



Das AOK-Forum für Politik, Praxis und Wissenschaft
Ausgabe 4/2017, 20. Jahrgang

GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

KLINISCHE KREBSREGISTER

Datenschatz für die Tumorthherapie

G+G-Leserumfrage:
Treffen Sie Ihre Wahl!



SYSTEMWECHSEL

Wie die Umstellung auf
Pflegegrade funktioniert

IQWIG-CHEF WINDELER

Was gegen eine schnellere
Arzneimittelzulassung spricht

EXTRAS: G+G-Wissenschaft

Die Pressestellen der AOK

Gesundheit ist unser Thema!

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

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

AOK-BUNDESVERBAND

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

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

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

AOK BADEN-WÜRTTEMBERG

Hauptverwaltung
Pressesprecher: Kurt Wesselsky

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

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

AOK BAYERN – DIE GESUNDHEITSKASSE

Zentrale
Pressesprecher: Michael Leonhart

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

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

AOK BREMEN/BREMERHAVEN

Pressesprecher: Jörn Hons

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

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

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN

Direktion
Pressesprecher: Ralf Metzger

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

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

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR NIEDERSACHSEN

Direktion
Pressesprecher: Carsten Sievers

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

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

AOK NORDOST – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecherin: Gabriele Rähse

Wilhelmstraße 1
10963 Berlin
presse@nordost.aok.de

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

AOK NORDWEST – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: Jens Kuschel

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

Tel. 02 31/4193-10145

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

Tel. 04 31/6 05-21171

AOK RHEINLAND/HAMBURG – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecherin: Dr. Ellen von Itter

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

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

AOK RHEINLAND-PFALZ/SAARLAND – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressereferent: Jan Rößler

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

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

AOK PLUS – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR SACHSEN UND THÜRINGEN

Pressesprecherin: Hannelore Strobel

Sternplatz 7
01067 Dresden
presse@plus.aok.de

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

AOK SACHSEN-ANHALT – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecherin: Anna-Kristina Mahler

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

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

Bildung schützt vor Fake News

Impfen verursacht Autismus – Falschmeldungen wie dieser ist mit Verboten nicht beizukommen, meint **Bernhard Pörksen**. Der Medienexperte fordert vielmehr, schon Schulkindern zu vermitteln, wie sie seriöse Quellen erkennen.

Kürzlich war ich einmal wieder im seltsamsten Land der Welt unterwegs, dem Fake-News-Land. Millionen von Menschen leben hier, tauschen sich aus, klären sich auf über die Abgründe der Politik und die Gemeinheit des Menschen. Im Fake-News-Land ist alles möglich. Hillary Clinton führt hier einen Pädophilen-Club, getarnt als Pizzeria in Washington. Und der Papst liebt Donald Trump. Aus den Kondensstreifen der Flugzeuge regnet es Gift auf unschuldige Bürger und eine Impfung verursacht Autismus. Es ist ein Land, in dem das Drama die neue Normalität geworden ist, die spektakuläre Enthüllung zur alltäglichen Erfahrung. Wenn aber das Erfundene vorschnell für wahr gehalten wird, wenn in Zeiten umherwirbelnder Falsch-Nachrichten der kommentierende Sofortismus regiert und nicht die Frage, ob das Gesagte überhaupt stimmt, dann hat dies Folgen in der wirklichen Welt. Dann wird der Reaktionsreflex im Verbund mit Erfundenem zum echten Drama.

Was also tun? Fake News verbieten, wie Politiker fordern? Die Lüge bestrafen? Ein Abwehrzentrum gegen Desinformation einrichten, wie durch das Innenministerium geplant? Vielleicht sogar, wie ein Wissenschaftler in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung ernsthaft vorschlug, das allgemeine Wahlrecht an einen Wissenstest koppeln? Solche Vorstellungen machen deutlich, dass in diesen überhitzten Zeiten nicht nur das Ideal der Wahrheit bedroht ist, sondern auch das der Mündigkeit. Beide Ideale gehören jedoch elementar zu einer Demokratie. Sie sind aufs Engste miteinander verknüpft, weil auf einem Marktplatz der Wahrheiten und Ideen mündige Bürger darüber entscheiden, was ihnen als richtig und wichtig erscheint.

Die Lösungssuche beginnt mit einem dreifachen Eingeständnis. Zum einen hat es immer schon Fake News gegeben und sie werden sich nie ganz verbannen lassen. Zum anderen unterstellt der Begriff Fake News eine Trennschärfe, die oft nicht existiert. Wahrheiten sind – jenseits der glasklar erkennbaren

Wahrheiten sind in der Regel strittig und der Debatte unterworfen.

Propaganda – in der Regel strittig, der Debatte unterworfen. Sie bewegen sich im Meer der relativen Uneindeutigkeiten. Schließlich ergibt sich die gegenwärtig erlebbare Wahrheitskrise aus einem Zusammenspiel unterschiedlichster Faktoren. Fake News können nur zu einem so gravierenden Problem werden, weil ein allgemeines Medienmisstrauen regiert, der klassische Journalismus schwächer wird, die PR-Industrie aufrüstet und einzelne Plattformen zu Wirklichkeitsmonopolen geworden sind, die den Nachrichtenkonsum von Milliarden Menschen durch undurchsichtige Algorithmen regulieren.

Was also ist zu tun, wenn man die liberale, offene Gesellschaft nicht gefährden will und doch erkannt hat, dass hier ein systemisches Problem vorliegt? Wichtig erscheint mir die Einsicht, dass sich in der

aktuellen Medienrevolution ein gigantischer, gesellschaftspolitisch noch gar nicht verstandener Bildungsauftrag verbirgt. Heute ist jeder Mensch zum Sender geworden und kann sich mit seinen Themen und eben auch mit Fälschungen und Fakes barrierefrei an die Öffentlichkeit wenden. In dieser Situation müssen die Grundfragen des Journalismus nach der Glaubwürdigkeit, der Relevanz und der Publikationswürdigkeit von Informationen zu einem Element der Allgemeinbildung werden, sie sollten an den Schulen gelehrt werden. Was ist wirklich wichtig, was eine seriöse Quelle? Welche Nachricht verdient es verbreitet und geteilt zu werden, welche nicht? Dies sind Grundfragen unserer Zeit. Sie in den Lehrplänen von Schulen zu verankern bedeutet einen langen, mühevollen Weg zu gehen. Aber diese Sisyphusarbeit der fortwährenden Aufklärung ist den Idealen eines demokratischen Miteinanders angemessen. Bildungsanstrengungen dieser Art setzen die Mündigkeit des anderen voraus, betrachten ihn als selbstständiges Gegenüber und machen den Sinn einer gemeinsamen Wahrheitssuche erfahrbar. Die autoritäre Bevormundung beim Sortieren von Propagandamüll wäre dann überflüssig. Sie ist einer offenen Gesellschaft unwürdig. ■



Prof. Dr. Bernhard Pörksen, 47, ist Medienprofessor an der Universität Tübingen. Pörksen studierte Germanistik, Journalistik und Biologie in Hamburg. Er beschäftigt sich unter anderem mit dem Medienwandel im digitalen Zeitalter, Inszenierungsstilen in Politik und Medien sowie der Dynamik von Skandalen als Spiegel aktueller Wertedebatten. Pörksen schreibt Essays, Kommentare und Debattenbeiträge für zahlreiche Zeitungen und Zeitschriften. Zuletzt veröffentlichte er – gemeinsam mit Friedemann Schulz von Thun – das Buch „Kommunikation als Lebenskunst.“

Kontakt:
Bernhard.Poerksen
@uni-tuebingen.de

Ihr Kreuzchen, bitte!



H.-B. Henkel-Hoving,
Chefredakteur

Welcher gesundheitspolitische Kopf hat Sie in den letzten vier Jahren überzeugt? Welche Partei hat Ihre Erwartungen nicht erfüllt? Welches Problem im Gesundheitswesen muss die nächste Bundesregierung in jedem Fall anpacken? Antworten auf diese und weitere Fragen können Sie, liebe Leserinnen und Leser, im Rahmen der **G+G-Umfrage zur Bundestagswahl 2017** geben. Und

mit etwas Glück ein iPad oder einen der anderen wertvollen Preise gewinnen.

Sie müssen dazu nur den Fragebogen ausfüllen, der dieser Ausgabe beiliegt, und an die Redaktion faxen. Sollte jemand den Fragebogen schon weggeschnappt haben, können Sie ihn auch unter www.kompart.de herunterladen oder online ausfüllen. Einsendeschluss ist der 31. Mai 2017. Über die Ergebnisse der Umfrage berichten wir in einer der nächsten Ausgaben.

Gespannt ist die G+G-Redaktion nicht zuletzt auf Ihre Einschätzungen, wie es nach der Wahl beim Thema Arzneimittel weitergehen soll. Hohe Preise für neue Medikamente oder der Versandhandel mit rezeptpflichtigen Präparaten werden die nächste Bundesregierung gewiss ebenso intensiv beschäftigen wie das Drängen der Pharmaindustrie auf eine schnellere Zulassungspraxis. Welche Gefahren hier für die Patientensicherheit lauern, beschreibt **Professor Dr. Jürgen Windeler eindringlich im Interview mit G+G-Autor Thomas Rottschäfer** ab Seite 26.

Beeindruckt hat mich auch Ihre Reaktion auf unser Studienreise-Angebot: **Die Fahrt nach Dänemark war rasch ausgebucht**. Wir bieten Ihnen deshalb Ende August noch einmal Gelegenheit, mehr über die innovative Krankenhauspolitik unseres Nachbarlandes zu erfahren (Seite 7/8).

In diesem Sinne Ihr


henkelhoving@kompart.de



Termin in Köln: G+G-Autor Thomas Rottschäfer (re.) im Gespräch mit Prof. Dr. Jürgen Windeler vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.

MAGAZIN

14 **ZU SEHR AUF PILLEN FIXIERT**

Der neue Pflege-Report belegt: Viele Demenzzranke in Pflegeheimen erhalten Psychopharmaka – obwohl die Mittel für ihre Krankheit gar nicht geeignet sind.

Von Thomas Hommel

16 **PFLEGEBERATUNG KOMMT AN**

Eine aktuelle Umfrage belegt: Die Versicherten geben der AOK-Pflegeberatung gute Noten. Allerdings ist das Angebot nicht allen bekannt.

Von Otmar Müller

17 **RÜCKENWIND FÜR GESUNDE KOMMUNEN**

Krankenkassen können Gesundheitsprojekte von Kommunen finanziell fördern. Dass sich die Investition lohnt, verdeutlichen Experten auf einer Tagung.

Von Hans-Bernhard Henkel-Hoving

18 **AUF NATIONALER EBENE NACHBESSERN**

Das Europaparlament hat die neue Medizinprodukteverordnung verabschiedet. Sie bietet Spielraum, auf nationaler Ebene Patienten noch stärker zu schützen.

Von Thomas Rottschäfer

19 **„WIR VERGRÖßERN DEN LEISTUNGSUMFANG“**

Indien will die Gesundheitsversorgung seiner Bürger verbessern, sagt Rajeswara Rao. Anregungen dafür holte sich der leitende Beamte des indischen Gesundheitsministeriums bei einem Besuch in Deutschland.

RUBRIKEN

9 **Rundruf** Krankenhäuser: Regeln für die Personaldecke?

13 **Kommentar** Ärzteschaft: Aufarbeiten angesagt

38 **Recht** Haftung: Kein Schadenersatz von Psychologin

40 **AOK-Notizen** Aktuelles aus Bund und Ländern

42 **Service** Bücher, Termine und mehr

44 **Debatte** Ehrenamt: Soziale Utopie statt Freiwilligen-Arbeit

45 **Nachlese** Briefe an die Redaktion

45 **Impressum** Wer steckt hinter G+G?

46 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen



20 Bestandsaufnahme: Wie weit der Aufbau der Krebsregister gediehen ist

TITEL

20 BEI KREBS ALLE REGISTER ZIEHEN

Klinische Krebsregister helfen dabei, die Qualität der Tumorthherapie zu erhöhen. Deren Aufbau kommt bundesweit voran. Aber mancherorts klemmt es noch.
Von Eva Richter

THEMEN

26 „SCHNELLERE ARZNEIZULASSUNG RISKANT“
Europas Arzneimittelagentur will bestimmte Arzneien schneller zulassen und dazu die Anforderungen an Studien herabsetzen. Ein risikoreiches Vorhaben, sagt Jürgen Windeler vom Kölner Qualitätsinstitut.

30 PFLEGEUTACHTER: PERSPEKTIVWECHSEL
Seit Jahresbeginn gilt der neue Pflegebegriff. Was das für die Arbeit der Gutachter des Medizinischen Dienstes bedeutet, zeigt die G+G-Reportage.
Von Silke Heller-Jung (Text) und Jürgen Schulzki (Fotos)

36 „KÄSTCHENDENKEN IST FEHL AM PLATZE“
Für ein besseres Klinik-Entlassmanagement und eine generalistische Pflegeausbildung – die Bremer Gesundheitssenatorin Eva Quante-Brandt setzt auf eine ganzheitliche Versorgung älterer Menschen.



26 Interview: Jürgen Windeler vom Kölner Qualitätsinstitut über Risiken einer schnelleren Arzneizulassung



30 Reportage: Wie sich der neue Pflegebegriff auf die Arbeit der Pflegegutachter auswirkt

RUHESTAND Senioren haben Spaß an Arbeit

Wenn Menschen im Rentenalter einer Erwerbsarbeit nachgehen, dann tun sie das zumeist aus Freude an der Arbeit (26 Prozent) oder um weiterhin Geld zu verdienen (19 Prozent). Weitere Gründe für eine Erwerbstätigkeit im Ruhestand sind das Gefühl, gebraucht zu werden (15 Prozent) sowie Kontakte zu anderen Menschen (13 Prozent). Das ist das Ergebnis einer Studie, die das Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung in Wiesbaden zur Lebenssituation und zu den Plänen älterer Menschen veröffentlicht hat. Insgesamt wurden 2.500 Personen im Alter zwischen 58 und 73 Jahren befragt. ■

SELTENE ERKRANKUNGEN Netzwerke bündeln Medizinwissen

Die neuen Europäischen Referenznetzwerke haben Anfang März ihre Arbeit aufgenommen. 900 hochspezialisierte Gesundheitseinrichtungen und Mediziner aus 26 europäischen Ländern bündeln in diesen Zentren ihr Fachwissen bei Diagnose und Therapie seltener Krankheiten – darunter etwa Knochenleiden, Blutkrankheiten oder Krebserkrankungen bei Kindern. „Die neuen Netzwerke werden das beträchtliche Wissen und den Erfahrungsschatz in der Europäischen Union verbinden, die derzeit kleinteilig über die verschiedenen Länder verstreut sind“, sagte EU-Gesundheitskommissar Vytenis Andriukaitis zum Start der Einrichtungen. Die Initiative verdeutliche die greifbaren Vorteile einer europäischen Zusammenarbeit. ■



Zusammen ist man weniger allein: Freude an zwischenmenschlichen Kontakten gehört zu den häufigsten Gründen, warum Rentner arbeiten gehen.

GRÜNEN-FRAKTION Alters-Strategie fällt durch

Die Grünen-Fraktion im Bundestag ist mit ihrem Antrag „Partizipation und Selbstbestimmung älterer Menschen stärken“ gescheitert. Mit den Stimmen der Koalitionsfraktionen von CDU/CSU und SPD lehnte der Familienausschuss den Antrag ab. Die Linksfraktion enthielt sich der Stimme. Die Grünen fordern in ihrem Antrag von der Bundesregierung, eine Strategie des „aktiven Alterns“ zu entwickeln. Dazu sei ein Förderprogramm aufzulegen, das über altersgerechtes Wohnen, Weiterbildungsangebote und soziale Sicherung in den Kommunen informiert. Zudem müsse das Programm „Altersgerecht Umbauen“ der Kreditanstalt für Wiederaufbau mit Bundesmitteln in Höhe des tatsächlichen Bedarfs ausgestattet werden. Bis 2030 werde der Bedarf an barrierefreien Wohnungen auf drei Millionen steigen. ■

MEHR INFOS:
Bundestagsdrucksache
18/9797

KABINETT Untergrenzen für die Pflege kommen

Das Bundeskabinett hat die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen auf Klinikstationen, in denen dies aus Gründen der Patientensicherheit besonders nötig ist, verabschiedet. „Eine gute Pflege und Versorgung im Krankenhaus kann nur mit einer angemessenen Personalausstattung gelingen“, sagte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband sollen beauftragt werden, im

Benennen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung Personaluntergrenzen in zuvor von ihnen festgelegten Bereichen im Krankenhaus bis Ende Juni 2018 zu vereinbaren. Um dauerhaft mehr Personal beschäftigen zu können, erhalten die Krankenhäuser seit Kurzem bereits einen Pflegezuschlag. Ab 2019 soll dieser um die Mittel des Pflegestellenförderprogramms ergänzt werden und damit von bisher 500 Millionen Euro auf bis zu 830 Millionen Euro pro Jahr anwachsen. ■

Siehe Rundruf auf Seite 9.

kurz & bündig

+++ ABTREIBUNGEN: Die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland ist 2016 gegenüber dem Vorjahr um 0,5 Prozent gesunken. Wie das Statistische Bundesamt mitteilte, wurden im vergangenen Jahr rund 98.700 Schwangerschaftsabbrüche gemeldet. Knapp drei Viertel (72 Prozent) der Frauen, die 2016 einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, waren zwischen 18 und 34 Jahre alt, 17 Prozent zwischen 35 und 39 Jahre. **+++ KLINIKEN:** Von den 80.612 im Krankenhaus tätigen hauptamtlichen Ärztinnen arbeitete im Jahr 2015 ein Drittel (33,8 Prozent) nicht in einem Vollzeitbeschäftigungsverhältnis, sondern war teilzeit- oder geringfügig beschäftigt. Wie das Statistische Bundesamt zum Weltfrauentag am 8. März mitteilte, betrug dieser Anteil zehn Jahre zuvor (2005) ein Viertel (25,7 Prozent). Im Vergleich dazu waren 2015 nur 12,5 Prozent der Krankenhausärzte teilzeit- oder geringfügig beschäftigt – im Jahr 2005 waren es 5,3 Prozent.



Foto: iStockphoto/Birute Vilekiene

**Juni-Termin
bereits ausgebucht!**

Wegen anhaltender Nachfrage bieten wir Ihnen mit gleichem Programm, zu gleichen Konditionen und gleichem Preis einen zusätzlichen Reiseterrn vom **28. – 30. August 2017** an.

Dänemarks erfolgreiche Klinikreform

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

Anmeldung umseitig

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

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

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

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



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

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



+++ Jetzt anmelden +++

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

Das Programm

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



1.Tag: Montag, 12. Juni 2017

Vormittags: Individuelle Anreise nach Kopenhagen

Ab 13 Uhr: Fachvorträge und Fragerunden zu folgenden Themen:

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

Abends: Gemeinsames Essen

2. Tag: Dienstag, 13. Juni 2017

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

Nachmittags: Fachvorträge und Fragerunden zu folgenden Themen:

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

Abends: Gemeinsames Essen mit dänischen Gesundheitsexperten

3. Tag: Mittwoch, 14. Juni 2017

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

11 Uhr: Abschließende Diskussions- und Fragerunde

Ab 12 Uhr: Individuelle Abreise aus Kopenhagen

Juni-Termin bereits ausgebucht!

Wegen anhaltender Nachfrage bieten wir Ihnen mit gleichem Programm, zu gleichen Konditionen und gleichem Preis einen zusätzlichen Reiseterrn vom **28. – 30. August 2017 an.**

+++ JETZT ANMELDEN +++

Ja, ich will teilnehmen:

an der G+G-Studienreise nach Dänemark vom 28. bis 30. August 2017 zum Preis von 1.395,- Euro pro Person und melde mich hiermit verbindlich an.

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

Vorname Name	Institution/Firma
Rechnungsanschrift: Straße/Hausnummer	PLZ/Ort
E-Mail	Datum, Unterschrift

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

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



Regeln für die Personaldecke?

In bestimmten Klinikbereichen soll künftig eine Untergrenze für Pflegekräfte gelten. Das Kabinett winkte jetzt eine entsprechende Vorlage des Bundesgesundheitsministeriums durch. Ein gutes Signal?



FRANZ WAGNER, *Bundesgeschäftsführer des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe*: Die Bundesregierung hat endlich erkannt, dass man auf die Selbstregulierungskraft des Systems Krankenhaus nicht grenzenlos vertrauen kann. Auf dem Rücken der Pflegefachkräfte – und damit mittelbar der Patienten – wird seit Jahren an der falschen Stelle gespart. Mit diesem politischen Signal wird anerkannt, dass es einen Zusammenhang zwischen Personalausstattung in der Pflege

und Ergebnisqualität gibt und gegengesteuert werden muss. Ob und was dieses Signal taugt, muss sich in der konkreten Umsetzung erweisen – etwa an der Vermeidung von Personalumschichtung statt Personalvermehrung.

DR. KLAUS REINHARDT, *Vorsitzender des Hartmannbundes*:

Die teils massiven Missstände bei den Arbeitsbedingungen von Pflege und ärztlichem Personal machen gesetzgeberische Schritte nötig – dann aber für beide Gruppen. Bisher wurde der ökonomische Druck vor allem auf den Schultern des Personals abgeladen, auch zulasten der Patienten. Nun müssen sich Kliniken und Kassen den Anforderungen hinsichtlich einer adäquaten Personalausstattung stellen. Ich hoffe, dass dies auch den Druck auf die Länder erhöht, ihren Investitionsverpflichtungen nachzukommen, damit nicht weiter Gelder, die für Personal vorgesehen sind, ersatzweise in die Infrastruktur der Häuser gesteckt werden müssen.



GEORG BAUM, *Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausesgesellschaft*: Allgemeine Personaluntergrenzen sind der falsche Weg. Der tatsächliche Personalbedarf hängt maßgeblich von baulichen Strukturen, technischer Ausstattung und Erkrankungen der Patienten ab. Starre Vorgaben würden den individuellen Gegebenheiten vor Ort nicht gerecht. Sie stehen einem flexiblen Personaleinsatz entgegen. Zudem sind der große Fachkräftemangel in der Pflege, kurzfristige Personalausfälle und plötzlich steigender Versorgungsbedarf Einflussfaktoren, die in festen Vorgaben nicht abzubilden sind. Sie können daher nur als Strukturqualitätsmaßnahmen in spezifischen Versorgungsbereichen infrage kommen.

Personalausfälle und plötzlich steigender Versorgungsbedarf Einflussfaktoren, die in festen Vorgaben nicht abzubilden sind. Sie können daher nur als Strukturqualitätsmaßnahmen in spezifischen Versorgungsbereichen infrage kommen.

DR. WULF-DIETRICH LEBER, *Leiter der Abteilung Krankenhäuser beim GKV-Spitzenverband*: Kaum einer will zurück in die Zeiten der Selbstkostendeckung. Inzwischen kommen der Politik jedoch Zweifel, ob die völlige wirtschaftliche Handlungsfreiheit für Krankenhausmanager nicht einer gewissen Einschränkung bedarf. Offenbar wurde mehr Pflegepersonal abgebaut als dies medizinisch vertretbar ist. Die Berücksichtigung der Pflegegrade im System der Klinik-Fallpauschalen ist ein erster Schritt. Für pflegesensible Bereiche und Situationen – zum Beispiel im Nachtdienst – brauchen wir jedoch klare personelle Mindeststandards. Es geht nicht nur darum, dass das Geld in der Pflege ankommt. Es geht darum, dass genug Pflege beim Patienten ankommt.



