



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

KOMMUNIKATION
Warum Ärzte häufig am
Patienten vorbeireden

REFORMFREUDE
Wie die Finnen ihre
Kliniken neu aufstellen



Jetzt anmelden!
G+G-Studienreise
nach Dänemark

Mehr auf Seite 7-8

NEUE RICHTLINIE

Kurzer Draht zur Psychotherapie

Die Pressestellen der AOK

Gesundheit ist unser Thema!

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

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

AOK-BUNDESVERBAND Pressesprecher: Dr. Kai Behrens Pressereferent: Michael Bernatek Pressereferentin: Christine Göpner-Reinecke Pressereferent: Peter Willenborg	Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin kai.behrens@bv.aok.de michael.bernatek@bv.aok.de christine.goepner-reinecke@bv.aok.de peter.willenborg@bv.aok.de	Tel. 030/3 46 46-2309 030/3 46 46-2655 030/3 46 46-2298 030/3 46 46-2467 Fax: 030/3 46 46-2507
AOK BADEN-WÜRTTEMBERG Hauptverwaltung Pressesprecher: Kurt Wesselsky	Presselstraße 19, 70191 Stuttgart presse@bw.aok.de	Tel. 0711/25 93-231 Fax: 0711/25 93-100
AOK BAYERN – DIE GESUNDHEITSKASSE Zentrale Pressesprecher: Michael Leonhart	Carl-Wery-Straße 28, 81739 München presse@by.aok.de	Tel. 089/62730-226 Fax: 089/62730-650099
AOK BREMEN/BREMERHAVEN Pressesprecher: Jörn Hons	Bürgermeister-Smidt-Straße 95, 28195 Bremen joern.hons@hb.aok.de	Tel. 04 21/17 61-549 Fax: 04 21/17 61-91540
AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN Direktion Pressesprecher: Ralf Metzger	Basler Straße 2, 61352 Bad Homburg v.d.H. ralf.metzger@he.aok.de	Tel. 06172/272-161 Fax: 06172/272-139
AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR NIEDERSACHSEN Direktion Pressesprecher: Carsten Sievers	Hildesheimer Straße 273, 30519 Hannover carsten.sievers@nds.aok.de	Tel. 05 11/87 01-10123 Fax: 05 11/2 85-331 0123
AOK NORDOST – DIE GESUNDHEITSKASSE Pressesprecherin: Gabriele Rähse	Wilhelmstraße 1 10963 Berlin presse@nordost.aok.de	Tel. 0800/265 080-22202 Fax: 0800/265 080-22926
AOK NORDWEST – DIE GESUNDHEITSKASSE Pressesprecher: Jens Kuschel	Kopenhagener Straße 1, 44269 Dortmund presse@nw.aok.de Edisonstraße 70, 24145 Kiel presse@nw.aok.de	Tel. 02 31/4193-10145 Tel. 04 31/6 05-21171
AOK RHEINLAND/HAMBURG – DIE GESUNDHEITSKASSE Pressesprecherin: Dr. Ellen von Itter	Kasernenstraße 61 40213 Düsseldorf ellen.vonitter@rh.aok.de	Tel. 02 11/87 91-1038 Fax: 02 11/87 91-1145
AOK RHEINLAND-PFALZ/SAARLAND – DIE GESUNDHEITSKASSE Pressereferent: Jan Rößler	Virchowstraße 30 67304 Eisenberg/Pfalz jan.roessler@rps.aok.de	Tel. 063 51/4 03-419 Fax: 063 51/4 03-701
AOK PLUS – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR SACHSEN UND THÜRINGEN Pressesprecherin: Hannelore Strobel	Sternplatz 7 01067 Dresden presse@plus.aok.de	Tel. 0800/105 90-11144 Fax: 0800/105 90 02-104
AOK SACHSEN-ANHALT – DIE GESUNDHEITSKASSE Pressesprecherin: Anna-Kristina Mahler	Lüneburger Straße 4 39106 Magdeburg presse@san.aok.de	Tel. 03 91/28 78-44422 Fax: 03 91/28 78-44576

Inklusion leben

Unsere Gesellschaft ist auf Leistung und Gesundheit ausgelegt, meint **Mareice Kaiser**. Sie wünscht sich, dass auch Menschen ohne Behinderungen für Inklusion kämpfen – damit sie im Alltag selbstverständlich wird.

Wenn ich mich mit meiner Freundin Anastasia auf einen Kaffee treffen möchte, geht das nicht einfach so. Ich muss vorher schauen, ob das Café unserer Wahl barrierefrei ist – dafür nutze ich zum Beispiel die App Wheelmap. Bei den meisten meiner Lieblingsorte weiß ich mittlerweile, ob Stufen am Eingang verhindern, dass ich Anastasia treffen kann. Immer ist die Frage, ob sie mit ihrem Elektro-Rollstuhl ohne Probleme reinkommt und auch genügend Platz ist, damit sie sich bewegen kann – oder eben nicht. Und viel öfter, als man als Mensch ohne Mobilitätseinschränkung so annimmt, kommt Anastasia nicht rein. Das fällt einem Menschen, der ein paar Stufen ohne Probleme überwinden kann, ja überhaupt nicht auf: die Barrieren in unserer Umwelt. Stufen sind nur ein Aspekt.

Gehörlose Menschen sind darauf angewiesen, dass es Untertitel gibt, dass in öffentlichen Verkehrsmitteln die Stationen angezeigt werden, dass Menschen in Gebärdensprache kommunizieren. Blinde oder sehbehinderte Menschen sind auf Hörsignale, taktile Karten sowie Warn- und Leitstreifen angewiesen, um sich orientieren zu können.

Doch Barrierefreiheit wird noch lange nicht mitgedacht. Obwohl im Jahr 2006 die Behindertenrechtskonvention von der Generalversammlung der Vereinten Nationen (UN) verabschiedet wurde. Sie fordert die gleichberechtigte Teilhabe aller Menschen am gesellschaftlichen Leben. Das bedeutet: Inklusion ist Menschenrecht. Deutschland und 158 andere Länder bekennen sich zur UN-Konvention und haben sich mit ihrer Unterzeichnung dazu verpflichtet, sie umzusetzen.

Wie weit wir von der Umsetzung entfernt sind, bemerke ich immer, wenn ich mich mit Anastasia treffen will. Oder an den Reaktionen auf meine behinderte Tochter. „Wusstet Ihr das nicht vorher?“ werden Eltern behinderter Kinder oft gefragt. Dieser Satz impliziert die Behindertenfeindlichkeit unserer Gesellschaft. Behinderte Menschen sind nicht gewollt. Eine logische Schlussfolgerung: Wir

gestalten die Welt nicht behindertenfreundlich. Dabei wird oft vergessen, dass eine inklusive und barrierearme Umgebung für uns alle besser wäre – egal, ob wir schon behindert sind, oder noch nicht: 96 Prozent aller Behinderungen werden im Laufe des Lebens erworben. Rampen sind nicht nur für Menschen gut, die mit Rollstühlen mobil sind, sondern auch für Menschen mit Kinderwagen oder Rollatoren. Anzeigen in öffentlichen Verkehrsmitteln helfen auch Menschen, sich zu orientieren, die leicht überfordert sind, sich in einer neuen Umgebung befinden oder eine andere Sprache sprechen.

Doch Barrieren finden sich nicht nur rund um das Thema Mobilität. Auch in allen anderen Belangen der gesellschaftlichen Teilhabe ist zu spüren, dass unsere Gesellschaft auf Leistung und Gesundheit ausgelegt ist.

Einen Kitaplatz für unsere behinderte Tochter zu bekommen, grenzte an ein Wunder. Inklusion als Menschenrecht? Fehlangeige! Für inklusive Beschulung und Bildung müssen Eltern behinderter Kinder noch immer kämpfen. In Deutschland gilt nach wie vor der Sonderweg (Sonderkindergärten, Sonderschulen) als normal. Dadurch fehlt uns allen die Selbstverständlichkeit von Inklusion im Alltag. Wenn wir selbst als Kinder im Kindergarten oder in der Schule Inklusion leben würden, würden wir später auch inklusiver denken. Eine Architektin, die mit Kindern mit Behinderung zur Schule gegangen ist, wird eine Schule sicher anders bauen als ein Architekt, in dessen Leben keine sichtbar behinderten Menschen vorkamen. Daher ist ein Weg zur inklusiven Gesellschaft, dass sich auch Menschen ohne Behinderung für Inklusion engagieren. Nicht nur Eltern behinderter Kinder sollten dafür kämpfen, dass ihre Kinder auf inklusive Schulen gehen – auch Eltern von Kindern ohne Behinderung sollten sich für inklusive Beschulung entscheiden. Damit es von Anfang an „normal ist, verschieden zu sein“ (Richard von Weizsäcker). Und damit Anastasia und ich uns überall treffen können, wo wir möchten. ■

Einen Kitaplatz für unsere behinderte Tochter zu bekommen, grenzte an ein Wunder.



Mareice Kaiser, Jahrgang 1981, arbeitet als Journalistin und Autorin in Berlin. Sie schreibt unter anderem für Zeit Online, die taz und das Missy Magazine, vorwiegend zu den Themen Inklusion, Chancengerechtigkeit und Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Ihr Blog „Kaiserinnenreich“ ging Ostern 2014 online, ihr erstes Buch „Alles inklusive – Aus dem Leben mit meiner behinderten Tochter“ ist im November 2016 erschienen.

Kontakt:
kaiserin@kaiserinnenreich.de

Blick zum Nachbarn



H.-B. Henkel-Hoving,
Chefredakteur

Liegt es an der deutschen Gründlichkeit? Oder am Föderalismus? Oder ist der Veränderungsdruck zu schwach, weil es uns finanziell zu gut geht? Seit mehr als 20 Jahren beobachte ich gesundheitspolitische Entwicklungen hierzulande und doch bin ich immer wieder aufs Neue erstaunt darüber, wie lange wir für Reformschritte brauchen, die in der Versorgungswirklichkeit tatsäch-

lich Spuren hinterlassen.

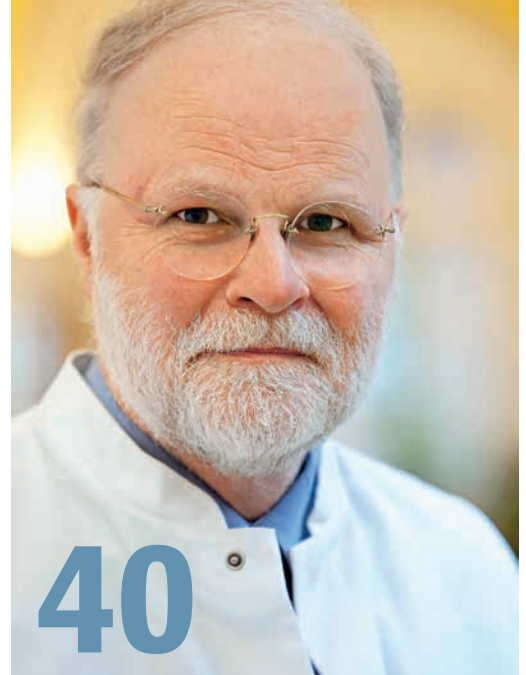
Während zum Beispiel 1,3 Millionen Esten uns bei der Digitalisierung von Staat und Gesundheitswesen längst überholt haben, erfreut sich die Berliner Politik schon an kleinen Praxistests der elektronischen Gesundheitskarte. Während in Großbritannien Pflegekräfte seit Langem erfolgreiche Aufgaben von Medizinerinnen übernehmen, kommen bei uns noch nicht einmal entsprechende Modellversuche in die Gänge. Und während die Niederlande seit Jahren konsequent auf Mindestmengen im Krankenhaus setzen und damit Patienten vor Schaden bewahren, tun sich viele Bundesländer schwer, selbst die wenigen bei uns bestehenden Mindestfallzahlen für komplexe Eingriffe umzusetzen – das könnte ja vor Ort für Negativ-Schlagzeilen sorgen.

Machen Gesundheitspolitiker, Kostenträger und Ärzte also in anderen Staaten alles besser? Nein, natürlich nicht. Aber ein Blick über den Tellerrand kann Mut machen und inspirieren. Darum möchte ich Ihnen nicht nur den Beitrag über den Umbau des finnischen Gesundheitswesens in dieser Ausgabe ab Seite 28 besonders ans Herz legen, sondern Sie auch noch einmal auf die G+G-Studienreise nach Dänemark aufmerksam machen: Dort warten vom 12. bis 14. Juni 2017 lohnende Einblicke aus erster Hand auf Sie! In diesem Sinne Ihr

henkelhoving@kompart.de



Dänemark wartet: Mehr zur G+G-Studienreise nach Kopenhagen finden Sie auf Seite 7 bis 8 in dieser Ausgabe und auf www.kompart.de



Interview mit Manfred Lütz: Welche Rezepte der Psychiater für das Lebensglück empfiehlt

MAGAZIN

14 BEIM SPEZIALISTEN UNTERS MESSER

Mehr Fälle, mehr Routine, weniger Komplikationen: Der neue Krankenhaus-Report belegt, wie wichtig Mindestmengen für die Qualität der Versorgung sind.
Von Thomas Hommel

16 RAUS AUS DER BLACKBOX

Aktuelle Zahlen zeigen: Krankenhäuser bekommen wichtige Medikamente nicht. Daher sind umfassende Meldepflichten für die Pharmaindustrie erforderlich.
Von Thomas Hommel

19 DAMIT SIE ES NICHT TUN

Manche Jugendliche fühlen sich sexuell zu Kindern hingezogen. Ein Therapie-Projekt der Berliner Charité soll Kindesmissbrauch vorbeugen.
Von Thomas Hommel

20 EUROPA: EIGENE REGELN FÜR DIE PFLEGE

Geld- oder Sachleistung oder nichts – die Hilfen für Pflegebedürftige sind in Europa unterschiedlich geregelt. Die Brüsseler Kommission will das nun ändern.
Von Thomas Rottschäfer

21 „DER BEDARF AN BETREUUNG IST GROSS“

Pflegende Angehörige brauchen regelmäßig Auszeiten, weiß Jörg Veil. Um sie zu entlasten, bietet er als Lizenznehmer des US-amerikanischen Unternehmens Home Instead Betreuungsleistungen für Senioren an.

TITEL

22 SCHNELLE HILFE FÜR KRANKE SEELN

In der Praxis anrufen und zügig die Behandlung beginnen – nach der neuen Psychotherapie-Richtlinie sollen seelisch kranke Menschen leichter Hilfe finden.

Von Birgit Schliemann

THEMEN

28 NEUER ZUSCHNITT FÜR DIE KLINIKLANDSCHAFT

Was hierzulande heftige Kontroversen auslöst, machen die Finnen ohne Tamtam: Das Land stutzt die Kliniklandschaft und zentralisiert die Akutversorgung.

Von Uwe K. Preusker

34 ARZT-PATIENT-BEZIEHUNG: SENDESTÖRUNG

Die Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten lässt immer noch vieles zu wünschen übrig. Es ist Zeit für eine Gesprächskultur, die von Respekt geprägt ist.

Von Norbert Schmacke

40 „TODFEIND DER GESUNDHEITSRELIGION“

Für eine neue Glückskultur, gegen therapeutische Gurus und Gesundheit als Religionsersatz: Der Psychiater und Bestsellerautor Manfred Lütz bürstet im G+G-Interview kräftig gegen den Strich.

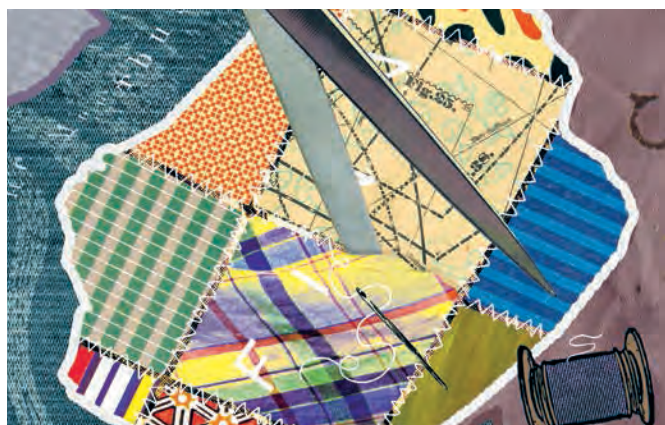
RUBRIKEN

- 9 **Rundruf** Nachwuchs: Richtiger Einstiegswinkel?
- 13 **Kommentar** Klinik-Pflegekräfte: Auf dem Zahnfleisch
- 42 **Recht** Medizinprodukte: Haftung der Prüfstelle möglich
- 44 **AOK-Notizen** Aktuelles aus Bund und Ländern
- 46 **Service** Bücher, Termine und mehr
- 48 **Debatte** Kliniken: Privatisierung auf Patientenkosten
- 49 **Nachlese** Briefe an die Redaktion
- 49 **Impressum** Wer steckt hinter G+G?
- 50 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen



22

Zuspruch: Was die neue Psychotherapie-Richtlinie den Patienten bringt



28

Aufbruch: Wie Finnland seine Krankenhauslandschaft zurechtschneidet



34

Kommunikation: Warum Patienten ihre Ärzte häufig nicht verstehen

BLUTHOCHDRUCK Beim Saunagang aufs Herz achten

Saunieren genießt gemeinhin einen guten Ruf, da es das Immunsystem stärkt. Diesem positiv Effekt steht die Meinung entgegen, Saunieren könne aufgrund einer zu starken Blutdrucksenkung zum Kollaps führen. Verursacht werde diese durch die Erweiterung der Blutgefäße wegen der Hitzeeinwirkung. „Hier sollte jedoch zwischen den akuten Auswirkungen eines Saunagangs und denen in der Ruhephase sowie der Langzeitwirkung regelmäßiger Saunagänge unterschieden werden“, so Professor Dr. Reinhard Ketelhut, Sportwissenschaftler am Medical Center Berlin. „Unsere Untersuchungen haben gezeigt, dass der obere, systolische Blutwert mit der zunehmenden Aufenthaltsdauer in der Sauna zunimmt“, so Ketelhut. „Der untere, diastolische Blutwert steigt zu Beginn des Saunierens deutlich an und bleibt dann währenddessen konstant erhöht.“ Es komme also nicht zu einem Abfall des diastolischen Wertes. Die Blutdrucksenkung trete erst in der Ruhephase ein und halte dann auch lange an. Wer einen gut eingestellten Bluthochdruck habe, müsse daher nicht auf das Saunieren verzichten. Bei wiederholten Blutdruckkrisen oder akuter Herzschwäche solle aber darauf verzichtet werden. ■

WISSENSCHAFT Hans Rosling gestorben

Allen Horrornachrichten zum Trotz: Der Welt geht es von Jahr zu Jahr besser, auch und gerade gesundheitlich. Niemand konnte diese These



Frischer Aufguss: Experten bescheinigen dem Saunieren einen Nutzen für die Gesundheit – wenn die Bedingungen stimmen.

so kurzweilig vertreten und mit Zahlen untermauern wie Hans Rosling. Nun ist der Mediziner, Statistikfreak und Gründer der Gapminder-Stiftung gestorben. Rosling, 1948 in Uppsala in Schweden geboren, erlag Anfang Februar 2017 einem Pankreas-Krebsleiden. Rosling war Arzt in Mosambik, erforschte dann zwei Jahrzehnte Krankheiten in abgelegenen Gegenden Afrikas und wurde 1990 erst Associate Professor of Internal Medicine in Uppsala, 1999 dann Professor für Internationale Gesundheit am Karolinska Institutet nahe Stockholm. Er gehörte zu den Gründungsmitgliedern von „Ärzte ohne Grenzen“ in Schweden, war Mitglied der schwedischen Akademie der Wissenschaft und beriet unter anderem Bill Gates, Mark Zuckerberg und Fidel Castro. Unvergessen bleibt ein millionenfach geklicktes Video von 2006, in dem Rosling anhand von UNO-Zahlen die gesundheitlichen und finanziellen Fortschritte der Menschheit vorrechnet und zum Schluss ein Schwert schluckt. ■

MEHR INFOS:
www.gapminder.org

STATISTIK Jeder neunte Euro für die Gesundheit

Die Gesundheitsausgaben in Deutschland beliefen sich im Jahr 2015 auf insgesamt 344,2 Milliarden Euro oder 4.213 Euro je Einwohner. Wie das Statistische Bundesamt mitteilte, entspricht dies einem Anteil von 11,3 Prozent des Bruttoinlandproduktes (BIP). Mehr als jeder neunte Euro sei somit für die Gesundheit ausgegeben worden. Im Vergleich zu 2014 stiegen die Gesundheitsausgaben um 15 Milliarden Euro (4,5 Prozent). Damit nahmen

die Ausgaben das vierte Jahr in Folge stärker zu als das BIP. Die gesetzliche Krankenversicherung war 2015 mit 200 Milliarden Euro oder 58,1 Prozent der Gesundheitsausgaben erneut größter Ausgabenträger. Gegenüber 2014 erhöhten sich die Ausgaben von AOK & Co. um 8,3 Milliarden Euro (4,3 Prozent). Für 2016 prognostizieren die Statistiker einen weiteren Anstieg der Gesundheitsausgaben auf über 359 Milliarden Euro. ■

MEHR INFOS:
www.destatis.de > **Pressemitteilungen** > **Gesundheit**

kurz & bündig

+++ DEMENZ: In Brandenburg ist der Startschuss für die bundesweite Aktion „Demenz Partner“ gefallen. Ziel der Initiative der Deutschen Alzheimer Stiftung ist es, mehr Verständnis für Demenzkranke und deren Angehörige zu entwickeln. Dabei werden in 90-minütigen Kursen neben Informationen zur Krankheit vor allem Tipps zum Umgang mit der Demenz vermittelt. **+++ ARBEITSMARKT:** Ende 2015 übten in Deutschland 2,8 Millionen Beschäftigte einen Gesundheitsberuf aus. Das seien 47.000 Beschäftigte mehr als Ende 2014 gewesen, so das Statistische Bundesamt. Allerdings sei die Zahl der Beschäftigten mit einem Plus von 1,7 Prozent schwächer als in den beiden Vorjahren ausgefallen. Zu den Beschäftigten in Gesundheitsberufen zählen beispielsweise die Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege, in der Arzt- und Praxishilfe, der nichtärztlichen Therapie und Heilkunde sowie der Human- und Zahnmedizin.

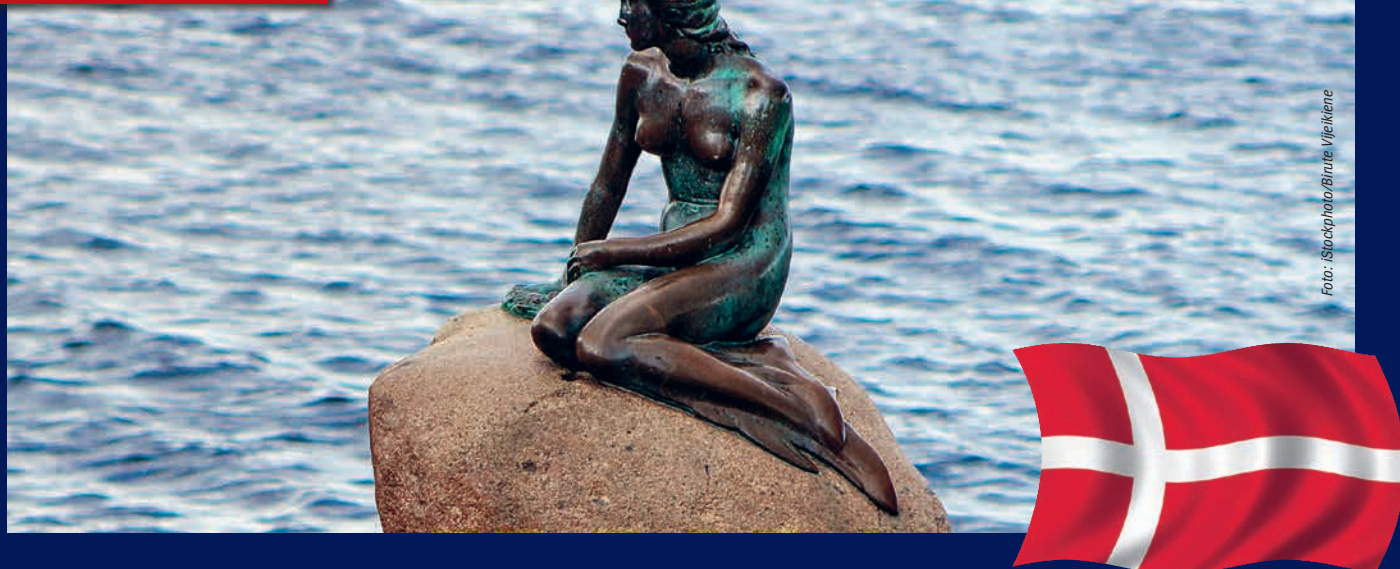


Foto: iStockphoto/Blute Vije/ikene

Dänemarks erfolgreiche Klinikreform

Sie wollen wissen, wie ein Umbau der Krankenhauslandschaft trotz wechselnder politischer Mehrheiten gelingt? Wie sich mit weniger Häusern eine höhere Versorgungsqualität erreichen lässt? Wie 16 große Neu- und Umbauten zu schaffen sind, ohne den Zeit- und Kostenrahmen zu sprengen? Dann sind Sie bei der ersten **G+G-Studienreise nach Dänemark vom 12. bis 14. Juni 2017** genau richtig.

Anmeldung umseitig

Drei Tage haben Sie in Kopenhagen und Umgebung Gelegenheit, sich aus erster Hand über die international viel beachtete **dänische Krankenhauspolitik** zu informieren. Experten aus dem Gesundheitsministerium unseres Nachbarlandes stehen Ihnen dabei ebenso als Ansprechpartner zur Verfügung wie Krankenhausmanager, Mediziner und E-Health-Profis.

Sie bekommen nicht nur einen Einblick in die gesundheitspolitische Strategie der dänischen Regierung, sondern erfahren bei **Besuchen in zwei Hospitälern** auch mehr über die praktische Umsetzung: Sie

sehen vor Ort, wie neue Kliniken mit kurzen Wegen fürs Personal aussehen. Wie sich mithilfe eines **modernen Notfallmanagements und elektronischer Vernetzung** Patienten an die richtige Stelle der Versorgungskette lenken lassen. Wie Ärzte und Pflegekräfte besser zusammenarbeiten.

Sie wollen bei der G+G-Studienreise nach Dänemark **vom 12. bis 14. Juni 2017** dabei sein? Dann sollten Sie rasch den Anmeldecoupon auf der folgenden Seite ausfüllen und an die KomPart Verlagsgesellschaft senden – die Zahl der Plätze ist begrenzt!



„Weniger Standorte, mehr Qualität: Dänemark baut seine Kliniklandschaft seit Jahren nach diesem Prinzip um. In Kombination mit einer konsequenten E-Healthstrategie kommt diese Politik den Patienten, aber auch Ärzten und Pflegekräften zugute. Die G+G-Studienreise bietet darum lohnende Einblicke aus erster Hand.“

Dr. Uwe Preusker, Skandinavien-Experte und Herausgeber von „Klinik Markt inside“ (www.medhochzwei-verlag.de)



+++ Jetzt anmelden +++

Das Programm



Die G+G-Redaktion freut sich, in Kooperation mit „Healthcare DENMARK“ – der offiziellen dänischen Agentur für internationale Kontakte im Gesundheitswesen – und mit Unterstützung der Königlich Dänischen Botschaft in Berlin folgendes Programm anbieten zu können (einzelne Abweichungen vorbehalten):



1. Tag: Montag, 12. Juni 2017

Vormittags: Individuelle Anreise nach Kopenhagen

Ab 13 Uhr: Fachvorträge und Fragerunden zu folgenden Themen:

- Die politische Strategie hinter der Reform: Warum die dänischen Regierungen seit 2007 die Krankenhauslandschaft umbauen – vielen Widerständen zum Trotz.
- Die Rolle der Regionen: Wie Lokalpolitik und Praktiker die Reform vor Ort umsetzen – und wie die Bürger dabei eingebunden sind.
- Alte Abläufe in neuen Häusern? Wie die Prozesse im Krankenhauswesen in Dänemark neu strukturiert werden – und welche Rolle Ärzte und Pflegekräfte dabei spielen.

