

**GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT**



**SACHVERSTÄNDIGENRAT**  
Was die Gesundheitsweisen  
erreicht haben

**MEDICAL HUMANITIES**  
Wie Kunst und Kultur  
die Medizin verbessern

# Wissen mit weißer Weste

Wie die ärztliche Fortbildung frei  
von Interessenkonflikten bleibt

# 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.

<b>AOK-BUNDESVERBAND</b> Pressesprecher: Dr. Kai Behrens Stellvertretende Pressesprecherin: Gabriele Hauser-Allgaier Pressereferent: Michael Bernatek Pressereferentin: Christine Göpner-Reinecke	Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin kai.behrens@bv.aok.de gabriele.hauser-allgaier@bv.aok.de michael.bernathek@bv.aok.de christine.goepner-reinecke@bv.aok.de	Tel. 030/34646-2309 030/34646-2312 030/34646-2655 030/34646-2298 Fax: 030/34646-2507
<b>AOK BADEN-WÜRTTEMBERG</b> Hauptverwaltung Pressesprecher: Kurt Wesselsky	Presselstraße 19, 70191 Stuttgart presse@bw.aok.de	Tel. 0711/2593-231 Fax: 0711/2593-100
<b>AOK BAYERN – DIE GESUNDHEITSKASSE</b> Zentrale Pressesprecher: Michael Leonhart	Carl-Wery-Straße 28, 81739 München presse@by.aok.de	Tel. 089/62730-226 Fax: 089/62730-650099
<b>AOK BREMEN/BREMERHAVEN</b> Pressesprecher: Jörn Hons	Bürgermeister-Smidt-Straße 95, 28195 Bremen joern.hons@hb.aok.de	Tel. 0421/1761-549 Fax: 0421/1761-540
<b>AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN</b> 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
<b>AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR NIEDERSACHSEN</b> Direktion Pressesprecher: Carsten Sievers	Hildesheimer Straße 273, 30519 Hannover carsten.sievers@nds.aok.de	Tel. 0511/8701-10123 Fax: 0511/285-3310123
<b>AOK NORDOST – DIE GESUNDHEITSKASSE</b> Pressesprecherin: Gabriele Rähse  Region Mecklenburg-Vorpommern Pressereferent: Markus Juhls	Wilhelmstraße 1, 10963 Berlin Potsdamer Straße 20, 14513 Teltow presse@nordost.aok.de  Am Grünen Tal 50, 19063 Schwerin presse@nordost.aok.de	Tel. 0800/265 080-22202 Fax: 0800/265 080-22926  Tel. 0800/265 080-41469 Fax: 0800/265 080-22926
<b>AOK NORDWEST – DIE GESUNDHEITSKASSE</b> Pressesprecher: Jens Kuschel	Kopenhagener Straße 1, 44269 Dortmund presse@nw.aok.de  Edisonstraße 70, 24145 Kiel presse@nw.aok.de	Tel. 0231/4193-10145  Tel. 0431/605-21171
<b>AOK RHEINLAND/HAMBURG – DIE GESUNDHEITSKASSE</b> Sitz Rheinland Pressesprecherin: Dr. Ellen von Itter Pressesprecher: André Schall  Sitz Hamburg Pressesprecherin: Antje Meyer	Kasernenstraße 61, 40123 Düsseldorf ellen.vonitter@rh.aok.de andre.schall@rh.aok.de  Pappelallee 22–26, 22089 Hamburg antje.meyer@rh.aok.de	Tel. 0211/8791-1038 0211/8791-1539 Fax: 0211/8791-1145  Tel. 040/2023-1401 Fax: 040/2023-1409
<b>AOK RHEINLAND-PFALZ/SAARLAND – DIE GESUNDHEITSKASSE</b> Pressereferent: Jan Rößler	Virchowstraße 30, 67304 Eisenberg/Pfalz jan.roessler@rps.aok.de	Tel. 06351/403-419 Fax: 06351/403-701
<b>AOK PLUS – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR SACHSEN UND THÜRINGEN</b> Pressesprecherin: Hannelore Strobel	Sternplatz 7, 01067 Dresden presse.sac@plus.aok.de presse.thr@aok.de	Tel. 0800/10590-11144 Fax: 0800/10590-02-104
<b>AOK SACHSEN-ANHALT – DIE GESUNDHEITSKASSE</b> Pressesprecherin: Anna-Kristina Mahler	Lüneburger Straße 4, 39106 Magdeburg presse@san.aok.de anna-kristina.mahler@san.aok.de	Tel. 0391/2878-44426 Fax: 0391/2878-44576

# Weg mit den Barrieren

Wer im Rollstuhl sitzt oder einen Kinderwagen schiebt, stößt in Deutschland häufig auf Hindernisse, kritisiert **Ulrike Mascher**. Sie fordert Fristen, Sanktionen und Investitionen, um das Menschenrecht auf Barrierefreiheit zu verwirklichen.

**Mehr als 7,5 Millionen Menschen** leben in Deutschland mit einer Schwerbehinderung, weitere 17 Millionen, vor allem ältere Erwachsene, sind schon heute dauerhaft in ihrem Alltag eingeschränkt. In Zukunft werden es deutlich mehr, denn das durchschnittliche Lebensalter steigt. Von einer barrierefreien Gesellschaft profitieren nicht nur Menschen mit Behinderung, sondern auch Ältere, Familien oder Menschen, die nur vorübergehend ein Handicap haben.

Barrierefreiheit ist ein Thema von großer gesellschaftlicher Bedeutung, das alle angeht und nicht allein Menschen mit Behinderung. Manche fragen: Ist es wirklich nötig, alles barrierefrei zu machen? Es gebe doch immer Leute, die einem Rollstuhlfahrer dabei helfen, in ein Gebäude hineinzukommen.

Doch selbst wenn es viele helfende Hände gibt, geht diese Haltung an zentralen Aspekten vorbei: Selbstständigkeit, Teilhabe und Menschenwürde – den Maximen der UN-Behindertenrechtskonvention.

Bei Menschen, die einen Rollstuhl nutzen, ist offensichtlich, dass Treppen, Bordsteinkanten oder steile Zugänge ihre Beweglichkeit behindern. Doch nicht nur Rollstuhlfahrer brauchen Barrierefreiheit. Zehn Prozent der Bevölkerung sind aufgrund von schweren körperlichen Beeinträchtigungen zwingend auf den Abbau von Hindernissen angewiesen. Für weitere 30 bis 40 Prozent ist Barrierefreiheit erforderlich, zum einen wegen dauerhafter Einschränkungen, zum anderen aber auch wegen vorübergehender Lebensumstände wie beispielsweise ein Kind im Kinderwagen, ein Gipsverband am Fuß oder einfach eine Reise mit schwerem Gepäckstück. Für 100 Prozent der Bevölkerung ist Barrierefreiheit schlicht und einfach nützlich. Und in Zukunft wird das Thema weiter an Bedeutung gewinnen: Es wird mehr ältere Menschen, mehr Menschen mit Einschränkungen und damit mehr Wählerinnen, Wähler, Kundinnen und Kunden geben, die auf Barrierefreiheit angewiesen sind. Barrieren schließen viele Menschen von einer gleichberechtigten gesellschaftlichen Teilhabe aus, Barrierefreiheit schadet

**Barrierefreiheit  
ist finanzierbar und  
lohnt sich für alle.**

dagegen niemandem. Trotzdem stoßen wir im Alltag noch auf viele Hindernisse.

Mit der bundesweiten Kampagne „Weg mit den Barrieren!“ richtet sich der Sozialverband VdK an die Verantwortlichen in Bund, Ländern und Kommunen ([www.weg-mit-den-barrieren.de](http://www.weg-mit-den-barrieren.de)). Dabei geht es um kein Nischen- oder gar Luxusproblem. Vielmehr ist Deutschland verpflichtet, zu handeln, denn Barrierefreiheit ist ein Menschenrecht. Sie ist eine wesentliche Voraussetzung, um die Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention auf dem Weg zu einer inklusiven Gesellschaft zu erfüllen. Um es deutlich zu sagen: Bei Menschenrechten gibt es nichts zu verhandeln und zu sparen, sie dürfen nicht unter Haushaltsvorbehalt stehen, sondern müssen ohne Wenn und

Aber umgesetzt werden.

Auch in der Novellierung des Behindertengleichstellungsgesetzes ist die Privatwirtschaft weiterhin nicht zur Barrierefreiheit verpflichtet. Die Bereiche Verkehr und Wohnen bleiben völlig ausgespart. Es wird also höchste Zeit, dass die Politik in Deutschland für Barrierefreiheit sorgt.

Wir brauchen klare gesetzliche Regelungen, damit Wohnungen, öffentliche Gebäude, Verkehrsanlagen und Verkehrsmittel sowie private Güter und Dienstleistungen, wie zum Beispiel Arztpraxen, für alle Menschen zugänglich werden. Der Gesetzgeber muss verbindliche Fristen zur Herstellung von Barrierefreiheit setzen und mit wirksamen Kontrollen und Sanktionen verbinden. Darüber hinaus muss die Bundesregierung ein Investitionsprogramm von 800 Millionen Euro pro Jahr auflegen, das Bundesländer und Kommunen mit entsprechenden Programmen ergänzen. Den Aussagen von Entscheidungsträgern, dass dies nicht finanzierbar sei, erteilen wir eine klare Absage: Barrierefreiheit ist finanzierbar und lohnt sich für alle. Die Investitionen in die bauliche Barrierefreiheit wirken wie ein Konjunkturprogramm. Von jedem Euro fließen 40 Cent an die öffentliche Hand zurück, vor allem durch Umsatz- und Lohnsteuer. ■



**Ulrike Mascher**, geboren 1938, ist seit 2008 Präsidentin des Sozialverbands VdK sowie seit 2006 VdK-Landesvorsitzende in Bayern. Nach ihrem Jurastudium arbeitete sie als Regieassistentin bei Film- und Fernsehproduktionen. Während ihrer Zeit als Angestellte einer Versicherung war sie zehn Jahre lang Betriebsratsvorsitzende. Die SPD-Politikerin gehörte von 1990 bis 2002 dem Bundestag an. Von 1998 bis 2002 war Ulrike Mascher parlamentarische Staatssekretärin im Bundesarbeitsministerium.

**Kontakt:** [kontakt@vdk.de](mailto:kontakt@vdk.de)

## Guter Rat fürs Bohren



H.-B. Henkel-Hoving,  
Chefredakteur

„Die Politik bedeutet ein starkes langsames Bohren von harten Brettern mit Leidenschaft und Augenmaß zugleich.“ Dieses prominente Zitat von Max Weber drängt sich mir geradezu auf, wenn ich die Arbeit des Sachverständigenrates für das Gesundheitswesen in den vergangenen 30 Jahren betrachte. So lange schon gibt es das Experten-

gremium, so lange schon lassen sich Gesundheitsministerinnen und -minister von den Gesundheitsweisen beraten.

Ob Blüm, Seehofer, Fischer, Schmidt, Rösler, Bahr oder Gröhe: Sie alle haben die Gutachten des Sachverständigenrates für ihre Zwecke genutzt – mal mehr, mal weniger.

Gleiches gilt für die zahlreichen Verbände und Lobbygruppen:

**Ein jeder pickt sich öffentlichkeitswirksam das heraus, was im Streit um Geld und Einfluss die eigene Position stärkt.**

Dazu hat beigetragen, dass nicht alle Gutachten in sich konsistent sind, teilweise sogar widersprüchliche Meinungen innerhalb des Rates offenbaren.

Und doch: Die gesundheits- und pflegepolitische Debatte wäre um einiges ärmer, wenn es den Sachverständigenrat (SVR) nicht gäbe. Man denke nur an sein konsequentes Werben für mehr Vertragsfreiheit, von der Ärzte, Kassen und Patienten profitieren, oder sein Eintreten für eine neue Arbeitsteilung zwischen Medizin und Pflege. **Der Rat steht letztlich für eine rationale, wissenschaftliche Basis von Gesundheitspolitik,** jenseits ideologischer Grabenkämpfe. Die Zwischenbilanz von Prof. Dr. Eberhard Wille – er gehört dem Gremium bereits seit 1993 an – nach 30 Jahren SVR fällt darum zu Recht positiv aus (Seite 30). Mein Fazit: Politik braucht Ideenschmiedern, die für das Bohren harter Bretter die Werkzeuge bereitstellen.

In diesem Sinne Ihr

  
henkelhoving@kompart.de

### MAGAZIN

#### 12 MIT MANN UND MAUS FÜR DIE PFLEGE

Die Pflege ist eine Jahrhundertaufgabe. Um sie zu stemmen, müssen alle anpacken. Das hat der Deutsche Pfllegetag deutlich gemacht.

Von Thomas Hommel

#### 14 FÖRDERTOPF STEHT AUF DEM FEUER

Die erste Förderrunde des Innovationsfonds ist angelaufen. Was das für Krankenkassen bedeutet, diskutierten Experten auf einer Fachtagung.

Von Ines Körver

#### 15 ARBEITEN OHNE GRENZEN

Flexible Arbeitswelten, psychische Leiden, gesetzliche Vorgaben – die Bedeutung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements wächst, so der Tenor einer Tagung.

Von Hans-Bernhard Henkel-Hoving

#### 17 „ICH KANN MIT MITLEID GAR NICHT“

Brustkrebs – als Nicole Staudinger diese Diagnose bekam, lag ihre Welt in Trümmern. Aber die junge Mutter und Unternehmerin hat den Tumor besiegt und über die Zeit ihrer Krankheit geschrieben.



Wirbt für eine empathische ärztliche Haltung gegenüber Patienten: Prof. Heinz-Peter Schmiedebach (re.) von der Charité im Gespräch mit G+G-Redakteurin Änne Töpfer (ab Seite 26).

## 36

Interview: Was die Grünenpolitikerin Maria Klein-Schmeink an der schwarz-roten Reformpolitik vermisst



## TITEL

### 18 TRANSPARENZ IM WISSENSTRANSFER

Um medizinisch auf der Höhe der Zeit zu sein, bilden sich Ärzte fort. Aber sie sollten sich davor hüten, Interessen anderer auf den Leim zu gehen.

Von Florian Staeck

## THEMEN

### 26 „KUNST UND KULTUR GEHÖREN ZUR MEDIZIN“

In den Körper geblickt und den Patienten vergessen – damit die Medizin ihre Menschlichkeit behält, will Mediziner Heinz-Peter Schmiedebach die Kulturwissenschaften in die Ärzteausbildung einbeziehen.

### 30 IDEENSCHMIEDE FÜR GESUNDHEITS-REFORMER

Ob Integrierte Versorgung, Kassenwettbewerb oder Risikostrukturausgleich – mit ihren Gutachten liefern die Gesundheitsweisen Denkanstöße für Reformen.

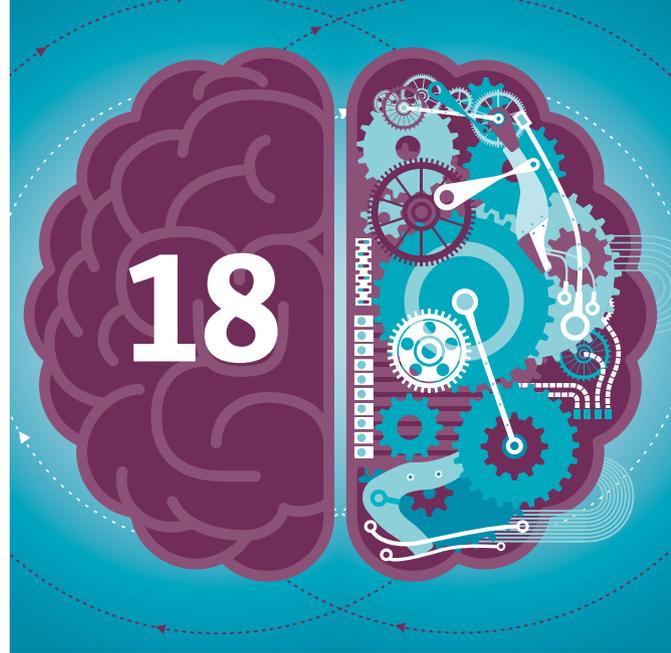
Von Eberhard Wille

### 36 „BAUSTELLEN LINKS LIEGEN GELASSEN“

Ob Pflegepersonal oder Krankenhausfinanzierung – für Maria Klein-Schmeink, gesundheitspolitische Sprecherin von Bündnis 90/Die Grünen, hat die Große Koalition die Weichen nicht richtig gestellt.

## RUBRIKEN

- 9 **Rundruf** Kommt der Terminservice an?
- 11 **Kommentar** Ärztliche Aufgaben neu zuschneiden
- 38 **Recht** Pflegemängel: Senioren scheitern in Karlsruhe
- 40 **AOK-Notizen** Aktuelles aus Bund und Ländern
- 42 **Service** Bücher, Termine und mehr
- 44 **Debatte** Keine Angst vor Gesundheits-Apps
- 45 **Nachlese** Briefe an die Redaktion
- 45 **Impressum** Wer steckt hinter G+G?
- 46 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen



Bestandsaufnahme: Welchen Fremdeinflüssen die Fortbildung von Ärzten ausgesetzt ist



Interview: Warum Heinz-Peter Schmiedebach den Blick der Ärzte auf ihre Patienten erweitern will



Rückschau: Was die Politik aus den Vorschlägen des Gesundheits-Sachverständigenrates gemacht hat

## PRÄVENTION Plädoyer für Softdrink-Steuer

Diabetes-Experten in Deutschland haben die Ankündigung der britischen Regierung, eine Zuckersteuer für Softdrink-Unternehmen zu erlassen, begrüßt. „Dieser Beschluss sollte uns in Deutschland ein Vorbild sein, weil eine solche Steuer hilft, Übergewicht und Diabetes zu verhindern“, sagte Professor Dr. Dirk Müller-Wieland, Vizepräsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft. „Die britische Steuer setzt Unternehmen den ökonomischen Anreiz, den Zuckergehalt in ihren Getränken zu reduzieren, und das ist genau die richtige Strategie“, erklärte Professor Dr. Thomas Danne, Vorstandsvorsitzender von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe. Die Steuer könnte beispielsweise eine Zweiliterflasche einer No-Name-Cola um bis zu 80 Prozent verteuern. ■

## PATIENTENSICHERHEIT Etwas weniger Behandlungsfehler

Im Jahr 2015 haben Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Landesärztekammern 2.132 ärztliche Behandlungsfehler ermittelt. Damit ist die Zahl gegenüber dem Vorjahr (2.252) leicht gesunken. In knapp 1.800 Fällen hatten Patienten Anspruch auf eine finanzielle Entschädigung, sagte die Geschäftsführerin der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern, Kerstin Kols. Zu den häufigsten Diagnosen im Zusammenhang mit einem Fehler-Vorwurf gehörten Knie- und Hüftgelenkarthrosen. ■



Zu viel Süßes macht dick und krank: Großbritannien will zuckerreiche Getränke deshalb besteuern.

## SCHLESWIG-HOLSTEIN Schmerzfreiheit als Versorgungsziel

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Schleswig-Holstein und die Krankenkassen im Land – darunter die AOK NORDWEST – haben sich auf ein neues Konzept geeinigt, das die Versorgung von Schmerzpatienten sichern soll. Dazu wurde der Bedarfsplan, der die ambulante medizinische Versorgung regelt, ergänzt. Der Erhalt der Schmerztherapie ist dort ab sofort als Versorgungsziel fest verankert. In Schleswig-Holstein nehmen derzeit 37 Ärzte an der Schmerztherapie-Vereinbarung teil. Ziel von KV und Krankenkassen ist es, die für die spezielle Schmerztherapie vorhandenen Arztsitze zu erhalten. Dafür wurde der Bedarfsplan dahingehend ergänzt, dass ein frei werdender Sitz eines Schmerztherapeuten wieder mit einem Arzt be-

setzt werden soll, der an der Schmerztherapie-Vereinbarung teilnimmt. ■

## STATISTIK Gesundheitskosten weiter gestiegen

Die Bundesbürger haben im Jahr 2014 insgesamt 328 Milliarden Euro in Gesundheit investiert. Dies bedeute einen Anstieg von 13,3 Milliarden Euro oder 4,2 Prozent im Ver-

gleich zum Jahr 2013, so das Statistische Bundesamt. Auf jeden Einwohner entfielen Ausgaben in Höhe von 4.050 Euro. Im Jahr 2013 waren es 3.902 Euro. Größter Ausgaben-träger im Gesundheitswesen sei die gesetzliche Krankenversicherung gewesen. Ihre Ausgaben hätten sich auf 191,8 Milliarden Euro belaufen – 10,1 Milliarden oder 5,6 Prozent mehr als im Jahr 2013. ■

## RUHESTAND Soziale Einbindung verlängert Leben

Nach Eintritt in den Ruhestand scheinen soziale Aktivitäten einen entscheidenden Einfluss auf Langlebigkeit und Wohlbefinden zu haben. Das ist Ergebnis einer Studie der University of Queensland School of Psychology. Das Team um Dr. Niklas Steffens beobachtete in den ersten sechs Jahren nach Renteneintritt den Gesundheitszustand von Menschen, die mindestens 50 Jahre alt waren. Demnach schätzten Rentner ihre Lebensqualität um zehn Prozent geringer ein, wenn sie nach Renteneintritt den Kontakt zu sozialen Gruppen verloren hatten. Umgekehrt sank das Sterberisiko, je mehr sozialen Gruppen eine Person in den ersten Rentenjahren angehörte. ■

## kurz & bündig

**+++ KRANKENHÄUSER:** Das nichtärztliche Personal in Kliniken ist überwiegend weiblich: 2014 seien 81 Prozent der 928.000 Beschäftigten Frauen gewesen, teilte das Statistische Bundesamt anlässlich des Internationalen Frauentages am 8. März mit. Zu den Arbeitsbereichen mit den meisten weiblichen Beschäftigten zählten traditionell der Pflegedienst und der medizinisch-technische Dienst mit je einem Frauenanteil von 86 Prozent. **+++ ABTREIBUNGEN:** Die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche hat 2015 gegenüber dem Vorjahr um 0,5 Prozent abgenommen. Wie das Statistische Bundesamt weiter mitteilte, wurden in Deutschland 2015 rund 99.200 Schwangerschaftsabbrüche gemeldet.



# 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.



## KINDERGESUNDHEIT

**Befragung belegt soziale Ungleichheit**

Was das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen anbetrifft, belegt Deutschland im internationalen Vergleich nur einen Platz im Mittelfeld. Dies geht aus der Health Behaviour of School-aged Children-Studie hervor, die unter Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation seit 1982 alle vier Jahre stattfindet. In der jüngsten Befragung äußerten sich 200.000 Schüler im Alter von elf, 13 und 15 Jahren in 42 Ländern zu ihrem Gesundheitsverhalten. Die Befragung erfasste Angaben beispielsweise zum subjektiven Gesundheitsempfinden, zur Lebenszufriedenheit, zu psychosomatischen Beschwerden, Übergewicht, körperlichen Aktivität oder Konsum von Tabak oder Alkohol. Ob-

## Zitat des Monats

**Sie können sich in Deutschland Taschengeld-kompatibel ins Koma trinken.**

**Dr. Raphael Gaßmann**, Geschäftsführer der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen, über die Preise für Alkoholika

wohl Deutschland eines der reichsten Länder in Europa sei, finden sich Unterschiede in der Gesundheit und im Gesundheitsverhalten der Schulkinder, die auf soziale Bedingungen des Aufwachsens zurückzuführen sind. Beim Übergewicht landen Kinder und Jugendliche in Deutschland laut Studie auf Platz 16 von 42. Positiv wurde bewertet, dass ein Großteil der Jugendlichen in Deutschland weder regelmäßig raucht noch Alkohol konsumiert. ■

## PATIENTENINFORMATION

**Neue Faktenboxen bereitgestellt**

Ist es sinnvoll, einen Organ-spende-Ausweis auszufüllen? Antwort auf diese Frage gibt eine neue Faktenbox der AOK. Sie stellt auf einen Blick dar, warum Angehörige entlastet werden, wenn im Todesfall ein Ausweis vorhanden ist. Laut einer Umfrage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung stehen 80 Prozent der Befragten einer Organ- und Gewebespende positiv gegenüber. Diese Meinung wird aber nach wie vor selten in einem Ausweis dokumentiert: Nur 35 Prozent geben an, einen Spenderausweis zu besitzen. Eine weitere neue Faktenbox ist der Pflegeberatung gewidmet. Die AOK baut damit ihr bundesweites kostenloses Beratungsangebot zur Pflege weiter aus. Rund 700 Berater der Gesundheitskasse sind derzeit in Städten und auf dem Land im Einsatz, um Pflegebedürftige und pflegende Angehörige zu unterstützen. Beide Faktenboxen entstanden in Zusammenarbeit mit dem Berliner Max-Planck-Institut für Bildungsforschung. Sie ergänzen die bisher angebotenen elf AOK-Faktenboxen zu Medizin- und Gesundheitsthemen. ■

## MEHR INFOS:

[www.aok.de/faktenboxen](http://www.aok.de/faktenboxen)

## PRAXISTÄTIGKEIT

**Mehr Anstellung und Teilzeit**

Bei den ambulant arbeitenden Ärzten und Psychotherapeuten hält der Trend zu Anstellungen und zu Teilzeit an. Das geht aus der aktuellen Ärztestatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) hervor. Danach hat sich die Zahl der angestellten Ärztinnen und Ärzte seit dem Jahr 2005 fast verzehnfacht: von 2.772 auf 27.174 Ende 2015. Allein vergangenes Jahr wuchs ihre Zahl um 10,6 Prozent. Laut KBV nahmen im Jahr 2015 insgesamt 167.316 Ärzte und Psychotherapeuten an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Obwohl sich ihre Gesamtzahl im Vergleich zum Vorjahr um 1,4 Prozent erhöhte, stieg die Zahl der geleisteten Arztstunden nur um 0,2 Prozent. Grund dafür sei, dass mehr Ärzte und Psychotherapeuten Teilzeit arbeiten würden. ■

## MEHR INFOS:

[www.kbv.de](http://www.kbv.de)

## BEHINDERUNGEN

**Bayern will Inklusion voranbringen**

Die Bayerische Staatsregierung hat eine Offensive zur besseren Integration von Menschen mit Behinderung gestartet. Unter dem Motto „Gemeinsam für ein inklusives Bayern“ rief die Behinderterbeauftragte Irmgard Badura die Gesellschaft zu einem „gegenseitigen respektvollen Umgang auf Augenhöhe“ auf. Im Freistaat leben rund eine Million Menschen mit Behinderung. Für eine Inklusion reiche der alleinige Blick auf Gesetze, Initiativen und Fachveranstaltungen nicht aus, so Badura. ■

## Köpfe und Karrieren



**+++ OLAF WOGGAN**, 58, ist vom Verwaltungsrat der AOK Bremen/Bremerhaven für weitere sechs Jahre zum Vorstandsvorsitzenden der Gesundheitskasse gewählt worden. Er hat dieses Amt seit dem 1. April 2013 inne. Woggan trägt als Alleinvorstand Verantwortung für rund 700 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und einen Haushalt von rund 860 Millionen Euro. Daneben beauftragte das Gremium der paritätischen Selbstverwaltung Jörg Twiefel, 52, für sechs

Jahre mit der Stellvertretung des Vorstandes. Die neue Amtszeit beginnt für beide am 1. April 2017.