FAMILIE UND BERUF

Anstieg beim Kinderkrankengeld

Immer mehr berufstätige Eltern in Deutschland nutzen die Möglichkeit, während der Pflege ihres kranken Nachwuchses Kinderkrankengeld von ihrer Krankenkasse zu beziehen. Dies geht aus den Analysen von Mitglieder-daten durch das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiDo) hervor. Danach ist



der Anteil der AOK-Mitglieder mit Kinderkrankengeld in den vergangenen fünf Jahren um 47 Prozent gestiegen. Besonders oft wird Kinderpflegekrankengeld im Osten Deutschlands beansprucht. Während in Dresden 10,2 Prozent aller Mitglieder diese Leistung wahrgenommen haben, waren es in Gelsenkirchen gerade einmal ein Prozent. „Mütter in den neuen Bundesländern kehren nach der Geburt ihrer Kinder früher in den Beruf zurück als in den alten Bundesländern und sind insgesamt häufiger Vollzeit erwerbstätig“, sagte Helmut Schröder, stellvertretender Geschäftsführer des WiDo. ■

MEHR INFOS:

www.aok-bv.de > Presse

CHIRURGEN

Personalmangel gefährdet Patienten

Deutschlands Chirurgen befürchten, dass ein Mangel an Pflegekräften Behandlungserfolge gefährden könnte. Trotz enormer Fortschritte in der Chirurgie gebe es große Defizite in der Patientenversorgung, kritisierte Tim Pohlemann, Präsident des 134. Chirurgenkongresses. Patienten würden immer schlechter vor- und nachversorgt, so Pohlemann. „Das entscheidet auch über eine höhere oder geringere Komplikationsrate.“ Je öfter Pflegekräfte den Patienten sähen, desto eher bemerkten sie Probleme bei der Genesung. ■

HYGIENE

In Taxis fahren die meisten Bazillen mit

Eine neue Studie im Auftrag einer Berliner Reinigungsfirma ist der Frage nachgegangen, in welchen öffentlichen Verkehrsmitteln die meisten Bakterien „mitfahren“. Die Forscher nahmen Proben von je fünf Sitzen in Bussen, Straßen- und U-Bahnen sowie von Rückbänken von Taxis. Die Tests fanden zeitgleich in Berlin, London und Paris statt. Überraschendes Ergebnis für Berlin: Die meisten Bakterien fanden sich in Taxis. Rücksitze wiesen hohe Konzentrationen von Enterobakterien und Enterokokken auf – Erreger also, die mit Verunreinigungen durch Fäkalien in Verbindung gebracht werden. In U-Bahnen wurde ebenfalls eine hohe Konzentration von Enterobakterien und Enterokokken festgestellt. Die geringste bakterielle Verunreinigung gab es in Bussen. ■

WIRTSCHAFT

Gesundheitsbranche wächst kräftig

Die Gesundheitswirtschaft in Deutschland entwickelt sich immer mehr zu einem bedeutenden Wachstumsmarkt. Wie aus der „Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung“ des Bundeswirtschaftsministeriums hervorgeht, waren in der Gesundheitsbranche zuletzt rund sieben Millionen Menschen beschäftigt. Das sind rund eine Million mehr Stellen als noch im Jahr 2005. „Eine gute Gesundheitsversorgung ist auch gut für die deutsche Wirtschaft. Nur wenn die Leute gesund sind, können sie am gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Leben teilnehmen“, sagte Wirtschaftsstaatssekretär Matthias Machning. Am stärksten fiel das Stellenwachstum im Dienstleistungsbereich aus – insbesondere in der Pflege und in Kliniken. Aber auch andere Teilbereiche der Gesundheitswirtschaft konnten zulegen. Im Durchschnitt stieg die Wertschöpfung der Gesundheitsbranche seit 2005 um 3,8 Prozent pro Jahr – deutlich stärker als die Gesamtwirtschaft. Im Jahr 2016 erwirtschaftete die Branche eine Bruttowertschöpfung in Höhe von 336 Milliarden Euro. ■

MEHR INFOS:

www.bmwi.de > Presse

MASTERPLAN 2020

Medizinstudium mit mehr Praxisbezug

Nach langem Tauziehen haben sich Bund und Länder auf einen Vorschlag zur Reform des Medizinstudiums verständigt. Der Masterplan Medizinstudium 2020 sieht

Köpfe und Karrieren



+++ PAMELA RENDI-WAGNER, 46, ist neue österreichische Ministerin für Gesundheit und Frauen. Sie tritt die Nachfolge von Sabine Oberhauser an, die im Februar dieses Jahres verstorben war. Pamela Rendi-Wagner studierte Medizin an der Universität Wien und promovierte dort 1986. Anschließend ging sie an die London School of Hygiene and Tropical Medicine und machte dort ihren Master in „Infection and Health“. 1997 erlangte sie das Diplom für Hygiene and Tropenmedizin am Lononer Royal College of Physicians. 1998 kehrte Rendi-Wagner an die Universität Wien zurück und arbeitete zwischen 1998 und 2002 in der Abteilung für Spezifische Prophylaxe und Tropenmedizin. 2008 habilitierte sie zum Thema „Prävention durch Impfungen“ in Wien. Anschließend war sie international als Wissenschaftlerin in den Bereichen Infektionsepidemiologie, Vakzinprävention und Reisemedizin tätig und lehrte als Gastprofessorin an der Universität in Tel Aviv. Bis zu ihrem Amtsantritt leitete die Sozialdemokratin sechs Jahre lang die Sektion für Öffentliche Gesundheit und Medizinische Angelegenheiten im österreichischen Gesundheitsministerium und war Vorsitzende des Bundesamtes für Sicherheit im Gesundheitswesen.

+++ JOHANNES SCHENKEL, 47, hat die ärztliche Leitung der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) übernommen. In dieser Funktion verantwortet der promovierte Facharzt für Neurologie die Qualitätssicherung der medizinischen Beratung. Zuvor war er seit 2009 Referent für Telemedizin bei der Bundesärztekammer. Nach seinem Masterstudium in Public Health 2006 arbeitete er drei Jahre lang am Städtischen Klinikum München als Oberarzt der Stroke Unit. Seit rund sieben Jahren lehrt er auch als Dozent im Masterstudiengang Cerebrovascular Medicine an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Die UPD ist eine neutrale Einrichtung, die Verbraucher und Patienten in gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen kostenfrei informiert und berät. Sie erhält Fördermittel von der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung.



+++ WOLFGANG EBER, 62, steht für weitere vier Jahre als Vorstandsvorsitzender an der Spitze der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV). Der promovierte und niedergelassene Zahnmediziner bekleidet dieses Amt seit 2013. Zudem gehört er dem Vorstand des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen an. KZBV-Vizevorsitzende sind Martin Hendges, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) Nordrhein, sowie Dr. Karl-Georg Pochhammer, Vorstandsvorsitzender der KZV Berlin.

mehr Praxisbezug, eine Landarztquote sowie die Stärkung der allgemeinärztlichen Ausbildung vor. Umstritten war vor allem die Landarztquote. Danach soll ein Teil der Medizinstudienplätze unter der Bedingung vergeben werden, dass sich die Bewerber verpflichten, später mindestens zehn Jahre auf dem Land zu praktizieren. Den Ländern soll allerdings freistehen, ob sie von der Quote Gebrauch machen oder nicht. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe sagte, der Masterplan

sei ein „großer Schritt hin zu einem modernen Medizinstudium“, das Ärzte auf künftige Herausforderungen vorbereite und gute Patientenversorgung überall sicherstelle. Für die Länder betonte die Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz, Eva Quante-Brandt, das Medizinstudium werde „deutlich praxisnäher“. Der Bundesvorsitzende des Deutschen Hausärzterverbandes, Ulrich Weigeldt, nannte die Einigung eine „gute Nachricht“ für die Zukunft der hausärztlichen Versorgung. In der

Vergangenheit seien viele Studierende „so gut wie gar nicht“ mit der hausärztlichen Tätigkeit in Berührung gekommen. „Das wird sich durch die Reform ändern.“ Es seien jedoch noch etliche Fragen offen, so Weigeldt. Dazu gehöre auch die Frage, wie die Reform des Medizinstudiums finanziert werden soll. Experten gehen von Zusatzkosten in Höhe 300 Millionen Euro jährlich aus. ■

MEHR INFOS:

www.bmg.bund.de > Pressemitteilungen

PROGNOSE

Einwohnerzahl in Deutschland steigt

Deutschlands Einwohnerzahl wächst wegen der Zuwanderung bis zum Jahr 2035 auf rund 83 Millionen. Das ergibt eine Bevölkerungsprognose des Instituts der deutschen Wirtschaft (IWD) in Köln. Eine Spezialauswertung der Wissenschaftler für Berlin, München und Frankfurt am Main zeigt zudem: Großstädte sind für In- wie Ausländer besonders attraktiv und gewinnen weit überproportional an Einwohnern. Das wirkt sich auch auf die Altersstruktur aus: 2035 leben in den drei untersuchten Städte deutlich mehr junge Menschen als im Rest der Republik (siehe Grafik). Laut IWD können die Bevölkerungsprognosen Lokalpolitikern Hinweise liefern, worum sie sich künftig kümmern sollten – beispielsweise um den Bedarf an Wohnungen und Kitaplätzen oder den öffentlichen Nahverkehr. Dabei gehe es jedoch vor allem um Tendenzen, da gerade für Großstädte Vorhersagen mit hohen Unsicherheiten behaftet seien. So spiele die wirt-

Zitat des Monats

Heute haben wir uns das Leben derart erleichtert, dass wir an der Erleichterung sterben. Herzinfarkt wegen mangelnder körperlicher Betätigung.

Hans A. Pestalozzi (1929–2004), Schweizer Gesellschaftskritiker und Ex-Manager

schaftliche Entwicklung eine wichtige Rolle, aber auch das Zusammenwirken von Angebot und Nachfrage. ■

MEHR INFOS: www.iwd.de

MIGRATION Wohnen im fremden Land

Viele Menschen mit Migrationshintergrund leben bereits seit Jahrzehnten in Deutschland. Sie werden hier alt, vielleicht pflegebedürftig und brauchen Unterstützung. Über Leben und Gesundheit im Alter, mögliche Wohn-, Pflege- und Betreuungsangebote fehlen aber oft Informationen. Das geht aus einer Studie hervor, die das Institut Arbeit und Technik gemein-

sam mit dem Zentrum für Türkeistudien und Integrationsforschung für den GKV-Spitzenverband erstellt hat. In der telefonischen Befragung wurden mehr als 1.000 türkischstämmige Menschen im Alter von über 50 Jahren zu ihrer persönlichen Einschätzung des Lebens und Wohnens im Alter bei Pflegebedarf befragt. Daneben wurden Expertengespräche mit Dienstleistern aus der Gesundheits- und Sozialwirtschaft, wohnungswirtschaftlichen Akteuren und Fachleuten aus Wissenschaft und öffentlicher Verwaltung geführt. Fazit: Insgesamt sind ambulante und stationäre Angebote der Pflege bei älteren Migranten wenig bekannt. Gründe sind vor allem Sprachprobleme, Vorbehalte gegenüber Pflegeinstitutionen oder das Vertrauen auf die Pflege durch Kinder und Verwandte. ■

DOWNLOAD

www.gkv-spitzenverband.de > Pflegeversicherung > Forschung > Modellprojekte

REFORM

Mutterschutz auch für Schülerinnen

Künftig sollen auch Schülerinnen, Studentinnen und Praktikantinnen Mutterschutz genießen. Der Bundestag stimmte einem entsprechenden Gesetzentwurf zu.

Die Reform sieht zudem vor, dass es für Schwangere keine Arbeitsverbote mehr gegen ihren Willen geben darf. Die Möglichkeit der Sonntagsarbeit wird ebenfalls erweitert, sofern die Frau dies möchte. Bestehen bleibt die sechswöchige Schutzfrist vor der Geburt sowie den acht Wochen danach. Mütter von Kindern mit Behinderung sollen vier Wochen länger und damit insgesamt zwölf Wochen Mutterschutz nach der Geburt ihres Kindes erhalten. Der Bundesrat muss dem Gesetz noch zustimmen. ■

NEUER STUDIENGANG Manager für den Demografiewandel

Die private Apollon Hochschule der Gesundheitswirtschaft mit Sitz in Bremen hat einen neuen berufsbegleitenden Fernstudiengang gestartet: Der Master „Angewandte Gerontologie“ bildet seit dem 1. April Akademiker zu qualifizierten Schnittstellen-Managern für die älter werdende Gesellschaft aus. Die interdisziplinär angelegte Wissenschaft der Gerontologie beschäftigt sich mit allen gesellschaftlichen Bereichen des Älterwerdens und untersucht aus unterschiedlichen Blickwinkeln Auswirkungen, die der demografische Wandel mit sich bringt. „Ein wachsender Bedarf an Spezialisten rund um das Thema Gerontologie lässt sich in Kommunen, in Sozial- und Wohlfahrtsverbänden, in der Konsumgüter- und Pharmaindustrie sowie in Senioren-Interessensgemeinschaften und Weiterbildungseinrichtungen identifizieren“, begründete die Hochschule ihr neues Angebot. ■

MEHR INFOS:

www.apollon-hochschule.de

Gedämpfter Alterungsprozess in Großstädten

Anteil der über 66-Jährigen in Prozent



Metropolen wie Berlin, München oder Frankfurt am Main gewinnen bis zum Jahr 2035 überproportional viele, insbesondere jüngere Einwohner hinzu und altern deshalb weniger schnell als der Rest der Bundesrepublik.

Quellen: Institut der deutschen Wirtschaft Köln, Statistisches Bundesamt

STUDIE Forscher messen das Glück

In Norwegen leben laut einer Studie die glücklichsten Menschen. In der fünften Auflage des Weltglücksberichts eroberte das skandinavische Land Platz eins. Norwegen löst das zuvor dreimalig erstplatzierte Dänemark ab. Deutschland verbleibt auf Platz 16 – hinter Ländern wie den USA, Israel und Costa Rica, aber vor Großbritannien und Frankreich. Die meisten Länder der 30 hintersten Ränge liegen in Afrika. Die Glücksstudie verbindet Länderdaten mit Befragungen über die Selbstwahrnehmung ihrer Bewohner. Berücksichtigt ist zudem das Bruttoinlandsprodukt pro Kopf, die Lebenserwartung, die gefühlte Unterstützung aus dem sozialen Umfeld oder das Vertrauen in Regierung. Forschern zufolge wirkt sich das Glücksempfinden positiv auf den Gesundheitszustand aus. ■



Norweger führen das internationale Glücksranking an.

PFLEGEBERUFE Einigung über Ausbildungsreform

Kurz vor Ende der laufenden Legislatur haben sich Union und SPD doch noch auf eine Reform der Pflegeausbildung verständigt. Den Plänen zufolge soll die Pflegeausbildung

künftig mit einer zweijährigen generalistischen Lehre beginnen. Anschließend sollen die Absolventen entscheiden, ob sie die generalistische Ausbildung fortsetzen oder einen Abschluss als Altenpfleger oder Kinderkrankenpfleger anstreben möchten. Einen Einzelabschluss Gesundheits-

und Krankenpflege soll es nicht mehr geben. Eine Evaluation in sechs Jahren soll zeigen, welche Präferenzen die Auszubildenden haben. ■

TRAUMATA Diabetes als Folge von Missbrauch

Die Misshandlung von Kindern kann bei den Opfern im späteren Leben zu Krankheiten wie Diabetes sowie zu einem erhöhten Schlaganfall- und Herzinfarktrisiko führen. So haben Untersuchungen der Uni Ulm und der Deutschen Traumastiftung ergeben, dass Missbrauchsoffer später oft unter Bluthochdruck und chronischer Fettleibigkeit leiden. In der Folge bekämen die Opfer häufiger Diabetes sowie einen Herzinfarkt- oder Schlaganfall, sagte Markus Huber-Lang vom Institut für Klinische und Experimentelle Trauma-Immunologie des Universitätsklinikums Ulm. ■

SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH

„Ein sehr wertvoller Datensatz für die Krebsbehandlung“

Mehr Informationen zu Diagnose und Therapie von Krebsleiden – das ist das Ziel Klinischer Krebsregister. Zum aktuellen Stand in Thüringen Fragen an die Verwaltungsratsvorsitzende der AOK PLUS, Iris Kloppich.



G+G: Wie ist die Situation in Sachen Krebsregister in Thüringen?

KLOPPICH: Festzustellen ist zunächst, dass der Registerbetrieb im Sinne des Krebsfrüherkennungs- und -registergesetzes von 2013 in Verbindung mit Paragraph 65 c SGB V auch in Flächenländern mit bestehenden Strukturen zur Krebsregistrierung teils noch nicht abgeschlossen ist. Dies gilt auch für Thüringen. Im Freistaat werden aber aktuell die Weichen gestellt, um ein Klinisches Krebsregister und dessen landesrechtliche Verankerung bis zum 1. Januar 2018 zu etablieren.

G+G: Was genau ist geplant?

KLOPPICH: In Thüringen erfolgt bereits seit Mitte der 1990er Jahre eine flächendeckende Krebsregistrierung durch fünf regionale Krebsregister. Sie sind an den Tumorzentren in Erfurt, Gera, Jena, Nordhausen und Suhl angesiedelt und bilden die Basis für das jetzt aufzubauende landesweite Klinische Krebsregister. Wir fangen also nicht bei Null an.

Perspektivisch soll ein zentrales Klinisches Krebsregister am Institut für Medizinische Statistik, Information und Dokumentation der Medizinischen Fakultät des Uniklinikums Jena mit regionalen Registerstellen eingerichtet werden. Als Träger fungiert eine gemeinsame GmbH.

G+G: Welche Vorteile hat das Klinische Krebsregister für die Patienten?

KLOPPICH: Vorteilhaft ist definitiv, dass damit die Voraussetzungen für eine bessere Versorgungsqualität krebskranker Menschen geschaffen werden. Zudem erhalten wir eine bundesweite Grundlage für eine einheitliche und vergleichbare Datenerhebung. Auch in Thüringen wird ein sehr wertvoller Datensatz für die Krebsbehandlung geschaffen und die bisher gut funktionierende Tumordokumentation gestärkt. Denn das zentrale Krebsregister kann auf alle relevanten Daten im Rahmen der klinischen Krebsregistrierung zurückgreifen, wohingegen die einzelnen Tumorzentren lediglich ihre regionalen Daten einsehen können.

Aufarbeiten angesagt

Deutschlands Kassenärzte haben nach der Wahl eines neuen Vorstandes die Chance, wieder mehr Gehör zu finden, meint **Wolfgang van den Bergh**. Vorausgesetzt, der Burgfrieden hält.



SEIT WOCHEN LIEGT MAN SICH in den Armen und versichert sich gegenseitige Treue. Ein neuer Teamgeist soll wieder zu altem Selbstbewusstsein führen, Schlammkriegen sollen der Vergangenheit angehören. Man will raus aus der gesundheitspolitischen Bedeutungslosigkeit. So lautet das selbst gesteckte Ziel des neuen Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV).

Unterstützung könnte von ungeahnter Stelle kommen. Politiker, die der Selbstverwaltung noch vor Kurzem ein strenges Kontrollgesetz verordnet haben, könnten dabei helfen, der KBV wieder mehr Gehör zu verschaffen. Wie das? Vielen Politikern steht das bevor, was die KBV-Vertreter der Kassenärzte schon hinter sich haben: Wahlen. In solchen Zeiten machen sich Parteienvertreter gerne auf, ihr gesundheitspolitisches Profil zu schärfen. Da liegt es nahe, auf Experten zurückzugreifen, die das Geschäft von innen kennen. Und die Zielgruppe Ärzte ist für alle Parteien durchaus von Interesse. Das ist eine gute Chance für die KBV, mit ihrem Reform-Konzept 2020 – in dem sie sich als Kümmerer der Nation darstellt – zu reüssieren.

Doch das allein wäre zu einfach. Die Aufarbeitung der eigenen Vergangenheit steht weiter auf der Agenda der Kassenärzte. Dabei spielt der alte und neue Vorstand Andreas Gassen eine gewichtige Rolle. Bis zu seiner Wahl war nicht klar, ob Gassen Teil des Problems oder Teil der Lösung in der schwierigen Gemengelage aus dubiosen Immobiliengeschäften und seltsamen Verträgen mit Ex-KBV-Chef Andreas Köhler war. Gassen hat stets eine Beteiligung an den Vorgängen bestritten. Und für das Gegenteil gibt es keine Beweise. Die Frage ist nur, mit welcher Intensität er die Aufarbeitung der Vergangenheit vorangetrieben hat.

Für eine höhere Schlagzahl beim Heilen der Wunden dürften die beiden neuen Vorstandsmitglieder Stephan Hofmeister für die hausärztliche Fraktion und Thomas Kriedel als neues, nicht vertragsärztliches Vorstandsmitglied sorgen. Druck werden die „Falken“ machen – obgleich die Allianz aus den Kassenärztlichen Vereinigungen Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Saarland, Mecklenburg-Vorpommern und Westfalen gelobt, mit der KBV an einem Strang zu ziehen.

Kurzum: Die Chance für einen Neubeginn ist da. Die Spitzenorganisation von 165.000 Ärzten und Psychotherapeuten kann wieder an Bedeutung gewinnen – vorausgesetzt, der Burgfrieden hält. Man kann ihnen nur wünschen: Vermasselt es nicht! ■

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

Hilfe könnte von ungeahnter Stelle kommen.

PRAXISOFTWARE

Verordnung von Heilmitteln

Vertragsärzte, die für die Verordnung von Heilmitteln ihr Praxisverwaltungssystem nutzen, dürfen seit Kurzem nur noch zertifizierte Praxissoftware verwenden. Ursprünglich sollte diese auf das GKV-Stärkungsgesetz zurückgehende Regelung zum 1. Januar 2017 gelten. Um den Softwareherstellern mehr Zeit für die Anpassung ihrer Produkte einzuräumen, hatten sich GKV-Spitzenverband und Kassenärztliche Bundesvereinigung jedoch auf eine Übergangsfrist geeinigt. Diese endete am 31. März 2017. ■

ARBEITSMARKT

Deutschland gehen die Pflegekräfte aus

Setzen sich die derzeitigen Trends am hiesigen Arbeitsmarkt fort, könnte es künftig zu einem flächendeckenden Engpass in den Pflege- und Gesundheitsberufen ohne Approbation kommen. Dies ist das Ergebnis einer Analyse des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB), die das Institut in der aktuellen Ausgabe seiner Zeitschrift „Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis“ veröffentlicht hat. Im Jahr 2035 übersteigt der Arbeitskräftebedarf der Prognose zufolge das Angebot um rund 270.000 Fachkräfte – auch aufgrund einer vergleichsweise schwachen Lohnentwicklung in diesem Berufsfeld sowie des stetigen Anstiegs der Nachfrage nach Pflege- und Gesundheitsleistungen – bedingt durch den demografischen Wandel. ■

MEHR INFOS:
www.bibb.de

HEILBERUFE

Anerkennung von Abschlüssen

Die Bundesregierung sieht hinsichtlich der Regelungen zu den Anerkennungsverfahren in Heilberufen keinen Handlungsbedarf. Das System der Anerkennungsregelungen könne im Wesentlichen als gelungen bezeichnet werden, heißt es in einem entsprechenden Bericht zu dem Thema. Mit dem am 1. April 2012 in Kraft getretenen Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen seien einheitliche Verfahrensregeln geschaffen und auf diese Weise intransparente und aufwendige Parallelsysteme vermieden worden. Die von den Ländern vorgetragenen Probleme betreffen im Wesentlichen den Vollzug und weniger die Konzeption der Regelungen an sich. ■

MEHR INFOS:
Bundestagsdrucksache
18/11513

WELTGESUNDHEITSTAG

Depression kann jeden treffen

Im Rahmen ihres diesjährigen Weltgesundheitstages hat die Weltgesundheitsbehörde WHO das Thema Depression in den Fokus gestellt. Depressionen seien häufige und ernste, „aber auch gut behandelbare psychische Erkrankungen“, hieß es. Weltweit sind laut WHO mehr als 300 Millionen Menschen aller Altersgruppen betroffen. Mit dem Weltgesundheitstag erinnert die WHO jedes Jahr an ihre Gründung am 7. April 1948 und macht auf ein relevantes Gesundheitsthema aufmerksam. ■

Zu sehr auf Pillen fixiert

Neuroleptika statt Malkurs, Hypnotika statt Spaziergang: Laut neuem Pflege-Report 2017 erhält ein Teil der rund 800.000 Heimbewohner in Deutschland zu viele Psychopharmaka. Gefordert seien alle: Ärzte, Pflegekräfte und Pflegeheimleitungen. **Von Thomas Hommel**

Deutschlands Pflegeheime haben es derzeit nicht leicht. Nicht nur die Reformpolitik legt ihren Fokus auf die ambulante Pflege. Auch die Mehrheit der Bundesbürger wünscht sich im Fall von Pflegebedürftigkeit nichts sehnlicher als eine Betreuung in den eigenen vier Wänden. Droht den stationären Pflegeeinrichtungen also das Abstellgleis? Ganz so düster dürfte die Zukunft nicht aussehen. Aber klar ist: In punkto Versorgungsqualität haben viele Heime noch Luft nach oben.

