

# G+G

GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

**VOLKSENTSCHEID**  
Was den Bürgern  
ihre Klinik wert ist

**INNOVATION**  
Was Roboter in der  
Pflege leisten



G+G-Leserumfrage:  
Liegt die GroKo richtig?



# Wie Schwarz-Rot punkten will

Gesundheit und Pflege  
im Koalitionsvertrag –  
eine kritische Analyse

Die Pressestellen der AOK

# Gesundheit ist unser Thema!

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

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

## **AOK-BUNDESVERBAND**

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

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

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

## **AOK BADEN-WÜRTTEMBERG**

Hauptverwaltung  
Pressesprecher: Kurt Wesselsky

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

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

## **AOK BAYERN – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Zentrale  
Pressesprecher: Michael Leonhart

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

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

## **AOK BREMEN/BREMERHAVEN**

Pressesprecher: Jörn Hons

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

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

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

Direktion  
Pressesprecher: Ralf Metzger

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

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

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

Direktion  
Pressesprecher: Carsten Sievers

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

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

## **AOK NORDOST – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Pressesprecher (komm.): Matthias Gabriel

Wilhelmstraße 1  
10963 Berlin  
presse@nordost.aok.de

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

## **AOK NORDWEST – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Pressesprecher: Jens Kuschel

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

Tel. 02 31/4193-10145

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

Tel. 04 31/6 05-21171

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

Pressesprecherin: Dr. Ellen von Itter

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

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

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

Pressereferent: Jan Rößler

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

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

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

Pressesprecherin: Hannelore Strobel

Sternplatz 7  
01067 Dresden  
presse@plus.aok.de

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

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

Pressesprecherin: Anna-Kristina Mahler

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

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

# Beim Fleisch ist weniger mehr

Wenn wir seltener Steak, Schnitzel oder Wurst essen, profitieren Gesundheit, Umwelt und Klima, meint **Hubert Weiger**. Der Naturschützer fordert politische Strategien für einen ökologischen Wandel in der Tierhaltung.

**Die Bundesbürger verzehren** pro Kopf und Jahr durchschnittlich etwa 60 Kilogramm Fleisch. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung empfiehlt hingegen, Fleisch in Maßen zu essen – zwischen 300 und 600 Gramm pro Woche, also maximal rund 30 Kilogramm im Jahr. Niemand lässt sich gerne vorschreiben, was auf dem Teller landet. Dennoch: Wenn wir weniger Fleisch essen, schützen wir Gesundheit, Umwelt und Klima.

Für kein Gut der Welt wird so viel Land benötigt wie für die Herstellung von tierischen Produkten wie Fleisch. Obwohl tierische Produkte nur 17 Prozent des globalen Kalorienbedarfs decken, beansprucht ihre Produktion 77 Prozent des gesamten Agrarlandes. Die Flächen werden stetig ausgeweitet. Folgen der intensiven Tierhaltung sind vielerorts steigende Nitratwerte im Grundwasser. Außerdem können antibiotikaresistente Keime in die Umwelt gelangen. So fanden Wissenschaftler kürzlich in niedersächsischen Gewässern Bakterien, die sogar gegen das für den Menschen wichtige Reserveantibiotikum Colistin resistent sind. Colistin wird insbesondere in der industriellen Geflügelmast in großen Mengen eingesetzt.

Wenn wir Fleisch essen, dann sollten die Tiere aus besserer Haltung kommen, am besten von der Weide. Rinder, Schafe und Ziegen fressen Gras und verwandeln es in die wertvollen Lebensmittel Milch und Fleisch. Außerdem ist Grünland ein klimawirksamer Kohlenstoffspeicher. Eine nachhaltige Beweidung fördert die Humusbildung. Jede Tonne zusätzlicher Humus im Boden entlastet die Atmosphäre um mehr als 1,8 Tonnen CO<sub>2</sub>. Außerdem benötigt die ökologische Landwirtschaft die Ausscheidungen der Tiere, um die Pflanzen zu düngen.

Leider können Verbraucherinnen und Verbraucher abgesehen von Bioprodukten nicht erkennen, aus welcher Haltung tierische Lebensmittel stammen. Der Bund für Umwelt und Naturschutz Deutschland setzt sich deshalb für mehr Transparenz ein. Eine Kennzeichnung, wie sie für Eier bereits

Vorschrift ist, sollte es verpflichtend für andere tierische Produkte geben.

Immer mehr Menschen ernähren sich bereits vegetarisch oder vegan, essen also kein Fleisch oder gar keine tierischen Lebensmittel. Rund zwölf Prozent der Bundesbürger sind Flexitarier – bei ihnen kommen Fleisch und Wurstwaren nur gelegentlich auf den Tisch. Die Ernährungsindustrie bereitet sich auf einen geringeren Fleischkonsum vor und setzt auf vegetarische und vegane Produkte. Doch industriell hochverarbeitete und importierte Produkte sind nicht notwendig für eine ausgewogene fleischfreie Ernährung. Vielmehr sollten die Produkte ökologisch und sozial verträglich in der Region produziert werden. Die Alternativen sind beispielsweise Kartoffeln, Hülsenfrüchte und Getreideprodukte.

Informationskampagnen wirken bei Ernährungsthemen nur langsam und sind abhängig vom medialen Druck, der Kreativität und der Überzeugungskraft der Argumente. So ist beispielsweise rund zwei Dritteln der Verbraucherinnen und Verbraucher der Zusammenhang zwischen dem Konsum tierischer Lebensmittel und dem Klimaschutz nicht bewusst. Gefragt nach Maßnahmen zum Klimaschutz bei der eigenen Ernährung nennen nur 36 Prozent eine Reduktion des Fleischkonsums.

Die zivilgesellschaftlichen Initiativen zur Verringerung des Fleischverzehr sind zwar wichtig, können aber staatliches Handeln nicht ersetzen. Ein ökologischer Wandel in der Tierhaltung ist nur mit neuen politischen Strategien und einem geschärften Bewusstsein bei Verbrauchern möglich. Abgesehen von Ankündigungen hat die verantwortliche Politik wenig getan, um die Bedingungen in der Nutztierhaltung zu verbessern.

Saubere Gewässer und gesunde Böden kann es nur geben, wenn die Politik die Tierhaltung wieder an die Fläche bindet. Die Bundesregierung muss eine staatliche Haltungskennzeichnung einführen. Ein freiwilliges Tierwohllabel mit laschen Anforderungen reicht für eine echte Trendwende nicht aus. ■

**Rund zwölf Prozent der Bundesbürger essen nur gelegentlich Fleisch.**



**Prof. Dr. Hubert Weiger**, geboren 1947, ist seit 2002 Vorsitzender des BUND Naturschutz in Bayern und seit 2007 Vorsitzender des Bundes für Umwelt und Naturschutz Deutschland (BUND). Der Forstwissenschaftler lehrte an den Universitäten Kassel und München das Fach Naturschutz. Hubert Weiger ist Mitglied des Obersten Naturschutzbeirates beim Bayerischen Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz. Er gehört seit 2004 dem Rundfunkrat des Bayerischen Rundfunks an und ist Mitherausgeber der Zeitschrift *movum*. Weiger lebt mit seiner Frau in Fürth und hat zwei Kinder.

**Kontakt:**  
[www.bund.net](http://www.bund.net) > über uns

## Fibel für Reforme



H.-B. Henkel-Hoving,  
Chefredakteur

**Jetzt haben wir es schwarz auf weiß:** Hermann Gröhe war Deutschlands fleißigster Gesundheitsminister. Belegen lässt sich das mit der druckfrischen „Reformfibel 2.0“ aus dem KomPart-Verlag. Denn von den 184 Seiten, die das „Handbuch der Gesundheitsreformen“ umfasst, widmen sich 70 Seiten allein den Gesetzeswerken, die unter der Regie des Christdemokraten ent-

standen sind. Alle seine Vorgänger waren zumindest in quantitativer Hinsicht weniger produktiv.

Doch mit der **Reformfibel 2.0** lassen sich nicht nur Rekordhalter ermitteln und Stammtischwetten gewinnen – oder wissen Sie noch, wann das Krankenhaus-Notopfer eingeführt und wann es wieder abgeschafft wurde? Die Neuauflage der Reformfibel ist vor allem ein praktisches Nachschlagewerk, das **stichwortartig die Inhalte von mehr als 40 wichtigen Gesundheitsgesetzen zusammenfasst** – vom Gesundheitsreformgesetz im Jahr 1989 bis zum Heil- und Hilfsmittel-Versorgungsgesetz 2017.

Darüber hinaus zeichnen Hintergrundtexte Legislaturperiode für Legislaturperiode ein prägnantes Bild von der jeweiligen gesundheitspolitischen Bühne. So lassen sich Fakten schnell erfassen und Entwicklungslinien besser nachvollziehen. Historische Karikaturen von Horst Haitzinger runden das Nachschlagewerk aus der Feder von Hartmut Reiners und Otmar Müller ab.

Neugierig geworden? Sie können die Reformfibel 2.0 unter [www.kompart.de/shop](http://www.kompart.de/shop) bestellen. Oder Sie machen bei der **G+G-Leserumfrage zum Koalitionsvertrag von Union und SPD mit und gewinnen eine von 20 Ausgaben**. Unseren Fragebogen finden Sie in diesem Heft und selbstverständlich unter [www.kompart.de](http://www.kompart.de).

Viel Glück wünscht Ihnen

  
henkelhoving@kompart.de

### MAGAZIN

#### 12 KOMPETENZ GEHT NUR GEMEINSAM

Der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz liegt vor. Nun machen sich viele Verantwortliche in Politik und Praxis daran, ihn in die Tat umzusetzen.

Von Karola Schulte

#### 14 GEMEINSAME DIGITALE SACHE

Premiere: Beim Thema E-Health ziehen erstmals sechs Verbände und Organisationen an einem Strang. Ihr Ziel: eine schlüssige Agenda für die Digitalisierung.

Von Hans-Bernhard Henkel-Hoving

#### 15 KRAFTAKT FÜR DIE PFLEGE

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff erfasst den Hilfebedarf besser. Dieses Fazit zieht der Medizinische Dienst der Krankenversicherung nach gut einem Jahr.

Von Thomas Hommel

#### 16 VORBILD FÜR VERNETZTE VERSORGUNG

Eine aktuelle Studie zeigt: Die Disease-Management-Programme für chronisch Kranke tragen schon heute zur sektorenübergreifenden Versorgung bei.

Von Anja Schramm

#### 18 UNABHÄNGIGE BEWERTUNG HAT VORRANG

Brüssel will die Bewertung von Arzneimitteln und Medizinprodukten vereinheitlichen. Kritiker befürchten den Verlust nationaler Qualitätsstandards.

Von Thomas Rottschäfer

#### 19 „MISTEN SIE IHR HANDY AUS“

Fast Nonstop checken Menschen ihr Smartphone und erfüllen damit ihr Bedürfnis nach sozialer Verbundenheit. Gleichzeitig laufen sie Gefahr, süchtig zu werden, warnt die Literaturwissenschaftlerin Daniela Otto.



30 Jahre Gesundheitspolitik auf 184 Seiten: Die Reformfibel 2.0 ist ein kompaktes Nachschlagewerk. Mehr Infos auf der letzten Seite dieser Ausgabe.

## TITEL

### 20 WIE SCHWARZ-ROT PUNKTEN WILL

E-Health, Notfallversorgung, Pflegestellen – der schwarz-rote Koalitionsvertrag enthält manch gute Reformansätze – nicht aber beim Wettbewerb.

Von Kai Senf



# 20

Bestandsaufnahme: Welche Plus- und Minuspunkte der schwarz-rote Koalitionsvertrag hat

## THEMEN

### 28 EIN RÖCKCHEN FÜR EMMA

In einer Kieler Demenz-WG sorgt Roboter Emma für Schwung. Der Hightech-Helfer unterstützt die Betreuer, ist aber kein Ersatz für menschliche Zuwendung.

Von Bärbel Triller



# 28

Hightech: Welche Rolle Roboter wie Emma in der Pflege spielen können

### 34 BARES NACH DEM BÜRGERVOTUM

Manches Krankenhaus überlebt nur, weil Bürger für den Fortbestand stimmen. Müssten sie für den Erhalt zahlen, könnte ihr Votum anders ausfallen.

Von Andreas Beivers und Lilia Waehlert



# 34

Analyse: Was bei Bürgerentscheiden über Klinikstandorte fehlt

## RUBRIKEN

- 9 **Rundruf** Update fürs Gesundheitswissen
- 11 **Kommentar** Ungedeckte Schecks
- 42 **Recht** Arzt muss umfassend aufklären
- 44 **AOK-Notizen** Aktuelles aus Bund und Ländern
- 46 **Service** Bücher, Termine und mehr
- 48 **Debatte** Mehr Anerkennung für Organspender
- 49 **Nachlese** Briefe an die Redaktion
- 49 **Impressum** Wer steckt hinter G+G?
- 50 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen

## STUDIE

**Büro statt  
Arztbesuch**

Zur Arbeit gehen trotz einer Krankheit ist in Deutschland ein weit verbreitetes Phänomen. So geben laut einer Analyse für den Index „Gute Arbeit“ des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB) mehr als zwei Drittel der befragten Beschäftigten (67 Prozent) an, dass sie in den zwölf Monaten vor der Befragung mindestens einmal krank zur Arbeit gegangen sind. Etwa jeder zweite arbeitete eine Woche oder mehr, obwohl er sich gesundheitlich angeschlagen fühlte. Einer früheren Befragung zufolge ist der „Präsentismus“ häufig eng verbunden mit der Sorge um den Arbeitsplatz. Unter Präsentismus verstehen Arbeitspsychologen und Arbeitsmediziner das Verhalten von Arbeitnehmern, die trotz Krankheit am Arbeitsplatz erscheinen. Arbeitsverdichtung und hohe psychische Arbeitsbelastungen erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass Beschäftigte krank zur Arbeit gehen. Ist das Betriebsklima dagegen gut, bleiben kranke Beschäftigte eher zu Hause. Für den DGB-Index Gute Arbeit werden jedes Jahr bundesweit mehrere Tausend zufällig ausgewählte Beschäftigte befragt. ■

**MEHR INFOS:**

[www.dgb.de](http://www.dgb.de) > Themen

## PSYCHOLOGIE

**Westen anfälliger  
für Narzissmus**

Menschen, die in den alten Bundesländern aufgewachsen sind, weisen höhere Narzissmus-Werte auf als jene, die in den neuen Ländern sozialisiert wurden. Das zeigen Untersuchungen der Berliner



**Präsentismus:** Etwa zwei Drittel der Arbeitnehmer in Deutschland gehen auch krank zur Arbeit.

Charité. Narzissmus bezeichnet eine übersteigerte Selbstliebe. Zu einem Krankheitsbild wird das Phänomen dann, wenn der Betroffene unter den Auswirkungen leidet und Symptome einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung entwickelt. Wie Wissenschaftler um Professor Dr. Stefan Röpke sowie Dr. Aline Vater von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Charité-Campus Benjamin Franklin zeigen konnten, hat das gesamtgesellschaftliche Umfeld Auswirkungen auf das Entstehen von Narzissmus. Für ihre Untersuchung zogen die Forscher Daten aus einer anonymen Internetumfrage heran, an der sich mehr als 1.000 Bundesbürger beteiligten. „Keinen Unterschied sehen wir in der jungen Generation, die zum Zeitpunkt des Mauerfalls noch nicht geboren oder noch nicht in der Schule war und somit unter gleichen westlichen Bedingungen aufgewachsen ist. Hier sind Narzissmus und Selbstwert in Ost und West gleich ausgeprägt“, betonte Charité-Wissenschaftlerin Aline Vater. ■

## MEDIZIN

**Neue Anreize  
für Landärzte**

Die Bundesregierung will sich weiter um eine bessere ärztliche Versorgung auf dem Land bemühen. Das Thema sei auch in dieser Wahlperiode ein „Schwerpunkt“, heißt es in einer Antwort auf eine Anfrage der FDP-Fraktion. Zuletzt seien bereits mehrere Initiativen ergriffen worden, um die medizinische Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu verbessern, so etwa im Zuge des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes 2011 sowie des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes 2015. Eine Auswertung der

im Bundesarztregister hinterlegten Adressdaten der Hausarztpraxen durch die Kassenzärztliche Bundesvereinigung habe derweil ergeben, dass auf einer Fläche von rund 10.000 Quadratkilometern rund 173.000 Einwohner in Deutschland mehr als zehn Kilometer vom nächsten Hausarzt entfernt wohnen. Davon betroffen seien neben der Inselbevölkerung vor allem dünn besiedelte Gebiete in Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Thüringen sowie im Grenzgebiet zu Luxemburg und Österreich. ■

**MEHR INFOS:**

**Bundestagsdrucksache  
19/751**

**kurz & bündig**

**+++ DIABETES:** Die Deutsche Diabetes Gesellschaft hat für einen „Nationalen Diabetesplan“ geworben. Dieser sollte ein Diabetesregister mit flächendeckenden Patientendaten enthalten, um wirksame Präventionsstrategien zu entwickeln. **+++ KRANKENVERSICHERUNG:** Die Zahl der Einzel- und Gruppenversicherungen in der privaten Krankenversicherung ist seit 2010 leicht gesunken. Laut einer Antwort der Bundesregierung auf eine Anfrage der Linksfraktion ging die Zahl von rund 8,9 Millionen im Jahr 2010 auf 8,6 Millionen im Jahr 2016 zurück. Größtes Unternehmen ist die „Debeka“ mit rund 2,3 Millionen Verträgen, kleinstes die „St. Martinus Kranken“ mit etwa 800 Verträgen.



# Pflege in Skandinavien



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

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

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

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

Franz Wagner, Präsident des Deutschen Pflegerates

+++ JETZT ANMELDEN +++

## Ja, ich will teilnehmen:

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

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

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

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

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

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

## UMFRAGE Informationsbedarf zu Pflegeleistungen

Ein Jahr nach der jüngsten Pflegereform fühlen sich Betroffene und Angehörige nicht gut über Leistungen der Pflegeversicherung informiert. Das geht aus einer neuen Untersuchung des Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) hervor. Mit Einführung der Pflegestärkungsgesetze hatte der Gesetzgeber in der zurückliegenden Legislatur umfangreiche Leistungsausweitungen beschlossen. So wurden etwa das Pflegegeld sowie Pflegesachleistungen erhöht, ein Entlastungsbetrag zur Unterstützung im Alltag von 125 Euro pro Monat für Pflegebedürftige eingeführt, die zu Hause versorgt werden, und Leistungen für Tages- und Nachtpflege sowie für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege erweitert. Um die

## Zitat des Monats

**Viren sind die einzigen Rivalen um die Herrschaft über unseren Planeten. Wir müssen auf Draht sein, um mit ihnen Schritt zu halten.**

**Professor Joshua Lederberg** (1925–2008),  
US-amerikanischer Molekularbiologe

Wahrnehmung solcher und weiterer Veränderungen einschätzen zu können, befragte das ZQP mehr als 900 pflegende Angehörige im Alter von 40 bis 85 Jahren. 33 Prozent der Befragten fühlen sich über die Leistungen der Pflegeversicherung für die von ihnen versorgten Pflegebedürftigen nicht sehr gut informiert – bei den Leistungen für sich selbst sind es sogar 44 Prozent. ■

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

## NEUROPHYSIOLOGIE Traumata erhöhen Krankheitsrisiko

Wer im Kindesalter schwere traumatische Erfahrungen macht, der ist als Erwachsener anfälliger für Krankheiten der Psyche, aber auch für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, gastrointestinale Störungen, Diabetes mellitus sowie Krebsleiden. Frühe Stresssituationen könnten Effekte auf das Gehirn, den Stoffwechsel und das Immunsystem haben, die diese Erkrankungen begünstigen, warnten Experten der Deutschen Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie und Funktionelle Bildgebung (DGKN). ■

## NACHWUCHSTALENTE Schüler beleuchten Fitnesswahn

Mit ihrem Beitrag „Im Fitnesswahn“ hat die Schülerzeitung „jacobsblick“ der Jacob-Grimm-Schule in Kassel den Sonderpreis der AOK beim Schülerzeitungswettbewerb 2017/2018 gewonnen. Der Beitrag beleuchtete die verschiedenen Facetten des aktuellen Optimierungswahns und halte „den Spiegel vor“, so die Jury. Die Redaktion des halbjährlich erscheinenden „jacobsblick“ habe deutlich gemacht, „was Menschen motiviert, für den perfekten Kör-

per alles zu geben“. Das Thema des AOK-Sonderpreises lautete „Ich komm' nicht aus dem Katalog! – Zwischen Fitnesstrend und Körperwahn“. Der AOK-Bundesverband beteiligt sich seit Jahren mit einem Sonderpreis am Schülerzeitungswettbewerb, der von der Jugendpresse Deutschland und den Ländern getragen wird. ■

**MEHR INFOS:**  
[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) >  
Pressemitteilungen

## INSTITUT Gute Noten für Gesundheitsinfos

„Interessant“, „verständlich“, „ansprechend“: Die neuen Poster und Flyer des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) kommen offenbar gut an. Das habe eine Befragung von Testnutzern ergeben, teilte das Institut mit. Positiv hervorgehoben hätten die Tester auch „die Kürze der Gesundheitsinformationen, ihre Struktur und Bilderung“. Das IQWiG hat die gesetzliche Aufgabe, evidenzbasierte und allgemeinverständliche Gesundheitsinformationen für alle Bürger zur Verfügung zu stellen. Vorrangiges Medium dafür ist die Website [gesundheitsinformation.de](http://gesundheitsinformation.de). „Doch mit einer Website allein lassen sich nicht alle Menschen erreichen“, sagte Klaus Koch, Ressortleiter Gesundheitsinformation beim IQWiG. Ergänzend seien daher Poster und Flyer zu häufigen Gesundheitsproblemen – darunter Kopfläuse und Fieber bei Kindern – entwickelt worden. ■

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

## Köpfe und Karrieren



**+++ MARTINA NIEMEYER**, 51, ist vom Verwaltungsrat der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland zur neuen Vorstandsvorsitzenden der Gesundheitskasse gewählt worden. Die bisherige stellvertretende Vorstandsvorsitzende der AOK NORDWEST wird Nachfolgerin von Dr. Irmgard Stippler, die als Vorstandschefin zur AOK Bayern gewechselt ist. Dr. Niemeyer hat sich in verschiedenen Schlüsselpositionen bei großen gesetzlichen Krankenkassen bewährt. Unter anderem arbeitete die promovierte Astrophysikerin beim AOK-Bundesverband und beim Wissenschaftlichen Institut der AOK.

**+++ INGBORG KRÄGELOH-MANN**, 64, Ärztliche Direktorin der Tübinger Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin, hat die Präsidentschaft der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) übernommen. Ihr Vorgänger, Professor Dr. Ertan Mayatepek aus Düsseldorf, wird die wissenschaftliche Fachgesellschaft ein weiteres Jahr als Vizepräsident begleiten. Neuer DGKJ-Generalsekretär ist Privat-Dozent Dr. Burkhard Rodeck, Chefarzt des Christlichen Kinderhospitals Osnabrück.



## Update fürs Gesundheitswissen

Sich bewusst ernähren, an der frischen Luft bewegen, Gesundheitsinformationen richtig deuten: Was lässt sich aus Ihrer Sicht für mehr Gesundheitskompetenz tun?



**ANNELIE BUNTENBACH**, *Vorstandsmitglied des Deutschen Gewerkschaftsbundes*: Die Gesundheitskompetenz zu steigern heißt auch, die Arbeitsbedingungen und den Gesundheitsschutz in Betrieben, Unternehmen und Verwaltungen zu verbessern. Muskel-Skelett-Erkrankungen nehmen zu, immer mehr Beschäftigte klagen über großen Arbeitsdruck und damit verbundene psychische Belastungen. Reflexhaft wird oft auf die nötige individuelle Gesundheitskompetenz verwiesen.

Was wir aber tatsächlich brauchen, sind Arbeitgeber, die Verantwortung übernehmen und diejenigen Rahmenbedingungen, die überhaupt erst krank machen, systematisch im Sinne der Beschäftigten verbessern.

**DR. ACHIM DERCKS**, *stellvertretender Hauptgeschäftsführer des Deutschen Industrie- und Handelskammertages*: Die zunehmende Digitalisierung im Gesundheitsbereich erfordert neue Kompetenzen bei allen Beteiligten. Dazu gehört, dass Gesundheitsberufe um digitale Inhalte wie die Anwendung digitaler Technologien in der Versorgung ergänzt werden. Aber auch Patienten benötigen digitale Gesundheitskompetenz, indem etwa Ärzte den Einsatz von Gesundheits-Apps vorleben. Schließlich sind digitale Gesundheitskompetenzen für die Unternehmen wichtig, um zum Beispiel digitale Anwendungen erfolgreich in den Markt einzuführen. All das kann zu Effizienzsteigerungen führen und einen Beitrag zur Finanzstabilität der gesetzlichen Krankenversicherung leisten.



**HEINZ-PETER MEIDINGER**, *Präsident des Deutschen Lehrerverbandes*: Dem Bildungssystem kommt bei der Förderung der Gesundheitskompetenz eine zentrale Rolle zu. Der Deutsche Lehrerverband fordert aus diesem Grund ein für alle Bundesländer verbindliches Gesamtkonzept zur Gesundheits-erziehung – beginnend in den Kinderhorten und Kindergärten bis hin zum Hochschulbereich. Dazu braucht es nicht unbedingt die Etablierung eines neuen Schulfachs, aber

zumindest verbindliche Vorgaben als Querschnittsaufgabe aller Fächer und in den entsprechenden Lehrplänen. Aber: Ohne den intensiven Einbezug der Erziehungsberechtigten kann Gesundheits-erziehung nicht erfolgreich sein.

**ANDREAS MICHELMANN**, *Präsident des Deutschen Handballbundes*: Gesundheitskompetenz ist Lebenskompetenz. Wer gut leben und erfolgreich im Beruf oder Sport sein möchte, muss sich um seine Gesundheit als Basis kümmern. Deshalb hat sich der Deutsche Handballbund entschieden, eine Gesundheitspartnerschaft mit der AOK einzugehen. Mit unseren Nationalspielerinnen und Nationalspielern als Vorbildern ermutigen wir Kinder und Jugendliche, selbst Sport zu treiben und bewusst für ihren Körper und ihre Gesundheit zu handeln. Mannschaftssport im Allgemeinen – und Handball im Besonderen – bewegt Menschen. Und Bewegung ist ein Baustein für Gesundheit.