**+++ JENS MARTIN HOYER**, 48, ist neuer stellvertretender Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes. Der Aufsichtsrat wählte den Volkswirt zum Stellvertreter des Vorstandsvorsitzenden Martin Litsch. Hoyer ist im AOK-Bundesverband kein Unbekannter: Von 1999 bis 2002 leitete er dort zuerst den Bereich Krankenhausverhandlung und dann die Disease-Management-Programme. Ab 2002 steuerte er als Geschäftsführer Change Management Fusionsprozesse und Konsolidierungsprojekte im AOK-System sowie das Haftungs- und Risikomanagement. 2008 wechselte er zur Techniker Krankenkasse und leitete dort die Bereiche Unternehmensentwicklung und Controlling.



## Kommt der Terminservice an?

Seit Ende Januar 2016 können sich gesetzlich Versicherte von einer der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) binnen vier Wochen einen Facharzttermin beschaffen lassen. Wie fällt Ihr erstes Fazit aus?



**DR. ANDREAS GASSEN**, *Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung*: Alle KVen haben innerhalb kurzer Zeit Terminservicestellen aufgebaut, die pünktlich an den Start gegangen sind. Das ist ein klarer Beweis für die Leistungsfähigkeit des KV-Systems. Nichtsdestotrotz ist die Notwendigkeit der Servicestellen mehr als fragwürdig. Wie von uns erwartet, ist die tatsächliche Nutzung des Angebots durch die Versicherten eher zurückhaltend, ein großer Ansturm blieb aus. In den ersten sechs Wochen wurden rund 11.000 Termine über die Servicestellen vermittelt – gemessen an jährlich 580 Millionen ambulanten Behandlungsfällen ein äußerst geringer Anteil.

blieb aus. In den ersten sechs Wochen wurden rund 11.000 Termine über die Servicestellen vermittelt – gemessen an jährlich 580 Millionen ambulanten Behandlungsfällen ein äußerst geringer Anteil.

**JOHANN-MAGNUS V. STACKELBERG**, *stellvertretender Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes*: Den Terminservice sollten die KVen als Chance sehen und nicht schlecht reden. Der Service ist keinesfalls überflüssig, selbst wenn ihn erst wenige Patienten nutzen sollten oder er noch nicht bekannt genug ist. Für diejenigen, die zeitnah einen Facharzttermin erhalten haben, war die Vermittlung viel wert. Ein abschließendes Urteil braucht sicher noch etwas Zeit. Konsequenz wäre eigentlich eine gesetzliche Klarstellung, die jede Form der Bevorzugung von Privatpatienten verbietet. Denn rund 90 Prozent der Menschen sind gesetzlich versichert. Das wird schnell mal übersehen.



**PROFESSOR DR. KARL LAUTERBACH**, *stellvertretender Vorsitzender der SPD-Bundestagsfraktion*: Trotz der anfänglichen Widerstände mancher KVen, der Kundenunfreundlichkeit mit etwa nur zwei Stunden Service-Telefon pro Tag und dem noch frühen Zeitpunkt fällt ein erstes Fazit positiv aus. Das Angebot wird von den Patienten angenommen und die Terminvermittlung funktioniert – wenn auch regional unterschiedlich. Die Nachfrage wird sich erhöhen, wenn das Angebot flächendeckend bekannter ist, denn der Bedarf ist groß. Die Vermittlung eines Arzttermins innerhalb der Vier-Wochen-Frist ist ein Schritt zum Abbau der Zweiklassenmedizin. Der Privatversicherte bekommt den Facharzttermin immer sofort. Gesetzlich Versicherte warten oft Monate.

Angebot flächendeckend bekannter ist, denn der Bedarf ist groß. Die Vermittlung eines Arzttermins innerhalb der Vier-Wochen-Frist ist ein Schritt zum Abbau der Zweiklassenmedizin. Der Privatversicherte bekommt den Facharzttermin immer sofort. Gesetzlich Versicherte warten oft Monate.

**GÜNTER WÄLTERMANN**, *Vorstandsvorsitzender der AOK Rheinland/Hamburg*: Eine Umfrage der AOK Rheinland/Hamburg im Januar 2016 kommt zu dem Ergebnis, dass Patienten bis zu einem halben Jahr auf einen Facharzttermin warten müssen. Es ist also gut, dass die Politik hier gehandelt hat. Wichtig ist jetzt eine patientenorientierte Umsetzung der Terminservicestellen durch die KVen. Die AOK Rheinland/Hamburg war bereits vor Jahren auf das Problem der Wartezeiten bei Fachärzten aufmerksam geworden und hatte 2007 einen Arztterminservice eingerichtet. Monatlich erhalten wir 1.500 Anfragen, und die Nachfrage steigt stetig. Wir bieten diesen Service auch künftig für unsere Versicherten an.



## PRÄVENTION Broschüre informiert über Sucht im Alter

Spezifische Hilfen für ältere suchtkranke Menschen hat die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marlene Mortler, gefordert. „Dazu gehört, dass Pflegekräfte und Pflegeberater ausreichend qualifiziert sind“, erklärte die CSU-Politikerin anlässlich der Vorstellung einer neuen Broschüre der Fachstelle für Suchtprävention. Diese richtet sich an Fachkräfte in der Altenpflege und will diese im

krankungen gestorben, heißt in einer WHO-Studie. An Krankheiten infolge von Luftverschmutzung seien weltweit 8,2 Millionen Menschen gestorben. Dazu zählt die WHO auch die Todesfälle durch das Passivrauchen. In Deutschland sind laut WHO knapp 100.000 der Todesfälle im Jahr 2012 auf Umweltbelastungen zurückzuführen. ■

## KRANKENHÄUSER Stellen zulasten der Pflege verschoben

Im Zuge der Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf Diagnosis Related Groups (DRG) ist es nach Einschätzung des Deutschen Instituts für Pflegeforschung zu einer „massiven Verschiebung“ beim Personal und den Kosten insbesondere von der Krankenhauspflege auf die Ärzteschaft gekommen. Von 2004 – dem Jahr der Einführung der DRGs – bis 2014 habe es in den rund 1.640 allgemeinen Kliniken einen Zuwachs von rund 31.500 Vollzeitstellen für Ärzte gegeben, rechnete Institutsleiter Professor Dr. Frank Weidner vor. Im Pflegedienst der Häuser seien im gleichen Zeitraum lediglich 6.400 Vollzeitstellen hinzugekommen. Das Pflegestellen-Förderprogramm der Bundesregierung in Höhe von 660 Millionen Euro nannte Weidner „absolut nicht hinreichend“. Nötig sei eine Personalverordnung in der Pflege, „die sich im Kern nach der Zahl der zu versorgenden Patienten und ihrem Pflegebedarf richtet und festlegt, wie viele Pflegekräfte sich um wie viele Patienten kümmern müssen“. ■

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



Umgang mit suchtkranken Senioren unterstützen. Schätzungen zufolge sind 15 Prozent der in Deutschland ambulant oder stationär betreuten älteren Menschen alkohol- oder medikamentenabhängig. ■

**MEHR INFOS:**  
[www.berlin-suchtpraevention.de](http://www.berlin-suchtpraevention.de) > **Shop** > **Broschüren**

## STUDIE Umweltbelastungen fordern Todesopfer

Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) sterben jedes Jahr Millionen von Menschen an Krankheiten, die auf Belastungen der Umwelt zurückzuführen sind. Allein im Jahr 2012 sind 12,6 Millionen Menschen an solchen Er-

## KINDERGESUNDHEIT

Spielen im Freien  
schärft die Augen

Schon 40 Minuten tägliches Toben im Freien können Kinder im Grundschulalter vor Kurzsichtigkeit schützen. Zu diesem Ergebnis kommt eine chinesische Studie, die den Zusammenhang zwischen Freiluftaktivität und Kurzsichtigkeit bei Kindern beleuchtet. Die Forscher untersuchten die Sehkraft bei Erstklässlern ohne Sehschwäche an zwölf Grundschulen. Die Hälfte der Schüler verbrachte drei Jahre lang täglich 40 Minuten draußen bei Sport und Spiel. Zusätzlich sollten ihre Eltern sie ermutigen, im Freien zu spielen. Nach drei Jahren stellten die Wissenschaftler bei rund 30 Prozent der Schüler Kurzsichtigkeit fest. In der Kontrollgruppe, deren Spielverhalten während der Studie unverändert blieb, waren es 40 Prozent. Die Ergebnisse zeigten, dass Spielen im Freien das Risiko für Kurzsichtigkeit mindere, so Profes-



Radschlagen statt Brille tragen: Täglich 40 Minuten draußen toben beugt offenbar Kurzsichtigkeit vor.

sor Dr. Wolf Lagrèze von der Klinik für Augenheilkunde des Uniklinikums Freiburg. ■

## EUROPA

Seltene Krankheiten  
betreffen Millionen

In den Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) treten bis zu 8.000 verschiedene seltene Krankheiten auf. Insgesamt betreffen diese seltenen Erkrankungen bis zu

36 Millionen Menschen, wie aus der jüngst veröffentlichten vierten Bestandsaufnahme der EU-Kommission zum Stand der Forschungsförderung im Bereich der seltenen Erkrankungen hervorgeht. ■

## UMFRAGE

Internisten prangern  
Fehlversorgung an

Nach Ansicht der Deutschen Gesellschaft für Innere Medi-

zin (DGIM) bekommen Patienten oft Untersuchungen und Behandlungen, die ihnen nicht nützen oder sogar schaden. Hilfreiche Methoden kämen hingegen zu selten zum Einsatz. Insbesondere bildgebende Verfahren und große Blutuntersuchungen zählten zu den häufig erbrachten, aber selten nötigen Leistungen in internistischen Praxen, berichtet die DGIM auf Basis einer Umfrage unter rund 4.200 Ärzten. Die Fachgesellschaft hatte sich darin nach Über- und Unterversorgung erkundigt. 70 Prozent der Befragten geben an, mehrmals wöchentlich mit Überversorgung konfrontiert zu sein. Etwa die Hälfte berichtet, dass sie weniger als einmal in der Woche auf nicht erbrachte, notwendige Leistungen stießen. 22 Prozent der Befragten erleben dies mehrmals die Woche. Zur Begründung führten die meisten Internisten an, dass die einschlägigen Leitlinien oft unverständlich und zu lang seien. ■

## SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH

## „Nur jeder vierte Mann nutzt die Früherkennung“

Prostatakrebs-Vorsorge ist für Männer oft kein Thema. Die Kampagne „Deine Manndeckung“ will das ändern. Dazu Fragen an Ulrich Gransee, Verwaltungsratsvorsitzender der AOK Niedersachsen.



**G+G:** Herr Gransee, die AOK Niedersachsen ist bei der Aktion „Deine Manndeckung“ von Beginn an mit von der Partie. Warum?

**GRANSEE:** Es geht darum, Männer zu motivieren. Für den Prostatakrebs gibt es eine schnelle und harmlose Früherkennungsuntersuchung ab dem 45. Lebensjahr. Nur wenige Männer wissen davon und nutzen diese Chance. Dabei lässt sich der Behandlungserfolg wesentlich verbessern, wenn dieser Krebs frühzeitig erkannt wird. Wir sind Partner der Kampagne, weil Vorsorge und Früherkennung für uns als Gesundheitskasse Herzensangelegenheit sind.

**G+G:** Das heißt: Männer sind immer noch Vorsorgemuffel?

**GRANSEE:** Leider ja. Hier hat sich noch nicht viel geändert. Jede zweite Frau nutzt Früherkennungsuntersuchungen, aber nur jeder vierte Mann. Frauen wird ein höheres Bewusstsein zur eigenen Gesundheit

nachgesagt. Aber sie sind es auch gewöhnt, ganz selbstverständlich ab dem 20. Lebensjahr zur Vorsorge zu gehen. Männer müssen sich im mittleren Alter erstmals mit Krebs-Früherkennungsuntersuchungen beschäftigen. Sie dann zu erreichen, ist ungleich schwieriger.

**G+G:** Wie werden Männer im Rahmen der Aktion angesprochen?

**GRANSEE:** Der Auftakt zur Kampagne war in Hannover, hier wurde der Fußball-Bundesligist Hannover 96 als Partner gewonnen. Inzwischen gibt es die Kampagne in vielen Bundesländern, und es ist immer ein regionaler Sportpartner dabei, um Männer über ihr Hobby anzusprechen. Denn für einen Männerabend im Stadion kann man schneller begeistern als beispielsweise für einen Informationsvortrag beim örtlichen Urologen. Aber die wichtigen Infos gibt es natürlich auch beim Männerabend – nur ansprechender verpackt.

## Aufgaben neu zuschneiden

Die Debatte, ob und wie Pflegeprofis ärztliche Tätigkeiten übernehmen sollen, währt schon viele Jahre. Jetzt könnte sie neuen Schub erhalten, meint **Stephan Balling**.



**DIE ANKÜNDIGUNG** des Pflegebeauftragten der Bundesregierung, Karl-Josef Laumann, lässt aufhorchen. Auf dem Deutschen Pflegetag Mitte März in Berlin sagte der CDU-Politiker, in der kommenden Legislaturperiode sei neu über die Themen Delegation und Substitution ärztlicher Aufgaben zu diskutieren. Laumann will offensichtlich die nicht-akademischen, nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe aufwerten, indem diese neue Aufgaben in der Versorgung erhalten.

In der Tat stellt sich die Frage, weshalb nur Ärzte eine physiotherapeutische Behandlung verschreiben dürfen und nicht auch gut ausgebildete Physiotherapeuten selbst. Vor allem dürfte es in der Pflege, sei sie ambulant oder stationär, viel Potenzial geben – und zwar nicht nur für die Delegation von Leistungen an pflegerisches Fachpersonal, die dann unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt werden, sondern auch für die Substitution bisher Ärzten vorbehaltenen Tätigkeiten. Die Wundversorgung gilt als ein Paradebeispiel dafür. Eine rein defizitorientierte Argumentation – Stichwort Ärztemangel – überzeugt dabei übrigens nicht so sehr. Gewichtiger ist, dass es offensichtlich Versorgungsbereiche gibt, in denen eine gut ausgebildete Pflegefachkraft oder ein Physiotherapeut mehr Fachwissen mitbringt als ein durchschnittlicher Arzt.

Die Standesorganisationen der Mediziner werden gegen Laumanns Ankündigung zu Felde ziehen – so wie sie es in der Vergangenheit immer getan haben. Damit Pflege und andere Gesundheitsberufe auf Augenhöhe agieren können, sind bundesweit einheitliche, transparente Niveaus und Berufsbilder für examinierte Fachpersonen und Assistenzberufe sowie akademische Qualifikationen nötig. Mit dem geplanten Pflegeberufegesetz ließe sich ein solcher Qualitäts- und Transparenzschub in Gang setzen. Erstmals könnten damit auch Tätigkeiten definiert werden, die der Profipflege vorbehalten sind und die diese von der Laienpflege sowie ärztlichen Tätigkeiten abgrenzen.

Unabhängig von solchen Argumenten für einen neuen Aufgabenzuschnitt im Gesundheitswesen steht eines jedoch fest: Der Pflegebeauftragte Karl-Josef Laumann muss den Konflikt mit der Ärztelobby wagen, wenn Delegation und Substitution endlich mehr sein sollen als Schlagworte einer Endlos-Debatte auf Funktionärscherebene. Dann rücken übrigens auch Budgetfragen in den Fokus. ■

Der Pflegebeauftragte muss den Konflikt mit der Ärztelobby wagen.

Dr. Stephan Balling ist Hauptstadtkorrespondent beim Bibliomed-Verlag.

### KLINIKEN

## Belastung durch Extremkosten sinkt

Durch die systematische Weiterentwicklung des Fallpauschalensystems haben die rund 2.000 Krankenhäuser in Deutschland weniger mit „Kostenausreißern“ zu tun. Das geht aus dem Extremkostenbericht 2016 hervor. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus wertete dafür rund vier Millionen Fälle des Jahres 2014 aus 241 Kliniken aus. Die Belastung der betreffenden Kliniken durch Kostenausreißer ist demnach von rund 30,7 Millionen Euro im Jahr 2013 auf etwa 5,3 Millionen Euro gesunken. Als Kostenausreißer gelten Fälle, die deutlich höhere Kosten aufweisen als der Gesamterlös zur Kostendeckung vorsieht. Der Extremkostenbericht wird vom GKV-Spitzenverband, dem Verband der Privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft herausgegeben. ■

### PFLEGE

## Ausbildungsdebatte versachlichen

Die Christlichen Krankenhäuser in Deutschland haben in der zunehmend schärfer geführten Diskussion um die generalistische Pflegeausbildung die Rückkehr zu einer sachlichen Auseinandersetzung angemahnt. Andernfalls nähme das Ziel, den Pflegeberuf attraktiver zu gestalten und die Qualität der Pflegeversorgung zu sichern, „nachhaltig Schaden“. Unterdessen wurde der entsprechende Gesetzentwurf von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe und Bundesseniorenministerin Manuela Schwesig im Bundestag in erster Lesung

debattiert. Die Bundesregierung will mit der Reform die drei Ausbildungsgänge zur Kinderkranken-, Kranken- und Altenpflege in einer gemeinsamen Lehre mit dem Abschluss „Pflegefachfrau/Pflegefachmann“ zusammenfassen. ■

### ANFRAGE

## Medikament schuld an Missbildungen?

Nach möglichen Zusammenhängen zwischen dem Arzneimittel Duogynon und schweren Missbildungen bei Neugeborenen hat sich die Linke-Fraktion im Bundestag erkundigt. Tausende von Missbildung betroffene Menschen gingen davon aus, Opfer eines Präparates der Firma Schering (heute Bayer AG) zu sein, das bis 1973 unter dem Markennamen Duogynon, bis 1980 unter der Bezeichnung Cumorit und in Großbritannien unter dem Namen Primodos als hormoneller Schwangerschaftstest und zur Behandlung von Menstruationsstörungen eingesetzt worden sei, so die Linke. Bayer verweigere bis heute alle Gespräche mit Betroffenen. Seit 2015 dürften Medien, Wissenschaftler und Betroffene im Berliner Landesarchiv Einsicht in die Akten des Duogynon-Ermittlungsverfahrens Anfang der 1980er Jahre nehmen. Die Linke will von der Bundesregierung wissen, wie viele Missbildungsfälle im Zusammenhang mit dem Medikament dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte gemeldet wurden und welche Warnungen es bezüglich des Mittels gegeben hat. ■

### MEHR INFOS:

**Bundestagsdrucksache**  
**18/7769**

# Mit Mann und Maus für die Pflege

Immer mehr Bedürftige, neue fachliche Anforderungen und sich stark wandelnde Bedürfnisse älterer Menschen: Die Pflege gleicht einer Jahrhundertaufgabe, bei der alle anpacken müssen, so der Tenor beim Deutschen Pfllegetag. **Von Thomas Hommel**

**Was da auf uns zukommt**, hat zuletzt auch das Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung einmal ausgerechnet. Im Jahr 2030, so das Institut mit Sitz in Wiesbaden, seien in Deutschland rund 3,4 Millionen Menschen pflegebedürftig. Bis zum Jahr 2060 steige die Zahl sogar auf etwa 4,7 Millionen. Damit wären sechs Prozent aller Bundesbürger auf Hilfe und Unterstützung im Alltag angewiesen – doppelt so viele wie heute.

Dass es einer Kraftanstrengung bedarf, um die Jahrhundertaufgabe Pflege zu stemmen, wurde einmal mehr beim Deutschen Pfllegetag 2016 Mitte März in Berlin deutlich. Der AOK-Bundesverband ist Gründungspartner des Kongresses, der dieses Jahr zum dritten Mal stattfand.

Die Pflege hochbetagter und kranker Menschen sei eine der zentralen Herausforderungen des demografischen Wandels, erklärte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe in seiner Eröffnungsrede. Diese Herausforderung lasse sich daher auch nicht „auf den Schultern weniger“ abladen. Vielmehr fordere sie die ganze Gesellschaft heraus.

Ein dickes Lob hatte Gröhe, der auch Schirmherr des Deutschen Pfllegetages ist, für die Pflegeprofession parat. Die mehr als eine Million Pflegekräfte übernahmen „eine für uns alle unverzichtbare Aufgabe, denn sie pflegen nicht den demografischen Wandel, sondern unsere Eltern, Geschwister und Kinder“.

**Zweigleisig fahren.** Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, betonte, dass es für „die Bewältigung der großen pflegerischen Herausforderungen Mann und Maus“ brauche. Deshalb dürfe die Politik ihren Fokus nicht einseitig auf die ambulante Pflege richten. Auch die Pflege in den rund

## Besucherrekord in Berlin

In über 70 Foren sprachen beim Deutschen Pfllegetag 2016 insgesamt 170 Referenten vor rund 6.000 Besuchern zu zentralen Fragen und Themen der Pflege. Dazu gehörten die Zukunft der stationären Pflege, Innovationen in der Pflegepraxis, psychische Belastungen im Pflegeberuf sowie neue Hilfs- und Unterstützungsangebote für Angehörige. „Der Deutsche Pfllegetag positioniert die Pflege als das, was sie ist: als eines der bedeutendsten gesellschaftspolitischen Zukunftsthemen unserer Zeit“, bilanzierte Jürgen Graalman, Sprecher der Geschäftsleitung des Pfllegetages. Der Deutsche Pfllegetag 2017 findet vom 23. bis 25. März in Berlin statt.

Infos: [www.deutscher-pfllegetag.de](http://www.deutscher-pfllegetag.de)



13.000 stationären Pflegeeinrichtungen benötige attraktive Rahmenbedingungen, unter denen sich die Einrichtungen weiterentwickeln könnten. „Bei aller Bedeutung pflegender Angehöriger und ambulanter Pflegedienste – wir werden auch weiterhin auf eine gute stationäre Pflege angewiesen sein.“

Erste Anzeichen dafür, dass die Stärkung der ambulanten Pflegeversorgung zu Fehlanreizen führt, seien heute schon erkennbar, so Litsch. „Wir beobachten derzeit mit Sorge, dass Pflegeanbieter zunehmend Strukturen entwickeln, die ein ambulantes Versorgungsangebot simulieren, eigentlich aber wie eine stationäre Einrichtung funktionieren.“ Mithilfe dieser „Ambulantisierungsstrategie“ optimierten die Anbieter ihre Erlöse, ohne dass die pflegerische Versorgung dadurch einen Deut besser werde. „Da muss der Gesetzgeber unbedingt korrigieren und für eine kurzfristige Lösung im Leistungs- und Vertragsrecht sorgen.“

**Die Pflegeberufe aufwerten.** Der Präsident des Deutschen Pfllegerates, Andreas Westerfellhaus, appellierte an die Politik, an der geplanten Reform der Pflegeausbildung in Richtung der sogenannten Generalistik festzuhalten. Es sei richtig und überfällig, die bislang getrennten Ausbildungen zur Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege in einer Lehre zusammenzuführen. „Die Reform ist eine gute Nachricht für alle professionell Pflegenden, denn ihre Arbeit wird damit deutlich aufgewertet.“

Die neue Ausbildung führe – entgegen allen Unkenrufen der Kritiker – zu mehr Karrierechancen und einer angemessenen Bezahlung, insbesondere in der Altenpflege. Jeder Versuch, das Reformvorhaben aufzuschieben oder gar ganz ad acta zu legen, sei „skandalös“, betonte Pflege-

ratspräsident Westerfellhaus. „Drei getrennte Pflegeausbildungen, die in Abhängigkeit vom Alter und Versorgungsort der Menschen Wissen vermitteln, sind nicht mehr zeitgemäß“, argumentierte auch der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, Karl-Josef Laumann. Nach erfolgreicher Praxiserprobung und jahrelangen Debatten über Sinn und Zweck

### Legislatur der Pflege

Bereits seit dem 1. Januar 2015 erhalten die rund 2,7 Millionen Pflegedürftigen in Deutschland mit dem Pflegestärkungsgesetz I mehr Leistungen. Die Leistungen für die ambulante Pflege wurden um rund 1,4 Milliarden Euro erhöht, die für die stationäre Pflege um rund eine Milliarde Euro. Mit dem Pflegestärkungsgesetz II wird ein neuer, breiter gefasster Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt. Das geplante Pflegestärkungsgesetz III schließlich soll die Pflege und die Beratung vor Ort – in den Kommunen – weiter stärken. **Infos: [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de) > Pflegeversicherung**

der Generalistik sei jetzt „die Zeit reif“, die Reform umzusetzen.

