



Das AOK-Forum für Politik, Praxis und Wissenschaft
Ausgabe 5/2014, 17. Jahrgang

GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

MINISTER-INTERVIEW
Was Hermann Gröhe plant

DEMOGRAFISCHER WANDEL
Wie die Kosten stabil bleiben

WM IN BRASILIEN

Reicher Fußball Arme Gesundheit

EXTRA: WIdO-monitor

Die Pressestellen der AOK

Gesundheit ist unser Thema!

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

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

AOK-BUNDESVERBAND

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

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

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

AOK BADEN-WÜRTTEMBERG

Hauptverwaltung
Pressesprecher: Kurt Wesselsky

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

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

AOK BAYERN – DIE GESUNDHEITSKASSE

Zentrale
Pressesprecher: Michael Leonhart

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

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

AOK BREMEN/BREMERHAVEN

Pressesprecher: Jörn Hons

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

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

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN

Direktion
Pressesprecher: Ralf Metzger

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

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

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR NIEDERSACHSEN

Direktion
Pressesprecher: Carsten Sievers

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

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

AOK NORDOST – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecherin: Gabriele Rähse

Region Mecklenburg-Vorpommern
Pressereferent: Markus Juhls

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

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

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

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

AOK NORDWEST – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: Jens Kuschel

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

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

Tel. 0231/4193-10145

Tel. 0431/605-21171

AOK RHEINLAND/HAMBURG – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: André Maßmann

Region Hamburg: Pressesprecherin Antje Meyer

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

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

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

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

AOK RHEINLAND-PFALZ/SAARLAND – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressereferent: Jan Rößler

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

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

AOK PLUS – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR SACHSEN UND THÜRINGEN

Pressesprecherin: Hannelore Strobel

Sitz Erfurt
Stellvertretender Pressesprecher: Jürgen Frühauf

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

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

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

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

AOK SACHSEN-ANHALT – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: Andreas Arnsfeld

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

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

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

www.aok-presse.de

AOK
Die Gesundheitskasse.

Gesundes auf den Kinderteller

Schulkindern frisches und leckeres Essen anbieten, Pep in die Schulkantine bringen – das geht zu günstigen Preisen, meint Sternekoch **Johann Lafer**. Sein Rezept: Die Mehrwertsteuer für das Mensa-Essen senken.

Schulmensen haben einen schlechten Ruf. Nicht gut, nicht gesund und zu teuer. Lieblose Massenabfertigung in nicht kindgerechter Atmosphäre. Dabei werden in der Schule die Menschen ausgebildet, die die Zukunft unseres Landes sind. Die Menschen, die unsere Wirtschaft weiter stärken und die Natur achten sollen. Wenn Kinder nicht wissen, woher die Milch kommt, die sie trinken, wenn sie nicht wissen, dass Jahreszeiten ernährungstechnisch Sinn machen und keinen Ort haben, an dem sie sich gemeinsam genussvoll an einen Tisch setzen können, um miteinander zu essen und sich dabei auszutauschen, ist das für die Zukunft unserer Gesellschaft äußerst bedenklich.

Es heißt, es sei zu schwierig, zu teuer, zu kompliziert, Essen in der Schule perfekt aufzutischen. Dem ist zu widersprechen. Denn wenn man die richtigen Partner hat, Einsatz und Kreativität zeigt, die Wünsche und Bedürfnisse von Eltern, Lehrern und vor allem Kindern ernst nimmt, geht das. Und wenn die Politik das sinnvoll unterstützen würde, ginge es noch besser.

Dass Schulesen mit 19 Prozent Mehrwertsteuer belegt ist, Brennholz, Tiernahrung und Kondome aber nur mit sieben Prozent, ist ein Skandal. Die Gesundheit unserer Kinder und ihre Leistungsfähigkeit sollte mit höchstens sieben Prozent Mehrwertsteuer behaftet sein. Dann könnten Schulküchen auch gut und kostendeckend arbeiten.

Handeln statt Reden ist angebracht: Bei unserem Pilotprojekt am Gymnasium Römerkastell in Bad Kreuznach machen wir es seit November 2012 vor. 450 Schulesen jeden Tag für Schüler und Lehrer. Eine eigene Küche, in der wir alles frisch zubereiten. Mit drei Köchen und sieben Helfern. Es stehen jedes Mal drei Gerichte zur Wahl. Ein Tagesgericht, ein vegetarisches Gericht und ein Aktionsgericht für alle, die sich spontan entscheiden zu essen. Alle diese Gerichte sind aus frischen, überwiegend lokalen und saisonalen Zutaten zubereitet, die wir in Top-Qualität täglich in unserer Region frisch einkaufen.

Bei der Qualität
der Produkte gibt es
keine Kompromisse.

Ein Essen in der Mensa kostet die Eltern 3,10 Euro pro Tag, der Landkreis bezahlt noch 1,30 Euro dazu. Der Zufriedenheitsfaktor liegt bei 90 Prozent. Kostendeckend ist es (noch) nicht, aber machbar. Es gibt Lachs, Cheeseburger, César Salat, Currywurst, Poularde, Pasta und Gemüse. Es gibt das, was die Kinder mögen. Und so, wie sie es mögen in einer hellen und gemütlichen Mensa, wo das Beisammensein Spaß macht.

Die Kinder bekommen aber nicht einfach etwas vorgesetzt. Sie können mitgestalten und mitbestimmen. Das begann bei der Einrichtung der Mensa und bleibt konstant beim Speiseplan. Die Schüler sehen jeden Tag, wie die rohen Zutaten aussehen – wir stellen sie für sie frisch und unbearbeitet aus.

Auch zeigen wir Fotos der fertigen Gerichte auf großen Displays. So haben sie täglich etwas zum Staunen. Spielerisch und selbstverständlich. Ihre Neugierde wird geweckt und das Bewusstsein für Lebensmittel gefördert.

Außerdem gehört eine eigene Ernährungswissenschaftlerin zum Team, die mit den Kindern kocht. Wir zeigen den Schülern in Theorie und Praxis, woher die Zutaten kommen und was man mit ihnen machen kann, um am Ende Leckerer auf dem Teller zu haben. Die Schüler wiederum zeigen uns, dass sie es verstehen und genießen. Jeden Tag haben sie ein Kärtchen auf ihrem Tablett, das sie ausfüllen können. Anonym. Sie dürfen bewerten, Vorschläge machen und kritisieren. Wir nehmen das ernst und setzen es um.

Das Einzige, wobei ich keinerlei Kompromisse eingehe, ist die Qualität der Produkte. Darüber kann man nicht diskutieren. Es kommen nur beste, ganz frische, saisonale und überwiegend regionale Lebensmittel auf den Tisch. Dieses Konzept lässt sich flächendeckend und kostentragend durchsetzen. Mit Einsatz, persönlichem Engagement, Spaß und hoffentlich einer Politik, die gutes und gesundes Schulesen als Investition in die Zukunft sieht und entsprechend fördert. ■



Johann Lafer, geboren 1957 in der Steiermark, ist Sternekoch, Unternehmer und Lehrbeauftragter an der Hochschule Fulda im Fachbereich Oecotrophologie. 1994 übernahm er das Hotel „Stromburg“ im Hunsrückstädtchen Stromberg, in dem er seine Restaurants „Le Val d’Or“ und „Bistro d’Or“ einrichtete. Johann Lafer hat über 60 Kochbücher geschrieben, in 4.000 TV-Kochsendungen mitgewirkt und 20 internationale Auszeichnungen erhalten. Im November 2012 eröffnete er im Rahmen des Projekts „Food@ucation“ die Mensa am Gymnasium Römerkastell im rheinland-pfälzischen Bad Kreuznach. Der Hobby-Hubschrauberpilot ist verheiratet und hat zwei Kinder.

Kontakt: office@lafer.de

Fußball statt Fortschritt?



H.-B. Henkel-Hoving,
Chefredakteur

Vierzig Jahre ist es her, und doch ist mir das Endspiel der Fußball-Weltmeisterschaft von 1974 noch lebhaft in Erinnerung. Als Grundschüler habe ich Beckenbauer, Müller und Co. in einer schwarz-weißen Flimmerkiste dabei beobachtet, wie sie das niederländische Team besiegten.

Dass ich die Namen der damaligen Nationalspieler heute immer noch besser im Kopf habe als die Truppe von Jogi Löw, hat indes nicht nur etwas mit meinem nachlassenden Kurzzeitgedächtnis zu tun. Ich habe damals voller Begeisterung ein Sammelalbum mit den Fotos aller Spieler bestückt, die an der WM teilnahmen – ganz so, wie es unsere fußballbegeisterte Tochter jetzt wieder mit einem Album für das Turnier in Brasilien macht, sehr zur Freude ihres Papas.