### PATIENTENSICHERHEIT Medikationsfehler häufig vermeidbar

Bundesweit sind jährlich rund 250.000 Krankenhaus-einweisungen auf vermeidbare Fehler bei der Medikation zurückzuführen. Das geht aus einer Antwort der Bundesregierung auf eine Anfrage der FDP-Fraktion hervor. Die Angaben stützen sich auf vorliegende Untersuchungen. Diese zeigen, dass rund fünf Prozent aller



Klinikeinweisungen die Folge unerwünschter Arzneimittelwirkungen sind. Ein Viertel der Fälle ließen sich vermeiden, heißt es weiter. Im Zuge des demografischen Wandels sei mit einem höheren Anteil multimorbider Menschen zu rechnen, die der Polypharmakotherapie bedürften. Durch jedes neu angewandte Medikament steige jedoch das Risiko für Arzneimittelinteraktionen. Um Medikationsfehler zu verhindern, haben Patienten, die mindestens drei Arzneimittel verordnet bekommen, Anspruch auf einen Medikationsplan. Laut Bundesregierung sollen die Medikationspläne möglichst bald elektronisch verfügbar sein. ■

**MEHR INFOS:**  
**Bundestagsdrucksache**  
**19/849**

### NORDRHEIN-WESTFALEN Hausärzte bewerten Delegation positiv

Zwei Drittel der Hausärzte in NRW bewerten die Möglichkeit, Tätigkeiten zu delegieren, grundsätzlich positiv. Das geht aus einer Untersuchung des Instituts für Allgemeinmedizin der Charité Berlin für das Landeszentrum Gesundheit NRW hervor. Vorteile sehen die Befragten vor allem in kürzeren Wartezeiten für die Patienten. Für ihre eigene Arbeitsorganisation werden Zeitersparnis und höhere Arbeitszufriedenheit als Pluspunkte genannt. Vorbehalte bestehen noch wegen eines möglichen Mehraufwands in der Anfangsphase sowie hinsichtlich juristischer Fragen. ■

### PFLEGE Bewegung nutzt Heimbewohnern

Prävention in der stationären Pflege zahlt sich aus, wie ein Forschungsprojekt der Hochschule Fulda belegt. Danach fördert körperliche und geistige Aktivität nicht nur die Selbstständigkeit der Heimbewohner. Sie wirkt sich auch positiv auf kognitive Fähigkeiten aus. „Bisherige Übersichtsarbeiten gaben keine hinreichend genauen Antworten auf die Frage, ob Prävention auch noch in der stationären Pflege wirksam ist“, sagte Professor Beate Blättner vom Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda. Auch viele Heimleitungen hätten Zweifel an solchen Interventionen. Daher habe man nach entsprechenden internationalen Studien gesucht. Ergebnis: Maßnahmen zur Förderung von Bewegung, die über das alltägliche Maß hinausgehen, begünstigen Aktivitäten des täglichen Lebens. ■

## PSYCHE

## Kindeswohl bei Trennung beachten

Eltern verlieren nach Einschätzung des Bremer Psychologen Stefan Rucker bei Trennungen zu oft das Kindeswohl aus dem Blick. „Häufig sind die seelischen Verletzungen der zerstrittenen Partner so groß, dass die Kinder als Waffe gegen den Partner genutzt werden“, sagte Rucker dem Evangelischen Pressedienst (epd). In der Folge drohten den Kindern große gesundheitliche Gefahren, so der Experte weiter. Jedes Jahr seien in Deutschland mehr als 170.000 Kinder von der Scheidung oder Trennung ihrer Eltern betroffen. Dabei gehe es immer auch um das Umgangsrecht nach der Trennung. Im Auftrag des Bundesfamilienministeriums arbeitet Rucker derzeit an einer bundesweiten Studie zum Thema „Kindeswohl und Umgangsrecht“. Im Rahmen der Analyse sollen rund 1.200 Familien befragt werden. ■



Mama und Papa getrennt: Eine Studie fragt nach den Folgen.

BADEN-WÜRTTEMBERG  
Krankenhäuser unter Druck

Experten haben mit Blick auf die Umstrukturierung der Kliniklandschaft in Baden-Württemberg mehr Tempo angemahnt. „Der politische Wille ist da, wenngleich längst nicht alle Hausaufgaben gemacht sind“, sagte Dr. Christopher Hermann,

Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg, anlässlich einer Tagung der Initiative Tageszeitung (ITZ) in Stuttgart. Daten der Landeskrankengesellschaft zufolge ist die wirtschaftliche Situation vieler Kliniken kritisch. Knapp die Hälfte der Krankenhäuser hat das Jahr 2016 mit roten Zahlen abgeschlossen. Die Kliniklandschaft gilt zudem als

zersplittert. So gibt es überdurchschnittlich viele Kliniken mit weniger als 100 Betten. Personal ist knapp – dabei würde es für die Summe aller Behandlungen reichen, müsste das Personal sich nicht auf die Menge aller Krankenhäuser verteilen. „Wir bauen Überkapazitäten ab, wo wir können. Die Zahl der Betten sinkt. Aber wir müssen auch an die Sorgen und Ängste der Patientinnen und Patienten denken“, sagte Landessozialminister Manfred Lucha. Beim Umbau der Strukturen gehe kein Weg vorbei an der Bündelung von Leistungen, zeigten sich die Experten einig. Entsprechende Vorstöße gibt es im Hohenlohekreis, in Rastatt und Lörrach. „Die stärkere Spezialisierung der Kliniken ist der richtige Weg“, unterstrich AOK-Vorstandschef Hermann. Die Kasse setzt sich auch dafür ein, dass die Qualitätsindikatoren aus dem Krankenhausstrukturgesetz des Bundes Eingang in die Landeskrankenhausesplanung finden. ■

## SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH

## „Präventionsgedanken noch stärker in die Pflege einbringen“

Die AOK Niedersachsen bietet seit Kurzem kostenlose Schulungen für Pflegeprofis und Betreuungskräfte in Pflegeeinrichtungen. Dazu Fragen an Ulrich Gransee, alternierender Verwaltungsratsvorsitzender der Kasse.



**G+G:** Herr Gransee, welches Ziel verfolgt die AOK Niedersachsen mit ihren Schulungen für stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen?

**GRANSEE:** Wir möchten damit den Präventionsgedanken noch stärker als bisher in den Bereich der Pflege einbringen. Unsere Fachkräfte geben in Schulungsveranstaltungen zur Bewegungsförderung ihr Wissen als Handwerkszeug an die Beschäftigten der Pflegeeinrichtungen weiter, damit daraus dauerhaft Bewegungsprogramme als Gruppenangebote für die Bewohnerinnen und Bewohner entstehen.

**G+G:** Um welche Inhalte geht es bei den Schulungen?

**GRANSEE:** Wir haben zwei Schwerpunkte gesetzt. Zunächst die Schulungen für ein gezieltes und individuelles Balance- und Krafttraining.

Hier sehen wir in erster Linie Pflegefachkräfte als Teilnehmer und Multiplikatoren. Der andere Bereich umfasst Schulungen für ein Mobilitätstraining. Hier gehören die Betreuungskräfte und Alltagsassistenten zur Zielgruppe.

**G+G:** Inwiefern können Heimbewohner von dem Angebot profitieren?

**GRANSEE:** Ziel ist, das Wohlbefinden sowie die körperliche Aktivität und die Gesundheit der Heimbewohner insgesamt zu stabilisieren und zu festigen. Es geht um eine Stärkung der individuellen Ressourcen. Auch pflegebedürftige Menschen mit Funktionseinbußen besitzen Gesundheitspotenziale, die es zu fördern gilt. Es profitieren letztlich alle Beteiligten.

## Ungedeckte Schecks

Anreize für mehr Qualität und Wettbewerb im Gesundheitsbereich suche man im Koalitionsvertrag der GroKo vergeblich, moniert **Andreas Mihm**. Den Versicherten drohten dennoch höhere Kosten.



**VIEL IST DARÜBER DEBATTIERT WORDEN**, dass die großen Parteien sich immer ähnlicher werden. In der Gesundheitspolitik gilt das nicht. Einer der wenigen Unterscheidungspunkte zwischen Union und SPD war die Bürgerversicherung. Die Sozialdemokraten waren unbedingt dafür, die anderen unbedingt dagegen. Niemand in der SPD hat erwartet, dass das Projekt in den Koalitionsvertrag gelangt. Aber sie

hat die Forderung danach genutzt, um einen maximalen gesundheitspolitischen Ertrag einzufahren: Rückkehr zur Beitragssatzparität, Aufbohren der Fallpauschalen für die Pflegepersonalfinanzierung in Kliniken, Hausarzttermine von der Terminservicestelle, eine Kommission, die über ein „modernes Vergütungssystem“ für privat- und kassenärztliche Honorierung berät.

Das läuft hinaus auf mehr staatliche Einflussnahme auf Kosten der Selbstverwaltung. Kleine Wettbewerbselemente – Differenzierung der Zusatzbeiträge, Transparenz der Behandlungskosten im Krankenhaus – geraten noch kleiner. Die notwendige Reform der Krankenhausfinanzierung bleibt aus. Das ist kein positiver Ertrag der Verhandlungen, die informell unter der Überschrift „Verbesserungen für Pflegekräfte“ stehen. Doch hier verteilt die Politik ungedeckte Schecks. So verspricht sie mehr Stellen und Personal – wissend, dass es in keiner Branche länger dauert, eine freie Stelle neu zu besetzen: 171 Tage. Zum anderen sind nicht nur die Kosten für höhere Gehälter, 8.000 neue Pflegestellen und die Angleichung der Mindesthöhe an Westniveau (10,55 Euro) unbekannt, sondern auch deren Verteilung. Allein bei den Patienten wird man das kaum abladen wollen. Aber für das Wörtchen „Beitragserhöhung“ fehlte wohl der Mut.

Dem neuen Minister Jens Spahn eröffnet das Chancen und Risiken. Denn dieser Regierungsvertrag mauert ihn nicht so ein wie der letzte den nun abgelösten Hermann Gröhe. Allein zwei Kommissionen zur Honorarreform sowie zur sektorenübergreifenden Versorgung böten Chancen zur politischen Profilierung. Andererseits müsste Spahn sich dann mit machtvollen Lobbygruppen anlegen. Das würde neben den kaum zu umgehenden Beitragssatzerhöhungen weitere Risiken schaffen. Im Gesundheitsressort gibt es wenig zu gewinnen, aber viel zu verlieren. Jens Spahn, obschon jung an Jahren, weiß das. Er ist alt an gesundheitspolitischer Erfahrung. ■

**Andreas Mihm** ist Hauptstadt-Korrespondent der Frankfurter Allgemeinen Zeitung.

### CHRONISCHE KRANKHEITEN Programme ernten viel Zuspruch

Chronisch kranke Menschen profitieren von der Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen, sogenannten Disease-Management-Programmen (DMP). Diese werden von den Kassen für Patienten mit Diabetes, Koronarer Herzkrankheit, Asthma, COPD und Brustkrebs angeboten. Wie aus dem Qualitätsbericht 2017 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hervorgeht, stieg die Zahl der Einschreibungen in DMP bis Ende 2016 auf 7,9 Millionen. Das entspricht einem Plus von 2,6 Prozent gegenüber 2015. Der Bericht analysiert zudem die Entwicklung der Qualitätsziele der Programme und stellt dabei eine deutliche Verbesserung bei verschiedenen Kriterien wie etwa den Blutdruckwerten bei Diabetikern und Patienten mit Koronarer Herzkrankheit fest. ■

**MEHR INFOS:**  
[www.kbv.de](http://www.kbv.de) >  
Qualitätsbericht 2017

### STATISTIK Eine Milliarde für Gesundheit am Tag

Die Gesundheitsausgaben in Deutschland haben im vergangenen Jahr erstmals die Marke von einer Milliarde Euro am Tag überschritten. Für 2017 prognostizierte das Statistische Bundesamt einen Anstieg der Ausgaben gegenüber 2016 um 4,9 Prozent auf über 374 Milliarden Euro. Von 2015 bis 2016 hatten sie sich um 3,8 Prozent auf 356,5 Milliarden Euro oder 4.330 Euro je Einwohner erhöht. Dies entsprach einem Anteil von 11,3 Prozent am Bruttoinlandsprodukt. Nordrhein-

Westfalen steht mit seinen Gesundheitsausgaben im Jahr 2015 auf Platz eins im Ländervergleich. Mit 74,8 Milliarden Euro lasse das bevölkerungsreichste Bundesland Bayern (53,9 Milliarden Euro) und Baden-Württemberg (44,1 Milliarden Euro) hinter sich, so das Statistische Landesamt NRW. Schlusslicht bei den Ausgaben ist Bremen mit 2,5 Milliarden Euro. Es folgen das Saarland mit 4,3 Milliarden Euro und Hamburg mit 6,9 Milliarden Euro. ■

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

### MEDIZINTECHNIK Roboter unterstützt Klinikpatienten

Mithilfe eines Roboters können ältere Patienten am Stuttgarter Robert-Bosch-Krankenhaus seit Kurzem wieder das Laufen lernen. Das Gerät „Andago“ unterstütze das Training von Alltagsbewegungen und Gleichgewichtsübungen, so die Klinik. Der Roboter könne Menschen nach Schlaganfall, Schädel-Hirn-Trauma oder anderen neurologischen Verletzungen helfen, ihre Bewegungsfähigkeit zu verbessern. „Andago“ folgt den Angaben zufolge intuitiv der Bewegung des Patienten durch elektrisch angetriebene Räder vorwärts und rückwärts. Auch seitliche Wendungen sowie das Gehen über Hindernisse und unterschiedliche Oberflächen erkennt der Roboter. Clemens Becker, Chefarzt der Klinik für Geriatrische Rehabilitation am Robert-Bosch-Krankenhaus, sagte, „Andago“ könne älteren Patienten die Rückkehr ins eigene Wohnumfeld ermöglichen. ■

Siehe auch Beitrag ab Seite 28.

Für das Wörtchen  
Beitragserhöhung  
fehlte wohl der Mut.

# Kompetenz geht nur gemeinsam

Ein Nationaler Aktionsplan soll die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Schon bei der Veröffentlichung ist klar: Um hier voranzukommen, müssen sich viele Verantwortliche in Politik und Praxis in Bewegung setzen. **Von Karola Schulte**

## Gesundheitskompetenz ist vielfältig:

Wenn Ben und Leyla in der Kita gemeinsam Gemüse schnippeln, lernen sie spielend, warum Möhren und Gurken für sie besser sind als Chips und Schokolade. Stehen Impfungen für die beiden an, wissen ihre Eltern vom Hausarzt, dass ihre Krankenkasse im Internet zuverlässige Infos zum Für und Wider anbietet; für Leylas Mutter, die kaum deutsch spricht, stehen sie in ihrer Muttersprache

die nächsten Schritte. Zum Schluss hakt er gezielt nach, ob sie tatsächlich alles verstanden hat und mit seinen Vorschlägen einverstanden ist.

Ob Kitas und Schulen, Kommunen, Politik, Verbraucherorganisationen und Krankenkassen oder Ärzte und Pfleger: Sie alle können Menschen dabei unterstützen, informierte Entscheidungen in Gesundheitsfragen zu treffen und Wissen für ihre Gesundheit oder den Umgang

zend weiterer Autoren aus Wissenschaft und Praxis einen gut 60-seitigen Leitfaden, um die Gesundheitskompetenz in Deutschland zu stärken. Mit 15 Empfehlungen rufen sie die Akteure darin in den vier Bereichen alltägliche Lebenswelten, Gesundheitssystem, chronische Erkrankungen und Forschung, dazu auf, aktiv zu werden. Dazu gehören unter anderem: „Die Gesundheitskompetenz im Beruf und am Arbeitsplatz fördern“, „Den Umgang mit Gesundheitsinformationen in den Medien erleichtern“, „die Navigation im Gesundheitssystem erleichtern“, „Gesundheitsinformationen nutzerfreundlich gestalten“, „die Partizipation von Patienten erleichtern“, „Fähigkeit zum Selbstmanagement von Menschen mit chronischen Erkrankungen und ihren Familien fördern“. Im Leitfaden zeigen zudem Beispiele guter Praxis, wie sich Gesundheitskompetenz im Alltag fördern lässt.



„Wir haben dicke Bretter zu bohren. Da darf sich niemand vom Acker machen.“

Hermann Gröhe nahm den Aktionsplan als Schirmherr und geschäftsführender Gesundheitsminister entgegen.

zur Verfügung. Weil Bens Oma kürzlich eine Alzheimer-Diagnose bekam, sucht sie in ihrem Stadtteil eine Beratungsstelle auf. Dort erfährt sie nicht nur, wo sie qualitätsgesicherte und unabhängige Informationen findet, sondern auch, welche Unterstützungsangebote es in der Nachbarschaft gibt und wie sie Kontakt zur Selbsthilfegruppe in ihrem Viertel aufnehmen kann. Ihr Hausarzt bespricht mit ihr anstehende Untersuchungen und

mit Erkrankungen besser für sich zu nutzen. Aus Sicht von Doris Schaeffer, Klaus Hurrelmann, Ullrich Bauer und Kai Kolpatzik ist es höchste Zeit, dass Politik und Praxis ihre Verantwortung dafür wahrnehmen und jeder in seinem Bereich die richtigen Stellschrauben dreht. Mit dem Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz (NAP) erarbeiteten die vier Gesundheitsexperten deshalb gemeinsam mit einem guten Dut-

**Leitfaden folgt auf Alarmzahlen.** 15 Empfehlungen, das klingt zunächst nicht viel. Doch verwies der Schirmherr des Aktionsplans und geschäftsführende Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe bei der Übergabe in Berlin darauf, welche „dicken Bretter“ es zu bohren gelte, um sie umzusetzen. Angesichts der alarmierenden Zahlen in Sachen Gesundheitskompetenz ließ er jedoch keinen Zweifel daran, dass „die Empfehlungen nottun“. Deshalb dürfe sich nun auch „niemand vom Acker machen“, sagte er bei dem Symposium.

Die alarmierenden Zahlen hatten für die Gesundheitswissenschaftler Doris Schaeffer, Klaus Hurrelmann und Ullrich Bauer sowie den Leiter der Abteilung Prävention beim AOK-Bundesverband, Kai Kolpatzik, den Anstoß gegeben, den NAP auf den Weg zu bringen: Eine Studie hatte 2016 ergeben, dass mehr als die

Hälfte der Menschen in Deutschland Schwierigkeiten haben, Gesundheitsinformationen zu finden, zu bewerten, zu verstehen und für sich und ihre Gesundheit umzusetzen. Besonderer Handlungsbedarf besteht demnach in den Bereichen Krankheitsversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung. Gesundheitskompetenz ist also mehr als reines Wissen. Vielmehr geht es darum, Angebote zu schaffen und Strukturen zu verankern, die es Menschen möglichst leicht machen, für sich passende Informationen zu finden, zu filtern und so kompetentere Gesundheitsentscheidungen treffen zu können.

**Aktionsplan geht alle an.** Die Vielfalt der im NAP angesprochenen Arbeitsfelder spiegelte sich in der Zusammensetzung der Podien des Symposiums: Weit mehr als ein Dutzend Gesundheitsexperten erläuterten den 250 Gästen, welche Aufgaben sie aus dem Plan ableiten. Ärzte und Apotheker waren ebenso vertreten wie Pflege, Krankenkassen und Selbsthilfe, Verbraucher- und Arbeitsschützer, Bildungs- und Ernährungsexperten.

Die Hamburger Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks etwa betrachtete es als eine der Aufgaben, besonders schwer erreichbare Menschen zu erreichen, zum Beispiel mit Migrationshintergrund. „Wenn Menschen nicht nur Gesundheitskompetenz, sondern auch Gesundheitssystem-Kompetenz haben sollen, müssen wir das System verändern.“

Aus Sicht des Vorstandsvorsitzenden des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch, darf Gesundheitskompetenz kein „Etikett“ sein, sondern muss „strukturell verankert“ und als Querschnittsaufgabe aller Ministerien und gleichzeitig von Ländern und Kommunen verstanden werden. Die AOK-Angebote von Faktenboxen bis zu Online-Navigatoren seien gut aber auch noch ausbaufähig. „Wir müssen die Menschen noch stärker in ihrer jeweiligen Lebenssituation erreichen“, sagte Litsch. Der Bundesverband förderte den Nationalen Aktionsplan finanziell ebenso wie die Robert Bosch Stiftung. Deren stellvertretende Vorsitzende der Geschäftsführung, Uta-Micaela Dürig, zeigte sich überzeugt, eine größere Gesundheitskompetenz leiste „einen Beitrag zu mehr Teilhabe und indirekt zu mehr Versorgungsgerechtigkeit“.



Quellen: Schaeffer et al., WHO, OECD

**Jeder muss vor Ort ansetzen.** Vernetzung statt Alleingang, dauerhaftes Engagement statt Projektitis, nutzerfreundliche Angebote statt Elfenbeinturm-Aktionen: Die Teilnehmer der Podiumsrunden waren sich einig, dass dies zentrale Erfolgskriterien für den Aktionsplan sind. Die Präsidentin der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Isabel Rothe, hält „niedrigschwellige Angebote“ für kleine und mittlere Betriebe für notwendig und wünschte sich für die Umsetzung des Plans „einen straffen Zeithorizont“. Die Leiterin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Heidrun Thaiss, will „abchecken, wo wir an bestehende Projekte andocken können“. Die Abteilungsleiterin am Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung, Beate Proll, und die Leiterin des Bundeszentrums für Ernährung, Margareta Büning-Fesel, sahen einige Punkte im NAP aber auch skeptisch. Die Autoren gaben ihnen mit auf den Weg, in ihren Bereichen individuell passende Lösungsansätze zu entwickeln.

**Aufgaben sind klar.** Orientieren, übersetzen, beraten: So uneins Ärzte, Krankenkassen und Apotheker sonst sind, so einig waren sich die Interessenvertreter nun darüber, dass hier ihre gemeinsamen Aufgaben liegen, um die Gesundheitskompetenz zu stärken. Bundesärztekammer-Präsident Frank Ulrich Montgomery betonte die Rolle von sprechender Medizin und besserer Zusammenarbeit der Gesundheitsprofessionen. Die Geschäftsführerin bei der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, Christiane Eckert-Lill, beteuerte, Beratungsangebote von Krankenkassen und Kommunen seien keine Konkurrenz. Der Präsident des Deutschen Pflegerats, Franz Wagner, betrachtete es angesichts belasteter Pflegekräfte als Aufgabe, den Fokus „ein Stück weit nach innen“ zu richten. Für chronisch kranke Menschen sei der Plan wichtig, weil sie „besonders intensiv“ mit gesundheitsbezogenen Entscheidungen zu tun hätten, sagte der Bundesgeschäftsführer der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe, Martin Danner.

**Messbare Erfolge anstreben.** Auf den Koalitionsvertrag und die damit verbundenen Chancen für eine bessere Gesundheitskompetenz blickten die Teilnehmer je nach Funktion und politischer Position naturgemäß skeptisch bis erwartungsfroh. Unabhängig davon gab Gesundheitsexpertin Ilona Kickbusch, die das Symposium gemeinsam mit dem Kabarettisten Eckart von Hirschhausen moderierte, ein konkretes Ziel als Gradmesser für den Erfolg aus: Alle sollen gemeinsam dafür sorgen, dass sich die Gesundheitskompetenz künftig jedes Jahr um ein Prozent verbessert. ■

#### Lese- und Webtipps

- Schaeffer, D./Hurrelmann, K./Bauer, U./Kolpatzik, K. (Hrsg.): **Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz.** Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin: KomPart 2018. Zum Download unter [www.nap-gesundheitskompetenz.de](http://www.nap-gesundheitskompetenz.de)
- Schaeffer, D./Hurrelmann, K./Bauer, U./Kolpatzik, K.: **Wissen nach Plan.** In: G+G 2/2018, S. 21 – 25
- Schaeffer, D./Vogt, D./Berens, E.-M./Hurrelmann, K.: **Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland.** Ergebnisbericht 2016

# Gemeinsame digitale Sache

Es ist eine Premiere: Zum ersten Mal ziehen sechs Verbände und Organisationen beim Thema E-Health an einem Strang. Ziel ist eine schlüssige Agenda für die Digitalisierung des Gesundheitswesens. **Von Hans-Bernhard Henkel-Hoving**

**Einzelinteressen zu verfolgen**, ist im Gesundheitswesen gang und gäbe. Umso bemerkenswerter ist es deshalb, dass jetzt erstmals sechs zum Teil sehr unterschiedliche Organisationen beim Thema elektronische Vernetzung gemeinsame Sache machen und sich auf „Eckpfeiler für eine digitale Transformation des deutschen Gesundheitswesens“ verständigt haben.

Mit von der Partie sind sehr bekannte Namen und etwas weniger geläufige Abkürzungen: Neben dem Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS), dem Bundesverband Managed Care e.V. (BMC), dem Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) und der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) haben sich auch der Verband digitale Gesundheit e.V. (VdigG) und der Bund zur Verbreitung digitaler Innovationen im Gesundheitswesen e.V. (BVdIG) beteiligt – überschlägig gerechnet dürften den beteiligten Organisationen mehrere hundert Institutionen und Einzelpersonen angehören.

**Fernbehandlungsverbot lockern.** Doch die gemeinsame Erklärung der Sechs hat nicht nur aufgrund der schieren Menge der vertretenen Interessen Gewicht. Die Eckpfeiler lassen ebenso wegen ihrer Inhalte aufhorchen. So plädieren die Verbände und Organisationen nicht nur für eine bundesweit einheitliche Lockerung des Fernbehandlungsverbotes für Ärzte und andere Berufsgruppen: „Hier sollte der nächste Ärztetag ein Zeichen setzen!“ APS, BMC und Co. machen sich auch für ein „dauerhaftes und angemessenes Innovationsbudget für digitale Versorgungsmodelle“ stark, nicht zuletzt, um solche Angebote ausreichend evaluieren zu können. Gegenüber dem Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses und dessen Expertenbeirat drän-

gen die Verfasserinnen und Verfasser der gemeinsamen Erklärung auf mehr Mitsprache – hier sei „eine wesentlich stärkere Beteiligung von Medizin-Informatikern aus Wissenschaft und Praxis erforderlich.“

**Alle Gesundheitsberufe einbeziehen.** Wichtig ist den Organisationen und Verbänden darüber hinaus, alle Gesundheitsberufe – und nicht nur die Ärzteschaft – in die Digitalisierung des Ge-

**Die Digitalisierung  
ist für Leistungserbringer  
Pflicht, für Patienten  
ist sie freiwillig.**

sundheitswesens einzubeziehen. Darum seien in die technischen Strukturen der elektronischen Gesundheitskarte verbindlich „praxisrelevante und intersektorale Schnittstellenlösungen“ zu integrieren, die zum Beispiel auch die Bereiche Apotheken, Pflege, Reha und Heilmittel umfassen. Konsequenterweise folgern die Verbände: „Die Digitalisierung ist für die Leistungserbringer Pflicht.“ In die digitale Obligo nehmen sie zugleich alle öffentlichen und privaten Kostenträger – einschließlich der Beihilfestellen und der gesetzlichen Unfallversicherung.

**Digital Literacy fördern.** Für die Patientinnen und Patienten hingegen müsse die Nutzung digitaler Gesundheitsangebote und -strukturen freiwillig bleiben, das informationelle Selbstbestimmungsrecht dürfe „nicht aufgeweicht“ werden. Um die Chancen der Digitalisierung tatsächlich nutzen zu können, sei indes von Bund

und Ländern eine flächendeckende Breitbandverkabelung sicherzustellen, nicht zuletzt, um in strukturschwachen Regionen die Gesundheitsversorgung „langfristig auch mithilfe von E-Health-Anwendungen“ aufrecht zu erhalten. Um Gesundheitsprofis und Patienten den Umgang mit digitalen Anwendungen zu erleichtern, plädieren die sechs Organisationen und Verbände für einen Ausbau der „Digital Health Literacy“ sowie entsprechende Bildungsangebote. Sinnvoll sei zudem, Patienten eine freiwillige Spende ihrer Daten für die Versorgungsforschung zu ermöglichen.

**Drei Ministerien gefragt.** Unterm Strich appellieren die Sechs an die Politik, „im Diskurs mit den Akteuren im Gesundheitswesen und den Bürgerinnen und Bürgern eine inhaltlich schlüssige Agenda für die Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens zu erarbeiten und diese konsequent umzusetzen.“ Insbesondere die drei Bundesministerien für Gesundheit, Wirtschaft sowie Bildung und Forschung seien hier gefordert – eine schöne Aufgabe für den neuen Bundesgesundheitsminister Jens Spahn und die Große Koalition. ■

## Fortsetzung folgt

Die Diskussion über eine digitale Agenda ist mit der gemeinsamen Erklärung der sechs Verbände und Organisationen nicht zu Ende: Beim **5. Gevko-Symposium** am 11. und 12. September 2018 in Berlin können sich Interessierte in den Diskurs einbringen. Mehr Infos und Anmeldung unter [www.gevko.de](http://www.gevko.de)

Der vollständige Text der **Eckpfeiler für eine digitale Transformation des deutschen Gesundheitswesens** findet sich als PDF zum Download auf den Websites der sechs beteiligten Verbände und Organisationen.

