Er ist Herausgeber des kürzlich im Suhrkamp Verlag erschienen Buches „Der Glaube an die Globuli“.



Luft fürs Leben daheim

Künstlich beatmet und zu Hause versorgt – was das für Patienten und ihre Angehörigen bedeutet, ist bislang kaum erforscht. Nun liefert eine Studie erste Einblicke. [Von Michael Ewers, Christiane Schaepe und Jennifer Hartl](#)

Ohne künstliche Beatmung und ohne die Hilfe anderer könnte Edith Hoffmann nicht überleben. Die 78-Jährige leidet an fortgeschrittener Amyotropher Lateralsklerose (ALS). Diese neuromuskuläre Erkrankung schreitet rasch voran und ist nicht heilbar. Sie schädigt die Nervenzellen, die für die Muskelbewegungen der Lunge verantwortlich sind. Infolge eines gestörten Gasaustauschs kommt es zu einer mangelhaften Sauerstoffversorgung und unzureichender Ausatmung von Kohlendioxid. Annähernd 50 Prozent der Erkrankten versterben innerhalb der ersten drei Jahre und 90 Prozent innerhalb der ersten sechs Jahre nach Krankheitsbeginn. Bei Edith Hoffmann ist die Krankheit inzwischen so weit fortgeschritten, dass sie künstlich beatmet und ernährt werden muss. Sie ist dauerhaft bettlägerig und rund um die Uhr auf professionelle pflegerische Hilfe angewiesen. Dennoch lebt Edith Hoffmann nicht etwa in einer stationären Einrichtung, sondern bei ihrem Mann zu Hause.

In Deutschland wächst die Zahl der Menschen, die – ähnlich wie Edith Hoffmann – trotz schwerer Erkrankung und dauerhafter therapeutisch-technischer Unterstützung in den eigenen vier Wänden versorgt werden. Obwohl Berichte von behandelnden Fachärzten, spezialisierten Kliniken und Pflegediensten auf die wachsende Bedeutung dieser noch vergleichsweise neuen Versorgungsform hinweisen, fehlen hierzulande verlässliche Zahlen.

Häuslich beatmet werden überwiegend Menschen mit schweren neurologischen Erkrankungen wie ALS, chronischen Atemwegserkrankungen, beispielsweise COPD, oder Patienten, die im Wachkoma liegen. Betroffen sein können sowohl jüngere Menschen, die nach einem schweren Unfall querschnittsgelähmt sind und Hilfe bei der Atmung benötigen, als auch ältere Menschen, die an mehreren chronischen Krankheiten leiden und nach einer akuten Erkrankung und anschließender Operation nicht mehr von der Beatmung entwöhnt werden konnten. Die häusliche Beatmung erfolgt zeitweise oder dauerhaft über eine Atemmaske (non-invasiv) oder über einen in der Luftröhre platzierten Schlauch – die so genannte Trachealkanüle (invasiv). Wer so schwer erkrankt ist, dass er invasiv beatmet werden muss, benötigt eine spezielle Krankenbeobachtung und Betreuung durch professionelle Pflegekräfte. Sie wird bei einer Betreuung zu Hause häufig rund um die Uhr durch einen spezialisierten Pflegedienst sichergestellt (häusliche Krankenpflege nach Paragraph 37 Absatz 2 Sozialgesetzbuch V, oftmals ergänzt durch Leistungen aus der Pflegeversicherung).

Häusliche Intensivversorgung nimmt zu. Den Trend zur häuslichen Intensivversorgung fördern verbesserte Behandlungsmöglichkeiten und damit einhergehend höhere Überlebenschancen selbst bei schwersten Erkrankungen, kleinere und zunehmend einfacher zu bedienende Geräte, aber auch Bemühungen um kürzere Verweildauern seitens der Krankenhäuser sowie ein wachsendes ambulantes Angebot an Spezialdiensten. Auch ziehen Patienten die Versorgung zu Hause einer stationären Unterbringung vor. Nicht nur in Deutschland, sondern auch in anderen Ländern gewinnt die häusliche Beatmung an Bedeutung. Ähnliches gilt für andere Therapieformen wie etwa die Heimdialyse, die künstliche Ernährung oder die häusliche Chemotherapie.

Patienten und Angehörige befragt. Bisher ist wenig darüber bekannt, wie der Alltag in der häuslichen Beatmung aussieht und vor welchen Herausforderungen die Beteiligten stehen. Außenstehende können sich meist nur schwer ein Bild davon machen, was sich hinter verschlossenen Wohnungstüren ereignet. Insbesondere mit Blick auf die Sicherheit der ambulanten Intensivversorgung sind hierzulande noch viele Fragen offen. Aus diesem Grund läuft seit Oktober 2013 am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin die Studie „Sicherheit in der häuslichen Versorgung beatmeter Patienten“, kurz SHAPE. Sie wird vom Bundesforschungsministerium gefördert und vom Aktionsbündnis Patientensicherheit ideell unterstützt. Im Rahmen der Studie wurden unter anderem beatmete Patienten und deren Angehörige aus unterschiedlichen Regionen Deutschlands danach gefragt, wie sich die häusliche

Beatmung aus ihrer Sicht darstellt und welche sicherheitsrelevanten Erfahrungen sie mit der Intensivversorgung daheim gesammelt haben. Die Interviews liefern interessante Einblicke in den häuslichen Versorgungsalltag und die sich dort stellenden Sicherheitserfordernisse aus Nutzersicht. Die Ergebnisse der SHAPE-Studie werden bis Ende 2016 aufbereitet und sollen dazu dienen, die Entwicklung von Versorgungskonzepten für eine sichere, effektive und vor allem patientenzentrierte häusliche Intensivversorgung zu unterstützen.

Balanceakt zwischen Lebensqualität und Sicherheit. Eines machen die Befragungen schon jetzt deutlich: Sowohl die schwer kranken Menschen als auch ihre Angehörigen sind sich darüber bewusst, wie abhängig sie von der lebenserhaltenden Technik und der jederzeit verfügbaren Fremdhilfe sind. Da sie aber keine Alternative zu dem „da dran hängen“ sehen, arrangieren sie sich mit ihrer Lebenssituation. Zugleich suchen sie immer wieder nach Wegen, sich trotz der Widrigkeiten, die mit der häuslichen Beatmung verbunden sind, ein möglichst hohes Maß an Lebensqualität zu erhalten. So wie Edith Hoffmann und ihr Mann.

.....

Sprechen kann Edith Hoffmann nur, wenn zuvor ihre Trachealkanüle, über die üblicherweise die künstliche Beatmung erfolgt, „entblockt“ ist. Dabei wird Luft aus dem sogenannten Cuff entfernt – ein Luftballon, der die Kanüle am Herausrutschen hindern soll.

So lang wie möglich sprechen und mit ihrer Familie und den Helfern kommunizieren zu können, ist Edith Hoffmann sehr wichtig und bedeutet für sie Lebensqualität. Deshalb übt sie das Sprechen täglich mithilfe von Sprichwörtern und Kreuzworträtseln. Auch trainiert Herr Hoffmann mit seiner Frau regelmäßig das Schlucken, indem er ihr passierte Suppe reicht. Zwar hat der Arzt davon abgeraten, und Herr Hoffmann weiß um die damit verbundenen Risiken. Dennoch tut er es, um seiner schwer kranken Frau möglichst viel Lebensqualität zu geben.

.....

Die Bemühungen der schwer kranken Menschen und ihrer Angehörigen um den Erhalt von Lebensqualität geraten gelegentlich in Konflikt mit dem Bestreben, in der häuslichen Beatmung ein möglichst hohes Maß an Patientensicherheit zu gewährleisten. Dabei zeigt sich in den Gesprächen mit Patienten und Angehörigen, dass deren Sicherheitsvorstellungen nicht immer mit denen der professionellen Helfer übereinstimmen. Während Patienten und Angehörige vorwiegend am individuellen Wohlbefinden und an vertrauensvollen Beziehungen zu den Helfern interessiert sind, orientieren sich die professionellen Helfer eher an fachlichen Standards und vermeintlich objektiven Sicherheitskriterien. Die besonderen Bedingungen der häuslichen Versorgung ermöglichen es den Patienten und ihren Angehörigen aber offensichtlich, eigenen Wünschen mehr Gewicht zu geben und diese zuweilen auch gegen die Vorstellungen der

professionellen Helfer durchzusetzen. Dies wiederum stellt für die Pflegefachkräfte eine große Herausforderung dar. Denn sie müssen im Einzelfall sorgfältig abwägen, wo und wie weit sie den Wünschen der Patienten und Angehörigen entsprechen, um deren durch technische und personelle Abhängigkeit eingeschränkte Lebensqualität erhalten oder fördern zu können, und wo sie aus Gründen der Sicherheit einschreiten müssen.

Wohnlichkeit bewahren. Wenn schwer kranke Patienten, die technikintensiver Behandlung bedürfen, aus dem Krankenhaus in das häusliche Umfeld wechseln, bleibt das nicht ohne Folgen. Zahlreiche technische Geräte und Pflegehilfsmittel sind in einem dafür eigentlich nicht gedachten privaten Lebensumfeld unterzubringen. Zugleich wird das Zuhause der Patienten und Angehörigen zum Arbeitsplatz von Pflegefachkräften, die oftmals rund um die Uhr anwesend sind.

.....

So war das Zuhause der Hoffmanns an die Notwendigkeiten der häuslichen Beatmung anzupassen. Damit Edith Hoffmann trotz ihrer erheblichen Einschränkungen am gemeinsamen Alltag teilhaben kann, hat ihr Mann Möbel aus dem Wohnzimmer entfernt und das verstellbare Pflegebett freistehend in der Zimmermitte platziert. So kann jederzeit auf Notfälle reagiert und der Arbeitsaufwand der Helfer reduziert werden. Um das Bett herum finden sich auf Nachtschränken und Rolltischen zahlreiche technische Geräte und Hilfsmittel, die durch Lichtsignale und Geräusche immer wieder Aufmerksamkeit auf sich ziehen und in eigentümlichem Kontrast zu dem ansonsten wohnlich wirkenden Raum stehen. Regale und Schränke in unmittelbarer Nähe zum Pflegebett sind für die Lagerung notwendiger Pflegehilfsmittel umfunktioniert. Trotz dieser Veränderungen bemüht sich Herr Hoffmann darum, dass gemeinsame Heim nicht vollends zu einer „Intensivstation“ werden zu lassen. Besonders laute Geräte hat er in den Keller gestellt und durch ein Loch in der Kellerdecke mit dem Wohnzimmer verbunden. Ein baugleiches Ersatzbeatmungsgerät, das aus Sicherheitsgründen für Notfälle vorgehalten wird, steht im zweiten Stock. So ist es dem Sichtfeld seiner Frau entzogen. Und die zu Besuch kommenden Kinder und Enkelkinder werden durch den Anblick der an eine Intensivstation erinnernden Geräte nicht verschreckt.

.....

Die für die Beatmung und Pflege notwendigen Hilfsmittel lassen das private Umfeld schnell fremd und krankenhausähnlich erscheinen. Oft findet sich ein ganzer medizintechnischer Gerätepark in den Privatwohnungen. Neben dem Beatmungsgerät mit all seinem Zubehör gibt es noch ein Absauggerät, einen sogenannten Hustenassistenten und diverse Monitorsysteme, gelegentlich ergänzt um technische Kommunikationshilfen. Bei Patienten, die noch mobilisiert werden können, kommen Hebegeräte (Lifter) und gegebenenfalls ein elektrischer Rollstuhl mit

Sonderanbau für das Beatmungsgerät hinzu. Letzterer braucht besonders viel Platz und ist in kleineren Wohnungen nur schwer zu manövrieren. Die Verbrauchsmaterialien wie Kompressen, Einmalhandschuhe, Spritzen, Kanülen zum Wechseln, Absaugkatheter usw. können mehrere Regalreihen füllen. Materialschränke sind aufgestellt und beschriftet. Hinweisschilder erinnern an die Einhaltung von Ordnung und Sauberkeit. Listen mit Notfallnummern und Arbeitspläne hängen in den Wohnräumen aus.

Bei all dem müssen immer wieder individuelle Lösungen gefunden und mit den Patienten und Angehörigen ausgehandelt werden. Denn während im Krankenhaus Ausstattung und Abläufe strikten Normen unterliegen und sich Behandlungs- und



Wird das Wohnzimmer zur Intensivstation, ist Privatsphäre Luxus.

Versorgungsprozesse standardisieren lassen, muss bei der häuslichen Beatmung alles den spezifischen räumlichen und technischen Gegebenheiten der Patientenwohnung oder auch den Wünschen und Gewohnheiten ihrer Bewohner angepasst werden.

Das hat durchaus Sicherheitsrelevanz: Bei der einen Familie steht das Ersatzbeatmungsgerät gleich neben dem Bett, bei anderen – wie bei Familie Hoffmann – in einem anderen Raum. Sind professionelle Helfer mit diesen Umständen nicht vertraut, geht im Notfall wertvolle Zeit verloren. Die Pflegefachkräfte

SHAPE schaut genau hin

Die Forschung zum Thema Patientensicherheit konzentriert sich hierzu vor allem auf die Vermeidung unerwünschter Ereignisse in Krankenhäusern oder Pflegeheimen. Die häusliche Versorgung hingegen ist bislang kaum erforscht. Die Studie „Sicherheit in der häuslichen Versorgung beatmter Patienten“ (SHAPE) der Charité – Universitätsmedizin Berlin widmet sich erstmals der Patientensicherheit in der häuslichen Intensivpflege und beleuchtet die Sichtweisen und Erfahrungen von Patienten und Angehörigen. Sie wird vom Bundesforschungsministerium gefördert und vom Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. ideell unterstützt. [Mehr Infos zur Studie unter: http://shape.charite.de](http://shape.charite.de)

Zahl der Betroffenen unklar

Wie viele Menschen langzeitbeatmet werden, ist schwierig zu ermitteln. Denn sie leiden an unterschiedlichen Erkrankungen, die aber nicht zwingend zu einer Langzeitbeatmung führen müssen. Die Beatmung wird meist nicht in Registern erfasst. Aktuelle Erhebungen aus Australien, Neuseeland und Kanada gehen von zehn bis 13 langzeitbeatmeten Patienten pro 100.000 Einwohner aus. Genaue Zahlen für Deutschland liegen nicht vor. Es ist aber zu vermuten, dass sie ähnlich hoch sind wie in Australien, Neuseeland und Kanada. Schätzungen gehen hierzulande von circa 15.000 bis 20.000 Patienten aus. Versorgt werden langzeitbeatmete Patienten in unterschiedlichen Settings: in Pflegeheimen und spezialisierten Wohngemeinschaften, aber auch im privaten häuslichen Umfeld.