Das zeigt auch der kürzlich veröffentlichte Pflege-Report 2017 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO). Danach werden in Pflegeheimen weit mehr Psychopharmaka und andere Arzneimittel verabreicht als medizinisch ratsam. So erhalten sechs von zehn Pflegebedürftigen täglich mehr als vier verschiedene pharmazeutische Wirkstoffe.

Das Problem dabei: Eine solche Versorgungspraxis erhöht das Risiko unerwünschter Neben- und Wechselwirkungen. In vielen Fällen übersteige der Schaden sogar den therapeutischen Nutzen, warnte die Pharmakologin Professor Dr. Petra A. Thürmann von der Universität Witten/Herdecke. „Das fünfte Arzneimittel wird dann gegen die Nebenwirkungen der ersten vier verordnet“, kritisierte Thürmann, die auch Mitglied im Gesundheits-Sachverständigenrat ist.

Besonders riskant ist laut Thürmann der Einsatz von Neuroleptika bei Demenz. „Neuroleptika werden als Medikamente zur Behandlung von krankhaf-



Weniger wäre mehr: Die Autoren des Pflege-Reports rufen zu einem behutsameren Umgang mit Arzneimitteln in Heimen auf.

ten Wahnvorstellungen – sogenannten Psychosen – entwickelt und auch geprüft“, erläuterte die Wissenschaftlerin. Nur ganz wenige der Wirkstoffe seien allerdings für Wahnvorstellungen bei einer Demenz zugelassen – „und auch dann nur für eine kurze Therapiedauer von etwa sechs Wochen“. Konkret würden in den medizinischen Leitlinien lediglich zwei dieser Wirkstoffe über jeweils sechs Wochen empfohlen.

Gefährliche Nebenwirkungen. Laut AOK-Report liegt der Anteil der demenzkranken Pflegebedürftigen in Heimen mit einer Dauermedikation von Neuroleptika bei 43 Prozent und mit Präparaten gegen Depressionen bei 30 Prozent. Nur 24 Prozent der Bewohner jedoch erhalten ein Medikament gegen die eigentliche Erkrankung Demenz. „Vielen Pflegebedürftigen werden zu viele Medikamente verabreicht. Da gibt es nichts zu beschönigen“, sagte der Vorstandschef des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch. Eine

Studie des britischen Demenzforschers Sube Banerjee von 2009 unterstreicht den Befund: Laut Banerjee bewirken Neuroleptika bei zehn bis 20 Prozent der Demenzkranken mit Verhaltensstörungen spürbare Verbesserungen. Zugleich aber traten im Untersuchungszeitraum von drei Monaten gegenüber einer Kontrollgruppe zehn Todesfälle und 18 Schlaganfälle mehr auf. Unter dem Strich seien bei einer Therapiedauer von drei Jahren 167 zusätzliche Todesfälle zu erwarten. Angesichts einer solchen Bilanz sei der Einsatz der Mittel deutlich zu reduzieren, empfehlen Experten daher.

Dass dies ohne Qualitätsverluste in der Versorgung geht, belegt der AOK-Report anhand von Zahlen aus anderen Ländern. Ähnlich viele Neuroleptika wie in Deutschland werden demenzkranken Heimbewohnern danach nur in Estland (48 Prozent) und Spanien (54 Prozent) verordnet. Anders in Schweden, wo nur zwölf Prozent der pflegebedürftigen Demenzkranken Neuroleptika bekommen.

Lesetipp

Jacobs, Klaus; Kuhlmei, Adelheid; Greß, Stefan; Klauber, Jürgen; Schwinger, Antje (Hrsg.): **Pflege-Report 2017**, 348 Seiten, Schattauer-Verlag 2017.

Problembewusstsein schärfen. Die Pflegekräfte bestätigen das hohe Ausmaß an Psychopharmaka-Verordnungen. Das belegt eine im Pflege-Report veröffentlichte schriftliche Befragung von 2.500 Pflegekräften durch das WIdO. Die Befragten geben an, dass im Durchschnitt bei gut der Hälfte der Bewohner ihres Pflegeheimes Psychopharmaka eingesetzt werden. Zwei Drittel der Pflegebedürftigen (64 Prozent) erhielten demnach die Verordnungen länger als ein Jahr. 82 Prozent der Pflegekräfte halten diesen Verordnungsumfang für angemessen.

Pflegeexpertin Dr. Antje Schwinger vom WIdO sieht daher auch Handlungsbedarf: „Das Problembewusstsein der Pflegekräfte muss offensichtlich geschärft werden.“ Um den Psychopharmaka-Einsatz in Heimen zu reduzieren, sei sicherzustellen, „dass nicht-medikamentöse Ansätze im Arbeitsalltag noch stärker etabliert werden können“, so Schwinger.

Laut WIdO-Umfrage werden die alternativen Ansätze auch häufig umgesetzt. So sagen 67 Prozent der Pflegekräfte, dass in ihrem Heim spezielle Pflegekonzepte greifen. Biografarbeit sowie Beschäftigungs- und Bewegungsangebote kommen ebenfalls zum Zug. Zugleich geben 56 Prozent der Befragten an, Zeitdruck beeinträchtigt oder verhindert oft die Umsetzung nicht-medikamentöser Verfahren.

Teamarbeit gefragt. Dennoch könnten die Pflegekräfte für die Übermedikation von Heimbewohnern am wenigsten, so AOK-Chef Litsch. Der kritische Umgang mit Psychopharmaka sei eine Teemaufgabe von Ärzten, Heimbetreibern, Pflegekräften und Apothekern, die Heime betreuen. Vor allem behandelnde Ärzte, aber auch Heimbetreiber stünden in der Verantwortung, für eine leitliniengerechte Medizin zu sorgen. „Ärzte dürfen diese Medikamente nur dann einsetzen, wenn es nicht anders geht und auch nur so kurz wie möglich.“

Um die Kooperation mit den Ärzten zu verbessern, sprach sich Pharmakologin Thürmann für eine zahlenmäßige Begrenzung der für die Bewohner verantwortlichen Mediziner aus. „Wenn 40 Ärzte 100 Heimbewohner behandeln, funktioniert es nicht.“ Besser sei stattdessen eine enge Zusammenarbeit engagierter Mediziner mit Heimleitungen, Pflegekräften und Apotheken. ■

DEUTSCHER PFLEGETAG 2017

„Zeit der Worthülsen ist vorbei“

Im gerade begonnenen Superwahljahr 2017 dürfte das Thema Pflege als Evergreen auf vielen Wahlkampfveranstaltungen laufen. Tenor vor allem der regierenden Parteien CDU, CSU und SPD: „Was haben wir nicht alles getan für die Pflege!“

Deutschlands Pflegeprofis aber fühlen sich von der Politik bislang stiefmütterlich behandelt. Das zumindest legt eine **repräsentative Umfrage unter 866 Pflegekräften** nahe, die der Deutsche Pflegerat (DPR) beim vierten Deutschen Pflegetag Ende März in Berlin vorgestellt hat. Danach gelangen 58 Prozent der befragten Altenpfleger und 73 Prozent der Mitarbeiter in der Gesundheits- und Krankenpflege zu der Auffassung, dass jüngste Gesetzesänderungen wie die Pflegestärkungsgesetze oder die Krankenhausreform in ihrem Berufsalltag keine Wirkung gezeigt haben.

Überhaupt sehen viele Pflegekräfte ihre Interessen von der Politik wenig berücksichtigt. 17 Prozent der Befragten fühlen sich gar von den etablierten Parteien kein bisschen vertreten. 40 Prozent trauen ihnen keine Kompetenz in Sachen Pflege zu. Immerhin: In die Arme rechter Parteien treibt das die Pflegezunft nicht. Nur eine Minderheit (zwei Prozent) hegt Sympathien mit rechtspopulistischen Positionen. Bedenklich wiederum: **Etwa jeder dritte Pflegeprofi würde seinen Beruf „in keiner Weise“ weiterempfehlen.** Der Frust unter den deutschen Ur-Enkeln Florence Nightingales – der großen alten Dame der Pflege – sitzt offenbar tief.

Der Präsident des Deutschen Pflegerates, Andreas Westerfellhaus, rief die Politik deshalb auf, für bessere Arbeitsbedingungen in Kliniken, Heimen und Pflegediensten zu sorgen. Natürlich habe die Große Koalition zuletzt viel für die rund 2,9 Millionen Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen in Deutschland getan. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff sei „wegweisend und richtig“. Weil die Politik aber mehr Leistungen daran knüpfe, brauche es auch mehr Personal, das die neuen Leistungen erbringe. **„Ohne Pflegefachkräfte ist keine gute Pflege möglich.“** Die Politik müsse endlich „ein klares Zeichen“ für die Pflegeprofession setzen. Westerfellhaus: „Die Zeit der Worthülsen ist vorbei.“

Der Sprecher der Geschäftsleitung des Pflegetages, Jürgen Graalman, nannte die Umfrageergebnisse ein „Alarmsignal, das zwingend gehört werden muss“. Die Tatsache, dass so viele Pflegeprofis die Entscheidung für ihren Beruf als wenig nachahmenswert ansähen, dürfe nicht ohne Reaktion bleiben. Denn, so Graalman: „Wir brauchen jede und jeden in der Pflege.“ Dies gelte umso mehr, als der Fachkräftemangel infolge einer wachsenden Zahl älterer, pflegebedürftiger Menschen weiter zunehme.

Für eine **Aufwertung der professionellen Pflege** sprach sich auch der Vorstandschef des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch, aus. Der AOK-Bundesverband ist Gründungspartner des Kongresses. Der Koalition, so Litsch, sei mit den Pflegestärkungsgesetzen zwar die „Teilmodernisierung der Pflegeversorgung“ gelungen. Doch während Pflegebedürftige und Angehörige heute umfangreicher unterstützt würden, habe sich die Situation der Pflegekräfte kaum verbessert. „Pflege ist nach wie vor ein Knochenjob.“

Die überdurchschnittliche Belastung spiegele sich auch in der Krankenstandsstatistik wider. Zwischen 2012 und 2016 sei der Krankenstand über alle Branchen hinweg im Schnitt von 4,9 auf 5,3 Prozent gestiegen. Speziell in der Pflege sei der Krankenstand im selben Zeitraum von 6,1 auf 6,7 Prozent geklettert. „Damit ist er in den Pflegeberufen nicht nur höher als im Schnitt, er wächst auch schneller.“

Um Pflegekräfte zu stärken, sei die **Gesundheitsförderung in den Pflegeeinrichtungen** zu verbessern. Zudem müsse sichergestellt sein, dass höhere Leistungsvergütungen der Pflegekassen auch bei den Pflegekräften in Form angemessener Gehälter ankommen. „Allzu oft geht das zusätzliche Geld nämlich in nicht optimal gemanagte Strukturen oder in die Rendite der Anbieter“, kritisierte Litsch.

Thomas Hommel

Mehr Infos: www.deutscher-pflegetag.de

Pflegeberatung kommt an

Freundlich, kompetent und verständlich – die Versicherten stellen der AOK-Pflegeberatung ein gutes Zeugnis aus. Allerdings kennen noch nicht alle das Angebot, wie eine aktuelle Befragung zeigt. **Von Otmar Müller**

Wenn Menschen im Alter den Alltag zu Hause nicht mehr allein bewältigen können, wissen sie oft nicht, welche Hilfen ihnen zustehen. Deshalb haben gesetzlich Versicherte seit Anfang 2009 Anspruch auf eine individuelle Pflegeberatung durch die Pflegekassen. Im Rahmen der Gespräche ermitteln Pflegeberater, Pflegebedürftige und Angehörige gemeinsam den Unterstützungsbedarf und veranlassen konkrete Hilfen.

Wie gut sich der gesetzliche Anspruch auf Pflegeberatung in die Praxis umsetzen lässt, zeigt eine repräsentative Befragung im Auftrag des AOK. Wissenschaftler des Zentrums für Sozialforschung Halle fragten im vergangenen Jahr knapp 42.000 AOK-Versicherte, wie zufrieden sie mit dem Angebot sind und ob es sich an ihrem Bedarf orientiert. Davon antworteten 13.524. In der Befragung unterschieden die Forscher zwischen Menschen, die sich bereits von der AOK beraten lassen haben („Nutzer“, insgesamt 12.269) sowie Menschen, die zwar eine Leistung aus der Pflegeversicherung erhalten, aber bislang keine Beratung in Anspruch genommen haben („Nicht-Nutzer“, insgesamt 1.255). Zwei zentrale Ergebnisse: Neun von zehn Nutzern sind mit der AOK-Pflegeberatung sehr oder eher zufrieden. Mehr als die Hälfte der Nicht-Nutzer gab an, sie hätten dieses Angebot nicht gekannt.

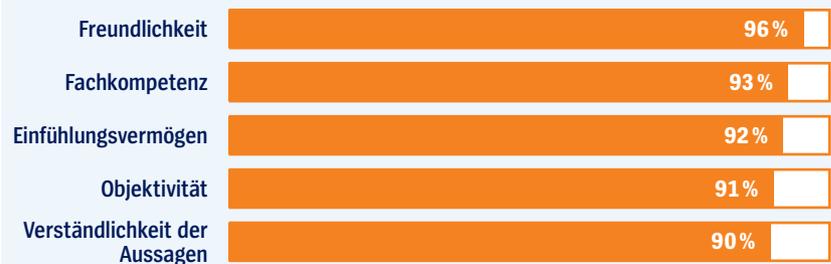
Beratung beeinflusst Pflegesituation. Positives Feedback gab es sowohl hinsichtlich personenbezogener als auch fachlicher Aspekte (*Grafik*). So zeigten sich 96 Pro-

Webtipp

Alle Ergebnisse der Umfrage in der Broschüre „In besten Händen“ unter www.aok-gesundheitspartner.de > Pflege > Pflegeberatung

Nutzer bewerten Gespräche positiv

Wie zufrieden sind Sie mit folgenden Beratungsaspekten?
Sehr/eher zufrieden:



Mit wichtigen Aspekten der Pflegeberatung wie Fachkompetenz und Einfühlungsvermögen waren jeweils mehr als 90 Prozent der AOK-Versicherten sehr beziehungsweise eher zufrieden. Das belegt eine repräsentative Umfrage.

Quelle: Zentrum für Sozialforschung Halle

zent der Befragten sehr oder eher zufrieden mit der Freundlichkeit der Pflegeberaterinnen und -berater, 93 Prozent bewerteten die Fachkompetenz positiv. 92 Prozent beurteilten die Gespräche als einfühlsam, während jeweils 90 Prozent den Beratern eine hohe Objektivität und Verständlichkeit attestierten. Auf die Frage, wie sich die Beratung auf ihre Pflege- oder Lebenssituation ausgewirkt habe, gaben 48 Prozent der Befragten an, die Pflegesituation habe sich verbessert. 47 Prozent schätzten die Beratung positiv ein, weil pflegende Angehörige Unterstützung bekommen hatten. Mit Blick auf die Finanzierung ihrer Pflege meinten zudem 42 Prozent, dass sie durch die Beratung verstanden hätten, mit welcher Unterstützung sie künftig rechnen könnten.

Versicherte können von der Pflegeberatung aber nur profitieren, wenn sie das Angebot auch kennen. Doch in der Nicht-Nutzer-Befragung offenbarte sich, dass 52 Prozent dieser Gruppe von der Pflegeberatung nichts wussten. Manche erfuhr erst mit dem Antrag auf Pflegeleistungen oder während der Begutach-

tung durch den Medizinischen Dienst der Pflegeversicherung davon. Andere Versicherte nutzten das Angebot nicht, weil sie glaubten, dass ihnen eine solche Beratung nichts brächte.

Leistung bekannt machen. „Wir leiten aus diesem Ergebnis einen eindeutigen Auftrag ab: Gemeinsam mit den anderen Akteuren in der Pflege müssen wir künftig mehr dafür tun, diese Leistung bei möglichst allen Versicherten bekannt zu machen“, kommentierte Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, die Ergebnisse der Befragung. Insgesamt 733 Pflegeberaterinnen und -berater würden bundesweit flächendeckend in einer der 1.380 AOK-Geschäftsstellen Pflegedürftige und ihre Angehörigen unterstützen. „Ich möchte, dass möglichst jeder Versicherte weiß, dass er sich in unmittelbarer Nähe oder auch bei sich zu Hause beraten lassen kann – und dass ihm das etwas bringt“, so Litsch. ■

Otmar Müller ist freier Journalist in Köln.
Kontakt: mail@otmar-mueller.de

Rückenwind für gesunde Kommunen

Dank des Präventionsgesetzes können Krankenkassen kommunale Gesundheitsprojekte finanziell jetzt direkt fördern – eine lohnende Investition, wie Experten bei einer Fachtagung der AOK Bayern verdeutlichten. **Von Hans-Bernhard Henkel-Hoving**

Den gesetzlichen Spielraum nutzt die AOK des Freistaates offensiv: Nachdem bereits vor einem Jahr der erste Förderbescheid übergeben worden ist, hat die AOK Bayern im Rahmen ihres Programms „Gesunde Kommune“ mittlerweile insgesamt 28 Projekte von Städten und Gemeinden mit zusammen 1,1 Millionen Euro unterstützt, berichtete Vorstandsvize Hubertus Råde bei einem Symposium in Nürnberg. Sieben weitere Förderanträge lägen bereits vor.

Dabei gehe es nicht darum, „den Kommunen irgendein Konzept überzustülpen.“ Die Städte und Gemeinden hätten vielmehr die Möglichkeit, Projekte selbst mitzugestalten. Dieser partizipative Ansatz sei wichtig, um die Nachhaltigkeit der Initiativen sicherzustellen. „Auf Dauer funktioniert kommunale Gesundheitsförderung nur mit engagierter Beteiligung der Gemeinde“, betonte Råde und machte zugleich deutlich, worum es der AOK Bayern nicht zuletzt geht: „Wir setzen auf gesundheitliche Chancengleichheit und wollen auch diejenigen erreichen, die bislang kaum Präventionsangebote wahrnehmen.“

Intensive Beratung. Damit die Projekte ein Erfolg werden, berät die AOK interessierte Kommunen während der gesamten, bis zu vier Jahre dauernden Förderphase. „Und zwar vom Antrag bis zur Abschlussevaluation“, wie Dr. Annette Scheder unterstrich. Besonderen Wert legt die Präventionsexpertin der AOK Bayern dabei auf eine lokale Bedarfsanalyse. Instrumente dafür stellte Prof. Dr. Stefanie Richter von der Hochschule Fürth vor. „Es geht nicht darum, irgendeinen Gesundheitstag zu machen“, so Annette Scheder, „sondern das richtige Angebot für die Bedürfnisse vor Ort zu entwickeln.“

Ein Beispiel dafür sind die „Gesundheitsbotschafter“ des Landkreises Cham an der deutsch-tschechischen Grenze. Dort wohnen auf einer Fläche, die mehr als anderthalb Mal so groß ist wie Berlin, nur etwa 130.000 Einwohner in vielen kleinen Dörfern und Städten. Gesundheitsangebote zentral zu organisieren, ist kaum möglich. Deshalb unterstützt die AOK den Landkreis dabei, insgesamt 26 ehrenamtliche Gesundheitsbotschafter auszu-

Stadtteilzentrens mit Bibliothek, Bildungszentrum (BIZ) und zahlreichen Gesundheitskursen „erreichen wir manche Leute nicht“, räumte Elzbieta Voigtländer vom BIZ unumwunden ein. Durch die „Gesunde Südstadt“ soll sich das ändern. Über vier Jahre hinweg fördert die AOK Bayern das Projekt, das unter anderem Asylbewerber, Alleinerziehende und Arbeitssuchende als Zielgruppen hat. Voigtländer und ihre Kol-



bilden, die in ihren jeweiligen Heimatgemeinden ganz unterschiedliche Projekte anstoßen. Die Palette reicht dabei von Kursen zur Sturzprophylaxe in Heimen über Seilspringen für Kinder bis hin zu Anti-Stress-Kursen. „Es geht um niedrigschwellige Angebote, die zum lokalen Bedarf passen“, so Koordinator Peter Fleckenstein vom Landkreis.

Die Hemmschwelle so klein wie möglich zu halten, ist auch das Ziel des Projektes „Gesunde Südstadt“ der Stadt Nürnberg. In dem Stadtteil wohnen etwa 95.000 Menschen. Mehr als die Hälfte von ihnen hat einen Migrationshintergrund, die Arbeitslosigkeit ist hoch. Der Bedarf nach Gesundheitsförderung ist also da, aber trotz eines gut frequentierten

legen greifen dazu auf vorhandene Angebote zurück und gehen auf die Stadtteilbewohner zu – Vernetzung ist Trumpf.

Vernetzung ist angesagt. Während Prof. Dr. Alfons Hollederer vom Landesamt für Gesundheit das Projekt „Gesundheitsregionen plus“ des Freistaates vorstellte, das ebenfalls auf Netzwerkarbeit setzt und von dem bisher 33 Kommunen und Landkreise profitieren, bedauerte Thomas Altgeld von der niedersächsischen Landesvereinigung für Gesundheit, dass die kommunale Ebene anders als Betriebe oder Kitas bislang das „unterbelichtetste Setting“ für Präventionsmaßnahmen der Kassen darstelle: „Die AOK Bayern ist hier auf dem richtigen Weg.“ ■

Auf nationaler Ebene nachbessern

Nach mehr als vier Jahren Diskussion hat das Europaparlament in Straßburg die neue Medizinprodukteverordnung verabschiedet. Die Vorgabe aus Brüssel lässt Spielraum für einen besseren Patientenschutz auf nationaler Ebene. **Von Thomas Rottschäfer**

Die Medizinprodukteverordnung löst nach einer Übergangsfrist von drei Jahren zwei EU-Richtlinien aus den 1990er Jahren ab. Sie regelt einen Markt mit europaweit rund 25.000 Herstellern und einer Produktpalette von der Mullbinde bis zum Herzkatheter. Für In-vitro-Diagnostika gilt eine gesonderte Verordnung mit einer Übergangsfrist von fünf Jahren. Die neue Verordnung verpflichtet Hersteller von Hochrisiko-Medizinprodukten wie zum Beispiel Defibrillatoren erstmals zu anspruchsvollen klinischen Studien. Neben Sicherheit und Leistungsfähigkeit geht es dabei auch um den zweckdienlichen Nutzen. Wichtige Studienergebnisse sind zu veröffentlichen. In einer europaweiten Datenbank werden künftig die Identifizierungsnummern von Medizinprodukten gespeichert, um bei einer schadhafte Serie alle Betroffenen informieren zu können.

Nun auch unangekündigte Prüfungen.

Für die Zulassung von Medizinprodukten sind jedoch weiter privatwirtschaftliche „Benannte Stellen“ in den EU-Ländern zuständig. In Deutschland sind das zum Beispiel die TÜV-Organisationen. Sie sollen Hersteller nun auch unangekündigt überprüfen und müssen sich jährlich selbst der Kontrolle durch nationale Behörden stellen. Geht es um neuartige Hochrisikoprodukte oder gibt es



Hinweise auf Risiken, kann eine von der EU gebildete Expertengruppe an der Zulassung beteiligt werden. Ihr bleibt aber nur 60 Tage Zeit für die Bewertung, und ihr Urteil ist nicht verbindlich.

