



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

# Wegbegleiter am Lebensende

Schmerzen lindern, Trost spenden:  
Was die Palliativmedizin leistet

**AMBULANTE VERSORGUNG:** Haare in der Reformsuppe

**E-HEALTH-GESETZ:** Tuning für die Telematik

Die Pressestellen der AOK

# Gesundheit ist unser Thema!

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

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

## **AOK-BUNDESVERBAND**

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

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

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

## **AOK BADEN-WÜRTTEMBERG**

Hauptverwaltung  
Pressesprecher: Kurt Wesselsky

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

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

## **AOK BAYERN – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Zentrale  
Pressesprecher: Michael Leonhart

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

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

## **AOK BREMEN/BREMERHAVEN**

Pressesprecher: Jörn Hons

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

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

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

Direktion  
Pressesprecher: Ralf Metzger

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

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

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

Direktion  
Pressesprecher: Carsten Sievers

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

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

## **AOK NORDOST – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Pressesprecherin: Gabriele Rähse

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

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

Region Mecklenburg-Vorpommern  
Pressereferent: Markus Juhls

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

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

## **AOK NORDWEST – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Pressesprecher: Jens Kuschel

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

Tel. 0231/4193-10145

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

Tel. 0431/605-21171

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

Pressesprecher: André Maßmann

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

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

Region Hamburg: Pressesprecherin Antje Meyer

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

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

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

Pressereferent: Jan Rößler

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

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

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

Pressesprecherin: Hannelore Strobel

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

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

Sitz Erfurt  
Stellvertretender Pressesprecher: Jürgen Frühauf

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

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

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

Pressesprecher: Andreas Arnsfeld

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

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

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

[www.aok-presse.de](http://www.aok-presse.de)

**AOK**  
Die Gesundheitskasse.

# Zentren für Waisen der Medizin

Wenn eine Krankheit nur bei wenigen hundert Menschen auftritt, dauert es oft lange, bis sie die richtige Diagnose und Therapie bekommen. Spezialisierte Zentren verbessern die Versorgung, meint Verbandschef **Andreas Reimann**.

**Damit Patientenorientierung** kein Lippenbekenntnis bleibt, muss sie sich in den Versorgungsprozessen widerspiegeln. Dieser Paradigmenwechsel ist insbesondere für die rund vier Millionen Menschen in Deutschland wichtig, die mit einer der 7.000 bis 8.000 Seltenen Erkrankungen leben. Als selten gilt eine Erkrankung, wenn sie bei nicht mehr als fünf von 10.000 Einwohnern auftritt. Die meisten Seltenen Erkrankungen betreffen nur wenige hundert Menschen in Deutschland. Rund 80 Prozent der Erkrankungen sind genetisch bedingt. Entsprechend viele manifestieren sich bereits im frühen Kindesalter – häufig mit Beteiligung mehrerer Organe.

Im Nationalen Aktionsbündnis für Menschen mit Seltenen Erkrankungen (NAMSE) haben sich unter der Federführung des Bundesgesundheitsministeriums und unter Co-Leitung des Bundesforschungsministeriums sowie der Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen (ACHSE) alle wichtigen Akteure des Gesundheitswesens zusammengefunden. Gemeinsam haben sie den Nationalen Aktionsplan für Menschen mit Seltenen Erkrankungen erarbeitet. Die Bundesregierung hat ihn Mitte 2013 veröffentlicht. Ein Kernpunkt ist die Umsetzung eines Drei-Ebenen-Modells für Zentren zur Diagnose und Behandlung Seltener Erkrankungen. Diese aber droht zu versanden.

Ein Beispiel: Lili F. begann im Alter von drei Jahren Auffälligkeiten in ihrer Entwicklung zu zeigen. Sie verlor viele ihrer bereits erlernten Fähigkeiten. Für die Eltern folgte eine quälende Odyssee mit zahllosen Untersuchungen und Verdachtsdiagnosen. Erst eine intensive elterliche Internetrecherche führte nach mehr als sieben Jahren zu der Diagnose: Morbus Niemann-Pick Typ C, eine unheilbare neurodegenerative Erkrankung, deren Verlauf unter Umständen mit einer rechtzeitigen Pharmakotherapie verlangsamt werden kann. Was Lili und ihren Eltern fehlte, war ein Pfad vom Kinderarzt möglichst direkt zur hochspezialisierten Versorgung. So wurde kostbare Zeit verschwendet. Bereits die

Überweisung in ein auf ungesicherte Diagnosen spezialisiertes Zentrum für Seltene Erkrankungen könnte ein solches Schicksal vermeiden. Das Nationale Aktionsbündnis NAMSE hat dafür Typ-A-Zentren etabliert – typischerweise Unikliniken –, die unter anderem eine Lotsen-Funktion für Patienten ohne gesicherte Diagnose vorsehen.

Heute wird Lili von einem Arzt in einer Hochschulambulanz betreut, zwei Stunden von ihrem Wohnort entfernt. Sollte dieser Arzt die Ambulanz verlassen, ist offen, wie es weitergeht. An dieser Stelle wäre eine interdisziplinäre und multiprofessionelle Zentrenversorgung gefragt. Es irritiert, dass unser Gesundheitssystem zwar höchstpreisige Arzneimittel erstattet, jedoch keine Sicherheit für die

nachhaltige ärztliche Versorgung bietet. Allzu oft ist die Behandlung von Patienten mit Seltenen Erkrankungen vom Zufall gekennzeichnet. Deshalb sieht der Aktionsplan krankheitsspezifische Zentren vor, in denen verlässlich eine Versorgung entweder mit angeschlossenem stationärem Angebot (Fachzentren beziehungsweise B-Zentren) oder ausschließlich ambulant (klinische Kooperationszentren beziehungsweise C-Zentren) angeboten werden kann. Unerlässlich ist eine enge Vernetzung dieser Zentren mit der wohnortnahen fach- und hausärztlichen Versorgung. Es fehlt an der Umsetzung des Zentrenmodells in das System der gesetzlichen Krankenversicherung und einer sektorenübergreifenden elektronischen Kommunikation zwischen den Leistungserbringern. Die Erweiterung des Auftrags der Hochschulambulanzen (Paragraf 117 Sozialgesetzbuch V) und die Einführung von medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene (Paragraf 119c Sozialgesetzbuch V) sind Schritte in die richtige Richtung. Ein Trauerspiel bleibt die ambulante Spezialfachärztliche Versorgung, die dringend für Seltene Erkrankungen neu aufgestellt werden muss. Die laufenden Gesetzgebungsverfahren bieten die Gelegenheit, Versäumtes nachzuholen. Wir sollten diese Chance nicht vertun. ■

## Die Therapie Seltener Erkrankungen ist oft vom Zufall gekennzeichnet.



**Dr. phil. nat. Andreas Reimann, MBA**, geboren 1966, Apotheker und Betriebswirt, ist seit November 2014 Vorsitzender der Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen (ACHSE) e.V. Reimann arbeitete zunächst in der pharmazeutischen Industrie und dann in Patientenorganisationen als Geschäftsführer des Mukoviszidose e.V. sowie der Mukoviszidose Institut gGmbH. Seit 2014 ist Reimann Geschäftsführer der Gesellschafter der admedicum® GmbH, Köln. Gesundheitspolitische Erfahrung sammelte er unter anderem als Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss. Andreas Reimann hat zwei Söhne, der ältere lebt mit Down-Syndrom.

**Kontakt: [info@achse-online.de](mailto:info@achse-online.de)**

## Ein Lachen gehört dazu



H.-B. Henkel-Hoving,  
Chefredakteur

Als ich Mitte der 1990er Jahre als junger Lokalreporter zum ersten Mal jemanden kennenlernte, der ehrenamtlich in einem Hospiz Sterbende begleitete, war ich erstaunt. Von Hospizen in England hatte ich schon einmal gehört. Aber dass es solche Einrichtungen auch in einer süddeutschen Kleinstadt gab, war damals alles andere als selbstverständlich. Gestorben wurde im Krankenhaus

oder im Pflegeheim. Und einen öffentlichen Diskurs über eine angemessene medizinische und pflegerische Versorgung Todtkranker gab es kaum.

Das ist heute anders. Nicht zuletzt der Aids-Bewegung ist es zu verdanken, dass derzeit bundesweit etwa 200 Hospize und 300 Palliativstationen an Krankenhäusern bestehen.

Hinzu kommen zahlreiche ambulante Teams aus Ärzten und Pflegekräften, die Sterbende zu Hause betreuen – ein großer Fortschritt im Vergleich zu den 90er Jahren, auch wenn vor allem in ländlichen Gegenden immer noch erhebliche Versorgungslücken bestehen. Gut, dass Gesundheitsminister Gröhe hier gegensteuern will und so mittelbar auch zur Versachlichung der Sterbehilfe-Debatte beiträgt.

Wie die medizinische und pflegerische Betreuung von Menschen am Lebensende gelingen kann, hat G+G-Autor Christoph Fuhr in Frankfurt am Main beobachtet. Im „Palliativteam Frankfurt“ arbeiten Ärzte und Schwestern Hand in Hand, wenn sie ihre Patienten im Arbeiterviertel oder im Villenvorort besuchen: „Die Hierarchien sind wirklich flach.“ Und gerade weil der Tod zum Alltag gehört, wird im Palliativteam oft gelacht, auch mit den Patienten. Fuhr: „Nur wer viel Empathie hat, kann diese Aufgabe bewältigen.“



Begleitete die Sterbebegleiter:  
G+G-Autor Christoph Fuhr (li.) war mit dem Palliativteam Frankfurt unterwegs.

Eine anregende Lektüre wünscht Ihnen

### MAGAZIN

#### 14 TUNING FÜR DIE CHIPKARTE

Die Politik will der elektronischen Gesundheitskarte Beine machen. Aber der vorgelegte Entwurf des eHealth-Gesetzes bleibt auf halber Strecke stehen.

Von Mirko Weißbach

#### 16 GEMEINSAM GEGEN DEN PFLEGEKOLLAPS

Mehr Bedarf, weniger Fachkräfte – der Pflege droht der Notstand. Was dagegen zu tun ist, diskutierten Experten auf dem Deutschen Pflergetag.

Von Thomas Hommel

#### 19 LANDARZT-REZEPTE AUS THÜRINGEN

Überalterung und Wegzug: Thüringen steht ein Ärztemangel bevor. Ein Gegenmittel: Finanzspritzen für Mediziner, die eine Praxis auf dem Land eröffnen.

Von Thomas Hommel

#### 20 LOKALES BÜNDNIS MIT GLOBALEN ZIELEN

Netzwerk mit breitem Spektrum: Die Deutsche Plattform für Globale Gesundheit setzt sich für eine Gesundheitspolitik ohne nationale Denke ein.

Von Jens Holst

#### 22 GÜTESIEGEL FÜR GESUNDHEITS-APPS

Die EU-Kommission will mobile Gesundheitsdienste fördern. Dafür sind hohe Qualitätsstandards und Datensicherheit erforderlich, wie eine Befragung ergab.

Von Nils Franke

#### 23 „DIE GEFAHR VON FEHLDIAGNOSEN WÄCHST“

Psychisch kranken Migranten fehlt es an geeigneten Therapien, sagt Meryam Schouler-Ocak. Die Psychiaterin plädiert für Angebote, die Sprachbarrieren und kulturelle Missverständnisse überwinden.

## TITEL

### 24 ENDE OHNE SCHRECKEN

Die Palliativmedizin lindert Leiden schwerstkranker und sterbender Menschen. Sie steht jedoch noch nicht überall zur Verfügung.

Von Heiner Melching

### 30 HAUSBESUCH AM LEBENSENDE

Im Angesicht des Todes wollen die meisten Menschen in ihrer vertrauten Umgebung bleiben. Das Palliativteam Frankfurt hilft, diesen Wunsch zu erfüllen.

Von Christoph Fuhr (Text) und Jürgen Schulzki (Fotos)

## THEMEN

### 34 REFORM-MENÜ MIT FADEM BEIGESCHMACK

Erneut versucht sich die Politik an einer Therapie der ambulanten Versorgung. Doch das Reformvorhaben erhöht die Ausgaben, aber nicht die Qualität.

Von Jan Carels

## RUBRIKEN

- 9 **Rundruf** Korruption: Was tun gegen Dr. Raffzahn?
- 11 **Kommentar** Antibiotika: Abwehr mit Augenmaß
- 38 **Recht** Medizinprodukte: Hersteller-Haftung weit ausgelegt
- 40 **AOK-Notizen** Aktuelles aus Bund und Ländern
- 42 **Service** Bücher, Termine und mehr
- 44 **Debatte** Reiches Land mit armen Kindern
- 45 **Nachlese** Briefe an die Redaktion
- 45 **Impressum** Wer steckt hinter G+G?
- 46 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen



**24** Palliativmedizin: Was der Gesetzgeber geregelt hat und wo er nachbessern will



**30** Reportage: Wie das Palliativteam Frankfurt schwerstkranken Menschen und ihren Angehörigen beisteht



**34** Versorgungsstärkungsgesetz: Warum das Reform-Rezept nicht stimmig ist

## DEMOGRAFIE

**Altersgerechter Wohnraum fehlt**

In Deutschland klafft offenbar eine große Lücke bei der Versorgung mit altersgerechtem Wohnraum. Allein für den Personenkreis der über 65-Jährigen mit Mobilitätseinschränkungen fehlten etwa 2,7 Millionen Wohneinheiten, schreibt die Bundesregierung auf eine Anfrage der Grünen-Fraktion im Bundestag. Dem stehe ein altersgerechter Wohnungsbestand von nur 700.000 Wohnungen gegenüber. Die Bundesregierung beruft sich auf eine Studie der Prognos AG, die das Wirtschaftsforschungsunternehmen 2014 im Auftrag der Kreditanstalt für Wiederaufbau erstellt hatte. Es rechnet darin bis zum Jahr 2030 auch mit einem Anstieg des Bedarfs auf rund 3,6 Millionen altersgerechte Wohnungen. Daraus ergebe sich ein Investitionsbedarf von insgesamt 50 Milliarden Euro. ■

**MEHR INFOS:**

**Bundestagsdrucksache  
18/4148**

## AUSLANDSREISEN

**Antibiotika stoppen Keime nicht immer**

Selbst auf Reisen in Länder mit mangelhaften Hygienestandards ist die Einnahme von Antibiotika – etwa bei Darminfektionen – nicht unbedingt angezeigt. Dies legt eine neue Studie aus Finnland nahe. Das Risiko, dass sich multiresistente Keime im Darm ansiedelten, stieg demnach bis auf 80 Prozent, wenn Reisende unterwegs Antibiotika einnahmen. Die Forscher untersuchten Stuhlproben von 430 Reisenden



**Nicht barrierefrei: Viele Wohnungen in Deutschland müssen in den nächsten Jahren seniorengerecht umgebaut werden.**

und stellten bei jedem Fünften, der ins tropische oder subtropische Ausland reiste, nach der Rückkehr Spuren von Extended-Spectrum Betalaktamase (ESBL) fest. ESBL sondern Bakterien ab, die gegen viele Antibiotika resistent sind. Von den Testpersonen, die an Reisedurchfall erkrankten, war jeder zweite Träger eines multiresistenten Keims. Nahm der Reisende Antibiotika, stieg das Risiko bis auf 80 Prozent. Die Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen nahm die Studie zum Anlass, um den gewissenhaften Einsatz von Antibiotika anzumahnen. ■

## GESUNDHEIT

**Hartz IV-Kinder im Nachteil**

Ein Aufwachsen in Armut beeinträchtigt die gesundheitliche Entwicklung von Kindern. Das geht aus einer Studie der Bertelsmann Stiftung hervor. Fünf- und Sechsjähri-

ge aus Familien mit Hartz IV seien häufiger übergewichtig und verfügten über geringere Koordinationsfähigkeiten. Das Zentrum für interdisziplinäre Regionalforschung der Universität Bochum hatte für die Bertelsmann Stiftung die Daten von knapp 5.000 Schuleingangsuntersuchungen der Jahre 2010 bis 2013 gesichtet. Adipös sind demnach 8,8 Prozent der Kinder, die von sozialer Grundsicherung leben. Bei den übrigen Kindern war dies lediglich bei 3,7 Prozent der Fall. ■

## ORGANENTNAHME

**Ethikrat für Hirntod-Diagnose**

Der Deutsche Ethikrat hält einstimmig an der Hirntod-Diagnose als Voraussetzung für eine Organentnahme nach dem Tod fest. Die Mehrheit des Gremiums sei der Ansicht, dass der Hirntod „ein sicheres Todeszeichen ist“, heißt es in einer Unterrichtung des Ethikrates an den Bundestag. Die Spende lebenswichtiger Organe dürfe nur zulässig sein, wenn der Tod des möglichen Organ spenders festgestellt sei. Der Ethikrat empfiehlt, die Methoden der Hirntoddiagnostik auf Basis neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse kontinuierlich anzupassen. Zudem sollte die Forschung zur Hirntoddiagnostik und zur Organspende hinsichtlich naturwissenschaftlicher Grundlagen sowie psychosozialer Beratung und Begleitung gefördert werden. Da die Hirntoddiagnostik eine hohe medizinische Fachkompetenz erfordere, sollten Ärztekammern für die nötige Aus-, Fort- und Weiterbildung der Mediziner sorgen. ■

**MEHR INFOS:**

**Bundestagsdrucksache  
18/4256**

**kurz & bündig**

**+++ KRANKENHAUS:** Das medizinische Personal in Kliniken ist zunehmend weiblich: 2013 waren von 165.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Ärztlichen Dienst der Häuser 46 Prozent Frauen. 2004 waren es 37 Prozent, teilte das Statistische Bundesamt jetzt mit. **+++ ABTREIBUNG:** Die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland hat 2014 im Vergleich zum Vorjahr um drei Prozent abgenommen. Insgesamt wurden 99.700 Schwangerschaftsabbrüche gemeldet. **+++ BESTATTUNG:** Die Ärztekammer Westfalen-Lippe erwägt Nachbesserungen bei der Leichenschau. Die Kammer reagierte damit auf den kürzlich bekannt gewordenen Fall einer 92-jährigen Frau, die in ihrem Pflegeheim in Gelsenkirchen von einem Mediziner irrtümlich für tot erklärt worden war und anschließend in der Kühlkammer des Bestattungsunternehmens für kurze Zeit wieder aufwachte. **+++**



# 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](http://www.kompart.de/shop)



Name ..... Ich bezahle per Bankeinzug  Ich bezahle per Rechnung

Straße ..... IBAN ..... BIC .....

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

PLZ/Ort ..... Datum, Unterschrift .....

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



**FEHLZEITEN**

**Berufstätigkeit als Gesundheitsrisiko**

Die Ursachen von Fehlzeiten unterscheiden sich erheblich nach Berufszweigen. So sind Fehlzeiten wegen psychischer Belastungen in Call-Centern und in Einrichtungen der Altenpflege besonders hoch. Berufe in der Müllentsorgung und der industriellen Gießerei sind hingegen vor allem von Muskel-Skelett-Erkrankungen betroffen. Dies geht aus einer aktuellen Fehlzeiten-Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) hervor. „Die Ergebnisse verdeutlichen, welchen spezifischen Krankheitsrisiken die Beschäftigten mit ihren jeweiligen beruflichen Situationen ausgesetzt sind. Präventionsangebote sollten somit immer auf die jeweilige Berufsgruppe bezogen werden, um erfolgreich sein zu können“, sagte Helmut Schröder, stellvertretender WiDO-Geschäftsführer. Insgesamt nahmen psychische Erkrankungen als Ursache für Fehlzeiten entsprechend dem langjährigen Trend vor 2013 mit 9,7 Pro-

**Zitat des Monats**

**Der Beipackzettel ist inzwischen oft ein Wunderwerk an Origami-Kunst: Auseinandergefaltet ist er zuweilen größer als eine Tageszeitung.**

Quelle: Die Welt Kompakt vom 5. März 2015, Seite 28

zent wieder deutlich zu (*siehe Grafik*). Sie führten auch zu langen Ausfallzeiten. Die hohen Belastungen der Beschäftigten machten deutlich, so Schröder, dass zielgruppenspezifische Gesundheitsförderungsprogramme erforderlich seien. Diesen will sich der nächste Fehlzeiten-Report des WiDO widmen. ■

**MEHR INFOS:**  
[www.wido.de](http://www.wido.de) > Aktuelles

**RÜCKLAGEN  
Pflegeversicherung mit Rekordreserve**

Die gesetzliche Pflegeversicherung hat eine neue Rekordreserve angesammelt.

Laut Bundesgesundheitsministerium betrug die Rücklagen Ende vergangenen Jahres rund 6,63 Milliarden Euro – das waren knapp 500 Millionen Euro mehr als im Jahr 2013. Zugleich stiegen aber auch die Ausgaben der Pflegekassen, und zwar um 4,6 Prozent auf rund 24,2 Milliarden Euro im Jahr 2014. Die Mehrausgaben gehen vor allem auf Zusatzleistungen für Demenzerkrankte zurück, die um 9,3 Prozent stiegen. Ursache für die positive finanzielle Entwicklung in der Pflegeversicherung ist die aktuell gute Lohn- und Beschäftigungslage in Deutschland. ■

**MEHR INFOS:**  
[www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de) > Pflegeversicherung

**PRÄVENTION  
Linke will gerechte Vorsorge**

Scharfe Kritik am geplanten Präventionsgesetz der Bundesregierung hat die Linksfraktion geübt. Union und SPD verfolgten vorrangig ökonomische Ziele. Es gehe beiden Parteien nur darum, Behandlungskosten zu begrenzen, Arbeitgeber und Sozialversicherungen zu entlasten und den Fachkräftebedarf der Unternehmen zu sichern. Gesundheitsförderung und Prävention müssten jedoch

„konsequent auf die Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit“ ausgerichtet sein, so die Abgeordneten der Linksfraktion. Menschen aus der unteren Einkommenschicht hätten in jedem Lebensalter ein doppelt so hohes Risiko, ernsthaft zu erkranken wie wohlhabende Menschen. In Kitas, Schulen, am Arbeitsplatz, im Dorf oder im Stadtteil seien gesundheitsförderliche Bedingungen zu schaffen, etwa durch Lärmverminderung und kindergerechte Angebote. In Betrieben gehe es um die Reduzierung von Arbeitsbelastung und Stress. ■

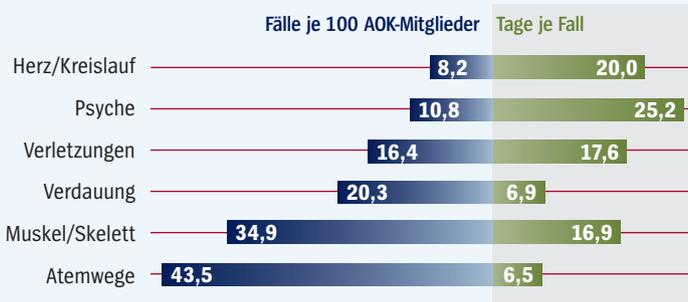
**DATENBANK  
Übersicht guter Versorgungsmodelle**

Neue integrierte Modelle zur medizinischen Versorgung sind insbesondere in von Unterversorgung bedrohten Regionen Deutschlands dringend notwendig. Umfassende Beispiele dafür fehlen bislang jedoch. Doch es gibt erste Ansätze, die zumeist auf Kooperationen von Ärzten und anderen Leistungserbringern fußen. Sie sind aber häufig nur regional bekannt. Das Institut für Allgemeinmedizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt am Main hat daher Beispiele für vorbildliche Versorgungsmodelle in einer Datenbank dargestellt. Bislang sind etwa 50 Modelle erfasst, weitere sollen „laufend“ hinzukommen. Zudem wurde ein Beratungsangebot entwickelt, um bei der Umsetzung neuer Versorgungsansätze zu helfen. ■

**MEHR INFOS:**  
[www.innovative-gesundheitsmodelle.de](http://www.innovative-gesundheitsmodelle.de)

**Psyche macht vielen Beschäftigten zu schaffen**

Arbeitsunfähigkeitsfälle von AOK-Mitgliedern und Dauer nach Krankheitsarten im Jahr 2014



Die Zahl psychischer Erkrankungen ist in Deutschland zuletzt im Durchschnitt wieder deutlich gestiegen. Bei den betroffenen Beschäftigten führen sie zu langen Ausfallzeiten im Job, wie die jetzt vorgelegte Fehlzeiten-Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) belegt. Mit 25,2 Tagen je Fall dauerten sie mehr als doppelt so lange wie der Durchschnitt mit 11,9 Tagen je Fall im Jahr 2014. *Quelle: WiDO 2015*

## Was tun gegen Dr. Raffzahn?

**Bakschisch, nein danke: Die Große Koalition will im Strafgesetzbuch einen neuen Tatbestand der Bestechlichkeit im Gesundheitswesen schaffen. Ist ein solcher gesetzgeberischer Eingriff notwendig?**



**MARIA KLEIN-SCHMEINK**, *gesundheitspolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen*: Ja. Denn Patientinnen und Patienten müssen sich darauf verlassen können, dass sich die ihnen empfohlene Behandlung allein an ihrem Wohl und an medizinischen Abwägungen orientiert. Korruption höhlt dieses Vertrauensverhältnis aus. Berufs- und sozialrechtliche Regelungen allein können korruptive Praktiken nicht verhindern. Daher brauchen wir ein Strafrecht, das Bestechlichkeit und Bestechung für alle Leistungserbringer unter Strafe stellt. Zudem sind Transparenzregelungen über jegliche Zuwendungen nötig sowie ein Hinweisgeberschutz, um Arbeitnehmer, die Fehlverhalten anzeigen, vor Konsequenzen zu schützen.

**PROFESSOR DR. EDGAR FRANKE** (SPD), *Vorsitzender des Bundestags-Gesundheitsausschusses*: Bereits 2010 habe ich in einem Antrag der SPD auf die bestehende Gesetzeslücke hingewiesen und eine strafrechtliche Änderung gefordert. Der Patient muss sich darauf verlassen können, dass allein medizinische, nicht monetäre Gründe für eine Therapie- oder Verordnungsentscheidung maßgebend sind. Leider haben wir damals keine Mehrheit bekommen. Nachdem der Bundesgerichtshof ebenfalls unter Bezugnahme auf unseren Antrag eine Regelungslücke festgestellt hatte, änderte sich die politische Debatte. Nun geben uns fast alle recht. Es ist dringend notwendig, alle Arten von Korruption im Gesundheitswesen strafrechtlich zu erfassen.