Qualifikation der Pflegekräfte uneinheitlich

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes gab es 2013 in Deutschland 12.700 ambulante Pflegedienste. Wie viele davon (non)invasiv beatmete Patienten zu Hause fachpflegerisch versorgen können, ist unklar und schwer zu ermitteln. Spezialisierungen auf einzelne Patientengruppen oder auf die häusliche Intensivpflege sind in der amtlichen Pflegestatistik gemäß Sozialgesetzbuch XI nicht erfasst. Während international wegen der hohen klinischen und personalen Anforderungen akademisch qualifizierte Pflegefachkräfte für die häusliche Intensivpflege verantwortlich sind, arbeiten in Deutschland überwiegend beruflich qualifizierte Pflegefachkräfte mit unterschiedlichen Fort- und Weiterbildungen in diesem Bereich. Zu deren Qualifikationsprofil liegen keine gesicherten Erkenntnisse vor.

Die Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (www.digab.de > Informationen > Leitlinien) und die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (www.pneumologie.de > Publikationen > Leitlinien > Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz) haben Leitlinien zur außerklinischen Beatmung erstellt. Sie enthalten Empfehlungen für die Qualifikation der in diesem Bereich eingesetzten Pflegefachkräfte. Auch der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. hat ein Anforderungsprofil für in der Intensivpflege tätige Pflegedienste vorgelegt. Dessen Empfehlungen sind aber für ambulante Pflegedienste, die in diesem Feld arbeiten wollen, nicht bindend.

Literaturangaben bei den Autoren

stehen damit in der häuslichen Intensivversorgung immer wieder vor der schwierigen Aufgabe, ihre Arbeitsfähigkeit herzustellen und für eine sichere Umgebung zu sorgen, ohne dabei eine schrittweise Institutionalisierung zu betreiben und die Wohnlichkeit des privaten Lebensumfeldes über das unbedingt notwendige Maß hinaus einzuschränken.

Privatheit gewährleisten. Auch die ständig anwesenden und zudem noch häufig wechselnden professionellen Helfer stellen eine Herausforderung in der häuslichen Beatmung dar. Für eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung werden pro beatmeten Patient mindestens fünf Vollzeit-Pflegefachkräfte eingesetzt – meist im Drei-Schicht-System. Gelegentlich kommen noch Aushilfen zum Einsatz. Zwar wird – sofern es die Größe der Wohnung erlaubt – versucht, den 24-Stunden anwesenden Pflegefachkräften ein separates Zimmer zur Verfügung zu stellen. Nicht immer aber ist das Zuhause der Patienten so großzügig ausgelegt wie bei Familie Hoffmann. Mitunter ist es schwierig, diese räumlichen Voraussetzungen zu erfüllen. Hinzu kommt, dass Funktionsräume wie Badezimmer und Küche meist gemeinsam genutzt werden müssen und die professionellen Helfer zwangsläufig immer wieder in die Privat- und Intimsphäre der Familien eindringen.

Stabile Pflegeteams gewünscht. Das unfreiwillige, oft auf engstem Raum erfolgende Zusammenleben mit den professionellen Helfern erleben die Patienten und ihre Angehörigen ambivalent. Einerseits sehen sie durch die ständige Anwesenheit und Einsatzbereitschaft der Pflegefachkräfte ihre Sicherheit gewährleistet. Dies ist besonders dann der Fall, wenn sich zwischen Patient, Angehörigen und Pflegekräften eine enge und vertrauensvolle Bindung entwickeln konnte. Stabile Pflegeteams mit erfahrenen Fachkräften sind dafür eine notwendige Voraussetzung. Andererseits aber schränken die bei einer im Mehrschichtendienst häufig wechselnden „Fremden im eigenen Haus“ die Privatsphäre der Patienten und Angehörigen erheblich ein, was diese zuweilen auch zu deutlichen Grenzziehungen veranlasst.

.....
Dazu Herr Hoffmann: „Sie müssen verstehen, in den Jahren von 2000 bis heute sind bei uns 50, 51, 52 Pflegekräfte durchmarschiert. Und das müssen sie alles ertragen im Haushalt, mit denen müssen sie auskommen, mit diesen unterschiedlichen Charakteren, da müssen sie auskommen, das müssen sie alles eintakten, da müssen sie höflich sein oder manchmal auch grob.“
.....

Tragfähige Formen des Zusammenlebens auf engstem Raum auszuhandeln, Nähe und Distanz in ein ausgewogenes Verhältnis zu bringen und eine Balance zwischen der Arbeitsfähigkeit der professionellen Helfer einerseits und der notwendigen Privatheit der Patienten und Angehörigen andererseits zu finden, ist für das Gelingen der häuslichen Beatmung von zentraler Bedeutung. Dabei sind sowohl soziale Kompetenzen der Pflegefachkräfte wie auch arbeitsorganisatorische und logistische Aspekte zu bedenken – etwa bei der Zusammenstellung von

stabilen Pflgeteams oder der Dienst- und Einsatzplanung. Die Einblicke in den Versorgungsalltag im Rahmen der SHAPE-Studie lassen vermuten, dass es bislang nicht immer gelingt, diesen hohen Anforderungen zu entsprechen.

Trotz Routine wachsam bleiben. Der Alltag häuslich beatmeter Patienten ist oft von therapiebedingten Routinen geprägt, die den Tagesablauf strukturieren. Das Gerät zur Hustenassistenz kommt beispielsweise zu festen Zeiten zum Einsatz, oder es werden – sofern möglich – beatmungsfreie Zeiten eingeplant. Zwar lassen sich in der häuslichen Intensivversorgung auch individuelle Gewohnheiten und Wünsche der Patienten und Angehörigen berücksichtigen. Oftmals bestimmen aber die Arbeitszeiten der Pflegefachkräfte darüber, wann was gemacht wird. Beispielsweise erfolgt die morgendliche Körperpflege bei manchen Patienten genau dann, wenn sich Nacht- und Frühdienst überschneiden. Das wäre sonst für eine Pflegefachkraft allein zu beschwerlich. Tagsüber kann es mehrmals an der Haustür klingeln, weil Physiotherapeuten und Logopäden kommen, Hilfsmittellieferanten neue Materialien bringen oder die eingesetzten Geräte zu warten sind.

Vorbereitet für den Notfall. Wie aus stationären Einrichtungen bekannt, wechseln sich dann hektische Betriebsamkeit mit Phasen großer Langeweile und Eintönigkeit ab. Dies empfinden insbesondere bettlägerige Patienten und ihre Familien so, aber auch die in Bereitschaft stehenden Pflegefachkräfte. Allerdings darf der meist gleichförmige Tagesablauf nicht über die Risiken der häuslichen Intensivversorgung hinwegtäuschen. Immer wieder können unerwartet gesundheitliche Krisen oder technische Störungen auftreten, sodass die Pflegefachkräfte oder die Angehörigen sofort handeln müssen.

.....

Herr Hoffmann hat stets im Hinterkopf, dass jederzeit eine Notsituation eintreten kann. Für den Fall, dass das lebensnotwendige Beatmungsgerät, der Hustenassistent oder die strombetriebene Luftmatratze, die Edith Hoffmann vor dem Wundliegen schützt, nicht funktionieren, hält er Ersatzakkus bereit. Für einen Stromausfall hat er sogar ein eigenes Notstrom-Aggregat angeschafft. Zudem hat er sich Kenntnisse und handwerkliche Fertigkeiten rund um die technischen Hilfsmittel angeeignet. Inzwischen weiß er mehr über die technische Seite der Beatmung und die damit verbundenen Risiken als manche der bei seiner Frau eingesetzten Pflegefachkräfte. Und um sich selbst noch sicherer zu fühlen, hat er damit begonnen, regelmäßig mit den Pflegefachkräften den Notfall zu üben. All dies vermittelt Edith Hoffmann das gute Gefühl, dass ihr Mann die Situation voll im Griff hat und sie sich auf ihn und die Pflegefachkräfte verlassen kann.

.....

Kraftakt für Angehörige. Aber nicht alle Patienten haben derart engagierte Angehörige wie Edith Hoffmann. Und nicht alle Angehörigen sind wegen ihres Gesundheitszustands, ihrer Le-

benssituation oder ihrer Ressourcenausstattung in der Lage, sich den anhaltenden Strapazen der häuslichen Beatmung zu stellen. Selbst wenn sie eher selten in die direkte Pflege einbezogen sind, weil Pflegefachkräfte dies übernehmen, spielen Angehörige für die Sicherstellung der häuslichen Beatmung eine wichtige Rolle. Piept beispielsweise das Beatmungsgerät mal zu lange, rufen sie die professionellen Helfer oder sehen gleich selbst nach dem Rechten. Zwischendurch arbeiten sie neue Helfer ein, beraten sich mit den behandelnden Ärzten, kontaktieren Hilfsmittellieferanten oder beantragen notwendige Leistungen bei den Kranken- und Pflegekassen – alles zusammen für Angehörige zeitaufwendig und anstrengend. Insbesondere bei langjährigen Krankheitsverläufen fordert die ständige Wachsamkeit und Einsatzbereitschaft ihren Tribut. Die Belastungen in der häuslichen Intensivversorgung haben zuweilen weitreichende Folgen für die Gesundheit der Angehörigen.

Häusliche Intensivpflege braucht tragfähige Konzepte. Diese wenigen Einblicke in die häusliche Beatmung veranschaulichen, dass die relativ neue Form der ambulanten Intensivversorgung zahlreiche Chancen, aber auch Risiken birgt. Für die Patienten und ihre Angehörigen bietet sich die Gelegenheit, trotz schwerer Erkrankung und doppelter Abhängigkeit ein möglichst hohes Maß an Lebensqualität, Selbstbestimmung und Privatheit zu erfahren. Zugleich aber müssen sie die „Kolonialisierung“ ihres privaten Lebensumfeldes durch Technik, Hilfsmittel und ständig anwesende Pflegefachkräfte in Kauf nehmen. Schließlich gilt es, die Sicherheit der Patienten in diesem schwer kontrollierbaren Setting zu gewährleisten, jederzeitige Einsatzbereitschaft zu garantieren und zugleich die Angehörigen nicht zu überfordern. All dies in ein ausgewogenes Verhältnis zu bringen und tragfähige Konzepte für eine sichere, effektive und patientenzentrierte häusliche Intensivversorgung zu entwickeln, ist überfällig.

Die SHAPE-Studie bietet Anknüpfungspunkte für die Entwicklung solcher Versorgungskonzepte, zumal dabei Sichtweisen, Erfahrungen und Präferenzen von beatmeten Patienten und ihrer Angehörigen besondere Aufmerksamkeit erfahren haben. Nun müssen diese empirischen Einblicke mit Pflegediensten, Kranken- und Pflegekassen, Patientenverbänden und anderen Interessengruppen diskutiert und über Konsequenzen für die künftige Versorgung nachgedacht werden. Schließlich gilt es, den drängenden Bedarf an Regulierung, Praxisentwicklung, Qualifizierung der Pflegekräfte und Qualitätsmanagement in der auch hierzulande vermutlich weiter expandierenden häuslichen Intensivversorgung systematisch anzugehen. ■

Prof. Dr. Michael Ewers, MPH, ist Gesundheits- und Pflegewissenschaftler, seit 2009 Direktor des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin und wissenschaftlicher Leiter des Forschungsprojekts SHAPE.

Christiane Schaepe, B.Sc., MPH, ist Pflege- und Gesundheitswissenschaftlerin und seit 2013 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt SHAPE.

Jennifer Hartl, B.A., M.A., ist Europäische Ethnologin und seit 2015 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt SHAPE.

Kontakt: shape@charite.de

Mission



Auf Hausbesuch: Beatmungspatientin Antje Mehlei begrüßt die Atmungstherapeutin Nadine Scheer und den Lungenspezialist Dr. Eckehard Frisch an der Haustür ihrer Wohnung in Berlin-Schöneberg.

Lebensqualität

Therapien abstimmen, Hilfsmittel organisieren,
Medikamente dosieren: Eine Spezial-Praxis
für außerklinische Beatmung in Berlin verhilft
Patienten zu einem selbstbestimmteren Leben –
trotz schwerer Krankheit. Eine Reportage von
Thomas Hommel (Text) und **Marc-Steffen Unger** (Fotos).

Blödsinn. Das habe sie gedacht, als der junge Arzt in blauer Jeans und weißem Hemd vor ihr gestanden und gesagt habe: Liebe Frau Mehlei, es kommen andere, es kommen bessere Tage. Sie werden sogar wieder verreisen können.

Lass ihn doch reden, habe sie gedacht. Aber verreisen? Nie und nimmer. Ich kann ja nicht einmal diesen Raum hier verlassen, in dem ich seit vier Monaten wie aufgebahrt liege. In einem fremden Bett. Umgeben von fremden Menschen, die wie ich an pausenlos pumpenden und unentwegt summenden Beatmungsmaschinen hängen, weil sie sonst ersticken würden. Urlaub machen? So ein Blödsinn.

Doch Eckehard Frisch, der Arzt in blauer Jeans und weißem Hemd, hat Recht behalten. In ein paar Wochen heißt es für Antje Mehlei mal wieder: den roten Samsonite-Koffer aus dem Schrank holen, packen und Abflug.

Zusammen mit Heiko Fietz und Petra Jahn, den beiden Pflegekräften, die abwechselnd ihre Begleiter im Alltag wie auf Reisen sind, geht es von Berlin-Tegel nach Gran Canaria und von dort aus weiter auf die AIDA Sol. Eine Woche lang steuert der schwimmende Wolkenkratzer die Häfen der Kanareninseln Lanzarote, Teneriffa und La Palma an. Die Koffer packen – das ist Routine geworden für die drei.

Ständige Begleiter. Antje Mehlei sitzt in ihrem Elektro-Rollstuhl im Wohn- und Arbeitszimmer ihrer Wohnung in Berlin-Schöneberg. Wie einen schwer bepackten Rucksack trägt der Rolli ein Schuhkarton großes schwarzes Gerät mit vielen Knöpfen und einem dicken Schlauch dran. Ein Akku bringt das Gerät zum Laufen. Es arbeitet sanft vor sich hin und pumpt der zierlichen Frau mit dunkler Brille und weinroter Fliesjacke Luft in ihre Lunge. Luft zum Leben.



Ansprechpartner für die Pflege: Eckehard Frisch und Nadine Scheer im Austausch mit Antje Mehlei und Pfleger Heiko Fietz. Hier besprechen sie die korrekte Anwendung einer neuen Atemkanüle für die Patientin.