Abends: Gemeinsames Essen



2. Tag: Dienstag, 13. Juni 2017

Vormittags: Bustransfer zum neuen Klinikum in Hvidovre. Dort unter anderem Besichtigung des medizinischen Bereitschaftsdienstes und der „prähospitalen Versorgung“ von Patienten (24-Stunden-Aufenthalte) sowie Vortrag zur geplanten Notaufnahme.

Nachmittags: Fachvorträge und Fragerunden zu folgenden Themen:

- Der Schlüssel zu einer abgestimmten Behandlung in Klinik und Praxis: Warum die nationale elektronische Gesundheitsakte Profis nützt – und Patienten sie akzeptieren.
- Elektronische Vernetzung im Krankenhaus: Wie von „Columna“ das gesamte Klinikpersonal profitiert – und nicht nur die Verwaltung.
- Telemedizin im Einsatz: Wie „Viewcare“ Krankenhäuser und Kommunen verbindet – und was Patienten davon haben.

Abends: Gemeinsames Essen mit dänischen Gesundheitsexperten



3. Tag: Mittwoch, 14. Juni 2017

Vormittags: Bustransfer zum „Rigshospitalet“, dem größten Krankenhaus Dänemarks. Dort unter anderem Besichtigung des neuen Patientenhotels sowie Vortrag zum geplanten Nordflügel mit mehr als 200 Einzelzimmern und 33 OP-Sälen; Vorträge und Fragerunden zur interprofessionellen Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegekräften.

11 Uhr: Abschließende Diskussions- und Fragerunde

Ab 12 Uhr: Individuelle Abreise aus Kopenhagen

Für Nachfragen zum Programm und zur Reise steht Ihnen Karin Dobberschütz unter k.dobberschuetz@kompart.de gerne zur Verfügung.

+++ JETZT ANMELDEN +++ JETZT ANMELDEN +++ JETZT ANMELDEN +++ JETZT ANMELDEN +++ JETZT ANMELDEN +++ JETZT ANMELDEN +++ JETZT ANMELDEN +++

Ja, ich will teilnehmen:

an der G+G-Studienreise nach Dänemark vom 12. bis 14. Juni 2017 zum Preis von 1.395,- Euro pro Person und melde mich hiermit verbindlich an.

(Die Zahl der Plätze ist begrenzt, Teilnahmebestätigung erfolgt in der Reihenfolge der Anmeldungen. Kosten für An- und Abreise fallen zusätzlich an.)

Vorname Name

Institution/Firma

Rechnungsanschrift: Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

E-Mail

Datum, Unterschrift

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

Vor Ort ist eine Betreuung durch eine deutschsprachige Reiseleitung sichergestellt. Im Reisepreis von 1.395 Euro inkl. MwSt. pro Person enthalten sind darüber hinaus zwei Hotelübernachtungen im Einzelzimmer (Mittelklasse), die Bustransfers vor Ort, das Abendessen an beiden Tagen sowie Unterlagen zum dänischen Gesundheitswesen und die Vorträge (Englisch). Nicht enthalten im Reisepreis sind An- und Abreise nach bzw. von Kopenhagen: Sie sind individuell zu buchen und die Kosten dafür fallen zusätzlich zum Reisepreis an. Veranstalter der G+G-Studienreise ist die KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin. Der Reisepreis ist 28 Tage vor Beginn der Reise gegen Rechnung fällig. Es gelten die AGB der KomPart für Studienreisen: www.kompart.de.



Der richtige Einstiegswinkel?

Viele Gesundheitsberufe suchen junge Fachkräfte. Doch der Arbeitsmarkt ist leer gefegt. Akademisierung oder niedrigschwelliger Zugang – was hilft weiter bei der Nachwuchssicherung?



UTE REPSCHLÄGER, *Vorsitzende des Bundesverbandes selbstständiger Physiotherapeuten*: Zunächst sowohl als auch. Der berufliche Zugang in Form einer Ausbildung ist mittelfristig ein wichtiger Grundpfeiler der Nachwuchsgewinnung, um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Unser langfristiges Ziel ist allerdings, den Nachwuchs ausschließlich über einen akademischen Zugang sicherzustellen. Indem wir die Akademisierung vorantreiben, entwickeln wir die

Therapieberufe weiter und steigern die Attraktivität des Berufes. Daher ist es zwingend notwendig, die therapeutischen Modellstudiengänge in der nächsten Legislatur in den Regelbetrieb zu überführen.

PETER BECHTEL, *Vorsitzender des Bundesverbandes Pflegemanagement*: Ein niederschwelliger Zugang allein wird die Nachwuchsproblematik nicht lösen, Akademisierung aber auch nicht. Bei den immer komplexer werdenden Krankheitsbildern und einer weiteren Zunahme an hochbetagten Patienten brauchen wir hochqualifizierte Fachkräfte. Dazu ist ein allgemeines Bildungsniveau mit mindestens zehnjähriger Schulzeit unabdingbar. Das Verhältnis zwischen grundständig ausgebildeten Fachkräften und denjenigen, die über einen akademischen Abschluss verfügen, wird sich auf einem Niveau von 70 zu 30 Prozent einpendeln. Wir brauchen Masse mit Klasse.



BIRGIT WÖLLERT, *Obfrau der Linksfraktion im Bundestags-Gesundheitsausschuss*: Zwischen Akademisierung und niederschwelligem Zugang muss kein Widerspruch bestehen. Der Arbeitsalltag nicht-ärztlicher Heilberufe wird immer komplexer, die Anforderungen an das Fachwissen steigen. Gerade angesichts möglicher Delegation und Substitution ist eine akademische Ausbildung zu befürworten, die wissenschaftliche Auseinandersetzung und Forschung fördert.

In Modellversuchen gibt es schon Erfahrungen. Die Zugänge zu den Studiengängen können flexibel gestaltet sein – auch über andere Gesundheitsberufe. Wichtig ist aber endlich eine gesicherte gute Bezahlung.

BERND MEURER, *Präsident des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste*: Wir brauchen Menschen mit Empathie und Qualifizierungswillen. Wir setzen dabei auch auf junge Menschen, die nicht das Abitur gemacht haben, weil ihre Stärken eher in der praktischen Arbeit liegen. Wir setzen auf den Mix unterschiedlicher Fähigkeiten und Qualifikationen. Kurzum: Alle sollen eine Chance haben – von der Hauptschule über das Abitur und die Hochschule und auch die, die sich eine Umschulung zutrauen. Wer nur auf hohe Schulabschlüsse setzt, wird nicht mehr Menschen für die Altenpflege gewinnen, sondern weniger. Die Altenpflege ist multiprofessionell und attraktiv. Wer den Eindruck erweckt, wir bräuchten nur Leitungskräfte, verkennt die Demografie und die erforderliche Anerkennung der Pflege.



PRÄVENTION Gesunder Start ins Leben

Eine Expertengruppe aus 35 Vertretern von Bund, Ländern, Forschung, Leistungserbringern und Krankenkassen haben ein neues Nationales Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ veröffentlicht. Dabei geht es um Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und die Entwicklung im ersten Lebensjahr. Dem Gremium gehörte auch Monika Schneider, Referentin beim AOK-Bundesverband, an. Gegenüber G+G erklärte Schneider: „Nach der



Diskussion um das Präventionsgesetz stand für uns fest: Jetzt müssen die Träger der nationalen Präventionskonferenz, die gesetzliche Renten-, Unfall-, Pflege- und Krankenversicherung versuchen, Gesundheitsförderung und Prävention zu einem gesamtgesellschaftlichen Anliegen zu machen. Der erste Schachzug war, Nationale Gesundheitsziele in Bezug auf den Lebenslauf miteinander in der nationalen Präventionsstrategie zu verbinden. Mit dem aktuellen Gesundheitsziel haben wir nun auch eine Orientierung, den gesunden Start ins Leben mit allen verant-

wortlichen Partnern auf Bundes-, Landes und kommunaler Ebene zu organisieren.“ Wenn es gelinge, die richtigen Weichen bereits rund um die Geburt zu stellen, sei das „eine gute Investition für ein gesundes Leben“. ■

MEHR INFOS:
www.bmg.bund.de >
Pressemitteilungen

KONGRESS Stationäre Qualität im Fokus

Das Thema „Qualität im Krankenhaus“ steht im Mittelpunkt einer Veranstaltung, die der AOK-Bundesverband am 18. und 19. Mai zusammen mit der Stiftung Initiative Qualitätskliniken (SIQ) in Berlin veranstaltet. Ein Thema ist die Umsetzung der Qualitätsagenda des 2016 in Kraft getretenen Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG). Mit der Reform will die Bundesregierung insbesondere den Aspekt Qualität als ein maßgebliches Kriterium in der Krankenhausplanung verankern. Mit einem Milliarden-Fonds sollen zudem die stationären Strukturen verbessert werden. Die Veranstaltung „Qualität im Krankenhaus“ steht in der Tradition der Kongresse zum Qualitätsmanagement mit Routinedaten. Sie wurden in der Vergangenheit gemeinsam von der Initiative Qualitätsmedizin und vom AOK-Bundesverband organisiert. Die SIQ ist das 2015 neu gegründete gemeinsame Dach der Initiative Qualitätsmedizin und der 4QD-Qualitätskliniken.de GmbH, die zusammen etwa 600 Kliniken repräsentieren. ■

MEHR INFORMATIONEN:
www.siq-kongress.de

ENTLASSMANAGEMENT

Brüche in der Arzneimitteltherapie

Als ein wesentliches Problem im Übergang eines Patienten vom Krankenhaus in die niedergelassene Praxis haben Teilnehmer des zweiten Arzneimittelkongresses der AOK Nordost in Berlin die Kommunikation über die Medikation beschrieben. Dies gelte insbesondere für chronisch Kranke, die häufig mehrere Arzneimittel einnehmen müssten und bei denen auf mögliche Wechselwirkungen zu achten sei. Für persönliche Gespräche zwischen Klinikarzt und seinem niedergelassenen Kollegen, in denen beide offene Fragen abklären könnten, fehle oft die Zeit. Digitale Lösungen wie elektronische Medikationspläne oder die elektronische Behandlungsinformation (eBI) könnten daher die Arbeit von Medizinern erheblich unterstützen. eBI etwa liefert neben einem softwaregestützten, umfassenden Risikochek inklusive Medikationsplan wichtige Hinweise zur Behandlungshistorie des Patienten – von verordneten Arzneien über Erkrankungen bis hin zu Infos über behandelnde niedergelassene Haus- und Fachärzte. Bei einem Krankenhausaufenthalt können die am Projekt beteiligten Kliniken diese Daten – das Einverständnis des Patienten vorausgesetzt – einsehen. Dass Kliniken vom Gesetzgeber nicht verpflichtet worden seien, den bundeseinheitlichen Medikationsplan zu erstellen, sei ein „Webfehler im Gesundheitssystem“, sagte Professor Dr. Kai Daniel Grandt, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin am Klinikum Saarbrücken und Vorstandsmitglied der Arzneimittelkommission der Ärzte. ■

Köpfe und Karrieren



+++ **FERDINAND GERLACH**, 56, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main, ist für weitere vier Jahre zum Vorsitzenden des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen berufen worden. Der habilitierte Allgemeinmediziner übernahm den Vorsitz erstmals 2012. Stellvertretender Vorsitzender bleibt der Ökonom Professor Eberhard Wille von der Universität Mannheim. Weitere Mitglieder des Rates sind die Professoren Wolfgang Greiner (Universität Bielefeld), Marion Haubitz (Medizinische Hochschule Hannover), Gabriele Meyer (Universität Halle-Wittenberg), Jonas Schreyögg (Universität Hamburg) und Petra A. Thürmann (Universität Witten/Herdecke).



+++ **ANDREAS GASSEN**, 54 (Foto links), steht für weitere sechs Jahre als fachärztlicher Vorstand und Vorsitzender an der Spitze der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Der promovierte Orthopäde und Unfallchirurg trat dieses Amt erstmals im Jahr 2014 an. Zum neuen hausärztlichen KBV-Vorstand und damit ersten stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden des Verbandes wählte die Vertreterversammlung **DR. STEPHAN**



HOFMEISTER, 52 (Foto rechts oben), in Hamburg niedergelassener Facharzt für Innere Medizin und Allgemeinmedizin sowie bisheriger stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg. Erstmals wählten die Delegierten einen zweiten stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden, der nach den neuen gesetzlichen Bestimmungen weder der Fach- noch der Hausärzteseite angehören darf. Dieses Amt bekleidet nun der Volkswirt **DR. THOMAS KRIEDEL**, 67, bislang Vorstandsmitglied der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe.



+++ **JOCHEN TAUPITZ**, 63, habilitierter Jurist und Geschäftsführender Direktor des Instituts für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim, hat den Vorsitz der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten bei der Bundesärztekammer (ZEKO) übernommen. Stellvertretender ZEKO-Vorsitzender ist der Humangenetiker Professor Wolfram Henn von der Universität des Saarlandes, Homburg/Saar. Die ZEKO nimmt unter anderem

Stellung zu ethischen Fragen, die sich aus dem Fortschritt in der Medizin ergeben und für die ärztliche Berufsausübung von grundsätzlicher Bedeutung sind.

+++ **CORNELIA WANKE**, 47, hat die Geschäftsführung der Akkreditierten Labore in der Medizin (ALM) übernommen. Die Betriebswirtin und Journalistin trat die Nachfolge von Dr. Gerald Wiegand an. Wanke hat das Gesundheitswesen aus unterschiedlichen Blickwinkeln kennengelernt. Unter anderem war sie von 2006 bis 2008 Referentin Gesundheitspolitik und Referentin des Vorstandes beim AOK-Bundesverband und anschließend zwei Jahre lang Leiterin des Bereichs Politik beim IKK-Bundesverband. Von 2001 bis 2004 arbeitete sie bei der Ärzte Zeitung. Der Interessenverband ALM vertritt nach eigenen Angaben über 165 medizinische Labore mit 470 Fachärzten, mehr als 350 Naturwissenschaftlern und 18.000 Mitarbeitern.



+++ **MARIO CZAJA**, 41, von 2011 bis 2016 Senator für Gesundheit und Soziales in Berlin und zuvor zehn Jahre lang gesundheitspolitischer Sprecher der CDU-Fraktion im Berliner Abgeordnetenhaus, ist in die Geschäftsführung der BrückenKöpfe GmbH eingetreten. Das Berliner Beratungsunternehmen im Gesundheitswesen gründeten Anfang 2016 der frühere Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Jürgen Graalmann, und der ehemalige Vice President von Springer Medizin und Geschäftsführer der Schlüterschen Verlagsgesellschaft, Harm van Maanen. Beide führen

künftig das Unternehmen gemeinsam mit dem Diplom-Betriebswirt (FH) Czaja.

DROGENPOLITIK

Hilfe für Kinder in Suchtfamilien

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marlene Mortler, hat angekündigt, die Situation von Kindern aus suchtbelasteten Familien zum diesjährigen Schwerpunkt ihrer Arbeit zu machen. „Es gilt, dieses Thema noch weiter in den öffentlichen Fokus zu rücken.“ Nach Angaben Mortlers wachsen in Deutschland etwa 2,65 Millionen Kinder in von Suchtproblemen betroffenen Familien auf. In den meisten Fällen handele es sich bei den Suchterkrankungen der Eltern um eine Alkoholabhängigkeit. ■

SELBSTZAHLERLEISTUNGEN

Mehr Schaden als Nutzen

In deutschen Arztpraxen bekommt jeder zweite Patient sogenannte Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) angeboten – Leistungen also, die privat zu bezahlen sind. Häufig geht es dabei um ergänzende Untersuchungen zur Krankheitsfrüherkennung. Die Schaden-Nutzen-Bilanz falle jedoch sehr oft eher negativ aus, wie der Betreiber des IGeL-Monitors – der Medizinische Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS) – nach fünf Jahren Laufzeit des Monitors und 45 Bewertungen bilanzierte. „Aus zahlreichen Zuschriften wissen wir, dass sich viele Patienten bei der Entscheidung über eine IGeL allein gelassen fühlen“, sagte MDS-Geschäftsführer Dr. Peter Pick. So zeigte sich nur jeder Vierte bei einer Befragung zufrieden über Informationen zu möglichen Schäden. Der Chef der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Andreas

Zitat des Monats

Das (Über-)Leben der Zähne ist kein Zuckerschlecken.

Andreas Junker, Journalist und Karikaturist

Gassen, erwiderte, die Kassen seien beim Thema Selbstzahlerleistungen „scheinheilig“ unterwegs. „Einerseits vertuefeln sie IGeL, andererseits bieten einige Kassen als Satzungsleistung selber Leistungen aus dem IGeL-Katalog an.“ Auch dürfe nicht vergessen werden, dass mit den Selbstzahlerleistungen Innovation in die gesetzliche Krankenversicherung gelange. Derzeit werde etwa die Stoßwellentherapie bei Fersensporn im Gemeinsamen Bundesausschuss beraten. ■

MEHR INFOS:

www.igel-monitor.de

BEHANDLUNGSFEHLER

Haftpflichtsumme reicht oft nicht aus

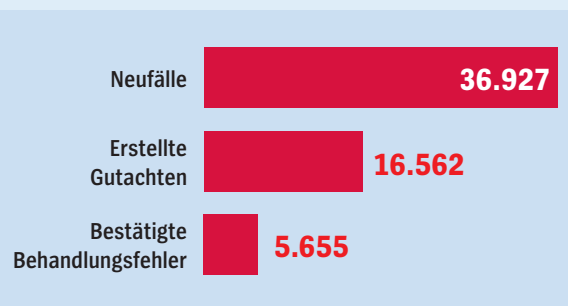
Die AOK Bayern sieht Nachbesserungsbedarf beim Patientenrechtegesetz: Für viele Versicherte sei es immer noch juristisch schwierig, nach einem Behandlungsfehler vor Gericht Schadensersatzansprüche gegenüber Ärzten und Kliniken durchzusetzen, kritisierte Dominik Schirmer von der Gesundheitskasse des Freistaates jetzt bei den deutsch-österreichischen Sozialrechtsgesprächen der Universitäten Passau und Linz. Im Zuge einer Novellierung des 2013 in Kraft getretenen Patientenrechtegesetzes sei es deshalb geboten, die Beweis-

last zugunsten der Patienten umzukehren. Der AOK-Experte plädierte zugleich dafür, eine gesetzliche Mindestdeckungssumme für Haftpflichtpolizen von Leistungserbringern festzulegen. Im Schadensfall reichten heute die Deckungsbeträge häufig nicht aus, um die Ansprüche von Versicherten und Krankenkassen auszugleichen. Allein die AOK Bayern hat von 2000 bis 2016 Schadensersatz in Höhe von insgesamt rund 92,5 Millionen Euro erstritten, um damit die zusätzlichen Behandlungskosten nach Behandlungsfehlern abzudecken. Hinzu komme „ein erheblicher zweistelliger Millionenbetrag“, so Schirmer, den AOK-Versicherte an

Schadensersatz und Schmerzensgeld für sich selbst erstritten hätten. In Österreich wird Betroffenen seit dem Jahr 2001 unter anderem durch Entschädigungsfonds geholfen. Wie Rechtsanwalt Dr. Gerhard Huber bei den Sozialrechtsgesprächen erklärte, leisteten die von den österreichischen Bundesländern beaufsichtigten Fonds auch dann Hilfe, „wenn die Haftung nicht eindeutig gegeben“ ist. Soziale Härten und langwierige Prozesse ließen sich so vielfach vermeiden. Allerdings schwanke die Höhe der maximalen Entschädigungssummen mit Beträgen zwischen 20.000 und 150.000 Euro je Fall regional sehr stark. Die AOK Bayern steht einem Entschädigungsfonds skeptisch gegenüber. Weder sollte ein Fonds dazu führen, Defizite im Haftungsrecht unverändert zu lassen, noch dürften Steuer- oder Beitragsgeldern in einen solchen Fonds fließen, erklärte Dominik Schirmer. Als Finanziers eines möglichen Fonds seien vielmehr die Leistungserbringer und ihre Haftpflichtversicherer gefordert. ■

Behandlungsfehler: Hilfe für Versicherte

Zahl der Erstberatungen, erstellten Gutachten und bestätigten Behandlungsfehler bei der AOK Bayern vom Jahr 2000 bis 2016



Mehr als 36.000 Versicherte haben sich seit dem Jahr 2000 an die AOK Bayern gewandt, um den Verdacht auf einen Behandlungsfehler abklären zu lassen. In rund 15 Prozent der Fälle lag tatsächlich ein Fehler vor – das haben rund 16.500 Gutachten im Auftrag der AOK gezeigt.

Quelle: AOK Bayern

KINDERÄRZTE

Werbeverbot für Süßes und Fettiges

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte hat wirksamere Schritte gegen ungesunde Ernährung gefordert. „Es ist ein Skandal, dass die Gesellschaft so tut, als seien Eltern allein schuld am Übergewicht ihrer Kinder“, erklärte Verbandspräsident Dr. Thomas Fischbach. Er reagierte auf die Veröffentlichung einer von der Europäischen Union finanzierten Ernährungsstudie, an der rund 16.000 Kindern aus acht Ländern – darunter Deutschland – teilnahmen. Laut der in Brüssel vorgestellten Analyse sind vor allem Kinder in bildungsfernen sowie sozial benachteiligten Familien von Übergewicht und Fettleibigkeit betroffen. Fischbach sprach sich für ein Werbeverbot für zucker- und fettreiche Lebensmittel aus. Außerdem müsse eine Steuer auf zuckerhaltige Lebensmittel eingeführt werden. ■



Weniger Süßes: Kinderärzte sehen beim Thema Ernährung neben den Eltern auch die Politik in der Verantwortung.

PATIENTENBERATUNG

Praxis-Leitfaden für Gesundheitsberufe

Eine neue Broschüre der Universität Bielefeld gibt Ärzten und Angehörigen von Gesundheitsberufen praktische Hinweise für die Beratung von Patienten. Die Broschüre solle helfen, Behandlungen und Diagnosen laienverständlich zu vermitteln, sagte die Gesundheitswissen-

schaftlerin Professorin Dr. Doris Schaeffer, deren Team die Empfehlungen entwickelt hat. „Oft reden Mediziner oder Berater über den Kopf der Ratsuchenden hinweg.“ Vorgestellt werden 24 Methoden, darunter „Chunk and check“. Damit werden Informationen häppchenweise statt an einem Stück erläutert. ■

Zum Thema Kommunikation siehe auch Beitrag ab Seite 34.

SELTENE ERKRANKUNGEN

Mehr Forschung für Waisen der Medizin

Am „Rare Disease Day“ Ende Februar haben Menschen mit seltenen Erkrankungen wieder weltweit auf ihre Nöte aufmerksam gemacht. Die Patienten müssten mit vielen Belastungen kämpfen, erklärte die Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen (ACHSE). So gebe es kaum Therapien oder Medikamente, der Weg zur Diagnose sei oft eine langjährige Odyssee, verlässliche Informationen seien rar. Entstehung und Therapie seltener Erkrankungen seien daher noch besser zu erforschen, sagte Dr. Jörg Richstein, Vorstandsvorsitzender von ACHSE und selbst Vater eines Sohnes mit seltener Erkrankung. „Forschung ist notwendig, um überhaupt richtige Diagnosen stellen zu können. Und nur durch intensive Forschung können Behandlungsmöglichkeiten und Therapien entwickelt werden.“ ■

SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH

„Wir leisten praxisorientiertes Gesundheitsmanagement“

Ein Schwerpunkt der Präventionsangebote der AOK Hessen liegt auf dem Gesundheitsmanagement in Betrieben. Dazu Fragen an den Verwaltungsratsvorsitzenden der Kasse, Dr. Stefan Hoehl.



G+G: Herr Dr. Hoehl, warum und wie unterstützen Sie die Unternehmen?

HOEHL: Arbeitnehmer verbringen einen beachtlichen Teil ihrer Zeit im Betrieb. Und wir müssen die Menschen dort abholen, wo sie sind und wo wir gleichzeitig hohe Effekte zur Erhaltung der Gesundheit erzielen können. Wir unterstützen im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements mit 20 Beraterinnen und Beratern jährlich mehr als 500 Betriebe. Uns ist dabei wichtig, bedarfs- und praxisorientiertes Gesundheitsmanagement zu leisten – wie beispielsweise bei einem aktuellen Projekt mit der Stadt Frankfurt, wo es um berufsbedingte Rückenbeschwerden von Forstbeschäftigten geht.

G+G: Die Zahl älterer Beschäftigter steigt. Hat das Folgen für das betriebliche Gesundheitsmanagement?

HOEHL: Der Erfahrungsschatz älterer Beschäftigter ist sehr wertvoll.

Aber die Arbeits-, Lebens- und Gesundheitssituation der Menschen verändert sich im Laufe der Zeit. Dies muss das betriebliche Gesundheitsmanagement berücksichtigen. So liegen bei älteren Menschen oft längere oder chronische Krankheiten vor. Hier gilt es, spezifische Unterstützung anzubieten – zum Beispiel mit regelmäßigen Gesundheitszirkeln.

G+G: Digitale Prävention gewinnt an Bedeutung. Auch in den Betrieben?

HOEHL: Ja, der Anteil digitaler Angebote nimmt auch im Gesundheitsmanagement zu. Das liegt zum einen an begrenzten Zeitressourcen, zum anderen an einem veränderten Kommunikations- und Lernverhalten. Beschäftigte haben damit auch den Vorteil, sich zu einem für sie passenden Zeitpunkt mit dem Gesundheitsmanagement zu beschäftigen.

Auf dem Zahnfleisch

Gestresste und überarbeitete Pflegekräfte sind auf deutschen Klinikstationen keine Seltenheit. Abhilfe schaffen könnten verbindliche Personalschlüssel, meint **Rainer Woratschka**.



BRAUCHEN WIR NICHT, GEHT AUCH OHNE? Von wegen. Die Pflege an Deutschlands Klinikbetten ist, weil der Gesetzgeber den Betreibern keine festen Vorgaben machen wollte, auf den Hund gekommen. Das spürt jeder, der als Patient ins Krankenhaus kommt. Und es lässt sich statistisch belegen. Trotz gestiegener Fallzahlen gibt es auf den Stationen immer weniger Pflegepersonal. Doch die Pflege ist

kein beliebig zu minimierender Ausgabeposten. Klinikqualität und Klinikhygiene sind ohne ein bestimmtes Mindestpersonal nicht zu gewährleisten. Und weil die Sache hier so aus dem Ruder gelaufen ist, muss jetzt mal Schluss sein mit der Personalplanung nach Kassenlage. Gesetzliche Pflegeschlüssel sind dringend geboten.

Wie dringend, zeigt der Blick ins Ausland. Einer Vergleichsstudie der Böckler-Stiftung zufolge gibt es in deutschen Kliniken gemessen an der Patientenzahl besonders wenig Pflegepersonal. Hierzulande hat sich eine Schwester im Schnitt um 13 Kranke zu kümmern. In der Schweiz sind es acht, in Holland sieben, in den USA etwas mehr als fünf. Die Autoren der Studie haben nachgewiesen, dass Mindestvorgaben den Kliniken helfen, genügend Pflegekräfte vorzuhalten. In Deutschland darf jeder Klinikchef, wie er will. Nordrhein-Westfalen ausgenommen, wo es einen Pflegeschlüssel für Intensivstationen gibt, an den sich aber längst nicht alle halten.

Knauserige Klinikmanager sparen die Pflege kaputt, wenn man sie gewähren lässt. Das ist keine Unterstellung, sondern Erfahrungswissen. Und kein Wunder, denn Ärzte haben die stärkere Lobby. Der Ertrag aus guter Pflege lässt sich auch nicht so einfach in Euro und Cent berechnen wie der einer gelungenen Operation. Doch dem Patienten nützt der beste Chirurg nichts, wenn ihm danach keiner auf die Beine hilft. Und wenn das Pflegepersonal auf dem Zahnfleisch geht, geraten knapp besetzte Häuser in einen Teufelskreis. Nicht nur die Fehler- und die Krankheitsquote der Beschäftigten steigen. Es finden sich auch immer weniger, die den stressigen Job machen wollen.