Scharf ins Gericht ging Laumann mit den Arbeitgebern in der Altenpflege, die seit Monaten massive Kritik an der Ausbildungsreform üben. Die Gegner der generalistischen Ausbildung in der Pflege saßen dort, wo keine Tariflöhne gezahlt würden, sagte Laumann. „Menschen, die keine Tarifverträge wollen, meinen es nicht gut mit der Pflege.“

**Finanzierung überdenken.** AOK-Chef Litsch betonte, Deutschlands größte Pflegekasse stehe hinter den Zielen der Ausbildungsreform. „Besonders die Abschaffung des Schulgeldes für Pflegeschüler und die akademische Pflegeausbildung sind sinnvoll.“

Die geplante Finanzierung der neuen Ausbildung über 16 Ausbildungsfonds in den Ländern sei hingegen kompliziert, bürokratisch und führe obendrein zu Doppelstrukturen. Sinnvoller sei eine Finanzierung analog zur dualen Berufsausbildung. „Dieses System wird überall in der Welt als vorbildlich gelobt. Warum wenden wir es also nicht auch in der Pflegeausbildung an?“ ■

## Pflege-Report 2016: Hilfsangebote bleiben oft ungenutzt

Die gute Nachricht lautet: Die meisten pflegenden Angehörigen kennen die zusätzlichen Unterstützungsangebote der gesetzlichen Pflegeversicherung. Die schlechte Nachricht: Nur eine Minderheit nutzt die Angebote auch. Das geht aus einer aktuellen Befragung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) unter insgesamt 1.000 pflegenden Angehörigen im Rahmen des Pflege-Reports 2016 hervor. Gleichzeitig betont jeder vierte pflegende Angehörige, der weder Pflegedienst noch Tagespflege oder Kurz- und Verhinderungspflege in Anspruch nimmt, dass er genau diese Leistungen benötige.

Unter den Nutzern der zusätzlichen Entlastungsleistungen ist die Zufriedenheit hoch, und das professionelle Pflegepersonal wird als kompetent eingestuft. Allerdings werden mit Ausnahme des Pflegedienstes alle anderen Angebote von weniger als jedem fünften Befragten in Anspruch genommen. Als Gründe geben die Befragten Kosten, mangelnde Erreichbarkeit oder schlechte Erfahrungen an. Die am häufigsten genannte Ursache ist jedoch: Viele Pflegebedürftige wollen nicht von einer fremden Person gepflegt werden.

Antje Schwinger, Pflegeexpertin des WIdO und Mitherausgeberin des Reports, sieht hier Barrieren. „Wir müssen die Bedürfnisse der Betroffenen noch besser verstehen und gleichzeitig mit guter Beratung und niedrigschwelligen Angeboten überzeugen. Allerdings zeigt sich hier auch ein tief sitzendes Selbstverständnis von familiärer Pflege, in das Pflichtgefühl und Scham mit hineinspielen.“

Angesichts der Umfrageergebnisse unterstrich der Vorstandschef des AOK-Bundesverbands, Martin Litsch, die Bedeutung von gezielter Beratung. „Die AOK-Pflegekasse hat rund 700 Pflegeberater im Einsatz. Diese kommen auf Wunsch auch zu den Menschen nach Hause und klären in einem persönlichen Gespräch den konkreten Hilfebedarf. Dann wird gemeinsam ein individueller Versorgungsplan aufgestellt.“ Dass Beratung wichtig ist, auch das geht aus der WIdO-Befragung hervor. Drei Viertel der Nutzer von Beratungsgesprächen geben an, dass ihnen diese geholfen haben. Gleichzeitig fordert Litsch eine Straffung bei den Regelungen. „Die Pflegeversicherung hat sich bewährt. Aber wir müssen ihre Leistungen noch einfacher und flexibler gestalten.“

Beispielsweise könne man die beiden Leistungen Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege zusammenlegen. „Statt hier zwei verschiedene Regelungen und Budgets vorzusehen, sprechen wir uns für die Bündelung aus. Es geht um 3.224 Euro für 14 Wochen je Kalenderjahr. Pflegenden Angehörige wissen selbst am besten, wie sie während einer Auszeit das Geld am sinnvollsten einsetzen können“, sagte Litsch.



Klaus Jacobs/Adelheid Kuhlmei/  
Stefan Greß/Jürgen Klauber/  
Antje Schwinger (Hrsg.):  
**Pflege-Report 2016. Schwerpunkt:  
Die Pflegenden im Fokus.**  
363 Seiten. 54,99 Euro. Schattauer-  
Verlag, Stuttgart 2016.

# Fördertopf steht auf dem Feuer

Für Ideen zur Gesundheitsversorgung auf dem Land oder zur Arzneitherapie-Sicherheit stellt der Innovationsfonds viel Geld bereit. Was das für die Krankenkassen bedeutet, diskutierten Experten in Berlin. **Von Ines Körver**

## Beim Innovationsfonds geht es voran.

Allerdings gibt es noch offene Fragen, die den Gesetzgeber fordern. Dieses Fazit zog Professor Josef Hecken, der auf Einladung des Bundesverbandes Managed Care Mitte März zum Sachstand dieses Fonds informierte. Wie der Unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) und Chef des Innovationsausschusses berichtete, könnten in der ersten Förderwelle nach Veröffentlichung der Förderbedingungen im April drei Monate lang Anträge gestellt werden. Im September würden die Zuschläge erteilt. Auf die genaue Zahl der geförderten Projekte konnte sich Hecken nicht festlegen. Es käme auf das jeweilige Finanzvolumen an, erklärte er. Eine Anzahl von 25 bis 40 hielt er für plausibel. Bereits im Mai soll eine zweite Förderwelle starten und die Vergabe der entsprechenden Aufträge im Dezember abgeschlossen sein.

**Übertragbarkeit der Mittel sichern.** Pro Jahr stellt der Fonds 300 Millionen Euro zur Verfügung (siehe Kasten „Millionen

### Millionen für Innovationen

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz von Mitte 2015 hat der Gesetzgeber den Innovationsfonds eingeführt. Er enthält für einen Zeitraum von vier Jahren (2016 bis 2019) insgesamt 1,2 Milliarden Euro. **Pro Jahr sollen 225 Millionen Euro in Projekte zur Verbesserung der Versorgung und 75 Millionen Euro in Projekte zur Versorgungsforschung fließen.** Träger des Fonds ist der Gemeinsame Bundesausschuss. Welche Projekte Fondsgelder bekommen, entscheidet der Innovationsausschuss. Er besteht aus drei Vertretern der Krankenkassen, drei Vertretern der Leistungserbringer, drei Vertretern der Regierung sowie dem Unparteiischen GBA-Vorsitzenden und wird von einem Expertenbeirat unterstützt.



Frisch zubereitet: Der Innovationsfonds speist neue Versorgungsprojekte.

für Innovationen). Der GBA-Chef hat das Ziel, nicht verbrauchte Mittel ins nächste Jahr zu retten. Die Politik hatte die Übertragung nicht verausgabter Gelder ins Folgejahr abgelehnt. Das heißt: Nicht rechtzeitig bewilligte Gelder fließen zurück in den Gesundheitsfonds und stehen nicht mehr für den Innovationsfonds zur Verfügung. Hecken will deshalb den geförderten Projekten das Geld für deren gesamte Laufzeit bewilligen, soweit er dem Empfänger zutraut, es vier Jahre lang in das entsprechende Projekt zu investieren. „Bei Krankenkassen habe ich da keine Bedenken, bei einigen Forschungsinstituten sieht das anders aus“, so der GBA-Chef. Auch im letzten Jahr der Fonds-Laufzeit können Projekte für vier Jahre beantragt und bewilligt werden, sodass sich die reale Fonds-Laufzeit über sieben Jahre erstreckt.

Hecken erläuterte eine weitere Möglichkeit, aus der Nicht-Übertragbarkeit eine unechte Übertragbarkeit zu machen: Demnach könnten für die Versorgungsforschung nicht genutzte Mittel in die Evaluation der Projekte zur Versorgungsverbesserung fließen. Wenn diese Methoden nicht greifen, will Hecken auf den Gesetzgeber zugehen, um eine echte Übertragbarkeit der Mittel zu erreichen.

**In die Regelversorgung übernehmen.** Der Gang zum Gesetzgeber scheint auch aus einem anderen Grund geboten. Die Krankenkassen haben zurzeit ein großes Problem – insbesondere, wenn sie sich als alleiniger Antragsteller um ein Projekt im Rahmen des Innovationsfonds bewerben: Sie unterliegen dem Vergaberecht, und das sieht sehr viel längere Ausschreibungsfristen vor als das Procedere beim Innovationsfonds. Dr. Sabine Richard, Geschäftsführerin Versorgung im AOK-Bundesverband, forderte im Hinblick darauf Gesetzesänderungen.

Aus Sicht von GBA-Chef Josef Hecken könnten die Krankenkassen zwar als Teil eines Konsortiums Anträge stellen. Er „sehe aber ein, dass das die Kassen nicht befriedigt“. Der Gesetzgeber solle klarstellen, dass es sich bei Verträgen der Kassen im Rahmen des Innovationsfonds „nicht um klassische Verträge handelt, sondern um einen Versuch“. Er machte aber auch deutlich: Ziel des Fonds muss es sein, möglichst viele erfolgreiche Projekte nach Ende der Laufzeit in die Regelversorgung oder in Selektivverträge zu übernehmen. ■

Ines Körver ist Redakteurin im KomPart-Verlag.

### MEHR INFOS:

[www.bmcev.de](http://www.bmcev.de) >

Wo stehen wir beim Innovationsfonds?

# Arbeiten ohne Grenzen

Flexible Arbeitswelten, psychische Erkrankungen, gesetzliche Vorgaben – die Herausforderungen fürs Betriebliche Gesundheitsmanagement wachsen, wie bei einer Fachtagung der AOK Bayern deutlich wurde. **Von Hans-Bernhard Henkel-Hoving**

**Eigentlich hat** die AOK das Präventionsgesetz nicht gebraucht. Während die Gesundheitskasse bereits im Jahr 2014 bundesweit im Schnitt fünf Euro je Versicherten für Gesundheitsförderung und Prävention ausgab, waren es bei den anderen gesetzlichen Krankenkassen mit 3,72 Euro rund 25 Prozent weniger. Das geht aus dem jüngsten AOK-Präventionsbericht hervor. „Wir waren schon immer überdurchschnittlich engagiert“, machte Werner Winter auf dem „Zukunftsforum Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)“ der AOK Bayern deutlich. Doch obwohl das Präventionsgesetz neue Gremien schafft, den Abstimmungsbedarf zwischen den Sozialversicherungsträgern erhöht und die gesetzlichen Krankenkassen in die Rolle des Zahlmeisters drängt, sieht AOK-Fachmann Winter auch die Chancen, die das zum Jahresbeginn in Kraft getretene Gesetzeswerk bietet: „Es stärkt nicht zuletzt das Thema Gesundheit in den Betrieben.“ Und das ist dringend nötig.

**Job und Privates vermischen sich.** Denn die zunehmende Flexibilisierung und Digitalisierung der Arbeitswelt führe zwar auf der einen Seite dazu, dass viele Beschäftigte Arbeitszeit und Arbeitsort selbst bestimmen könnten und traditionelle hierarchische Strukturen eine immer geringere Rolle spielten, betonte Dr. Werner Eichhorst vom Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit (IZA) in Bonn. Nicht zuletzt ließen sich durch die modernen Informations- und Kommunikationstechnologien Arbeit und Beruf häufig leichter als bisher unter einen Hut bringen. Doch dieser positive Trend gehe mit einem hohen Maß an Selbstverantwortung und der Gefahr einer Entgrenzung von Arbeits- und Privatleben bis hin zur Selbstausbeutung einher – Fehltag

wegen psychischer Probleme inklusive. Betriebliches Gesundheitsmanagement, so Eichhorst weiter, könne zum einen die eigene Handlungsfähigkeit und die Gesundheitsressourcen von Mitarbeitern im Sinne eines Selbstschutzes stärken und zum anderen einen „mitarbeiterorientierten Führungs- und Kommunikationsstil“ fördern. Gerade bei Letzterem habe Deutschland im Vergleich zu Skandinavien oder den Niederlanden noch Potenzial nach oben und sei in punkto Arbeitskultur noch allzu häufig von einer „Ingenieurlogik“ mit entsprechend hierarchischen Mustern getrieben. Um Investitionen der Unternehmen in die Gesundheit ihrer Beschäftigten zu fördern, kann sich der Arbeitsmarktexperte im Übrigen Beitragsnachlässe in der Krankenversicherung für Betriebe vorstellen, die nachweislich mithilfe von BGM die Zahl der Fehltag senken.

**Projekt für psychische Gesundheit.** Wie stark Unternehmen die wachsende Zahl von Fehlzeiten aufgrund von seelischen Erkrankungen umtreibt – mittlerweile gehen mehr als zehn Prozent aller Erkrankungstage auf entsprechende Diagnosen zurück –, zeigte das große Interesse an einem Praxisbericht von Sigrid Stredak, Personalleiterin der Schreiner Group in Oberschleißheim. Das international agierende Unternehmen für Funktionsetiketten mit mehr als 1.000 Beschäftigten nutzt ein neues Angebot der AOK Bayern zur psychischen Gefährdungsbeurteilung von Arbeitsplätzen. Die Gesundheitskasse unterstützt Betriebe im Freistaat dabei, dieser sich aus dem Arbeitsschutzgesetz ergebenden Pflicht nachzukommen und hat entsprechende Verfahren mit Gruppenarbeit und Kurzfragebögen entwickelt, die auch vor der Gewerbeaufsicht Bestand haben.

**Reha-Klinik zertifiziert.** Während Sigrid Stredak noch mitten in der Projektarbeit mit der AOK steckt, haben es Norman Daßler und Christian Walther von der Klinik Wartenberg im Landkreis Erding bereits geschafft: Die beiden BGM-Be-



Ob im Büro, unterwegs oder zu Hause – wer flexibel arbeitet, braucht ein hohes Maß an Selbstverantwortung.

auftragten der privaten geriatrischen Akut- und Rehaklinik mit 320 Beschäftigten präsentierten beim Zukunftsforum die erste Urkunde, mit der die AOK Bayern künftig Betriebe auszeichnet, die sich einer anspruchsvollen Zertifizierung zum „Gesunden Unternehmen“ unterzogen haben. Damit würdigt die Gesundheitskasse die kontinuierlichen Anstrengungen der Klinik, mithilfe von BGM den Krankenstand zu senken und die Gesundheit der Ärzte und Pflegekräfte zu stärken – nicht zuletzt ein Pluspunkt im Wettbewerb um Fachkräfte. ■



# Würdesäule.

Bildung ermöglicht Menschen,  
sich selbst zu helfen und aufrechter  
durchs Leben zu gehen.

[brot-fuer-die-welt.de/bildung](http://brot-fuer-die-welt.de/bildung)

Mitglied der **actalliance**



Würde für den Menschen.

# „Ich kann mit Mitleid gar nicht“

Nach der Krebsdiagnose lag ihre Welt in Trümmern, erzählt **Nicole Staudinger**. Aber die junge Mutter und Unternehmerin hat Karl Arsch – so nennt sie den Tumor – besiegt. Über die Zeit der Krankheit berichtet sie in einem Buch.

**Frau Staudinger, Sie haben ein bewegendes und doch unterhaltsames Buch über Ihre Erkrankung geschrieben – Humor und Krebs, geht das überhaupt zusammen?**

**Staudinger:** Der Humor kam bei mir nicht durch den Krebs, den hatte ich schon vorher (*lacht*). Ich habe ihn nicht verloren, im Gegenteil. Je schlimmer es war, desto lustiger wurde ich. Das ist ein bisschen seltsam, aber meine persönliche Art, damit umzugehen. Ich laufe ja nicht als Clown herum. Besonders nicht an den fiesen, dunklen Tagen, die geprägt sind von Angst und Verbitterung. Mir ist es gelungen, das so lange ins rechte Licht zu drehen, bis es einen Sinn bekommen hat. Ich habe viele Sachen aus der Krankheit herausgezogen. Eine davon ist das Buch.

**Sie haben Ihrem Tumor einen Namen gegeben. Wann haben Sie Karl Arsch entdeckt?**

**Staudinger:** An meinem 32. Geburtstag, morgens. Die Kinder und mein Mann deckten den Tisch. Ich stand unter der Dusche und habe mich wie immer abgetastet. Dann war da plötzlich etwas, das sich angefühlt hat wie ein Stein. Am nächsten Tag bin ich zum Frauenarzt. Drei Stunden später saß ich bei der Mammografie. Die Ärztin sagte: Das tut mir leid, Frau Staudinger, aber das ist Krebs.

**Wie haben Sie es geschafft, trotz Krebs einen Alltag zu leben? Und auch noch ein Buch zu schreiben?**

**Staudinger:** Durch meine tollen kleinen Jungs, die mich immer wieder in den Alltag holten. Sie wollten den Popo abgewischt und gekocht bekommen – ob die Mama jetzt Haare hat oder nicht.

Natürlich gab es Tage, an denen ich gar nichts machen konnte, außer im Bett zu liegen mit Schmerzen, Übelkeit und hohem Fieber – das waren in fünf Monaten Chemotherapie genau elf. Die restlichen Tage konnte ich mich zumindest nachmittags um die Kinder kümmern. Das Buch war keine Arbeit. Das war Therapie.

das Glück, die richtigen Menschen um mich herum zu haben. Für mich ist ein eher klarer Ton genau das Richtige. Ich kann mit Mitleid gar nicht, ich brauche Zuversicht.

**Was ist der größere Angriff auf die Weiblichkeit: Brüste oder Haare verlieren?**



Ich appelliere an jede Frau, sich in einem zertifizierten Zentrum behandeln zu lassen.

Nicole Staudinger

**Haben Sie sich während der Krebstherapie zu jeder Zeit gut betreut gefühlt?**

**Staudinger:** Sehr. Ich war in einem Kölner Brustzentrum und appelliere an jede Frau, sich auch in einem zertifizierten Brustzentrum behandeln zu lassen. Die Fachleute dort wissen genau, was zu tun ist. Im Gegensatz zu mir waren sie auch nicht so geschockt. Meine Welt lag ja in Trümmern. Und dann fängt diese Maschinerie an. Erst wartet man auf die Biopsie-Ergebnisse. Dann kommt die Tumorkonferenz, daraufhin der individuelle Therapieplan. Aber ich fühlte mich sehr ernst genommen und nie allein.

**Welche Rolle spielten Familie und Freunde in der Krankheitsphase?**

**Staudinger:** Das Umfeld ist wichtig, egal ob man gesund oder krank ist. Ich habe

**Staudinger:** Weder noch. Natürlich ist es schrecklich, wenn die Haare ausfallen – das will ich gar nicht schönreden. Aber ehrlich: Ich habe mich nie in meinem Leben weiblicher gefühlt als heute mit einer frechen Kurzhaarfrisur und künstlichen Brüsten. Weiblichkeit hat nichts mit der Optik zu tun. Frausein ist für mich jetzt mit ganz anderen Attributen belegt, zum Beispiel Empathie, Tiefgründigkeit und diesem Gefühl, anderen Menschen nur das Beste zu wünschen. ■

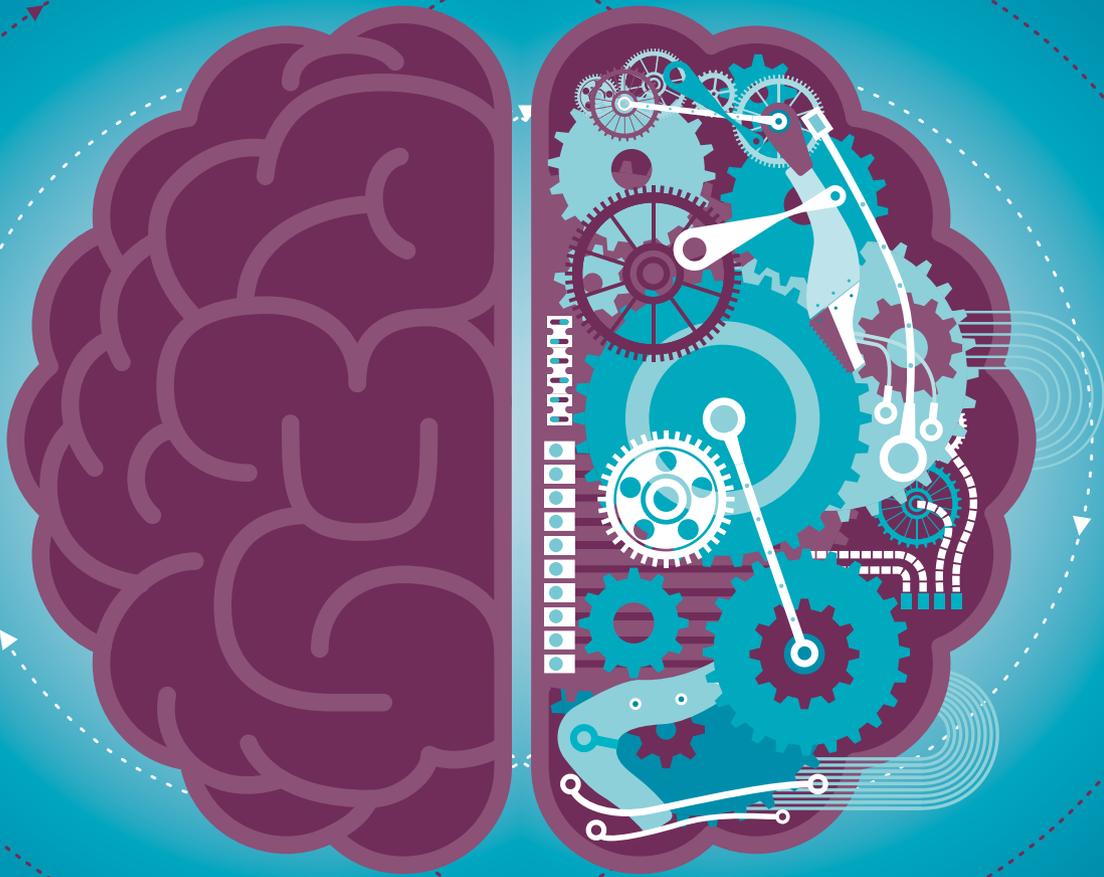
Das Interview führte Anne Wäschle, Redaktionsleiterin der AOK-Medien SVaktuell und WIR, KomPart-Verlag.

## Zur Person

**Nicole Staudinger**, 32, ist Schlagfertigkeits-Trainerin, Autorin und Rednerin. Ihr Buch „Brüste umständehalber abzugeben“ ist bei Eden Books erschienen.

TITELTHEMA

# Transparenz im



# Wissenstransfer

Damit der medizinische Fortschritt in der Praxis ankommt und die Behandlungsqualität stimmt, bilden sich Ärztinnen und Ärzte fort. Wie sie auf dem Laufenden bleiben, ohne den Interessen Dritter auf den Leim zu gehen, beschreibt Florian Staeck.

**W**as tun, wenn Patienten auf herkömmliche Breitband-Antibiotika nicht mehr ansprechen? Der Austausch unter den Hausärzten im Qualitätszirkel ist lebhaft, viele berichten von ihren Erfahrungen in der Praxis. Der hausärztliche Internist Michael Friederich aus Markgröningen in Baden-Württemberg geht gerne in diese Fortbildungsveranstaltung, bei der sich rund ein Dutzend Ärztinnen und Ärzte aus der Region regelmäßig treffen. Unter Leitung eines Moderators wird zunächst die einschlägige medizinische Leitlinie vorgestellt. Was ist angezeigt bei der Behandlung von Patienten mit multiresistenten Keimen? Den Teilnehmern in diesem strukturierten Qualitätszirkel liegen die Verordnungsdaten für Antibiotika aus der eigenen Praxis vor. „So kann jeder erkennen, wo seine Behandlung nicht nur von der Leitlinie, sondern auch von der Verordnungsweise der Kolleginnen und Kollegen abweicht“, berichtet Friederich. Die Atmosphäre sei eine völlig andere als in Frontalveranstaltungen, jeder könne hier aus seiner täglichen Arbeit etwas in die Diskussion einbringen und dabei das eigene diagnostische und therapeutische Vorgehen hinterfragen.

Der Dialog der Ärzte auf Augenhöhe gilt als exzellentes Instrument, um den Transfer von Wissen in die Praxis zu fördern – und damit die Versorgungsqualität. Genau 9.180 registrierte Qualitätszirkel gibt es nach Auskunft der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bundesweit, davon rund 2.200 für Hausärzte. Etwa 63.000 der insgesamt 164.000 ambulant tätigen Vertragsärzte und -psychotherapeuten haben im Jahr 2014 an einem Zirkel teilgenommen. So gut beleumundet diese Fortbildungsform von Ärzten ist – so heftig ist mitunter die Kritik an der Fortbildungspraxis vieler Ärztinnen und Ärzte in Deutschland: Ineffizient, zu praxisfern, zu sehr auf den Erwerb von Fortbildungspunkten fixiert. Was ist dran an den Vorwürfen?

**Kompetenz erweitern.** Das medizinische Wissen, so heißt es, verdoppelt sich alle zehn Jahre. Daher ist Fortbildung nicht nur ein integraler Bestandteil der ärztlichen Berufsausübung, sondern zentrales Element der Qualitätssicherung ärztlicher Tätigkeit. Das Medizinstudium umfasst in der Regel mindestens sechs Jahre. Die Weiterbildung dauert fünf bis zehn Jahre. Fortbildung hingegen begleitet Ärzte für die gesamte Dauer ihrer ärztlichen

Tätigkeit. Entsprechend prominent ist die Fortbildung in der Berufsordnung und im Sozialgesetzbuch V (SGB V) geregelt. In der Musterberufsordnung (MBO) heißt es: „Ärztinnen und Ärzte, die ihren Beruf ausüben, sind verpflichtet, sich in dem Umfange beruflich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zu ihrer Berufsausübung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist.“ Seit 1. Juli 2004 ist die Fortbildung für alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten gesetzlich vorgeschrieben (Paragraf 95d SGB V). Dies gilt gleichermaßen für niedergelassene Vertragsärzte, ermächtigte Ärzte oder beispielsweise in einem Medizinischen Versorgungszentrum angestellte Ärzte. Rund ein Jahr später beschloss der Gemeinsame Bundesausschuss für im Krankenhaus tätige Ärzte weitgehend identische Vorgaben.