Antje Mehlei reicht bunte Fotoalben herum. Schnappschüsse von der türkischen Riviera kleben da drin. Bilder von einem Ausflug nach Hamburg zum Konzert der britischen Sängerin Amy MacDonald. Und Fotos von Kongressen, auf denen Antje Mehlei Ärzten und Pflegekräften ihre Geschichte erzählt.

Im Juni 1967 kommt sie in Berlin mit einer seltenen Muskel-erkrankung zur Welt. Es handelt sich um eine schleichende Krankheit, die auch die Atemmuskulatur in Mitleidenschaft zieht. Zunächst läuft vieles noch recht normal. Antje Mehlei lernt Bürokauffrau und arbeitet im Controlling eines Energieversorgers. Doch Müdigkeit und Luftnot machen ihr zunehmend zu schaffen. Sie wird in eine Lungenklinik überwiesen. Dort schneiden ihr die Ärzte ein Loch in die Luftröhre, ein Tracheostoma. An der Öffnung wird eine kleine Atemkanüle fixiert, die über einen Plastikschlauch an ein Beatmungsgerät angeschlossen ist.

In den darauffolgenden Monaten geht es für Antje Mehlei gesundheitlich mal auf, mal ab. Auf die Beatmungsmaschine ist sie weiterhin angewiesen. Aber nur nachts, wenn sie schläft. Die Mitarbeiter eines Intensivpflegedienstes schauen ab und an nach dem Rechten. Auch arbeitet sie wieder halbtags im Büro.

Doch im Frühjahr 2010 erkrankt sie an einer Lungenentzündung. Sie muss ins Krankenhaus auf die Intensivstation. Ihr Zustand ist kritisch. Ohne künstliche Beatmung rund um die Uhr geht nichts mehr. Sie erholt sich langsam und kommt in



Blättern im Fotoalbum: Antje Mehlei zeigt Eckehard Frisch und Nadine Scheer Fotos von Medizinkongressen, auf denen sie zuletzt gemeinsam waren.

eine „Beatmungs-WG“. Zwischengeparkt habe man sie dort, wie ein Auto in einem Parkhaus. Stillgelegt. So jedenfalls empfindet sie es. Sie beginnt zu resignieren, steckt den Kopf immer tiefer in den Sand. Bis plötzlich dieser Arzt in blauer Jeans und weißem Hemd vor ihr steht und etwas von Lebensqualität und Urlaub erzählt. Sie ist ziemlich verduzt. Gibt es doch einen Weg zurück in ihr altes Leben?

Selbst- statt fremdbestimmt leben. „Einen Arzt wie Eckehard Frisch hatte ich vorher noch nie kennengelernt“, erinnert sich Antje Mehlei an die erste Begegnung der beiden. „Einen Arzt, der für einen da ist.“ Eckehard Frisch arbeitet damals noch als



Shoppern im Kiez: Antje Mehlei und Pfleger Heiko Fietz auf dem Weg zum Supermarkt. Wenn Antje Mehlei draußen unterwegs ist, hat sie für Notfälle immer eine Hupe dabei.



Lungenfacharzt an der Charité. Einmal die Woche ist er auf Visite in der Beatmungs-WG, in der auch Antje Mehlei liegt. Die beiden tauschen sich aus. Über Gott und die Welt. Und wie es jemandem innerlich geht, der ständig an einer Maschine hängt, um atmen zu können.

Antje Mehlei erzählt dem Arzt, dass sie sich nicht vorstellen kann, in einer Pflegeeinrichtung zu leben. Oder in einer WG wie der, in der sie jetzt liegt. Viel lieber möchte sie in den eigenen vier Wänden sein. Selbstbestimmt statt fremdbestimmt. Sie will ihre geliebte Katze streicheln, im Supermarkt Obst und Gemüse einkaufen, am Kurfürstendamm shoppen und mit der S-Bahn durch Berlin fahren.

Menschenwürde trotz Maschine. Eckehard Frisch hört ihr aufmerksam zu. Es scheint so, als hätten sich zwei mit der gleichen Mission gefunden: Menschenwürde und Lebensqualität trotz körperlicher Einschränkung, trotz künstlicher Beatmung. Ja, das geht. Das muss gehen. Wenn nur alle mitspielen und am gleichen Strang ziehen.

„Herr Dr. Frisch ist mich seit dieser Zeit nicht mehr losgeworden“, sagt sie. Selbst dann nicht, als Antje Mehlei den weiten Weg in den Berliner Norden antreten muss, wo Eckehard Frisch mittlerweile in einer Spezial-Praxis am Centrum für Gesundheit (CfG) tätig ist – einer Art Versorgungszentrum für Versicherte der AOK Nordost. Eines Tages erzählt ihr der Lungenspezialist von einem neuen Modellprojekt zur außerklinischen Versorgung beatmeter Patienten. Da sie ihm vertraut, steigt Antje Mehlei in das Projekt ein – als eine der ersten.

Inzwischen betreut Eckehard Frisch gemeinsam mit der Atmungstherapeutin Nadine Scheer etwa 150 Patientinnen und Patienten in ganz Berlin. Sie leiden an Raucherlunge, neuromuskulären Erkrankungen, Querschnittslähmung, Schlaganfall,

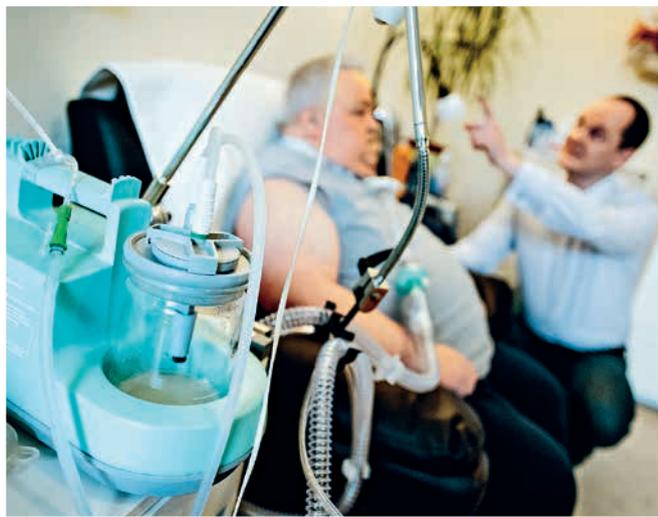
Parkinson oder Multipler Sklerose. Manche leben zu Hause, andere im Pflegeheim, einige in betreuten Wohngemeinschaften mit eigenem Zimmer. Die einen sind nachts, die anderen rund um die Uhr auf künstliche Beatmung angewiesen.

Mittlerweile ist das ursprünglich auf zwei Jahre begrenzte Projekt auf Dauer angelegt. Die AOK überlegt, es auf Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern auszudehnen. Handlungsbedarf besteht in jedem Fall, denn die Zahl der Menschen, die nach einem Aufenthalt im Krankenhaus künstlich weiterbeatmet werden müssen, steigt stetig. Allein in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern sind seit 2012 jedes Jahr im Schnitt knapp acht Prozent hinzugekommen.

Das Problem: Die Versorgung der Patienten wird vor allem von Hausärzten und punktuell von Fachärzten erbracht, die vielfach nur über wenig Erfahrung in der außerklinischen Beatmung verfügen. „Damit sind die Betroffenen – gemessen an der Schwere und Komplexität ihrer Erkrankung – häufig unterversorgt“, fasst Hans-Joachim Fritzen, Geschäftsführer Pflege der AOK Nordost, die Situation der Betroffenen zusammen. Diese Lücke will die Gesundheitskasse mit dem Modellprojekt schließen. Der Kerngedanke: Ein auf künstliche Beatmung spezialisierter Lungenfacharzt und eine versierte Atmungstherapeutin begleiten die Patienten und koordinieren deren Versorgung im Alltag, um so ein Stück Lebensqualität zu sichern.

Steuermann im Versorgungsschalter. Neben mindestens einem Hausbesuch pro Patient und Quartal gehört die Erreichbarkeit des Teams um Eckehard Frisch an allen Werktagen zu den Vorzügen des Modellprojekts. „Da Praxisbesuche für Beatmungspatienten oft mit erheblichen Umständen verbunden sind, besuchen wir die Patienten zu Hause, in der betreuten Wohngemeinschaft oder im Pflegeheim“, sagt Frisch.

Betreut in der Wohngemeinschaft: Eckehard Frisch überwacht das Absaugen des Speichels bei Beatmungspatient Manfred Kipp.



Ga-bel, Ka-bel, Gu-ss, Ku-ss: Beatmungspatient Manfred Kipp zusammen mit der Logopädin Sabine Dietrich (2.v.l.), Pflegeteamleiterin Silvana Schmidt (3.v.l.) und Lungenfacharzt Eckehard Frisch bei der Sprechtherapie.

Vor Ort ermittelt das Team den konkreten Unterstützungsbedarf und schaut, wo es möglicherweise hakt. „Wir drehen jedes Steinchen um“, sagt Frisch. Künstlich beatmete Menschen ambulant zu versorgen, sei eine komplexe Aufgabe, weil neben der Beatmung viele Grunderkrankungen wie Muskelschwund, Parkinson oder Herzschwäche eine Rolle spielten.

Anspruchsvoll sei die außerklinische Versorgung von Beatmungspatienten aber auch, weil viele beteiligt sind: Haus- und Fächärzte, Ergotherapeuten, Logopäden, Physiotherapeuten, Pflegedienste, Hilfsmittellieferanten und, nicht zu vergessen, pflegende Angehörige oder Betreuer.

Soll das Ganze reibungslos funktionieren, muss jeder im gleichen Takt ins Ruder greifen. Das aber passiert oft nicht. Mal reden der Hausarzt und der Pflegedienst nicht miteinander. Dann wieder weiß der Physiotherapeut nicht genau, welcher Behandlungsschritt zur Mobilisierung des Patienten als nächster dran wäre und der Hilfsmittellieferant nicht, welches Hilfsmittel das passende ist. Eckehard Frisch sieht sich daher als eine Art Steuermann eines Versorgungssachters, der bei ambulant betreuten Beatmungspatienten fast immer nötig ist.

Ein Stück zu Hause in der Einrichtung. So wie bei Manfred Kipp und Walter Kreiser. Die beiden Männer leben in der Wohngemeinschaft „Schmetterling“, die sich im Gebäude der Medi & Care Hauskrankenpflege in Berlin-Pankow über zwei Stockwerke erstreckt. Jeder hat ein eigenes Zimmer mit eigenen Möbeln, Familienfotos an den Wänden und vielen anderen persönlichen Dingen. Ein Stück zu Hause eben.



Alles am richtigen Platz? Nadine Scheer überprüft, ob alle Hilfsmittel für den Patienten vorrätig sind.



Mindestens sechs Pflegende kümmern sich im Schichtdienst abwechselnd um die insgesamt 15 Patienten, die in der Wohngemeinschaft leben. Der jüngste ist 52, der älteste 89 Jahre alt. Zehn Bewohner erfahren im Rahmen des AOK-Modellprojekts von Eckehard Frisch und Nadine Scheer eine zusätzliche Betreuung.

Bei Manfred Kipp sind es die vielen Zigaretten und sein Übergewicht, die seiner Lunge im Laufe der Jahre schweren Schaden zugefügt haben und eine künstliche Beatmung rund um die Uhr notwendig machen. „Es ist, als wenn ein großer, schwerer Mann auf seiner Lunge sitzt und diese einfach nicht mehr kann“, umschreibt Frisch das gesundheitliche Problem seines Patienten.

Bei Walter Kreiser diagnostizierten Ärzte ebenfalls eine Raucherlunge. Hinzu gesellten sich eine akute Herzschwäche und Probleme mit den Nieren. Aber der alte Herr sei ein „Stehaufmännchen“, sagt Frisch – so, als ob er über einen guten Bekannten spricht. Fühlt sich Walter Kreiser körperlich einigermaßen gut, kann er Eckehard Frisch mit langsamer, brüchiger Stimme erzählen, ob er Schmerzen in der Brust hat und sich in der Wohngemeinschaft alle nett um ihn kümmern. Fehlt ihm aber die Kraft zum Sprechen, dann müssen die Hände, die



Zugewandt: Walter Kreiser und sein Arzt Eckehard Frisch verständigen sich mit Händen und Augen über den Gesundheitszustand des 89-Jährigen. Dem fällt das Sprechen heute sehr schwer.

gestikulieren und fuchteln, ran. Oder seine Augen, die lachen oder traurig dreinschauen. Arzt-Patienten-Kommunikation ohne Worte – das geht mit einem Team wie Eckehard Frisch und Nadine Scheer.

Große Probleme mit dem Sprechen hat auch Manfred Kipp. Logopädin Sabine Dietrich ist daher zu Besuch bei ihm. Die regelmäßige Sprechtherapie steht auf dem Programm: Ga-bel, Ka-bel, Ku-ss, Gu-ss und das Ganze von vorne, bitte. Manfred Kipp gibt sich redlich Mühe. Er presst jedes einzelne Wort über seine Lippen. Manche fallen ihm leicht, andere schwer. Sabine Dietrich spricht sie immer wieder langsam vor. Manfred Kipp lässt sich nicht unterkriegen – und außerdem: Wann haben sich das letzte Mal so viele Frauen so professionell und fürsorglich um ihn gekümmert wie hier in der Wohngemeinschaft?

So wie Silvana Schmidt. Die Krankenschwester leitet das Pflegeteam in der Wohngemeinschaft „Schmetterling“. Mit Eckehard Frisch und Nadine Scheer ist die Frau mit den rot gefärbten Haaren und dem kleinem Piercing an der Unterlippe inzwischen per Du. „Wir sind ein eingespieltes Team“, sagt sie. „Nur so funktioniert das hier.“

Ärzte und Pflegekräfte unterstützen. „Unsere Aufgabe ist es, die Arbeit der Pflegekräfte, aber auch die der behandelnden Haus- und Fachärzte zu unterstützen und zu ergänzen. Ersetzen kann

und wollen wir deren Arbeit nicht“, betont Lungenspezialist Frisch. Tauchen Fragen oder Probleme auf, ist er da und leitet in die Wege, was in die Wege zu leiten ist: Welche Atemkanüle ist die geeignete, welcher Beatmungsschlauch der richtige? Warum stockt die Atemtherapie, was ist mit der Antidekubitusmatratze? Läuft der Antrag bei der Kranken- oder der Pflegekasse? Wenn nicht, was ist zu tun? Wie verhält es sich mit den Medikamenten, ihren Neben- und Wechselwirkungen?