Verbindliche Personalschlüssel wären somit sogar im Interesse der Klinikbetreiber. Die Kosten können nicht das Problem sein. Mit den Vorgaben ließe sich bei Budgetverhandlungen argumentieren. Und mit der Gewähr, dass das Geld vollumfänglich in bessere Krankenpflege fließt, wäre – siehe gelungene Altenpflegereform – womöglich sogar eine Beitragserhöhung vermittelbar. ■

Rainer Woratschka ist Redakteur beim „Tagesspiegel“ aus Berlin.

**Knauserige
Klinikmanager
sparen die
Pflege kaputt.**

KLINIKEN

Mindeststandards für Personaldecke

Für pflegeintensive Bereiche, Intensivstationen und den Nachtdienst in Kliniken sollen ab 2019 Personaluntergrenzen gelten. Darauf haben sich Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe, die Koalitionsfraktionen und die Länder verständigt. Kliniken und Kassen sollen bis Ende Juni 2018 Personaluntergrenzen für die genannten Bereiche festlegen. Kommt es zu keiner Einigung, entscheidet das Bundesgesundheitsministerium bis Ende 2018. Kliniken, die die Mindeststandards unterschreiten, müssen mit wirtschaftlichen Sanktionen rechnen. ■

ERNÄHRUNG

Schulessen landet oft in der Tonne

Rund 25 Prozent der in Schulkantinen und -mensen angebotenen Speisen landen als Abfälle im Mülleiner. Das ist ein Teilergebnis des Forschungsprojektes REFOWAS (REduce FOod WASTE) des Thünen-Instituts, der Universität Stuttgart, des Max Rubner-Instituts und der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen. Mithilfe eines veränderten Küchenprozesses und mehr Engagement von Schulleitungen, Caterern, Schulküchen sowie Schülerinnen und Schülern ließen sich die Abfälle jedoch reduzieren, so die Wissenschaftler. So könne das Servicepersonal die Mengen der Tellerreste an die Küchen rückmelden. Bestellsysteme könnten zudem konsequent eingesetzt, Portionsgrößen überprüft und Produktionsmengen bedarfsgerecht kalkuliert werden. ■

BUNDESTAGSWAHL

Pflege wichtig bei Stimmabgabe

Gesundheitspolitiker aufgehorcht: Laut einer Umfrage der Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege betrachten 43 Prozent der Deutschen die Frage, wie ältere und hilfebedürftige Menschen versorgt sind, als bedeutsam für ihre Stimmabgabe bei der Bundestagswahl am 24. September. In der für den Wahlausgang relevanten Altersgruppe der 50-Jährigen sind es sogar 53 Prozent. Besonders treibt die Bundesbürger die Frage nach der Pflegequalität um. Die Mehrheit (55 Prozent) der Bundesbürger kommt dabei zu dem Schluss, dass es um die Pflegequalität weniger gut oder sogar schlecht gestellt sei. ■

MEHR INFOS:
www.zqp.de > Presse

GROSSBRITANNIEN

Kammer fürchtet Ärzteschwund

Der Ausstieg Großbritanniens aus der EU könnte dramatische Folgen für das Gesundheitswesen auf der Insel haben, da offenbar viele Mediziner das Land verlassen wollen. Dies berichtet die Zeitung „The Guardian“ und verweist auf eine Umfrage der British Medical Association unter Ärzten, die ihren Abschluss in einem europäischen Land außerhalb Großbritanniens gemacht haben. 42 Prozent spielen nach dem sogenannten Brexit ernsthaft mit dem Gedanken, die Insel zu verlassen, 23 Prozent sind sich unsicher. Komme es zu einer Abwanderung in dieser Größenordnung, müsste Großbritannien laut Bericht auf etwa 13.000 Ärzte verzichten. ■

Beim Spezialisten unters Messer

Mehr Behandlungsfälle, mehr Routine, weniger Komplikationen: Der neue Krankenhaus-Report 2017 unterstreicht, wie wichtig Mindestmengen-Regelungen für die Qualität der stationären Versorgung sind. **Von Thomas Hommel**

Übung macht den Meister. Piloten wissen das, Sportler sowieso. Und auch unter Medizinern setzt sich immer mehr die Einsicht durch: Je häufiger ein Eingriff erfolgt, desto sicherer verläuft die Operation und desto besser sind die Behandlungsergebnisse für den Patienten.

Den Gesetzgeber hat die Erkenntnis, dass Qualität viel mit Erfahrung zu tun hat, dazu veranlasst, Mindestmengen-Regelungen für bestimmte Operationen in Kliniken einzuführen. Dabei werden Untergrenzen für den jeweiligen Eingriff festgelegt.

Bislang hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) Mindestmengen für sieben stationäre Leistungen beschlossen: Lebertransplantation (Mindestmenge pro Krankenhaus und Jahr 20) Nierentransplantation (25), komplexe Eingriffe an der Speiseröhre (10) sowie der Bauchspeicheldrüse (10), Stammzelltransplantation (25), Kniegelenk-Totalendoprothesen (50) sowie die Versorgung von Früh- und Neugeborenen (14). Chirurgische Eingriffe an den Herzkranzgefäßen sind in den Mindestmengenkatalog aufgenommen worden – jedoch vorerst ohne Festlegung einer konkreten Mindestmenge.

Mindestmengen-Regelungen ausweiten.

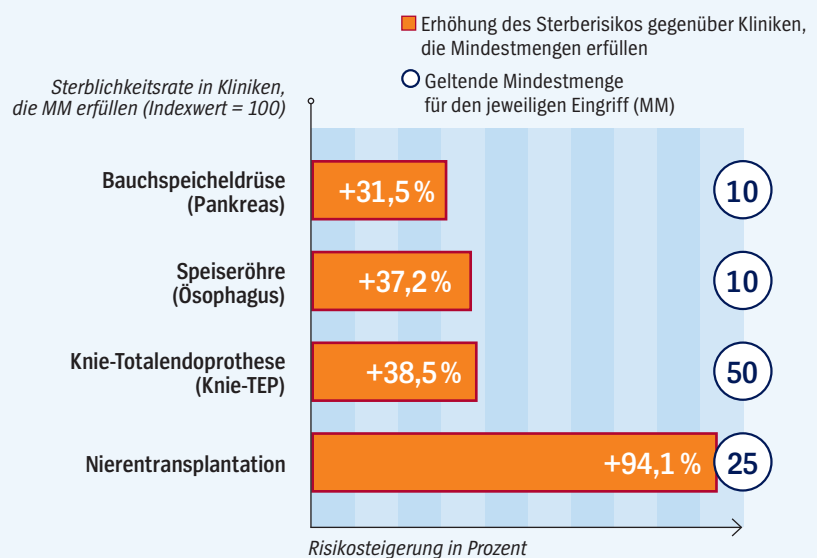
Nach Ansicht von Experten sind sieben Mindestmengen zu wenig. Sie fordern, die Regelungen zum Schutz der Patienten auf weitere Leistungen auszuweiten. Neben dem Hüftgelenkersatz kommen dafür insbesondere Schilddrüsen- und Brustkrebsoperationen, aber auch die Geburtshilfe in Frage. Wie dringend nötig schärfere Mindestmengen-Regelungen sind, unterstreicht auch der aktuelle Krankenhaus-Report 2017, den das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) und der AOK-Bundesverband kürzlich in Berlin vorgestellt haben.

Hüftgelenk-OPs brauchen Routine. Laut Krankenhaus-Report erhielten 134.000 AOK-Versicherte im Zeitraum von 2012 bis 2014 in mehr als 1.000 Krankenhäusern wegen einer Arthrose ein neues Hüftgelenk. In einem Fünftel der Kliniken fanden derartige Eingriffe höchstens 38 Mal pro Jahr statt. Die Folge: Das Risiko für eine neuerliche Hüftoperation binnen eines Jahres war für die Patienten in diesen Kliniken mehr als doppelt so hoch wie für jene Patienten, die in dem Fünftel der Krankenhäuser mit den höchsten Fallzahlen operiert wurden. In diesen Häusern nahmen die Ärzte Hüftgelenk-Operationen mindestens 211 Mal im Jahr vor.

Dass Fallzahl und Behandlungserfolg eng miteinander zusammenhängen, zeigt sich auch im Zusammenhang mit Operationen bei einer gutartigen Schilddrüsen-erkrankung. So hatte laut Krankenhaus-Report das Fünftel der Patienten in den Kliniken mit den niedrigsten Fallzahlen ein mehr als doppelt so hohes Risiko für eine dauerhafte Stimmbandlähmung wie diejenigen Patienten, die sich in den Krankenhäusern mit den höchsten Fallzahlen behandeln ließen.

Mehr Mut zur Umsetzung. Angesichts solcher Zahlen müssten Politik und Selbstverwaltung „deutlich mehr Mut und Willen bei der Umsetzung von Min-

Mangelnde Erfahrung gefährdet Patienten



Über viele Eingriffe hinweg – hier für den Zeitraum 2006 bis 2013 – zeigt sich, dass Kliniken bessere Behandlungsergebnisse erzielen, wenn sie die Mindestmengen erreichen oder übertreffen. Im Gegenzug liegt die risikobereinigte Sterblichkeitsrate der Patienten in Kliniken mit Fallzahlen unterhalb der geltenden Mindestmengen deutlich höher. Dies gilt etwa für Operationen an der Bauchspeicheldrüse, der Speiseröhre, bei Knie-Endoprothesen sowie Nierentransplantationen.

Quelle: „Mindestmengen und Krankenhaussterblichkeit“, U. Nimptsch, D. Pescke, T. Mansky, 2016

destmengen-Regelungen zeigen“, sagte Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes. Dass Mindestmengen die Qualität in der stationären Versorgung verbesserten und Patienten vor gefährlichen Komplikationen bei den Eingriffen schützten, seien „keine Fake News, sondern Fakten, die belegt sind“.

Dennoch gebe es in Deutschland derzeit nur für wenige Leistungen eine Mindestmengenvorgabe – und selbst wenn entsprechende Regelungen vorlägen, würden diese nicht überall befolgt oder über Ausnahmeregelungen unterlaufen, monierte Litsch. „Wir brauchen daher endlich Transparenz darüber, welche Kliniken die Mindestmengen nicht einhalten. Per Gesetz sind diese Leistungen von den Krankenkassen dann auch nicht mehr zu bezahlen.“ Zudem müsse es den Krankenkassen möglich sein, Direktverträge mit Kliniken zu schließen. Patienten, die vor einem planbaren Eingriff stünden, sollten sich vorab schlau machen, wie es um die Qualität einer Klinik bestellt sei – etwa in den Qualitätsberichten der Häuser oder über den AOK-Krankenhaushausnavigator.

Die Zahl von bisher sieben existierenden Mindestmengen in Deutschland sei „angesichts der nachgewiesenen Volume-Outcome-Zusammenhänge nicht besonders umfangreich“, betonte auch WIdO-Geschäftsführer Jürgen Klauber. Eine Chance, dies zu ändern, biete das seit 2016 geltende Krankenhausstrukturgesetz. „Der GBA kann neue Mindestmengen jetzt leichter festlegen.“ Die Entscheidung, wo genau die Mindestmenge liegt, sei immer „ein normativer Akt“. Ein konkreter Schwellenwert lasse sich wissenschaftlich nicht ableiten.

Entscheidend sei, so Klauber weiter, dass eine eingeführte Mindestmenge „Messlatte für alle Kliniken ist – so wie



Geschick und Erfahrung: Studien belegen den Zusammenhang zwischen der Häufigkeit einer Operation und dem Behandlungserfolg.

Geschwindigkeitsbeschränkungen im Straßenverkehr für alle Autofahrer gelten“. Temporäre Ausnahmen von einer Mindestmengen-Regelung seien nur dann gerechtfertigt, wenn „gute strukturelle Gründe“ vorlägen. Das sei etwa der Fall, „wenn an einer Klinik eine neue Einheit mit einem neuen Chefarzt aufgebaut wird“.

Kürzere OPs, weniger Komplikationen.

„Je mehr Fälle eine Klinik hat, umso besser ist die Behandlung. Dieser Zusammenhang ist evident“, unterstrich Professor Dr. Hartwig Bauer, ehemaliger Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Einen positiven Zusammenhang zwischen Behandlungshäufigkeit und Behandlungsergebnis gebe es aber nicht nur auf der Klinikenebene, sondern auch mit Blick auf die Spezialisierung des Chirurgen selbst. „Es besteht

kein Zweifel, dass in einem Fach wie der Chirurgie handwerkliche Geschicklichkeit mit dem hier besonders relevanten Übung-macht-den-Meister-Prinzip gefragt ist.“ Erfahrung und Routine eines Operateurs zeigten sich in kürzeren Operationszeiten und geringeren Komplikationsraten, so Bauer. Eine solche „Lernkurve“ sei im Rahmen von Weiterbildungen nicht zu erreichen. Im Übrigen würde kein Chirurg im Bedarfsfall für sich selbst ein Krankenhaus auswählen, das einen komplexen Eingriff nur zwei Mal im Jahr macht. ■

Lesetipp

Klauber, Jürgen/Geraedts, Max/Friedrich, Jörg/Wasem, Jürgen (Hrsg.): **Krankenhaus-Report 2017**; 496 Seiten. 59,99 Euro. Schattauer-Verlag, Stuttgart.

Raus aus der Blackbox

Berichte über Lieferengpässe bei Medikamenten häufen sich. Jetzt zeigen Studien: Die Versorgung bei patentfreien Arzneimitteln in Apotheken ist gesichert. Ernsthafte Schwierigkeiten gibt es in den Kliniken. **Von Thomas Hommel**

Dass im Krankenhaus Medikamente fehlen, mag mancher für einen schlechten Scherz halten. Tatsächlich aber ist das Problem sehr real – und gewinnt sogar an Schärfe, wie aus aktuellen Studien der AOK Baden-Württemberg (*siehe Kasten*), des Bundesverbandes Deutscher Krankenhausapotheker (ADKA) sowie der Gesellschaft für statistische Gesundheitsforschung hervorgeht. Tenor der Untersuchungen: Während die Versorgung mit Arzneimitteln durch die Apotheken in Deutschland vor allem bei patentfreien Medikamenten gesichert ist, zeigen sich in Krankenhäusern ernste Probleme.

„Die Arzneimittelverfügbarkeit in den öffentlichen Apotheken im Land ist sehr gut – zumindest was die patentfreien Arzneimittel anbetrifft“, sagte der Vorstandsvorsitzende der AOK Baden-Württemberg, Dr. Christopher Hermann, bei der Vorstellung der Untersuchungen in Berlin. Bei lediglich 0,6 Prozent aller 2016 zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechneten Arzneimittel hätten die Apotheken ein Lieferversagen des Herstellers dokumentiert und ein

austauschbares Präparat abgeben müssen. Große Probleme gebe es aber bei patentgeschützten Arzneimitteln – Präparate, für die es keine Alternative gibt – sowie bei speziellen Arzneimitteln in der Klinik.

So waren laut Untersuchung der Klinikapotheker im Februar dieses Jahres Arzneimittel mit 280 verschiedenen

Das Prinzip der Freiwilligkeit bei der Meldung von Lieferengpässen hat versagt.

Wirkstoffen in den Kliniken nicht verfügbar – darunter 30 Wirkstoffe, die die jeweilige Krankenhausapotheke als „versorgungskritisch“ einstufte, wie ADKA-Präsident Rudolf Bernard erläuterte. Von den betroffenen Arzneimitteln dieser 30 Wirkstoffe hätten die verantwortlichen Hersteller nur acht an das zuständige Bundesinstitut für Arzneimittel (BfArM) gemeldet. Dieser Vorgang offenbare drei grundsätzliche Probleme, so Bernard. „Es fehlen für die Versorgung in der Klinik wichtige Arzneimittel, es wird von den Verantwortlichen nicht transparent gemacht und das Ganze hat keinerlei Konsequenzen für die Hersteller.“

Bundesinstitut als Trustcenter. AOK-Chef Hermann forderte angesichts der sich verschärfenden Lieferengpässe eine umfassende Transparenzoffensive. „Wir müssen raus aus der Blackbox der Arzneimittelversorgung.“ Niemand könne derzeit mit Sicherheit sagen, wie viele Packungen eines Arzneimittels bei Herstellern, Großhandel, Klinik- oder Offizin-Apotheken wo vorhanden seien.

Dass die Pharmahersteller mit dem Arzneimittelversorgungsstärkungs-

gesetz (AMVSG) verpflichtet würden, Engpässe an die Klinikapotheken zu melden, sei ein erster, wichtiger Schritt. „Es muss aber darüber hinaus um gesetzlich sanktionierbare Pflichten und Nachhaltung gehen.“ Besonders dringlich sei es, die Rolle des BfArM zu stärken. Hersteller wie alle anderen für die Handelskette von Arzneimitteln wichtigen Akteure müssten dem BfArM regelmäßig ihre Lagerbestände melden. Auf diese Weise unterlägen alle Beteiligten „einem Begründungszwang zu sagen, was sie tun“.

Professor Dr. Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, betonte, die vorgelegten Studien machten deutlich, dass die Hersteller das Prinzip der Freiwilligkeit bei der Meldung von Liefer- und Versorgungsengpässen ausnutzten, um ihre Lieferfähigkeit zu beschönigen. Nötig sei daher eine umfassende Meldepflicht für die Pharmaunternehmen „mit klar definierten Sanktionierungsmöglichkeiten“. Nur so lasse sich die überfällige Transparenz bei der Versorgung mit Medikamenten schaffen.

Meldung direkt ans Krankenhaus. Der stellvertretende Vorsitzende der SPD-Bundestagsfraktion, Professor Dr. Karl Lauterbach, sagte, Lieferengpässe bei wichtigen Arzneien in Kliniken seien „keine Kleinigkeit mehr, sondern ein wachsendes Problem“. Dies gelte vor allem für die Versorgung von Krebspatienten. Daher führe die Koalition mit dem AMVSG eine Meldepflicht von Pharmaunternehmen an die Krankenhäuser ein, sollten Engpässe absehbar sein. Da 95 Prozent aller Arzneimittel direkt vom Hersteller an den Klinikapotheker gingen, mache die Regelung Sinn. Lauterbach fügte aber hinzu: „Sollte der Schritt nicht wirken, werden wir nachlegen.“ ■

Verfügbarkeit in Apotheken

Eine deutliche Mehrheit der Deutschen vergibt gute Noten für die Versorgung mit Arzneimitteln in Apotheken. Das geht aus einer aktuellen Forsa-Umfrage unter 2.000 Bundesbürgern im Auftrag der AOK Baden-Württemberg hervor. Auch wenn ein Arzneimittel bestellt werden musste, konnte es in 99 Prozent aller Fälle spätestens am Folgetag an den Patienten ausgehändigt werden. Allerdings geben 40 Prozent der Befragten an, in den Apotheken mindestens einmal ein sogenanntes baugleiches Ersatzarzneimittel erhalten zu haben, weil die Alternative in den Apotheken oder bei den Herstellern nicht verfügbar gewesen sei. **Mehr Infos: www.aok-bw.de > Presse**

SHOPPING KANN TÖDLICH SEIN.*



WENN SIE
DESHALB NICHT ZUR
**DARMKREBS-
VORSORGE**
GEHEN.

Nehmen Sie sich die Zeit. Gehen Sie zum Arzt.
Denn früh erkannt, ist Darmkrebs harmlos.

Mehr Informationen unter: felix-burda-stiftung.de



**FELIX BURDA
STIFTUNG**



Tiefer eintauchen!

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

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



G+G
Gesundheit und Gesellschaft



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



Viermal im Jahr:
G+G-Wissenschaft

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

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

www.kompart.de/shop



Name Ich bezahle per Bankeinzug Ich bezahle per Rechnung

Straße IBAN BIC

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

PLZ/Ort Datum, Unterschrift

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

KomPart
Ihr KommunikationsPartner

Damit sie es nicht tun

Manche Jugendliche fühlen sich sexuell zu Kindern hingezogen. Seit drei Jahren gibt es für sie in Berlin ein spezielles Therapieangebot. Ab 2018 soll es Teil eines Modellprojekts der gesetzlichen Krankenversicherung werden. **Von Thomas Hommel**

Oft merken die jungen Männer, dass etwas mit ihnen nicht stimmt. Wenn sie zum Beispiel im Sommer ins Freibad gehen und Kinder im Wasser planschen sehen. Und sie plötzlich erregt sind, weil diese Kinder in ihrer sexuellen Fantasie auftauchen. Wie umgehen mit einer solchen Fantasie? Sich verkriechen und hoffen, dass sie verschwindet? Und was, wenn sie wiederkehrt? Wem sich anvertrauen?

Eine Anlaufstelle bieten Therapeuten, die im Rahmen des Berliner Modellprojekts „Primäre Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch durch Jugendliche“ (PPJ) arbeiten. Das Angebot des Universitätsklinikums Charité und der Vivantes-Kliniken gibt es seit 2014. Es richtet sich an zwölf- bis 18-Jährige. Denn nicht nur Erwachsene, auch Jugendliche können sich sexuell zu Kindern hingezogen fühlen.

Therapie verhindert Missbrauch. „Für diese Jugendlichen ist es entscheidend, kompetente Ansprechpartner für eine Problematik zu finden, die sie sonst niemandem anvertrauen würden“, betont Professor Dr. Klaus M. Beier, Leiter des Charité-Instituts für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, an dem das PPJ-Projekt angesiedelt ist. Die jungen Menschen seien „stark motiviert“, ihr Verhalten so zu kontrollieren, dass sie nicht übergriffig werden. „Nach unseren bisherigen Erfahrungen ist dies auch in allen Fällen erreicht worden“, sagt Beier, der auch Initiator des bereits 2005 gestarteten Präventionsnetzwerkes „Kein Täter werden“ ist (siehe Kasten).

Bislang haben sich 134 Jugendliche oder deren Eltern an das Berliner Präventions- und Forschungsprojekt gewendet. Viele der Betroffenen nehmen über die Telefonhotline oder über das Internet (www.du-trauemst-von-ihnen.de) Kontakt zu den Projektmitarbeitern auf. Im

Therapie unter Schweigepflicht

Das Projekt „Primäre Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch durch Jugendliche“ (PPJ) knüpft direkt an Erkenntnisse des Netzwerkes „Kein Täter werden“ an, das bereits 2005 in Berlin startete. Das Netzwerk bietet inzwischen an mehreren Standorten – darunter Düsseldorf, Gießen, Kiel, Mainz, Hamburg, Hannover, Leipzig, Regensburg, Stralsund und Ulm – ein kostenloses und durch die Schweigepflicht geschütztes Behandlungsangebot für Menschen, die sich sexuell zu Kindern hingezogen fühlen und daher therapeutische Hilfe suchen. Ziel der Initiatoren ist es, ein flächendeckendes Angebot in ganz Deutschland zu etablieren. **Mehr Informationen unter: www.kein-taeter-werden.de**

Schnitt sind die Teenager 15 Jahre alt und, bis auf ein Mädchen, alles Jungen. Ähnlich sei auch die Verteilung bei den Erwachsenen, sagt Beier. So komme es bei Frauen sehr selten vor, dass sie sich zu Kindern sexuell hingezogen fühlen. Von der männlichen Bevölkerung sei etwa ein Prozent betroffen.

Kontrolle über die Fantasie. Bislang haben im Rahmen des Berliner Projekts 65 Jugendliche die Diagnostik abgeschlossen, 41 von ihnen konnte ein therapeutisches Angebot unterbreitet werden. Am Anfang steht dabei eine ausführliche Anamnese, in die auch die Eltern einbezogen sind. Stellt sich heraus, dass ein Jugendlicher der Behandlung bedarf, beginnt die Therapie – allein oder in der Gruppe. In Gesprächen und Rollenspielen versuchen die Ärzte zu erreichen, dass die Jugendlichen sich in ihre potenziellen Opfer hineinversetzen, ihre sexuellen Fantasien verstehen und diese kontrollieren können.

In einigen Fällen kommen auch Medikamente zum Einsatz – sogenannte sele-

ktive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer. Sie werden von Medizinerinnen für gewöhnlich bei Depressionen verordnet, helfen aber auch, sexuelle Impulse zu beherrschen.

Für die Jugendlichen sei ihre sexuelle Präferenz oft eine schwere seelische Bürde, sagt Beier. Sie wüssten oder spürten, dass die Gesellschaft wenig bis kein Verständnis aufbringe. Die Natur liebe die Vielfalt. „Die Kultur hasst sie.“

Keine Diagnose Pädophilie. Wichtig ist den Projektverantwortlichen, dass sie grundsätzlich keine Diagnose „Pädophilie“ an unter 16-Jährige vergeben. „Stattdessen sprechen wir von einer sexuellen Präferenzbesonderheit oder Ansprechbarkeit“, erklärt Tobias Hellenschmidt, leitender Oberarzt an der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie des Vivantes Klinikums Berlin-Friedrichshain. Im Vordergrund stehe stets das Ziel, durch eine gezielte Therapie Kindesmissbrauch zu verhindern.

Ein Anliegen, das auch der Staatssekretär im Bundesfamilienministerium, Dr. Ralf Kleindiek, unterstreicht. Das Ministerium finanzierte das Pilotprojekt bislang mit mehr als 600.000 Euro. „Kinderschutz“, betont Kleindiek, „funktioniert nur, wenn wir beide Seiten im Blick haben.“ Die Mädchen und Jungen, die vor sexueller Gewalt geschützt werden müssten, aber auch die sexuell auffälligen Jugendlichen, die potenziell Übergriffe begehen könnten.

Das Ministerium, so Kleindiek, werde die Finanzierung des Berliner Pilotprojekts daher bis Ende dieses Jahres mit weiteren 200.000 Euro „überbrücken“. Ab dem kommenden Jahr greife dann ein Modellprojekt der gesetzlichen Krankenversicherung, um die Therapien zu finanzieren. ■

Eigene Regeln für die Pflege

Geld- oder Sachleistungen oder nichts – in Europa ist die Hilfe für Pflegebedürftige höchst unterschiedlich geregelt. Das macht grenzüberschreitende Leistungen kompliziert. Die Europäische Kommission will das nun ändern. **Von Thomas Rottschäfer**

Die Brüsseler Kommission hat kürzlich der zuständigen Ratsgruppe den Entwurf für eine Reform der europäischen Vorschriften zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit vorgestellt. Die Regeln sollen an neue Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt, in der Gesellschaft und in den nationalen Sozialsystemen angepasst werden. Einer der Schwerpunkte sind die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit. Sie sollen erstmals in einem eigenen Kapitel definiert werden.

Damit betritt Brüssel Neuland. Denn bisher werden Pflegeleistungen im europäischen Regelwerk wie Leistungen bei Krankheit behandelt. „Es ist jedoch wichtig, die Besonderheiten der Pflege zu berücksichtigen und klarer gegen Krankenversicherungs- und Sozialhilfeleistungen abzugrenzen“, sagt Elisabeth Reker-Barske, Leiterin des Bereiches Europa/Internationales beim AOK-Bundesverband. „Die zunehmende Mobilität wird immer häufiger dazu führen, dass pflegende Angehörige und Pflegebedürftige im jeweiligen Land einem unterschiedlichen Sozialrecht unterliegen.“ Die AOK begrüßt daher die von der Kommission geplante Reform.

Neue EU-Vorschriften sollten konkret und klar beantworten, was Pflegesachleistungen sind und ob, in welchem Umfang und unter welchen Voraussetzungen ein Anspruch auf Pflegeleistungen bei



vorübergehendem Aufenthalt in einem anderen EU-Staat besteht. Nach Vorstellung der Brüsseler Kommission soll die Koordinierung der Logik der Vorschriften bei Krankenleistungen folgen. „Das ist grundsätzlich sinnvoll. Aber wo es sachliche Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Pflege- und Krankenleistungen gibt, brauchen wir gesonderte Regeln“, betont Europaexpertin Reker-Barske.