Spätestens seit der Lektüre von Matthias Lehmphul's Reportage über die Situation im brasilianischen Gesundheitswesen mischen sich in meine Begeisterung aber auch nachdenkliche Töne. Allzu sehr drängt sich der Eindruck auf, dass **zugunsten von neuen Stadien auf neue Krankenhäuser verzichtet wurde.** „In den letzten Jahren hat sich einiges verbessert, aber noch immer müssen die meisten Brasilianer um eine gute medizinische Versorgung kämpfen“, sagt der 37-Jährige. „Der Staat investiert nicht genug Geld.“

In Deutschland kann davon keine Rede sein. Gesundheitsminister Hermann Gröhe hat von seinem Amtsvorgänger Daniel Bahr einen gefüllten Gesundheitsfonds und schuldenfreie Krankenkassen geerbt. Wie der CDU-Politiker mit dem Geld die Versorgung weiter verbessern möchte, erfahren Sie ab Seite 28 in dieser Ausgabe: Brasilianer wären froh, wenn sie unsere Probleme hätten!

Eine anregende Lektüre wünscht



Schon als Schüler lebte er ein Jahr in Brasilien: G+G-Autor Matthias Lehmphul.

MAGAZIN

- 14 INDIEN: KRANKENKASSE FÜR RIKSCHA-FAHRER**
Immer mehr Inder sind chronisch krank. Aber vielen fehlt das Geld für die medizinische Behandlung – ein Problem, das die Regierung in Neu-Delhi nun angeht.
Von Martina Merten
- 16 COUNTDOWN FÜR NEUEN PFLEGEBEGRIFF**
Fünf Pflegegrade, mehr Leistungen: Bis zum Ende dieser Legislaturperiode wollen Union und SPD die Reform der Pflegeversicherung umsetzen.
Von Thomas Hommel
- 18 SIE WOLLEN DOCH NUR SPIELEN**
Sportwetten, Spielautomaten oder Online-Poker haben Suchtpotenzial. Mehr als eine viertel Million Menschen in Deutschland sind von Glücksspielen abhängig.
Von Thomas Hommel
- 19 „MEHR AHNUNG VOM LEBEN“**
Fünftklässler gehen in ein Hospiz und schenken todkranken Menschen von ihnen verzierte Kissen. Das hilft den Kindern, in eine neue Sterbekultur hineinzuwachsen, sagt Lehrerin Siegrun Boiger.

RUBRIKEN

- 9 Rundruf** Pflegevorsorgefonds: Sparstrumpf mit Löchern?
- 13 Kommentar** Zu viele Krankenhausbetten
- 38 Recht** Klinikrechnung: Prüfung nicht aufs Land beschränkt
- 40 AOK-Notizen** Aktuelles aus Bund und Ländern
- 42 Service** Bücher, Termine und mehr
- 44 Debatte** Teilerfolg im Kampf gegen HIV/Aids
- 45 Nachlese** Briefe an die Redaktion
- 45 Impressum** Wer steckt hinter G+G?
- 46 Letzte Seite** BECKs Betrachtungen



20

Reportage: Wie es in den Favelas von Rio um die Gesundheit bestellt ist

TITEL

20 REICHER FUSSBALL, ARME GESUNDHEIT

In Brasilien laufen viele Menschen Sturm gegen die Fußball-WM. Ihr Protest entzündet sich auch an den Mängeln im Gesundheitswesen.

Von Matthias Lehmpful (Text) und Jorge Cabral (Fotos)

THEMEN

28 „GUTE MEDIZIN UNABHÄNGIG VOM GELDBEUTEL“

Die Qualität belohnen, die Pflege reformieren, der Prävention den Rücken stärken – Gesundheitsminister Hermann Gröhe verfolgt hochgesteckte Ziele.

Von Kai Stiehl, Robin Halm und Hans-Bernhard Henkel-Hoving

32 KOSTENFALLE DEMOGRAFIE?

Wegen des demografischen Wandels müssen die Kosten im Gesundheitswesen nicht zwangsläufig explodieren. Mit strukturellen Reformen lässt sich das verhindern.

Von Timm Paulus und Tim Rödiger



32

Analyse: Wie der demografische Wandel auf die Ausgaben wirkt



28

Wortwechsel: Minister Hermann Gröhe (rechts) spricht im G+G-Interview über seine gesundheitspolitische Agenda

STUDIE Grüne Therapie gegen Demenz

In einem Modellprojekt untersuchen mehrere Kooperationspartner, ob regelmäßige Gartenbesuche bei Demenz helfen. Das Projekt wurde vor zwei Jahren vom Institut für Stadtplanung der Universität Duisburg-Essen, der Theodor Fliedner Stiftung und dem Zentrum für Außenflächengestaltung für Pflegebedürftige Personen gestartet. In der Nähe von Duisburg entstand ein Garten für Demenzkranke. Mithilfe von Gedächtnis- und Stimmungstests sowie der Befragung von Betreuern wollen die Projektpartner klären, ob das Schnuppern von Blumenduft, leichte Gartenarbeit wie Laub rechnen und die sich dabei ergebenden sozialen Kontakte einen Einfluss auf Demenz haben, insbesondere Affekt und Kognition verbessern. Die Abteilung Psychiatrie am Klinikum Essen des Landschaftsverbandes Rheinland hat die wissenschaftliche Begleitung des Projektes übernommen. ■

ANALYSE Gute Bilanz für deutsche Kliniken

Vielen deutschen Krankenhäusern geht es wirtschaftlich besser als Kliniken in Belgien, Frankreich, Italien, Norwegen, Österreich, Portugal, Spanien und der Schweiz. Das zeigt eine Analyse der Bilanzen aus 1.522 Kliniken in diesen Ländern, 513 davon in Deutschland. Fast die Hälfte der von der Beratungsgesellschaft Accenture untersuchten Krankenhäuser befindet sich in wirtschaftlicher Schieflage. Bei fast 20 Prozent besteht ein hohes Insolvenzrisiko. An der Aus-



Blumen pflanzen, Beete pflegen – der Aufenthalt und die Arbeit im Garten könnte die Therapie von Demenz unterstützen.

wertung der Jahresabschlüsse 2011 war das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung in Essen beteiligt war. Anders als es die jüngsten Meldungen zur wirtschaftlichen Lage der Kliniken hierzulande nahelegen, erscheinen die deutschen stationären Einrichtungen vergleichsweise gesund: Bei der Kreditwürdigkeit rangieren sie in der Studie mit einer Kreditausfallwahrscheinlichkeit von 0,6 Prozent auf Platz zwei hinter den Schweizer Kliniken (0,5 Prozent) und vor den belgischen (0,8 Prozent Ausfallwahrscheinlichkeit). Bei der Ertragskraft gemessen am Gewinn vor Steuern, Zinsen und Abschreibungen belegen die deutschen Kliniken mit 8,5 Prozent vom Umsatz Platz drei nach den italienischen (12,1 Prozent) und den französischen (10,7 Prozent). Auch nach Steuern stehen die analysierten deutschen Kliniken mit zwei Prozent Gewinn vom Umsatz gut da, zwar schlechter als die italienischen (3,1 Prozent), aber besser als die französischen. Letztere machen durchschnittlich 1,2 Prozent Verlust, weil die Steuern das positive Betriebsergebnis mehr als auffressen. ■

EUROPÄISCHE KOMMISSION Gesundheitspreis für Journalisten

Christiane Hawranek und Marco Maurer sind für einen Zeitungsartikel über Vermittler, die Patienten aus dem Ausland mit nicht immer lauterem Mitteln an deutsche Kliniken bringen, mit dem EU-Gesundheitspreis für Journalisten ausgezeichnet worden. Der in der Wochenzeitung „Die Zeit“ erscheinende Artikel „Die Krankenschlepper“ gewann den zweiten Preis. Der erste Preis ging an Henk Blanken aus den Niederlanden für einen Artikel über einen jungen Mann mit Parkinson, der dritte an die dänische Journalistin Mett Dahlgaard.