**KATHRIN VOGLER**, *Sprecherin für Arzneimittelpolitik und Patientenrechte der Bundestags-Linksfraktion*: Unbedingt! Berufs- und Sozialrecht reichen nicht aus. Endlich hat auch die CDU/CSU das eingesehen. Aber die Pläne der Bundesregierung greifen zu kurz: Neben Bestechung und Bestechlichkeit müssen auch Vorteilsannahme und Vorteilsgewährung bestraft werden. Diese stellen nämlich die häufigste Form von korruptiven Verhalten im Gesundheitswesen dar. Und wenn – wie geplant – nur bestimmte Berufsverbände sowie Krankenkassen Verstöße anzeigen dürfen, dann bleibt das Gesetz weitgehend wirkungslos.

**DR. HELMUT PLATZER**, *Vorstandsvorsitzender der AOK Bayern*: In fast allen Branchen und gesellschaftlichen Bereichen ist Compliance inzwischen ein wichtiges Thema. Und dass das Gesundheitswesen höchst anfällig ist für Bestechung, Fehlrechnungen und verdeckte Kartelle, ist längst kein Geheimnis mehr. Es geht ja auch um viel, um sehr viel Geld. Eine entsprechende Verankerung im Strafgesetzbuch ist deshalb überfällig. Dort ist das Thema auch richtig verortet, das ärztliche Berufsrecht oder aber das Sozialgesetzbuch ist hingegen nicht der geeignete Ort. Korruption bleibt Korruption – völlig unabhängig von Profession und Branche. Und eines ist klar: Die Kosten der Korruption gehen immer zulasten der Patienten und Versicherten.



### STUDIE Still-Babys haben mehr Grips

Muttermilch hat offenbar Einfluss auf den Intelligenzquotienten (IQ) von Babys, wie brasilianische Forscher jetzt herausgefunden haben wollen. Die Wissenschaftler um Professor Bernardo Lessa Horta von der Universidade Federal de Pelotas sammelten für ihre im Medizinjournal „The Lancet Global Health“ veröffentlichte Studie die



### ONLINE-ZUGANG Datenbank zu Arzneistudien

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) bietet ab sofort einen Online-Zugang zu seiner Datenbank über Anwendungsbeobachtungen (AWB) von Arzneimitteln. Einzusehen sind dort Titel, Ziel, Beginn und Ende der Beobachtungen. Bei AWB handelt es sich um sogenannte nichtinterventionelle Prüfungen, mit denen Erkenntnisse bei der Anwendung zugelassener oder registrierter Medikamente gewonnen werden. Im Unterschied zur klinischen Prüfung folgen Diagnose, Behandlung und Überwachung nicht einem Prüfplan, sondern ausschließlich der ärztlichen Praxis. ■

**MEHR INFOS:**  
<http://awbdb.bfarm.de>

### INFEKTIONEN Zecken-Alarm im Garten

Der Garten ist Zeckengebiet: Zu diesem Ergebnis gelangt eine Studie der Universität Hohenheim bei Stuttgart. Betroffen seien nicht nur Gärten in der Nähe von Wäldern, sondern auch stark gepflegte und waldfernere Grundstücke. „Gartenbesucher sollten sich nach einem Gartenaufenthalt auf Zecken absuchen und vor allem in Süd- und Mitteldeutschland auch impfen lassen“, empfahl die Parasitologin Professor Dr. Ute Mackenstedt. Zecken können die verschiedensten Erreger beherbergen. Entsprechend groß ist die Zahl der von den Tieren auf den Menschen übertragenen Erkrankungen, darunter auch FSME und Borreliose. ■

Daten von knapp 6.000 Kindern, die im Jahr 1982 in der südbrasilianischen Stadt Pelotas geboren wurden. Diese unterteilten die Wissenschaftler je nach Stilldauer in fünf verschiedene Gruppen. Das Zufüttern mit Tee oder Wasser wurde ebenfalls erfasst. Nach 30 Jahren unterzogen die Forscher 3.493 Studienteilnehmer einem Intelligenztest und stellten fest: Umso länger die Babys gestillt wurden, desto mehr Punkte erreichten sie als Erwachsene auf der IQ-Skala. Drei Monate volles Stillen beispielsweise brachte im Schnitt 0,7 Punkte mehr auf der Skala, ein ganzes Jahr ausschließlich Muttermilch sogar vier Punkte. ■

**PROGNOSE****Zahl der Demenz-Patienten steigt**

Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) steigt die Zahl der Demenzkranken in den nächsten 15 Jahre um schätzungsweise 28 Millionen. Während derzeit mehr als 47 Millionen Menschen unter einer Form der „Krankheit des Vergessens“ litten, seien es im Jahr 2030 bereits 75,6 Millionen. Bis zum Jahr 2050 werde sich die Zahl der Demenzkranken auf 135 Millionen verdreifachen. Ihre Prognose veröffentlichte die WHO aus Anlass ihrer ersten globalen Ministerkonferenz zum Thema Demenz, die Mitte März in Genf stattfand. Ursache einer Demenzerkrankung ist das Absterben bestimmter Nervenzellen im Gehirn. Die Folgen reichen von Verwirrtheit bis hin zur schweren Alzheimer-Krankheit. In Deutschland leiden daran etwa zwei Drittel aller Demenzkranken. ■

**RICHTLINIE****Mehr Ärzte dürfen Blutwäsche anbieten**

Ab sofort dürfen nicht mehr nur Nephrologen, sondern auch andere niedergelassene Fachärzte Blutwäschen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbringen. Voraussetzung ist, dass die Ärzte bestimmte Qualifikationen nachweisen. Der Gemeinsame Bundesausschuss verständigte sich darauf, die entsprechende Richtlinie zu ändern. Hintergrund des Beschlusses ist ein Urteil des Bundessozialgerichtes von 2014. Ein Transfusionsmediziner hatte damals darauf geklagt, Patienten die Leistung der Blutwäsche ebenfalls anbieten zu dürfen. ■

**PSYCHE****Flüchtlinge häufig traumatisiert**

Mehr als die Hälfte aller in Deutschland lebenden Menschen sind nach Angaben der Fachgesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) im Laufe ihres Lebens mindestens einmal mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert. Besonders betroffen seien Flüchtlinge und Asylsuchende, die sich bei ihrer Ankunft in Deutschland oftmals in einem schlechten gesundheitlichen Zustand befänden, teilte die DGPPN mit. Rund 40 Prozent von ihnen hätten bereits mehrfach traumatisierende Erlebnisse erlitten. ■

**UV-STRAHLUNG****Auch Frühlingssonne schädigt die Haut**

Die Deutsche Krebshilfe hat dazu aufgerufen, auch im Frühjahr an ausreichenden Sonnenschutz zu denken. Länger werdende Tage und erste kräftige Sonnenstrahlen lockten viele Menschen nach draußen. Die UV-Strahlung der Frühlingssonne sei aber nicht zu unterschätzen, warnte Gerd Nettekoven, Hauptgeschäftsführer der Krebshilfe. Die ultraviolette Strahlung der Sonne sei ebenso wie die künstliche in Solarien der größte Risikofaktor für Hautkrebs. In Deutschland erkranken daran jährlich etwa 251.000 Menschen neu. „Der richtige UV-Schutz beginnt damit, intensive Sonneneinstrahlung zu meiden, vor allem in der Mittagszeit“, sagte Professor Dr. Eckhard Breitbart, Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Prävention. ■

**Köpfe und Karrieren**

**+++ CHRISTIANE GROß**, 61, bisher Vizepräsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes, leitet den Verband nun als neue Präsidentin. Die promovierte Fachärztin für Allgemeinmedizin mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie trat die Nachfolge von Dr. Regine Rapp-Engels an, die nach 14 Jahren an der Spitze des Verbandes zurückgetreten ist. Vizepräsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes ist Professorin Dr. Gabriele Kaczmarczyk.

**+++ GERHARD H. H. MÜLLER-SCHWEFE**,

65, leitender Arzt des Schmerz- und Palliativzentrums Göppingen, hat für weitere drei Jahre die Präsidentschaft der Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin (DGS) übernommen. Der promovierte Anästhesist und Allgemeinmediziner bekleidet dieses Amt seit 1997. Ihm zur Seite stehen als DGS-Vizepräsidenten Dr. Silvia Maurer, PD Dr. Michael Überall, Dr. Oliver Emrich, Dr. Johannes Horlemann sowie Klaus Längler. Der Gesellschaft gehören nach eigenen Angaben rund 4.000 Schmerztherapeuten an.



**+++ CHRISTIAN REUTER**, 46, Dipl. Volkswirt, ist neuer Generalsekretär des Deutschen Roten Kreuzes (DRK). Er trat die Nachfolge von Clemens Graf von Waldburg-Zeil an, der nach zwölf Jahren an der Spitze des DRK Ende vergangenen Jahres ausgeschieden war. Christian Reuter arbeitete zuvor als Bundesgeschäftsführer beim Arbeiter-Samariter-Bund. Der DRK-Generalsekretär ist gleichzeitig auch Vorstandsvorsitzender des Verbandes.

**HAUSBESUCHE****Gewalt gegen Ärzte keine Seltenheit**

Die meisten Hausärzte waren in ihrem Berufsleben schon einmal Aggression und Gewalt ausgesetzt, vor allem bei Hausbesuchen. Das geht aus einer im „Deutschen Ärzteblatt“ (Heft 10 v. 6. März 2015) veröffentlichten bundesweiten Befragungsstudie hervor. Für ihre Untersuchung schickten die Wissenschaftler einen vierseitigen Fragebogen an insgesamt 1.500 Allgemeinmediziner

und praktische Ärzte. Gefragt wurde nach Häufigkeit, Art, Schwere und Ort des erlebten aggressiven Verhaltens. Die Forscher werteten 831 Fragebögen aus. 91 Prozent der Teilnehmer gaben an, im Verlauf ihrer hausärztlichen Tätigkeit schon einmal mit Aggression konfrontiert gewesen zu sein. Von schwerwiegender Aggression beziehungsweise Gewalt berichteten 23 Prozent. Die Studienautoren ziehen daraus den Schluss, dass Konzepte zum Umgang von Hausärzten mit Gewalt zu entwickeln seien. ■

# 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](http://www.kompart.de/shop)



**Die Krankenversicherung der Zukunft**  
Anforderungen an ein leistungsfähiges System

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

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

Lieferung gegen Rechnung  per Bankeinzug

\_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname

\_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

## HILFSMITTEL Hörgeräte-Markt legt zu

Der Markt für Hörgeräte in Deutschland boomt. Laut aktuellen Zahlen des Marktforschungsgesellschaft GfK in Nürnberg verzeichnete er im Jahr 2014 ein Umsatzplus von rund 34 Prozent auf nunmehr gut 1,3 Milliarden Euro. Insgesamt wurden vergangenes Jahr bundesweit rund 1,2 Millionen Hörgeräte über den Fachhandel verkauft. Im Jahr 2013 betrug das Umsatzvolumen rund 991 Millionen Euro. Die verkaufte Stückzahl lag bei rund 836.000. ■

## STUDIE Jede achte Klinik könnte schließen

Mit der Schließung von 210 Krankenhäusern in Deutschland ließen sich jährliche Einspareffekte von mindestens 570 Millionen Euro erzielen, ohne dass die Bevölkerung



Zeit für ein Hörgerät: Der Fachhandel verkaufte in Deutschland im Jahr 2014 rund 1,2 Millionen Stück.

merkliche Nachteile in der Versorgung oder weitere Anfahrtswege in Kauf nehmen müsste. Dies ergibt eine Modellrechnung, die der Leiter des Kompetenzbereichs Gesundheit des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI), Dr. Boris Augurzky, auf dem „Gesundheitskongress des Westens“ in Köln vorgestellt hat. Das Einsparvolumen errechnet sich aus einem reduzierten Investitionsbedarf und

vermiedenen Defiziten abzüglich zusätzlicher Kosten für Sicherstellungszuschläge und den Ausbau der Luftrettung. Etwa 240 Kliniken befinden sich laut RWI mittlerweile in erhöhter Insolvenzgefahr. Bis zum Jahr 2020 werde fast jedes achte der rund 2.000 Krankenhäuser schließen müssen, wenn die Träger es zuließen. Die meisten der von der Insolvenz bedrohten Häuser befänden sich in öffentlicher Hand. ■

## ANGEHÖRIGE Familie ist größter Pflegedienst

Deutschlands größter Pflegedienst trägt kein Firmenschild und arbeitet von zu Hause aus. Dies geht aus aktuellen Zahlen des Statistischen Bundesamtes hervor. Danach wurden zuletzt mehr als zwei Drittel der rund 2,6 Millionen pflegebedürftigen Menschen in den eigenen Wänden versorgt. 71 Prozent oder 1,86 Millionen der Menschen, die Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, lebten zu Hause. Das Gros der Pflegebedürftigen (1,25 Millionen) erhielt Pflegegeld. Das bedeutet, dass sie in der Regel allein von Angehörigen betreut wurden. Weitere 616.000 Pflegebedürftige lebten in Privathaushalten, erhielten aber Hilfe von Pflegediensten. In Heimen waren rund 764.000 Menschen untergebracht – das waren 29 Prozent aller Pflegebedürftigen. (Siehe auch Bericht auf den Seiten 16 und 17) ■

## SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH

### „Hilfe für Pflegebedürftige und Angehörige direkt vor Ort“

Orientierung, Beratung, Entlastung: Die AOK PLUS bietet ihren Versicherten zahlreiche Angebote rund um das Thema Pflege. Dazu Fragen an die Verwaltungsratsvorsitzende der Gesundheitskasse, Iris Kloppich.



**G+G:** Frau Kloppich, die AOK PLUS hat ihren Pflegenavigator im Internet aktualisiert. Welche Informationen sind neu?

**KLOPPICH:** Seit Anfang des Jahres stellen wir unseren Versicherten einen erweiterten kostenfreien Service in ihrem Pflegenavigator im Internet zur Verfügung. Die Gesundheitskasse bietet damit zusätzlich Infos zu den geschätzten Pflegekosten der Pflegedienste in Sachsen und Thüringen – einschließlich des voraussichtlichen Eigenanteils der Versicherten. Das alles wird in einem neuen Layout angezeigt.

**G+G:** Im Freistaat Sachsen hat die Gesundheitskasse eigene Pflegeberater am Start. Warum?

**KLOPPICH:** Als Alternative zu den Pflegestützpunkten hat sich das Land Sachsen für die vernetzte Pflegeberatung entschieden, um vorhandene Strukturen zu nutzen. Die AOK PLUS ist aktiver Pflegenetzwerkpartner und unterstützt mit ihren Pflegeberatern Pflegebedürftige und

deren Angehörige direkt vor Ort. Es ist uns ein besonderes Anliegen, unsere Versicherten von kompetenten Case-Managern, die in ihrer Region mit Hilfs- und Unterstützungsstrukturen vertraut sind, umfassend zu allen Fragen rund um die Pflege beraten zu lassen.

**G+G:** In Kürze veranstaltet die AOK Abende für pflegende Angehörige in Erfurt und Chemnitz. Was genau ist geplant?

**KLOPPICH:** Wir informieren dort über Beratungs- und Entlastungsangebote. Die Veranstaltungen bieten auch die Möglichkeit, pflegenden Angehörigen Raum zu geben, sich Informationen zur Hilfe und Unterstützung in ihrer Situation zu holen oder sich auch zu den täglichen Herausforderungen zu äußern. Im Nachgang stehen die Pflegeberater für individuelle Anliegen zur Verfügung, und die Teilnehmer haben Zeit für den Austausch untereinander. Unsere erste Veranstaltung vergangenes Jahr in Dresden stieß auf ein sehr großes Echo.

## Abwehr mit Augenmaß

Rund 450 Tonnen Antibiotika schlucken Patienten in Deutschland jedes Jahr. Vor allem Hausärzte sollten ihre Verschreibungspraxis hinterfragen, meint Eva Quadbeck.



**ALS PENICILLIN IN DEN 40ER JAHREN** des vergangenen Jahrhunderts erstmals im Kampf gegen Bakterien zum Einsatz kam, glaubten Forscher eine Wunderwaffe gefunden zu haben. Doch wegen des übermäßigen Einsatzes bei Mensch und Tier weltweit nehmen die Resistenzen zu. Das Problem ist in Deutschland schon seit Jahren erkannt, die Strategie

gegen Antibiotikaresistenzen verfangen aber nicht wirklich.

Allein in Europa sterben jedes Jahr 25.000 Menschen infolge von Antibiotika-Resistenzen. Daher ist es nur zu begrüßen, dass das Thema beim Treffen der großen Industriestaaten in Deutschland im Juni ganz oben auf der Agenda steht. Doch die Gabe von Antibiotika lässt sich am Ende nur im Alltag regulieren. Das Robert Koch-Institut geht davon aus, dass in Deutschland schlicht zu viele Antibiotika verschrieben werden. Pro Jahr schlucken die Bürger rund 450 Tonnen Antibiotika, Salben und Tropfen sind da noch nicht eingerechnet. Wir brauchen daher eine Rückkehr zur Vernunft und einen Antibiotika-Einsatz mit Augenmaß – bei Mensch und Tier. Um die Versorgung der Bürger mit Antibiotika auf das wirklich notwendige Maß zu reduzieren, müssen sich Ärzte und Kliniken untereinander besser informieren, welche Antibiotika einem Patienten zuletzt verschrieben wurden.

Mit der elektronischen Gesundheitskarte ließe sich dieser Informationsfluss eines Tages verbessern – sofern die Patienten einem Datenaustausch zustimmen. Auch werden die Ärzte häufiger Laborwerte nehmen müssen, bevor sie den Rezeptblock zücken. Dafür muss man insbesondere die Hausärzte gewinnen, die mit Abstand am häufigsten Antibiotika verschreiben. Wer mit dem Symptom „Husten seit Wochen“ zum Arzt kommt, benötigt nicht unbedingt ein Antibiotikum.

Schließlich sind die Patienten selbst gefragt. Wenn eine bakterielle Infektion nicht dramatisch ist, wird ein im Prinzip gesunder Körper damit auch ohne Antibiotika fertig. Ist die Einnahme von Antibiotika allerdings angezeigt, sind die Tabletten streng nach Vorschrift und auch nach Abklingen der Symptome einzunehmen. Ein vorzeitiger Abbruch der Therapie befördert Resistenzen.

Gefragt ist auch die Forschung, neue Antibiotika zu finden und Ursachen zu ergründen, warum Bakterien resistent werden können. Zudem werden alternative Mittel benötigt. ■

Eva Quadbeck ist Leiterin des Hauptstadtbüros der Rheinischen Post aus Düsseldorf.

### VOLKSKRANKHEIT

## Rückenleiden kosten viel Geld

Rückenschmerzen sind in Deutschland weit verbreitet und ziehen laut einer Untersuchung hohe Kosten nach sich. Wie aus einem Bericht des Bundestags-Ausschusses für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung zum technischen Fortschritt im Gesundheitswesen hervorgeht, machen die indirekten Kosten bei Rückenleiden mit einem Anteil von etwa 85 Prozent den Großteil der Gesamtkosten aus. Gemeint sind damit vor allem Produktivitätsausfälle aufgrund von Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit. Nur 15 Prozent der Kosten entfallen auf die Behandlung. Laut Statistischem Bundesamt wurden dem Bericht zufolge 2008 für die Therapie von Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens neun Milliarden Euro ausgegeben. Das entsprach etwa vier Prozent der Kosten für sämtliche Krankheiten. Was die indirekten Kosten betrifft, gingen 2008 insgesamt 172.000 Erwerbstätigkeitsjahre durch Arbeitsunfähigkeit sowie 75.000 durch Invalidität wegen Rückenschmerzen verloren. ■

**MEHR INFOS:**  
Bundestagsdrucksache  
18/4283

### GESUNDHEIT

## Warnung vor Energy Drinks

Die Grünen befürchten Gefahren für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen durch Energy Drinks und Energy Shots. Letztere enthalten Koffein und Taurin in sehr hoher Konzentration. Daher sei zu prüfen, ob die

Warnhinweise auf den Etiketten dieser Produkte ausreichend seien oder ob eine Abgabe an Kinder nicht untersagt werden müsse. Ähnlich äußerten sich Vertreter europäischer Kinderkardiologen. „In unserer täglichen Arbeit sehen wir uns mit einer steigenden Zahl von Patienten konfrontiert, die nach dem übermäßigen Konsum von Energydrinks im Krankenhaus landen“, heißt es in einem im Magazin „Spiegel“ zitierten Schreiben an EU-Gesundheitskommissar Vytenis Andriukaitis. ■

### KRANKENHÄUSER

## Katalog für Investitionen

Der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben sich auf einen Katalog von Investitionsbewertungsrelationen für 2015 geeinigt. Die von den Bundesländern bereitgestellten Investitionsmittel für die Kliniken könnten damit besser verteilt und gezielter den Leistungen zugeordnet werden, hieß es. Der Katalog der Investitionspauschalen basiert auf Kalkulationen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Es ist der zweite Katalog von Investitionsbewertungsrelationen nach der erstmaligen Veröffentlichung 2014. Die zentrale Weiterentwicklung besteht in der Einführung einer verweildauerabhängigen Komponente. Der Katalog weist nun zu jedem Fall des DRG-Systems ein fallbezogenes und ein verweildauerbezogenes Relativgewicht aus. Dadurch könnten Investitionsanteile den stationären Leistungen noch genauer zugeordnet werden, so der GKV-Spitzenverband. ■

# Tuning für die Chipkarte

Das Gesundheitswesen sucht den Anschluss an das digitale Zeitalter. Der aktuelle Referenten-Entwurf für ein eHealth-Gesetz will der elektronischen Gesundheitskarte Beine machen – bleibt dabei jedoch auf halbem Wege stehen, meint **Mirko Weißbach**.

**Vorerst ist sie wie ein Sportwagen**, der in der Garage auf seinen Einsatz lauert: Das schrieb im Januar Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung über die elektronische Gesundheitskarte. Nun liegt der Entwurf für ein „Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen“ (eHealth-Gesetz, *siehe Kasten*) vor. Das Gesetz soll 2016 in Kraft treten und das Tempo auf der Datenautobahn erhöhen.

Böse Zungen nennen den Entwurf „gematik-Gesetz“, weil er keine versorgungsrelevanten eHealth-Zukunftsvisionen enthält. Vielmehr versucht er, die bisher durch die gematik versäumten Selbstverständlichkeiten zum Aufbau einer zentralen Telematikinfrastruktur (TI) und zur Entwicklung von versorgungsverbessernden Anwendungen der

elektronischen Gesundheitskarte (eGK) nachzuholen. Wer sich vom Gesetzesentwurf ein Lauffeuer für die Ausbreitung von elektronischer Vernetzung zwischen den medizinischen Einrichtungen, für

## Ohne Sanktionierung kommt die Telematik nicht voran.

eine breite und effiziente elektronische Kommunikation der Leistungserbringer untereinander und damit für eine schnelle und gezielte Versorgung der Versicherten oder auch für die Fernbehandlung in entlegenen Regionen erhofft hat, den enttäuscht das geplante Gesetz mit Sicherheit. Wer allerdings aus der Erfah-

rung der vergangenen Jahre heraus schon mit kleinsten Fortschritten zufrieden ist, dem könnte der Entwurf die eine oder andere Hoffnung zurückgeben.

**Stammdaten online prüfen.** Demnach müssen die Arztpraxen ab Mitte 2016 die auf der eGK gespeicherten Versichertenstammdaten online prüfen und aktualisieren. Der Gesetzgeber droht mit der Kürzung der vertragsärztlichen Vergütung um ein Prozent ab dem 1. Juli 2018 bei den Ärzten, die diese Prüfung nicht vornehmen. Zusätzlich werden die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und der GKV-Spitzenverband als Gesellschafter der gematik ab 2017 mit einer Reduzierung des jeweiligen Haushalts um ein Prozent sanktioniert, wenn die gematik nicht bis zum 30. Juni 2016 die für die Versichertenstammdatenprüfung erforderlichen Schritte umgesetzt hat.

**Freiwillig heißt nicht schneller.** Man kann geteilter Meinung darüber sein, ob bei der Versichertenstammdatenprüfung Sanktionen gegenüber dem GKV-Spitzenverband sachgerecht sind. Der GKV-Spitzenverband stand wohl als einziger Gesellschafter der gematik nicht im Verdacht, die Versichertenstammdatenprüfung zu blockieren. Auch ist eine Sanktionierung von nur drei Gesellschaftern nicht selbsterklärend, wenn die gematik sieben Gesellschafter hat. Aber eines ist jedem klar: Ohne Sanktionierung kommt die eGK nicht voran. Die Gesellschafter haben sich viel zu lange im Streit um Nuancen der Spezifikationen, Fachkonzepte, Lastenhefte und anderes mehr blockiert. Und die Mär, dass bei der Umsetzung von Anwendungen wie der Versichertenstammdatenprüfung eine

### Referenten-Entwurf: Kernpunkte des geplanten eHealth-Gesetzes

#### Anreize für zügige Einführung, Nutzung und Weiterentwicklung der Telematik-Infrastruktur

- Vergütung für Ärzte, die einen Notfalldatensatz erstellen und aktualisieren
- Vergütung für standardisierten elektronischen Entlassbrief: Krankenhäuser fürs Erstellen, Ärzte fürs Einlesen (Anschubfinanzierung vom 1.7.2016 bis 30.6.2018)
- Anspruch auf einheitlichen Medikationsplan ab fünf verordneten Medikamenten (zunächst in Papierform, später elektronisch)
- Ausbau telemedizinischer Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab und Fördermöglichkeit mit (regionalen) Zuschlägen
- Pauschale für Ärzte und Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, für die sichere Übermittlung von elektronischen Briefen (für 2016/2017)
- Verbindliche Fristen für Online-Abgleich und Online-Aktualisierung der Versichertenstammdaten in der Arztpraxis, bei Verweigerung Kürzung des Ärztebudgets um ein Prozent
- Verbindliche Fristen für gematik bezüglich der Maßnahmen zur Sicherstellung der Nutzung des Versichertenstammdatendienstes und der Notfalldaten

#### Strukturen der Gesellschaft für Telematik (gematik) verbessern

Zur Lösung strittiger Fragen soll eine Schlichtungsstelle etabliert werden, die statt mit einer Person künftig mit drei Personen besetzt sein soll.