Flickenteppich bei der Pflege. Die EU-Kommission steht vor einem grundsätzlichen Problem: In allen 28 Mitgliedstaaten gibt es eine Krankenversicherung. Im Bereich Pflege jedoch fehlt eine gemeinsame Basis. Sechs Länder kennen keine staatlichen Pflegeleistungen. Dazu gehört beispielsweise Italien. In zehn

Ländern, darunter Griechenland oder Tschechien, gibt es keine Sachleistungen und in Belgien und anderen EU-Ländern nur Pflegegeld.

Dadurch wird das Koordinieren von Leistungen kompliziert. Reker-Barske nennt ein Beispiel: „Ein Portugiese hat in Portugal und Deutschland gearbeitet und bezieht eine portugiesische und eine deutsche Rente. Er lebt wieder in Portugal und wird dort pflegebedürftig. In seiner Heimat gibt es eine Krankenversicherung, aber keine Pflegeleistungen. Nach dem Vorschlag der EU-Kommission wäre deshalb Deutschland für die Pflegeleistungen zuständig und Portugal für Leistungen bei Krankheit. Das aber widerspricht dem EU-Prinzip ‚nur ein Land, ein Beitrag‘ und muss unbedingt vermieden werden.“

Finanzielle Lasten fair verteilen. Auf Kommission, Rat und Europaparlament kommt viel Detailarbeit zu, um die Ziele der Reform umzusetzen: mehr Freizügigkeit für die Bürger, mehr Rechtsklarheit, einfachere Verwaltungsverfahren und klare Zuständigkeiten. Vor allem aber wird es darauf ankommen, finanzielle Lasten fair zu verteilen. „Es soll weder die Gefahr des Leistungsverlustes noch von Doppelzahlungen geben“, erläutert Reker-Barske. Die Spitzen von EU-Parlament, Rat und Kommission haben die bessere Koordinierung der Pflege-, Arbeitslosen- und Familienleistungen als vorrangige EU-Gesetzesinitiative 2017 bezeichnet. Angesichts der komplexen Materie rechnen Experten jedoch mit einem mehrjährigen Gesetzgebungsverfahren. ■

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

Europas Vorschriften zur Koordinierung der sozialen Sicherheit

Die Regeln sorgen dafür, dass niemand, der in ein anderes Mitgliedsland zieht, seinen Sozialschutz verliert. Sie helfen festzustellen, unter welches nationale System ein EU-Bürger fällt, der in einem anderen Mitgliedstaat arbeitet oder lebt. Jeder Bürger genießt immer nur den Schutz eines Sozialsystems und zahlt nur in einem Land Beiträge. Anspruch auf Leistungen hat er in dem Land, in dem er Beiträge zahlt. Wer in einem anderen EU-Staat versichert ist, hat dieselben Rechte und Pflichten wie dessen Staatsangehörige. Wer Anspruch auf eine Geldleistung von einem Mitgliedstaat hat, kann diese Leistung auch erhalten, wenn er in einem anderen EU-Land lebt.

Mehr Infos: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=849&langId=de>

„Der Bedarf an Betreuung ist groß“

Pflegende Angehörige brauchen regelmäßig Auszeiten, weiß Jörg Veil. Der Manager bietet als Lizenznehmer eines US-amerikanischen Unternehmens auf dem deutschen Markt Betreuungsleistungen für Senioren an – und will weiter expandieren.

Herr Veil, was genau machen Betreuungskräfte von Home Instead?

Veil: Sie kümmern sich um Menschen mit Demenz und entlasten die pflegenden Angehörigen. Sie übernehmen Tätigkeiten im Haushalt, wie beispielsweise Wäsche waschen, Bügeln, Staubsaugen. Aber die Betreuungskräfte begleiten unsere Kundinnen und Kunden auch zum Arzt oder erledigen Einkäufe, kochen und essen gemeinsam mit ihnen. Es geht darum, die Menschen zu aktivieren.

Wer bucht Ihre Dienste?

Veil: Rund 90 Prozent sind Menschen, die einen Pflegegrad haben oder die wir bei der Antragstellung unterstützen. Zudem bieten wir Familienpflege, wenn die Haupterziehungsperson von Kindern unter zwölf Jahren krankheitsbedingt ausfällt. Etwa 60 Prozent unserer Kunden im Seniorenbereich haben eine Demenz. Die Nachfrage geht häufig von pflegenden Angehörigen aus, die stundenweise eine Auszeit brauchen. Die Kunden werden durch lokale Netzwerkarbeit auf uns aufmerksam: Wir machen uns bekannt bei Ärzten, Apotheken, Krankenhäusern, Beratungsstellen oder Pflegediensten, deren Leistungen wir ergänzen.

Welche Qualifikation haben Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter?

Veil: Bei uns arbeiten angelernte Hilfskräfte. Sie kommen aus den unterschiedlichsten Bereichen. Deutlich über 90 Prozent der Betreuungskräfte sind Frauen. Wir bieten mehr als reine Haushaltshilfe, und die Kunden beziehungsweise die Kassen zahlen auch mehr dafür, 25 bis 30 Euro pro Stunde. Unsere Mitarbeiterinnen beziehen die Seniorinnen und Seni-

oren aktiv in ihre Tätigkeiten ein. Sie machen das, was sonst die Angehörigen machen. In jeder unserer Einrichtungen arbeiten mindestens zwei leitende Pflegefachkräfte, das ist für die Kassenzulassung Pflicht. Sie planen die Einsätze und achten darauf, dass die Menschen zueinander passen. Der Nasenfaktor muss stimmen.

ungsweise Angehörigen, sowohl telefonisch als auch bei den Pflegevisiten. Unsere Mitarbeiterinnen bauen in einer Eins-zu-Eins-Betreuung eine Beziehung zu den Pflegebedürftigen auf. Wir nennen das Bezugsbetreuung. Wenn sie gut miteinander klarkommen, ist der Kunde zufrieden und der Angehörige glücklich.



Wir achten darauf, dass die Menschen zueinander passen. Der Nasenfaktor muss stimmen.

Jörg Veil

Was verdienen die Betreuungskräfte bei Home Instead und wer bezahlt sie?

Veil: Wir orientieren uns am Mindestlohn für Pflegehilfskräfte, zahlen etwa zehn bis elf Euro pro Stunde. Ein Teil der Mitarbeiter hat 450-Euro-Verträge, andere arbeiten in Teilzeit 15 bis 25 Stunden pro Woche. Die meisten unserer Leistungen werden von den Pflegekassen finanziert. Wenn Kunden mehr Betreuung wünschen, als die Kasse trägt, zahlen sie privat zu. Etwa fünf Prozent unserer Kunden sind reine Selbstzahler.

Wie sichern Sie die Qualität der Arbeit?

Veil: Zunächst dadurch, dass eine der leitenden Fachkräfte die Mitarbeiterin beim ersten Einsatz begleitet, sie vorstellt und einweist. Wir haben danach regelmäßig Kontakt zu den Kunden bezie-

Wie groß ist die Nachfrage nach Ihren Leistungen?

Veil: Wir werden 2017 weitere 20 bis 25 ambulante Dienste mit Schwerpunkt Betreuung an den Start bringen und wollen weiter wachsen – bis zu etwa 150 Betrieben deutschlandweit. Der Bedarf an Betreuung ist groß, und er wird noch zu wenig gedeckt. Häufig werden noch Pflegeleistungen angefordert, wo Betreuung vielleicht passender wäre. ■

Das Interview führte Änne Töpfer.

Zur Person

Jörg Veil erwarb vom US-amerikanischen Unternehmen Home Instead Senior Care die Masterlizenz für den deutschen Markt. 2008 gründete er einen Pilotbetrieb und bietet mit inzwischen 52 Franchise-Partnern deutschlandweit Betreuungsleistungen an.



Schnelle Hilfe für kranke Seelen

In der Praxis anrufen, einen Termin bekommen, die Sprechstunde aufsuchen, eine Therapie beginnen – seelisch kranke Menschen sollen künftig leichter Hilfe finden. **Birgit Schliemann** beschreibt die Details der neuen Psychotherapie-Richtlinie.

Bei der Hausärztin berichtet Marian P. von Panikattacken und Schlaflosigkeit. Der 45-Jährige bewältigt seinen Alltag nur mit großer Mühe. Die Ärztin empfiehlt ihm, einen Psychotherapeuten aufzusuchen, damit dieser den Verdacht auf eine psychische Erkrankung überprüfen und klären kann, welche Behandlung Marian P. helfen würde. Nach einiger Überwindung wählt der Patient die Nummer einer psychotherapeutischen Praxis. Ein Anrufbeantworter sagt an, zu welchen Zeiten der Therapeut telefonisch erreichbar ist. Marian P. ruft erneut an, aber es gelingt ihm nicht, zeitnah einen Termin für ein erstes Gespräch zu vereinbaren. Erst mit Unterstützung seines Hausarztes und etwas Glück findet er therapeutische Hilfe – Wochen nach dem ersten Arztbesuch.

Dieser fiktive Fall fasst zusammen, was viele Patienten berichten und was Arbeitgeber sowie Ärzte beklagen. Zwar ist die Häufigkeit der psychischen Erkrankungen seit Jahrzehnten nahezu unverändert. Dennoch warten Patienten immer länger auf eine Therapie: Analysen verschiedener Autoren zeigen, dass

die Wartezeit zwischen vier Wochen bis zu einem halben Jahr beträgt. Daten der Krankenkassen deuten darauf hin, dass sich die Dauer einer psychischen Erkrankung damit zumindest um die Zeit, in der ein Patient nicht behandelt wird, verlängert. Interessenvertreter der Psychotherapeuten haben deshalb einen Mangel an Praxissitzen diagnostiziert und neue Zulassungen gefordert, um die Wartezeit zu reduzieren.

Neue Leistungen ab April. Vor diesem Hintergrund waren sich die Partner der Selbstverwaltung – Krankenkassen, Ärzte und Psychotherapeuten – über den Reformbedarf einig. Sie wollten erreichen, dass sich die Wartezeiten bis zum ersten Kontakt mit einem Psychotherapeuten deutlich verkürzen, damit Patienten zügig eine erste Orientierung und Behandlungsempfehlungen erhalten. Der Gesetzgeber erteilte dem Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) mit dem Versorgungsstärkungsgesetz dann auch 2015 den Auftrag, die Bedarfsplanungs-Richtlinie zu überprüfen und die Psychotherapie-Richtlinie zu überarbeiten. Der Auftrag lautete, das Therapieangebot zu flexibilisieren,

psychotherapeutische Sprechstunden einzurichten, die frühzeitige diagnostische Abklärung, die Akutversorgung, Gruppentherapien und die Vorbeugung vor Rückfällen (Rezidiven) zu fördern sowie das Antrags- und Gutachterverfahren zu vereinfachen. Gleichzeitig verpflichtete der Gesetzgeber die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), zeitnahe Termine für die psychotherapeutische Versorgung sicherzustellen. Im Oktober 2016 trat die neue Psychotherapie-Richtlinie in Kraft. Bis Ende März 2017 wird die Vergütung festgelegt. Ab April 2017 können Patienten die neuen Leistungen in Anspruch nehmen.

Facharzt empfiehlt Therapie. Für Versicherte sind die Strukturen und Angebote zur Versorgung psychischer Erkrankungen mitunter schwer zu überblicken. An der psychotherapeutischen Versorgung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beteiligen sich in Deutschland Ärzte, Psychologen und für Kinder zusätzlich (Sozial-)Pädagogen. Voraussetzung für die Zulassung zur Psychotherapie ist eine abgeschlossene Weiterbildung in mindestens einem der drei vom GBA anerkannten psychotherapeutischen Verfahren: Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Therapie oder analytische Therapie (*sogenannte Richtlinien-therapie, siehe Glossar auf Seite 26*). Die Diagnose einer psychischen Erkrankung mit Empfehlung zur Therapie erhalten Patienten in der Regel von einem qualifizierten Facharzt, der zugleich einen körperlichen Befund erheben kann, oder von einem psychologischen Psychotherapeuten in Zusammenarbeit mit einem Arzt.

Flexibler Zugang je nach Behandlungsanlass. Damit Patienten zeitnah den Zugang zur Versorgung erhalten, bedurfte es einer strukturellen Neuordnung. Psychotherapeutische Praxen sollen künftig Zeiten mit persönlicher telefonischer Erreichbarkeit sowie regelmäßige Sprechstunden in einem Mindestumfang anbieten und bei den KVen anzeigen. In der Sprechstunde werden die Weichen für weitere Behandlungen gestellt. Der Patient erhält Empfehlungen für geeignete Therapien und eine Patienteninformation mit Befundbericht. Nicht jeder Patient benötigt eine Psychotherapie. Mitunter leisten beispielsweise Erziehungs- und Eheberatung, Selbsthilfegruppen oder der gemeindepsychiatrische Dienst der Gesundheitsämter spezifische Hilfe. Besteht jedoch ein psychotherapeutischer Bedarf, kann der Patient in Zukunft ohne Zeitverzug im Anschluss an die Sprechstunde eine Akutversorgung erhalten oder eine Richtlinien-therapie beginnen. Psychotherapeuten können diese Leistungen ohne formale Genehmigung durch die Krankenkasse sehr flexibel je nach Behandlungsanlass einsetzen (*siehe Übersicht „Kurze Wege zur passenden Psychotherapie“ auf Seite 25*).

Die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigung unterstützen den stringenten Ablauf und stellen das Angebot sicher. Auf Anfrage der Versicherten sollen sie innerhalb von einer Woche einen Termin beim niedergelassenen Psychotherapeuten vermitteln. Kann sie diesen nicht in einem Zeitrahmen von vier Wochen anbieten, muss die Terminservicestelle inner-

halb einer weiteren Woche für eine ambulante Versorgung in einem Krankenhaus sorgen. Eine Überweisung, beispielsweise durch den Hausarzt, ist nicht erforderlich. Es wird jedoch vorausgesetzt, dass es sich nicht um eine Bagatellerkrankung handelt. Zudem muss der Patient bereit und in der Lage sein, eine halbe Stunde Anfahrt zusätzlich zum nächsten erreichbaren Psychotherapeuten in Kauf zu nehmen, sofern individuelle Mobilität und die örtlichen Verhältnisse beziehungsweise die Verkehrsanbindung das zulassen. Die Verhandlungspartner im GBA rechnen mit einer Anlaufphase von einem Jahr, bis die Nachfrage nach Erstgesprächen im Rahmen der Sprechstunde gedeckt wird und ein flächendeckendes Angebot verfügbar ist.

Mit der Neuregelung der Richtlinien-Psychotherapie verbindet sich die Erwartung, dass die Versorgung an Effizienz gewinnt, sich die zeitlichen Ressourcen der Psychotherapeuten flexibler nutzen lassen und sich die Wartezeiten verkürzen.

Der Gesetzgeber hat den GBA im Versorgungsstrukturgesetz zugleich beauftragt, die Anzahl der psychotherapeutischen Praxissitze auf eine kleinräumigere wohnortnähere Planung hin zu überprüfen. Neuere Veröffentlichungen nehmen Bezug darauf und fordern, die Berechnungsmethode zur Ermittlung der für die Versorgung bedarfsgerechten Anzahl an Praxissitzen zu verändern und weitere Zulassungen insbesondere in ländlichen Regionen zu ermöglichen.

Die ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten stellen zusammen immerhin die zweitgrößte Gruppe in der Bedarfsplanung nach den Hausärzten. Seit 2012 konnten zur Verringerung des Stadt-Land-Gefälles zusätzlich rund 1.450 Psychotherapeuten zugelassen werden.

Praxissitze bedarfsgerecht verteilen. Keiner der insgesamt 391 Planungsbereiche der KVen gilt derzeit als unterversorgt mit Psychotherapeuten. In 37 Planungsbereichen bestehen noch Zulassungsmöglichkeiten. Gleichzeitig sind 203 Planungsbereiche für Zulassungen gesperrt und 151 Planungsbereiche (immerhin knapp 40 Prozent) haben einen Versorgungsgrad von über 140 Prozent. In diesen Planungsbereichen sollten die KVen seit 2015 auf Nachbesetzungen verzichten und die Praxissitze aufkaufen, sofern bestimmte Bedingungen erfüllt sind. Betroffen wären derzeit rund 4.115 Praxen (gerechnet auf volle Versorgungsaufträge). Bislang haben die KVen von der Möglichkeit jedoch kaum Gebrauch gemacht. Objektiv und nach den Maßstäben der gegenwärtig gültigen Bedarfsermittlung ist daher kein Mangel an Psychotherapeuten nachweisbar. Gleichwohl sind die Sitze nicht bedarfsgerecht verteilt.

Der GBA muss daher die Frage klären, was den Bedarf an zusätzlichen Therapeuten begründet. Die Debatte zum Thema liefert einige Ansatzpunkte: die Verteilung von Krankheitshäufigkeit einerseits und Sitzen andererseits, überregionale Mitversorgung und regionale Effekte, Verlagerungen in der Diagnosebegründung von Arbeitsunfähigkeiten und Verrentungen, das Zusammenspiel von Kliniken und ambulanter Versorgung und schließlich die abnehmende Stigmatisierung psychischer Krank-

Patienten können bei Bedarf künftig ohne Zeitverzug eine Akutbehandlung erhalten.

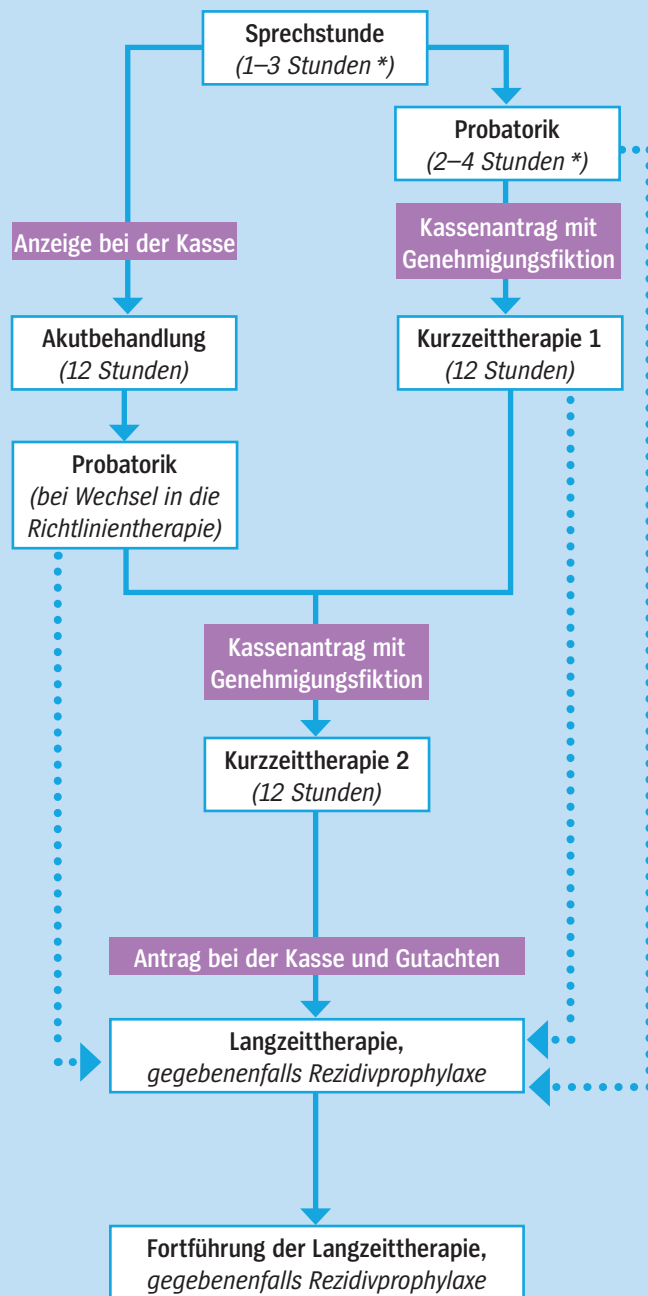
heiten. Ein Konsortium von Wissenschaftlern hat im Januar 2017 den Auftrag bekommen, die Methodik zur Bedarfsermittlung zu überprüfen. Erste Ergebnisse sind Ende 2017 zu erwarten.

Schneller Zugang zum Psychotherapeuten. Ein Drittel der Patienten, die sich in der Vergangenheit für eine Psychotherapie entschieden, beendeten diese nach rund zwölf Sitzungen. Der Rest setzte die Therapie fort, wobei nur ein Fünftel der Patienten mehr als 25 Sitzungen benötigte. Etwa zwei Prozent der Versicherten ließen sich in Gruppen behandeln. Die GKV orientierte sich bei der Neufassung der Leistungen der Psychotherapie-Richtlinie einerseits an diesen Zahlen. Gleichzeitig verfolgte sie aber das Ziel, den Einstieg in die Behandlung zu erleichtern, die Behandlungsabschnitte deutlicher abzugrenzen, die Attraktivität der Gruppentherapie zu erhöhen und weder die Psychotherapeuten, noch die Versicherten mit Anträgen und Genehmigungsverfahren zu belasten. Ergebnis ist das vorliegende Leistungspaket, dessen wesentliche Regelungen den Vorstellungen der GKV entsprechen.

Nach der neuen Psychotherapie-Richtlinie müssen Psychotherapeuten mit vollem Versorgungsauftrag 200 Minuten pro Woche telefonisch persönlich erreichbar sein, bei einem hälftigen Versorgungsauftrag 100 Minuten. Sie veröffentlichen diese Zeiten und teilen sie der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung mit. Jede Praxis mit einem vollen Versorgungsauftrag bietet nach den neuen Regelungen zudem Sprechstunden von 100 Minuten pro Woche an, 50 Minuten mit einem hälftigen Versorgungsauftrag. Die Sprechstunde garantiert dem Versicherten einen schnellen und unkomplizierten Zugang zur psychotherapeutischen Erstversorgung im Krankheitsfall. Die Patienten können sie bis zu sechs Mal mit einer Dauer von jeweils 25 Minuten in Anspruch nehmen. Ohne eine Sprechstunde von mindestens 50 Minuten Dauer besucht zu haben, erhalten Patienten keine therapeutische Versorgung durch einen Psychotherapeuten. Das gilt für Akutversorgung und Richtlinien-Psychotherapie einschließlich Probatorik (Erstgespräche zur weiteren Klärung vor Therapiebeginn). Ausnahmen gibt es im Anschluss an eine Behandlung im Krankenhaus oder in einer Rehaklinik auf Grund einer psychischen Erkrankung.

Unbürokratisch in die Akutversorgung. Die Sprechstunde dient der Abklärung, ob ein Verdacht auf eine krankheitswertige Störung vorliegt und welche weiteren fachspezifischen Hilfen auf Kosten der GKV möglich und notwendig sind. Besteht der Verdacht auf eine seelische Krankheit, bietet der Therapeut eine orientierende diagnostische Abklärung und, sofern erforderlich, eine differenzialdiagnostische Abklärung an. Weiterhin erhält der Patient Beratung und Information, eine Klärung des individuellen Behandlungsbedarfs, eine erste Diagnosestellung und Behandlungsempfehlungen sowie Hinweise auf andere Hilfsmöglichkeiten. Eine kurze psychotherapeutische Intervention ist ebenfalls im Rahmen der Sprechstunde vorgesehen. Versicherte können im Anschluss an eine Sprechstunde ohne Antrags- und Genehmigungsverfahren eine Akutversorgung von bis zu zwölf Stunden in Anspruch nehmen. Das soll Patienten mit akuter Symptomatik entlasten und gegebenenfalls auf eine

Kurze Wege zur passenden Psychotherapie



Langzeittherapie kann unter Berücksichtigung der Höchstgrenzen je Verfahren und der zuvor in Anspruch genommenen Abschnitte zu jedem Zeitpunkt beantragt werden.
*) Kinder und Jugendliche zusätzlich zwei Stunden

Mit der neuen Psychotherapie-Richtlinie bekommen seelisch kranke Patienten leichter Zugang zur Behandlung. Sie suchen zunächst die nun eingerichtete Sprechstunde des Therapeuten auf, um den Behandlungsbedarf zu klären. Ist schnelle Hilfe vonnöten, kann dieser sofort eine Akutbehandlung einleiten. Hierfür wie auch für Kurzzeittherapien sind keine großen bürokratischen Hürden zu überwinden: Es reicht ein Antrag, die Genehmigung wird fiktiv vorausgesetzt („Genehmigungsfiktion“). Ein Gutachten ist erst vor Aufnahme einer Langzeittherapie vorgeschrieben. *Quelle: AOK-Bundesverband*

Diese Verfahren zahlen die Kassen

Analytische Psychotherapie

Die analytische Psychotherapie steht in der Tradition der klassischen Psychoanalyse. Sie geht davon aus, dass persönliche Lebenserfahrungen und deren konflikthafte unbewusste Verarbeitung psychische Erkrankungen mitverursachen oder aufrechterhalten. In der analytischen Psychotherapie stehen diese Lebenserfahrungen und deren Folgen und Verarbeitungen in der Gegenwart im Zentrum der Behandlung. Die analytische Psychotherapie ist eine Langzeittherapie und dauert zwei oder mehr Jahre mit in der Regel drei oder zwei Therapiesitzungen pro Woche. (Maximale Dauer bei Erwachsenen laut neuer Richtlinie: 300 Stunden Einzeltherapie, 150 Stunden Gruppentherapie; bei Kindern liegt die Höchstgrenze in allen drei Therapieformen niedriger)

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie geht wie die analytische Psychotherapie davon aus, dass alles, was wir fühlen, denken und entscheiden, auch von unbewussten psychischen Einflüssen abhängt. Zu diesen Faktoren gehören innere Konflikte, die das spätere Leben besonders bestimmen, wenn sie schon in den ersten Lebensjahren auftraten. Tiefenpsychologisch arbeitende Psychotherapeuten helfen, die unbewussten Faktoren der psychischen Beschwerden herauszufinden. Zugleich unterstützen sie Patienten dabei, ihre Konflikte besser zu lösen. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie findet in Einzelgesprächen, in der Regel ein- bis zweimal pro Woche, oder in einer Gruppe statt. Eine Therapie kann zwischen drei Monaten und zwei Jahren dauern. (Maximale Dauer laut Richtlinie: 100 Stunden Einzeltherapie, 80 Stunden Gruppentherapie)

Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie geht davon aus, dass die Menschen aufgrund psychischer und sozialer Merkmale sowie genetischer und körperlicher Faktoren unterschiedlich anfällig für psychische Erkrankungen sind. Vor diesem Hintergrund können belastende Erfahrungen oder Stress eine psychische Krankheit erstmals auslösen. Andere Faktoren, zum Beispiel stabile Beziehungen, können Menschen vor psychischen Krankheiten schützen. In der Verhaltenstherapie erarbeiten die Psychotherapeuten mit dem Patienten zunächst eine Erklärung für die seelische Erkrankung. Sie verabreden konkrete Therapieziele und leiten aus den Ursachen und Bedingungen der Erkrankung spezifische Behandlungsmaßnahmen ab. Die Anzahl und die Frequenz der Therapiesitzungen werden zwischen Patient und Psychotherapeut vereinbart. Die Behandlung dauert in der Regel ein halbes bis ein Jahr. (Maximale Dauer laut Richtlinie: 80 Stunden)

Quelle: Broschüre „Wege zur Psychotherapie“, herausgegeben von der Bundespsychotherapeutenkammer. Download: www.bptk.de > Patienten

weiterführende Therapie vorbereiten. Die Akutversorgung sollte innerhalb von 14 Tagen nach einer Konsultation in der Sprechstunde beginnen.