Die ersten drei Preise sind mit 6.500 Euro, 4.000 Euro und 2.500 Euro dotiert. Laut EU-Gesundheitskommissar Tonio Borg wurden mehr als 850 Artikel aus allen Mitgliedsstaaten für den seit fünf Jahren verliehenen EU-Journalisten eingereicht. Die Jury für die deutschen Beiträge bildeten in diesem Jahr Professor Dr. Ulrich Frei, Ärztlicher Direktor der Charité-Universitätsmedizin Berlin, und Dr. Michael de Ridder, Leiter des Vivantes-Hospiz Berlin, zwei deutsche Journalistinnen und der Pressesprecher EU-Kommission in Deutschland. ■

MEHR INFOS:

http://ec.europa.eu/health-eu/journalist_prize/index_en.htm

kurz & bündig

+++ SUCHT: Die Zahl der Drogentoten in Deutschland ist 2013 um 58 auf 1.002 gestiegen. Laut Bundeskriminalamt fielen bei den Behörden 2013 zudem 1.480 Menschen erstmals wegen Konsum von Ecstasy auf – 18 Prozent mehr als im Vorjahr. **+++ HILFSMITTEL:** Die rund 12.000 Optikergeschäfte haben ihren Umsatz 2013 von 2,3 auf 2,44 Milliarden Euro gesteigert, so der Zentralverband der Augenoptiker. Die Optiker hätten 11,8 Millionen neue Brillen verkauft sowie 6,5 Millionen neue Gläser in alte Fassungen eingebaut. **+++ HEBAMMEN:** In deutschen Krankenhäusern arbeiten so viele Hebammen und Entbindungspfleger wie nie zuvor, die meisten Teilzeit oder als geringfügig Beschäftigte. Laut Statistischem Bundesamt waren 2012 von 8.548 angestellten Hebammen nur 28 Prozent Vollzeit tätig. 1992 waren es 71 Prozent von gut 6.600.



Tiefer eintauchen!

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

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



G+G
Gesundheit und Gesellschaft



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



Viermal im Jahr:
G+G-Wissenschaft

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

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

www.kompart.de/shop



Name Ich bezahle per Bankeinzug Ich bezahle per Rechnung

Straße IBAN BIC

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

PLZ/Ort Datum, Unterschrift

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



STATISTIK
Arztzahl steigt

Die Zahl der aktiven Ärzte in Deutschland ist 2013 um 2,5 Prozent auf 357.252 gestiegen. Rund 181.000 von ihnen arbeiten in Krankenhäusern, 145.900 sind ambulant tätig und 30.300 in Behörden, im öffentlichen Gesundheitsdienst oder anderen Bereichen. 113.170 Mediziner – knapp 3.000 mehr als ein Jahr zuvor – sind laut Statistik der Bundesärztekammer (BÄK) im Ruhestand oder in anderen Berufen tätig. Das Durchschnittsalter aller niedergelassenen Mediziner stieg innerhalb eines Jahres von 52,8 auf 53,1 Jahre. Mehr Ärzte arbeiten zudem Teilzeit. Weiter zugenommen hat die Zahl der ausländischen Ärzte. Sie stieg um gut zehn Prozent oder 2.926 auf 31.236. Aus Deutschland abgewandert sind 3.035 Ärzte. BÄK-Präsident Professor Dr. Frank Ulrich Montgomery erklärte, steigende Arztzahlen und zunehmender Ärztemangel seien kein Widerspruch,

Zitat des Monats

Wer es einmal soweit gebracht hat, dass er nicht mehr irrt, der hat auch zu arbeiten aufgehört.

Max Planck (1858–1947), deutscher Physiker und Nobelpreisträger

da in der alternden Gesellschaft mehr Ärzte gebraucht würden. So sei die Zahl der Behandlungsfälle von 2004 bis 2012 im ambulanten Bereich um 136 Millionen und im stationären Bereich um 1,8 Millionen gestiegen. ■

SÜDKOREA
Klage gegen Tabakindustrie

Die staatliche Krankenversicherung in Südkorea hat die internationalen Tabakkonzerne Philip Morris und British American Tobacco sowie den einheimischen Zigarettenhersteller KT&G auf umgerech-

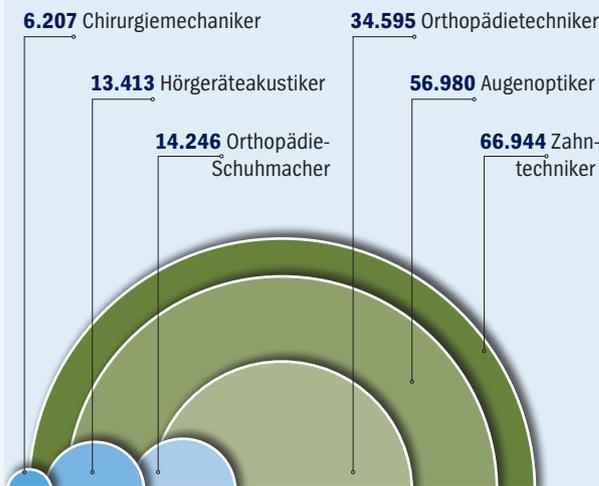
net 37 Millionen Euro Schadenersatz verklagt. Sie sollen für Behandlungskosten von Erkrankungen aufkommen, die auf das Rauchen zurückgeführt werden. Hintergrund sind Zahlungen an Patienten, bei denen zwischen 2003 und 2012 verschiedene Formen von Lungenkrebs diagnostiziert wurden. Die Betroffenen hätten 20 Jahre lang mindestens eine Schachtel Zigaretten pro Tag geraucht, hieß es. Nach Berichten südkoreanischer Medien gab es im Land bislang vier Klagen von Lungenkrebspatienten und deren Familien, die aber erfolglos blieben. ■

Gesundheitswesen und in der Pflege genannt. Die Bundesregierung verweist dazu auf die Empfehlung des Rates der Europäischen Union, die Leistungserbringung besser zu integrieren sowie Prävention, Rehabilitation und eigenständige Lebensführung in den Mittelpunkt zu stellen. Sie will deshalb die Ausgaben an der Qualität der Versorgung orientieren, etwa um die Folgekosten durch Komplikationen und Wiedereinweisungen nach Operationen zu verringern. Qualität und Wirtschaftlichkeit sollen durch einen effizienten Wettbewerb und mehr Vertragsfreiheit gestärkt werden. Die Krankenkassen sollen die Möglichkeit erhalten, Qualitätsverträge mit einzelnen Krankenhäusern abzuschließen. ■

PRIVATVERSICHERUNG
Weniger Streitfälle beim Ombudsmann

Die Zahl der Beschwerden von Privatversicherten über ihre Versicherungen ist 2013 leicht gesunken. Beim Ombudsmann der privaten Krankenversicherung (PKV) gingen 5.984 Fälle ein, 5,8 Prozent weniger als im Jahr zuvor. 78,8 Prozent der Beschwerden entfielen auf die Vollversicherung, 13,5 Prozent auf Zusatzversicherungen. In jedem fünften Streitfall ging es darum, ob eine Behandlung, ein Arzneimittel oder ein Hilfsmittel medizinisch notwendig war. Das waren mehr als zuvor und macht laut Tätigkeitsbericht des inzwischen ausgeschiedenen PKV-Ombudsmanns Helmut Müller deutlich, dass die Versicherer aufgrund des Kostendrucks kritischer prüfen und immer häufiger über die Frage der Notwendigkeit diskutiert werden muss. ■

Gesundheitshandwerk: Beschäftigte im Jahr 2012



Sie versorgen Patienten mit individuell ausgewählten und angepassten Medizinprodukten und Hilfsmitteln: Im Jahr 2012 waren in bundesweit rund 26.000 Handwerksbetrieben rund 186.000 Fachkräfte für die Gesundheit der Bevölkerung im Einsatz, darunter beispielsweise fast 67.000 Zahntechniker. Hinzu kommen 6.207 Chirurgiemechaniker, die beispielsweise Operationsinstrumente warten. *Quelle: ZDH*

REFORMPROGRAMM
Regierung will mehr Kosteneffizienz

Die Bundesregierung will die gute wirtschaftliche Lage nutzen, um die soziale Marktwirtschaft zu stärken. Als finanzielle Voraussetzung dafür werden im „Nationalen Reformprogramm“ der Bundesregierung (Bundestagsdrucksache 18/1107 vom 8. April 2014) neben einer soliden Haushaltspolitik, der Umsetzung der Schuldenbremse in den Bundesländern, der Verbesserung der Effizienz des Steuersystems und der Steigerung der Bildungs- und Forschungsausgaben die Verbesserung der Kosteneffizienz der öffentlichen Ausgaben im

Sparstrumpf mit Löchern?

Ab Januar 2015 will die Bundesregierung für die Generation der Babyboomer einen Pflegevorsorgefonds bei der Bundesbank anlegen. In den nächsten knapp 20 Jahren soll auf das Konto Geld für den künftig steigenden Pflegebedarf fließen. Ein guter Plan?



PIA ZIMMERMANN, *pflegepolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion Die Linke*: Der Vorsorgefonds ist aus mehreren Gründen unsinnig. Das Geld wird heute gebraucht, um substanzielle Verbesserungen für die Pflegebedürftigen, ihre Angehörigen und die Pflegekräfte zu finanzieren. Darüber hinaus halte ich dieses Vorhaben für riskant. Was passiert, wenn Rücklagen angespart werden, haben wir beim Gesundheitsfonds gesehen: Der ist zum Notgroschen des Finanzministeriums geworden. Die Umlagefinanzierung ist dagegen unabhängig von politischer Willkür und hat sich bewährt. Sie ist im Sinne einer solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung weiterzuentwickeln.