Ihrer Fortbildungspflicht kommen Ärztinnen und Ärzte nach, wenn sie im Zeitraum von fünf Jahren insgesamt 250 CME-Punkte nachweisen (CME: Continuing Medical Education). Nachzuweisen sind die Punkte bei der jeweiligen Landesärztekammer oder -psychotherapeutenkammer. Klinikärzte müssen ihre Nachweise zusätzlich bei der ärztlichen Leitung des Krankenhauses einreichen. Jede CME-Fortbildung, für die Punkte vergeben werden sollen, muss der Veranstalter zuvor bei der Landesärztekammer zur Zertifizierung einreichen. Jährlich erkennen die Kammern bundesweit 300.000 Fortbildungsangebote an. Die rund fünf Millionen Teilnehmer erwerben dabei 20 Millionen CME-Punkte, berichtet Dr. Max Kaplan, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer und bei der Bundesärztekammer Vorsitzender des Senats für ärztliche Fortbildung.

### **Bundessozialgericht billigt Zulassungsentzug als Druckmittel.**

Der Gesetzgeber hat die Pflicht zur Fortbildung mit Biss versehen. Können Vertragsärzte ihre 250 Punkte am Ende der Fünf-Jahres-Periode nicht nachweisen, muss die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) das Honorar des säumigen Arztes um zehn Prozent kürzen. Sind seit dem Stichtag mehr als fünf Quartale vergangen, steigt der Honorarabschlag auf 25 Prozent. Werden die fehlenden Punkte nicht spätestens nach zwei Jahren nachgeholt, kann dem Arzt die Zulassung entzogen, die Ermächtigung oder die Anstellungsgenehmigung widerrufen werden. In diesem Fall ist die KV verpflichtet, einen Antrag auf Entzug der Zulassung zu stellen. Bei Phasen längerer Krankheit von mehr als drei Monaten, Mutterschutz-, Eltern- oder Pflegezeiten können Ärzte Verlängerungen der Fristen beantragen.

Das Sozialgericht Düsseldorf billigte im März 2015 in einem rechtskräftigen Urteil (Az.: S 2 KA 549/12) die Honorarkürzung um 70.000 Euro bei einer hausärztlich tätigen Internistin. Ihr Argument, sie habe sich fortgebildet, die Punkte aber nicht bei ihrer Ärztekammer nachgewiesen, nutzte nichts. Die gesetzliche Regelung zielt nicht auf den Erwerb, sondern auf den Nachweis der Fortbildungspunkte, stellten die Richter fest. In einem anderen Fall machte eine Ärztin „schwierige private Umstände“ geltend, warum sie die Punkte auch mit zweijähriger Verzögerung nicht nachweisen konnte. Das Bundessozialgericht zeigte sich in seinem Urteil vom Februar 2015 (Az.: B 6 KA 37/14 B) unbeeindruckt und billigte den Zulassungsentzug als Ultima Ratio.

**Fast alle Ärzte erfüllen die Fortbildungspflicht.** Ende Juni 2014 endete die zweite Nachweisperiode: 93.206 Ärzte und Psychotherapeuten waren aufgefordert, die verlangte Punktzahl zu dokumentieren. 91.410 kamen dieser Pflicht nach, das entspricht rund 98 Prozent, berichtet die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Ärgern sich Ärzte immer noch über die gesetzliche Vorgabe? Frank-Dieter Braun, Hausarzt im baden-württembergischen Biberach und stellvertretender Vorsitzender des Landes-Hausärzterverbandes, winkt ab. „Die Kollegen – und ich auch – haben sich längst damit arrangiert, dass wir Fortbildungspunkte nachweisen müssen.“ Aus seiner Sicht ist es für Ärzte, „die sich nicht jeder Fortbildung verweigern“, in der Regel kein Problem, die nötigen 40 Punkte jährlich zu generieren. Denn zehn Punkte pro Jahr erhält jeder Arzt bereits für das Selbststudium gutgeschrieben und muss dafür keinen Nachweis erbringen (siehe Kasten „Muster-Fortbildungsordnung: So können Ärzte punkten“ auf Seite 21).

**Inhaltliche Vorgaben fehlen.** Hat die gesetzliche Verpflichtung der ärztlichen Fortbildung einen Schub gegeben? Daran äußert Hausarzt Frank-Dieter Braun Zweifel: „Was mir an der derzeitigen Regelung fehlt, ist eine inhaltliche Ausrichtung und Vorgabe für die Fortbildung.“ Denn die MBO hält fest: „Ärzte sind in der Wahl der Fortbildungsmethoden frei.“ Vage heißt es, der Wissenserwerb sei „auf das individuelle Lernverhalten auszurichten“. Eine weitere Vorgabe in der MBO lautet, Gegenstand von Fortbildungen sollten sowohl „fachspezifische als auch interdisziplinäre und fachübergreifende Kenntnisse“ sein. Zudem sollen die Inhalte über die Einübung klinisch-praktischer Fähigkeiten hinaus auch die „Verbesserung kommunikativer und sozialer Kompetenzen umfassen“.

Für Ärzte an Krankenhäusern gilt, dass sie sich „überwiegend fachgebietsspezifisch“ fortbilden müssen. Die Unterscheidung zwischen dem, was spezifisch für das Fachgebiet des jeweiligen Klinikarztes ist sowie der sonstigen Fortbildung, trifft allein die „fortbildungsverpflichtete Person“. Inhaltlich haben Ärzte bei der Wahl, wie und zu welchem Thema sie sich fortbilden, große Freiheiten. Ärzte könnten alle ihre Fortbildungspunkte, wenn sie es wollen, „mit randständigen Themen bestreiten“, kritisiert Frank-Dieter Braun. „Das halten wir für sinnwidrig“, macht der Vize-Chef des Landeshausärzterverbandes deutlich. Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) stützt die Kritik Brauns. In einem Positionspapier wird die Fortbildungssituation für diese große Fachgruppe als „unbefriedigend“ beschrieben: „überholte didaktische Formate, zu geringe Berücksichtigung individueller Lernbedürfnisse, zu starke Orientierung an Spezialdisziplinen und an den Interessen der pharmazeutischen Industrie und eine einseitige Ausrichtung an quantitativen Elementen“ – eben den CME-Punkten. Die DEGAM hat eigene Kriterien für gute Fortbildungen aufgestellt (siehe Kasten „Kriterien für gute Fortbildung“ auf Seite 22).

**Qualitätszirkel als Motor der Fortbildung.** Der Hausarzt Frank-Dieter Braun sieht die Hausarztverträge in Baden-Württemberg als einen Motor der Fortbildungsqualität und verweist dazu auf die Pharmakotherapie-zirkel, von denen jeder an den Verträgen

## Muster-Fortbildungsordnung: So können Ärzte punkten

Wie Ärztinnen und Ärzte die vorgeschriebenen 250 Fortbildungspunkte innerhalb von fünf Jahren erwerben können, beschreibt die (Muster-)Fortbildungsordnung der Bundesärztekammer. Hier einige **Beispiele** für Fortbildungsformen und deren Bewertung – die **vollständige Liste unter [www.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de)** > Ärzte > Aus-, Weiter-, Fortbildung > Fortbildung.

<b>Vortrag und Diskussion</b>	1 Punkt pro 45-minütiger Fortbildungseinheit, 1 Zusatzpunkt bei dokumentierter Lernerfolgskontrolle pro Fortbildungsmaßnahme
<b>Mehrtägige Kongresse im In- und Ausland</b>	3 Punkte pro halbem Tag beziehungsweise 6 Punkte pro Tag
<b>Fortbildung mit konzeptionell vorgesehener Beteiligung jedes einzelnen Teilnehmers</b> (z. B. Workshop, Arbeitsgruppen, Qualitätszirkel, Peer Review, Balintgruppen, Kleingruppenarbeit, Supervision, Fallkonferenzen, Literaturkonferenzen, praktische Übungen)	1 Punkt pro 45-minütiger Fortbildungseinheit, 1 Zusatzpunkt pro Maßnahme bis zu 4 Stunden/höchstens 2 Zusatzpunkte pro Tag, 1 weiterer Zusatzpunkt bei dokumentierter Lernerfolgskontrolle pro Fortbildungsmaßnahme
<b>Fortbildungsbeiträge in Printmedien oder als elektronisch verfügbare Version</b> mit nachgewiesener Qualifizierung durch eine Lernerfolgskontrolle in digitaler beziehungsweise schriftlicher Form	1 Punkt pro 45-minütiger Fortbildungseinheit bei bestandener Lernerfolgskontrolle
<b>Hospitationen</b>	1 Punkt pro Stunde, höchstens 8 Punkte pro Tag
<b>Tutoriell unterstützte Online-Fortbildungsmaßnahme</b> mit nachgewiesener Qualifizierung durch eine Lernerfolgskontrolle in digitaler beziehungsweise schriftlicher Form	1 Punkt pro 45-minütiger Fortbildungseinheit, 1 Zusatzpunkt pro 45-minütiger Fortbildungseinheit bei vollständiger Erfüllung der qualitätssteigernden Kriterien eLearning der Bundesärztekammer

Quelle: Bundesärztekammer

teilnehmende Hausarzt mindestens vier pro Jahr besuchen muss. „Dabei stehen die großen hausärztlichen Erkrankungsbilder im Mittelpunkt, beispielsweise Diabetes oder Schlaganfall“, erläutert Braun. Es gebe im Südwesten rund 350 dieser Qualitätszirkel, die jeweils von einem geschulten Moderator geleitet werden.

Auch in anderen Bundesländern setzen Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen auf diese Fortbildungsform. So meldete etwa die KV Sachsen-Anhalt für das Jahr 2014 insgesamt 197 Qualitätszirkel mit 2.450 Teilnehmern. Eine Besonderheit ist dabei das „Strukturierte Informationsmanagement für Qualitätszirkel“, ein Projekt von KV, AOK Sachsen-Anhalt, IKK gesund plus und dem Lehrstuhl für Allgemeinmedizin der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg. Den Qualitätszirkeln werden Themen-Module zur Verfügung gestellt, zum Beispiel zu patientenzentrierter Gesprächsführung, Schmerztherapie in der Allgemeinarztpraxis, Demenz und riskantem Alkoholkonsum.

**Digitale Informationen gewinnen an Bedeutung.** Die Probleme für angestellte Klinikärzte sind oft anders gelagert als die ihrer ambulant tätigen Kollegen. Obwohl Fortbildung berufliche Verpflichtung und Teil der ärztlichen Arbeitsleistung sind, müssten angestellte Ärzte ihre Fortbildung vielfach „aus der eigenen Tasche bezahlen“, berichtet Hans-Albert Gehle, Mitglied

im Bundesvorstand der Klinikärztegewerkschaft Marburger Bund (MB). Fortbildung sollte in erster Linie in der Arbeitszeit stattfinden. Doch Arbeitgeber täten sich schwer damit, „sodass sich Ärzte in der Regel außerhalb der Arbeitszeit fortbilden“, sagt Gehle, der Vorsitzender des Arbeitskreises Fort- und Weiterbildungspolitik beim MB ist. Die arbeitszeitrechtlichen Vorgaben seien tarifvertraglich geregelt, erinnert er. So erhielten etwa Ärzte an kommunalen Krankenhäusern für Fortbildungsveranstaltungen pro Kalenderjahr eine Freistellung von drei Arbeitstagen bei Fortzahlung des Entgelts. Mehr Anstrengungen von den Arbeitgebern fordert der MB, damit sich Ärzte häufiger als bisher am Arbeitsplatz etwa über das Internet fortbilden können. Medizinische Information werde zunehmend digital und am Arbeitsplatz zugänglich angeboten, erläutert Gehle. Damit gewinne der Zugang zu dieser Form von Information „eine immer größere Bedeutung für Akutentscheidungen in der unmittelbaren Patientenversorgung“.

**Einflussnahme treibt Ärzte um.** Unabhängig von der Form der Berufsausübung treibt alle Ärzte das Thema um, inwiefern die Interessen Dritter, namentlich der Pharmaindustrie, Fortbildungen beeinflussen und wie dieser Einfluss transparent gemacht werden sollte. Weitergehende Forderungen lauten, jede Form von Einflussnahme und Sponsoring bei Veranstaltungen, bei

## Kriterien für gute Fortbildung

Viele ärztliche Fachgesellschaften befassen sich mit der Qualität von Fortbildungen und haben Kriterien dafür aufgestellt. Die **Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)** beispielsweise sieht für eine gute allgemeinärztliche Fortbildung unter anderem folgende Punkte als wichtig an:

**Lerner-Zentrierung:** Fortbildung soll an den eigenen Vorerfahrungen der Lernenden anknüpfen.

**Kontext-Relevanz:** Berücksichtigung der Gegebenheiten der allgemeinärztlichen Praxis, weil beispielsweise das Patienten Klientel ein völlig anderes ist als in einem Krankenhaus.

**Evidenzbasierung:** Veranstalter und Referenten müssen Inhalte und Empfehlungen transparent begründen können.

**Patientenorientierung:** die Vorstellungen, Bedürfnisse und Erwartungen der Patienten in einer allgemeinärztlichen Praxis sollten mit Blick auf eine wirksame Patientenberatung im Fokus stehen.

Quelle: DEGAM

denen CME-Punkte vergeben werden, zu verbieten. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen rügte in seinem Gutachten 2009, die „häufige“ Abhängigkeit der Veranstaltungen von industriellen Interessen Sorge für „eine gravierende Verzerrung der Information, die den verordnenden Arzt erreicht“. Dadurch könne das Ordnungsverhalten „in eine bestimmte Richtung manipuliert“ werden. Hausarzt Frank-Dieter Braun sieht mit Blick auf den eigenen Verband allerdings einen deutlichen Wandel in den vergangenen Jahren: „Früher kam ein Pharmareferent in die Praxis, lud in den Goldenen Ochsen ein, wo dann Professor XY über ein neues Präparat referierte. So etwas gibt es beim Hausärzterverband nicht mehr.“

Die Anerkennung einer Fortbildung setzt voraus, dass die zu vermittelnden Inhalte „frei von wirtschaftlichen Interessen sind“. Die Interessenkonflikte des Veranstalters und der Referenten müssen offen gelegt werden, heißt es in den Fortbildungsordnungen der Landesärztekammern. Die Zahl der Anbieter von Fortbildungen ist nahezu unüberschaubar. Medizinische Fachgesellschaften und Abteilungen von Kliniken dürften zu den größten Anbietergruppen gehören. Weiterhin bieten medizinische Verlage, die pharmazeutische Industrie oder pharmanaher Agenturen Fortbildungen an. Nicht primär ärztliche Anbieter, etwa aus den Wirtschafts- und Rechtswissenschaften, komplettieren die Vielfalt. Über das Ausmaß des Sponsorings von Veranstaltungen durch Dritte gibt es unterschiedliche Zahlen. Die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie zitiert Schätzungen, wonach 60 bis 70 Prozent aller Fortbildungen in Deutschland von der Industrie zumindest mitfinanziert sind. Christiane Fischer, Ärztliche Geschäftsführerin der Initiative MEZIS (Mein Essen zahl' ich selbst), spricht von 80 Prozent gesponserten Veranstaltungen. MEZIS, eine 2007 gegründete Gruppe „unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte“, setzt sich für pharmafreie Fortbildungen ein.

**Sponsoring ist schwer nachweisbar.** Ganz anders sehen die Zahlen einzelner Ärztekammern aus. Nach Angaben der Ärztekammer Berlin waren im Jahr 2013 lediglich etwas mehr als drei Prozent der 16.334 Veranstaltungen unmittelbar von einem Pharmaunternehmen finanziert. Bei zwölf Prozent der Veranstaltungen handelte es sich um Fortbildungen mit einem Sponsor. Das können nicht nur Pharmaunternehmen, sondern auch ein Berufsverband, ein Krankenhausträger oder eine Fachgesellschaft sein. Ähnlich die Angaben der Ärztekammer Westfalen-Lippe: Dort wiesen 2014 von den rund 30.000 Veranstaltungen im Jahr rund 2.000 ein Sponsoring auf (sieben Prozent), in rund 700 Fällen war dies ein Pharma- oder Medizinproduktehersteller, berichtet die Kammer (zwei Prozent). Anders ist die Situation bei der Ärztekammer Baden-Württemberg: Man habe anhand der Daten, die vorgelegt werden müssen, damit eine Veranstaltung zertifiziert werden kann, gar keine „verlässliche Möglichkeit, einen Veranstalter als Pharmaindustrie zu erkennen“, sagt Kammerpräsident Ulrich Clever. Dies sei für sich genommen auch nicht nötig, da die „Zugehörigkeit“ eines Veranstalters zur Pharmaindustrie kein Ausschlusskriterium sei, solange die anderen, in der Fortbildungsordnung und den Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung genannten Kriterien erfüllt sind, erläutert Clever.

Angesichts der Fülle von Veranstaltungen – in der vergleichsweise „kleinen“ Kammer Berlin sind es 1.320, bei der Kammer Baden-Württemberg 3.800 pro Monat – müssen sich die Kammern schon aus personellen Gründen auf die formale Kontrolle der Zertifizierungsanträge beschränken: So muss etwa die wissenschaftliche Leitung der Fortbildung einem Arzt obliegen, Veranstalter und Referenten müssen die Teilnehmer über Interessenkonflikte informieren. Des Weiteren müssen die Inhalte der Referate produktneutral sein – Produktnamen einzelner Arzneimittel oder Firmenwerbung sind untersagt. Clever weist darauf hin, dass nach den Regularien seiner Kammer „grundsätzlich keine Referenten der Sponsoren vortragen dürfen“.

**Kaum inhaltliche Prüfungen.** Aus Sicht von Christiane Fischer von MEZIS reicht das nicht. Inhaltliche Prüfungen fänden in den Kammern kaum statt, bedauert sie. Wenn ihre Organisation im konkreten Fall einen Verstoß feststelle, etwa im Hinblick auf die Produktneutralität, und diesen der Kammer melde, könne es im Einzelfall zur rückwirkenden Aberkennung von Fortbildungspunkten kommen. „Aber das ist ein unbefriedigendes Vorgehen“, sagt Fischer. Gingen Beschwerden von Teilnehmern einer Veranstaltung ein, werde der Veranstalter um eine Stellungnahme gebeten und die Angaben auf Plausibilität geprüft, berichtet Clever. Nur in Einzelfällen nehme ein hauptamtlicher Mitarbeiter der Kammer oder ein Beauftragter im Rahmen einer Stichprobenprüfung an einer Veranstaltung teil. Ein solcher „Gutachter“ sei kostenaufwendig, zudem müssten Wege der Kostendeckung, etwa durch Gebühren, gefunden werden, sagt Clever.

In Westfalen-Lippe sind im Jahr 2014 genau 367 Veranstaltungen retrospektiv geprüft worden, indem Teilnehmer etwa zur Produktneutralität befragt wurden – also 367 von rund 30.000 Veranstaltungen. Dabei habe es keine Beanstandungen

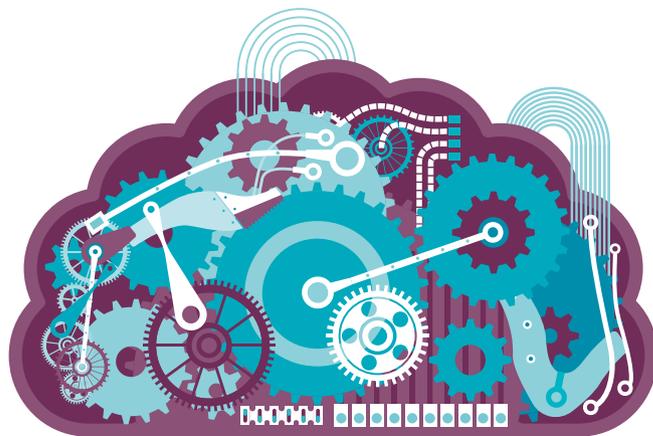
gegeben, teilt die Kammer mit. Durch die Vorabprüfung der Kammer wurden 2013/2014 in 91 Fällen eine Zertifizierung einer Veranstaltung abgelehnt, 46 davon wegen fehlender Produktneutralität.

**Kammer will mehr Transparenz schaffen.** Angesichts dieser Situation versuchen die Kammern, ihre Prüfinstrumente zu schärfen. In Westfalen-Lippe hat sich im Juli 2015 das neue Bewertungsgremium Fortbildungszertifizierung konstituiert, das sich zum Ziel setzt, „noch mehr Neutralität und Transparenz“ bei Fortbildungen zu schaffen. Im laufenden Jahr soll jede fünfte gesponserte Veranstaltung durch nachträgliche Befragungen der Teilnehmer begleitet werden, heißt es seitens der Kammer. Auch Baden-Württembergs Kammerpräsident Clever erklärt, die Stichprobenprüfungen müssten „verstetigt“ werden.

Aus Sicht von MEZIS ist der Graubereich nicht entdeckter oder transparent gemachter Beeinflussung trotz der geltenden Regularien zu groß. Zur Offenlegung von Interessenkonflikten erscheine bei Fortbildungen meist nur für wenige Sekunden eine Folie. „Aber das ist oft nur eine Pflichtübung und hat meist keine Konsequenzen“, berichtet MEZIS-Geschäftsführerin Fischer. Sie fordert, es dürfe für gesponserte Veranstaltungen grundsätzlich keine Fortbildungspunkte geben.

Das sieht Holger Diener, Geschäftsführer des Vereins „Freiwillige Selbstkontrolle der Arzneimittelindustrie“ (FSA) anders. Arzneimittel seien komplexe und erklärungsbedürftige Produkte. Er halte es für bedenklich, wenn der Hersteller, der das Arzneimittel erforscht, bis zur Zulassung gebracht „und damit profundes Wissen über das Produkt hat, von dem weiteren Wissenstransfer in die Praxis abgeschnitten würde“. Wenn die in den Fortbildungsordnungen der Kammern vorgegebenen Kriterien erfüllt sind, „sollte im Sinne der Gleichbehandlung auch die Möglichkeit zur Erlangung von Fortbildungspunkten möglich sein“, sagt Diener.

**Industrie stellt Verhaltenskodex auf.** Aufgabe des im Jahr 2004 gegründeten FSA mit aktuell 58 Mitgliedsunternehmen ist es nach eigener Darstellung, „für eine korrekte und den Regeln des lautereren Wettbewerbs entsprechende Zusammenarbeit von pharmazeutischen Unternehmen und Angehörigen der Fachkreise, insbesondere Ärzten sowohl im Klinikbereich als auch im niedergelassenen Bereich, zu sorgen“. Die Regularien für Fortbildungen sind im „Kodex Fachkreise“ festgehalten. Dort heißt es unter anderem, die FSA-Mitgliedsunternehmen dürften Ärzte nur dann zu eigenen Fortbildungsveranstaltungen einladen, wenn „der berufsbezogene wissenschaftliche Charakter eindeutig im Vordergrund steht“. Unterbringung und Bewirtung dürften „einen angemessenen Rahmen nicht überschreiten“. Die Auswahl des Tagungsorts habe nach „sachlichen Gesichtspunkten“ zu erfolgen, nicht nach seinem Freizeitwert. Leitlinien im Kodex konkretisieren unbestimmte Begriffe wie beispielsweise „angemessen“. So wird als „Orientierungsgröße für eine noch angemessene Bewirtung“ der Betrag von 60 Euro pro Person angegeben. Seit 2004 sei der Kodex siebenmal präzisiert und verschärft worden, berichtet Diener. Mittlerweile sei es Standard, dass „die Höhe der Unterstützungsleistungen und die dafür



## Beispiel Kanada: Nur die Leistung zählt

Andere Länder, andere Fortbildungskonzepte: In Kanada lernen Ärztinnen und Ärzte seit den 80er Jahren nach den Methoden des Continuing Professional Development hinzu. Dieses System der kontinuierlichen professionellen Weiterentwicklung unterscheidet sich deutlich vom Fortbildungssystem in Deutschland. **Nicht primär Kompetenz steht im Vordergrund, sondern „Performance“ in der Berufsausübung.** Ärztliche Selbstverwaltung und Berufsverbände haben in Kanada seit Mitte der 90er Jahre ein Rahmenkonzept entwickelt, das Monitoring and Enhancement of Physician Performance.

Die einzelnen Provinzen setzen entlang dieser Vorgaben das Fortbildungssystem unterschiedlich um. Ein Beispiel ist der Bundesstaat Ontario: Dort werden jährlich 500 bis 600 Ärzte vom College of Physicians and Surgeons per Zufall ausgewählt und einem Peer-Assessment unterzogen. Die Teilnahme ist verpflichtend. Bei dieser Form der Kollegen-Beurteilung kommt ein „Peer“ für einen halben Tag in die Praxis. Nach einem Einleitungsgespräch und einer Praxisbegehung sichtet der Gutachter in einer Zufallsstichprobe 25 bis 30 Krankenakten. Die Akten gelten als geeignete Basis für die Beurteilung der Berufsausübung. Das hängt auch mit den strengen Anforderungen in Kanada im Hinblick auf die Dokumentation von Diagnose, Untersuchungen und Behandlungsplan zusammen. Der Gutachter verfasst einen Bericht für das zuständige Qualitätssicherungskomitee. Der geprüfte Arzt erhält einen Ergebnisbericht.

**Abhängig vom Ergebnis des Peer-Assessments erhält der Arzt gegebenenfalls Empfehlungen zur Fortbildung,** die mit einem erneuten Peer-Besuch zur Erfolgskontrolle verknüpft werden können. Solche Empfehlungen bekommt ungefähr jeder zehnte geprüfte Arzt. Tritt keine Besserung der Performance ein, kommt es in seltenen Fällen (zwei bis drei Prozent) zu einem mehrtägigen Assessment des Arztes. Ziel dabei ist, die **Patientensicherheit zu gewährleisten.** Im Falle anhaltender Qualitätsmängel wird ein Disziplinarkomitee eingeschaltet, das Einschränkungen der Berufszulassung oder andere Auflagen aussprechen kann.

*Florian Staeck*

Früher lud ein Pharmareferent in den „Goldenen Ochsen“ ein, wo Professor XY über ein neues Präparat referierte. Diese Art Fortbildung halten Ärzteverbände für überholt.

gewährten Gegenleistungen transparent gemacht werden“, so der Geschäftsführer.