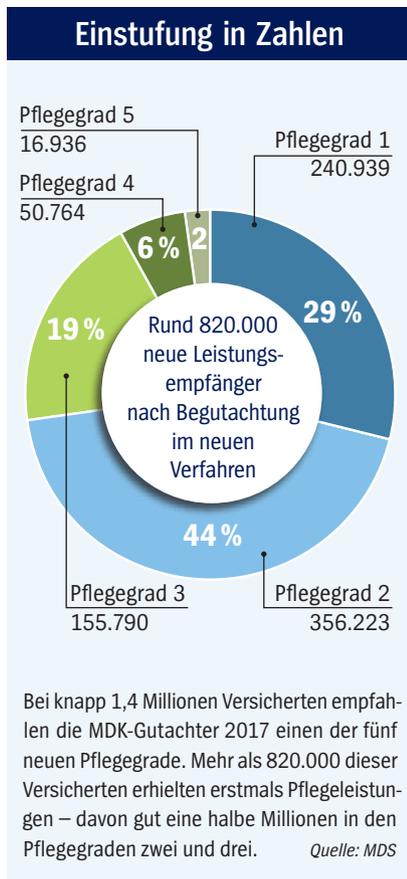
# Kraftakt für die Pflege

Seit gut einem Jahr gilt in Deutschland ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff, der den Hilfebedarf besser erfassen soll. Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung ziehen eine positive Bilanz. **Von Thomas Hommel**

**Tausende von Gutachtern** waren umzuschulen, die EDV anzupassen, Info-Broschüren neu zu schreiben. Kein Zuckerschlecken – doch der Aufwand hat sich gelohnt: Gut ein Jahr nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und der damit einhergehenden neuen Pflegebegutachtung ziehen die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) ein positives Fazit. „Wir alle sind kräftig durchgeschwitzt und werden sicher noch ein bisschen weiterschwitzen“, sagt Dr. Peter Pick, Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS). Die Kolleginnen und Kollegen der MDKs hätten im vergangenen Jahr deutlich mehr Menschen als pflegebedürftig eingestuft. Mit der neuen Begutachtung seien im Vergleich zu 2016 rund 304.000 Versicherte zusätzlich anerkannt worden.

**Veränderter Fokus.** Zur Erinnerung: Zum 1. Januar 2017 hat der Gesetzgeber nach jahrelanger Diskussion einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt. Die drei Pflegestufen wurden durch fünf Pflegegrade ersetzt. Geändert hat sich das Begutachtungsinstrument, mit dessen Hilfe die MDK-Gutachter feststellen, ob ein Mensch pflegebedürftig ist oder nicht. Die Bundesregierung geht perspektivisch von zusätzlich bis zu 500.000 anspruchsberechtigten Menschen in der Pflegeversicherung aus.

Experten sprechen mit Blick auf die neue Begutachtung von einem „Paradigmenwechsel“. Denn jetzt kommt es nicht mehr darauf an festzustellen, wie viele Minuten Hilfebedarf ein Mensch zum Beispiel beim Waschen oder Anziehen hat. Im Fokus steht vielmehr die Frage, wie selbstständig der Mensch bei der Bewältigung seines Alltags ist. Körperliche, kognitive und psychische Beeinträchtigungen werden gleichermaßen und umfassend berücksichtigt. Insbesondere die wachsende Zahl demenzkranker Menschen erhalten so einen besseren Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung.



Im vergangenen Jahr haben die MDK-Gutachter laut der aktuellen Statistik des MDS mehr als 1,6 Millionen Versicherte nach dem neuen Verfahren begutachtet. Bei knapp 1,4 Millionen Versicherten empfahlen die Gutachter einen der fünf Pflegegrade. Gut 820.000 dieser Versicherten erhielten erstmals Leistungen aus dem Topf der Pflegeversicherung. Darüber hinaus wurden in den ersten Monaten 2017 zusätzlich über 268.000 Versicherte mit dem alten Instrument begutachtet

und – sofern Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde – in einen der fünf Pflegegrade überleitet. Dabei handelt es sich um Menschen, die vor dem 1. Januar 2017 einen Antrag auf Pflegebedürftigkeit gestellt hatten. MDS-Chef Pick fasst die Zahlen wie folgt zusammen: mehr Pflegebedürftige in den höheren Pflegegraden bei gleichzeitigem Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt.

**Weitere Schritte.** Getan ist auf der Pflegebaustelle aber längst noch nicht alles. Im nächsten Schritt komme es darauf an, „das Pflegeverständnis im Sinne des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs weiterzuentwickeln“, sagt Nadine-Michèle Szepan, Abteilungsleiterin Pflege beim AOK-Bundesverband. „Der Fokus ist wieder darauf zu richten, die Selbstständigkeit eines Pflegebedürftigen zu erhalten, wiederherzustellen oder eine Verschlechterung seines Zustandes zu vermeiden.“

Dieser „neue Blickwinkel“ müsse sich in erster Linie in den Pflegekonzeptionen und Arbeitsorganisationen der Pflegeeinrichtungen wiederfinden. „Er ist aber auch in Verträgen und Instrumenten der Pflegeversicherung zu beschreiben“, so Szepan. Dabei gehe es nicht nur darum, den Leistungskatalog zu erweitern, sondern auch die Individualität der Pflegebedürftigen abzubilden und mehr Flexibilität bei der Vereinbarung von Pflegeleistungen zu ermöglichen. „Nur wenn alle Bereiche konsequent das umfassende Pflegeverständnis aufgreifen, stärkt das die Position der pflegebedürftigen Menschen, aber auch die Kompetenz und die Verantwortung der Pflegekräfte.“

Auf diese Weise, ist Szepan überzeugt, sei auch sichergestellt, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht nur ein „Zugangsinstrument zu Leistungen der Pflegeversicherung“ bleibe. ■

# Vorbild für vernetzte Versorgung

Die medizinische Versorgung über Sektorengrenzen hinweg steht weit oben auf der gesundheitspolitischen Agenda. Die Disease-Management-Programme für chronisch Kranke tragen schon heute dazu bei, wie eine aktuelle Studie zeigt. **Von Anja Schramm**

**Vor rund 15 Jahren starteten** die Disease-Management-Programme (DMP) für chronisch Kranke. Derzeit gibt es sechs strukturierte Behandlungsprogramme: für Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2, Koronare Herzkrankheit (KHK), Asthma, chronische atemwegsverengende Lungenerkrankungen (COPD) und für Brustkrebs. Gut vier Millionen chronisch Kranke sind bundesweit in mindestens ein DMP eingeschrieben. Die Teilnahme ist für Patienten und Ärzte freiwillig.

Obwohl die DMP heute etabliert und weit verbreitet sind, spielen sie bei den Diskussionen um die sektorenübergreifende Versorgung derzeit eine nachgeordnete Rolle. Dabei haben sie neben einer stärker evidenzbasierten Behandlung sowie eines intensivierten Selbstmanagements ausdrücklich eine verbesserte Zusammenarbeit zum Ziel. Letztlich soll sich daraus eine wirtschaftlichere Versor-

gung ergeben, die Komplikationen und damit verbundene Krankenhausaufenthalte vermeiden hilft.

Zu diesem Zweck soll der DMP-Arzt in seiner koordinierenden Rolle die Durchlässigkeit der Fach- und Sektoren-

## Sektorendenken adé: Bei den Disease- Management-Programmen gelingt das.

grenzen erhöhen. Die Leitlinien empfehlen regelmäßig oder situationsbedingt Überweisungen zu Fachärzten, zum Beispiel Diabetespatienten zum Augenarzt, ins Krankenhaus oder zu Heilmittelerbringern wie Podologen (medizinische Fußpflege). Außerdem sollen die Patienten die umfassenden Dokumentationen

des Arztes regelmäßig erhalten. Dadurch lässt sich der Informationsaustausch zwischen den Ärzten intensivieren.

**Intersektorale Wirkung untersucht.** Dass die DMP die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung deutlich erhöhen, haben zahlreiche Studien belegt. Hingegen ist die intersektorale Wirkung der Programme bislang nicht erforscht. Dabei könnte gerade dieser Aspekt eine effektive Weiterentwicklung der DMP bieten. Nun hat die AOK Bayern untersucht, wie sich die DMP auf die Versorgung über Sektorengrenzen hinweg auswirkt. Dazu wertete die Gesundheitskasse Daten von rund einer Million ihrer Versicherten aus, die 2014 eine DMP-Krankheit (außer Brustkrebs) diagnostiziert bekommen hatten. Anhand verschiedener Kennzahlen für die intersektorale Versorgung – Überweisungsquote an Facharzt, Einweisungsquote ins Krankenhaus, Informationsaustausch zwischen DMP-Arzt, Facharzt und Krankenhaus – und des Behandlungserfolgs verglich sie DMP-Teilnehmer und Nichtteilnehmer. Da sich beide Gruppen hinsichtlich demografischer, sozio-ökonomischer, geografischer und medizinischer Faktoren, also Alter, Einkommensverhältnisse, Wohnort und Erkrankungsgrad unterscheiden, verglich die AOK Bayern mithilfe eines statistischen Regressionsverfahrens ähnliche DMP-Teilnehmer und Nichtteilnehmer.

**DMP-Arzt koordiniert Behandlung.** Eine wesentliche Aufgabe des DMP-Arztes besteht darin, die Behandlung des chronisch kranken Patienten zu koordinieren und ihn durch das Gesundheitswesen zu lotsen. So überweist er den chronisch Kranken beispielsweise bei Komplikationen an den Facharzt oder weist ihn –

### DMP fördert koordinierte Behandlung

	Überweisungsquote an Facharzt	Einweisungsquote ins Krankenhaus	Informationssquote zwischen Behandlern
DMP Asthma	+ 0,94 %	+ 2,71 %	+ 2,06 %
DMP COPD	+ 0,99 %	+ 1,09 %	+ 0,76 %
DMP Diabetes Typ 1	+ 3,28 %	+ 3,84 %	+ 2,41 %
DMP Diabetes Typ 2	+ 5,44 %	+ 3,05 %	+ 4,42 %
DMP KHK	+ 2,86 %	+ 0,65 %	+ 1,27 %
gesamt	+ 4,35 %	+ 2,76 %	+ 3,36 %

Nichts dem Zufall überlassen: Bei Patienten, die in Disease-Management-Programme (DMP) eingeschrieben sind, erfolgt die Behandlung koordinierter als bei Nichtteilnehmern. So steigt beispielsweise die Quote der Überweisungen von DMP-Patienten an einen Facharzt um durchschnittlich 4,4 Prozent. Auch der Informationsaustausch zwischen Arzt, Facharzt und Krankenhaus funktioniert besser als bei Patienten in der Regelversorgung. Das DMP für Typ-2-Diabetiker sticht mit besonders hohen Werten hervor.

Quelle: AOK Bayern

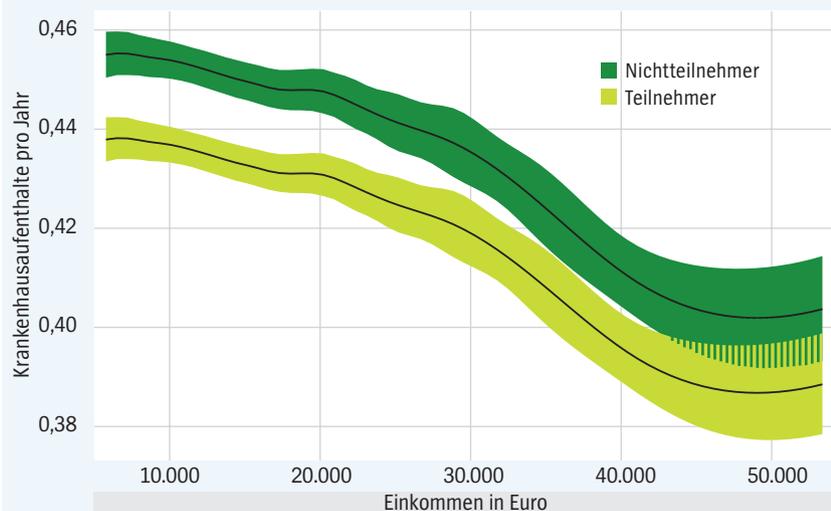
falls erforderlich – ins Krankenhaus ein. Ob diese ärztliche Koordination bei DMP-Teilnehmern stärker ausgeprägt ist als bei Nichtteilnehmern lässt sich anhand des Anteils der Facharztbesuche, die nach einer Überweisung stattgefunden haben (Überweisungsquote) messen. Eine weitere Kennzahl ist die Einweisungsquote durch den niedergelassenen Arzt, also der Anteil der stationären Aufnahmen von DMP-Teilnehmern im Vergleich zu Nichtteilnehmern. Dabei ist eine Notfallaufnahme ohne Einweisung ein Zeichen für eine unstrukturierte Versorgung. Eine Einweisung des Patienten zur Beobachtung oder für eine zuvor definierte Therapie zeigt an, dass die Behandlung strukturiert erfolgt.

Die Auswertung der Daten durch die AOK Bayern macht deutlich: DMP-Teilnehmer haben einen besser koordinierten Zugang zum Gesundheitssystem als Nichtteilnehmer. So steigt bei DMP-Teilnehmern im Vergleich zu den nichtteilnehmenden Patienten die Überweisungsquote um durchschnittlich 4,4 Prozent. Die Einweisungsquote nimmt im Schnitt um 2,8 Prozent zu. Die stärksten Effekte haben die beiden DMP für Diabetiker. So steigt beispielsweise bei Typ-2-Diabetikern die Überweisungsquote um 5,4 Prozent. Die Einweisungsquote von Typ-1-Diabetikern erhöht sich um 3,8 Prozent im Vergleich zu den Nichtteilnehmern. Eine signifikante Verbesserung zeigt sich auch bei den anderen DMP (siehe Tabelle „DMP fördert koordinierte Behandlung“).

**Informationsaustausch verbessert.** Neben der koordinierten Behandlung zielen die DMP darauf, den Informationsfluss zwischen Arzt, Facharzt und Krankenhaus zu verbessern. Denn für eine gute Versorgung müssen Untersuchungsergebnisse und Diagnosen allen beteiligten Ärzten bekannt sein. So muss beispielsweise der niedergelassene Arzt Diagnosen aus dem Krankenhaus kennen. Ein Anhaltspunkt dafür ist der Anteil der stationären Diagnosen, die der niedergelassene Arzt im Quartal der Entlassung von Patienten aus dem Krankenhaus dokumentiert hat. Auch hier zeigt die Analyse der

## Geringverdiener profitieren von DMP-Teilnahme

Zusammenhang zwischen Einkommen und Krankenhausaufenthalten pro Jahr



Unabhängig davon, wieviel Geld jemand verdient – DMP-Patienten müssen wegen Komplikationen oder Folgeerkrankungen seltener ins Krankenhaus als chronisch Kranke, die nicht an den strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen.

Quelle: AOK Bayern

AOK Bayern deutliche Verbesserungen durch die DMP-Teilnahme. So steigt die Informationsquote bei DMP-Patienten im Schnitt um 3,4 Prozent. Dabei sticht das Programm für Diabetes Typ 2 mit 4,4 Prozent wiederum positiv hervor. Den geringsten Effekt hat mit 0,8 Prozent das Programm für COPD. Im Ergebnis zeigen alle betrachteten DMP einen besseren Informationsfluss zwischen Ärzten verschiedener Fachbereiche.

**Weniger oft im Krankenhaus.** Ob mit der besseren intersektoralen Abstimmung auch ein verbesserter Behandlungserfolg verbunden ist, hat die AOK Bayern ebenfalls untersucht. Denn ein Hauptziel der DMP besteht darin, Komplikationen zu verringern und Folgeerkrankungen zu vermeiden – bei Diabetikern beispielsweise Erblindung oder diabetischer Fuß. Ein Kriterium hierfür ist die Anzahl der Krankenhausaufenthalte pro Jahr.

Auch hier zeigt sich der Erfolg der DMP: 3,8 Prozent der Krankenhausaufenthalte konnten durch die DMP-Teilnahme vermieden werden. Und erneut sticht hier das DMP für Diabetes Typ 2

hervor: Die Zahl der Krankenhausaufenthalte der DMP-Teilnehmer ging um 11,5 Prozent zurück.

Aber nicht nur das. Auch bei dem allgemein bekannten Zusammenhang zwischen Einkommen und Krankenhausaufenthalt zeigt die Studie der AOK Bayern, dass DMP-Patienten im Vergleich zu Nichtteilnehmern besser dastehen. Unabhängig von ihrer Einkommenshöhe werden DMP-Teilnehmer seltener im Krankenhaus behandelt (siehe Grafik „Geringverdiener profitieren von DMP-Teilnahme“). Das kommt vor allem auch chronisch Kranken zugute, die ein geringes Einkommen haben. Denn die DMP-Teilnahme ist kostenlos.

Insgesamt belegt die Studie, dass die DMP die sektorenübergreifende Versorgung fördern und damit die Qualität der medizinischen Behandlung erhöhen. Sie können einen Rahmen dafür bilden, um die gesamte medizinische Versorgung intersektoral zu vernetzen. ■

**Dr. Anja Schramm** leitet das Dienstleistungszentrum Versorgungsmanagement bei der AOK Bayern. **Kontakt: [Anja.Schramm@by.aok.de](mailto:Anja.Schramm@by.aok.de)**

# Unabhängige Bewertung hat Vorrang

Die EU-Kommission will die Bewertung von Arzneimitteln und Medizinprodukten auf Europaebene neu regeln. Kritiker befürchten, dass nationale Qualitätsstandards verloren gehen. **Von Thomas Rottschäfer**

**Im Mai 2019 wählen Europas Bürger** ein neues Parlament. Doch in Brüssel setzt bereits Hektik ein. „Was die EU-Kommission bis zum Ende ihrer Legislaturperiode noch umsetzen will, muss sie jetzt auf den Weg bringen“, sagt der AOK-Vertreter in Brüssel, Evert Jan van Lente. Konsultationen, Mitteilungen und Verordnungsvorschläge häufen sich. Dazu gehört auch der Vorschlag für eine Verordnung zur Bewertung von Gesundheitstechnologien (Health-Technology-Assessment, kurz HTA) auf EU-Ebene. Die Folgenabschätzung für Wirksamkeit, Sicherheit und Kosten von Arzneimitteln und Medizinprodukten ist bisher Sache der Einzelstaaten. Die national zuständigen Institutionen, im deutschen Gesundheitswesen sind dies in erster Linie das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen und der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA), arbeiten bisher nur freiwillig im EU-Verband EUnetHTA mit HTA-Institutionen anderer Länder zusammen.

**Zentrale Bewertungsstelle geplant.** Aus Sicht der EU-Generaldirektion Gesundheit ist die freiwillige Zusammenarbeit nicht nachhaltig. Durch bessere Kooperation könne Doppelarbeit vermieden werden. Außerdem stört sich die als wirtschaftsnah geltende Kommission an „Hindernissen und Verzerrungen beim Marktzugang für die Hersteller“. Diese Formulierung beunruhigt wiederum



viele HTA-Experten in Deutschland. Denn die Brüsseler Initiative sieht vor, die klinisch-medizinische Bewertung für nahezu alle neuen Arzneimittel, für Medizinprodukte hoher Risikoklassen und bestimmte In-vitro-Diagnostika für medizinische Laboruntersuchungen einer zentralen HTA-Organisation auf EU-Ebene zu übertragen. In dem Gremium sollen nationale Experten die HTA-Berichte gemeinsam erarbeiten. Die Hersteller sollen enger einbezogen werden und die Ergebnisse schneller vorliegen. In Streitfällen würde die einfache Ländermehrheit entscheiden. „Die Ergebnisse wären dann für alle verpflichtend. Einzelstaaten dürften keine HTA-Verfahren mehr für bereits bewertete Produkte durchführen“, erläutert van Lente.

„Ein solches Vorgehen würde unser bewährtes Verfahren zur Bewertung des Zusatznutzens neuer Arzneimittel und Medizinprodukte aushebeln und den

Patientenschutz gefährden“, warnt der Vorstandschef des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch. Er sieht die wissenschaftliche Unabhängigkeit in Gefahr. Dazu bietet der Text durchaus Anlass: Die Kommission will Prozedere und HTA-Methodik selbst festlegen, über einen Co-Vorsitz direkt im HTA-Gremium vertreten sein und sich vorbehalten, von ihr abgelehnte Berichte erst gar nicht zu veröffentlichen.

**Eingriff in nationale Rechte.** Auch der GKV-Spitzenverband lehnt die EU-Initiative ab. Es müsse den Mitgliedstaaten freigestellt bleiben, eigene Bewertungen durchzuführen, die die Besonderheiten ihrer Gesundheitssysteme berücksichtigen. So sieht es auch der GBA-Vorsitzende Professor Josef Hecken: „Länder mit gesundheitsökonomisch ausgerichteter Bewertung wie Schweden, die Niederlande und das Vereinigte Königreich benötigen andere methodische Ansätze und Studiendaten als Länder mit primär medizinisch ausgerichteter Bewertung wie Deutschland und Frankreich.“

Es gehe nur um eine Harmonisierung der klinischen Bewertungen, beschwichtigt die Kommission. Ökonomische Fragen wie Preisfindung und Erstattung blieben in nationaler Hand. Van Lente gibt dem aktuellen Entwurf kaum Chancen. Doch er rät, die Initiative nicht per se abzulehnen: „Einzelne Ländern haben gar keine Nutzenbewertung. Eine verbindliche Zusammenarbeit, die nationale Standards berücksichtigt, wissenschaftliche Unabhängigkeit garantiert und hohe Studienqualität vorsieht, wäre im Interesse aller EU-Bürger.“ ■

## Health Technology Assessment hilft bei Entscheidungen

Die Technologiefolgenabschätzung ist ein Verfahren, um Medikamente und Medizinprodukte, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, aber auch Organisationssysteme in der Gesundheitsversorgung im Hinblick auf Wirksamkeit, ökonomische, soziale und ethische Effekte strukturiert zu bewerten. HTA dient als Analyseinstrument und Entscheidungshilfe für die gesundheitspolitische Steuerung und Planung. HTA-Berichte sind die Basis für Entscheidungen des GBA über neue Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen. **Mehr Infos: [www.cochrane.de/de/hta](http://www.cochrane.de/de/hta)**

**Thomas Rottschäfer** ist freier Journalist mit Schwerpunkt Gesundheitspolitik.  
**Kontakt: [info@satzverband.de](mailto:info@satzverband.de)**

# „Misten Sie Ihr Handy aus“

Fast hundert Mal täglich checken Menschen ihr Smartphone und erfüllen damit ihr Bedürfnis nach sozialer Verbundenheit. Gleichzeitig laufen sie Gefahr süchtig zu werden, warnt Literaturwissenschaftlerin **Daniela Otto** und gibt Tipps zur digitalen Entgiftung.

**Frau Dr. Otto, welche Symptome sprechen für eine Abhängigkeit von digitalen Medien?**

**Otto:** Klassische Entzugserscheinungen wie bei jeder anderen Sucht auch. Wer beispielsweise nervös, gar panisch wird, wenn sich der Handyakku dem Ende zuneigt, sollte achtsam werden, denn das kann ein erster und wichtiger Hinweis für ein suchtmähnliches Nutzungsverhalten sein. Wer morgens als erstes und abends als letztes zum Smartphone greift, wer seinen Workflow ständig unterbrechen muss, weil das Bedürfnis, digital Nachrichten zu checken, zu groß ist, zeigt erste Symptome. Besonders betroffen sind oft Jugendliche: Bis zu 50 Prozent der Teenager geben inzwischen offen zu, abhängig von ihrem Smartphone zu sein.

**Warum machen Smartphones süchtig?**

**Otto:** Im Schnitt checken wir unser Smartphone täglich um die 88 Mal. Hinter dem Suchtpotenzial von Vernetzungsmedien steht einerseits das Bedürfnis nach Verbundenheit – der Mensch ist ein soziales Wesen, das sich nach Urbindung und Sicherheit sehnt. Das drückt das Bild von der digitalen Nabelschnur aus. Andererseits steckt die menschliche Sehnsucht nach Belohnung dahinter. Schauen wir auf unser Handy und sehen, dass wir eine Nachricht erhalten haben, wird unser Blick, unser Griff zum Mobiltelefon belohnt, das Gehirn schüttet den Neurotransmitter Dopamin aus und wir empfinden Glück. Im Gegenzug dazu kommt es zu Entzugserscheinungen, wenn der Reiz ausbleibt.

**Das Ziel einer Entwöhnung ist es meist, das Suchtmittel gar nicht mehr zu konsumieren. Fordern Sie die totale Abkehr?**

**Otto:** Nein, das wäre auch unrealistisch. Digitale Medien gehören zu unserem Alltag dazu, doch nicht wenige fühlen sich von ihnen getrieben, sind mehr Knecht als Herr. Ich plädiere daher für eine Life-Media-Balance. Dabei geht es nicht darum, einfach den Aus-Schalter zu drücken, sondern darum, sein eigenes

nichts verpassen, wenn Sie mal eine Stunde offline sind.

**Wie wirken sich Smartphones auf Kinder und Jugendliche aus?**

**Otto:** Für fast 90 Prozent der 14- bis 19-Jährigen ist ein Leben ohne Smart-



Weniger online bedeutet schlichtweg mehr Leben.

Dr. Daniela Otto

Mediennutzungsverhalten zu beobachten, zu hinterfragen und aus dieser Selbstbeobachtung heraus bewusst selbst zu steuern. Weniger online bedeutet schlichtweg mehr Leben.

**Welche Sofortmaßnahmen würden Sie empfehlen?**

**Otto:** Besonders wichtig, effektiv und alltagstauglich sind kleine Schritte. Verzichten Sie zum Beispiel in der Mittagspause oder beim Spaziergang auf das Handy oder schalten Sie es morgens erst nach dem Frühstück an und abends eine Stunde vor dem Zubettgehen aus. Melden Sie sich von unnötigen Newslettern ab, deaktivieren Sie störende Push-Meldungen, löschen Sie überflüssige Apps. Kurz: Misten Sie Ihr Handy aus. Machen Sie sich bewusst, dass Sie dann antworten können, wann Sie wollen – und dass Sie

phone undenkbar. Kinder und Jugendliche sind besonders gefährdet – beispielsweise können ihre schulischen Leistungen unter übermäßigem Medienkonsum leiden. Oft legen aber auch die Eltern das Handy kaum aus der Hand. Um die Situation grundsätzlich zu verändern und die Qualität der Familienzeit zu verbessern, müssen Eltern sich bewusst machen, dass sie Vorbild sind. ■

Das Interview führte René Golembiewski, :intro-Redakteur, KomPart-Verlag.

## Zur Person

**Dr. Daniela Otto**, geboren 1985, ist Literaturwissenschaftlerin, Journalistin und Dozentin für Literatur-, Film- und Medienwissenschaften. In ihrem Buch „Digital Detox“, erschienen 2016 im Springer-Verlag, gibt sie Tipps zur digitalen Entgiftung.

# Wie Schwarz-Rot



# punkten will

Gute Ansätze zur Stärkung der Pflege, aber wenig Mut zum Umbau der Kliniklandschaft und zum Ausbau des Wettbewerbs um die beste Versorgung: Kai Senf sieht den Koalitionsvertrag kritisch. Dennoch plädiert der Politikchef des AOK-Bundesverbandes dafür, der Großen Koalition einen Vertrauensvorschuss zu gewähren.

