



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

EUROPAWAHL

Sternstunde für Patientenrechte?

AUSWANDERUNG

Warum die Pflege die Koffer packt

NEUSTART

Wofür Behindertenbeauftragte
Verena Bentele kämpft

Die Pressestellen der AOK

Gesundheit ist unser Thema!

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

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

AOK-BUNDESVERBAND

Pressesprecher: Dr. Kai Behrens
Stellvertretende Pressesprecherin: Gabriele Hauser-Allgaier
Pressereferent: Michael Bernatek
Pressereferentin: Christine Göpner-Reinecke

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

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

AOK BADEN-WÜRTTEMBERG

Hauptverwaltung
Pressesprecher: Kurt Wesselsky

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

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

AOK BAYERN – DIE GESUNDHEITSKASSE

Zentrale
Pressesprecher: Michael Leonhart

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

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

AOK BREMEN/BREMERHAVEN

Pressesprecher: Jörn Hons

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

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

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN

Direktion
Pressesprecher: Ralf Metzger

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

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

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR NIEDERSACHSEN

Direktion
Pressesprecher: Carsten Sievers

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

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

AOK NORDOST – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecherin: Gabriele Rähse

Region Mecklenburg-Vorpommern
Pressereferent: Markus Juhls

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

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

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

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

AOK NORDWEST – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: Jens Kuschel

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

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

Tel. 0231/4193-10145

Tel. 0431/605-21171

AOK RHEINLAND/HAMBURG – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: André Maßmann

Region Hamburg: Pressesprecherin Antje Meyer

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

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

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

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

AOK RHEINLAND-PFALZ/SAARLAND – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressereferent: Jan Rößler

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

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

AOK PLUS – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR SACHSEN UND THÜRINGEN

Pressesprecherin: Hannelore Strobel

Sitz Erfurt
Stellvertretender Pressesprecher: Jürgen Frühauf

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

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

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

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

AOK SACHSEN-ANHALT – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: Andreas Arnsfeld

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

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

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

www.aok-presse.de

AOK
Die Gesundheitskasse.

Internet kann süchtig machen

Bei rund einer halben Million Menschen in Deutschland hat der Konsum Neuer Medien Suchtcharakter. Die Drogenbeauftragte **Marlene Mortler** will der Online-Abhängigkeit mit verstärkter Prävention, Beratung und Hilfe begegnen.

Jede Medaille hat zwei Seiten. Das gilt auch für das Internet. Mein Einwurf hier gilt nicht der unbebestreitbar glänzenden Seite des World Wide Web. Eine Vielzahl von onlinebasierten Angeboten dient beispielsweise der Suchtprävention und -behandlung. Ich möchte den Fokus auf die andere Seite der Medaille richten. Im Koalitionsvertrag haben wir ausdrücklich auf den Nutzen und die Risiken der Digitalisierung hingewiesen und uns vorgenommen, die Präventions- und Beratungsangebote bei exzessivem Medienkonsum bundesweit auszubauen und wissenschaftlich begleiten zu lassen.

Internetsucht wird ähnlich definiert, wie andere Suchtformen auch. Dazu gehören unter anderem Entzugserscheinungen oder der Verlust anderer Interessen.

Das Internet wird genutzt, um negativen Stimmungen zu entkommen. Gleichzeitig gehen damit negative Konsequenzen einher, wie zum Beispiel Leistungsabfall in Schule und Beruf oder die Gefährdung von Beziehungen oder einer Arbeitsstelle. Diese Auswirkungen machen deutlich, dass das Thema zu Recht auf dem Fahrplan der Bundesregierung ist. Inzwischen liegen für Deutschland verlässliche Zahlen zur pathologischen Internetnutzung vor. Etwa ein Prozent der Bevölkerung im Alter von 14 bis 64 Jahren ist mit hoher Wahrscheinlichkeit von Neuen Medien abhängig. Das sind immerhin etwa 560.000 Menschen. Das entspricht in etwa der Einwohnerzahl von Essen oder Bremen. Die Zahl liegt damit in der Größenordnung problematischer und abhängiger Glücksspieler in Deutschland. Noch ein Vergleich: Von Cannabis, Kokain und Amphetaminen sind in Deutschland etwa 319.000 Erwachsene abhängig.

Relevant ist das Thema aus meiner Sicht aber vor allem bei Kindern und Jugendlichen. Nach einer im Dezember 2013 veröffentlichten Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) werden 2,5 Prozent der zwölf- bis 25-jährigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen als exzessive Internetnutzer eingestuft. Auffällig ist dabei, dass

Männer und Frauen gleichermaßen betroffen sind. Die Gründe sind jedoch unterschiedlich: Bei Männern sind es überwiegend Online-Computerspiele, bei Frauen hingegen vorwiegend Soziale Netzwerke. Entscheidend ist nicht, wie viel Zeit jemand online verbringt. Eine pathologische Nutzung zeigt sich eher daran, dass wichtige Aktivitäten wie Schule, Sport, Hobbys und Freunde vernachlässigt oder sogar ganz eingestellt werden. Verzweifelte Eltern ziehen schon mal den Stecker, um das Kind wieder ins offline-Leben zurückzuholen.

Verzweifelte Eltern ziehen den Stecker, um ihr Kind ins Leben zurückzuholen.

Weil die Prävention der exzessiven Internetnutzung eine neue und anspruchsvolle Aufgabe ist, fehlt es bislang an einem umfassenden Überblick der vorhandenen Angebote und Ansätze. Auf Bundesebene haben das Bundesministerium für Frauen, Senioren, Familie und Jugend und das Bundesministerium für Gesundheit einige Studien und Projekte gefördert. Erwähnen möchte ich hier vor allem die Broschüre „Online sein mit Maß und Spaß“ und das Onlineangebot www.ins-netz-gehen.de der BZgA. Im Bereich der ambulanten Beratung sind familienorientierte Ansätze wie das vom Bundesgesundheitsministerium geförderte Modellprojekt ESCapade Erfolg versprechend. Auch in der stationären Behandlung und Rehabilitation wurden Ansätze entwickelt, die den Besonderheiten der Internetsucht gerecht werden.

Wichtige Schritte sind also gemacht. Die American Psychiatric Association hat 2013 mit der „Internet Gaming Disorder“ die Forschungsdiagnose für eine pathologische PC-Nutzung in den Schlüssel DSM-5 eingeführt. Das wird dazu beitragen, dass in der Praxis fundierter geholfen werden kann. Davon profitieren Schulen, Medienkompetenzstellen, Erziehungs- und Suchtberatungsstellen sowie Ärzteschaft und Psychiatrie. Ich begrüße es, wenn im Rahmen von präventiven Interventionen in Schulen und Stadtteilen verstärkt auch Fragen der exzessiven Mediennutzung berücksichtigt werden. Hier sehe ich noch Potenzial auf Seiten der Krankenkassen, sich zu engagieren. ■



Marlene Mortler, geboren 1955, ist Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Die CSU-Politikerin stammt aus einer Bauernfamilie und machte eine Ausbildung zur Meisterin der ländlichen Hauswirtschaft. Ihre politische Karriere startete sie 1982 als Vorsitzende der Landfrauen im Nürnberger Land. Seit 2002 ist Marlene Mortler Mitglied des Bundestages, wo sie als agrarpolitische Sprecherin der CSU-Landesgruppe fungiert. Marlene Mortler ist verheiratet, hat drei Kinder und vier Enkelkinder. Sie lebt mit drei Generationen auf dem Bauernhof der Familie in Franken.

Kontakt:
www.drogenbeauftragte.de

Die Poesie des RSA



H.-B. Henkel-Hoving,
Chefredakteur

Ich wusste bisher nicht, dass dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) in der gesetzlichen Krankenversicherung eine literarische Kraft innewohnt. Begriffe wie „Finanzkraftausgleich“ oder „Zuschlagshöhe“, die bei Diskussionen über den RSA fallen, wirken auf mich so inspirierend wie Briefe vom Finanzamt.

Doch es gibt Menschen, die selbst beim RSA noch lyrisches Potenzial ausmachen. Herbert Reichelt zum Beispiel. Der ehemalige Vorstandschef des AOK-Bundesverbandes hat sich im Laufe seines Berufslebens intensiv mit zahlenbasierten Wunderwerken wie dem RSA oder den Festbeträgen für Arzneimittel beschäftigt. Statistische Verfahren sind dem promovierten Sozialwissenschaftler so vertraut wie anderen Zeitgenossen das Sudoku-Rätsel in der Tageszeitung.

Kein Wunder also, dass der 62-Jährige in seinem ersten Gedichtband dem Risikostrukturausgleich einige Verse widmet. So endet sein „RSA-Sonett“ mit den Worten „Dein neuer Name wirkt zwar leicht synthetisch, doch ‚Morbi-RSA‘ klingt fast poetisch.“ In dem Erstlingswerk finden sich zahlreiche weitere Gedichte und Limericks. Die Spannweite reicht dabei von selbstironischen Zeilen zum Umgang mit Computer-Abstürzen („SM-Laptop“) über die verzweifelte Suche nach den fehlenden Schrauben für das neue Billy-Regal bis hin zu spöttischen Reimen über dauertelefonierende Zug-Begleiter – köstlich! Mehr Infos gibt’s unter www.herbert-reichelt.de. Und wie aus zuverlässiger Quelle zu erfahren war, ist in der Reichelt’schen Schreibwerkstatt ein gesundheitspolitischer Krimi in der Mache – vielleicht mit einem RSA-Experten als Leiche?

Viel Freude beim Lesen wünscht Ihnen



88 Seiten mit humorvollen Gedichten und Limericks: das Erstlingswerk von Herbert Reichelt

MAGAZIN

14 DUNKLE SEELE IM LICHT DER FORSCHUNG

Menschheitsplage oder Medienhype – wie häufig Depressionen richtig diagnostiziert und behandelt werden, zeigt der neue Versorgungs-Report auf.

Von Norbert Schmacke

16 HUSTEN UND SCHNUPFEN IM VISIER

Atemwegsinfektionen und Antibiotika-Einsatz: Erstmals beleuchtet eine groß angelegte bundesweite Studie, wann Ärzte diese Mittel verschreiben.

Von Rebekka Höhl

17 ARMIN HILFT BEIM EINNEHMEN

Gegen riskante Pillencocktails: In Sachsen und Thüringen ist ein Modellprojekt gestartet, um die Qualität der Arzneimittelversorgung zu erhöhen.

Von Thomas Hommel

18 MOTOR DER GESUNDHEITSWIRTSCHAFT

Arbeitgeber, Wirtschaftsfaktor und Gesundheitskasse: Seit 20 Jahren arbeitet die AOK Baden-Württemberg für eine hochwertige Versorgung der Patienten.

Von Ines Körver

19 OHNE ERHOBENEN ZEIGEFINGER

Gesund aufwachsen – wie das geht, bringt das Theaterstück Henrietta seit zehn Jahren Kindern und ihren Eltern spielerisch näher.

Von Thomas Hommel

20 ARBEITSPLATZ MIT WOHLFÜHLFAKTOR

Die flexibilisierte Arbeitswelt erfordert neue Strategien für das Betriebliche Gesundheitsmanagement. Darin waren sich Experten auf einer Tagung einig.

Von Burkhard Rexin

21 „TODES-STATISTIK STEUERT DIE PRÄVENTION“

Todesursachen erheben und Konsequenzen für die Prävention ableiten – ein bundesweit einheitlicher Totenschein wäre dafür nützlich, sagt die Expertin für medizinische Dokumentation Stefanie Weber.

22

Europawahl:
Wie die europäische
Gesundheitspolitik
Patienten nützt



TITEL

22 STERNSTUNDE FÜR PATIENTENRECHTE?

Medizinprodukte, Mehrwertsteuer, Patientenschutz:
Was Brüssel nach der Europawahl entscheidet, wirkt
sich auf das nationale Gesundheitswesen aus.

Von Elisabeth Reker-Barske

THEMEN

28 „HILFEN AUS EINER HAND“

Sie hat zwölf Goldmedaillen gewonnen, ist von Geburt
an blind und kämpft nun für Menschen mit Handicap:
die neue Behindertenbeauftragte Verena Bentele.

Von Burkhard Rexin

32 PFLEGE AUF WANDERSCHAFT

Immer mehr Pflegekräfte wandern ins Ausland ab.
Was sie dazu bewegt, haben Wissenschaftler erforscht.
Ergebnisse der europäischen Studie liegen nun vor.

Von Britta Zander und Reinhard Busse

RUBRIKEN

- 9 **Rundruf** Antibiotika raus aus dem Stall?
- 13 **Kommentar** Ärztliche Mittel gegen Korruption
- 38 **Recht** Arzthaftung: Grenzen für Aufklärungs-Nachweis
- 40 **AOK-Notizen** Aktuelles aus Bund und Ländern
- 42 **Service** Bücher, Termine und mehr
- 44 **Debatte** Gute Infrastruktur lockt Ärzte an
- 45 **Nachlese** Briefe an die Redaktion
- 45 **Impressum** Wer steckt hinter G+G?
- 46 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen



32

Europäische Studie: Warum Pflegekräfte
ihre Koffer packen und ins Ausland gehen

28

G+G-Interview: Die Behinderten-
beauftragte Verena Bentele
spricht über sozialpolitische Ziele



VERBRAUCHERSCHUTZ Mehr gefährliche Waren entdeckt

Europas Kontrolleure haben im vergangenen Jahr mehr gefährliche Produkte aus dem Verkehr gezogen als je zuvor. Die EU-Gesundheits- und Verbraucherschutzbehörden warnten im vergangenen Jahr vor 2.364 gesundheitsgefährdenden Waren, vier Prozent mehr als im Vorjahr. Das geht aus dem Jahresbericht über das Schnellwarnsystem Rapex der Europäischen Union (EU) hervor, den die EU-Kommission im März in Brüssel vorlegte. Die Produkte wurden zurückgerufen oder vom Markt genommen. Ein Grund für den Anstieg waren laut EU-Kommission bessere Kontrollen. Am häufigsten schlugen die Prüfer bei Textilien und Spielzeug Alarm, gefolgt von Elektrogeräten. Fast zwei Drittel der Waren kamen aus China. ■

ARZTBEWERTUNG Zufriedenheit beruht auf Kommunikation

Geht es nach den Bewertungen im AOK-Arztnavigator, sind Patienten mit ihren Haus- und Fachärzten grundsätzlich sehr zufrieden. Die besten Beurteilungen erhalten die Ärzte in Thüringen. Die Ärzte in Bayern und Nordrhein-Westfalen liegen dagegen unter der Durchschnittsbewertung. Das geht aus Regionalauswertungen für elf Bundesländer hervor, die die Projektpartner AOK, Barmer-GEK, Techniker Krankenkasse und Weisse Liste veröffentlicht haben. Im Bundesdurchschnitt würden 85 Prozent der Patienten ihren Arzt oder ihre Ärztin weiterempfehlen. Ein Blick in das Internet-Portal zeigt



Bunt und brisant – Spielzeug und Kleidung machen einen Großteil der von Verbraucherschutzbehörden als gesundheitsgefährdend eingestuft Produkte aus.

deutliche Unterschiede für einzelne Ärzte. Im vergangenen Jahr hatte eine Analyse ergeben, dass zum Beispiel jeder zehnte Orthopäde nur von weniger als 40 Prozent seiner Patienten weiterempfohlen wird. Die Zufriedenheit ist stark abhängig von der Kommunikation des Mediziners: Wer auf Fragen, Ängste und Sorgen des Patienten eingeht und verständlich erklärt, erhält die höchste Zustimmung. Hierbei schneiden Allgemeinmediziner, Praktische Ärzte und Internisten am besten ab, Orthopäden und Hautärzte am schlechtesten. Die besten Zufriedenheitswerte in Sachen Kommunikation erreichen Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern (93 Prozent) und Thüringen (92 Prozent). Die Ergebnisse beruhen auf den Bewertungen der teilnehmenden Versicherten. Sie erheben keinen Anspruch auf Repräsentativität für die Gesamtbevölkerung. Inzwischen liegen im Portal bundesweit knapp 285.000 Bewertungen von Versicherten für mehr als 73.000 Haus- und Fachärzte vor. ■

MEHR INFOS:
www.aok.de/arztnavi

GENDER-KONGRESS Flache Hierarchien fördern Ärztinnen

Rund 120 meist weibliche Mediziner, Wissenschaftler und Politiker haben auf dem 2. Bundeskongress Gender-Gesundheit in Berlin über geschlechtsspezifische Gesundheitsversorgung diskutiert. Das Ergebnis: Frauen und Männer profitieren gleichermaßen von einer geschlechterspezifischen Betrachtung des Gesundheitssystems. Ein Hauptaugenmerk des Kongresses lag auf der Diagnose psychischer Erkrankungen. Bei diesem Krankheitsbild seien Männer deutlich unterversorgt. Das tradierte reduzierte Männerbild müsse aufge-

weicht und ihnen die Furcht vor Stigmatisierung genommen werden, um eine adäquate Behandlung zu gewährleisten. Ein weiteres Thema war die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung. Aufgrund der unzureichenden Vereinbarkeit von Familie und Beruf fänden Medizinstudentinnen deutlich seltener den Weg in die Patientenversorgung als ihre männlichen Kommilitonen. Strukturveränderungen im System, neue Arbeitszeitmodelle und flachere Hierarchien seien notwendig, um den Frauenanteil auf Chefarztposten und Lehrstühlen zu erhöhen, sagte Dr. Martina Kloepfer, Organisatorin des vom Bundesgesundheitsministerium gesponserten Kongresses. ■

kurz & bündig

+++ BEHANDLUNGSQUALITÄT: Nur 61 Prozent der Pflegekräfte in OP-Sälen würden sich im eigenen Krankenhaus operieren lassen. Das ergab eine Befragung der Fachhochschule Frankfurt von 1.400 OP- und Anästhesie-Schwestern und -Pflegerinnen. **+++ TUBERKULOSE:** An der oft von antibiotikaresistenten Bakterien ausgelösten Lungenkrankheit starben laut Robert Koch-Institut (RKI) 2012 in Deutschland 146 von 4.220 Erkrankten. Jeder zweite Patient ist laut RKI im Ausland geboren. **+++ ARZTTERMINE:** Mehr als die Hälfte der gesetzlich Versicherten, aber nur ein Drittel der Privatversicherten klagt über lange Wartezeiten auf Arzttermine. Das ergab eine repräsentative Umfrage des Allensbach Instituts für Demoskopie. Die längsten Wartezeiten gibt es danach in Hamburg, Berlin, Brandenburg und Hessen. **+++**



Tiefer eintauchen!

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

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



G+G
Gesundheit und Gesellschaft



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



Viermal im Jahr:
G+G-Wissenschaft

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

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

www.kompart.de/shop



Name Ich bezahle per Bankeinzug Ich bezahle per Rechnung

Straße BLZ Geldinstitut Konto-Nr.

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

PLZ/Ort Datum, Unterschrift

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

KomPart
Ihr KommunikationsPartner

ARBEITSMARKT
Potenzial von Frauen nutzen

Immer mehr Frauen mit minderjährigen Kindern sind erwerbstätig. Das geht aus dem Fortschrittsbericht 2013 der Bundesregierung zum Fachkräftekonzept von 2011 hervor. Allerdings gibt es bei Frauen immer noch erhebliches Potenzial für eine Erwerbstätigkeit. Von den 20- bis 64-jährigen Frauen waren 2012 insgesamt 71,5 Prozent erwerbstätig. Rund die Hälfte der Frauen arbeitet in Teilzeit. „Das deckt sich nicht mit ihren Wünschen“, so Bundesarbeitsministerin Andrea Nahles. Viele würden gerne mehr arbeiten. Das Potenzial ließe sich nutzen, um den laut einer Engpassanalyse der Bundesagentur für Arbeit vom Dezember 2013 in zwanzig Berufsgruppen bestehenden Fachkräftemangel, darunter bei Ärzten und Pflegekräften, zu verringern. Dreiviertel von fast einer Million Müttern mit Migrationshintergrund würden gern arbeiten, hätten aber keine Stelle. Allein durch die Steigerung der Wochenarbeitszeit von Frauen seien von

Zitat des Monats

Europa ist eine Frau, jetzt mittleren Alters, die mehrere Herzinfarkte hinter sich hat und gerade die größte gesundheitliche Krise ihres Lebens durchlebt.

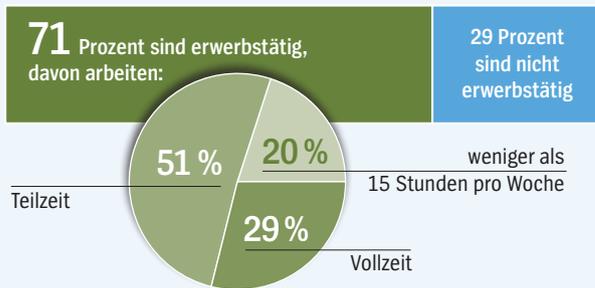
Hans-Jürgen Quadbeck-Seeger, Chemiker

2005 bis 2012 praktisch 250.000 Vollzeitstellen besetzt worden. Wenn Frauen genauso viel in ihrem Beruf arbeiteten wie Männer, könnten damit rechnerisch 2,5 Millionen Vollzeitstellen besetzt werden. In Deutschland waren im November 2013 laut Statistischem Bundesamt mit 42,3 Millionen Menschen so viele erwerbstätig wie noch nie. Die Bundesministerien für Arbeit und Wirtschaft und die Bundesagentur für Arbeit starteten 2012 eine Fachkräfte-Offensive, um Unternehmen zu helfen, ihren Bedarf an qualifiziertem Personal zu decken. ■

MEHR INFOS:
www.fachkraefte-offensive.de

Mehr als zwei Drittel aller Mütter arbeiten

Frauen mit mindestens einem minderjährigen Kind (2012)



Sie versuchen, Familie und Beruf zu vereinbaren: 2012 waren 71 Prozent aller Frauen mit mindestens einem Kind unter 18 Jahren erwerbstätig. 2006 waren es sieben Prozent weniger. Die meisten Mütter arbeiten in Teilzeit, 20 Prozent weniger als 15 Stunden pro Woche.

Quelle: Fortschrittsbericht 2013 der Bundesregierung zum Fachkräftekonzept 2011

ÄRZTEAUSBILDUNG
Kritik an Nürnberger Privatstudiengang

Die Salzburger Privatuniversität Paracelsus will in Nürnberg noch in diesem Jahr Ärzte nach österreichischem Recht ausbilden. 50 Studenten sollen in fünf Jahren zum Diplom-Mediziner werden und dafür fast 70.000 Euro Studiengebühr zahlen. Unterrichtet werden die Studenten von Ärzten des städtischen Klinikums Nürnberg und der Technischen Hochschule Georg Simon Ohm. Die deutschen Universitäten sind strikt dagegen: Die ärztliche Ausbildung müsse unter Aufsicht einer Universität stattfinden, sagte Volker Hildebrandt, Generalsekretär des Medizinischen Fakultätentags. Die Paracelsus-Universität beruft sich auf ihr Recht, in anderen EU-Staaten Ausbildungsstandorte zu eröffnen. ■

STUDIE
Stress verhindert Schwangerschaft

Frauen mit hohen Alpha-Amylase-Werten im Speichel, die auf viel Stress hindeuten, bleiben fast doppelt so häufig ungewollt kinderlos wie Frauen mit niedrigen Werten. Das ergab eine Studie des Wexner Medical Center in Columbus Ohio. Daran nah-

men 373 Frauen mit Kinderwunsch teil. Von ihnen waren 54 auch nach zwölf Monaten nicht schwanger. Die Auswertung der Speichelproben von der Eingangsuntersuchung und vom ersten Tag der Monatsblutung ergab, dass die Frauen mit den höchsten Amylase-Werten (oberstes Drittel) doppelt so häufig nicht schwanger wurden wie Frauen mit den niedrigsten Werten (unterstes Drittel). Umgekehrt bedeutet dies, dass die Wahrscheinlichkeit, innerhalb eines Jahres schwanger zu werden, für Frauen je nach Stressfaktor zwischen 80 und 90 Prozent (viel oder wenig Stress) liegt. ■

HÜFTOPERATION
Gelenkersatz nützt auch im hohen Alter

Sogar 90-Jährige können von einem neuen Hüftgelenk profitieren. Wenn sie in einem guten Allgemeinzustand sind und das künstliche Gelenk ihre Lebensqualität verbessern kann, spricht den Daten des US-Endoprothesenregisters zufolge nichts gegen eine Operation. Das American Joint Replacement Registry verzeichnete in gut zehn Jahren von April 2001 bis Dezember 2011 insgesamt 183 Patienten, die mit 90 oder mehr Jahren erstmals eine neue Hüfte erhielten. Die Operation in diesem Alter ist allerdings besonders risikoreich, weil oft zusätzliche Gefäß- oder Herzerkrankungen und Bluthochdruck bestehen. Die Folge ist laut Auswertung der Daten ein doppelt so hohes Sterberisiko in den ersten drei Monaten nach der Operation wie bei zehn Jahre jüngeren Patienten und ein mehr als zehnfach so großes Risiko wie bei Patienten unter 80 Jahren. ■

Fotos: iStockphoto, Bündnis 90/Die Grünen, Deutscher Bauernverband, Privat, WGO

Antibiotika raus aus dem Stall?

Reserveantibiotika sollen zum Einsatz kommen, wenn andere Mittel versagen. Müssen diese für Patienten wichtigen Medikamente deshalb in der Tierhaltung prinzipiell verboten werden, damit sie nicht in die Nahrungskette des Menschen gelangen?