Finanzministeriums geworden. Die Umlagefinanzierung ist dagegen unabhängig von politischer Willkür und hat sich bewährt. Sie ist im Sinne einer solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung weiterzuentwickeln.

KARL-JOSEF LAUMANN, *Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten und Bevollmächtigter für Pflege*: Der Pflegevorsorgefonds ist ein richtiges Signal. Es ist von jeher eine gute Idee, in besseren Zeiten etwas für den Moment zu sparen, in dem es einem nicht mehr ganz so gut geht. Mit dem Fonds bauen wir eine Rücklage für die Pflegezeit der sogenannten Babyboomer-Generation auf. Damit setzen wir ein deutliches Zeichen, dass wir es mit der Generationengerechtigkeit ernst meinen. Wichtig ist mir dabei vor allem, dass die Mittel des Fonds auch tatsächlich für die Verbesserung der Pflege und nicht für andere Zwecke verwendet werden.



ROLF HÖFERT, *Geschäftsführer des Deutschen Pflegeverbandes*: Angesichts steigender Pflegebedürftigkeit ist eine Demografie-Reserve grundsätzlich sinnvoll. Der Vorsorgefonds darf jedoch nicht zulasten der jetzt pflegebedürftigen Bevölkerung gehen. Daneben ist ein Ausbildungsfonds nötig, damit perspektivisch auch die erforderlichen Pflegefachkräfte zur Verfügung stehen. Es wäre darüber hinaus klug gewesen, wenn die Kommunen bereits zum Start der Sozialen Pflegeversicherung 1995 einen Demografiefonds angelegt hätten, um heutige Leistungslücken abzudecken. Immerhin wurden die Gemeinden damals mit Einführung der Pflegeversicherung finanziell entlastet.

PROFESSOR DR. KLAUS JACOBS, *Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)*: Das ist reine Symbolpolitik. Im jetzigen System der Pflegeversicherung könnte durch Auflösung des Vorsorgefonds nicht einmal ein Zehntel des notwendigen Beitragssatzanstiegs verhindert werden. Zudem wäre der Fonds genau dann wieder leer, wenn der erforderliche Beitragssatz sein Höchstniveau erreicht hat. Zwar geht die Zahl der Pflegebedürftigen nach der Ära der Babyboomer wieder zurück. Die Zahl der Beitragszahler wird dann aber auch spürbar gesunken sein. Das Beitragssatzniveau bleibt deshalb unverändert hoch. Von nachhaltiger Vorsorge kann somit keine Rede sein.



ANALYSE Arzneiverbrauch nimmt zu

Insgesamt 642 Millionen Arzneimittelpackungen haben die knapp 70 Millionen Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen 2013 in Deutschland von niedergelassenen Ärzten verordnet bekommen. Jeder Versicherte verbrauchte durchschnittlich 546 Tagesdosen. Das zeigt



eine Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). Von 2004 bis 2013 hat der Verbrauch pro Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung um 48,3 Prozent zugenommen. Der Analyse zufolge ist der Verbrauch an Arzneimitteln in den östlichen Bundesländern am höchsten. So werden beispielsweise an die Versicherten in Sachsen-Anhalt pro Kopf etwa 30 Prozent mehr Arzneimittel als im Bundesdurchschnitt verordnet, in Bremen hingegen sind es etwa 30 Prozent weniger. Diesen Effekt führt das WIdO zum Teil darauf zurück, dass die Versicherten in den östlichen Bundesländern im Durchschnitt deutlich älter und in der Folge häufiger krank seien. Die aktuellen Analysen des WIdO basieren auf der überarbeiteten Anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikation mit Tagesdosen für das Jahr 2014. ■

MEDIZINISCHER DIENST Mehr Gutachten zu Behandlungsfehlern

Im vergangenen Jahr haben mehr Patienten wegen Verdachts auf einen Behandlungsfehler Hilfe bei den Krankenkassen gesucht. Die Medizinischen Dienste der Krankenkassen erstellten rund 14.600 entsprechende Gutachten. Das waren gut 2.000 mehr als im Vorjahr, teilte der Spitzenverband der Medizinischen Dienste (MDS) mit. Knapp 3.700 Mal seien vermutete Behandlungsfehler durch die Gutachten bestätigt worden, sagte der leitende Arzt des MDS, Dr. Stefan Gronemeyer. Viele Fehler wären vermeidbar, wenn es im Gesundheitswesen eine Sicherheitskultur gebe. Der MDS unterstütze deren Aufbau. Der Wandel zu einem solchen Denken sei aber erst eingeleitet, sagte Gronemeyer. ■

MEHR INFOS:
www.mds-ev.de

FORSCHUNG Türkisch-deutsche Kooperation

Im Rahmen des deutsch-türkischen Wissenschaftsjahres suchen Mediziner der Universität Gießen, der Universität Izmir und der Aydin Universität Istanbul in zwei Forschungsprojekten Erkenntnisse zur Bedeutsamkeit bestimmter Krankheitserreger in Lebensmitteln tierischen Ursprungs im Zusammenhang mit der Verbreitung antimikrobieller Resistenzen und über regenerative Therapien für Diabetiker. Beide Projekte werden vom Bundesministerium für Bildung und Forschung mit jeweils bis zu 150.000 Euro gefördert. ■

KREBSTHERAPIE

Studie hinterfragt Prostata-OPs

Bei vielen Männern mit Prostata-Krebs ist eine Operation offenbar unnötig. Das ergab die HAROW-Studie mit 3.200 Patienten, deren Ergebnisse der Urologe Professor Dr. Lothar Weißbach in Berlin vorstellte. Bei 15 Prozent der Teilnehmer operierten die Ärzte nicht, sondern kontrollierten den Krebs engmaschig. Bei den meisten Patienten dieser Gruppe war innerhalb von zwei Jahren kein Eingriff erforderlich. Bei einem Prostatakarzinom mit niedrigem Risiko könnten Patienten gut auf andere Therapien ausweichen, so Weißbach, der zu den Studienautoren gehört. Neben der aktiven Überwachung durch engmaschige Kontrollen kämen anstelle einer Operation verschiedene Bestrahlungsverfahren in Betracht. ■

LEITFADEN

Ärzte wollen Qualität verbessern

Die Bundesärztekammer (BÄK) bietet einen Praxis-Leitfaden für die gegenseitige Hilfe unter Ärzten an, um die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern. Die methodische Anleitung für Peer-Review-Verfahren enthält Musterdokumente und Checklisten für alle Sektoren des Gesundheitswesens. Die Reflexion des eigenen ärztlichen Handelns mit Fachkollegen und nach konkreten Verfahrensregeln sei der Goldstandard für die Qualitätsverbesserung der Patientenversorgung, erklärte Dr. Günther Jonitz, Vorsitzender der BÄK-Qualitätssicherungsgremien und Präsident der Ärztekammer Berlin. ■

Köpfe und Karrieren



+++ CHRISTINE LÜDERS, 58, leitet weiterhin die Antidiskriminierungsstelle des Bundes (ADS). Die studierte Pädagogin übernahm diese beim Bundesfamilienministerium eingerichtete Stelle erstmals im Jahr 2010. Zuvor arbeitete sie unter anderem als Vorstandsreferentin und Abteilungsleiterin bei der Lufthansa und später als Referatsleiterin Presse-, Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation im nordrhein-westfälischen Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration. Zuletzt war sie Referatsleiterin für Öffentlichkeitsarbeit und Beauftragte für Stiftungen im hessischen Kultusministerium. Aufgabe der Antidiskriminierungsstelle des Bundes ist es, Diskriminierung wegen der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Identität zu verhindern.

+++ JOHANNES-WILHELM RÖRIG, 55, ist erneut zum Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs berufen worden. Der Jurist und Diplom-Betriebswirt trat dieses beim Bundesfamilienministerium angesiedelte Amt erstmals im Jahr 2011 an. Zuvor arbeitete er als Richter und als Abteilungsleiter im Bundesfamilienministerium. Der Beauftragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs ist ein von der Bundesregierung eingesetzter, unabhängiger zentraler Ansprechpartner für von sexuellem Missbrauch Betroffene, Angehörige, Fachleute sowie Menschen, die sexuellen Missbrauch in ihrem privaten oder beruflichen Umfeld erleben beziehungsweise Fragen und Anliegen zu dieser Thematik haben.