„Die Medizinprodukteverordnung ist ein Fortschritt, aber nicht der große Wurf, den wir uns für den Patientenschutz erhofft haben“, sagt der Vertreter der AOK in Brüssel, Evert Jan van Lente. Gemeinsam mit ihren Partnerorganisationen auf Europaebene, Verbraucherschützern und Medizinern hat sich die AOK in den jahrelangen Verhandlungen für strengere Zulassungsbedingungen eingesetzt – insbesondere für die Einrichtung einer zentralen staatlichen Zulassungsstelle, wie es sie beispielsweise in den USA gibt. Dafür standen die Chancen zunächst nicht schlecht. Denn im Herbst 2012 begannen die Diskussionen um eine

Medizinprodukteverordnung unter dem Eindruck der Skandale um Brustimplantate aus minderwertigem Industrielikolon, schadhafte Hüftgelenke und gebrochene Kabel bei implantierten Defibrillatoren. Doch 2014 erzielten die Hersteller einen Erfolg im Tauziehen mit den Befürwortern von mehr Gesundheitsschutz: Unter EU-Kommissionspräsident Juncker wechselte die Zuständigkeit für Medizinprodukte von der Generaldirektion Gesundheit zur EU-Kommissarin für den Binnenmarkt. Und die Mitgliedstaaten, einschließlich Deutschland, blockierten die weitgehenden Parlamentspläne. „Trotzdem haben die Abgeordneten im wirtschaftsnahen Verordnungsvorschlag der Kommission noch deutliche Verbesserungen für den Patientenschutz durchgesetzt“, sagt van Lente.

Haftpflichtversicherung muss her. Die EU-Verordnung ist direkt geltendes Recht. Aber es gibt durchaus Spielraum für nationale Ergänzungen. Die AOK fordert deshalb, die dreijährige Übergangsfrist für mehr Patientenschutz zu nutzen. Dazu gehöre eine obligatorische Haftpflichtversicherung für Hersteller, damit Patienten im Schadensfall finanziell abgesichert seien. Die Verordnung verpflichtet Unternehmen lediglich zu „angemessenen Rücklagen“ – „unkonkret und nicht nachprüfbar“, kritisiert van Lente. Zudem hat der AOK-Bundesverband vorgeschlagen, den Einsatz neuer Hochrisiko-Produkte zunächst auf spezialisierte Zentren zu beschränken und die Kostenübernahme durch die Krankenkassen an die Ergebnisse hochwertiger Nutzen-Risiko-Studien zu koppeln. ■

Vier Risikoklassen für Medizinprodukte

Medizinprodukte werden mit Ausnahme der In-vitro-Diagnostika und aktiver implantierbarer Produkte in vier Risikoklassen I, IIa, IIb und III eingeteilt. Zur Klasse I („geringes Risiko“) werden zum Beispiel medizinische Apps, Lesebrillen, Rollstühle oder Fieberthermometer gerechnet. Zur Klasse II („mittleres Risiko“) zählen Zahnfüllungen, Röntgenfilme, Hör- oder Ultraschallgeräte. Klasse IIb („hohes Risiko“) umfasst beispielsweise Intraokularlinsen, Röntgengeräte oder Infusionspumpen. Zur Klasse III („sehr hohes Risiko“) gehören unter anderem Hüft- und Kniegelenkimplantate, Herzkatheter oder Brustimplantate.

Mehr Infos: www.aok-bv.de/hintergrund/dossier/medizinprodukte

Thomas Rottschäfer ist freier Journalist mit Schwerpunkt Gesundheitspolitik.

Kontakt: info@satzverband.de

„Wir vergrößern den Leistungsumfang“

Indien will das Nationale Krankenversicherungsprogramm auf alle Bundesstaaten ausdehnen und die Leistungen verbessern, kündigt **Rajeswara Rao** an. Anregungen zu der Reform hat sich der leitende Beamte des Gesundheitsministeriums bei einem Besuch in Deutschland geholt.

Herr Dr. Rao, warum schauen Sie sich das deutsche Gesundheitssystem an?

Rao: Bei uns geht es gerade um ein Projekt, von dem 400 Millionen Inder profitieren sollen: die Reform des Nationalen Krankenversicherungsprogramms RSBY. Deutschland hat eine lange Erfahrung mit der gesetzlichen Krankenversicherung. Die jeweiligen Regierungen haben das System immer wieder behutsam reformiert, sodass es heute sehr gut funktioniert. Das und die ohnehin langjährige intensive Kooperation der beiden Länder in Sachen Gesundheit hat uns bewogen, Deutschland zu besuchen.

Was hat Sie hier beeindruckt?

Rao: Wie professionell alles in der Leistungserbringung und der Verwaltung organisiert ist. Das zeigt sich beispielsweise daran, wie die Klinikleistungen abgerechnet werden, wie die Patienten eingebunden werden, welche Rolle evidenzbasierte Medizin spielt, welche Beiträge die Akteure zu einer guten Gesundheitsgesetzgebung leisten und wie Bund und Länder zusammenarbeiten.

Worum geht es bei der Reform des indischen Gesundheitssystems?

Rao: Das Nationale Krankenversicherungsprogramm RSBY wurde vom Arbeitsministerium eingeführt, vor allem um arme und anderweitig benachteiligte Menschen abzusichern. Inzwischen liegt die Verantwortung bei meinem Ministerium, dem Gesundheitsministerium. Wir verbessern dieses System, vergrößern seinen Leistungsumfang und den Versicherungskreis. Bisher läuft das RSBY in 14 von 29 indischen Bundesstaaten – alle anderen sollen es auch bekommen. Wir kümmern

uns zudem um die Bedürfnisse der Senioren. Immerhin sind zehn Prozent der Anspruchsberechtigten Rentner.

Auch in Indien arbeiten viele Ärzte am liebsten in den großen Städten. Wie stellen Sie die gesundheitliche Versorgung auf dem Land sicher?

ihrer Einnahmen für Aufklärungskampagnen ausgeben. In manchen Gegenden haben die Menschen eine recht klare Vorstellung, wozu eine Krankenversicherung sie berechtigt, in anderen aber überhaupt nicht. Wir kümmern uns demnächst verstärkt um das Problem, auch mithilfe von einer Million Freiwilligen.



Die Regierung hat sich die Digitalisierung auf die Fahne geschrieben.

Dr. K. Rajeswara Rao

Rao: In der Nationalen Gesundheitsmission geht es darum, die Grundversorgung bereitzustellen. Auch in entlegenen Gebieten gibt es jetzt Gesundheitseinrichtungen. Mit der Reform der Mediziner-ausbildung haben einige indische Bundesstaaten eine Verpflichtung zu einer zweijährigen Landarztztätigkeit eingeführt, wenn die Mediziner bestimmte Postdoc-Studiengänge machen wollen. Außerdem setzen wir Anreize zur Landarztztätigkeit, übrigens auch in Form besonders guter Ausstattung.

Nicht alle Menschen in Indien wissen, was eine Krankenversicherung leistet. Wie sorgen Sie für Aufklärung?

Rao: Dieses Unwissen ist eines der größten Hindernisse bei der Einführung einer allgemeinen Krankenversicherung. Die Versicherungen müssen zwei Prozent

Und was kann Deutschland von Indien lernen?

Rao: Wie wir die Digitalisierung angehen: Bei uns übernehmen die Leistungserbringer mit Freude die neuen Technologien. Auch die Regierung hat sich die Digitalisierung auf die Fahne geschrieben. Und wie kostensparend wir arbeiten: Unsere Gesundheitskosten betragen nur ein Zehntel der deutschen, und das durchaus bei großen Eingriffen wie Lebertransplantationen. ■

Das Interview führte Ines Körver.

Zur Person

Dr. K. Rajeswara Rao ist Joint Secretary im Ministry of Health & Family Welfare in New Delhi/Indien. Im Februar 2017 war er mit einer Delegation in Deutschland zu Gast bei der AOK International Consulting by KomPart.



Behandlung

Geschle

Alter

Wohnort

Bei Krebs alle Register ziehen

Sie sind ein Herzstück im Kampf gegen bösartige Tumore und ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Onkologie: Krebsregister. Ihr Aufbau macht bundesweit Fortschritte. Aber mancherorts klemmt es noch. Eine Bestandsaufnahme von **Eva Richter**

Sollen Patienten mit Darmkrebs in Stadium III eine Chemotherapie erhalten oder nicht? In diesem Stadium ist die Erkrankung weit fortgeschritten. Es besteht die Gefahr, dass der Tumor durch die Operation nicht vollständig beseitigt werden kann und in absehbarer Zeit wiederkehrt oder Metastasen in anderen Organen bildet. Ist bei Brustkrebs eine Bestrahlung nach der OP sinnvoll? Erhalten Patienten in Rostock die gleiche Behandlung wie in München? Für Krebskranke kann die Antwort auf diese Fragen überlebenswichtig sein.

Welche Therapie erfolgreich ist, zeigt sich am besten im Vergleich klinischer Behandlungsdaten. Die erforderlichen Daten müssen jedoch zunächst gesammelt werden. Dies ist Aufgabe der klinischen Krebsregister. Sie enthalten alle von den behandelnden Ärzten dokumentierten Daten eines Krebsfalls: von der Diagnose über die einzelnen Behandlungsschritte, die

Nachsorge bis hin zu Rückfällen, zu Überleben und Tod. Bis Ende dieses Jahres soll in jedem Bundesland ein klinisches Krebsregister eingerichtet sein. Dies sieht das Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG) vor, das im April 2013 in Kraft getreten ist.

Qualitätsvergleich möglich. So entsteht ein gewaltiger Datenschatz, der künftig wertvolle Rückschlüsse auf die Qualität der Krebstherapie in Deutschland ermöglicht. „Aus den zusammengeführten und ausgewerteten Behandlungsdaten von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern können die klinischen Krebsregister zeigen, mit welchen Therapien Patienten am besten behandelt werden und was verbessert werden muss. Die Patienten haben dadurch eine höhere Überlebenschance und ein geringeres Rückfallrisiko“, sagt Privatdozentin Dr. Monika Klinkhammer-Schalke, Direktorin des Tumorzentrums

Regensburg und Vorstandsmitglied der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e.V. (siehe Interview auf Seite 25).

Transparenz nur regional. Zwar gibt es bereits eine Reihe klinischer Daten zu Behandlungen und deren Wirksamkeit, die regionale Tumorzentren erhoben haben. „Dadurch ist zum Beispiel schon jetzt erwiesen, dass bei Brustkrebs nach Entfernung der Knoten eine Bestrahlung wichtig ist. Bei Enddarmkrebs hat sich gezeigt, dass ein minimalinvasiver Eingriff über eine Bauchspiegelung wirkungsvoller als ein Bauchschnitt sein kann. Und wir haben herausgefunden, dass Patienten mit Darmkrebs in Stadium III nur in etwa der Hälfte der Fälle die notwendige Chemo erhalten“, so Klinkhammer-Schalke. Diese Transparenz über Behandlungen stehe momentan aber nur stellenweise regional zur Verfügung.

Während die klinischen Krebsregister Daten von Krebsbehandlungen sammeln, erfassen die epidemiologischen (bevölkerungsbezogenen) Krebsregister Auftreten und Häufigkeit von Tumorerkrankungen, ihre Verteilung nach Alter, Geschlecht und Wohnort der Patienten und deren Überlebenszeit. Epidemiologen beobachten, ob es Unterschiede in der Krebshäufigkeit oder Sterberate zwischen den Geschlechtern gibt oder bestimmte Tumorarten in manchen Regionen häufiger auftreten.

Krebsgeschehen dokumentiert. Epidemiologische Krebsregister gibt es in Deutschland schon lange: Das weltweit erste bevölkerungsbezogene Krebsregister wurde bereits 1926 in Hamburg errichtet. Das Saarländische Krebsregister dokumentiert seit 1967 die Krebsfälle in dem Bundesland. Daraus ließen sich aber keine allgemeingültigen Rückschlüsse ziehen. 1995 wurden daher alle Bundesländer durch das Bundeskrebsregistergesetz verpflichtet, epidemiologische Krebsregister zu etablieren. Um die auf Landesebene gesammelten Daten zusammenführen zu können, wurde 2010 beim Robert Koch-Institut (RKI) in Berlin das „Zentrum für epidemiologische Krebsregisterdaten“ eingerichtet.

Ende 2016 hat das RKI den ersten Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland vorgestellt. Aus den gewonnenen epidemiologischen Daten lässt sich zum Beispiel ablesen, ob Früherkennungsprogramme nutzen: So heißt es in dem Bericht, dass das Mammografie-Screening offenbar zu einem Rückgang fortgeschrittener Brustkrebserkrankungen geführt hat und dass Früherkennungsuntersuchungen zu Gebärmutterhals- und Darmkrebs das Risiko von Neuerkrankungen mindern können.

Bei den klinischen Krebsregistern zeigt sich eine ähnliche historische Entwicklung: Die ersten Register wurden in den 1980/1990er Jahren gegründet, überwiegend an größeren Tumorbehandlungszentren. Um auch hier verlässliches, bundesweit einheitliches Datenmaterial zu generieren, beschloss die Gesundheitsministerkonferenz im Jahr 2004, den Ausbau klinischer Krebsregister zu fördern. Den Tumorbehandlungszentren kam und kommt dabei eine wichtige Rolle zu: „Die Zentren

sind regionale Motoren für die Tumordokumentation“, sagt Dr. Simone Wesselmann von der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG). Seit einigen Jahren bietet die DKG gemeinsam mit der Arbeitsgemeinschaft der Tumorzentren (ADT) regelmäßig Fortbildungen zur Zusammenarbeit zwischen Zentren onkologischer Versorgung und den Krebsregistern an.

Nationalen Krebsplan aufgelegt. Um den Ausbau der klinischen Krebsregister weiter voran zu treiben, etablierte sich 2006 der „Kooperationsverbund Qualitätssicherung durch Klinische Krebsregister (KoQK)“, ein Zusammenschluss von Vertretern aus Politik (Bund, Länder), Selbstverwaltung, Wissenschaft, Tumorzentren, Patientenorganisationen und anderen für Krebskranke engagierten Institutionen. 2008 initiierte das Bundesgesundheitsministerium dann gemeinsam mit der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Krebshilfe und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren den Nationalen Krebsplan: ein Programm zur Weiterentwicklung und Verbesserung der Früherkennung und der Versorgung krebserkrankter Menschen. Ein Meilenstein des Nationalen Krebsplans ist das im April 2013 in Kraft getretene Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG, Paragraph 65c Sozialgesetzbuch V). Sein Ziel: der flächendeckende Ausbau der klinischen Krebsregister und die Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung.

Datenerfassung vereinheitlicht. Damit trotz der je nach Bundesland unterschiedlich angesiedelten Registerstellen eine Vergleichbarkeit der Daten möglich ist, wurde ein bundeseinheitlicher Datensatz für die Registrierung erarbeitet. Dieser bildet jetzt die verbindliche Grundlage zur Datenerfassung: So werden in Rostock dieselben Daten einer Krebserkrankung erhoben wie in München. Den einheitlichen Datensatz haben die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland (GEKID) und die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) gemeinsam mit der Arbeitsgruppe Datensparsame und einheitliche Tumordokumentation (AG DET) erstellt. Gemeldet



Erfolgsmodell Kinderkrebsregister

Seit 1980 erfasst die Universitätsmedizin Mainz alle Krebserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Insgesamt liegen dem Kinderkrebsregister Daten von 55.412 in Deutschland an Krebs erkrankten Kindern und Jugendlichen vor. Gegenwärtig befinden sich circa 30.000 ehemalige Patientinnen und Patienten in der Nachbeobachtung, die ältesten von ihnen sind mittlerweile 50 Jahre alt. **Damit ist das Deutsche Kinderkrebsregister weltweit das größte Krebsregister seiner Art.** Es erhält derzeit jedes Jahr etwa 2.000 Meldungen über Neuerkrankungen. Das bedeutet, dass von 100.000 unter 18-jährigen Kindern und Jugendlichen pro Jahr etwa 16 an Krebs erkranken. Leukämie ist mit etwa einem Drittel der Fälle die häufigste Diagnosegruppe.

Finanzmittel von den Kassen

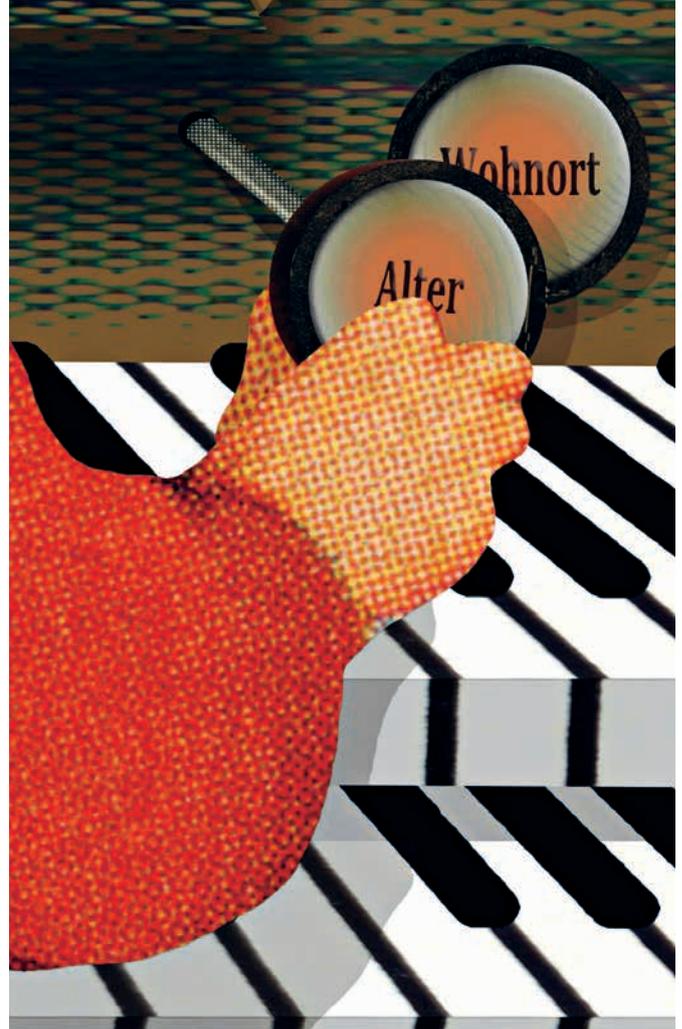
Die Deutsche Krebshilfe hat den Aufbau der Register mit 7,2 Millionen Euro unterstützt. Seit 2014 erhalten die Register eine Förderung durch die gesetzliche Krankenversicherung (derzeit 125 Euro pro Fall). Ist die vollständige Datenerfassung in allen Bundesländern erreicht, rechnet die GKV mit jährlichen Kosten von rund 50 Millionen Euro für die Krebsregister. Dies entspricht 90 Prozent der Gesamtkosten. Die restlichen zehn Prozent übernehmen die Länder.

werden nur Krebserkrankungen von Erwachsenen. Krebserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen erfasst das Deutsche Kinderkrebsregister (siehe Kasten „Erfolgsmodell Kinderkrebsregister“ auf Seite 22).

Das Gros der Ärzte meldet Fälle. Um die Daten zu bekommen, müssen die niedergelassenen Ärzte und die Krankenhäuser natürlich mitspielen. Dabei geht es um größtmögliche Vollständigkeit (mehr als 90 Prozent). „Nach den Landeskrebsregistergesetzen sind Ärzte verpflichtet, die geforderten Daten zur Verfügung zu stellen“, informiert die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Die Meldung erfolgt jeweils durch den Arzt, der die Erkrankung feststellt und/oder den Patienten behandelt. So leitet sowohl die Praxis, in der eine Chemotherapie erfolgt, Therapiedaten an das Krebsregister weiter, als auch die Praxis, die eine Strahlentherapie durchführt. Zudem geht es um Verlaufsdaten über einen Zeitraum von fünf Jahren. Dazu gehören Angaben zum Wiederauftreten der Erkrankung und zum Versterben des Patienten.

Für ihre Meldungen erhalten die Leistungserbringer eine einheitliche Vergütung: Festgelegt sind 18 Euro für die Erstmeldung und vier bis acht Euro für Folgemeldungen. Die Abrechnung erfolgt über die Krebsregister. Diese erhalten das Geld jeweils von der (gesetzlichen oder privaten) Krankenkasse des Patienten, dessen Daten ein Arzt oder Krankenhaus gemeldet hat. Meldet ein Arzt nicht, kann er mit einem empfindlichen Bußgeld belegt werden. Dazu Ann Marini vom GKV-Spitzenverband: „Unseres Wissens nach gibt es vereinzelt Verstöße gegen die Meldepflicht, die auch geahndet werden. Daneben ist es aber fast genauso wichtig, dass die Register mit den Ärzten ins Gespräch kommen und erklären, wie man künftig Fehler vermeidet. Da das Meldeverfahren noch ein relativ junges Instrument ist, hoffen wir, dass sich Meldequalität und -treue mittelfristig verbessern.“ Die Geschäftsführerin der Krebsregister gGmbH bei der Landesärztekammer Brandenburg, Dr. Anett Tillack, sieht dies ähnlich: „Das klinische Krebsregister ist kein Datengrab. Mit den Daten kann gearbeitet werden. Das haben die Ärzte bereits jetzt erkannt, und ich bin der festen Überzeugung, dass sich das auch in einer Verbesserung der Meldequote widerspiegeln wird.“

Datenschutz großgeschrieben. Zur Umsetzung des Krebsregistergesetzes haben die Länder im Jahr 2015 die „Plattform § 65c Krebsregister“ gegründet. „Sie soll die praktische Umsetzung über die Ländergrenzen hinweg begleiten, ein gemeinsames



Vorgehen bei offenen Fragen gewährleisten, nationale Standards setzen und Synergien bei der IT-Umsetzung schaffen“, erklärt Professor Dr. Alexander Katalinic vom Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie an der Universität zu Lübeck. Philipp Krajewski, Leiter der Projektgruppe „Gründung KKN – Klinisches Krebsregister Niedersachsen“ ist Mitglied der Plattform § 65c. Ein Thema bei den regelmäßigen Treffen der Plattform ist der Datenschutz: „Daten wecken natürlich immer auch Begehrlichkeiten. Wo zum Beispiel ist die Grenze der Auswertungsmöglichkeiten?“, gibt Krajewski zu bedenken. Seiner Ansicht nach sollte die Nutzung der Daten in einem transparenten Verfahren, erarbeitet von allen Beteiligten, geregelt sein. Dass die klinischen Krebsregister neutrale, unabhängige Institutionen und nicht die Einrichtung eines Leistungserbringers sind, etwa einer Universitätsklinik, steht auch schon in dem Gutachten „Aufwand-Nutzen-Abschätzung zum Ausbau und Betrieb bundesweit flächendeckender klinischer Krebsregister“ aus dem Jahr 2010, das von dem Forschungsinstitut Prognos erstellt wurde.

Welche Möglichkeiten eine bundesweite Krebsregistrierung aus Sicht der Leistungserbringer bieten könnte, erklärte Professorin Babette Simon, Vorstandsvorsitzende und Medizinischer Vorstand der Universitätsmedizin Mainz, kürzlich auf einer Pressekonferenz des rheinland-pfälzischen Gesundheitsministeriums zum aktuellen Stand der Einrichtung des Krebsregisters: „Dies eröffnet künftig sowohl im wissenschaftlichen als auch im klinischen Bereich neue Möglichkeiten zum Wohl aller Patientinnen und Patienten. Unter Beachtung der rechtlichen



Epidemiologische Krebsregister enthalten die Krebshäufigkeit in einer bestimmten Region. Die dort tätigen Wissenschaftler verfolgen, ob die Krebsrate innerhalb einer bestimmten Zeitspanne zu- oder abnimmt. Auch beobachten sie, ob es Unterschiede in der Krebshäufigkeit oder der Krebssterberate zwischen den Geschlechtern gibt, und ob bestimmte Tumorarten in manchen Regionen häufiger auftreten. Aus diesen Daten ziehen die Forscher Schlussfolgerungen: Sie können beurteilen, **ob Früh-erkenntnisangebote und Vorbeugungsmaßnahmen tatsächlich helfen, die Zahl von Krebserkrankungen und die Sterblichkeit zu verringern**. Auch überprüfen sie, ob neue Behandlungsmethoden langfristig das Schicksal der Betroffenen verändern. Aus vorliegenden Informationen lassen sich außerdem Schätzungen für die Zukunft ableiten. Wenn man weiß, ob die Zahl der Krebspatienten steigt oder sinkt, **lässt sich im Gesundheitswesen der Versorgungsbedarf besser planen**. In den meisten Bundesländern sind Kliniken, Ärzte und Zahnärzte dazu verpflichtet, alle Tumorerkrankungen, die sie diagnostizieren, an die jeweiligen Stellen der Landeskrebsregister zu melden. In manchen Bundesländern gilt das sogenannte Melderecht: Ärzte können einen Krebsfall melden, sind aber nicht dazu verpflichtet.