Flexibilität der Gruppentherapie erhöhen. Probatorische Sitzungen dienen der Einleitung einer ambulanten Richtlinien-Psychotherapie und können sich an eine Sprechstunde oder an die Akutversorgung anschließen. Sie dienen der weiteren diagnostischen Klärung des Krankheitsbildes und prüfen Eignung, Motivation, Kooperations- und Beziehungsfähigkeit der Patienten für ein bestimmtes Therapieverfahren. Künftig sollen mindestens zwei und bis zu vier probatorische Sitzungen von je 50 Minuten Dauer vor einer Erwachsenentherapie stattfinden. Für Kinder und Jugendliche werden zwei zusätzliche Sitzungen angeboten. Nach der Probatorik entscheiden Therapeut und Patient gemeinsam, ob und gegebenenfalls welche Form der Richtlinien-therapie geeignet ist. Der Patient kann im Anschluss daran sofort mit der Therapie beginnen.

Jedes der drei Richtlinienverfahren, sowohl die Verhaltenstherapie als auch die tiefenpsychologisch fundierte oder die analytische Psychotherapie, wird in der Regel zunächst als Kurzzeittherapie begonnen und, wenn nötig, als Langzeittherapie fortgesetzt. Alle Verfahren können als Einzel- oder Gruppentherapie sowohl für Erwachsene als auch für Kinder angeboten und nach dem individuellen Bedarf eingesetzt werden. Kurzzeittherapie umfasst nach der neuen Richtlinie zwei Abschnitte mit jeweils zwölf Stunden, die ohne größere bürokratische Hürden zeitnah beginnen können. Langzeittherapie schließt sich in der Regel an die Kurzzeittherapie an. Die Krankenkasse muss diese weiterhin genehmigen und ein Gutachter prüft, ob und wie die Therapie fortgesetzt werden soll. Die Anzahl der Stunden hängt vom jeweiligen Verfahren ab. In allen Richtlinienverfahren können Patienten Gruppentherapien mit drei bis maximal neun Teilnehmern in Anspruch nehmen. Sie können flexibel Einzel- und Gruppentherapien kombinieren oder zwischen beiden wechseln. Im Rahmen einer gemeinsamen Behandlung können zwei Therapeuten jeweils Einzel- und Gruppentherapie für den gleichen Patienten anbieten. Die Rezidivprophylaxe (Vorbeugung vor Rückfällen) zur Stabilisierung des Behandlungserfolges ist Bestandteil der Langzeittherapie. Patienten können künftig zwischen acht und 16 Behandlungen zur Rezidivprophylaxe je nach vorheriger Behandlungsdauer über einen Zeitraum von zwei Jahren in Anspruch nehmen, um den Therapieerfolg zu sichern und erneut auftretende entwicklungsbedingte Herausforderungen und Krisen abzufangen.

Antragsverfahren erheblich erleichtert. Die neue Psychotherapie-Richtlinie hat das Antrags-, Genehmigungs- und Begutachtungsverfahren erheblich erleichtert: Nachdem der Patient die Therapie beantragt hat, können Kurzzeittherapien sofort oder spätestens drei Wochen, nachdem ein Antrag gestellt wurde, beginnen. Die Krankenkasse prüft in dieser Zeit, ob der Versicherte einen Leistungsanspruch hat. Einer formalen Genehmigung der Therapie bedarf es nicht – diese wird bei Kurzzeittherapien fiktiv vorausgesetzt (Genehmigungsfiktion) und ist nur noch für Anträge auf Langzeittherapie erforderlich. Sie setzt voraus, dass die Krankenkassen ein zusätzliches Gutachten bei einem bestellten Gutachter anfordern und dieses dem Patienten die weitere Notwendigkeit der Therapie attestiert. Wenn die neue Psychotherapie-Richtlinie im Laufe des Jahres 2017 vollständig greift, werden Patienten wie Marian P. also künftig deutlich schneller Hilfe erhalten. ■

Birgit Schliemann leitet das Referat Verträge in der Geschäftsführungseinheit Versorgung beim AOK-Bundesverband. **Kontakt: birgit.schliemann@bv.aok.de**

„Die Richtlinie stärkt die Lotsenfunktion der Psychotherapeuten“

Mit dem Angebot einer Sprechstunde beim Psychotherapeuten bekommen Patienten schneller Klarheit über ihre seelische Erkrankung und mögliche Hilfen, sagt **Dietrich Munz**. Danach sei der Zugang zur Behandlung jedoch nicht überall garantiert.

Herr Dr. Munz, was erwarten Sie von der neuen Psychotherapie-Richtlinie?

Dietrich Munz: Unser wichtigstes Anliegen war, die Wartezeiten auf ein Erstgespräch beim Psychotherapeuten zu verkürzen. Ich erwarte, dass dies mit der Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde gelingen wird. Psychisch kranke Menschen bekommen so schneller einen Termin, erhalten unmittelbar eine erste diagnostische Abklärung. Sie werden schließlich umfassend beraten, welche weiteren Hilfen sie brauchen. Der niedergelassene Psychotherapeut ist damit in seiner Lotsenfunktion gestärkt.

Wo sehen Sie Nachbesserungsbedarf?

Munz: Das größte Problem besteht darin, dass die Kapazitäten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung nach wie vor nicht ausreichen. Das war von der Reform der Richtlinie auch nicht zu erwarten. Die Sprechstunde und die Akuttherapie erfordern ja zusätzliche zeitliche Ressourcen. Solange sich eine grundsätzliche Reform der Bedarfsplanung weiter verzögert, müssen Patienten in vielen Regionen weiter lange auf eine Behandlung warten. Auch bei der Richtlinie sehen wir Nachbesserungsbedarf. Die Teilung der Kurzzeittherapie in zwei eigene antragspflichtige Abschnitte führt zu bürokratischem Überfluss. Dies wird sich besonders bei der Gruppentherapie bemerkbar machen, deren Prozedere eigentlich einfacher werden sollte. Es fehlt außerdem weiter an einer eigenständigen Rezidivprophylaxe, also der Vorbeugung von Rückfällen. Es reicht nicht, ein paar Stunden der Langzeittherapie umzudeklarieren: Die Rezidivprophylaxe ist insbesondere bei chronisch und schwer kranken Menschen ein eigenständiger Aufgabenbereich, der unabhängig von einer Richtlinien-therapie gestaltet werden muss.

Wie gut sind die niedergelassenen Therapeuten auf die Neuerungen vorbereitet?

Munz: Fachlich sind sie gut vorbereitet. Für die Umsetzung im Praxisalltag kommen viele relevante Detailinformationen allerdings sehr spät. An der Sprechstunde führt künftig kein Weg

mehr vorbei, es sei denn der Patient kommt aus einer Klinik oder einer stationären Rehabilitation. Danach bleiben Warteschlangen, die bei Patienten mit dringendem Behandlungsbedarf dadurch verringert werden sollen, dass die Terminservicestellen an psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser vermitteln. Das kann keine Dauerlösung sein. Der stationäre Sektor sollte nur in Ausnahmefällen einspringen. Dadurch



Dr. Dietrich Munz ist Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer.

werden allerdings Lücken in der ambulanten Versorgung deutlich sichtbar, die in der Bedarfsplanung zu berücksichtigen sind.

Wie lässt sich die Qualität der Psychotherapie sichern?

Munz: Die Qualität der Psychotherapie insgesamt ist unbestritten hoch, ihre Wirksamkeit wissenschaftlich belegt. Manche Kostenträger pflegen leider ein pauschales Misstrauen gegen die Einzelpraxis, nicht nur bei Psychotherapeuten. Es kann nicht darum gehen, mehr externe Kontrolle auszuüben, sondern das interne Qualitätsmanagement in den Praxen zu unterstützen und dafür Daten bereitzustellen. Dabei sollte die ärztliche und psychotherapeutische Versorgungsqualität insbesondere einrichtungsübergreifend betrachtet und gemeinsam verbessert werden. ■

Die Fragen stellte Anne Töpfer.



Schubser

Fig. 35.

White Stofffuß

35.

Barbier

Neuer Zuschnitt für die Kliniklandschaft

Was hierzulande heftige Kontroversen auslöst, vollzieht Finnland fast ohne Tamtam: Das Land der Samen stützt die Krankenhauslandschaft, zentralisiert die Akut- und Notfallversorgung und stellt die Finanzierung des Gesundheitswesens auf eine neue Grundlage. Hintergründe von

Uwe K. Preusker

Fragte man Kenner in den vergangenen Jahren nach den herausragenden Kennzeichen des finnischen Gesundheitssystems, gehörte zu den Antworten immer ein spezieller Aspekt: Es ist das demokratischste der Welt, weil für die gesundheitliche und soziale Versorgung die Kommunen zuständig sind.

Bisher sind sie – nach deutschem Verständnis – Krankenversicherung, Betreiber von Medizinischen Versorgungszentren und Krankenhausträger in einem. Was und in welchem Ausmaß in der Gesundheitsversorgung der Bürger geschieht, entscheidet der Gemeinderat, also die kommunale Basis. Ab Anfang 2019 aber sollen nach dem Willen der finnischen Regierungskoalition aus Zentrum, konservativer Sammlungspartei und „Echten Finnen“ statt der derzeit noch gut 300

Kommunen 18 neu geschaffene Regionen die gesundheitliche und soziale Versorgung sicherstellen.

Mehr Qualität und weniger Kosten. Für dieses Vorhaben gibt es vor allem drei Gründe: Zum einen haben sich die Qualität und die Erreichbarkeit der kommunalen Gesundheitsversorgung im Laufe der Jahre erheblich auseinanderentwickelt. So variieren die Wartezeiten auf einen Termin in einem Gesundheitszentrum in nicht akuten Fällen zwischen einer und sechs Wochen. Zum anderen will die Regierungskoalition die Qualität der Versorgung und die Verfügbarkeit von gut ausgebildetem Personal auch für hochspezialisierte Aufgaben dauerhaft sichern. Und drittens will sie die Ausgaben für Gesundheit und Soziales senken – bis 2021 um drei Milliarden Euro.

Was sich so leicht liest, ist in der Realität ein gravierender Umbruch: Bisher haben die Kommunen über lokale Gesundheitszentren in zumeist eigener Trägerschaft die ambulante medizinische Grundversorgung sichergestellt. Gleichzeitig waren die Kommunen Träger von insgesamt 20 Krankenhausbezirken, die die fachärztliche Versorgung sicherstellten. Im Zuge der Reform wechseln nun bis Anfang 2019 nicht nur 220.000 Beschäftigte des Gesundheits- und Sozialbereiches zu den 18 Regionen als neuem Arbeitgeber, sondern auch Gesundheits- und Sozialimmobilien im Milliarden-Wert ihren Besitzer. Diese sogenannte SOTE-Reform (SOsiali ja Terveys – Soziales und Gesundheit), wie sie im finnischen Politik-Jargon heißt und rund zehn Jahre in Arbeit war, steht jetzt vor der endgültigen Umsetzung.

Wichtiger Bestandteil der Reform ist eine vollständige Neuordnung des öffentlichen Krankenhauswesens, die im Dezember 2016 verabschiedet wurde und bereits bis Anfang 2018 umgesetzt sein soll. Konkret wird die Zahl der zentralen Krankenhäuser, die eine 24-Stunden-Bereitschaft in allen Fachabteilungen an sieben Tagen in der Woche bereithalten sollen, von bisher 40 auf 12 Häuser verringert. Diese Kliniken müssen über mindestens zehn Fachabteilungen verfügen und in allen dort jeweils vertretenen chirurgischen Fachabteilungen eine 24-Stunden-OP-Bereitschaft vorhalten. Zu diesen Krankenhäusern gehören auch die fünf finnischen Universitätskliniken, die jeweils über mehr als 20 Fachabteilungen verfügen.

Nicht jedes Haus darf alles machen. Die übrigen finnischen Krankenhäuser müssen ihr Versorgungsangebot dagegen einschränken. Die acht größten davon sollen weiterhin eine fachübergreifende 24-Stunden-Notaufnahme anbieten. Zu den dort vorhandenen Fachabteilungen gehört in allen acht Kliniken auch die Allgemeinchirurgie. Sie sollen aber keine Operationen während der Nacht und an Wochenenden ausführen. Das bleibt den 12 Krankenhäusern der höchsten Versorgungsstufe vorbehalten. Alle übrigen Kliniken haben sich verstärkt um rehabilitative Aufgaben und die ambulante Notfallversorgung zu kümmern. Operieren dürfen sie künftig nicht mehr. In den Regionen, in denen durch die Konzentration der stationären Versorgung vor allem nachts und an Wochenenden zu lange Anfahrtswege entstehen – dies betrifft vor allem Nord- und Ostfinnland – können künftig ausgesuchte Gesundheitszentren eine 24-Stunden-Bereitschaft anbieten. Sie brauchen dafür aber eine Genehmigung des Gesundheits- und Sozialministeriums.

OPs nur in spezialisierten Kliniken. Finnlands Gesundheits- und Sozialminister Juha Rehula will mit der Reform sowohl eine ausreichende Personalversorgung speziell in hochspezialisierten Bereichen sichern als auch die Qualität der operativen Versorgung und die Patientensicherheit verbessern. Insgesamt soll die Hälfte der Bevölkerung ein Krankenhaus mit der höchsten Bereitschafts-Stufe in weniger als 30 Minuten erreichen können. Ziel der Reform ist es einerseits, durch eine verstärkte Konzentration von spezialisierten Leistungen in den fünf Universitätskliniken und den weiteren sieben Krankenhäusern der Maximalversorgung die Qualität der Versorgung landesweit zu erhöhen. Als Beispiele werden hier operative Eingriffe etwa bei Brust- oder

Prostatakrebs genannt, die heute noch insgesamt 30 Kliniken in zum Teil sehr geringer Zahl ausführen und künftig auf die zwölf Maximalversorger konzentriert werden sollen. Zugleich will die Regierung – vor allem durch die Konzentration operativer Leistungen in der Nacht und an Wochenenden – Einsparungen von bis zu 350 Millionen Euro jährlich erreichen.

Bereitschaftsdienste ausgeweitet. Rund 500 Erste-Hilfe-Versorgungsangebote ergänzen die neuen Krankenhausstrukturen. Dabei handelt es sich um mit Rettungssanitätern besetzte Fahrzeuge, die über die landesweit arbeitenden Notrufzentralen erreichbar sind. Ihre Aufgabe ist es auch, Patienten, die einen spezialisierten Behandlungsbedarf haben oder nachts beziehungsweise am Wochenende operiert werden müssen, in eine der Kliniken der höchsten Versorgungsstufe zu bringen. Außerdem sieht die Neuordnung vor, in den Gesundheitszentren des Landes den Nacht- und Wochenend-Bereitschaftsdienst für ambulante Notfälle deutlich auszuweiten.

Darüber hinaus müssen die Kliniken Bereitschaftsdienste für soziale Notfälle einrichten, zum Beispiel für Hilfe in akuten Krisensituationen, bei familiärer Gewalt oder akuten Problem- und Gefahrensituationen für Kinder und Jugendliche sowie bei Alkohol- und Drogenproblemen. Dafür waren bisher die Kommunen als Träger der Sozialhilfe und -fürsorge zuständig. Künftig gibt es hierfür 24-Stunden-Bereitschaften an den Krankenhäusern. Dies soll die Kooperation zwischen Gesundheits- und Sozialbereich gezielt für all jene Finnen verbessern, bei denen gesundheitliche und soziale Probleme in einem direkten Zusammenhang stehen.

Wenig Aufhebens um die Reform. Die Diskussion um die tiefgreifende Neuordnung der Krankenhausversorgung war in Finnland nicht allzu kontrovers. Kommunen, in deren Gebiet sich Krankenhäuser befinden, deren Leistungsangebot künftig deutlich eingeschränkt ist, haben lediglich auf die Gefahr hingewiesen, dass es schwerer sein könnte, genügend Personal für die „restliche“ Versorgung zu bekommen. Grundsätzliche Einwände oder gar Bürgerproteste gab es dagegen so gut wie nicht. Der einzige echte Streitpunkt bei der abschließenden Beratung der Krankenhaus-Reform Mitte Dezember 2016 im finnischen Parlament war die Bereitstellung aller sozialen und gesundheitlichen Dienstleistungen in schwedischer Sprache. Konkret forderte die Schwedische Volkspartei, dass mindestens eine der zwölf Maximalversorger-Kliniken in einem überwiegend schwedischsprachigen Gebiet liegen müsste oder aber das dortige Krankenhaus – konkret ging es um Vaasa an der finnischen Westküste – auch künftig Maximalversorger sein müsste. Zwar bezweifelte die Vorsitzende der Schwedischen Volkspartei, Anna-Majja Hendriksson, die Verfassungsmäßigkeit der Reform im Hinblick auf die Sicherung der Gesundheitsversorgung auf höchstem Niveau für die schwedisch sprechende Bevölkerung. Doch die Mehrheit im finnischen Parlament befürwortete den Vorschlag der Regierung, die Versorgung der schwedisch sprechenden Bürgerinnen und Bürger in ihrer Muttersprache durch ausreichend sprachkundiges Personal am Krankenhaus der Maximalversorgung im nächstgelegenen Seinäjoki sicherzustellen.



Finnland hat ein öffentliches Gesundheitssystem. Es gibt eine **einheitliche Krankenversicherung**, die für alle Einwohner Pflicht ist. Sie ist in zwei Bereiche unterteilt: Die medizinische Versicherung erstattet die Kosten für ärztliche Leistungen, verordnete Medikamente und für Krankentransporte. Der zweite Bestandteil ist die Einkommensversicherung, die bei Einkommensausfällen im Krankheitsfall und bei Elternschaft aufkommt. Die **Finanzierung der Gesundheitsversorgung erfolgt aus Steuergeldern**, teils aus kommunalen, teils aus gesamtstaatlichen Mitteln. Der Zuschuss aus staatlichen Steuermitteln an die Gemeinden bemisst sich an der Bevölkerungsdichte, Altersstruktur, Arbeitslosenquote und Mortalitätsrate. Kranken- und Mutterschaftsgeld werden durch Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge finanziert. Arbeitnehmer zahlen 2,1 Prozent ihres Bruttoverdienstes. Der Arbeitgeberanteil beträgt 2,06 Prozent. Für Rentner (1,5 Prozent) und Selbstständige (2,35 Prozent) gilt ebenfalls eine Abgabepflicht. Eine Beitragsbemessungsgrenze wie in Deutschland gibt es nicht. Auch die zahnärztliche Versorgung wird durch Steuergelder finanziert. **Für einen Arztbesuch** müssen die Finnen je nach Gemeinde **bis zu elf Euro** (für die ersten drei Besuche) oder eine Jahresgebühr von 22 Euro bezahlen. Bei Aufenthalt im **Krankenhaus** ist eine **Selbstbeteiligung von 26 Euro pro Tag** fällig. Die Obergrenze liegt hier bei 590 Euro im Jahr. Die Grundversorgung erfolgt in **Gesundheitszentren**, die im Besitz einer oder mehrerer Gemeinden sind. Die spezialisierte Versorgung erfolgt in **Krankenhäusern** ambulant oder stationär durch Fachärzte. Finnland war bislang in 20 Krankenhausbezirke eingeteilt und verfügt über fünf Universitätskliniken, 15 zentrale Krankenhäuser und 40 Fachkliniken. Künftig übernehmen 18 neu geschaffene Regionen die Gesundheits- und Sozialversorgung. Zudem werden Krankenhausleistungen an weniger Standorten konzentriert. ■

G+G-Redaktion

Einwohner
5,5
Millionen
in 2016

Fläche
338.432
Quadratkilometer

Zahlen, Daten, Fakten

	Finnland	Deutschland	EU*
Gesamtausgaben für Gesundheit pro Kopf (2015)	2.988 Euro	4.003 Euro	2.781 Euro
Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (2015)	9,6 Prozent	11,1 Prozent	9,9 Prozent
Zahl der Ärzte je 1.000 Einwohner (2014)	3,0	4,1	3,5
Arztkonsultationen je Einwohner (2014)	4,2	9,9	6,8
Zahl der Krankenhausbetten je 1.000 Einwohner (2014)	4,5	8,2	4,7
Krankenhaus-Verweildauer (2014)	7,1 Tage**	9,0 Tage	8,0 Tage

Quelle: OECD Health Data 2016

** Nordic Medico-Statistical Committee 2016: Health Statistics for the Nordic Countries

* Durchschnitt

Finanzierung zentralisiert. Die Reform des Krankenhaussystems ist aber nur ein Vorgeschmack auf die umfassende Reform des Gesundheits- und Sozialsystems. Nach mehreren Anläufen, die bisher vor allem an den Selbstbestimmungsrechten der Kommunen gescheitert waren, hat die derzeitige Koalition aus Konservativen, Zentrumspartei und „Echten Finnen“ nun ein Modell entwickelt, mit dem der Umbau von einem kommunal gesteuerten zu einem in Regionen organisierten Gesundheits- und Sozialsystem verfassungskonform gelingt. Kern ist dabei, auch die bisherige Finanzierung aus kommunalen Steuermitteln auf ein durch den finnischen Staat zentral finanziertes System umzustellen.

Ab 1. Januar 2019 fallen für die Kommunen rund 17,7 Milliarden Euro Netto-Kosten weg – Gelder, die sich bisher zu zwei Dritteln aus der kommunalen Einkommens- und Gewerbesteuer speisten. Entsprechend sinkt ab 2019 die kommunale Einkommenssteuer um 60 Prozent und die Gewerbesteuer um 40 Prozent. Um die Kosten für die Kliniken tragen zu können, passt der Staat die zentralen Steuern entsprechend nach oben an. Um die Gesundheits- und Sozialversorgung zu finanzieren, fließen zudem knapp sechs Milliarden Euro staatliche Zuschüsse, die bisher die Kommunen erhielten, in die neuen 18 Regionen. Diese erhalten auf Basis des Versorgungsbedarfs ihrer Bevölkerung (Kriterien: Altersquotient, Krankheits- und Soziallast) jährlich Budgetmittel vom Staat. Wie die staatlichen Mittel zu verwenden sind, entscheiden die Regionalparlamente und -regierungen. Zusätzlich fließen die Gelder aus der in Finnland recht hohen Selbstbeteiligung im Gesundheitssystem – sie machen etwa 20 Prozent der gesamten Gesundheitskosten aus – direkt an die Regionen.

Die demokratische Legitimation der neuen 18 Regionen wird durch die Direktwahl der Regionalparlamente sichergestellt. Die Regionalparlamente wiederum wählen dann die Regionsregierung, der die politische Führung und die Leitung der Regionsverwaltung obliegt. Die erste Regionalwahl erfolgt Anfang 2018. Ab 2021 sollen die Kommunal- und Regionalwahlen alle vier Jahre an einem gemeinsamen Termin stattfinden.

Beschäftigte behalten ihre Rechte. Zu den zu bewältigenden Aufgaben im Zuge der Reform gehört, dass rund 220.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheits- und Sozialbereich einen neuen Arbeitgeber bekommen. Die meisten von

ihnen waren bisher bei den Kommunen oder den 20 Krankenhausbezirken beschäftigt. Sie wechseln spätestens bis Ende 2020 zu den neuen Regionen. Ihre erworbenen Rechte bleiben erhalten. Denn die bereits eingerichteten Vorläufer der neuen Regionen und die Gewerkschaften haben schon entsprechende Tarifverträge abgeschlossen, um den reibungslosen Übergang sicherzustellen.

Auch für die Frage, was aus den vielen Gesundheits- und Sozialimmobilien wird, die sich bisher im gemeinsamen Besitz der Kommunen und der Krankenhausbezirke befanden, ist eine Lösung gefunden: Sie gehen in das Eigentum der neuen Regionen über. Jene Immobilien, die ausschließlich die Kommunen für die Gesundheitsversorgung, soziale Aufgaben und den Rettungsdienst nutzten, bleiben in ihrem Besitz, werden aber von den Regionen für eine Mindestdauer von drei Jahren angemietet. Nach Ende dieser Übergangszeit könnte es also dazu kommen, dass manche Kommunen über Gesundheits- und Sozialimmobilien verfügen, die sie aber nicht mehr benötigen – ein Punkt, der im Rahmen der Reform zu kontroversen Diskussionen geführt hatte. Daraufhin sicherte die finnische Regierung den Kommunen zu, den möglicherweise entstehenden Leerstand der Gebäude vorübergehend finanziell auszugleichen.

Patienten können private Anbieter wählen. Die Reform umfasst auch neue Möglichkeiten für private und freigemeinnützige Erbringer von Gesundheits- und Sozialleistungen. Hier gibt es vor allem in der ambulanten Grundversorgung künftig deutlich mehr Wettbewerb und damit mehr Wahlmöglichkeiten für die Patienten. Vorgesehen ist, dass die Patienten ab Anfang 2019 neben den öffentlichen Gesundheitszentren auch private und freigemeinnützige Anbieter frei wählen können. Allerdings entspricht dieses System nicht dem deutschen Modell der freien Arztwahl. Vielmehr bezieht sich die Wahlfreiheit auf medizinische Einrichtungen, in denen neben in der Grundversorgung tätige Ärztinnen und Ärzte auch Krankenschwestern und -pfleger, Physiotherapeuten sowie möglicherweise weitere Gesundheitsberufe und Sozialarbeiter tätig sind.

Gesundheitsminister Rehula wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass der grundlegende Wandel vor allem darin liegt, dass künftig die Gesundheits- und Sozialleistungen, die ein Patient benötigt, nach dessen Bedürfnissen erbracht werden und nicht nach den Vorstellungen der Leistungserbringer. Außerdem würde unnütze Bürokratie abgebaut. Ziel ist es, auch bei den privaten und freigemeinnützigen Leistungserbringern ein breites Angebot für die Grundversorgung zusammenzufassen – so, wie es bisher typisch für die öffentlichen Gesundheitszentren ist. Die Zulassung solcher Einheiten für die medizinische Grundversorgung erfolgt nach gesetzlich festgelegten Grundsätzen. Auch für die zahnärztliche Versorgung gilt ab Anfang 2019 die freie Wahl des Anbieters. Zugelassen werden – unabhängig von ihrer Trägerschaft – alle zahnärztlichen Versorger, die ein festgelegtes Mindestspektrum an zahnmedizinischen und prothetischen Leistungen bieten. Die Patienten können dann unter allen zugelassenen Zahnärzten wählen.

Ein neues Vergütungssystem für die ambulante Primärversorgung befindet sich noch in der Entwicklung. Es wird in jedem

Konzentration stationärer Leistungen: Beispiel Geburten

Vorläufer der finnischen Krankenhausreform ist die Konzentration in der Geburtshilfe. Hier gilt seit 2014 eine **Mindestzahl von 1.000 Geburten pro geburtshilflicher Abteilung** sowie eine 24-Stunden-Operationsbereitschaft als Voraussetzung für die weitere Existenz solcher Abteilungen. Wegen dieser Neuregelung ist bereits in vier Krankenhäusern die Geburtshilfe geschlossen worden. Die Versorgung haben Kliniken in der Nachbarschaft übernommen. Zwei weitere Krankenhäuser, in denen die Geburtenzahl knapp unter der geforderten Mindestmenge liegt, haben eine Ausnahmegenehmigung bis Mitte 2017. Dann fällt die Entscheidung, ob sie geschlossen werden müssen oder weiter arbeiten dürfen. ■



Großer Umbruch, wenig Aufruhr: Die Klinikreform erfolgt im Konsens.

Fall verschiedene Bestandteile haben. Dazu gehören sowohl eine Kopfpauschale pro eingeschriebenem Patient als auch Leistungs-komplex-Pauschalen sowie feste Einzelleistungs-Pauschalen – vor allem für Leistungen aus dem Bereich Gesundheitsschutz und -förderung wie etwa Impfungen. Die Vergütung der Krankenhäuser bleibt unverändert. Im Unterschied zu Deutschland können allerdings im finnischen DRG-System einzelne Kliniken und Regionen Fallpauschalen direkt verhandeln. Hinzu kommen Mengenrabatte, die bisher schon Teil der Vergütungsvereinbarungen in Finnland waren.