+++ FRANK MICHALAK, 57, und **GERLINDE KÖNIG**, 62, sind vom Verwaltungsrat der AOK Nordost vorzeitig als Vorstandsvorsitzender beziehungsweise stellvertretende Vorstandsvorsitzende der Gesundheitskasse bestätigt worden. Ihre Amtszeiten laufen bis Ende 2019 beziehungsweise 31. Dezember 2016. Frank Michalak trat 1991 in die Dienste der ehemaligen AOK Brandenburg und leitete dort unter anderem die Bereiche Innenrevision, Change Management, Controlling und Finanzplanung. 2006 wurde er Vorstandsvorsitzender der AOK Brandenburg und 2010 der AOK Berlin-Brandenburg. Vorstandsvorsitzender der AOK Nordost ist er seit 2011. Zudem arbeitet er als ehrenamtlicher Richter am Finanzgericht der Länder Brandenburg/Berlin, am Sozialgericht Potsdam sowie am Bundessozialgericht. Gerlinde König ist seit mehr als 45 Jahren für die AOK tätig. 2005 trat sie in die Geschäftsführung der AOK Berlin ein, wurde 2007 Beauftragte des Vorstandes, 2009 Mitglied des Vorstandes und 2010 stellvertretende Vorstandsvorsitzende der AOK Berlin-Brandenburg. Den stellvertretenden Vorstandsvorsitz der AOK Nordost hat sie seit 2011 inne.



MEDIZINTOURISMUS

Boom auf einem Nischenmarkt

Immer mehr Patienten aus dem Ausland lassen sich von Ärzten in Deutschland behandeln. Mittlerweile spüle der Medizintourismus knapp 1,1 Milliarden Euro in das deutsche Gesundheitssystem, so eine Studie der Fachhochschule Bonn-Rhein-Sieg in Sankt Augustin. Laut Studienautor Jens Juszczak kamen

2012 etwa 224.000 Patienten aus dem Ausland nach Deutschland, 8,6 Prozent mehr als im Vorjahr. Der durchschnittliche Anteil ausländischer Patienten in deutschen Krankenhäusern liege bei 0,5 Prozent. Damit bleibe der Bereich zwar weiterhin ein Nischenmarkt, aber ein lukrativer. Die meisten Auslandspatienten kämen mittlerweile aus Russland. Inzwischen habe jede zehnte deutsche Klinik spezielle Angebo-

te für Medizintouristen. Viele Häuser hätten International Offices eingerichtet, die die Anfragen bearbeiten, die Patienten betreuen, Dolmetscher organisieren und Kostenabrechnungen erstellen. Kliniken und andere Interessenten an Patienten aus Russland werden gezielt vom russischen Generalkonsulat in Bonn unterstützt. ■

MEHR INFOS:

www.auslandspatienten.de

Ein Land, zwei Systeme?



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

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

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

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

Die WIdO-Reihe im KomPart-Verlag

Ja, ich bestelle ...

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



Die Krankenversicherung der Zukunft
Anforderungen an ein leistungsfähiges System

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

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

Lieferung gegen Rechnung per Bankeinzug

Vor- und Zuname

Straße, Haus-Nr.

PLZ

Ort

IBAN

BIC

Datum, Unterschrift

VEREINIGTE STAATEN Viele Schwangere nehmen Opiate

Viele US-Amerikanerinnen nehmen in der Schwangerschaft Medikamente gegen Schmerzen. Nach einer aktuellen Studie erhalten 20 Prozent der auf die staatliche Gesundheitshilfe Medicaid angewiesenen Schwangeren opiothaltige oder ähnlich starke Schmerzmittel. Bei privat versicherten Frauen ist die Verordnungsrate nach einer Studie der Universität Boston mit 14,4 Prozent etwas niedriger. Beide Studien zeigen große regionale Unterschiede. Laut Medicaid schwankte die Verordnungsrate zwischen 9,5 Prozent in Oregon bis 41,6 Prozent in Utah, in der Bostoner Studie wurden Schwangeren in den Südstaaten der USA viel häufiger Opiode verschrieben als im Nordosten der USA. Opiode gehören zu den Medikamenten, die in Verdacht stehen, Fehlbildungen auszulösen.



Gesunde Skepsis: Schmerzmittel können das Baby im Bauch schädigen.

Von drogenabhängigen Müttern weiß man, dass die Einnahme starker Opiate in der Spätschwangerschaft beim Säugling nach der Geburt ein Entzugssyndrom auslösen kann. ■

FORSCHUNG Jeder Bürger kann Wissen schaffen

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung fördert eine Internet-Plattform, um Bürger an der Forschung

zu beteiligen. „Bürger schaffen Wissen“ soll Hobbyforscher und Wissenschaftler in Kontakt bringen. Hobbyforscher kämen an manche Informationen besser und einfacher als Berufswissenschaftler an Universitäten und Instituten, sagte Forschungsministerin Johanna Wanka zum Start der Website www.buergerschaffewissen.de. Die zentrale Anlaufstelle im Internet soll das Potenzial für Mitmach-Projekte in der Wissenschaft steigern. Wissenschaftler können sich über die Plattform mit ihren Pro-

blemen und Projekten an die Bürger wenden. Das Projekt wird von der Initiative Wissenschaft im Dialog und dem Museum für Naturkunde in Berlin umgesetzt. Die Website richtet sich auch an Schüler. ■

FRANKREICH Arzneifälschungen beschlagnahmt

In Frankreich haben Zollbeamte 2,4 Millionen Packungen gefälschter Medikamente gefunden. In Le Havre seien bereits im Februar dieses Jahres 13 Tonnen nachgeahmter Kopfschmerz-, Durchfall- und Potenzmittel als Tee deklariert per Schiff aus China angekommen, teilte die französische Zollbehörde mit. Es sei der bisher größte Fund von Arzneimittelfälschungen in Europa. Einige der Präparate hätten gar keinen Wirkstoff enthalten, andere in der Zusammensetzung nicht den Originalmedikamenten entsprochen. ■

SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH

„Schon jetzt nehmen mehr als die Hälfte aller Hausärzte teil“

Die AOK PLUS zündet die nächste Stufe des Hausarztvertrages für Thüringen: Seit April werden Praxen mit einem eigenen Auto ausgestattet. Dazu Fragen an **Sven Nobereit**, Verwaltungsratsvorsitzender der Kasse.



G+G: Herr Nobereit, mit PLUSmobil entwickeln Sie den Hausarztvertrag in Thüringen konsequent weiter. Welche Vorteile bietet die hausarztzentrierte Versorgung den Versicherten?

NOBEREIT: Die Versicherten profitieren in erster Linie davon, dass der Hausarzt durch die im Vertrag festgelegte Fortbildung stets auf dem neuesten Stand medizinischer Kenntnisse ist. Der Arzt nimmt sich mehr Zeit für sie, klärt umfassend auf, berät zu Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen und kümmert sich im Fall des Falles auch um Facharzttermine, denn das vergüten wir zusätzlich. Außerdem übernimmt der Hausarzt das Arzneimittelmanagement für AOK-PLUS-Versicherte einschließlich der Erstellung eines schriftlichen Medikationsplanes. Das ist besonders für mehrfach kranke Patienten ein toller Service.

G+G: Wie kommt der Vertrag bei den Thüringer Hausärzten und ihren Praxisassistentinnen an?

NOBEREIT: Mehr als die Hälfte aller Thüringer Hausärzte nehmen jetzt schon am Vertrag teil. Und die haben insgesamt 108 Praxisassistentinnen, deren zusätzlich honorierte, qualifizierte Arbeit vielseitiger und interessanter geworden ist. Die Ärzte wiederum können zeitaufwendige Hausbesuche wie etwa zur Wundversorgung, zum Spritzen von Diabetikern oder zum Blutdruckmessen delegieren und werden so enorm entlastet. Dass die VERAHs seit April mit dem PLUSmobil noch mobiler werden, kommt bei allen Beteiligten hervorragend an.

G+G: Die Bundesregierung hat gesetzlich geregelt, dass bei Hausarztverträgen die Wirtschaftlichkeit keine Rolle mehr spielen muss. Was halten sie davon?

NOBEREIT: Es ist leicht, großzügig zu sein, wenn andere die Rechnung zahlen. Aus meiner Sicht konterkariert diese Regelung das vernünftige Bemühen um ein Kostenmanagement, das an Qualität gebunden ist.

Zu viele Betten

Welche Krankenhäuser brauchen wir in Deutschland, und wie sollen sie ausgestattet sein? Nach Ansicht von **Maike Telgheder** muss bei der Antwort auf diese Fragen ein Kriterium ganz weit oben stehen: die medizinische Qualität.



BUNDESGESUNDHEITSMINISTER Hermann Gröhe will in Deutschland Klinikbetten abbauen. Denn im Jahresdurchschnitt sind nur 77 Prozent der Krankenhausbetten belegt, und das trotz steigender Patientenzahlen. Da wundert es nicht, wenn jede zweite Klinik hierzulande rote Zahlen schreibt, wie die Deutsche Krankenhausgesellschaft in einer Umfrage ermittelt hat.