**Skepsis gegenüber einer Selbstverpflichtung.** Die Organisation MEZIS sieht freiwillige Selbstverpflichtungen der Industrie mit Skepsis, denn dabei sei „der Kläger zugleich der Richter“, sagt Geschäftsführerin Fischer. „Wir wollen keine Kontrolle durch andere Unternehmen, wir wollen eine Kontrolle durch staatliche Instanzen“, sagt sie. FSA-Geschäftsführer Diener entgegnet, es gehe mit dem Kodex nicht darum, gesetzliche Regelungen verhindern zu wollen. Wenn der Gesetzgeber den Ansatz der Selbstregulierung aufgreife, begrüße man dies, „da damit für alle Unternehmen, und nicht nur für die die FSA-Mitglieder, einheitliche Standards gelten“, so Diener. Im laufenden Jahr wird die FSA erstmals geldwerte Zuwendungen an Ärzte und an medizinische Einrichtungen veröffentlichen. Das sieht der FSA-Transparenzkodex von 2014 vor.

Ärztliche Verbände, Organisationen und Gesellschaften gehen unterschiedlich mit der Herausforderung um, Transparenz in der Fortbildung herzustellen. Der Hausärzteverband Baden-Württemberg setzt bei Pharmakotherapiezentren im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung auf die inhaltliche Steuerung durch eine eigene Fortbildungskommission. Darin vertreten sind die DEGAM, das Institut für hausärztliche Fortbildung und das Kompetenzzentrum für Allgemeinmedizin der Universität Heidelberg, „nicht aber Krankenkassen und erst recht keine Pharmaindustrie“, erläutert Verbandsvize Braun. Mit

Co-Sponsoring gehe man „sehr restriktiv“ um. Eine Ausnahme sei der jährliche Landes-Hausärzterttag, wo Banken und Pharmaunternehmen präsent sein dürften.

**Konzepte für öffentliche Finanzierung angemahnt.** Auch die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) hat die Kriterien für die Offenlegung von Interessenkonflikten und für den Umfang mit pharmagesponserten „Satellitenkongressen“ am Rande von wissenschaftlichen Tagungen verschärft. Allerdings sei es weder „sinnvoll und auch nicht möglich, die Industrie von Fortbildungsaktivitäten auszuschließen“. Arznei- und Diagnostikindustrie sowie Hersteller medizinisch-technischer Geräte seien „untrennbar mit dem Fortschritt in der Diagnostik und Therapie von Krebs verbunden“, heißt es in einem Positionspapier aus dem Jahr 2013. Industriesymposien leisten einen wichtigen Beitrag zur Finanzierung von Kongressen. Die DGHO spielt den Ball an die Politik zurück. Angesichts der gesetzlichen Verpflichtung zur Fortbildung sei es „erstaunlich und befremdlich, dass Konzepte für eine öffentliche Finanzierung vollständig fehlen“. So gingen die Kosten für Fortbildung weder in die Fallpauschalen im Krankenhaus noch in die Vergütungssysteme niedergelassener Ärzte ein, kritisiert die DGHO.

**Ärzte und Industrie verschärfen die Regeln weiter.** Die Debatte um die Offenlegung von Interessenkonflikten entwickelt sich weiter. So hat beispielsweise das britische Pharmaunternehmen GlaxoSmithKline angekündigt, ab diesem Jahr keine Honorare mehr für Referenten zu zahlen, die als Ärzte oder Wissenschaftler Vorträge über unternehmensrelevante Produkte halten. Ärzten würden generell keine Reise-, Übernachtungs- oder andere Fortbildungskosten mehr erstattet. Geplant ist, Geld in einen Fortbildungspool einzuzahlen, der auch von anderen Unternehmen gespeist werden könne. Auf ärztlicher Seite verschärfen unterdessen Organisationen die sich selbst auferlegten Regeln im Hinblick auf die Organisation von Fortbildungen. Ein Beispiel ist die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), ein Gremium, das die Bundesärztekammer zu Medikamenten und zur Arzneimittelpolitik berät. Im Januar 2016 hat die AkdÄ erklärt, auf jegliche direkte wie indirekte Finanzierung eigener Fortbildungsveranstaltungen durch Hersteller von Arzneimitteln oder Medizinprodukte verzichten zu wollen. Die Referenten von AkdÄ-Fortbildungen dürfen – nach einer Übergangsfrist – seit mindestens zwei Jahren keine finanziellen Interessenkonflikte, sei es durch Beratertätigkeiten oder die Teilnahme an Anwendungsbeobachtungen, mehr aufweisen. Es reiche nicht, nur Transparenz zu schaffen, denn auch deklarierte Interessenkonflikte könnten zu verzerrter Darstellung von Fortbildungsinhalten führen, erklärt die Kommission.

Solche Ansätze zeigen, wie ernst es den Beteiligten mit der Transparenz in der ärztlichen Fortbildung ist. Sie werden dabei nicht stehen bleiben können, denn die Halbwertszeit medizinischen Wissens wird weiter sinken. Damit steigt die Bedeutung unabhängiger, qualitätsgesicherter Fortbildung. ■

**Florian Staeck** ist Redakteur bei Springer Medizin, Ärzte Zeitung.

**Kontakt: Florian.Staeck@springer.com**

#### Lese- und Webtipps

- [www.kbv.de](http://www.kbv.de) > Service für die Praxis > Qualität > Qualitätszirkel
- [www.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de) > Ärzte > Aus-, Weiter-, Fortbildung > Fortbildung
- [www.degam.de](http://www.degam.de) > Fortbildung > DEGAM-Positionspapier: Hausärztliche Fortbildung im Qualitätszirkel, Chancen und Risiken bei der Integration von Disease-Management-Programmen
- [www.mezis.de](http://www.mezis.de) Homepage des Vereins „Mein Essen zähl ich selbst“
- [www.akdae.de](http://www.akdae.de) > Fortbildung > Regeln der AkdÄ
- [www.aerzteblatt.de](http://www.aerzteblatt.de) > Archiv > DÄ 1-2/2016 > Themen der Zeit
- [www.fsa-pharma.de](http://www.fsa-pharma.de) > Verhaltenskodizes der Arzneimittelindustrie
- Florian Staeck: **Zwischen Hörsaal und Krankbett.** Artikel über das Medizinstudium. In: G+G 3/2015, S. 22–28

# „Sponsoring erhöht Risiko für verzerrte Informationen“

Ärztinnen und Ärzte brauchen mehr unabhängige Fortbildung, meint Klaus Lieb. Hochwertige Informationen erhalten sie in Veranstaltungen, die Studienergebnisse in das Gesamtwissen einordnen und Behandlungsalternativen aufzeigen.

**Herr Professor Lieb, wie leicht ist es für Ärztinnen und Ärzte, auf dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens zu bleiben?**

**Klaus Lieb:** Wenn man bedenkt, wie viele Studien jeden Monat veröffentlicht werden und wie schnell sich das medizinische Wissen überholt, ist es sehr schwierig, immer auf dem aktuellen Stand zu bleiben. Daran ändert die Fortbildungspflicht nichts. Entscheidend ist vielmehr, dass Ärztinnen und Ärzte an hochwertige Informationen kommen. Und das können Fortbildungsveranstaltungen leisten, die Inhalte unverzerrt durch Sekundärinteressen, wie beispielsweise der Pharmaindustrie, darstellen. Sie sollten neueste Studienergebnisse in das Gesamtwissen einordnen und zu jeder Therapie die Alternativen kritisch vorstellen und diskutieren.

**Als wie motiviert nehmen Sie Ärztinnen und Ärzte in Bezug auf die Fortbildung wahr?**

**Lieb:** Der Großteil der Ärztinnen und Ärzte ist sehr daran interessiert, das bestmögliche Wissen für eine bestmögliche Behandlung zu erlangen. Auch sehe ich eine zunehmende Bereitschaft, für Fortbildung etwas zu bezahlen, um an bessere und unabhängige Informationen zu kommen.

**Welche Stärken und welche Schwächen hat das deutsche Fortbildungssystem?**

**Lieb:** Wir können unter einer großen Zahl von Angeboten im Fortbildungsmarkt wählen – einschließlich der vielen Online-Angebote. Die Qualität der einzelnen Angebote und ob sie von der Pharmaindustrie gesponsert werden oder unabhängig sind, ist jedoch häufig nur schwer zu erkennen. Die Ärztekammern sortieren lediglich Fortbildungen aus, die ganz offensichtlich nur den Interessen der Industrie dienen.

**Wie gut eignen sich Informationen der Arzneimittelhersteller für die ärztliche Fortbildung?**

**Lieb:** Selbstverständlich brauchen Ärztinnen und Ärzte auch Informationen über neue Arzneimittel. Wenn aber die Herstel-

ler selbst die Fortbildung übernehmen oder Ärzte als Meinungsbildner engagieren, ist das Risiko groß, dass sie die Inhalte verzerren und einseitig zugunsten ihres Produktes informieren.

**Warum wird das Sponsoring nicht untersagt oder gesponserte Veranstaltungen mit weniger Punkten vergolten?**

**Lieb:** Mit einem Verbot des Sponsorings oder einer Vergabe von



Prof. Dr. Klaus Lieb ist Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Universitätsmedizin Mainz und Vorsitzender des Fachausschusses für Transparenz und Unabhängigkeit in der Medizin der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft.

mehr Punkten für unabhängige Fortbildungen tun sich die Ärztekammern schwer. Am besten wäre es, wenn Ärztinnen und Ärzte gesponserte Fortbildungen meiden. Dazu muss Sponsoring leichter zu erkennen sein, insbesondere wenn Agenturen zwischengeschaltet sind. Unabhängige Fortbildungen, wie wir sie in der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft nach neuen Regeln anbieten, müssen ausgebaut werden. Bereits im Jahr 2007 haben Ärztinnen und Ärzte den Verein MEZIS – Mein Essen zahl' ich selbst – gegründet, um auf die Notwendigkeit der ärztlichen Unabhängigkeit hinzuweisen und zu zeigen, dass Fortbildung ohne Sponsoring möglich ist. Heute machen fast 1.000 Ärztinnen und Ärzte bei MEZIS mit. Auch viele Nicht-Mitglieder begrüßen die Ziele des Vereins. ■

Die Fragen stellte Anne Töpfer.

A portrait of Prof. Dr. Heinz-Peter Schmiedebach, a middle-aged man with glasses, wearing a dark blue blazer over a blue button-down shirt. He is standing in a brightly lit, modern interior space, possibly a hallway or a large room with white walls and ceiling lights. The background is slightly blurred, showing architectural details like door frames and ceiling panels. A semi-transparent white box is overlaid on the bottom left of the image, containing text.

## Zur Person

**Prof. Dr. Heinz-Peter Schmiedebach**, geboren 1952, ist Arzt, Medizinhistoriker und -ethiker. Seit 2003 hat er die Professur für Geschichte und Ethik der Medizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf inne und leitet dort das Institut für Geschichte und Ethik der Medizin. Zum Wintersemester 2015/16 erhielt Schmiedebach einen Ruf auf die erste Professur für Medical Humanities in Deutschland. Er ist seitdem als Professor des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf an die Berliner Charité abgeordnet. Die zweijährige Stiftungsgastprofessur ist Teil des Projekts „GeDenkOrt.Charite – Wissenschaft in Verantwortung“ und wird von der Friede Springer Stiftung unterstützt.

# „Kunst und Kultur gehören in die Medizin“

Im Studium lernen Ärztinnen und Ärzte, den Menschen auf das Körperliche zu reduzieren, meint [Heinz-Peter Schmiedebach](#). Der Medizinethiker erweitert als Professor für Medical Humanities an der Charité die Perspektive, um neue Ressourcen im Umgang mit Krankheit zu erschließen.

**Herr Professor Schmiedebach, Sie haben die Stiftungsgastprofessur Medical Humanities an der Charité übernommen. Welche Aufgaben sind damit verbunden?**

**Heinz-Peter Schmiedebach:** Es geht darum, auf dem Campus in Berlin-Mitte einen Gedenkort mitzugestalten: einen Ort des Innehaltens und der Information über frühere Verbrechen der Medizin und Gefährdungspotenziale heute. In einer interdisziplinären Arbeitsgruppe, die seit Längerem besteht und bereits einiges aufgebaut hat, entwickeln wir das Konzept für den Gedenkort Charité weiter – bis hin zu einzelnen Installationen.

**Darauf komme ich nachher zurück. Sie haben auch Aufgaben in der Lehre. Woran knüpfen Sie da an?**

**Schmiedebach:** Die Approbationsordnung sieht seit 2004 den Querschnittsbereich Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin vor. Daran knüpfe ich an und erweitere es um das, was die Medical Humanities ausmacht. Dieser Begriff fasst die nicht-naturwissenschaftliche Seite in der Medizin. Die Medical Humanities spielen in der Ausbildung bisher eine geringe Rolle: Die Studierenden werden sechs Jahre lang darauf getrimmt, den Körper als Objekt zu sehen. Die kulturell und sozial geprägte Patienten-Subjektivität gerät dabei in Vergessenheit. Auch die Medizin selbst ist ein Produkt sozialer und kultureller Einflüsse. Die Medical Humanities berücksichtigen alle Kulturwissenschaften, zudem die Literaturwissenschaften oder die Sozialwissenschaften. Kunst und Kultur gehören in die Medizin.

**Könnten Sie das an einem Beispiel verdeutlichen?**

**Schmiedebach:** Ein großes Feld der Medical Humanities ist die Literatur. Thomas Mann beschäftigt sich in seinem Roman „Der Zauberberg“ damit, wie die Tuberkulose auf Psyche und Verhalten der Menschen wirkt. Er beschreibt eine Entsittlichung und Grenzüberschreitung im Angesicht des Todes. Auch in medizinischen Lehrbüchern der zwanziger Jahre finden sich Psychogramme der Tuberkulose-Kranken, in denen die sexuelle Enthemmung eine Rolle spielt. Es gibt also Parallelen zwischen Literatur und medizinischer Lehre. Darüber hinaus schreiben manche Patienten über ihre Krankheit. Darunter sind auch Literaten, wie Christoph Schlingensiefel und Wolfgang Herrndorf, die in ihren Büchern viel über ihr subjektives Erleben der Krebserkrankung mitteilen. In den USA motivieren Ärzte Patienten, ihre Krankheitserfahrungen aufzuschreiben. Subjektive Elemente der Krankheitserfahrung treten im Gespräch meist nicht zu Tage. Im Schreiben wird der Patient zum wichtigen Akteur in der Krankheitsbewältigung und bietet den Therapeuten eine Möglichkeit, sich mit seiner Subjektivität auseinanderzusetzen.

**Wie weit sind andere Länder in den Medical Humanities?**

**Schmiedebach:** In den USA hat das Fach eine längere Tradition. Ärztinnen und Ärzte lernen dort beispielsweise Slow-Looking, indem sie Gemälde aus der frühen Neuzeit oder der Renaissance interpretieren. Damit üben sie das genaue Hinsehen, das im Zeitalter der modernen Medien manchmal verloren geht. Das



„Wenn Ärzte sich auf die Auswertung von Labor- oder Röntgendaten beschränken, geht Menschlichkeit verloren.“

ist ein Beispiel, in dem die Medical Humanities über Geschichte und Literatur hinausgehen. Es ist ein Versuch, über die Geistes-, Sozial- und Kulturwissenschaften Ressourcen im Umgang mit Krankheiten zu mobilisieren.

**Wie füllen Sie die Medical Humanities an der Charité mit Leben?**

**Schmiedebach:** In der Ringvorlesung Ethik bin ich sowohl in der Organisation als auch mit Vorträgen präsent. Zudem biete ich in diesem Semester zwei Seminare an: eines zur Geschichte von Syphilis und Aids und eines über die Psychiatrie. Ich versuche, in diesen Veranstaltungen die Ansätze der Medical Humanities möglichst weitgehend umzusetzen. So beziehe ich etwa einen Kunsthistoriker oder eine Künstlerin ein, wenn es um die Ikonografie von Syphilis und Aids geht, also die bildliche Darstellung dieser Krankheiten. Das Seminar war für 20 Teilnehmer ausgeschrieben und innerhalb von einer Woche ausgebucht.

**Wie schaffen Medizinstudierende es, Ihre Seminare zu besuchen, obwohl sie mit den naturwissenschaftlichen Pflichtfächern bereits gut ausgelastet sind?**

**Schmiedebach:** Meiner Erfahrung nach sind 30 bis 40 Prozent der Medizinstudierenden daran interessiert. Sie sehen die Defizite der Medizin – die Reduktion auf das rein Körperliche. Aber es gibt eben auch 60 bis 70 Prozent Studierende, die sich nicht damit auseinandersetzen wollen. Das liegt zum Teil daran, dass das Lesen von Prosatexten eine große Herausforderung darstellt. Manche Medizinstudenten haben Probleme, aus einer Seite Text die zentrale Aussage herauszufiltern.

**Sind diese angehenden Ärztinnen und Ärzte in der Lage, im späteren Berufsalltag komplexe Zusammenhänge zu erfassen?**

**Schmiedebach:** Das ist eine berechtigte Sorge. Die Reduktion

von Komplexität führt teilweise nicht zum Ziel: Man macht schnell etwas, lässt sich nichts zu Schulden kommen, aber hilft auch nicht. Manche der Studierenden sind anfällig für diese reduzierte Betrachtung, auch im Umgang mit Patienten. Die Medical Humanities sind kein Allheilmittel, und wir haben nur die ersten Pflänzlein im Curriculum verankert. Wir wollen das aber ausbauen: Künftig soll es beispielsweise Angebote im Zusammenhang mit Promotionen und Habilitationen geben.

**Von Humanities komme ich zur Menschlichkeit. Welche Bedeutung hat sie heute in der Medizin?**

**Schmiedebach:** Menschlichkeit zeigt sich in erster Linie darin, Empathie für Patienten zu haben. Das kann man nicht lernen. Aber das, was die Medical Humanities vermitteln, lässt sich lernen: den Patienten als Subjekt und als Persönlichkeit mit einer eigenen Geschichte und eigenem Selbstverständnis ernst zu nehmen. Zwar muss ich als Arzt auch objektivieren und beispielsweise Labor- oder Röntgendaten auswerten. Aber wenn ich mich darauf beschränke, geht Menschlichkeit verloren.

**Warum hapert es häufig an Einfühlungsvermögen? Wie ließe sich die Situation verbessern?**

**Schmiedebach:** Diese Aspekte sind in der Ausbildung kaum vertreten. Auch ein Kommunikationstraining vermittelt lediglich Techniken. Manche Ärzte schaffen es nicht einmal, Patienten beim Sprechen anzuschauen. Ein Kommunikationstraining trifft aber nicht den Kern, es verändert die Haltung nicht.

**Also den Patienten als Subjekt zu sehen?**

**Schmiedebach:** Genau – und ihn ernst zu nehmen. Als Assistenzarzt war ich selbst einmal hilflos, als eine Patientin sagte: Da ist ein Wulst im Bauch, da ist irgendwas drin. Körperliche Untersuchungen, Ultraschall- und Röntgenbilder zeigten nichts. Dann müsste ich fragen: Was heißt Wulst im Bauch? Wofür kann das eine Metapher sein? Das verlangt Zeit, Fantasie und Übung. Aber nur so werde ich dieser Patientin gerecht.

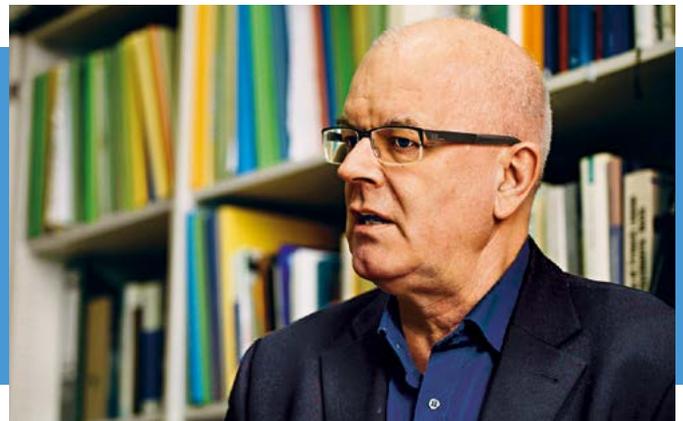
**Wäre es eine Hilfe, die Gesprächszeit besser zu bezahlen?**

**Schmiedebach:** Vielleicht muss sich das Abrechnungssystem ändern. Die ärztliche Arbeit hat sich sehr verdichtet. Als ich 1988 in der Chirurgie arbeitete, konnte ich mir meist ab vier oder fünf Uhr Zeit nehmen, um mit Patienten zu reden. Das ist heute so

nicht mehr möglich. Die Medizin ist komplizierter geworden. Hinzu kommen die Dokumentationspflichten. Ich verstehe, was mit den Diagnosis Related Groups beabsichtigt war. Aber dieses Abrechnungssystem richtet sich zum Teil gegen die Interessen der Patienten. Wenn die Politik das Gesundheitswesen einer Ökonomisierung unterwirft, darf sie sich nicht wundern, wenn die Kaufleute im Krankenhaus den Ton angeben: Steigerungsraten festlegen, Stellen kürzen. Ich finde das im Umgang mit kranken Menschen fatal. Aber es ist gewünscht – auch von den Kassen.



eine martialische und aggressive Komponente. Seitdem ist vom Bekämpfen der Bakterien, der Vernichtung des Feindes die Rede. Doch die Rhetorik beeinflusst die Haltung: Es ist dann normal, dass ich vernichte, dass ich bekämpfe – im Interesse des Heilens. Das würde ich gerne auflösen und darauf achten, dass das untrennbar Verbundene nicht diese martialische Gestalt annimmt. Wir müssen überlegen, welche Alternativen wir als Ärzte zu diesem Vernichtungskonzept haben. Müssen wir nicht versuchen, durch andere Lebensformen und neue Therapieziele Gleichgewichtszustände herzustellen? Das wäre ein vollkommen neuer



**Die Sozialversicherung – Sie haben gerade die Kassen erwähnt – ist aber auch ein Ausdruck von Menschlichkeit. Ist das Modell der solidarischen Absicherung für Zeiten von Krankheit und Alter durch die Ökonomisierung gefährdet?**

**Schmiedebach:** Ja, aber nicht nur durch die Ökonomisierung, sondern auch durch die Entwicklung der Medizin. Die Technisierung verteuert die Medizin, vielleicht unter anderem dadurch, dass manches zu häufig angewandt wird. Mit den Herzkatheteruntersuchungen sind Ärzte heute sehr schnell bei der Hand. Bei den Endoprothesen scheint es ähnlich zu sein. Bestimmte Mechanismen treiben die Preise hoch und können ein solidarisches System an die Grenzen bringen.

**Wann und wo ist Menschlichkeit in der Medizin in Gefahr? Wo sehen Sie latent destruktive Potenziale der Medizin?**

**Schmiedebach:** Diese latent destruktiven Potenziale sind im Nationalsozialismus am deutlichsten zu Tage getreten: in der Ermordung von Menschen, bei Menschenversuchen. Allerdings bewegt sich die Medizin immer auf einem schmalen Grat. Jede klinische Studie birgt ein Gefährdungspotenzial, das wir in Kauf nehmen, aber reduzieren müssen. Heilen und Zerstören sind in der Medizin untrennbar verbunden, beispielsweise bei Amputationen, Krebsoperationen oder der Anwendung von Medikamenten, die auch gesunde Zellen vernichten.

**Zerstören und Heilen kann das Gleiche sein?**

**Schmiedebach:** Es ist vielfach gekoppelt. Das zeigt sich auch in der Sprache, die heute noch im Unterricht und in der Medizin benutzt wird. Sie bekam im 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts

Ansatz, der möglicherweise Ressourcen eröffnet, die wir im Moment noch gar nicht erahnen. Nach wie vor denken wir Ärzte: Da ist der unsichtbare Feind, aber mit unseren jetzigen Waffen ist er nicht mehr zu schlagen.

**Die destruktiven Potenziale sind in der Medizin also angelegt?**

**Schmiedebach:** Ja, und in der Zeit des Nationalsozialismus sind sie explodiert, enthemmt durch die Ideologie oder eine falsch verstandene Vaterlandsliebe. Es gab durchaus Ärzte, die den Staat von seinen sozialen Aufgaben entlasten wollten und so Zwangssterilisation oder Ermordung begründeten.

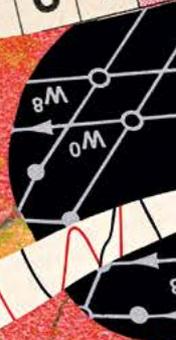
**Sie arbeiten deshalb mit an dem Gedenkort für die Verbrechen gegen die Menschlichkeit in der Charité während des Nationalsozialismus.**

**Schmiedebach:** Im Gedenkort, den wir gemeinsam mit der Universität der Künste aufbauen, stehen die Charité und der Nationalsozialismus im Mittelpunkt. Aber es geht um mehr: darum, anhand der Verbrechen auf die grundsätzlichen Fragen einer Medizin in Verantwortung hinzuweisen und damit einen Bezug zur Gegenwart und zur Zukunft herzustellen. Deswegen ist es gut, das mit der Stiftungsgastprofessur Medical Humanities zu verbinden. Auf einem Pfad, der Teil des Gedenkorts ist und sich über den ganzen Campus zieht, sprechen wir Mitarbeiter wie auch Besucher der Charité mit Infotafeln an verschiedenen Stellen an. Darüber hinaus wollen wir auf dem Gelände ein Kunstwerk etablieren, das die Betrachter berührt. ■

Die Fragen stellte Anne Töpfer.



0101100



# Ideenschmiede für Gesundheits-Reformer

Integrierte Versorgung, Kassenwettbewerb,  
Risikostrukturausgleich – der Sachverständigen-  
rat für das Gesundheitswesen hat in den  
vergangenen 30 Jahren vieles vorgedacht, was  
später Gesetz geworden ist. Eine Zwischenbilanz  
von **Eberhard Wille**

**S**pät erblickte er das Licht der Welt, aber dann machte er um so deutlicher von sich Reden: der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Als der damals für die gesetzliche Krankenversicherung zuständige Bundesarbeitsminister Norbert Blüm am 19. Dezember 1985 den Gesundheits-Sachverständigenrat aus der Taufe hob, hatten die Wirtschaftsweisen bereits ihr 22. Jahresgutachten vorgelegt. Der neue Gesundheits-Sachverständigenrat sollte medizinische und ökonomische Orientierung geben, wie der programmatische Titel seines ersten Gutachtens 1987 lautete. Bis heute folgten weitere 17 Gutachten, darunter sechs Sondergutachten. Im Schnitt macht das alle zwei Jahre eine Expertise mit mehreren hundert Seiten und entsprechendem Gewicht.