Klinische Krebsregister untersuchen, ob alle Patienten einer Einrichtung oder Region nach den gültigen Therapiestandards behandelt werden. Dabei dokumentieren diese Register die gleichen Patientendaten und Eigenschaften des Tumors wie die epidemiologischen Register. Zusätzlich aber machen Ärzte genaue **Angaben zu Diagnose, Therapie und Verlauf** der Krebserkrankung sowie zur Nachsorge und zur Lebensqualität des Patienten. **Alle klinischen Krebsregister sollen dabei den gleichen Datensatz nutzen**: Nur so sind die Ergebnisse von Region zu Region vergleichbar. Grundlage für die Datenerfassung ist der „einheitliche onkologische Basisdatensatz“, den die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland entwickelt haben. Er gilt für alle Tumorarten und gibt genau vor, was der behandelnde Arzt dokumentieren soll. Für manche Krebsarten sind Zusatzmodule vorhanden, die Unterschiede bei der Diagnose oder Behandlung der verschiedenen Tumoren berücksichtigen.

*Quelle: Deutsches Krebsforschungszentrum
(www.krebsinformationsdienst.de/grundlagen/krebsregister.php)*

und datenschutzrechtlichen Rahmenbedingungen sehen wir bereits jetzt Potenziale für mögliche Synergien bei den Themen Biobanking und Personalisierte Medizin, um in unserem gemeinsamen Kampf gegen den Krebs neue Wege zu beschreiten.“

Manche Länder müssen sich sputen. Doch noch ist die Umsetzung des Krebsfrüherkennungs- und -registergesetzes nicht abgeschlossen: Die Errichtung der klinischen Krebsregister in 16 Bundesländern, in denen jeweils unterschiedliche Voraussetzungen und Strukturen bestehen, ist eine Herausforderung. Dies zeigt auch das Prognos-Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes, das im vergangenen Sommer veröffentlicht wurde. Es attestierte damals nur drei Bundesländern reelle Chancen auf eine Umsetzung „in time“ – also bis Ende 2017. Neben fehlenden Landesgesetzen und noch nicht arbeitsfähigen Einrichtungen

listet das Gutachten vor allem Probleme bei der Datenerfassung und -verarbeitung sowie bei der länderübergreifenden Datenvernetzung der Register auf.

Der Schreck nach der Veröffentlichung des Gutachtens saß tief und war offenbar heilsam: „Aus den Rückmeldungen, die wir nach der Prognos-Studie erhalten haben, hören wir, dass sich seitdem viel in den Bundesländern getan hat“, sagt Ann Marini vom GKV-Spitzenverband. So steht in Sachsen-Anhalt nach jahrelangem Tauziehen jetzt endlich fest, dass die drei bestehenden Krebsregister des Bundeslandes unter Hoheit der Ärztekammer zusammengefasst werden. In Niedersachsen steht die Projektgruppe „Gründung Klinisches Krebsregister Niedersachsen“ bereits in den Startlöchern: Hier können Landesärzte- und Landeszahnärztekammer einen Zweckverband gründen, bei dem das Register angesiedelt werden kann. Auch das Landesgesetz befindet sich im parlamentarischen Verfahren, so dass „wir voller Zuversicht sind, noch 2017 mit der Registrierung zu beginnen“, so Projektleiter Philipp Krajewski.

Fördermittel der Kassen zeitlich befristet. Ende 2017 wird dann geprüft, ob alle Krebsregister die Förderkriterien erfüllen und arbeitsfähig sind. Den Prüfauftrag hat der GKV-Spitzenverband ebenfalls an Prognos vergeben. Stellt sich dann noch Nachbesorgungsbedarf heraus, müssen die Defizite benannt und in den kommenden zwölf Monaten beseitigt werden. In dieser Phase finanziert die GKV noch weiter – mit derzeit 125 Euro pro Fall. Sind die Schwachstellen nach 2018 immer noch vorhanden, soll die GKV nach derzeitiger Gesetzeslage nicht mehr zahlen. Dann müssen die betroffenen Länder die Kosten für die Register allein tragen. Aktuell will das Bundesgesundheitsministerium mit dem geplanten Gesetz zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebesubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften die Frist bis Ende 2019 verlängern.

Zentrale Stelle muss noch her. Mit der Einrichtung der Landes-Krebsregister ist es aber nicht getan: Langfristiges Ziel ist es, die auf Landesebene gesammelten Daten bundesweit auswerten zu können. So sollen die Landes-Krebsregister künftig die Daten anonymisiert an eine zentrale Stelle übermitteln. Die Institution, die das übernehmen soll, steht jedoch noch nicht fest. Die Befugnis dazu hat der Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA), der die Aufgabe wiederum delegieren kann. Als mögliche Institution kommt nach einem Rechtsgutachten entweder das Robert Koch-Institut – es wertet bereits auf Bundesebene die epidemiologischen Krebsregisterdaten aus – oder das 2015 errichtete Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) infrage. Basierend auf den Landes- und Bundesauswertungen wird dann der GKV-Spitzenverband alle fünf Jahre einen Bericht über die bundesweiten Ergebnisse der klinischen Krebsregister veröffentlichen.

Insgesamt liegt vor den Akteuren noch ein langer Weg. Doch er lohnt, meint Monika Klinkhammer-Schalke: „Die flächendeckende Erhebung von Daten wird ein Quantensprung in der Krebstherapie sein.“ ■

Eva Richter ist freie Journalistin und hat ein Medienbüro in Rösraht.

Kontakt: redaktionsbuero.richter@gmx.de

„Krebsregister sind Partner der Patienten und Ärzte“

Tumorerkrankungen zeitnah melden, Behandlungsdaten dokumentieren und damit die Versorgung Krebskranker langfristig verbessern – der Nutzen von Krebsregistern steht für **Monika Klinkhammer-Schalke** außer Frage. Aber noch braucht es einen langen Atem.

Frau Dr. Klinkhammer-Schalke, was haben Patienten von den Klinischen Krebsregistern?

Monika Klinkhammer-Schalke: Aus den gesammelten und ausgewerteten Daten der niedergelassenen Ärzte und Kliniken lassen sich Schlüsse ziehen, wie die Behandlung verbessert werden kann. Die Patienten haben dadurch eine höhere Überlebenschance und ein geringeres Rückfallrisiko. Ich sehe die Krebsregister als Partner der Patienten und Ärzte. Gemeinsam arbeiten und dokumentieren – das sollte das Ziel sein.

Ein solch vertrauensvoller Umgang setzt voraus, dass man sich kennt. Kann das funktionieren, wenn es landesweit nur ein Krebsregister gibt?

Klinkhammer-Schalke: Es sollte auch Regionalzentren geben, die näher am Menschen sind. In Bayern ist das Krebsregister beim Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit angesiedelt, die bestehenden regionalen Tumorzentren sollen bleiben. In Nordrhein-Westfalen sind mehrere Regionalzentren geplant.

Die Umsetzung gestaltet sich nicht ganz einfach ...

Klinkhammer-Schalke: Es ist eine enorme Aufgabe: Wir haben nur vier Jahre, um 51 Tumorerkrankungen detailgetreu zu dokumentieren – welche Operation gemacht wurde, ob es Komplikationen gegeben hat usw. Die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren versteht sich hier als Ansprechpartner. Wir bieten Fortbildungen und unterstützen, um den Aufbau voranzubringen. Was wir brauchen, ist Geduld und Engagement. Ärzte sollten aktiv mitwirken und den Krebsregistern zeigen, dass sie Interesse an den Datenauswertungen haben.

Ärzte kommen ihrer Meldepflicht aber nicht immer nach?

Klinkhammer-Schalke: Es gab Kritik an der Meldepflicht, und es wurden auch schon Sanktionen ausgesprochen, weil Erkrankungen nicht gemeldet wurden. Das sind teilweise recht hohe Bußgelder. Ich weiß nicht, ob das sinnvoll ist. In Bayern wurden

die Sanktionen erst einmal für zwei Jahre ausgesetzt. Besser wäre es, den Nutzen dieser Meldungen deutlich zu machen und die Mediziner zu überzeugen, mitzumachen. Dazu müssen die Behandlungsdaten zeitnah nach klinisch relevanten Fragestellungen ausgewertet und an die Ärzte zurückgemeldet werden. Nur dann haben diese Daten einen Nutzen!



Privatdozentin Dr. Monika Klinkhammer-Schalke ist Direktorin des Tumorzentrums Regensburg am Institut für Qualitätssicherung und Versorgungsforschung der Universität Regensburg.

Wie steht es um den Datenschutz?

Klinkhammer-Schalke: Krebsregister sind wie Hochsicherheits-trakte. Datensicherheit wird absolut groß geschrieben. Natürlich kann ein Patient der Meldung seiner Daten jederzeit widersprechen. Bei uns waren das in 15 Jahren bei rund 350.000 Tumorpacienten aber maximal zehn.

Wie bekommen Sie die Patienten mit ins Boot?

Klinkhammer-Schalke: Wir bieten an unserem Tumorzentrum einmal im Jahr ein Symposium für Patienten und Ärzte, dort können Patienten Fragen stellen. Auch Selbsthilfegruppen sind beteiligt, die sind ein ganz wichtiger Faktor. Und das Konzept kommt an: Zu den Symposien kommen jedes Mal um die 300 Interessierte. ■

Die Fragen stellte Eva Richter.



Zur Person

Prof. Dr. med. Jürgen Windeler leitet seit September 2010 das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in Köln. Zuvor war er von 2004 bis 2010 stellvertretender Geschäftsführer und Leitender Arzt des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Seit 2001 lehrt Windeler zudem als Professor für Medizinische Biometrie und Klinische Epidemiologie an der Ruhr-Universität Bochum. Das 2004 gegründete IQWiG erstellt fachlich unabhängige, evidenzbasierte Gutachten zu Arzneimitteln, Operationsmethoden, Diagnoseverfahren oder Behandlungsleitlinien und Disease-Management-Programmen. Die Gutachten dienen dem Gemeinsamen Bundesausschuss als Entscheidungsgrundlage. Darüber hinaus stellt das IQWiG allgemeinverständliche Gesundheitsinformationen zur Verfügung.

„Schnellere Zulassungen können Patienten gefährden“

Die Europäische Arzneimittelagentur will bestimmte Medikamente schneller zulassen. Dazu soll eine schmalere Studienbasis ausreichen, die später um Daten aus der Versorgung zu ergänzen ist. Ein Weg, den **Jürgen Windeler**, Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, mit Skepsis betrachtet.

Herr Professor Windeler, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen kritisiert das Konzept der sogenannten Real World Data. Was haben Sie gegen reale Daten?

Windeler: Ich halte den Begriff Real World Data für absolut inhaltsleer. Wenn man ihn im Zusammenhang mit der Arzneimittelzulassung benutzt, muss man ihn ja so verstehen, als ob die Zulassungsstudien nur Fiktion sind – eben nicht real.

Es handelt sich also um einen PR-Begriff der Pharmabranche?

Windeler: Die Pharmaindustrie hat ihn gerne aufgegriffen. Aber auch die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) verwendet ihn und einige Versorgungsforscher finden ihn anscheinend sehr aufregend. Er vermittelt das schöne Gefühl: Jetzt geht es ans Eigentliche. Aber das stimmt nicht. Es gibt ganz unterschiedliche Definitionen. Man kann darunter Daten aus bestimmten Studien zusammenfassen. Andere beziehen den Begriff auf Routinedaten oder ähnliche Datenbestände. Das ist alles sehr schillernd. Niemand sagt oder weiß so ganz genau, was eigentlich die Anforderungen an diese Real World Data sind.

Die EMA hat noch einen Begriff parat: Adaptive Pathways. Über ergänzende Wege sollen Patienten schneller von Arzneimittelinnovationen profitieren. Dazu hat auch das Europa-Parlament gerade eine Entschließung verabschiedet. Ist da ein roter Faden in der EU-Politik zu erkennen?

Windeler: Der rote Faden zieht sich schon seit mehr 15 Jahren durch die Arzneimittel- und Medizintechnikpolitik der Europäischen Union und zielt darauf ab, Innovationen zu beschleunigen. Wobei mir nicht klar ist, wie und wo man in Deutschland die Rutschbahn für Innovationen überhaupt noch schmieren kann, denn es klappt ja schon sehr schnell. Die ersten Papiere der Europäischen Arzneimittelagentur zu den Adaptive Pathways sagen denn auch ziemlich unverblümt, dass es primär darum geht, Markthemmnisse für Arzneimittel abzubauen – so sie denn überhaupt bestehen. Dagegen weist das Europa-Parlament jetzt in seiner Entschließung Access to Medicines deutlich darauf hin, dass man auch bei einer schnelleren Arzneimittelzulassung aussagefähige Daten benötigt und dass dieses Verfahren nur in genau definierten Ausnahmefällen angewendet werden sollte.

Lässt sich das Drängen der EMA auf schnellere Zulassungen durch die Parlamentsinitiative noch stoppen?

Windeler: Stoppen wohl nicht, aber beeinflussen. Die EMA ist durch die Kritik vorsichtiger geworden. Jetzt ist nicht mehr von der früher angekündigten schnellen Zulassung als Regelfall die Rede, sondern von Ausnahmefällen, wie es im Parlamentspapier steht. So können wir es uns auch vorstellen. Nur: Dazu braucht man keine Adaptive Pathways. Ausnahmeregelungen gibt es längst.



Windeler: Ja, unter anderem im Rahmen des Orphan-Drug-Programms der Europäischen Union. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat im März 2016 bei drei Arzneimitteln zur Behandlung seltener Erkrankungen einen Zusatznutzen auf Basis der EMA-Evidenzanforderungen anerkannt, allerdings nur befristet und unter Auflagen. Der GBA-Vorsitzende Professor Josef Hecken hat betont, dass man aufgrund der Orphan-Drug-Regelung gezwungen sei, den Zusatznutzen trotz einer außerordentlich schwachen Evidenzbasis anzuerkennen.

„Je früher man ein Medikament zulässt, desto weniger weiß man über dessen Nutzen oder Schaden.“

Sie meinen die Regelungen für Orphan Drugs – Medikamente zur Behandlung von seltenen Krankheiten ...

Windeler: Richtig. Aber es gibt auch die bedingte Zulassung oder den Compassionate Use, den Einsatz noch nicht zugelassener Arzneimittel für Patienten in besonders schweren Krankheitsfällen. Es gibt ein ganzes Spektrum an Möglichkeiten für den Fall, dass es einen ganz besonderen medizinischen Bedarf oder eine medizinische Versorgungslücke gibt.

Warum forciert die EMA dann das Adaptive Pathway-Programm?

Windeler: In einem EMA-Papier von 2016 heißt es, dass viele neue Medikamente wegen hoher Forschungs- und Entwicklungskosten für die Gesundheitssysteme in Europa zu teuer seien. Um Medikamente besser verfügbar zu machen, müsse man also lediglich die für die Zulassung nötige Forschungs- und Entwicklungsphase verkürzen. Wer sich im Thema auskennt, der weiß, dass das eine mit dem anderen nichts zu tun hat.

Sind in Deutschland bereits Medikamente auf dem Markt, die unter Adaptive Pathway-Bedingungen zugelassen wurden?

Windeler: Nein. Es hat bisher nur ein Pilotprojekt mit sechs Medikamenten gegeben. Der Mitte 2016 dazu erschienene Bericht der EMA ist bemerkenswert schwach. Er bleibt insbesondere den Nachweis schuldig, woher nach der schnellen Zulassung denn die Real World Data kommen sollen. Eigentlich hätte man nach diesem Bericht sagen müssen: Schluss damit.

Aber es sind hierzulande Medikamente im Umlauf, die lediglich bedingt zugelassen sind?

Was bedeutet schnelle Zulassung denn konkret?

Windeler: Die EMA beschreibt es als eine Art Zwiebelkonzept. Die Zulassung soll zunächst auf eine sehr kleine Gruppe beschränkt werden – den Zwiebelkern. Es ist noch nicht ganz deutlich, ob für diese kleine Gruppe die Evidenzanforderungen reduziert werden, weil ein besonders großer Nutzen zu erwarten ist. Nach der Zulassung für die Kerngruppe soll dann weitere Evidenz generiert werden. Um im Bild zu bleiben: Die Zwiebel wächst – es kommen immer mehr Patientengruppen hinzu, für die das Medikament eingesetzt werden kann.

Was ist dagegen zu sagen?

Windeler: Der Grad der Evidenz für zusätzliche Patientengruppen wird schwächer sein. Fakt ist: Je früher man ein Medikament zulässt, desto weniger weiß man über dessen Nutzen oder möglichen Schaden. Das führt zu mehr Unsicherheit und kann Patienten gefährden. Die Befürworter setzen darauf, dass nach der initialen Zulassung irgendwie Realwelt-Daten generiert werden. Ich kenne niemanden, der ernsthaft glaubt, dass das funktioniert.

Zumal man nicht ausschließen kann, dass ein Medikament nicht nur für die enge Kerngruppe verwendet wird, wenn es einmal auf dem Markt ist.

Windeler: So ist es. Es ist offensichtlich, dass das Zwiebelkonzept die Datenlage und damit die Arzneimittelsicherheit verschlechtert. Dem Verlust an Sicherheit stehen lediglich drei Versprechen gegenüber. Versprechen Nummer 1: Mit Real World Data kann man etwas zum Nutzen des Medikamentes sagen. Aber das ist völlig unrealistisch. Versprechen Nummer 2: Die Industrie macht

nach der Zulassung weitere Studien. Wir wissen, dass das nicht passiert. Der GBA hat bisher in 25 Fällen die Anerkennung eines Zusatznutzens befristet und die Verlängerung an ergänzende Daten gebunden. Nur in einzelnen Fällen sind dabei neue Erkenntnisse vorgelegt worden. Versprechen Nummer 3 lautet, dass die Anwendung des in einem engen Bereich zugelassenen Arzneimittels nur unter Aufsicht erfolgen darf, dem Managed Use: Dabei geht es vor allem darum, die Verordnung auf bestimmte Ärzte oder Krankenhäuser und auf bestimmte Patien-

Windeler: Die wichtigste Bedingung: Ich brauche einen besonderen medizinischen Bedarf, bevor das neue Medikament auf den Markt kommt. Denn nicht das Arzneimittel darf die Versorgungslücke definieren. Die Kriterien für den Bedarf sollten eng gesteckt sein. Wenn ich als medizinischen Bedarf alle Krankheiten definiere, die nicht in vier Wochen geheilt werden können, bekomme ich einen viel zu großen Bereich. Es geht um Situationen, in denen Menschen noch keine vernünftige Behandlung bekommen können. Zum Beispiel Patienten mit Pankreas-



ten zu beschränken. Aber in Deutschland ist es nach derzeitiger Gesetzeslage nicht möglich festzulegen, welcher Arzt ein Medikament verordnen darf, und die Verwendung auf bestimmte Zentren zu beschränken.

Gesetze kann man ändern ...

Windeler: Natürlich. Aber ich bin skeptisch, ob die Politik gewillt ist, dem GBA die Möglichkeit zu einem restriktiven Vorgehen einzuräumen – nach dem Motto: Dieses neue Medikament darf nur von Neurologen mit zehnjähriger Facharztausbildung in Spezialkliniken verordnet werden. Damit sind alle drei Versprechen, die als Kompensation für den Verlust an Sicherheit angeboten werden, nicht haltbar.

Kann man nachträgliche Studien nicht einfach vorschreiben?

Windeler: Ohne Druck gibt es keine Studien – leider! Die Zulassung ist an Studien gebunden, also werden sie gemacht. Ist die Zulassung erfolgt und machen die Behörden keine Auflagen, kommt nichts mehr. Wer das ändern will, muss Druck ausüben: Wenn Ihr nicht in drei Jahren zum Stichtag X neue Daten vorlegt, dann ist ab Stichtag X plus 1 Euer Arzneimittel nicht mehr auf dem Markt. Eine andere Option ist der Preis: Die Aussagekraft Eurer Daten liegt bei einem Level von 30 Prozent. Also bekommt Ihr 30 Prozent des Preises, den Ihr Euch vorstellt. Wenn Ihr bei 80 Prozent seid, bekommt Ihr 80 Prozent. Das wäre sicher der erfolgreichste Weg, um mehr Evidenz zu generieren. Leider ist das Theorie.

Sie haben gesagt, dass Sie sich eine schnelle Zulassung in Ausnahmefällen vorstellen können. Zu welchen Bedingungen?

Karzinom, die meist eine sehr schlechte Prognose haben. Es muss ein deutlicher Effekt zu erwarten sein: dass ein neues Medikament beispielsweise die Lebenszeit erheblich verlängert. Zudem wird es tatsächlich nicht ohne Managed Use gehen.

Gefährdet das Vorgehen der EMA das deutsche AMNOG-Nutzenbewertungsverfahren für neue Medikamente?

Windeler: Diese Gefahr sehe ich nicht. Aus einem ganz einfachen Grund: Die Hersteller wollen im AMNOG-Verfahren erfolgreich sein. Schnellere Zulassung bedeutet schlechtere Daten. Damit steigt das Risiko, keinen Zusatznutzen gegenüber der vorhandenen Vergleichstherapie attestiert zu bekommen. Außerdem werden Arzneimittelhersteller sehr vorsichtig, wenn durch einen sinkenden Sicherheitslevel das Risiko von Arzneimittelschäden wächst.

Sie sind der Meinung, eine grundsätzliche Frage wie die der Arzneimittelsicherheit dürfe man nicht der EMA überlassen. Sondern?

Windeler: Man kann das sicher nicht vergleichen, aber der Contergan-Skandal war der Auslöser für die Arzneimittelgesetzgebung in Deutschland. Insofern gibt es eine große Verpflichtung, was die Arzneimittelsicherheit angeht. Wenn dem Verzicht auf Sicherheit lediglich das Versprechen auf einen möglichen positiven Effekt gegenübersteht, sollten die Bürger gefragt werden, ob sie diesen Weg mitgehen wollen. ■

Das Interview führte Thomas Rottschäfer, freier Journalist mit Schwerpunkt Gesundheitspolitik. Kontakt: info@satzverstand.de



Perspektivwechsel

Die Selbstständigkeit im Blick und nicht mehr den Hilfebedarf im Minutentakt: Seit Jahresbeginn gilt der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff. Was das für die Arbeit der Gutachter des Medizinischen Dienstes bedeutet, haben **Silke Heller-Jung** (Text) und **Jürgen Schulzki** (Fotos) beobachtet.

Emilie Küppers (*Name von der Redaktion geändert*) schüttelt unwillig den Kopf. „Das ärgert mich schon, dass ich nicht mehr so kann.“ Ihr Leben lang hat die heute 90-Jährige auf eigenen Füßen gestanden, hat – zu jener Zeit noch sehr unüblich für ein Mädchen – Abitur gemacht, ein anspruchsvolles Studium absolviert und bis zur Rente gearbeitet. Jetzt macht eine Osteoporose ihre Knochen brüchig. Zwei Wirbel sind schon in sich zusammengesackt, und dann riss auch noch eine Sehne im Knie. Seit ihrem letzten Krankenhausaufenthalt ist ein vierbeiniger Gehbock ihr ständiger Begleiter. „Ich darf halt nicht hinfallen, sonst breche ich mir die Knochen“, stellt die alte Dame sachlich fest.