Die Auslastung der bestehenden Betten zu verbessern, indem Kapazitäten abgebaut werden, ist also dringend geboten. Doch eigentlich muss Gröhe noch einen Schritt weitergehen und die ganze Krankheitslandschaft kritisch unter die Lupe nehmen. Pauschal zu kürzen wird der Lage nicht gerecht: In vielen Landstrichen mangelt es an Ärzten und die Krankenhäuser müssen zusätzliche Versorgungsleistungen übernehmen. In anderen Regionen dagegen ist der Markt überbesetzt.

Hessen beispielsweise hat mehr als 170 Krankenhäuser mit einer Ballung im wohlhabenden Rhein-Main-Gebiet. Das Hessische Sozialministerium hat einmal ermittelt, wie viele Krankenhäuser nötig sind, damit es zu keinem „Systemversagen“ kommt, wie es für den Bankenbereich so treffend formuliert wurde. Das Ergebnis: 58 Standorte in Hessen sind unverzichtbar, damit die Notfallversorgung und die notwendige Erreichbarkeit gewährleistet sind. Das ist gerade ein Drittel der bestehenden Häuser.

Nun müssen wir uns in Deutschland nicht mit einer medizinischen Versorgung zufrieden geben, die gerade geeignet ist, ein Systemversagen zu verhindern. Aber das Rechenbeispiel zeigt, dass noch Luft im System ist.

Zu diesem Schluss zu kommen, war allerdings nicht das Ziel der hessischen Analyse. Vielmehr sollte herausgefunden werden, welche notleidenden kommunalen Kliniken für die Versorgung in dem Bundesland unverzichtbar sind, damit diese dann in die Lage versetzt werden, sich im Wettbewerb zu behaupten. Dieser Ansatz ist bedenkenswert: Welche Krankenhäuser brauchen wir und wie müssen die ausgestattet sein?

Neben der Sicherung der Versorgung muss ein weiteres Kriterium ganz oben stehen: die medizinische Qualität. Denn Krankenhäuser mit einer schlechten medizinischen Versorgung sind allemal verzichtbar. Nur können diese Häuser mit den derzeitigen Bewertungsmaßstäben nur zum Teil identifiziert werden. Es wird also Zeit, die medizinische Leistung endlich transparent und vergleichbar zu machen. ■

Maike Telgheder ist Fachredakteurin Gesundheitswirtschaft beim Handelsblatt aus Düsseldorf.

REFORMGESPRÄCHE

Länder streiten um Klinik-Investitionen

Die Bundesländer sind sich uneins darüber, ob sich der Bund an der Finanzierung der Krankenhausinvestitionen beteiligen soll. Die Länder hatten ihren Kliniken zuletzt 2,7 Milliarden Euro für Investitionen zur Verfügung gestellt. Tatsächlich benötigten diese nach Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft sechs Milliarden Euro allein für Ersatzinvestitionen. Ab Ende Mai soll eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe Eckpunkte für die Reform erstellen und ein Konzept für die Investitionsfinanzierung vorlegen. Berlins Gesundheitssenator Mario Czaja (CDU) schlug vor, dem Bund für Investitionen in Krankenhäuser eine Mitsprache bei Qualitätsstandards einzuräumen. Bayerns Gesundheitsministerin Melanie Huml (CSU) ist gegen eine „bundesweite Finanzierung mit der Gießkanne“. Krankenhausplanung sei Ländersache. Aufgabe des Bundes sei es, bei den laufenden Kosten für eine nachhaltige Finanzierung zu sorgen. Klinikplanung und -bezahlung sollten sich stärker nach dem Erfolg der Behandlungen richten, betonte Hamburgs Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks (SPD), die derzeit Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz ist. ■

BÜRGERUMFRAGE

Vorschläge für Mobile Health

Die Europäische Kommission hat alle Bürger und Institutionen um Vorschläge gebeten, wie die Gesundheit durch den Einsatz mobiler Geräte

wie Mobiltelefone, Tablet-Computer oder Patientenüberwachungsgeräte verbessert werden kann. Als Beispiele für Mobile-Health-Dienste nennt die Kommission Apps zur Messung von Vitalparametern oder zur Erinnerung an die Einnahme von Arzneimitteln sowie Fitness- und Ernährungs-Apps. Die mobile Gesundheitsversorgung mache weniger teure Krankenhausaufenthalte erforderlich und erleichtere es den Bürgern, ihre Gesundheit selbst in die Hand zu nehmen, erklärte die Vizepräsidentin der EU-Kommission, Neelie Kroos, die auch für die Digitale Agenda zuständig ist. Mobile Health werde dazu beitragen, den Schwerpunkt von der Behandlung auf die Vorbeugung zu verlagern. ■

ENGLAND

Gesundheitsbudget zweckentfremdet

Die englischen Grafschaften investieren öffentliche Gesundheitsgelder häufig in andere Haushaltsprojekte. Das behauptet das British Medical Journal (BMJ). Die Fachzeitschrift beruft sich auf eine eigene Befragung von 152 Grafschaftsräten über die Verwendung der seit April 2013 erhaltenen Gelder für Gesundheit und den Investitionsplänen für das kommende Jahr. Von 142 Räten, die antworteten, berichtete rund die Hälfte, dass sie Kürzungen oder Streichungen von Gesundheitsdiensten vorgenommen hätten. Die eingesparten Gelder seien, so das BMJ, offenbar in fachfremde Bereiche wie den Wohnungsbau, das Sozialwesen, öffentliche Dienste und Freizeitanlagen geflossen. ■

Krankenkasse für Rikscha-Fahrer

Immer mehr Inder leiden an einer chronischen Erkrankung. Aber viele Einwohner des Subkontinents können sich den Gang zum Arzt nicht leisten. Jetzt unternimmt die Regierung erste Schritte, um arme Menschen medizinisch besser zu versorgen. **Von Martina Merten**

Indien beeindruckt mit seinen Superlativen: Auf dem Subkontinent leben 1,2 Milliarden Menschen – nach China die größte Bevölkerung weltweit. Die Volkswirtschaft des Schwellenlandes ist die zehntgrößte der Erde. Während ein kleiner Teil der Bevölkerung viel Geld anhäuft, müssen mehr als vierzig Prozent der Inder mit weniger als rund einem US-Dollar am Tag auskommen. Werden diese Menschen krank, greift keine soziale Krankenversicherung, um den Gang zum Arzt oder ins Krankenhaus zu ermöglichen. Nur geschätzte elf Prozent der Bevölkerung sind staatlich krankenversichert. Etwa 15 Prozent rutschen in die Armut ab, weil die Kosten für eine medizinische Behandlung ein großes

Rund ein Fünftel der Bevölkerung in Indien ist unterernährt.

Loch in die Haushaltskasse reißen. Wer in Indien behandelt werden möchte, muss das Geld erst einmal – auch mit Krankenversicherung – aus der eigenen Tasche bezahlen. Später wird es dann gegebenenfalls erstattet.

Viele Leistungen zahlen Kranke selbst. Immer mehr Menschen in Indien brauchen medizinische Behandlung. Mit Erscheinen der Studie „Global Burden of Disease“ im Jahr 2010 ist der Weltgemeinschaft klar geworden, dass nicht nur übertragbare Erkrankungen in Schwellen- und Entwicklungsländern eine große Rolle spielen. Zwei von drei Todesfällen weltweit sind bedingt durch chronische, nicht-übertragbare Erkrankungen.

In Indien machen Erkrankungen wie beispielsweise Herz-Kranzgefäßverengung, Diabetes, Krebs oder Depressionen heute 67 Prozent der Krankheitslast aus. Daneben sorgen weiterhin Infektionskrankheiten wie Malaria, Denguefieber, HIV/Aids und Tuberkulose für Probleme. Zudem liegt die Kindersterblichkeit bei 47 Sterbefällen auf 1.000 Geburten. Etwas mehr als ein Fünftel der Bevölkerung ist unterernährt. Bei Frauen beträgt die Quote sogar 30 Prozent.

Gleichzeitig gehörte die Stärkung des Gesundheitssystems lange Zeit nicht zu den Prioritäten der indischen Regierung. Zwar bezifferte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) den Anteil der Ausgaben für Gesundheit am Bruttoinlandsprodukt in Indien im Jahr 2009 mit 4,2 Prozent. Die öffentlichen Ausgaben für Gesundheit gemessen am Bruttoinlandsprodukt lagen aber lediglich bei 1,4 Prozent. Indien gehört zu einem der Länder mit dem höchsten Anteil an Selbstzahlerleistungen. Mit öffentlichen Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit von 45 US-Dollar liegt Indien im internationalen Vergleich auf dem fünftletzten Platz.

Ausstattung lässt zu wünschen übrig.