Ausschreibungen sorgen für Wettbewerb. Um einen fairen Wettbewerb zwischen öffentlichen, privaten und freigemeinnützigen Leistungserbringern sicherzustellen, müssen die Regionen die von den Kommunen übernommenen Einrichtungen der Gesundheits- und Sozialversorgung in rechtlich selbstständige Unternehmen überführen, die im Wettbewerb mit privaten und freigemeinnützigen Leistungserbringern stehen. Die Gesundheitsunternehmen der Regionen finanzieren sich dann nicht mehr über staatliche Mittel, sondern über Leistungsvergütungen und damit nach den gleichen Grundsätzen wie die privaten und gemeinnützigen Anbieter. Es gilt der Grundsatz: Alle Leistungen, die nicht ausschließlich von eigenen Einrichtungen der Regionen erbracht werden beziehungsweise werden können, sind auszuschreiben. An diesen Ausschreibungen können dann qualifizierte Anbieter in nicht-öffentlicher Trägerschaft teilnehmen.

Ehrgeiziger Zeitplan. Mit der Verabschiedung der Krankenhaus-Neuordnung im Dezember 2016 hat die finnische Regierung den ersten Teil der Gesundheits- und Sozialreform auf den Weg gebracht. Das Gesetz ist seit 1. Januar 2017 in Kraft. Nun haben die Kliniken ein Jahr Zeit, alle Aspekte der Neuordnung fristgerecht umzusetzen. Der nächste Schritt soll bis Mitte 2017 erfolgen. Dann muss die Gebietsreform zur Einrichtung der neuen 18 Regionen in Kraft treten, damit sie genügend Zeit haben, um die Übernahme der gesetzlichen Aufgaben ab Anfang

2019 vorzubereiten. Hierzu gehört auch die erste Wahl der Regionalparlamente im Januar 2018. Den Regionen bleibt dann ein Jahr, um ihre volle Funktionsfähigkeit ab Anfang 2019 sicherzustellen. Bis 2021 soll die Neuordnung den Ausgabenanstieg im finnischen Gesundheits- und Sozialsystem um insgesamt drei Milliarden Euro senken.

Wenige Monate nach dem vollständigen Inkrafttreten der Reform findet dann die nächste Parlamentswahl in Finnland statt. Spätestens dann stimmen die finnischen Bürger auch darüber ab, ob sie die grundlegende Strukturreform ihres Gesundheitssystems für gelungen halten. Der Vorsitzende der sozialdemokratischen Opposition, Antti Rinne, hat im Falle einer Regierungsbeteiligung seiner Partei jedenfalls schon angekündigt, die neuen Regelungen zur Wahlfreiheit der Patienten teilweise wieder zurücknehmen zu wollen. Insbesondere die Zulassung privater und freigemeinnütziger Leistungserbringer und damit das Ende der bisherigen Sonderstellung der kommunalen Gesundheitszentren lehnen die Sozialdemokraten ab. Und sollte die Schwedische Volkspartei ab Frühjahr 2019 in einer neuen Regierung vertreten sein, würde sie versuchen, das Zentralkrankenhaus in Vaasa ebenfalls auf die Ebene eines Maximalversorgers zu heben.

Kompromissbereitschaft liegt den Finnen im Blut. Noch hat das finnische Parlament nicht alle Reformvorhaben verabschiedet. Aber die gerade begonnene Anhörungsrunde zeigt vor allem eines: Es besteht weitestgehend Einigkeit, dass eine grundlegende Reform erforderlich ist. Kritik gibt es in wenigen Detailfragen. Doch anders als in Deutschland spricht die politische Kultur Finnlands dafür, dass die Reform – so umwälzend sie auch ist – am Ende umgesetzt und politisch nicht zerredet wird oder am Protest von Interessengruppen scheitert. Denn zur politischen Kultur des skandinavischen Landes gehört es, gemeinsam einen Kompromiss zu finden und nicht einfach an Althergebrachtem festzuhalten. Das kennzeichnet nicht nur das finnische Parlament, sondern die gesamte Gesellschaft. Und Bundesländer, die bis zum Letzten an ihren Kompetenzen festhalten, gibt es in Finnland nicht. Dort beschließen Politiker die massive Verlagerung der Zuständigkeiten von den Kommunen zu den neuen Regionen, die meist sowohl Kommunal- als auch Landespolitiker sind. Das ist in Finnland so üblich. ■

Dr. Uwe K. Preusker ist Publizist und Moderator im Gesundheitswesen. Er lebt seit Langem in Finnland.

Kontakt: Uwe.Preusker@kolumbus.fi

Webtipps

- <http://alueuudistus.fi/en/frontpage> Englischsprachige Website mit vielfältigen Informationen zu den verschiedenen Teilbereichen der Gesundheits- und Sozialreform; Titel: „Health, Social Services and Regional Government Reform“
- <http://stm.fi/en/frontpage> Englischsprachige Website des finnischen Sozial- und Gesundheitsministeriums
- <http://valtioneuvosto.fi/frontpage> Englischsprachige Website der finnischen Regierung



Sendestörung

Wie geht's uns denn heute?
Auch wenn diese Floskel nur in
Witzen weiterlebt, liegt bei
der Kommunikation zwischen
Ärzten und Patienten immer
noch vieles im Argen. Für eine
neue Gesprächskultur wirbt

Norbert Schmacke.

Das Klagen über mangelhafte Kommunikation am Krankenbett und in der Arztpraxis gibt es sehr lange schon. Ebenso alt sind die Versuche, die nächsten Generationen der Ärzteschaft besser zu trainieren. Insofern ist es – mit Blick auf die Gegenwart – sehr verdienstvoll, dass die Ärztekammer Nordrhein 2015 einen zwei Jahre zuvor in der Schweiz veröffentlichten Leitfaden zum Erwerb angemessener kommunikativer Kompetenzen für Ärztinnen und Ärzte herausgegeben hat (siehe Lesetipps auf S. 38). Im Vorwort von Rudolf Henke, Präsident der Ärztekammer Nordrhein, heißt es: „Aus Sicht der

Ärztekammer Nordrhein ist die gute Kommunikationsfähigkeit im Patientenkontakt eine ärztliche Kernkompetenz.“ Und im Schweizer Vorwort zur Broschüre: „Eine gute Kommunikation zwischen Arzt und Patient beeinflusst entscheidend die Therapieerfolge des Patienten und damit den medizinischen Behandlungserfolg. Das Gespräch zwischen Arzt und Patient ist das Fundament einer guten Behandlung. Patienten wollen gehört werden, wenn es darum geht, ihre Beschwerden diagnostisch einzuordnen und allenfalls zu behandeln. Diese Erkenntnis ist nicht neu, aber sie ist noch immer aktuell. In den frühen 70er-Jahren untersuchten Experten erstmals die Gespräche zwischen

Ärzten und Patienten und entdeckten dabei, dass diese häufig Defizite aufwiesen. Die Ärzte unterbrachen den Redefluss des Patienten meist nach weniger als einer halben Minute und verpassten dadurch manchmal wichtige Informationen über den Zustand des Patienten. Manche Patienten wiederum verstanden nicht, was Ärzte ihnen mitteilten. Wenn sie die Arztpraxis verließen, wussten sie nicht genau, was der Arzt ihnen eben erklärt hatte und was sie nun tun sollten.“

Kommunikation im Lehrplan. Mut macht nicht nur die Ärztekammer Nordrhein mit ihrem Leitfaden, sondern auch die Idee eines Musterlehrplans „LongKomm“, gefördert vom Bundesgesundheitsministerium im Rahmen des Nationalen Krebsplans. Er soll künftig für alle 37 medizinischen Fakultäten gelten. Insgesamt wird damit der richtigen Kommunikation in 300 Unterrichtsstunden Rechnung getragen, wie aus dem Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin hervorgeht (www.nklm.de). Maßgebliches Verdienst hieran hat die Heidelberger Wissenschaftlerin Jana Jünger, die ihre Studierenden seit 15 Jahren für das Thema Kommunikation sensibilisiert. In der „Heidelberger Erklärung“ von 2016 befürworten zahlreiche Unterzeichner, darunter die Bundes- und Landesärztekammern, die Deutsche Hochschulmedizin und die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland, die Entwicklung und Anwendung von Mustercurricula wie etwa LongKomm.

Ohne Wenn und Aber: Solche Initiativen verdienen die ideale und ökonomische Unterstützung, wo immer Bündnispartner die Möglichkeit dazu sehen. Und jetzt kommt das Aber: nämlich die ernsthafte Frage, warum es so unendlich schwierig zu sein scheint, das scheinbar Selbstverständlichste von der Welt, nämlich gute Kommunikation in der Arzt-Patient-Beziehung auch wirkungsvoll zu etablieren. Genauer: die heute in vielen Studiengängen ja erworbenen Fähigkeiten im klinischen Alltag zu bewahren. In Interviews zur Frage der Akzeptanz eines vor sechs Jahren etablierten palliativen Dienstes in einem Bremer Klinikum habe ich erfahrene Krankenpflegerinnen gefragt, ob die jungen Ärztinnen und Ärzte sich sensibler in Gesprächen verhielten als die Oldies. Die Antwort war ein diplomatisches aber eindeutiges Nein. Warum ist das so?

Training unterscheidet sich vom Alltag. Ich versuche einige Antworten, die sich auch auf eigene Untersuchungen stützen. Zunächst einmal ist der Alltag im Krankenhaus und in der ambulanten Versorgung etwas ganz anderes als der Übungsraum im Medizinstudium, in dem die heranwachsenden Doctores auf kranke Menschen oder für das Kommunikationstraining geschulte Schauspieler treffen. Die Logik der medizinischen Diagnostik und Therapie lässt offenkundig zu wenig Raum dafür, Patientinnen und Patienten zuzuhören und über Krankheit, Gesunderwerden und das Leben mit Einschränkungen so zu reden, dass eine tragfähige Basis in der Arzt-Patient-Beziehung entsteht. An dieser Einschätzung kann es wenig Zweifel geben. Aber das erklärt noch immer nicht, warum das so schwer zu ändern ist.

Deshalb folgender zweiter Anlauf: Im ärztlichen Selbstverständnis hat die Vorstellung kaum Platz, dass Patientinnen und Patienten immer eine eigene Perspektive auf ihre Krankheit

haben, dass sie – wohl verstanden – eigensinnig sind und dass es verhängnisvoll ist, über diese Sicht der Betroffenen hinwegzugehen. Das jahrzehntealte Klagen über fehlende Compliance hat hier seine maßgebliche Ursache: Wenn ich nicht weiß, was kranke Menschen über ihre Krankheit denken und welche Vorstellungen und Erwartungen sie im Behandlungsprozess haben, bleibe ich als Arzt Prediger von im Zweifelsfall nicht verstandenen oder angstbesetzten Botschaften. Das verstehen auch diejenigen meist nicht, die sich allergrößte Mühe geben, ihre Patientinnen und Patienten nach dem Stand der ärztlichen Kunst zu behandeln. Woran liegt das?

Ärzte brauchen mehr Gelassenheit. Dritter Anlauf: Beim Nachdenken über diese wirklich komplizierte Frage lande ich immer bei dem Begriff „Haltung“. Auch wenn die Tage des Ferdinand Sauerbruch vorbei sind, der militärische Geist in der Medizin seinen Platz hat räumen müssen, so ist doch der Satz „Wer ist hier der Arzt?“ nicht ausgestorben. Und auch wenn dieser Satz vielleicht nicht mehr so oft fällt: Es fällt vielen Ärzten schwer, aus dem oft – nicht immer – vorhandenen Wissensgefälle zwischen ihnen und ihren Patientinnen und Patienten nicht den Fehlschluss zu ziehen, dass diese doch bitte einfach nur zuhören und eben folgsam (compliant) sein sollten. Infolge eines falschen Verständnisses von Leitlinienmedizin fühlen sich Ärztinnen und Ärzte zum Teil wohl auch unter Druck, den leitliniengerechten Weg unbedingt durchsetzen zu müssen. Shared Decision Making (partizipative Entscheidungsfindung) wird dann zum mehr oder weniger liebevollen Überreden. Es scheint schwer zu sein, eine gelassene Haltung zu entwickeln. Gelassenheit würde bedeuten, mit allem gebotenen Selbstbewusstsein das eigene Wissen und die erworbenen Kompetenzen einzusetzen, ohne sich über die Vorstellungen der Patientinnen und Patienten hinwegzusetzen. Was auch bedeuten kann: ohne Beleidigtsein zu akzeptieren, dass ein kranker Mensch eine ganz andere Vorstellung von Kranksein und Therapie haben kann – und dass sie oder er morgen vielleicht die Meinung noch einmal ändert.

Hierarchisches Denken als Hindernis. Bleibt immer noch die Frage, warum die Ärzteschaft, die heute auf ein viel größeres Spektrum sinnvoller diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen zurückgreifen kann als es mir etwa während meiner klinischen Ausbildung Ende der 70er Jahre möglich war, häufig nicht gelassen sondern angefasst reagiert. Diese Frage führt über die individuelle Arzt-Patient-Beziehung hinaus und verweist auf die gesellschaftliche Rolle der Ärzteschaft. Der Medizinsoziologe Eliot Freidson hat in den 70er Jahren den Begriff der professionellen Dominanz geprägt. Der Ärzteschaft ist es danach gelungen, weitgehende rechtlich fixierte Privilegien zu erlangen, ein hohes Maß an Selbstregulierung und Einfluss auf die Steuerung im Gesundheitswesen. Freidson kam zu dem Schluss, dass der Hauptgrund für die mangelhaften kommunikativen Kompetenzen der Ärzteschaft nicht, wie oft vermutet, in fehlender Bezahlung oder ungenügender Zeit oder in bürokratischen Hemmnissen zu suchen sei, sondern in der Sozialisation in der hierarchischen Struktur der Kliniken. Diese sah Freidson als ein hermetisch abgeschlossenes System mit einem professionstypi-

schon Stolz und einer tief verankerten Abgrenzung gegenüber anderen Fachberufen im Gesundheitswesen.

Es scheint sehr schwer zu sein, diese erworbene Rolle zu überwinden. Man denke nur einmal an das Projekt der Robert Bosch Stiftung „Operation Team – Interprofessionelles Lernen in den Gesundheitsberufen“, mit dem aktuell 17 Ansätze der Zusammenarbeit erprobt und evaluiert werden (siehe Interview auf Seite 39). Ist das tatsächlich notwendig? Ja, man schaue sich die wahrhaft ernüchternden bisherigen Studien zu derartigen berufsgruppen-übergreifenden Bildungsprozessen im Gesundheitswesen an (www.cochrane.org/de > Cochrane Kompakt > Suche: Schulungen in Gesundheits- und Sozialberufen für effektivere Zusammenarbeit). Oder man richte die Aufmerksam-

keit auch noch einmal auf die GKV-Variante der Delegation ärztlicher Leistungen – die eigentlich nur meint, dass Ärzte unliebsame Aufgaben auf Medizinische Fachangestellte übertragen – oder auf den Prozess der Akademisierung der nichtärztlichen Fachberufe. Viel scheint sich seit Freidsons Analyse nicht geändert zu haben.

Von der politischen Debatte in die Praxis. Ist das nicht alles viel zu pessimistisch? Schließlich hat sich die rechtliche Situation der Patienten und ihrer Interessenvertretungen in den letzten zwanzig Jahren deutlich verbessert, denkt man an die Anfänge der Publikationen der Bremer Juristen Dieter Hart und Robert Francke zur Bürgerbeteiligung im Medizin- und Gesundheitssystem zurück: Das Thema Bürgerrechte im Gesundheitswesen hat tatsächlich einen festen Platz durch Gesetzgebung und vorausgehende politische Debatten gefunden. Nur der Sprung von dieser Makro- auf die Mikroebene, auf die individuelle Begegnung zwischen Ärztinnen und Ärzten mit ihren Patientinnen und Patienten will nicht so recht gelingen. Das Bundesgesundheitsministerium war immer wieder bemüht, Impulse zu setzen, so mit dem Programm zur partizipativen Entscheidungsfindung oder aktuell in Anschlussprojekten des Nationalen Krebsplans zur Verbesserung der Kommunikation in der

Entscheidungshilfen sorgen für gleiche Augenhöhe. Man könnte so argumentieren: Alles braucht seine Zeit. Das ist bestimmt nicht falsch. Es ist allerdings die Frage, wie lange es dauern wird, bis es zu den häufigen Situationen in der medizinischen Versorgung gut gemachte Entscheidungshilfen und/oder Versicherteninformationen geben wird. Diese werden nicht von der Ärzteschaft entwickelt oder gepuscht, sondern müssen von außen in das System hineingetragen werden. Nirgends wird bisher



Gute Kommunikation ist erlernbar – man muss es aber auch wollen.

diskutiert, wer das alles entwickeln und wer diese enorme Arbeit bezahlen soll. Doch ist dies einer der wenigen Erfolg versprechenden Ansätze, dem Ziel „gleicher Augenhöhe“ etwas näher zu kommen. Die Dimensionen, um die es hier geht, werden massiv unterschätzt: Es geht um einen gesellschaftlichen Bildungsauftrag, um die Entwicklung von Gesundheitskompetenz auf Seiten der Laien und der Professionellen, wie etwa in dem von Doris Schaeffer und Jürgen M. Pelikan herausgegebenen Buch „Health Literacy“ deutlich wird.

Publikationsflut überfordert Profis und Laien. Warum das auch inhaltlich kompliziert ist, soll abschließend anhand ganz aktueller Forschungsergebnisse skizziert werden. Eine schwedische Forschergruppe um Minna Johansson hat im British Medical Journal (BMJ) vom Mai 2016 davor gewarnt, die Idee der informierten Patientenentscheidung in Zeiten exzessiver Medikalisierung unkritisch zu betrachten. Patientinnen und Patienten könnten auch in einer Flut von Informationen umkommen, wenn es nicht gelingt, Wichtiges von Randständigem oder Gefährlichem zu trennen. Man muss hinzufügen: Die Ärzteschaft selber ist immer stärker überfordert, sich in der Publikationsflut zurechtzufinden, steht aber gleichzeitig den Versuchen, Literatur systematisch zu bewerten, hoch skeptisch gegenüber.

In der Ausgabe vom 14. Juni 2016 gibt das BMJ drei Autorengruppen Raum für auf den ersten Blick erstaunliche Artikel. Eine englisch-kanadische Gruppe unter John Yudkin merkt an, dass Leitlinien in der Gefahr sind, den Nutzen der Medizin massiv zu überschätzen. Am Beispiel Typ-2-Diabetes und Bluthochdruck weisen die Forscher daraufhin, dass die Zielgruppen bislang selten gute Informationen erhielten, wie viel oder wenig sie vom Erreichen definierter Behandlungsziele profitieren – und dass insofern der alleinige Verweis auf ausreichende Information und Beteiligung von Patienten zu völlig unsinnigen Ergebnissen führen kann. Prominente Begründer der Idee des Shared Decision Making wie Glyn Elwyn bemängeln, dass selbst gut gemachte Leitlinien die Ärzteschaft nicht befähigten, ihre Patientinnen und Patienten verständlich und einfühlsam zu beraten – abgesehen davon, dass zahlreiche Leitlinien viel zu schlicht gestrickt seien. Eine dritte Gruppe unter Margaret McCartney bemängelt noch einmal, dass Leitlinien in der Regel die Voraussetzungen zur Bildung einer partnerschaftlichen Entscheidung nicht beherzigen und zu wenig Möglichkeiten bieten, eine individuelle Entscheidung in Kenntnis von bedeutenden und weniger bedeutenden Therapiezielen zu treffen. Anders gesagt: Erweist sich schon das Herausfiltern guter Informationen als extrem mühevoll, so stehen Versuche, die oft sperrigen Informationen zur Abwägung von Pro und Kontra in Dialoge mit Kranken sinnhaft einzubringen, ganz am Anfang.

Wem können Kranke vertrauen? Im BMJ vom 21. Oktober 2016 schließlich legt eine skandinavische Gruppe unter Hans Lund den Finger in die Wunden der Forschung: Die Wissenschaftler fordern, den Anteil von Publikationen, die entweder schlecht gemacht sind oder Bekanntes wiederkauen, drastisch zu reduzieren. Künftig sei darzulegen, dass wirklich wichtige neue Fragen untersucht werden. Das bedeutet neue Standards für die Publikation von Forschungsergebnissen. Man könnte am Ende auf gedruckte Zeitschriften für neue Forschungsergebnisse verzichten und stattdessen alle Forschungsdaten öffentlich einsehbar und in vollem Umfang nachvollziehbar ins Netz stellen. Zeitschriften hätten dann vielleicht einen neuen Platz für die Fortbildung der großen Mehrheit von Professionellen, die mit dem Lesen wissenschaftlicher Originalarbeiten hoffnungslos überfordert sind. Um das an einem Beispiel zu erläutern: Wie viel unnötige und verwirrende Studien zur Entwicklung von Diabetes-Medikamenten sind im letzten Jahrzehnt von der

Pharmaindustrie finanziert und über ihre Multiplikatoren in die Arztpraxen eingeschleust worden? Wie viel Schaden hat das Beharren auf fixen Zielwerten des HbA1C (Langzeitblutzuckerwert) für viele Diabeteskranke erzeugt? Bis auch auf der letzten Fortbildungsveranstaltung erzählt wurde, dass die Zielwerte angepasst sein müssen und dass es die behaupteten Fortschritte bei den oralen Antidiabetika gar nicht gibt.

Es stellt sich also stets aufs Neue die Frage: Wem können Kranke vertrauen? Das bleibt eine der zentralen Herausforderungen im Gesundheitswesen, auch wenn sich der Schatz an evidenzbasierten Entscheidungshilfen eines Tages ver Hundertfacht hat. Und wie entstehen aufrichtige Therapieversprechen? So hat Johannes Bruns, Generalsekretär der Deutschen Krebsgesellschaft, diesen fundamental wichtigen Auftrag der Ärzteschaft genannt. Erst dann könnte wohl auch das Training in guten Methoden der Gesprächsführung fruchten. Es geht ja nicht darum, nett zu sein, sondern um kompetente Beratung und Unterstützung.

Weniger Interesse an Machtspielen. Was eine neue Kommunikationskultur anbelangt, so gibt es meines Erachtens Grund, skeptisch in die Zukunft zu schauen. Die Ärzteschaft ist wieder einmal stark mit sich selbst beschäftigt und zerlegt ihre Selbstverwaltungsgremien, die häufig gar nicht mehr als Interessenvertretung wahrgenommen werden. Gleichzeitig ist aber nicht in Sicht, wer an deren Stelle treten und eine neue Kultur der Arzt-Patient-Beziehung nach Kräften fördern könnte. Optimistisch kann vielleicht aber stimmen, dass in den nachkommenden Generationen der Ärzteschaft weniger Interesse an den klassischen Machtspielen unter Funktionären besteht. Jedenfalls ist sehr zu hoffen, dass es mit bald 70 Prozent Ärztinnen in Klinik und Praxis die Fragen nach den Voraussetzungen für gute Medizin und ein partnerschaftliches Verhältnis unter den Gesundheitsberufen leichter haben als in der Vergangenheit.

Das Zauberwort heißt Respekt. Damit wird noch einmal die Machtfrage wichtig: Es ist höchste Zeit, dass Frauen in allen Sparten und in allen Etagen der Medizin angemessenen Einfluss ausüben können. Gute Kommunikation ist erlernbar – man muss es aber auch wollen. Der Weg bleibt steinig. Die beiden großen Pionierinnen in der Forschung zur Kommunikationskultur in der Medizin, Debra Roter und Judith Hall, haben auf ein nur auf den ersten Blick merkwürdiges Phänomen hingewiesen: „Ein patientenzentrierter Arzt wird als guter Arzt angesehen, während eine patientenzentrierte Ärztin bloß als eine gute Frau angesehen wird.“ Eine neue Kultur fällt nicht vom Himmel. Und so endet der zitierte Aufsatz von Debra Roter und Judith Hall mit folgenden Worten: „Wir fürchten, dass Frauen noch eine ganze Reihe von Jahren Aretha Franklins Refrain skandieren werden: All I'm asking is for a little respect.“ Respekt ist überhaupt ein Zauberwort. ■

Prof. Dr. Norbert Schmacke ist Arzt und Mitglied des Instituts für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen sowie stellvertretendes unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Kontakt: Schmacke@uni-bremen.de

Literatur beim Verfasser

Lese- und Webtipps

- Werner Bartens: **Das sieht aber gar nicht gut aus. Was wir von Ärzten nie wieder hören wollen.** Pantheon Verlag, München 2013
- Norbert Schmacke, Maren Stamer, Petra Richter: **Der schwierige Weg zur Partizipation. Kommunikation in der ärztlichen Praxis.** Hogrefe Verlag, Bern 2016
- www.medtalk-education.de Infos zum Mustercurriculum Arzt-Patient-Kommunikation Universitätsklinik Heidelberg
- Ärztekammer Nordrhein: **Kommunikation im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für die Praxis.** Download: www.aekno.de

„Die Berufe finden eine gemeinsame Sprache“

Wenn angehende Ärztinnen und Ärzte gemeinsam mit anderen Gesundheitsberufen lernen, entwickeln sie mehr Verständnis für Patienten, sagt Kommunikationsexpertin Irina Cichon. Fast die Hälfte der medizinischen Fakultäten hat bereits entsprechende Lehrformate erarbeitet.

Frau Cichon, warum fördert die Robert Bosch Stiftung das interprofessionelle Lernen in medizinischen Berufen?

Irina Cichon: Die Gesundheitsberufe bleiben in der Ausbildung meist unter sich und arbeiten auch später häufig nebeneinander her, statt die Versorgungsprozesse im Ganzen zu sehen. Deshalb haben wir 2013 begonnen, Projekte zu fördern, die interprofessionelle Lerneinheiten entwickeln. Inzwischen unterstützen wir in der zweiten Förderphase 17 Projekte an 16 Standorten. Damit haben wir etwa 50 Prozent der medizinischen Fakultäten mit ihren Ausbildungspartnern wie etwa Pflegeschulen erreicht.

Inwiefern ändert das interprofessionelle Lernen etwas am hierarchischen Denken?

Cichon: Aus den gemeinsamen Veranstaltungen nehmen die Teilnehmer mit, über Berufsgrenzen, aber auch über Sektorengrenzen hinweg zu denken. Sie sehen Patienten und nicht nur die Krankheit. Im Mittelpunkt steht der kranke Mensch: Wie schaffen wir es gemeinsam, die Situation für ihn zu verbessern, ihn zu heilen? Das ändert viel am hierarchischen Denken.

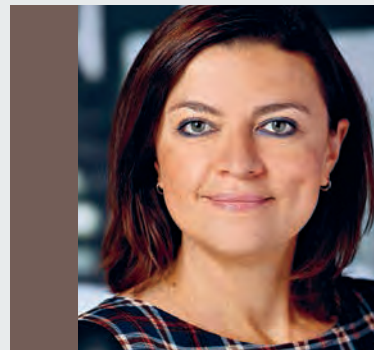
Wie wirkt sich das gemeinsame Lernen auf die Kommunikationskultur aus?

Cichon: Die Projektteilnehmer lernen, die Meinung der anderen anzuhören und in Entscheidungen einzubeziehen. In Mannheim beispielsweise lernen Physiotherapeuten mit Medizinstudierenden zusammen. Die kommen sich bei den Übungen wirklich nahe: Sie sehen, wie die jeweils andere Berufsgruppe an eine Aufgabe herangeht, warum sie einen Vorgang anders benennen. Da wird Verständnis dafür geschaffen, wie die andere Berufsgruppe denkt. Die Berufe finden eine gemeinsame Sprache.

Inwiefern profitieren Patientinnen und Patienten von einer anderen Kommunikationskultur und weniger hierarchischem Denken?

Cichon: Patienten sprechen häufig nicht mit allen an ihrer Behandlung beteiligten Therapeuten. Viele trauen sich nicht, beim

Arzt nachzufragen, sondern fragen lieber die Krankenschwester. Besser wäre es, wenn die medizinischen Informationen gesammelt und in verständlicher Sprache weitergegeben werden. Wir wollen die Berufe nicht vermischen. Aber wenn sie gemeinsam für Fragen der Patienten da sind, löst sich die Schnittstellenproblematik auf. Doppelte Verschreibungen und widersprüchliche Anordnungen lassen sich weitgehend vermeiden. Insofern



Irina Cichon ist Senior Projektmanagerin Gesundheit bei der Robert Bosch Stiftung. Kontakt: Irina.Cichon@bosch-stiftung.de

profitieren Patienten: Die Behandlung wird effektiver und sicherer und geschieht in ihrem Sinne.