#### Telematikinfrastruktur öffnen und weiterentwickeln

Grundlage dafür schaffen, dass über Anwendungen der eGK hinaus die Telematik-Infrastruktur für weitere elektronische Anwendungen des Gesundheitswesens nutzbar ist.

Freiwilligkeit für die Ärzteschaft das Verfahren beschleunigt, glaubt kein noch so naiver Novize mehr.

### Belohnung für Selbstverständlichkeiten.

Statt allerdings den Weg der Sanktionierung konsequent weiterzugehen, bleibt der Referentenentwurf auf halbem Wege stehen. Beim Notfalldatenmanagement – hierbei hinterlegt der Arzt den Notfalldatensatz auf der eGK – verharret der Gesetzgeber bei den Sanktionen für die Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung sowie den GKV-Spitzenverband. Er verzichtet aber auf Vergütungsabschläge für Ärzte, die das Schreiben des Notfalldatensatzes verweigern, obwohl der Versicherte es wünscht.

Wenn der Gesetzgeber medizinische Anwendungen der eGK fördern will und die Erfahrung zeigt, dass dies ohne Sanktionen nicht funktioniert, wären Malusregelungen für alle weiteren Anwendungen eine logische Folge. Diese Chance wird vertan. Stattdessen lobt das geplante eHealth-Gesetz zusätzliche finanzielle Anreize in Form von Telematikzuschlägen für Anwendungen wie den elektronischen Arztbrief oder den elektronischen Entlassbrief aus. Moderne Kommunikationstechniken vereinfachen, verschlanken und beschleunigen Abläufe – sie machen sie damit kostengünstiger. Deshalb ist es völlig unverständlich, dass die Leistungserbringer zum wiederholten Male mit finanziellen Anreizen für Selbstverständlichkeiten, wie elektronische Briefe, zusätzlich belohnt werden sollen. Die Versichertengelder sind schlicht zu wertvoll, um Ärzte und Kliniken, die durch Prozessoptimierung Geld sparen, für die Prozessoptimierung zu bezahlen, damit sie Geld sparen.

Ebenfalls wie ein Schildbürgerstreich wirkt es, wenn ein Gesetz zur digitalen Kommunikation und zu digitalen Anwendungen im Gesundheitswesen einen Medikationsplan in Papierform vorsieht.

**Parallelstrukturen verhindern.** Zu begrüßen ist hingegen das im Gesetzentwurf formulierte Ziel, die Telematik-Infrastruktur über die Anwendungen der eGK hinaus für eine sichere elektronische Kommunikation im Gesundheitswesen zu nutzen. Die Regelungen hierzu müssen allerdings gerade im Hinblick auf die Gefahr von Parallelstrukturen konkriti-



Der Gesetzgeber drückt bei der elektronischen Gesundheitskarte aufs Tempo.

siert werden. Mit dem Start des Betriebs der TI müssen sämtliche Vernetzungsstrukturen für die medizinische Versorgung integriert werden. Dadurch würde verhindert, dass Beitragsgelder der gesetzlich Versicherten dafür verschwendet werden, mehrere Infrastrukturnetze zu betreiben, die nicht miteinander kommunizieren können.

## Die Gesellschafter der gematik haben sich zu lange im Streit um Nuancen blockiert.

Auch bei der Qualitätssicherung der Verwaltungssysteme der Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser und der Festlegungen für die Schnittstellen dieser Systeme ist der Gesetzentwurf nicht konsequent. Hier sollen die Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft jeweils alleinverantwortlich bestätigen, dass ihre Systeme die Vorgaben erfüllen. Diese Regelung macht den Bock zum Gärtner: Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass insbesondere die Verwaltungssysteme der Ärzte nicht beziehungsweise nicht rechtzeitig den Anforderungen der eGK/TI gerecht wurden und eine Vielzahl von Fehlern auftraten. Die Be-

stätigung der Funktionalität der Verwaltungssysteme der Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser gehört deshalb in die Hand der Vertragspartner oder der gematik.

**Entwurf greift zu kurz.** Der Entwurf zu einem eHealth-Gesetz stellt strukturell und strategisch keine Weichen. Auch ein Signal in Richtung Verbesserung der Versorgung in strukturschwachen Regionen mittels eHealth und Telemedizin sowie eine Aussage zur Aufhebung des Fernbehandlungsverbots fehlt. Zwar sieht das geplante Gesetz vor, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den GKV-Spitzenverband zu verpflichten, die Anforderungen an technische Verfahren zur telemedizinischen Erbringung der konsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen zu definieren. Das greift für eine Gesamtkonzeption jedoch viel zu kurz und bildet nur einen Bruchteil der notwendigen telemedizinischen Strukturausrichtung ab.

Mit dem Gesetzentwurf ist also das Ziel einer zukunftsorientierten Telematik-Infrastruktur mit einer Vielzahl versorgungsverbessernder Anwendungen noch lange nicht erreicht. Aber immerhin: Er ist geeignet, den Sportwagen des Ministers schon mal optimistisch aus der Garage zu fahren. ■

**Mirko Weißbach** war von 2009 bis März 2015 Projektleiter Telematik im AOK-Bundesverband.  
**Kontakt: [Mirko.Weissbach@bv.aok.de](mailto:Mirko.Weissbach@bv.aok.de)**

# Gemeinsam gegen den Pflegekollaps

Mehr Bedarf, weniger Fachkräfte: Beim Deutschen Pfllegetag 2015 in Berlin zeigten Verbände, Politik, Kassen und Kommunen Wege auf, um den drohenden Pflegenotstand zu verhindern. **Von Thomas Hommel**

**Der Gedanke** sei ihm kürzlich bei der Reise mit der Bahn gekommen, berichtete der Präsident des Deutschen Pfllegerates, Andreas Westerfellhaus, beim Pfllegetag 2015 Anfang März in Berlin. Der großen Anzeigetafel in der Bahnhofshalle hätten er und andere Reisende entnehmen können, dass mehrere Verbindungen wegen eines Streiks der Lokomotivführer ausfallen und andere Züge stark verspätet eintreffen. Was wäre eigentlich, habe er sich da gefragt, wenn Deutsch-

das vermeintlich beste Gesundheitssystem der Welt an den Rand der Belastbarkeit. Da reiche auch das von der Politik zugesagte Förderprogramm für neue Pfllegestellen im Zuge der anstehenden Krankenhausreform nicht aus. Gerade mal 1,4 zusätzliche Stellen würden dadurch an jeder Klinik geschaffen. „Das merkt vor Ort kaum jemand.“

Die Pfllege fühle sich von der Politik mit ihren Problemen „allein gelassen“, beklagte Westerfellhaus. Sein Appell

**Kästchendenken beenden.** Der Pfllegebeauftragte der Bundesregierung, Karl-Josef Laumann, sagte der Branche seine Unterstützung zu. Die „Jahre des Stillstands“ bei der Pfllege seien vorbei. Union und SPD würden noch in dieser Legislatur einen neuen Pfllegebegriff einführen, pfllegende Angehörige entlasten und mit einer generalistischen Pfllegeausbildung, bei der nicht mehr nach Kranken-, Kinderkranken- und Altenpfllege unterschieden wird, das „Kästchen-

Pfllege ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die nicht allein den Kommunen aufgebürdet werden darf.

”

*Dr. Gerd Landsberg,  
Hauptgeschäftsführer des Deutschen  
Städte- und Gemeindebundes*

Künftige Gesetze müssen die Personalausstattung in der Pfllege spürbar verbessern.

*Andreas Westerfellhaus,  
Präsident des Deutschen  
Pfllegerates*

Es geht um bessere Rahmenbedingungen und darum, den Pfllegeberuf attraktiver zu machen.

*Lutz Stroppe,  
Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium*

lands Pfllegefachkräfte einmal kollektiv in den Ausstand treten würden. Im Eingangsbereich von Krankenhäusern und Heimen müssten Patienten, Bewohner und Besucher dann wohl das Folgende lesen: „Station A: Kein Verbandswechsel. Station B: Essensausgabe gestrichen. Station C: Medikamentenausgabe auf unbestimmte Zeit verschoben.“

**Pfllege nur noch im Laufschrift.** Gründe, die Arbeit niederzulegen, hätten die etwa 1,2 Millionen Pfllegekräfte genügend, betonte Westerfellhaus. Chronische Personalmängel, Arbeit im Laufschrift, ausgelaugte Beschäftigte und unzufriedene Patienten – die Liste der Klagen sei lang. Schon eine „banale Grippewelle“ bringe

daher: „Künftig sollten nur noch Gesetze auf den Weg gebracht werden, die durchgehend die Belange der professionell Pfllegenden berücksichtigen und die Personalausstattung spürbar verbessern.“

Notwendig sei dies etwa beim zweiten Pfllegestärkungsgesetz, das die Große Koalition noch dieses Jahr über die parlamentarischen Hürden bringen will und dessen Kern ein neuer, erweiterter Pfllegebedürftigkeitsbegriff ist. „Das verändert die Pfllege Landschaft nachhaltig“, prophezeite Westerfellhaus – eine Einschätzung, die er mit vielen Kolleginnen und Kollegen teilt, wie eine Umfrage am Stand des AOK-Bundesverbandes beim Pfllegetag zeigt (*siehe Grafik „Das erwarteten Deutschlands Pfllegeprofis“*).

denken“ beenden. Noch in diesem Sommer wolle die Koalition ihren Referentenentwurf vorlegen.

„Es geht um bessere Rahmenbedingungen und darum, den Pfllegeberuf attraktiver zu machen“, betonte Gesundheits-Staatssekretär Lutz Stroppe.

**Angehörige sind eine tragende Säule.**

Dass nicht nur Pfllegeprofis, sondern auch pfllegende Angehörige mehr Hilfe brauchen, um ihre Aufgabe bewältigen zu können, darauf wies der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Jürgen Graalmann, hin. Der Pfllegebedarf in Deutschland steige kontinuierlich, schon heute zählten Statistiker 2,63 Millionen pfllegebedürftige Menschen. Mehr als 70

Prozent würden zu Hause versorgt, meist von Familienmitgliedern oder Freunden. Bis zum Jahr 2050 verdoppele sich die Zahl der Hilfebedürftigen. Gleichzeitig nehme das Potenzial an Pflegekräften ab. „Um die Schere zu schließen, reicht es nicht aus, nur die professionelle Pflege aufzuwerten. Auch die Angehörigenpflege muss gestärkt werden, denn ihr kommt eine Schlüsselrolle zu.“

Gemessen am Zeitaufwand betrage die gesellschaftliche Wertschöpfung der Angehörigenpflege rund 29 Milliarden Euro pro Jahr, rechnete Graalman vor. Um pflegende Angehörige besser zu stellen, seien gezielte Unterstützungsangebote gefragt. Als größte Pflegekasse engagiere sich die AOK hier seit Jahren. Sie fördere die Pflegeforschung, suche das Gespräch mit Betroffenen und baue ihre speziellen Angebote für pflegende Angehörige aus. „Das kann aber nicht bedeuten, dass Kranken- und Pflegekassen die Aufgaben anderer Akteure wie den Kommunen vor Ort übernehmen.“

Angehörige sollten einen eigenen Rechtsanspruch auf Pflegeberatung haben.



Jürgen Graalman,  
Vorstandsvorsitzender des  
AOK-Bundesverbandes

**Schlüsselrolle für die Kommunen.** Dass Pflegebedürftige und ihre Angehörigen eine passende Infrastruktur vor Ort benötigen, die ihnen den oft mühevollen Alltag erleichtert, machte eine Podiumsdiskussion deutlich, zu der der AOK-Bundesverband beim Pfllegetag geladen hatte. Pflege- und Betreuungsangebote, altersgerechte Wohnungen, ein ausgebauter öffentlicher Nahverkehr und barrierefreie kulturelle Veranstaltungen – viele Städte und Gemeinden seien auf diese Mammutaufgabe noch nicht ausreichend vorbereitet, betonten die Diskutanten.

So räumte der Hauptgeschäftsführer des Deutschen Städte- und Gemeindebundes, Dr. Gerd Landsberg, ein, dass längst noch nicht alle Kommunen die

## Das erwarten Deutschlands Pflegeprofis

### Veränderungen im Berufsalltag durch die Pflegereformen:

(Mehrfachnennungen möglich)



Hoffnung und Skepsis halten sich die Waage: 15 Prozent der insgesamt 132 Teilnehmer der diesjährigen AOK-Wunschbaum-Aktion beim Pfllegetag erwarten von den Pflegereformen mehr Zeit für die Patienten. 15 Prozent glauben hingegen, es komme zu keinen spürbaren Veränderungen. Neun Prozent erwarten, dass der Dokumentationsaufwand sinkt. *Quelle: AOK-Bundesverband*

Dimension des demografischen Wandels begriffen haben: Hier gebe es vielfach Nachholbedarf.

Gleichwohl seien auch die Kommunen allein nicht in der Lage, die Herausforderungen zu bewältigen. Vielmehr sei Pflege eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. „Pflege betrifft jeden. Deshalb brauchen wir ein tragfähiges Gesamtsystem, um Menschen aus einer Hand zu beraten und ihnen in jeder Lebenssituation Hilfe zu bieten“, betonte Landsberg.

**Mehr Vernetzung bei der Beratung.** Bei einer guten Beratung über örtliche Betreuung- und Hilfsangebote dürfen die Kommunen nicht fehlen, zeigte sich Dr. Elisabeth Fix, Referentin für Gesundheitspolitik beim Deutschen Caritasverband, überzeugt. Sie plädierte für eine stärkere Einbindung der Gemeinden in die Pflegestützpunkte. Die Stützpunkte trügen dazu bei, die Versorgungsangebote für Pflegebedürftige zu vernetzen und aufeinander abzustimmen.

Dass das gut klappen könne, zeige das Beispiel Rheinland-Pfalz, wo die Kommunen gut in die Arbeit vor Ort eingebunden seien. 135 Pflegestützpunkte gibt es in Rheinland-Pfalz – so viele wie sonst nirgendwo in Deutschland.

Das bestätigte auch Sabine Bärzing-Lichtenthäler. Die rheinland-pfälzische Gesundheitsministerin will sich dafür einsetzen, die Kommunen beim Thema Pflege stärker in die Pflicht zu nehmen. Das Land Rheinland-Pfalz ist seit Herbst

2014 in einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege vertreten.

Der Arbeitsgruppe (AG) gehören neben dem Bundesgesundheitsministerium und dem Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung auch das Bundesarbeitsministerium, das Bundesfamilienministerium, Gesundheitsminister der Länder und Vertreter der kommunalen Spitzenverbände wie Deutscher Städtetag, Deutscher Landkreistag und Deutscher Städte- und Gemeindebund an. In Kürze will die AG Ergebnisse vorlegen, die dann in das zweite Pflegestärkungsgesetz einfließen sollen. ■

### Pflegegipfel

Der Deutsche Pfllegetag in Berlin versteht sich als die zentrale Veranstaltung für Pflege in Deutschland. Hier treffen sich Spitzenvertreter aus Pflege, Politik, Wirtschaft und Gesellschaft zum Dialog über die Zukunft der Pflege. Der AOK-Bundesverband ist Gründungspartner des Kongresses, an dem dieses Jahr rund 4.000 Besucher teilnahmen. Im Rahmen einer Abendveranstaltung des AOK-Bundesverbandes für pflegende Angehörige und professionell Pflegende wurde die Ministerpräsidentin von Rheinland-Pfalz, Malu Dreyer, mit dem Pflegepreis des Deutschen Pfllegerates „als Anerkennung ihrer Verdienste um die Weiterentwicklung der Pflegeberufe“ ausgezeichnet. **Der nächste Deutsche Pfllegetag 2016 findet vom 10. bis 12. März in Berlin statt.** **Infos: [www.deutscher-pfllegetag.de](http://www.deutscher-pfllegetag.de)**



© REUTERS. \* 5€ zzgl. Kosten einer normalen SMS. 4,83€ gehen direkt an ADH.

# Flüchtlingsdrama Syrien

## Jetzt spenden!

5 Mio. Menschen sind auf humanitäre Hilfe angewiesen. Zwei Drittel der Flüchtlinge sind Frauen und Kinder! Aktion Deutschland Hilft leistet Nothilfe. Gemeinsam, schnell und koordiniert. Helfen Sie den Menschen - mit Ihrer Spende!



Spendenkonto 10 20 30, Sozialbank Köln (BLZ 370 205 00)

Stichwort: Syrien/Nahost, Charity-SMS: Senden Sie ADH an die 8 11 90 (5€\*)

Oder online: [www.Aktion-Deutschland-Hilft.de](http://www.Aktion-Deutschland-Hilft.de)



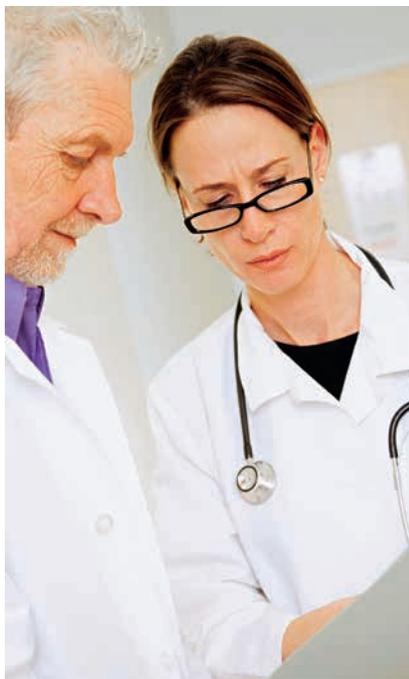
# Landarztrezepte aus Thüringen

Überalterung und Wegzug: In Thüringen droht ein Mangel an Medizinern. In den Sand stecken die Verantwortlichen vor Ort den Kopf aber nicht. Mit Finanzspritzen bei Praxisgründungen und Stipendien steuern sie gegen. **Von Thomas Hommel**

**Verstärkung für die Arztpraxis** zu bekommen, ist nicht eben leicht. Jens-Uwe Lipfert (50) aus Wutha-Farnroda, einer kleinen Gemeinde im Wartburgkreis in Thüringen, kann ein Lied davon singen. Zusammen mit Mutter Dr. Erika Lipfert sucht er seit sieben Jahren nach einer Kollegin oder einem Kollegen, der den medizinischen Part der 76-Jährigen übernimmt. Denn alleine, vertraute Lipfert kürzlich dem „Mitteldeutschen Rundfunk“ in einer Dokumentation des Senders über die Arbeit von Landärzten an, wolle er die Patienten nicht versorgen.

Die Lipferts aus Wutha-Farnroda sind kein Einzelfall. In Thüringen gibt es daher seit Längerem schon zahlreiche Initiativen gegen den drohenden Mangel bei Haus- und Fachärzten. Dazu gehört die finanzielle Hilfe für neue Praxen und Zweigpraxen ebenso wie die Förderung der Weiterbildung der Mediziner. Diese Angebote reichen aber nicht aus, um die Versorgung dauerhaft zu sichern. Denn noch immer kehren zu viele junge Mediziner dem Freistaat den Rücken, und zu wenige neue Ärzte aus anderen Bundesländern kommen hinzu.

AOK PLUS, Kassenärztliche Vereinigung (KV) Thüringen, Landesärztekammer und Landeskrankengesellschaft haben daher ein Konzept mit dem Titel „Schlau für Thüringen“ zur Förderung der Weiterbildung von Ärzten im Freistaat vorgelegt. Diese nach Angaben der Initiatoren bundesweit einmalige Strategie vereint und vernetzt Lösungsansätze der ambulanten und der stationären Versorgung. Ziel sei es, zusätzliche Ärzte in besonders dringend benötigten Facharztgruppen auszubilden. Dafür sollen zusätzliche Stellen für angehende Fachärzte eingerichtet werden, um den wachsenden Bedarf frühzeitig durch eigene Ausbildung im Land und damit Bindung an



**Nachfolger gesucht:** Altersbedingt wollen viele Fachärzte ihre Praxis abgeben.

Thüringen abzudecken. „Ein solches Engagement ist insbesondere vor dem Hintergrund der Tatsache sinnvoll, dass etwa 25 Prozent der niedergelassenen Thüringer Augenärzte und 26 Prozent der Kinderärzte 60 Jahre und älter sind“, erläutert Rainer Striebel, Vorstandsvorsitzender der AOK PLUS. „Hier ist demnach Handlungsbedarf entstanden.“

**Mehr Weiterbildung ermöglichen.** Für angehende Fachärzte müssten daher an den Kliniken zusätzliche Weiterbildungsstellen eingerichtet und den Medizinern bereits während ihrer Weiterbildung eine umfassende praktische Tätigkeit in Arztpraxen vor Ort ermöglicht werden, betont Striebel. Mithilfe eines „Thüringen-Stipendiums“ solle den Ärzten ein zusätzlicher Anreiz geboten werden, sich früh-

zeitig für eine Tätigkeit im Freistaat zu entscheiden. Aufgrund bereits bestehender Initiativen zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung und der seit fünf Jahren erfolgreichen Stiftung „Ambulante Versorgung in Thüringen“ habe der Freistaat das Know-how für die Umsetzung des Konzeptes (siehe Kasten).

**VERAHs sorgen für Entlastung.** Große Bedeutung bei der Sicherstellung der medizinischen Versorgung in Thüringen kommt dem Hausarztvertrag zwischen AOK PLUS, Hausärzterverband und der KV Thüringen zu. Aktuell nehmen 640 Hausärzte daran teil, rund 160.000 Patienten sind freiwillig in den Vertrag eingeschrieben. Die Vorteile für, so AOK-Vorstand Rainer Striebel, seien kürzere Wartezeiten und weniger Doppeluntersuchungen. „Darüber hinaus ist bei teilnehmenden Versicherten die Medikamentengabe optimiert und über Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen wird besser aufgeklärt.“

Entlastung bei seiner Arbeit erfährt der Arzt durch den Einsatz der Praxisassistentinnen (VERAHs). Zurzeit sind in Thüringen im Rahmen des Hausarztvertrages 110 solcher Fachkräfte tätig. ■

## Bekenntnis zum Freistaat

Die „Stiftung zur Förderung der ambulanten ärztlichen Versorgung“ wurde 2009 vom Land Thüringen und der dortigen Kassenärztlichen Vereinigung errichtet. Seit 2010 unterstützt die AOK PLUS als einzige Kasse die Stiftung mit bislang insgesamt 200.000 Euro. Das Geld wird zur Stipendienfinanzierung verwendet. Bisher wurden zehn Arzt-Stipendiaten gefördert, von den sich bereits fünf Ärzte mit ihren Praxen in Thüringen niederließen. Die Ärzte verpflichten sich, nach der Weiterbildung mindestens vier Jahre in Thüringen tätig zu sein.

# Lokales Bündnis mit globalen Zielen

Hier Bettenüberhang, dort Seuchengefahr – auf den ersten Blick unterscheiden sich heimische und weltweite Aufgaben der Gesundheitspolitik gravierend. Die Deutsche Plattform für Globale Gesundheit verbindet lokale und internationale Strategien. **Von Jens Holst**

**Globale Gesundheit** gilt wahlweise als Arbeitsfeld von Entwicklungs- oder von Sicherheitspolitikern: Den einen geht es um die Linderung der gesundheitlichen Nöte der Armen, den anderen um die Abschottung der reicheren Länder gegen Armutfolgen wie zuletzt die Ebola-Epidemie im westlichen Afrika. Zudem verengt sich Gesundheitspolitik vielfach auf die Abwehr oder Bekämpfung von Krankheiten durch Arzneimittel beziehungsweise Medizintechnologie und lässt wesentliche Ursachen gesundheitlicher Probleme außer Acht.

In der globalisierten Welt von heute muss sich internationale Gesundheitspolitik neu erfinden, um den aktuellen Herausforderungen gerecht zu werden. Dazu will die 2011 von Sozial- und Wohlfahrtsverbänden, Gewerkschaften, zivilgesellschaftlichen Organisationen aus der Entwicklungs-, Gesundheits- und Migrationspolitik sowie Wissenschaftlern verschiedener Hochschulen gegründete Deutsche Plattform für Globale Gesundheit einen Beitrag leisten. Ihr Anliegen ist es, vorhandene Kräfte zu bündeln, unterschiedliche Perspektiven zusammenzuführen und politischen Einfluss auszuüben, um den engen Zusammenhang zwischen globaler und lokaler Gesundheit sowie die große Bedeutung sozialer Einflussfaktoren für die Gesundheit verstärkt auf die politische Agenda zu setzen. „Wir möchten zu einem gemeinsamen Verständnis von hiesiger und globaler Gesundheitspolitik beitragen und damit



Brücken bauen: Die Deutsche Plattform für Globale Gesundheit hat Menschen in anderen Teilen der Erde im Blick.

neue Debatten und Politikansätze in Deutschland wie anderswo befördern,“ so Knut Lambertin, Mitbegründer der Plattform und Referatsleiter Gesundheitspolitik beim Deutschen Gewerkschaftsbund.

**Netzwerk mit breitem Spektrum.** In der Plattform, die als Aktionsbündnis verschiedener Gruppen und Personen auf eine feste Organisationsstruktur verzichtet, sind an Stelle der üblichen Akteure der deutschen Gesundheitspolitik – Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenhausgesellschaft oder Berufsstände – viele andere Organisationen vertreten, die sich mit Gesundheit befassen. Das Spektrum reicht vom Deutschen Gewerkschaftsbund und der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di, die viele Beschäftigte im und um das Ge-

sundheitswesen vertreten, über den Paritätischen Wohlfahrtsverband und die Diakonie, die Internationale Vereinigung der Ärzte gegen den Atomkrieg, das globalisierungskritische Netzwerk attac sowie entwicklungspolitische Gruppen wie die Hilfsorganisation medico international, terre des hommes, Brot für die Welt, die Buko-Pharmakampagne bis zum Flüchtlingsrat und zur Flüchtlingshilfe Berlin.