**Aufgaben gesetzlich definiert.** Dabei agiert der Sachverständigenrat nicht im rechtsfreien Raum. Vielmehr sind seine Aufgaben gesetzlich vorgegeben. So hat er nach Paragraph 142 Sozialgesetzbuch V (SGB V) „Gutachten zur Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen

Auswirkungen zu erstellen“. Er erstellt die Gutachten im Abstand von zwei Jahren. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beruft den Rat und kann ihn neben den regulären Jahresgutachten mit Sondergutachten beauftragen. Deren Gegenstand bestimmt das BMG. Das Ministerium muss die Expertisen dem Bundestag und dem Bundesrat vorlegen. Inhaltlich soll der Rat „unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und vorhandenen Wirtschaftlichkeitsreserven Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen“ entwickeln sowie „Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens“ aufzeigen.

In seinen Gutachten machte der Rat vor allem Vorschläge zur ordnungs- und wettbewerbspolitischen Orientierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), zur Finanzierung, zu den Problemen an den Schnittstellen einzelner Leistungssektoren, zum Krankenhaus- und Arzneimittelbereich sowie zur Pflege.

**Wettbewerb angeschoben.** Die ordnungs- und wettbewerbspolitische Orientierung der GKV nahm der Rat zum Beispiel in seinem Gutachten 2005 unter die Lupe. Danach enthalten

alle gesamtwirtschaftlichen Koordinationsinstrumente und Allokationsmechanismen wettbewerbliche Elemente. Sie dienen dazu, die knappen Ressourcen aufzuteilen.

Wettbewerbliche Prozesse existieren aber nicht nur im Rahmen des Markt- und Preismechanismus, sondern auch innerhalb der staatlichen Planung und Steuerung sowie im Zuge der korporativen Koordination. Dabei versuchen zahlreiche Verbände ihre partikularen Interessen durchzusetzen und spezielle Allokationsentscheidungen zu beeinflussen. Mehr als jeder andere Wirtschaftssektor weist das Gesundheitswesen eine Fülle von korporativen Elementen auf. Ein Paradebeispiel der korporativen Koordination ist die Gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzte, Krankenkassen und Krankenhäuser im Rahmen der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung.

Eine ordnungspolitische Besonderheit des Gesundheitswesens besteht darin, dass auf seinen einzelnen Teilmärkten unterschiedliche Allokationsmechanismen vorherrschen. Während im ambulanten Bereich die korporative Koordination und im stationären Sektor die öffentliche Planung und staatliche Administration jeweils als zentrale Steuerungsinstrumente dienen, koordiniert bei den Arznei- und den meisten Hilfsmitteln im Wesentlichen der Markt- und Preismechanismus die knappen Ressourcen.

Wettbewerb ist jedoch auch im Gesundheitswesen kein Selbstzweck. Vielmehr dient er dazu, übergeordnete Ziele zu erfüllen. Insbesondere soll er dazu beitragen,

- die gesundheitlichen Leistungen am objektivierten Bedarf auszurichten,
- die Bedürfnisse von Patienten zu berücksichtigen,
- die Leistungserbringer nach erbrachter Qualität zu entlohnen,
- Produkt- und Prozessinnovationen zu fördern und
- monopolistischen Machtmissbrauch durch staatliche Instanzen, Krankenkassen und Leistungserbringer zu verhindern (siehe Jahrgutachten 2005 und Sondergutachten 2012).

**Ohne Risikostrukturausgleich geht's nicht.** Ein funktionsfähiger Wettbewerb stellt sich aber nicht von selbst ein, sondern benötigt eine zielorientierte Rahmenordnung. So forderte schon das erste Gutachten 1987 als Voraussetzung für einen „ordnungspolitisch sinnvollen Wettbewerb unter den Kassen (...) startgleiche Risikostrukturen“. Der Rat plädierte in diesem Kontext für einen dauerhaften Ausgleich sowohl der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder als auch der Morbiditätsrisiken der Versicherten.

Inzwischen findet im Rahmen des Gesundheitsfonds seit dem 1. Januar 2009 ein vollständiger Ausgleich der beitragspflichtigen Einnahmen statt. Und der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) berücksichtigt neben den indirekten Morbiditätsindikatoren Alter und Geschlecht auch die direkte Morbidität in Form von bis zu 80 spezifischen Krankheiten. Wie die zwischenzeitlich erfolgte Annualisierung der Ausgaben von verstorbenen Versicherten (versicherungsmathematische Hochrechnung dieser Ausgaben auf das ganze Jahr), die Reformbemühungen um die Ausgestaltung des Krankengeldes und die Veranschlagung der Auslandsversicherten belegen, handelt es sich beim Morbi-RSA nicht um ein sakro-

sankt festgefügt System. Vielmehr bildet er eine wettbewerbliche Grundlage, die derzeit und möglicherweise auch künftig noch gewissen Veränderungen unterliegt.

**Qualitätswettbewerb dümpelt vor sich hin.** Während sich die grundlegenden Positionen zur Rolle des Wettbewerbs im Gesundheitswesen, die früher zwischen Phobie und Euphorie schwankten, inzwischen weitgehend annäherten, gelang es bisher noch nicht, den Qualitätswettbewerb in dem vom Sachverständigenrat gewünschten Maße zu etablieren (Sondergutachten 2012). Gegenüber dem dominierenden Wettbewerb um niedrige Beiträge fristet der Qualitätswettbewerb immer noch ein Schattendasein. In ähnlicher Weise leidet die Entwicklung der selektiven Verträge und ihr Verhältnis zur kollektiven Vertragsgestaltung (siehe „Glossar“ auf Seite 33) weiterhin an den eingeschränkten Gestaltungsmöglichkeiten der einzelnen Krankenkassen. So können selbst große Kassen nur etwa zehn Prozent ihrer Ausgaben autonom steuern. Mit der am 9. Januar 2015 erfolgten Gründung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen räumt die Bundesregierung implizit Handlungsbedarf ein und strebt eine stärkere Betonung von Qualitätsaspekten in der Gesundheitsversorgung an.

**Finanzierung hinterfragt.** Mit der Beitragsgestaltung in der GKV, ihren Defiziten und Reformoptionen beschäftigten sich die Sachverständigen gleich in mehreren Gutachten (Jahrgutachten 1994 und 2003; Sondergutachten 1995 und 1997). Diese setzten zunächst an den offensichtlichen distributiven Mängeln der Finanzierung an, zum Beispiel an der auf Arbeitseinkommen und Renten beschränkten Beitragsbemessungsgrundlage bei Pflichtversicherten sowie der häufigen Diskriminierung von Mehrverdienerfamilien. Infolge der Beitragsbemessungsgrenze – sie liegt derzeit bei monatlich 4.237,50 Euro – zahlt beispielsweise ein Ehepaar, bei dem jeder der beiden Partner 4.300 Euro im Monat verdient, doppelt so hohe Beiträge wie ein Ehepaar mit einem gleichen Haushaltseinkommen von 8.600 Euro, wenn nur ein Partner einer beitragspflichtigen Tätigkeit nachgeht.

Vor diesem Hintergrund erörterte der Rat ein breites Spektrum von Reformoptionen. Dazu gehörten unter anderem

- die Veränderung der Versicherungspflicht in der GKV,
- die Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage um weitere Einkunftsarten wie Zins- und Mieteinnahmen sowie
- die Verlagerung der Finanzierung von krankenversicherungs-fremden Leistungen auf andere Sozialversicherungsträger oder ins staatliche Steuer- und Transfersystem, beispielsweise das Mutterschafts- und das Sterbegeld oder das Krankengeld bei Erkrankung des Kindes.

**Kassen neu belastet.** Der vom Rat vorgeschlagenen Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage auf Zinseinkünfte steht inzwischen hinsichtlich ihrer Praktikabilität die 2009 eingeführte Abgeltungssteuer auf Kapitaleinkünfte (25 Prozent) entgegen. Was die Veränderung der Versicherungspflicht angeht, so zeigen die vor allem vor Bundestagswahlen immer wieder aufflammenden kontroversen Diskussionen um die sogenannte Bürgerversicherung, dass diese auch im Rat damals strittige Thematik

## Aut-idem-Regelung

Apotheker sind verpflichtet, ein wirkstoffgleiches preisgünstigeres Arzneimittel abzugeben, falls der verordnende Arzt dies nicht ausdrücklich durch ein Kreuz im Aut-idem-Kästchen des Rezeptvordrucks ausgeschlossen hat. Dabei ist auf gleiche Wirkstärke, gleiche Darreichungsform und in etwa gleiche Packungsgröße zu achten.

Die erste Aut-idem-Regelung ist im Jahr 2002 mit dem Gesetz zur Begrenzung der Arzneimittel Ausgaben in Kraft getreten. Sie wurde mehrfach geändert. Nach dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 müssen bevorzugt wirkstoffgleiche Arzneimittel abgegeben werden, wenn die zuständige Krankenkasse für den betreffenden Wirkstoff einen Rabattvertrag mit einem oder mehreren Herstellern abgeschlossen hat. Gibt es eine solche Vereinbarung nicht, hat die Apotheke eines der drei jeweils preisgünstigsten Arzneimittel auszuwählen. Seit 2011 können GKV-Versicherte aufgrund des Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetzes auch ein anderes als das rabattierte Medikament der jeweiligen gesetzlichen Krankenkasse erhalten, müssen aber dann die Mehrkosten aus ihrer eigenen Tasche zahlen.

## Duale Krankenhausfinanzierung

Seit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 teilen sich die Bundesländer und die gesetzlichen Krankenkassen die Krankenhausfinanzierung: Die Kosten für Investitionen sind von den

Bundesländern zu tragen, und die Krankenkassen finanzieren die laufenden Betriebskosten im Rahmen der Krankenhausvergütung. Krankenhäuser haben einen Rechtsanspruch auf staatliche Förderung für Investitionen, wenn sie im Krankenhausplan des jeweiligen Bundeslandes aufgenommen sind.

## Monistische Krankenhausfinanzierung

Hierbei tragen die Krankenkassen nicht nur die laufenden Betriebskosten, sondern auch die Investitionskosten.

## Kollektivvertrag

Von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen und den Landeskrankenhausgesellschaften geschlossene Verträge über die Grundlagen der ambulanten und stationären Versorgung. In der ambulanten Versorgung wird die Gesamtvergütung auf der Basis des Bundesmantelvertrags und des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs in Kollektivverträgen vereinbart. In der stationären Versorgung sind die Krankenhausbudgets ebenfalls kollektivvertraglich geregelt.

## Selektivvertrag

Im Unterschied zum Kollektivvertrag wird beim Selektivvertrag ein Versorgungsvertrag zwischen einer einzelnen gesetzlichen Krankenkasse sowie

einzelnen Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern, zum Beispiel Arztnetzen, Medizinische Versorgungszentren oder Anbieter der Integrierten Versorgung, geschlossen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind in der Regel nicht daran beteiligt. Krankenkassen und Leistungserbringer können eigenständig entscheiden, ob und mit wem sie Selektivverträge schließen. Solche Verträge sind im Wesentlichen in der hausarztzentrierten Versorgung (Paragraf 73b SGB V), bei strukturierten Behandlungsprogrammen für chronische Kranke (Disease-Management-Programme, Paragraf 137f SGB V), in der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung sowie in der Integrierten Versorgung (Paragraf 140a SGB V) möglich.

Um Doppelzahlungen zu vermeiden, werden die in den Selektivverträgen vereinbarten Vergütungen aus der von den Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu zahlenden Gesamtvergütung herausgerechnet. Die Krankenkassen können bei Modellvorhaben auf eine Bereinigung der Gesamtvergütung verzichten, wenn der damit verbundene Aufwand höher ist als das voraussichtliche Bereinigungsvolumen.

## Kontrahierungszwang

Gesetzlich auferlegte Pflicht der gesetzlichen Krankenversicherung, neue Mitglieder unabhängig von deren Gesundheitsstatus oder finanzieller Leistungskraft aufzunehmen.

Quelle: Lexikon des AOK-Bundesverbandes ([www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Lexikon)

wahrscheinlich weiterhin umstritten bleibt. Und die vom Rat seinerzeit beanstandeten krankenversicherungsfremden Leistungen spielen zwar heute kaum noch eine Rolle. Aber in jüngster Zeit sind mit dem Innovationsfonds, dem Strukturfonds für die Kliniken und der Gesundheitsversorgung der Flüchtlinge weitere Aufgaben für die GKV hinzugekommen, die ordnungspolitisch eigentlich als gesamtstaatliche Leistungen aus den öffentlichen Haushalten finanziert werden müssten. Zwar lässt sich der derzeitige Steuerzuschuss des Bundes in Höhe von 14 Milliarden Euro als Ausgleich für die Finanzierung der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern und somit als Erstattung einer krankenversicherungsfremden Leistung interpretieren. Dieser Zuschuss ist aber nicht – wie vom Rat vorgeschlagen – rechtlich hinreichend verankert und somit auch nicht vor der Beliebigkeit der Haushaltspolitik des Bundes geschützt.

Im Kontext mit der Finanzierung des GKV-Leistungskatalogs stießen die beiden Sondergutachten 1996 und 1997 auf große und überwiegend positive Resonanz in Politik und Wissenschaft. Beide Sondergutachten betrachteten das Gesundheitswesen nicht nur als Kostenfaktor, sondern stellten es auch als eine Zukunftsbranche mit erheblichem Beschäftigungs- und Wach-

tumspotenzial dar. So sehen heute viele Städte und Kommunen in einer qualifizierten medizinischen Infrastruktur einen relevanten Standortfaktor und Magneten für Unternehmen mit qualifizierten Beschäftigten, die GKV-Beiträge zahlen. Zugleich aber machte das Jahresgutachten 2003 deutlich, dass es in der GKV – wenn auch teilweise verursacht durch die Kostendämpfungspolitik – in den 1980er und 1990er Jahren weniger eine „Kostenexplosion“ gegeben hat als vielmehr eine „Einnahmeplosion“.

**Sektorendenken muss weg.** Schon in seinem ersten Gutachten plädierte der Rat für „eine stärkere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung“ (Jahresgutachten 1987). Er sah in einer „verbesserten Zusammenarbeit des stationären, ambulanten und pflegerischen Bereichs (...) einen Schlüssel zu einer leistungsfähigeren und kostengünstigeren Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen“ (Jahresgutachten 1988). Die Notwendigkeit einer zielorientierten Rahmenordnung an der Schnittstelle der Leistungssektoren greifen auch die folgenden Gutachten immer wieder auf wie auch die Forderung nach einem nutzerorientierten Konzept von Präventionsleistungen



## Der Wettbewerb um die beste Versorgung fristet immer noch ein Schattendasein.

und die Notwendigkeit einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (zu Letzterem siehe vor allem Jahresgutachten 2000/2001). In seinem Sondergutachten 2009 präsentierte der Rat dann ein populationsorientiertes und sektorenübergreifendes Zukunftskonzept für eine koordinierte Versorgung mit regionalem Bezug, das unter anderem die Prävention, die Pflege sowie die Palliativ- und Hospizversorgung einschließt. Dabei geht es im Rahmen einer intensiveren Prävention insbesondere darum, mithilfe von Setting-Konzepten den gesundheitlichen Status von sozial schwachen Gruppen zu verbessern (Jahresgutachten 1994; Sondergutachten 1995; regelmäßig ab Jahresgutachten 2000/2001).

**Integrierte Versorgung gefragt.** Eine bessere Koordination an den Schnittstellen der Leistungssektoren streben vor allem die integrierten Versorgungskonzepte an, denen zumeist eine selektive Vertragsgestaltung zugrunde liegt. Der Rat beschäftigte sich eingehend mit dem jeweiligen Stand, den vorhandenen Schwachstellen und den Chancen einer integrierten Versorgung sowie mit dem Verhältnis zwischen kollektiver und selektiver Vertragsgestaltung (Jahresgutachten 2003 und 2007; Sondergutachten 2009). Im Rahmen erfolgreicher integrierter Versorgungskonzepte kann nach Ansicht des Rates ein funktionsfähiger Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung entstehen, der sowohl Produktinnovationen generiert, die die Lebenserwartung und die Lebensqualität erhöhen können, als auch effizienzsteigernde Prozessinnovationen (Sondergutachten 2009 und 2012). Die bisherige Ausgestaltung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach Paragraph 116b SGB V reicht hierzu aber weder in quantitativer noch in qualitativer Hinsicht aus (Sondergutachten 2012).

**Aufbruchsstimmung versandet.** Unbeschadet aller Mängel, die der Gesundheitsversorgung an den Schnittstellen der Leistungssektoren noch immer anhaften, lockerte die Einführung integrierter Versorgungskonzepte mit den sogenannten besonderen Versorgungsformen ab Ende der 1990er Jahre das zuvor stark verkrustete deutsche Gesundheitswesen etwas auf. Die Aufbruchsstimmung, die bei den Strukturverträgen und Modellvorhaben 1998 sowie bei den integrierten Versorgungsformen 2004 aufkam, ging allerdings zwischenzeitlich verloren. Die derzeitige Stagnation bei der Einführung und Umsetzung innovativer Versorgungskonzepte geht – wie der Rat mehrfach feststellte – zu einem erheblichen Teil auf eine inadäquate Rahmenordnung zurück. Die Entscheidungsspielräume für Krankenkassen und Leistungserbringer sind einfach zu gering (Jahresgutachten 2003 und 2007; Sondergutachten 2009).

**Innovationsfonds soll neuen Schwung geben.** Die Bundesregierung trug diesen Einwänden im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes vom 16. Juli 2015 teilweise Rechnung. Sie modifizierte mit Paragraph 140a SGB V die „Besondere Versorgung“ und beseitigte einige Hindernisse, zum Beispiel den präventiven Nachweis der Wirtschaftlichkeit der Projekte. Er stand bisher integrierten innovativen Versorgungskonzepten entgegen. Zudem zielt der mit Paragraph 92a SGB V neu geschaf-

fene Innovationsfonds darauf ab, innovative Versorgungsformen zu fördern und zwar besonders solche, „die eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben und ein hinreichendes Potenzial aufweisen, dauerhaft in die Regelversorgung aufgenommen zu werden“.

Neben seinen Vorschlägen zur sektorenübergreifenden integrierten Versorgung und zu einem funktionsgerechten Wettbewerb an den Schnittstellen von ambulanter und stationärer Behandlung empfahl der Rat unter Effizienz- und Effektivitätsaspekten insbesondere noch

- die Delegation und Substitution im Rahmen einer Kooperation der Gesundheitsberufe,
- die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung auch in strukturschwachen Regionen (Sondergutachten 2009; Jahresgutachten 2014) und
- die Evaluation von Versorgungsleistungen (Jahresgutachten 1990 und ab Jahresgutachten 2000/2001).

**Mindestmengen empfohlen.** Die sektorenspezifischen Empfehlungen des Rates bezogen sich in ihrer Mehrzahl auf den Krankenhaus- und Arzneimittelbereich. Zum stationären Sektor schlug der Rat unter anderem vor, von den tagesgleichen Pflegesätzen zu einem fallpauschalierten Vergütungssystem überzugehen (Jahresgutachten 1989) und von der dualen zu einer monistischen Krankenhausfinanzierung (*Glossar*) zu wechseln (Jahresgutachten 1989; Sondergutachten 1995). Weiterhin empfahl der Rat die Aufhebung des Kontrahierungszwanges (*Glossar*; Jahresgutachten 1989), die Einführung von Selektivverträgen, vornehmlich bei planbaren elektiven Eingriffen (Jahresgutachten 1989; Sondergutachten 2012), die Kompetenzbündelung bei hochspezialisierten Leistungen sowie die Festlegung von Leitlinien und Mindestmengen (Jahresgutachten 2000/2001 und 2003).

**Bei Arzneimittelversorgung einiges erreicht.** Auch für die Arzneimittelversorgung hat der Rat zahlreiche Reformvorschläge unterbreitet (siehe vor allem Jahresgutachten 2000/2001, Addendum bzw. Anhang). Dazu gehörten die Einführung von Kosten-Nutzen-Analysen (Jahresgutachten 2001/2002 und 2005), die Freigabe der Preise für nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel (Jahresgutachten 1995), eine erleichterte „Autitem-Abgabe“ (*Glossar*) bei der Arzneimittelsubstitution oder die Einführung einer mengenorientierten Apothekenvergütung, die stärker auf die Anzahl der abgegebenen Packungen als auf die jeweiligen Umsätze abstellt. Zudem schlug der Rat vor, das Versandhandelsverbot sowie das Mehr- und Fremdbesitzverbot für Apotheken (Jahresgutachten 2014) aufzuheben. Auch sollten nach den Vorstellungen des Rates Apotheken bei integrierten Versorgungsformen mitwirken (Sondergutachten 1995).

**Bei Krankenhausreform gezauert.** Bis auf die Aufhebung des Mehr- und Fremdbesitzverbotes für Apotheken griff die Politik die Reformvorschläge auf und setzte sie gesetzlich um. Im Gegensatz dazu nähert sich das Krankenhausstrukturgesetz vom 10. Dezember 2015 in Paragraph 110a SGB V mit den Qualitätsverträgen nur äußerst zaghaft einer selektiven Vertragsgestaltung

an. Und die monistische Krankenhausfinanzierung steht wohl auf absehbare Zeit nicht auf der politischen Agenda. Die seit Jahren zu beobachtende schleichende Monistik infolge der unzureichenden Investitionsfinanzierung durch die Bundesländer stellt im Sinne einer zielorientierten Krankenhausversorgung sicherlich keine diskussionswürdige Alternative dar.

**Pflegereformen setzen Ratschläge teilweise um.** Last but not least hat sich der Rat ausführlich mit der Pflege beschäftigt. Diesen Leistungsbereich bezeichnete er schon in seinem Sondergutachten 1997 als einen Wachstumsmarkt. Das Jahresgutachten 2005 widmete sich eingehender der Schnittstelle zwischen GKV und sozialer Pflegeversicherung. Und das Sondergutachten 2009 prognostizierte 4,35 Millionen Pflegebedürftige bis zum Jahr 2050. Nicht zuletzt wegen dieser Entwicklung empfahl der Rat unter anderem, die gesetzliche Pflege- und Krankenversicherung zusammenzulegen (Jahresgutachten 2005), den Pflegebedürftigkeitsbegriff um psychische Elemente zu erweitern und die Versorgung von Demenzkranken zu verbessern (Sondergutachten 2009; Jahresgutachten 2014). Darüber hinaus sprach er sich dafür aus, die ambulante Pflege stärker zu fördern und die pflegenden Angehörigen mehr zu unterstützen (Jahresgutachten 1990 und 2014; Sondergutachten 2009). Weitere Vorschläge waren die dynamisierte Anpassung der Leistungssätze der Pflegeversicherung, um ihren Realwert zu erhalten (Jahresgutachten 2005) und sicherzustellen, dass das erforderliche Pflegepersonal auch vorhanden ist (Sondergutachten 2009 und 2012). Bis auf die Zusammenlegung von gesetzlicher Pflege- und Krankenversicherung hat die Politik die Ratsempfehlungen zumindest in ihren Grundsätzen umgesetzt.

**Bisherige Bilanz kann sich sehen lassen.** Insgesamt lässt sich natürlich trefflich darüber streiten, ob und inwieweit die jeweiligen Reformen auf die Empfehlungen des Rates zurückgehen oder aufgrund von Sachzwängen nicht so oder so erfolgt wären. Wissenschaftliche Berater der Gesundheitspolitik können und sollten ohnehin nicht davon ausgehen, dass politische Entscheidungsträger ihre Vorschläge eins zu eins übernehmen und umsetzen. Unterm Strich aber fällt die bisherige Bilanz nach 30 Jahren gar nicht mal so schlecht aus. ■

**Prof. em. Dr. Eberhard Wille**, Volkswirt, ist stellvertretender Vorsitzender des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. **Kontakt:** [wille@uni-mannheim.de](mailto:wille@uni-mannheim.de)

### Lese- und Webtipps

- Alle Gutachten und Sondergutachten des Sachverständigenrates unter [www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de)
- Wille, Eberhard: **Wissenschaftliche Beratung der Gesundheitspolitik. Ansatzpunkte, Erfolge und Misserfolge – eine Bestandsaufnahme.** In: Fink, U., Kücking, M., Walzik, E., Zerth, J. (Hrsg.): **Solidarität und Effizienz im Gesundheitswesen – ein Suchprozess.** Heidelberg 2014, Seiten 9–18.
- Cassel, Susanne: **Erfolgsbedingungen wissenschaftlicher Politikberatung am Beispiel des Gesundheitswesens.** In: *G+G-Wissenschaft* 4/2003, Seiten 7–14.

# „Riesige Baustellen links liegen gelassen“

Ob Pflege- oder Klinikreform: Die Regierung bestimmt die Schlagzeilen, nicht die Opposition. Die Gesundheitsprecherin der Grünen, **Maria Klein-Schmeink**, ist dennoch überzeugt, dass ihre Partei klare Kante zeigt – und die Koalition wichtige Weichenstellungen versäumt.

**Frau Klein-Schmeink, denken Sie eigentlich mit Wehmut an die 1990er Jahre zurück?**

**Maria Klein-Schmeink:** Warum mit Wehmut?

**Weil die Grünen damals im Bund noch in der Regierungsverantwortung standen und mit Andrea Fischer sogar die Gesundheitsministerin stellten. Derzeit ist zu Gesundheitsthemen von Ihrer Partei wenig zu hören. Woran liegt es?**

**Klein-Schmeink:** Wir mühen uns redlich. Aber es ist nicht leicht, in Zeiten einer Großen Koalition öffentlich durchzudringen. Dennoch haben wir in der Diskussion um eine Rückkehr zur paritätischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung oder bei der Frage der Versorgung von Flüchtlingen Themen auf die Tagesordnung bringen können und Druck erzeugt.