**M**it Gesundheitspolitik lässt sich keine Wahl gewinnen, aber jede Wahl verlieren. Diese Feststellung wird – unbelegt – dem heutigen Bundesinnenminister, Horst Seehofer, zugeschrieben. Sie stammt aus der Zeit, in der Seehofer selbst für das Gesundheitsressort verantwortlich war und deshalb wusste, wovon er spricht. Dauerreformbaustelle, Haifischbecken, Milliardengrab – alles Attribute für das Gesundheitswesen, die jeder Gesundheitsminister und jeder in der Gesundheitspolitik Aktive seither kennt und die aufzeigen: Es gibt kaum Blumentöpfe zu gewinnen. Stattdessen kann man in jede Menge Fettnäpfe treten. Verständlich also, dass Partei- und Wahlkampfstrategen das Politikfeld Gesundheit nur mit spitzen Fingern anfassen. Heißt das nun für Gesundheitspolitiker, nicht anzuecken und es jedem recht machen zu wollen? Sollten die Koalitionäre den Vertrag, wie in der vergangenen Legislaturperiode, möglichst geräuschlos abarbeiten und viel Geld über alle Einzelinteressen im Gesundheitswesen schütten, um ganz auf bisheriger Linie der Parteizentralen bloß keine allzu intensiven öffentlichen Kontroversen

zur Gesundheitspolitik auszulösen? Mitnichten, denn es besteht in vielen Bereichen dringender Handlungsbedarf, um die medizinisch-pflegerische Versorgung in Deutschland zukunftsfest zu machen. Und wenn diese Strukturreformen tatsächlich angegangen würden, dann gelänge es auch, den Seehoferschen Aphorismus zu widerlegen.

**Historische Tiefststände in der Wählergunst.** Die Ergebnisse der Bundestagswahl im September 2017 waren ein Schock für die Volksparteien. Sowohl CDU und CSU als auch die SPD erreichten historische Tiefststände in der Wählergunst und kamen insgesamt nur noch auf einen Stimmenanteil von 53,4 Prozent. In ihrer Hochzeit 1972 waren es 91,2 Prozent. Als wesentliche Ursache für den „Niedergang der Volksparteien“ wird gemeinhin der massive Vertrauensverlust in der Bevölkerung angeführt. Die Bürgerinnen und Bürger fühlen sich durch die Volksparteien nicht mehr ausreichend repräsentiert. Um ihre Repräsentationsschwäche bei weiten Teilen der Bevölkerung zu überwinden, müssen die Volksparteien Glaubwürdigkeit und Vertrauen in allen Politikbereichen zurückgewinnen. Dazu zählt auch die



**Jens Spahn (CDU)** ist neuer Bundesminister für Gesundheit.

## Vorsicht, Torte!

Nicht wenige meinen, Jens Spahn (37) habe das Zeug zum Bundeskanzler. Er sei jung, arbeite sich in Themen – auch komplexe – schnell ein und bringe mit, was Politiker, die ganz nach oben wollen, brauchen: Ehrgeiz.

Spahn ist hungrig. Wohl auch, weil ihm Politik einfach Spaß macht. Dass es ihm dabei mitunter nicht nur um die Sache geht – geschenkt. Wer ihn – zuletzt als Finanz-Staatssekretär – bei Parteievents, in Talkshows oder Hintergrundgesprächen mit Journalisten erlebt hat, der spürt: Hier brennt einer. Oder wie er es formuliert: Hier hat einer sein „Hobby“ zum Beruf gemacht, auch wenn eine Lehre zum Bankkaufmann (1999 bis 2001) und ein Master of Arts in Politik (2017) seinen Lebenslauf als „Tätigkeiten“ zieren.

Dass Politik sein Ding ist, wusste Spahn schon als Jugendlicher: 1995 tritt er, der die Bischöfliche Canisiussschule in Ahaus im westlichen Münsterland besucht, in die Junge Union ein. Mit fester Absicht. So heißt es, Spahn habe einer Lehrerin auf die Frage nach seinem Berufswunsch geantwortet: „Kanzler“. 1997 wird er Mitglied der CDU, für die er 2002 als Abgeordneter des Wahlkreises Steinfurt I/Borken I in den Bundestag zieht. 2005 – das Parlament hat soeben mit den Stimmen von CDU, CSU und SPD Angela Merkel zur Kanzlerin gewählt – sitzt Spahn wieder im „Hohen Haus“. Er wird Obmann der Unions-Fraktion im Gesundheitsausschuss.

Von 2009 bis 2015 schraubt er als gesundheitspolitischer Sprecher an Paragrafen zu Hausarztverträgen und zur Nutzenbewertung neuer Arzneien und profiliert sich – auch in Abgrenzung zum liberalen Gesundheitsminister Philipp Rösler – mit Vorschlägen wie dem, Drei- und Vierbett-Zimmer in Kliniken abzuschaffen. 2013 stellt Spahn mit Karl Lauterbach (SPD) den Fahrplan für eine erneute großkoalitionäre Gesundheitspolitik zusammen.

Dass er das Kapitel „Gesundheit und Pflege“ im Koalitionsvertrag der GroKo III nicht persönlich mitgeschrieben hat, dürfte Spahn wenig stören. Seine Agenda hat er Journalisten jedenfalls gleich nach seiner Nominierung als Minister direkt mitgeteilt: Ausbau der Terminservicestellen, mehr Landärzte, Umdenken in der privaten Krankenversicherung, eine attraktivere Pflege. Natürlich weiß auch Spahn: Es ist leicht, Probleme im Gesundheitswesen zu benennen. Ungleich schwerer ist es, sie zu lösen – und zwar so, dass alle damit leben können. So erkannte schon die frühere Gesundheitsministerin Ulla Schmidt, dass dieser Posten dazu angetan ist, „immer die Torte im Gesicht“ zu haben. ■

Thomas Hommel

Gesundheitspolitik. Der Ankündigung im Koalitionsvertrag „Das Patientenwohl ist für uns entscheidender Maßstab für gesundheitspolitische Entscheidungen, die Patientenorientierung ist unser Leitbild für das Gesundheitswesen“ müssen Taten folgen. Das gilt für die SPD, die verhandeln wollte, „bis es quietscht“ und die Umsetzung gesundheitspolitischer Forderungen zur Grundbedingung für die Neuauflage der GroKo erhoben hat. Auf diesem Politikfeld muss sie nun auch über ihren Mitgliederentscheid hinaus besonders viel Gestaltungswillen an den Tag legen. Das gilt aber ebenso für CDU und CSU, aus deren Reihen der neue Gesundheitsminister Jens Spahn (siehe Kasten links) gegenüber dem Deutschlandfunk sagte: „Wir haben verstanden.“ Gleichzeitig kündigte er einen neuen Regierungsstil an, der darauf zielen müsse, das Vertrauen der Bürger zurückzugewinnen. Gerade durch seine Person, die eng mit der unionsinternen Diskussion um die Kanzlerinnen(kandidaten)-nachfolge verknüpft wird, ist Aufmerksamkeit für das, was in der Gesundheitspolitik passieren wird, sicher. Auch außerhalb der gesundheitspolitischen Szene wird nun besonders genau beobachtet, mit welchen Inhalten und wie erfolgreich sich der neue Bundesgesundheitsminister einbringt.

**Politik hat Reformbaustellen erkannt.** Aufmerksamkeit ist der Gesundheitspolitik also gewiss. Setzt der Koalitionsvertrag aber auch die richtigen Akzente, um das Patientenwohl tatsächlich in den Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Entscheidungen zu rücken? Die gute Nachricht: CDU/CSU und SPD haben mit der Verbesserung der Personalsituation in der Kranken- und Altenpflege und der Beschleunigung der Digitalisierung zwei wichtige Reformbaustellen im Gesundheitswesen identifiziert, bei denen schnell und spürbar Verbesserungen für Versicherte und Patienten erreicht werden sollen. Der Wille ist erkennbar, Effizienzverluste zu minimieren, die Qualitätsorientierung zu steigern und die Sektorengrenzen im Gesundheitswesen zu überwinden. Geplant ist die Einrichtung einer gemeinsamen Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur sektorenübergreifenden Versorgung. Die Arbeitsgruppe soll Vorschläge zur Integration des stationären und ambulanten Systems bei der Bedarfsplanung, Honorierung und Qualitätssicherung vorlegen. Damit wird der Reformwille der GroKo beim schon seit längerem intensiv diskutierten Abbau der Sektorengrenzen manifest.

Zur Auflösung starrer Sektorengrenzen gehört auch die Reform der Notfallversorgung. Hier hat die GroKo angekündigt, die Verantwortung bei der Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung gemeinsam an Landeskrankenhausesellschaften und Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) zu übergeben. Dies ist der richtige Weg für eine qualitativ hochwertige Notfallversorgung der Patienten. Darüber hinaus stellen die Koalitionäre eine Reihe von Einzelmaßnahmen in Aussicht, die spürbare Vorteile für Versicherte und Patienten bringen sollen. Dazu zählen Verbesserungen bei der Erreichbarkeit der Terminservicestellen der KVen, die Erhöhung der Praxis-Mindestöffnungszeiten auf 25 Stunden pro Woche, höhere Kassenzuschüsse beim Zahnersatz und die Reduzierung der Mindestbeiträge zur Krankenversicherung für Solo-Selbstständige. Das Themenfeld ist also in weiten Teilen richtig abgesteckt.

Entscheidend aber wird sein, ob auf die Ankündigungen auch Taten folgen.

**Guter Maßnahmen-Mix für die Pflege.** Der Personalmangel in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern ist ein Dauerthema und hatte zuletzt auch während der Bundestagswahl für Schlagzeilen gesorgt. Insofern ist es nachvollziehbar, dass die GroKo die Verbesserung der Personalsituation in der Alten- und Krankenpflege zu einem der zentralen Reformthemen macht. Mit dem geplanten „Sofortprogramm Pflege“ und der „Konzertierten Aktion Pflege“ soll ein Bündel an Maßnahmen ergriffen werden, um die Personalausstattung mit Fachkräften und Betreuern sowie die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten zu verbessern.

Das angepeilte Reformpaket in der Altenpflege stellt grundsätzlich einen guten Maßnahmen-Mix dar, um dem Fachkräftemangel zu begegnen. Nicht nur höhere Einkommen, sondern auch die Arbeits- und Ausbildungsbedingungen sind entscheidende Faktoren für die Attraktivität des Pflegeberufes. So sollen beispielsweise verbindliche Personalbemessungsinstrumente eingeführt und 8.000 zusätzliche Stellen für die medizinische Behandlungspflege in Pflegeeinrichtungen geschaffen werden. Zudem sollen Anreize für die erleichterte Rückkehr von Teilzeit in Vollzeit, die betriebliche Gesundheitsförderung und die Qualifizierung von Pflegehelfern gesetzt werden. Die Bezahlung in der Altenpflege soll durch die flächendeckende Anwendung von Tarifverträgen und die Angleichung der Mindestlöhne in Ost und West gestärkt werden.

Bei der Umsetzung dieser Reformpläne ist allerdings darauf zu achten, dass höhere Personalkosten im Teilkostensystem der Pflegeversicherung sofort zu höheren Eigenbeteiligungen der Pflegeleistungsempfänger führen. Die geplante Dynamisierung von Pflegeschleifungen ist deshalb ebenfalls unbedingt umzusetzen. Ein dickes Fragezeichen steht hinter der Ankündigung, mit dem Sofortprogramm zusätzliche 8.000 Stellen in der Altenpflege zu schaffen. Die Wiederbesetzung offener Pflegestellen dauert im Durchschnitt 167 Tage. Woher im nennenswerten Umfang zusätzliches Pflegepersonal kommen soll, bleibt deshalb schleierhaft. Die Gesundheitspolitiker der GroKo wären gut beraten, die Erwartungshaltung bei Pflegebedürftigen und Pflegenden zur Wirkung der Maßnahmen nicht allzu hoch zu treiben. Auch das wäre ein neuer, vertrauensbildender Politikstil. Die Reformschritte werden die Personaldefizite nicht von heute auf morgen beseitigen. Im besten Fall können sie sukzessive mehr Menschen dazu bewegen, einen Pflegeberuf zu ergreifen.

**Bewährtes Vergütungssystem infrage gestellt.** Ganz anders sind die Personalpläne der GroKo im Krankenhausbereich zu bewerten. Deutschland weist eine hohe und steigende Zahl an Pflegekräften auf. Sowohl das Verhältnis zur Bevölkerungszahl als auch die Wachstumsraten liegen über dem EU-Durchschnitt. Gleichzeitig ist die Quote an Pflegekräften pro Krankenhausbett eine der niedrigsten in der EU. Die Personalknappheit im Krankensektor ist also kein Problem von zu wenig Pflegepersonal, sondern vor allem eine Fehlallokation aufgrund zu vieler Krankenhäuser. Es ist deshalb richtig, wenn, wie im Koalitionsvertrag vorgesehen, für alle bettenführenden Abteilungen im Krankenhaus künftig verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen festgelegt werden sollen. So werden Personalverschiebungen zwischen pflegesensitiven und nicht-pflegesensitiven Bereichen verhindert. Dies dient gerade dem Patientenschutz. Die Bestimmung von Untergrenzen bei der Personalbesetzung darf jedoch nicht mit Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) verbunden sein, denn die entsprechenden Personalkosten werden bereits heute über die Krankenhausvergütung ausgeglichen.

Vollkommen am Ziel vorbei geht das Vorhaben der GroKo, die Personalkosten im Krankenhaus – immerhin rund 18 Milliarden Euro – aus der Vergütungssystematik der Fallpauschalen herauszuschneiden und nach dem Selbstkostenprinzip auszugleichen. Die Fallpauschalen stellen bereits heute eine ausreichende Finanzierung des Personalbedarfs in Kliniken sicher. Tarifsteigerungen für Beschäftigte werden ebenfalls kompensiert. Mehr Pflegestellen werden durch eine Doppel- und Dreifachfinanzierung nicht geschaffen. Entscheidend ist, dass vorhandene Gelder auch für Pflegepersonal eingesetzt werden. Dies wird nur dann gewährleistet, wenn entsprechende Nachweispflichten vorgesehen sind. Statt mutige Entscheidungen zu treffen, die zu einem strukturellen Umbau der Krankenhauslandschaft, zu einer stärkeren Zentralisierung und Spezialisierung und damit zu besseren Lebens- und Arbeitsbedingungen für das Pflegepersonal führen, fällt die GroKo hier zurück in alte Muster: viel Ankündigung, viel Geld, wenig Ergebnis. Ganz nebenbei wird zudem das bewährte Vergütungssystem der Diagnosis Related Groups (DRG) grundsätzlich infrage gestellt.

## Pflegedichte: Deutschland im oberen Drittel

Pflegekräfte pro 1.000 Einwohner in Europa



Die Große Koalition will die Pflegepersonaldecke in Deutschlands Heimen und Kliniken verstärken. Doch im europaweiten Vergleich steht die Bundesrepublik aktuell nicht schlecht da: Mit 13,3 Pflegekräften (ambulant und stationär) pro 1.000 Einwohner liegt sie hinter der Schweiz, Norwegen, Dänemark und Finnland auf Platz 5. *Quelle: OECD, 2017*

**Schmallippiges Bekenntnis zur Digitalisierung.** Eines der zentralen Reformziele der neuen Bundesregierung ist die Digitalisierung. Ein ganzes Kapitel des Koalitionsvertrages widmet sich der „Offensive für Bildung, Forschung und Digitalisierung“. Darin wird die Digitalisierung als „große Chance für unser Land und seine Menschen“ beschrieben und als Ziel ausgegeben, ein „starkes Digitalland“ und „Weltspitze im Bereich der digitalen Infrastruktur“ zu werden. Deutlich kleinere Brötchen werden im Kapitel zur Gesundheitspolitik gebacken. Die Koalitionäre geben lediglich ein schmallippiges Bekenntnis zum Aufbau der Telematikinfrastruktur und zur Einführung der elektronischen Patientenakte für alle Versicherten bis zum Ende der Legislaturperiode ab. Die Pflege soll an die Telematikinfrastruktur angebunden werden, Krankenhäuser sollen mehr in neue Technologien und Digitalisierung investieren, ohne dass Schwarz-Rot diesem Ansinnen mehr Nachdruck beispielsweise durch ein vom Bund finanziertes Förderprogramm verleiht. Das alles klingt wenig ambitioniert. Immerhin, und das ist positiv, sollen das Fernbehandlungsverbot auf den Prüfstand gestellt und telemedizinische Behandlungsmöglichkeiten ausgebaut werden.

Die Digitalisierung von Informations- und Kommunikationsprozessen kann im Gesundheitswesen enorme Effizienzpotenziale heben, um die Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung zu verbessern. Insbesondere der digitale Informationsaustausch kann die optimale Behandlung des Patienten unterstützen und durch mehr Transparenz auch die Patientensicherheit verbessern. So lassen sich zum Beispiel unnötige Doppeluntersuchungen verhindern und die Arzneimittel-Therapiesicherheit verbessern. Diese Innovationspotenziale werden im deutschen Gesundheitswesen seit Jahren unzureichend genutzt. Hieran hat auch das letzte E-Health-Gesetz nichts geändert.

Der vom Bundeswirtschaftsministerium beauftragte „Monitoring Report Wirtschaft Digital 2017“ hat dies noch einmal exemplarisch belegt. Er zeigt die eklatanten Defizite des deutschen Gesundheitswesens bei der Nutzung neuer Informations- und Kommunikationstechnologien und Anwendungen auf: Das Gesundheitswesen belegt beim Digitalisierungsgrad den vorletzten Platz unter allen beobachteten Kernbranchen in Deutschland. Daran wird sich nach Prognose der Gutachter auch in den kommenden Jahren nichts ändern.

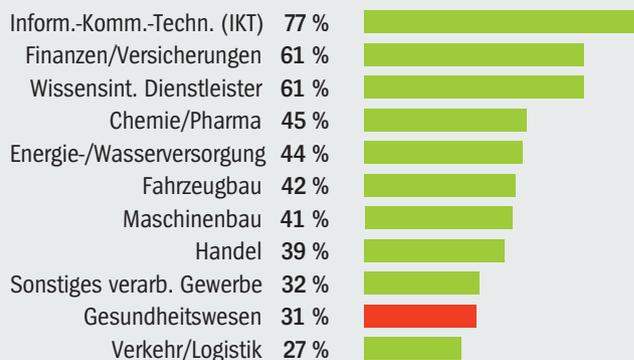
**Einfacher Zugriff auf elektronische Patientenakte.** Die digitale Transformation des Gesundheitswesens benötigt deutlich mehr Schubkraft. Vor allem muss die elektronische Patientenakte endlich zügig vorangetrieben werden. Dazu braucht es gestraffte Entscheidungsstrukturen in der gematik (Gesellschaft für Telematik-Anwendungen der Gesundheitskarte, 2005 gegründet). Versicherten ist ein direkter und einfacher Zugriff auf die geplante elektronische Patientenakte zu ermöglichen, damit sie ihre Daten am Ort ihrer Wahl lesen, kommentieren und dann besser mit dem behandelnden Arzt besprechen können. Zahlreiche rechtliche Unsicherheiten müssen zügig gelöst werden, um den Versicherten einen vernetzten Zugang zu innovativer Versorgung zu erleichtern. Es ist erforderlich, dass bei arzterset-

zenden digitalen Medizinprodukten durch den Hersteller eine obligatorische Haftpflichtversicherung besteht. Weiterhin muss es künftig möglich sein, dass im Rahmen von Selektivverträgen digitale, auch arztsetzende Innovationen zur Anwendung kommen. Eine Nutzenbewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss muss verpflichtend sein.

Handschriftlich ausgestellte oder ausgedruckte medizinische Verordnungen sind eine Fehlerquelle im Behandlungsprozess. Künftig sollte die Übermittlung von Verordnungsdaten zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen ausschließlich auf elektronischem Weg erfolgen. Ein wesentliches Hindernis für den weiteren Ausbau digitaler Angebote durch die Krankenkassen besteht darin, dass als elektronisches Äquivalent zur Schriftform ausschließlich die qualifizierte elektronische Signatur zugelassen ist. Diese müssen Versicherte auf eigene Kosten anschaffen, sie ist deshalb in der Bevölkerung nur wenig verbreitet. Deshalb sollten gleichwertige, aber nutzerfreundlichere Alternativen zur bestehenden qualifizierten elektronischen Signatur entwickelt und für die Bevölkerung nutzbar gemacht werden.

**Wettbewerb zum Nutzen der Versicherten stärken.** Konkurrenz zwischen Krankenkassen und Wettbewerb im Gesundheitswesen sollen positive Anreize für die Gestaltung der Gesundheitsversorgung setzen. Die Vorgängerkoalitionen waren hier schon einmal weiter. Im Vertragstext aus dem Jahr 2013 wurden den Kassen immerhin noch Freiräume zugestanden, um auch unter der Berücksichtigung regionaler Besonderheiten gute Verträge zu gestalten. Den Ankündigungen folgten in der vergangenen Wahlperiode leider keine Taten. Im Gegenteil: Der Gesetzgeber hat die Gestaltungsspielräume der Krankenkassen zum Beispiel bei Zytostatika oder Impfstoffen weiter eingeschränkt. Im Koalitionsvertrag der neuen GroKo allerdings fehlt ein Be-

### Digitalisierung: Gesundheitswesen liegt hinten



Im Branchenvergleich liegt das Gesundheitswesen bei der digitalen Vernetzung auf dem vorletzten Platz. Während 77 Prozent der Unternehmen der Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) angeben, innerhalb der Produktion, mit Kunden oder Dienstleistern auf digitale Lösungen zu setzen, sind es im Gesundheitswesen lediglich 31 Prozent.

Quelle: Kantar TNS, Monitoring Report Wirtschaft DIGITAL 2017 (BMWi)

kenntnis zum Wettbewerb von vornherein. Der Wettbewerb in der GKV ist kein Selbstzweck. Versicherte und Patienten müssen davon profitieren. Für sie muss sich Kassenwettbewerb in qualitativ hochwertigen Versorgungsangeboten bei gleichzeitig bezahlbaren Krankenversicherungsbeiträgen „auszahlen“. Zentrale Aufgabe der Krankenkassen sollte es sein, dies sicherzustellen. Allerdings braucht die GKV dazu die gesetzlichen Rahmenbedingungen.

Auf der Finanzierungsseite kommt dabei dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) eine entscheidende Rolle zu. Er hat die zentrale Funktion, Risikoselektion der Krankenkassen zulasten einzelner Versicherter und Versichertengruppen zu verhindern. Der Morbi-RSA ist die notwendige Konsequenz aus dem freien Kassenwahlrecht für alle Versicherten. Den einzelnen Krankenkassen ermöglicht er faire Chancen im Wettbewerb, denn jede Kasse erhält die gleichen Zuweisungen in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und Morbidität ihrer Versicherten. Nicht mehr die Akquise von besonders attraktiven Versichertengruppen ist der entscheidende Erfolgsparameter im Wettbewerb, sondern die Fähigkeit, Versorgung effizient und effektiv zu gestalten.

**Kurs halten beim Morbi-RSA.** Bei der im Koalitionsvertrag angekündigten Weiterentwicklung des Morbi-RSA hält die GroKo am bisherigen Kurs fest und setzt bei der Reform auf die wissenschaftlichen Gutachten des Expertenbeirates beim Bundesversicherungsamt. Damit ist sie gut beraten. Der Morbi-RSA muss künftig noch zielgenauere Zuweisungen auf Versicherten- und Versichertengruppenebene erreichen. Nur so werden Anreize der Kassen zur Risikoselektion verhindert und die Wettbewerbsbedingungen noch fairer gestaltet. Damit der Kassenwettbewerb voll zum Tragen kommt, benötigen die Krankenkassen aber mehr Handlungsmöglichkeiten zur wettbewerblichen Ausgestaltung von Leistungen. Der Beitragssatz und das Leistungsportfolio einer Kasse muss künftig Ausdruck ihrer Fähigkeit sein, die Versorgung von Versicherten und Patienten effektiv und effizient zu gestalten. Um Effizienzpotenziale im Bereich der Versorgungsstrukturen zu nutzen, effiziente Versorgungsprozesse zu organisieren und ökonomisch vernünftige Vergütungssätze zu verhandeln, müssen die Gestaltungsoptionen der Krankenkassen, zum Beispiel durch selektive Versorgungsverträge, ausgebaut werden.

**Mangelnder Reformeifer bei Arzneimitteln.** Bis auf das anachronistische Vorhaben, den Versandhandel für verschreibungspflichtige Medikamente zu verbieten, und die Ankündigung, den Pharmadialog neu aufzulegen, hat die GroKo keinerlei Reformpläne zur besseren Arzneimittelversorgung vorgelegt. Wer Online-Apotheken de facto schließen lassen will, führt alle Digitalisierungsbemühungen ad absurdum. Zudem wird chronisch kranken Patientinnen und Patienten sowie der Bevölkerung im ländlichen Raum eine Möglichkeit genommen, ihre Arzneimittelversorgung durch Online-Apotheken ergänzend sicherzustellen. Der fehlende Reformeifer bei Arzneimitteln verwundert. Die Ausgaben der GKV für Medikamente haben sich in den letzten zehn Jahren um rund 34 Prozent erhöht. Der

**Digitalisierung in  
Trippelschritten:  
Die elektronische  
Patientenakte für  
alle lässt weiter auf  
sich warten.**



Durchschnittspreis für patentgeschützte Arzneimittel hat sich innerhalb von nur zehn Jahren verfünffacht. Um die finanzielle Handlungsfähigkeit der GKV langfristig sicherzustellen, ist eine Weiterentwicklung des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) vom Januar 2011 notwendig. Der Gesetzgeber muss die Parameter zur Preisfindung überarbeiten und dafür sorgen, dass die verhandelten Erstattungspreise rückwirkend ab dem ersten Tag der Markteinführung gelten.

**Vertrauen der Bürgerinnen und Bürger gewinnen.** Genügend Potenzial für eine „neue Gesundheitspolitik“, die das Patientenwohl in den Mittelpunkt stellt und Vertrauen bei den Bürgerinnen und Bürgern zurückgewinnen kann, ist im Koalitionsvertrag vorhanden. Die wichtigen Reformthemen, die bei richtiger Umsetzung unmittelbar Versicherten und Patienten zugute kämen, sind benannt: bessere Personalausstattung, Telemedizin und digitale Unterstützungsangebote bei Krankenkassen und Leistungserbringern, die Integration der Versorgungssektoren und eine bessere Notfallversorgung. Hier gibt es für Union und SPD viele Gelegenheiten zu punkten. Damit aber der Nutzen für Versicherte und Patienten auch tatsächlich handlungsleitend wird, muss in der Umsetzung des Koalitionsvertrages an vielen Stellen noch nachgebessert werden. Dafür hat die GroKo einen Vertrauensvorschuss verdient. ■

**Kai Senf** ist Geschäftsführer Politik/Unternehmensentwicklung im AOK-Bundesverband. **Kontakt: Kai.Senf@bv.aok.de**

*Mehr Infos: [www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Presse > AOK-Medienservice > ams-Politik 2/2018*

*Statements zum Koalitionsvertrag auf den beiden folgenden Seiten.*

# Koalitionsvertrag:

# Stimmt die Richtung bei

**Im Koalitionsvertrag lassen sich gute** gesundheitspolitische Positionen finden: Von einer Ausrichtung der Patientenversorgung am medizinisch-pflegerischen Bedarf ist zu lesen, und die Notfallversorgung sowie die sektorenübergreifende Versorgung sollen verbessert werden. Eine Investitionsoffensive hilft, die Digitalisierung der Krankenhäuser voranzutreiben. Außerdem



## „Kliniken droht neue Prüfungswelle“

**Thomas Bublitz**  
ist Hauptgeschäftsführer  
des Bundesverbandes  
Deutscher Privatkliniken.

wird Ärzten die Direktverordnung von Rehabilitationsleistungen für pflegende Angehörige erlaubt. Doch eine stark alternde Bevölkerung braucht dringend ein deutlicheres Bekenntnis zum Grundsatz Reha vor Pflege. Die Direktverordnung für alle Patienten muss das Ziel sein.