**Keine weitere Lobby-Gruppe.** Die übergreifende Initiative national und international tätiger Gruppen und Personen will keine weitere gesundheits- oder entwicklungspolitische Lobby-Gruppe im Berliner Politikgeschäft sein. Ihr Ziel ist es, die bestehende Kluft zwischen nach innen gerichteter und globaler Gesundheitspolitik zu überwinden und zu einer bes-

## Web- und Lesetipp

Die Deutsche Plattform für Globale Gesundheit im Internet unter:

[www.medico.de/themen/gesundheit/dokumente/globale-gesundheitspolitik/4591](http://www.medico.de/themen/gesundheit/dokumente/globale-gesundheitspolitik/4591)

seren Verknüpfung unterschiedlicher gesundheitspolitischer Perspektiven beizutragen. Keine leichte Aufgabe, denn die Herausforderungen der deutschen und der globalen Gesundheitspolitik scheinen meilenweit auseinander zu liegen. Auf den ersten Blick haben Gesundheitsreformen in Deutschland nichts mit Gesundheit in der restlichen Welt zu tun. Allenfalls gefährliche Seuchen wie zuletzt die Ebola-Epidemie in Westafrika rufen die deutsche Gesundheitspolitik auf den Plan. Ansonsten steht internationale Gesundheitspolitik hierzulande vor allem im Dienst des Exports deutscher Medizintechnologie und Pharmaprodukte oder gilt als Thema der Entwicklungspolitik.

**Soziale Lage berücksichtigen.** Diese Trennung zwischen Gesundheitspolitik im Inland und außerhalb Deutschlands besteht in vielen Köpfen – aber sie verliert zunehmend ihre Berechtigung. Die fortschreitende Globalisierung hat die Welt nicht nur kleiner werden lassen, sondern auch die gesundheitspolitischen Herausforderungen verändert. Das liegt nicht so sehr daran, dass sich ansteckende Krankheiten heute viel schneller als früher über den Globus verteilen und sich schon lange nicht mehr an Landesgrenzen aufhalten lassen. Viel entscheidender für die Gesundheit in Deutschland und in jedem anderen Land sind die veränderten ge-

sellschaftlichen Rahmenbedingungen, unter denen die Menschen leben, arbeiten und ihren Lebensunterhalt bestreiten. Aber diese vielfach belegten Zusammenhänge finden bisher kaum Eingang in die praktische Politik.

Dabei ist spätestens seit dem Wirken des Arztes und Gesundheitspolitikers Rudolf Virchow die enge Wechselwirkung zwischen Krankheit und sozialer Lage bekannt. Die Gesundheit der Menschen hängt in hohem Maße von sozialen

## Internationale Gesundheitspolitik muss sich auch mit Arbeits-, Umwelt- und Lebensbedingungen befassen.

Faktoren wie Einkommen, Bildung, Arbeits- und Lebensbedingungen und Umwelt ab. Internationale Gesundheitspolitik muss sich daher auch mit gesundheitsgefährdenden Arbeits-, Umwelt- und Lebensbedingungen befassen, universelle Gesundheitssysteme unterstützen und für soziale Gerechtigkeit und Teilhabe kämpfen. „Globale Verantwortung muss sich in einer ursachenbezogenen Politik

niederschlagen, die nicht bloß die Verhältnisse wiederherstellt, die in die Krise geführt haben“, fordert Plattform-Initiator Thomas Gebauer von der Frankfurter Entwicklungshilfeorganisation *medico international*.

**Abhängigkeiten sichtbar machen.** Dafür will sich die Deutsche Plattform für Globale Gesundheit stark machen. Im September 2014 lud sie Experten und Politiker zur Fachtagung „Soziale und politische Bedingungen von Gesundheit im Wandel: Eine andere Debatte ist notwendig“ nach Berlin ein, um die Initiative vorzustellen und eine andere Sicht auf die Herausforderungen globaler Gesundheitspolitik aufzuzeigen. Die abschließende Podiumsdiskussion mit Politikern aller vier Bundestagsparteien warf eine hierzulande eher ungewohnte Frage auf: „Was können wir in Deutschland aus der globalen Gesundheitsdebatte lernen?“ Die anwesenden Abgeordneten zeigten ihre Bereitschaft, sich mehr als bisher für eine stärkere Berücksichtigung von globalen Gesundheitsfragen in der Bundespolitik einzusetzen.

Trotz unterschiedlicher Erwartungen und Auffassungen waren sie sich einig, dass die Plattform wichtige Impulse setzt, in Zukunft nationale und internationale Prioritäten gemeinsam in den Blick zu nehmen und ihre gegenseitigen Abhängigkeiten sichtbar zu machen. Die Fachtagung machte nicht nur deutlich, wie Ungleichheiten in Deutschland, Europa und auf der ganzen Welt auf die Gesundheit der Menschen einwirken. Sie zeigte auch, wie Deutschland seine zuletzt viel beschworene aktivere Rolle in der Welt besser wahrnehmen könnte: Durch stärkeren weltweiten Einsatz für Gesundheit jenseits von Seuchenbekämpfung und deutschem Technologieexport. ■

**Dr. Dr. Jens Holst**, Internist und Gesundheitswissenschaftler, arbeitet seit gut 16 Jahren als selbstständiger Berater in der Entwicklungszusammenarbeit.  
**Kontakt:** [drdjensholst@web.de](mailto:drdjensholst@web.de)

### Deutsche Plattform für Globale Gesundheit: Grundsätze

**Die Plattform hat sich auf einige zentrale Überlegungen verständigt, die Ausgangspunkt ihres politischen Wirkens sein sollen:**

- Sie versteht Gesundheit als Ergebnis öffentlicher Daseinsvorsorge, die staatlich garantiert sowie demokratisch und sozial organisiert sein muss.
- Sie fordert ein Wirtschaftssystem, das dem Wohlbefinden und der Gesundheit der Menschen dient und nicht umgekehrt Gesundheit primär aus dem Blickwinkel von Geschäfts- und Wachstumsinteressen betrachtet.
- Sie geht davon aus, dass es genügend Ressourcen gibt, um ein „gutes Leben für Alle“ zu ermöglichen, und widerspricht damit der herrschenden Ideologie des Mangels und Sparens, die einer gerechten Verteilung im Wege steht.
- Sie will das öffentliche Bewusstsein dafür schärfen, dass Solidarität, Gleichheit der Rechte und des Respekts sowie politische wie materielle Freiheit und Teilhabe unabdingbare Voraussetzungen für gesunde Lebensbedingungen sind.

*Quelle: Basispapier der Plattform für Globale Gesundheit*

# Gütesiegel für Gesundheits-Apps

Die Europäische Kommission will mobile Gesundheitsdienste fördern. In einem Grünbuch hat sie Ideen und Fragen zur Diskussion gestellt. Ergebnis der Konsultation: Hohe Qualitätsstandards und Datensicherheit sind ein Muss. **Von Nils Franke**

## Der Markt für Gesundheits-Apps boomt.

Verschiedene Modelle von Smartwatches können über Sensoren am Handgelenk Vitalwerte messen. Die Daten werden gespeichert, mit denen auf anderen Geräten verknüpft und ausgewertet. Der Träger erhält Hinweise für ein gesundheitsförderliches Verhalten. Einige Gesundheits-Anwendungen auf mobilen Geräten (mHealth) fallen eher unter Lifestyle oder Wellness. Andere hingegen geben medizinische Handlungsempfehlungen. Inzwischen ist das Angebot nur noch schwer zu überschauen. Täglich kommen neue Apps und Geräte hinzu.



Es gibt Fitnessarmbänder mit Schrittzählern, Kontaktlinsen mit Blutzuckersensoren, Präventionsprogramme auf Smartphones, Informationen zu Krankheiten und Diagnosen für Patienten und Ärzte, Gesundheitsempfehlungen, Steuerungen von Medizinprodukten wie Insulinpumpen, Monitoring bei chronischen Erkrankungen, Sturzalarm und vieles mehr.

„mHealth hat ein riesiges Potenzial, kann erheblich zu mehr Gesundheitskompetenz beitragen und ist in der Regel kostengünstig“, sagt der Vertreter des AOK-Bundesverbandes in Brüssel, Evert Jan van Lente. Die Bürger sollten aber kritisch hinterfragen, wohin ihre Daten übertragen werden und ob ihnen Apps Diagnosen weismachen wollen, die besser ein Arzt stellen sollte.

**Richtlinie geplant.** Nun nimmt sich die EU-Kommission dem Feld mHealth an. Sie plant, mHealth zu fördern und Standards in einer Richtlinie festzulegen. „Im Vordergrund stehen vor allem Fragen des Datenschutzes, der Interoperabilität und der Kostenübernahme durch die Krankenkassen“, erklärt van Lente.

Die Kompetenz dazu besitzt die Kommission. Sie hat den Auftrag, die Mitgliedstaaten bei eHealth zu unterstützen.

Ihre Vorstellungen zu mHealth skizzierte die Kommission in einem Grünbuch (Diskussionspapier) und führte eine Online-Konsultation durch, zu der unter anderem Ministerien, Ärzte- und Patientenorganisationen, Krankenkassen und Web-Unternehmen Stellung nahmen. Nach Angaben der Kommission sprach sich die Mehrheit für hohe Anforderungen an Datensicherheit und klare Aufsichtsregeln aus. Den höchsten Schutz böten nach Ansicht der Konsultierten anonymisierte Daten und eine zeitlich begrenzte Speicherung beim Anbieter. Zudem habe sich herausgestellt, dass Krankenversicherungen in der EU den Bürgern nur vereinzelt Kosten für mHealth erstatten. Dafür müsse der Nutzen der Anwendungen erst belegt werden, heißt es in den Antworten zumeist. Kein einheitliches Meinungsbild besteht nach Angaben der Kommission bei der Frage, ob die Auswertung der Daten durch Mediziner extra zu vergüten oder ob mHealth in die bestehenden Vergütungsregelungen zu integrieren sei.

**Zertifikate sinnvoll.** Die AOK fordert zusammen mit anderen Verbänden vor allem mehr Sicherheit: bezüglich Qualität der Informationen, bei der Anwendung in der Therapiesteuerung und bei der Übermittlung von persönlichen Daten. „Vorstellbar wäre, Apps zu zertifizieren, damit Bürger sich sicher sein können, dass Qualitätsstandards eingehalten werden“, sagt van Lente.

Im Laufe des Jahres will die Kommission mit Interessenvertretern weitere politische Schritte diskutieren. Dann könnte ein Weißbuch als Grundlage für eine Richtlinie folgen. ■

**Nils Franke** ist Pressereferent im AOK-Bundesverband. **Kontakt: Nils.Franke@bv.aok.de**

## App-Angebote der Gesundheitskasse

Die AOK ist Vorreiter unter den deutschen Krankenkassen im Bereich mHealth. Sie bietet derzeit 21 Apps, darunter:



**AOK POLITIK:** Tagesaktuelle Informationen und Termine in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie zu laufenden Gesetzesvorhaben, Reformdatenbank seit 1989, Lexikon mit wichtigen

Begriffen aus dem Gesundheitswesen, Zahlen und Kontaktdaten aller AOKs.

([www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Mediathek > Apps)



**AOK-ARZT-APP:** Haus- und Fachärzte bequem in der Umgebung suchen und auf einer Karte anzeigen lassen. Nach dem Besuch kann der Arzt anonym bewertet werden. Mit Express-Dolmetscher für den Auslandsaufenthalt.

([www.aok.de/portale/bundesweit/lp\\_arzt](http://www.aok.de/portale/bundesweit/lp_arzt))



**AOK SCHWANGERSCHAFTS-APP:** Alles rund um die anstehenden Untersuchungen, Formalien, Ernährung und wie man sich fit hält. Mit Erinnerungsfunktion für Termine, Checklisten,

Literaturtipps sowie Serviceangeboten wie Hebammensuche und AOK-Baby-Telefon.

([www.aok.de/portale/bundesweit/lp\\_schwanger](http://www.aok.de/portale/bundesweit/lp_schwanger))

# „Die Gefahr von Fehldiagnosen wächst“

Sprachprobleme und kulturelle Missverständnisse behindern Psychotherapien. Um psychisch kranke Menschen mit Migrationshintergrund angemessen behandeln zu können, plädiert Psychiaterin **Meryam Schouler-Ocak** für eine interkulturelle Öffnung.

**Frau Dr. Schouler-Ocak, bis zum Beginn einer Psychotherapie müssen sich Patienten mitunter gedulden. Migranten warten noch länger. Woran liegt es?**

**Schouler-Ocak:** Es gibt einfach zu wenig Psychotherapeuten mit entsprechender sprachlicher und kultureller Kompetenz. Es gibt nur wenige Muttersprachler aus anderen Ländern als Therapeuten im niedergelassenen Bereich.

**Wenden sich deshalb viele Migranten an Ambulanzen in Psychiatrien?**

**Schouler-Ocak:** Ja, denn dort gibt es ein niederschwelliges Angebot mit kurzer Wartezeit. In den Ambulanzen arbeiten Ärzte, Psychologen, Therapeuten, Pfleger und Sozialarbeiter Hand in Hand. Hier hilft ein Sozialarbeiter auch mal, ein Formular auszufüllen oder ein Dolmetscher bei der Verständigung. Viele Mitarbeiter haben selbst Migrationshintergrund.

**Jetzt könnte man sagen, dass Menschen, die länger in Deutschland leben, doch besser Deutsch sprechen müssten.**

**Schouler-Ocak:** Arbeitsmigranten der ersten Generation bekamen anders als heute keine Integrationshilfen. Sie haben oft von Anfang an gearbeitet, haben Steuern und Sozialversicherungsbeiträge bezahlt. Ihnen jetzt unzureichende Deutschkenntnisse anzukreiden, empfinde ich als nicht fair. Sie haben ein Recht auf eine gute Behandlung.

**Allerdings gibt es kein Recht auf muttersprachliche Behandlung.**

**Schouler-Ocak:** Hier haben wir tatsächlich ein Dilemma. Es gibt zwei Bundessozialgerichtsurteile, nach denen ein

Patient mit Migrationshintergrund keinen Anspruch auf muttersprachliche Behandlung hat und Dolmetscherleistungen keine GKV-Leistungen sind. Deshalb ist uns der Weg der interkulturellen Öffnung so wichtig.

**Was verstehen Sie darunter?**



über unsere Patienten lernen alle voneinander und erwerben interkulturelle Kompetenzen. Wenn Therapeuten Patienten nicht verstehen, wenn diese ihre Beschwerden schildern, wächst die Gefahr von Fehldiagnosen. Auch deshalb plädieren wir für mehr Personal mit Migrationshintergrund.

Eine arrangierte Ehe ist nicht unbedingt eine Zwangsehe – das müssen Therapeuten verstehen.

Meryam Schouler-Ocak

**Schouler-Ocak:** In unserer Institutsambulanz kommen 60 bis 70 Prozent der Patienten aus ganz unterschiedlichen Ländern. Das heißt, dass sich der kulturelle Hintergrund von Mitarbeitern und Patienten oft unterscheidet. Unser Ziel ist es, die Barrieren abzubauen und Patienten dort abzuholen, wo sie stehen. Wenn beispielsweise ein türkischer Patient einem deutschen Therapeuten etwas von seiner arrangierten Ehe erzählt, dann muss der Therapeut verstehen, dass es nicht unbedingt eine Zwangsehe ist. Mir ist wichtig, dass meine Mitarbeiter solche Dinge wissen.

**Wie erreichen sie das?**

**Schouler-Ocak:** Wir behandeln unsere Patienten in multiprofessionellen Teams, wenn möglich mit unterschiedlichem kulturellen Hintergrund. Im Austausch

**Wo steht Deutschland heute in der psychosozialen Betreuung von Migranten?**

**Schouler-Ocak:** Es gibt zwar mehr Ärzte und Therapeuten mit Migrationshintergrund in psychosozialen Einrichtungen, Kliniken und Institutsambulanzen. Wir brauchen aber noch mehr interkulturell kompetente Mitarbeiter. Das gilt besonders für den niedergelassenen Bereich und für Reha-Kliniken. ■

Das Interview führte Karin Birk.

## Zur Person

PD Dr. med. Meryam Schouler-Ocak ist leitende Oberärztin der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus in Berlin. Sie ist in der Türkei geboren. Seit Jahren arbeitet sie in der Versorgungs- und Migrationsforschung sowie der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie.



# Ende ohne Schrecken

Schmerzen, Atemnot, Alleinsein – Sterben macht Angst.

Die Palliativmedizin lindert körperliche und seelische

Leiden am Lebensende. [Heiner Melching](#) beschreibt das

Angebot und fordert klare gesetzliche Regelungen sowie

eine flächendeckende Versorgung.

**D**ie Diskussion über die Sterbehilfe hat der Palliativmedizin besondere Aufmerksamkeit verschafft. Die meisten an der Debatte beteiligten Politiker, Wissenschaftler und Verbandsvertreter fordern einen Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung – als Alternative zum assistierten Suizid. Dabei hatten nach Ergebnissen einer Studie des Deutschen Hospiz- und Palliativ-Verbandes 51 Prozent der Bevölkerung im Juni 2012 noch nie von der Palliativmedizin gehört. Nur 30 Prozent der Befragten konnten den Begriff einigermaßen zuordnen. Nach einer Definition der Weltgesundheitsorganisation von 2002 ist die Palliativmedizin „... ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“

Demnach konzentriert sich die Palliativmedizin also nicht ausschließlich auf Tumorpatienten, und auch nicht nur auf die letzte Lebensphase. Studien haben gezeigt, dass eine frühzeitige Integration palliativmedizinischer Angebote nicht nur zur bes-

seren Lebensqualität beiträgt, sondern die Lebenszeit verlängern kann (Temel et al., 2010). Deshalb sollte die Palliativversorgung nicht erst im Anschluss an eine kurative Behandlung zum Einsatz kommen. Die Übergänge von kurativer zu palliativer Behandlung sind vielmehr fließend. Auch die Vorstellung, dass Palliativmedizin, sozusagen als Preis für den Erhalt möglichst hoher Lebensqualität, generell lebenszeitverkürzend wirkt, ist nicht haltbar. Gerade die Verringerung der Symptomlast und die Beschäftigung mit Fragen nach Hoffnung und Sinn, können den Lebensmut steigern und so die Lebenszeit verlängern.

**Soziale und spirituelle Belange im Blick.** Bei der Palliativmedizin handelt es sich nicht um eine „bessere Schmerzmedizin“. Vielmehr nimmt sie alle Symptom- und Problembereiche in den Blick: neben körperlichen auch die psychischen, sozialen und spirituellen Belange. Zudem gilt den Angehörigen von Palliativpatienten ein besonderes Augenmerk. Eine Stichprobenuntersuchung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) hat ergeben, dass das Team einer Palliativstation rund 50 Prozent der gesamten Arbeitszeit für die Unterstützung des sozialen Umfeldes und die Kommunikation insbesondere mit den nahen und pflegenden Angehörigen aufwendet. Damit



## „Guter Hilfemix für die letzte Lebensphase“

Uwe Deh ist Geschäftsführender Vorstand des AOK-Bundesverbandes.

**G+G:** Die meisten Menschen wünschen sich, in vertrauter Umgebung zu sterben. Was ist getan worden, um diesem Wunsch zu entsprechen?

**Deh:** In den letzten Jahren ist eine gute ambulante Versorgungsstruktur aufgebaut worden. Die Krankenkassen haben spezielle Angebote wie die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung entwickelt und den Ausbau der Hospizdienste vorangetrieben. Beides, die professionelle medizinische und pflegerische Palliativversorgung sowie die ehrenamtliche Betreuung durch Hospizdienste, müssen sich in der häuslichen Versorgung ergänzen. Durch einen guten Hilfemix gelingt es in der Regel, dass schwerstkranke und sterbende Menschen auch in der letzten Phase ihres Lebens zu Hause bleiben können.

**G+G:** Welche Rolle spielt die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung?

**Deh:** Die SAPV ist wichtiger Baustein in der Versorgung von Palliativpatienten. Ein Team, bestehend aus mindestens einem Arzt und aus Pflegefachkräften, übernimmt die Versorgung von Patienten mit einer komplexen Symptomatik. Damit können Patienten, die früher sicherlich im Krankenhaus behandelt worden wären, jetzt zu Hause versorgt werden. Das Team berät zum Beispiel den Hausarzt oder den versorgenden Pflegedienst, koordiniert die Hilfen und ist Tag und Nacht in jeder Situation ansprechbar. In den letzten Jahren ist die SAPV stark ausgebaut worden: 2010 gab es erst 136 Verträge für die SAPV-Versorgung, 2013 waren es mit 251 Verträgen fast doppelt so viele – und die Zahl steigt weiter an.

**G+G:** Gesundheitsminister Hermann Gröhe hat kürzlich einen Gesetzesentwurf zur Verbesserung der Palliativversorgung vorgelegt. Ein Schritt in die richtige Richtung?

**Deh:** Die Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland auch politisch zum Thema zu machen, liegt voll auf unserer Linie. Der Gesetzesentwurf, den Bundesgesundheitsminister Gröhe vorgelegt hat, zielt auf eine strukturelle und qualitative Weiterentwicklung der Patientenbetreuung ab und verfolgt damit einen richtigen Ansatz. Die AOK setzt sich dafür ein, dass eine angemessene Palliativversorgung nicht vom Wohnort abhängt oder nur in bestimmten, spezialisierten Einrichtungen stattfindet. Wir müssen es hinbekommen, dass schwerstkranke und sterbende Menschen überall in Deutschland gut betreut werden, dass man ihre Wünsche respektiert und dass sie in Würde sterben können. ■

Die AOK finanziert umfangreiche Leistungen für sterbenskranke Menschen. Unter [www.reformblock.de](http://www.reformblock.de) gibt G+G Einblick in die Vielfalt des AOK-Engagements.

leisten die Palliativ-Teams einen großen Beitrag zur gesundheitlichen Prävention der pflegenden Angehörigen. Das findet in der Bewertung der Palliativmedizin noch zu wenig Niederschlag und im Rahmen der Finanzierung keine Berücksichtigung.

Der Begriff der Palliativmedizin suggeriert, dass ausschließlich Ärztinnen und Ärzte die Patienten behandeln. Die Palliativmedizin verfolgt jedoch einen ganzheitlichen Ansatz mit grundsätzlich interdisziplinärer und multiprofessioneller Arbeit. Sie erzielt ihre höchste Effektivität, wenn in Teams mit flachen Hierarchien verschiedene Berufsgruppen kooperieren (Medizin, Pflege, Physiotherapie, Sozialarbeit, Psychologie, Seelsorge und andere). Diese Versorgungsrealität spiegelt sich in der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) wieder: Die mehr als 5.000 DGP-Mitglieder kommen nur zu gut 50 Prozent aus dem Bereich der Medizin.

**Initialzündung in London.** Obwohl die Palliativversorgung nicht unabhängig von der Hospizbegleitung/-versorgung betrachtet werden kann und beides zusammen gehört, haben sich die beiden Bereiche in Deutschland zunächst getrennt voneinander entwickelt. Ausgangspunkt ist die Gründung des St. Christopher's Hospice 1967 in London durch die Ärztin, Sozialarbeiterin und Krankenschwester Cicely Saunders. Kurz darauf entstanden die ersten Kontakte zwischen deutschen Seelsorgern und Ärzten mit Cicely Saunders und britischen Hospizen. Der 1971 im deutschen Fernsehen gesendete Dokumentarfilm mit dem Titel „Noch 16 Tage“ über das St. Christopher Hospiz förderte die breite öffentliche Diskussion über die Versorgung todkranker Menschen. Insbesondere eine unglückliche Übersetzung des Begriffs Hospiz in „Sterbehäuser“ rief hierzulande Kritik an der Hospizidee hervor. Vertreter der Kirche warnten davor, das Sterben in „spezialisierte Einrichtungen“ außerhalb der Gesellschaft zu verlagern. Die Hospizbewegung, aus der mittlerweile nach Schätzungen des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes (DHPV) mehr als 80.000 Ehrenamtliche hervorgegangen sind, hat jedoch deutlich gemacht, dass es ihr um genau das Gegenteil geht: Sie will die Themen Sterben, Tod und Trauer zurück in die Mitte der Gesellschaft transportieren. Dazu hat Cicely Saunders 1983 geschrieben: „Die Hospizbewegung zog aus dem Gesundheitswesen aus und entwickelte eigene Modelle. Es gilt nun, die Haltungen, die Kompetenzen und die Erfahrungen in die Regelversorgung zu reintegrieren, damit die Haltung und das Wissen zurückfließen können.“

**Ehrenamt ist wesentlicher Bestandteil.** Seit 1986 in Aachen das erste deutsche Hospiz öffnete, hat sich die Hospizbewegung zunehmend professionalisiert und Regelungen zur Finanzierung, Kriterien zur Qualifikation von Ehrenamtlichen sowie deren Koordination erarbeitet. Im Jahr 2014 hielten 200 Hospize Betten bereit. Parallel entwickelte sich die Palliativmedizin aus der Krankenhausversorgung. Die erste Palliativstation entstand 1983 in Köln. Die Palliativmedizin trat ihren Weg an, die Rahmenbedingungen und die Haltung im Umgang mit Menschen am Lebensende zu verändern. Hospizbewegung und Palliativmedizin haben stets die gleichen Ziele verfolgt und immer mehr zueinander gefunden. Es gilt heute als unbestritten, dass auch

in der hochspezialisierten Palliativmedizin die ehrenamtliche Hospizarbeit ein wesentlicher Bestandteil ist. Sichtbar wird das Miteinander von Hospiz- und Palliativversorgung in der 2010 veröffentlichten Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland, die die beiden großen Verbände der Hospizbewegung und Palliativmedizin (DHPV und DGP) gemeinsam mit der Bundesärztekammer auf den Weg gebracht haben. Diese Charta, die sich aktuell zu einer Nationalen Strategie weiterentwickelt, haben inzwischen mehr als 15.000 Institutionen und Personen unterzeichnet ([www.charta-zur-betreuung-sterbender.de](http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de)).