BÄRBEL HÖHN (*Bündnis 90/Die Grünen*), Mitglied im Bundestags-Ausschuss für Ernährung und Landwirtschaft: Bei immer mehr Menschen wirken Antibiotika nur noch eingeschränkt, da resistente Keime auf dem Vormarsch sind. Als Rettungsanker bleiben oft Reserveantibiotika. Leider werden die lebensrettenden Medikamente verstärkt in der Tiermast eingesetzt. Die industriellen Mastanlagen werden so zu gefährlichen Keimbrutstätten. Hier bilden sich immer mehr

Resistenzen, die letzten Endes auf uns Menschen zurückfallen. Deswegen wollen wir den Einsatz der Reserveantibiotika in der Tiermast verbieten. Wir dürfen nicht weiter an dem medizinischen Ast sägen, auf dem wir selbst sitzen.

JOACHIM RUKWIED, Präsident des Deutschen Bauernverbandes:

Den Antibiotikaeinsatz nehmen wir sehr ernst. Tierhalter arbeiten im Gegensatz zur Humanmedizin mit einem Monitoringssystem daran, den Einsatz zu reduzieren. Welche Antibiotika eingesetzt werden, obliegt der fundierten fachlichen Entscheidung des Tierarztes. Es wäre mit dem Tierschutz nicht vereinbar, kranke Tiere nicht zu behandeln und leiden zu lassen. Antibiotika, die in der Nutztierhaltung eingesetzt werden, zählen überwiegend nicht zu den Reserveantibiotika. Eine Einengung der zugelassenen Wirkstoffe befördert die Resistenzbildung. Daher warne ich vor Entscheidungen, die die Behandlungsmöglichkeiten kranker Tiere einschränken.



PROFESSOR DR. WINFRIED V. KERN, Chefarzt der Abteilung Infektiologie am Universitätsklinikum Freiburg: Das Hauptproblem ist die vielfache Notwendigkeit eines Einsatzes von Antibiotika in der gesamten Herde, in der eines oder mehrere der Tiere erkrankt sind. Hier ist über die Größe der Herde und die Häufigkeit von Erkrankungen tatsächlich ein erheblicher Antibiotikaeinsatz zu erwarten. Massentierhaltung und Tiertransporte scheinen solche Infektionsprobleme zu

begünstigen. Mit der neuen Dokumentationspflicht für Tierärzte lassen sich die Problemzonen hoffentlich besser identifizieren. Die Forderung einer Reduktion der Tonnage ist verständlich. Besser wären Anreize zur artgerechteren Haltung.

HELMUT SCHRÖDER, stellvertretender Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO): Bereits heute entfällt jede zweite Antibiotika-Verordnung für Patienten in Deutschland auf Reserveantibiotika. Damit schwer erkrankte Menschen auch künftig noch therapiert werden können, ist der teils sorglose Einsatz von Antibiotika einzudämmen. Dabei sind nicht nur die jährlichen Antibiotikawirkstoffmengen mit etwa 350 Tonnen in der Humanmedizin, sondern auch die



mehr als 1.700 Tonnen in der Tiermedizin in den Fokus zu rücken. Neben klaren gesetzlichen Regelungen können gemeinsame Bemühungen von Verbrauchern, Landwirten und Medizinern im zusammenwachsenden Europa helfen, dass die einstige Wunderwaffe gegen Infektionskrankheiten nicht stumpf wird.

MÄNNERGESUNDHEIT

Vertrauen zum Arzt hilft bei Prävention

Schützt die Check-up-Medizin Männer vor schweren Leiden? Eine Frage, um die es beim 2. Männergesundheitskongress „Man(n) informiert sich“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und des Bundesgesundheitsministeriums ging. Der Präventionsstress verhagelte



Männern die Lebensfreude, mahnte Professor Dr. Lothar Weißbach von der Stiftung Männergesundheit. Prävention durch Check-up-Medizin nach dem Gießkannenprinzip sei kein Heilsbringer. Von 1.000 Männern, die eine Darmspiegelung machen ließen, hätten etwa vier Darmkrebs. Einen davon entdeckten die Ärzte, drei starben, ohne dass der Krebs aufgefallen sei, 228 würden risikobedingt weiter überwacht – was die Lebensqualität beeinträchtigte. Die beste Prävention sei eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung. Ärzte könnten am besten Therapie und Erhalt der Lebensqualität beurteilen, so Weißbach. ■

MEHR INFOS:

www.maennergesundheitsportal.de

PATIENTENBEAUFTRAGTER

Pflegekräfte besser bezahlen

Pflegekräfte sollten nach Ansicht des Patientenbeauftragten der Bundesregierung Karl-Josef Laumann genauso gut wie Handwerker bezahlt werden und pro Stunde 14 bis 18 Euro verdienen. Es gehe nicht an, dass examinierte Altenpfleger in bestimmten Regionen nur zehn bis elf Euro bekämen, sagte der CDU-Politiker dem „Tagesspiegel“ in Berlin. Der Wettbewerb um die niedrigste Bezahlung müsse aufhören. Pflegekräfte sollten selbstbewusster auftreten, ähnlich wie heute Ärzte und Apotheker. Nur dann würden sich ihr Image, ihre Arbeitsbedingungen und ihre Bezahlung verbessern. ■

BILANZ

Privatversicherung verliert Marktanteile

Die Zahl der privat Krankenversicherten ist im vergangenen Jahr um 0,7 Prozent auf 8,89 Millionen Ende 2013 gesunken. Das waren 66.300 Versicherte weniger als ein Jahr zuvor. Als Ursache nannte der Verband der Privaten Krankenversicherung die abwartende Haltung potenzieller Kunden wegen der Diskussion über die Zukunft des Gesundheitssystems im Bundestagswahlkampf. Zudem seien mehr vormals Selbstständige als Angestellte gesetzlich versichert. Zwei Prozent Zuwachs meldete der Verband bei Zusatzversicherungen (23,5 Millionen Policen). Die Beitragseinnahmen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung erhöhten sich 2013 um 0,7 Prozent auf 35,9 Milliarden Euro, die Ausgaben um 4,2 Prozent auf 24,3 Milliarden Euro. ■

GENDIAGNOSTIK

Rechte Ungeborener wahren

Das nach dem Gendiagnostikgesetz bestehende Recht auf Nichtwissen sollte auch für Ungeborene gelten. Die Frauenärztin und Ethikrat-Vorsitzende Professor Dr. Christiane Woopen sagte der „tageszeitung“ aus Berlin, es müsse jedem Menschen selbst überlassen bleiben, ob er seine genetische Ausstattung kennen möchte. Das Recht, entscheiden zu dürfen, ob man untersucht werden wolle und wer über das Ergebnis informiert werden dürfe, werde hinfällig, wenn man schon vor der Geburt oder im Kindesalter alles untersuche. Der Grundsatz, dass niemand ohne seine Einwilligung untersucht werden dürfe, müsse mit Blick auf sein späteres Leben auch schon für das Ungeborene gelten, so Woopen. ■

STATISTIK

Gesundheit hängt von sozialer Lage ab

Wissenschaftler des Instituts Arbeit und Technik (IAT/ Gelsenkirchen) und der Ruhr-Universität Bochum haben eine bessere Abstimmung von Gesundheits-, Sozial- und Bildungspolitik gefordert, um sozialem Abstieg und Gesundheitsrisiken im Ruhrgebiet zu begegnen. Beides hängt nach Ergebnissen einer Studie der Forscher eng zusammen. In Regionen mit vielen Einwohnern, die einen höheren Bildungsabschluss und relativ hohe Einkommen haben, gibt es danach weniger Krankheitsfälle als in dem von Strukturwandel besonders stark betroffenen Teilen des nördlichen Ruhrgebiets. Die Sozialwissenschaftler Elke Dahlbeck vom IAT und Marc Neu von

der Ruhr-Universität haben Sozialdaten über Arbeitslosigkeit, Einkommen und Bildungsniveau mit Daten der Krankenhausstatistik verglichen. Insbesondere bei Lungenkrebs, Diabetes und alkoholbedingten Lebererkrankungen spiegeln sich die sozialen Unterschiede deutlich wider. Die unterschiedlichen sozialen und gesundheitlichen Lagen führten auch zu einer unterschiedlichen Lebenserwartung. ■

MASTERPLAN

Allgemeinmedizin stärker fördern

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) wartet auf den im Koalitionsvertrag angekündigten „Masterplan Medizinstudium

2020“. Dieser soll insbesondere zu einer besseren Auswahl der Studienplatzbewerber führen und die Allgemeinmedizin im Studium stärken. DEGAM-Präsident Professor Dr. Ferdinand Gerlach forderte, den Masterplan so schnell wie möglich zu beschließen und umzusetzen. Entscheidend sei, die Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin um 50 Prozent zu erhöhen, den Bedarf länderübergreifend zu koordinieren und zügig ein Pflichtquartal Allgemeinmedizin im Praktischen Jahr einzuführen. Zurzeit schließe in Deutschland jeder zehnte Nachwuchsmediziner eine Weiterbildung als Facharzt für Allgemeinmedizin ab. Notwendig seien doppelt bis dreimal so viele Abschlüsse, um den Bedarf an Hausärzten decken zu können. ■

ARZNEIMITTEL

Heparin aus dem Forschungslabor

Wissenschaftlern der Universität North Carolina (USA) ist es gelungen, das Anti-Thrombose-Mittel Heparin synthetisch herzustellen. Es sei zudem besser als das aus Schweinedärmen gewonnene: Wegen einer chemischen Modifikation sei es leichter antagonistisierbar. Bei schweren Blutungskomplikationen kann also sofort ein Gegenmittel gegeben werden. Das ist bei tierischem Heparin nur eingeschränkt möglich. Außerdem gibt es bei der Herstellung des synthetischen Heparins keine Risiken wie bei Produkten tierischen Ursprungs, die zudem aufwändige Qualitätskontrollen erfordern, um die Reinheit und Sicherheit zu gewährleisten. ■

Köpfe und Karrieren



+++ **AXEL RAHMEL**, 52, ist neuer Medizinischer Vorstand der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO). Der promovierte Kardiologe war seit 2005 Medizinischer Direktor von Eurotransplant, der internationalen Vermittlungsstelle für Spenderorgane im niederländischen Leiden. Zuvor arbeitete er sieben Jahre lang am Herzzentrum der Universität Leipzig und war dort für die Betreuung von Patienten vor und nach einer Herztransplantation zuständig. Kaufmännischer DSO-Vorstand ist seit Februar vergangenen Jahres Thomas Biet.

+++ **VOLKER AMELUNG**, 49, hat erneut den Vorstandsvorsitz des Bundesverbandes Managed Care (BMC) übernommen. Der Professor für Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover führt den Verband seit 2007. Zudem ist er als Berater für nationale und internationale Unternehmen im Gesundheitswesen tätig. Als BMC-Vizevorsitzende bestätigt wurden Susanne Eble, Leiterin Gesundheitsmanagement bei Berlin-Chemie, und Ralf Sjuts, Vorstandsvorsitzender der Patiodoc AG, einem Beratungs- und Dienstleistungsunternehmen für Ärzte.



+++ **KLAUS MÜLLER**, 43, leitet ab 1. Mai als neuer Vorstandsvorsitzender den Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv). Der Volkswirt folgt auf Gerd Billen, der als Staatssekretär ins Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz gewechselt ist. Klaus Müller ist seit 2006 Chef der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen. Zuvor war er in der Politik tätig: zwischen 2000 und 2005 als Umweltminister in Schleswig-Holstein und bis 2006 als Mitglied des Schleswig-Holsteinischen Landtags. Der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen gehörte er von 1998 bis 2000 an.

Fotos: DSO; BMC; vzbv

Ein Land, zwei Systeme?



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

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

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

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

Die WIdO-Reihe im KomPart-Verlag

Ja, ich bestelle ...

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



Die Krankenversicherung der Zukunft
Anforderungen an ein leistungsfähiges System

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

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

Lieferung gegen Rechnung per Bankeinzug

Vor- und Zuname

Straße, Haus-Nr.

PLZ

Ort

Konto-Nr.

BLZ

Geldinstitut

Datum, Unterschrift

PRÄVENTION

Unfallkasse fördert Schlaftraining

Die Universität Lüneburg hat auf der Computermesse CeBIT in Hannover ein Online-Regenerations-training für gestresste Berufstätige vorgestellt. Mit dem „Get-on“-Programm schliefen 80 Prozent der Testpersonen bereits nach sechs Wochen besser, fast 40 Prozent hätten gar keine Schlafprobleme mehr. Die Regeneration funktioniert über drei Bausteine: gedankliches Abschalten, erholsamer Schlaf und aktives Erholen, sagte Programmentwickler Dirk Lehr. Etwa eine Stunde Training pro Woche mit Videos, Texten und Aufgaben sei ausreichend. Eingeebnet würden nachweislich wirksame Regeln wie „Schlafen Sie nicht tagsüber“ oder „Benutzen Sie das Bett ausschließlich zum Schlafen“. Außerdem trainieren die Teilnehmer Techniken, die eine ge-



Ein Nickerchen tagsüber kann den Nachtschlaf stören.

dankliche Distanzierung von beruflichen Problemen fördern, etwa mit Hilfe eines „Dankbarkeits-Tagebuchs“. Es dient dazu, jeden Abend fünf positive Begebenheiten zu notieren. Das Regenerationsraining wird im Rahmen einer Studie mit Unterstützung der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen kostenlos im Internet angeboten. ■

MEHR INFOS:

www.geton-training.de

LUFTVERSCHMUTZUNG

Feinstaub schadet in kleinsten Mengen

Nach Ergebnissen einer aktuellen Studie schadet Feinstaub auch unterhalb der in der Europäischen Union (EU) geltenden Grenzwerte der Gesundheit. Besonders bedenklich sind Partikel kleiner als 2,5 Mikrometer, die ins Blut eindringen können. Das geht aus der Auswertung von 22 Studien mit Daten

von 367.000 Menschen in 13 westeuropäischen Ländern hervor, die im Wissenschaftsmagazin Lancet erschienen ist. Im Verlauf von 14 Jahren starben danach 29.000 der einbezogenen Menschen. Der EU-Grenzwert für die Kleinstpartikel beträgt 25 Mikrogramm pro Kubikmeter Luft. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt einen Grenzwert von zehn Mikrogramm. Laut WHO stirbt weltweit jeder achte Mensch vorzeitig wegen schlechter Luft, die meisten in Südostasien, China und Japan. Feinstaub, der Arteriosklerose beschleunigt sowie Herzversagen und Lungenkrebs verursacht, ist laut WHO gefährlicher als zum Beispiel Autoabgase. Die Direktorin der WHO-Abteilung für öffentliche Gesundheit und Umwelt, Maria Neira, erklärte, es gebe nur wenige Risiken, die heute einen größeren Einfluss auf die Gesundheit hätten als die Luftqualität. ■

SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH**„Gesunde Mitarbeiter stärken die Wettbewerbsfähigkeit“**

Gewerkschaften, Arbeitgeber und AOK Niedersachsen haben das Projekt „Fit im Betrieb – Der AOK-Check-up“ aus der Taufe gehoben. Dazu Fragen an **Ulrich Gransee**, Vorsitzender des Verwaltungsrates der Kasse.



G+G: Herr Gransee, welches Ziel verknüpft die Gesundheitskasse mit der Initiative „Fit im Betrieb – Der AOK-Check-up“?

GRANSEE: Es geht darum, die Unternehmen für das Thema Gesundheit im demografischen Wandel zu sensibilisieren. Wir möchten gemeinsam durch ein gutes und anschauliches Angebot den Zugang zur betrieblichen Gesundheitsförderung erleichtern. Mögliche Hemmschwellen können mit einem unkompliziert zu nutzenden Angebot leichter überwunden werden. Das Ziel ist letztlich, etwas für die Gesundheit der Beschäftigten zu tun – dies stärkt zudem die Wettbewerbsfähigkeit der Betriebe.

G+G: Herzstück ist der Back-Check. Was verbirgt sich dahinter?

GRANSEE: Das ist ein mobiles Mess-System, mit dem in nur wenigen Minuten die individuelle Muskelkraft in unterschiedlichen Bewegungsrichtungen analysiert und anschaulich dokumentiert werden kann.

Die Messung kann Muskelabschwächungen sowie ein Ungleichgewicht im Bereich des Halte- und Bewegungsapparats feststellen. AOK-Experten geben auf dieser Basis dann 20 Wochen lang gezielte, persönliche Trainingsempfehlungen und bieten eine Kontrollmessung an.

G+G: Vor allem kleinere Unternehmen haben bei der betrieblichen Gesundheitsförderung noch Nachholbedarf. Was ist zu tun?

GRANSEE: Insbesondere kleinere Betriebe tragen mit Blick auf Langzeitarbeitsunfähigkeiten ein hohes unternehmerisches Risiko. Umso wichtiger sind gesunde und zufriedene Mitarbeiter, die auch im fortgeschrittenen Alter im Beruf mit entsprechendem viel Erfahrungswissen noch fit und leistungsfähig sind. Über die Firmenkundenberater der AOK wird dieser Appell und unsere Initiative in alle Betriebsgrößen hineingetragen. Jeder Kleinbetrieb und jedes Großunternehmen kann teilnehmen.

Kein Stoff für Titelgeschichten

Die Rechtslage ist eindeutig. Aber ein fader Beigeschmack bleibt, wenn es um das Verhältnis von „Big Pharma“ und Ärzten geht, meint **Wolfgang van den Bergh**. Mehr Transparenz in den Beziehungen wäre wünschenswert – am besten per freiwilliger Selbstverpflichtung.



ES IST DAS BEKLEMMENDE GEFÜHL, für etwas verantwortlich gemacht zu werden, auf das man keinen Einfluss hat. Es ist die pauschale (Vor-)Verurteilung von Ärzten, Kliniken oder Institutionen, die auf dubiosen Empfängerlisten pharmazeutischer Unternehmen stehen – ein Stoff, der schon für viele Titelgeschichten gut war, dort aber nicht wirklich hingehört.

Glaubt man den Anti-Korruptions-Organisationen, werden im deutschen Gesundheitswesen jährlich zig Milliarden Euro verschoben. Dabei beruft sich etwa Transparency International auf britische und US-amerikanische Experten. Auch wenn die Beweislage eher dürftig ist, gibt es Beispiele, wo sich Ärzte für ihre Verordnungen belohnen lassen – strafrechtlich unangreifbar, weil der Bundesgerichtshof sagt, dass dies kein Straftatbestand sei. Vertragsärzte sind eben keine „Amtsträger“ oder „Beauftragte“ der Krankenkassen, heißt es in einem Urteil aus dem Jahr 2012.

Gleichwohl wird seit Monaten diskutiert, wie sich Korruption im Gesundheitswesen regeln lässt. Die Bundesregierung will sich erst Ende des Jahres damit beschäftigen. Das dauert Ärzten und Industrie offenbar zu lange. Sie suchen – das ist gut so – die Eigeninitiative und streben an, schwarze Schafe aufzuspüren und zur Rechenschaft zu ziehen. Grundlage dafür soll die freiwillige Selbstverpflichtung sein. Der Ärztetag hatte sich im Jahr 2013 bereits ausdrücklich für die Offenlegung aller Zuwendungen der Industrie an Mediziner ausgesprochen – nach dem Vorbild des US-amerikanischen Physicians Payment Sunshine Act. Parallel haben die Mitgliedsunternehmen des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller den Transparenzkodex ihrer europäischen Dachorganisation eins zu eins übernommen. Das Ziel: Mit mehr Transparenz der notwendigen Beziehungen zwischen Ärzten und Industrie – sei es in klinischer Forschung oder ärztlicher Fortbildung – der Korruption vorbeugen.

Die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft geht hier mit gutem Beispiel voran. Ab sofort publiziert sie alle Interessenkonflikte ihrer Mitglieder im Internet. Ein Signal, das Kritikern nicht weit genug geht. Doch es ist ein Anfang, um die Zusammenarbeit von Akteuren im Gesundheitswesen transparent zu machen. Denn es geht nicht darum, diese Zusammenarbeit zu unterbinden, sondern darauf hinzuweisen, in welchen Fällen Einflussnahme und Interessenkonflikte nicht auszuschließen sind. Anders formuliert: Es geht um die Aufhebung eines Generalverdachts. ■

Wolfgang van den Bergh ist Chefredakteur der „Ärzte Zeitung“ (SpringerMedizin).

PATIENTENSICHERHEIT

Aktionsbündnis verleiht Preis

Zwei Drittel aller unerwünschten Ereignisse und Beinahefehler in Krankenhäusern werden nach Angaben des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) durch menschliches Versagen verursacht. Je weniger Pflegekräfte im Einsatz seien, desto mehr Fehler passierten durch Überlastung, sagte der stellvertretende APS-Vorsitzende und Unfallchirurg Professor Dr. Hartmut Siebert auf dem Kongress für Patientensicherheit. Das APS veranstaltete ihn gemeinsam mit der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung, dem CIRS-Forum und der Deutschen Gesellschaft für klinisches Prozessmanagement. Experten diskutierten darüber, wie sich wirtschaftliche Zwänge und Patientensicherheit im Klinikalltag verbinden lassen. Auf dem Kongress hat das APS zudem den Preis für Patientensicherheit verliehen. Den ersten Platz (10.000 Euro) erhielt die Diakonie Düsseldorf für ihr Projekt „ReduPharm KREATIV“, das hilft, Neben- und Wechselwirkungen von Medikamenten bei älteren Pflegeheimbewohnern zu vermeiden. Der zweite Preis (6.000 Euro) ging an das Projekt „Critical Incident Reporting System Nordrhein-Westfalen“ der Ärztekammern, der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Landeskrankenhausesellschaft. Mit dem dritten Platz (3.500 Euro) wurde ein Lehrcurriculum zum Thema Patientensicherheit im Medizinstudium an der Universität Zürich ausgezeichnet. ■

MEHR INFOS:
www.aps-ev.de

HAFTPFLICHT

Ärzte für geringere Versicherungssteuer

Nicht nur freiberufliche Hebammen, auch Gynäkologen und andere Ärzte haben nach Angaben der Bundesärztekammer (BÄK) Probleme mit stark steigenden Haftpflichtprämien. BÄK-Präsident Professor Dr. Frank Ulrich Montgomery forderte deshalb, die Versicherungssteuer für die ärztliche Haftpflicht von 19 auf elf Prozent zu senken. Dies würde zu einer jährlichen Entlastung von rund 80 Millionen Euro führen. ■

KONGRESS

In der Prävention fehlt es an Evidenz

Für die Prävention gibt es keine verbindlichen Leitlinien. Wissenschaftlich bewege man sich bei Gesundheits-Check-ups auf dünnem Eis, sagte die Vorsitzende des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin (DNEbM), Professor Dr. Gabriele Meyer, auf der DNEbM-Jahrestagung. Ob Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen akute Erkrankungen oder die Sterblichkeit verringerten, wisse man in der Regel nicht. Sicher sei nur, dass es mehr positive Diagnosen und damit auch Fehldiagnosen mit schädlichen Folgen gebe. Es sei nicht einmal klar, welche Evidenz für Vorsorgeuntersuchungen notwendig sei, und wie man andere Präventionsansätze, etwa die Verbesserung der Lebensverhältnisse, im Vergleich dazu bewerte. Das müsse die Politik beim Präventionsgesetz bedenken. ■

MEHR INFOS:
www.ebm-netzwerk.de

Dunkle Seele im Licht der Forschung

Menschheitsplage oder Medienhype – wie häufig Depressionen richtig diagnostiziert und behandelt werden, scheint unklar. Der aktuelle Versorgungs-Report aus dem Wissenschaftlichen Institut der AOK erhellt das Bild. **Von Norbert Schmacke**

Auf der Seite scholar.google.de ergab das Suchwort „Depression“ Ende 2013 89.400 Treffer in deutschsprachigen Texten, „Herzinsuffizienz“ hingegen nur 38.300 und „Brustkrebs“ 18.100. Das ist ein Indikator für die Bedeutung, die dem Thema Depression in der öffentlichen Debatte zukommt. Handelt es sich um einen Medien-Hype oder hat sich hier eine neue Menschheitsplage entwickelt, wie auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) nahelegt? Danach leiden weltweit mindestens 350 Millionen Menschen an Depressionen, jährlich bringen sich eine Million Menschen um. Die Krankheit ist nach Auffassung der WHO gut behandelbar, aber die meisten Patienten erhielten nicht die Therapie, die sie benötigen. Vor diesem Hintergrund widmet sich der Versorgungs-Report 2013/2014 aus dem Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO) der Depression. Die Analysen basieren auf Abrechnungsdaten der 24 Millionen AOK-Versicherten. Der Report will dazu beitragen, dass Gesundheitspolitik und Öffentlichkeit hinter die Schlagzeilen schauen und dass an die Stelle von Skandalisierung die Verbesserung der Informationsbasis und der Versorgungspraxis tritt.

Therapiebedarf bleibt unklar. Rund drei Viertel der depressiven Erst-Episoden ordnen Ärzte als leicht oder unspezifisch ein (*siehe Abbildung*). Eine mittelgradige oder schwere Depression stellen sie in 27 Prozent der Fälle fest. Hochgerechnet auf die deutsche Wohnbevölkerung ab 18 Jahren ergibt sich für 2010 eine Diagnosehäufigkeit von elf Prozent. Die hohe Zahl von leichten und unspezifischen Depressionen ist auf die schwierige Dia-

Fast zwei Drittel aller Depressionskranken behandelt der Hausarzt.

gnosestellung zurückzuführen. Wie groß der reale Beratungs- und Behandlungsbedarf ist, bleibt auch bei sorgfältiger Bewertung der vorliegenden Daten unklar.