Die angekündigten Verbesserungen in der Pflege sind sicher richtig. Ich habe aber Bedenken, ob dieses Vorhaben mit Personaluntergrenzen erreichbar ist. Sollen sie Wirkung entfalten, werden deutlich mehr als 8.000 Pflegekräfte benötigt, die nicht zusätzlich auf dem deutschen Arbeitsmarkt verfügbar sind. Die Nichteinhaltung wird mit Vergütungsabschlägen sanktioniert. Dies wird den Krankenhäusern eine neue Welle der Prüfungen durch die Medizinischen Dienste bescheren. Nicht zu vergessen: das Haftungsrecht. Wenn etwas schiefgeht, schauen Gerichte zuerst auf die Einhaltung der Personaluntergrenzen. Die Krankenhäuser werden vorsorglich nicht mehr alle Patienten aufnehmen. Diese Entwicklung wäre nicht mit einer patientenorientierten Gesundheitsversorgung vereinbar. Und dann wäre da noch die Frage nach der Zukunft des DRG-Systems. Für die Personalkosten kommt das Selbstkostendeckungsprinzip zurück. Damit entscheiden künftig die Krankenkassen über die Pflegepersonalausstattung in Krankenhäusern. Ich vermute, dass damit die Personaluntergrenze zur Höchstgrenze wird. ■

**Im Bereich Gesundheit und Pflege** enthält der Koalitionsvertrag wichtige Signale, die aber weit hinter den Notwendigkeiten zurückbleiben. Lange hat die Pflege auf den Personalmangel hingewiesen. Die dadurch bedingten Probleme verschärfen sich mit der Zunahme der älteren Bevölkerung und der Multimorbidität sowie durch die kürzeren Verweildauern in den Krankenhäusern. Diese führen inzwischen zu einer Unterversorgung in den Kliniken und dazu, dass deutlich mehr Menschen aus dem Krankenhaus in Pflegeeinrichtungen entlassen werden. Täglich stehen durchschnittlich 22 Prozent der Intensivbetten nicht zur Verfügung, weil es an ausreichend qualifiziertem Pflegepersonal fehlt. Der Koalitionsvertrag sagt zudem nichts zum Budget für die Stärkung der Pflege. Er nennt lediglich die Zahl von 8.000 zusätzlichen Stellen – was angesichts von mehr als 13.000 stationären Pflegeeinrichtungen wenig erscheint.

Es ist dringend erforderlich, die Arbeitsbedingungen der Pflegenden zu verbessern. Mehr als 50 Prozent der Pflegenden in Krankenhäusern arbeiten in Teilzeit und mehr als 70 Prozent in der ambulanten oder Langzeitpflege. Geschuldet ist das den überfordernden Arbeitsbedingungen. Richtig ist es, eine verbesserte Bezahlung von Pflegenden zu fordern. Dieses muss politisch



## „Arbeitsbedingungen der Pflegenden verbessern“

**Prof. Christel Bienstein**  
ist Präsidentin des  
Deutschen Berufsverbandes  
für Pflegeberufe.

flankiert werden, obliegt jedoch den Tarifparteien. Zu begrüßen ist die Ausgliederung der Pflege aus dem Fallpauschalen-System. Auch die Einführung eines verbindlichen Personalbemessungsinstrumentes, die regelhafte Öffnung der Hochschulen für die Pflege und die Entlastung pflegender Angehöriger sind wichtige Schritte in die richtige Richtung. Die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung ist eine hoheitsstaatliche Aufgabe, die nicht der Regelung des Marktes überlassen werden darf. ■

# Gesundheit und Pflege?

**Union und SPD sind im Bereich** Gesundheit zahlreiche Formelkompromisse eingegangen und haben wichtige Entscheidungen vertagt. Davon zeugen die vielen Arbeitsgruppen, Kommissionen und Gremien, die sich mit entscheidenden Zukunftsthemen wie der sektorenübergreifenden Versorgung oder der Neustrukturierung der ärztlichen Vergütung befassen. Der Koalitionsvertrag liest sich zudem wie ein Misstrauensvotum gegenüber der ärzt-



**„Politik schafft sich neue Einflussmöglichkeiten“**

**Dr. Dirk Heinrich**  
ist Bundesvorsitzender des  
NAV-Virchow-Bundes,  
Verband der niedergelassenen  
Ärzte Deutschlands.

lichen Selbstverwaltung. Die Politik schafft sich immer neue Einflussmöglichkeiten und greift regulierend an allen Ecken und Enden des Gesundheitswesens ein. Ein Beispiel ist die Erhöhung der Mindestsprechstundenzeiten von 20 auf 25 Stunden. Dieses Vorhaben hat gravierende Folgekosten durch Mehrarbeit des medizinischen Fachpersonals sowie steigenden Vor- und Nachbereitungsbedarf. Das Ganze hat einen bitteren Beigeschmack, weil kein Modell zur Gegenfinanzierung präsentiert wurde – und das in einem budgetierten System.

Trotz verfassungsrechtlicher Bedenken und gegen die Stimmen der Ärzteschaft soll eine einheitliche Gebührenordnung vorbereitet werden. Gesundheitsökonomern urteilen, dass sich dadurch weder die „Zweiklassenwartezeiten“ noch der Ärztemangel auf dem Land beseitigen lassen. Zudem gehört die Gestaltung und Weiterentwicklung einer eigenen Gebührenordnung zu den Grundfesten eines freien Berufes. Auch hier zeigt sich die Regulierungswut der Parteien und das permanente Bestreben, die ärztliche Freiberuflichkeit auszuhöhlen. Kritisch sehen wir auch, dass die Aufgaben der – von der Ärzteschaft finanzierten – Terminalservicestellen ausgeweitet werden sollen. Das wird nicht funktionieren, solange es hinderliche Budgets, aber keine echte Bedarfsplanung gibt. ■

**Innovationen brauchen ein besseres Umfeld.** Denn kluge Köpfe sollten ihre Ideen in Deutschland verwirklichen. Eine steuerliche Forschungsförderung könnte da helfen – wenn sie denn gut gemacht wäre! Leider beschränkt der Koalitionsvertrag die steuerliche Förderung ohne Not auf kleinere und mittlere Unternehmen und klammert die besonders forschungsintensiven Großunternehmen aus. Die fehlende finanzielle Gegenrechnung des Vorhabens nährt sogar den Verdacht, dass die steuerliche Forschungsförderung ein Lippenbekenntnis der deutschen Politik bleibt.

Bei der Entwicklung nationaler Strategien gegen Krebs, Demenz und Diabetes kommt auf den neuen Bundesgesundheitsminister eine wichtige Rolle zu: Er muss viele Akteure an einen Tisch holen, Ziele festlegen und Umsetzungsschritte auf den Weg bringen. Ohne politische Begleitung bleiben gesundheitspolitische Vorhaben leider oft bloße Absichtserklärung. Der bisherige Stand der Digitalisierung im Gesundheitswesen ist da ein abschreckendes Beispiel. Mit der geplanten E-Health-Strategie besteht aber noch die Möglichkeit, dass es alle Beteiligten künftig unter Leitung der Politik besser machen.

Es gibt also genug Themen für das Gespräch zwischen Politik und Industrie. Der Pharmadialog gibt dazu Gelegenheit. Es ist gut, dass die große Koalition an diesem bewährten Format festhält.



**„Genug Themen für den Pharmadialog“**

**Birgit Fischer**  
ist Hauptgeschäftsführerin  
des Verbandes forschender  
Arzneimittelhersteller.

Jens Spahn muss gleich zu Beginn seiner Amtszeit als neuer Gesundheitsminister eine Richtungsentscheidung treffen. Mit der Einführung eines Arzteinformationssystems geht es um die Frage, wie weit die Krankenkassen in die Therapiefreiheit der Ärztinnen und Ärzte eingreifen dürfen und in welcher Form sie qualitätsgesicherte Informationen zur Verfügung stellen können. ■



Im Gespräch mit Emma:  
Eine Senioreneinrichtung  
der Diakonie Altholstein  
testet den Roboter auf  
seine Alltagstauglichkeit.

# Ein Röckchen für Emma

Mit ihren Kulleraugen wirkt sie sympathisch, aber sie braucht etwas zum Anziehen, finden die Bewohner einer Demenz-WG. Die Rede ist von einem Roboter namens Emma, der bei den Senioren für Unterhaltung sorgt. Welche Rolle technische Innovationen wie diese künftig in der Pflege spielen könnten, skizziert [Bärbel Triller](#).

**E**inmal in der Woche freuen sich die Bewohnerinnen und Bewohner der Demenz-Wohngemeinschaft der Diakonie Altholstein auf einen besonderen Vormittag. Immer am Mittwoch von zehn bis elf Uhr kommt Emma zu Besuch. Zu Liedern von Heinz Rühmann und Freddy Quinn wird gesungen und getanzt. Jede Menge Rate-Spaß hat Emma auch noch im Gepäck. Ist das Auto auf dem Foto eine Ente oder ein Käfer? Je öfter solche Bilderrätsel wiederholt werden, umso besser erinnern sich die Senioren, weiß Einrichtungsleiterin Ingrid Fritsch.

Das klingt nach einer unterhaltsamen Runde unter Senioren, und doch läuft hier einiges anders ab. Denn Emma ist keine Pflegefachkraft aus Fleisch und Blut, sondern ein kleiner Roboter, und das Gepäck ist ein Tablet-PC. Emma ist ein humanoider

Roboter, den ein japanisch-französisches Unternehmen unter dem Namen Pepper auf den Markt gebracht hat. Emma/Pepper ist etwa 1,20 Meter hoch, 28 Kilogramm schwer, hat einen weißen Körper mit einer glatten Kunststoffoberfläche und steht auf einem stabilen Sockel mit Laufrädern. Zwei große dunkle Augen blicken das Gegenüber aus einem kugelrunden Kopf an. Die beweglichen Arme gehen in Hände mit fünf Fingern über. Das Tablet ist auf Brusthöhe montiert. Das Innenleben von Emma besteht aus Hightech. Vom Kopf bis zu den Laufrädern ist umfangreiche Sensorik montiert. Eine individuell programmierbare Software steuert die Komponenten. Die Arme und Hände können die menschliche Gestik imitieren. Mikrofone und Lautsprecher finden im Kopf Platz. Kameras dienen der Gesichtserkennung. Emma kann Menschen mit Namen anspre-

chen und einfache Dialoge führen. Aus den Lautsprechern hinter den Ohren ertönt zur Freude der Bewohner die Musik. Trotz Hightech: Emma verfügt über einen hohen Niedlichkeitsfaktor. Die zwölf Bewohner der Demenz-WG in Kiel-Gaarden sind ganz begeistert von der kleinen Gestalt. „Sie würden Emma am liebsten ein Röckchen stricken“, sagt Ingrid Fritsch.

**Ein Ingenieur passt die Software für den Praxiseinsatz an.** Dass Emma so gut ankommt, dafür sorgt Hannes Eilers, Ingenieur für Robotik an der Fachhochschule (FH) Kiel. Er programmiert Emma für die Bedürfnisse der Seniorinnen und Senioren. Ende 2016 verständigten sich die Diakonie Altholstein und die FH Kiel auf das gemeinsame Projekt. Bei der Diakonie war man neugierig darauf, technische Innovationen zu erproben. „Wir wollen maßgeblich an der Entwicklung von moderner Technik in der Pflege beteiligt sein und den Einsatz steuern können“, erklärt Benjamin Seidel, Leiter der Geschäftsbereiche Senioren und Pflege. In der FH Kiel kam die Idee gut an. „Technik, die im Labor funktioniert, muss nicht immer eine praxistaugliche Lösung sein“, erklärt Eilers.

Seit Februar 2017 ist Emma in der Kieler Wohngemeinschaft unterwegs. Ingenieur Eilers ist jeden Mittwoch dabei, beobachtet das Verhalten und die Reaktionen der Bewohner auf den kleinen Roboter. Stimmen Funktionalitäten und Nutzungsverhalten der Bewohner nicht überein und äußern die Mitarbeiter besondere Wünsche, passt Eilers die Software an. Wenn möglich sofort oder in der Woche zwischen den Besuchen. „Wir haben

festgestellt, dass Ältere einen Touchscreen anders bedienen“, erklärt Eilers. Sie tippen nicht, sondern wischen oder erwarten eine Schalterfunktion. Diese Bedienweise konnte die Software aber nicht umsetzen. Also änderte Eilers das Programm. „Im Labor wäre ich nicht so schnell auf den Gedanken gekommen.“

**Technik soll die Selbstbestimmung fördern.** Bundesweit erforschen Wissenschaftler in zahlreichen Projekten den Einsatz von Robotersystemen und technischen Assistenzen in der Pflege. Unter dem Schlagwort Pflege 4.0 lassen sich innovative Technologien zusammenfassen, die helfen sollen, die Folgen des demografischen Wandels in der Pflege abzufedern. Immer weniger Pflegekräfte, so die Prognose, müssen künftig eine steigende Zahl von zunehmend hochaltrigen und multimorbiden Pflegebedürftigen versorgen, bei hohen Ansprüchen an die Qualität. Techniklösungen sollen dazu beitragen, die Selbstbestimmung und die Lebensqualität von Pflegebedürftigen zu stärken, Pflegefachkräfte und pflegende Angehörige zu entlasten und mehr Raum für menschliche Zuwendung zu schaffen. Verbunden ist damit die Vorstellung, dass die Kosten für die sozialen Sicherungssysteme nicht ins Uferlose steigen.

Pflege 4.0 ist Teil der Hightech-Strategie der Bundesregierung. Auf der Webseite [www.technik-zum-menschen-bringen.de](http://www.technik-zum-menschen-bringen.de) stellt das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) Projekte vor, die komplexe Hightech-Produkte in den Feldern „Intelligente Mobilität“, „Digitale Gesellschaft“ und „Gesundes Leben“ entwickeln. Die Basis dafür bilden Schlüsseltechnologien wie Informations- und Kommunikationstechnik, Elektronik, Robotik und Bionik (letztere arbeitet daran, biologische Phänomene in Technik umzusetzen). Das Forschungsprogramm „Technik zum Menschen bringen“, soll die generationsübergreifende Mensch-Technik-Interaktion fördern. Dabei steht die Leitidee „einer hilfsbereiten, nutzerorientierten, bedarfsgerechten und an der Menschenwürde orientierten Technik“ im Fokus. Im Zeitraum von 2016 bis 2020 will das BMBF pro Jahr rund 70 Millionen Euro für die Förderung der Mensch-Technik-Interaktion bereitstellen.

**Zahlreiche Lösungen sind in der Testphase.** Die möglichen Einsatzfelder in der Altenpflege sind vielfältig. Entwickelt, erprobt oder bereits im Einsatz sind Lösungen, die sich vorwiegend auf Aufgaben in den Anwendungsfeldern Sicherheit, Assistenz, Kommunikation und Beschäftigung konzentrieren. Zahlreiche Lösungen befinden sich noch in der Entwicklungs- und Testphase. „In der Pflegepraxis ist die Hightech noch längst nicht in dem Maße angekommen wie es die Darstellung einzelner Leuchtturm-Projekte suggeriert“, sagt Professor Dr. Stefan Görres, Pflegewissenschaftler an der Universität Bremen.

Das gilt auch für die vor allem medial gehäufteten Meldungen über Roboter. „Von den Darstellungen in Film und Fernsehen sind wir weit entfernt“, sagte Dr. Birgit Graf auf der Jahrestagung der Deutschen Ethikkommission zum Thema „Autonome Systeme. Wie intelligente Maschinen uns verändern“ im Juni 2017. Die Ingenieurin leitet die Gruppe Haushalts- und Assistenzroboter am Stuttgarter Fraunhofer-Institut für Produktionstechnik und Automatisierung.

## Roboter erobern den Gesundheitsbereich

### Rehabilitation

- Körpergetragene Systeme (Exoskelette)
- Stationäre Trainingsgeräte
- Mobile Trainingsgeräte

### Unterstützung des (Pflege-)Personals

- Logistik/fahrerlose Transportsysteme (Beispiel: Intelligenter Pflegewagen)
- Reinigungs-/Desinfektionsroboter
- Intelligente Pflegehilfsmittel (Beispiel: Robotische Hebehilfen)
- Telepräsenz- und Diagnoseroboter (ermöglichen ferngesteuerte Interaktion mit Nutzer vor Ort)
- Emotionale Roboter (mit Kindchenschema, werden als niedlich empfunden, reagieren auf Verhalten der Nutzer, Beispiele: Robbe Paro, JustoCat)

### Unterstützung älterer und pflegebedürftiger Menschen zu Hause

- Kommunikations- und Interaktionsroboter
- Mobilitätshilfen (Beispiel: Robotische Gehhilfen)
- Handhabungshilfen (Beispiel: Roboterarm für den Rollstuhl)
- Komplexe Assistenzroboter (radgetrieben, mit einem oder zwei Armen für Hol- und Bringdienste, Beispiel: Care-O-bot)

Quelle: Stiftung Münch/Barbara Klein, Birgit Graf, Inga Franziska Schlömer, Holger Roßberg, Karin Röhrich, Simon Baumgarten (Hrsg.): Robotik in der Gesundheitswirtschaft. Medhochzwei Verlag, Heidelberg, 2018.

Das Tanzen überlässt sie den anderen, aber Roboter Emma hat die Musik im Gepäck.



**Im vertrauten Umfeld mobil.** Im häuslichen Bereich ist der Einsatz von Technik und Assistenzsystemen (Ambient Assisted Living) derzeit am weitesten fortgeschritten. Gemäß dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ stehen zahlreiche Anwendungen zur Verfügung, die es Älteren und Pflegebedürftigen ermöglichen sollen, länger in ihrem vertrauten Umfeld wohnen zu können.

Mit Sensoren ausgestattete Notrufsysteme wie Sturzmatten und Fußböden reagieren auf Bewegungsabläufe in der Wohnung. Bei Abweichungen von der Tagesroutine setzen sie automatisch Notrufsignale ab. Abschalteneinrichtungen steuern elektrische Geräte wie Herde und Rollläden. Medikamentenboxen mit Alarmfunktion erinnern an die tägliche Tabletteneinnahme. Sensoren, verpackt in Uhrenarmbändern oder verbaut in der Toilette, erfassen die Vitaldaten der Bewohner und übermitteln die Werte zur Beurteilung an medizinische und pflegerische Zentren. Sensorgestützte Trinkassistenten erinnern Menschen daran, ausreichend Flüssigkeit zu sich zunehmen und dokumentieren die getrunkenen Mengen. Und Geruchssensoren informieren über hygienische Bedarfe.

Damit ältere Menschen mobil bleiben, werden in diversen Projekten Online-Plattformen erprobt, die die Vernetzung in den Quartieren unterstützen und die soziale Teilhabe fördern sollen. GPS-Tracker, die satellitengestützt den Aufenthaltsort bestimmen, sollen (nicht nur) Menschen mit Demenz einen sicheren Bewegungsspielraum ermöglichen. Verlässt jemand die als sicher definierte Zone, löst ein Gerät automatisch Alarm aus und setzt eine individuell abgestimmte Versorgungskette in Gang.

**Telepräsenz-Robotik überbrückt Entfernungen.** In mehreren Bundesländern wird erprobt, ob die Telemedizin hilft, die medizinisch-pflegerische Versorgung in ländlichen Regionen sicherzustellen. Statt in der Praxis begegnen sich Arzt und Patient per Video, besprechen gesundheitliche Probleme und Therapien. Müssen Verbände gewechselt oder Spritzen gesetzt werden, erledigt diese Arbeit eine Pflegefachkraft. Der Arzt kann per Video zugeschaltet werden und die Arbeiten prüfen. Hausbesuche macht er nur noch im Notfall.

Exoskelette könnten den Pflegekräften das Heben und Tragen erleichtern.

Telepräsenz-Robotik könnte zudem helfen, Lücken in der Betreuung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Demenz auszugleichen. Angehörigen ist es nicht immer möglich, durchgehend präsent zu sein. Mobile Plattformen mit Tablet und Mikrofon könnten diese Lücken teilweise schließen – die Effekte von Telepräsenz in der Pflege werden in verschiedenen Projekten erforscht.

**Transportroboter sammeln Wäsche ein.** In der stationären Pflege sollen Roboter beispielsweise die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entlasten. In den Zukunftsszenarien der Forscher fahren Transportroboter autonom die Flure entlang, sammeln Wäschesäcke ein, transportieren Essen und übernehmen nachts Patrouilletouren auf den Fluren der Wohnbereiche. Entdecken sie herumirrende Personen, informieren sie automatisch die Nachtwache.

Der Intelligente Pflegewagen, der in Kürze Marktreife erlangen soll, ist ebenfalls ein robotisches System, das nach Anforderung per Smartphone-App autonom zum gewünschten Standort fahren kann. Der Verbrauch der an Bord befindlichen Utensilien wird von der Pflegekraft per Scan dokumentiert, und die Verwaltung erhält automatisch einen Überblick über den aktuellen Lagerbestand. Zeitraubende Laufwege, um Material zu beschaffen, sollen mit dem Intelligenzen Pflegewagen reduziert werden, so die Idee der Entwickler. Weiterhin wird an multifunktionalen Personenliftern geforscht. Mithilfe von Sensoren erkennt der Lifter selbstständig die Lage der aufzunehmenden Person, nimmt autonom die notwendigen Geräteeinstellungen vor und bringt sich in Position.

Die Pflege gilt zudem als ein Bereich, in dem Exoskelette künftig den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern schweres Tragen und Heben erleichtern könnten. Exoskelette sind mit Sensoren und Elektromotoren ausgestattete äußere maschinelle Stützen, die dem Träger wesentlich mehr Kraft verleiht. In der Industrieproduktion werden Exoskelette bereits erprobt. Eine schlankere Variante ist eine mit Elektronik bestückte Stoffweste, die nicht nur Pflegekräften schweres Arbeiten vereinfachen und Gesundheit und Rücken schonen soll.



## „Bedürfnisse von Nutzern berücksichtigen“

**Prof. Dr. Frank Weidner** ist Direktor des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung, Köln.

### Herr Professor Weidner, wie groß ist die Akzeptanz von technischen Innovationen in der Pflege?

**Frank Weidner:** Einerseits gibt es Entwicklungspotenziale und -prozesse, um technische Innovationen in den Pflegealltag zu bringen. Andererseits wird immer wieder zu Recht beklagt, dass es meist bei Insellösungen bleibt. Wenn neue Technologien auf den Markt kommen, sind es häufig nur einzelne Gerätschaften oder Systeme, die oft nur in einer Einrichtung oder nur durch eine Berufsgruppe oder von einem Kostenträger umgesetzt und finanziert werden. Dies erklärt auch, dass die Akzeptanz von neuer technischer Hard- oder Software sowohl unter Patienten und Pflegebedürftigen als auch unter beruflich Pflegenden noch zu wünschen übrig lässt. Viele neue technische Entwicklungen berücksichtigen die Bedürfnisse und Kompetenzen von Nutzerinnen und Nutzern noch nicht ausreichend.

### Welche Änderungen im Berufsbild bringt der Technikeinsatz mit sich?

**Weidner:** Es ist nicht zu erwarten, dass neue Technologien zu revolutionären Entwicklungen in der Pflege führen werden. Die Pflege bleibt eine personenbezogene Dienstleistung. In der Gesellschaft herrscht das Bild der empathisch Pflegenden vor. Zudem wird in Pflegeausbildung und -studium noch zu wenig auf technische Themen, Ansätze und Kompetenzen abgehoben. Das Berufsbild wird sich deshalb nur ganz allmählich verändern.

### Welche Chancen und Risiken sehen Sie für die Pflege?

**Weidner:** Damit neue Technologien ihre Potenziale entfalten können, sollten die Bedürfnisse und Kompetenzen von Pflegenden und Gepflegten umfassender in die Entwicklung einbezogen werden. Dann ließe sich professionelle Pflege smarter planen, effektiver und vernetzter umsetzen, schlanker dokumentieren und pfiffiger evaluieren. Auch bestehen Chancen einer verbesserten Transparenz in der Versorgung und einer gezielten Teilhabe von Pflegebedürftigen und Patienten an Versorgungsprozessen, aber auch an sozialen und gesellschaftlichen Ereignissen. Die Risiken einer verstärkten Technisierung liegen auch auf der Hand: Immer dann, wenn neue Technologien an den Bedürfnissen und Wünschen der Betroffenen vorbeigehen und anderen Intentionen folgen, drohen Deprofessionalisierung, Instrumentalisierungen oder Datenmissbrauch. Das löst Vertrauenskrisen bei den Akteuren aus, und dann sind sie nicht mehr für Innovationen zu gewinnen. ■

Die Fragen stellte Bärbel Triller.

**Japan macht es vor.** Die Pflegerobbe Paro, entwickelt in Japan, hat die Labore vor einigen Jahren verlassen. Die kleine robotische Maschine mit weißem Fell wird mittlerweile in der Betreuung von Menschen mit Demenz eingesetzt. Mit Erfolg, so die Erfahrung von Pflegepraktikern. Japan ist wesentlich stärker vom demografischen Wandel betroffen als Deutschland und gilt weltweit als das führende Roboterland. Heute gehören dort Serviceroboter in Geschäften und Hotels zum Alltag. In Altenheimen sind Unterhaltungsroboter wie Emma im Einsatz.

In Deutschland sind Roboter in der Industrie bereits weit verbreitet und auch im Operationsaal keine Seltenheit mehr. Neu ist jedoch, dass Roboter häufiger zu Testzwecken im Service und im Handel eingesetzt werden. Oder den Rasen im Vorgarten mähen. Dadurch rücken sie verstärkt in die öffentliche Wahrnehmung.

Häufig fällt dabei auch das Schlagwort Big Data: Die innovativen Produkte der hochkomplexen Informationstechnologien können große Mengen an Daten aufnehmen, verarbeiten, vernetzen und weitergeben. Dass Informationen an jedem Ort gesammelt und ohne Verzögerung zur Verfügung gestellt werden können, wird durch mobile Geräte wie Smartphones und Sensoren begünstigt. Durch ihre Miniaturgrößen sind sie unauffällig und vielfältig einsetzbar. Gegenstände des Alltags und digitale Informationstechnik verschmelzen zu smarten Objekten. Die rasante Entwicklung wirft viele Fragen auf, die in Wissenschaft, Politik und Gesellschaft zum Teil kontrovers diskutiert werden. Während die einen die Arbeitserleichterung loben, bedeutet für andere der Einsatz von Technik einen Verlust von Menschlichkeit. Manche Kritiker befürchten, dass die Roboter den Menschen beherrschen und letztendlich ersetzen könnten.

**Daten als neue Währung.** Was für Akteure in Industrie und Wirtschaft ein erfolgversprechendes Geschäftsmodell ist – mit Big Data Kunden individuell adressieren –, bedeutet für Kritiker die Preisgabe der Privatsphäre. Am 25. Mai 2018 tritt die überarbeitete Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) in Kraft. „Das Regelwerk ist zwar nicht revolutionär, schafft aber EU-weit einheitliches Recht“, sagt Nicolas Woltmann, wissenschaftlicher Assistent der Forschungsstelle Robotrecht an der Universität Würzburg. Die Forschungsstelle beschäftigt sich seit 2010 mit den rechtlichen Herausforderungen, die die technische Entwicklung von autonomen Systemen hervorruft. Der Datenschutz, so Woltmann, sei derzeit ein riesiges Problemfeld, besonders im gesundheitlichen Bereich. Hier gelte es die Selbstbestimmungsrechte der Betroffenen zu stärken. „Die DSGVO wird in dieser Hinsicht zumindest erhöhte Transparenz- und Auskunftspflichten für datenverarbeitende Unternehmen etablieren“, sagt Woltmann. Bei den Haftungsfragen sei eine „dogmatische Verschiebung der Verantwortlichkeit hin zu den Herstellern und Entwicklern neuer Technologien“ zu erkennen. Die Sachlage ist kompliziert. Denn zwischen dem Inverkehrbringen von Produkten und dem Entstehen eines Schadens schein es oft niemanden mehr zu geben, der erwähnenswerten Einfluss auf das Geschehen nehmen konnte, erklärt Woltmann. Auch für den Endabnehmer sei es immer weniger nachvollziehbar, wieso die Technik sich in einer bestimmten Situation verhalten hat, wie

sie sich verhalten hat. Das sei sogar für den Hersteller nicht einfach, etwa im Fall lernfähiger Systeme.