**Abrechnung im ärztlichen Vergütungssystem.** Grundsätzlich lässt sich die Palliativversorgung in vier Bereiche unterteilen (siehe Tabelle „Hilfe für Sterbende: Palliativversorgung im Überblick“): Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV), Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), Allgemeine stationäre Palliativversorgung (ASPV), Spezialisierte stationäre Palliativversorgung (SSPV). Für die AAPV gibt es keine allgemeingültigen umfassenden Regelungen. Sie ist Teil der Regelversorgung und wird von Haus- und Fachärzten, Pflegediensten, Hospizvereinen und anderen Netzwerkpartnern erbracht. Seit

1. Oktober 2013 existieren allerdings spezielle Ziffern im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), nach denen niedergelassene Ärztinnen und Ärzte Leistungen der AAPV abrechnen können. Diese Ziffern beinhalten: Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inklusive Behandlungsplan, Zuschlag für die palliativmedizinische Betreuung des Patienten in

der Arztpraxis, Zuschlag für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit (mindestens 15 Minuten), Zuschlag für dringende Hausbesuche. Diese Regelungen betrachten Fachverbände als nicht ausreichend, da sie ausschließlich ärztliche Leistungen berücksichtigen und die Erbringung dieser Leistungen an keine palliativspezifische Qualifikation gebunden ist.

**Musterverträge in jedem Bundesland.** Die SAPV ist der einzige gesetzlich klar geregelte Bereich der Palliativversorgung. Im Jahr 2007 eröffnete der Gesetzgeber mit der Einführung der SAPV in das Sozialgesetzbuch (Paragrafen 37b und 132d SGB V) eine große Chance für den Ausbau und die Verbesserung der ambulanten Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen. Palliativmedizinisch und -pflegerisch qualifizierte Teams, bestehend aus Ärzten, Pflegekräften und psychosozialen Berufsgruppen, unter Einbindung von Ehrenamtlichen, bieten den Patienten Unterstützung und sind rund um die Uhr erreichbar. Die SAPV ergänzt das Versorgungssystem und trägt dazu bei, nicht gewollte Krankenhauseinweisungen zu vermeiden – weil die Patienten sicher sein können, dass rund um die Uhr ein Team zur Verfügung steht, das ihren Wünschen gemäß handelt. Ängste und daraus folgende Symptome werden stark gemildert.

Die meisten Teams zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung sind in Ballungsräumen angesiedelt.

## Hilfe für Sterbende

### Palliativversorgung im Überblick

	Stationäre Palliativversorgung	Ambulante Palliativversorgung
<b>Allgemeine</b> Palliativversorgung (APV)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allgemeine Krankenhausstationen</li> <li>• Nicht spezialisierte Palliativstationen/ Palliativeinheiten/ Palliativbetten</li> <li>• „Konsiliardienste“</li> <li>• „Liaisondienste“</li> <li>• „Palliativdienste“</li> <li>• Durch Personal mit Basisqualifikation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV)</li> <li>• Hausärzte, z.T. mit Zusatzqualifikation (im neuen EBM vergütet)</li> <li>• Pflegedienste und Pflegeheime mit Basisqualifikation</li> <li>• Ambulante Hospizdienste (ca. 1.500 Hospizdienste mit ca. 80.000 Ehrenamtlichen), Vergütung über § 39a SGB V</li> <li>• Weitere Netzwerkpartner, z.B. Palliativstützpunkte</li> </ul>
<b>Spezialisierte</b> Palliativversorgung (SPV)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spezialisierte Palliativstationen (eigenständige Abteilungen mit erhöhten Qualitätsanforderungen, z.B. mind. fünf Betten)</li> <li>• Stationäre Hospize</li> <li>• Immer multiprofessionelle Teams</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), gesetzlicher Anspruch seit 2007, geschätzter Bedarf: zehn Prozent aller Sterbenden</li> <li>• Immer multiprofessionell – oft im Team bei den Patienten</li> <li>• Täglich 24 Stunden Verfügbarkeit</li> </ul>

In Deutschland lassen sich die Angebote der Palliativversorgung in vier Formen unterteilen. Der Gesetzgeber hat lediglich für die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) klare Regelungen erlassen. Noch steht die SAPV nicht bundesweit flächendeckend zur Verfügung.

Quelle: Melching/DGP

Als Besonderheit der SAPV kommt hinzu, dass die Vergütung von ärztlichen, pflegerischen und psychosozialen Leistungen erstmals gemeinsam vertraglich geregelt wird.

Von der Verabschiedung des Gesetzes bis zum Abschluss der ersten SAPV-Verträge vergingen mehr als zwei Jahre. Eine bundesweit flächendeckende SAPV-Versorgung ist noch nicht in Sicht, wenngleich es inzwischen in jedem Bundesland Musterverträge oder Rahmenvereinbarungen gibt, die mit der Mehrzahl der Krankenkassen abgeschlossen wurden. Auf Grundlage der Annahme, dass rund zehn Prozent aller Sterbenden in den letzten Wochen und Monaten ihres Lebens einen Bedarf an SAPV aufweisen, lässt sich errechnen, dass bei optimaler Verteilung rund 330 SAPV-Teams benötigt werden, die von ihrem Standort aus ein Gebiet mit 250.000 Einwohnern versorgen können, um eine Flächendeckung zu erreichen. Die überwiegende Zahl der SAPV-Teams ist in Ballungsgebieten angesiedelt. Die Versorgung in ländlichen Regionen bereitet große Schwierigkeiten.

**Ausgaben bleiben hinter Erwartungen zurück.** Legt man die Verordnungszahlen des Jahres 2013 zugrunde, ist davon auszugehen, dass im Jahr 2013 maximal 4,5 Prozent aller sterbenden Menschen SAPV in Anspruch genommen haben. Die genaue Zahl der Leistungserbringer ist schwer zu erfassen. Der einzige Anhaltspunkt sind die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vergebenen Betriebsstätten-Nummern (BSNR). Hinter

diesen Nummern verbirgt sich aber nicht überall das Gleiche. In Westfalen-Lippe werden aufgrund eines gemischten SAPV/AAPV-Vertragskonstrukts überhaupt keine BSNR benötigt, und in Nordrhein werden diese von der Landes-KV vergeben. Derzeit existieren laut Angaben der KBV bundesweit 278 solcher BSNR (Stand: 20. Februar 2015). Die SAPV-Landschaft hat sich derart heterogen entwickelt, dass es nicht möglich ist, das Leistungsgeschehen und die Verträge zu vergleichen. Auch die Vergütung ist aufgrund völlig unterschiedlicher Strukturen und Leistungsmerkmale nicht vergleichbar.

Im Jahr 2013 hat die gesetzliche Krankenversicherung 175,9 Millionen Euro für SAPV-Leistungen ausgegeben (2012 waren es 127,5 und 2010 47,82 Millionen Euro. Die Planungen aus dem Jahr 2007 gingen von 240 Millionen Euro bereits für das Jahr 2010 aus. Von den 74.594 SAPV-Leistungsfällen im Jahr 2013 hat jeder durchschnittlich 2.358,09 Euro Kosten verursacht.

## Entwurf für ein Palliativ-Gesetz

**Das Bundesgesundheitsministerium hat Mitte März 2015 den Referenten-Entwurf eines Hospiz- und Palliativgesetzes vorgelegt. Zu den Schwerpunkten des Entwurfes gehören:**

- **Kooperationen und Qualität fördern:** Die allgemeine Palliativversorgung sowie die Vernetzung unterschiedlicher Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung werden mit zusätzlich vergüteten Leistungen für spezifisch qualifizierte Vertragsärzte gestärkt.
- **Bedeutung der häuslichen Krankenpflege herausstellen:** Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält den Auftrag, in seiner Richtlinie über die Verordnung von Häuslicher Krankenpflege Leistungen der Behandlungspflege und der Palliativpflege zu konkretisieren.
- **Mehr Geld für stationäre Hospize:** Krankenkassen übernehmen für den Aufenthalt in stationären Hospizen für Erwachsene künftig 95 Prozent statt bisher 90 Prozent der zuschussfähigen Kosten. Der tägliche Mindestzuschuss wird erhöht.
- **Abbau von Hemmnissen für ambulante Hospizdienste:** die finanzielle Förderung durch die Krankenkassen soll zeitnäher ab der ersten Sterbebegleitung erfolgen. Das Verhältnis von ehren- und hauptamtlichen Mitarbeitern soll den Versorgungsanforderungen entsprechen. Die ambulante Hospizarbeit ist in Pflegeeinrichtungen stärker zu berücksichtigen.
- **Versicherte haben einen Anspruch auf individuelle Beratung** und Hilfestellung durch die Krankenkassen bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Palliativ- und Hospizversorgung.
- **Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen:** Sterbebegleitung gehört zur Pflege am Lebensende. Deshalb wird sie als Bestandteil des Auftrags der gesetzlichen Pflegeversicherung ausdrücklich ins Gesetz aufgenommen.
- **Beratung in Pflegeeinrichtungen:** gesetzliche Grundlage für ein Beratungsangebot für Bewohnerinnen und Bewohner über Hilfen und Angebote zur medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und seelsorgerischen Betreuung in der letzten Lebensphase. Die Krankenkassen finanzieren das Angebot.

Zusammenstellung: G+G

Ein Patient entspricht dabei jedoch manchmal mehreren Fällen. Legt man die 37.564 Erstverordnungen des Jahres 2013 zugrunde, ergeben sich Kosten von 4.682,67 Euro pro Erstverordnung.

**Palliativversorgung im Prozedurenschlüssel vorgesehen.** Für die Allgemeine stationäre Palliativversorgung (ASPV) existieren keine verbindlichen Regelungen. Eine Unterscheidung von allgemeiner und spezialisierter Versorgung ergibt sich im stationären Bereich lediglich durch das Abrechnungssystem (zwei unterschiedliche Komplexpauschalen nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel OPS 8-982 und 8-98e) sowie aus der „S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“. Grundsätzlich sollte die allgemeine Palliativversorgung im Krankenhaus auf jeder Station erbracht werden können. Um ein entsprechendes Zusatzentgelt zu erlösen, bedarf es einiger Voraussetzungen, die im OPS 8-982 beschrieben sind. Hauptmerkmale hierfür sind Mindestanforderungen an palliativmedizinische und pflegerische Qualifikationen, regelmäßige Teambesprechungen, Dokumentationen, sowie mindestens sechs Stunden pro Woche und Patient Betreuung aus nichtärztlichen und nichtpflegerischen Therapiebereichen, wie beispielsweise Physiotherapie, Psychotherapie, Sozialarbeit, Seelsorge oder Musiktherapie.

Der Begriff der Spezialisierten stationären Palliativversorgung (SSPV) ist erstmals 2012 im neuen OPS 8-98e aufgetaucht. Er ermöglicht Palliativstationen, die bestimmte Vorgaben bezüglich ihrer Struktur (zum Beispiel mindestens fünf Betten, abgetrennte Abteilung, Qualifikation des Personals, multiprofessionelles Team) und ihres Leistungsspektrums erfüllen, ein erhöhtes Zusatzentgelt zu erlösen. Außerdem ist es diesen Stationen möglich, außerhalb des DRG-Systems als „Besondere Einrichtung“ nach tagesgleichen Pflegesätzen abzurechnen. Knapp 15 Prozent aller Palliativstationen (vornehmlich in Nordrhein-Westfalen und Bayern) machen von dieser Möglichkeit Gebrauch. Ein finanzieller Vorteil ergibt sich daraus für die Krankenhäuser nicht, allerdings eine erhebliche Erleichterung bei internen Verlegungen, da hierbei nicht geregelt werden muss, welcher Abteilung ein DRG-Erlös zugeordnet werden soll.

**Verfahren für Zertifizierung kommt.** Weder für Palliativstationen noch für palliativmedizinische Konsiliardienste/Palliativdienste liegen eng umrissene gesetzliche Vorgaben zur Ausgestaltung vor. Auch ein standardisiertes Zertifizierungsverfahren für Palliativstationen existiert noch nicht – die DGP bereitet es derzeit vor. Demzufolge bestehen zum Teil beträchtliche Unterschiede in der personellen und räumlichen Ausstattung sowie im Leistungsspektrum. Viele Palliativstationen orientieren sich an den Empfehlungen der DGP zu den Raumstandards und den Personalanforderungen. Darüber hinaus hat die Bauministerkonferenz im Mai 2011 eine „Planungshilfe für baulich-funktionelle Anforderungen an Palliativstationen“ herausgegeben.

Derzeit existieren in Deutschland rund 300 Palliativstationen, was rund 15 Prozent aller Krankenhäuser entspricht. Wie viele Kliniken darüber hinaus Palliativdienste oder palliativmedizinische Angebote vorhalten, ist nicht bekannt. In einigen Landeskrankenhausesetzen und Krankenhausplänen taucht die

Palliativversorgung inzwischen auf, so beispielsweise im Plan für Nordrhein-Westfalen oder im Krankenhausgesetz für das Land Thüringen, in dem sogar ein Rechtsanspruch auf Palliativversorgung formuliert ist. Nach Schätzungen der europäischen Palliativgesellschaft liegt der Bedarf im Bereich der stationären Palliativversorgung bei 100 Betten (Hospize und Palliativstationen) pro eine Million Einwohner. Aktuell stehen in Deutschland in der Palliativversorgung 40 Betten pro eine Million Einwohner bereit. Im ambulanten Bereich ist der Bedarf schwer einzuschätzen. Zumindest in ländlichen Regionen besteht eine gravierende Unterversorgung.

**Pflichtfach im Studium.** Auch im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung gibt es Nachholbedarf. Zwar haben inzwischen mehr als 8.000 Ärztinnen und Ärzte die 2004 eingeführte Zusatzbezeichnung Palliativmedizin erworben. Das entspricht jedoch nur 2,5 Prozent aller berufstätigen Ärzte. Als Erfolg lässt sich verbuchen, dass seit 2009 die Palliativmedizin im Medizinstudium Pflicht-, Lehr- und Prüfungsfach ist. Allerdings gibt es nur zehn Lehrstühle für Palliativmedizin. Hier sind die Universitäten dringend gefordert, Abhilfe zu schaffen, zumal in der Palliativmedizin erheblicher Forschungsbedarf besteht. Auch in der Pflege wird der Bedarf zur Versorgung sterbenskranker Menschen mit den rund 20.000 qualifizierten Palliative-Care-Fachkräften nicht gedeckt. Zudem reichen die geltenden Finanzierungsregelungen vor allem in der ambulanten Pflege nicht aus, um genügend Zeit für schwerstkranken und sterbende Menschen aufzubringen. In weiteren, an der Palliativversorgung maßgeblich beteiligten Professionen, wie beispielsweise Sozialarbeiter, Psychologen und Seelsorger, gehört die Vermittlung von Kenntnissen zur Palliativ- und Hospizversorgung bisher kaum zur Standardausbildung.

Einigkeit besteht unter Fachleuten darin, dass die Strukturen der allgemeinen Palliativversorgung ausgebaut und verbessert werden müssen. Hierzu gehört die Verbesserung der Bedingungen in Einrichtungen der stationären Pflege und in Krankenhäusern. In diesen Einrichtungen könnten Palliativbeauftragte im Sinne eines „Kümmerers“ angemessene Konzepte etablieren. Zudem sollten die vielen guten regionalen Initiativen besser miteinander vernetzt werden.

**Palliativmedizin verringert Ängste.** Die Palliativmedizin wird oft als Antwort auf Sterbewünsche ins Feld geführt. Ob die Palliativmedizin jeden Wunsch nach einer vorzeitigen Herbeiführung des Todes ausräumen kann, ist nicht bewiesen. Doch sie bietet die Möglichkeit, Sterbewünsche offen zu thematisieren und ihre Bedeutung zu erkennen. Der Wunsch, nicht mehr zu leben, bedeutet in der Regel, unter den aktuellen Bedingungen nicht mehr leben zu wollen. Palliativmedizinische Angebote reduzieren Beschwerden und Ängste auf ein erträgliches Maß. Auch ist durch Studien hinlänglich bekannt, dass Sterbewünsche zumeist von großer Ambivalenz gekennzeichnet sind: Patienten, die in einem Moment explizit nach einem zum Tode führenden Medikament verlangen, äußern im nächsten Augenblick oder auch Tage später einen ausgeprägten Lebenswillen, weil sie beispielsweise noch etwas regeln oder erleben wollen. Der Auslöser für

Sterbewünsche ist in vielen Fällen nicht ein akutes Leiden, sondern die Angst vor dem, was bevorsteht. Eine Aufklärung über palliativmedizinische Möglichkeiten kann helfen, solche Ängste zu verringern. Zu diesen Möglichkeiten gehören beispielsweise die palliative Sedierung (gut steuerbare Reduzierung des Bewusstseins bis hin zur zeitlich begrenzten Bewusstlosigkeit) oder der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit.

**Hilfe beim Sterben.** Laut Umfragen sprechen sich rund 70 Prozent der Bevölkerung für aktive Sterbehilfe aus. Doch es ist unklar, was die Befragten darunter verstehen. Viele meinen vermutlich den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen. Begriffe wie aktive, passive und indirekte Sterbehilfe, die in keinem deutschen Gesetz und in keiner aktuellen Berufsordnung oder Empfehlung auftauchen, sollten deshalb vermieden werden. Es muss klar werden, ob die strafbare Tötung auf Verlangen gemeint ist, die zulässige Hilfe zum Suizid oder die Beendigung einer Behandlung entsprechend dem Patientenwunsch.

Eine klare Mehrheit der Ärztinnen und Ärzte spricht sich dafür aus, den assistierten Suizid nicht als ärztliche Aufgabe zu definieren. Es gibt viele gute Argumente gegen eine offizielle Regelung zur ärztlichen Suizidassistenz. Zudem würde sich die Mehrheit der Ärzte schwer damit tun, Suizidwünsche eindeutig als unumkehrbaren Patientenwillen zu diagnostizieren. Sterbewünsche lassen sich kaum von depressiven Episoden, Stimmungsschwankungen oder situativen Leidempfinden und Ängsten abgrenzen. Auch fehlt in der deutschen Ärzteschaft noch eine ausreichende Kenntnis über palliativmedizinische Optionen und Angebote, die unbedingt ausgebaut werden müssen. Insofern ist zu begrüßen, dass die Politik Mitte März mit dem Referenten-Entwurf zu einem Hospiz- und Palliativgesetz die Weichen für eine Verbesserung der Palliativversorgung gestellt hat (siehe Kasten auf Seite 28). Die Palliativmedizin bietet sehr wohl Hilfe beim Sterben – aber keine gezielte Hilfe zum Sterben im Sinne eines ärztlich assistierten Suizides. ■

---

**Heiner Melching**, Sozialpädagoge/Sozialarbeiter und Trauerbegleiter, ist Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.  
**Kontakt: Heiner.Melching@palliativmedizin.de**

*Reportage über ein Palliativteam in Frankfurt am Main siehe Seite 30–33*

#### Lese- und Webtipps

- [www.palliativmedizin.de](http://www.palliativmedizin.de) Homepage der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP, gegründet 1994) mit Zahlen, Daten und Fakten zur Palliativversorgung in Deutschland
- [www.hospiz-palliativ-register.de](http://www.hospiz-palliativ-register.de) Die DGP baut ein Hospiz- und Palliativregister auf, das patientenbezogene Daten als Kerndatensatz aus Hospiz- und Palliativversorgung zusammenführen soll.
- [www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de](http://www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de) umfangreiche Übersicht der Angebote zur Hospiz- und Palliativversorgung; im April 2015 aktualisiert
- [www.dhpv.de](http://www.dhpv.de) Der Deutscher Hospiz- und Palliativ-Verband (DHPV, gegründet 1992), vertritt die Belange schwerstkranker und sterbender Menschen. Er ist die bundesweite Interessenvertretung der Hospizbewegung sowie der Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Deutschland.

Frau W. hat Schmerzen. Palliativmediziner Hubert Miles entdeckt einen Bluterguss am Rücken. Gemeinsam mit Krankenschwester Paula Lehmann nimmt er sich Zeit für die Fragen der Krebspatientin.

# Hausbesuch am Lebensende

Unheilbar krank, den Tod vor Augen, wollen Menschen so lange wie möglich zu Hause leben. Wie ihnen das Palliativteam Frankfurt dabei hilft, erzählen [Christoph Fuhr](#) (Text) und [Jürgen Schulzki](#) (Fotos).

**W**enn ein Patient gestorben ist, zünden sie in ihrer Frühbesprechung eine Kerze an. Die Geburts- und Sterbedaten des Patienten werden auf eine Karte geschrieben und in einem Rahmen befestigt. „Es ist unser Ritual, um Abschied zu nehmen“, sagt Pfleger Boris Knopf. Viele Karten hängen an der Wand, denn Abschied gehört für das Palliativteam Frankfurt zum Arbeitsalltag. „Irgendwann ist kein Platz mehr da, dann hängen wir die alten Karten ab und es kommen neue“, erläutert Knopf.

Eine Gründerzeitvilla im Frankfurter Nordend: Im Hochparterre des Hauses befindet sich die Zentrale des Palliativteams Frankfurt. Von hier aus werden Patienten betreut, deren Leben sich dem Ende zuneigt. Patienten, die zum Beispiel Darmkrebs, Brustkrebs, Lungenkarzinome, schwerste Demenz oder andere schlimme Erkrankungen haben. Sie können nicht geheilt werden und müssen bald sterben. Einen Wunsch aber haben die meisten von ihnen präzise formuliert: Sie wollen die letzte Phase ihres Lebens wenn eben möglich zu Hause verbringen.

**Jeder Mensch darf zu Hause sterben.** Der Gesetzgeber hat im Jahr 2007 festgelegt, dass jeder Mensch zu Hause sterben darf. Um diesen Rechtsanspruch zu sichern, ist längst nicht für alle, aber doch für viele der Sterbenskranken eine besonders aufwändige, professionelle Versorgung nötig – die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). Das Palliativteam Frankfurt leistet diese Arbeit. „Wir haben vor etwa fünf Jahren mit vier Mitarbeitern angefangen“, erläutert Knopf. Jetzt sind nahezu 20 Teammitglieder im Einsatz: acht speziell ausgebildete Palliative-Care-Pflegekräfte, ein Vollzeit-Arzt, zwei Ärzte auf halber Stelle, mehrere Ärzte, die an einzelnen Tagen im Dienst sind. Hinzu kommt eine Verwaltungskraft. Auch eine Sozialarbeiterin ist mit dabei. Drei multiprofessionelle SAPV-Teams gibt es in Frankfurt, zwei sind im Umfeld von Kliniken angesiedelt. Das Team aus dem Nordend hat ein anderes Konzept, arbeitet als gemeinnützige GmbH und baut auf eine enge Kooperation mit niedergelassenen Ärzten.

**Krisen vorhersehen.** Morgens um acht beginnt die Teambesprechung. 34 Schwerstkranke betreut das Palliativteam aktuell. Es gibt permanent Veränderungen und die Mitarbeiter müssen auf dem Laufenden sein. In den nächsten zwei Stunden geht es um viele individuelle Schicksale, um Schmerzen und Luftnot, um Ängste, Unruhe und überforderte Angehörige. Und es geht um therapeutische Optionen. „Bei jedem einzelnen Patienten vorzuschauen, was passieren könnte – das ist für uns besonders wichtig, denn eine gute Krisenantizipation verbessert die Qualität unserer Arbeit“, sagt Boris Knopf, der viele Jahre als Pfleger auf einer Intensivstation gearbeitet hat. Er hat eine Weiterbildung als Gesundheitsnetzwerker gemacht und leitet das Team.

Die Besprechung ist vorbei, die Einsatzpläne sind verteilt. Zu zweit machen sich die Teams auf den Weg. Dr. Hubert Miles, Palliativmediziner, Anästhesist und Schmerztherapeut, fährt an diesem Tag zusammen mit Krankenschwester Paula Lehmann nach Frankfurt-Nied, einem traditionellen Arbeiterstadtteil. Hier gibt es Siedlungen mit vier- bis fünfstöckigen Mietshäusern,

so weit das Auge reicht. Herr F. (74) ist vor vielen Jahren zusammen mit seiner Frau als Russlanddeutscher nach Frankfurt gekommen und hat in Nied eine neue Heimat gefunden. Die Zweizimmerwohnung wirkt gepflegt. „Sie ist nicht groß, aber für uns ist sie groß genug“, sagt seine Frau.

**Nicht sofort ins Krankenhaus.** Herr F. liegt im Pflegebett, hat Lungenkrebs und wird seit drei Wochen vom Palliativteam betreut. „Tagelang ging es ihm schlecht, heute geht’s ihm wieder richtig gut“, sagt Frau F., und für eine Sekunde entsteht der Eindruck, als wolle sie damit sagen: Er ist auf dem Weg der Besserung. Doch das täuscht. Sie weiß sehr genau, dass ihr Mann unheilbar krank ist. „Ich würde mir so sehr wünschen, dass er mehr isst“, sagt sie, „aber er kann nur ganz schlecht schlucken.“ „Meine Frau kocht mir Süppchen, alles andere geht nicht“, sagt Herr F. Er hat zuletzt immer stärker abgenommen und wiegt nur noch 55 Kilogramm. „Gestern hat meine Frau mich gebadet, und ich dachte, ich komme nicht mehr aus der Wanne“, klagt er. Seine Stimme klingt leise, jedes Wort fällt ihm schwer, er leidet an schwerer Atemnot.