Die wissenschaftlichen Informationen zur Frage nutzenstiftender Behandlungsverfahren haben sich zwar im vergangenen Jahrzehnt deutlich verbessert. Aber die zugrunde gelegten Forschungsprogramme sind im Vergleich zur sonstigen klinischen Forschung noch unterdimen-

sioniert. Dies betrifft insbesondere die nicht-pharmakologischen Behandlungsverfahren, die viel zu lange im Schatten der Psychopharmaka gestanden haben.

In der Regel werden Patienten mit einer depressiven Episode ambulant versorgt (79 Prozent), seltener in einer Klinik (zwölf Prozent) und noch seltener in beiden Bereichen (neun Prozent). Bei der Behandlung spielen Hausärzte eine zentrale Rolle: Fast zwei Drittel (64 Prozent) aller Depressionskranken werden allein von ihrem Hausarzt versorgt, vor allem Patienten mit unspezifischer Diagnose. Auch Patienten mit schwerer Depression behandelt relativ häufig der Hausarzt (38 Prozent). Eine fachspezifische Versorgung, zum Beispiel durch Psychiater oder Nervenärzte, erhalten 58 Prozent der Patienten mit schweren Depressionen.

Stepped Care wird favorisiert. Gängig ist die These, dass Hausärzte für die Unterversorgung von depressiv Erkrankten eine Hauptverantwortung tragen: Weil sie zu selten oder zu spät den Verdacht auf das Vorliegen solcher Beschwerden hätten und zu selten Spezialisten einbezögen. Der Versorgungs-Report beschäftigt sich damit, auf wie sicherem Fundament derartige Annahmen stehen, und wann seelische Beeinträchtigungen vernünftigerweise in der medizinischen Diagnostik aufgehoben sind. Offenkundig haben viele Hausärzte hierzu andere Annahmen und Antworten als Epidemiologen, Psychiater und Psychotherapeuten. Die kritische Betrachtung der epidemiologischen Daten und der spärlichen Befunde zur Qualität der Versorgung in den unterschiedlichen Sektoren spricht gegen die pauschale Annahme, dass Hausärzte ihre Rolle nicht gut wahrnehmen. In jedem Fall bedarf es einiger Anstrengungen, ehe etwa das heute vielfach favorisierte

Analysen auf Basis von Abrechnungsdaten

Der Versorgungs-Report ist eine regelmäßig erscheinende Publikation aus dem Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO). Er gliedert sich in drei Blöcke: ein Schwerpunktthema, Analysen zur Versorgung spezifischer Krankheiten beziehungsweise der Versorgung von Patienten mit spezifischen Behandlungen und einen Teil mit Übersichtsdarstellungen und -analysen zur Gesundheitsversorgung. In seinem Schwerpunkt widmet sich der Versorgungs-Report 2013/2014 der Depression als häufigster Form psychischer Erkrankungen.



Jürgen Klauber, Christian Günster, Bettina Gerste, Bernt-Peter Robra, Norbert Schmacke (Hrsg.): **Versorgungs-Report 2013/2014**. Schattauer (Stuttgart); 440 Seiten;

50 Abb.; 78 Tab., kart.; mit Online-Zugang; 54,99 € (D)/56,60 € (A); ISBN-13: 978-3794529292

Modell einer krankheitsangemessenen, schrittweisen Intensivierung der Behandlung (Stepped care) innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung als implementiert gelten kann.

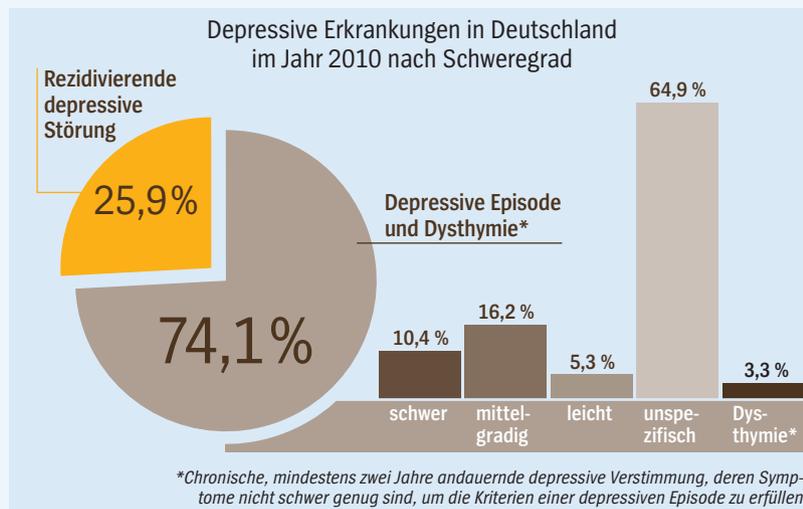
Kodierung weicht von Leitlinien ab. Der Versorgungs-Report setzt sich auch erstmals systematisch mit depressionsspezifischen Kodierungsproblemen auseinander. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte setzen das Kodierungssystem zum Teil bewusst anders ein als dies in Leitlinien gefordert wird. So bleibt offen, wie häufig die Niedergelassenen den Eindruck haben, dass Depressionen chronisch sind und damit leitliniengemäß einer besonders intensiven Behandlung bedürfen. Auch die dokumentierten regionalen Unterschiede (West-Ost-Gefälle) in der Häufigkeit von Depressionen werfen die Frage auf, wie zuverlässig Aussagen über das Ausmaß der Erkrankung und den Behandlungsbedarf getroffen werden können.

Der Versorgungs-Report präsentiert Ergebnisse von internationalen Studien. Dabei wird ein großer Bogen geschlagen, der mit der Frage der Fortbildung von Hausärzten beginnt. Es mag für Politiker und Reformer irritierend klingen, ent-

Gute Studien würden Mut machen, therapeutische Trampelpfade zu verlassen.

spricht aber einer verdichteten Forschungslage: Es ist zu kurz gedacht, Versorgungsmängel auf dem klassischen Weg der Fortbildung von Hausärzten lösen zu wollen, ohne die Komplexität von Patientenkarrieren und das Ineinandewirken der unterschiedlichen Behandlungs- und Beratungsansätze zu berücksichtigen. Noch ist offen, wie es gelingen kann, besser als heute die Gruppe der durch Depressionen besonders gefährdeten Menschen zu erkennen und die Gefahr der Chronifizierung durch eine intelligente Kombination von Selbsthilfe- beziehungsweise Schulungsansätzen mit Case-Management-Konzepten zu mindern. Angesichts der starken Partikularinteressen, auch in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung, ge-

Diagnose Depression ist meist unspezifisch



Ärzte ordnen fast drei Viertel aller depressiven Erst-Episoden als leicht oder unspezifisch ein. Nach Abrechnungsdaten der AOK-Versicherten machen depressive Erst-Episoden 74 Prozent aller diagnostizierten Depressionen aus. Etwa ein Viertel der Patienten leidet unter einer wiederkehrenden depressiven Störung.

Quelle: WIdO, Versorgungs-Report 2013/2014

winnt der Appell zur Durchführung guter kontrollierter Studien besondere Bedeutung. Wie sonst sollte Mut zur Überwindung der heutigen therapeutischen Trampelpfade entwickelt werden?

Einsatz einer Methodenvielfalt. Schließlich präsentiert der diesjährige Versorgungs-Report erstmals umfangreiche Daten zur Pharmakotherapie bei Depression. Antidepressiva stellen neben anderen zentralnervös wirksamen Medikamenten das Hauptinstrument der heutigen Therapie dar. Die Analyse spricht zunächst dafür, dass eine leitlinienkonforme Arzneimittelbehandlung von Patientinnen und Patienten mit depressiven Störungen noch nicht erreicht ist. Unter Berücksichtigung der Grenzen der verwendeten Methodik weisen die Autoren aber darauf hin, wie wichtig eine Differenzierung der Analyse nach dem Schweregrad der Depressionen wäre. Die Grenzen der Auswertung von Routinedaten sind dabei vielleicht noch nicht erreicht. Es zeigt sich aber hier wie bei vielen der oben angedeuteten Wissenslücken zum Versorgungsalltag, dass letztlich nur der Einsatz einer Methodenvielfalt in längsschnittlich angelegten Forschungsprogrammen schrittweise klären könnte, wie die Fortentwicklung des Versorgungssystems jenseits der Idee „Mehr vom Selben“ aussehen müsste. Neben Antidepressiva oder Psychotherapie können eine Vielzahl

weiterer Behandlungskonzepte die Symptomatik lindern, Rückfälle vermeiden oder eine Chronifizierung verhindern. Dazu gehören beispielsweise Psychoedukation (Schulungen mit dem Ziel, die Krankheit zu verstehen und besser mit ihr umgehen zu können), psychotherapeutische Kurzinterventionen oder die internetbasierte Verhaltenstherapie.

Nachdenken hilft. Auch wenn man die Katastrophenszenarien nicht teilt, die bei der Beschäftigung mit dem Thema Depression die Schlagzeilen füllen, so müssten und könnten wir mehr darüber wissen, wie eine nutzenstiftende Diagnostik und Therapie im Feld der Depressionen aussehen müsste. Geschieht das nicht, wird das Klagen über die vermeintlichen Unzulänglichkeiten hausärztlicher Betreuung und die Forderungen nach Vermehrung der Zahl der Behandler weiter die Tagesordnung bestimmen. Der Versorgungs-Report macht deutlich, dass mehr Nachdenken weiterhilft. Die kluge Beschäftigung mit Routinedaten bietet dafür eine exzellente Grundlage. ■

Prof. Dr. Norbert Schmacke ist Mitglied der Abteilung Versorgungsforschung im Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen sowie Mitherausgeber des Versorgungs-Reports 2013/2014. Dieser Beitrag beruht auf seinem Editorial. **Kontakt: schmacke@uni-bremen.de**

Husten und Schnupfen im Visier

Der Hals kratzt, die Nase läuft – keiner mag das. Doch müssen Ärzte bei Atemwegsinfekten immer gleich Antibiotika verschreiben, um eine Linderung herbeizuführen? Eine groß angelegte Studie geht dieser und anderen Fragen jetzt erstmals bundesweit nach. **Von Rebekka Höhl**

Deutschland kann es sich nicht leisten, sich länger nur auf Daten zu Antibiotika und Atemwegsinfekten aus anderen Ländern zu berufen. Treffender lässt sich die Motivation, die es braucht, um eine der bundesweit größten epidemiologischen Studien auf die Beine zu stellen, wohl nicht formulieren. Der Satz stammt von Professor Dr. Attila Altiner, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin an der Universität Rostock.

Gemeinsam mit der Infektiologie des Uniklinikums Freiburg und der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin des Uniklinikums Dresden hat Altiner die größte Studie initiiert, die jemals in Deutschland zu Atemwegsinfekten gemacht wurde. Dabei geht es bei der in mehreren Bundesländern laufenden Untersuchung darum, ein ganzes Set an Versorgungsfragen zu klären. Das funktioniert auch, weil die AOK die Studie unterstützt. Über 180 Haus- und Kinderarztpraxen und mehr als 30.000 bei der Gesundheitskasse versicherte Patienten aus den Regionen Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Berlin, Thüringen, Sachsen und Baden-Württemberg sollen teilnehmen (siehe Kasten).

AOK steuert Daten bei. Das Spannende an all dem: „Wir haben erstmals epidemiologische Daten direkt aus den Praxen“, sagt Experte Altiner. Der Aufwand für die Praxisteams ist dabei relativ gering: Kommt ein AOK-Versicherter mit einem akuten Atemwegsinfekt in eine der teilnehmenden Arztpraxen, wird er als erstes gefragt, ob er der wissenschaftlichen Auswertung seiner Daten zustimmt, die auch ohne Studie in der Praxis erfasst würden. Außerdem wird er darum gebeten, kurz schriftlich darzulegen, seit wann er Beschwerden hat und um welche Beschwerden es sich handelt. All das gesche-



Studie mit 30.000 Versicherten

Die 2013 gestartete Studie „Atemwegsinfekte in Haus- und Kinderarztpraxen“ soll Erkenntnisse über den Verlauf von Atemwegsinfekten liefern. Diese wiederum sollen helfen, Diagnostik und Therapie zu verbessern. 150 Haus- und Kinderärzte beteiligen sich bereits an der Studie – rund 180 sollen es insgesamt sein. 30.000 AOK-Versicherte aus mehreren Bundesländern werden in drei Zyklen rekrutiert: In der ersten Phase haben sich bereits 6.000 Patienten eingeschrieben. Zwischenergebnisse werden Ende 2014 erwartet. Die Studie wird vom Bundesgesundheitsministerium gefördert.

he unter strengen Datenschutzerfordernissen, betont Altiner. „Die Daten werden auf unterschiedlichen Ebenen pseudonymisiert und über ein Trustcenter an der Universität Hamburg zusammengeführt.“ Ein Rückschluss auf den einzelnen Patienten oder behandelnden Arzt sei daher nicht möglich. Erfasst werden Daten zur Medikation, Arbeitsunfähigkeit, Überweisungen an spezialisierte Fachärzte und Aufenthalte in medizinischen Einrichtungen – zum Beispiel im Krankenhaus – über einen Zeitraum von zwölf Monaten vor der Behandlung bis zu sechs Wochen danach.

Ganzes Set an Fragen. „Es handelt sich um eine unabhängige und rein wissenschaftliche Studie“, sagt Altiner. Die Gesundheitskasse unterstütze die Studie zwar, nehme aber keinen Einfluss auf Ausgestaltung und Datenauswertung. Altiner und seine Kollegen erhoffen sich Antworten auf die Frage, was Kriterien für eine Antibiotikaverordnung im Praxisalltag sein könnten. Die Wissenschaftler haben in diesem Zusammenhang weitere Forschungsanliegen: „Wir wissen überhaupt nicht, was mit Patienten passiert, die ein Antibiotikum verordnet bekommen und bei denen sich Nebenwirkungen zeigen“, so Altiner. Obendrein sei zu klären, ob Antibiotika tatsächlich häufiger an Frauen als an Männer und öfter an Senioren als an Kinder verordnet werden.

Versorgung optimieren. Leise klingt dabei immer das Thema bakterielle Resistenzen mit. Vorrangiges Ziel aber ist es, erst einmal wissenschaftlich fundierte Daten zum Verlauf der Atemwegsinfekte zu erhalten. Warum sich eine Krankenkasse wie die AOK an der Studie beteiligt, erklärt Altiner wie folgt: Zum einen kennen sich beide Seiten aus vorangegangenen Projekten. Zum anderen seien die beteiligten AOKs und die Allgemeinmedizin Rostock mit Blick auf die Versorgungsforschung auf der gleichen Spur unterwegs. „Nur wenn wir aus der realen Versorgung Daten erheben, können wir auch etwas in der Versorgung bewegen.“ In diesem Sinne positioniert sich auch die Gesundheitskasse: Mithilfe der Studie will sie die Versorgung weiterentwickeln und eben nicht nur auf die Kostenbremse treten. ■

Rebekka Höhl ist Redakteurin bei SpringerMedizin, Ärzte Zeitung.

ARMIN hilft beim Einnehmen

Fünf Tabletten und mehr am Tag – da verliert mancher Patient den Überblick. Größere Sicherheit bei der Verordnung und Einnahme von Medikamenten soll ein neues Modellprojekt schaffen, das jetzt in Sachsen und Thüringen gestartet ist. **Von Thomas Hommel**

Herbert Meiser (*Name geändert*) laboriert gleich an mehreren Erkrankungen. Zehn verschiedene Medikamente haben ihm die Ärzte deshalb verschrieben. Manche nimmt der Rentner vor, andere nach dem Essen ein. Manchmal bringt er das durcheinander. Und welche Risiken und Nebenwirkungen die Medikamente und die zusätzlich in der Drogerie gekauften Ergänzungsmittel haben, ist dem älteren Herrn auch nicht wirklich bewusst.

Ein Problem, das Apothekerverbände, Kassenärztliche Vereinigungen in Sachsen und Thüringen und AOK PLUS mit der „Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen“ (ARMIN), angehen wollen. Die Teilnahme am Projekt, das auf bis zu fünf Jahre angelegt ist, ist für Ärzte, Apotheker und Versicherte freiwillig.

Mehr Qualität in der Versorgung. Das Projekt soll zu mehr Bedarfsgerechtigkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung beitragen. Vor allem für chronisch Kranke, die mehr als vier Medikamente täglich einnehmen müssen, soll sich mittels einer gezielten Beratung die Therapiesicherheit verbessern und das Risiko von Einnahmefehlern reduzieren. Sachsen und Thüringen sind als Modellregion ideal, da es hier bundesweit den höchsten Anteil multimorbider Patienten gibt, die dauerhaft mehrere verschiedene Medikamente täglich benötigen. Von den 2,7 Millionen AOK PLUS-Versicherten betrifft dies laut Gesundheitskasse etwa 300.000 Patienten.

Patienten wie der eingangs erwähnte Herbert Meiser erhielten mit ARMIN die Möglichkeit, mit dem Arzt und Apotheker die Erwartungen an die Arzneitherapie zu besprechen, betont Rainer Striebel, Vorstandsvorsitzender der AOK PLUS. „Für ein solches erstes Beratungsgespräch wird sich der Arzt oder Apothe-

ker ausführlich Zeit nehmen.“ Zudem werde für den Patienten ein individueller Medikationsplan erstellt. Hoffnung der Gesundheitskasse sei es, so Striebel, „dass wir bei den teilnehmenden AOK PLUS-Versicherten eine bessere Compliance bei der vom Arzt und Apotheker vereinbarten Einnahme von Medikamenten erreichen. Davon sollte jeder Versicherte durch einen verbesserten Gesundheitszustand profitieren.“ Ob sich diese Hoffnung erfülle, werde in Form einer unabhängigen wissenschaftlichen Evaluation des Projekts untersucht, kündigt der AOK-Chef an.

Knapp 200 Arzneistoffe ausgewählt.

ARMIN fußt auf drei Modulen: Wirkstoffverordnung, Medikationskatalog und Medikationsmanagement. Nach einem Informations- und Einschreibequartal soll ab diesem Juli die Wirkstoffverordnung beginnen. Dazu wurden knapp 200 Arzneistoffe ausgewählt, die in der hausärztlichen Versorgung bedeutsam sind und hinsichtlich einer Substitution als unkritisch gelten.

Zudem wurde ein neues qualitätsgesichertes Verfahren für die Verordnung und Abgabe dieser Wirkstoffe entwickelt: Mithilfe des elektronischen Verwaltungssystems in der Arztpraxis wird automatisch eine standardisierte Wirkstoffverordnungszeile erzeugt. Der Apotheker wählt anschließend anhand des vom Arzt auf dem Rezept vermerkten Wirkstoffs das passende Präparat aus.

Die Therapieentscheidung des Arztes bleibt unangetastet. Gleichzeitig werden den Ärzten für bestimmte Krankheiten Therapieempfehlungen in einem Medikationskatalog zur Verfügung gestellt. Der Katalog listet evidenzbasiert Standard- und Reservewirkstoffe für wichtige Indikationen der Grundversorgung auf und umfasst zunächst acht Indikationen:

Hypertonie, Herzinsuffizienz, Koronare Herzerkrankung, Vorhofflimmern, Fettstoffwechselstörung, Osteoporose, Depression und Demenz.

Honorar für Beratung. Zeitlich versetzt wird das Medikationsmanagement als letzte Stufe des Projekts gezündet. Wesentlicher Bestandteil ist das Ausstellen des Medikationsplans für den Patienten. Für die zusätzlichen Patientenberatungen sowie das zeitintensive Medikationsmanagement werden Arzt und Apotheker



angemessen vergütet. Laut AOK-Vorstandschef Striebel erhalten beide im ersten Jahr für jeden AOK PLUS-Patienten jeweils ein Honorar in Höhe von 157,50 Euro. Die Gesundheitskasse trägt zudem die Investitionskosten für die Umstellung der Software in Arztpraxis und Apotheke.

Software erleichtert Handling. Die gevko GmbH – ein Tochterunternehmen der AOK – stellt den Ärzten dabei über die „S3C-Schnittstelle“ die zur Projektteilnahme nötige Informationstechnologie bereit. Dazu gehören auch die passenden Schnittstellen-Module für die Wirkstoffverordnung, das Medikationsmanagement und den Medikationskatalog. ■

Motor der Gesundheitswirtschaft

Arbeitgeber, Wirtschaftsfaktor und Gesundheitskasse – die AOK Baden-Württemberg übernimmt seit 20 Jahren soziale und wirtschaftliche Verantwortung. Zu ihrem Jubiläum wünscht sie sich mehr Qualitätswettbewerb zum Nutzen der Patienten. **Von Ines Körver**

Was haben AOK Baden-Württemberg, SWR Big Band und Otto von Bismarck gemeinsam? Der 1. April ist ihr Geburtstag. Im Falle der AOK Baden-Württemberg war es in diesem Jahr der zwanzigste. Die Gesundheitskasse nutzte das Jubiläum in der Stuttgarter Liederhalle zu einer Bestandsaufnahme – musikalisch flankiert von eben jener SWR Big Band und Jazzsänger Max Mutzke. Im Rahmen ihres Forums „AOK im Dialog“ untermauerte sie mit Zahlen ihre Rolle als wichtiger Player im Gesundheitswesen und in Baden-Württemberg. Die Gesundheitskasse hat fast 10.000 Angestellte, darunter 618 Auszubildende – „mehr als so manches große Unternehmen im Land“, wie Peer-Michael Dick kommentierte. Dick ist alternierender Vorsitzender des Verwaltungsrates und Vertreter der Arbeitgeber. Mit ihrem Haushaltsvolumen von 13,8 Milliarden Euro bewegt die AOK jeden dritten Euro, der im Ländle für Gesundheit ausgegeben wird. Die größte Krankenkasse in Baden-Württemberg (Marktanteil 43 Prozent, rund 3,9 Millionen Versicherte) bekannte sich zu

ihrer sozialen und wirtschaftlichen Verantwortung. „Wir werden uns weiterhin für eine hochwertige Gesundheitsversorgung stark machen und für zukunftsfähige Strukturen im Gesundheitswesen einsetzen“, so Dr. Christopher Hermann,

„Soziale Fürsorge geht nur, wenn der Wirtschaftsfaktor stimmt.“

Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg. „Wir sind Teil der sozialen Krankenversicherung. Diese Aufgaben nehmen wir ernst. Wir sind aber auch ein Motor der Gesundheitswirtschaft: Wir produzieren Gesundheit.“

Geld für medizinischen Fortschritt. Die Ministerin für Arbeit, Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren in Baden-Württemberg, Katrin Altpeter, in deren Ressort auch die Gesundheitspolitik fällt, warnte davor, Wirtschafts- und Sozialpolitik als Spannungsfeld aufzufassen: „Soziale Fürsorge geht nur, wenn der Wirtschaftsfaktor stimmt. Wenn wir keine Einnahmen haben, können wir auch nichts ausgeben. Als Ministerin bin ich verpflichtet, trotz sehr unterschiedlicher Bedingungen in den Regionen überall eine gute Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.“

Irmtraut Gürkan, Kaufmännische Direktorin und stellvertretende Vorstandsvorsitzende des Universitätsklinikums Heidelberg, bestätigte die Sicht der Ministerin. In ihrem Klinikum sei die weltweit größte drehbare Strahlenkanone zur Behandlung von Krebserkrankungen entwickelt worden. Gürkan sagte: „Wir haben

zwar enorme Entwicklungskosten, aber einen sauberen Businessplan. Mit den Krankenkassen haben wir Fallpauschalen vereinbart, die die erbrachten Leistungen abrechenbar machen. Wir machen so keinen Euro Gewinn, bringen aber die medizinische Entwicklung voran.“

Effizienzreserven heben. Eine gesundheitspolitische Standortbeschreibung nahm Professor Dr. Eberhard Wille von der Universität Mannheim vor. Im internationalen Vergleich liege Deutschland bei den Gesundheitsausgaben im Mittelfeld und bei den Leistungen im oberen Drittel. Der Gesundheitsökonom warnte, die gesetzliche Krankenversicherung werde in den nächsten Jahren Einnahmenprobleme bekommen. Angesichts des wachsenden Versorgungsbedarfs infolge des demografischen Wandels und der steigenden Nachfrage nach ärztlichen Leistungen sollten bestehende Optionen für mehr Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung besser genutzt werden. Es gebe noch Effizienz- und Effektivitätsreserven zu heben.

Für AOK-Chef Christopher Hermann war das Wasser auf seine Mühlen. Als Wünsche für eine zukunftsfähige Entwicklung im Gesundheitswesen nannte Hermann vor allem einen echten Qualitätswettbewerb um den größtmöglichen Patientennutzen, klare und planbare finanzielle Rahmenbedingungen für die Krankenversicherung sowie Fortschritte bei der Pflege und der konsequenten Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Da es darauf ankomme, das Gesundheitssystem nachhaltig zu entwickeln, müssten die verschiedenen Partner umso mehr an einem Strang ziehen. ■

Ines Körver ist Redakteurin im KomPart-Verlag.