Wirkt sich das Hineinwachsen in eine andere Kommunikationskultur auf die Arzt-Patienten-Gespräche aus?

Cichon: Ja, unbedingt. Durch solche Veranstaltungen lernen angehende Ärztinnen und Ärzte, die Patienten besser zu verstehen und in ihnen nicht nur ein Krankheitsbild zu sehen. Wir hoffen, dass sie diese Kultur in die Praxis bringen. Wir haben das Programm ausgeweitet auf Fortbildungen, beispielsweise zur Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen, damit auch bereits im Beruf stehende Ärzte ihre interprofessionellen Fertigkeiten trainieren und verbessern können. ■

Das Interview führte Änne Töpfer.

„Der Tod ist der Todfeind der Gesundheitsreligion“

Er wirbt für eine neue Glückskultur, warnt vor therapeutischen Gurus und wehrt sich gegen Gesundheit als neuer Religion: Psychiater und Bestsellerautor **Manfred Lütz** bürstet im G+G-Interview gegen den Strich.

Herr Lütz, Ihr jüngstes Buch heißt „Wie Sie unvermeidlich glücklich werden“. Ist das Ihr voller Ernst?

Manfred Lütz: Das ist natürlich auch ein bisschen ironisch gemeint, gegen all die Glücksratgeber, die letztlich nichts anderes als eine Anleitung zum Unglücklichsein sind. Denn da beschreibt ein Autor, wie er persönlich glücklich wurde, und lässt den Leser dann traurig zurück, weil der nun mal leider nicht der Autor ist. Glück ist etwas sehr Persönliches. Wenn es tatsächlich den Glücksratgeber geben würde, der allen helfen würde, dann gäbe es ein einziges Glücksbuch – und Ende.

Aber ein solches Rezept gibt es nicht?

Lütz: Weil es keine Rezepte fürs Leben gibt. Der einzige Experte für Ihr Leben sind Sie selbst. Deswegen gibt es sieben Milliarden unterschiedliche Wege, glücklich zu sein, so viele Wege wie es Menschen gibt. Und ich versuche, die Menschen dazu zu ermutigen, ihren eigenen Weg zu finden.

Also sind Sie auch ein Ratgeber.

Lütz: Nein, überhaupt nicht. Ich versuche, dem Leser auf Augenhöhe zu begegnen, und erzähle in meinem Buch, welche ganz unterschiedlichen Ideen die gescheiterten Menschen der Welt über das Glück gehabt haben. Und dann kann der Leser selber entscheiden, was zu ihm passt. Insofern ist das Buch eine kleine Geschichte der Philosophie des Glücks geworden. Sokrates, der berühmteste Philosoph der Antike, hat keine Bücher geschrieben, Ratgeber schon gar nicht. Er ist auf den Marktplatz gegangen und hat jeden Einzelnen aufgefordert: *Erkenne dich selbst!*

Ironie allein reicht also als Antwort auf die Frage nach dem Glücklichsein nicht aus, sie hat einen ernsten Kern ...

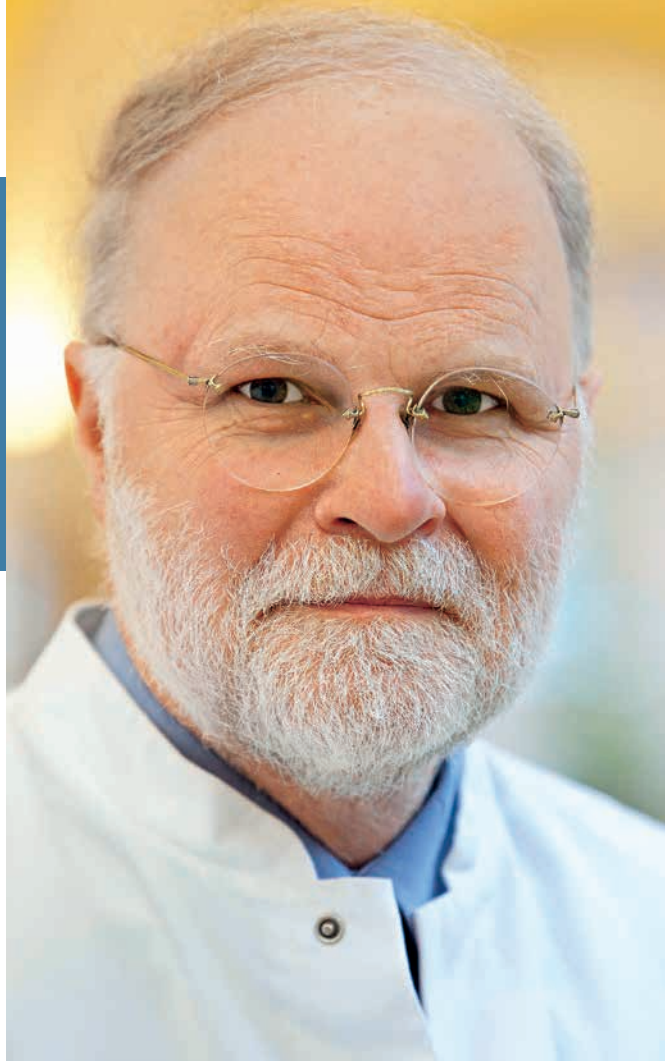
Lütz: Der Philosoph Karl Jaspers hat gesagt, die Grenzsituationen menschlicher Existenz, Leid, Schuld, Kampf und Tod, seien unvermeidlich im Leben jedes Menschen. Wenn man also zeigen könnte, wie man in diesen unvermeidlichen Situationen glücklich sein kann, dann kann man unvermeidlich glücklich werden.

Menschen auf Augenhöhe begegnen – welche Rolle spielt das in Ihrem Alltag als Arzt?

Lütz: Das ist ganz wichtig. Ich bekomme fast täglich Anfragen: Können Sie mich bitte behandeln! Doch ich koche mit demselben Wasser wie alle anderen Kollegen. Psychiatrie und Psychotherapie sind heute seriöse Wissenschaften, und die beste Behandlung ist immer in der Nähe. Je weiter weg man zu einem Psychotherapeuten fährt, desto mehr hält man sich für ein kleines Würstchen und den Therapeuten für einen Guru. Das ist aber schon eine ganz schlechte Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie. Mir kommt es immer auf eine kooperative Beziehung zum Patienten an. Das Ziel der Behandlung bestimmt der Patient, und wir dienen diesem Ziel auf dem Stand der heutigen Wissenschaft.

Die Hirnforscher kommen bei Ihnen nicht besonders gut weg. Warum nicht?

Lütz: Das stimmt so nicht. Ich bin mit Hirnforschern gut befreundet. Aber es gibt so eine gewisse Sorte Hirnforscher, die erwecken den Eindruck, das Eigentliche der Psyche, das könn-



ten nur sie erkennen, das könne man mit bildgebenden Methoden sehen, messen, berechnen. So etwas wirkt immer spektakulär, ist aber wissenschaftstheoretischer Unsinn. Die Hirnforschung erforscht mit großem Erfolg die biologische Perspektive der Psyche, und das ist für Diagnostik und Therapie auch oft sehr nützlich. Aber das Wesen eines Menschen kann man nicht messen, man erlebt es in der existentiellen Begegnung von Mensch zu Mensch. Und aus dieser Begegnung ergeben sich für Psychiatrie und Psychotherapie die entscheidenden Einsichten. Auch das Glück eines Menschen lässt sich nicht auf irgendein Messbares reduzieren. Aber die wichtigen Dinge des Lebens – Liebe, Gut und Böse, der Sinn des Lebens – sind nicht messbar. Doch das sind die Dinge, die dem menschlichen Leben seinen besonderen, einzigartigen Geschmack geben, weswegen es sich lohnt zu leben.

Macht Erfolg glücklich?

Lütz: Wer unbedingt Erfolg haben will, wird unglücklich. Deswegen macht die Casting-Mentalität auch so unglücklich, weil man sich da immer mit anderen Menschen vergleicht, die eben andere Fähigkeiten haben als man selbst. Wenn man die Fähigkeiten, die man nun einmal hat, fleißig einsetzt und damit zufrieden ist – ob man nun Erfolg hat oder nicht – dann kann man ein gelingendes Leben führen.

Sie kritisieren auch „Gesundheitsreligion“ und „Fitnesswahn“. Was halten Sie davon, dass sich die AOK Gesundheitskasse nennt?

Lütz: Wenn eine Krankenkasse die Prävention im Blick hat und über Wege informiert, wie man sich fit halten kann, dann ist das völlig in Ordnung – solange es nicht bevormundend in das freie Leben freier Bürger eingreift. Bei meiner Kritik an der Gesundheitsreligion geht es mir aber um etwas Grundsätzliches.

Und zwar?

Lütz: Viele Menschen glauben heute nicht mehr an den lieben Gott, sondern an die Gesundheit. Und alles, was man früher für den lieben Gott tat – Wallfahrten, Fasten und so weiter – das tut man heute für die Gesundheit. Es gibt Menschen, die leben überhaupt nicht mehr richtig, die leben nur noch vorbeugend und sterben dann gesund. Aber auch wer gesund stirbt, ist definitiv tot. Nichts gegen einen gesunden Lebensstil, aber lebensweise Menschen wussten immer schon, dass man in Behinderung, Krankheit, Leid und Tod bei aller Last auch Quellen des Glücks eines Lebens finden kann.

Und deshalb ist auch das „Memento mori“ wichtig, also die Aufforderung „Denke daran, dass du sterben musst“?

Lütz: Der Tod ist der Todfeind der Gesundheitsreligion. Doch der Tod gibt dem Leben seine eigene Färbung. Wenn Sie nicht sterben könnten, dann könnten Sie jetzt einen Menschen schlagen und sich damit beruhigen, sie könnten sich ja in 500 Jahren wieder entschuldigen und jemand anderem eine Freude machen und müssten sich doch sagen, dass sie ihn sicher in 1.000 Jahren enttäuschen würden. Es wäre alles gleichgültig, es wäre die totale Langeweile. Nicht sterben können wäre nach Platon die Hölle. Erst dadurch, dass wir sterben, wird jeder Moment unwiederholbar wichtig. Wenn ich Ihnen jetzt sagen könnte, wann Sie sterben, dann bin ich sicher, dass Sie morgen schon anders leben werden. Nun ist es aber so, dass wir alle sterben und dass der morgige Tag ein Tag weniger auf der Rechnung ist, nichts können wir wiederholen. Im pompejanischen Bordell waren Totenschädel an die Wände freskiert als Aufforderung: Mensch denke daran, dass du stirbst, und lebe jeden Tag lustvoll: Carpe diem, pflücke den Tag. Und der Totenschädel beim Heiligen Hieronymus in der Wüste hieß in gewisser Weise etwas Ähnliches: Mensch, lebe jeden Tag ganz bewusst – natürlich nicht im Bordell, das ist der Unterschied. ■

Das Interview führte Wigbert Tocha,
Chef vom Dienst der AOK-Mitarbeiterzeitung :intro.

Zur Person

Dr. Manfred Lütz ist Psychiater, Psychotherapeut, Philosoph und Theologe und als Chefarzt des Alexianer Krankenhauses in Köln tätig, einer psychiatrischen Klinik in konfessioneller Trägerschaft. Lütz veröffentlichte zahlreiche Bücher, darunter „Irre! Wir behandeln die Falschen – unser Problem sind die Normalen“, „Bluff! Die Fälschung der Welt“ und zuletzt „Wie Sie unvermeidlich glücklich werden. Eine Psychologie des Gelingens“. Lütz tritt auch als Kabarettist auf.

Haftung der Prüfstelle möglich

Im Rechtsstreit um fehlerhafte Brustimplantate der Firma PIP haben Europas Richter entschieden: Benannte Stellen wie der TÜV sind nicht generell verpflichtet, Hersteller unangemeldet zu inspizieren und die Produkte zu prüfen. Sie haften jedoch, wenn sie ihre Kontroll- und Überwachungspflichten schuldhaft verletzt haben. **Von Anja Mertens**

Urteil vom 16. Februar 2017
– C-219/15 –
Europäischer Gerichtshof

Es war ein Medizinprodukte-Skandal von enormem Ausmaß und beschäftigt seit Jahren die Gerichte: Der französische Hersteller Poly Implant Prothèse (PIP) hatte bis 2010 jährlich rund 100.000 minderwertige Brustimplantate produziert und weltweit verkauft. In den Implantaten steckte Industriesilikon anstelle von hochwertigem und weitaus teurerem medizinischem Silikon. Die Kissen mit dem billigeren Ersatzstoff waren oftmals undicht, mitunter rissen sie oder platzten. Frauen, die PIP-Implantate trugen, klagten zum Teil über Schmerzen, Fieberschübe, Schwächegefühl oder Hautausschläge. Zudem besteht der Verdacht, dass das ausgetretene Gel Krebs auslösen kann. Nachdem der Skandal aufgeflogen war, ließen allein in Deutschland Tausende Frauen die Implantate austauschen. Die Kosten für die erneute Operation übernahmen die Krankenkassen.

Versäumnisse vorgeworfen. Die Firma PIP ist längst pleite, ihr Chef sitzt im Gefängnis. Von dem Unternehmen kann niemand mehr Schmerzensgeld und Schadenersatz bekommen. So verklagte eine Frau aus Rheinland-Pfalz den TÜV Rheinland auf Zahlung von 40.000 Euro Schmerzensgeld sowie den Ersatz künftiger materieller Schäden. Sie hatte nach einer Krebsoperation die Implantate eingesetzt bekommen. Der TÜV Rheinland war vom Hersteller als „Benannte Stelle“ (staatlich autorisierte und überwachte Prüfstellen) für die Zertifizierung und Überprüfung des Qualitätssicherungssystems beauftragt. Aus Sicht der Kläge-

rin war der TÜV seinen Prüf- und Überwachungspflichten bezüglich der Brustimplantate – sie gehören zu den Medizinprodukten der höchsten Risikoklasse (III) – nicht pflichtgemäß nachgekommen. Er hätte durch Einsichtnahme in die Lieferscheine und Rechnungen erkennen können, dass der Hersteller der Brustimplantate nicht das genehmigte medizinische Silikon verwendet hatte.

Die Benannte Stelle muss sich davon überzeugen, dass der Hersteller die Qualitätsvorgaben einhält.

Die Patientin scheiterte jedoch mit ihrer Klage vor dem Land- und dem Oberlandesgericht. Das Berufungsgericht vertrat die Auffassung, die Qualitätsüberwachung diene nicht dem Schutz Dritter, da der zwischen der Benannten Stelle und dem Hersteller geschlossene Vertrag rein privatrechtlich und die Klägerin darin nicht eingebunden sei. Die Zertifizierungstätigkeit diene nur dazu, die Einhaltung der Voraussetzungen für das Inverkehrbringen von Produkten zu gewährleisten. Die Prüfstellen würden nicht zum Schutz der Patienten tätig. Pflicht-

verletzungen lägen auch nicht vor, da die Firma regelmäßig besichtigt wurde. Gegen das Urteil legte die Patientin Revision beim Bundesgerichtshof (BGH) ein.

Die Karlsruher Bundesrichter setzten das Verfahren aus und wandten sich an den Europäischen Gerichtshof (EuGH). Für seine Entscheidung komme es maßgeblich auf die Auslegung der Medizinprodukte-Richtlinie 93/42/EWG des Rates vom 14. Juli 1993 an (BGH-Beschluss vom 9. April 2015, Aktenzeichen VII ZR 36/14; *siehe dazu G+G 6/2015, Seite 42–43*). Der BGH wollte von den Luxemburger Richtern zum einen wissen, ob sich aus der Medizinprodukte-Richtlinie eine generelle oder zumindest anlassbezogene Produktprüfungspflicht der Benannten Stelle ergibt und ob diese generell oder anlassbezogen verpflichtet ist, Geschäftsunterlagen des Herstellers zu sichten und/oder unangemeldete Inspektionen durchzuführen. Außerdem fragte der BGH, ob es Zweck und Intention der Richtlinie sei, dass die mit der Prüfung und Überwachung beauftragte Stelle bei Medizinprodukten der Risikoklasse III zum Schutz aller potenziellen Patienten tätig wird und deshalb bei schuldhafter Pflichtverletzung gegenüber den betroffenen Patienten unmittelbar und uneingeschränkt haften kann.

Keine generelle Prüfpflicht. Der EuGH verneinte eine generelle Prüfpflicht. Habe die Benannte Stelle jedoch Hinweise darauf, dass ein Medizinprodukt mög-

TIPP FÜR JURISTEN



Behandlungsvertrag, medizinischer Standard, Leitlinien und Richtlinien, Besonderheiten bei der Beweislast, Aufklärungspflichten – diese und weitere Themen behandelt das Seminar „Aktuelles Arzthaftungsrecht“ am 3. Mai in Berlin. Veranstalter ist das Deutsche Anwaltsinstitut. Mehr Infos unter www.anwaltsinstitut.de > Veranstaltungen

licherweise die gesetzlichen Vorgaben nicht erfüllt, müsse sie alle erforderlichen Maßnahmen ergreifen, um ihren Pflichten nachzukommen. Zu den anlassbezogenen Pflichten der Benannten Stelle gehöre es insbesondere, sich davon zu überzeugen, dass der Hersteller die Vorgaben des Qualitätssicherungssystems einhält, und festzustellen, ob die EG-Konformitätserklärung (CE-Kennzeichnung) aufrechterhalten werden kann. Dafür sehe die Richtlinie verschiedene Maßnahmen vor. Dazu gehörten unangemeldete Besichtigungen beim Hersteller und Überprüfungen des Qualitätssicherungssystems. Die Benannte Stelle könne vom Hersteller alle Informationen verlangen, die sie für die Aufrechterhaltung der CE-Kennzeichnung benötige.

Haftung unterliegt nationalem Recht.

Die Frage des BGH, ob Benannte Stellen zum Schutz der Endempfänger der Medizinprodukte tätig werden, bejahte der EuGH. Die Richtlinie diene dem Schutz der Gesundheit und der Sicherheit von Personen. Sie betreffe nicht nur die Anwender von Medizinprodukten und die Patienten, sondern ganz allgemein „Dritte“. Zwar habe in erster Linie der Hersteller zu gewährleisten, dass sein Produkt sicher und nicht gesundheitsschädlich ist. Aber auch die EU-Mitgliedstaaten und die Benannten Stellen müssten alle erforderlichen Maßnahmen treffen, damit nur solche Produkte in den Verkehr kämen und dort bleiben, die die Anforderungen der Richtlinie erfüllen. Haftungsansprüche von Produktempfängern wegen einer schuldhaften Pflichtverletzung Benannter Stellen regle die Richtlinie nicht. Allerdings könnten die Prüfstellen Geschädigten gegenüber nach nationalem Recht haften. ■

Kommentar: Mit dem Urteil des Europäischen Gerichtshofs hat sich die Rechtsstellung der geschädigten Frauen gegenüber dem TÜV Rheinland entscheidend verbessert. Denn die Luxemburger Richter haben klargestellt, dass eine Haftung nach deutschem Recht grundsätzlich möglich ist. Nun bleibt abzuwarten, wie der Bundesgerichtshof entscheidet.

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

Kontakt: Anja.Mertens@bv.aok.de

INHALT

AKTUELLER STAND

ARZNEIMITTEL

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der GKV (GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz – AMVSG)
Bundestags-Drucksache 18/10208

Öffentliche Listung der vereinbarten Erstattungsbeträge für Arzneimittel; in medizinisch begründeten Einzelfällen Abkehr von der Vorgabe, dass der Erstattungsbetrag nicht zu höheren Jahrestherapiekosten führen darf als die wirtschaftlichste Vergleichstherapie; Verlängerung des Preismoratoriums für erstattungsfähige Arzneimittel bis 2022; Informationspflicht der Pharmafirmen gegenüber Kliniken bei Lieferengpässen; Rabattverträge für Krebspräparate (Zytostatika) zwischen Kassen und Pharmaherstellern möglich; Wegfall der Ausschreibungsmöglichkeit der Kassen mit Apotheken über Herstellung und Lieferung von Zytostatika.

Zweite und dritte Lesung im Bundestag war am 9.3.2017. Der Bundesrat nimmt voraussichtlich am 31.3.2017 erneut Stellung.

HEIL- UND HILFSMITTEL

Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz, HHVG)
Bundestags-Drucksache 18/10186

Aktualisierung des Hilfsmittelverzeichnisses durch GKV-Spitzenverband bis Ende 2018; bei Ausschreibungsverträgen Preis und Qualitätsanforderungen als Kriterium; Pflicht der Leistungserbringer, bei der Abrechnung mit Kassen Aufzahlungen offenzulegen; Möglichkeit der Kassen und Heilmittelerbringer-Verbände, von 2017 bis 2019 Vergütungen oberhalb der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen aller GKV-Mitglieder zu vereinbaren; Regelungen zum Morbi-RSA; Aufträge für RSA-Gutachten.

Zweite und dritte Lesung im Bundestag war am 16.2.2017. Der Bundesrat hat am 10.3.2017 zugestimmt.

INFEKTIONSSCHUTZ

Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten
Bundestags-Drucksache 18/10938

Einrichtung eines elektronischen Melde- und Informationssystems für übertragbare Krankheiten durch das Robert Koch-Institut; Erweiterung der Meldepflichten bei Krankenhausinfektionen, z.B. Fälle von Besiedlung der Haut mit Erregern von nosokomialen Infektionen; Auftreten von Krätze in Pflegeheimen meldepflichtig.

Erste Lesung im Bundestag war am 26.1.2017. Der Bundesrat hat am 10.2.2017 Stellung genommen.

SELBSTVERWALTUNG

Gesetz zur Verbesserung der Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie zur Stärkung der über sie geführten Aufsicht (GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz)
Bundestags-Drucksache 18/10605

Erweiterung der Einsichts- und Prüfrechte der Selbstverwaltung; Verpflichtung der Organisationen, interne Kontrollmechanismen (Innenrevision) einzurichten; Präzision der Informations-, Berichts- und Dokumentationspflichten der hauptamtlichen Vorstände gegenüber den Aufsichtsgremien; Möglichkeit der Selbstverwaltung, den Vorstand mit einfacher Mehrheit abzuwählen bei gleichzeitiger Wahl eines neuen.

Zweite und dritte Lesung im Bundestag war am 26.1.2017. Der Bundesrat hat am 10.2.2017 zugestimmt.

Stand: 10.3.2017



Web-Tipp

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

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

NIEDERSACHSEN

Sicherheit bei Polymedikation

Neue Verträge zwischen der AOK Niedersachsen, dem Landesapothekerverband, der Kassenärztlichen Vereinigung und den Hausärzterverbänden im Land sollen für mehr Sicherheit bei der Arzneimitteltherapie sorgen. Von dieser koordinierten Beratung können vor allem Patienten profitieren, die 65 Jahre oder älter sind, am Hausarztmodell der AOK teilnehmen und mehrere Wirkstoffe verordnet bekommen. Hausärzte können dabei – die Zustimmung des Patienten vorausgesetzt – gezielt eine Apotheke mit einer Beratung zur individuellen Medikation beauftragen oder wahlweise den Patienten selbst beraten. Die AOK liefert dem Hausarzt hierzu die nötigen Informationen. Arzt oder Apotheker erläutern dem Patienten die Wirkweise der eingenommenen Medikamente und informieren über mögliche Neben- und Wechselwirkungen der Präparate. „Die intensive



Gut beraten: Vor allem ältere Menschen sollen von der Zusammenarbeit von Hausarzt und Apotheker profitieren.

Gesamtschau auf die Medikation soll nicht nur Gefahren ausschließen. Ziel ist auch, durch mehr Wissen beim Patienten eine bessere Akzeptanz der Therapie zu erreichen“, sagte der Vorstandschef der AOK Niedersachsen, **Dr. Jürgen Peter**. Die spezielle Beratung durch Apotheker oder Hausarzt wird mit 60 Euro vergütet. ■

SACHSEN/THÜRINGEN

Mehr Vorsorge für junge Menschen

Um die Lücke bei der Vorsorge junger Menschen zu schließen, bietet die AOK PLUS den bei ihr versicherten Kindern und Jugendlichen drei zusätzliche Untersuchungen zur Früher-

kennung. Konkret handelt es sich um die Vorsorgeuntersuchung U10 (7 bis 8 Jahre), U11 (9 bis 10 Jahre) und J2 (16 bis 17 Jahre). Die Gesundheitskasse übernimmt dafür alle Kosten. „Wir wollen damit nicht nur die Vorsorgelücke schließen, sondern auch die Teilnahmequoten erhöhen. Zur J1 geht nach unseren Datenanalysen bislang nur jeder zweite Jugendliche, so **Rainer Striebel**, Vorstandsvorsitzender der AOK PLUS. Neben den Untersuchungen der körperlichen Entwicklung begutachtet der Arzt bei der U10 und U11 auch die psychische Verfassung, das Sozialverhalten, Medienkonsum und Ernährungsverhalten. Schwerpunkte der Vorsorgeuntersuchung J2 im Alter von 16 bis 17 Jahren sind das frühzeitige Erkennen und Behandeln von Haltungsstörungen, Sozialisations- und Verhaltensstörungen. Zudem berät der Arzt zu Fragen der Sexualität – auch ohne Anwesenheit der Eltern. Damit die Eltern keinen Termin versäumen, erinnert die AOK mit jeweils einem Anschreiben an die jeweils fällige Untersuchung. ■

AOK aktuell

„Landarztmacher“ setzen auf Praktika

Die AOK Bayern geht neue Wege, um die ärztliche Versorgung auf dem Land zu verbessern. So unterstützt die Gesundheitskasse ein kürzlich aufgelegtes Projekt der „Landarztmacher“ in Niederbayern. Die Initiative, die auf den Allgemeinmediziner **Dr. Wolfgang Blank** zurückgeht, will Medizinstudenten für die Vielseitigkeit des Arztberufes auf dem Land begeistern. Dazu bieten die „Landarztmacher“ vierwöchige Gruppenpraktika an. Die AOK Bayern fördert das Projekt zunächst für drei Jahre mit jeweils maximal 50.000 Euro im Jahr.

„Mit dem innovativen Projekt Landarztmacher wollen wir angehende Ärzte für den Bayerischen Wald oder für die Tätigkeit in einer anderen bayerischen ländlichen Region begeistern“, sagte **Peter Krase**, Ressortdirektor Leistungsmanagement bei der AOK Bayern. Sollte die Evaluation des Angebotes positive Ergebnisse liefern, denke man über eine längere Förderdauer nach.