Dr. Miles öffnet eine seiner Taschen. „Ich habe heute ein mobiles Ultraschallgerät mitgebracht, wir wollen untersuchen, wie es mit dem Wasser in Ihrer Lunge aussieht.“ Der Arzt entdeckt Wasser im rechten Lungenflügel, in einer Menge, die eine Punktion im Krankenhaus rechtfertigen würde. Er erläutert Herrn F. Vorteile, verschweigt aber nicht mögliche Risiken einer Punktion. Der Patient wirkt skeptisch. Er ist schon einmal in einer Klinik punktiert worden. Hat das etwas gebracht? Er schüttelt den Kopf. Wassertabletten – ja, die hätten zumindest vorübergehend gewirkt. Herr F. erweckt den Eindruck, als gefalle ihm der Gedanke an die Punktion nicht – und er scheint irritiert. Miles fragt zur Sicherheit noch einmal nach: „Sind Sie



Kerzenlicht und Karten mit Geburts- und Todestag der Verstorbenen: Mit diesem Ritual nimmt das Palliativteam Abschied.

mit einer Punktion einverstanden?“ „Nein, jetzt nicht direkt“, sagt er, „ich kann ein paar Tage warten.“

**Zuspruch für Angehörige.** Herr F. bekommt ein opioidhaltiges Pflaster gegen Schmerzen. Es muss alle drei Tage gewechselt werden. Ein Pflaster mit höherer Dosierung würde die Schmerzen besser unterdrücken, aber das lehnt Herr F. ab. „Wir müssen uns an die Wünsche der Patienten halten, auch wenn wir selbst andere therapeutische Vorstellungen haben“, sagt Miles. Krankenschwester Paula Lehmann beobachtet immer wieder, dass Patienten große Vorbehalte haben, wenn es darum geht, die Opioiddosis zu erhöhen. Im Gespräch mit dem Ehepaar F. geht es jetzt um weitere Medikamente und Dosierungen. Miles lässt sich Zeit, das tut Herrn F. gut. „So lange es geht, will ich hier keine Pflegekraft haben, noch schaffe ich das alleine“, sagt seine Frau. „Setzen Sie sich nicht unter Druck, entscheidend ist, dass Sie sich wohlfühlen“, rät der Arzt und reicht dem Patienten zum Abschied die Hand. „Ich bin dankbar, dass wir nicht allein sind“, sagt Frau F. und öffnet die Wohnungstür. „Es ist ein gutes Gefühl, wenn das SAPV-Team kommt.“

**Kooperation mit Konfliktpotenzial.** Auch der Hausarzt besucht Herrn F. regelmäßig. Er muss die SAPV verordnen und ist für das Palliativ-Team ein wichtiger Kooperationspartner. SAPV kann als alleinige Beratung, als Koordinationsleistung, aber auch als Teil- oder vollständige Patientenversorgung verordnet werden. Nichts läuft am Hausarzt vorbei. „Wir stellen dennoch immer wieder fest, dass gerade Hausärzte wenig oder gar nichts von unserer Arbeit wissen“, bedauert Miles. Argumente wie:

## Der Hausarzt ist für das Palliativteam ein wichtiger Partner.

„Diesen Patienten betreue ich seit 30 Jahren, da brauche ich kein SAPV-Team, das kann ich allein“, sind dem Palliativarzt vertraut. „Dabei sind wir ja gar keine Konkurrenz“, betont Miles, „wir ergänzen die Arbeit der Hausärzte, doch das will leider nicht jeder verstehen.“ Selbst eine Kooperation, die im Kern funktioniert, birgt Konfliktpotenzial – zum Beispiel bei der Verordnung von Medikamenten. Grundsätzlich gelte: Der Patient muss von dem Arzneimittel profitieren, sagt Miles. Ein blutfettsenkendes Medikament etwa mache in einer Phase, in der sich das Leben dem Ende zuneigt und der Patient ohnehin kein Fett mehr isst, keinen Sinn mehr: „Ob das Cholesterin dann bei 250 oder 300 liegt, ist egal. Wenn er Lust darauf hat, soll er doch lieber mal ein Bier trinken oder sogar ein fettes Schnitzel essen. Entscheidend ist in dieser Phase die Lebensqualität.“ Nicht jeder Hausarzt sieht das genauso, berichtet Miles, das könne therapeutische Entscheidungen zuweilen kompliziert machen.

**Wenn alles zu viel wird.** Die nächste Patientin wartet auf das Palliativteam. Die Fahrt führt aus dem Arbeiterstadtteil Nied in Richtung Norden nach Oberursel in den Taunus. „Wir bewegen uns ständig in unterschiedlichen sozialen Milieus“, sagt Paula Lehmann, die eine Weiterbildung als Palliative-Care-Fachkraft absolviert hat. Da gibt es zum Beispiel Besuche bei alkoholkranken Messies in verkommenen Wohnungen, und danach warten Patienten in Penthäusern mit Marmorböden und allem erdenklichen Luxus.

Frau W. lebt in einem Zweifamilienhaus in einer Top-Wohngegend. Der Ehemann ist an Demenz gestorben. Ihr Sohn wohnt mit seiner Frau im zweiten Stock. Frau W. leidet an einem



Ärzte, Palliativ-Care-Pflegekräfte, Sozialarbeiterin: Im Palliativteam Frankfurt arbeiten verschiedene Berufe eng zusammen.



Zwischen Arbeiterviertel und Villenvorort: „Wir bewegen uns ständig in unterschiedlichen sozialen Milieus“, sagen Krankenschwester Paula Lehmann und Palliativmediziner Hubert Miles.

Bronchialkarzinom. Sie empfängt das Palliativteam an der Haustür, die wenigen Treppenstufen bis in die Wohnung machen ihr Probleme, sie atmet schwer und ringt um Luft. Frau W. ist an diesem Tag allein zu Hause, Sohn und Schwiegertochter sind krank. „Ihr seid Bazillenschleudern, habe ich ihnen gesagt, bleibt mir erstmal weit genug weg“, Frau W. lacht. Sie wirkt freundlich und präsent, erläutert präzise ihre Probleme, hört aufmerksam zu, macht Scherze. Und dann kommt doch der Punkt, an dem alles zu viel wird. Urpötzlich schießen ihr die Tränen in die Augen. „Entschuldigen Sie bitte“, sagt sie und hat ihre Emotionen Sekunden später wieder im Griff.

**Wärmflasche statt Massagegerät.** „Haben Sie Schmerzen?“, fragt der Arzt. „Ja, mir zieht es im Rücken.“ Miles entdeckt einen Bluterguss. Schnell stellt sich heraus, dass Frau W. mit einem Massagegerät gearbeitet hat, um den Rücken zu entlasten – dreimal am Tag, und das war zu viel. „Einmal reicht“, mahnt Miles. Es gebe Medikamente gegen Verspannungsschmerzen, erklärt er. Aber auch eine mit einem Handtuch umwickelte Wärmflasche könne gut helfen. Frau W. verspricht, dass sie das Gerät nur noch einmal am Tag benutzen wird.

„Ich tue mich schwer mit Medikamenten, ich habe mich immer dagegen gewehrt“, sagt sie. Wer mit dieser Einstellung durchs Leben ging, dem fällt es nicht leicht, neun Arzneien parallel einzunehmen. Frau W. wirkt resigniert. „Der Medikamentenplan? Ich schaue schon gar nicht mehr drauf.“ Und doch: Die Patientin hat offenbar sehr genau die Details des Plans im Blick und hält sich an die Vorgaben. Das Team stellt Fragen zur Medikation. Es geht um Pflaster, Nasenspray, Tabletten. Wie ist es mit der Übelkeit am Morgen? Und mit dem Durchschlafen in der Nacht? Die Therapie wird angepasst und optimiert.

**Rufbereitschaft rund um die Uhr.** Im Vergleich zu Herrn F. ist Frau W. wesentlich mobiler, der Tumor ist noch nicht so weit fortgeschritten. „Ich will nicht, dass ich zu Hause mal total hilflos bin“, stellt sie klar. „Der Gedanke, dass mir dann alle helfen müssen, gefällt mir nicht.“ Noch führt sie den Haushalt alleine und wird zweimal in der Woche von einem Pflegedienst entlastet. Wenn die Versorgung zu Hause zu kompliziert wird, will sie in ein Hospiz gehen.

„Funktioniert Ihr Hausnotruf?“, will Dr. Miles beim Abschied wissen. „Ja, prima“, sagt Frau W. Sie trägt ihn wie eine Kette am Hals. Löst sie ihn aus, wird der Rettungsdienst alarmiert. Die Dienststelle schickt dann nicht sofort einen Rettungswagen, sondern ruft beim Palliativteam an. Dort gibt es eine 24-Stunden-Rufbereitschaft: Ein Arzt und eine Pflegekraft sind rund um die Uhr erreichbar. Sie entscheiden, was zu tun ist.

Das Team fährt zurück in die Zentrale. Jetzt geht es an die Schreiarbeit. Exakt müssen die Mitarbeiter auch für die Qualitätssicherung dokumentieren, was sie bei Hausbesuchen diagnostisch und therapeutisch gemacht haben. Wie viele betreute Patienten konnten tatsächlich zu Hause sterben, wer muss zwischendurch wie oft in ein Krankenhaus, wie viele interdisziplinäre Teamsitzungen haben stattgefunden? Diese Daten muss das Palliativteam regelmäßig auch an die Krankenkassen kommunizieren.



„Ich will nicht, dass ich zu Hause mal total hilflos bin“, sagt Frau W. und zieht für diesen Fall ein Hospiz in Erwägung. Noch führt sie ihren Haushalt alleine.

**Den Patientenwillen ergründen.** Ein neuer Patient, es geht um einen Erstbesuch. Er dauert in der Regel zwei Stunden. Bekannt ist bisher: Der Mann leidet an schwerer Demenz und Polyneuropathie, eine Erkrankung des Nervensystems. Sein Allgemeinzustand ist schlecht. Die Angehörigen wünschen sich für ihn eine palliative Behandlung. Manch einem Patienten und seiner Familie ist nicht klar, dass das SAPV-Team keine kurativen Ziele verfolgt, sondern Symptome und Leiden lindern will. „Patienten, die auch kurz vor ihrem Tod die Hoffnung auf Heilung nicht aufgegeben haben und ins Krankenhaus wollen, wenn es ihnen schlechter geht, sind für unsere Versorgungsform nicht geeignet“, sagt Miles. Nicht immer ist es einfach, den Patientenwillen zu ergründen – und der ist oft nicht deckungsgleich mit den Wünschen der Angehörigen. „Sollten sich Schwerstkranke in der bereits laufenden Versorgung umorientieren, würden wir auch diese Entscheidung respektieren“, sagt Knopf.

**Der Tod wird nicht schöner.** Beraten, Unterstützen, Entlasten – das sind Kernaufgaben des Teams. „Wir machen den Tod nicht schöner und das Sterben nicht besser“, weiß Knopf. „Wir bieten den Menschen an, mit ihnen die schwere Zeit am Lebensende gemeinsam auszuhalten. Wir sorgen dafür dass sie symptomfrei oder zumindest symptomarm sterben können.“ 20 Prozent dieser Arbeit bestehe aus einer guten Symptomkontrolle, „das kann man erlernen“, sagt der Pfleger. „80 Prozent ist Beziehungsarbeit.“ Das verlange ein hohes Maß an Empathie, an Bereitschaft, sich immer wieder neu in die individuelle Situation der Patienten hineinzusetzen. Knopf lässt keinen Zweifel: „Wer diese Fähigkeit nicht mitbringt, der hat in der Versorgung von sterbenskranken Menschen nichts verloren.“ ■

**Christoph Fuhr** ist Redakteur bei der „Ärzte Zeitung“ (Springer Medizin) in Neu-Isenburg. **Jürgen Schulzki** ist freiberuflicher Fotograf in Köln.

A photograph of a white ceramic bowl filled with a light-colored soup, garnished with finely chopped green herbs. The bowl is placed on a white saucer, and a silver spoon is resting on the saucer in front of the bowl. The background is a light-colored, textured surface, possibly a bamboo mat. The text is overlaid on the soup in a white, sans-serif font.

Reform-Menü  
mit fadem  
Beigeschmack

Mehr Geld für Ärzte, freie Fahrt für Arzneimittelverordnungen, kein Abbau von Arztpraxen in Ballungsgebieten – wieder einmal versucht sich die Politik an einer Therapie der ambulanten Versorgung. Doch Teile der Rezeptur sind nicht bekömmlich. Manche Zutat kommt nicht nur teuer, sondern stärkt auch nicht die Qualität und den Wettbewerb. **Von Jan Carels**

**D**as Gesundheitswesen in Deutschland macht nicht überall eine gute Figur. Nach wie vor fehlen in einigen Regionen Ärzte, andernorts gibt es zu viele. Häufig warten Patienten zu lange auf einen Termin. Und zunehmend gibt es Berichte darüber, dass die Qualität der Behandlung unzureichend ist. Das alles ist nicht neu. Um die missliche Lage zu beheben, legte die Politik deshalb immer wieder Reformen auf – zuletzt erst 2012 das Versorgungsstrukturgesetz. Doch unterm Strich enttäuschen die Ergebnisse sämtlicher Reformbemühungen: Die Versorgung der Patienten hat sich kaum verbessert. Stattdessen sind die Ausgaben deutlich gestiegen. Allein im ambulanten ärztlichen Bereich erhöhten sie sich nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums zwischen 2008 und 2014 von 28,6 Milliarden Euro auf 37,5 Milliarden Euro – ein Plus von 31 Prozent, das sich sicherlich nicht durch eine entsprechende Morbiditätsentwicklung erklären lässt.

**Wenige schmackhafte Häppchen.** Jetzt soll das Versorgungsstärkungsgesetz die Gesundheitsversorgung verbessern. Es heißt nicht nur fast genauso wie sein Vorgänger, es macht auch dieselben ordnungspolitischen Fehler. Statt einen kreativen Wettbewerb um die beste Versorgung zu fördern, setzt die Regierung erneut auf kleinteilige Regulation und kollektive Administration. Ein Sammelsurium von Einzelmaßnahmen soll – so die Hoffnung – die Versorgung an der jeweiligen Baustelle verbessern. So richtig das angestrebte Ziel auch ist – so unwahrscheinlich ist es, dass sich die Hoffnung der Politik erfüllt. Wahrscheinlicher ist, dass auch dieses Gesetz nicht mehr Erfolg hat als seine Vorgänger. Zwar gibt es vereinzelt richtige Ansatzpunkte, zum Beispiel die Förderung der Allgemeinmedizin, die Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen, die stringenterer Notfallversorgung oder das Recht für Kommunen, Medizinische Versorgungszentren zu gründen. Doch einzelne Maßnahmen sind wirkungslose Placebos, wie beispielsweise die Terminservicestellen zur Verkürzung der Wartezeiten der Patienten. Viele Vorhaben sind sogar kontraproduktiv. Insgesamt wird dieses Gesetz nicht die Versorgung der Patienten spürbar verbessern, sondern wieder viel Geld kosten.

Insbesondere zwei Vorhaben bergen ein enormes Ausgabenrisiko, ohne dass sie die Versorgungssituation der Patienten auch

nur ansatzweise verbessern: der Abbau der von Ärztefunktionären einiger Kassenärztlicher Vereinigungen (KVen) propagierten angeblich unbegründeten regionalen Unterschiede in der Gesamtvergütung (Konvergenz) sowie die Neugestaltung der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

**Unterschiede sind plausibel.** Um die angeblich unbegründeten regionalen Unterschiede in den Gesamtvergütungen abzubauen, sollen Krankenkassen und KVen im Rahmen ihrer Verhandlungen für das Jahr 2017 regional eine einmalige Erhöhung vereinbaren. Diese pauschale Anhebung ist abzulehnen, denn regionale Vergütungsunterschiede sind begründet. Sie spiegeln die unterschiedlichen regionalen Realitäten wider. Wenn die Versorgungsstrukturen, die Leistungsanspruchnahme und der Versorgungsbedarf vor Ort unterschiedlich sind, ist es natürlich auch die jeweilige Gesamtvergütung in den Leistungsbereichen der Regionen (*siehe Grafik „Vergütungsunterschiede begründet“ auf Seite 36*).

Dem hatte die Bundesregierung ursprünglich in ihrem Koalitionsvertrag auch Rechnung getragen. Danach wollten Union und SPD zunächst prüfen, warum die Gesamtvergütungen regional unterschiedlich sind, und erst auf einer soliden Datenbasis entscheiden, ob überhaupt Handlungsbedarf besteht. Wieso nun plötzlich dieser ursprünglich vernünftige politische Plan voreilig über Bord geworfen werden soll, erschließt sich wohl nur den Ärztefunktionären und Politikern aus jenen Ländern, die mehr Geld bekämen, ohne mehr Leistungen erbringen zu müssen. Allein in Nordrhein-Westfalen werden Honorarsteigerungen von mehreren 100 Millionen Euro erwartet.

**Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht aufgeben.** Nicht minder problematisch ist der geplante Wegfall der Vereinbarung von Richtgrößenvolumina für Arznei- und Heilmittel auf Bundesebene. Stattdessen können Krankenkassen und KVen diese künftig direkt regional aushandeln. Die Politik will damit den Besonderheiten vor Ort Rechnung tragen. Das klingt gut, führt aber zur faktischen Abschaffung der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Wirtschaftlichkeitsprüfungen und entsprechende Sanktionen bei Verstößen haben KVen bisher abgelehnt. Wenn sie nun in weitreichender regionaler Freiheit selber vereinbaren können, was dort geprüft wird, und vor allem ob bei Nichterfüllung eine

Strafe droht oder nicht, dann ist das völlig wirkungslos. Daher ist es erforderlich, dass auf Bundesebene einheitlich geltende Mindeststandards vereinbart werden, um den Handlungsrahmen für die regionalen Vereinbarungen so zu konkretisieren, dass auch künftig die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots überprüft und Verstöße dagegen geahndet werden können.

**Bedarfsgerechte Ärzteverteilung gelingt so nicht.** Richtig ist die Absicht der Bundesregierung, die räumliche Verteilung der Vertragsärzte zu verbessern. Bisher können die Zulassungsausschüsse den Antrag auf Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes in einem überversorgten Planungsbereich ablehnen, wenn diese aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist. Jetzt soll zwar an die Stelle dieser „Kann“-Regelung eine „Soll“-Regelung treten. Doch das bisherige Abstimmungsverfahren tastet die Politik nicht an: Wird die Nachbesetzung nicht mehrheitlich abgelehnt, bleibt der Arztsitz bestehen.

So aber kann es nicht gelingen, die Ärzte bedarfsgerechter zu verteilen. Die KVen können sich auch weiterhin verweigern. Auch die vielen Ausnahmen lassen kaum erwarten, dass in überversorgten Regionen die Zahl der Vertragsarztsitze sinkt.

Selbst Koalitionsvertreter sind nicht von der Wirksamkeit dieser Regelung überzeugt. So schreibt beispielsweise der gesundheitspolitische Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion Jens Spahn in seinem Blog: „Es wird auch zukünftig keine Arztpraxis ohne Zustimmung der KV geschlossen. Denn anders als bei den anderen Entscheidungen der Zulassungsausschüsse ist einem Antrag auf Nachbesetzung bei Stimmgleichheit zu entsprechen. Das heißt, kein Praxisaufkauf kann durch die KV ohne deren Votum im Zulassungsausschuss durchgesetzt werden.“ Wenn der Gesetzgeber wirklich sein Ziel ernst nimmt, Überversorgung abzubauen, dann müssen die Abstimmungsregeln geändert und die Ausnahmen gestrichen werden.

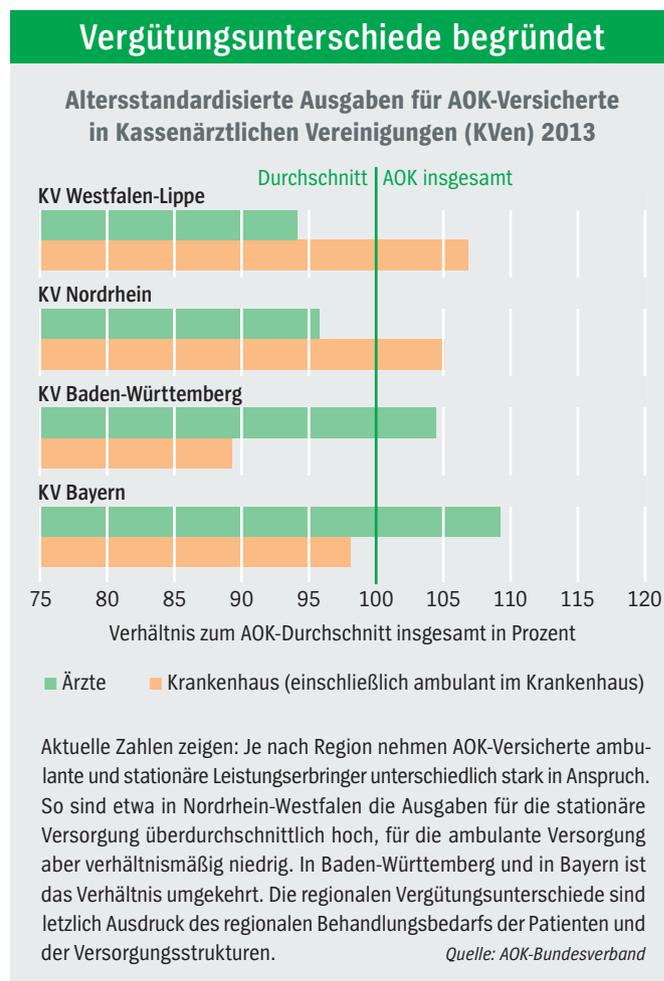
**Wettbewerb gehemmt.** Zu begrüßen ist die Absicht des Gesetzgebers, den Abschluss von Selektivverträgen zu erleichtern. Denn sie tragen zu einer effizienten Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen bei. Allerdings reduzieren die politischen Pläne einige Hürden nur marginal, bauen aber gleichzeitig neue auf. So schränken die erweiterten Eingriffsrechte der Aufsichtsbehörden – beispielsweise können sie Verträge kündigen oder ein Zwangsgeld von bis zu zehn Millionen Euro gegen Kassenvorstände verhängen – die „Risiko“-Bereitschaft der Krankenkassen erheblich ein, neue Wege für eine bessere Patientenversorgung zu gehen. Auch bestehende Hemmnisse bei der Bereinigung der kollektivvertraglichen Gesamtvergütung zugunsten von Selektivverträgen werden nicht konsequent und vollständig behoben. Eine unbürokratische, aufwandsarme, unkomplizierte und praxistaugliche Bereinigung aber ist dringend nötig, um den Vertragswettbewerb zu stärken.

**Innovationsausschuss festigt Grenzen.** Ein weiterer Knackpunkt ist der im Gesetz vorgesehene Innovationsfonds. Mit 300 Millionen Euro jährlich soll die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) innovative sektorenübergreifende Versorgungsprojekte fördern. Davon sollen 75 Millionen Euro in die Versorgungsforschung fließen, um Erkenntnisse über bestehende Strukturen

zu gewinnen und die Versorgungseffektivität zu steigern. Die Mittel sollen je zur Hälfte aus dem Gesundheitsfonds und von den Krankenkassen kommen. So sinnvoll eine sektorenübergreifende Versorgung ist – dieses Ziel lässt sich wesentlich besser erreichen, wenn generell die bisherige Abschottung der einzelnen Sektoren fällt. Stattdessen sollen nun zusätzliche Beitragsgelder für einzelne Projekte die bestehenden Mängel heilen.

Dabei verfestigt das vorgesehene zentrale Vergabeverfahren die sektoralen Strukturen. Denn über die Verteilung der Fördermittel soll ein beim Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) neu einzurichtender Innovationsausschuss „einheitlich und gemeinsam“ entscheiden. Die „Hüter der Sektoren“, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft, sollen nun sektorenübergreifende Projekte fördern. Das ist paradox. Hier werden Entscheidungen auf eine zentrale Institution wie den GBA verlagert, obwohl die Akteure vor Ort – die Krankenkassen und ihre Vertragspartner – das Know-how für derartige Entscheidungen haben und die eigentliche Verantwortung tragen.

Sollte die Bundesregierung am Innovationsfonds festhalten, so muss der Innovationsausschuss um Sachverständige aus Wissenschaft, Versorgungsforschung und Krankenkassen erweitert werden, die nicht einzelnen Sektoren verpflichtet sind, sondern sektorenübergreifend denken. Darüber hinaus ist darauf zu achten, dass die Gelder ausschließlich für das eingesetzt



werden, wofür sie gedacht sind: zur Förderung von Struktur- und Prozessinnovationen, nicht aber zur Erprobung von Behandlungsmethoden. Um sicherzustellen, dass Fördergelder nicht für Umsatzinteressen der Pharma- und Medizinproduktehersteller zweckentfremdet werden, sondern ausschließlich Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsinteressen der Patienten und Beitragszahler im Vordergrund stehen, sollten Krankenkassen immer zu den Antragsstellern von Fördermitteln gehören, und nicht nur – wie im Kabinettsentwurf vorgesehen – „in der Regel“.

**Patientensicherheit in Gefahr.** Ein deutlicher Schritt in die falsche Richtung ist die Absicht der Bundesregierung, eine wichtige Einschränkung des im Krankenhausbereich geltenden Grundsatzes der „Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt“ aufzuheben. Bisher dürfen Krankenhäuser zwar grundsätzlich alle Behandlungsmethoden zulasten der GKV erbringen, solange diese nicht vom GBA verboten werden. Allerdings haben dabei dennoch die Qualität und die Wirksamkeit der Behandlungsmethoden dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. Damit soll die Qualität der Versorgung gesichert (Patientenschutz) und medizinisch fragwürdige Leistungen nicht zulasten der GKV erbracht werden (Wirtschaftlichkeit). Gegenwärtig können Krankenkassen die Einhaltung dieser Anforderungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) im konkreten Einzelfall überprüfen lassen und die Vergütung gegebenenfalls – auch ohne Bewertung durch den GBA – verweigern.

Dieses erprobte und mehrfach höchstrichterlich bestätigte Vorgehen will die Bundesregierung nun ändern. Künftig sollen im Rahmen der stationären Versorgung alle Behandlungen zulasten der GKV erbracht werden können, die das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten, ihre Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt und noch keine Bewertung seitens des GBA vorliegt. Dies hätte zur Folge, dass die allgemein gültigen Qualitätskriterien bei stationären Behandlungsmethoden, die noch keine Bewertung durch den GBA erfahren haben, außer Kraft gesetzt werden. Der Überprüfung im Einzelfall würde damit der fachliche Boden entzogen. Das wäre ein deutlicher Rückschritt in dem Bemühen der Bundesregierung, die Versorgungsqualität, die Patientensicherheit und die Wirtschaftlichkeit zu erhöhen.