An den Patienten lernen. Funktioniere bei solchen und ähnlichen Fragen das Zusammenspiel von Ärzten, Pflegekräften, Therapeuten, Hilfsmittellieferant und Krankenkasse, dann erhielten Beatmungspatienten die für sie bestmögliche Betreuung, ist Frisch überzeugt. Wenn nicht, drohe der berüchtigte und oben-dreien sehr kostspielige Drehtür-Effekt: Die Patienten müssten zurück ins Krankenhaus, wo ihnen nicht selten wieder ein Stück Selbstbestimmung und Lebensqualität abhanden komme, das sie sich zuvor hart erarbeitet hätten. Patienten wie Manfred Kipp, Walter Kreiser oder Antje Mehlei seien Beispiele dafür, sagt Frisch. „Wir lernen an ihnen.“

Antje Mehlei nimmt er demnächst wieder zu einem Lungensachkongress nach München mit. Der Arzt spricht dort über das Modellprojekt in Berlin, sie über ihre Erfahrungen als Beatmungspatientin. Sie haben halt beide dieselbe Mission. ■

Neue Regeln



im Pillen-Poker

Während Pharmahersteller ihre Rendite steigern, ächzen Krankenkassen unter ausufernden Medikamentenkosten. Wie die Politik für Ausgleich sorgen kann, erläutert **Sabine Richard**.

Bundesregierung und Pharmaindustrie loten seit Anfang 2015 im „Pharmadialog“ die Forschungs- und Standortbedingungen der Branche aus. Nach Abschluss der Gespräche wird die Reform der Arzneimittelversorgung in diesem Jahr erneut auf die politische Agenda kommen. Inzwischen richtet sich die Diskussion um den Reformbedarf vor allem auf die Preise und Erstattungsbedingungen bei neuen Medikamenten. Angesichts immer höherer Arzneausgaben fordern die Krankenkassen eine effektive Begrenzung der Preise von neuen Präparaten, damit innovative Therapien weiterhin bezahlbar bleiben.

Teure Geschenke auch für die Pharmabranche. Der Abschluss des Pharmadialogs und die Diskussion über die Arzneimittelreform finden unter den Bedingungen sich leerender Kassen und steigender Beitragssätze statt. Die große Koalition muss nun auch an die Beitragszahler denken – zumal sie dafür gesorgt hat, dass die Versicherten Beitragssatzsteigerungen allein tragen und die Arbeitgeber außen vor bleiben.

Nachdem sich Schwarzrot einige teure Gesundheitsreformen geleistet hat, wird derzeit der Eindruck vermittelt, dass die Arzneimittelhersteller in dieser Legislaturperiode leer ausgehen. Das ist nicht zutreffend. Zur Erinnerung: Als Sofortmaßnahme

hatte die Koalition darauf verzichtet, den erhöhten Herstellerrabatt (*siehe Glossar auf Seite 34*) von 16 Prozent, der bis Ende 2013 befristet war, zu verlängern. Stattdessen hat sie den Herstellerrabatt bei sieben Prozent festgesetzt. Daraufhin sind im Jahr 2014 die Arzneimittelausgaben der Krankenkassen wieder deutlich gestiegen: um 2,9 Milliarden auf 35,35 Milliarden Euro. Mit der Absenkung des Herstellerrabatts werden die Hersteller seit 2014 Jahr für Jahr um eine Milliarde Euro entlastet. Dies summiert sich bis zum Ende der Legislaturperiode auf vier Milliarden – ein Betrag, der sich sehen lassen kann, auch im Vergleich mit anderen Leistungserbringern.

Preis moratorium kein Ersatz für Verhandlungen. Im April 2014 hat der Gesetzgeber ein weiteres Anliegen der Pharmaindustrie erfüllt: Arzneimittel, die vor 2011 auf den Markt gekommen sind (sogenannter Bestandsmarkt), müssen nicht mehr die Nutzenbewertung und die Preisverhandlung nach dem AMNOG-Verfahren durchlaufen (*siehe Glossar*). Im 2. Halbjahr 2015 fanden sich unter den 30 umsatzstärksten Medikamenten gerade mal fünf, die sich der frühen Nutzenbewertung unterziehen mussten. Dies zeigt die Bedeutung, die der Bestandsmarkt auch Jahre nach Inkrafttreten des Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetzes (AMNOG) noch hat.

Als „Kompensation“ für die Privilegierung des Bestandsmarktes hat die Koalition zwar am Preismoratorium festgehalten. Das heißt, für bestimmte Produkte ist seit 2010 festgeschrieben, welchen Preis die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zu erstatten hat. Dieses Preismoratorium kann allerdings die entlastenden Effekte einer Preisverhandlung nicht ersetzen. Darüber hinaus wirkt der unverhandelte Preis dieser Produkte weiterhin auf die Preisbildung bei neuen Arzneimitteln und treibt die Kosten daher nach oben.

Nutzenbewertung an der Grenze. Das AMNOG-Verfahren ist mittlerweile an seine Grenzen gekommen. Wenn ein Zusatznutzen oder auch nur ein Anhaltspunkt für einen Zusatznutzen belegt ist, gibt es keine effektive Möglichkeit, unangemessene Preisforderungen abzuwehren, die die Finanzierbarkeit der sozialen Krankenversicherungssysteme weltweit aufs Spiel setzen.

Im Jahr 2015 stiegen die Arzneimittelausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung pro Versicherten um 3,9 Prozent. Hauptkostentreiber sind die neuen Arzneimittel. Neben den Wirkstoffen zur Behandlung von Hepatitis C sind hier die Krebsmedikamente zu nennen. Die vollen Forschungspipelines

der Industrie lassen erwarten, dass sich dieser Trend in den nächsten Jahren fortsetzt. Vor diesem Hintergrund ist der Politik bewusst, dass kleinere Veränderungen im komplexen Regelungsgefüge der Nutzenbewertung nicht ohne zusätzliche finanzielle Risiken zu haben sind.

Viele Industrieländer in Sorge. Die Hersteller haben mit spektakulären Entscheidungen über die Höhe der Preise einzelner Präparate selbst dafür gesorgt, dass die Politik ihren Argumenten weniger bereitwillig folgt. Die Sorge, innovative Arzneimittel bald nicht mehr für die Patienten, die sie benötigen, finanzieren zu können, treibt die Entscheidungsträger in vielen Industrieländern um. Die niederländische Regierung will dies in der Zeit ihrer EU-Ratspräsidentschaft auf die europäische Tagesordnung setzen. In den USA sind die hohen Preise ein Thema im laufenden Wahlkampf. In Deutschland befasst sich inzwischen die Publikumspresse mit den hohen Medikamentenkosten (zum Beispiel das „Zeit-Magazin“ vom 7. Januar 2016 im Beitrag „Der Preis der Hoffnung“, www.zeit.de > Zeit-Magazin). Auch die Ärzteschaft wird auf ihrem nächsten Ärztetag über die ethischen Aspekte der Preisbildung bei Arzneimitteln diskutieren.

Glossar

Herstellerrabatt/Herstellerabschlag

Pharmaunternehmen sind gesetzlich verpflichtet, den Krankenkassen für patentgeschützte Arzneimittel einen Rabatt auf den Herstellerabgabepreis zu gewähren. Der Abschlag gilt für alle patentgeschützten Medikamente, die keiner Festbetragsgruppe zugeordnet wurden. Von August 2010 bis Ende 2013 galt ein erhöhter Abschlag von 16 statt sechs Prozent. Seit Januar 2014 beträgt der Herstellerabschlag sieben Prozent.

Frühe Nutzenbewertung (AMNOG-Verfahren)

Das Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) verpflichtet Pharmahersteller seit Januar 2011, ihre neuen Produkte nach der Markteinführung einer frühen Nutzenbewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) zu unterziehen. Ein Arzneimittel, das im Vergleich zur zweckmäßigen Vergleichstherapie keinen Zusatznutzen aufweist, wird einer Festbetragsgruppe mit vergleichbaren Wirkstoffen zugeordnet. Gibt es eine solche Gruppe für das Produkt nicht, verhandelt der GKV-Spitzenverband mit dem Hersteller einen Erstattungsbetrag, der nicht zu höheren Jahrestherapiekosten führt als die der zweckmäßigen Vergleichstherapie. Ist ein Zusatznutzen für das Produkt belegt, handelt der GKV-Spitzenverband mit dem Hersteller einen Zuschlag auf die zweckmäßige Vergleichstherapie aus. In den zwölf Monaten vor den Verhandlungen gilt der vom

Hersteller festgelegte Listenpreis. Bei der Mehrheit der bisher verhandelten Arzneimittel stellte der GBA einen Zusatznutzen fest.

Bedingte Arzneimittel-Zulassung

Für bestimmte Arzneimittel (beispielsweise zur Behandlung von seltenen Krankheiten oder zur Behandlung, Vorbeugung oder ärztlichen Diagnose von zu schwerer Invalidität führenden oder lebensbedrohenden Krankheiten) ist eine bedingte Zulassung möglich, mit der sie vor Abschluss der vollständigen klinischen Prüfung auf den Markt kommen können. Bedingte Zulassungen werden nur im zentralen europäischen Verfahren bei der europäischen Arzneimittelagentur erteilt, gelten jeweils für ein Jahr und sind an Auflagen geknüpft.

Preismoratorium

Den Krankenkassen steht seit August 2010 ein Preisabschlag in der Höhe zu, in der ein Hersteller den Abgabepreis eines Arzneimittels über den Preisstand vom 1. August 2009 erhöht. Das Bundesgesundheitsministerium hat das Preismoratorium im Januar 2016 um ein Jahr verlängert.

Importarzneimittel

Parallelimporte sind Arzneimittel, die im Ausland von Pharma-Unternehmen, die mit deutschen Herstellern verbunden sind, hergestellt, zugelassen und dort vermarktet, von Importeuren aufgekauft und in der Bundesrepublik außerhalb der Vertriebswege des Herstellers auf den Markt ge-

bracht werden. Re-Importe sind Arzneimittel, die in einem EU-Mitgliedsstaat hergestellt, zugelassen, in einen anderen Mitgliedsstaat verbracht und dann in den Ursprungsstaat zurückkommen. Ihre wirtschaftliche Ursache haben Arzneimittelimporte in den Preisgefällen zwischen und den unterschiedlichen Wettbewerbsbedingungen in den einzelnen EU-Staaten. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz wurden die Apotheker verpflichtet, Importarzneimittel abzugeben, wenn deren für die Versicherten maßgeblicher Abgabepreis mindestens 15 Prozent oder mindestens 15 Euro niedriger ist als der Preis des Bezugsarzneimittels.

Pharmadialog

Im Pharmadialog mit Vertretern der Industrie, Wissenschaft und Gewerkschaft will die Bundesregierung den Pharma-Standort Deutschland in den Bereichen Forschung, Entwicklung und Produktion stärken. In der ersten Sitzung im Januar 2015 beschäftigten sich die Teilnehmer mit dem Forschungsstandort Deutschland. Im zweiten Dialog im Juni ging es um Antibiotika-Resistenzen. Schwerpunkte der dritten Sitzung im Oktober waren Themen wie die Sicherstellung der Produktion von versorgungskritischen Wirkstoffen, Zukunftstrends im Pharma- und Arzneimittelsektor, Beschäftigungssituation und Fachkräftegewinnung sowie die Folgen der Digitalisierung und die Unterstützung des Wachstums junger innovativer Unternehmen. Der Pharmadialog wird im April 2016 mit einer gemeinsamen Erklärung enden.

Quellen: AOK-BV, GKV-Spitzenverband, GBA, BMG, BfArM

Rendite höher als in anderen Branchen. Mit den Forschungskosten lassen sich Preise von 10.000 Euro und mehr pro Packung (siehe Abbildung „Arznei-Innovationen: Immer mehr und immer teurer“ auf Seite 36) nicht mehr begründen. Deshalb richtet die Industrie den Fokus nun auf den volkswirtschaftlichen Gesamtnutzen eines Arzneimittels: Wenn ein neues Produkt geeignet ist, Kosten in anderen Bereichen einzusparen, soll der Anbieter (mindestens) die gesamten gesellschaftlichen Einsparungen für sich beanspruchen können. Das allerdings müsste auch für die Hersteller von Sicherheitsgurten, Airbags oder Motorradhelmen gelten: Mit der Vermeidung von tödlichen Verletzungen und langen Arbeitsunfähigkeitszeiten ließen sich für diese Produkte ebenfalls astronomische Preise rechtfertigen. Doch in „normalen“ offenen Märkten verhindern dies die begrenzte Zahlungsbereitschaft der Nachfrager und der Wettbewerb zwischen verschiedenen Herstellern. Wer zu teuer anbietet, bleibt auf seiner Ware sitzen. Der Marktpreis orientiert sich je nach Wettbewerbssituation letztendlich an einer Untergrenze, die durch die Kosten für Entwicklung und Produktion vorgegeben ist. Dies spiegelt sich in den Renditen der Firmen wieder. Die Pharmaindustrie erzielt traditionell erheblich höhere Renditen als andere Branchen. Während die erfolgreichsten Unternehmen in der Automobilindustrie eine EBIT-Marge (Verhältnis von Betriebsergebnis zu Umsatz) von rund zehn Prozent erreichen, gilt dies in der Pharmaindustrie als Krisensignal. Firmen wie Gilead, Biogen und Novo Nordisk verzeichneten EBIT-Margen von 40 Prozent und mehr.

Vor diesem Hintergrund stellen sich Fragen wie: Können wir uns bei Arzneimitteln leisten, nur nach dem Nutzen der Produkte zu schauen, nicht aber nach den Kosten für Entwicklung und Herstellung? Soll sich die Arzneimittelforschung nur auf Bereiche richten, die Renditen versprechen, die weit über denen in anderen Branchen liegen?

Steuerzahler finanzieren Forschung. Hinzu kommt, dass der Steuerzahler die Forschung in erheblichem Umfang finanziert. Die großen Pharmaunternehmen gehen mit der Grundlagenforschung in vielen Fällen nicht mehr selbst ins volle Risiko, sondern kaufen kleinere Firmen auf, die häufig aus universitärer Forschung hervorgehen, wenn diese vielversprechende Entwicklungen vorweisen können. Genau dieses Risiko diente lange Zeit als Argument für überdurchschnittliche Renditeansprüche. Zudem tun die Zulassungsbehörden in den USA und in der Europäischen Union durch Beschleunigung der Zulassungsverfahren alles dafür, den Forschungs- und Entwicklungsaufwand der Industrie zu verringern – auf Kosten der Patientensicherheit. Insbesondere in der Onkologie mit ihren hohen Therapiekosten werden Arzneimittel nur unter der Auflage zugelassen, in weiteren Studien mehr Anhaltspunkte für Nutzen und Risiken darzulegen („bedingte Zulassung“, siehe Glossar). Häufig reichen die Hersteller diese Studien erst nach, wenn die Hauptvermarktungsphase bereits weit fortgeschritten ist.