**Experten entwickeln ethische Leitlinien.** „Wir wissen wenig über die Konsequenzen und die Vor- und Nachteile, die der Technikeinsatz in der Pflege mit sich bringen könnte“, sagt Pflegewissenschaftler Stefan Görres. Die Forschung in Deutschland sei in diesen Fragen noch nicht sehr weit. Dem technischen Wandel mit seinen moralischen Fragen sind Experten aus verschiedenen Disziplinen in der Studie „Ethische Fragen im Bereich Altersgerechte Assistenzsysteme“ (2013) unter der Leitung von Pro-



**Lust auf ein Bilderrätsel? Über einen Touchscreen bietet Emma Beschäftigung an.**

fessor Dr. Arne Manzeschke nachgegangen. Der Theologe leitet die Fachstelle für Ethik und Anthropologie im Gesundheitswesen an der Ludwig-Maximilians-Universität München. Als ein Ergebnis dieser Studie legten die Experten 15 ethische Leitlinien vor. Diese sollen als Orientierung dienen und Sensibilität schaffen für ethisch orientiertes Handeln und Entscheiden im Umgang mit Assistenzsystemen im Alltag von älteren Menschen. Neben Datenschutz und Haftung werden auch Dimensionen wie Teilhabe, Sicherheit, Privatheit und Anwenderfreundlichkeit genannt. Die Experten definieren in der Studie „ethische Kippunkte“. Das sind „jene heiklen Übergänge, an denen die technisch positiven Effekte und moralisch vorzugswürdigen Momente altersgerechter Assistenzsysteme in ihr Gegenteil umschlagen“. Falls die Hightech-Produkte privat bezahlt werden müssen: Wie kann zum Beispiel geregelt werden, dass jeder das Assistenzsystem erhält, das er, unabhängig von seiner finanziellen Lage, benötigt? Und wo wird die Grenze zwischen Lifestyle- und Medizinprodukten gezogen? Wird durch den Technikeinsatz das Personal tatsächlich entlastet oder entsteht durch den Wartungsbedarf ein erhöhter Personalbedarf, der wiederum Kosten verursacht?

Foto: Carsten Rehder/dpa

**Roboter können Menschen nicht ersetzen.** Dass Roboter und technische Assistenzsysteme Pflegekräfte ersetzen könnten, wird oft befürchtet. Bisherige Studien kommen, je nach Methodenauswahl, zu unterschiedlichen Ergebnissen. Einige Untersuchungen gehen von einem relativ geringen Substituierungspotenzial für Beschäftigte in der Pflege aus. Wie sich das Berufsbild der Pflege durch den Einsatz von Technik ändern wird, lässt sich derzeit noch nicht absehen (siehe Interview auf Seite 32).

Pflegepraktiker wie Catia Hemmerling, die im niedersächsischen Bergen ein Altenheim leitet, verfolgen die Technik-Debatte sehr genau. Hemmerling lehnt Technik per se nicht ab, aber die aktuelle Entwicklung, in der Roboter eine immer größer werdende Rolle zu spielen scheinen, beobachtet sie mit Skepsis. „Wenn ich nach meinem Bauchgefühl gehe, ist das ein Absturz für die Pflege“, sagt die Heimleiterin. Pflege habe für sie etwas mit Persönlichkeit und Intuition zu tun. Das könne ein noch so toller Roboter nicht leisten.

**Forschungsministerium finanziert Praxiszentren.** Um aber systematisch zu untersuchen, was Roboter und andere neue Technologien in der Pflegepraxis leisten können, hat in Oldenburg das Pflegeinnovationszentrum (PIZ) eröffnet. Im Verbund mit vier Pflegepraxiszentren in Baden-Württemberg, Bayern, Berlin und Niedersachsen soll das PIZ die Zusammenarbeit zwischen Forschung und Praxis stärken. Das BMBF fördert das Projekt bis zum Jahr 2022 mit 20 Millionen Euro.

In Kiel hatte Einrichtungsleiterin Ingrid Fritsch anfangs Bedenken, als sie gefragt wurde, ob sie sich den Einsatz eines Roboters in der Demenz-WG vorstellen könnte. Nun ist sie überrascht von der positiven Reaktion der Bewohner. Auch die Mitarbeiter bewerteten den Robotereinsatz als Gewinn. Die Diakonie Altholstein will das Emma-Projekt deshalb fortführen. „Die Mitarbeiter sollen durch den Roboter unterstützt, nicht ersetzt werden“, betont Geschäftsführer Benjamin Seidel. Nach Projektende werde man die Chancen und Risiken, die der Einsatz von technischer Assistenz für Pflegebedürftige und Personal mit sich bringen könnte, sehr genau abwägen. ■

**Bärbel Triller** ist freie Journalistin in Hannover und schreibt über Gesundheits- und Pflege Themen. **Kontakt:** [btriller@arcor.de](mailto:btriller@arcor.de)

### Web- und Lesetipps

- [www.technik-zum-menschen-bringen.de](http://www.technik-zum-menschen-bringen.de) Website des Bundesministeriums für Bildung und Forschung
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.): **Service-Robotik: Mensch-Technik-Interaktion im Alltag.** Ergebnisse einer repräsentativen Befragung, 13. April 2016. **Download:** [www.technik-zum-menschen-bringen.de](http://www.technik-zum-menschen-bringen.de) > Umfrage
- Arne Manzeschke, Karsten Weber, Elisabeth Rother, Heiner Fangerau: **Ethische Fragen im Bereich Altersgerechter Assistenzsysteme.** 2013. **Download:** [www.ttn-institut.de](http://www.ttn-institut.de) > ttn-Top-Themen > Ambient Assisted Living
- [www.robotik-in-der-pflege.de](http://www.robotik-in-der-pflege.de) Website des Projektverbundes ARIA
- Stiftung Münch/Barbara Klein, Birgit Graf, Inga Franziska Schlömer, Holger Roßberg, Karin Röhrich, Simon Baumgarten (Hrsg.): **Robotik in der Gesundheitswirtschaft.** Medhochzwei Verlag, Heidelberg, 2018.



# Bares nach dem Bürger-votum

Manches Krankenhaus verdankt sein Überleben einem Bürgerentscheid. Doch nicht immer ist das versorgungspolitisch und betriebswirtschaftlich sinnvoll.

Daher sollten bei Bürgerbefragungen die finanziellen Folgen der Klinikrettung eine Rolle spielen, meinen [Andreas Beivers](#) und [Lilia Waehlert](#) und bringen eine Direktsteuer ins Spiel.

**D**as Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) stellt eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Kliniken in den Mittelpunkt. Was „Bedarfsgerechtigkeit“ ist, lässt sich allerdings nur schwer definieren. Daher kommt es nicht selten zu kontroversen Debatten – gerade wenn es um die Schließung von Fachabteilungen oder ganzer Krankenhäuser geht. Die Bedarfsgerechtigkeit gewinnt dann schnell an krankenhäuser- und regionalpolitischer Bedeutung. Nicht selten haben die unterschiedlichen Player divergierende Vorstellungen über den Begriff der „bedarfsgerechten Versorgung“ und versuchen unter anderem auch die lokale Bevölkerung direkt dazu zu befragen, beispielsweise im Rahmen von Volks- beziehungsweise Bürgerbegehren.

Aus gesundheitsökonomischer Sicht geht es bei Bedarfsgerechtigkeit vor allem um die effiziente Versorgung der Bevölkerung, die Wirtschaftlichkeit und Qualität berücksichtigt. Daraus abgeleitet ergibt sich die Frage, ob Bürgerbeteiligungen zu einer effizienten Lösung beitragen können. Um dies zu beantworten, ist zunächst der Begriff der Bedarfsgerechtigkeit zu erläutern.

Als bedarfsgerecht sollte eine Versorgung dann bezeichnet werden, wenn sie in quantitativer und qualitativer Hinsicht dem Bedarf der Versicherten beziehungsweise der Bürger entspricht (Sachverständigenrat für Gesundheit 2014). Dabei ist zwischen dem objektiven und dem subjektiven Bedarf zu unterscheiden. Der objektive Bedarf lässt sich über die Vermeidung der verschiedenen Arten von Fehlversorgung ermitteln (Gutachten des Sachverständigenrats für Gesundheit 2001; Augurzky et al. 2016; siehe Kasten „Lesetipps“ auf Seite 40):

- Qualitative Fehlversorgung meint die bedarfsgerechte Versorgung mit nicht fachgerechter Erbringung der Leistungen. Qualitative Fehlversorgung kann zu medizinischen Schäden bei den Betroffenen und zu finanziellen Schäden für die Solidargemeinschaft führen. Messgrößen sind zum Beispiel Komplikationsraten.
- Unterversorgung beschreibt die unterlassene oder nicht rechtzeitige Durchführung bedarfsgerechter Behandlungsleistungen. Diese kann zu medizinischen Schäden bei den Betroffenen führen. Wichtiges Kriterium zur Vermeidung von Unterversorgung ist die Erreichbarkeit von Gesundheitsleistungen.
- Überversorgung besteht bei nicht bedarfsgerechten, medizinisch nicht notwendigen Leistungen, zum Beispiel wegen einer nicht adäquaten Indikationsstellung. Sie kann zu medizinischen, vor allem aber zu finanziellen Schäden für die Solidargemeinschaft führen. Wichtige Messkriterien sind hier zum Beispiel Fallzahlenentwicklungen von abgerechneten Leistungen.

**Der Umbau der  
Kliniklandschaft  
lässt auf  
sich warten.**

**Qualität ist Bürgern besonders wichtig.** Eine objektive Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung ist dann erreicht, wenn keine der drei aufgelisteten Arten von Fehlversorgung vorkommt. Der subjektive Bedarf orientiert sich im Wesentlichen am empfundenen Bedarf der Patienten/Bevölkerung und wird durch Befragungen ermittelt. So zeigen verschiedene Befragungen (Mansky 2012; Beivers 2009; Geraedts 2006; siehe „Lesetipps“) ein relativ einheitliches Bild der aus Bürgersicht wichtigsten Kriterien bei der Krankenhausauswahl. Danach stellt die me-

dizinische Qualität bereits bei leichteren Erkrankungen das wichtigste Kriterium für die Auswahl eines Krankenhauses dar. Auskunft hierüber geben Qualitätskennzahlen der Kliniken. Die Reputation eines Hauses steht mit deutlichem Abstand an zweiter Stelle. Diese zu ermitteln, ist allerdings schwierig und hängt stark vom Einzelfall ab. Hinzu kommt, dass Patienten auch teilweise das Krankenhaus wählen, das sie kennen. Die Erreichbarkeit der Klinik landet gemeinsam mit Komfortmerkmalen auf Platz drei des subjektiv empfundenen Bedarfs, vor allem bei schweren Behandlungsanlässen.

**Krankenhausstrukturen veraltet.** Die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mittels direkter Demokratie kann jedoch nicht ohne die Berücksichtigung der aktuellen Krankenhausstrukturen und der Rahmenbedingungen diskutiert

werden. Die Krankenhausversorgung in Deutschland ist aktuell in weiten Teilen von veralteten Strukturen geprägt, die teilweise zu einer objektiv nicht bedarfsgerechten Patientenversorgung und ineffizienten Verteilung der finanziellen Mittel im Gesundheitssystem führen. Strukturelle Anpassungen der Krankenhauslandschaft sind seit Langem notwendig und immer wieder das Ziel der Gesundheitspolitik (Beivers, Waehlert 2017; Beivers 2017; siehe „Lesetipps“).

Die Einführung des pauschalierten Vergütungssystems über Diagnosis Related Groups (G-DRGs) ab dem Jahr 2003 sollte die nötige Strukturanpassung auf dem deutschen Krankenhausmarkt vorantreiben. Verschiedene Parameter lassen deutliche Veränderungsprozesse vermuten: So ging die Zahl der Krankenhäuser von 1991 bis 2015 um rund 19 Prozent zurück. Vergleichbares ist bei der Zahl der Betten (minus 25 Prozent) und der Verweildauer (minus 48 Prozent) zu beobachten. Gleichzeitig ist die Zahl der vollstationär behandelten Fälle um knapp 32 Prozent angestiegen – ein deutliches Zeichen eines Marktwandels. Jedoch zeigen Preusker et al. (2014; siehe „Lesetipps“) in ihrem Gutachten zu Marktaustritten von Krankenhäusern eindrucksvoll auf, dass von den insgesamt 204 seit der DRG-Einführung nicht mehr in der Statistik geführten Krankenhäusern de facto lediglich 74 auf vollständige Marktaustritte zurückzuführen sind. Parallel dazu ist es zu einer stetigen Zunahme der Krankenausgaben und der Krankheitsfälle gekommen. Insgesamt war also der von der Politik erwünschte Strukturwandel der Krankenhauslandschaft durch die DRG-Einführung nur partiell erfolgreich. Nicht zuletzt deswegen hat der Gesetzgeber durch das 2016 in Kraft getretene Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) noch einmal „nachgelegt“.

Gerade vor dem Hintergrund des KHSG sind die Krankenhausträger wie auch das Krankenhausmanagement aufgefordert, ihr Behandlungs- und Standortportfolio zu überprüfen und an die Bedürfnisse der Bevölkerung gemäß objektiv messbarer Kriterien anzupassen. Hinzu kommt, dass demografische Faktoren, insbesondere die Zunahme älterer multimorbider Patienten, schon heute vermuten lassen, dass die bereits existierende

**Aus der eigenen Tasche**

25 Prozent der Bürger können sich vorstellen, **eine Sonderabgabe zu zahlen**, um ihr lokales Krankenhaus vor der Schließung zu retten. Dies hat eine repräsentative Umfrage der Wirtschaftsprüfungs- und Beratungsgesellschaft PwC unter 1.000 Bundesbürgern ergeben. 18 Prozent derjenigen, die bereit sind zu zahlen, würden sogar bis zu einem Zehntel ihres monatlichen Nettoeinkommens investieren. Gleichzeitig haben laut PwC-Umfrage 73 Prozent der Befragten hohes Vertrauen in die medizinische Versorgungsqualität der Häuser vor Ort. **Die Befragten sind aber auch bereit, weite Wege in Kauf zu nehmen**, um ein Haus mit guter Versorgungsqualität aufzusuchen. 41 Prozent würden 50 Kilometer und mehr fahren, um in ihr Wunsch-Krankenhaus zu kommen, 23 Prozent bis zu 100 Kilometer und neun Prozent bis zu 200 Kilometer. Am ehesten würden die Bürger für Universitätskliniken weite Wege zurücklegen, denn diese genießen mit 64 Prozent Zustimmung das höchste Vertrauen in die medizinische Versorgungsqualität. (G+G)

Quelle: Studie „Wenn der Patient sein Krankenhaus rettet. Bürger wollen die ortsnahe Versorgung stärken“.

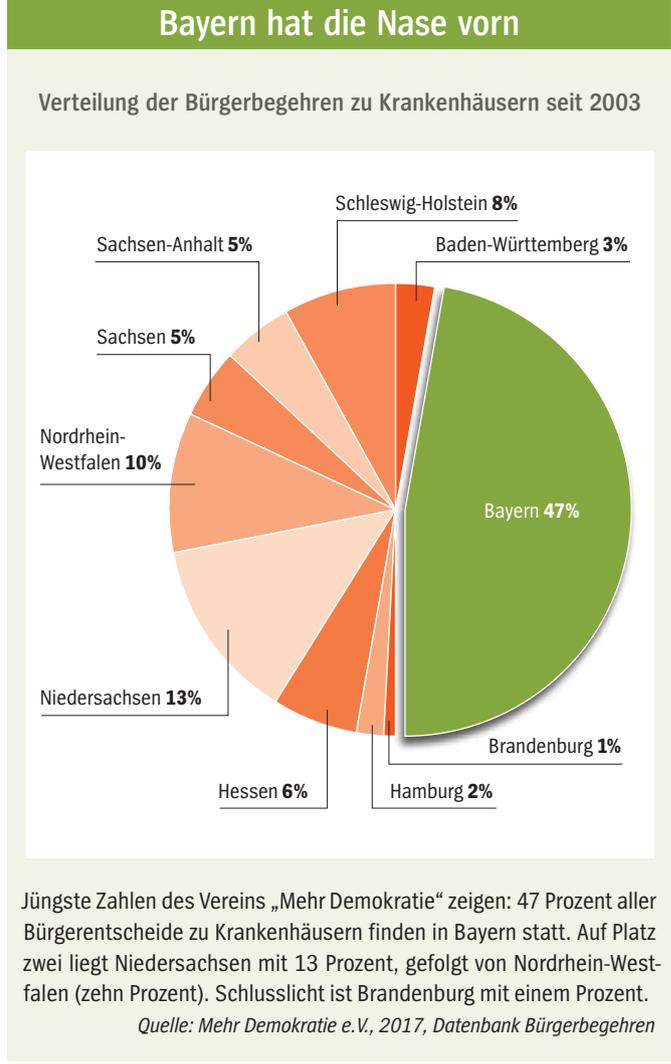
Download unter [www.pwc.de](http://www.pwc.de) > Branchen & Märkte > Gesundheitswesen und Pharma > Krankenhäuser > Insights und Studien

Verdichtung des Leistungsgeschehens durch die Verkürzung der Verweildauern im Krankenhaus nicht abnehmen, sondern sich tendenziell noch verstärken wird und hohe Anforderungen an das Krankenhauspersonal nach sich zieht. Dies lässt die Notwendigkeit struktureller Änderungen der Krankenhauslandschaft umso dringlicher werden. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, inwiefern direkte Demokratie eine Lösung sein kann, um bei der Befragung der Bevölkerung nach einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung valide, also gültige und zuverlässige Antworten zu bekommen.

**Unterschiedliche Formen der Bürgerbeteiligung.** Direkte Demokratie im allgemeinen Sinne bedeutet die Teilhabe der Bürger an politischen Entscheidungsprozessen. Dabei existieren zahlreiche unterschiedliche Zulässigkeits- und Verfahrensregelungen, Verfahrenstypen beziehungsweise -formen sowie Ebenen, auf denen direkt-demokratische Elemente greifen können. Insbesondere auf kommunaler Ebene können Bottom-up-Verfahren in Form von Bürgerinitiativen oder -begehren eingesetzt werden, um die Bevölkerung am politischen Willensbildungsprozess zu beteiligen. Diese können in Bürgerentscheide münden, die sich auf das Ergebnis in einer Sache beziehen. Eine weitere Möglichkeit der direkten Demokratie ist ein sogenanntes Ratsreferendum, das ein Top-down-Verfahren darstellt: Hierbei handelt es sich auch um einen Bürgerentscheid, der aber aufgrund eines Ratsbeschlusses zustande kommt.

Wie bereits erwähnt, stößt der anvisierte und gewünschte Krankenhausstrukturwandel bei den politisch Verantwortlichen vor Ort, aber auch bei der lokalen Bevölkerung nicht immer auf Begeisterung. Nicht selten werden daher entweder von der Politik oder von der Bevölkerung Formen der direkten Demokratie gewählt, um beispielsweise über den Erhalt eines Krankenhausstandorts „bedarfsgerecht“ abzustimmen. Durch Bürgerbegehren kann in wichtigen Angelegenheiten die Bevölkerung einer kommunalen Gebietskörperschaft einen Antrag auf Bürgerentscheid stellen und – wenn der Antrag genügend Unterschriften bekommt – ein Bürgerbegehren durchführen. Auf Landes- und Bundesebene wird dieses Verfahren als Volksbegehren bezeichnet. Der Verein „Mehr Demokratie e.V.“ als größte Nichtregierungsorganisation für direkte Demokratie in Deutschland verfügt über eine Datenbank, in der alle Bürger- und Ratsbegehren (auch „Ratsreferendum“ genannt) aufgeführt sind, aufgeteilt nach verschiedenen Rubriken. Im Allgemeinen kommt auf neun Bürgerbegehren ein Ratsreferendum. Laut Bundeszentrale für politische Bildung liegt die Erfolgsquote von Volksbegehren auf Länderebene bei durchschnittlich 29 Prozent.

**Zahl der Volksbegehren steigt.** Die „Stimme des Volkes“ führt derzeit hingegen in zahlreichen Demokratien zu erstaunlichen und unerwarteten Ergebnissen. Viele sprechen gar von einer noch nie dagewesenen Periode des Populismus. Auch im Gesundheitswesen ist dies längst angekommen. Dabei ist nicht nur der allgemeine Diskurs zu gesundheitspolitischen Themen unter anderem im Wahlkampf gemeint, sondern auch die Vielzahl von Bürgerbegehren, beispielsweise zu Krankenhausschließungen, -umwandlungen oder -privatisierungen. Gerade diese



Form der direkten Demokratie scheint hier eine bedeutende Rolle zu spielen. 62 Bürgerbegehren zum Oberthema „Krankenhaus“ listet der Verein „Mehr Demokratie“ allein seit der DRG-Einführung im Jahr 2003 auf. Vorreiter der zehn Bundesländer, in denen derartige Bürgerbegehren existieren, ist der Freistaat Bayern. Dort hat es beinahe die Hälfte aller Bürgerbegehren gegeben (siehe Abbildung „Bayern hat die Nase vorn“ auf dieser Seite). Dabei geht es überproportional darum, Privatisierungen oder den Abbau von Versorgungskapazitäten zu verhindern.

Der Großteil der von „Mehr Demokratie“ aufgeführten Verfahren (56) ist bis dato abgeschlossen. In 17 Fällen war das Bürgerbegehren erfolgreich, das heißt in sieben Fällen ist der Beschluss des Bürgerbegehrens umgesetzt worden, in sieben weiteren Fällen kam es vor Ende des Begehrens zu einer „positiven Erledigung durch einen neuen Gemeinderatsbeschluss“ und in zwei Fällen zu einem Kompromiss, wie es „Mehr Demokratie e.V.“ klassifiziert (siehe Übersicht „Wünsche der Bürger in die Tat umgesetzt“ auf Seite 38). Dies bedeutet eine Erfolgsquote der Bürgerbegehren zum Oberthema „Krankenhaus“ von 27 Prozent. Dies entspricht in etwa der durchschnittlichen Erfolgsquote auf Länderebene.

Ein tiefgehender Blick auf die erfolgreichen Bürgerbegehren zeigt, dass sich vor allem diejenigen Bürgerbegehren durchsetzen, die den Erhalt von Kapazitäten beziehungsweise Standorten im Fokus haben oder sich gegen eine Privatisierung aussprechen. In nur drei Fällen lehnten Bürger einen Klinikbau ab, davon zweimal im Falle einer forensischen Klinik.

**Patienten bevorzugen spezialisierte Krankenhäuser.** Generell stellt sich weniger die Frage, ob direkte Demokratie an sich sinnvoll ist. Vielmehr drängt sich der Verdacht auf, dass die „Fragen nicht richtig gestellt werden“. Sicherlich ist es sinnvoll, die Bevölkerung zu befragen und somit nicht nur die Meinung der Patientinnen und Patienten zu evaluieren, sondern darüber hinaus die des gesamten regionalen Souveräns. Betrachtet man jedoch den Ausgang der Bürgerbegehren, so könnte man zu dem Schluss gelangen, dass vor allem die wohnortnahe Versorgung für die Bevölkerung eine zentrale Rolle spielt. Dies wäre jedoch ein ganz anderes Ergebnis, als es die datenbasierte Untersuchung zur Bedarfsgerechtigkeit vermuten lässt. Denn paradoxerweise kann eine Patientenabwanderung in spezialisierte, nicht wohnortnahe Einrichtungen festgestellt werden (Beivers, Friedrich 2009; siehe „Lesetipps“), wie es ja auch das KHSG unter anderem mit einer stärkeren Qualitätsorientierung fokussiert.

Daraus ergibt sich eine häufig zu beobachtende Schiefelage in der Art, dass Bürgerbegehren an dem Erhalt von Krankenhausstandorten festhalten möchten, auch wenn diese weder objektiv bedarfsgerecht noch betriebswirtschaftlich sinnvoll sind. Ebenso könnte man aus den Ergebnissen den Schluss ziehen, dass bestimmte medizinische Klinikschwerpunkte, die weniger „beliebt“ oder in den Augen der Öffentlichkeit relevant sind, benachteiligt werden, deren objektiver Bedarf aber im Hinblick auf die medizinische Qualität und auf Unter- und Überversorgung möglicherweise sinnvoll ist. Verstärkt wird dies durch eine nicht vorhandene direkte Beteiligung der Bürger an den Kosten der Bereitstellung. Ökonomen bezeichnen dieses bekannte Phänomen in der direkten Demokratie als „Freerider-Problematik“ oder, wie es Peter Oberender formuliert, als „Ausbeutung aller durch alle“ (Oberender et al. 2001; siehe „Lesetipps“), als Effekt der Abkopplung von Leistung und tatsächlichen Kosten im deutschen Krankenversicherungssystem.

**Präferenzen abhängig von Zahlungsbereitschaft.** Problematisch ist es, die Zuzahlungsbereitschaft der Bevölkerung zu ermitteln. So zeigen Analysen der Volkswirtschaftslehre, dass die wahren Präferenzen der Bevölkerung in Abhängigkeit der Kostenbeteiligung variieren: Gehen Bürger von Zuzahlungen aus, besteht

## Wünsche der Bürger in die Tat umgesetzt

Erfolgreiche Bürgerbegehren zum Krankenhaus seit 2003			
Thema	Bundesland	Ort	Jahr
<b>Bürgerentscheid im Sinne des Begehrens</b>			
Für den Erhalt des Klinikums in Emden	Niedersachsen	Emden, Ostfriesland	2017
Für den Erhalt der Geburtsabteilung in der Illerlinik	Bayern	Illertissen	2016
Gegen die Privatisierung städtischer Krankenhäuser	Sachsen	Dresden	2011
Für den Erhalt der vier Landeskreiskrankenhäuser, für Austritt aus Verbund	Bayern	Ostallgäu (Marktobendorf)	2011
Gegen die Privatisierung der Kreiskrankenhäuser Rottal-Inn	Bayern	Rottal-Inn (Pfarrkirchen)	2009
Nachnutzung ehemaliges Krankenhaus	Bayern	Roding	2009
Gegen Bau forensischer Klinik	Hessen	Riedstadt	2004
<b>Positiv erledigt durch neuen Gemeinderatsbeschluss</b>			
Gegen den beschlossenen Verkauf des alten Krankenhauses der Klosterstadt	Baden-Württemberg	Alpirsbach	2012
Für gesundheitspezifische Weiternutzung einer Klinik	Nordrhein-Westfalen	Bad Salzuflen	2008
Gegen den Verkauf der Kreiskrankenhäuser	Sachsen-Anhalt	Landkreis Mansfeld-Südharz	2008
Gegen den mehrheitlichen Verkauf der Elblandkliniken	Sachsen	Meissen	2006
Gegen Klinikbau Kastanienallee (für Erhalt Grünanlagen)	Schleswig-Holstein	Ahrensburg	2004
Erhalt von Krankenhäusern	Bayern	Hassberge (Hassfurt)	2003
Gegen Bau einer forensischen Klinik für Männer	Bayern	Taufkirchen, Vils	2003

In den Jahren 2003 bis 2017 hat es nach Daten des Vereins „Mehr Demokratie“ bundesweit 56 Bürgerbegehren zu Krankenhäusern gegeben. Die Mehrzahl drehte sich um den Erhalt von Klinikstandorten. 17 Bürgerbegehren waren erfolgreich. Davon sind sieben umgesetzt worden. In sieben weiteren Fällen kam es vor Ende des Begehrens zu einer „positiven Erledigung durch einen neuen Gemeinderatsbeschluss“ und in zwei Fällen zu einem Kompromiss.