**Soziale Selbstverwaltung geschwächt.** Last but not least sind auch die geplanten Änderungen hinsichtlich der Zusammensetzung des Verwaltungsrates des MDK nicht zielführend. Dass dieser zu einem Drittel aus Vertretern der Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen und der Pflegeberufe bestehen soll, die volles Stimmrecht erhalten – auch zu Belangen der GKV –, schwächt die Handlungs- und Entscheidungskompetenz der sozialen Selbstverwaltung, ohne dass ein erkennbarer Nutzen für Pflegebedürftige und deren Angehörige entsteht. Zudem verkennt dieses Vorhaben, dass der MDK qua Gesetz unabhängig ist und ausschließlich der Vorbereitung von Leistungsentscheidungen der Krankenkassen dient.

Unabhängige Entscheidungen des MDK und Interessensdurchsetzung externer Pflegeberufsvertreter widersprechen sich



per se. Die Folgen für die GKV sind nicht hinreichend bedacht. Erstmalig werden Patienten- und Leistungserbringer-Organisationen an einem kasseninternen Gremium außerhalb der gemeinsamen Selbstverwaltung (GBA) beteiligt, ohne Finanzierungsverantwortung zu tragen. Es ist nur eine Frage der Zeit, wann andere Leistungserbringer das gleiche Recht fordern. Zudem begibt sich der Gesetzgeber in ein ordnungspolitisches Dilemma, wenn hauptamtliche Kassenvertreter dem MDK-Verwaltungsrat nicht mehr angehören dürfen, wohl aber die hauptamtlichen Vertreter der Pflegeverbände.

**Mehrbelastung in Milliardenhöhe.** Insgesamt verfolgt der Gesetzgeber die richtigen Ziele und sieht auch an ein paar Stellen vernünftige Änderungen vor. Die Mehrzahl der geplanten Maßnahmen wird aber erneut dazu beitragen, die Ausgaben der GKV zu erhöhen, ohne die Versorgung der Patienten spürbar zu verbessern. Zusammen mit den parallel laufenden Gesetzesvorhaben zur Prävention, zur Krankenhausversorgung, zur Hospiz- und Palliativversorgung sowie zur elektronischen Gesundheitskarte ergeben sich in den nächsten zwei Jahren Mehrbelastungen für die Beitragszahler in Milliardenhöhe. In der irrigen Annahme, dass der derzeitige GKV-Überschuss noch lange währt, ist der Gesetzgeber offensichtlich nicht gewillt, wirklich wirksame Mittel zum Abbau der Ineffizienzen einzuleiten. Statt vermehrt auf Wettbewerb zu setzen, vertraut die Bundesregierung weiterhin primär auf Regulation und Administration.

So wird auch das Versorgungsstärkungsgesetz in seiner jetzigen Form die „chronische Krankheit“ des GKV-Systems nicht heilen: Die Ausgaben werden weiter deutlich stärker steigen als die beitragspflichtigen Einnahmen. Das führt unweigerlich zu höheren Beitragssätzen oder einem wachsenden Bedarf an Steuerzuschüssen. Wegen der momentanen Überschussituation passiert das nicht sofort. Aber in zwei bis drei Jahren. Denn sind höhere Ausgaben erst einmal beschlossen, dann bleiben sie – und zwar auch dann, wenn die Einnahmen wieder sinken. Und dann ist Bundestagswahl. ■

**Jan Carels** ist Geschäftsführer Politik und Unternehmensentwicklung im AOK-Bundesverband. **Kontakt: Jan.Carels@bv.aok.de**

# Hersteller-Haftung weit ausgelegt

Herzschrittmacher und implantierbare Defibrillatoren sind bereits dann fehlerhaft, wenn sie aus einer potenziell fehlerhaften Produktserie oder Modellreihe stammen. Hersteller haben den vorsorglichen Austausch solcher Geräte zu bezahlen. Dies hat der Europäische Gerichtshof entschieden. **Von Anja Mertens**

Urteil vom 5. März 2015  
– C-503/13 und C-504/13 –  
Europäischer Gerichtshof

**Herzschrittmacher** und implantierbare Cardioverte Defibrillatoren, die fehlerhaft sein könnten, sind eine schreckliche Vorstellung für Patienten. Entweder sie leben mit dem Risiko im Körper oder lassen sich abermals operieren und die Geräte austauschen. Über die Kosten für solche Austausch-Operationen aufgrund eines möglicherweise fehlerhaften Medizinprodukts streiten sich seit langer Zeit zwei deutsche Krankenkassen mit dem Medizintechnik-Unternehmen Boston Scientific GmbH vor Gericht.

**Hersteller warnte vor Risiken.** Dieser hatte für seine Produkte Sicherheitswarnungen herausgegeben. Bei den Herzschrittmachern könne die Batterie ausfallen, weil ein Dichtungselement sukzessive zerfalle. Dies könne zum plötzlichen Verlust der Telemetrie und/oder der Herzstimulation führen. Bei den Defibrillatoren wiederum könne ein Magnet-schalter hängen bleiben, sodass lebensgefährliche Herzrhythmusstörungen nicht erkannt und im Ernstfall kein lebensrettender Schock abgegeben würde. Der Hersteller empfahl den Ärzten, die Patienten darauf hinzuweisen und zu erwägen, die Herzschrittmacher auszutauschen beziehungsweise bei den Defibrillatoren die Magnetfunktion zu deaktivieren. Daraufhin ließen gesetzlich krankenversicherte Patienten die Geräte operativ entfernen und durch andere ersetzen. Deren Krankenkassen zahlten für die Austausch-Operationen 8.570 beziehungsweise 20.440 Euro und verlangten von dem Unternehmen Scha-

densersatz. Die Firma lehnte dies ab. Alle Explantate seien ungeprüft vernichtet worden. Ob sie tatsächlich fehlerhaft gewesen seien, könne nicht nachgewiesen werden. Die Krankenkassen hatten daraufhin den Hersteller auf Schadensersatz verklagt und vor dem Amts- und dem Landgericht Recht bekommen. Schließlich legte das Unternehmen Revision

**Die Gerätesicherheit muss besonders hoch sein, weil die Patienten verletzlich sind.**

beim Bundesgerichtshof (BGH) ein. Die Bundesrichter setzten das Verfahren aus und legten dem Europäischen Gerichtshof (EuGH) zwei Fragen zur Auslegung des Europarechts vor. Zum einen wollten sie von ihren Luxemburger Kollegen wissen, ob Artikel 6 Absatz 1 der Richtlinie 85/374/EWG (Produkthaftungsrichtlinie) – diese wurde mit dem Produkthaftungsgesetz in nationales Recht umgesetzt – so auszulegen sei, dass ein Herzschrittmacher oder ein Defibrillator bereits dann als fehlerhaft einzustufen sei, wenn Geräte einer Produktgruppe oder einer Produktionsserie ein nennenswert erhöhtes Ausfallrisiko haben, aber ein

Fehler des konkreten Produkts nicht festgestellt werden konnte. Weitere Frage des BGH an die Europarichter: Handelt es sich bei den Kosten der Austausch-Operationen um einen Schaden, der im Sinne der EU-Produkthaftungsrichtlinie durch „Tod und Körperverletzungen“ verursacht ist und somit vom Hersteller Schadensersatz verlangt werden kann? (Beschluss des BGH vom 30. Juli 2013, Aktenzeichen VI ZR 284/12, *siehe dazu G+G 10/2013, Seite 38–39*).

**Hohe Sicherheit erwartet.** Beide Fragen des Bundesgerichtshofs hat der EuGH mit Ja beantwortet und dabei den Fehlerbegriff weit ausgelegt. Ein Produkt sei dann als fehlerhaft einzustufen, wenn es nicht die Sicherheit bietet, die man unter Berücksichtigung aller Umstände zu Recht erwartet (Artikel 6 Absatz 1 der Richtlinie). Bei Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren seien besonders hohe Anforderungen an die Sicherheit zu stellen, weil die Patienten in besonderem Maße verletzlich seien. Habe ein medizinisches Produkt einen potenziellen Sicherheitsmangel, könnten alle Geräte einer Produktgruppe oder Produktionsserie als fehlerhaft eingestuft werden. Der Fehler müsse nicht bei jedem einzelnen Produkt festgestellt werden, so die Luxemburger Richter. Diese weite Auslegung der Produkthaftungsrichtlinie entspreche dem Ziel des Unionsgesetzgebers, den Verbraucher zu schützen.

## TIPP FÜR JURISTEN



Qualität und Wirtschaftlichkeit, Sicherstellung und Finanzierung der stationären Versorgung – diese und weitere Themen behandelt die Fachkonferenz „Krankenhausreform 2015: GKV-Versorgungsstärkungsgesetz und Eckpunktepapier der Bund-Länder-AG“ am 12. Mai in Düsseldorf. Veranstalter ist die I. O. E. – Wissen GmbH. Mehr Informationen: [www.ioe-wissen.de](http://www.ioe-wissen.de) > **Veranstaltungen**

**Hersteller kommt für Schaden auf.** Hinsichtlich der Frage, ob die Austausch-Operationen ein „durch Tod und Körperverletzungen verursachter Schaden“ im Sinne der EU-Richtlinie (Artikel 1 in Verbindung mit Artikel 9 Satz 1 Buchstabe a) sind und der Hersteller deshalb schadensersatzpflichtig ist, urteilt der EuGH differenziert nach den Produkten Herzschrittmacher und Defibrillatoren. Grundsätzlich gelte, dass für durch Produktfehler erlittene Schäden eine angemessene und vollständige Entschädigung der Geschädigten sichergestellt werden müsse. Auch bei – wie hier gegeben – potenziell fehlerhaften Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren umfasse der Schadensersatz alles, was erforderlich sei, um die Schadensfolgen zu beseitigen und das Sicherheitsniveau wiederherzustellen.

Im Fall der Herzschrittmacher habe der Hersteller den Ärzten empfohlen, den Austausch zu erwägen. Der Schadensersatz schließe somit auch alle Kosten ein, die mit dem Austausch der möglicherweise fehlerhaften Produkte zusammenhängen.

### Bundesrichter müssen Fragen klären.

Im Fall der implantierten Defibrillatoren könne die Beurteilung anders ausfallen, so die Luxemburger Richter. Denn bei diesen medizinischen Geräten habe der Hersteller lediglich empfohlen, die Magnetfunktion zu deaktivieren. Deshalb sei es Sache des BGH zu beurteilen, ob eine solche Deaktivierung ausreicht hätte, um den Produktfehler zu beseitigen, oder ob der Austausch des Geräts erforderlich gewesen ist. ■

**Kommentar:** Zu Recht können Patienten erwarten, dass Medizinprodukte eine sehr hohe Sicherheit haben. Die Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs ist zu begrüßen, dass im Einzelfall der Fehler nicht bewiesen werden muss, wenn zum Beispiel ein Herzschrittmacher aus einer potenziell fehlerhaften Serie stammt. Nicht nur Krankenkassen können Schadensersatz für entstandene Kosten geltend machen. Auch Patienten haben einen Anspruch auf Schadensersatz zum Beispiel für den Verdienstaufschlag und auf Schmerzensgeld.

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

	INHALT	AKTUELLER STAND	
<b>AMBULANTE VERSORGUNG</b>	<p>Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG), Bundesrats-Drucksache 18/4095</p>	<p>Terminservicestellen bei Kassenärztlichen Vereinigungen; Behandlung durch Krankenhausambulanz, wenn Servicestellen Patienten nicht zeitnah in eine Arztpraxis vermitteln können; Patienten-Anspruch auf Zweitmeinung vor geplanter Operation; Anspruch Pflegebedürftiger und Behinderter auf zahnmedizinische Vorsorge; Förderung von Praxisnetzen und MVZ; niedrigere Gebühren für Ärzte bei Niederlassung in strukturschwachen Regionen; kein Zwang zur Neubesetzung freigewordener Arztsitze in überversorgten Gebieten; Innovationsfonds (300 Millionen Euro jährlich) für innovative Projekte und Versorgungsforschung: Finanzierung je zur Hälfte von Krankenkassen und aus Gesundheitsfonds.</p>	<p>Der Bundesrat hat am 6.2.2015 Stellung genommen. Erste Lesung im Bundestag war am 5.3.2015.</p>
<b>KORRUPTION</b>	<p>Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen, Antrag Bayern, Bundesrats-Drucksache 16/15</p>	<p>Schließen von Strafbarkeitslücken bei Bestechung und Bestechlichkeit im Gesundheitswesen (vgl. Urteil Bundesgerichtshof vom 29.3.2012); Schaffung eines neuen Straftatbestandes (Paragraf 299 a Strafgesetzbuch): unzulässige Einflussnahme und auf die Erlangung regelwidriger Vorteile abzielende Kooperationen (z. B. zwischen Ärzten, Apothekern, Pharmafirmen) unter Strafe gestellt; Freiheitsstrafen bis zu drei Jahre oder Geldstrafen.</p>	<p>Der Bundesrat hat am 6.2.2015 den Antrag Bayerns in seine Ausschüsse überwiesen.</p>
<b>PRÄVENTION</b>	<p>Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG), Bundestags-Drucksache 18/4282</p>	<p>Neben Krankenkassen Einbindung der gesetzlichen Pflege-, Renten- und Unfallversicherung in die Prävention; nationale Präventionskonferenz; Anhebung der Leistungen der Krankenkassen je Versicherten/Jahr von 3,09 auf 7 Euro, 2 Euro je Versicherten/Jahr für betriebliche Gesundheitsförderung; gesundheitsfördernde Rehabilitation für Pflegebedürftige in Pflegeheimen.</p>	<p>Der Bundesrat hat am 6.2.2015 Stellung genommen. Erste Lesung im Bundestag war am 20.3.2015.</p>
<b>RETTUNGSDIENST</b>	<p>Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) – Gesetzliche Krankenversicherung – Bundestags-Drucksache 18/1289</p>	<p>Herausnahme des Rettungsdienstes (Notfallrettung, qualifizierter Krankentransport) aus dem Leistungsbereich Fahrkosten (Paragraf 60 SGB V) und Regelung als eigenständiger Leistungsbereich; Möglichkeit der landesrechtlichen Einbeziehung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes in das System der Rettungsleitstellen.</p>	<p>Der Bundestag hat den vom Bundesrat im Frühjahr 2014 erneut eingebrachten Gesetzentwurf noch nicht beraten.</p>

Stand: 27.3.2015



## Internet-Tipp

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

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

## NORDOST

## Kassen übernehmen Kosten für Impfung

Mädchen können sich ab dem neunten Geburtstag gegen Humane Papillomviren (HPV) impfen lassen. Bisher sah der Leistungskatalog der Kassen die Vorsorgeimpfung im Alter von zwölf bis 17 Jahren vor. „Mit der Erweiterung des Impfzeitraumes ist die Chance nun größer, dass sich insgesamt mehr Mädchen und junge Frauen impfen lassen“, begrüßte **Harald Möhlmann**, Geschäftsführer Versorgungsmanagement der AOK Nordost, die Änderung der entsprechenden Richtlinie. Darüber hinaus können Mädchen und junge Frauen bis 18 Jahre natürlich fehlende Impfungen nachholen oder vervollständigen. Die HPV-Impfung erfolgt meist über den Sexualkontakt. Einen wirksameren Impfschutz haben junge Mädchen und Frauen, wenn sie sich vor dem ersten Geschlechtsverkehr impfen lassen. Die Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut hatte daher empfohlen, das Impfalter auf neun bis 14 Jahre zu erweitern. ■



Die HPV-Schutzimpfung ist ab dem neunten Geburtstag möglich.

## NIEDERSACHSEN

## Hilfe für die Selbsthilfe

Niemand ist alleine krank. Oft brauchen Kinder, Ehepartner oder Angehörige von Betroffenen oder auch die Geschwister kranker Kinder mehr Unterstützung als sie im normalen Medizinbetrieb erhalten. Daher sensibilisiert die AOK Niedersachsen die Selbsthilfebewegung im Land für den Umstand, dass bei einer chro-

nischen Erkrankung oder Behinderung eines Familienmitglieds die ganze Familie belastet ist. Bei der AOK Niedersachsen sind acht Fachkräfte hauptamtlich für die Selbsthilfeförderung zuständig. Im Jahr 2014 wurden 909 Projekte mit insgesamt 675.000 Euro gefördert. Davon entfielen die meisten Förderungen (211) auf Suchterkrankungen, gefolgt von 120 Projekten zu Krankheiten des Nervensystems und 86 Projekten zu Krebserkrankungen. ■

## NORDWEST

## Viele Grundschüler haben Karies

Knapp 20 Prozent der Grundschüler in Schleswig-Holstein haben nach Angaben der AOK NordWEST Karies. Von den im Schuljahr 2013/2014 untersuchten 84.508 Kindern aus 566 Schulen wiesen demnach 15.788 Kinder (18,7 Prozent) einen behandlungsbedürftigen Zahnstatus auf. 2012/2013 lag der Anteil noch bei 17,7 Prozent. Die AOK appellierte daher an die Eltern, ihren Nachwuchs schon frühzeitig für eine gründliche und regelmäßige Zahnpflege zu motivieren: „Je früher Kinder lernen, ihre Zähne richtig zu pflegen und Karies vorzubeugen, umso mehr profitieren sie davon ihr Leben lang“, sagte AOK-Vorstand **Martin Litsch**. Die aktuelle Auswertung basiert auf Ergebnissen der Reihenuntersuchungen in Schleswig-Holstein. Etwa zur Einschulung brechen bei vielen Kindern die ersten bleibenden Zähne durch. Meist tauchen sie unbemerkt hinter den Milchzähnen auf. Wenn die Zähne durchbrechen, sind sie besonders kariesgefährdet. ■

## AOK aktuell

### Drachenkind Jolinchen feiert 30. Geburtstag

Als sie 1985 aus der Taufe gehoben wurde, war sie ein kleines nacktes, kräftig gebautes Drachenkind mit rosa Socken an den Füßen. Heute ist sie schlanker, trägt grüne Sportsachen und ist immer in Bewegung: Die Rede ist von Jolinchen, die seit nunmehr 30 Jahren Presenterin des AOK-Kindermagazins „jojo“ ist. In drei Jahrzehnten hat Jolinchen sechs Kindergenerationen begleitet – rund 500.000 Kinder haben sie angeschrieben. Und auch in der Welt der neuen Medien fühlt sich Jolinchen wohl. Auf der Internetseite [www.Jolinchen.de](http://www.Jolinchen.de) erzählt sie tolle Geschichten und beantwortet auch viele Fragen. Über das U-Mailing begleitet Drachenkind Jolinchen obendrein alle bei der AOK versicherten Kinder, angefangen von der U4-Vorsorgeuntersuchung bis hin zur Jugendgesundheitsuntersuchung.

Benannt nach Jolinchen ist auch ein KiTa-Programm der AOK, das die Gesundheit von Kindern im Alter von drei bis sechs Jahren fördert. „Im Rahmen von JolinchenKids lernen Kinder, sich ausgewogen zu ernähren, vielseitig zu bewegen und ihr seelisches Wohlbefinden zu stärken“, sagt **Thomas Sleutel**, Geschäftsführer Markt/Produkte beim AOK-Bundesverband. Ebenso viel Wert lege das Programm darauf, Eltern aktiv einzubeziehen und die Gesundheit der Erzieherinnen zu fördern. Kurzum: Jolinchen ist die Gesundheitsbotschafterin der AOK für Kids, das Drachenkind ist zu einem Kinderstar geworden. ■



## Gesundheit erlernen

Die Wilhelm-Focke-Oberschule in Bremen-Horn und die AOK Bremen/Bremerhaven wollen Lehrer und Schüler bei der Vermittlung von Gesundheitsinhalten sowie der Berufs- und Arbeitsorientierung unterstützen. Dazu begleiten sie Schulprojekte zur Gesundheitserziehung, fördern Sportveranstaltungen und helfen Schülerinnen und Schülern der siebten, neunten sowie zehnten Klasse bei der Suche nach Praktikums- und Ausbildungsplätzen. Die Vereinbarung wurde im Rahmen der „Ballsporthwoche“ in der Wilhelm-Focke-Schule unterzeichnet. Laut Schulleiterin **Beata Warszewik-König** sollen die rund 360 Schülerinnen und Schüler unter anderem mehr über gesunde Ernährung lernen und Betriebs- sowie Sozialpraktika in Heimen absolvieren. Bewerbungs- und Assessmentcenter-Trainings im Gebäude der AOK stehen ebenfalls auf dem Plan. ■

## SACHSEN-ANHALT

### Schneller zum Facharzt

Terminvereinbarungen vom Hausarzt zum Facharzt binnen weniger Tage sind für Versicherte der AOK Sachsen-Anhalt, die am Hausarztprogramm teilnehmen, kein frommer Wunsch mehr. Liegt eine bestimmte Dringlichkeit vor, übernimmt der Hausarzt die Terminvermittlung zum Facharzt. Einen entsprechenden Vertrag haben der Hausärzterverband Sachsen-Anhalt, die AOK Sachsen-Anhalt, die IKK gesund plus und die Kassenärztliche Vereinigung (KV)



Die AOK unterstützt Lehrer und Schüler bei der Vermittlung von Gesundheitsinhalten.

unterschrieben. „Bei einem kritischen Zustand ist es wichtig, dass sie schnell einen Termin beim Facharzt und die richtige Behandlung erhalten“, sagte **Ralf Dralle**, Vorstand der Gesundheitskasse. Der Vertrag gelte für sämtliche Facharztgruppen, die Therapiehoheit des Hausarztes bleibe unberührt. Er allein entscheide, wann die rasche Überweisung zum Facharzt nötig sei. Dafür wurde ein Stufensystem mit „dringend“ und „sehr dringend“ festgelegt. „Durch diese neue Form der Organisation der Versorgung wird die Vernetzung zwischen Haus- und Fachärzten zum Wohle des Patienten optimiert“, sagte KV-Chef **Dr. Burkhard John**. ■

## RHEINLAND-PFALZ/SAARLAND

### Frühzeitig in die Reha

Unter dem Motto „Psychosomatik – Auffangen, Unterstützen, Leiten und Integrieren“ (PAULI) haben die Allgemeine Hospitalgesellschaft AG, die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland und die Deut-

sche Rentenversicherung erstmalig in Rheinland-Pfalz ein neuartiges Versorgungskonzept im Bereich der Psychotherapie auf den Weg gebracht. PAULI stellt ein Behandlungsangebot dar, das sich bereits frühzeitig an Patienten wendet, die aufgrund psychosomatischer Leiden arbeitsunfähig geworden sind. Die Betroffenen sollen spätestens nach der Lohnfortzahlung durch ihren Arbeitgeber (sechs Wochen), idealerweise sogar noch früher, behandelt werden. Sie erhalten in einem Zeitraum von sechs Wochen in insgesamt 20 Behandlungseinheiten eine mehrstufige Behandlung. „Mit PAULI bekommen unsere Versicherten eine neue Chance zur schnellstmöglichen gesellschaftlichen und beruflichen Teilhabe“, sagte **Dr. Irmgard Stippler**, Vorstandsvorsitzende der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. **Hartmut Hüfken**, Geschäftsführer der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz, betonte: „Eine gut aufeinander abgestimmte Versorgungskette ist zentraler Faktor für eine erfolgreiche Rehabilitation.“ ■

## BUNDESVERBAND

### Schülerredaktionen ausgezeichnet

Der AOK-Sonderpreis 2015 beim Schülerzeitungswettbewerb der Länder hat zwei Sieger: die Redaktion „Schulgeflüster“ des Friedrich-Albert-Lange Berufskollegs in Duisburg und die Redaktion von „Ätzkalk“ der Jakob-Mankel-Schule im hessischen Weilburg. Die Ausschreibung stand zum zweiten Mal unter dem Motto „Fallen gelassen – gelassen fallen. Leben mit gesundheitlichen Einschränkungen“. Beide Schülerzeitungen hätten sich facettenreich mit dem Thema „Sucht“ auseinandergesetzt, lobte die Jury. Während die Redaktion von „Ätzkalk“ mit gut recherchierten Artikeln punktete, beeindruckte „Schulgeflüster“ mit bewegenden Texten und provozierenden Illustrationen. Für ihre Leistungen erhalten beide Redaktionen ein Preisgeld von je 500 Euro. Seit 2013 lobt die AOK den Sonderpreis aus. Dieses Jahr waren knapp 50 Schülerzeitungen aus ganz Deutschland nominiert. ■

## Versorgungsforschung Von Finnland und Kanada lernen

Die Versorgungsstrukturen in Finnland und Kanada ermöglichen es den Akteuren sehr viel stärker, integriert zu denken und zu handeln, als dies in Deutschland der Fall ist. Präventive, kurative, rehabili-



tative, pflegerische und soziale Leistungen sind dort stärker miteinander verwoben und wohnortnahe, generalistisch ausgerichtete Gesundheits- und Versorgungszentren längst aufgebaut. Multiprofessionelle Teams gehören zum Standard einer Einrichtung. Sie behandeln ihre Patienten in gemeinsamer Verantwortung – nicht

selten von den ersten Lebensjahren an bis ins hohe Alter. Engagierte Bürger werden zudem auf unterschiedlichen Ebenen einbezogen, um die Angebote bedarfsgerecht auszubauen. Konsequenterweise haben Finnland und Kanada darauf gesetzt, medizinische Generalisten auszubilden und die Pflegeausbildung aufzuwerten. Die Professorinnen Doris Schaeffer und Kerstin Hämel, beide von der Universität Bielefeld, sowie Michael Ewers, Professor an der Charité – Universitätsmedizin Berlin, zeigen mit ihrer Studie auf, wo die Stellschrauben für eine bessere Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu verorten sind. Veraltete Ausbildungswege und gewachsene politische Machtstrukturen erscheinen im Abgleich als die zentralen Hemmnisse für ein modernes Gesundheitswesen in Deutschland.