Zahlen, Daten, Fakten

Die Gesundheitskasse als Sozial- und Wirtschaftsfaktor in Baden-Württemberg:

- rund 3,9 Millionen Versicherte
- 9.700 Beschäftigte, 618 Auszubildende
- 13,8 Milliarden Euro Haushaltsvolumen
- 333 Millionen Euro Investitionen in Selektivverträge (2013)
- 19 Millionen Euro Investitionen in gesundheitliche Prävention (2013)
- 9.147 Partner in der Heilmittelversorgung, Ausgaben 2013: 310 Millionen Euro
- Hausarztzentrierte Versorgung: 1,23 Millionen eingeschriebene Versicherte, 3.747 teilnehmende Ärzte

Quelle: AOK Baden-Württemberg, 3/2014

Ohne erhobenen Zeigefinger

Henrietta zeigt Kindern und Eltern auf spielerische Art, was zu einem gesunden Aufwachsen gehört. In diesem Jahr feiert die Hauptdarstellerin des gleichnamigen Theaterstücks der AOK ihren zehnten Geburtstag. **Von Thomas Hommel**

Ihr treuester Kumpel heißt Quassel. Mit ihm fliegt Henrietta, Hauptfigur des gleichnamigen Präventionstheaters der AOK, im eigenen Raumschiff hinauf ins Weltall. Die beiden landen auf verschiedenen Planeten, wo sie ulkigen Wesen begegnen. Auf ihren Himmelskörpern leben diese in unterschiedlichen Lebensgemeinschaften. Am Ende der Reise spuckt der Bordcomputer als letztes Ziel die „ideale Lebensgemeinschaft“ für die kleine Henrietta aus: ihre eigene Familie.

Exportschlager aus Brandenburg. Zum ersten Mal betrat Henrietta im April 2004 auf Initiative der AOK Nordost die Bretter, die die Welt bedeuten: In Potsdam wurde das Theaterstück „Henrietta in Fructonia“ quasi weltaufgeführt. Seit 2007 tourt das Schulmädchen zudem bundesweit umher und zeigt, wie wichtig Ernährung, Bewegung und Freundschaft sind. Rund 1,2 Millionen Menschen haben Henrietta bislang gesehen. Damit gehört das Projekt zu den größten Kinderpräventionstheatern Deutschlands. „Mit Witz und ohne erhobenen Zeigefinger zeigen Henrietta und ihre Freunde den Kindern, wie man Mut, Selbstbewusstsein und Vertrauen lernen kann. Das ist pädagogisch die beste Form, jungen Menschen Wissen und Erfahrungen zu vermitteln“, sagt Brandenburgs Bildungsministerin Dr. Martina Münch, die Schirmherrin der Henrietta-Tour ist.

„Jungen und Mädchen können gar nicht früh genug lernen, dass gute Ernährung und Spaß an Bewegung für ihre Gesundheit und Leistungsfähigkeit unverzichtbar sind“, betont auch Ministerpräsident Dietmar Woidke.

Erfolgreiches Projekt im Setting Schule.

Für den Vorstandsvorsitzenden der AOK Nordost, Frank Michalak, ist Henrietta



Henrietta in Zahlen

Das Stück „Henrietta in Fructonia“ feierte im April 2004 in Brandenburg Premiere. 2007 trat Henrietta erstmals bundesweit mit der Tour „Möhren, Kinder, Sensationen“ auf. Die Erstaufführung von „Henrietta und die Schatzinsel“ fand im März 2011 in Berlin statt. Bundesweit sahen bislang rund 1,2 Millionen Zuschauer das Präventionstheater der AOK. Im Mai 2014 startet die neue bundesweite Tour „Henriettas Reise ins Weltall“. Infos unter: www.aok-kindertheater.de

nicht nur ein Beispiel für erfolgreiche Prävention an der Schule. „Das Theaterstück ist mittlerweile zu einem gesellschaftlichen Generationenprojekt geworden, das zeigt, wie man Kinder nachhaltig anspricht und auch Lehrer und Eltern für Gesundheitsthemen gewinnen kann.“

Zu diesen Lebenswelten – den sogenannten Settings – zählen neben Schulen und Kitas auch Betriebe und Kommunen. „Hierbei unterscheiden wir nicht, für wen wir diese Angebote erbringen“, betont

Werner Mall, Leiter der Abteilung Prävention der AOK Nordost. Natürlich würden alle Schüler zu Henrietta eingeladen – egal, ob sie bei der Gesundheitskasse versichert seien oder nicht.

Gesellschaftspolitisches Megathema.

Zahlen der bundesweiten KiGGS-Langzeitstudie des Berliner Robert Koch-Instituts belegen derweil, wie wichtig es ist, sich um das Thema Kindergesundheit zu kümmern. So geht aus der Untersuchung hervor, dass 15 Prozent der Kinder und Jugendlichen im Alter von drei bis 17 Jahren übergewichtig sind. Mehr als ein Drittel von ihnen sind sogar adipös, also fettleibig. Das entspricht etwa 1,9 Millionen übergewichtigen Kindern und Jugendlichen, darunter 800.000 mit Adipositas. „Kindergesundheit ist ein gesellschaftliches Thema und es braucht nachhaltiges Engagement, Menschen und Institutionen, die sich des Themas langfristig in all seiner Komplexität annehmen“, sagt KiGGS-Projektleiterin Heike Hölling in ihrem Grußwort zur Jubiläumstour von Henrietta.

Kinder sind so gesund wie ihre Eltern.

An 22 Spielorten ist das neue Stück „Henriettas Reise ins Weltall“ in diesem Jahr bundesweit zu sehen. Thematisiert werden darin auch Inhalte der kürzlich erschienenen AOK-Familienstudie 2014. „Die Studie ist weit mehr als eine wissenschaftliche Untersuchung. Eltern finden hier auch ganz praktische Empfehlungen für ihre Gesundheit. Denn die Familienstudie weist eindrucksvoll nach: Kinder- und Elterngesundheit hängen eng zusammen. Diese Botschaft wird kindgerecht im neuen Theaterstück vermittelt“, sagt Jürgen Graalman, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes. Na denn: Happy Birthday, liebe Henrietta! ■

Arbeitsplatz mit Wohlfühlfaktor

Die Flexibilisierung der Arbeitswelt erfordert neue Strategien für das Betriebliche Gesundheitsmanagement. Experten auf einer Tagung der AOK Bayern empfahlen: In Bewegung bleiben, ohne die Balance zu verlieren. **Von Burkhard Rexin**

Telearbeit, Videokonferenzen, Smartphones – die Arbeitswelt befindet sich in einem rasanten Umbruch. Technischer Fortschritt und Wettbewerbsdruck fordern von Betrieben und ihren Mitarbeitern hohe Flexibilität. Dies kann sich, so die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, positiv auf die Beschäftigten auswirken, etwa in Form von Abwechslung und Lernfortschritt. Häufig aber kommt es zu Stress und erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Das zeigt insbesondere die Zunahme psychischer Erkrankungen. Arbeitnehmer müssen aber nicht die Leidtragenden sein. Dies machte die Fachtagung „Flexibilisierung der Arbeitswelt: Chancen und Risiken für die Gesundheit – Gestaltungsmöglichkeiten im Unternehmen“ der AOK Bayern mit Geschäftsführern, Personalleitern, Betriebs- und Personalräten, Betriebsärzten sowie Beauftragten für Betriebliches Gesundheitsmanagement aus südbayerischen Firmen deutlich.

Spagat zwischen Arbeit und Familie. Die vielfältigen Herausforderungen zwingen Arbeitgeber, ihre Konzepte im Personalmanagement stets zu überdenken, sagte der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der Gesundheitskasse, Hubertus Råde. Dr. Annette Scheder, Bereichsleiterin Gesundheitsförderung der AOK in Nürnberg, verwies auf den Paradigmenwechsel in Wirtschaft und Gesellschaft, die Entwicklung der Industrie- zur Wissensgesellschaft und neue Wertesysteme der jungen Generation. Die Flexibilisierung der Arbeitswelt sei kein eindimensionaler Prozess. Sie habe örtliche sowie zeitliche Auswirkungen und betreffe die Entlohnung sowie das Aufgabenspektrum der Einzelnen. Sie komme Mitarbeitern entgegen, wenn sie Beruf und Familie besser vereinbaren könnten. Sie führe aber auch

zu Selbstaubeutung und Leistungseinbrüchen bei Mitarbeitern, wenn diese ihre Energiereserven aufbrauchten.

Mit guter Führung zum Erfolg. Arbeitsvolumen und Leistungsanforderungen nehmen zu, Kommunikationstechnologien werden immer schneller – es gibt zahlreiche Faktoren, die Arbeitnehmer



Tut der körperlichen und mentalen Fitness der Mitarbeiter gut: Rücken entspannen und tief durchatmen.

belasten können. Für die Unternehmen kommt der demografische Wandel hinzu: In vielen Bereichen ist es schon heute schwierig, geeignete Bewerber zu finden. Die Betriebe müssen es schaffen, dass ihre Mitarbeiter auch in Zeiten zunehmenden Arbeitsdrucks und schwindender Sicherheiten gesund und motiviert arbeiten. Wirtschaftsprofessorin Jutta Rump von der Hochschule Ludwigshafen empfahl „Flexicurity“, ein Begriff der Betriebswirtschaft, der aus den Worten Flexibilität und Sicherheit entstanden ist. Flexicurity sei das unternehmerische Leitprinzip von morgen, vielfach auch schon von heute. Das verlässliche Führen von Men-

schen sei ein zentraler Erfolgsfaktor in Unternehmen. „In Bewegung bleiben, ohne die Balance zu verlieren“ lautet ihr Motto einer gelungenen lebenslangen Beschäftigungsfähigkeit. Dazu gehörten Tätigkeitswechsel und Erweiterungen des Arbeitsfeldes. Um bei flexiblen Arbeitszeiten und Anforderungen in Balance zu bleiben, müssten sich die Mitarbeiter vor allem am Arbeitsplatz wohlfühlen. Dazu könne das Betriebliche Gesundheitsmanagement viel beitragen.

Praktische Hilfe für Firmen. In fünf Foren wurden Strategien für ein zielgerichtetes Gesundheitsmanagement in der flexibilisierten Arbeitswelt vorgestellt und weiterentwickelt. Berater der Gesundheitskasse arbeiten mit vielen Firmen schon seit Jahren Hand in Hand. Sie unterstützen die Betriebe darin, Belastungen und Erwartungen ihrer Mitarbeiter zu analysieren. Die Veränderungsprozesse betreffen Firmen wie Airbus Helicopters, die in Donauwörth Hubschrauber bauen, genauso wie den Gartengeräte- und Autozubehörhersteller AL-KO in Günzburg oder die Gebäudereinigung Greitner in München. Alle berichteten von stetig steigenden Kundenansprüchen, die von ihren Beschäftigten flexibel und rasch umgesetzt werden müssen. Deshalb müsse das Betriebliche Gesundheitsmanagement nicht nur die körperliche, sondern auch die mentale Fitness ständig fördern. Ein „vertrauensvolles Miteinander“ sei die wichtigste Voraussetzung, um damit Erfolg zu haben. ■

Webtipps

www.aok-bgf.de > Bayern > Best Practice > AOK-BGF-Netzwerk Südbayern
www.dguv.de > Prävention > Themen > Gesundheit im Betrieb > Psychische Belastungen

„Todes-Statistik steuert die Prävention“

Die Erhebung der Todesursachen bildet eine wichtige Basis für gesundheitspolitische Entscheidungen. Ein bundesweit einheitlicher Totenschein würde die Qualität der Statistik erhöhen, meint **Stefanie Weber**, Expertin für medizinische Dokumentation.

Welche Bedeutung hat die Todesursachen-Statistik im Gesundheitssystem?

Weber: Forscher analysieren anhand der Statistik, wie sich die Sterblichkeit über die Jahre verändert. Die grobe Planung der Gesundheitspolitik basiert darauf: Die Todesursachen-Statistik steuert die Prävention, die Politik entscheidet anhand der Daten, wohin Gelder für die Erforschung und Behandlung welcher Krankheiten fließen. Geht es beispielsweise mehr in Richtung Krebs oder mehr in Richtung Herz-Kreislauf-Krankheiten? Mit einigen Hunderttausend Sterbefällen jährlich erreicht die Statistik eine Dimension, die andere Erhebungen nicht bieten.

Wie gut lassen sich die Daten international vergleichen?

Weber: Bei Ländern mit ähnlicher Infrastruktur und Entwicklungsstand lassen sich die Daten gut über Grenzen hinweg vergleichen. In der Todesursachen-Statistik wenden die Länder weltweit den ICD-10-Schlüssel fast gleich an. Sie ist Krankheitsstatistiken aus dem stationären Bereich überlegen, da dort verschiedene ICD-Versionen zum Einsatz kommen.

Die Statistik kann nur so gut sein wie die ausgefüllten Totenscheine. Wie kommt es zu Fehlern?

Weber: Für einen Augenarzt, der im Bereitschaftsdienst zu einem Verstorbenen gerufen wird, ist es schwieriger, den Totenschein richtig auszufüllen, als für den Internisten oder Allgemeinmediziner, der den Patienten über Jahre behandelt hat. Wenn ein Arzt unsicher ist, sollte er nicht über Erkrankungen und Todesursache spekulieren, sondern schreiben: unbekannt. Dann entscheidet der Staatsan-

walt, ob eine Obduktion erfolgen soll. Auch die Leserlichkeit stellt ein Problem dar. Die Situation beim Ausfüllen ist oft stressig für den Arzt. Dann kritzelt er vielleicht schnell etwas hin, übersieht ein Feld oder lässt Details weg. Außerdem hat jedes Bundesland eigene Formulare. Der Schein kann in einem Land mehr

Wie ließe sich die Erhebung weiter verbessern?

Weber: Ein großer Fortschritt wäre ein bundeseinheitliches Formular. Auch die Möglichkeit eines elektronischen Totenscheins gilt es ins Auge zu fassen. Allerdings erschweren Ländergesetzgebung



Für einen Augenarzt im Bereitschaftsdienst ist es schwierig, den Totenschein richtig auszufüllen.

Stefanie Weber

Zeilen haben, oder die Kästchen sind anders angeordnet. Das wirkt verwirrend.

Inwiefern trägt die Ausfüllanleitung dazu bei, Mängel zu beheben?

Weber: Unser Flyer ist eine Möglichkeit für Ärzte, schnell nachzuschauen, was sie wo eintragen müssen. Wir haben die Anleitung überarbeitet und das Format verkleinert, damit der Arzt sie griffbereit hat. Wir weisen in der Anleitung auf häufige Mängel hin, wie eine schlechte Leserlichkeit. In unserem Flyer finden Ärzte ein E-Mail-Postfach, unter dem sie bei Unklarheiten nachfragen können. Wir überlegen, ob wir zusätzlich ein Online-Training zum Ausfüllen entwickeln. Wir wollen die Ärzte aber nicht mit Infos überfrachten. Sie haben genug Papierkram auf dem Tisch. Der Flyer soll helfen, die groben Fehler auszuräumen.

und Datenschutz die Umsetzung. Das Statistische Bundesamt und das DIMDI erproben in mehreren Bundesländern ein elektronisches System, das den Text aus den Totenscheinen in den richtigen Code überführt und anhand der ICD-Regeln das Grundleiden auswählt. Da würde der elektronische Totenschein perfekt hineinpassen, und die Statistik ließe sich schneller aktualisieren. ■

Das Interview führte Änne Töpfer.

Zur Person

Dr. med. Stefanie Weber leitet die Arbeitsgruppe Medizinische Begriffssysteme im Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Das DIMDI betreut die Anwendung der Todesursachen-Kodierung und berät das Statistische Bundesamt. Mehr Infos und Flyer: www.dimdi.de > Klassifikationen > ICD-10-WHO > Todesursachenstatistik

Sternstunde für Patientenrechte?



Europa will die Gesundheit seiner Bürger schützen und die Rechte der Patienten stärken. Doch was Brüssel bei Medizinprodukten oder zum Datenschutz plant, reicht dafür nicht aus. Wo nach der Neuwahl des Europäischen Parlaments nachzubessern ist, skizziert **Elisabeth Reker-Barske**.



Europa gewinnt immer mehr Einfluss auf das deutsche Gesundheitswesen. Dies erscheint auf den ersten Blick verwunderlich. Denn nach dem Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) sind die Kompetenzen Brüssels für das Gesundheitswesen sehr eingeschränkt. Dort ist festgelegt, dass die Ausgestaltung des Gesundheitswesens und der medizinischen Versorgung in nationaler Zuständigkeit liegt. Die EU wird nur ergänzend und unterstützend tätig (Artikel 168 AEUV). Allerdings haben die Mitgliedstaaten bei der Ausübung ihrer Gestaltungshoheit das Gemeinschaftsrecht zu beachten. So müssen die nationalen Regelungen mit den Prinzipien des freien Personen-, Waren-, Dienstleistungs- und Kapitalverkehrs (vier Grundfreiheiten des Binnenmarktes) sowie mit dem EU-Wettbewerbsrecht vereinbar sein. Den freien Binnenmarkt sicherzustellen, ist zentrale Aufgabe der EU.

Krankenversicherungsschutz über Grenzen hinweg. Die positiven Einflüsse der EU sind für die gesetzlich Krankenversicherten seit über 40 Jahren direkt erlebbar. Sie genießen Krankenversicherungsschutz in der gesamten EU und darüber hinaus in Island, Liechtenstein, Norwegen und in der Schweiz. Sei es nun, dass sie sich dort im Krankheitsfall, zum Beispiel während eines Urlaubs, medizinisch behandeln lassen müssen, oder ob sie dort wohnen. Die EG-Verordnungen über soziale Sicherheit koordinieren die nationalen Systeme mit dem Ziel, Hindernisse für die Freizügigkeit der Arbeitnehmer zu beseitigen. Als Grundsatz gilt: Versicherte sind bei einer Behandlung im EU-Ausland so gestellt, als ob sie dort versichert wären.

Eine Harmonisierung des Gesundheitswesens wird auch angesichts der erheblichen Unterschiede der nationalen Systeme hinsichtlich Organisation, Finanzierung, Leistungsumfang und -fähigkeit von den EU-Mitgliedstaaten weder politisch erwünscht, noch wäre sie wirtschaftlich möglich. Prinzipiell haben sich die Koordinierungsregeln bewährt. Zugleich zeigen sie, dass es möglich ist, trotz der großen Unterschiede zwischen den nationalen Gesundheitssystemen den gesetzlich Versicherten im Krankheitsfall einen grenzüberschreitenden Schutz auf Basis des Sachleistungsprinzips zu gewähren. Das Sachleistungsprinzip hat bereits millionenfach seine Europatauglichkeit bewiesen. Ergänzend dazu nutzt die AOK-Gemeinschaft die gesetzliche Möglichkeit, durch Direktverträge mit Leistungserbringern im EU-Ausland ihren Versicherten den Zugang zu einer grenzüberschreitenden hochwertigen medizinischen Versorgung weiter zu erleichtern.

Inzwischen können sich die Versicherten die Kosten für Gesundheitsleistungen, die sie in einem anderen EU-Staat in Anspruch genommen haben, auch erstatten lassen. Dieser Anspruch resultiert aus Urteilen des Europäischen Gerichtshofs und ist im nationalen Recht verankert (Paragraf 13 Absätze 4 bis 6 Sozialgesetzbuch V). Eine europaweit einheitliche Umsetzung dieses Anspruchs ist in der EU-Richtlinie über Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung kodifiziert. Alle Mitgliedstaaten mussten den Kostenerstattungsanspruch bis zum 25. Oktober 2013 in nationales Recht umsetzen.

Patienten zieht es selten ins Ausland. Eigentlich aber wollen Patienten wohnortnah versorgt werden. Sind die Leistungen des nationalen Systems gut, zieht es sie kaum ins Ausland, um sich dort behandeln zu lassen. Und Patienten aus Ländern, in denen die Gesundheitsversorgung schlecht ist, können sich nur in seltenen Fällen teure Behandlungen im Ausland per Kostenerstattung leisten. Die grenzüberschreitende Patientenmobilität macht deshalb laut EU-Kommission europaweit auch nur rund ein Prozent der öffentlichen Gesundheitsausgaben aus. In Deutschland sind es sogar nur rund 0,3 Prozent.

Angesichts dieser geringen Patientenmobilität ist es wichtig, dass sinnvolle Verbesserungen der EG-Koordinierungsregeln, wie die Einführung eines grenzüberschreitenden elektronischen Austausches von Sozialdaten (zum Beispiel in Kostenrechnungen) nicht über das erforderliche Maß hinausgehen. Die von der EU-Kommission bereitgestellte IT-Infrastruktur darf die Mitgliedstaaten nicht dazu zwingen, ihre bewährten IT-Strukturen mit hohem Aufwand und hohen Kosten hieran anzupassen.

Webtipps

- Stellungnahmen und Positionspapiere der Deutschen Sozialversicherung zu Vorhaben der Europäischen Kommission: www.deutsche-sozialversicherung.de > Europa > Dokumente und Downloads
- Europaseiten des AOK-Bundesverbandes: www.aok-bv.de > Politik > Europa
- Gesundheitspolitik der Europäischen Kommission: <http://ec.europa.eu/health>
- Ausschuss für Umweltfragen, öffentliche Gesundheit und Lebensmittelsicherheit des Europäischen Parlaments: www.europarl.europa.eu/portal/de > Ausschüsse
- Informationen des Europäischen Parlaments zur Europawahl 2014: www.elections2014.eu/de



„In Brüssel lässt sich was bewegen“

Evert Jan van Lente, ständiger Vertreter des AOK-Bundesverbandes in Brüssel
(Kontakt: evertjan.vanlente@bv.aok.de)

Herr van Lente, Sie sind für die AOK nach Brüssel umgezogen. Warum?

van Lente: Die EU wird auch für das deutsche Gesundheitssystem immer wichtiger. Entscheidungen in Brüssel haben über Verordnungen direkte Auswirkungen, weil die Regelungen unmittelbar rechtsverbindlich werden, und indirekt über Richtlinien, die in nationales Recht umgesetzt werden müssen. Es ist deshalb wichtig, nah dran zu sein und Kontakte mit den Institutionen direkt vor Ort zu pflegen.

Nun sind viele Verbände aus unserem Gesundheitswesen in Brüssel ...

van Lente: Das stimmt. Besonders stark vertreten ist die Industrie, die pharmazeutische und die Medizinprodukte-Industrie. Deshalb ist es wichtig, dass auch die Stimme der Kostenträger der Sozialversicherungen in Brüssel gehört wird. Mit den anderen Trägern der deutschen Sozialversicherungen, Kranken-, Renten- und Unfallversicherung, sind wir vertreten über die Deutsche Sozialversicherung Arbeitsgemeinschaft Europa. Wir kooperieren auch mit den Sozialversicherungsträgern der anderen EU-Mitgliedstaaten im Rahmen des European Social Insurance Platform. Leistungserbringerorganisationen wie die Kassenärztliche Bundesvereinigung, Bundesärztekammer, Deutsche Krankenhausgesellschaft und die ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände haben ebenfalls eine Vertretung in Brüssel. Auch diese Organisationen sind an einer qualitativ hochwertigen Versorgung interessiert, die die Besonderheiten des deutschen Gesundheitssystems berücksichtigt.

Wie schätzen Sie die Möglichkeiten ein, Europas Gesundheitsgesetzgebung im Sinne der Versicherten zu beeinflussen?

van Lente: Da sehe ich gute Möglichkeiten. Bis eine Verordnung oder Richtlinie rechtswirksam ist, können Jahre vergehen. Bevor die Kommission einen Vorschlag erarbeitet, leitet sie oftmals einen Konsultationsprozess mit betroffenen Organisationen und öffentlichen Einrichtungen der EU-Staaten ein, um die Folgen abzuschätzen. Bereits in diesem frühen Stadium haben wir die Chance, die Effekte auf unser Gesundheitssystem herauszuarbeiten, damit sie in der Folgenabschätzung berücksichtigt werden. Dann ist das EU-Parlament am Zug. In der Regel gibt es dort zahlreiche Änderungsanträge, die in den Fachausschüssen und anschließend im Plenum beraten werden. Gerade hier können wir sachlich begründete Vorschläge einbringen. Am Ende sind die Regierungen der EU-Staaten im Rat gefragt. Hier spielen die zuständigen Bundesministerien eine große Rolle, die ihre Anliegen in der Regel über die Ständige Vertretung Deutschlands in Brüssel einbringen. Haben Parlament und Rat einer Verordnung oder Richtlinie zugestimmt, ist die Arbeit zudem nicht beendet. Denn seit dem Lisabon-Vertrag von 2009 kann die Kommission Ausführungsbestimmungen erlassen, die für die konkrete Umsetzung noch eine große Bedeutung haben können. Auch hier können wir dazu beitragen, dass eine neue Regelung der Sache tatsächlich gerecht wird. Sie sehen: In Brüssel lässt sich was bewegen.

Auch die in der Patientenrechte-Richtlinie enthaltenen Berichtspflichten über den Umfang der grenzüberschreitenden Patientenströme beschwören teure bürokratische Maßnahmen herauf – ohne vorherige Prüfung und Diskussion, ob Kosten und Nutzen in einem vertretbaren Verhältnis stehen. Die EU-Kommission, das Europaparlament sowie der Rat der Europäischen Union sind daher gefordert, hier Korrekturen vorzunehmen.

Angesichts der bevorstehenden Europawahl Ende Mai 2014 sind es vor allem folgende EU-Gesetzesinitiativen, die für die gesetzliche Krankenversicherung in der neuen Wahlperiode des Europäischen Parlaments von großer Bedeutung sind:

- die Medizinprodukte-Verordnung,
- die Datenschutz-Grundverordnung,
- die Versicherungsvermittlungs-Richtlinie sowie
- die Reform des EU-Mehrwertsteuersystems.