Sabine Sternberg nickt mitfühlend. Die erfahrene Pflegefachkraft arbeitet seit mehr als vier Jahren als Gutachterin für den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) Nordrhein. Sie sitzt heute in Frau Küppers Wohnzimmer in Düsseldorf, weil die alte Dame Anfang des Jahres einen Antrag auf

Leistungen bei ihrer Pflegekasse gestellt hat. Die Kasse hat daraufhin den MDK Nordrhein damit beauftragt, ein Pflegegutachten zu erstellen. Der Besuch bei Frau Küppers ist Sabine Sternbergs erster Termin an diesem Tag; in der Regel suchen sie und ihre Kolleginnen und Kollegen pro Tag vier bis fünf Versicherte zu Hause auf und machen sich ein Bild von der jeweiligen Situation. Auf der Grundlage ihrer Gutachten entscheidet die Pflegekasse dann über die Anträge.

Ein radikaler Umbruch. Schon seit geraumer Zeit haben die MDK-Gutachterinnen und -Gutachter alle Hände voll zu tun. Allein im Jahr 2015 stieg die Zahl der Pflegebegutachtungen durch die Medizinischen Dienste der Krankenkassen bundesweit um 6,1 Prozent. In den ersten drei Quartalen 2016 lag der Zuwachs bei 3,4 Prozent, und seit dem Jahreswechsel zeichnet sich ein weiterer kräftiger Anstieg ab. Denn: Mit der Pflegereform, die zum 1. Januar 2017 in Kraft getreten ist, gilt ein neuer, umfassenderer Pflegebedürftigkeitsbegriff, der deut-



„Jetzt mal kräftig drücken!“
Diese Übung zeigt Gutachterin
Sabine Sternberg, wie viel
Kraft Frau Küppers noch in den
Händen hat.

Was geht noch? Was nicht?
Lebhaft erzählt Frau Küppers der
Gutachterin, was sie noch schafft
– aber auch, wo sie Hilfe braucht.
Das Gespräch ...

lich mehr Menschen als bisher einen Zugang zu den Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung eröffnet.

Während beim alten Pflegebedürftigkeitsbegriff körperliche Beeinträchtigungen im Mittelpunkt standen, berücksichtigt die neue Definition deutlich stärker auch die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz, geistigen oder (geronto-)psychiatrischen Einschränkungen. „Mit der Reform wird die Pflegeversicherung grundlegend verändert“, stellte Dr. Peter Pick, Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, Ende 2016 fest. „Sie schafft einen gerechteren Zugang zu den Leistungen. Ein sehr großer und sehr wichtiger Schritt hin zu einer besseren Versorgung wird damit umgesetzt.“

Das Ende der Minutenpflege. Auch die Arbeit der Gutachterinnen und Gutachter hat sich durch diesen Paradigmenwechsel grundlegend verändert. Das spiegelt sich nicht zuletzt in einem komplett neuen Begutachtungsinstrument wider, mit dem die Pflegeexperten seit Jahresbeginn arbeiten. Nach dem alten Verfahren mussten Sabine Sternberg und ihre Kolleginnen und Kollegen einschätzen, wie viele Minuten Hilfebedarf ein Versicherter zum Beispiel beim Waschen, Anziehen und bei der Nahrungsaufnahme benötigt. Diese Zeitwerte für den „verrichtungsbezogenen Hilfebedarf“ waren maßgeblich für die Empfehlung einer Pflegestufe. „Dabei stand im Vordergrund, was die- oder derjenige alles nicht mehr kann“, sagt Sabine Sternberg.

Beim neuen Verfahren dreht sich hingegen alles um den Grad der Selbstständigkeit eines Menschen: Welche Fähigkeiten hat er noch? Was kann er noch ganz allein? Wobei braucht er wie viel Unterstützung durch andere? Die MDK-Gutachterinnen und -Gutachter erfassen die gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten für insgesamt sechs unterschiedliche Lebensbereiche. Jedem Lebensbereich entspricht ein sogenanntes Modul im Begutachtungsinstrument.

Fähigkeiten statt Defizite. Jede Beeinträchtigung wird mit Punkten bewertet, die am Ende gewichtet und aufaddiert werden. Je höher die Punktzahl ist, desto schwerwiegender ist der betreffende Versicherte in seiner Selbstständigkeit beeinträchtigt und

desto höher wird er bei der Entscheidung über den Leistungsantrag eingestuft. Dabei ist auch die Einstufung nach dem neuen Verfahren differenzierter: Statt wie bisher drei Pflegestufen gibt es jetzt fünf Pflegegrade.

Für Sabine Sternberg ist das neue Verfahren eindeutig ein Wandel zum Besseren: „Unser Blickwinkel ist dadurch ein völlig anderer geworden. Wir haben jetzt eine ressourcenorientierte Sicht auf die Menschen, keine defizitorientierte mehr.“ Das macht sich auch in ihrem Arbeitsalltag bemerkbar: „Man fragt ganz anders, viel differenzierter. Dadurch ist auch die Gesprächssituation viel offener und entspannter“, berichtet die Gutachterin. „Die Menschen kommen leichter ins Erzählen. Kein Wunder, man spricht ja auch lieber über das, was man kann, als über das, was man nicht mehr kann.“

Die vielschichtige Betrachtung kommt auch den Versicherten zugute. Davon ist Sabine Sternberg überzeugt: „Wir können jetzt viel früher intervenieren. Bei psychischen Erkrankungen zum Beispiel wird jetzt erfasst, ob jemand im niederschweligen Bereich Hilfe braucht, etwa bei der Strukturierung des Tages. Schon bei Pflegegrad eins können sogenannte Betreuungs- und Entlastungsleistungen in Anspruch genommen werden, wie zum Beispiel ein Betreuungsdienst.“

Ein Abschied auf Raten. Dem alten Verfahren weint die MDK-Expertin keine Träne nach: „Gott sei Dank, dass das Minuten zählen bald endgültig der Vergangenheit angehört.“ Noch aber ist es nicht so weit. In den ersten Wochen und Monaten des Jahres müssen die Gutachterinnen und Gutachter mal nach dem alten, mal nach dem neuen System begutachten. Denn alle Anträge auf Leistungen, die bis zum 31. Dezember 2016 bei der Pflegeversicherung gestellt worden sind, werden noch auf der Grundlage des alten Verfahrens bearbeitet; für alle, die ab dem 1. Januar 2017 eingegangen sind, gilt hingegen das neue.

Seit vielen Monaten hatten sich die Medizinischen Dienste darum intensiv auf den Systemwechsel vorbereitet, hatten gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband die neuen Begutachtungsrichtlinien entwickelt und einem intensiven Praxistest unterzogen. Passend dazu musste zudem eine neue Begutachtungssoftware entwickelt und erprobt werden. Auch personell



... dokumentiert Sabine Sternberg direkt vor Ort mithilfe ihres Laptop.

stellten sich die MDKs auf den „Tag X“ ein; so wurden in der zweiten Jahreshälfte 2016 bundesweit alle Gutachter umfassend geschult. Parallel dazu entwickelte der Medizinische Dienst ein neues Internetportal (www.pflegebegutachtung.de), das Versicherte und Fachleute detailliert über die neue Begutachtung informiert.

Trotz der intensiven Vorbereitung sind die ersten Monate „ganz schön anstrengend“, räumt Sabine Sternberg ein – zumal derzeit besonders viele Anträge zu bearbeiten seien. „Das ist für uns schon eine Herausforderung. Gerade am Anfang mussten wir immer noch mal etwas nachlesen, vertiefen, die Richtlinie noch einmal durcharbeiten. Da fehlt einem anfangs einfach noch die Routine.“

Das Individuum im Blick. Davon ist heute in Emilie Küppers Wohnzimmer nichts zu merken. Aufmerksam hört Sabine Sternberg der alten Dame zu, die lebhaft und angeregt von ihrem Alltag erzählt. Ab und zu wirft die Gutachterin eine Frage ein. „Wäre ein Rollator vielleicht was für Sie?“, erkundigt sie sich. Emilie Küppers winkt ab: Nein, damit fühle sie sich unsicher. Zur Bekräftigung klopfte sie kurz auf das stabile Gestell ihres Gehbocks: „Der hier hat den Vorteil, dass er genau da stehen bleibt, wo er soll.“ Sabine Sternbergs Finger fliegen über die Tasten ihres Laptops. „Und damit kommen Sie in Ihrer Wohnung so weit zurecht?“, fragt sie freundlich. „Auch im Bad?“ Auch hier möchte Frau Küppers eigentlich nicht klagen: „Das geht schon noch. Ich kann mir nur nicht mehr die Füße waschen.“ Ach ja, und in die Badewanne traue sie sich nicht mehr. „Da komm’ ich nicht mehr raus.“

Insgesamt sechs Module muss Sabine Sternberg bei ihrer Begutachtung berücksichtigen: Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte. Zu jedem dieser Module ist eine Vielzahl von Fragen zu bewerten. So notiert Sabine Sternberg, dass Frau Küppers sich zwar innerhalb ihrer Wohnung weitgehend allein bewegen kann, die Treppen zu ihrer Wohnung aber nicht ohne Hilfe schafft. Dass die Seniorin geistig noch vollkommen klar ist („Meine Bankgeschäfte regele ich selbst!“), beim Waschen und Ankleiden aber etwas Unterstützung benötigt („Wenn was hinten zu knöpfen ist, hilft mir mein Nachbar.“). Dass sie ihre Medikamente selbst bereitstellt und regelmäßig einnimmt, Arzttermine aber nur mit dem hilfsbereiten Nachbarn zusammen wahrnimmt, der auch für sie einkaufen geht und mit dem sie sonntags zusammen kocht.

So lange wie möglich selbstständig. Neben der Einschätzung der Pflegebedürftigkeit weisen die Gutachterinnen und Gutachter des MDK in ihren Gutachten auch auf geeignete Präventions- oder Rehabilitationsmaßnahmen hin und können Hilfsmittel empfehlen. Ist der Versicherte einverstanden, gilt diese Empfehlung nun auch gleich als Antrag; eine ärztliche Verordnung ist dann nicht mehr erforderlich. Damit sind die Kompetenzen der Gutachter deutlich erweitert worden – für Sabine Sternberg ist das oft ein befriedigendes Gefühl: „Manchmal kann man es den Menschen mit ganz einfachen Dingen schon deutlich leichter machen.“

Oberstes Ziel ist es immer, die Selbstständigkeit der Betroffenen zu stärken und so lange wie möglich zu erhalten. Bei Frau Küppers Beschwerden würde aber wohl auch eine Reha die Selbstständigkeit nicht verbessern. Die energische Seniorin lässt sich trotzdem nicht unterkriegen: „Ich sag’ immer, das wird schon wieder.“ ■

Dr. Silke Heller-Jung hat in Köln ein Redaktionsbüro für Gesundheitsthemen. **Jürgen Schulzki** ist Fotograf in Köln.

Neuer Pflegebegriff:

Wie hat die

Zwar hat sich durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs einiges in der Pflege verbessert, doch es gibt noch genug zu tun. Aus unserer Beratungspraxis wissen wir: Viele Menschen fühlen sich nicht ausreichend über die Änderungen, die mit dem Pflegestärkungsgesetz II einhergehen, informiert. Sie wissen nicht, welche Leistungen ihnen zustehen und nehmen



„Viele fühlen sich nicht ausreichend informiert“

Ulrike Mascher
ist Präsidentin des Sozialverbandes
VdK Deutschland.

sie demzufolge nicht in Anspruch. Pflegenden Angehörige und Pflegebedürftige müssen noch besser unterstützt werden. Dazu gehören gute Beratung und umfassende Informationen. Wir stellen außerdem fest, dass die Überleitung von Pflegestufen zu Pflegegraden nicht reibungslos geklappt hat. Viele Bescheide kamen entweder zu spät bei den Versicherten an oder waren fehlerhaft. In einigen Regionen müssen Pflegebedürftige sehr lange auf einen Termin zur Neu- oder Wiederbegutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung warten. Auch im stationären Bereich verlief die Überleitung zum neuen System nicht ohne Probleme. Der Gesetzgeber hat den sogenannten einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE) eingeführt. Das bedeutet, dass innerhalb einer Einrichtung jeder Heimbewohner denselben Eigenanteil für pflegerische Leistungen zahlt – unabhängig davon, welchen Pflegegrad er hat. Der Haken: Die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung reichen nicht aus, um die Kosten der pflegerischen Versorgung vollständig zu decken. Die Heimbewohner werden daher mit einem Teil dieser Kosten belastet. Da zeitgleich in vielen Häusern Pflegesatzverhandlungen stattgefunden haben, haben sich die Preise in den Einrichtungen unabhängig vom EEE teilweise erhöht. Da beides zeitgleich geschah, verstehen viele pflegebedürftige Menschen nicht, warum genau sie mehr bezahlen sollen. ■

Das Zweite Pflegestärkungsgesetz stellt die bisher größte und umfangreichste Reform der Pflegeversicherung dar. Es ist gelungen, die leistungsrechtlichen Grundlagen für pflegebedürftige Menschen mit demenziellen Erkrankungen und psychischen Beeinträchtigungen zu verbessern und denen für Pflegebedürftige mit körperlichen Einschränkungen anzugleichen. Wesentlicher Baustein für diesen Systemwechsel ist die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in Verbindung mit einem neuen Begutachtungsverfahren. Eine so umfassende Reform bedarf zahlreicher Veränderungen auf unterschiedlichen Ebenen, damit die Verbesserungen bei den Menschen ankommen. Die neuen rechtlichen Grundlagen müssen in den Rahmenverträgen auf Landesebene sowie im Leistungsangebot und in den Konzepten der Einrichtungen und Dienste sowie in der Pflegepraxis umgesetzt werden. Dazu müssen sowohl die Rahmenbedingungen der Leistungserbringung als auch die Personalausstattung deutlich verbessert werden. Denn der Paradigmenwechsel, weg von einer Defizitorientierung hin zu einer Förderung der Selbstständigkeit, ist auch eine Personalfrage: Er kann nur gelingen, wenn die Einrichtungen und Dienste über genügend qualifizierte Arbeitskräfte verfügen. Gemessen an diesen Aufgaben ist noch zu wenig Zeit vergangen, um die Auswirkungen der Reform



„Paradigmenwechsel ist auch eine Personalfrage“

Prälät Dr. Peter Neher
ist Präsident der Bundesarbeitsgemeinschaft
der Freien Wohlfahrtspflege und
Präsident des Deutschen Caritasverbandes.

zu beurteilen. Die Einrichtungen und Dienste der Wohlfahrtsverbände arbeiten daran, den neuen Anforderungen gerecht zu werden und ihre Mitarbeitenden entsprechend fortzubilden. Gleichzeitig wird der Umsetzungsprozess von den in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege kooperierenden Verbänden intensiv begleitet, um möglichen Fehlentwicklungen rechtzeitig entgegenwirken zu können. ■

Umstellung geklappt?

In dieser Legislaturperiode gab es eine Menge Stärkungsgesetze. Nicht alle haben diesen Namen wirklich verdient – auf jeden Fall aber die Pflegestärkungsgesetze. Mit der zweistufigen Beitragssatzanhebung um insgesamt 0,5 Beitragssatzpunkte hat der Gesetzgeber das Finanzierungsvolumen der sozialen Pflegeversicherung innerhalb von knapp drei Jahren um rund 20 Prozent ausgeweitet. Allein seit Anfang 2015 sind rund zehn Milliarden



„Geräuschlos von Pflegestufen zu Pflegegraden“

Martin Litsch
ist Vorstandsvorsitzender
des AOK-Bundesverbandes.

Euro zusätzlich in die soziale Pflegeversicherung geflossen. Dabei sind die 3,3 Milliarden für den Pflegevorsorgefonds noch nicht eingerechnet. In dieser Wahlperiode ist also viel für die Pflege getan worden. Dazu gehört auch die Einführung des neuen Pflegebegriffs, mit der eine Teilmodernisierung der Pflegeversorgung gelungen ist. Endlich wurde ein Pflegebegriff umgesetzt, der die Fähigkeiten und Ressourcen der pflegebedürftigen Menschen in den Mittelpunkt stellt. Die Diskussion darum ist lang und zeitweise auch beschwerlich gewesen. Umso erfreulicher ist jetzt die geräuschlose Umstellung der drei Pflegestufen auf fünf Pflegegrade. Ende 2016 hat die AOK die bei ihr versicherten 1,5 Millionen Pflegeleistungsempfänger individuell über ihren neuen Pflegegrad informiert. Pünktlich zum Jahresbeginn konnten die angepassten Pflegegeldleistungen ausbezahlt werden. Aber die Reform hat nicht nur den Zugang zu den Leistungen neu gefasst. Der Systemwechsel betrifft auch andere Bereiche der Pflegeversicherung. So mussten alle Verträge zwischen Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen angepasst werden. Das erklärt die längere Vorbereitungszeit für die Umsetzung des neuen Pflegebegriffs. Versicherte, die noch Klärungsbedarf rund um den neuen Pflegebegriff haben, können sich an bundesweit über 700 AOK-Pflegeberater wenden. ■

Von der Umsetzung des neuen Pflegebegriffs erwarte ich, dass es uns besser als in den zurückliegenden Jahrzehnten gelingt, die Unterschiedlichkeit der Bedürfnisse und Bedarfe von Pflegebedürftigen abzubilden und zu versorgen. So sollen nun etwa Menschen mit Demenz mehr Unterstützung aus der Pflegeversicherung erhalten. Dennoch: Ein Pflegebegriff, über den Leistungen vergeben werden, wird im individuellen Fall wieder seine Grenzen zeigen. Die Herausforderung besteht zum einen darin, die Vorteile der neuen Begrifflichkeit zu nutzen und die Ressourcen, die bei Pflegebedürftigen vorhanden sind, systematisch zu stützen. Zum anderen gilt es, den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff in seiner Wirkung für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen zu evaluieren. Dabei lauten die Forschungsfragen beispielsweise: Ist dies der richtige Weg, sich dem Zustand Pflegebedürftigkeit zu nähern? Schließen wir mit dem neuen Begriff nun wiederum bestimmte Gruppen von Pflegebedürftigen von Leistungen aus? Zudem bestehen unabhängig von der Umsetzung des neuen Pflegebegriffs Reformbaustellen, die für die Situation von Pflegebedürftigen eine große Rolle spielen. Es sind immer die gleichen Themen, die solange Regelungsbedarf haben, wie es uns noch nicht gelungen ist, ein im Akutbereich



„Vorteile der neuen Begrifflichkeit nutzen“

Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei ist Direktorin
des Instituts für Medizinische Soziologie
und Rehabilitationswissenschaft an
der Charité-Universitätsmedizin Berlin.

gut funktionierendes Gesundheitssystem so zu erweitern, dass die Langzeitversorgung von chronisch und mehrfach Kranken gesichert ist. Dazu gehören das Monitoring langjähriger Krankheits- und Gesundheitszustände ebenso wie die Schnittstellenprobleme, die sich beim Übergang von stationärer in die ambulante Behandlung ergeben oder wie sie in der Rehabilitation seit Jahren ungelöst sind. Hier ist die Politik – auch bei reibungsloser Umsetzung des Pflegebegriffs – nach wie vor gefragt. ■

„Kästchendenken ist fehl am Platze“

Ältere Menschen brauchen eine ganzheitliche Gesundheitsversorgung, meint **Eva Quante-Brandt** (SPD). Die Bremer Gesundheitssenatorin macht sich deshalb für ein besseres Klinik-Entlassmanagement, ein Geriatriekonzept und die generalistische Pflegeausbildung stark.

Frau Senatorin Quante-Brandt, seit fast zwei Jahren leiten Sie das Ressort Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz. Ist für Sie Routine eingekehrt?

Eva Quante-Brandt: Ja, zumal ich im Wissenschaftsbereich schon vorher Erfahrungen sammeln konnte. Allerdings ist das Gesundheitswesen stark bundesgesetzlich geregelt. Routine ergibt sich hier aus den vielen Kontakten, die ich zum Beispiel bei der Umsetzung des Präventionsgesetzes in Bremen nutze. Mir macht es aber auch Spaß, neue Themenfelder kennenzulernen.

Zu Ihren Aufgaben gehört die Krankenhausplanung. Ist das ein Thema, mit dem Sie sich gern beschäftigen?

Quante-Brandt: Das ist insofern spannend, als wir in Bremen über den Tellerrand schauen müssen. Wenn im Umland beispielsweise Geburtshilfestationen schließen, ist das für die Krankenhäuser in Bremen keine einfache Situation. Wir haben jetzt eine gute Struktur der Zusammenarbeit mit Niedersachsen entwickelt, damit wir realistisch planen können – derzeit für den Krankenhausplan 2018.

Welche Rolle spielen dabei Qualitätsmerkmale?

Quante-Brandt: Wir erwarten von den Häusern, die Versorgungsaufträge über das Land erhalten, dass sie bestimmten Qualitätskriterien entsprechen. Für Schließungen sehe ich momentan keinen Bedarf. Aber in der Bremer Krankenhausgesellschaft sprechen wir darüber, wer welche Disziplin anbieten sollte – auch in Abhängigkeit von der Versorgungsqualität.

Ein großes Problem für die Kliniken sind fehlende Investitionsmittel der Länder. Inwiefern trifft das auch auf Bremen zu?

Quante-Brandt: Wir haben seit 2014 die Investitionsmittel für die Krankenhäuser von 24 auf 38 Millionen erhöht. Damit liegen wir im Bundesvergleich auf Rang 3 – und das als Haushaltsnotlage-Land. Aber die Kliniken werden sagen, dass sie noch mehr Geld brauchen, und das kann ich keinem verdenken.

Inwiefern haben Sie als Gesundheitssenatorin mit Pflege zu tun?

Quante-Brandt: Auf vielfältige Weise: Ich habe kürzlich einen Vertrag für die Weiterführung der 2012 in Bremen gestarteten Initiative gegen den Fachkräftemangel in der Pflege unterzeichnet. Dank dieser Initiative ist die Zahl der Ausbildungsplätze in der Pflege von 60 auf 250 gestiegen. Wir haben im Bereich der Krankenpflege und in der gemeinsamen Ausbildung Modellvorhaben etabliert, die ausgesprochen positiv laufen. Wir müssen uns aber künftig intensiv mit den Arbeitsbedingungen auseinandersetzen, damit sich junge Menschen für einen Pflegeberuf entscheiden und dabei bleiben. Das ist eine Frage der familienfreundlichen Arbeitszeiten, aber auch der Bezahlung.

Was erwarten Sie von einer Zusammenlegung der Ausbildung in den Pflegeberufen?

Quante-Brandt: Die generalistische Ausbildung halte ich für sinnvoll. Die Pflegeberufe-Reform ist schon insofern überfällig, als die bisher gültigen gesetzlichen Grundlagen von 1985 stammen. Heute bilden andere Branchen durchgängig kompetenzbasiert aus: Man definiert, was gekannt werden muss und entwickelt daraufhin den Ausbildungsplan. In der Kinderkranken-, Kranken- und Altenpflege lassen sich viele Kompetenzen gemeinsam vermitteln. Der Sorge, dass die Auszubildenden zu wenig in der eigenen Disziplin unterwegs sind, begegnen wir



mit einem vernünftigen Curriculum. Manche Kritikerinnen und Kritiker scheuen vermutlich einfach die Veränderung.

Spielt auch die Angst eine Rolle, dass das Ganze teurer wird?

Quante-Brandt: Dass sich Kinderkranken-, Kranken- und Altenpflege tariflich angleichen, finde ich angemessen. Wir haben viel mehr hochbetagte Menschen in Kliniken und der ambulanten Versorgung. Mit einer generalistischen Ausbildung könnte auch eine Altenpflegekraft im Krankenhaus bestimmte Aufgaben erfüllen. Wenn das Gesetz scheitert, werden wir in Bremen die Modellvorhaben zur Generalistik fortsetzen.

Im Jahr 2017 sind Sie Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz. Welche Ziele haben Sie sich dafür gesetzt?

Quante-Brandt: Wir beschäftigen uns mit der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen. Ein Fokus liegt dabei auf der Polypharmazie, denn viele Ältere nehmen mehrere Medikamente gleichzeitig ein. Außerdem wird es um eine ganzheitliche Versorgung gehen: Wie funktioniert das Übergangsmanagement, wenn ein älterer Mensch im Krankenhaus war? Wie läuft die weitere Betreuung durch den Hausarzt, die Familie, die Pflegeeinrichtung? Wir wollen Leitlinien für die gesundheitliche Versorgung älterer Menschen und ein Geriatriekonzept entwickeln. Dabei wird ein Konsens leicht zu erzielen sein.