Projektinitiator Blank hob die Vorteile des Projekts für Medizinstudenten hervor:

„Durch den Kontakt mit zufriedenen Landärzten können die Studierenden außerhalb der Universität positive Eindrücke über die Tätigkeit von Ärzten auf dem Land sammeln.“ Im Rahmen des Praktikums würden die Teilnehmer Einblick in verschiedene ärztliche Fachbereiche – von Wundnahtkurs bis Notfallbehandlung – sowie in das sektorenübergreifende Arbeiten zwischen Haus-, Fach- und Klinikärzten bekommen. Weiterer Anreiz für die Studierenden: Die vierwöchigen Gruppenpraktika werden auch als Famulatur im Rahmen des Medizinstudiums anerkannt. ■

Mehr Infos: www.landarztmacher.de



Kranke Psyche führt zu Arbeitsausfällen

Psychische Störungen sind in Baden-Württemberg inzwischen dritthäufigste Ursache für eine Krankschreibung. Während die Fehltagel der AOK-versicherten Beschäftigten 2016 im Vergleich zum Vorjahr leicht zurückgingen, stieg der Anteil psychischer Störungen um knapp einen Prozentpunkt von 10,1 Prozent (2015) auf elf Prozent im vergangenen Jahr, wie aus einer Auswertung der AOK Baden-Württemberg hervorgeht. Der Analyse liegen Daten von über 2,2 Millionen AOK-versicherten Beschäftigten zugrunde. „Psychische Belastungen und Störungen zählen seit vielen Jahren zu den häufigsten Ursachen krankheitsbedingter Ausfälle am Arbeitsplatz – und das mit steigender Tendenz“, sagte **Dr. Sabine Knapstein**, Ärztin und Psychotherapeutin bei der AOK Baden-Württemberg. Studien zeigten, so die Expertin, dass körperliche Bewegung Depressionen vorbeugen könne. Erholungspausen während der Arbeit seien ebenfalls ein probates Mittel, Stress als einer häufigen Ursache depressiver Erkrankungen vorzubeugen. „Obwohl die Zahl der Frühberentungen insgesamt zurückgeht, hat sich diese Zahl bei Menschen mit depressiven Störungen in den Jahren 2000 bis 2013 mehr als verdoppelt.“ ■

SACHSEN-ANHALT

Laufcoach wieder am Start

Laufen ist gesund. Doch wer unvorbereitet und zu ehrgeizig an den Start geht, riskiert gesundheitliche Probleme. Insbe-



Verwaist: Psychische Leiden waren im „Ländle“ zuletzt dritthäufigster Grund für Krankmeldungen.

sondere längere Strecken benötigen eine gezielte Vorbereitung, damit am Ende nicht Muskelzerrungen, Gelenkprobleme oder Herz-Kreislauf-Beschwerden auftreten. Der Laufcoach der AOK Sachsen-Anhalt soll deshalb Läufer professionell anleiten, sich richtig vorzubereiten. Die Teilnehmer trainieren zwei bis dreimal wöchentlich unter Anleitung. Über einen Zeitraum von acht bis zwölf Wochen lernen sie, typische Lauffehler zu vermeiden. Der Laufcoach konzentriert sich aber nicht allein auf das Training. Auch ein individueller Ernährungsplan sowie Entspannungstechniken sind Teil der Vorbereitung. Dafür stehen Ernährungsberater und Leistungsdiagnostiker des Instituts für Leistungsdiagnostik und Gesundheitsförderung der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg bereit, das gemeinsam mit der AOK das Konzept erarbeitet hat. Aus den Ergebnissen der Leistungsdiagnostik erstellen die Experten einen individuellen Trainingsplan. Der Eigenanteil bei einer Teilnahme am Laufcoach liegt für AOK-Versicherte bei 35 Euro, für Versicherte anderer Kassen bei 260 Euro. ■

NORDWEST

Zunahme von Keuchhusten

In Schleswig-Holstein ist die Zahl der Keuchhustenfälle stark gestiegen. 2016 wurden insgesamt 325 Infektionsfälle gemeldet, 2015 waren es 191. Besonders auffällig sei die Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen im Alter bis zu 18 Jahren: Hier seien die Infektionsfälle um knapp 88 Prozent gestiegen, wie die AOK NORDWEST auf Basis von Zahlen des Robert Koch-Instituts mitteilte. „Aufgrund dieser Entwicklung raten wir, unbedingt die empfohlenen Impfungen insbesondere bei Säuglingen und Kindern vorzunehmen“, sagte AOK-Vorstandschef **Tom Ackermann**. ■

NORDOST

Einigung auf neue Landesbasisfallwerte

Krankenkassenverbände und Krankenhausgesellschaften in Berlin und Brandenburg haben sich auf neue Landesbasisfallwerte für 2017 geeinigt.

Der neue Fallwert in Berlin beträgt 3.350,91 Euro, der in Brandenburg 3.347,67 Euro. Die Selbstverwaltungen hätten damit erneut ihre Handlungsfähigkeit bewiesen und schafften mit den Vereinbarungen die notwendige Rechtsbasis für die Budgetvereinbarungen der Akutkrankenhäuser, teilten die Kassen – darunter die AOK Nordost – und die Krankenhausgesellschaften beider Länder mit. Der Landesbasisfallwert bildet die Grundlage für die Abrechnung der Klinik-Fallpauschalen. ■

Telegramm

+++ Unter dem Motto **Gutes Essen, gute Laune: Hör' auf dein Bauchgefühl** präsentiert die AOK zusammen mit der Schauspielerin Janina Uhse („Gute Zeiten, schlechte Zeiten“), Koch Christoph Brand und Food-Bloggerin Miriam „Mia“ Keller auf der Webseite aok-on.de einen neuen Themenkomplex zu gesunder, ausgewogener Ernährung. Das Portal richtet sich insbesondere an Auszubildende, Berufseinsteiger und Studierende. +++ Am 1. Mai startet wieder die AOK-Aktion **„Mit dem Rad zur Arbeit“**. Beteiligen können sich daran Einzelpersonen oder Teams. Die Teilnahme ist kostenlos. Infos: www.mit-dem-rad-zur-arbeit.de

Verbraucherschutz Mit Transparenz zu mehr Sicherheit

Wer heute unter Gelenkverschleiß leidet, kann sich einen künstlichen Ersatz implantieren lassen. Wer im Alter wieder an Form gewinnen will, kann dies mit Silikonkissen erreichen. Die Medizintechnik macht es möglich. Doch solche Eingriffe sind nicht ohne Risi-



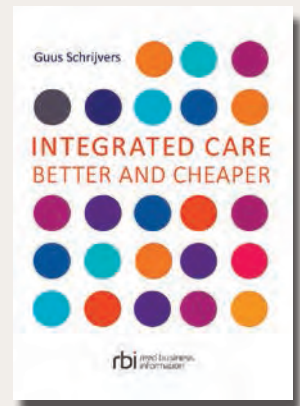
ko. Skandale um fehlerhafte Endoprothesen und um geplante Brustimplantate haben die Patienten aufgeschreckt und die Politik alarmiert. Aktuell wird auf europäischer Ebene diskutiert, ob und wie die Medizinprodukte besser zu

prüfen wären. Vor diesem Hintergrund ist die Dissertation von David Reinhardt eine interessante Lektüre, da sie die Prüf- und Zulassungsverfahren von Arzneimitteln und Medizinprodukten vergleicht. Hilfreich ist vor allem die Gegenüberstellung der Verfahren: Bei den Arzneimitteln sind es die Behörden, die über Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit entscheiden und das Medikament schließlich zulassen. Bei den Medizinprodukten sind in erster Linie die Hersteller gefordert. Erst bei höheren Risikoklassen muss eine benannte Stelle daran beteiligt werden. Reinhardt empfiehlt unter anderem, das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zu einem zentralen Überwachungsorgan auszubauen. Studien zur Sicherheit von Medizinprodukten sollten zudem veröffentlicht werden und Ärzten und Patienten als Entscheidungshilfen dienen können.

David Reinhardt:
Inverkehrbringen von Arzneimitteln und Medizinprodukten.
2017. 152 Seiten. 39,99 Euro.
Springer Fachmedien, Wiesbaden.

Integrierte Versorgung Werben für eine gute Idee

In diesem Jahr wird die Idee der Integrierten Versorgung (IV) in Deutschland 20 Jahre alt. Bereits im Jahr 1997 waren erste Regelungen, die die Zusammenarbeit von Akteuren unterschiedlicher Sektoren erleichtern sollten, in das GKV-Neuordnungsgesetz eingearbeitet worden. Die Politik wollte die Qualität der medizinischen Behandlung sichern und sie zugleich wirtschaftlicher gestalten. Weitere Erleichterungen folgten mit den Gesundheitsreformen in den Jahren 2004 und 2007. Der Kreis der Vertragspartner wurde ausgeweitet, eine Anschubfinanzierung sollte innovativen Vorhaben auf den Weg helfen. Im Rückblick zeigt sich jedoch, dass die Kernidee der Kooperation bis heute nicht die erhoffte durchschlagende Kraft entwickelt hat. Kein IV-Konzept hat bislang den Sprung in die Regelversorgung geschafft. Guus Schrijvers, Ökonom, Gesundheitswissenschaftler und ehemals Professor in Utrecht, gilt internatio-



nal als einer der prominentesten Fürsprecher für die Integrierte Versorgung. Für sein aktuelles Buch hat er rund 500 Dokumente durchgearbeitet und Projekte aus der ganzen Welt unter unterschiedlichen Perspektiven ausgewertet. Im Ergebnis zeigt sich nicht nur, dass die Integrierte Versorgung besser und kostengünstiger ist, sondern auch, dass von der Idee bis zur Umsetzung zahlreiche Gesetzesänderungen und Hürden in der Praxis zu überwinden sind.

Guus Schrijvers: Integrated Care. Better and Cheaper. 2016. 292 Seiten. 24,50 Euro.
Reed Business Information, Amsterdam.

SEMINARE | TAGUNGEN | KONGRESSE

<p>■ ZENTRALE NOTAUFNAHME IM FOKUS</p>	<p>Neustrukturierung der ambulanten Notfallversorgung, überregionale Planung, Qualitätsindikatoren</p>	<p>25.4.2017 Köln</p>	<p>MCC – The Communication Company Scharnhorststraße 67a 52351 Düren</p>	<p>Tel.: 0 24 21/1 21 77-0 Fax: 0 24 21/1 21 77-27 mcc@mcc-seminare.de www.mcc-seminare.de > Gesundheit</p>
<p>■ CONNECTING HEALTHCARE IT CONHIT</p>	<p>Digitalisierung, Versorgungssteuerung, E-Health, mobile Health und Apps, IT-Sicherheit</p>	<p>25.–27.4.2017 Berlin</p>	<p>Bundesverband Gesundheits-IT Taubenstraße 23 10117 Berlin</p>	<p>Tel.: 0 30/2 06 22 58-58 jennifer.adam@bvigt.de www.conhit.de</p>
<p>■ BETRUG UND FEHLVERHALTEN IM GESUNDHEITSWESEN</p>	<p>Entwicklungen in der Fehlerhaltensbekämpfung, Best-Practice-Beispiele der Betrugserkennung</p>	<p>8.5.2017 Leipzig</p>	<p>Gesundheitsforen Leipzig GmbH Hainstraße 16 04109 Leipzig</p>	<p>Tel.: 03 41/9 89 88-339 Fax: 03 41/9 89 88-9301 alissa.weiss@gesundheitsforen.net www.gesundheitsforen.net/betrug</p>
<p>■ QUALITÄT IM KRANKENHAUS – SIQ! KONGRESS 2017</p>	<p>Qualitätssicherung mit Routinedaten, qualitätsorientierte Vergütung, Zweitmeinung</p>	<p>18.–19.5.2017 Berlin</p>	<p>Stiftung SIQ Initiative Qualitätskliniken gGmbH Friedrichstraße 60 10117 Berlin</p>	<p>Tel.: 0 30/32 50 36 50 a.neudam@qualitaetskliniken.de www.siq-kongress.de</p>
<p>■ HAUPTSTADTKONGRESS MEDIZIN UND GESUNDHEIT</p>	<p>Forum Gesundheitspolitik, Tag der Versicherungen, Klinik, Rehabilitation, Ärzteforum, Pflegekongress</p>	<p>20.–22.6.2017 Berlin</p>	<p>WISO S.E. Consulting GmbH c/o Agentur WOK GmbH Palisadenstraße 48 10243 Berlin</p>	<p>Tel.: 0 30/49 85 50 31 Fax: 0 30/49 85 50 30 info@hauptstadtkongress.de www.hauptstadtkongress.de</p>

Lebensende Würde braucht einen Rahmen

Forscher der Universität Erlangen haben in ihrem Band Beiträge zusammengetragen, die sich mit den Menschenrechten und der Autonomie am Lebensende befassen. Dass die Autonomie zu einem strapazierten Begriff geworden ist, zeigt sich an dem eindrücklichen Beitrag von Marianne Rabe. Die pädagogische Geschäftsführung der Berliner Charité macht das Dilemma der Pflege im Umgang mit Kranken anschaulich. Denn Pflegenden sehen im Patienten gerade nicht einen autonomen Kunden, sondern den kranken



Menschen, der auf Fürsorge und Anteilnahme angewiesen ist. Professionelle Pflege versteht sich als ein „Begleiten von Menschen, die vorübergehend oder dauerhaft mit Einschränkungen leben müssen“. Ihre Würde und ihr Menschsein erlöschen nicht, wenn das Denken und das Sprechen versagen. Die Pflegekräfte stehen mit diesem Blick nicht selten quer zu den straffen Abläufen in Krankenhäusern und Pflegeheimen. Zum Beispiel, wenn sich Pflegebedürftige gegen Körperpflege und Mobilisierung wehren. Darf dies dem Einzelnen aufgezwungen werden, weil der Arzt es angeordnet hat und der medizinische

Dienst der Krankenkassen es prüfen wird? Das Konzept einer „würdevolleren Pflege“, so Rabe, muss nicht nur individuell angestrebt werden, sondern braucht auch einen institutionellen Rahmen.

Caroline Welsh, Christof Ostgathe, Andreas Frewer, Heiner Bielefeldt (Hrsg.): **Autonomie und Menschenrechte am Lebensende**. 2016. 254 Seiten. 29,99 Euro. Transcript-Verlag, Bielefeld.

Suchterkrankung Die Diagnose der Welt

Wird es jemals einen Oberbürgermeister in München geben, der zum Oktoberfest ein Fass „Alkoholfreies“ anzapft? Mit dieser Frage macht der international anerkannte Suchtforscher Felix Tretter schnell anschaulich, wie die gesellschaftlichen Strukturen und Werte das Suchtverhalten Einzelner bestärken und salonfähig machen. Viele Formen der Abhängigkeit werden heute toleriert, solange der Einzelne nicht die Kontrolle verliert. Der Psychologe und Psychiater klärt über die Suchterkrankungen auf, erläutert, wie süchtiges Verhalten entsteht und gibt eine Übersicht zu den Behandlungsformen. Spannend ist vor allem das Kapitel über die „Umwelt als Ursachengefüge



der Sucht“. Darin zeigt sich, dass es um mehr geht als um Tabak, Alkohol und Drogen. Merkmale unserer Gesellschaft führen zu unterschiedlichsten Pathologien: Wer in der „Steigerungsgesellschaft“ bestehen will, ist gefährdet, diesem Druck mithilfe von Aufputzmitteln zu entfliehen. Urbanisierte Räume ohne natürliche Oasen lassen es normal erschei-

nen, in technisierten Welten abzutauchen. Felix Tretter nimmt Sucht nicht nur als individuelle Krankheit in den Blick, sondern als gesellschaftliche Diagnose.

Felix Tretter:
Sucht. Gehirn. Gesellschaft. 2017. 254 Seiten. 39,95 Euro. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Zeitschriftenschau

■ Arteriosklerose: Neue Theorie über Krankheitsursache

Bisher ging die Medizin davon aus, dass Fettablagerungen aus dem Blut Gefäße von innen verkalken lassen. Der Hannoveraner Herzspezialist Professor Axel Haverich stellt die gängige Lehrmeinung auf den Kopf und sagt: Auslöser von Arteriosklerose seien Entzündungsprozesse durch Infektionen. Diese führten zu Infarkten in den kleinen, die Arterienwände versorgenden Gefäßen und dort zur Freisetzung von Cholesterin aus abgestorbenen Zellen. Eine wichtige Prävention der Arteriosklerose sei daher, Infektionen zu vermeiden. *Circulation* 2017; 135: 205–207

■ Singen hilft bei Lungenkrankheiten

Wer mit Lungenkrankheiten wie COPD oder Asthma regelmäßig singt, dem geht es besser. Zu diesem Ergebnis kommen Wissenschaftler des London Imperial College. Sie untersuchten verschiedene Parameter wie Gesundheitsstatus, Lungenfunktion und Lebensqualität von Singenden mit Lungenerkrankungen. Danach verbessert Singen nicht nur signifikant die Lebensqualität der Patienten, sondern auch die Lungenfunktion. Insbesondere Patienten mit COPD profitierten von den Gesangsstunden. Ob am Ende die Atemkontrolle und Körperhaltung oder das gesellige Miteinander für den Effekt verantwortlich sind, bleibt in der Studie unbeantwortet. *Primary Care Respiratory Medicine* 2016; 26, 16080, online 1. Dezember

■ Blutzuckertest: Zu wenig Schlaf verfälscht das Ergebnis

Der Orale Glukosetoleranztest (OGTT) kann eine Diabeteserkrankung bereits in einem sehr frühen Stadium anzeigen, wenn normale Bluttests noch unverdächtig sind. Die Patienten dürfen aber acht bis zwölf Stunden nichts gegessen haben. Nun haben Forscher der Emory University School of Medicine in Atlanta in einer Studie mit 1.500 Teilnehmern ohne diagnostizierten Diabetes herausgefunden, dass sich auch die Schlafdauer auf die Blutzuckerwerte auswirkt. Bei Probanden, die in den letzten zwei Nächten vor dem Test insgesamt nicht mehr als elf Stunden geschlafen hatten, ermittelten die Forscher beim OGTT gehäuft Blutzuckerwerte über der kritischen Grenze von 140 Milligramm pro Deziliter. Ihr HbA1c-Wert aber war völlig unauffällig. *The American Journal of Medicine* 2017; online 5. Januar

■ Asthma: Verzehr von gepökeltem Fleisch verstärkt die Symptome

Die Ernährung spielt für Menschen mit Asthma eine größere Rolle als bisher gedacht. Französische Forscher haben einen Zusammenhang zwischen gepökeltem Fleisch und der Zahl von Asthma-Anfällen festgestellt. In ihrer Langzeitstudie (2003 bis 2013) mit 1.000 Teilnehmern hatten diejenigen, die bis zu viermal pro Woche Salami, Schinken oder anderes gepökeltes Fleisch aßen, 20 Prozent mehr Asthma-Anfälle als Patienten, die darauf verzichteten. Die Forscher vermuten Nitrit als Auslöser. *Thorax* 2016, online 20. Dezember

Privatisierung auf Patientenkosten

Das Geschäft mit der Gesundheit muss ein Ende finden, fordert **Tim Engartner**. Der Sozialwissenschaftler beklagt, dass mit zunehmender Privatisierung kommunaler Kliniken vielerorts das Motto „Masse statt Klasse“ gelte – auf Kosten des Patientenwohls.

Unlängst titelte der Spiegel: „In der Krankenfabrik – Ausgelieferte Patienten, ausgebeutete Ärzte.“ Tenor des Beitrags: In zahlreichen Kliniken wird das gesundheitspolitische Versagen offenkundig. Werden Standorte und Abteilungen nicht gänzlich geschlossen, wird häufig die Bettenzahl reduziert. In der Folge platzen Kliniken mitunter Patienten auf Fluren oder entlassen sie vorzeitig. Immer häufiger müssen Krankenhäuser ökonomische Richtwerte und Benchmarks erreichen, um ihren Fortbestand gewährleisten zu können, obwohl im Krankenhausgesetz eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen festgeschrieben ist. Die an betriebswirtschaftlichen Kriterien ausgerichtete Gesundheitsökonomie ersetzt immer häufiger eine an Patientenbedürfnissen orientierte Gesundheitsversorgung. Dessen ungeachtet werden hierzulande inzwischen mehr Krankenhäuser in privater als in öffentlicher Trägerschaft geführt. Lag der Anteil der Privatkliniken an der deutschen Krankenhauslandschaft Anfang der 1990er-Jahre bei 15 Prozent, stieg er zuletzt auf über 35 Prozent. Damit wurde bei uns ein Privatisierungsniveau erreicht, das sogar das Mutterland privater Kliniken, die USA, übertrifft.

Kommunen fehlen die Mittel. Ursächlich für den massiven Zuwachs an Privatkliniken sind Schließungen unzähliger kommunaler Krankenhäuser – meist Ausdruck fehlenden politischen Willens, sie zu (re)finanzieren. Immer tiefer klaffende Haushaltslöcher machen es den Kommunen schwer bis unmöglich, ausreichend Mittel für ihre Kliniken bereitzustellen. Das seit Jahren von der Politik praktizierte Ausbluten der öffentlichen Hand, massiv verschärft durch die Finanzkrise und die Schuldenbremse, hat viele kommunale Krankenhäuser zu einem veritablen Finanzierungsrisiko für die Kommunen werden

lassen. Nach betriebswirtschaftlichen Kriterien agierende Krankenhausunternehmen sind Ergebnis einer paradigmatischen Verschiebung von der Patienten- zur Kostenorientierung.

Wenn Krankenhäuser nun auf Masse statt Klasse setzen, also möglichst viele Patienten in möglichst kurzer Zeit behandeln, drückt dies marktkonformes Verhalten aus, das der Dumpinglogik folgt. Aus betriebswirtschaftlicher Perspektive ist es vielversprechend, die Flucht in die Menge planbarer Eingriffe mit hohem Casemix anzutreten – das heißt Eingriffe mit hohem Schweregrad der behandelten Fälle, die hohe Einnahmen bei geringen Kosten generieren, vorzuziehen. Dies kommentierte Günther Jonitz, Präsident der Berliner Ärztekammer, in der Berliner Zeitung so: „Ein Krankenhaus gefährdet seine Existenz heute stärker, wenn es schlechte wirtschaftliche Leistungen erbringt, als wenn es schlechte Medizin macht. Das ist weder im Sinne der Patienten noch der Ärzte.“

Gesundheit lässt sich nicht in Geld aufwiegen. Das Marktprinzip versagt im Gesundheitswesen, da es sich von anderen Märkten maßgeblich unterscheidet. Während Güter und Dienstleistungen auf Märkten freiwillig in Anspruch genommen (Ausnahme: Drogenmarkt) oder aber als Privileg begriffen (Schulpflicht auf dem Bildungsmarkt) werden, gilt dies nicht für Gesundheitsleistungen. Unabhängig davon, wie preiswert oder effizient sie sind, will niemand krank sein. Auf Konsumartikel kann man verzichten, aber wer schwer oder chronisch krank ist, kann nicht einfach sein Medikament seltener nehmen. Urlaub kann man stornieren, aber nicht einfach seine Krankheit zurückgeben, weil es gerade nicht passt.

Soll das Patientenwohl wieder Kern ärztlichen Handelns werden, brauchen wir einen expliziten Kurswechsel. So muss die Ungleichbehandlung im dualen Versicherungssystem beendet, die Finanzierung via Fallpauschalen im Krankenhaus abgeschafft und der über die Privatisierung von Krankenhäusern und Gesundheitsleistungen forcierte Wettbewerb aufgegeben werden. Das Geschäft mit der Gesundheit muss ein Ende finden. Wir sollten Gesundheitseinrichtungen nicht länger als Wirtschaftseinheiten begreifen und uns an die Mahnung einer alten Volksweisheit erinnern: Gesundheit lässt sich weder in Geld noch in Gold aufwiegen. ■

Prof. Dr. Tim Engartner ist Professor für Didaktik der Sozialwissenschaften an der Goethe-Universität in Frankfurt am Main und Autor des Buches „Staat im Ausverkauf. Privatisierung in Deutschland“.

Kontakt: Engartner@soz.uni-frankfurt.de

Leserforum



Ihre Meinung ist gefragt.

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

Oder schreiben Sie uns:

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

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

Herausgeber	AOK-Bundesverband
Redaktion	Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin Telefon: 0 30 2 20 11-0 Telefax: 0 30 2 20 11-105 E-Mail: gug-redaktion@kompart.de www.kompart.de
Chefredakteur	Hans-Bernhard Henkel-Hoving
Stellv. Chefredakteurin	Karola Schulte
Artdirection	Anja Stamer
Chefin vom Dienst	Gabriele Hilger
Chefreporter	Thomas Hommel
Verantw. Redakteurin	Änne Töpfer
Titel Verlag	iStockphoto/Georgijevic KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, 10178 Berlin AG Berlin-Charlottenburg HRA 42140 B Postanschrift: wie Redaktion
Marketing und Vertrieb	KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG Rosenthaler Straße 31 10178 Berlin Telefon: 0 30 2 20 11-0 Telefax: 0 30 2 20 11-105
Repro und Druck	Buch- und Offsetdruckerei H. Heenemann GmbH & Co. KG Berlin
Anzeigen	KomPart Verlagsgesellschaft mbH, Rosenthaler Straße 31 10178 Berlin Telefon: 0 30 2 20 11-0 Telefax: 0 30 2 20 11-105 Ansprechpartner: Christian Lindenberg Telefon: -160 Verantwortlich für den Anzeigenteil: Werner Mahlau
	Nachdruck nur mit Genehmigung des Verlages. Dies gilt auch für die Aufnahme in elektronische Datenbanken und Mailboxen. Für unaufgefordert eingesandte Manuskripte und Fotos übernimmt der Verlag keine Haftung.
	Einzelpreis: 6,95 Euro Jahresabo: 71,80 Euro inkl. Porto Kündigungsfrist 3 Monate zum Jahresende
	Es gilt die Anzeigen- preisliste Nr. 19 vom 1.1.2017 ISSN 1436-1728



G+G 2/2017

Patienten mit Standpunkt

Bildung muss lebenslang weitergehen

Das Leben wird nicht einfacher mit den vielen medizinischen Möglichkeiten, die wir heute haben. So kann sich der vermeintliche Segen als Fluch entpuppen – wenn selbst Fachleute die Vielfalt der diagnostischen und therapeutischen Methoden kaum durchblicken. Noch vor 150 Jahren hätte der Arzt bei egal welcher Krankheit häufig nicht viel mehr als einen Aderlass anordnen können und die Patienten ansonsten ihren Selbstheilungskräften und dem Schicksal überlassen. Mit dem Wissensfortschritt sind ganz neue Entscheidungs-Nöte auf uns zugekommen: Wer findet wo und wie am sichersten heraus, was ich habe? Wer kann das dann wo und wie am besten behandeln? Oder reichen vielleicht doch allein die Selbstheilungskräfte meines Körpers? Und was sagt das Internet dazu? In solchen Situationen einen Decision Coach an die Hand zu bekommen, ist vielleicht wirklich eine Hilfe. Aber viel wichtiger noch ist wahrscheinlich eine allgemeine Bildungsoffensive: Was müssen wir essen, um gesund zu bleiben? Wie unterscheidet sich ein einfacher Schnupfen von einer echten Grippe? Was mache ich bei Erbrechen und Durchfall? Wie schütze ich mich vor Ansteckung? Und vor allem: Wo finde ich verlässliche Informationen? Gesundheit, Prävention und Körperbewusstsein müssen Teil des Lehrplans in Schulen sein. Bildung muss aber lebens-

lang weitergehen, etwa über wirksame Kampagnen der Gesundheitsämter, der Kassen oder von Einrichtungen wie den Verbraucherzentralen und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Da läuft ja schon ganz viel. Wir müssen uns aber fragen, warum das Ergebnis derart bescheiden ausfällt. Irgendwas passt da häufig nicht zusammen: Sprache und Zielgruppe, Botschaft und Medium, Zeit und Ort. Es lohnt sich, diesen Dingen intensiv nachzugehen.

K. M., Celle

G+G 2/2017

Liebe kennt kein Alter

Höchste Zeit, dass die Gesellschaft umdenkt

Herzlichen Glückwunsch zu dem Beitrag „Liebe kennt kein Alter“. Aus dem eigenen Bekanntenkreis weiß ich, wie sehr sich Menschen jenseits des 80. Geburtstages noch nach Zärtlichkeit und Erotik sehnen, gerade auch dann, wenn der frühere Partner nicht mehr da ist. Es ist deshalb höchste Zeit für ein Umdenken in der Gesellschaft, sodass es dann wiederum Pflegeprofis leichter fällt, das Thema gegenüber Angehörigen anzusprechen. Menschen sind nun einmal körperliche Wesen, die auch auf diesem Wege miteinander kommunizieren und sich austauschen wollen. Wie hat die Expertin in G+G doch so schön formuliert: „Menschen sind liebesfähig bis zum letzten Atemzug.“ Dem muss man wirklich nichts hinzufügen.

J. K., 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.



Wir sind da, wo Pflege Hilfe bekommt

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

Gesundheit in besten Händen

aok.de