Quelle: Mehr Demokratie e.V., Datenbank Bürgerbegehren

ein Anreiz zum Untertreiben. Muss nicht zugezahlt werden, besteht ein Anreiz zum Übertreiben. Das Gibbard-Satterthwaite-Theorem geht sogar davon aus, dass es keinen nicht-diktatorischen Mechanismus gibt, der dafür sorgt, dass Individuen ihre wahren Präferenzen offenbaren. Die Clarke-Steuer hingegen, die auf den US-amerikanischen Ökonom der Neoklassik, John Bates Clark, zurückgeht, hat eine Methode skizziert, um die Nachfrage nach Kollektivgütern aufzudecken. Die Nachfrage wird demnach durch einen Wahlvorgang festgestellt, bei dem jeder Teilnehmer angeben muss, welchen Geldbetrag er auszugeben bereit ist, wenn sich bei der Wahl seine Güternachfrage durchsetzt. Damit jeder seine Präferenzen aufdeckt und keine Wahlstrategie betreibt, wird bei den Gewinnern der Wahl eine Steuer erhoben. Die Höhe dieser Clarke-Steuer für eine Veränderung des Angebots an öffentlichen Gütern (wie zum Beispiel Krankenhäusern) entspricht den Nettoverlusten der anderen Wähler.

**Finanzielle Beteiligung muss sozial gerecht sein.** Dies ist sicherlich in der Praxis nicht trivial umzusetzen. In Anlehnung an diesen Mechanismus könnte aber das Problem, dass auf Kosten der Solidargemeinschaft Kapazitäten vorgehalten werden, die die Bürger selbst im Bedarfsfall nur unterproportional nutzen, zumindest partiell durch die Einführung einer Direktsteuer (beispielsweise als Folge eines positiven Bürgerbegehrens für den Erhalt eines Krankenhausstandorts) gelöst werden. Dies würde es erforderlich machen, in die Befragung der Bevölkerung ihre finanziellen Präferenzen miteinzubeziehen. Ökonomisch betrachtet würden die Befragten damit – neben ihren Versorgungspräferenzen – auch preisreagibel abstimmen.

Bei der Ausgestaltung der Direktsteuer müsste jedoch berücksichtigt werden, dass die Kaufkraft der Bevölkerung im Bundesgebiet nicht gleich verteilt ist. In finanzschwächeren Regionen könnte dies daher zu einem zu geringen Steueraufkommen führen. Aus diesem Grund ist eine sozial gerechte, progressive Beteiligung ähnlich der Einkommensteuerprogression denkbar. Auf diese Weise ließe sich eine gemäß den Präferenzen und der Zahlungsbereitschaft der Bürger entsprechende Krankenhausversorgung vor Ort umsetzen und gleichzeitig sicherstellen. Dies könnte dazu führen, dass die Bürger im Bedarfsfall die von ihnen zum Teil direkt mitfinanzierten Kapazitäten auch nutzen und direkte Demokratie so die richtigen Antworten liefert.

**Texaner zahlen Steuern für Kliniken.** Ein ähnlicher Ansatz wird in den USA angewendet. Dort erhalten ländliche Kliniken häufig direkt von der Kommune bis zu 20 Prozent ihrer Kosten als Zuschüsse im Sinne eines direkten Sicherstellungszuschlags. In Texas kann beispielsweise der Verwaltungsrat eines Krankenhauses, der direkt von der Bevölkerung gewählt wird und weitgehend parteiunabhängig ist, eine eigene Grundstückssteuer erheben, eine so genannte property tax, um die Versorgung vor Ort zu finanzieren (Neubauer, Beivers 2008; Beivers 2010; siehe „Lesetipps“). Auf diese Weise kann eine gemäß den Präferenzen und der Zahlungsbereitschaft der Bürger entsprechende Krankenhausversorgung vor Ort umgesetzt und gleichzeitig



Wieviel die  
Rettung einer  
Klinik kostet,  
sollten die Bürger  
vorab wissen.

sichergestellt werden, dass die Bürger im Bedarfsfall die von ihnen zum Teil direkt mitfinanzierten Kapazitäten auch nutzen.

**Zuschläge für die Sicherstellung.** Denkbar wären auch andere Modelle der finanziellen Beteiligung der Bevölkerung, etwa im Rahmen kommunaler Betreibergesellschaften. Natürlich bleibt auch hier zu berücksichtigen, dass unabhängig von dem regionalen Steueraufkommen gewisse staatliche Rahmenvorgaben, wie Standards für die Erreichbarkeit unabhängig vom lokalen Abstimmungsergebnis, vorgehalten werden müssen und der Staat dies im Zuge einer indikativen Rahmenplanung zu überwatchen hat (Beivers 2010; siehe „Lesetipps“).

Nicht zuletzt hat sich daher das Krankenhausstrukturgesetz dieses wichtigen Themas, sprich der Konkretisierung der Versorgungsrelevanz von Krankenhausstandorten, im Rahmen der Neufassung der Sicherstellungszuschläge angenommen. Und der Gemeinsame Bundesausschuss beschloss am 24. November 2016 bundeseinheitliche Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen. So können nun in ihrer Tragfähigkeit gefährdete, aber nach objektiven Kriterien „versorgungsrelevante“ Krankenhäuser Zuschläge beantragen. Handelt es sich daher um objektiv „versorgungsrelevante Standorte“, kann und darf

die direkte Demokratie in diesem Zusammenhang staatliche Rahmenvorgaben keinesfalls umgehen. Die Finanzierung sollte und muss in diesem Fall dann auch solidarisch übernommen werden – ganz im Sinne des staatlichen Auftrags zur Daseinsvorsorge.

**Einzugsgebiet von Krankenhäusern berücksichtigen.** Natürlich stellen sich bei der „richtigen Ausgestaltung direkt-demokratischer Umfragen weitere Fragen, die im Detail nicht trivial zu lösen sind. So müsste beispielsweise geklärt werden, ob die lokale Bevölkerung – zumeist die des Landkreises, der Gemeinde oder der Stadt – eigentlich diejenigen sind, die richtigerweise befragt werden, oder ob nicht vielmehr das Einzugsgebiet des Krankenhauses als Grundlage für die Bürgerbefragung zugrunde gelegt werden sollte. Bei der Ermittlung des Einzugsgebiets von Krankenhäusern könnte man unter anderem den Vorgaben folgen, die beispielsweise auch bei der kartellrechtlichen Prüfung von geplanten Krankenhauszusammenschlüssen angewendet werden.

**Kosten für Klinikerhalt transparent machen.** Auch das Erheben von Finanzmitteln, wie im Modell der Kostenbeteiligung angedacht, dürfte nicht einfach zu lösen sein. Vielleicht kann aber schon die Einführung einer „Publikationspflicht“, woher beispielsweise die Finanzmittel für eine Klinikrettung kommen, helfen, mehr Transparenz zu schaffen. Dies würde dann beispielsweise aufzeigen, dass durch die Klinikrettung eventuell andere Projekte, wie der Bau von Kindergärten oder Schulen, nicht mehr gefördert werden können. Eine Pflicht, jeder Befragung solche Informationen beizulegen, könnte den Befragten helfen, „wissensbasierter“ zu antworten.

Insgesamt kann die direkte Demokratie einen Beitrag dazu liefern, um „Bedarfsgerechtigkeit“ im Gesundheitswesen auch durch die „Stimme des Volkes“ basisdemokratisch zu definieren und dann auch umsetzen zu können. Dies muss jedoch gekoppelt sein mit objektiven Bedarfskriterien und vor allem ökonomischen Kennzahlen sowie der Ermittlung der Preissensitivität möglicher Beteiligungskosten, um zu vermeiden, dass nicht effiziente und nicht bedarfsgerechte Krankenhausstrukturen aufrechterhalten oder ausgebaut werden. Deshalb ist eine entsprechende Information und Transparenz sowie Anreicherung von Befragungen um Kostenfaktoren der Bedarfsgerechtigkeit unabdingbare Voraussetzung, um direkt-demokratische Elemente in der Krankenhausplanung sinnvoll einzusetzen. ■

**Prof. Dr. Andreas Beivers**, Volkswirt, und **Prof. Dr. Lilia Waehlert**, Betriebswirtin, sind Studiendekane Management und Ökonomie im Gesundheitswesen (B.A.) der Hochschule Fresenius.

**Kontakt: Beivers@hs-fresenius.de, Lilia.Waehlert@hs-fresenius.de**

*Dieser G+G-Beitrag ist ein leicht modifizierter Auszug aus dem 16. Kapitel „Kann direkte Demokratie helfen, Bedarfsgerechtigkeit im Krankenhausmarkt adäquat zu erfassen?“ des neuen Krankenhaus-Reports 2018. Schwerpunkt: Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit. Hrsg. von Jürgen Klauber, Max Geraedts, Jörg Friedrich und Jürgen Wasem. Stuttgart: Schattauer 2018, Seite 285–296.*

#### Lese- und Webtipps

- Augurkzy B, Beivers A, Straub N. **Bedarfsgerechtigkeit zur Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung im Krankenhaussektor.** In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J. (Hrsg). Krankenhaus-Report 2016, Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus. Stuttgart: Schattauer 2016; 247–60.
- Beivers A, Waehlert, L. **Steuerung der Mengendynamik nach dem KHSG: Implikationen für die Krankenhäuser.** In: Da-Cruz P, Rasche C, Pfannstiel M (Hrsg). Entrepreneurship im Gesundheitswesen. Berlin: Springer; im Erscheinen
- Friedrich J, Beivers A. **Patientenwege ins Krankenhaus. Räumliche Mobilität bei Elektiv- und Notfallleistungen am Beispiel der Hüftendoprothesen.** In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2008/2009, Schwerpunkt: Versorgungszentren. Stuttgart: Schattauer 2009; 155–80.
- Geraedts M. **Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser und Qualitätsvergleiche von Einrichtungen des Gesundheitswesens aus Versicherten-sicht.** In: Böcken J, Braun B, Amhof R, Schnee M (Hrsg). Gesundheitsmonitor 2006. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung 2006; 154–70.
- Mansky T. **Was erwartet der potenzielle Patient vom Krankenhaus?** Gesundheitsmonitor 2012. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Neubauer G, Beivers A. **Ländliche Krankenhausversorgung in Deutschland und in den USA: Globale Ursachen der Krankenhausrestrukturierung und ihre Folgen.** Das Krankenhaus 2005; 11: 961–6.
- Preusker U, Müschenich M, Preusker S. **Darstellung und Typologie der Marktaustritte von Krankenhäusern Deutschland 2003–2013.** Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes. Berlin 2014. Download des Gutachtens unter: [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de) > Krankenversicherung > Krankenhäuser > Suchbegriff „Klinikschließungen“ > 16.01.2017

Weitere Literatur siehe Krankenhaus-Report 2018, Seite 296.



Manche können  
tagelang fasten.  
Andere müssen.

Kein Teller sollte leer bleiben.  
Unterstützen Sie die Tafeln. [www.tafel.de](http://www.tafel.de)



# Arzt muss umfassend aufklären

Ist eine Operation medizinisch nicht dringlich, ist ein Patient dezidiert über bestehende echte Alternativen aufzuklären. Hierzu kann unter anderem auch die Möglichkeit einer abwartenden Behandlung oder das Nichtstun zählen. Dies entschied das Oberlandesgericht Hamm. **Von Anja Mertens**

Urteil vom 15. Dezember 2017  
– 26 U 3/14 –  
Oberlandesgericht Hamm

**Rückenschmerzen** gehören zu den verbreitetsten Volkskrankheiten in Deutschland. Neben den Folgen für die Betroffenen verursacht der Kreuzschmerz enorme Kosten im Gesundheitssystem. Millionen Krankheitstage gehen auf sein Konto und immer häufiger landen Rückenpatienten auf dem OP-Tisch. So ist nach einer Studie der Bertelsmann-Stiftung aus dem vergangenen Jahr die Zahl der operativen Eingriffe zwischen 2007 und 2015 um 71 Prozent gestiegen. Wegen Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens gab es 2015 über 610.000 Krankenhausaufenthalte – im Vergleich zu 2007 ein Plus von 34 Prozent.

**Nach Operation teilweise gelähmt.** Auch ein 1951 geborener Mann ließ sich wegen seiner seit Jahren andauernden Rückenschmerzen im Lendenwirbelbereich vom 26. bis 30. Juli 2010 stationär behandeln. Zunächst bekam er von dem behandelnden Arzt, der als Belegarzt in der Klinik tätig war, Schmerzmittel. Das von ihm veranlasste CT zeigte eine Verengung des Wirbelkanals der Lendenwirbelsäule. Der Arzt schlug dem Patienten eine Operation vor und klärte ihn mithilfe eines umfangreichen Aufklärungsbogens am 30. Juli 2010 über mögliche Risiken auf. Die Operation erfolgte am 11. August 2010. Während des Eingriffs zeigte sich eine kleine Verletzung der harten Hirnhaut (Dura mater spinalis), die das Rückenmark umhüllt. Der Arzt behob den Defekt. Nach der Operation kam es bei dem Mann zu neurologischen Ausfällen in beiden Beinen. Er konnte weder das ge-

streckte Bein anheben noch die Füße heben und senken. Da er auch kein Wasser mehr lassen konnte, bekam er einen Blasenkatheter gelegt. Bei der Revisions-OP am darauffolgenden Tag wurde ein epidurales Hämatom (Blutung infolge eines verletzten arteriellen Blutgefäßes) entfernt und ein weiterer Duradefekt verschlossen. Nach dem Eingriff verbes-

**Je weniger dringlich eine Operation ist, desto weitgehender ist die ärztliche Aufklärungspflicht, so die Zivilrichter.**

serte sich der Gesundheitszustand des Patienten aber nur kurzfristig. Schließlich ließ er sich in eine andere Klinik verlegen. Die dort erfolgte MRT-Untersuchung zeigte erneut ein epidurales Hämatom, das am nächsten Tag entfernt wurde.

**Schadenersatz gefordert.** Schließlich legte der Patient dem erstbehandelnden Arzt Aufklärungs- und Behandlungsfehler zur Last. Die Operation am 11. August 2010 habe zu einer chronischen inkompletten Querschnittslähmung mit Blasenentleerungsstörung und einer Hyperak-

tivität der Harnblase geführt. Er könne nur mit Gehhilfen maximal 400 Meter zurücklegen und sei ansonsten auf einen Rollator oder einen Rollstuhl angewiesen. Außerdem leide er dauerhaft unter anhaltenden Schmerzen im operierten Bereich, unter Impotenz und Depressionen. Er verlangte Schadenersatz Schmerzensgeld. Das Landgericht wies jedoch die Klage ab. Die Duraverletzung sei ein typisches Operationsrisiko und kein Behandlungsfehler. Auch bei einer ordnungsgemäßen Aufklärung hätte der Patient in die Operation eingewilligt.

Gegen das erstinstanzliche Urteil legte der Patient Berufung ein. Das Oberlandesgericht gab ihm Recht. Der Patient habe Anspruch auf 75.000 Euro Schmerzensgeld, den Ersatz weiterer Schäden, unter anderem für Zuzahlungen zu Hilfsmitteln in Höhe von rund 34.589 Euro und auf Zahlung vorgerichtlicher Anwaltskosten in Höhe von rund 4.410 Euro. Außerdem müsse der Arzt für zukünftige Schäden haften.

**Patient muss echte Wahl haben.** In seiner Urteilsbegründung wies das Oberlandesgericht darauf hin, dass die Wahl der Behandlungsmethode zwar primär Sache des Arztes sei. Gebe es aber – wie im vorliegenden Fall – mehrere Behandlungsmöglichkeiten, unter denen der Patient eine echte Wahl habe, müsse ihm durch eine entsprechend vollständige Aufklärung die Entscheidung überlassen

## TIPP FÜR JURISTEN



Befragung des Sachverständigen im Prozess, Wettbewerbsklauseln in Kooperations- und Gesellschaftsverträgen, Telemedizin und Cyber Doc – diese und weitere Themen behandelt die „18. Frühjahrstagung Medizinrecht“ vom 20. bis 21.4.2018 in Nürnberg. Veranstalterin ist die Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht im Deutschen Anwaltverein. Mehr Informationen unter [www.arge-medizinrecht.de](http://www.arge-medizinrecht.de)

werden, auf welchem Weg die Behandlung erfolgen solle und auf welches Risiko er sich einlassen wolle. Je weniger dringlich sich der Eingriff nach medizinischer Indikation und Heilungsaussicht darstelle, desto weitgehender und genauer müsse der Arzt aufklären – gegebenenfalls auch über die Möglichkeit einer abwartenden Behandlung oder des Nichtstuns.

**Konservative Therapie war möglich.** Im vorliegenden Fall wäre die konservative Behandlung weiterhin eine echte Alternative zum operativen Eingriff gewesen. Zudem sei die Operation mit allgemeinen und besonderen Risiken versehen gewesen, über die der Patient ebenfalls habe aufgeklärt werden müssen. Der Arzt habe nicht nachweisen können, dass er den

Patienten über diese Punkte hinreichend informiert habe.

Auch konnte das Oberlandesgericht im Unterschied zur ersten Instanz keine überzeugenden Anhaltspunkte für eine hypothetische Einwilligung des Patienten in die Operation erkennen. Das Landgericht habe bei seiner Abwägung fehlerhaft unterstellt, dass durch eine konservative Behandlung keine schnelle Linderung der Beschwerden zu erwarten gewesen wäre. Der seinerzeitige zeitliche Ablauf von nur drei Tagen sei für eine konservative Behandlung schlichtweg zu kurz gewesen. Der Patient habe nachvollziehbar und glaubhaft dargestellt, dass er lieber weiter mit Schmerzen gelebt hätte, als sich operieren zu lassen, wenn er darüber aufgeklärt worden wäre, dass zunächst eine mehrwöchige Schmerz-

therapie möglich gewesen wäre und danach die Chance bestanden hätte, die Schmerzen noch mehrere Jahre lang mit Medikamenten zu beherrschen. ■

**Kommentar:** Die Entscheidung des Oberlandesgerichts beruht auf umfänglichen Beweiserhebungen, Gutachten von Sachverständigen und gut nachvollziehbaren Beweiswürdigungen. Sie bestätigt die ständige Rechtsprechung zu den Aufklärungspflichten von Ärztinnen und Ärzten. Die Richter haben erneut deutlich gemacht, dass im Behandlungsverhältnis das Selbstbestimmungsrecht von Patienten nicht übergangen werden darf.

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

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

Anzeige

[www.bewegung-gegen-krebs.de](http://www.bewegung-gegen-krebs.de)

# BEWEGUNG GEGEN KREBS

SPENDENKONTO IBAN: DE65 3705 0299 0000 9191 91



„Ich bin wieder fit.  
Sport hilft in jeder Lebenslage.“

Heiko Herrlich, Profi-Fußballtrainer *for fun*



**Deutsche Krebshilfe**  
HELLEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.





**Deutsche Sporthochschule Köln**  
German Sport University Cologne

## BAYERN

## Transparente Pflegegehälter

Die AOK Bayern hat sich für mehr Transparenz bei Pflegegehältern ausgesprochen. „Es muss gewährleistet sein, dass Pflegekräfte von einer besseren Bezahlung der Pflegekassen profitieren. Dafür braucht es mehr Transparenz – versteckte Unternehmensgewinne darf es nicht geben“, so **Harold Engel**, Ressortdirektor Pflege bei der AOK Bayern. Er verwies auf klare Bestimmungen im Gesetz. Danach hätten Pflegekassen das Recht, sich von Pflegearbeitgebern nachweisen zu lassen, dass das Geld auch bei den Pflegekräften ankommt. Strittig sei vor allem die Nachweisprüfung, so Engel. Die AOK Bayern fordert, Stichproben auch ohne konkreten Anlass von Verdachtsmomenten zuzulassen und die Nachweise durch Gehaltslisten oder Lohnjournale zu führen. Dies geht manchen Einrichtungen zu weit. Engel: „Das öffentliche Interesse an Transparenz überwiegt eindeutig das Individualinteresse der Pflegeeinrichtung an Geheimhaltung.“ ■



Gute Pflege braucht qualifiziertes Personal und faire Löhne.

## BADEN-WÜRTTEMBERG

## Mehr Geld für die Krankenhäuser

Für die Versorgung ihrer Versicherten stellen die Krankenkassen den Kliniken in Baden-Württemberg dieses Jahr zusätzlich 320 Millionen Euro zur Verfügung. Die AOK Baden-Württemberg trägt mit 144 Millionen Euro den Löwenanteil. Insgesamt erhöhen sich die Finanzmittel

gegenüber 2017 um 3,1 Prozent auf über neun Milliarden Euro, die von den Kassen über den Landesbasisfallwert für den Betrieb der Kliniken aufgebracht werden. „Mit dieser deutlichen Steigerung sind die Betriebskosten der Krankenhäuser auch 2018 vollständig finanziert und eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten sichergestellt“, sagte **Dr. Christopher Hermann**, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg. ■

## SACHSEN/THÜRINGEN

## Leichtere Messung bei Diabetes

Knapp 6.000 bei der AOK PLUS versicherte Diabetiker haben bislang die vor einem Jahr eingeführte Satzungsleistung „Flash-Glukose-Messung“ in Anspruch genommen. In einer Befragung geben die Versicherten dem Angebot gute Noten. 99 Prozent der Befragten etwa meinen, die Messung sei mit der neuen Methode einfacher geworden. Insgesamt wurden 470 Fragebögen ausgewertet. Bei der „Flash-Glukose-Messung“ wird ein kleiner Sensor auf den Oberarm geklebt. Der Fühler liegt dicht unter der Haut, misst und speichert permanent den Glukosewert. Die Kosten für Lesegerät und Sensoren übernimmt die AOK PLUS. Die Versicherten müssen die gesetzliche Zuzahlung leisten. „Es war richtig, die Leistung in unsere Satzung aufzunehmen“, so **Rainer Striebel**, Vorstand der AOK PLUS. „Dadurch entfällt nun weitgehend das tägliche Anstechen der Fingerkuppe und die korrekte Blutzuckereinstellung kann besser gewährleistet werden.“ ■

## AOK aktuell

### Verkaufsstart für die Fifty-Fifty-Taxi-Tickets

Das Brandenburger Verkehrsministerium, die AOK Nordost und die Taxi-Genossenschaft Potsdam haben den Startschuss für eine weitere Runde der Verkehrssicherheitsaktion „Fifty-Fifty-Taxi-Tickets“ gegeben. Im Rahmen der 1995 in Brandenburg ins Leben gerufenen Aktion können Jugendliche Taxi-Gutscheine erwerben, mit denen sie zum halben Preis nachts sicher nach Hause kommen. Das brandenburgische Ministerium für Infrastruktur und Landesplanung unterstützt die Initiative mit 62.500 Euro. „Das Angebot für junge Leute gehört zu den vielfältigen Aktionen, mit denen wir für aufmerksames und verantwortungsvolles Verhalten im Straßenverkehr werben“, sagte Landesverkehrsministerin **Kathrin Schneider**. Das sei gerade in ländlichen Gebieten wichtig, da dort abends

und nachts häufig kein Bus mehr verkehre. Ähnlich äußerte sich **Daniela Teichert** (Bildmitte), Mitglied der Geschäftsleitung der AOK Nordost: „Wie die Unfallstatistik zeigt, sind Partylaune und Alkohol leider manchmal eine gefährliche Kombination. Als langjähriger Partner sehen wir die Fifty-Fifty-Taxi-Initiative deshalb als einen wichtigen Baustein, gerade in ländlichen Regionen für mehr Sicherheit und Schutz der Jugendlichen beizutragen.“ **Detlef Baatz**, Vorstand der Taxi-Genossenschaft Potsdam, nannte die Aktion eine „Win-Win-Situation“ für alle Beteiligten. Eine vergleichbare Aktion unterstützt die AOK Nordost auch in Mecklenburg-Vorpommern. ■



Fotos: iStockphoto/kenon, AOK Nordost/Andreas Klier

# Sozialpolitischer Überzeugungstäter

Nach fast 20 Jahren an der hauptamtlichen Spitze der AOK Bayern ist Dr. Helmut Platzer nun in den Ruhestand getreten. Doch gesundheitspolitische Debatten führt der Jurist immer noch mit großer Leidenschaft. **Von Hans-Bernhard Henkel-Hoving**

**Als sich der junge Helmut Platzer** nach dem Jurastudium auf die Suche nach einer geeigneten Stelle macht, muss er nicht lange überlegen: Die Sozialversicherung soll es sein, denn das „Sozialrecht hat eine immense Bedeutung für die Menschen“, schildert der heute 64-Jährige seine Beweggründe. So startet er 1980 seine Karriere bei der Rentenversicherung in Bayern, steigt bei der Landesversicherungsanstalt Oberbayern vom Referenten bis zum Mitglied der Geschäftsführung auf und promoviert zusätzlich an der Uni Bayreuth über Sozialdatenschutz: „Im Sozialrecht tut sich immer etwas, es ist ungeheuer dynamisch“, sagt der leidenschaftliche Jurist, der nicht verstehen kann, warum dieses spannende Rechtsgebiet nach seiner Wahrnehmung an vielen Hochschulen immer noch „stiefmütterlich“ behandelt wird.

**Der Reiz des Neuen.** Als Platzer Mitte der 1990er Jahre die Chance bekommt, in den Vorstand der frisch aus der Taufe gehobenen AOK Bayern einzuziehen, zögert er nicht lange: „Der Reiz, beim Aufbau von etwas ganz Neuem von Anfang an mit dabei zu sein, war einfach zu groß.“ Aus 39 selbstständigen Ortskrankenkassen eine Gesundheitskasse für den ganzen Freistaat geformt zu haben, „ist eine Erfolgsgeschichte, an der alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beteiligt gewesen sind“, macht der scheidende Vorstandsvorsitzende mit sympathischem bajuwarischen Tonfall deutlich.

Doch Größe allein – die AOK Bayern hat ein Haushaltsvolumen von 17,5 Milliarden Euro und rund 10.000 Beschäftigte – sei kein Wert an sich. Wichtiger ist dem „sozialpolitischen Überzeugungstäter“ (Platzer über Platzer), dass es der Gesundheitskasse gelungen sei, mit in-



novativen Verträgen die Versorgung der mehr als 4,5 Millionen AOK-Versicherten im Freistaat zu verbessern. Beispielhaft nennt Platzer hier den Aufbau von qualitätsorientierten Arztnetzen, einer professionellen Pflegeberatung und einer verlässlichen ärztlichen Betreuung von Pflegeheimbewohnern – bei Letzterem sei der Gesetzgeber in Berlin später sogar dem Beispiel der AOK Bayern gefolgt und

habe entsprechende Eckpunkte im Sozialgesetzbuch verankert.

Von der Politik erwartet Platzer genau das: Leitplanken zu setzen, innerhalb derer die Selbstverwaltung weitgehend frei agieren kann. Das Gegenteil davon sei das Schaffen von „Quasi-Monopolen“ für einzelne Verbände wie bei der Hausarztzentrierten Versorgung oder das Abhalten von „Alibiveranstaltungen“ zur Beteiligung der Krankenkassen bei der Krankenhausplanung. Als „teilweise verlogen“ empfindet er gar die Art und Weise, wie von anderen Kassenarten der Streit um den Risikostrukturausgleich ausgeht.