Das Entlassmanagement sorgt für Kontroversen. Warum?

Quante-Brandt: Das hängt damit zusammen, dass das Entlassmanagement als Belastung gesehen wird. Statt es von der Lösung her zu betrachten, also das System so umzustellen, dass der niedergelassene Arzt gleich die nötigen Informationen bekommt. Das ist auch eine Frage der Digitalisierung. Kästchendenken ist dabei fehl am Platze. Ich halte es für klüger, sich dem jetzt zu stellen. Wenn die demografische Entwicklung den Prognosen entspricht, rauschen wir sonst in ein Problem hinein.

Welche gesundheitspolitischen Weichenstellungen in Bremen empfehlen Sie anderen Bundesländern zur Nachahmung?

Quante-Brandt: Es geht eher um einen Austausch als darum, etwas zu empfehlen. Wir haben in Bremen über den öffentlichen

Zur Person

Prof. Dr. Eva Quante-Brandt, geboren 1960, ist seit Juli 2015 Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz in Bremen. Im Jahr 2017 leitet sie die Gesundheits- und die Wissenschaftsministerkonferenz. Von 2012 bis 2015 war sie Senatorin für Bildung und Wissenschaft. Quante-Brandt studierte Pädagogik, Germanistik und Sport. Die SPD-Politikerin war Vorsitzende des Juso-Landesverbandes Bremen und Mitglied im Landesvorstand der SPD. Sie ist verheiratet und hat zwei erwachsene Töchter.

Gesundheitsdienst einen Zahngesundheitsbericht entwickelt, aus dem hervorgeht, dass sich Armut auf die Zahngesundheit auswirkt. Deshalb haben wir die zahnärztliche Schuluntersuchung zur Pflicht gemacht. Andere Bundesländer schauen sich das an. Als Stadtstaat haben wir es in Bremen bei der gesundheitlichen Prävention in Lebenswelten leichter.

Sie sind Pädagogin. Brauchen wir ein Schulfach Gesundheit?

Quante-Brandt: Kitas und Schulen spielen in der Gesundheitsbildung eine zentrale Rolle. Aber ich glaube nicht, dass wir dafür ein Schulfach brauchen. Gesundheit passt in die Biologie, in die Chemie oder auch in die Fächer Deutsch und Englisch. Das verlangt von der Lehrkraft, dass sie das Thema mitdenkt.

Was tun Sie, um selbst gesund zu bleiben?

Quante-Brandt: Ich stehe um halb sechs auf und mache eine dreiviertel Stunde Sport: Trampolin und Gymnastik. Außerdem bin ich möglichst viel an der frischen Luft. Das Draußensein fehlt mir im Job, da muss ich meist schnell von A nach B. Aber ich arbeite gern. Ich habe zu den Dingen, die ich mache, eine positive Einstellung – dann ist vieles nicht so belastend. ■

Das Interview führte Änne Töpfer.

Kein Schadenersatz von Psychologin

Über mögliche Gefahren einer psychotherapeutischen Behandlung sind Patienten aufzuklären. Haben unterschiedliche Behandlungsweisen gleiche Erfolgsaussichten und Risiken, dürfen Therapeuten die Methode wählen. Dies entschied das Oberlandesgericht Hamm und wies die Schadenersatzklage einer Patientin ab. **Von Anja Mertens**

Urteil vom 11. November 2016
– 26 U 16/16 –
Oberlandesgericht Hamm

Bei Depressionen, Angststörungen oder anderen psychischen Erkrankungen vertrauen Menschen auf die heilende Kraft einer Psychotherapie. Dass sie wirkt, zeigen Studien seit vielen Jahren. Den positiven Aspekten steht aber auch ein gewisses Risiko gegenüber. Denn ähnlich wie Medikamente und Operationen können Psychotherapien unerwünschte Nebenwirkungen haben – emotionale und körperliche. Wie es dann mit der Haftung aussieht, ist bislang selten Gegenstand von Gerichtsurteilen gewesen. Nun hat das Oberlandesgericht Hamm zu den Voraussetzungen, unter denen Psychotherapeuten sich ihren Patienten gegenüber schadenersatzpflichtig machen können, ein Urteil gefällt.

Psychologin beendet die Therapie. Geklagt hatte eine Patientin, die sich vom 1. März 2007 bis 12. November 2008 von einer Diplom-Psychologin psychotherapeutisch behandeln ließ. Die verklagte Psychologin hatte etwa zwei Drittel ihrer Ausbildung zur psychologischen Psychotherapeutin absolviert. Ein Supervisor begleitete die Behandlung und unterstützte die Psychologin. Im Laufe der Therapie verschlechterte sich der Zustand der Patientin. Sie fügte sich selbst Verletzungen zu und äußerte suizidale Gedanken. Von August bis Oktober 2008 wurde sie in der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie einer Tagesklinik behandelt. Anschließend setzte sie die ambulante Behandlung bei der Psychologin fort. Da es aber zu keinen Therapiefortschritten kam, brach die Psychologin die

Behandlung schließlich im November 2008 ab. Daraufhin warf ihr die Patientin Behandlungsfehler und Aufklärungsversäumnisse vor. Sie führte die Verschlechterung ihrer psychischen Verfassung auf die Wahl der Therapiemethode zurück. Es sei nicht zulässig gewesen, bei ihr die Klärungsorientierte Psychotherapie (KOP) anzuwenden. Diese Behand-

Die Patientin hatte keinen Anspruch darauf, über den Ausbildungsstand der angehenden Therapeutin informiert zu werden.

lungsweise basiert auf der Gesprächspsychotherapie und der Kognitiven Verhaltenstherapie und legt besondere Aufmerksamkeit auf das Klären und Bewusstmachen von Verhaltensschemata sowie auf deren Veränderung. Weitere Vorwürfe der Patientin: Die Psychologin habe die Behandlung ohne Vorbereitung beendet. Ferner sei sie nicht ordnungsgemäß aufgeklärt worden. Die Patientin verklagte die Psychologin vor dem Landgericht und verlangte 35.000 Euro Schmerzensgeld, 1.256 Euro für den materiellen Schaden und die Feststellung weitergehender Ersatzpflicht. Das Landgericht wies die Klage nach sachverständiger

Begutachtung ab. KOP sei eine Therapieform im Rahmen der anerkannten Kognitiven Verhaltenstherapie. Aufklärungsmängel bestünden nicht. Zwar sei die Aufklärung unzureichend dokumentiert. Doch nach Anhörung der Parteien liege der Schluss nahe, dass die Patientin informiert gewesen sei.

Gegen dieses Urteil legte die Patientin Berufung beim Oberlandesgericht (OLG) ein. Die KOP-Methode sei unzulässig. Dies zeige sich auch daran, dass sie nicht zulasten der Krankenkassen abgerechnet werden könne. Wegen ihrer Depression sei KOP kontraindiziert gewesen und habe ihren Gemütszustand verschlechtert. Außerdem hätte sie darüber aufgeklärt werden müssen, dass es sich bei KOP um eine Außenseitermethode handle. Behandlungsalternativen habe die Psychologin nicht aufgezeigt. Und über den Ausbildungsstand der Beklagten sei sie auch nicht informiert worden.

Behandlung nicht fehlerhaft. Das OLG schloss sich den Argumenten der Patientin nicht an und wies die Berufung nach erneuter Beweisaufnahme als unbegründet zurück. Es habe sich bei der Anwendung der KOP nicht schon deshalb um eine unzulässige Behandlung gehandelt, weil sie vom wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie der Bundespsychotherapeutenkammer und dem Gemeinsamen Bundesausschuss nicht geprüft und zugelassen ist. Diese Gremien prüften Methoden und Verfahren, nicht aber bloße

TIPP FÜR JURISTEN



Neue Datenschutz-Grundverordnung, neues IT-Sicherheitsgesetz, Haftungsrisiken, Datenschutz – diese und weitere Themen behandelt das Seminar „IT-Compliance Update“. Es findet am 20. und 21. Juni in München statt. Veranstalter ist Euroforum Deutschland. Mehr Informationen unter www.euroforum.de/it-compliance

Techniken. KOP komme im Rahmen der zugelassenen und anerkannten Methode der Kognitiven Verhaltenstherapie zum Einsatz. Diese Technik anzuwenden sei auch nicht kontraindiziert gewesen. KOP würde bei vielen psychischen Krankheitsbildern eingesetzt – auch bei einer akuten Depression und Suizidgefahr. Zudem habe die Psychologin auf das selbstverletzende Verhalten und die Suizidgedanken reagiert. Nach der Dokumentation habe sie der Patientin rechtzeitig einen Klinikaufenthalt empfohlen. Ein Behandlungsfehler ließe sich nicht feststellen.

Aufklärungspflicht nicht verletzt. Welche Technik eingesetzt werde, sei Sache des Behandlers. Gebe es allerdings mehrere medizinisch indizierte und übliche Vorgehensweisen mit unterschiedlichen Erfolgchancen und Risiken, müsse Patienten nach vollständiger Aufklärung die Entscheidung überlassen bleiben, wie sie sich therapieren lassen und auf welches Risiko sie eingehen wollen. Im vorliegenden Fall aber hätten andere Methoden weder bessere Erfolgchancen noch unterschiedliche Risiken gehabt. Eine Verletzung der Aufklärungspflichten sei nicht erkennbar. Auch könne der Psychologin nicht vorgeworfen werden, sie hätte im Zusammenhang mit dem Therapieabbruch keine Hilfen gegeben. Die Dokumentation belege, dass sie auf Alternativen (Wechsel des Therapeuten oder stationärer Aufenthalt) hingewiesen habe. Über den Ausbildungsstand hätte auch nicht aufgeklärt werden müssen. Die Ausbildung der Psychologin zur Psychotherapeutin sei zu zwei Dritteln abgeschlossen gewesen. Zudem habe sie zur Einhaltung des medizinischen Standards der gesetzlich vorgegebenen Supervision unterstanden. ■

Kommentar: Das Oberlandesgericht wendet die Rechtsprechungsgrundsätze zur Arzthaftung an. Inzwischen ist mit dem Patientenrechtgesetz der Behandlungsvertrag kodifiziert und klargestellt, dass die Regelungen auch für Behandlungen durch Psychotherapeuten und andere Heilberufe gelten (Paragraf 630a ff. Bürgerliches Gesetzbuch).

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

	INHALT	AKTUELLER STAND	
ARZNEIMITTEL	<p>Gesetz zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der GKV (GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz – AMVSG) Bundestags-Drucksache 18/10208</p>	<p>Öffentliche Listung der vereinbarten Erstattungsbeträge für Arzneimittel; in medizinisch begründeten Einzelfällen Abkehr von der Vorgabe, dass der Erstattungsbetrag nicht zu höheren Jahrestherapiekosten führen darf als die wirtschaftlichste Vergleichstherapie; Verlängerung des Preisermittlungsverfahrens für erstattungsfähige Arzneimittel bis 2022; Informationspflicht der Pharmafirmen gegenüber Kliniken bei Lieferengpässen; Rabattverträge für Krebspräparate (Zytostatika) zwischen Kassen und Pharmaherstellern möglich; Wegfall der Ausschreibungsmöglichkeit der Kassen mit Apotheken über Herstellung und Lieferung von Zytostatika.</p>	<p>Zweite und dritte Lesung im Bundestag war am 9.3.2017. Der Bundesrat hat am 31.3.2017 zugestimmt.</p>
ARZNEI-THERAPIEN/PFLEGE	<p>Entwurf eines Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebesubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften Bundestags-Drucksache 18/11488</p>	<p>Anpassung der Vorschriften für Blut- und Gewebesubereitungen und für Arzneimittel für neuartige Therapien an wissenschaftliche und technische Entwicklungen; Frist für erstmalige Überprüfung der fallbezogenen Krebsregisterpauschale durch den GKV-Spitzenverband bis Ende 2019 verlängert; Änderungen bei den im Pflegestärkungsgesetz III vorgesehenen Modellvorhaben zur kommunalen Pflegeberatung: Möglichkeit für Sozialhilfeträger, auf eigene Pflegeberatungsstellen zu verzichten und Vereinbarungen mit Pflegekassen zu treffen; Personaluntergrenzen in sensiblen Krankenhausbereichen.</p>	<p>Erste Lesung im Bundestag war am 23.3.2017. Der Bundesrat hat am 31.3.2017 Stellung genommen.</p>
INFEKTIONSSCHUTZ	<p>Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten Bundestags-Drucksache 18/10938</p>	<p>Einrichtung eines elektronischen Melde- und Informationssystems für übertragbare Krankheiten durch das Robert Koch-Institut; Erweiterung der Meldepflichten bei Krankenhausinfektionen, zum Beispiel Fälle von Besiedlung der Haut mit Erregern von nosokomialen Infektionen; Auftreten von Krätze in Pflegeheimen meldepflichtig.</p>	<p>Erste Lesung im Bundestag war am 26.1.2017. Der Bundesrat hat am 10.2.2017 Stellung genommen.</p>
PFLEGEAUSBILDUNG	<p>Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz, PflBerfG) Bundestags-Drucksache 18/7823</p>	<p>Einheitliche Ausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege; Aufhebung der Dreigliederung der Pflegeberufe; Ausbildung für Auszubildende kostenlos; neue Finanzierungsgrundlagen zur Lastenverteilung auf auszubildende und nicht auszubildende Einrichtungen.</p>	<p>Der Bundesrat hat am 26.2.2016 Stellung genommen. Erste Lesung im Bundestag war am 18.3.2016.</p>

Stand: 31.3.2017



Web-Tipp

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

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

BAYERN

Hilfe bei der Sturzprävention

Um Stürze in Pflegeheimen zu vermeiden, setzt die AOK Bayern verstärkt auf Prävention. So bietet die Pflegekasse seit Kurzem ein neues Training speziell für Mitarbeiter in stationären Pflegeeinrichtungen an. Die Teilnehmer lernen Bewegungsübungen, die Senioren bei nachlassender Muskelkraft und bei Schwierigkeiten mit dem Gleichgewicht helfen. Das kostenlose Kraft-Balance-Training findet in Kooperation mit dem Zentrum für Erwachsenen- und Seniorensport statt. „Mit dem Angebot wollen wir Alten- und Pflegeeinrichtungen unterstützen, die Versorgung für ihre Bewohner weiter zu verbessern“, sagte **Alexandra Krist**, Bereichsleiterin Pflege bei der AOK Bayern. Dieses Jahr sind landesweit 31 Seminare mit je 20 Teilnehmern geplant. Bereits 2016 fanden 13 Kraft-Balance-Trainings statt. Die AOK Bayern engagiert sich schon lange beim Thema Sturzprävention. Im bislang größten Projekt zur Sturzprävention in bayerischen Pflegeheimen konnte die Kasse zeigen, dass sich die Zahl der



Heimbewohner beim Kraft-Balance-Training anleiten – dafür schult die AOK Bayern Pflegekräfte.

Klinikaufenthalte wegen Hüftfrakturen mit gezielter Prävention um rund 20 Prozent senken lässt. ■

RHEINLAND-PFALZ/SAARLAND

Ein Abend rund um Bits und Bytes

Die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland will die Digitalisierung des Gesundheitswesens weiter vorantreiben. Wie die Vorstandsvorsitzende **Dr. Irmgard Stippler** beim

ersten Parlamentarischen Abend der Gesundheitskasse vor rund 100 Gästen in Mainz deutlich machte, setzt die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland dabei auf eine enge Kooperation mit Ärzten, Krankenhäusern und Landesregierung. Vorrangiges Ziel müsse es sein, bereits bestehende Einzellösungen besser miteinander zu vernetzen. So sei es bis heute nicht gelungen, vorhandene Systeme für elektronische Patientenkarten (ePA) zwischen Kliniken und niedergelassenen Ärzten

technisch miteinander zu verknüpfen. Stippler: „Nicht immer muss Geld in neue IT-Entwicklungen fließen, manchmal reichen schon verbindliche Absprachen für Standards an den Schnittstellen.“ Gesundheitsministerin **Sabine Bätzing-Lichtenthäler** griff diesen Ball spontan auf und kündigte an, gemeinsam mit Leistungserbringern, Softwareanbietern und Kostenträgern nach Lösungen zu suchen. Die SPD-Politikerin betonte zugleich, dass Rheinland-Pfalz bei der Digitalisierung bundesweit zu den Vorreitern gehöre. Ganz unterschiedliche Patientengruppen wie Herzranke und Menschen mit seelischen Problemen profitierten schon heute von entsprechenden E-Health-Angeboten. Während Landtagspräsident **Henrik Hering** die Vorteile der Digitalisierung im Zusammenhang mit der Versorgung auf dem Land herausstellte, wagte **Dr. Tobias Gantner** von der Beratungsfirma „Health-Care Futurists“ einen Blick in die digitale Glaskugel und plädierte für einen unvoreingenommenen Blick auf die Chancen von Bits und Bytes für die Medizin und Pflege von morgen. ■

AOK aktuell

Gute Noten für Hessens Entbindungsstationen

Gut 80 Prozent der frischgebackenen Mütter zwischen Hofgeismar und Heppenheim würden die Klinik, in der sie entbunden wurden, weiterempfehlen. Zu diesem Ergebnis kommt eine Befragung unter 34.000 hessischen Müttern, die im Rahmen eines Gemeinschaftsprojektes der Weissen Liste, der AOK Hessen und der BARMER stattfand. Gefragt wurde unter anderem nach der Zufriedenheit der Patientinnen mit der ärztlichen und pflegerischen Versorgung. Auch wurde danach gefragt, ob die Frauen die Klinik ihrer besten Freundin weiterempfehlen würden. Ein Viertel der Häuser erreichte eine Weiterempfehlungsrate von 89

Prozent oder mehr. Am zufriedensten waren die Befragten mit der Betreuung durch Ärzte und Hebammen. Erhebliche Verbesserungsmöglichkeiten sehen die jungen Mütter aber in der Organisation und bei dem Service der Krankenhäuser. Hier erhoffen sich viele der Frauen im Sinne von größerer Patientenorientierung, dass ihre Wünsche und Anregungen ernst genommen werden. ■



Fotos: iStockphoto/Cecilie_Arcurs/guwendemir

NORDWEST

Väter kümmern sich um Nachwuchs

In Schleswig-Holstein übernehmen immer mehr Väter die Pflege ihres erkrankten Kindes. Es melden sich zwar nach wie vor mehr Mütter als Väter von der Arbeit ab, damit sie sich zu Hause um ihr Kind kümmern können. Aber die Väter nehmen ihre Rolle immer ernster, wie eine aktuelle Auswertung der AOK NORDWEST ergab. Danach erhielten im vergangenen Jahr über 2.100 Väter Kinderpflege-Krankengeld. Deren Anteil liegt damit bei knapp 22 Prozent aller Fälle, im Jahr 2010 waren es lediglich 16 Prozent. Insgesamt reichten vergangenes Jahr etwa 10.000 AOK-Versicherte einen Antrag für das Kinderpflege-Krankengeld ein. Im Durchschnitt blieb ein Elternteil pro Krankheitsfall 2,1 Tage zu Hause. „Wenn Kinder plötzlich krank sind und zu Hause betreut werden müssen, können viele berufstätige Eltern nicht zur Arbeit gehen. In diesen Fällen springen die gesetzlichen Krankenkassen finanziell ein, wenn der Arbeitgeber keine Entgeltfortzahlung leistet“, sagte AOK-Vorstandschef **Tom Ackermann**. ■

NIEDERSACHSEN

Lehrstellenbörse hilft bei Jobsuche

Unklare Berufsvorstellungen und mangelnde Flexibilität sind häufig genannte Hemmnisse bei Jugendlichen, weshalb ihnen der Elan bei der Ausbildungsplatzsuche mitunter fehlt. Einen Motivationschub hat deshalb auch in diesem Jahr wieder die Lehr-



Fiebertemperaturen beim kranken Töchterchen: Immer mehr Väter bleiben zu Hause, wenn ihr Kind das Bett hüten muss.

stellenbörse von radio ffN und AOK Niedersachsen geleistet. Die Kontaktplattform im Internet führt Stellensuchende und Betriebe unkompliziert zueinander. Niedersachsens Ministerpräsident **Stephan Weil** unterstützt die Initiative als Schirmherr. Die Ausbildungsaktion fand in diesem Jahr bereits zum 21. Mal statt. Im Jahr 2016 beteiligten sich insgesamt 3.742 Klein-, Mittel- und Großbetriebe zwischen Harz und Nordsee an der Aktion, um jungen Menschen so eine berufliche Perspektive zu bieten. Knapp 9.500 offene Ausbildungsplätze und Praktika wurden mithilfe der Lehrstellenbörse zusammengetragen – angefangen vom Altenpfleger bis hin zum Zerspanungsmechaniker. „Besonders kleine und mittlere Unternehmen haben wachsende Probleme, Lehrstellen zu besetzen. Auf der anderen Seite stehen die Chancen auf einen attraktiven Ausbildungsplatz und eine interessante Karriere für Jugendliche besser denn je“, sagte **Dr. Jürgen Peter**, Vorstandsvorsitzender der AOK Niedersachsen. Mehr Infos: www.aok-niedersachsen.de/ffn ■

NORDOST

Zwei neue Mitglieder im Digital-Beirat

Die AOK Nordost hat zwei neue Expertinnen in ihren Wissenschaftlichen Beirat zur digitalen Transformation berufen. Neu im Gremium, das die Gesundheitskasse bei künftigen Fragen zur Digitalisierung im Gesundheitswesen unparteiisch und kritisch berät, sind **Professorin Dr. Louisa Specht** (32), Inhaberin des Lehrstuhls für Europäisches und Internationales Informations- und Datenrecht an der Universität Passau, sowie **Marina Weisband** (29), frühere politische Geschäftsführerin der Piratenpartei. **Professor Dr. Dirk Heckmann**, Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Beirates der AOK Nordost und Internetrechts-Experte, betonte, die Veränderungen durch die Digitalisierung seien auch im Gesundheitswesen „gewaltig“ und berührten heute schon viele Aspekte – beispielsweise Fragen zur IT-Sicherheit und Datenschutz bis hin zu einem neuen Rollenverständnis von Ärzten und Patienten. „Ich freue mich, dass

wir mit der Datenrechts-Expertin Louisa Specht und der Internetexpertin Marina Weisband zwei weitere Mitglieder im Beirat begrüßen können, die uns mit ihrer fachlichen Expertise unterstützen.“ ■

BUNDESVERBAND

Sonderpreis für Jungredakteure

Die Gewinner des aktuellen Schülerzeitungswettbewerbs der Länder stehen fest. Den Sonderpreis der AOK erhält in diesem Jahr die Redaktion des „Wallburg Express“ der Georg-Göpfert-Mittelschule im unterfränkischen Eltmann. Beim Sonderpreis der AOK ging es um das Thema „Ich komm' nicht aus dem Katalog! – Zwischen Fitnesstrend und Körperwahn“. Die Frage nach Idealen und Werten haben die jungen Zeitungsmacher laut Jury mit dem jetzt prämierten Schwerpunktheft klar beleuchtet. Ihr Fazit: Wahre Schönheit kommt von innen. Die Preisverleihung findet im Juni statt. Der Wettbewerb wird von der Jugendpresse Deutschland und den 16 Ländern veranstaltet. ■

Technischer Fortschritt Licht und Schatten digitaler Helfer

Welche Auswirkungen haben Digitalisierung und Technisierung auf die Lebens- und Arbeitswelt im sozialen und pflegerischen Bereich? Der Arbeits- und Organisationspsychologe Tim Hagemann von der FH Diakonie Bielefeld hat in seinem Kompendium



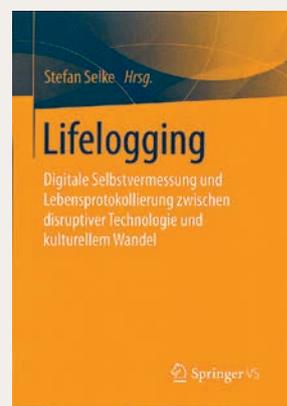
30 Wissenschaftler zu dieser Frage Stellung nehmen lassen. Sie beleuchten das Thema aus unterschiedlichen Blickwinkeln – beispielsweise wie technische Assistenzsysteme die Pflege erleichtern, wie Patienten durch Onlinecoaching

unterstützt werden oder wie durch E-Recruiting Personal gewonnen wird. Der Vorteil technischer Hilfsmittel liegt auf der Hand: Sie ermöglichen uns mehr Autonomie im Alter, mehr Teilhabe an der Gesellschaft und damit mehr soziale Gerechtigkeit. Sie können aber auch missbraucht werden, um uns zu überwachen. Gleiches gilt für die Arbeitswelt: Automatisierung und Digitalisierung sparen Zeit und mindern die körperliche Belastung der Mitarbeiter. Zugleich steigt der Zeitdruck auf den Einzelnen und das Gefühl, ständig kontrolliert zu werden. Damit die Sozial- und Gesundheitsbranche von dem technischen Fortschritt nicht überrollt wird, empfehlen Hagemann und Co., aktiv auf Entwickler und politische Entscheidungsträger zuzugehen, um die spezifische Anwenderperspektive einzubringen.