Stabilität der Sozialsysteme gefährdet. Die derzeitige Preisstrategie der Industrie fokussiert auf kurzfristige Ertragsituationen. Sie gefährdet aber die finanzielle Stabilität der Sozialsysteme.



Karten auf den Tisch: Von vertraulichen Preisen profitiert die Industrie. Für die Beitragszahler sind sie mit Mehrkosten verbunden.

Dabei garantieren gerade die Sozialsysteme, kostenträchtige Behandlungen für breite Bevölkerungsschichten zu finanzieren. Unternehmen, die kurzfristig ihren Gewinn maximieren, sägen daher an dem Ast, auf dem sie insbesondere in Deutschland mit dem breiten Erstattungsumfang in der GKV (noch) sehr komfortabel sitzen können.

Die Forderung nach angemessenen Preisen wird in der Diskussion häufig als naiv angesehen. Gerade bei Ökonomen verursacht sie Bauchschmerzen, da sich Preise am Markt bilden sollen und politische Eingriffe in die Preisbildung immer als problematisch gelten. Wenn jedoch der Eindruck entsteht, dass sich einzelne Marktteilnehmer ein zu großes Stück vom Kuchen nehmen, muss die Politik reagieren und Rahmenbedingungen ändern. Insofern ist es gut, dass die Diskussion über die Arzneimittelpreise offen geführt wird.

Vergleiche sind nicht aussagekräftig. Die Pharmaindustrie versucht derzeit nachzuweisen, dass sich Deutschland durch das AMNOG-Verfahren zu einem Niedrigpreisland entwickelt habe (Cassel/Ulrich: Gutachten im Auftrag des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie, siehe Web- und Lesetipps auf Seite 37). Dazu legt sie Vergleiche zwischen den Listenpreisen der Hersteller in anderen EU-Ländern mit dem transparenten Erstattungsbetrag in Deutschland vor. Doch die Listenpreise in anderen Ländern entsprechen nicht den gezahlten Preisen: Die Hersteller vereinbaren dort mit den Sozialsystemen in der Regel spezifische, vertrauliche Erstattungspreise. Insofern sind diese Vergleiche nicht zulässig und nicht aussagekräftig.

Bei Vergleichen ist zudem folgendes zu beachten: In Preisverhandlungen werden immer auch die grundsätzlichen Erstat-

Arznei-Innovationen: Immer mehr und immer teurer

Anzahl der neuen Wirkstoffe in den Jahren 2005 bis 2014 und Anzahl der Arzneimittel mit mindestens einem verordneten Präparat zum Preis von mehr als 10.000 Euro (nach Apothekenverkaufspreis)



Seit dem Start der frühen Nutzenbewertung im Jahr 2011 ist die Zahl teurer Innovationen gestiegen: Im Jahr 2014 kamen 45 Wirkstoffe neu auf den Markt – deutlich mehr als in den Jahren zuvor. So wurden 2013 nur 26 neue Arzneimittel eingeführt, im bisherigen Spitzenjahr 2009 waren es 36.

Gleichzeitig gab es unter den neuen Arzneimitteln noch nie so viele teure Packungen. Bei den 45 Neueinführungen 2014 hatten acht Wirkstoffe mindestens ein verordnetes Präparat mit einem Preis von über 10.000 Euro.

Quelle: Pressemeldung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDo) vom 12.5.15

tungsbedingungen berücksichtigt. Wenn in anderen Ländern der Zugang zum neuen Arzneimittel nur auf kleinere Patientengruppen mit besonders dringendem Bedarf begrenzt wird (wie in der Schweiz beim Hepatitis C-Präparat Sovaldi geschehen), während in Deutschland unabhängig von den Ergebnissen der Nutzenbewertung breite Patientengruppen grundsätzlich Zugang haben, ist die Zahl auf dem Preisschild mit der in anderen Ländern nicht vergleichbar. Ebenso wenig wird berücksichtigt, dass in anderen Ländern der vereinbarte Preis grundsätzlich ab Marktzutritt gilt, während der verhandelte Erstattungsbetrag in Deutschland erst ab dem 13. Monat Anwendung findet. Vorher können die Unternehmen den Preis frei setzen. Andere europäische Länder legen bei neuen Arzneimitteln inzwischen überwiegend sehr differenzierte und häufig wesentlich restriktivere Erstattungsbedingungen fest. Allein Deutschland gestattet in der GKV einen sehr frühen und ungefilterten Zugang. Auch dies muss bei der Preisfindung beachtet werden.

Verhandlungspreis sollte ab Marktzutritt gelten. Ziel des AMNOG war die Koppelung des Preises (also der Zahlungsbereitschaft der gesetzlichen Krankenversicherung) an den zusätzlichen Nutzen gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie. Der Erstattungsbetrag ergibt sich daher folgerichtig durch einen Aufschlag auf die Kosten der Vergleichstherapie. Als weitere Einflussgrößen sind die tatsächlichen Preise des Produktes in anderen europäischen Ländern und die Preise vergleichbarer Arzneimittel bei der Preisfindung gesetzlich vorgegeben. In

diesem Rahmen kann das AMNOG sein Ziel nicht erreichen. Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass das Ergebnis der Preisverhandlungen wesentlich stärker von den Preisen abhängt, die in anderen europäischen Ländern gezahlt werden, sowie von den Preisen vergleichbarer Arzneimittel. Damit orientiert sich das Verhandlungsergebnis weiterhin im Wesentlichen an den Preisstrategien der Pharmahersteller. Mit dem Bezug auf die Preise vergleichbarer Arzneimittel werden indikationsspezifische Preisniveaus zementiert und der Preiswettbewerb in vergleichbaren Therapiefeldern unattraktiv gemacht. Hier besteht daher dringender Reformbedarf.

Die genannten Elemente fördern den Preisanstieg bei neuen Arzneimitteln. Vor diesem Hintergrund fordern die Krankenkassen, dass künftig auch in Deutschland der verhandelte Preis bereits ab Marktzutritt gilt. Darüber hinaus ist eine Neujustierung der Verhandlungsparameter dringend erforderlich. Insbesondere die Bezugnahme auf die Preise von vergleichbaren Arzneimitteln ist abzulehnen. Das niedrigere Sicherheitsprofil von Arzneimitteln mit beschleunigter Zulassung sollte in den Preisverhandlungen auch aufgrund des verringerten Forschungsaufwandes durch Abschlüsse besonders berücksichtigt werden.

Transparenz bei Erstattungsbeträgen beibehalten. Als habe die Industrie im Pillen-Poker nicht bereits genug Trümpfe in der Hand, setzt sie sich nun zudem für eine Rückkehr zu vertraulichen Erstattungspreisen ein. Zu Beginn der Legislaturperiode hat die Koalition dafür gesorgt, dass die verhandelten Erstat-

tungsbeträge transparent gemacht werden können. Die Arzneimittelhersteller arbeiten jetzt massiv daran, dass der Gesetzgeber diese Entscheidung bereits in dieser Legislaturperiode korrigiert. Sie wollen, dass die Erstattungsbeträge in Deutschland wieder vertraulich verhandelt werden. Die Hersteller können sich dann elegant der unbequemen gesellschaftlichen Debatte über ihre Preisgestaltung entziehen, denn es kann ihnen keiner mehr in der Öffentlichkeit vorrechnen, was ihre Arzneimittel den Beitragszahler tatsächlich kosten. Das Ringen um Kostenbegrenzung findet dann wieder in den Fachkreisen statt. Auch die Ärzte, die das Thema auf ihrem nächsten Ärztetag aufgreifen wollen und deren Empörung für die Hersteller nicht ohne Risiko ist, könnten sich wieder zurücklehnen.

Argumente der Industrie klingen attraktiv. Die Pharmaindustrie führt als wesentlichen Grund für die Notwendigkeit von Vertraulichkeit an, dass die deutschen Listenpreise Grundlage für die Preisfindung in anderen Ländern sind. Ein hoher Listenpreis in Deutschland sichert dem Unternehmen in vielen anderen Ländern hohe Preise. Eine Absenkung der deutschen Listenpreise auf das Niveau des verhandelten Erstattungsbetrages reduziere daher die Gewinnspannen der Hersteller in anderen Ländern, argumentiert die Industrie. Eine Rückkehr zu vertraulichen Erstattungsbeträgen entlaste die Hersteller, ohne die deutschen Beitragszahler zu belasten. Die Rechnung werde in anderen Ländern gezahlt, in denen die Hersteller höhere Preise durchsetzen könnten. Als weiteren Vorteil stellen die Hersteller den deutschen Beitragszahlern niedrigere Erstattungsbeträge in Aussicht, da bei Vertraulichkeit mehr Verhandlungsspielraum bestehe. Das klingt in Zeiten knapper werdenden Kassen attraktiv. Vertraulichkeit der Preise ist in Deutschland aber nicht zum Nulltarif zu haben. Wenn der (zu hohe) Listenpreis wieder Grundlage der Aufschläge in der Apotheke wird, erhöht dies die Kosten für die GKV sowie die Umsatzsteuereinnahmen des Fiskus – alles zu Lasten der Beitragszahler. Hierbei sei angemerkt, dass auf Arzneimittel in Deutschland anders als in anderen Ländern der volle Umsatzsteuersatz von 19 Prozent fällig wird. Ist die Industrie bereit, diese Mehrkosten zu übernehmen?

Bei einer Rückkehr zu vertraulichen Erstattungsbeträgen ist sicherzustellen, dass sowohl bei der Ermittlung von Arzneimittel-Festbeträgen als auch in den Verhandlungen über Erstattungsbeträge die niedrigeren vertraulichen Preise zugrunde gelegt werden. Andernfalls entstehen hier Folgekosten, die sich über die Jahre hinweg zu erheblichen Mehrbelastungen für die Kassen summieren können. Auch bei Importarzneimitteln (siehe Glossar), deren Preise sich ebenfalls auf die Erstattungsbeträge beziehen, sind Abrechnungsfragen zu lösen.

Vertrauliche Preise verhindern Wettbewerb. Werden Erstattungsbeträge vertraulich vereinbart, verlieren die verordnenden Ärzte jedes Preissignal. Wie soll ein Arzt, der in seinem Therapiegebiet unter medizinischen Gesichtspunkten die Wahl zwischen verschiedenen patentierten und nutzenbewerteten Arzneimitteln hat, eine wirtschaftliche Entscheidung treffen? Ginge es nach den Herstellern, sollte jedes Arzneimittel mit einem verhandelten Erstattungsbetrag das pauschale Etikett der

Wirtschaftlichkeit tragen. Auf Dauer werden aber alle seit 2011 eingeführten Arzneimittel dieses Etikett erhalten. Wie soll sich der Arzt dann orientieren? Außerdem blockiert dieses Verfahren jeden weiteren Preiswettbewerb, der dringend erforderlich wäre. Kein Unternehmen, das sein Arzneimittel in einem Therapiegebiet positionieren will, kann den Preis als Wettbewerbsvorteil einsetzen. Damit entfiele ein wichtiger preissenkender Anreiz. Dieser wird aber in Zeiten sich immer weiter in die Höhe schraubender Preise dringend benötigt.

Die Vertraulichkeit ist also durchaus mit Mehrkosten für den Beitragszahler verbunden. Allein die Industrie profitiert (international) von der Entlastung. Wie belastbar ist dann das Argument, dass die Unternehmen in Deutschland in den Verhandlungen über die Erstattungsbeträge niedrigere Preise anbieten können, wenn der Preis vertraulich bleibt? In der Phase der vertraulichen Verhandlungen zwischen 2011 und Anfang 2014 gab es hierfür keinen Beleg. Vor diesem Hintergrund ist die Wiedereinführung der Vertraulichkeit abzulehnen.

Reform muss Rahmenbedingungen verbessern. Damit die Krankenkassen auch in Zukunft die notwendigen Arzneitherapien für ihre Versicherten finanzieren können, muss der Gesetzgeber die Regeln für die Preisfindung korrigieren. Das AMNOG-Verfahren ist angesichts sich aufschauender Arzneimittelpreise an seine Grenzen gekommen. Die aktuell anstehende Reform muss dafür genutzt werden, die Rahmenbedingungen für die Preisfindung für neue Arzneimittel zu verbessern. Der Gesetzgeber muss das Privileg der freien Preissetzung in den ersten zwölf Monaten beenden. Die bisherigen gesetzlich vorgegebenen Verhandlungsparameter wirken preistreibend oder gehen ins Leere. Eine Anpassung ist daher dringend erforderlich. ■

Dr. Sabine Richard ist Geschäftsführerin der Geschäftsführungseinheit Versorgung im AOK-Bundesverband.

Kontakt: Sabine.Richard@bv.aok.de

Mehr zum Thema im Beitrag „Arzneikosten treiben Europa um“ auf Seite 18 in diesem Heft.

Lese- und Webtipps

- Ulrich Schwabe, Dieter Paffrath (Hrsg.): **Arzneiverordnungs-Report 2015**, Springer Medizin
- Sabine Richard: **Pillen am Ende der Preisspirale.** In: G+G Gesundheit und Gesellschaft 5/2015, Seiten 20–27
- Interview mit Wolf-Dieter Ludwig: **Keine Fantasiepreise für neue Arzneien.** In: G+G Gesundheit und Gesellschaft 5/2015, Seiten 28–29
- Dieter Cassel, Volker Ulrich: **AMNOG auf dem ökonomischen Prüfstand. Gutachten im Auftrag des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie.** Nomos-Verlag, 2015.
- Korzilius, Osterloh: **Arzneimittelpreise: Innovationen werden immer teurer.** In: Deutsches Ärzteblatt vom 22.1.2016, S. B 53 ff.
- www.wido.de > Arzneimittel
- www.aok-bv.de > Hintergrund > Dossiers > Arzneimittel
- www.gkv-sv.de > Krankenversicherung > Arzneimittel > AMNOG-Verhandlungen

Keine Apothekenwahl bei Vertrag

Ausgeschriebene Verträge einer Krankenkasse mit einzelnen Apotheken über die Belieferung von onkologischen Praxen mit Zytostatika-Zubereitungen sind exklusiv. Ärzte und Patienten sind an die Vertragsapotheken gebunden. Ein Apothekenwahlrecht besteht in diesem Fall nicht. Dies hat das Bundessozialgericht entschieden. **Von Anja Mertens**

Urteil vom 25. November 2015
– B 3 KR 16/15 R –
Bundessozialgericht

Um die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung zu erhöhen, schließen Krankenkassen Selektivverträge mit pharmazeutischen Herstellern. Für den Bereich der Onkologie sind solche Verträge auch mit Apotheken möglich, die parenterale Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln zur unmittelbaren ärztlichen Anwendung bei Krebspatienten herstellen. Dabei können sie Abschläge auf den Abgabepreis pharmazeutischer Firmen sowie die Preise und Preisspannen der Apotheken vereinbaren (Paragraf 129 Absatz 5 Satz 3 Sozialgesetzbuch V).