Die seit Jahrzehnten niedrigen Ausgaben für den Gesundheitsbereich spiegeln sich in den personellen Ressourcen im Gesundheitssystem wider: Auf 1.000 Einwohner kommen der WHO zufolge 1,3 Ärzte in der Stadt und 0,39 Ärzte auf dem Land (Deutschland 2012: 4,3/1.000). Auch die Ausstattung der öffentlichen Krankenhäuser, Arztpraxen und kleinen Gesundheitszentren lässt zu wünschen übrig. Ob auf dem Land oder in den Städten, es bietet sich überwiegend ein dramatisches Bild: Massen an Menschen kauern auf Krankenhausfluren und warten auf eine Behandlung, viele Patienten

müssen sich aus Mangel an Betten eines teilen. In mehr als zehn Prozent der Zentren für die Basisgesundheitsversorgung (in Städten mit rund 30.000 Einwohnern) und in beinahe 30 Prozent der kleinen Dorf-Zentren (rund 5.000 Einwohner) gibt es keine geregelte Wasserzufuhr. In kleineren Gesundheitszentren fernab größerer Städte fehlt es an allem: Außer einfachen Betten mit Bastmatten darauf erinnert nichts daran, dass es sich bei den kleinen Häusern oder einfachen Räumen um eine Einrichtung des Gesundheitswesens handelt. Zudem mangelt es grundsätzlich an gut ausgestatteten Kliniken und Zentren, insbesondere in öffentlicher Hand.

Chronische Erkrankungen

weltweit und in Indien

- 36 Millionen Menschen sterben jährlich an nicht-übertragbaren Erkrankungen (NCDs, non-communicable diseases).
- 80 Prozent der durch NCDs bedingten Todesfälle ereignen sich in Ländern mit niedrigem oder mittlerem Einkommen.
- Zu den häufigsten chronischen Erkrankungen zählen Herzkrankheiten, Krebs, Atemwegserkrankungen und Diabetes.
- In Indien machen NCDs 66,7 Prozent der nationalen Krankheitslast aus.
- In Indien treten 60 Prozent der durch NCDs bedingten Todesfälle vor dem 70. Lebensjahr ein.
- 17 Prozent der weltweit an Diabetes erkrankten Menschen leben in Indien (50,8 Millionen).
- Den Schaden für die Volkswirtschaft Indiens, der im Zeitraum 2012 bis 2030 durch chronische Erkrankungen entsteht, schätzen Experten auf 2,6 Milliarden US-Dollar.

Quellen: WHO, OECD, Institute for Health Metrics and Evaluation, Harvard School of Public Health



Für knapp 40 Cent pro Jahr bekommen Inder ohne reguläres Arbeitsverhältnis eine Krankenversicherung.

Dagegen gibt es in größeren Städten wie Delhi, Bangalore oder Bombay zum Teil hervorragend ausgestattete Privatkrankenhäuser, die an westliche Verhältnisse erinnern. In diesen Häusern mangelt es den Patienten an nichts, der medizinische Standard ist hoch. Die Ärzte sind meist im Ausland aus- und weitergebildet.

Eine Karte für die ganze Familie. Regierung und die Wissenschaft gehen einige der Herausforderungen schrittweise an. 2008 begann das indische Arbeitsministerin in Kooperation mit der Weltbank und der Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit mit der Einführung einer Krankenversicherung für unterhalb der Armutsgrenze lebende Inder, die im informellen Sektor tätig sind (beispielsweise Rikschafahrer, Farmer, Handwerker). Zielgruppe der Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY) sind rund 300 Millionen Inder. Bis heute haben 35 Millionen Menschen eine RSBY-Versicherungskarte erhalten. Mit einer Karte sind bis zu fünf Familienmitglieder abgedeckt. Rund 150 Millionen Menschen sind über RSBY versichert. Wenn jemand aus der Familie krank wird, kann er mit der Karte eine stationäre Leistung in Anspruch nehmen. Den Versicherten kostet die Karte lediglich knapp 40 Cent pro Jahr.

Versicherungen und Krankenhäuser profitieren aufgrund der breiten Zielgruppe von RSBY. Anil Swarup, 2008 im Arbeitsministerium für die Einführung von RSBY zuständig, zieht ein positives Fazit: „Mit RSBY haben wir den Menschen erstmals wirklich eine Wahl gegeben.“

Regierung legt Präventionsprogramm auf.

Auch zur Vorbeugung und Behandlung chronischer Erkrankungen tut die Regierung etwas. Seit 2010 setzt das indische Ministerium für Gesundheit und Familienfürsorge das „Nationale Programm

Rund 30 Prozent der Gesundheitszentren auf dem Dorf haben keine geregelte Wasserzufuhr.

zur Prävention und Kontrolle von Krebs, Diabetes, kardiovaskulären Erkrankungen und Schlaganfall“ um. Dabei geht es darum, in der Bevölkerung ein Bewusstsein für diese Erkrankungen zu schaffen und die fachärztliche Versorgung von chronischen Erkrankungen voranzutreiben. „Wir versuchen, durch Radiokampagnen und Fernsehwerbung insbesondere die Leute in den Städten zu sensibilisieren, weil sie es sind, die durch ihre hektische Lebensführung zu chronischen Erkrankungen neigen“, berichtet Anshu Prakash, Staatssekretär im Ministerium. Mehr Möglichkeiten zur Forschung erhielt das Indian Institute of Medical Research, das zum Ministerium für Gesundheit und Familienfürsorge gehört. Nach Angaben des Leiters der Abteilung, die sich mit chronischen Erkrankungen befasst, Dr. DK Shukla, hat die indische Regierung das Forschungsbudget des Indian Institutes for Medical Research

in den vergangenen fünf Jahren schrittweise erhöht. „30 Prozent unseres Geldes fließen inzwischen in die Forschung zu NCDS“, berichtet Shukla. Auch das Centre for Chronic Disease Control (CCDC) in Delhi hat seine Aktivitäten im Bereich der nicht-übertragbaren Krankheiten ausgebaut. Die 100-köpfige Nichtregierungsorganisation unter Leitung von Dr. Prabhakaran Dorairaj arbeitet verstärkt an Strategien zur Prävention chronischer Erkrankungen und entwickelt Konzepte für die Selbsthilfe und die Gesundheitsförderung. Das CCDC schult Gesundheitsmitarbeiter zur richtigen Behandlung von chronischen Erkrankungen und entwickelt Technologien, um Daten zu nicht-übertragbaren Krankheiten schneller zu erfassen.

Wann die Strategien der Regierung erste Erfolge zeitigen, ist schwer vorherzusagen. Dr. Usha Shrivastava bringt es auf den Punkt: „Wegen der immensen Größe unseres Landes dauern Fortschritte sehr lange“, so die Leiterin der Nationalen Stiftung für Diabetes, Übergewicht und Cholesterin. ■

Martina Merten ist Fachjournalistin für Gesundheitspolitik. Im September 2013 reiste sie mit einem Stipendium des US-amerikanischen Pulitzer Centers nach Indien.
Kontakt: info@martina.merten.de

Lesetipp

Jens Holst, Jean-Olivier Schmidt: **Medizin gegen Armut.** Teil 1 der Serie Gesundheit global. In: G+G 10/2013, Seite 20–27

Countdown für neuen Pflegebegriff

Fünf Pflegegrade statt drei Pflegestufen, mehr Geld für Pflegebedürftige und Angehörige: Union und SPD haben ihre Pläne für eine große Pflegereform vorgelegt. Die komplette Umsetzung ist aber erst zum Ende der Legislaturperiode geplant. **Von Thomas Hommel**

Sollten Sozialhistoriker in ein paar Jahren die Geschichte der Pflegeversicherung in Deutschland aufschreiben, dann könnte der 8. April 2014 womöglich als wichtiges Datum genannt sein. Denn an diesem Dienstag im April haben Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe und die Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, Dr. Doris Pfeiffer, gleich für zwei Modellprojekte in der Pflege grünes Licht gegeben: Das eine dient der Erprobung, das andere der Umsetzung eines neuen Begutachtungsverfahrens. Dieses Verfahren soll, so der Plan, mit einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff spätestens bis zum Ende dieser Legislatur eingeführt werden. Details dazu finden sich in einem kürzlich vorgelegten Referentenentwurf.