Insbesondere die geplante Medizinprodukte-Verordnung macht deutlich, wie wichtig bessere EU-Regelungen für die Gesundheitsversorgung der Bürger in Deutschland sind. Die Skandale um fehlerhafte Hüft- und Brustimplantate haben der Öffentlichkeit vor Augen geführt, dass es europaweit schwere Mängel bei der Sicherheit von Medizinprodukten mit hohem Risiko (zum Beispiel Herzkatheter, Hüft- und Knieendoprothesen, Brustimplantate, Arzneistoffe abgebende Stents, Herzschrittmacher, implantierte Defibrillatoren) sowie deren Zulassung gibt.

Mit ihrem Entwurf einer Medizinprodukte-Verordnung sollte die EU-Kommission Antworten auf solche Skandale liefern. Doch die Erwartung, dass die Patientenrechte gestärkt und die Gefahr gesundheitlicher Schäden durch fehlerhafte Hochrisiko-Medizinprodukte verringert werden, hat sich nicht erfüllt. Vielmehr konzentriert sich der Entwurf in erster Linie auf mehr Transparenz und Marktüberwachung. Beides ist zwar notwendig, aber reicht bei Weitem nicht aus.

Marktzugang für Hochrisiko-Produkte strenger regeln. Der beste und erfolgversprechendste Weg, die Sicherheit für Patienten zu gewährleisten, ist aus Sicht der deutschen Sozialversicherung eine zentrale staatliche Zulassung von Hochrisiko-Medizinprodukten, wie sie für Arzneimittel gilt. Der Aufwand hierfür würde sich auch in Grenzen halten. Denn Hochrisiko-Produkte machen weniger als zwei Prozent aller Medizinprodukte aus. Außerdem müssen die Hersteller dazu verpflichtet werden, für Hochrisiko-Medizinprodukte ein positives Risiko-Nutzen-Verhältnis sowie den therapeutischen Wert für die Patienten anhand von qualitativ hochwertigen klinischen Prüfungen (in der Regel randomisierte klinische Studien) nachzuweisen, bevor sie ihre Produkte auf den europäischen Markt bringen dürfen.

Der Gesundheitsausschuss des Europäischen Parlaments hatte zwar zunächst Änderungsanträge an dem Kommissionsentwurf beschlossen, welche die Patientensicherheit deutlich erhöht hätten. Jedoch fielen wesentliche Verbesserungsvorschläge in den weiteren Beratungen des Parlaments dem massiven Lobbydruck der Hersteller zum Opfer. Die Einführung einer zentralen staatlichen Zulassung für Hochrisiko-Medizinprodukte sowie die Verpflichtung zu hochwertigen klinischen Studien fanden keine Mehrheit. Greifen die Bundesregierung und der



Rat der EU nicht noch ein, bleibt es dabei, dass weiterhin nichtsagende Studien ohne Vergleich mit der Standardtherapie möglich sind und die Hersteller sogar auf klinische Studien verzichten können, wenn sie einfach auf Studien zu ähnlichen Produkten verweisen. Positiv ist immerhin zu vermerken, dass die Bewertung von Hochrisiko-Produkten künftig nur durch „besondere benannte Stellen“ erfolgen darf. Diese müssen über die notwendige medizinische und wissenschaftliche Expertise verfügen und von der Europäischen Arzneimittelagentur zugelassen worden sein.

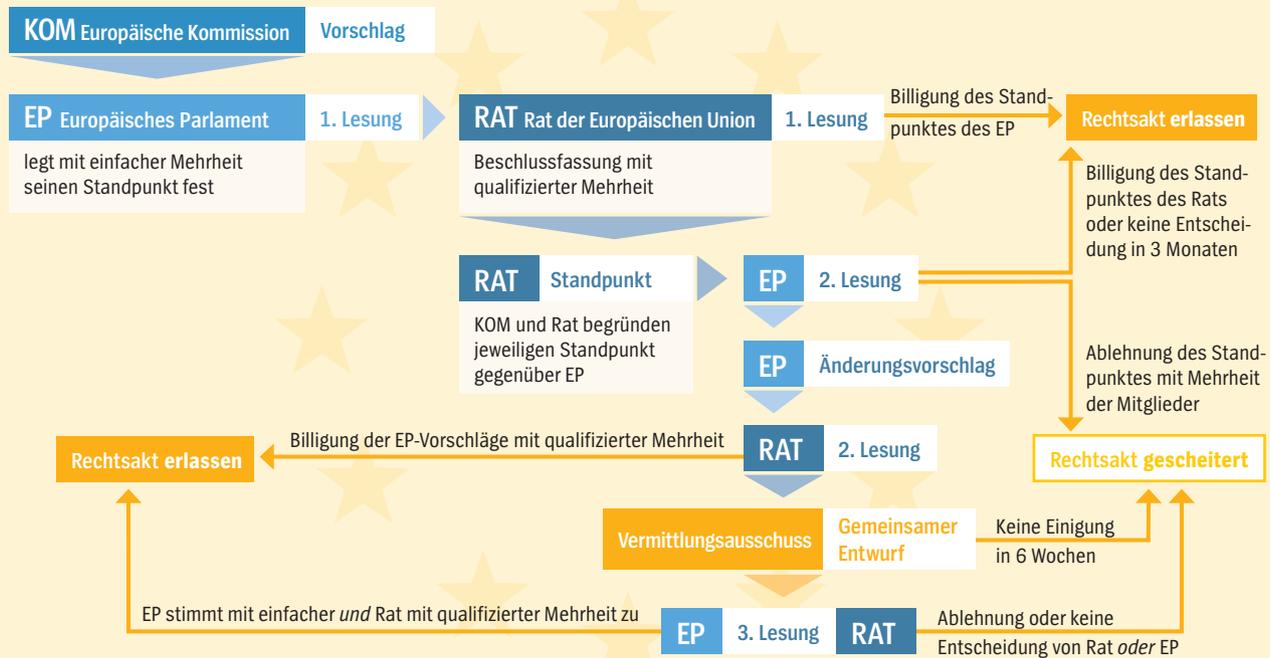
Befugnisse bei der Produktbewertung beschnitten. Gleichzeitig aber hat das Europäische Parlament die Möglichkeit erheblich eingeschränkt, die Bewertungsverfahren der besonderen Stellen zu kontrollieren. Der im Gesundheitsausschuss gefundene Kompromiss – er sah eine unabhängige, medizinisch-wissenschaftliche Kontrollinstanz für Hochrisiko-Medizinprodukte (Bewertungsausschuss für Medizinprodukte) vor – wurde bei der Abstimmung des Plenums wieder aufgeweicht. Statt eine für die verantwortlich benannte Stelle verbindliche Bewertung abzugeben, soll der Bewertungsausschuss nur noch Empfehlungen aussprechen können. Auch die geplante Koordinierungsgruppe Medizinprodukte hat kaum noch Befugnisse, um in ein laufendes Konformitätsbewertungsverfahren einer benannten Stelle

über die Sicherheit und die medizinisch-technische Leistungsfähigkeit eines Produkts einzugreifen oder es sogar zu stoppen. Somit verfehlt die eingeführte Kontrollinstanz ihre Wirkung. Denn eine Empfehlung ersetzt keine verbindlichen Vorgaben.

Wenigstens hat das Parlament die Einführung einer verpflichtenden Haftpflichtversicherung für Medizinprodukte-Hersteller beschlossen. Diese gehört auch unbedingt in die Verordnung, damit geschädigte Patienten zumindest eine Chance haben, Schadensersatzansprüche geltend zu machen und nicht – wie es derzeit häufig der Fall ist – auf ihren Behandlungskosten sitzenbleiben, falls der Hersteller insolvent ist.

Patientensicherheit geht vor. Zurzeit berät der Rat der EU den Verordnungsentwurf. Dem Vernehmen nach gibt es dort noch große Meinungsunterschiede zwischen den nationalen Regierungen. Strittig ist, ob es höhere Anforderungen beim Marktzugang geben soll oder nur die Marktüberwachung verbessert werden muss. Die Bundesregierung sollte im Rat die Chance ergreifen, das Blatt zu wenden und für eine nachhaltige Verbesserung der Patientensicherheit bei Hochrisiko-Medizinprodukten zu sorgen. Im Koalitionsvertrag sprechen sich CDU, CSU und SPD ja auch für mehr Patientensicherheit bei Medizinprodukten aus. Künftig sollen sich hierzulande Krankenhäuser, die neue Hochrisiko-Medizinprodukte einsetzen, nach der Markt-

Der Weg zu Verordnung und Richtlinie



Der Weg zum europäischen Gesetz ist vielschichtig. Bis zum Schluss können die nationalen Regierungen Änderungen an Rechtsakten (Verordnung/Richtlinie) wie der Medizinprodukte-Verordnung erreichen. Denn lehnen die Fachminister im Rat Änderungen des Parlaments an der Kommissionsvorlage ab, können sie ihren gemeinsamen Standpunkt festlegen und dem

Parlament unterbreiten. Das Parlament kann den Standpunkt billigen, ablehnen oder verändern. Akzeptiert der Rat die Änderung nicht, erarbeiten beide Organe im Vermittlungsausschuss einen Kompromiss. Billigen Parlament und Rat den neuen Entwurf, ist das Gesetz erlassen. Kommt kein Kompromiss zustande, ist der Rechtsakt gescheitert. *Quelle: EU-Parlament*

Einführung an Nutzen- und Sicherheitsstudien des Gemeinsamen Bundesausschusses beteiligen.

Für diese gute Idee sollte sich die Bundesregierung auf europäischer Ebene einsetzen. Auch der Bundestag sollte sich noch einmal dieses Themas annehmen. Denn das bisherige Verhandlungsmandat der Bundesregierung in Sachen Medizinprodukte-Verordnung stammt noch aus der vergangenen Legislaturperiode. Zu dieser Zeit hatte die Patientensicherheit nicht den Stellenwert, den ihr die heutige Bundesregierung und die Parlamentsmehrheit beimisst. Zugleich würde eine Neujustierung die deutsch-französischen Beziehungen weiter stärken. Denn Paris setzt sich in Brüssel für nachhaltige Verbesserungen der Patientensicherheit bei Medizinprodukten ein.



Werden die EU-Pläne zur Mehrwertsteuer wahr, drohen Zusatzausgaben von 34 Milliarden Euro.

Datenschutz-Vorhaben greift zu kurz. Direkte Auswirkungen auf die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat auch der derzeit beratene Vorschlag der EU-Kommission für eine Datenschutz-Grundverordnung. Diese soll die Datenschutz-Richtlinie aus dem Jahr 1995 ersetzen und das Europarecht an das digitale Zeitalter anpassen und es harmonisieren. Nach dem derzeitigen Verordnungsvorschlag ist die Verarbeitung personenbezogener Daten auf die Abrechnung von Krankenversicherungsleistungen beschränkt. Dies aber beeinträchtigt aus Sicht der deutschen Sozialversicherung die Möglichkeiten der Krankenkassen, ihre gesetzlichen Aufgaben wahrzunehmen. Denn die Verarbeitung personenbezogener Gesundheitsdaten geht hierzulande aus guten Gründen über die „Abrechnung von Krankenversicherungsleistungen“ hinaus. Weitere Daten werden insbesondere benötigt, um über Leistungsansprüche entscheiden, Prävention betreiben, die künftigen Ausgaben abschätzen oder Disease-Management-Programme für chronisch Kranke umsetzen zu können. Dies muss weiterhin im Interesse der Patienten und der Beitragszahler möglich sein und auch im europäischen Recht verankert werden.

Klarstellung bei Zusatzversicherungen erforderlich. Eine weitere europarechtliche Baustelle ist aus Sicht der GKV die geplante Richtlinie über Versicherungsvermittlung. Nachdem ein Urteil des Bundesgerichtshofs vom 18. September 2013 eine eklatante Regelungslücke offenbarte, ist im Rahmen des derzeit auf europäischer Ebene beratenen Vorschlags für eine Neufassung dieser Richtlinie eine Klarstellung erforderlich, welche die Anwendung der Richtlinie auf die gesetzlichen Krankenkassen und ihr Ver-

mittlungsgeschäft ausschließt. Ziel der von der EU-Kommission geplanten Reform ist es, den Verbraucherschutz in der privaten Versicherungsbranche durch Einführung gemeinsamer Standards für den Vertrieb und die Beratung von Versicherungsprodukten zu verbessern. In den als Körperschaften des öffentlichen Rechts verfassten deutschen gesetzlichen Krankenkassen ist dieser Verbraucherschutz bereits gesichert.

Mehrwertsteuer-Reform verursacht Kostenanstieg. Wachsam zu sein gilt es auch bei dem Vorhaben der Kommission, Ende 2014 eine Überarbeitung des EU-Mehrwertsteuersystems vorzulegen. Die Kommission plant, die Mehrwertsteuersätze in den Mitgliedstaaten zu vereinheitlichen und Ermäßigungen abzuschaffen. Zu diesem Zweck hat sie unter anderem eine Konsultation zur Frage der eventuellen Abschaffung der Steuerermäßigungen bei öffentlichen Dienstleistungen gestartet, die am 25. April 2014 endet. Die deutsche Sozialversicherung hat in einem gemeinsamen Positionspapier davor gewarnt, dass eine eventuelle Abschaffung der Ausnahmetatbestände für Gesundheits- und Sozialdienstleistungen eine Mehrbelastung von rund 34 Milliarden Euro allein im Jahre 2014 bedeuten würde. Um diese Zusatzausgaben zu kompensieren, müssten die Beitragsätze zur Sozialversicherung insgesamt um mehr als drei Prozentpunkte steigen. Dies jedoch kann weder im Interesse der Bundesregierung noch der Beitragszahler sein. Solche Belastungen lassen sich noch abwenden, da die Pläne der EU-Kommission noch nicht abschließend beraten sind.

Die Parlamente sind gefragt. Anders als in Deutschland sind EU-Gesetzesvorschläge nach Ablauf der Wahlperiode nicht automatisch hinfällig. Das hiesige Prinzip der Diskontinuität gilt auf europäischer Ebene nicht. Zu Beginn der kommenden Wahlperiode entscheidet die Konferenz der Präsidenten (Präsident und Fraktionsvorsitzende des Europäischen Parlaments), ob das Parlament seine Arbeit auf Basis der bisherigen Beratungsergebnisse fortsetzt oder von vorn beginnt.

Dies gibt auch Bundestag und Bundesrat Gelegenheit, sich noch einmal mit den EU-Vorschlägen zu beschäftigen, Stellung zu beziehen und der Regierung Handlungsanweisungen und Unterstützung für die Beratungen im Rat der EU zu geben. Bei der Medizinprodukte-Verordnung lässt sich das Blatt hin zu mehr Patientensicherheit noch wenden. In den laufenden Gesetzgebungsverfahren zur Reform des Datenschutzes und der Versicherungsvermittlung sind Änderungen nötig und möglich, um den Krankenkassen weiterhin die Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben zum Wohle der Versicherten zu ermöglichen. Und bei der geplanten Mehrwertsteuerreform gilt es, unnötige hohe finanzielle Mehrbelastungen der Beitragszahler zu verhindern.

Dies alles zeigt: Die Brüsseler Politik hat einen immer größeren Einfluss auf das hiesige Gesundheitswesen – und dies, obwohl es eigentlich laut EU-Vertrag nur national zu regeln ist. ■

Elisabeth Reker-Barske ist Leiterin Europa/Internationales in der Geschäftsführungseinheit Politik/Unternehmensentwicklung des AOK-Bundesverbandes.

Kontakt: Elisabeth.Reker-Barske@bv.aok.de

„Im Zweifelsfall geht das Wohl des Patienten vor“

Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung, Sicherheit bei Medizinprodukten, Informationen über Arzneimittel – was die europäische Gesundheitspolitik für die Bürger schon erreicht hat und was anzupacken ist, erläutert der Europa-Parlamentarier **Matthias Groot** im G+G-Interview.

Herr Groot, wie die EU-Mitgliedstaaten ihr Gesundheitswesen organisieren, ist ihre Sache. Zugleich wächst der Einfluss Brüssels auf die nationale Gesundheitspolitik. Zum Vorteil oder zum Nachteil der Bürger?

Groot: Ich sehe das in erster Linie als vorteilhaft an. Wenn der Einfluss Brüssels auf die nationale Gesundheitspolitik wächst, schaffen wir langsam aber sicher eine grenzübergreifende Gesundheitsversorgung. Wir erreichen dann europäische Standards und geben den Bürgern die Möglichkeit, über Grenzen hinweg die gleiche medizinische Versorgung zu erhalten. Weiterhin können wir so eine grenzübergreifende Gesundheitspolitik zugunsten aller Europäer betreiben. Besonders wichtig ist dieser Aspekt in den Grenzregionen. Erst im Oktober trat eine neue Richtlinie zur medizinischen Behandlung von EU-Bürgern in Kraft, bei der es jedem freigestellt ist, ob er zum Beispiel in Deutschland, Frankreich oder Italien zum Arzt geht. Dies stellt sicher, dass jeder Patient Zugriff auf eine gute und sichere Behandlung in ganz Europa hat.

Die Gesundheitsbranche ist ein bedeutender Wirtschaftsfaktor im Binnenmarkt. Wie lassen sich Industrie-Interessen und Patientenschutz unter einen Hut bekommen?

Groot: Patientenschutz und Industrie-Interessen sind gleichermaßen wichtig. Aber im Zweifelsfall geht das Wohl des Patienten klar vor. Die Skandale, die wir in den letzten Jahren etwa bei den Implantaten hatten, zeigen, dass dies so sein muss. Dafür haben wir Sozialdemokraten uns im Gesundheitsausschuss des Europaparlaments besonders eingesetzt. Zugleich müssen Forschung und Innovation weiter vorangetrieben werden.

Wie wollen Sie europaweit die Patientensicherheit erhöhen?

Groot: Spätestens seit dem Brustimplantate-Skandal und dem Rückruf fehlerhafter Hüftgelenke ist die Sicherheit von Medizinprodukten in den Fokus der Öffentlichkeit gerückt. Nicht nur diese Skandale, sondern auch aktuelle Entwicklungen bei den Medizinprodukten erfordern eine Überarbeitung der 20 Jahre alten Richtlinie. Dabei haben wir zum Beispiel neue Sicherheits-

mechanismen für Hochrisikoprodukte eingeführt. Wir hätten uns da noch mehr gewünscht, aber immerhin ist ein Schritt vorwärts gemacht worden.

Eine gleich hohe Qualität der Gesundheitsversorgung über Ländergrenzen hinweg – ist das machbar?

Groot: Ja, das ist es. Da wollen wir auch hin. Mit der grenzübergreifenden medizinischen Behandlung der Bürger haben wir den ersten Schritt gemacht. Beispielsweise wird der Arzt-

Matthias Groot, SPD, ist
Vorsitzender des Ausschusses
für Umweltfragen,
öffentliche Gesundheit und
Lebensmittelsicherheit des
Europäischen Parlaments.



besuch für Bürger erleichtert, die in Grenzregionen wohnen. Sie können ohne Vorabgenehmigung einen Hausarzt, Augenarzt oder Physiotherapeuten in anderen EU-Ländern aufsuchen, die Behandlung bezahlen und von ihrer Krankenkasse die Rückerstattung einfordern. Patienten müssen aber beachten, dass die Erstattung höchstens den Kosten für eine Behandlung im eigenen Land entspricht. Die Patienten profitieren darüber hinaus künftig von der Einrichtung nationaler Kontaktstellen, die sie umfassend über ihre Rechte informieren und über Antragsverfahren und Kostenerstattung aufklären sollen.

Welche Gesundheitsthemen gehören nach den Europawahlen ganz oben auf die To-Do-Liste des Europäischen Parlaments?

Groot: Von besonderer Bedeutung sind die Verbesserung der alten Medizinprodukte-Richtlinie und besser zugängliche Informationen für Patienten über Arzneimittel. ■

Die Fragen stellte Gabriele Hilger.

INTERVIEW

„Menschen



mit Behinderung brauchen Hilfen aus einer Hand“

Sie ist von Geburt an blind, hat zwölf Goldmedaillen bei den Paralympics gewonnen und startet jetzt in der Politik durch: **Verena Bentele**.

Im G+G-Interview spricht die neue Behindertenbeauftragte der Bundesregierung darüber, was sie für Menschen mit einem Handicap erreichen will.

Frau Bentele, herzlichen Glückwunsch zur Wahl in den Münchener Stadtrat. Machen Sie da auch Behindertenpolitik?

Bentele: Das weiß ich noch nicht. Natürlich werde ich wie alle Stadträte an den Plenumsitzungen teilnehmen. Ich muss mich dort mit sämtlichen Themen beschäftigen. In welchem Ausschuss ich fachlich arbeiten werde, mit welcher Verantwortung, welche Termine ich übernehme, das muss noch geklärt werden. Wir hatten ja gerade erst die Stichwahl, und da habe ich für unseren neuen SPD-Oberbürgermeister Dieter Reiter noch mal ordentlich Wahlkampf gemacht.

Was wollen Sie als Stadträtin in München in den nächsten sechs Jahren, also bis zur nächsten Kommunalwahl erreichen?

Bentele: Mein Schwerpunkt wird vor allem die Sozialpolitik sein, im Besonderen werde ich mich für Menschen mit Behinderung engagieren. Wichtig ist mir beispielsweise, dass mehr Menschen mit Behinderung auf dem regulären Arbeitsmarkt Erfolg haben. Wir können hier noch viel tun. Wichtig ist, den

Kontakt zu Unternehmen zu suchen und gemeinsam Lösungen zu entwickeln. In einer Stadt wie München, die wirtschaftlich gut dasteht, ist viel Potenzial da. Dieses müssen wir für Menschen mit Behinderung nutzen. Ein anderer Schwerpunkt meiner Arbeit ist die Barrierefreiheit. Öffentliche Gebäude, aber auch Sport- und Freizeitangebote müssen leicht zugänglich sein. Barrierefreiheit bezieht sich nicht nur auf bauliche Gegebenheiten, sondern auch auf die Zugänglichkeit von Informationen. Die öffentliche Verwaltung sollte hier eine Vorbildfunktion haben und alle Informationen auch für Menschen mit Behinderung aufbereiten. Wichtig ist mir auch der große Bereich der Bewusstseinsbildung. Gemeinsame Erfahrungen von Menschen mit und ohne Behinderung sind der Schlüssel für einen selbstverständlichen Umgang miteinander. Ein großes Thema in München ist darüber hinaus der knappe Wohnraum. Wir haben eine immer älter werdende Bevölkerung, viele Menschen, die Einschränkungen haben. Wir müssen bezahlbaren Wohnraum schaffen, der für alle zugänglich ist. Wir müssen durch Rahmenbedingungen darauf hinwirken, dass bei Neubauten und Sanierungen mehr auf Barrierefreiheit geachtet wird. Das sind für mich die großen Schwerpunkte.

Als Spitzensportlerin hatten und als Politikerin bekommen Sie jetzt sicher eine ganz besondere Unterstützung in Ihrer Lebenssituation. Können Sie die Probleme der – ich sage mal – einfachen Behinderten eigentlich noch so richtig nachvollziehen, die im täglichen Leben nicht so viel Unterstützung erhalten?

Bentele: Als Studentin an der Universität hatte ich Unterstützung, wenn ich mich darum gekümmert habe. Ich musste



„Das Thema Behinderung muss Bestandteil des Medizinstudiums und der Pflegeausbildung sein.“

finde „Menschen mit Behinderung“ aber gut, denn im Vordergrund steht der „Mensch“ und nicht „behindert“. Wenn man „Behinderte“ sagt, wird der Mensch auf die Behinderung reduziert. Ein wichtiges Thema ist, wie wir den Begriff „Menschen mit Behinderung“ definieren.

Sie plädieren für Hilfeleistungen aus einer Hand. Haben Sie da schon Vorstellungen, wie das gehen könnte?

Bentele: Die Problematik besteht darin, dass ganz unterschiedliche Träger und Dienstleister daran beteiligt sind. Man muss sich genau anschauen, bei wem welche Leistung angesiedelt ist und wer für was Verantwortung übernehmen kann, und dann entscheiden, wie man eine sinnvolle Bündelung erreichen kann. Ich habe da noch kein perfektes Konzept.

Aber doch sicher ein paar Ansatzpunkte für die Diskussion?

Bentele: Im besten Falle gibt es eine Art Servicestelle, wo Menschen mit Behinderung erfahren, an wen sie sich wenden müssen, um die richtigen Anträge zu stellen, und wo sie Hilfeleistungen herbekommen. Der Servicegedanke muss im Vordergrund

das alles selbst organisieren. Im Moment habe ich eine dicke Nase, weil ich vorgestern ganz extrem gegen die Tür gelaufen bin. Es geht immer darum, wie ich mich organisiere und wie ich mir die richtigen Hilfsmittel und die notwendige Unterstützung verschaffe. Jetzt habe ich bei meiner Arbeit natürlich schon viel Hilfe. Ich habe hier ja auch einen wahnsinnig eng getakteten Zeitplan. Aber in München fahre ich wie jeder andere auch U-Bahn und muss mich durch die Bauzäune am Hauptbahnhof kämpfen. Da habe ich nicht immer jemanden dabei, der mir hilft.

Welche zusätzlichen Hilfen brauchen Behinderte am meisten?