Über Vertragsabschluss informiert. Nach einer öffentlichen Ausschreibung hatte eine hessische Krankenkasse die Zytostatika-Versorgung an insgesamt zwölf Apotheken vergeben. Sie informierte darüber, dass künftig nur noch jene Apotheken parenterale Zubereitungen von ihr vergütet bekämen, die im Ausschreibungsverfahren den Zuschlag erhalten hätten. Ein Apotheker, der keinen Vertrag hatte, bereitete die Zytostatika dennoch auf Anforderung einer im gleichen Haus gelegenen onkologischen Praxis für die Krebsbehandlung zu und belieferte sie auf der Basis von 149 ärztlichen Verordnungen für 38 Versicherte. Die Apotheke berechnete der Kasse dafür 70.502 Euro. Zuvor hatten die Patienten eine unter dem Briefkopf der onkologischen Praxis vorformulierte Erklärung zur Ausübung des Apothekenwahlrechts (Paragraf 31 Absatz 1 Satz 5 SGB V) unterzeichnet und dort die bisher mit der Praxis kooperierende Apotheke ange-

kreuzt. Die Kasse beanstandete die Abrechnung des Apothekers und verrechnete die 70.502 Euro mit einer weiteren Rechnung des Apothekers (Retaxation). In einem einstweiligen Rechtsschutzverfahren verständigten sich beide Seiten zunächst darauf, dass die Kasse die 70.502 Euro nur vorläufig auszahle.

Vom Sozialgericht begehrte der Apotheker die Feststellung, dass die Kasse

Mit der Ausschreibung ist dem Grundrecht auf freie Berufsausübung genüge getan, so die obersten Sozialrichter.

nichts zurückfordern dürfe. Dabei berief er sich insbesondere auf das Apothekenwahlrecht der Versicherten. Im Gegensatz zu der ortsfremden Apotheke, die im Ausschreibungsverfahren den Zuschlag erhalten hatte, könne er die Zytostatika-Zubereitungen in der Regel binnen 30 Minuten an die onkologische Praxis liefern. Die dort behandelnden Ärzte entschieden regelmäßig während eines Behandlungstermins „ad hoc“ über die jeweils benötigten Zubereitungen. Die Kasse hingegen vertrat die Ansicht, eine „Ad-hoc“-Belieferung sei nur in Ausnahmefällen erforderlich. In der Regel

lege der Arzt die Pharmakotherapie und die Termine im Voraus fest. Das Sozialgericht schloss sich der Argumentation des Apothekers an. Das Recht der Versicherten, unter den zugelassenen Leistungserbringern frei zu wählen, gelte auch dann, wenn die Kasse Selektivverträge mit Apotheken geschlossen habe. Die Kasse müsse dem Apotheker die parenteralen Zubereitungen für die onkologische Behandlung vergüten. Gegen dieses Urteil legte die Kasse Sprungrevision beim Bundessozialgericht (BSG) ein.

Rückzahlung zu Recht gefordert. Das BSG gab der Kasse Recht und wies die Klage ab. Sie dürfe die gezahlten 70.502 Euro zurückfordern oder mit einer späteren Forderung des Apothekers aufrechnen. Paragraf 129 Absatz 5 Satz 3 SGB V berechtige die Kasse ausdrücklich, nach einer Ausschreibung einen Exklusivvertrag mit einer Apotheke einzugehen. Dabei könnten Abschläge auf den Abgabepreis pharmazeutischer Unternehmen und die Preise und Preisspannen der Apotheken vereinbart werden. Schließe eine Kasse in einem bestimmten Gebiet einen solchen Exklusivvertrag, könne nur noch diese Apotheke die Versicherten auf Kosten der Kasse versorgen. Die übrigen Apotheken seien von Lieferung ausgeschlossen. Deren Ausschluss habe der Gesetzgeber bewusst in Kauf genommen, um die Versorgung wirtschaftlicher zu machen. Mit einem gegenüber den her-

TIPP FÜR JURISTEN



Krankenhausstrukturgesetz und die Qualität als Planungsparameter, Strukturfonds und Kartellrecht, geplantes Antikorruptionsgesetz und die Auswirkungen auf Kooperationsmodelle – diese und weitere Themen behandelt der „13. Düsseldorfer Krankenhausrechtstag“ am 10. Mai in Düsseldorf. Veranstalter ist das nordrhein-westfälische Gesundheitsministerium. Mehr Infos: www.mgepa.nrw.de > Ministerium > Veranstaltungen

kömmlichen Konditionen ungünstigeren Einzelvertrag ließe sich die Versorgung der Patienten jedoch nur dann sicherstellen, wenn die Kasse dem Apotheker einen gewissen Leistungsumfang garantiere. Ohne diese Garantie gäbe es für Apotheker auch keinen Anreiz für einen Vertrag mit Preisabschlägen. Daher gehöre die Exklusivität der Lieferbeziehungen und der damit verbundene Ausschluss der übrigen Apotheken zu den Essentials eines solchen Vertrages. Im Übrigen, so das BSG weiter, seien auch die Apotheker an das Wirtschaftlichkeitsgebot (Paragraf 12 Absatz 1 SGB V) gebunden.

Wahlrecht der Patienten verneint. Zugleich verneinte das BSG ein Apothekewahlrecht der Patienten für den Bereich der an Arztpraxen gelieferten Zytostatika-Zubereitungen. Da diese toxisch und leicht verderblich seien, dürften sie dem Patienten nicht ausgehändigt werden. Im Übrigen hätten die Ärzte der onkologischen Praxis gegen ihre Berufspflichten verstoßen. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs dürften sie Patienten kein vorformuliertes Formular vorlegen, mit dem sie sich für einen bestimmten Leistungserbringer entscheiden. Auch die Ad-hoc-Belieferung sah das BSG nicht gefährdet. Sollte sie im Einzelfall notwendig sein, könne die Vertragsapothekete binnen 45 Minuten liefern. Eine medizinisch ausreichende und zweckmäßige Versorgung sei sichergestellt.

Kein Verstoß gegen Berufsfreiheit. Verfassungsrechtliche Bedenken hatte das BSG ebenfalls nicht. Aus dem Recht auf freie Berufsausübung (Artikel 12 Absatz 1 des Grundgesetzes) ließe sich kein Anspruch auf unveränderte Wettbewerbsbedingungen oder Marktverhältnisse ableiten. Mit der Ausschreibung sei das Recht auf gleichen Zugang zum Versorgungsgeschehen gewahrt. ■

Kommentar: Das Urteil des Bundessozialgerichts sorgt für mehr Rechtssicherheit und trägt im ambulanten Bereich zur wirtschaftlicheren Versorgung mit Zytostatika bei. Es bleibt abzuwarten, ob der Apotheker das Bundesverfassungsgericht anruft.

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

	INHALT	AKTUELLER STAND
BEITRAGSFINANZIERUNG		
Entschließung des Bundesrates zur vollständigen paritätischen Finanzierung von Krankenversicherungsbeiträgen, Antrag von Brandenburg, Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Thüringen Bundesrats-Drucksache 40/16	Aufforderung an die Bundesregierung, zeitnah einen Gesetzentwurf vorzulegen, mit dem die vollständige paritätische Finanzierung von Krankenversicherungsbeiträgen durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber wieder hergestellt wird.	Der Bundesrat hat den Entschließungsantrag am 29.1.2016 in die Ausschüsse überwiesen.
E-ZIGARETTEN		
Gesetz zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor den Gefahren des Konsums von elektronischen Zigaretten und elektronischen Shishas, Bundestags-Drucksache 18/6858	Änderungen im Jugendschutz- und im Jugendarbeitsschutzgesetz: Ausdehnung des Verbots der Abgabe und des Konsums von Tabakwaren auf elektronische Zigaretten und elektronische Shishas; Sicherstellung, dass Tabakwaren, E-Zigaretten und E-Shishas auch über den Versandhandel nur an Erwachsene abgegeben werden.	Zweite und dritte Lesung im Bundestag war am 28.1.2016. Der Bundesrat hat am 26.2.2016 zugestimmt.
KORRUPTION		
Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen, Bundestags-Drucksache 18/6446	Einführung der Straftatbestände der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen im neuen Paragrafen 299a beziehungsweise 299b Strafgesetzbuch; drei bis fünf Jahre Haft je nach Schwere der Tat; alle Heilberufe einbezogen.	Der Bundesrat hat am 25.9.2015 Stellung genommen. Erste Lesung im Bundestag war am 13.11.2015.
PFLEGEAUSBILDUNG		
Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG), Bundesrats-Drucksache 20/16	Zusammenführung der drei Ausbildungen in der Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu einem einheitlichem Berufsbild; Aufhebung der Dreigliederung der Pflegeberufe; Ausbildung ist für Auszubildende kostenlos; neue Finanzierungsgrundlagen zur Lastenverteilung auf auszubildende und nicht auszubildende Einrichtungen.	Der Bundesrat hat am 26.2.2016 Stellung genommen.
VERSORGUNGSFORSCHUNG		
Transfer von Forschungsergebnissen und Innovationen in die Gesundheitsversorgung beschleunigen, Antrag von CDU/CSU- und SPD-Fraktion, Bundestags-Drucksache 18/7044	Verbesserung des Transfers von Ergebnissen der Versorgungsforschung in das Gesundheitssystem; Überprüfung und gegebenenfalls Verbesserung der Verfahrensabläufe bei der Zulassung und Erstattung von Arzneimitteln und Medizinprodukten; Vorlage eines Aktionsplans Wirkstoff- und Arzneimittelforschung durch die Bundesregierung; Erleichterung der Nutzung von Sozialdaten zum Zwecke der Versorgungsforschung.	Der Bundestag hat die Entschließung am 18.12.2015 in die Ausschüsse überwiesen.

Stand: 29.2.2016



Internet-Tipp

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

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

NORDWEST

Mehr Keuchhusten als anderswo

Die Zahl der Keuchhustenfälle in Schleswig-Holstein liegt weiterhin über der im übrigen Bundesgebiet. Wie im Jahr zuvor wurden auch 2015 im nördlichen Bundesland insgesamt 191 Infektionsfälle gemeldet. Auf Bundesebene hingegen seien die Fälle um 27 Prozent gesunken, teilte die AOK NORDWEST unter Verweis auf Zahlen des Berliner Robert Koch-Instituts (RKI) mit. Auffällig ist, dass in Schleswig-Holstein bei den Kindern im Alter von bis zu zehn Jahren die Infektionsfälle von 41 auf 45 im Jahr 2015 gestiegen sind. Auf Bundesebene sank die Anzahl der Fälle in dieser Altersgruppe hingegen um fast 44 Prozent. „Wir raten daher, die empfohlenen Impfungen insbesondere bei Säuglingen und Kindern vorzunehmen“, sagte AOK-Vorstandsvorsitzender **Tom Ackermann**. Nach den Schuleingangsuntersuchungen des RKI liegen die Impffzahlen bei Keuchhusten in Schleswig-Holstein seit Jahren unter dem



Dem Keuchhusten vorbeugen: Experten raten Eltern, ihr Kind rechtzeitig impfen zu lassen.

Bundesdurchschnitt. Gerade im ersten Lebensjahr stellt der Keuchhusten eine ernste gesundheitliche Bedrohung für Kinder dar. Die Impfung gegen Keuchhusten gehört daher auch zu den Kombinationsimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission ab dem dritten Lebensmonat empfohlen und von den Krankenkassen bezahlt werden. ■

SACHSEN/THÜRINGEN

Klinik wird zum Gesundheitszentrum

Das Krankenhausstrukturgesetz, seit 1. Januar in Kraft, soll eine gut erreichbare Versorgung der Menschen vor Ort und hohe Qualität der medizinischen Versorgung in Form von Spezialisierung garantie-

ren, gleichzeitig die Notfallversorgung stärken und für genügend Pflegepersonal am Krankenbett sorgen. Ein Beispiel, wie dieses Anliegen umgesetzt werden kann, machen die Evangelisch-Lutherische Diakonissenanstalt Dresden und die AOK PLUS mit der Umgestaltung des Krankenhauses Emmaus Niesky vor. Das Krankenhaus, das 2015 von der Diakonissenanstalt Dresden übernommen wurde, bleibt erhalten. Der Standort wird aber zu einem Gesundheitszentrum weiterentwickelt. Die stationäre Versorgung bleibt. Die Kapazitäten werden jedoch über mehrere Jahre dem Bedarf angepasst und ambulante Strukturen aufgebaut. „Wir wollen gemeinsam mit unseren Partnern in Niesky und Dresden einen Beitrag für die langfristige Sicherstellung einer hochwertigen und wohnortnahen Versorgung in der Region leisten“, betonte **Rainer Striebel**, Vorstandsvorsitzender der AOK PLUS. Sachsens Gesundheitsministerin **Barbara Klepsch** erklärte, es brauche kluge Ideen und Modelle, die eine Verzahnung von stationärer und ambulanter Versorgung ermöglichen. ■

AOK aktuell

Wartezeiten: Gesundheitskasse hat früh gehandelt

Im Rheinland müssen GKV-Patienten bis zu einem halben Jahr auf einen Facharzttermin warten. Zu diesem Ergebnis kommt eine aktuelle Umfrage der AOK Rheinland/Hamburg. „Dieses offenkundige Problem ist lange bekannt, die Ergebnisse unserer Befragung bestätigen es noch einmal“, so **Günter Wältermann**, Vorstandsvorsitzender der AOK Rheinland/Hamburg. „Es ist gut, dass die Politik hier gehandelt hat. Wichtig ist jetzt eine patientenorientierte Umsetzung der Terminservicestellen durch die Kassenärztliche Vereinigung.“ In der Region Oberberg/Leverkusen/Rheinisch-Bergischer Kreis zeigt die Umfrage, dass Versicherte durchschnittlich erst nach 187 Tagen einen Termin beim Kardiologen bekommen. Nicht ganz so dramatisch, aber ebenfalls eklatant sieht es bei den Radiologen aus: In der Städteregion Aachen/Kreis Düren hätte der Patient im