**Sind Sie denn zufrieden, was die Versorgung der nach Deutschland geflüchteten Menschen anbetrifft?**

**Klein-Schmeink:** Es war ein grüner Verhandlungserfolg, die elektronische Gesundheitskarte für Flüchtlinge in den Ländern zu ermöglichen. Aber das reicht nicht, denn leider kommt es zu einem Flickenteppich. Fast überall entscheiden jetzt die Kommunen, ob die Karte eingeführt wird oder nicht. Eine bundesweite Regelung und die Kostenübernahme durch den Bund wären sicherlich der bessere Weg gewesen. Aber da ist die Union beinhart dagegen. Dabei ist es offensichtlich, dass das eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, die Länder und Kommunen nicht stemmen können.

**Gesundheitsminister Hermann Gröhe bringt eine Reform nach der anderen auf den Weg. Hat er sich eine gute Fleißnote verdient?**

**Klein-Schmeink:** *(lacht)* Wir sind ja nicht in der Schule. Aber klar: Hermann Gröhe ist jemand, der das gesundheitspolitische

Drehbuch, das sehr detailliert im Koalitionsvertrag von Union und SPD enthalten ist, Punkt für Punkt durchexerziert. Er arbeitet ab, worauf sich Union und SPD zu Beginn der Legislatur verständigt haben, und er verteilt eine ganze Menge Geld. Ob sich dadurch Strukturen nachhaltig ändern, ist völlig offen. Gutachten und Innovationsfonds reichen bei Weitem nicht, um Nachhaltigkeit zu erzeugen.

**Die Schatullen sind gut gefüllt – da lässt sich Geld gut verteilen.**

**Klein-Schmeink:** Ja, aber die Zeit des Schwures kommt, weil wir wissen, es geht mit großen Schritten in die Zusatzbeiträge. Das wirft bei den Versicherten noch mal andere Fragen auf. Im Übrigen: Zwei Riesenbaustellen hat die Koalition links liegen lassen.

**Welche sind das?**

**Klein-Schmeink:** Eine Baustelle ist die Personalbemessung in der Kranken- und der Altenpflege. Wir brauchen für Kliniken und Pflegeeinrichtungen dringend einen höheren Personalschlüssel und bessere Arbeitsbedingungen. Unser Problem ist ja nicht die mangelnde Anzahl der Berufsanfänger und Auszubildenden in der Pflege. Unser Problem ist eine durchschnittliche Verweildauer im Beruf von höchstens zehn Jahren. Das ist bei einem Ausbildungsberuf nicht oft der Fall. Dass die Koalition das Thema vertagt und erklärt, sie wartet erst mal Studien ab, halte ich für fahrlässig. Wir müssen jetzt etwas tun, um Frauen und Männer dauerhaft für die berufliche Pflege zu gewinnen.

**Union und SPD sind doch aber gerade dabei, die Pflegeausbildung zu reformieren und den Beruf attraktiver zu machen. Die Grünen sind es, die sich dagegen stemmen. Warum?**

**Klein-Schmeink:** Es ist mehr als überfällig, den Pflegeberuf aufzuwerten. Und es ist auch richtig, das Schulgeld abzuschaffen,



## Zur Person

**Maria Klein-Schmeink (58)** ist seit 2013 gesundheitspolitische Sprecherin der bündnisgrünen Bundestagsfraktion. Sie studierte Soziologie, Politikwissenschaften und Pädagogik in Münster und war knapp 20 Jahre in der Erwachsenenbildung tätig. In den 1990er Jahren war sie zunächst politisch in Münster aktiv, bevor sie 2002 als Referentin für Arbeit, Soziales und Gesundheit, später für Kommunalpolitik und Arbeitsmarktpolitik zur grünen Landtagsfraktion in NRW wechselte. Seit 2009 gehört Maria Klein-Schmeink dem Bundestag an.

das Auszubildende in der Altenpflege in manchen Bundesländern noch aus der eigenen Tasche bezahlen müssen. Die von der Bundesregierung mit dem Pflegeberufegesetz geplante generalistische Pflegeausbildung, die lediglich Vertiefungseinsätze in den einzelnen Fachgebieten vorsieht, wird den neuen Anforderungen in der Pflege aber in keinsten Weise gerecht. Zu befürchten ist ein Verlust an Fachwissen, das in der alternden Gesellschaft dringender denn je gebraucht wird. Die Sache sollte überdacht werden, denn zentrale Fragen der Ausgestaltung sind noch ungeklärt. Deshalb drängen wir auf einen Aufschub der Reform.

**Es wird aber schon seit vielen Jahren darüber nachgedacht, die getrennten Ausbildungen in der Pflege zusammenzulegen.**

**Klein-Schmeink:** Richtig. Auch die Grünen haben sich früh dahingehend positioniert, dass wir eine Pflegeausbildung in Modulen wollen, in der die Absolventen vieles gemeinsam erlernen. Aber wir wollen eine Ausbildung, bei der man hinterher eindeutige Berufsabschlüsse erwirbt als Kranken-, Alten- oder Kinderkrankenpfleger. Wir nennen das integrierte Ausbildung – mit vielen Durchstiegsmöglichkeiten, aber mit einem klaren Ziel bezogen auf den Berufsabschluss. Wir haben jetzt die große Sorge, dass die Pflegekräfte gerade in der Altenpflege nicht mehr ankommen. Genauso wie in der Kinderkrankenpflege, deren Besonderheiten im geplanten Ausbildungskonzept zu wenig enthalten sind.

**Sie sprachen vorhin noch von einer zweiten Baustelle in der Gesundheitspolitik. Welche meinen Sie?**

**Klein-Schmeink:** Ich meine die duale Krankenhausfinanzierung. Die gibt es fast nur noch auf dem Papier. Daran hat auch die Klinikreform nichts geändert. Das Thema wurde ausgeklammert, obwohl alle wissen, dass sich die Länder in ihrer Finanznot mehr und mehr aus ihrer Verpflichtung zur Investitionsfinanzierung zurückziehen – mit fatalen Folgen für die Patienten.

**Inwiefern?**

**Klein-Schmeink:** Die Krankenhäuser finanzieren sich immer stärker über die Mittel, die die Krankenkassen ihnen zur Finanzierung der Betriebskosten bereitstellen. Je nach Rechnung ist von einem Betrag in Höhe von bis zu zwei Milliarden Euro im

Jahr auszugehen. Das sind Mittel, die der Qualität in der Versorgung fehlen, weil sie eben für Investitionen ausgegeben werden. Insofern haben wir zwei Schwierigkeiten: Wir stellen Qualitätsmängel fest, da schlichtweg zu wenig Personal vorhanden ist. Und das Geld kommt nicht da an, wo es ankommen soll, weil sich die Länder aus ihrer Finanzierungsverantwortung stehlen. Leidtragende sind die Patienten.

**Und wie würden die Grünen das Problem lösen?**

**Klein-Schmeink:** Unser Vorschlag ist, dass für jeden Euro, den die Länder den Kliniken geben, auch die Kassen einen Euro an die Häuser zahlen. Zugleich sollten die Kassen bei der Klinikplanung mehr Mitsprache haben. Das wäre ein guter Mittelweg zwischen Monistik – die Kassen zahlen alles – und dualer Finanzierung. Darüber hinaus liegt uns viel daran, die Versorgungsverantwortung stärker in die Region zu legen. Die Koalition geht hier leider in die entgegengesetzte zentralistische Richtung. Im Zuge der schwarz-roten Reformen sind zuletzt rund 60 Aufträge an den Gemeinsamen Bundesausschuss gegangen – darunter auch viele Gestaltungsaufträge. Das ist der falsche Weg. ■

Das Interview führte Thomas Hommel.

# Senioren scheitern in Karlsruhe

Immer wieder gibt es Klagen über Notstände in Pflegeheimen – auch vor dem Bundesverfassungsgericht. Dort aber mussten nun sechs Senioren eine Niederlage einstecken. Die Richter nahmen ihre Beschwerde nicht zur Entscheidung an. Die Kläger hatten befürchtet, demnächst selbst ins Heim zu müssen. **Von Anja Mertens**

**Beschluss vom 11. Januar 2016**  
– 1 BvR 2980/14 –  
Bundesverfassungsgericht

**Überlastete Pflegekräfte**, vernachlässigte Heimbewohner: Immer wieder sorgen gravierende Mängel in manchen Pflegeheimen für Schlagzeilen. Mit den in Kraft getretenen Pflegestärkungsgesetzen I und II will der Gesetzgeber die Versorgung pflegebedürftiger Menschen verbessern. Dass dies gelingt, bezweifeln sechs Seniorinnen und Senioren. Sie sind vor das Bundesverfassungsgericht nach Karlsruhe gezogen, um auf Missstände aufmerksam zu machen. Sie wollten gerichtlich feststellen lassen, dass die gegenwärtigen Gesetze nicht ausreichen, um die Grundrechte von Pflegeheimbewohnern – das Persönlichkeitsrecht, das Recht auf Leben und auf körperliche Unversehrtheit – zu schützen. Karlsruhe müsse den Gesetzgeber verpflichten, Abhilfe zu schaffen. Sie selbst leben zwar noch nicht in einem Pflegeheim, befürchten aber, wegen ihres Gesundheitszustandes in absehbarer Zeit dort versorgt werden zu müssen. Zwei von ihnen leiden an Demenz, zwei haben dafür ein erhöhtes Risiko. Die anderen beiden Beschwerdeführer sind krankheitsbedingt auf einen Rollstuhl angewiesen. Zum Teil sind sie heute schon auf die Pflege durch Angehörige oder ambulante Dienste angewiesen.

**Versorgungsmängel aufgezeigt.** In ihrer Verfassungsbeschwerde wiesen sie darauf hin, dass die Bewohner in deutschen Pflegeheimen gravierenden Versorgungsmängeln ausgesetzt wären. Diese reichten von unzureichender Mobilisierung bis hin zu einer mangelnden Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung. Den Umfang der

Misstände exakt festzustellen, sei allerdings praktisch kaum möglich. Die Datenlage wäre lückenhaft. Außerdem müsse angesichts der in den Qualitätsberichten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung dokumentierten Pflegemängel von einer erheblichen Dunkelziffer ausgegangen werden. Die bisherigen Reformen und Gesetzesnovellen im Pflegebereich hätten die Situation der

**Nur wenn der Staat gegen seine Schutzpflichten verstößt, kann Karlsruhe einschreiten, so die Verfassungsrichter.**

Pflegeheimbewohner nicht spürbar verbessert. Und da diese Menschen physisch und mental in der Regel zu schwach seien, um konkrete Pflegemaßnahmen einzuklagen, dürften sie nicht einfach auf den fachgerichtlichen Rechtsweg verwiesen werden, der vor einer Verfassungsbeschwerde normalerweise auszuschöpfen ist.

Das Bundesverfassungsgericht folgte der Argumentation der sechs Seniorinnen und Senioren nicht und nahm ihre Beschwerde nicht zur Entscheidung an. In ihrer Begründung verweisen die Karlsruher Richter auf die Regelungen zur

Qualitätssicherung und zum Schutz der Pflegebedürftigen im Sozialgesetzbuch XI (Paragrafen 112 bis 120). Auch hätten der GKV-Spitzenverband, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der stationären Pflegeeinrichtungen „Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach Paragraph 113 SGB XI in der vollstationären Pflege“ vereinbart. Um zu überprüfen, ob die gesetzlichen und vertraglichen Qualitätsvorgaben eingehalten würden, nehme der Medizinische Dienst mindestens einmal jährlich Qualitätsprüfungen in den Pflegeeinrichtungen vor. Deren Ergebnisse würden im Internet und in anderer Form kostenfrei veröffentlicht (Paragraf 114 und 115 SGB XI).

**Gesetzgeber hat großen Spielraum.** Zugleich wiesen die Karlsruher Verfassungsrichter darauf hin, dass sich aus dem Grundgesetz nur in seltenen Ausnahmefällen konkrete Pflichten entnehmen ließen, die den Gesetzgeber zum Tätigwerden zwingen. In der Regel sei es ihm überlassen, welches Schutzkonzept er aufstellt und umsetzt. Hier habe er einen weiten Einschätzungs-, Wertungs- und Gestaltungsspielraum. Nach dem Grundsatz der Gewaltenteilung und dem demo-

## TIPP FÜR JURISTEN



Rechtssichere Ausgestaltung von Kooperationsverträgen, Auslegung und Abgrenzung ambulant und stationärer Fall – diese und weitere Themen behandelt der Workshop „Kooperationsverträge von Krankenhäusern“. Er findet am 12. Mai in Berlin statt. Veranstalter ist die Zeno Veranstaltungen GmbH. Mehr Informationen: [www.zeno24.de](http://www.zeno24.de)  
> Veranstaltungen > Krankenhaus/Reha

kratischen Prinzip der Verantwortung des vom Volk unmittelbar legitimierten Gesetzgebers müsse dieser selbst die Frage entscheiden, wie eine aus der Verfassung herzuleitende Schutzpflicht verwirklicht werden soll. Die Entscheidung, welche Maßnahmen geboten seien, könne das Bundesverfassungsgericht nur begrenzt nachprüfen. Das Gericht könne nur dann eingreifen, wenn der Gesetzgeber seine Pflicht verletzt habe. Einen Verfassungsverstoß durch unterlassene Nachbesserung eines Gesetzes ließe sich erst dann feststellen, wenn eine Regelung wegen Änderung der Verhältnisse verfassungsrechtlich untragbar geworden ist und der Gesetzgeber dennoch untätig blieb.

## Beschwerdeführer muss betroffen sein.

Nach diesen Maßstäben hätten die Beschwerdeführer nicht substantiiert genug dargelegt, inwiefern der Gesetzgeber seine grundrechtliche Schutzpflicht verletzt habe. Sie hätten weder ausgeführt, unter welchen Gesichtspunkten die bestehenden landes- und bundesrechtlichen Regelungen zur Qualitätssicherung ungenügend sein sollten. Noch hätten sie aufgezeigt, inwieweit sich eventuelle Defizite in der Versorgung von Pflegebedürftigen in Pflegeheimen per Gesetz effektiv verbessern ließen. Auch zeige die Verfassungsbeschwerde nicht hinreichend auf, dass die nicht in einem Pflegeheim lebenden Beschwerdeführer persönlich in ihren Grundrechten verletzt seien. Dies aber sei für eine Verfassungsbeschwerde erforderlich. Eine „Popularklage“ von Bürgern, die nicht selbst betroffen sind, sei verfassungsrechtlich nicht möglich. Hinzu komme, dass Pflegebedürftige zwischen Heimen wählen könnten (Paragraf 2 Absatz 2 Satz 1 SGB XI). ■

**Kommentar:** Das Bundesverfassungsgericht hat klargestellt, dass Pflegeheimbewohner vor den Fachgerichten klagen müssen, wenn ihre Persönlichkeitsrechte missachtet werden. Der Gesetzgeber ist gefordert, die Qualitätssicherung fortzuentwickeln, mehr Transparenz und Vergleichbarkeit zwischen den Heimen zu gewährleisten sowie Qualitätsverstöße wirksam zu sanktionieren.

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

	INHALT	AKTUELLER STAND
<b>ARZNEIMITTEL</b>		
Entwurf eines Vierten Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften, Bundesrats-Drucksache 120/16	Umsetzung der EU-Verordnung über klinische Arzneimittelprüfungen; Pflicht, alle Ergebnisse klinischer Arzneimittelstudien zu veröffentlichen; Speicherung detaillierter Zusammenfassungen in öffentlich zugänglicher EU-Datenbank; Abgabe rezeptpflichtiger Präparate nur noch dann, wenn das Rezept bei Arztbesuch ausgestellt wurde.	Das Bundeskabinett hat am 9.3.2016 beschlossen, den Gesetzentwurf in die parlamentarische Beratung einzubringen.
<b>BEITRAGSFINANZIERUNG</b>		
Entschließung des Bundesrates zur vollständigen paritätischen Finanzierung von Krankenversicherungsbeiträgen, Antrag von Brandenburg, Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Thüringen, Bundesrats-Drucksache 40/16	Aufforderung an die Bundesregierung, zeitnah einen Gesetzentwurf vorzulegen, mit dem die vollständige paritätische Finanzierung von Krankenversicherungsbeiträgen durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber wieder hergestellt wird.	Der Bundesrat hat den Entschließungsantrag am 29.1.2016 in die Ausschüsse überwiesen.
<b>KORRUPTION</b>		
Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen, Bundestags-Drucksache 18/6446	Einführung der Straftatbestände der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen im neuen Paragrafen 299a beziehungsweise 299b Strafgesetzbuch; drei bis fünf Jahre Haft je nach Schwere der Tat; alle Heilberufe einbezogen.	Der Bundesrat hat am 25.9.2015 Stellung genommen. Erste Lesung im Bundestag war am 13.11.2015.
<b>PFLEGEAUSBILDUNG</b>		
Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG), Bundestags-Drucksache 18/7823	Zusammenführung der drei Ausbildungen in der Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu einem einheitlichem Berufsbild; Aufhebung der Dreigliederung der Pflegeberufe; Ausbildung ist für Auszubildende kostenlos; neue Finanzierungsgrundlagen zur Lastenverteilung auf auszubildende und nicht auszubildende Einrichtungen.	Der Bundesrat hat am 26.2.2016 Stellung genommen. Erste Lesung im Bundestag war am 18.3.2016.
<b>TRANSPLANTATIONSREGISTER</b>		
Entwurf eines Gesetzes zur Errichtung eines Transplantationsregisters, Bundesrats-Drucksache 157/16	Errichtung eines bundesweiten Transplantationsregisters; gesetzlicher Auftrag an GKV-Spitzenverband, Bundesärztekammer und Deutsche Krankenhausgesellschaft, Verträge mit geeigneten Einrichtungen zur Errichtung einer Transplantationsregisterstelle sowie einer unabhängigen Vertrauensstelle zu schließen; Übermittlung und Speicherung von Daten von Organempfängern und lebenden Organspendern nur nach deren ausdrücklicher Einwilligung.	Das Bundeskabinett hat am 23.3.2016 beschlossen, den Gesetzentwurf in die parlamentarische Beratung einzubringen.

Stand: 1.4.2016



## Internet-Tipp

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

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

## BADEN-WÜRTTEMBERG

## Schach matt wegen Erkältung

Krankheitsbedingte Fehlzeiten haben in Baden-Württemberg im vergangenen Jahr erneut leicht zugenommen. Einer Auswertung der AOK Baden-Württemberg zufolge stieg der Krankenstand bei den mehr als 2,1 Millionen bei der Gesundheitskasse versicherten Arbeitnehmern im Vergleich zum Vorjahr 2014 von 4,9 auf 5,1 Prozent. Bundesweit waren es 5,3 Prozent. Für die Zunahme der Fehlzeiten seien vor allem Atemwegserkrankungen verantwortlich gewesen, die um 20 Prozent zugenommen hätten, teilte die AOK Baden-Württemberg mit. Andere Krankheitsarten dagegen seien rückläufig. Im Schnitt waren die Beschäftigten im „Ländle“ aufgrund von Atemwegserkrankungen 6,2 Tage krankgeschrieben (bundesweit 6,6 Tage). Besonders die „Akuten Infektionen der oberen Atemwege“, also die klassische Erkältung, trieben den Krankenstand nach oben. ■



Hatschi: Die klassische Erkältung war vergangenes Jahr verantwortlich für viele Krankenschreibungen.

## RHEINLAND-PFALZ/SAARLAND

## Strukturfonds nicht zweckentfremden

Die Krankenkassen in Rheinland-Pfalz – darunter die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – haben davor gewarnt, klassische Investitionsmaßnahmen für die Krankenhäuser aus dem paritätisch finanzierten Strukturfonds zu decken. Ziel des millionenschweren Strukturfonds, der im Zuge der Anfang 2016 in Kraft ge-

tretenen Krankenhausreform geschaffen wurde, sei eine Anpassung der Versorgungsstrukturen vornehmlich auf dem Land, nicht aber „die Basisfinanzierung notwendiger Investitionen in den einzelnen Krankenhäusern“. Die Kassen erinnerten daran, dass der Gesetzgeber die Finanzierung der Kliniken auf zwei Säulen gestellt habe. Diese duale Finanzierung sehe vor, dass die Länder die Investitionen tragen und die Kassen für die Betriebskosten aufkommen. ■

## NORDOST

## Pflege-Akademie gegründet

In Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern ist jeder vierte Einwohner, der älter als 70 Jahre ist, pflegebedürftig. Rund 75 Prozent der Senioren werden zu Hause gepflegt. Mit Blick auf die damit verbundenen Herausforderungen hat die AOK Nordost jetzt eine „Pflege Akademie“ ins Leben gerufen. Ziel der virtuellen Koordinierungsstelle in Berlin ist es, Qualifizierungs-, Weiterbildungs- und Schulungsangebote der Gesundheitskasse zur Pflege zu bündeln. „Mit der Pflege Akademie bieten wir die Möglichkeit, dass sich Pflegefachkräfte und Angehörige vernetzen und gleichzeitig neue bedarfsgerechte Angebote entwickelt werden können, die für die Zukunft der Pflege entscheidend sind“, so der Vorstandschef der AOK Nordost, **Frank Michalak**. Mit der Akademie leiste die Kasse Pionierarbeit, denn in der Kranken- und Pflegeversicherung gebe es bislang keine vergleichbare Einrichtung. ■

## AOK aktuell

## Engagement für ein gesundes Pflegepersonal

Körperliche und seelische Belastungen sowie hoher Zeitdruck sind typisch für die Pflegeberufe. Das wirkt sich auf die Gesundheit des Personals aus. Dem wollen die AOK Sachsen-Anhalt und das Klinikum Magdeburg jetzt gemeinsam entgegenwirken: Mit einem gezielten Betrieblichen Gesundheitsmanagement sollen Arbeitsplätze im OP-Bereich, in der Notaufnahme und am Krankenbett gesundheitsgerechter gestaltet werden. Dazu unterzeichneten beide eine entsprechende Rahmenvereinbarung. Mit konkreten Schritten soll die Belastungen für die Mitarbeiter verringert, Krankheiten vorgebeugt und gesunde Arbeitsweisen gefördert werden. Besonderer Brennpunkt ist die Notaufnahme. Hier werden neben einer Verhaltensprävention auch die Organisationsabläufe überprüft. Ursachen für stressige Situationen sollen aufgefunden gemacht und anschließend Wege gefunden werden, um sie zu reduzieren. Parallel werden die Pflegekräfte

von Experten des Betrieblichen Gesundheitsmanagements geschult. Bewegen sie beispielsweise häufig Patienten im Krankenbett, sollten sie dabei rückengerecht arbeiten. Von den AOK-Gesundheitsberatern lernen sie ferner, wie sie täglich mit Hilfsmitteln und Bewegungen arbeiten und dabei gleichzeitig den Rücken entlasten können. „Muskel- und Skeletterkrankungen sind in der Pflegebranche sehr häufig“, sagte **René Bethke**, Leiter Gesundheitsmanagement bei der AOK Sachsen-Anhalt. „Gesunde Mitarbeiter stehen für ein gesundes Unternehmen“, sagte **Mario Schulz**, Personalentwickler am Klinikum Magdeburg. „Es steigert die Zufriedenheit und motiviert die Mitarbeiter, wenn sie erfahren, dass uns ihre Gesundheit am Herzen liegt. Dies senke Fehltag und wirke sich auf die Arbeitsabläufe und die Arbeitsbelastungen positiv aus. ■



## Schnelle Hilfe beim Babyblues

Schwangeren Frauen und jungen Müttern stehen die AOK PLUS und die Celenus Klinik Carolabad Chemnitz mit einem neuen Beratungsangebot zur Seite. Ziel von „Carola PLUS“ sei es, den Frauen „die Angst vor der Verantwortung bei der Versorgung der Kinder zu nehmen“, sagte **Dr. Johanna Kunze**, Chefärztin des Medizinischen Rehabilitationszentrums für Psychotherapie, Psychiatrie und Psychosomatik an der Celenus Klinik, bei der Vorstellung des Programms. Der Babyblues komme öfter vor als angenommen. Etwa acht von zehn Müttern seien betroffen. Die Stimmungsschwankungen reichten von leichter Traurigkeit über Depressionen bis hin zu schweren psychotischen Erkrankungen. Mit dem Programm können sich bei der AOK PLUS versicherte Frauen während der Schwangerschaft oder in der Stillzeit niedrigschwellig, zeitnah und umfassend behandeln lassen. Das ambulante, teilstationäre und stationäre Programm ist individuell auf die Bedürfnisse der Mütter abgestimmt und wird in der Klinik Carolabad angeboten. Die Behandlung beinhaltet eine fachärztliche psychiatrische Betreuung, Diagnostik, Ergo-, Ernährungs- und Bewegungstherapien, Psychotherapie im Einzel- wie auch Gruppengespräch, therapeutische Angebote für Mutter und Kind gemeinsam sowie ein Nachsorgekonzept. „Wichtig ist uns, dass die Familien der Mütter eingebunden werden und während der Behandlung familienstärkende Beratungsangebote erhalten“, so **Rainer Striebel**, Vorstandschef der AOK PLUS. ■



Nicht nur reine Freude: Etwa acht von zehn werdenden Müttern leiden an Stimmungstiefs.