Tim Hagemann (Hrsg.): Gestaltung des Sozial- und Gesundheitswesens im Zeitalter von Digitalisierung und technischer Assistenz. 2017. 542 Seiten. 119 Euro. Nomos Verlag, Baden-Baden.

Selbstvermessung Der optimierte Daten-Leib

Das eigene Leben vermessen: Lifelogging, eine Art digitales Tagebuch, liegt voll im Trend. Immer mehr Menschen nutzen Fitnessarmbänder, Smart-Watches, Apps oder Mini-Kameras, um Daten über sich selbst zu sammeln. Die kleinen technischen Helfer zählen die täglichen Schritte, überwachen den Kalorien- und Internetkonsum, protokollieren Schlafrythmus und Gefühlswalungen. „Lifelogging ist das Versprechen, aus den eigenen ruinösen Gewohnheiten in ein besseres Leben aufbrechen zu können“, konstatiert der Soziologe Stefan Selke, der sich seit Jahren kritisch mit dem Thema auseinandersetzt. Was das Phänomen für unsere Gesellschaft bedeutet, welche Chancen es bietet und welche Risiken es birgt, analysieren Herausgeber Selke und 13 weitere Autoren in dem Sammelband „Lifelogging“. Die Selbstvermessung eröffnet viele Verheißungen – vom Glücksversprechen über ungeahnte Profitfantasien bis hin zum



umfassenden Big-Data-Lifestyle. Die Kehrseite: Der „verdatete Leib“ wandelt sich zunehmend zum Produktionsfaktor, der immer weiter optimiert werden muss. Das Individuum wird durch die Sammlung eigener Daten zum Unternehmer seiner selbst. Eine Konsequenz daraus: Die Verantwortung verlagert sich weg von den sozialen Sicherungssystemen hin auf den Einzelnen.

Stefan Selke (Hrsg.): Lifelogging. Digitale Selbstvermessung und Lebensprotokollierung zwischen disruptiver Technologie und kulturellem Wandel. 2016. 343 Seiten. 39,99 Euro. Springer VS, Wiesbaden.

SEMINARE | TAGUNGEN | KONGRESSE

<p>■ KHSG: WERDEN DIE ZIELE DES GESETZGEBERS ERREICHT?</p>	<p>Umsetzungsstand, Anpassung der DRG-Kalkulation; Krankenhausfinanzierung, Mindestmengen</p>	<p>10.5.2017 Berlin</p>	<p>Zeno Veranstaltungen GmbH Neuenheimer Landstraße 38/2 69120 Heidelberg</p>	<p>Tel.: 0 62 21/58 80 - 80 Fax: 0 62 21/ 58 80 - 810 info@zeno24.de www.zeno24.de > Veranstaltungen</p>
<p>■ QUALITÄT IM KRANKENHAUS – SIQ! KONGRESS 2017</p>	<p>Qualitätssicherung mit Routinedaten, qualitätsorientierte Vergütung, Zweitmeinung</p>	<p>18.–19.5.2017 Berlin</p>	<p>Stiftung SIQ Initiative Qualitätskliniken gGmbH Friedrichstraße 60 10117 Berlin</p>	<p>Tel.: 0 30/32 50 36 50 a.neudam@qualitaetskliniken.de www.siq-kongress.de</p>
<p>■ SYMPOSIUM „GESUNDHEIT & VERSORGUNG“</p>	<p>Innovationsfonds, Weiterentwicklung des Morbi-RSA, Messung mit Routinedaten für Versorgungsqualität</p>	<p>1.–2.6.2017 Leipzig</p>	<p>Gesundheitsforen Leipzig GmbH Hainstraße 16 04109 Leipzig</p>	<p>Tel.: 03 41/9 89 88–331 Fax: 03 41/9 89 88–9301 kunzmann@gesundheitsforen.net www.gesundheitsforen.net</p>
<p>■ HAUPTSTADTKONGRESS MEDIZIN UND GESUNDHEIT</p>	<p>Forum Gesundheitspolitik, Tag der Versicherungen, Klinik, Rehabilitation, Ärzteforum, Pflegekongress</p>	<p>20.–22.6.2017 Berlin</p>	<p>WISO S.E. Consulting GmbH c/o Agentur WOK GmbH Palisadenstraße 48 10243 Berlin</p>	<p>Tel.: 0 30/49 85 50 31 Fax: 0 30/49 85 50 30 info@hauptstadtkongress.de www.hauptstadtkongress.de</p>
<p>■ 16. EUROPÄISCHER GESUNDHEITSKONGRESS</p>	<p>Digitalisierung, Qualität als Vergütungskriterium, innovative Notfallmedizin, Pflegeforum</p>	<p>12.–13.10.2017 München</p>	<p>WISO S.E. Consulting GmbH c/o Kongress- und Kulturmanagement, Karl-Liebknecht-Straße 17–21 99423 Weimar</p>	<p>Tel.: 0 36 43/24 68–118 Fax: 0 36 43/24 68-31 info@gesundheitskongress.de www.gesundheitskongress.de</p>

Pflege Interkulturelle Kompetenz gefragt

Wie gehen wir in der Pflege mit Menschen aus anderen Kulturen um? In ihrer in Buchform gegossenen Dissertation „Kultursensible Altenhilfe?“ untersucht die Pflegewissenschaftlerin Meggi Khan-Zvornicanin das Spannungsfeld zwischen fachlichem Diskurs und gelebter Handlungspraxis. Sie stellt dabei fest, dass es zwar seit mehr als 20 Jahren eine öffentliche Diskussion mit Forderungen nach interkultureller Öffnung und kultursensibler Kompetenz in der Pflege gibt – diese jedoch kaum handlungspraktische



Bedeutung für die Pflegenden hat. Ihrer Ansicht nach spielen die vorhandenen professionellen Strukturen für die Pflegekräfte und ihr Handeln eine viel größere Rolle als das soziale Milieu und die Herkunft der Pflegebedürftigen: Denn je größer der Handlungs- und Entscheidungsspielraum der einzelnen Pflegekraft, desto eher finde sie „einen verständlichen Zugang“ zu den Pflegebedürftigen. Die Autonomie der Pflegenden werde jedoch durch Arbeitsverdichtung, Bürokratisierung und Kostendruck zunehmend unterminiert, kritisiert Khan-Zvornicanin. Sie fordert, dass transkulturelle Kompetenz –

die Fähigkeit, anderen Menschen in ihrer Lebens- und Gesundheitssituation vorurteilsfrei begegnen zu können – künftig stärker Eingang in die pflegeberufliche Ausbildung finden sollte.

Meggi Khan-Zvornicanin:
Kultursensible Altenhilfe?
2016. 320 Seiten. 39,99 Euro.
Transcript-Verlag, Bielefeld.

Palliativmedizin Dem Lebensende Würde geben

Um drei Dinge sollten sich Ärzte und Pflegenden bei todkranken Menschen bemühen: bestmögliche Kontrolle der Schmerzen, Zulassen von Nähe und Wahrhaftigkeit im Umgang. „Wir behandeln nicht Sterbende, sondern Lebende, die bald sterben werden“, macht der Palliativmediziner Sven Gottschling in seinem Plädoyer für ein „Leben bis zuletzt“ deutlich. In seinem durch viele Praxisbeispiele angereicherten Buch räumt er mit Vorurteilen und unklaren Ängsten auf: So hätten viele schwerstkranke Patienten Angst vor Morphin, dabei gehöre es zu den bestverträglichen Medikamenten und sei die wirksamste Waffe der Schmerzmedizin: Bei weit mehr als 90 Prozent aller Sterbenskranken könnten die



Schmerzen auf ein erträgliches Maß reduziert werden. Der „professionellen Distanz“ der Ärzteschaft setzt der Mediziner eine „professionelle Nähe“ zu den Patienten entgegen – und gibt in seinem Buch Tipps für Kollegen, Angehörige und die Betroffenen selbst. Sein Ziel: eine flächendeckende Palliativversorgung in Deutschland – und das nicht nur auf dem Pa-

pier. Über aktive Sterbehilfe zu sprechen, ohne den Menschen eine wirksame Schmerzversorgung anzubieten, sei zynisch und unserer Gesellschaft nicht würdig.

Sven Gottschling: **Leben bis zuletzt. Was wir für ein gutes Sterben tun können.** 2017. 272 Seiten. 16,99 Euro. S. Fischer Verlag, Frankfurt am Main.

Zeitschriftenschau

■ Impf-Empfehlungen mit großen Lücken

Mit Schutzimpfungen lässt sich die rasante Ausbreitung von Masern verhindern. Befürworter berufen sich auf die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch-Institut. Gegner befürchten Impfschäden und verweisen auf ihr Selbstbestimmungsrecht. Verfassungsrechtler Professor Rüdiger Zuck zweifelt, ob die STIKO-Empfehlungen den Anforderungen an staatliche Informationen entsprechen. Sie klammerten Impffolgen aus und klärten nicht über mögliche Nebenwirkungen der Impfstoffe auf. Die Empfehlungen seien lückenhaft und in erheblichem Umfang nicht sachgerecht. **Medizinrecht 2017, Seite 85–91**

■ Gripeschutz: Impfschaden ist kein Arbeitsunfall

Zunehmend empfehlen Arbeitgeber ihren Mitarbeitern, sich gegen Influenza impfen zu lassen, und bieten Impfungen in ihren Räumen an. In seltenen Fällen kann die Impfung Guillain-Barré-Syndrom auslösen, eine Erkrankung des Nervensystems mit Lähmungserscheinungen. Markos Uyanik geht der Frage nach, ob ein Arbeitsunfall vorliegt, wenn ein Mitarbeiter einen Impfschaden erleidet. Der Richter am Sozialgericht Duisburg kommt zu dem Ergebnis, dass in einem privatrechtlichen Arbeitsverhältnis ein Impfschaden kein Arbeitsunfall ist. Betroffenen entstünde dadurch aber kein Nachteil, weil Doppelleistungen für Impfschaden und Arbeitsunfall rechtlich ausgeschlossen seien. **Die Sozialgerichtsbarkeit 2/2017, Seite 69–72**

■ Arzthaftung: Oberlandesgerichte präzisieren Ansprüche der Patienten

Die jüngste Rechtsprechung von Oberlandesgerichten (OLG) zur Arzthaftung analysiert Rechtsanwalt Dr. Thorsten Süß. Die Gerichte tendierten dazu, die Haftung bei Informationsversäumnissen zugunsten der Patienten auszuweiten. Zudem habe das OLG Brandenburg eine unzureichende Versorgung mit Schmerzmitteln als Behandlungsfehler gewertet. Nach einem Urteil des OLG Koblenz bestehe allerdings ein Anspruch auf erhöhtes Schmerzensgeld nur dann, wenn sich der Versicherer einem erkennbar begründeten Anspruch dauerhaft widersetze, obwohl der Haftungsgrund geklärt sei. Auch müsse der Geschädigte unter der langwierigen Schadensregulierung gelitten haben. **Medizinrecht 2017, Seite 107–114**

■ Fehlerhafte Medizinprodukte: Französisches Recht ist rigoros

Welche Ansprüche Patienten in Frankreich haben, wenn sie durch fehlerhafte Medizinprodukte verletzt werden, stellen die Pariser Rechtsanwältinnen Véronique Fröding und Isabelle Chivoret ausführlich dar. Dort gelten der vorübergehende Verlust an Lebensqualität und -freude sowie familiäre Störungen als immaterieller Schaden. Entschädigungen gebe es etwa auch, wenn wegen eines Gesundheitsschaden durch ein Medizinprodukt Familienvorhaben wie Eheschließung oder Kinderzeugen nicht mehr möglich sind. **MPR – Zeitschrift für das gesamte Medizinprodukterecht 6/2016, Seite 181–183**

Soziale Utopie statt Freiwilligen-Arbeit

Hinter dem Ausbau des Ehrenamtes verbirgt sich eine flexibilisierte Form von Ausbeutung, meint **Stefan Selke**. Der Soziologe plädiert dafür, im sozialen Bereich Arbeitsplätze zu schaffen statt dort Umsonst-Arbeit zu institutionalisieren.

Vor 500 Jahren schrieb Thomas Morus den Klassiker „Utopia“. Seine Schilderung der idealen Gesellschaft fand über die Jahrhunderte großen Nachhall. Doch inzwischen sind an die Stelle echter sozialer Utopien soziale Innovationen getreten. Ehrenamtliches Engagement erscheint als Surrogat gesellschaftlicher Utopien. Es findet in einem Korridor zwischen sozialstaatlichem Pflichtprogramm und zivilgesellschaftlicher Kür statt.

Freiwilligenkulturen bieten ihren Mitgliedern ein Lebensprogramm und Lebensgefühl im Austausch für totales Engagement. Kein Wunder, dass Freiwilligenarbeit in arbeitsintensiven Bereichen wie dem Sozial- und Gesundheitswesen nachgefragt wird. Der Soziologe Lewis Coser hat dafür den Begriff der „gierigen Institutionen“ (greedy institutions) geprägt. Die Förderung ehrenamtlichen Engagements, die Koordination Ehrenamtlicher nach Managementprinzipien und nicht zuletzt die symbolische Überbelichtung des Ehrenamts führen langfristig jedoch zur schleichenden Entwertung korrespondierender Werte, zum Beispiel von Fürsorge. Gerade im Sozial- und Gesundheitsbereich spielt das eine zentrale Rolle. Durch die Fokussierung auf Kosteneinsparungen und Effizienzgewinne kommt es zu einer Entgrenzung freiwilliger Tätigkeiten und der Entstehung neuer Märkte. Märkte aber erzeugen Wettbewerbe und befördern die Be- und Einrechenbarkeit verlässlicher Ressourcen – auch der Ressource Freiwilligkeit.

In der Aktivgesellschaft steigt der Erwartungsdruck. Vom Wirtschaftswissenschaftler Karl Polanyi stammt der Begriff der „fiktiven“ Ware. Eine fiktive Ware ist etwas, das nie dazu bestimmt war, zur Ware gemacht zu werden, dessen Warenwerdung (Kommodifizierung) aber langfristig seinen wesentlichen Charakter zerstört. Wird freiwilliges Engagement kommodi-

fiziert, also zum einkalkulierbaren Mittel der Problemlösung eingesetzt, verliert es sein Wesen. Es wird immer häufiger unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten als Mittel betrachtet werden. Die Pointe dabei: Die Entstehung fiktiver Waren erzeugt immer auch Effekte der Ex-Kommodifizierung, also die Ausschließung vom Marktzugang. Indem freiwillige Arbeit zur fiktiven Ware wird, kommt es zunehmend zum Marktausschluss bezahlter und sozialversicherter Erwerbsarbeit.

Gerade im Gesundheits- und Sozialbereich lässt sich zudem der Effekt einer doppelten Aktivierung beobachten. Einerseits werden Menschen zum „präventiven Selbst“ (um)erzogen. Die Präventionskultur ist Teil des Programms „gieriger Institutionen“. Andererseits werden Helferinnen und Helfer im Kontext der Engagementkultur akquiriert. In dieser Aktivgesellschaft steigt der Erwartungsdruck. Loring Stittler, Autor des Generali Engagementatlas 2015, bringt die Ideologie des totalen Engagements unverblümt zum Ausdruck: Alter sei zu bewerten wie Eigentum. Und dieses Eigentum verpflichte zum sozialen Gebrauch, also zum freiwilligen Engagement. Hinter zeitgenössischen Engagementkulturen verbirgt sich nichts anderes als eine flexibilisierte Form von Ausbeutung.

Ehrenamt als autoritäre Retro-Utopie. Abschließend nochmals Thomas Morus. Herrschten auf der von ihm erfundenen Insel Utopia wirklich ideale Bedingungen? Über eine Bevölkerungsgruppe schreibt Morus: Es sind diejenigen, „welche (...) es freiwillig auf sich nehmen (...) zu dienen. (...) Die Kranken pflegen sie (...) mit großer Hingabe und sie unterlassen nichts, wodurch sie ihnen wieder zur Gesundheit verhelfen.“ Diese freiwillige Arbeit wird auf Utopia aber nicht von Ehrenamtlichen, sondern von Sklaven ausgeführt. Utopia ist also in Wirklichkeit eine Mischung aus Sozialtechnologie und Beglückungszwang. Die gegenwärtige Überbelichtung des Ehrenamts lässt sich vor diesem Hintergrund bestenfalls als autoritäre Retro-Utopie verstehen. Für eine wirklich neue Utopie reicht es wohl noch nicht. Vorerst würde es fast schon utopisch anmuten, wenn aus Aktivitätsformen auch Arbeitsplätze entstünden, anstatt Umsonst-Arbeit zu institutionalisieren oder gar mit erhobenem Zeigefinger einzufordern. ■

Prof. Dr. Stefan Selke ist Professor für das Lehrgebiet „Gesellschaftlicher Wandel“ an der Hochschule Furtwangen sowie Inhaber der Forschungsprofessur Transformative und Öffentliche Wissenschaft. Er forscht zu Themen des sozialen, technischen und medialen Wandels. Mehr dazu im Blog „Stabile Seitenlage“ und unter: www.stefan-selke.de

Leserforum



Ihre Meinung ist gefragt.

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

Oder schreiben Sie uns:

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

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

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

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

Titel iStockphoto/Dan Brandenburg
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-
preisliste Nr. 19
vom 1.1.2017
ISSN 1436-1728



G+G 3/2017

Sendestörung

Gelungene Kommunikation ist wichtig für den Heilerfolg

In seinem Artikel analysiert Norbert Schmacke sehr differenziert, warum sich Ärzte und Patienten oft nicht verstehen. Auch ich mache schon mal die Erfahrung, dass Ärzte gehetzt wirken, nicht richtig zuhören und nicht die selbe Sprache wie ich als Patient sprechen. Daran muss sich dringend etwas ändern, denn der Heilerfolg steht und fällt mit einer gelungenen Kommunikation. Schmacke macht die Haltung der Ärzte, also ihre Einstellung zum Beruf, als eine wichtige Voraussetzung für gute Gespräche aus. Das kann ich nur bestätigen und möchte das mit einem positiven Beispiel – die gibt es eben auch und hoffentlich auch gar nicht so selten – belegen, von dem mir kürzlich eine Bekannte berichtet hat. Während der Erkältungswelle Anfang des Jahres hatte sie vergeblich versucht, in ihrer angestammten Gemeinschaftspraxis einen Termin zu bekommen, um einen hartnäckigen Husten abklären zu lassen. Dort schreckte man sie mit einem neuen Terminvergabesystem ab, und sie schaute sich nach einem anderen Allgemeinarzt um. Mit diesem, nicht mehr ganz jungen Arzt war sie schließlich rundum zufrieden. Und warum? Er habe auch angesichts eines propevollen Wartezimmers in Ruhe zugehört, auf ihre Skepsis gegenüber Antibiotika reagiert und mit ihr gemeinsam beschlossen, erstmal abzuwarten, habe entspannt und humorvoll gewirkt. Auf meine Frage, wie dieser Arzt das schafft,

sagte sie: Ich glaube, er ist von Natur aus ein Menschenfreund. Das eben ist die Haltung, die gefragt ist für eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation.
O. S., Hannover

G+G 2/2017

Medizinstudium: Der Masterplan wird aufgetaut

Wir brauchen mehr Medizin-Studienplätze

Die ärztliche Versorgung der Patienten insbesondere im ländlichen Raum ist bereits jetzt teilweise unzureichend. Wie in dem Beitrag „Der Masterplan wird aufgetaut“ der G+G-Februarausgabe richtig erwähnt wird, altert die Bevölkerung zunehmend. Und dies wird sich fortsetzen. Um so weniger verstehe ich, dass die Studienplätze nicht erhöht werden. Eine besondere Problematik sehe ich in der zunehmenden Zahl von weiblichen Studierenden. Dies kritisiere ich natürlich in keiner Weise. Nur die Folgen werden offensichtlich übersehen. Eine nicht geringe Zahl von Ärztinnen arbeitet nicht in Vollzeit sondern in Teilzeit. Da ich in der letzten Zeit ärztliche Behandlung in Anspruch nehmen muss, weiß ich von was ich rede. In der Konsequenz heißt dies doch, dass sich die Zahl der Ärzte in Vollzeit insgesamt verringert. Denn zwei Ärztinnen in Teilzeit sind eben nur ein Arzt in Vollzeit. Ist der Anteil der „Teilzeitärztinnen“ einmal ermittelt worden? Bei Vorliegen solcher Zahlen könnte doch die Anhebung der Zahlen für ein Medizinstudium begründet werden.
J. F., Mainz

BECKs Betrachtungen



Die Gutachterinnen für den Pflegegrad sind da!



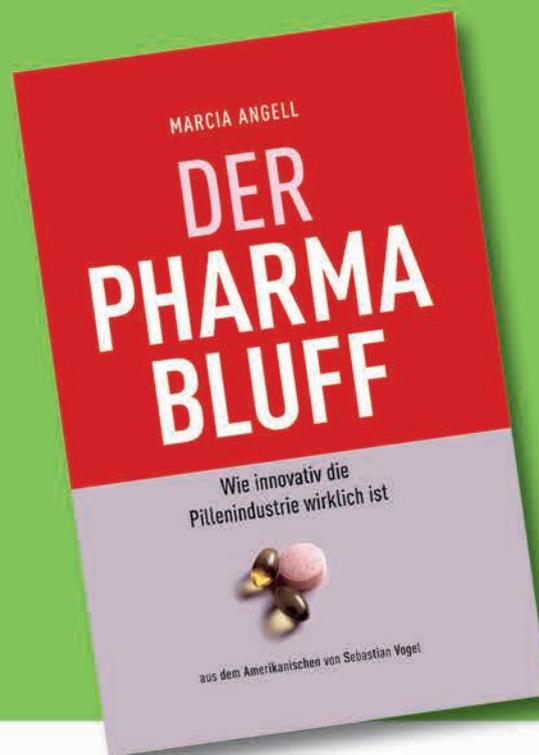
Der gebürtige Leipziger BECK studierte Architektur und Grafik, bevor er durch Veröffentlichungen in der »taz«, im »Eulenspiegel« und in der »Zeit« als Cartoonist und Illustrator bekannt wurde. Nach »Meister der komischen Kunst: BECK« (Verlag Antje Kunst-

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

Ist die neue Pille auch die bessere?

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

The New York Times



Ja, ich bestelle ...



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

Marcia Angell **Der Pharma-Bluff**

Wie innovativ die Pillenindustrie wirklich ist

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

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

(zzgl. 2,50 Euro Verpackung und Versand)

Lieferung gegen Rechnung per Bankeinzug

Vor- und Zuname

Straße, Haus-Nr.

PLZ

Ort

IBAN

BIC

Datum, Unterschrift

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

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

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

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



Wir sind da, wo eine zweite Meinung erste Sorgen vertreibt

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

Gesundheit in besten Händen

aok.de