Schnitt erst nach 61 Tagen einen Termin erhalten. Allerdings waren nicht alle Resultate so besorgniserregend: In Düsseldorf mussten gesetzlich Versicherte im Schnitt nur sieben Tage auf einen Termin beim Dermatologen warten, im Kreis Mettmann bei einem Orthopäden sogar nur sechs Tage. Die AOK Rheinland/Hamburg war bereits vor Jahren auf das Problem der Wartezeiten bei Fachärzten aufmerksam geworden und hatte im Jahr 2007 einen Arztterminservice für ihre Versicherten eingerichtet. Dieser hat sich bei den Kunden etabliert. Mittlerweile gehen bei der AOK durchschnittlich 1.500 Anfragen im Monat ein. „Die Nachfrage steigt stetig. Wir werden diesen Service daher auch künftig für unsere Versicherten anbieten“, kündigte Wältermann an. ■



Lehrstellenbörse wieder am Start

Auch in Niedersachsen finden trotz guter Lage am Arbeitsmarkt jedes Jahr tausende Jugendliche keine Lehrstelle, während in vielen Bereichen des Einzelhandels, der Gastronomie oder im Handwerk Jobs unbesetzt bleiben. Abhilfe will die Ausbildungsaktion von radio ffn und AOK Niedersachsen unter der Schirmherrschaft von Ministerpräsident **Stephan Weil** schaffen. Bereits zum 20. Mal startet im Internet unter www.lehrstellenboerse.ffn.de eine Plattform, auf der Bewerber und Betriebe unkompliziert zusammenfinden können. Seit 20 Jahren nehmen die Lehrstellenbörse jedes Jahr für vier Wochen einen besonderen Stellenwert im Programm des Senders ein, sagte ffn-Geschäftsführer **Harald Gehring**. Allein in den zurückliegenden zehn Jahren hätten rund 22.000 Betriebe an die 61.700 Lehrstellen ausgeschrieben. Der Vorstandsvorsitzende der AOK Niedersachsen, **Dr. Jürgen Peter**, betonte: „Nur wer junge Menschen qualifiziert ausbildet und ihnen langfristig Perspektiven bietet, sichert Fachkräfte für die Zukunft.“ **Weitere Infos: www.ffn.de und www.aok-on.de/niedersachsen** ■

E-Health zielgerichtet ausbauen

Das E-Health-Gesetz ist nach Ansicht der AOK Baden-Württemberg als lernendes System zu betrachten. Schwachstellen ließen sich nachbessern, wichtig sei ein „zielgerichteter Umgang mit dem neuen Gesetz“,



Als Lehrling unterkommen: AOK Niedersachsen und Radio ffn schalten im Internet wieder ihre Ausbildungsborse frei.

sagte **Dr. Christopher Hermann**, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg. Bislang tauscht in Deutschland nicht mal jeder vierte Allgemeinmediziner Daten digital aus, wie Zahlen der Europäischen Kommission belegen. In den Vorgaben des E-Health-Gesetzes erkennt die AOK Baden-Württemberg die Chance, die Digitalisierung des Gesundheitswesens voranzubringen. Das sei gerade in Baden-Württemberg wichtig, so Hermann: „Das Land nimmt noch keine Spitzenposition in der Digitalisierung ein, und das ist für Baden-Württemberg untypisch.“ In der Region Heilbronn bietet die baden-württembergische Gesundheitskasse ihren Versicherten im Rahmen ihrer Haus- und Facharztverträge mit der Softwarelösung ViViAN bereits die elektronische Arzt-zu-Arzt-Kommunikation. Solche Projekte seien bislang Insellösungen. Ziel müsse daher eine flächendeckende Infrastruktur ohne Lücken sein, so Hermann. ■

Selbstauflösende Implantate

AOK Nordost-Versicherte können sich bei einem Handwurzelknochenbruch, der häufig bei Sportlern wie Skateboardern oder Bikern vorkommt, künftig mit selbstauflösenden Bio-Schrauben versorgen lassen. Möglich macht dies eine Kooperation der Gesundheitskasse mit dem Berliner Unfallkrankenhaus (ukb). „Magnesiumschrauben sind metallisch stabil, lösen sich im menschlichen Körper komplett auf und müssen später nicht wieder entfernt werden“, sagte **Professor Dr. Andreas Eisenschenk**, Chefarzt der ukb-Abteilung für Hand-, Replantations- und Mikrochirurgie. Je nach Größe beginnen die Bio-Schrauben, sich nach etwa sechs bis acht Wochen aufzulösen und dann sukzessive zu körpereigenem Knochengewebe umzubauen. „AOK-Versicherte profitieren

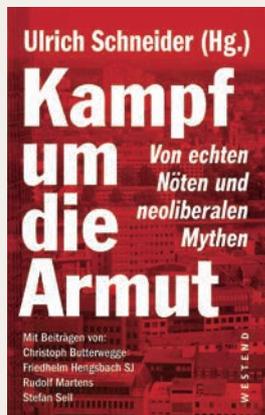
nicht nur von einem schonenderen OP-Verfahren. Mit dem Wegfall der Operation zur Materialentfernung entfällt auch das wiederholte Fehlen am Arbeitsplatz, das mit Verdienst- und Leistungsausfall einhergehen kann“, so **Harald Möhlmann**, Geschäftsführer Versorgungsmanagement der AOK Nordost. ■

Service aus einer Hand

Die AOK Bayern und die Versicherungskammer Bayern haben ihre Zusammenarbeit bei Zusatzversicherungen für Gesundheits- und Pflegeleistungen auf neue Beine gestellt. „Die Mitglieder der AOK Bayern können ihren Gesundheitsschutz jetzt mit noch besseren Zusatzversicherungen zu vergünstigten Konditionen ergänzen“, sagte **Hubertus Råde**, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Krankenkasse. Das Angebot enthält Tarife für erweiterte Leistungen bei Zahnersatz, alternative Heilbehandlungen, Vorsorgeleistungen, ergänzende Pflegeabsicherung und Auslandsreisenschutz. Dieses Angebot werden die beiden Unternehmen an die Mitglieder der AOK vermitteln; zugleich will die Versicherungskammer Bayern auch Mitglieder für die AOK gewinnen. „Wir bieten den Versicherten der AOK Bayern einen noch schnelleren und besseren Service aus einer Hand“, versprach **Dr. Harald Benzing**, Vorstandsmitglied der Versicherungskammer Bayern. Dazu gehörten einfache und verständliche Versicherungslösungen, eine individuelle Beratung sowie die optimierte Bearbeitung von Anträgen und Leistungen. ■

Armut Streit um die Definition

In Deutschland wird Armut gezeugnet. Das jedenfalls behauptet Ulrich Schneider, Hauptgeschäftsführer des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Berlin. Wer soziale Notlagen wahrnehmen und adäquat beschreiben will,



braucht, so Schneider, die Fähigkeit zur Reflexion und vor allem eine angemessene Wortwahl. Denn: „Worte sind wichtig. Worte prägen über kurz oder lang unser Denken.“ In seinem Buch beschreibt er, mit welch aggressiver Wucht Medien 2015 auf die Veröf-

fentlichung des Armutsberichts reagiert haben. Zentraler Streitpunkt war die Frage, wie Armut seriös zu definieren ist. Spiegelt der mager bestückte Warenkorb, an dem die staatlichen Transferleistungen bemessen werden, die reale Situation der Ärmsten wieder? Oder ist das Konzept der „relativen Einkommensarmut“ griffiger, die der Wohlfahrtsverband anführte? Ihm warfen renommierte Journalisten und Politiker Skandalisierung und Übertreibung vor. Sie wollten erst von Armut sprechen, wenn Obdachlosigkeit und Verelendung sichtbar werden. Der Paritätische Wohlfahrtsverband hat jetzt mit diesem Buch reagiert, in dem mehrere Experten Stellung beziehen. Es zeigt sich, dass über Armut umfassender nachgedacht und geschrieben werden muss. Denn es geht nicht nur um einen Einkaufszettel, sondern häufiger auch um verdeckte Armut, die zu Chancenlosigkeit, Ausgrenzung und Isolation führt.

Ulrich Schneider (Hrsg.): Kampf um die Armut. 2015. 208 Seiten. 14,99 Euro. Westend Verlag, Frankfurt/Main.

Pflege Bedürfnisse im Mittelpunkt

Gesundheitsexperten diskutieren derzeit heftig über eine Reform der Pflegeausbildung. Schließlich plant die Bundesregierung, die drei Ausbildungen in der Pflege – die Kinderkranken-, Kranken- und Altenpflege – in einer Ausbildung zusammenzuführen. Vor allem Verbände aus der Altenpflege sowie private Dienstleister warnen vor der Generalistik. Sie fürchten unter anderem, dass die fachliche Qualität der Pflegeberufe leidet, wenn alle Inhalte in einer Ausbildung zu vermitteln sind. Das Buch von Monika Specht-Tomann könnte die Ängste der Kritiker etwas mildern. Die österreichische Psychologin empfiehlt darin, die Bedürfnisse der älteren Menschen zum zentralen Ansatzpunkt in der Pflege zu machen. Die von ihr entworfene ganzheitliche Pflege reflektiert jene menschlichen Bedürfnisse, die Senioren, Alte und Hochbetagte wie auch Säuglinge, Kinder und Erwachsene haben. Dazu gehören nicht nur eine ausrei-



chende Versorgung mit Essen und Trinken, sondern eben auch aktivierende Angebote, Berührung, Sicherheit, soziale Unterstützung, ein Gefühl der Zugehörigkeit sowie Raum für eigenständiges Handeln. Sicher, die Orte, in denen gepflegt wird, sind unterschiedlich – wie auch die Lebenssituation der Betroffenen. Die bedürfnisorientierte Pflege aber rückt das Gemeinsame der Arbeitsfelder in den Mittelpunkt, ohne die fachlichen Unterschiede auszublenden.

Monika Specht-Tomann: Ganzheitliche Pflege von alten Menschen. 2015. 149 Seiten. 19,99 Euro. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg.

SEMINARE | TAGUNGEN | KONGRESSE

■ ANTIKORRUPTIONSGESETZ	Auswirkungen auf Kooperationen zwischen Kliniken, Ärzten und Industrie sowie Aus- und Fortbildung	7.4.2016 Berlin	WOKwissen Palisadenstraße 48 10243 Berlin	Tel.: 0 30/49 85 50 77 Fax: 0 30/49 85 50 78 info@wokwissen.de www.wokwissen.de > Veranstaltungen
■ INTERPROFESSIONELLER GESUNDHEITSKONGRESS	Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe, Entlassmanagement, Palliative Care	8.–9.4.2016 Dresden	Springer Medizin Verlag GmbH Kongressorganisation Heidelberger Platz 3 14197 Berlin	Tel.: 0 30/8 27 87–5513 Fax: 0 30/8 27 87–5511 andrea.tauchert@springer.com www.gesundheitskongresse.de
■ QUALITÄT IM KRANKENHAUS	Krankenhausreform, Qualitätssicherung, IT-gestütztes Versorgungsmanagement	27.4.2016 Köln	MCC – The Communication Company Scharnhorststraße 67a 52351 Düren	Tel.: 0 24 21/1 21 77–0 Fax: 0 24 21/1 21 77–27 mcc@mcc-seminare.de www.mcc-seminare.de > Gesundheit
■ FACHSYMPOSIUM GESUNDHEIT & VERSORGUNG 2016	Innovationsfonds, innovative Versorgungsmodelle, Case- und Versorgungsmanagement	31.5.–1.6.2016 Leipzig	Gesundheitsforen Leipzig Hainstraße 16 04109 Leipzig	Tel.: 03 41/9 89 88–331 Fax: 03 41/9 89 88–9199 kunzmann@gesundheitsforen.net www.gesundheitsforen.net
■ HAUPTSTADTKONGRESS MEDIZIN UND GESUNDHEIT	Forum Gesundheitspolitik, Krankenhaus, Klinik, Rehabilitation, Ärzteforum, Pflegekongress	8.–10.6.2016 Berlin	WISO S.E. Consulting GmbH c/o Agentur WOK GmbH Palisadenstraße 48 10243 Berlin	Tel.: 0 30/49 85 50 31 Fax: 0 30/49 85 50 30 info@hauptstadtkongress.de www.hauptstadtkongress.de

Lexikon Verständnis fürs Gesundheitswesen

Das Gesundheitssystem erscheint Laien zuweilen als ein undurchschaubares Konstrukt aus Zuständigkeiten und Regelungen, das sich obendrein laufend ändert. So müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen beispielsweise „Terminservicestellen“ vorhalten. Diese sollen gesetzlich Krankenversicherten dabei helfen, einen Termin bei einem Facharzt zu erhalten. Eine Wartezeit von vier Wochen darf dabei nicht überschritten werden. Gelingt die Terminvermittlung nicht, wird der Patient zur ambulanten



ten Behandlung an ein Krankenhaus verwiesen. Die Neuregelung wurde mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt. Auch der Innovationsfonds ist neu. Er dient dazu, neuartige, sektorenübergreifende Versorgungsformen auf den Weg zu bringen und eine entsprechende Forschung sicherzustellen. Rund 300 Millionen Euro werden dafür jährlich bereitgestellt. Wem die Begriffe Terminservicestellen und Innovationsfonds noch nicht vertraut sind, dem hilft das Lexikon von Uwe K. Preusker weiter. In 100 Stichworten sind darin die zentralen

Zusammenhänge im deutschen Gesundheitswesen beschrieben. Für die Neuauflage wurden die Inhalte überprüft und aktualisiert sowie die neuesten Entwicklungen eingearbeitet. Das ist für Laien und Experten gleichermaßen hilfreich.

Uwe K. Preusker (Hrsg.): **Das deutsche Gesundheitswesen in 100 Stichworten**. 2. Auflage. 2015. 96 Seiten. 24,99 Euro. medhochzwei Verlag, Heidelberg.

Sozialrecht Hilfe für die Prozessführung

Wer Prozesse im Sozialrecht erfolgreich führen will, muss sich vor allem mit den Instrumenten des Verfahrensrechts auskennen. Dr. Josef Berchtold, Richter am Bundessozialgericht, und Ronald Richter, Rechtsanwalt und Fachanwalt für Steuerrecht, haben jetzt ihr Prozesshandbuch zum Sozialrecht aktualisiert. Das Nachschlagewerk liefert strategisches Know-how und Praxiswissen für das gesamte sozialrechtliche Verfahren. Neueste Entwicklungen wie etwa zum geplanten Teilhabegesetz oder zur Reform des sozialen Entschädigungsrechts sind in die Neuauflage eingearbeitet. Auch berücksichtigt das Buch prägende neue Entscheidungen der So-



zialgerichte wie etwa zur Rückwirkung von Leistungsanträgen. Entlang typischer Fallkonstellationen zeigen die Autoren auf, welche rechtlichen Mittel und Handlungsoptionen in den Phasen eines Rechtsverfahrens greifen. Komplett neu verfasst wurden die Kapitel zur Rehabilitation

und zur Rentenversicherung. Musteranträge, Hinweise und Prüflisten erhöhen den Nutzen für die Leser.