**Erstmal zur Ruhe kommen.** Keine Frage: Helmut Platzer ist immer noch mit Herzblut dabei und muss nach fast 20 Jahren als Vorstandschef „jetzt erst einmal ins Abklingbecken und zur Ruhe kommen.“ Dabei helfen werden dem passionierten Skifahrer gewiss seine drei Enkelkinder, wie er mit einem Lächeln in der Stimme hinzufügt: „Und was sonst noch an ehrenamtlichem Engagement im Ruhestand möglich ist, lass' ich gelassen auf mich zukommen.“ ■

## Expertin für Kasse und Versorgung



Die neue Vorstandsvorsitzende der AOK Bayern ist ein vertrautes Gesicht im Gesundheitswesen: **Dr. Irmgard Stippler** (53) stand seit 2014 an der Spitze der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, bevor sie nun an die Isar gewechselt ist. Die promovierte Volkswirtin war zuvor unter anderem im Vorstand der Rhön Kliniken AG und bei der Telekom im Bereich E-Health tätig. Bei der AOK Bayern will die zweifache Mutter gemeinsam mit den rund 10.000 Mitarbeitern den (Online-)Service weiter ausbauen. Ein Schwerpunkt der AOK-Chefin wird es sein, in Kooperation mit Politik und Vertragspartnern überall im Freistaat auch künftig eine hohe und bezahlbare Versorgungsqualität sicherzustellen: „Dabei wird es auf den richtigen Mix ankommen: Einerseits gilt es, komplexe Leistungen stärker als bisher an ausgewählten Standorten zu bündeln, andererseits müssen hochwertige Medizin und Pflege auch in der Fläche sichergestellt sein.“

**Inklusion**  
**Eine Hommage ans Leben**

Vor 14 Jahren kommt Lotte zur Welt. Das Mädchen ist durch einen Sauerstoffmangel bei der Geburt mehrfach behindert. Bis auf wenige Worte kann sie nicht sprechen und verblüfft doch ihr Umfeld immer wieder. So kommuniziert sie in ihrer Schule durch einen



Sprachcomputer, ist die Beste ihrer Klasse in Mathe und kann lesen und schreiben. Dies lässt ungeahnte Fähigkeiten und eine gedankliche Reflexion vermuten, die sich niemand bei Lotte vorstellen konnte. Was macht ihre Gedankenwelt

aus? Was versteht sie? Lässt sich eine gemeinsame Kommunikationsebene mit ihr finden? Diese Fragen treibt nicht nur Lottes Mutter Julia Latscha, sondern auch den Leser ihres Buches um. Inklusion, die sich Lottes Mutter für ihre Tochter so sehr wünscht, findet sich oft nur auf dem Papier und ist in unserer Gesellschaft nicht selbstverständlich. Julia Latscha nimmt den Leser mit auf eine Reise durch das Leben ihrer Familie. Sie erzählt unvermittelt, ehrlich und humorvoll von ihrem teilweise sperrigen Alltag, der – neben vielen positiven Erlebnissen – von Arzt- und Therapeutenbesuchen, Hilfsmittelgenehmigungen sowie Kita- und Schulsuche geprägt ist. Der Traum von einer Reise durch die Mongolei – ist das überhaupt mit einem Kind im Rollstuhl möglich? Die Reise gelingt und gibt der Familie nicht nur Einblicke in eine fremde Kultur, sondern auch in Lottes innere Welt.

*Tina Staehler, KomPart-Verlag*

**Julia Latscha: Lauthalsleben.**  
2017. 216 Seiten. 19,99 Euro.  
Knaur, München.

**Pflegeausbildung**  
**Gesetzesreform im Praxistest**

Wie wird die Pflege zu einem attraktiven Berufsfeld? Das ist eine der zentralen Zukunftsfragen im deutschen Gesundheitswesen. Schließlich wächst die Zahl der Pflegebedürftigen Jahr um Jahr, die der Pflegefachkräfte geht fortlaufend zurück. Die Weiterentwicklung des Berufsfeldes Pflege sollte daher in der Gesundheitspolitik höchste Priorität haben. Das Ringen um eine generalistische Pflegeausbildung im Vorjahr zeigte, dass die Meinungen von Politikern, Experten und Praktikern weit auseinanderstreben. Das „Pflegeberufegesetz“ ist daher nur ein Stückwerk und kein großer Wurf geworden. Der ausgehandelte Kompromiss sieht zu Beginn eine gemeinsame Ausbildung der drei Pflegeberufe vor, zum Ausbildungsende aber dürfen die Schülerinnen und Schüler zwischen Generalistik und Spezialisierung wählen. Der Band, entstanden aus einer Vorlesungsreihe an der Alice Salomon Hochschule in Berlin, versammelt alle Aspek-



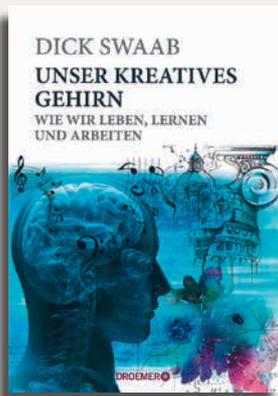
te zur künftigen Pflegeausbildung. Das „Pflegeberufegesetz“ wird darin trotz aller Kritik als „wesentlicher Fortschritt für die Schaffung einer Pflegeausbildung“ eingestuft. Grund sind die im Gesetz festgeschriebenen „vorbehaltenen Tätigkeiten“ für Fachkräfte sowie die Möglichkeit einer hochschulischen Qualifikation. Jetzt muss sich die Reform noch in der Praxis bewähren.

*Uwe Bettig, Mona Frommelt, Martina Roes et al. (Hrsg.): Pflegeberufe der Zukunft: Akademisierung, Qualifizierung und Kompetenzentwicklung.*  
2017. 159 Seiten. 39,99 Euro.  
Verlag medhochzwei, Heidelberg.

SEMINARE   TAGUNGEN   KONGRESSE				
<p><b>CONNECTING HEALTHCARE IT CONHIT</b></p>	<p>Elektronische Patientenakte, Entlassmanagement digital, Interoperabilität, innovative Healthcare IT</p>	<p>17.–19.4.2018 Berlin</p>	<p>Bundesverband Gesundheits-IT Friedrichstraße 200 10117 Berlin</p>	<p>Tel.: 0 30/2 06 22 58-58 anja.brysch@bvtg.de www.conhit.de</p>
<p><b>6. INTERPROFESSIONELLER GESUNDHEITSKONGRESS</b></p>	<p>Interprofessionelle Ausbildung, Patientensicherheit, Digitalisierung, Palliative Care</p>	<p>20.–21.4.2018 Dresden</p>	<p>Springer Medizin Verlag GmbH Kongressorganisation Heidelberger Platz 3 14197 Berlin</p>	<p>Tel.: 0 30/8 27 87-5514 info@gesundheitskongresse.de www.gesundheitskongresse.de</p>
<p><b>13. KONGRESS FÜR GESUNDHEITSNETZWERKER</b></p>	<p>Robotik im Einsatz, Notfallversorgung, Patientenrecht auf Daten, Digitalisierung, Telematikinfrastruktur</p>	<p>24.–25.4.2018 Berlin</p>	<p>Agentur WOK GmbH Palisadenstraße 48 10243 Berlin</p>	<p>Tel.: 0 30/49 85 50 31 Fax: 0 30/49 85 50 30 info@gesundheitsnetzwerker.de www.gesundheitsnetzwerker.de</p>
<p><b>13. JAHRESTAGUNG DES AKTIONSBÜNDNISSES PATIENTENSICHERHEIT</b></p>	<p>Gesundheits-Apps, Digitalisierung und Patientensicherheit, Praxisbeispiele, IT-Sicherheit</p>	<p>3.–4.5.2018 Berlin</p>	<p>Aktionsbündnis Patientensicherheit Organisation: ORPHEA GmbH Cicerostraße 4 10709 Berlin</p>	<p>Tel.: 01 76/60 40 30 36 info@orphea-gmbh.de www.aps-ev.de</p>
<p><b>FACHSYMPOSIUM „GESUNDHEIT &amp; VERSORGUNG“</b></p>	<p>E-Health-Lösungen im Versorgungsmanagement, Überwindung von Sektorengrenzen</p>	<p>12.–13.6.2018 Leipzig</p>	<p>Gesundheitsforen Leipzig Hainstraße 16 04109 Leipzig</p>	<p>Tel.: 03 41/9 89 88-331 kunzmann@gesundheitsforen.net www.gesundheitsforen.net &gt; Veranstaltungen &gt; Fachsymposien und Kongresse</p>

## Hirnforschung Kreativität als Impulsgeber

Manche intuitiven Eingebungen kommen in erholsamen Pausen oder gar im Schlaf. Paul McCartney zum Beispiel hat die Melodie für den Beatles-Welthit „Yesterday“ zuerst geträumt, bevor er die Noten aufschrieb. Darauf verweist Hirnforscher Dick Swaab. „Kreative Lösungen tauchen häufig auf, nachdem man sich eine ganze Weile nicht bewusst mit einem Problem befasst hat“, schreibt er in seinem Buch. Er geht darin vor allem der Frage nach, welche Reize unser Gehirn positiv stimulieren. Die Entwicklung des



Gehirns, so Swaab, beruhe von Anfang an zu hundert Prozent auf der Interaktion zwischen Vererbung und Umgebung. Nur wenn wir uns sicher und liebevoll umsorgt fühlen, kann unser zentrales Organ sein ganzes Potenzial entfalten. Vor allem aber kann Kreativität unser Gehirn in Schwung bringen. Für Swaab ist Kreativität die Fähigkeit, alle Informationen aus unserer Umgebung in immer wieder neuer Weise zu kombinieren. Um auf neue Gedanken zu kommen, braucht der eine einen Perspektivwechsel. Beim anderen sind Bewegung in der Natur oder beharrliches, tiefgehendes Nachdenken die zentralen

Impulsgeber. Swaab erzählt spannend und anschaulich, wie sehr Malerei, Musik und Tanz wichtige Anreize vermitteln und belegt zugleich, dass Kunst und Kultur eine therapeutische Wirkung haben.

*Dick Swaab:*  
**Unser kreatives Gehirn.**  
2017. 640 Seiten. 34,00 Euro.  
Verlag Droemer, München.

## Zusammenleben Zuwendung als hohe Lebenskunst

Die renommierte Gesundheitswissenschaftlerin Annelie Keil gelingt es in ihrem aktuellen Buch, ihre Leserinnen und Leser in ein tieferes Verständnis des Lebens hineinzuführen. Dies ist erfrischend angesichts einer Gesellschaft, die Medizin und Pflege allzu oft nur mit dem Blick auf die Machbarkeit und die Verteilung der Mittel betrachtet. Bei Keil geht es immer um die tieferen Zusammenhänge – dieses Mal um menschliche Verbundenheit und Zuwendung. Denn jeder Mensch betritt mit der Geburt seine „Laufbahn als Angehöriger“ und dazu gehört von Beginn an die Erfahrung von Bedürftigkeit und Fürsorge. Wir wachsen rein „in Generationsverträge, die bunt sind, un kalkulierbar und vor allem mehr als eine Pflege- und Sozialver-



sicherung.“ Eine „hohe Lebenskunst“ sei es, fühlen zu können, wann wir in Beziehungen gebraucht werden und wann wir selbst etwas brauchen. Das gegenseitige Angewiesensein ist kein derber Schicksalsschlag, sondern ein Lebensprinzip. Wer das nicht akzeptieren könne, habe das Leben nicht verstanden. Annelie Keil erzählt von den persönlichen

Lebens- und Gefühlslandschaften der mitmenschlichen Zuwendung. Und sie tut es in einer wohlwollenden, tief-sinnigen Sprache, die den Verstand und das Herz gleichermaßen erreicht.

*Annelie Keil:*  
**Wenn das Leben um Hilfe ruft.**  
2017. 240 Seiten. 16,99 Euro.  
Scorpio Verlag, München.

## Zeitschriftenschau

### ■ Arzneimittel: Bestellung via WhatsApp datenschutzrechtlich riskant

Ob Apotheken Vorbestellungen von Arzneimitteln per WhatsApp entgegennehmen dürfen, untersuchen Dr. Morton Douglas und Dr. Lukas Kalkbrenner. Die Freiburger Rechtsanwälte weisen darauf hin, dass bei Verwendung dieses Dienstes automatisch Gesundheitsdaten auch an das US-amerikanische Unternehmen übermittelt werden. Selbst Einwilligungserklärungen könnten die datenschutzrechtlichen Risiken kaum minimieren. Apotheker müssten strafrechtliche Sanktionen befürchten. Sie könnten nicht dafür Sorge tragen, dass die WhatsApp-Mitarbeiter zur Geheimhaltung verpflichtet sind. **Arzneimittel & Recht 1/2018, Seite 3–9**

### ■ Apotheken: Abgabeterminale mit Videoberatung rechtlich bedenklich

Für die Abgabe von Arzneimitteln sind die Betriebsräume der Apotheken und in Ausnahmefällen der Versand vorgesehen. Die Kölner Rechtsanwälte Dr. Sabine Wesser und Dr. Valentin Saalfrank untersuchen, ob eine Abgabe über ein Terminal mit Videoberatung erlaubt ist. Diese sei dann strafbar, wenn sich der Automat außerhalb der (genehmigten) Apothekenbetriebsräume befindet. Bei verschreibungspflichtigen Medikamenten müsse zudem sichergestellt sein, dass der abgebenden Person das Original-Rezept vorliegt. Anderenfalls entfalle der Vergütungsanspruch gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen. **Medizinrecht 1/2018, Seite 21–26**

### ■ Gemeinsamer Bundesausschuss: Handeln demokratisch legitimiert

Der Bremer Professor Dr. Friedhelm Hase nimmt die Kontroverse über die Verfassungsmäßigkeit der Normsetzung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) unter die Lupe. Grundsätzliche verfassungsrechtliche Zweifel seien unbegründet. Das, was die soziale Vorsorge ausmache, sei im Sozialgesetzbuch V festgelegt. Soweit das Versorgungsgeschehen in den „technisch“-organisatorischen und medizinisch-kurativen Einzelaspekten in weitem Umfang bei der gemeinsamen Selbstverwaltung liege, bestünden keine Bedenken. Der Gestaltungsspielraum des GBA verstoße nicht gegen das Demokratiegebot. **Medizinrecht 1/2018, Seite 1–12**

### ■ Medizinprodukte: Kombinationen können ärztliche Haftung auslösen

In der Praxis ist die Kombination von zwei zueinander passenden und funktionierenden Medizinprodukten unterschiedlicher Hersteller weit verbreitet. Die Fachanwältin für Medizinrecht Sonia Gabrielczyk geht der Frage nach, welche haftungsrechtlichen Konsequenzen sich für Ärzte ergeben, wenn sie solche Produktteile zum Beispiel zu einer Hüftendoprothese zusammenfügen. Im Ergebnis werde der Arzt selbst Hersteller im Sinne des Gesetzes über die Haftung für fehlerhafte Produkte. Zwar müsse er nicht immer haften. Aber einige Kombinationen verstießen gegen das Medizinprodukterecht sowie gegen Therapiestandards und seien als Behandlungsfehler zu werten. **MPR Zeitschrift für das gesamte Medizinprodukterecht 4/2017, Seite 121–126**

# Mehr Anerkennung für Organspender

Deutschland braucht eine Kultur der Organspende, meint der Kardiologe **Axel Rahmel**. Dazu gehört für ihn, den Spendern und ihren Familien Wertschätzung zu vermitteln. Zudem sollten die Bundesländer die Einbindung der Transplantationsbeauftragten verbindlich regeln.

**Die Zahl der** Organspenden ist auf den tiefsten Stand seit 20 Jahren gesunken, und gleichzeitig warten 10.000 Patienten auf eine lebensrettende Transplantation. Die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) sieht die Entwicklung schon lange mit Sorge. Deutschlandweit spendeten im vergangenen Jahr lediglich 797 Menschen Organe. Das sind 60 weniger als im Jahr zuvor. Die Summe der gespendeten Organe ging um fast zehn Prozent zurück auf 2.594 Organe. Im Jahr 2016 waren es 2.867 Organe, die an die internationale Vermittlungsstelle Eurotransplant gemeldet und schwer kranken Patienten übertragen werden konnten.

Laut Umfragen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung liegt die Bereitschaft zur Spende in der Bevölkerung konstant bei etwa 70 Prozent. Unsere Erfahrungswerte aus den Kliniken sind vergleichbar. Der Rückgang der Spenden ist aus unserer Sicht vor allem darauf zurückzuführen, dass die Krankenhäuser potenzielle Spender übersehen. Dies geht aus Analysen der Entnahmekrankenhäuser und der DSO hervor. Die Ergebnisse zeigen unter anderem, dass bei Therapieentscheidungen am Lebensende zunehmend nicht an die Möglichkeit einer Organspende gedacht wird. Hinzu kommt, dass es Patientenverfügungen gibt, die eine Organspende vermeintlich ausschließen oder gar keine Regelung dazu enthalten. Die zunehmende Arbeitsverdichtung und -belastung auf den Intensivstationen sind zusätzliche Hürden für die Organspende.

**Spender erkennen und melden.** Transplantationsbeauftragte sollen dafür sorgen, dass auf den Intensivstationen mögliche Spender erkannt und an die DSO gemeldet werden. Nach dem novellierten Transplantationsgesetz (TPG) von 2012 sollen alle Entnahmekrankenhäuser Transplantationsbeauftragte

benennen und sie für ihre Aufgaben freistellen. Doch die Formulierungen im TPG sind wenig konkret. Die meisten Bundesländer, die bislang Ausführungsgesetze erlassen haben, beziehen sich auf diesen eher unverbindlichen Bundestext. Vorbildlich ist hingegen das neue Landesausführungsgesetz in Bayern: Es regelt die Freistellung klar und verbindlich und hilft so, die Position der Transplantationsbeauftragten als Teil des Versorgungsauftrags anzuerkennen. Dazu gehören aber auch kontinuierliche Weiterbildungen, die Entlastung von anderen Aufgaben und die Unterstützung durch die Klinikleitungen.

Für die Finanzierung der Transplantationsbeauftragten stehen jährlich 18 Millionen Euro zur Verfügung. 40 Prozent davon fließen als Sockelbetrag an die rund 1.250 Entnahmekliniken. Der Restbetrag verteilt sich nach der Zahl der Patienten, die mit einer Hirnschädigung sterben – unabhängig davon, ob der Transplantationsbeauftragte in die Beurteilung des Falles einbezogen war. Aus Sicht der DSO wäre es sinnvoll, die Einbindung des Transplantationsbeauftragten zu fördern.

**Pauschalen werden Einzelfall nicht gerecht.** Nachbesserungsbedarf besteht auch bei der Berechnung der Erstattungspauschalen für Krankenhäuser im Fall einer Organspende. Die Pauschalen werden dem Einzelfall häufig nicht gerecht und sind mitunter nicht kostendeckend. Gerade bei älteren Spendern mit Vor- oder Begleiterkrankungen werden die Untersuchungen zum Empfängerschutz immer aufwendiger. Wir plädieren daher für eine stärker aufwandsbezogene Erstattung. Weder durch Arbeitsdruck noch durch finanzielle Engpässe darf die Organspende im Klinikalltag an den Rand gedrängt werden.

Die Umsetzung einer Organspende ist ein besonderes Qualitätsmerkmal einer Intensivstation. Sie zeigt, dass das Team mit moderner Intensivmedizin um das Leben des Patienten kämpft und wenn alle Bemühungen letztlich nicht erfolgreich sind, den Patientenwillen erfragt und berücksichtigt. So kann der Spender über den Tod hinaus anderen Menschen helfen. Dies ist nicht nur Beleg für hohes medizinisches, sondern auch menschliches Engagement in der Klinik. Organspender und ihre Angehörigen sollten zudem mehr Wertschätzung erfahren, beispielsweise durch eine öffentliche Ehrung. All dies wären Zeichen einer breiten politischen und gesellschaftlichen Anerkennung der Organspende. Sie fördern eine Kultur der Organspende, die wir in Deutschland dringend brauchen. ■

**Dr. Axel Rahmel** ist Medizinischer Vorstand der Deutschen Stiftung Organtransplantation. **Kontakt:** [www.dso.de](http://www.dso.de)

## Leserforum



### Ihre Meinung ist gefragt.

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

Oder schreiben Sie uns:

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



# Impressum

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

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

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

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

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

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

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

Beilagenhinweis Diese Ausgabe enthält eine  
Teilbeilage der AOK Bayern.

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

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

Es gilt die Anzeigen-  
preisliste Nr. 20  
vom 1.1.2018  
ISSN 1436-1728



G+G 12/2017

**Cannabis macht Karriere**

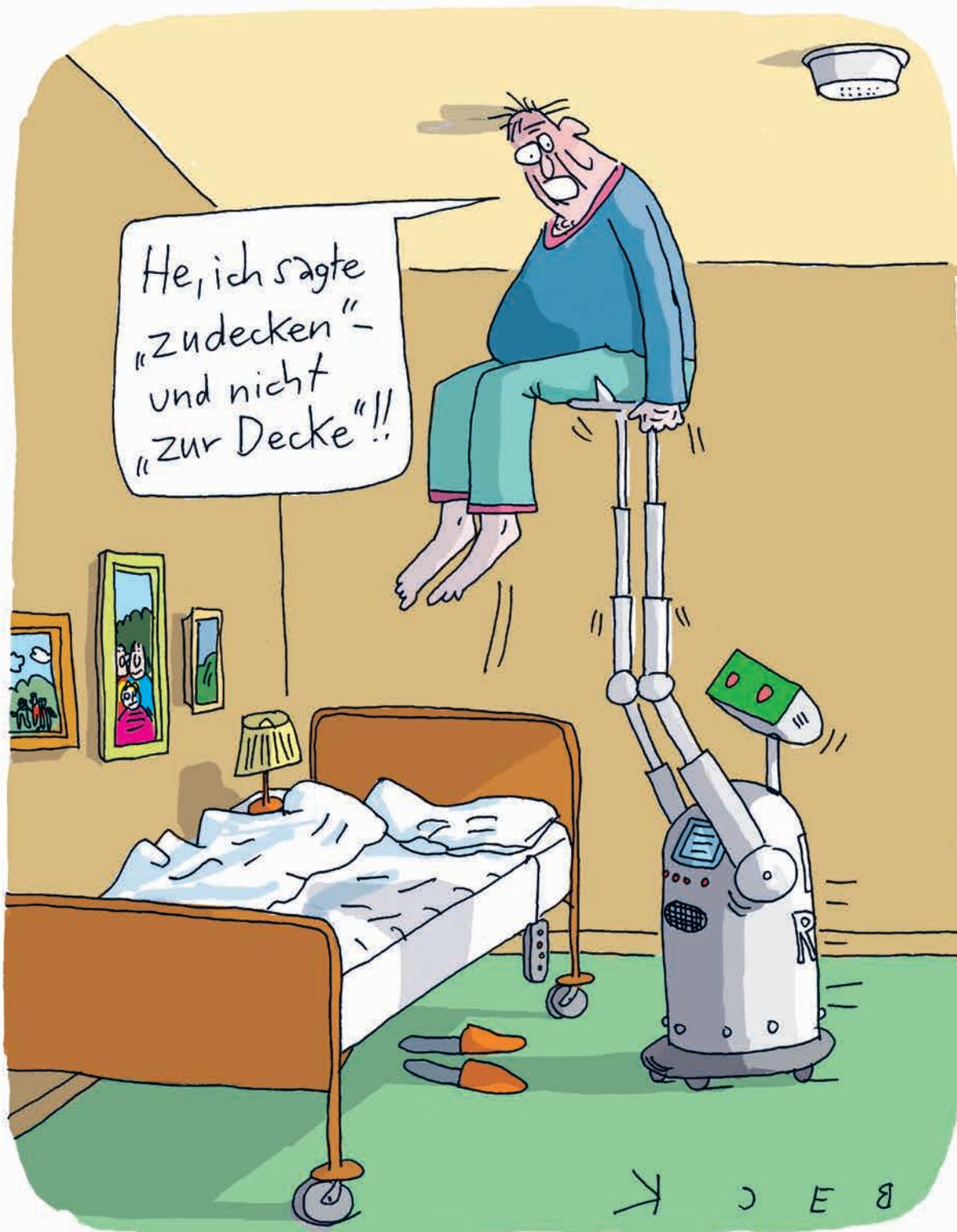
## Anerkanntes Mittel gegen viele Leiden

Aufmerksam habe ich Ihren Artikel in G+G gelesen. Mehrere Aussagen darin veranlassen mich, Ihnen zu schreiben. Ich selbst komme nicht aus dem Medizinbereich, stamme aber aus einer Großfamilie mit ärztlicher Mehrheit und kenne Menschen, die sich aufgrund chronischer, jahrelanger Schmerzen mit Präparaten auf Cannabis-Basis selbst „behandeln“ oder von Ärzten behandelt werden. Ihr Artikel erweckt Eindrücke, die ich so nicht stehen lassen kann. Wenn Sie schreiben, „Patienten durften (...) Cannabispräparate konsumieren“, wird beim Leser eine abwertende Sicht auf die Einnahme von Wirkstoffen aus dieser Pflanze erzeugt. Das Wort „konsumieren“ unterstellt eine Einnahme zum Vergnügen und diffamiert viele Menschen, denen die Wirkstoffe seit Jahrtausenden gesundheitlich helfen. Dass Sie Menschen mit Eigenanbaugenehmigung, welche aufgrund mangelhafter Versorgungsfähigkeit des Gesundheitssystems genehmigt wurde, mit Drogenkriminalität in Verbindung bringen, geht entschieden zu weit. Diese Menschen haben nur versucht, sich mit dem Medikament zu versorgen, das ihnen nach eigener Aussage am besten hilft. Gerade der medizinische Nutzen von Cannabis ist seit der frühen Neuzeit überliefert. Cannabis war und ist ein bekanntes und anerkanntes Hausmittel gegen viele Leiden. Der wissenschaftliche Nachweis dessen steht noch aus. Selbstverständlich sehen das allen voran die Pharmaindustrie

und die Zulassungsbehörden anders. Medikamente, aus denen sich kein Kapital schlagen lässt, werden schlicht nicht entwickelt oder ihre Zulassung nicht beantragt. Jetzt breitet sich Angst aus, verdient die Pharmaindustrie doch einen nicht geringen Anteil mit schmerzlindernden Medikamenten. Nichts wäre da schlimmer, könnte man vergleichbare Wirkstoffe viel einfacher und billiger erzeugen. Die Aufzählung von Mehrkosten durch Cannabis, die im Zuge der Verordnung auf die AOK zukommen sollen, halte ich für irreführend. Sie erwähnen nirgends die ebenfalls enormen Kosten herkömmlicher Schmerzmittel wie Opiate oder Benzodiazepine, deren Kosten die von Cannabisprodukten pro Patient locker übersteigen dürften. Wer auf ein neues, günstigeres Präparat eingestellt wird, stellt ja häufig die Einnahme des alten ein, weil das neue besser hilft. Einsparungen sind die Folge. Sie schreiben auch, „die Substanz“ sei keine Heilpflanze. Eine gewagte These, beinhaltet die Pflanze doch über 400 verschiedene Verbindungen, deren einzelne Wirkungen noch nicht erforscht sind. Allein die Wirkungen von THC und CBD unterscheiden sich stark. Was Wirksamkeit und Sicherheit angeht, zeichnen Sie ein einseitiges Bild. Es ist doch bekannt, dass viele konventionelle Schmerzmittel langfristig Leberschäden hervorrufen und jährlich einige Patienten deswegen in der Dialyse landen. Bei Cannabis sind weder Leberschäden noch Todesfälle bekannt. Die Gefahr einer psychischen Abhängigkeit verharmlose ich nicht. Auch hier gilt: Wissenschaftliche Erkenntnisse stehen noch aus.

Levi Krauthelm, Dresden

# BECKs Betrachtungen



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

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

# Handbuch mit Aha-Effekt

NEU!



KomPart-Verlag (Hrsg.)

## Die Reformfibel 2.0

Handbuch der Gesundheitsreformen bis Ende 2017

KomPart<sup>®</sup>  
für Kommunikation

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

### Sie wollen Fakten und die Story dahinter?

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

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

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

**Die Reformfibel** – 184 Seiten mit Aha-Effekt. Und historischen Karikaturen von Horst Haitzinger mit Schmunzelgarantie.

Ja, ich bestelle ...

## Die Reformfibel Handbuch der Gesundheitsreformen

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

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

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



Lieferung gegen Rechnung  per Bankeinzug

Vor- und Zuname

Straße, Haus-Nr.

PLZ

Ort

IBAN

BIC

Datum, Unterschrift

# Wir sind da, wo jeder besonders ist

Wir sind da – mit starken Leistungen, Services und Gesundheitsangeboten für alle. Darauf vertrauen schon mehr als 25 Millionen Versicherte.

**Gesundheit in besten Händen**

**aok.de**