Bentele: Menschen mit Behinderung müssen vor allem wissen, woher sie Hilfeleistungen bekommen. Deswegen fordere ich, dass die Hilfeleistungen aus einer Hand kommen. Die ganze Unterstützungslandschaft, also wer welche Hilfen für wen leistet, ist sehr komplex. Das muss sich ändern. Der zweite wichtige Punkt ist, dass Menschen mit Behinderung ihre Bedürfnisse klar artikulieren sollten. Menschen mit und ohne Behinderung können nur dann eine gemeinsame Gesellschaft gestalten, wenn sie Verständnis füreinander haben.

Nun zu ihrer Rolle als Behindertenbeauftragte der Bundesregierung. Entschuldigen Sie, wenn ich „Behinderte“ sage – Sie sagen immer „Menschen mit Behinderung“.

Bentele: Die Sprachregelung ist generell „Menschen mit Behinderung“. Wenn ich über mich spreche, dann sage ich einfach „Ich bin blind“ – und nicht: „ein Mensch mit Sehbehinderung“. Ich



stehen. Alle Informationen, die es gibt, sollten irgendwo zentral verfügbar sein. Das ist für mich ein wichtiges Ziel. Das Grundproblem ist, dass Menschen es schwer haben herauszufinden, was es für Unterstützungsmöglichkeiten gibt – egal ob sie von Geburt an behindert sind oder die Behinderung im Laufe ihres Lebens bekommen haben. Wenn zum Beispiel Eltern ihr Kind auf eine inklusive Schule schicken, müssen sie sich meist selbst um eine Nachmittagsbetreuung bemühen, wenn diese nötig ist. An Förderschulen ist die Nachmittagsbetreuung für Kinder mit Behinderung deutlich besser geregelt als in inklusiven Schulen. Das liegt an den gesetzlichen Rahmenbedingungen. Aufgabe ist es also, daran zu arbeiten, Kinder, die inklusiv beschult werden, mit den Kindern an Förderschulen gleichzustellen.

Denken Sie an kommunale Servicestellen oder auf Landesebene?

Bentele: Im Koalitionsvertrag ist vereinbart, dass wir die Kommunen mit dem geplanten Gesetz bei der Eingliederung von Menschen mit Behinderung stärker als bisher finanziell unterstützen werden. Das Problem ist der Bereich der Eingliederungshilfe. Da muss man immer streng trennen zwischen dem, was Menschen mit Behinderung für Unterstützung benötigen und was die Kommunen entlastet. Zwar ist die finanzielle Seite wichtig, uns geht es aber um die inhaltlichen Belange. Ich vertrete Menschen mit Behinderung und suche mit den Betroffenen, den Interessensverbänden, der Selbsthilfe und den Sozialhilfeträgern nach Lösungen.

Das klingt nach einem Gordischen Knoten. Wo ist das Schwert, mit dem wir den durchhauen können?

Bentele: Ich würde nicht von einem Gordischen Knoten sprechen. Ich sehe eher viele kleine Knötchen. Das ist ein viel passenderes Bild, weil die Probleme so vielfältig sind. Menschen mit Behinderung sind keine homogene Gruppe, für die es eine Lösung gibt. Jeder hat eine andere Lebenssituation, jede Behinderung hat ihre eigenen Herausforderungen, jede Persönlichkeit ist anders. Ich werde nicht versuchen, etwas durchzuhauen, sondern mich bemühen, auch durch Kommunikation das eine oder andere Knötchen zu entwirren. Das ist schon eine große Aufgabe.

Gibt es Punkte, wo das Leistungsangebot der Krankenkassen ausgeweitet werden sollte?

Bentele: Oft geht es um Ermessensentscheidungen, wenn eine Therapie oder ein Hilfsmittel nicht im normalen Leistungskatalog enthalten sind. Wie bei allen Themen der Behindertenpolitik ist die Partizipation auch im Gesundheitswesen wichtig. Menschen mit Behinderung sollten beteiligt werden, wenn es darum geht, ob neue Therapiemöglichkeiten anerkannt werden und welche Hilfsmittel wirklich notwendig sind. Da gibt es bei Krankenkassen oft ein anderes Verständnis von dem, was unbedingt bezahlt werden muss, als bei Menschen mit Behinderung.

Welche weiteren Probleme sehen Sie für Menschen mit Behinderung in der Gesundheitsversorgung?

Bentele: Das Wichtigste für mich ist: Wie barrierefrei sind eigentlich die Leistungserbringer, also Arztpraxen und Krankenhäuser? Das kann noch verbessert werden. Es geht auch darum, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Pflege- und Gesundheitssystem entsprechend ausgebildet sind. Es gibt ja schon Arztpraxen, die sich auf Menschen mit Behinderung spezialisiert haben, wo das Personal auf unsere Bedürfnisse eingestellt ist.

Spezialpraxen für Menschen mit Behinderung – würde man sie damit nicht ausgrenzen?

Bentele: Gesundheitszentren speziell für Menschen mit Behinderung sind nicht ausschließlich die Lösung. Der Schlüssel liegt in der Ausbildung: Das Thema Behinderung muss Bestandteil im Studium und in der Ausbildung sein. ■

Das Interview führte Burkhard Rexin.



„Mehr Menschen mit Behinderung sollten auf dem regulären Arbeitsmarkt Erfolg haben.“

Zur Person

Verena Bentele, geboren am 28. Februar 1982 in Lindau am Bodensee, wächst mit zwei Brüdern auf einem Biobauernhof auf. 2001 macht sie ihr Abitur auf dem Blindengymnasium in Marburg. Anschließend studiert sie in München Neuere Deutsche Literatur, Sprachwissenschaften und Pädagogik. Parallel dazu gehört sie von 1995 bis 2011 der Paralympischen Nationalmannschaft im Skilanglauf und Biathlon an und gewinnt insgesamt zwölf Goldmedaillen. 2010 und 2012 ist sie von der SPD benanntes Mitglied der Bundesversammlung, die den Bundespräsidenten wählt. Ab 2011 arbeitet sie als selbstständige Referentin für Personaltraining und -entwicklung. Seit 2014 ist sie Bundesbeauftragte für die Belange von Menschen mit Behinderungen.

Pflege auf



Wanderschaft

Immer mehr Pflegekräfte suchen ihr Glück im Ausland. Wissenschaftler haben die Gründe für den Wunsch nach einer Auswanderung erforscht. Ein schlechtes Arbeitsumfeld und emotionale Erschöpfung spielen dabei eine wichtige Rolle.

Britta Zander und **Reinhard Busse** stellen Ergebnisse einer europäischen Vergleichsstudie vor.

Es ist Samstagabend. In einem Ferienlager ist das Norovirus ausgebrochen. Die Kinder leiden unter Erbrechen und Durchfall. Sie werden in das nächstliegende Krankenhaus gebracht. In einem mehrstündigen Einsatz versorgen Ärzte und Pflegekräfte die kleinen Patienten und bringen gemeinsam die Situation unter Kontrolle. Am Ende der Schicht sind die Klinikmitarbeiter erschöpft, aber glücklich. Die Zusammenarbeit hat funktioniert. Den Kindern geht es gut. Ihre Eltern sind froh, sie in guten Händen zu wissen. Das Team bekommt Lob von allen Seiten.

Aus Situationen wie dieser ziehen Pflegekräfte die Motivation für ihren Beruf. Leider sieht die Realität in deutschen Krankenhäusern oft anders aus: Statt Teamarbeit und Lob gibt es Frust und hohe Fluktuation. Zahlen aus der Pflegeforschung bestätigen diese Eindrücke. Nach Ergebnissen einer umfangreichen europäischen Studie würden 36 Prozent der deutschen

Pflegekräfte aus Unzufriedenheit ihren Arbeitsplatz innerhalb des nächsten Jahres verlassen, 16 Prozent von ihnen sogar den Pflegeberuf ganz an den Nagel hängen (Heinen et al. 2013, Aiken et al. 2012).

Zahl der Auslandspendler steigt. Laut Modellrechnungen von Anja Afentakis (Statistisches Bundesamt) und Tobias Maier (Bundesinstitut für Berufsbildung) aus dem Jahr 2010 werden hierzulande bis zum Jahr 2025 in der Pflege 152.000 Beschäftigte fehlen. Diese Zahlen stimmen nachdenklich, besonders, wenn von den 36 Prozent unzufriedenen und wechselbereiten Pflegekräften tatsächlich viele ihr Glück im Ausland versuchen. Nach Angaben der Europäischen Kommission sind im Zeitraum von 2010 bis 2012 aus Deutschland 2.375 Pflegekräfte ausgewandert. Diese Zahl erscheint zunächst nicht sehr hoch. Aber bei einer unattraktiven Situation für Pflegekräfte kann sie sich

leicht vervielfachen. Die in den letzten Jahren steigende Zahl von Pflegenden, die täglich zur Arbeit ins benachbarte Ausland fahren, stützt die negative Prognose. So hat in der Grenzregion von Rheinland-Pfalz die Zahl der Tagespendler nach Luxemburg seit 2009 in nur drei Jahren um 30 Prozent zugenommen, Tendenz steigend. Doch warum verlassen Pflegekräfte Deutschland? Was erwartet sie in den Hauptzielländern der Auswanderung?

Befragung ermöglicht Ländervergleich. Antworten auf diese Fragen vermittelt die Studie RN4Cast (Registered Nurse Forecasting: Human Resources Planning in Nursing), für deren deutschen Teil die Technische Universität Berlin verantwortlich



Mit einem Personalschlüssel von eins zu fünf sind viele Pflegekräfte in Holland unzufrieden.

zeichnet. Im Rahmen der Studie erhoben die Forscher zwischen 2009 und 2011 in zwölf europäischen Ländern Daten von insgesamt 33.659 Pflegekräften aus 488 Akutkrankenhäusern zu sämtlichen Aspekten ihres Arbeitsalltags. Die 118 Fragen zur Datenerhebung beziehen sich auf die Arbeitsumgebung, Burnout, Arbeitszufriedenheit, Versorgungsqualität und den Personaleinsatz (Personalbesetzung und Ausbildung/Weiterbildung). In Deutschland wurden 49 Krankenhäuser mit insgesamt 1.512 examinierten Pflegefachkräften in die Studie eingeschlossen (zum Hintergrund der Studie siehe *Webtipps: Zander et al.*). Der umfangreiche Datenpool der Studie verspricht einen völlig neuen Erkenntnisgewinn für die Pflegeforschung, da er es ermöglicht, Antworten der Studienteilnehmer über alle Länder hinweg zu vergleichen.

Wir konzentrieren uns in der vorliegenden Analyse auf die für die Auswanderung relevanten Gründe. Zu diesen sogenann-

ten Push-Faktoren gehören eine hohe Arbeitsbelastung aufgrund schlechter Personallage, hohe emotionale Belastungen, ein niedriges Gehalt, fehlende Anerkennung, schlechte Zusammenarbeit innerhalb der Pflege und mit Ärzten, schlechte Arbeitsumgebung sowie schlechte Weiterbildungsmöglichkeiten (Ognyanova und Busse 2011). Dabei betrachten wir die Hauptzielländer der deutschen Pflegekräfte: Großbritannien, Niederlande, Norwegen, Schweden und die Schweiz. Österreich, ein weiteres wichtiges Zielland, hat nicht an der RN4Cast-Studie teilgenommen.

Dünne Personaldecke macht unzufrieden. Die Unzufriedenheit mit den einzelnen Push-Faktoren variiert zum Teil enorm, sowohl innerhalb Deutschlands, als auch im Vergleich zwischen den betrachteten Ländern (siehe Tabelle „Push-Faktoren: Was Pflegekräfte aus dem Job treibt“ auf Seite 35). Die Personalsituation ist der Push-Faktor, der die höchste Unzufriedenheit hervorruft: In Deutschland geben 82 Prozent aller Pflegekräfte an, mit dem Personalschlüssel unzufrieden zu sein. Tatsächlich kümmert sich eine Pflegekraft in Deutschland im Durchschnitt um zehn Patienten. Das ist mehr als in allen anderen untersuchten Ländern. Dagegen betreut eine Pflegekraft in Norwegen nur vier Patienten, in den Niederlanden fünf, in der Schweiz und in Schweden sechs und in Großbritannien acht. Vergleicht man die Unzufriedenheit mit den personellen Ressourcen aber mit dem tatsächlichen Personalschlüssel, entsteht ein komplexes Bild. So sorgt der überdurchschnittlich gute Personalschlüssel in den Niederlanden dennoch für relativ hohe Unzufriedenheit (68 Prozent der Befragten). Dagegen sind Pflegekräfte in der Schweiz mit dem Personalschlüssel eins zu sechs (Mittelfeld) im Ländervergleich am zufriedensten. Ähnliche Diskrepanzen konnten wir beim Vergleich der Ergebnisse unter den deutschen Krankenhäusern beobachten.

Einkommens-Zufriedenheit hängt von der Kaufkraft ab. Mit dem Gehalt sind zwei Drittel der befragten Pflegekräfte in Deutschland unzufrieden. Im Vergleich der sechs betrachteten Länder liegen sie damit im Mittelfeld. In der Schweiz, wo die Einkommen in der Pflege höher liegen, sind zwar deutlich weniger Schwestern und Pfleger mit ihrem Gehalt unzufrieden (34 Prozent) – in Schweden und Norwegen allerdings viel mehr (80 beziehungsweise 78 Prozent), obwohl die Einkommenssituation auch dort besser als in Deutschland ist. Auch innerhalb Deutschlands gibt es zwischen den Krankenhäusern große Schwankungen bei der Bewertung dieses Push-Faktors. Das lässt sich auf unterschiedlich hohe Lebenshaltungskosten zwischen städtischen und ländlichen Gebieten zurückführen.

Um die Aussagekraft für den Vergleich der Gehälter zu erhöhen, haben wir die Einkommens-Zufriedenheit in der Pflege mit den Durchschnittsgehältern verknüpft. Danach liegt das Gehalt in der Pflege im Krankenhaus in fast allen untersuchten Ländern über dem Durchschnitt aller Branchen: In Deutschland übersteigt es das Durchschnittsgehalt um 17 Prozent, in Großbritannien um zehn Prozent, in Schweden um acht Prozent, in den Niederlanden um vier Prozent und in Norwegen um drei Prozent. In der Schweiz

liegt das Gehalt in der Pflege genau im Durchschnitt. Die Pflegekräfte sind dort in der Mehrzahl aber mit ihrem Gehalt zufrieden. Das könnte darauf zurückzuführen sein, dass das Durchschnittseinkommen über alle Branchen hinweg vergleichsweise hoch ist. In Norwegen und Schweden bewerten die Pflegenden ihre Einkommenssituation hingegen relativ schlecht, trotz ähnlich hoher Durchschnittsgehälter wie in der Schweiz. Ein Grund könnten die Kaufkraftunterschiede sein, die sich aus der Mehrwertsteuerhöhe ergeben (25 Prozent in Norwegen und Schweden gegenüber acht Prozent in der Schweiz).

Anerkennung hebt die Stimmung. Fehlende Anerkennung sorgt bei knapp 65 Prozent der deutschen Befragten für Missstimmung und schlechte Motivation. Damit liegt Deutschland am Ende der untersuchten Länder. In der Schweiz fühlen sich 39 Prozent der Pflegekräfte nicht anerkannt. Es scheint in vielen Krankenhäusern noch nicht angekommen zu sein, dass fehlende Anerkennung Auswirkungen auf die Stimmung, und damit auf die Leistung der Pflegekräfte hat. Das kann letztendlich auch zu stärkerer Abwanderung führen. In vielen Kliniken mangelt es schlichtweg an einer Lobe-Kultur. Fehlt die Anerkennung im Job, steigt die Frustration und der Antrieb sinkt, eine Sache gut zu machen. Studien haben gezeigt, dass fehlende Anerkennung zu emotionaler Erschöpfung und Burnout führt, sowie zum Unterlassen von relevanten Pflegetätigkeiten.

Auch die Arbeitsumgebung beeinflusst die Zufriedenheit der Pflegekräfte. In Deutschland beurteilen 52 Prozent von ihnen das Arbeitsumfeld als schlecht, in Großbritannien sind es 56

Prozent und in Schweden 57 Prozent. Das bedeutet, dass in nur zwei der fünf Länder – den subjektiven Einschätzungen der Studie folgend – Pflegekräfte mit ihrem Arbeitsumfeld zufriedener sind als in Deutschland. Die schlechte Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Ärzten sorgt bei 42 Prozent der deutschen Schwestern und Pfleger für Frustration. Mit diesem Wert ist Deutschland ebenfalls Spitzenreiter unter den Ländern, besonders im Vergleich zu Großbritannien, wo nur 23 Prozent der Befragten unzufrieden mit der Zusammenarbeit waren.

Burnout gefährdet Patientenversorgung. Ein knappes Drittel der deutschen Pflegekräfte fühlt sich emotional erschöpft und befindet sich damit an der Schwelle zum Burnout. Dieser Wert ist der zweitschlechteste unter den sechs Ländern und wird nur von Großbritannien überboten (42 Prozent). In den Niederlanden hingegen beträgt der Anteil der emotional erschöpften Schwestern und Pfleger nur zehn Prozent. Die Folgen von Burnout sind nicht nur für die Beschäftigten selbst gravierend, sondern haben mitunter einen negativen Einfluss auf die Patientenversorgung. Das zeigt sich besonders im Bereich der psychosozialen Versorgung und Dokumentation, aber auch bei der Patientenüberwachung und im Schmerzmanagement. Das Thema Burnout bietet viel Raum für kontroverse Diskussionen, weil nur wenige wirklich etwas damit anfangen können. Dabei steigen die Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen bei Pflegenden stetig an.

Erhebungen verschiedener Krankenkassen zeigen, dass in Deutschland die Pflegekräfte zu den Berufsgruppen mit den

Was Pflegekräfte aus dem Job treibt

Gründe für Unzufriedenheit von Klinik-Pflegekräften („Push-Faktoren“), Anteil der Befragten in Prozent

Grund für Unzufriedenheit	Deutschland	Schweiz	Norwegen	Niederlande	Schweden	Großbritannien
Inadäquate Personalbesetzung	82,1	51,9	60,6	68,6	52,6	73,3
Niedriges Gehalt	66,3	34,4	77,6	58,2	80,3	46,1
Geringe Anerkennung	64,8	38,9	43,7	49,4	53,5	52,9
Schlechtes Arbeitsumfeld	51,8	36,6	29,0	44,0	56,6	56,0
Schlechte Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegepersonal	42,0	27,0	29,3	38,0	41,9	23,2
Emotionale Erschöpfung	30,1	14,9	23,5	10,2	29,4	42,2
Schlechte Weiterbildungsmöglichkeiten	29,9	22,6	50,5	32,4	51,3	33,1

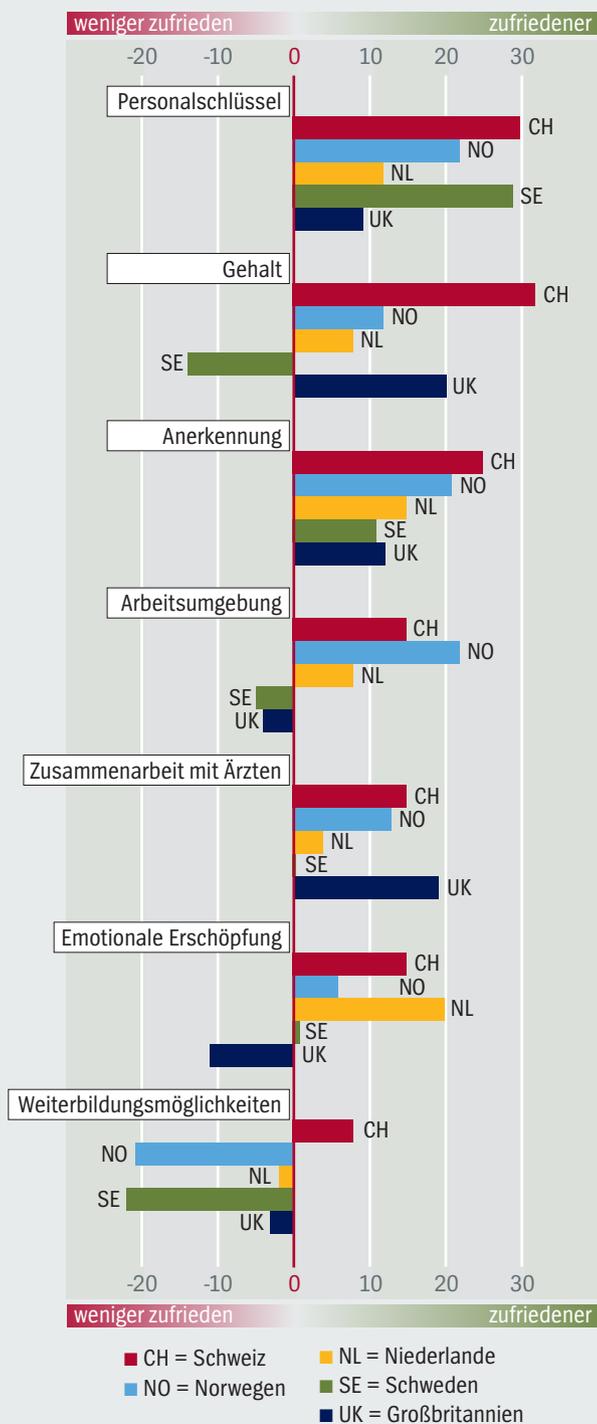
Viele Pflegekräfte in Deutschland äußern sich in der RN4Cast-Studie unzufrieden über die Personalsituation (82 Prozent). In den Vergleichsländern waren weniger Befragte mit dem Personalschlüssel unzufrieden. Tatsächlich

betreut hierzulande eine Pflegekraft im Vergleich die meisten Patienten – durchschnittlich zehn. In Norwegen sind es nur vier Patienten. Mit 61 Prozent liegt die Unzufriedenheit mit diesem Faktor dort dennoch relativ hoch.

Quelle: RN4Cast; Zander et al.

Wo sich Pflegekräfte wohl fühlen

Grad der Unzufriedenheit:
Differenz zu Deutschland (Nulllinie) in Prozentpunkten



In beliebten Zielländern für Pflegende aus Deutschland bewerten die heimischen Fachkräfte die Personalbesetzung, die Anerkennung und die Zusammenarbeit mit Ärzten besser als in Deutschland. So liegt der Grad der Unzufriedenheit mit dem Gehalt bei Pflegekräften in der Schweiz um mehr als 30 Prozentpunkte unter dem in Deutschland. Nur bei der Bewertung der Weiterbildungsmöglichkeiten kann Deutschland glänzen.

Quelle: RN4Cast; Zander et al.

höchsten Fehlzeiten gehören. Zudem hat sich hierzulande das Burnout-Level unter Pflegekräften seit 1999 verdoppelt, wie der Vergleich mit der RN4Cast-Vorgängerstudie (IHOS) zeigt. Zu den Gründen gehören Defizite in der Versorgungsqualität, die hohe Arbeitsbelastung und fehlende Anerkennung durch Ärzte und Vorgesetzte. Das Pflegemanagement ist vielerorts ratlos angesichts dieses Problems.

Unterschiede bei Karriere-Erwartungen. Bei den Weiterbildungsmöglichkeiten scheint die Unzufriedenheit unter den deutschen Pflegekräften (30 Prozent) und denen in der Schweiz (23 Prozent) recht niedrig zu sein – jedenfalls im Vergleich zu Schweden und Norwegen (jeweils 51 Prozent). Dieses Ergebnis mag auf den ersten Blick verwundern, lässt sich aber erklären: Der Grad der Zufriedenheit hängt im Wesentlichen von der Erwartungshaltung des Einzelnen ab. Die Erwartungen an die eigene Karriere beruhen wiederum zum Großteil darauf, welche Grundausbildung die Pflegekräfte in ihren Ländern bekommen haben. In Schweden beispielsweise erlangt eine Pflegekraft den Bachelor-Abschluss als Grundausbildung. Dadurch steht ihr von vornherein ein breites Angebot an Arbeitsmöglichkeiten zur Verfügung, ob im Krankenhaus, in Lehreinrichtungen oder in Managementpositionen. Dadurch sind die Erwartungen an die eigene Karriere höher als in Ländern wie Deutschland, die den akademischen Abschluss noch nicht flächendeckend anbieten. Die vergleichsweise hohe Zufriedenheit hierzulande lässt sich also damit erklären, dass die Mehrheit der Pflegekräfte sich von vornherein weniger Karrierechancen verspricht und die Nachfrage nach Weiterbildung deshalb geringer ist.

Abenteuerlust bleibt unberücksichtigt. In einigen Teilen Europas, die hierzulande als beliebte Zielländer für Pflegende gelten, empfinden die heimischen Fachkräfte die Situation also zum Teil deutlich besser als in Deutschland (siehe Abbildung „Wo sich Pflegekräfte wohl fühlen“ auf dieser Seite). Bei den Faktoren Personalschlüssel, Anerkennung und Zusammenarbeit mit Ärzten schneiden nach den Ergebnissen der RN4Cast-Studie alle Länder gegenüber Deutschland besser ab. Im Ländervergleich bietet die Schweiz die besten Aussichten auf eine zufriedenstellende Karriere, da sich eine deutsche Pflegekraft in allen sieben Faktoren verbessern würde. In den Niederlanden und Norwegen wäre das immerhin bei sechs Faktoren der Fall, und in Schweden und England bei vier.

Es lässt sich also nicht in allen Ländern die Hoffnung auf bessere Arbeitsbedingungen erfüllen. Auch ist völlig offen, ob eine deutsche Pflegekraft die Situation in einem anderen, in der Studie besser abschneidenden Zielland ebenso positiv bewerten würde, wie die Menschen vor Ort. Ausgeblendet wurden in dieser Analyse außerdem Auswanderungsgründe wie Sprache, Kultur oder Abenteuer, die eher individueller Natur sind.