### BUNDESVERBAND

## Newsletter zur Selbsthilfe

Der Selbsthilfe-Newsletter inKONTAKT der AOK kommt gut an. „Die Nutzerzahlen steigen kontinuierlich und das Feedback aus der bisherigen Leserschaft ist sehr positiv“, so **Claudia Schick**, Referentin für Selbsthilfeförderung beim AOK-Bundesverband. „Mit inKONTAKT möchten wir die Leser mit aktuellen Informationen aus dem Gesundheitswesen und konkreten Unterstützungsangeboten bedienen.“ Der kostenlose Newsletter gliedert sich in eine bundesweite Ausgabe und mehrere Regionalteile mit Berichten aus einzelnen AOKs. Er erscheint viermal im Jahr mit wechselnden Schwerpunktthemen zur Arbeit der Selbsthilfe. Daneben informiert er über Termine, Veranstaltungen, Angebote der AOKs und erläutert Fördermöglichkeiten. Da die Vertreter der Selbsthilfe vor Ort und auf der Bundesebene wichtige

Partner für die AOK sind, haben sie eine feste Rubrik im Newsletter und stellen sich regional und bundesweit regelmäßig vor. Die AOK unterstützt die gesundheitsbezogene Selbsthilfe seit über 30 Jahren finanziell, durch kompetente Ansprechpartner sowie mit Infos und gemeinsamen Aktionen. Für ihre gesundheitsbezogenen Aktivitäten stellt die Gesundheitskasse der Selbsthilfe jährlich rund 26 Millionen Euro zur Verfügung. **Infos: [www.aok-inkontakt.de](http://www.aok-inkontakt.de)** ■

### RHEINLAND/HAMBURG

## Darmkrebs-Vorsorge stärker nutzen

Die AOK Rheinland/Hamburg hat zur stärkeren Nutzung der Darmspiegelung, der Vorsorge-Koloskopie, aufgerufen. Gesetzlich Versicherte ab dem vollendeten 55. Lebensjahr könnten diese Leistung ihrer gesetzlichen Krankenversicherung kostenlos in Anspruch nehmen, teilte die Gesundheitskasse mit.

Bislang nutzten noch immer viel zu wenige Menschen in Deutschland das Angebot. Daher habe es sich die AOK zur Aufgabe gemacht, intensiv für das Thema zu werben. „Wir setzen hier schon lange auf eine breit angelegte Präventionskampagne“, sagte **Rolf Buchwitz** stellvertretender Vorstandsvorsitzender der AOK Rheinland/Hamburg. „Und wir werden nicht nachlassen, unsere Versicherten auch künftig für diese sehr wichtige Untersuchung zu sensibilisieren.“ Unterstützung in ihrem Appell zur Inanspruchnahme der Früherkennung erhält die Gesundheitskasse von dem Darmkrebspezialisten **Professor Dr. Arnulf Hölscher**: „In der Darmkrebsvorsorge gilt: Agieren ist besser als reagieren“, sagt der Kölner Klinikdirektor. „Durch Vorsorge-Koloskopie können Polypen als Vorstufen von Krebs erkannt und entfernt werden. Damit wird die Krebsentwicklung verhindert. Weiterhin kann Darmkrebs im Frühstadium erkannt werden“, sagte Hölscher. ■

## Hausarztmodelle Chronisch Kranke brauchen Lotsen

Seit rund zehn Jahren können die Krankenkassen ihren Versicherten eine hausarztzentrierte Versorgung (HzV) anbieten. Mit dem GKV-Wettbewerbs-Stärkungsgesetz von 2007 wurden sie sogar dazu verpflichtet. Eine aktuelle Studie



des Wissenschaftlers Wolf-Dieter Perltz zeigt jetzt, dass Krankenkassen mit den HzV-Modellen die Versorgungsergebnisse positiv beeinflussen können. Insbesondere Typ-2-Diabetiker müssen demnach seltener stationär behandelt

werden, wenn sie in einer HzV eingeschrieben sind. Während 36 Prozent der Diabetes-Patienten, die die übliche Regelversorgung erhalten, im Untersuchungszeitraum in einer Klinik behandelt werden mussten, waren es unter denjenigen Diabetikern mit HzV-Verträgen nur 28 Prozent. Auch über 69-Jährige mit einer Schenkelhalsfraktur profitieren von den HzV-Verträgen und werden weniger häufig hospitalisiert als die Patienten der Kontrollgruppe, so ein weiteres Ergebnis der Studie. Zudem sei davon auszugehen, dass die Lotsenfunktion des Hausarztes auch weiteren Patienten helfen dürfte, die in der Untersuchung nicht berücksichtigt werden konnten. Perltz zieht daraus den Schluss, dass Krankenkassen durch selektive Verträge und innovative Versorgungsformen die Behandlungsqualität erhöhen können.

*Wolf-Dieter Perltz:*  
**Zur empirischen Ermittlung von evidenzbasiertem Patientennutzen in der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV).**  
2016. 280 Seiten. 69 Euro.  
Nomos Verlag, Baden-Baden.

## Gender und Medizin Kleiner Unterschied, große Folgen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen zählen europaweit nach wie vor zu den Haupttodesursachen bei Männern und Frauen. Unterschiede zeigen sich bei einem genauen Blick auf die Erkrankung, Diagnostik und Behandlung. Da Männer eher einen Herzinfarkt erleiden, war bald das Bild von der Männerkrankheit geprägt. Die Folge: Gefährdete Frauen wurden häufig verspätet und mit verringerten Überlebenschancen ins Krankenhaus eingeliefert. Zudem führte die traditionelle Diagnostik bei Frauen oft zu Fehleinschätzungen, da sich ihre Symptome deutlich von denen der Männer unterscheiden. Das Handbuch Gesundheit und Geschlecht zeigt, wo der kleine Unterschied zwischen den Geschlechtern große Folgen für die Gesundheit hat. Gerade bei der Intensivierung der Prävention dürfte es sich lohnen, das Geschehen gendersensibel auszuleuchten. So zeigt sich beispielsweise, dass der Tabakkonsum bei den Männern sinkt, bei den Frauen



jedoch steigt. Frauen sind zudem aufgrund von biologischen Faktoren deutlich sensibler gegenüber spezifischen Stoffen im Tabakrauch und bevorzugen „Light“-Produkte, die in der Regel viel tiefer inhaliert werden und dadurch mehr Gewebe in der Lunge schädigen. Das biologische und das soziale Geschlecht wirken auf fatale Weise zusammen, sodass die Sterberate der Frauen mit Lungenkrebs steigt.

*Petra Kolip, Klaus Hurrelmann (Hrsg.): Handbuch Geschlecht und Gesundheit. 2., vollständige überarbeitete und erweiterte Auflage. 2016. 448 Seiten. 79,95 Euro. Hogrefe Verlag, Bern.*

### SEMINARE | TAGUNGEN | KONGRESSE

<p>■ <b>11. KONGRESS FÜR GESUNDHEITSNETZWERKER</b></p>	<p>Telematik-Infrastruktur, Konzepte vernetzte Versorgung, Innovationsfonds, Entlassmanagement</p>	<p>3.–4.5.2016 Berlin</p>	<p>Agentur WOK GmbH Palisadenstraße 48 10243 Berlin</p>	<p>Tel.: 0 30/49 85 50 31/-32 Fax: 0 30/49 85 50 30 info@gesundheitsnetzwerker.de www.gesundheitsnetzwerker.de</p>
<p>■ <b>FACHSYMPOSIUM GESUNDHEIT &amp; VERSORGUNG 2016</b></p>	<p>Innovationsfonds, innovative Versorgungsmodelle, Case- und Versorgungsmanagement</p>	<p>31.5.–1.6.2016 Leipzig</p>	<p>Gesundheitsforen Leipzig Hainstraße 16 04109 Leipzig</p>	<p>Tel.: 03 41/9 89 88–331 Fax: 03 41/9 89 88–9199 kuzmann@gesundheitsforen.net www.gesundheitsforen.net</p>
<p>■ <b>HAUPTSTADTKONGRESS MEDIZIN UND GESUNDHEIT</b></p>	<p>Forum Gesundheitspolitik, Krankenhaus, Klinik, Rehabilitation, Ärzteforum, Pflegekongress</p>	<p>8.–10.6.2016 Berlin</p>	<p>WISO S.E. Consulting GmbH c/o Agentur WOK GmbH Palisadenstraße 48 10243 Berlin</p>	<p>Tel.: 0 30/49 85 50 31 Fax: 0 30/49 85 50 30 info@hauptstadtkongress.de www.hauptstadtkongress.de</p>
<p>■ <b>15. EUROPÄISCHER GESUNDHEITSKONGRESS</b></p>	<p>Krankenhausplanung, Digitalisierung, Wettbewerb als Innovationstreiber, Arzneimittelverordnungen</p>	<p>20.–21.10.2016 München</p>	<p>WISO S.E. Consulting GmbH c/o Interplan AG Landsberger Straße 155 80687 München</p>	<p>Tel.: 0 89/54 82 34 50 Fax: 0 89/54 82 34 43 info@gesundheitskongress.de www.gesundheitskongress.de</p>
<p>■ <b>10. NATIONALER QUALITÄTSKONGRESS</b></p>	<p>Qualitätsindikatoren für Krankenhausplanung, Zu- und Abschläge der Krankenhausesentgelte</p>	<p>1.–2.12.2016 Berlin</p>	<p>Gesundheitsstadt Berlin GmbH Schützenstraße 6 a/Charlottenstraße 77 10117 Berlin</p>	<p>Tel.: 0 30/7 00 11 76 00 Fax: 0 30/7 00 11 76 04 kongress@qualitaetskongress-gesundheit.de www.qualitaetskongress-gesundheit.de</p>

## Depression

### Leben mit einem lästigen Begleiter

Etwa 17 Prozent der Deutschen erkranken mindestens ein Mal in ihrem Leben an einer Depression. Bei etwa jedem fünften Patienten wird die Erkrankung chronisch. Der Journalist Alexander Wendt ist selbst betroffen und die Depression bereits „ein Miststück“ an seiner Seite. Wendt weiß, dass er sich diesen Zustand nicht ausgesucht hat und er diesem gewiss „nie ganz entkommen kann“. Mit seinem Buch aber bricht er ein Tabu. Denn er spricht über die Krankheit, zu der sich viele der



Betroffenen kaum bekennen mögen. Zu tief sitzen die Ängste, dass offene Worte in erster Linie dem eigenen Leben schaden und die Patienten mit Ausgrenzung und Stigmatisierung rechnen müssen. Wendt beschreibt, wie er sich selbst in die Psychiatrie einliefert und sich immer stärker mit der Erkrankung und der Behandlung auseinandersetzt. Mehr und mehr wird er selbst zum Fachmann für das Geschehen. Er erzählt von der Gemeinschaft der Psychiatrie-Patienten, denen die Abläufe auf der Station auch Halt im Leben geben. Und er berichtet von seinem „inneren realistischen Menschen“, der sich ängstlich

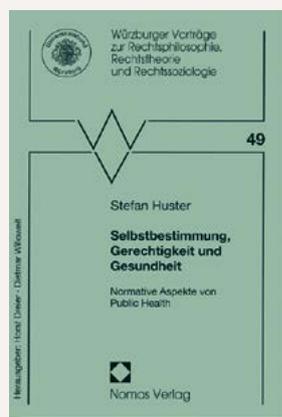
und leicht wackelig immer wieder zurückkämpft in den Alltag. Mehr und mehr lernt er, mit seinem „lästigen Begleiter“ zu leben. Ihm geht es um die „Verteidigung der Autonomie trotz ungünstiger Bedingungen“.

Alexander Wendt: **Du Miststück. Meine Depression und ich.** 2016. 208 Seiten. 14,99 Euro. S. Fischer Verlage, Frankfurt am Main.

## Public Health

### Ein Widerspruch zur Selbstbestimmung

Ist Gesundheit ein privates Gut? Oder ist der Staat verantwortlich dafür, dass seine Bürgerinnen und Bürger immer eine gesunde Wahl treffen? Der Jurist Stefan Huster von der Universität Greifswald beschreibt das Spannungsverhältnis zwischen dem Verständnis von Public Health und Recht. Letztlich geht es um die Frage, ob und wie weit der Staat seine Bürger zu einer gesünderen Lebensführung drängen, erziehen oder gar zwingen kann, ohne deren Selbstbestimmung einzuschränken. Denn die autonome Entscheidung jedes Einzelnen ist in einem freiheitlichen System das höchste Gut. Aus Public-Health-Sicht haben aber alle Handlungsfelder einen Einfluss auf die Gesund-



heit der Bevölkerung. Gesundheit steht gesellschaftlich an oberster Stelle und gilt als „machbar“, wenn sämtliche Entscheidungen daran orientiert werden. Das Recht hingegen begrenzt die Politikbereiche, die Handlungsbefugnisse und die Verantwortung des Staates. Er soll auf entscheidenden

Lebensfragen der Bürger keinen Einfluss haben. So gesehen ist Gesundheit eben doch nicht alles.

Stefan Huster: **Selbstbestimmung, Gerechtigkeit und Gesundheit.** 2015. 96 Seiten. 39 Euro. Nomos Verlag, Baden-Baden.

## Zeitschriftenschau

### ■ Zu viel Körperfett macht Kinder geistig träge

Körperlich fitte Kinder laufen nicht nur schneller und haben ein gesundes Gewicht. Sie können auch besser rechnen als übergewichtige Altersgenossen. Zu diesem Ergebnis kommt eine dänische Studie mit 670 Schülern der Klassen sieben und acht im Alter von durchschnittlich 13 Jahren. Die Kinder machten einen Lauf- und Mathetest. Auch testeten die Forscher die Reaktionsschnelligkeit. Ergebnis: Kinder, die wenig Fett an Bauch und Hüften hatten, reagierten schneller und schnitten bei den Matheaufgaben besser ab als die Übergewichtigen.

*The Journal of Pediatrics* 2015; 167 (4): 810–815

### ■ Ernährung in der Schwangerschaft beeinflusst Stoffwechsel der Kinder

Fetteiche Kost während Schwangerschaft und Stillzeit führt zu genetischen Veränderungen beim Nachwuchs. Darauf deutet eine Studie an Mäusen des Deutschen Instituts für Ernährungsforschung hin. Die Veränderungen beeinflussen den Stoffwechsel, den das Darmhormon GIP reguliert. Es ist dafür verantwortlich, dass durch fettreiche Kost leichter Übergewicht und eine Insulinresistenz – der Vorstufe zum Typ-2-Diabetes – entsteht. Die Forscher hatten Mäusemüttern während der Trag- und Stillzeit unterschiedliches Futter gegeben, einigen fettreiches und anderen normales Futter. Alle Nachkommen bekamen nach dem Abstillen 22 Wochen lang normales Futter und dann für weitere 20 Wochen fettreiche Kost. Der Nachwuchs der fettreich ernährten Mäusemütter wurde deutlich dicker. Ob dies auch auf Menschen zutrifft, muss noch weiter erforscht werden.

*Diabetes* 2016; 65(3): 574–584 (doi: 10.2337/db15-0478)

### ■ Mittel gegen Magensäure machen auf Dauer die Nieren krank

Nehmen Patienten jahrelang Protonenpumpenblocker (Säureblocker, die die Produktion der Magensäure hemmen) ein, laufen sie Gefahr, eine chronische Nierenerkrankung zu bekommen. Dies haben Epidemiologen der Universität in Baltimore herausgefunden. Sie werteten die Daten zweier Studien mit rund 260.000 Teilnehmern aus. Es zeigte sich, dass die Gefahr für chronische Nierenerkrankungen signifikant steigt, wenn dauerhaft Säureblocker eingenommen werden. Das Risiko für kranke Nieren steigt zudem, wenn Patienten das Mittel zweimal täglich und nicht nur einmal täglich schlucken.

*JAMA Internal Medicine* 2016; 176(2): 238–246

### ■ Weniger Demenzkranke als befürchtet

Entgegen weit verbreiteter Befürchtungen nimmt die Zahl der Demenzkranken in Europa derzeit nicht zu. Zu diesem Schluss kommen internationale Epidemiologen. Sie analysierten fünf neuere Studien aus Westeuropa: zwei aus Schweden und je eine aus den Niederlanden, Großbritannien und Spanien. Das Resultat ist überall gleich: Trotz Alterung der Bevölkerung wächst die Zahl der Demenzkranken deutlich weniger als bislang erwartet. Eine wichtige Rolle scheinen die Senkung von Herz-Kreislauf-Risiken, bessere Lebensbedingungen und mehr Bildung zu spielen.

*Lancet Neurology* 2015; 15 (1): 116–124

# Keine Angst vor Gesundheits-Apps

Video-Sprechstunde, Tinnitus-App oder elektronische Patientenakte – digitale Technologien unterstützen ärztliche Diagnosen und Therapien, meint **Niklas Veltkamp** vom Branchenverband Bitkom. Deutschland dürfe sich in dieser Entwicklung nicht abhängen lassen.

**Die Digitalisierung revolutioniert** die Art, wie wir leben, arbeiten und wirtschaften. Und sie kann auch eine Revolution für die Medizin und das Gesundheitswesen bedeuten. Digital Health bietet große Chancen: vom Monitoring über die Prävention und Diagnose bis zur Patient-Arzt-Beziehung und der Behandlung von Krankheiten. Wer diese Chancen nicht nutzt, nimmt bewusst in Kauf, dass Erkrankte nicht bestmöglich behandelt werden und dass chronisch Kranke nicht so selbstbestimmt leben und ihre Beschwerden nicht so gelindert werden, wie es denkbar ist.

Das sehen auch Experten der Gesundheitsbranche so. In einer Bitkom-Umfrage haben zwei Drittel der Top-Manager von Pharmaunternehmen betont, digitale Technologien werden die Prävention verbessern und die Lebenserwartung verlängern. 80 Prozent sind sicher, dass digitale Technologien entscheidend dabei sein werden, Krankheiten wie Krebs zu besiegen.

**Tinnitus-App setzt Arztbesuch voraus.** Es geht bei der Digitalisierung der Medizin nicht darum, einer Selbstmedikation der Bürger das Wort zu reden, die sich eine App auf ihr Smartphone laden, statt einen Arzt aufzusuchen. Es geht um die technologische Unterstützung von ärztlicher Diagnose und Therapie, bei der Start-ups ganz vorne mit dabei sind. So kooperiert ein Berliner Hörtechnologie-Start-up mit der Charité, um neue Produkte vom Smartphone-Hörtest bis zur individuell angepassten Hörunterstützung wissenschaftlich zu validieren. Ein Hamburger Start-up hat bereits eine Tinnitus-App als Medizinprodukt auf den Markt gebracht, die von einer Krankenkasse bezahlt wird. Dabei geht es gerade nicht darum, den Arztbesuch zu ersetzen. Die Ausstellung des notwendigen Rezepts setzt die Konsultation eines Hals-Nasen-Ohren-Arztes voraus.

Der Patient wird von der App sogar an Kontrollbesuche in der Praxis erinnert. Und in Kooperation mit einer Krankenkasse erprobt ein Lübecker Start-up Video-Sprechstunden im Praxisalltag. Andere entwickeln gleich eine digitale Patientenakte.

**E-Health-Gesetz geht in die richtige Richtung.** In jedem dieser Fälle wird es jemanden geben, der solche Veränderungen nicht will, weil er von den manchmal recht angestaubten Prozessen im deutschen Gesundheitswesen sehr gut lebt. Politik und Selbstverwaltung dürfen diesen Besitzstandswahrern nicht auf den Leim gehen. Wer versucht, das Gesundheitswesen vor der Digitalisierung abzuschotten, wird scheitern. Wer versucht, die Veränderungen zur Bewahrung seines Geschäftsmodells hinauszuzögern, wird am Ende mit leeren Händen dastehen. Das neue E-Health-Gesetz zeigt, dass es auch hierzulande in die richtige Richtung gehen kann. Aber alle Beteiligten müssen noch mutiger werden. Es ist wichtig, dass digitale Anwendungen und Hilfsmittel geprüft und nach den üblichen Regeln zugelassen werden. Das ist im Interesse von Patienten und Beitragszahlern ebenso wie im Sinne der Unternehmen, die bei der Versorgung von kranken Menschen eine große Verantwortung übernehmen. Die Zulassungsprozesse müssen aber an das Tempo digitaler Entwicklungen angepasst werden.

**Das Gesundheitssystem muss sich weiterentwickeln.** Es ist notwendig, die richtige Balance zwischen Sicherheit und Innovation zu finden. Noch wird Deutschland im Ausland für sein Gesundheitswesen ebenso bewundert wie zum Beispiel für seine Stärke im Maschinenbau oder der Automobilindustrie. Aber ebenso wie sich diese Industriebranchen verändern müssen, indem sie etwa auf die vernetzte Produktion setzen, muss sich auch das Gesundheitssystem weiterentwickeln. Ansonsten besteht die Gefahr, dass andere uns abhängen. In London ist gerade die Initiative Digitalhealth an den Start gegangen, die die Stadt zur weltweiten Metropole für die Entwicklung digitaler Gesundheitsprodukte machen will. Es liegt im Interesse aller Beteiligten, dass diese Technologien hierzulande entwickelt und erprobt werden und dass die Versicherten in Deutschland davon profitieren können. Es geht nicht darum, mit Apps den Arzt zu ersetzen oder allein Kosten zu sparen – es geht um mehr Lebensqualität und Gesundheit für die Menschen. ■

**Niklas Veltkamp**, ist Mitglied der Geschäftsleitung des Bundesverbandes Informationswirtschaft, Telekommunikation und Neue Medien e.V.  
**Kontakt: N.Veltkamp@bitkom.org**

## 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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Semra Yildiz-Can beim Filmvortrag im Interkulturellen Migrantenzentrum, Düsseldorf

G+G-Spezial 3/2016

Angebote besser bündeln

## Mut zu neuen Wegen in der Beratung

Der demografische Wandel und der medizinisch-technische Fortschritt gelten gemeinhin als die beiden größten Herausforderungen für Kranken- und Pflegeversicherung. Nicht nur angesichts der zahlreichen Flüchtlinge, die in jüngster Zeit zu uns nach Deutschland gekommen sind, füge ich hinzu: Diversity Management, der Umgang mit Menschen aus anderen Kulturen, wird für Medizin und Pflege eine mindestens ebenso große Aufgabe werden. Vor diesem Hintergrund freut es mich, dass Krankenkassen wie die AOK offenkundig die Zeichen der Zeit erkannt haben und bei der Beratung von Versicherten und Angehörigen mit ausländischen Wurzeln neue Wege gehen, wie die Reportage aus einem Migrantenzentrum im G+G-Spezial zur Pflege zeigt. Menschen aus fremden Ländern und Kulturen haben einerseits das Recht auf eine vergleichbar gute Behandlung wie ihre deutschen Mitbürger – schließlich haben sie in der Regel Beiträge gezahlt. Zu diesem guten Recht gehört es auch, dass sich Ärzte, Kliniken, Pflegedienste und -heime stärker noch als bisher auf eine Klientel einstellen, die als Muttersprache Türkisch, Arabisch oder eine andere Sprache hat. „Kultursensible Pflege und Medizin“ lautet hier das Stichwort. Auf der anderen Seite müssen Krankenkassen bereit sein, stärker als bisher in Angebote für Menschen

aus fremden Ländern zu investieren – bis hin zu Dolmetscherdiensten in Arztpraxen. Wer hier die Nase vorn hat, zahlt im Kassen-Wettbewerb um neue Mitglieder bestimmt nicht drauf. Umgekehrt gilt der Grundsatz: „When you are in Rome do as the Romans do.“ Wer die Segnungen des deutschen Gesundheitswesens nutzen möchte, muss sich um Integration und Spracherwerb bemühen. Dazu gehört zum Beispiel, Diagnosen und Therapien von Ärztinnen und Schwestern genau so zu akzeptieren wie von männlichen Therapeuten. Denn auch das gehört zu einem guten Diversity Management im Gesundheitswesen: Frauen die gleichen Karrierechancen zu ermöglichen wie Männern. Aber daran lässt sich mit Sicherheit noch kräftig arbeiten.

M. S., Hannover

G+G 3/2016

Interview „Ärzte sollten besser zuhören“

## Placeboeffekt erforschen

Aus der Debatte darüber, ob Globuli reine Placebos sind, möchte ich mich raushalten. Aber selbst wenn dem so ist: Der Placeboeffekt fristet in der Medizin noch viel zu sehr ein Schattendasein. Er sollte endlich umfassend erforscht werden. Denn ohne die Selbstheilungskräfte des Körpers, die nicht zuletzt vom – nebenwirkungsfreien – Placeboeffekt gestärkt werden, sind auch Substanzen in chemisch nachweisbarer Dosierung vermutlich machtlos.

E. B., Bonn

# BECKs Betrachtungen



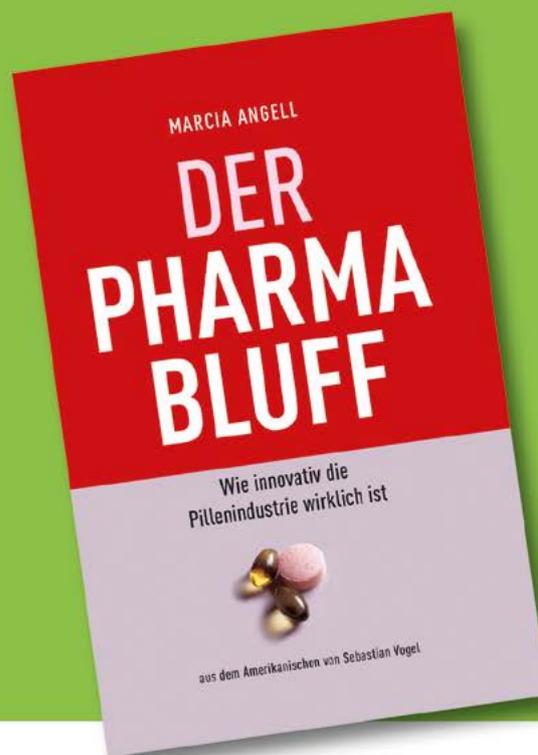
Der gebürtige Leipziger BECK studierte Architektur und Grafik, bevor er durch Veröffentlichungen in der »taz«, im »Eulenspiegel« und in der »Zeit« als Cartoonist und Illustrator bekannt wurde. Nach »Meister der komischen Kunst: BECK« (Verlag Antje Kunst-

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

# 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.

## Das Gefühl, gut aufgehoben zu sein, gibt's auch für Erwachsene

Wir sind immer in Ihrer Nähe: Mit 61.000 Mitarbeitern, 1.380 Geschäftsstellen und zahlreichen Vorsorgeleistungen kümmern wir uns darum, dass Sie gesund bleiben oder schnell wieder gesund werden. Darauf vertrauen schon 24 Millionen Versicherte in ganz Deutschland.

Gesundheit in besten Händen

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