Josef Berchtold, Ronald Richter (Hrsg.): **Prozesse in Sozialsachen**. 2. Auflage. 2016. 1.261 Seiten. 118 Euro. Nomos Verlag, Baden-Baden.

Zeitschriftenschau

■ Sterbehilfe: Grundsätzliche Kriminalisierung ist fragwürdig

Der Göttinger Rechtsprofessor Gunnar Duttge nimmt den neuen Straftatbestand der „geschäftsmäßigen Suizidförderung“ (Paragraf 217 Strafgesetzbuch) unter die Lupe. Er kritisiert, dass die Vorschrift zu weit gefasst sei. Das Recht auf Selbstbestimmung wäre zu wenig berücksichtigt und der frei verantwortete Tod prinzipiell kriminalisiert. Der Jurist schlägt ein interdisziplinär besetztes Begutachtungsgremium vor, das prüfen könnte, ob der Betroffene freiverantwortlich aus dem Leben scheiden wolle. Diesen „Voreiligkeitschutz“ würden die Menschen auch annehmen.

Neue Juristische Wochenschrift 3/2016, Seite 120–125

■ Palliativversorgung: Beratung schafft Klarheit über Behandlungswünsche

Seit Anfang des Jahres ist das Hospiz- und Palliativgesetz in Kraft. Danach sollen Versicherte über die medizinisch-pflegerische Versorgung und Betreuung in der letzten Lebensphase beraten und ihnen Hilfen und Angebote der Sterbebegleitung aufgezeigt werden (Paragraf 132g Sozialgesetzbuch V). Die Professoren Stephan Rixen von der Uni Bayreuth, Georg Marckmann von der Uni München und Jürgen in der Schmitt von der Uni Düsseldorf begrüßen diesen Anspruch auf Beratung. Entsprechende Angebote von Pflegeeinrichtungen sowie von voll- und teilstationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen trügen dazu bei, die Behandlungswünsche abzuklären sowie die Zahl der Patientenverfügungen zu erhöhen.

Neue Juristische Wochenschrift 3/2016, Seite 125–129

■ Patientensicherheit: Klinisches Risikomanagement hat Nachholbedarf

Krankenhäuser sind gesetzlich verpflichtet, Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme vorzuhalten. Professor Johannes Heyers von der Uni Münster sieht aber noch rechtlichen Nachholbedarf. Während für die Organisation des Risikomanagements sozialrechtliche und medizinische Standards existierten, fehlten noch haftungsrechtliche Regelungen. Diese Lücke zu schließen, trage dazu bei, das systematische Risikomanagement zu intensivieren und die Zahl vermeidbarer Fehler in Krankenhäusern zu senken.

Medizinrecht (2016) 34: Seite 23–31

■ Versorgungsreform: Wettbewerb zwischen Fachärzten und Kliniken steigt

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz stellt unter anderem die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) auf eine neue Grundlage. Mögliche Folgen skizzieren Dr. Stefan Bäune, Professor Franz-Josef Dahm und Dr. Roland Flasarth. Die Fachanwälte für Medizinrecht erwarten von der unbeschränkten Teilnahme der Krankenhäuser an der ASV in den Bereichen Onkologie und Rheumatologie deutlich mehr Wettbewerb. Die Regelungen zur Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus und von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Hochrisiko-Medizinprodukten (Paragraf 137c und 137h SGB V) könnten zu zahlreichen Klagen gegen Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses führen.

Medizinrecht (2016) 34: Seite 4–16

Eine Pflege für jedes Alter

Der Gesetzgeber will die Ausbildung in der Pflege vereinheitlichen – und bekommt Gegenwind aus verschiedenen Lagern. Pflegedirektor **Peter Bechtel** kann die Kritik nicht nachvollziehen. Er hält die Orientierung der Lehrpläne an Altersklassen für überholt.

Man stelle sich vor: Der Gesetzgeber ändert die Approbationsordnung für die Ärzte oder die Grundlagen der Facharztzubereitung und die Pflege mischt da mit. Die vereinte Ärzteschaft würde sich das vermutlich verbitten. Bei einer geplanten Veränderung der Ausbildung für den Pflegeberuf fühlen sich nun aber alle möglichen Menschen und Institutionen berufen, sich zu positionieren zu inhaltlichen Fragestellungen, die nur die Profession aus sich heraus klären kann.

Kinder- und Jugendärzte sind gegen Generalistik. Der Entwurf eines Pflegeberufgesetzes sieht eine generalistische Ausbildung mit Schwerpunktzubereitung vor. Dies ruft den Verband der Kinder- und Jugendärzte auf den Plan. Dieser plädiert für den Erhalt der Kinderkrankenpflege und begründet das so: „Eine Pflegekraft, die in ihrer Ausbildung hauptsächlich gelernt hat, alte Menschen zu betreuen, kann nicht plötzlich Frühgeborene, Kleinkinder oder auch Jugendliche kompetent pflegen.“ Mir scheint, dass hier ein Wissensdefizit über die Inhalte der Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege vorliegt und daraus resultierend unsachlich gegen die Generalistik argumentiert wird. Eine Orientierung der Grundausbildung an den Altersstufen der möglichen Patienten ist längst überholt und wird bis dato auch ausschließlich in Deutschland praktiziert. Wenn eine Untergliederung der Ausbildung nach dem Alter der Patienten sinnvoll wäre, müsste sich dann nicht auch das ärztliche Studium an diesen Altersstufen orientieren und dies nicht der Facharztweiterbildung überlassen?

Akutkrankenhäuser behandeln viele geriatrische Patienten. Wir versorgen heute in den Akutkrankenhäusern viele geriatrische Patienten und in den Heimen Bewohner mit einem hohen

Bedarf an Behandlungspflege. Mehr und mehr Menschen mit altersbedingten Einschränkungen wie Demenz landen als Patienten in der stationären Akutversorgung. Sie kommen primär nicht wegen der Demenz in die Klinik, sondern wegen eines akuten Ereignisses wie beispielsweise Schlaganfall oder Oberschenkelhalsbruch. Wir brauchen eine grundständige Ausbildung in der Pflege, die dies berücksichtigt, damit wir unserem Versorgungsauftrag auch künftig gerecht werden können. Der Fokus auf eine bestimmte Altersgruppe gehört der Vergangenheit an. Wenig hilfreich in der Diskussion um die Ausbildungsreform sind zudem Argumentationen aus der Altenpflege, die ein „Ausbluten“ ihres Bereichs durch die geplante Generalistik voraussagen. Hier muss doch vielmehr die Devise gelten, in allen Versorgungsbereichen attraktive Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen zu schaffen. Nur dann sind junge Menschen bereit, eine Pflegeausbildung aufzunehmen und nach ihrem Abschluss im Beruf zu bleiben. An diesem Ziel sollten wir gemeinsam arbeiten.

Schwerpunktzubereitung vorgesehen. Basierend auf einer breit gefächerten Ausbildung, die für alle gleich ist, muss im Anschluss eine Schwerpunktzubereitung für einen bestimmten Bereich erfolgen, egal ob für die stationäre Langzeitpflege, die Akutversorgung oder die Kinderkrankenpflege. Wünschenswert wäre hier gewesen, die Ausbildung über die drei Jahre hinaus zu verlängern, um diese Spezialisierung für einen bestimmten Bereich in die Ausbildung zu integrieren. Das war leider nicht machbar. Unbestreitbar ist die Versorgung eines alten Menschen in der Spezifizierung nicht vergleichbar mit der Versorgung eines Neugeborenen. Die Basis eines pflegerischen Verständnisses und eines daraus begründeten Handelns sind jedoch identisch. Dem entspricht die generalistische Ausbildung.

In diesem Sinne ist der Entwurf für ein Pflegeberufgesetz eine Chance und ein wichtiger Baustein in der Gesundheitsversorgung unserer Bevölkerung. Alle beteiligten Professionen und Verbände sollten den Entwurf deshalb unterstützen. Die generalistische Ausbildung wurde mehrfach bundesweit in Modellversuchen erprobt und evaluiert. An unserer Schule in Bad Krozingen bilden wir seit zwei Jahren nach diesem Ansatz aus – mit Erfolg für alle Beteiligten. ■

Peter Bechtel, Pflegedirektor am Universitäts-Herzzentrum Bad Krozingen, ist Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes Pflegemanagement und Mitglied im Deutschen Pflegerat.
Kontakt: Peter.Becht@universitaets-herzzentrum.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@kompact.de

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

Herausgeber AOK-Bundesverband

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

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

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

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

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

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

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

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

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



G+G 1/2016

Zu viel Süßes stößt sauer auf

So what?

Schön, dass die Briten sich im Kampf gegen zu viel Zucker engagieren. Wenn aber eine britische Handelskette den Zulieferern vorschreibt, Getränken für Kinder keinen Zucker zuzusetzen, frage ich: So what? Kinder trinken dieselbe Limo wie ihre Eltern. Und die wird wohl weiterhin in den Regalen zu finden sein, mit umgerechnet bis zu 40 Stück Würfelzucker pro Liter. Effektiv gegen zu viel Süßes könnte ein Werbeverbot für die entsprechenden Produkte im Kinderfernsehen sein. Die Gesellschaft müsste doch ein kommerzielles Interesse daran haben, Krankheiten wie Karies und Diabetes etwas entgegenzusetzen.

O. S., Hannover

G+G 1/2016

Soziale Praxis statt Studium

Akademisierung der Pflege bringt mehr Sicherheit

Der Einwurf „Soziale Praxis statt Studium“ in der G+G-Januarausgabe ist von Unkenntnis getrübt. Ich bedauere, dass sich inzwischen jeder über die Pflege in Deutschland äußert, ohne mit den Betroffenen in einen Dialog zu treten, die Situation vor Ort auch nur ansatzweise zu kennen und die Bestrebungen der Berufsgruppe, in internationale Dialogfähigkeit zu treten, ignoriert. Die Berufsfluktuation ins Ausland, in andere Beschäftigungen ebenso wie die Tatsache, dass inzwischen fast 60 Prozent der deut-

schen Pflegekräfte in Teilzeit arbeiten, ist ein Zeugnis für die derzeitige Hoffnungslosigkeit der Berufsgruppe, die keine Unterstützung erfährt. Wenn es uns gemeinsam gelänge, diesem Trend zu begegnen, wären unsere Sorgen wesentlich überschaubarer. Die derzeitige Lage der Pflegenden ist mehr als beschämend und wird nicht ansatzweise besser durch oberflächliche Statements. Der Autor des G+G-Beitrags hat recht, wenn er den Bedarf an Pflegekräften dramatisiert. Betrachtet man jedoch den Exodus der vergangenen Jahre genauer, so haben unsere europäischen Nachbarn beste, flexibelste und gut ausgebildete Kolleginnen und Kollegen aus Deutschland übernommen. Und ein Ende ist nicht abzusehen. Die Flucht hat nur einen einzigen Grund: keine Perspektive in Deutschland auf Besserung, keine Hoffnung darauf, dass die Profession gestärkt würde und die Ziele, die zur Berufsfindung führten, unterstützend zu erleben. Von „Akademisierungswahn“ kann bei den Pflegenden wahrlich nicht die Rede sein. Unser Anspruch ist, in einem übersichtlichen Umfang mit akademisierten Kolleginnen und Kollegen im multiprofessionellen Dialog und in Interaktionen besser als zurzeit sprach- und handlungsfähig zu sein. Evidenzbasierte Pflege ist ein Anspruch, der für unsere Patienten genauso gilt wie sonst auf der Welt. Selbst der Wissenschaftsrat empfiehlt für Deutschland zehn bis 20 Prozent akademisierte Pflegenden. Aus meiner Sicht mehr als überfällig, damit der Patientensicherheit und der Professionalisierung der Berufsgruppe endlich Rechnung getragen wird. H. F.-K., Vorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit und bis 2014 Pflege-direktorin der Charité Universitätsmedizin Berlin

BECKs Betrachtungen



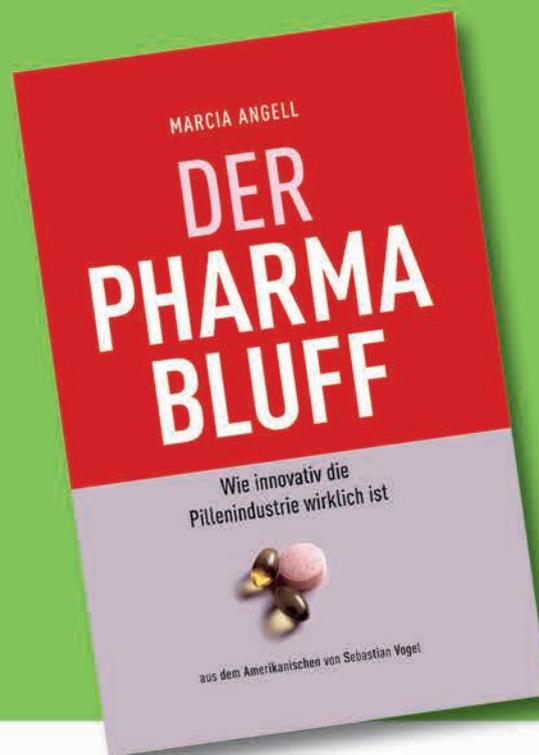
Der gebürtige Leipziger BECK studierte Architektur und Grafik, bevor er durch Veröffentlichungen in der »taz«, im »Eulenspiegel« und in der »Zeit« als Cartoonist und Illustrator bekannt wurde. Nach »Meister der komischen Kunst: BECK« (Verlag Antje Kunst-

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

Ist die neue Pille auch die bessere?

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

The New York Times



Ja, ich bestelle ...



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

Marcia Angell **Der Pharma-Bluff**

Wie innovativ die Pillenindustrie wirklich ist

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

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

(zzgl. 2,50 Euro Verpackung und Versand)

Lieferung gegen Rechnung per Bankeinzug

Vor- und Zuname

Straße, Haus-Nr.

PLZ

Ort

IBAN

BIC

Datum, Unterschrift

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

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

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

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

Sicherheit ist, wenn man sich aufeinander verlassen kann

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

Gesundheit in besten Händen

www.aok.de