*Doris Schaeffer, Kerstin Hämel, Michael Ewers: Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen. Anregungen aus Finnland und Kanada. 2015. 248 Seiten. 34,95 Euro. Beltz Juventa, Weinheim.*

## Private Träger Engagement ermöglichen

Privates Engagement im Gesundheitswesen steht hierzulande nicht selten im Verdacht, rein auf einen satten Profit ausgerichtet zu sein. An dieser Vorstellung rüttelt nun das Buch „Privatisierung im Gesundheitswesen“. Allein die Art der Trägerschaft sagt oftmals nichts aus über die Qualität der Versorgung, denn private Investoren im Gesundheitswesen sind so vielfältig wie das Gesundheitswesen selbst. Ob eine Aktiengesellschaft eine Klinikette betreibt oder sie von einem engagierten Arzt gegründet und über Generationen hinweg als Familienbetrieb weitergeführt wird, macht einen entscheidenden Unterschied in der Motivation des Unternehmens. Ob eine Managementgesellschaft Versorgungsaufträge von den Krankenkassen übernimmt, damit gute Arbeit leistet und rentabel ist, hängt auch davon, wie viel Handlungsspielraum die gesetzlichen Rahmenbedingungen bieten. Das Konzept der Unfallversicherung



erscheint vor diesem Hintergrund als wertvolle Vorlage, um Trägerschaft, Engagement, Effizienz, Qualität und Patientenorientierung in Einklang zu bringen. Die Unfallversicherer haben eigene Akut- und Rehakliniken, Case Manager stehen den Betroffenen zur Seite. Wer den gesamten Prozess steuern kann, vermag zu erkennen, wann viel zu investieren ist, damit der Patient wieder am Leben teilhaben und an den Arbeitsplatz zurückkehren kann.

*Wulf Rössler, Holm Keller, Jörn Moock (Hrsg.): Privatisierung im Gesundheitswesen. Chance oder Risiko? 2015. 177 Seiten. 29,99 Euro. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart.*

### SEMINARE | TAGUNGEN | KONGRESSE

■ <b>GESUNDHEITSWESEN DER ZUKUNFT</b>	Gesundheitsreformen, Qualität und Wirtschaftlichkeit, Arzneimittelmarkt, eHealth, Patientenorientierung	5.–6.5.2015 Berlin	WirtschaftsWoche Organisation: Euroforum Deutschland SE, Postfach 11 12 34 40512 Düsseldorf	Tel.: 02 11/96 86–35 77 Fax: 02 11/96 86–40 40 anmeldung@euroforum.com http://wiwo.konferenz.de/gesundheit
■ <b>4. PFLEGEFORUM: 20 JAHRE SOZIALE PFLEGEVERSICHERUNG – GUTE PFLEGE HEUTE UND MORGEN</b>	Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff, Bedeutung der Reha für die Pflege, Erwartungen Pflegebedürftiger	6.5.2015 München	AOK Bayern – Die Gesundheitskasse Carl-Wery-Straße 28 81739 München	Tel.: 0 89/6 27 30–250 Fax: 0 89/62 73 06 50–250 christian.felkner@by.aok.de
■ <b>QUALITÄT IM KRANKENHAUS</b>	Qualitätsmessung und -sicherung, Zertifizierung, Kooperationen, Klinikhygiene	19.5.2015 Düsseldorf	MCC – The Communication Company Scharnhorststraße 67a 52351 Düren	Tel.: 0 24 21/1 21 77–0 Fax: 0 24 21/1 21 77–27 mcc@mcc-seminare.de www.mcc-seminare.de > Gesundheit
■ <b>HAUPTSTADTKONGRESS 2015 MEDIZIN UND GESUNDHEIT</b>	Forum Gesundheitspolitik, Tag der Versicherungen, Klinik, Reha, Ärzteforum, Pflegekongress, eHealth	10.–12.6.2015 Berlin	WISO S.E. Consulting GmbH Organisation: Agentur WOK GmbH Palisadenstraße 48 10243 Berlin	Tel.: 0 30/49 85 50–31/–32 Fax: 0 30/49 85 50–30 info@hauptstadtkongress.de www.hauptstadtkongress.de
■ <b>GESUNDHEIT UND VERSORGUNG 2015</b>	Patientensouveränität, Arzneimittelmarkt, Versorgungsqualität, Palliativversorgung	16.–17.6.2015 Leipzig	Gesundheitsforen Leipzig GmbH Hainstraße 16 04109 Leipzig	Tel.: 03 41/9 89 88–332 pollak@gesundheitsforen.net www.gesundheitsforen.net > Veranstaltungen

## Gesundheitswesen Patientenbrille aufsetzen

Der beständige Wandel im Gesundheitswesen ist zu einem Stabilitätsanker des Systems geworden. So lautet eine Kernthese des Gesundheitsexperten Dr. Uwe K. Preusker. Und in seinem Buch erweist er sich als Experte dieses Wandels. Er zeichnet die Entwicklungslinien der vergangenen Jahrzehnte derart verständlich nach, dass die Lektüre des zuweilen trockenen Stoffs leicht fällt. So wird beispielsweise nachvollziehbar, wie das Ringen um mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen zu neuen



Konstruktionen geführt hat. Letztlich war die Einführung des einheitlichen Beitragssatzes, der Aufbau des Gesundheitsfonds und die Ausgestaltung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs der Idee geschuldet, in einem Gesundheitsmarkt den Solidaritätsgedanken zu bewahren. Die kompakten Informationen sind abgerundet durch einen überzeugend formulierten Ausblick auf die Zukunft. Nach Ansicht des Autors wird es beispielsweise künftig vermehrt nötig sein, dass Ärzte ihre Patienten aufsuchen. Dementsprechend müsse der Rahmen für die ärztliche Berufsausübung verändert wer-

den. Aufsuchende Formen der ärztlichen Versorgung seien gezielt zu fördern und bisherige Einzelpraxen mehr und mehr in Gemeinschaftspraxen umzuwandeln, in denen auch Ärzte und weitere Gesundheitsberufe als Angestellte tätig werden können. Das Gesundheitswesen der Zukunft sollte sich nicht weiter an den tradierten sektoralen Strukturen orientieren, sondern auf Krankheitsbilder ausgerichtet werden. Im Kern heißt das: Weg von der Medizin- hin zur Patientenperspektive.

*Uwe K. Preusker: Das Gesundheitssystem verstehen. 2., überarbeitete und aktualisierte Auflage. 2015. 404 Seiten. 49,99 Euro. medhochzwei Verlag, Heidelberg.*

### Ethik

## Sterben ist ein Teil des Lebens

Die Debatte um die Sterbehilfe spaltet die Gesellschaft. Gut, dass es nachdenkliche Stimmen gibt, die eine würdige Hilfe am Lebensende seriös reflektieren. Der Sterbeprozess wurde einst als ein „wertvoller Teil des Lebens“ angesehen. Im Mittelalter sprach man von der „ars moriendi“, der Kunst des Sterbens, in der die eigene Biografie abgeschlossen wird. Sich seiner Endlichkeit bewusst zu



sein, ist notwendig, um die Einmaligkeit des geschenkten Lebens zu erkennen. Unsere leistungsorientierte Moderne versucht das Sterben aus dem Leben zu verbannen und erschwert so auch, die Sinnhaftigkeit des Daseins zu spüren und zu gestalten. Aktive Hilfe in Form eines giftigen Cock-

tails greift in dieses Erleben ein. Aktive Hilfe in Form einer palliativ geleiteten Zuwendung hingegen bewahrt die Würde des Menschen bis zuletzt.

*Heribert Niederschlag, Ingo Proft (Hrsg.): Würde bis zuletzt. 2014. 152 Seiten. 17,99 Euro. Matthias Grünewald Verlag, Ostfildern.*

## Zeitschriftenschau

### ■ Rechtliche Vorgaben hinken hinterher

Inwieweit das Gesundheits- und Medizinrecht mit Entwicklungen in der Medizin Schritt hält, untersucht der Bremer Rechtsprofessor Dieter Hart. Konzepte wie die der evidenzbasierten Medizin (EbM) oder des shared decision making (Arzt-Patient-Beziehung) hätten sich kongruent aber zeitlich verschoben entwickelt. Leitlinien auf EbM-Grundlage sind heute bei der Feststellung des ärztlichen Standards und des anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse unverzichtbar.

*Medizinrecht 1/2015, Seite 1–11*

### ■ Europa: Offene Fragen bei stationärer Behandlung im Ausland

Haben Europas Bürger einen Anspruch darauf, sich in einem anderen Mitgliedstaat stationär behandeln zu lassen, wenn Krankenhäuser in ihrem Land nur eine medizinische Grundversorgung bieten können? Nach Ansicht von Professor Karl-Jürgen Bieback von der Universität Hamburg hat der Europäische Gerichtshof diese Frage in seinen bisherigen Urteilen nicht beantwortet. Es sei Zeit zu klären, welche Mindestanforderungen an die Qualität im Wohnstaat zu stellen sind und ob ein Grundleistungsstandard ausreicht. Orientierung könne das hiesige Krankenhausplanungsrecht mit seiner Unterscheidung nach Grund-, Regel-, Schwerpunkt- und Maximalversorgung bieten.

*Zeitschrift für europäisches Sozial- und Arbeitsrecht 2/2015, Seite 55–59*

### ■ Passive Sterbehilfe: Der Patientenwille ist entscheidend

Seitdem die gesetzliche Regelung zur Patientenverfügung in Kraft ist, treten im Zusammenhang mit der passiven Sterbehilfe immer wieder Fragen auf. Einige habe der Bundesgerichtshof geklärt, so Professor Burkhard Boemke von der Universität Leipzig. Betreuungsgerichte müssten den Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen nicht mehr genehmigen, wenn eine rechtswirksame Patientenverfügung vorliegt. Auch genüge es, wenn zwischen Betreuer und behandelndem Arzt Einvernehmen darüber besteht, dass der Abbruch dem ermittelten Behandlungswunsch oder dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht. Die Patientenverfügung sei nicht allein das Mittel der Wahl. Der im Alltag mündlich geäußerte Wille sei oft eindeutiger als eine einmalige schriftliche Erklärung.

*Neue Juristische Wochenschrift 6/2015, Seite 378–380*

### ■ Wettbewerbs- und Sozialrecht widersprechen sich zum Teil

Wettbewerb ist ein wesentliches Element des Gesundheitswesens. Um den Wettbewerb in vernünftige Bahnen zu lenken, gelten auch für die gesetzliche Krankenversicherung Kartell-, Vergabe- und Lauterkeitsrecht (Normen gegen unlauteren Wettbewerb) sowie die Fusionskontrolle. Nach Ansicht der Professorin Astrid Wallrabenstein von der Universität Frankfurt ist aber das Verhältnis zwischen wettbewerbsrechtlichen Vorgaben und Sozialrecht unklar. So seien nach dem Sozialgesetzbuch V Kooperationen möglich, Kartelle aber nach dem Wettbewerbsrecht verboten. Dies passe nicht zusammen. Je nach Interessenlage stützten sich Akteure auf sozial- oder auf wettbewerbsrechtliche Vorgaben.

*Neue Zeitschrift für Sozialrecht 2/2015, Seite 48–55*

# Reiches Land mit armen Kindern

Jedes fünfte Kind in Deutschland gilt als arm und trägt damit ein höheres Risiko, krank zu werden. **Thomas Krüger** fordert ein Nationales Programm gegen Kinderarmut, um allen Mädchen und Jungen gleiche Gesundheitschancen zu eröffnen.

**Soziale Sicherheit**, ein gesundes Aufwachsen und Bildungsgerechtigkeit für Kinder sollten in einer der reichsten Industrienationen der Welt eine Selbstverständlichkeit sein. Die Realität sieht aber seit vielen Jahren anders aus. In Deutschland ist jedes fünfte Kind von Armut betroffen, und vielfach entscheidet der Geldbeutel der Eltern über die Chancen von Kindern in unserer Gesellschaft – nicht zuletzt auf dem Gebiet der Gesundheitsversorgung. Dafür steht Deutschland auch international in der Kritik. So hat beispielsweise der UN-Ausschuss für Kinderrechte auf dieses Problem im letzten Jahr in einem Bericht mit Nachdruck hingewiesen.

**Bestmögliche medizinische Behandlung garantieren.** Kinder und Jugendliche durchlaufen vielfältige Entwicklungsprozesse, sowohl in körperlicher wie in psychischer Hinsicht. Um ihnen die erforderlichen Voraussetzungen für eine gelingende Entwicklung bereitzustellen, ist es unbedingt notwendig, die bestmögliche medizinische Behandlung zu garantieren. So sieht es auch die von Deutschland ratifizierte UN-Kinderrechtskonvention vor.

Zahlreiche Untersuchungen belegen nämlich eine Korrelation zwischen Kinderarmut und Gesundheitsgefährdung: In armen Familien besteht eine deutlich höhere Säuglingssterblichkeit und eine zweimal höhere Sterblichkeit durch Unfälle als in den oberen sozialen Schichten. Erschwerend kommt hinzu, dass akute Erkrankungen viel häufiger auftreten. Ferner haben Kinder aus unteren Sozialschichten häufiger Karies und chronische Krankheiten. Dazu kommen Sozialisations- und Verhaltensstörungen, Auffälligkeiten in der Gewichtsentwicklung oder Schulleistungsdefizite, die Kinder aus armen Familien öfter betreffen.

**Nachholbedarf in der Prävention.** Ein großer Teil an Erkrankungen und Todesfällen bei Kindern und Jugendlichen könnte durch eine bessere Verteilung der Ressourcen der Gesundheitsversorgung verhindert werden. Dies ist bekannt, auch die Möglichkeiten wären vorhanden – allein am politischen Willen zur Umsetzung fehlt es. Darüber hinaus besteht im Bereich der Prävention dringender Nachholbedarf.

Der Hartz IV-Regelsatz für Kinder und Jugendliche reicht zudem nicht aus, um Kinder gesund und ausgewogen zu ernähren. Hier können Kindertagesstätten und Schulen einiges auffangen, aber längst nicht flächendeckend. In vielen Kindertageseinrichtungen gibt es eine Essensversorgung. Allerdings haben nicht alle Familien einen Kita-Platz beziehungsweise manche können sich die Gebühren nicht leisten. Das Schulleben wird von finanziell belasteten Familien vielfach nicht in Anspruch genommen, da sie die Kosten dafür oftmals nur schwer aufbringen können. Die Bezuschussung für arme Familien ist in den Bundesländern unterschiedlich geregelt. Nicht in allen Fällen steht ein Sozialfonds zur Verfügung, über den ein Teil der Kosten gedeckt werden könnte. Hier ist länderübergreifendes Handeln notwendig.

**Alle Schritte in einem Gesamtkonzept bündeln.** Neben den Konzepten zur besonderen Förderung und besseren gesundheitlichen Betreuung beziehungsweise Prävention von Kindern aus armen Familien brauchen wir zugleich ein Nationales Programm zur Bekämpfung der Kinderarmut. Dieses würde auf lange Sicht die erwähnten Einzel-Ansätze obsolet machen.

Kinderarmut und damit die ungleiche Chance der Kinder auf gesundes Aufwachsen kann nur effizient und nachhaltig bekämpft werden, wenn alle Schritte zu diesem Zweck in einem Gesamtkonzept verknüpft und mit ausreichenden finanziellen Mitteln ausgestattet werden. Arbeitsmarkt- und Beschäftigungspolitik sind ebenso zu berücksichtigen wie Familien- und Bildungspolitik, Gesundheits- und Sozialpolitik sowie Stadtentwicklungs- und Wohnungsbaupolitik. Auf diesem Wege könnte Deutschland als eine der reichsten Industrienationen seiner Verantwortung nicht nur für die Einkommensgruppen ab der Mittelschicht gerecht werden, sondern auch den bis dato sozial benachteiligten Kindern dauerhaft zu Chancengleichheit verhelfen – im Bereich der Gesundheitsversorgung und auf allen anderen Gebieten. ■

**Thomas Krüger** ist Präsident des Deutschen Kinderhilfswerkes.  
Kontakt: [dkhw@dkhw.de](mailto:dkhw@dkhw.de)

## Leserforum



### Ihre Meinung ist gefragt.

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

Oder schreiben Sie uns:

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



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

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

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

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

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

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

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

Nachdruck nur mit Genehmigung  
des Verlages. Dies gilt auch für die  
Aufnahme in elektronische Daten-  
banken und Mailboxen. Für unauf-  
gefordert eingesandte Manuskripte  
und Fotos übernimmt der Verlag  
keine Haftung.  
Einzelpreis: 6,95 Euro  
Jahresabo: 71,80 Euro  
inkl. Porto  
Kündigungsfrist 3 Monate  
zum Jahresende

Es gilt die Anzeigen-  
preisliste Nr. 17  
vom 1.1.2015  
ISSN 1436-1728



G+G 3/2015

## Modelle fürs Medizinstudium

### Kommunikation ist das A und O

Ihre Ausführungen zur Reform des Medizinstudiums haben mich recht optimistisch gestimmt. Offenkundig hat die Ärzteschaft mehr und mehr verstanden, dass das bloße Pauken von Fakten über den menschlichen Körper allein noch keinen guten Mediziner ergibt. Kommunikative und soziale Fähigkeiten sind mindestens ebenso wichtig, um den Bedürfnissen der Patienten gerecht zu werden. Aus meiner Sicht könnten diese Kompetenzen – etwa mithilfe von Laiendarstellern, die vom Grippegeschädigten über den psychisch Kranken bis zum Herzinfarktgefährdeten unterschiedliche Patiententypen spielen – noch weitaus stärker trainiert werden. Ein gutes Beispiel für Kommunikationstrainings sind etwa die Kurse, die Professor Jana Jünger seit Jahren an der Universität Heidelberg etabliert hat. Der Oskar-Kuhn-Preis für Gesundheitskommunikation der Bleib-Gesund-Stiftung hat diese Initiative bereits vor Jahren ausgezeichnet – inzwischen scheinen eine ganze Reihe von medizinischen Fakultäten verstanden zu haben, dass man (und frau) Kommunikation üben muss, um sie zu beherrschen. Schön wäre es, wenn die Ärzteschaft darüber hinaus begreifen würde, dass auch die Kommunikation und damit die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen zu einer erfolgreichen Therapie gehört. Bis heute ist leider allzu oft gerade aus den Pflegeberufen zu hören, dass Ärzte immer sehr hierarchiebewusst und häufig noch zu wenig teamorientiert agieren. Aber auch hier gibt es

Hoffnung: Ein Großteil der Medizin-studierenden ist mittlerweile weiblichen Geschlechts und vielleicht gehört zu den Primärtugenden des Ärztstandes auch irgendwann einmal, gut zuhören zu können und sich als Teil eines kompetenten Behandlungsteams zu begreifen – in Skandinavien soll das ja heute schon möglich sein.

B. S.-G., Offenburg

G+G 3/2015

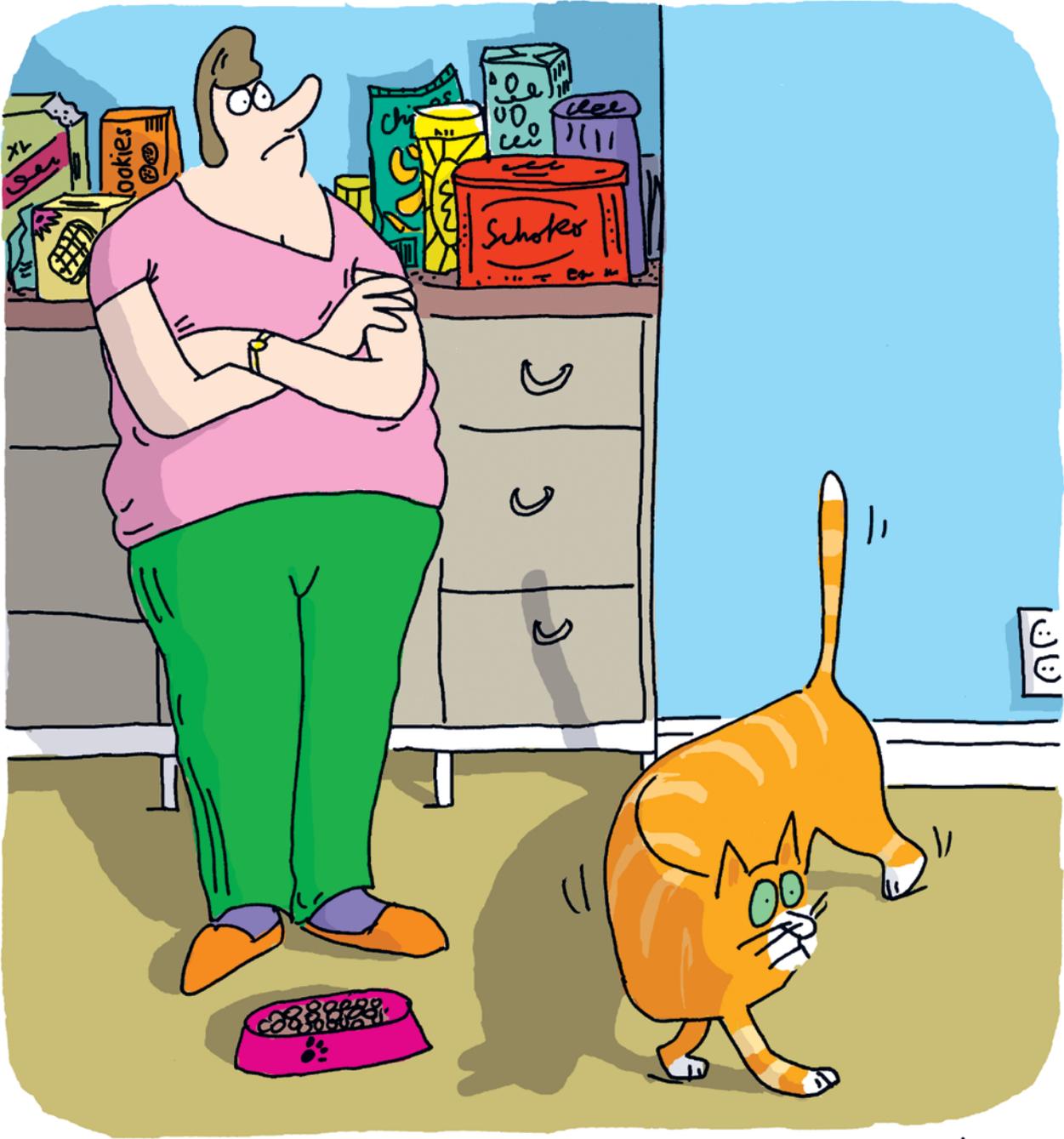
### Interview: „Wie Tarzan im Medizin-Dschungel“

### Ärzte stimmen Therapie nicht ab

Eine Anekdote sei mir erlaubt. Ich erzähle sie nicht als Patient, sondern als Angehörige. Sie handelt von meiner Mutter, die von ihrem Hausarzt wegen einer Spinalkanal-Stenose zur Schmerztherapie ins Krankenhaus überwiesen wird. Dort verabreicht man ihr täglich einen Cocktail mit 14 verschiedenen Medikamenten – darunter Ibuprofen 600. Bei einer Bluthochdruck-Patientin nicht eben das Mittel der Wahl. Klinikarzt und Krankenschwester erklären mir daraufhin, sie trügen keine Schuld und verstünden meinen Hinweis denn auch nicht als Vorwurf. Sie hätten ja nicht gewusst, dass meine Mutter Bluthochdruck habe. Woher auch. Und der Hausarzt? Als ich ihm mitteile, dass es meiner Mutter gesundheitlich ziemlich mies geht in der Klinik, in die er sie überwiesen hat, bittet er mich, für ihn Name und Telefonnummer des behandelnden Klinikarztes zu recherchieren. Dann, sagt er, wolle er mal zum Hörer greifen ...

E.-M. H., Kassel

# BECKs Betrachtungen



Mein Kater verweigert sein Futter, das  
verwöhnte Aas. Ich wünschte, ich hätte  
seine Willenskraft...      > < E 8



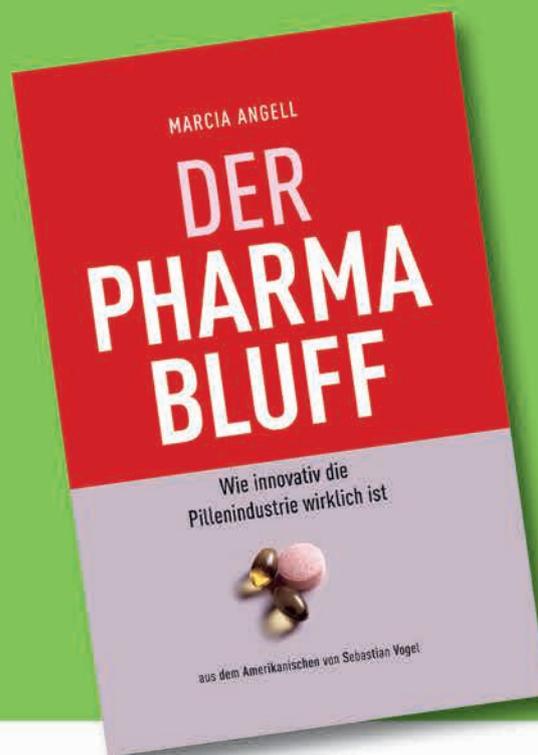
Der gebürtige Leipziger BECK studierte Architektur und Grafik, bevor er durch Veröffentlichungen in der »taz«, im »Eulenspiegel« und in der »Zeit« als Cartoonist und Illustrator bekannt wurde. Nach »Meister der komischen Kunst: BECK« (Verlag Antje Kunst-

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

# 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](mailto:verlag@kompart.de)

Marcia Angell **Der Pharma-Bluff**

**Wie innovativ die Pillenindustrie wirklich ist**

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

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

(zzgl. 2,50 Euro Verpackung und Versand)

Lieferung gegen Rechnung  per Bankeinzug

Vor- und Zuname

Straße, Haus-Nr.

PLZ

Ort

IBAN

BIC

Datum, Unterschrift

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

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

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

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

**JETZT**  
zur AOK!

Warum zur AOK?

**„Weil die für mich da sind, wenn  
Mama mal nicht da sein kann“**

**Wir sind da, wenn's drauf ankommt.** Zum Beispiel mit der Haushaltshilfe im Krankheitsfall. Nur einer von vielen Gründen, warum sich der Wechsel zur AOK für Sie lohnt.

Gesundheit in besten Händen

[www.zur-aok.de](http://www.zur-aok.de)