Neuzugänge müssen ins Team passen. Der Personalmangel und seine Auswirkungen werden länderübergreifend als ein gravierendes Problem wahrgenommen. Die RN4Cast-Studie hat allerdings Länder und Kliniken identifiziert, die mit ihren Personalressourcen effizienter umzugehen scheinen als andere. Das

zeigt sich in höherer Zufriedenheit von Pflegenden, einer besseren Arbeitsmoral sowie einer höheren Versorgungsqualität. Es muss also Faktoren geben, die die Personalsituation positiv beeinflussen. Qualitative Untersuchungen rund um die RN4Cast-Studie analysieren die Erfolgsrezepte dieser Krankenhäuser und liefern bereits erste Hinweise. So simpel es klingt: Ein gutes Arbeitsklima und die richtige Zusammensetzung der Pflgeteams beeinflussen alle untersuchten Push-Faktoren positiv. Pflegedienstleitungen sollten bei Einstellungen gezielt darauf achten, ob die Neuzugänge in die bestehenden Teams passen – sowohl in Hinblick auf die fachlichen wie auch auf die sozialen Kompetenzen. Ein gut funktionierendes Pflgeteam, das durch Respekt, ein partnerschaftliches Miteinander und eine angenehme, vertrauensvolle Stimmung besticht, kann die Identifikation mit dem Arbeitsplatz spürbar steigern. Dadurch verbessern sich die Krankenstände und die Patientenversorgung.

Ärzte lernen viel von Pflegekräften. Ein weiterer Fokus betrifft die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegenden sowie Anerkennung und Lob für die Arbeit. Letztendlich lernen Ärzte am Anfang ihrer Karriere oft sehr viel von Pflegekräften. Warum also deren Arbeit nicht auch weiterhin schätzen? Anerkennung besitzt nachgewiesenermaßen einen positiven Effekt auf die Motivation und schützt damit vor Burnout, was nebenbei die Krankenstände senken könnte und damit die Personalknappheit mildert. Daneben sollten Krankenhäuser an der Weiterbildung arbeiten und in einem ersten Schritt flächendeckend strukturierte Personalgespräche mit individueller Karriereplanung einführen.

Die Verantwortung für die Umsetzung dieser Empfehlungen liegt nicht zuletzt beim Pflegemanagement. Die Führungsebene muss besonders emotional erschöpfte Mitarbeiter gut im Auge

behalten und ihnen eine Plattform bieten, auf der sie sich mitteilen können. Dem steht allerdings entgegen, dass viele Menschen immer noch ungern über Burnout und psychische Probleme reden, da ihnen dies als Schwäche ausgelegt wird. In der RN4Cast-Studie fanden sich aber durchaus Kliniken, in denen es keine Burnout-gefährdeten Pflegekräfte gab. Dort scheinen die Mitarbeiter anders mit der Arbeitsbelastung umzugehen.



In Schweden
sind Pflegekräfte
mit Gehalt und
Weiterbildung
weniger zufrieden
als in Deutschland.

Web- und Lesetipps

- www.pflege-wandert-aus.de Auf dieser Website stellt der Fachbereich Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin, ausgewählte Ergebnisse der RN4Cast-Studie verständlich und mithilfe kurzweiliger Animationen dar.
- www.mig.tu-berlin.de > Forschung > Abgeschlossene Projekte > RN4CAST. Dort finden sich PDFs verschiedener Publikationen zur Studie.
- www.rn4cast.eu Offizielle Projekt-Website
- Anja Afentakis und Tobias Maier: **Projektionen des Personalbedarfs- und -angebots in Pflegeberufen bis 2025**. Statistisches Bundesamt. Wirtschaft und Statistik 11/2010.
- Britta Zander, Lydia Dobler, Michael Bäumler, Reinhard Busse: **Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern – Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast**. Das Gesundheitswesen 2014 (noch nicht online veröffentlicht)
- Britta Zander, Miriam Blümel, Reinhard Busse: **Nurse migration in Europe – Can expectations really be met?** Combining qualitative and quantitative data from Germany and eight of its destination and source countries. International Journal of Nursing Studies 2013 Feb;50(2): Seite 210–218.

Magnetkrankenhäuser als Vorbild. Einige Länder und Krankenhäuser gehen also mit gutem Beispiel voran. Sie zeigen, dass viel Potenzial für bessere Arbeitsbedingungen und zufriedene Klinikmitarbeiter freigeschaufelt werden kann. Das belegt auch der Erfolg des Konzepts der US-amerikanischen „Magnetkrankenhäuser“. Mit diesem Zertifikat zeichnet das American Nurses Credentialing Center Kliniken aus, die exzellente Pflege gewährleisten, deren Pflegekräfte überdurchschnittlich zufrieden sind und die eine geringe Mitarbeiterfluktuation haben. In Magnetkrankenhäusern kommunizieren Ärzte und Pflegenden offen miteinander und der Personalmix stimmt. Das Ziel ist ein optimales Arbeitsumfeld für die Beschäftigten und beste Versorgungsqualität.

In Deutschland ist die Umsetzung eines derartigen Konzepts wegen der strukturellen und kulturellen Unterschiede schwierig. Doch der Erfolg der Magnetkrankenhäuser in den Vereinigten Staaten zeigt, dass es sich auch für deutsche Kliniken lohnt, für eine entspannte Arbeitsatmosphäre, gegenseitigen Respekt und gute Zusammenarbeit zu sorgen. ■

Britta Zander ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Fachbereich Management im Gesundheitswesen an der Technischen Universität Berlin.

Professor Dr. Reinhard Busse leitet das Fachgebiet.

Kontakt: Britta.Zander@tu-berlin.de

Literatur bei den Verfassern

Grenzen für Aufklärungs-Nachweis

Der Bundesgerichtshof hat im Streit um ein Aufklärungsgespräch zwischen Arzt und Patient ein Leiturteil gefällt. Danach dürfen sich Gerichte auf die Angaben des Mediziners stützen, wenn seine Darstellung in sich schlüssig ist. Dies gilt auch dann, wenn sich der Arzt im Einzelfall nicht mehr an die Risikoaufklärung erinnert. **Von Anja Mertens**

Urteil vom 28. Januar 2014
– VI ZR 143/13 –
Bundesgerichtshof

In dem Fall, der dem Bundesgerichtshof (BGH) vorlag, ging es um die Frage, ob ein Patient vor seiner Herzoperation ordnungsgemäß aufgeklärt worden war. Er leidet an einer angeborenen valvulären Aortenstenose, einem Defekt der Aortenklappe. Dadurch ist die Versorgung des Körpers mit sauerstoffangereichertem Blut eingeschränkt. Anfang 2004 diagnostizierten Ärzte einer Herzklinik eine schwere Aorteninsuffizienz und Ektasie (sackartige Erweiterung der Aorta), sodass operiert werden musste. Die zunächst für Anfang Februar 2004 beabsichtigte Operation wurde aufgrund des laborchemischen Befunds und des Wunsches des Patienten, präoperativ Eigenblut zu spenden, verschoben. Schließlich ging er am 9. März 2004 ins Krankenhaus, um sich operieren zu lassen. Einen Tag nach der stationären Aufnahme fand ein Aufklärungsgespräch statt.

Aufklärungsbogen benennt Risiken. In dem verwendeten Aufklärungsbogen über die Herzklappen-OP ist beschrieben, dass der Eingriff unter Aufrechterhaltung des Blutkreislaufs mithilfe einer Herz-Lungen-Maschine erfolge. In dem Bogen ist zudem ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es trotz größter Sorgfalt bei und nach der Operation zu schwerwiegenden oder sogar lebensbedrohlichen Zwischenfällen kommen könne. Kreislaufstörungen, Lähmungserscheinungen, Gehirnschlag, Sprach- und Bewegungsstörungen wären möglich. Einen Tag nach dem Aufklärungsgespräch erfolgte die Operation.

Die Ärzte ersetzten die erkrankte Herzklappe durch eine klappentragende Gefäßprothese. Weil das Aneurysma (Aus-sackung) bis auf den beginnenden Aortenbogen ausgedehnt war, musste der Eingriff teilweise im tiefhypothermen Kreislaufstillstand erfolgen, das heißt, bei abgeschalteter Herz-Lungen-Maschine. Nach der Operation kam es bei dem Patienten zu einer komplexen neurologischen Störung mit Gangunsicherheit, Schwindel, Koordinierungsproblemen sowie Störungen der Augenmotorik und Sprache. Zahlreiche Nachbehandlungen verbesserten seinen Zustand nicht.

Das vom Patienten unterschriebene Formular ist ein Indiz für richtige Aufklärung.

Schließlich verklagte er Klinik und Ärzte vor dem Landgericht und verlangte für seine schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen Schadenersatz. Der schriftliche Aufklärungsbogen habe nur Informationen zur Operation bei laufender Herz-Lungen-Maschine enthalten. Dass es notwendig werden könne, die Maschine abzuschalten, sei im Aufklärungsgespräch auch nicht Thema gewesen. Dem widersprachen die Ärzte. An das konkrete Gespräch könnten sie sich zwar im Einzelnen nicht erinnern. Diese Situation sei

aber routinemäßig immer Bestandteil ihrer Aufklärungsgespräche.

Sowohl das Landgericht als auch das Oberlandesgericht wiesen seine Klage zurück. Beide Instanzen waren zu dem Schluss gelangt, dass der Patient ordnungsgemäß auch über die Operations-erweiterung (gegebenenfalls Abschalten der Maschine) aufgeklärt worden sei und keinen Anspruch auf Schadenersatz habe. Dagegen legte der Patient Revision beim BGH ein.

Dokumentation empfohlen. Die Bundesrichter bestätigten die Vorinstanzen. Zwar liege die Beweislast für eine korrekte Aufklärung beim Arzt. Habe er einige Beweise für ein gewissenhaftes Aufklärungsgespräch erbracht, sollte ihm geglaubt werden – dies auch mit Rücksicht darauf, dass sich Patienten aus „vielerlei verständlichen Gründen“ im Nachhinein nicht mehr an den genauen Inhalt solcher Gespräche erinnern. Schriftliche Aufzeichnungen im Krankenblatt über ein Aufklärungsgespräch und seine wesentlichen Inhalte seien nützlich und dringend zu empfehlen. Ihr Fehlen dürfe aber nicht dazu führen, dass der Arzt regelmäßig beweispflichtig für die behauptete Aufklärung bleibt. Entscheidend sei das vertrauensvolle Gespräch zwischen Arzt und Patient. Deshalb müsse auch der Mediziner, der keine Formulare benutzt und für den konkreten Fall keine Zeugen hat, eine faire und reelle Chance haben, den ihm obliegenden Beweis für das Auf-

TIPP FÜR JURISTEN



Abrechnungsbetrug und Korruption, Arzt und Werbung, Behandlungsfehler und Patientenrechte – diese und weitere Themen behandelt das „3. Dresdner Medizinrechtssymposium“ am 23. und 24. Mai in Dresden. Veranstalter ist die International Dresden University. Mehr Infos: www.foerderverein-medizinrecht.de

klärungsgespräch und dessen Inhalte zu führen. Auch wenn bei der stationären Behandlung eine Dokumentation der Aufklärung erwartet werden könne, dürfe an das Fehlen der schriftlichen Belege keine allzu weitgehende Beweisskepsis geknüpft werden.

Anforderungen nicht übertreiben. Weiterhin führten die Karlsruher Richter aus, dass es für den Nachweis einer ordnungsgemäßen Aufklärung nicht unbedingt erforderlich sei, dass sich der Arzt an das konkrete Aufklärungsgespräch (Ort, Umstände, genauer Inhalt) erinnert. Dies könne angesichts der zahlreichen Informations- und Aufklärungsgespräche, die Mediziner täglich führten, auch nicht erwartet werden, so der BGH. Da an den vom Arzt zu erbringenden Nachweis der ordnungsgemäßen Aufklärung keine unbilligen oder übertriebenen Anforderungen zu stellen seien, hätten sich die Vorinstanzen auf die Angaben des Arztes über eine erfolgte Risikoaufklärung stützen dürfen, wenn seine Darstellung in sich schlüssig und „einiger“ Beweis für ein Aufklärungsgespräch erbracht ist. Dies gelte auch dann, wenn der Arzt erklärt, ihm sei das strittige Gespräch nicht im Gedächtnis geblieben.

Einen wesentlichen Anhaltspunkt dafür, dass ein Aufklärungsgespräch stattgefunden habe, gebe das von Kläger und Beklagten unterschriebene Formular. Mit seiner Unterschrift habe der Patient sein Einverständnis zu der Operation gegeben. Dieses Formular sei zugleich ein Indiz für den Gesprächsinhalt. Entgegen der Auffassung des Patienten habe das Oberlandesgericht seinen Ermessensspielraum bei der Beweiswürdigung und der Feststellung des Sachverhalts nicht überschritten. ■

Kommentar: Der Bundesgerichtshof hat hier über einen „Altfall“ entschieden. Seit dem Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes im vergangenen Jahr sind Mediziner gesetzlich verpflichtet, Aufklärung und Einwilligung des Patienten zu dokumentieren (Paragraf 630f Absatz 2 Bürgerliches Gesetzbuch). Verstöße dagegen könnten künftig beweisrechtlich anders zu bewerten sein.

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

INHALT

AKTUELLER STAND

ARZNEIMITTEL

Vierzehntes Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (14. SGB V-Änderungsgesetz – 14. SGB V-ÄndG)
Bundestags-Drucksache 18/201

Herstellerabschlag für patentgeschützte Arzneimittel: 7 Prozent; Herstellerabschlag für Generika: 6 Prozent; Verlängerung des seit 2010 geltenden Preisstopps für verschreibungspflichtige Medikamente bis zum 31.12.2017; keine Nutzenbewertung von neuen Medikamenten, die vor dem 1.1.2011 auf den Markt gekommen sind (Bestandsmarkt); Übertragung der Zuständigkeit für die Substitutionsausschlussliste auf den Gemeinsamen Bundesausschuss; Gültigkeit des nach der Nutzenbewertung zwischen Kassen und Herstellern vereinbarten tatsächlichen Erstattungsbetrages als Basis für die Berechnung des Großhandels- und Apothekenzuschlags; Vorgaben zur Vergütung und Wirtschaftlichkeit im Bereich der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung (HzV); Aufhebung der Vergütungsbeschränkungen zum 1.4.2014; Pflicht zur Vereinbarung von Kriterien für die Wirtschaftlichkeit des Vertrages und Maßnahmen für den Fall der Nichteinhaltung; Pflicht, Regelungen zur Qualitätssicherung zu vereinbaren, die über die allgemeine hausärztliche Qualitätssicherung hinausgehen.

Zweite und dritte Lesung im Bundestag war am 20.2.2014. Der Bundesrat hat am 14.3.2014 zugestimmt.

KASSEN-FINANZIERUNG/QUALITÄT

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz, GKV-FQWG)

Absenkung des GKV-Beitragssatzes zum 1.1.2015 von derzeit 15,5 auf 14,6 Prozent; Festschreibung des Arbeitgeberanteils auf 7,3 Prozent; Abschaffung des einkommensunabhängigen Zusatzbeitrages und des damit verbundenen steuerfinanzierten Sozialausgleichs; Erhebung des Zusatzbeitrages als prozentualer Satz von den beitragspflichtigen Einnahmen; Verpflichtung des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Gründung eines unabhängigen wissenschaftlichen Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen.

Das Bundeskabinett hat am 26.3.2014 beschlossen, den Gesetzentwurf in die parlamentarische Beratung einzubringen. Erste Lesung im Bundestag ist voraussichtlich Anfang Mai 2014.

PILLE DANACH

Selbstbestimmung bei der Notfallverhütung stärken – Pille danach mit Wirkstoff Levonorgestrel schnell aus der Verschreibungspflicht entlassen, Antrag von Bündnis 90/Die Grünen, Bundestags-Drucksache 18/492

Unverzügliche Zustimmung zu der vom Bundesrat geforderten Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung bezüglich des Wirkstoffes Levonorgestrel; Vorlage eines Gesetzentwurfes zur Ergänzung von Paragraf 34 Absatz 1 Satz 2 Sozialgesetzbuch V mit dem Ziel der Aufnahme von Notfallkontrazeptiva, die als Therapiestandard gelten; Zurverfügungstellung einer Entscheidungshilfe im Internet und für die Beratung in der Apotheke.

Der Bundestag hat den Antrag am 13.2.2014 in seine Ausschüsse überwiesen.



BUNDESVERBAND

Preisträger des Leonardo geehrt

Wie kann betriebliches Gesundheitsmanagement in kleinen und mittelständischen Unternehmen (KMU) etabliert werden? Lohnt sich das überhaupt? Antworten darauf soll in naher Zukunft ein Simulationsprogramm (SIM4BGM) des paluno-Instituts der Universität Duisburg-Essen in Kooperation mit der Smart Living GmbH aus Dortmund liefern. Für Idee und Konzept wurde das Konsortium mit dem Förderpreis des AOK-Leonardo geehrt. **Jürgen Graalman**, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, und Ministerialdirektor **Professor Dr. Wolf-Dieter Lukas** vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) verliehen den Gesundheitspreis für Digitale Prävention im Rahmen der Computermesse CeBIT Anfang März in Hannover. Das BMBF ist Schirmherr des Förderpreises und stellt für die Umsetzung des Simulationsprogramms Projektmittel von bis zu 200.000 Euro bereit. „Während viele Großunternehmen die Gesundheit ihrer Mit-



Ehrung der Sieger (v.l.): AOK-Vorstand Jürgen Graalman, Lothar Schoepe (Smart Living GmbH), Dr. Matthias Book (paluno-Institut) und Professor Wolf-Dieter Lukas (Bundesforschungsministerium).

arbeiter aktiv unterstützen, fehlen in kleineren Unternehmen hierfür oft noch die Ressourcen. Deswegen ist es sinnvoll, die Betriebe gezielt zu unterstützen und ihnen entsprechende Werkzeuge an die Hand zu geben. Online-Tools bieten hier eine gute Hilfestellung“, sagte Graalman. In der zweiten Preiskategorie von Leonardo (Praxispreis) setzte sich die „Wissensbilanz-Deutschland“ aus Bremen als Sieger durch. Sie hat eine App-gestützte Unternehmensanalyse entwickelt, mit der sich betriebliches Gesundheitsmanagement leicht darstellen lässt. ■

NORDOST

Suchtsensible Pflegeberatung

Etwa 14 Prozent der Menschen in Deutschland, die von Pflegediensten und in Heimen betreut werden, sind von Alkohol oder Medikamenten abhängig. Um dem Problem etwas entgegenzusetzen, haben die AOK Nordost und die Fachstelle für Suchtprävention Berlin das Gemeinschaftsprojekt „Suchtsensible Pflegeberatung“ ins Leben gerufen. Das Projekt ist deutschlandweit einmalig und startete in Berlin mit einer

ersten eintägigen Schulung für Mitarbeiter in Pflegestützpunkten. Ab Herbst soll das Projekt in Mecklenburg-Vorpommern und ab nächstem Jahr in Brandenburg starten. Das Thema Sucht wird in Pflegeberatungen immer öfter angesprochen. „Um dafür weiter zu sensibilisieren und die Beratungsmöglichkeiten in den Stützpunkten zu professionalisieren, wurde das Konzept zur suchtsensiblen Pflegeberatung gemeinsam mit der Fachstelle für Suchtprävention Berlin entwickelt“, so **Dr. Katharina Graffmann-Weschke** von der AOK Nordost. ■

AOK aktuell

Neue Leistungen im Kinderarztvertrag

Mit zusätzlichen Leistungen haben die AOK Bayern und der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) den seit 2009 bestehenden pädiatriezentrierten Versorgungsvertrag nochmals ausgebaut. „Dies ist ein weiterer Schritt zur besseren Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen im Freistaat“, sagte **Dr. Helmut Platzer**, Vorstandsvorsitzender der Gesundheitskasse. Für die Eltern von Kindern zwischen dem dritten und achten Lebensmonat gibt es erstmals gezielte Beratung, um den Übergang zu gesunder Beikost reibungslos zu gestalten und die Weichen früh in Richtung einer ausgewogenen Ernährung zu stellen. Mit einer verbesserten Honorierung für Hyposensibilisierungsbehandlungen trägt die AOK dem Umstand Rechnung, dass immer mehr junge Menschen unter Allergien leiden. Eine weitere neue Leistung ist die sozialpädiatrische Beratung.

Die vereinbarte besondere Versorgung legt den Schwerpunkt auf kinder- und jugendärztliche Vorsorge und Früherkennung.

„Die moderne Medizin hat für jedes Alter Vorsorgeuntersuchungen eingeführt, um rechtzeitig Gefahren für die Gesundheitsentwicklung der Menschen zu entdecken“, so **Dr. Martin Lang**, Kinder- und Jugendarzt und Vorsitzender des bayerischen BVKJ-Landesverbandes. Der Vertrag beinhaltet daher im Vergleich zur allgemeinen kinder- und jugendärztlichen Versorgung deutlich umfassendere Vorsorgeleistungen. Bislang sind etwa 241.000 Kinder und Jugendliche und über 90 Prozent der bayerischen Kinder- und Jugendärzte im Vertrag eingeschrieben. ■



Abgesichert ins Audimax

Für viele junge Erwachsene beginnt mit der Einschreibung zum bevorstehenden Sommersemester an der Universität oder Fachhochschule ein neuer Lebensabschnitt – begleitet von vielen Fragen, von denen die AOK Rheinland/Hamburg mindestens eine über ein persönliches Gespräch im Vorfeld beantworten möchte. Zu diesem Zweck bietet die Gesundheitskasse an fast allen Hochschulstandorten im Rheinland und in Hamburg ihre Beratung an – entweder direkt auf dem Campus oder in unmittelbarer Nähe. Über den Studentenservice erfahren die künftigen Akademiker etwa, dass der einheitliche Beitrag für Studenten in der gesetzlichen Krankenversicherung inzwischen 64,77 Euro beträgt. Der Abschluss einer gesetzlichen Krankenversicherung ist für Studenten in Deutschland Pflicht. An Hochschulen immatrikulieren kann sich nur, wer eine Versicherungsbescheinigung als Nachweis einer Krankenvollversicherung oder eine Bescheinigung der Befreiung von der Versicherungspflicht vorlegt. **Weitere Informationen im Internet unter: www.aok-on.de/rh/studium** ■

SACHSEN-ANHALT

Informationsbesuch aus Frankreich

Eine Delegation der nationalen französischen Krankenversicherung der Arbeitnehmer hat die AOK Sachsen-Anhalt und das Medizinische Versorgungszentrum „Herderstraße“ in Magdeburg besucht, um sich dort über besondere Behand-



Zum Semesterstart krankenversichert – die AOK hilft weiter.

lungsmodelle im deutschen Gesundheitswesen zu informieren. Mit dem „Magdeburger Modell“ beschreiten die AOK Sachsen-Anhalt, das MVZ Herderstraße und die Managementgesellschaft der Kassenärztlichen Vereinigung seit 2009 neue Wege in der Behandlung chronischer Wunden. In dem Modell werden Patienten von einem Spezialistenteam versorgt. Eine auf neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhende Behandlung, bei der Ärzte, Schwestern, Sanitätshäuser und ambulante Pflegedienste eng miteinander kooperieren, zeichnet das „Magdeburger Modell“ aus. Seit 2009 wurden bereits mehr als 550 Versicherte im Rahmen dieses Modells erfolgreich behandelt. Nach durchschnittlich 2,5 Monaten waren die Wunden geschlossen. In der Regelversorgung dauert dies mehr als 1,5 Jahre. Die Experten aus Frankreich lotete bei seinem Besuch die Möglichkeit aus, inwieweit das „Magdeburger Modell“ in den französischen Gesundheitsmarkt übertragen werden kann und welcher Voraussetzungen es dafür bedarf. „Wir freuen uns, dass unsere innovativen Versorgungsmodelle auch in Frankreich auf großes Interesse stoßen und als Vorbild dienen.

Mithilfe des ‚Magdeburger Modells‘ gewinnen unsere Versicherten enorm an Lebensqualität“, erklärte **Kay Nitschke**, Beauftragter des Vorstandes der AOK Sachsen-Anhalt. ■

BADEN-WÜRTTEMBERG

Virtuelles Messer gegen Krebs

Einen Vertrag zur innovativen Strahlentherapie bei Krebs (Cyberknife-Technologie) hat die AOK Baden-Württemberg abgeschlossen. Vertragspartner sind das RadioChirurgicum in Kooperation mit der Klinik am Eichert in Göppingen. Bei dem Cyberknife handelt es sich um ein auf ein Roboterarm montiertes Bestrahlungsgerät, das Tumore millimetergenau trifft und zerstört. Die AOK-Baden-Württemberg ist damit die einzige gesetzliche Kasse im Land, die ihren Versicherten diese Form der Behandlung durch Radiochirurgie als Leistung bei der Krebstherapie anbietet. „Mit der Übernahme der Kosten für diese zukunftsweisende Behandlungsmethode helfen wir Patientinnen und Patienten bei schwierigen Krankheitsverläufen“, sagte **Dr. Christopher Hermann**, Vorstandsvorsitzender der Gesundheitskasse. Die

Strahlentherapie durch Radiochirurgie komme bei AOK-versicherten Patienten mit gutartigen oder bösartigen Tumoren in operativ schwer beziehungsweise nicht zugänglichen Arealen zum Einsatz. Dazu zählen etwa Bereiche des Gehirns, die Wirbelsäule oder innere Organe wie Lunge und Leber. Die Anwendung ist an klare Indikationen geknüpft. ■

NORDWEST

Auszeichnung für soziales Engagement

Für sein jahrzehntelanges ehrenamtliches Engagement im sozialen Bereich ist der alternierende Verwaltungsratsvorsitzende der AOK

NORDWEST, **Georg Keppeler**



(Bild), mit dem Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik

Deutschland geehrt worden. Die Ehrung nahm Landrat **Frank Beckehoff** im Namen von Bundespräsident **Joachim Gauck** im Großen Saal des Kreishauses in Olpe vor. „Vorstand, Verwaltungsrat und die gesamte Belegschaft der AOK NORDWEST sind stolz, dass unser langjähriger alternierender Verwaltungsratsvorsitzender mit dieser hochrangigen Auszeichnung bedacht wurde und gratulieren ihm dazu herzlich“, sagte **Martin Litsch**, Vorstandsvorsitzender der Gesundheitskasse. Georg Keppeler ist unter anderem ehrenamtlicher Vorsitzender des Ketteler-Cardijn-Werks, einer Beschäftigungs- und Qualifizierungsgesellschaft der Katholischen Arbeitnehmer-Bewegung und Christlicher Arbeiterjugend. ■

Wissenschaft
Kommunikation im Gesundheitswesen

Angela Schorr ist seit 14 Jahren Professorin für Medienpsychologie in Siegen. Fast so lange befasst sie sich bereits mit der Kommunikation rund um das Thema Gesundheit. In dieser Zeit hat sich das Interesse an



der Frage, was Kommunikation zur Vorbeugung und Heilung von Krankheiten beitragen kann, enorm gesteigert. Im Zentrum stand dabei das Arzt-Patienten-Verhältnis. Die Forschung geht mittlerweile aber weit darüber hinaus, wie der von Angela Schorr zusammengestellte Reader zeigt. Er enthält 25 Beiträge mit grund-

legender Bedeutung für die noch junge, angewandte Wissenschaft im Schnittpunkt von Psychologie, Soziologie und Kommunikationswissenschaften. Der Leser erhält einen guten Eindruck von der Entwicklung des Fachgebietes seit Mitte der 1990er Jahre. Neben klassischen Studien zur direkten Kommunikation von Ärzten, Patienten und Angehörigen enthält der Band auch solche zur öffentlichen Kommunikation über Massenmedien. In diesem Bereich bekommen die digitalen Medien, Computer und Internet eine immer größere Bedeutung. Ihr systematischer Einsatz für Prävention und Behandlung könnte die Kommunikationsprozesse im Gesundheitswesen stark verändern und weit in den Alltag der Menschen reichen. Auch mögliche Konsequenzen für die Ausbildung von Medizinern und Angehörigen von anderen Gesundheitsberufen werden in dem Reader ausführlich dargestellt.

Angela Schorr (Hrsg.):
Gesundheitskommunikation.
2014. 535 Seiten, 39 Euro.
Nomos-Verlag, Baden-Baden.

Lehrbuch
Wissen auf den Punkt gebracht

Für die klinische Medizin steht der einzelne kranke Mensch im Mittelpunkt. Public Health befasst sich mit den sozialen, ökonomischen, ökologischen und politischen Bedingungen der Gesundheit und deren Folgen für die Bevölkerung. So steht es unter „Auf den Punkt gebracht“ gleich auf der ersten Seite in David Klemperers Lehrbuch über Sozialmedizin und Public Health. Es richtet sich nicht nur an Medizinstudierende, sondern an alle, die für einen Gesundheits- oder Sozialberuf ausgebildet werden. Zum Verständnis ist deshalb kein Abitur nötig. Hohe wissenschaftliche Ansprüche erfüllt das Buch trotzdem. Klemperer ist Mediziner. Vor 20 Jahren leitete er in Bremen ein Gesundheitsamt, seit mehr als zehn Jahren lehrt er in Regensburg an der Fachhochschule und der Universität Sozialmedizin. Sein Ziel ist die Vermittlung von Wissen, das eine faktenbasierte Meinungsbildung und Handlungskompetenz fördert. Dabei geht er



systematisch vor. Die ersten Kapitel behandeln die Grundlagen der Epidemiologie und der evidenzbasierten Medizin, zu deren Protagonisten Klemperer gehört. In den folgenden Kapiteln werden Krankenversorgung und Prävention unter sozialmedizinischen Aspekten betrachtet. Das letzte Kapitel ist dem Gesundheitssystem und der Gesundheitspolitik gewidmet. Die stationäre Versorgung bringt Klemperer dort so auf den Punkt: „Im internationalen Vergleich überdimensioniert und hyperaktiv.“

David Klemperer:
Sozialmedizin, Public Health, Gesundheitswissenschaften.
2014. 392 Seiten, 29,95 Euro.
Verlag Hans Huber, Bern.

SEMINARE | TAGUNGEN | KONGRESSE

<p>■ AQUA-TAGUNG „QUALITÄT KENNT KEINE GRENZEN“</p>	<p>Qualitätsorientierte Vergütung, Mindestmengen, Einsatz von Routinedaten, Qualitätssicherung</p>	<p>14.5.2014 Göttingen</p>	<p>AQUA-Institut GmbH Maschmühlenweg 8–10 37073 Göttingen</p>	<p>Tel.: 05 51/7 89 52–263 Fax: 05 51/7 89 52–10 tagung@aqua-institut.de www.aqua-institut.de</p>
<p>■ QUALITÄTSMANAGEMENT 2014: QUALITÄT IM KRANKENHAUS</p>	<p>Qualitätswettbewerb, Qualitätsmessung, Pay for performance, Mindestmengen, digitale Versorgung</p>	<p>19.5.2014 Köln</p>	<p>MCC – The Communication Company Scharnhorststraße 67a 52351 Düren</p>	<p>Tel.: 0 24 21/1 21 77–0 Fax: 0 24 21/1 21 77–27 mcc@mcc-seminare.de www.mcc-seminare.de</p>
<p>■ HEALTHCARE COMPLIANCE</p>	<p>Fehlverhalten, neue Vorschriften zur Korruption, jüngere Rechtsprechung, Transparenz</p>	<p>17.–18.6.2014 Berlin</p>	<p>EUROFORUM Deutschland SE Postfach 11 12 34 40512 Düsseldorf</p>	<p>Tel.: 02 11/96 86–3577 Fax: 02 11/96 86–4040 konferenz@euroforum.com www.euroforum.de > Veranstaltungen</p>
<p>■ HAUPTSTADTKONGRESS 2014</p>	<p>Forum Gesundheitspolitik, Tag der Versicherungen, Krankenhaus, Klinik, Reha, Ärzteforum, Pflegekongress</p>	<p>25.–27.6.2014 Berlin</p>	<p>WISO S.E. Consulting GmbH Organisation: Agentur WOK Palisadenstraße 48 10243 Berlin</p>	<p>Tel.: 0 30/49 85 50–0 Fax: 0 30/49 85 50–40 schultze@agentur-wok.de www.hauptstadtkongress.de</p>
<p>■ FACHKONGRESS GESUNDHEIT UND VERSORGUNG</p>	<p>Krankenversicherungsmarkt, Routinedaten, Arzneimittelmarkt, bundesweite Register, Datenschutz</p>	<p>1.–2.7.2014 Leipzig</p>	<p>Gesundheitsforen Leipzig GmbH Hainstraße 16 04109 Leipzig</p>	<p>Tel.: 03 41/9 89 88–332 maeder@gesundheitsforen.net www.gesundheitsforen.net/fachkongress</p>

Patientenrechte Gruselkabinett der modernen Medizin

Als Tumorchirurg und Gutachter in Behandlungsfehlerprozessen hat Michael Imhof den Medizinbetrieb von seiner finstersten Seite kennengelernt. In seinem neuen Buch brechen auf fast 300 Seiten Wunden auf, fließt Eiter, sterben Menschen einsam und qualvoll, werden Patientenrechte mit Füßen getreten, und Ärzte ignorieren die Bedürfnisse der Kranken. Das ist in dieser Masse schwer zu ertragen. Weniger Ausrufezeichen, weniger Adjektive, weniger Schwulst und mehr Nüchternheit hätten dem Text gut



getan. Der Vorwurf der Skandalisierung – die der Autor in der Einleitung von sich weist – scheint nun berechtigt. In seinem Grusel- und Kuriositätenkabinett geriert sich Imhof als Bildungsbürger, der in Malerei, Literatur und Philosophie zu Hause ist. Dabei verliert er sich mitunter in Phrasen: „Gerade in der modernen Medizin ist der Arzt mit den Paradoxien der Lebensrealität konfrontiert, und oft ist es schier unmöglich, aus den menschlichen Katastrophen einer unheilvollen Krankheit Hinweise auf die Sinnkontexte außerhalb der konkreten verzweifelten Situation zu erahnen.“ Stärker

sind die Beichten aus seinem Arztleben, oder wenn Imhof beschreibt, wie er sich als Patient fühlt: „Auch ich war einmal eingezwängt unter den sich im Stakkato drehenden Trommeln eines Kernspintomographen. Auch ich als Arzt, der um die Segnungen dieser Technik weiß, musste erfahren, wie gut es wäre, wenn ihn von draußen ein ermunterndes Wort erreichen würde.“ Aber was will Imhof auf welche Weise ändern? Dient das Werk der Unterhaltung, soll man sich am Unglück anderer weiden? Er lässt den Leser wütend und ratlos zurück.

Michael Imhof: **Eidesbruch**.
2014. 295 Seiten, 19,99 Euro.
Campus Verlag, Frankfurt/Main.

Medizinmanagement Versorgung richtig organisieren

Das Management von Unternehmen und Einrichtungen im deutschen Gesundheitssystem wird stetig komplexer. Das historisch gewachsene Gesundheitswesen besteht aus vielen und unterschiedlichen Elementen, die nicht immer reibungslos ineinander greifen. Nicht nur für den Außenstehenden ist es schwierig, den Überblick zu behalten. Das Lehrbuch „Medizinmanagement“ von Professor Jürgen Wasem und seinen Mitarbei-



tern an der Universität Duisburg-Essen widmet sich insbesondere den Schnittstellen zwischen den einzelnen Bereichen des Gesundheitssystems – von der ärztlichen Versorgung über Heil- und Hilfsmittel bis zur Rehabilitation – und ihr Management. Konkrete Beispiele dienen als Brücke zwischen Theorie und Praxis. Das Lehr-

buch ist für Studierende, Wissenschaftler und Führungskräfte in allen Bereichen des Gesundheitswesens gedacht.

Jürgen Wasem, Susanne Staudt,
David Matusiewicz (Hrsg.): **Medizinmanagement. Grundlagen und Praxis**. 2013. 548 Seiten, 59,95 Euro. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Zeitschriftenschau

■ USA: Screening auf Bauchaorta-Aneurysma wenig sinnvoll

Die US-amerikanische Preventive Services Task Force, ein unabhängiges Gremium von Experten der Prävention, der evidenzbasierten Medizin und der Primärversorgung, hat ihre Stellungnahme zum Screening auf ein Bauchaorten-Aneurysma aus dem Jahr 2005 aktualisiert. Danach haben Frauen keinen gesundheitlichen Nutzen von diesem Screening. Ob das auch für 65- bis 75-jährige Raucherinnen so aufrechterhalten werden kann, sei aber wissenschaftlich noch nicht eindeutig geklärt. Zurzeit fehle für diese Gruppe der Beweis, dass der mögliche Nutzen größer ist als der mögliche Schaden.

Annals of Internal Medicine 2014; 160 (5): 321–329

■ Ballaststoffe senken Risiko für Herzkrankheiten

Wer viele Ballaststoffe zu sich nimmt, sei es aus Cerealien, Gemüse oder Obst, kann sein Risiko für eine koronare Herzkrankheit und kardiovaskuläre Erkrankungen deutlich verringern. Das belegt eine US-amerikanische Metaanalyse, die Daten von 22 Kohortenstudien ausgewertet hat. Menschen, die am meisten Ballaststoffe zuführten, hatten im Vergleich zu den Menschen mit der geringsten Menge ein um rund 20 Prozent verringertes Risiko für ein Metabolisches Syndrom und ein um 34 Prozent verringertes Risiko für erhöhte kardiovaskuläre Entzündungsmarker. In den USA wird empfohlen, dass Frauen 21 bis 25 Gramm Ballaststoffe und Männer 30 bis 38 Gramm zu sich nehmen.

British Medical Journal 2013; 347: f6879

■ Nikotinpflaster verhelfen Schwangeren nicht zur Tabakentwöhnung

In einer Studie sind französische Forscher der Frage nachgegangen, ob sich schwangere Frauen mithilfe von Nikotinplastern das Rauchen abgewöhnen können. Die eine Hälfte der rund 400 Schwangeren erhielten ein hochdosiertes Pflaster mit bis zu 30 Milligramm Nikotin und die andere Hälfte ein Placebo-Pflaster. Zusätzlich bekamen alle eine Beratung. Ergebnis: Nur rund fünf Prozent der Frauen mit Nikotinpflaster blieben bis zur Entbindung abstinent. Bei den Frauen, die Pflaster ohne Nikotin trugen, war der Anteil nur unwesentlich geringer.

British Medical Journal 2014; 348: g1622

■ Prostatakrebs: Operation der Radiotherapie überlegen?

Die Chancen, ein nicht-metastasiertes Prostatakarzinom für 15 Jahre zu überleben, ist nach einer Analyse des schwedischen Patientenregister für die erkrankten Männer höher, wenn sie sich für eine radikale Prostataektomie statt für eine Radiotherapie entscheiden. Weil aber die beiden konkurrierenden Therapien bisher in keiner randomisierten Studie miteinander verglichen worden sind, stellen die Ergebnisse dieser Analyse noch keine zuverlässige Entscheidungsgrundlage für Arzt und Patienten dar. In Deutschland soll die kürzlich angelaufene PREFERE-Studie für Männer mit einem Prostatakarzinom mit niedrigem oder frühem intermediären Risiko mehr Klarheit schaffen.

British Medical Journal 2014; 348: g1502

Gute Infrastruktur lockt Ärzte an

In vielen ländlichen Regionen zeichnet sich ein Ärztemangel ab. Um Jungmediziner für die Niederlassung zu gewinnen, müssen Dörfer familienfreundlicher werden, meint **Mark Barjenbruch**, Chef der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen.

Die Zahl an aus- und weitergebildeten Ärztinnen und Ärzten hat einen Höchststand erreicht. Dennoch steuert Niedersachsen auf einen Ärztemangel in ländlichen Regionen zu. Gegenwärtig verzeichnet das Bundesland 390 freie Hausarztsitze. 4.200 Kassenärzte werden in den kommenden zehn Jahren in den Ruhestand gehen. Die Gründe für den sich abzeichnenden Mangel sind vielfältig. Der wachsende Leistungsbedarf durch die demografische Entwicklung, der medizinische Fortschritt und die damit einhergehende Spezialisierung des Arztberufs, der wachsende Anteil von Ärztinnen und die Vereinbarkeit von Beruf und Familie sind nur einige Aspekte. Darüber hinaus steht die Arbeit in der Praxis in Konkurrenz zu finanziell attraktiven, nicht kurativen Berufsfeldern für Ärzte.

Die Arbeit hat sich enorm verdichtet. In den Kliniken haben schwere Krankheiten und komplizierte Eingriffe zugenommen. Patienten werden schneller als in der Vergangenheit aus der Klinik in die ambulante Versorgung entlassen. Bei den niedergelassenen Ärzten hat sich die Arbeit enorm verdichtet. Nach Untersuchungen des Zentralinstituts der kassenärztlichen Versorgung liegt die durchschnittliche ärztliche Arbeitszeit in der Praxis bei fast 60 Wochenstunden. Diese Arbeitsverdichtung akzeptieren viele junge Ärztinnen und Ärzte nicht und entscheiden sich gegen die Niederlassung. Das Image des Arztberufs in freiberuflicher Niederlassung ist schlecht. Obwohl nur sehr wenige Kassenärzte tatsächlich Schiffbruch erleiden, haben viele junge Mediziner Angst vor der finanziellen Belastung.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) haben zwar den Sicherstellungsauftrag. Dieser Auftrag stößt aber an Gestaltungsgrenzen und kann nur gemeinsam mit anderen Partnern umgesetzt werden. Die Bürger haben einen Anspruch

darauf, unabhängig von ihrem Wohnsitz einen Hausarzt aufsuchen zu können. Alle Verantwortlichen im Gesundheitswesen müssen jetzt handeln, damit wir es in naher Zukunft nicht mit einem flächendeckenden Ärztemangel zu tun bekommen.

Um die medizinische Versorgung für alle Versicherten vor Ort zu gewährleisten, muss der ländliche Raum an Attraktivität gewinnen. Dafür müssen die Gemeinden und Kommunen mit ins Boot genommen werden. In enger Abstimmung mit den Kommunen müssen regionale Besonderheiten wie etwa die Verkehrsinfrastruktur berücksichtigt werden. Um junge Mediziner für die Niederlassung auf dem Land zu gewinnen, müssen die Lebens- und Arbeitsbedingungen stimmen. Denn die Entscheidung, eine Praxis zu eröffnen, hängt auch davon ab, ob beispielsweise der Partner einen passenden Arbeitsplatz findet und die Kinder einen passenden Kindergarten oder eine Schule. Kommunen und Gemeinden können zum Beispiel niederlassungswilligen Ärzten bei den Mieten für Praxis und Wohnung entgegenkommen. Örtliche Investoren von Bauprojekten sollten auf die Möglichkeit einer Arztansiedlung aufmerksam gemacht werden. Insgesamt aber gilt: Je besser die Infrastruktur einer Gemeinde, umso größer die Niederlassungsbereitschaft. Ganz wichtig ist ein familien- und kindergerechtes Umfeld. Die Familie entscheidet, ob der Lebensmittelpunkt in der Großstadt, im Speckgürtel einer Großstadt oder auf dem Land liegt. Mit dem Image eines familienfreundlichen Dorfes steigt die Chance, dass sich Ärzte niederlassen.

Niederlassen in Niedersachsen. Krankenkassen sowie Kommunen und Gemeinden müssen besser mit den KVen zusammenarbeiten. Denn der sich abzeichnende Ärztemangel lässt sich durch eine gezielte Nachwuchsförderung und attraktive Rahmenbedingungen für die Ausübung des Berufes abwenden. Mit der neuen Dachkampagne „Niederlassen in Niedersachsen“ wird die KV Niedersachsen verstärkt um ärztlichen Nachwuchs werben. Es werden gezielt jene angesprochen, die für die ambulante medizinische Versorgung von morgen dringend benötigt werden: Medizinstudenten, Assistenten in der Weiterbildung und Ärzte, die sich niederlassen wollen. Im Rahmen der Kampagne vermittelt die KV beispielsweise Informationen über finanzielle Fördermöglichkeiten, über die Weiterbildung zum Facharzt und über Partnerschaften mit Arztpraxen. Gemeinsam können wir gute Ideen realisieren. ■

Mark Barjenbruch ist Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen. **Kontakt: Mark.Barjenbruch@kvn.de**

Leserforum



Ihre Meinung ist gefragt.

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

Oder schreiben Sie uns:

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



G+G 3/2014

Physiotherapie: Hand aufs Kreuz

Ernst genommen und gut beraten

Ich fühlte mich mit einem dicken und über Wochen stark schmerzenden Knie in der Praxis einer Physiotherapeutin deutlich besser aufgehoben als bei der Orthopädin. Die Ärztin schickte mich nach vielleicht zehn Minuten Untersuchung und Gespräch zunächst zum MRT in eine radiologische Praxis. Mit den Bildern aus dem Inneren meines Knies und weiter bestehenden Schmerzen kehrte ich zur Orthopädin zurück. Die Bilder schaute sie sich gar nicht an – sie könne damit nichts anfangen und verlasse sich auf die Diagnose des Radiologen, die sie mir nicht weiter erläuterte. Ihre Empfehlung: eine Arthroskopie, wenn die Schmerzen nicht nachlassen. Mit diesen Worten und einem Rezept für sechs Reizstromanwendungen verließ ich die Praxis. Die Reizstromtherapie – ich war jeweils für eine Viertelstunde mit einem Gerät verkabelt – hatte keinerlei Wirkung. Doch da ich nun bei einer Physiotherapeutin war, fragte ich sie nach Behandlungsalternativen für mein Knie. In viermal einer halben Stunde (auf eigene Kosten, da ich nicht nochmal mit der Orthopädin diskutieren wollte) schaute sie sich in Ruhe meinen Gang, den Stand und die Beweglichkeit des Gelenks an. Sie erläuterte mir den Zusammenhang des Kniegelenks mit dem Rest des Körpers und zeigte mir, mit welchen Übungen ich die Muskulatur stärken und das Gelenk entlasten könnte. Sie

achtete darauf, dass diese Übungen in meinen Alltag passen. Hauptsächlich ging es um andere Bewegungsmuster beispielsweise beim Treppensteigen. Ich fühlte mich ernst genommen und gut beraten. Die Schmerzen waren nach einem dreiviertel Jahr verschwunden, ohne dass jemand das Messer zücken musste. Diese Art von konservativer Therapie wünsche ich mir. Warum nicht sogar ohne Rezept vom Arzt?

H. K., Oberkirch

G+G 3/2014

Einwurf: Arbeit ist gut für die Psyche

Aufgaben gerechter verteilen

Dass Arbeit „einen sehr positiven Effekt auf die psychische Gesundheit“ hat, wie Arbeitgeberfunktionär Alexander Gunkel in seinem Einwurf für G+G ausführt, wird niemand ernsthaft bestreiten. Gleichwohl kann Arbeit auch krank machen – nicht die Arbeit an sich, sondern deren Organisation. Unsere Arbeitswelt neigt leider immer stärker dazu, zu viel Arbeit auf zu wenigen Schultern abzuladen statt sie gleichmäßig und entsprechend den Fähigkeiten eines jeden Einzelnen zu verteilen. Das ist nicht leicht, aber anspruchsvoll genug, dass sich auch Arbeitgeber durch intelligente Arbeit(zeit)modelle daran beteiligen sollten. Der Staat wiederum könnte hierfür steuerliche Anreize setzen – und so eben doch, wenn auch indirekt, für ein gutes Betriebsklima sorgen.

V. S., Stadthagen

Impressum

Gesundheit und Gesellschaft
Das AOK-Forum für Politik, Praxis
und Wissenschaft, vormals DOK,
erstmals erschienen: 1914

Herausgeber	AOK-Bundesverband
Redaktion	Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin Telefon: 0 30 2 20 11-0 Telefax: 0 30 2 20 11-105 E-Mail: gug-redaktion@kompart.de www.kompart.de
Chefredakteur	Hans-Bernhard Henkel-Hoving
Artdirection	Anja Stamer
Chefin vom Dienst	Gabriele Hilger
Chefreporter	Thomas Hommel
Verantw. Redakteurin	Änne Töpfer
Redaktion	Burkhard Rexin (ständiger Autor)
Titel	gettyimages
Verlag	KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, 10178 Berlin, AG Berlin-Charlottenburg HRA 42140 B Postanschrift: wie Redaktion
Marketing Vertrieb	KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin Telefon: 0 30 2 20 11-0 Telefax: 0 30 2 20 11-105
Repro und Druck	Buch- und Offsetdruckerei H. Heenemann GmbH & Co. KG Berlin
Anzeigen	KomPart Verlagsgesellschaft mbH Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin Telefon: 0 30 2 20 11-0 Telefax: 0 30 2 20 11-105 Ansprechpartner: Christian Lindenberg, Telefon: -161 Verantwortlich für den Anzeigenteil: Werner Mahlau
	Nachdruck nur mit Genehmigung des Verlages. Dies gilt auch für die Aufnahme in elektronische Daten- banken und Mailboxen. Für unau- gefordert eingesandte Manuskripte und Fotos übernimmt der Verlag keine Haftung. Einzelpreis: 6,95 Euro Jahresabo: 71,80 Euro inkl. Porto Kündigungsfrist 3 Monate zum Jahresende
	Es gilt die Anzeigen- preisliste Nr. 16 vom 1.1.2014 ISSN 1436-1728



BECKs Betrachtungen



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

Kunst: BECK“ (Verlag Antje Kunstmann), Preise und Ausstellungen folgten. Ende 2013 erhielt er zum dritten Mal den Deutschen Karikaturenpreis in Gold. Seit 2003 veröffentlicht BECK täglich einen Cartoon auf www.schneeschnee.de

Ist die neue Pille auch die bessere?

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

The New York Times



Ja, ich bestelle ...



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

Marcia Angell **Der Pharma-Bluff**

Wie innovativ die Pillenindustrie wirklich ist

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

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

(zzgl. 2,50 Euro Verpackung und Versand)

Lieferung gegen Rechnung per Bankeinzug

Vor- und Zuname

Straße, Haus-Nr.

PLZ

Ort

Konto-Nr.

BLZ

Geldinstitut

Datum, Unterschrift

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

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

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

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



AOK
Die Gesundheitskasse.



Gesunde
Kinder
gesunde
Zukunft

Die besten Tipps für eine gesunde Kindheit

Philipp Lahm – Vorstand der Philipp Lahm-Stiftung: Kinder sind unsere Zukunft. Deshalb mache ich mich als Botschafter der AOK-Initiative „Gesunde Kinder – gesunde Zukunft“ dafür stark, dass Kinder gesund aufwachsen. Holen Sie sich jetzt die besten Tipps!

Gesundheit in besten Händen

www.aok.de/familie