Neue Ära in der Pflege? Kommt es tatsächlich so, dann wäre damit die Ära eines völlig neuen Pflegeverständnisses eingeleitet – und darum ringen Fachleute wie Politiker seit knapp einem Jahrzehnt. Zwei hochrangig besetzte Expertenbeiräte haben in dieser Zeit Vorschläge für ein neuartiges Begutachtungsverfahren vorgelegt, das nicht mehr nur körperliche Gebrechen, sondern auch kognitive Defizite berücksichtigt. Der letzte Beirat hatte dazu ein Begutachtungsassessment angeregt, das misst, wie selbstständig der Patient im Alltag noch ist. „Die bisherige Beschränkung auf nur bestimmte, körperbezogene Verrichtungen entfällt“, hieß es dazu in den Empfehlungen des Gremiums. Auch die viel kritisierte „Minutenpflege“, bei der in Abhängigkeit von

der Pflegestufe einzelne Zeitwerte festgesetzt werden – zum Beispiel 30 Minuten am Tag für Waschen, 25 Minuten für Essen verabreichen – solle ersatzlos entfallen. Die Zeitmessung leide unter „Scheingenauigkeit“, so der Pflegebeirat.

Für den erweiterten Pflegebegriff ist ein doppelter Praxistest vorgesehen.

Allein: Die Politik hat es bislang nicht vermocht, die Expertise in Paragraphen umzuwandeln. Gesundheitsminister Gröhe gibt sich dennoch optimistisch, dass es diesmal gelingt, aus der Theorie gelebte Praxis zu machen. „Verbesserungen in der Pflege“, betont er, „sind ein Schwerpunkt der Bundesregierung.“ Soll heißen: Diesmal kommt da wirklich was.

Studien sollen Klarheit schaffen. In der von Gröhe angekündigten ersten Studie geht es um die Praktikabilität des neuen Begutachtungsverfahrens. In allen Bundesländern nehmen die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung dazu rund 2.000 Begutachtungen in stationären Pflegeeinrichtungen und bei der Pflege zu Hause vor. Begutachtet wird sowohl nach den alten wie auch nach den geplanten neuen Regeln. Ziel ist es, ein repräsentatives Abbild des Begutachtungsgeschehens zu gewinnen und Erkenntnisse über die Verteilung der Pflegebedürftigen in den neuen, von den Experten vorgeschlagenen fünf Pflegegraden zu erhalten. Der Medizinische Dienst des GKV-Spitzenverbandes koordiniert die Studie, die Hochschule für Gesundheit in Bochum übernimmt die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung.

Aus der zweiten Studie soll hervorgehen, welchen Versorgungsaufwand die neuen fünf Pflegegrade in Heimen auslösen. Begutachtet werden hierzu weitere 2.000 Pflegebedürftige aus rund 40 Einrichtungen in verschiedenen Bundesländern. Dazu wird jeweils der zeitliche Aufwand einer konkreten Pflegeleistung erhoben. Professor Dr. Heinz Rothgang, Gesundheitsökonom und Pflegeexperte an der Universität Bremen, ist mit der Leitung der Studie betraut. Die Ergebnisse der Begutachtungen sollen Anfang 2015 vorliegen. Danach sollen „die gesetzgeberischen Arbeiten zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs beginnen“, wie es in einer Pressemitteilung des Bundesgesundheitsministeriums heißt. Der Begriff solle noch in dieser Legislatur eingeführt werden.

Höhere Leistungen ab 2015. Die erste Stufe der Pflegereform soll bereits Anfang nächsten Jahres zünden und mehr Leistungen für die rund 2,5 Millionen Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen bringen. Zum 1. Januar 2015 wird der Beitragssatz zur Pflegeversicherung um 0,3 Punkte auf 2,35 Prozent beziehungsweise 2,6 Prozent für Kinderlose angehoben. Das spült allein im kommenden Jahr etwa 3,6 Milliarden Euro zusätzlich in die Pflegekasse. Damit sollen zum einen Leistungsverbesserungen finanziert werden, für die laut Bundesgesundheitsministerium 2,4 Milliarden Euro pro Jahr zur Verfügung stehen. Profitieren sollen davon – neben den Pflegebedürftigen und Angehörigen – auch die rund 1,2 Millionen Beschäftigten der Pflegebranche.

Zum anderen sollen ab 2015 jedes Jahr 1,2 Milliarden in einen Pflegevorsorgefonds fließen. Dieser Sparstrumpf, der bei der Bundesbank als eigenes Konto angelegt wird, soll einen künftigen Bei-

Webtipp

Ein Dossier zur Sozialen Pflegeversicherung mit weiteren Informationen finden Sie unter www.aok-bv.de > Gesundheit > Pflege

tragsanstieg abmildern – insbesondere dann, wenn die geburtenstarken Jahrgänge etwa ab 2030 das Pflegealter erreichen. „Damit setzen wir ein deutliches Zeichen, dass wir es mit der Generationengerechtigkeit ernst meinen“, betont der Pflegebeauftragte der Bundesregierung, Staatssekretär Karl-Josef Laumann, im G+G-Rundruf (siehe Seite 9).

Eine Pflegereform light wäre angesichts des bevorstehenden Pflegezeitalters zu wenig.

In einer zweiten Stufe der Pflegereform soll der Beitragssatz zur Pflegeversicherung um weitere 0,2 Prozentpunkte steigen. Mit den zusätzlichen Einnahmen von nochmals rund 2,4 Milliarden Euro jährlich sollen die durch den erweiterten Begriffs von Pflegebedürftigkeit entstehenden Mehrkosten gestemmt werden.

Regierung muss Wort halten. Der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Jürgen Graalman, nannte das Bekenntnis zur Einführung des neuen Pflegebegriffs und die als Vorgriff darauf vorgesehenen Leistungsverbesserungen „erfreulich“. Die Pläne entsprächen langjährigen Forderungen der AOK. Dasselbe gelte für die geplante Dynamisierung der Leistungsbeträge. „Die Bundesregierung wird sich jedoch vor allem an der Umsetzung des neuen Pflegebegriffs messen lassen müssen.“

Ausdrücklich begrüßt die AOK die geplanten Leistungsverbesserungen für Demenzkranke. Bisher können Personen, bei denen eine eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt wurde, auf dem Wege der Kostenerstattung für niedrigschwellige Entlastungs- und Betreuungsleistungen bis zu 100 Euro und in begründeten Fällen bis zu 200 Euro erhalten. Laut Referentenentwurf darf in Zukunft zusätzlich die Hälfte des Sachleistungsbudgets nach Paragraph 36 Sozialgesetzbuch XI für niedrigschwellige Angebote verwendet werden. „Das ist die eigentliche Reform“, stellt Nadine-Michele

Kampagne gestartet

Die Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales hat eine Kampagne zur Altenpflege gestartet. Titel: „Gepflegt in die Zukunft.“ Der von SPD und CDU geführte Senat will damit für das Thema Altern sensibilisieren, den Pflegeberuf aufwerten und mehr Menschen dafür begeistern. Vier Prominente, darunter der Comedian Ingo Appelt, ließen sich für die Kampagne „auf alt schminken“ und in einem typischen Pflegeumfeld ablichten. Weitere Informationen unter: www.berlin.de/gepflegt-in-die-zukunft

Szezan, Abteilungsleiterin Pflege beim AOK-Bundesverband, fest. Aufgrund der flexibleren Regelung seien Pflegebedürftige in der Lage, mehr niedrigschwellige Entlastungs- und Betreuungsleistungen „einzukaufen“ als dies über Pflegedienste möglich sei, die ebenfalls Betreuungsleistungen anbieten.

Darüber hinaus schlägt der AOK-Bundesverband drei weitere Regelungen vor: Pflegeeinrichtungen sollten dazu verpflichtet werden, bei den Vergütungsverhandlungen auf Länderebene ihre Kalkulationsgrundlagen offenzulegen. Für die Darstellung der Gewinn- und Verlustrechnungen sollten einheitliche Vorgaben geschaffen werden. Im Bereich

der Integrierten Versorgung schlägt der Verband vor, diese für weitere Partner wie Bürgerbusse oder Lebensmittellieferanten zu öffnen. Sinnvoll sei zudem ein Förderpotenzial für kassenindividuelle Finanzierung praxisorientierter Projekte.

Den Vorsorgefonds sieht Verbandschef Jürgen Graalman hingegen skeptisch und warnt vor überzogenen Erwartungen. „Wir bewegen uns auf ein Zeitalter der Pflege zu, die Zahl der Pflegebedürftigen wird sich bis 2050 fast verdoppeln. Da wird es für eine zuverlässige Pflege mehr brauchen.“

Reform der Ausbildung. Um die Attraktivität des Pflegeberufes zu erhöhen, will die Koalition darüber hinaus die Pflegeausbildung vereinheitlichen. In Deutschland gibt es bislang drei getrennte Ausbildungsgänge: zur Kranken-, Kinderkranken- sowie zur Altenpflege. Künftig sollen diese zu einer gemeinsamen Grundausbildung mit anschließender möglicher Spezialisierung zusammengefasst werden. Zudem soll das Schulgeld entfallen. Nach Angaben von Bundessenorenministerin Manuela Schwesig (SPD) soll das neue Pflegeberufegesetz bereits 2015 auf den Weg gebracht werden. ■

Sie wollen doch nur spielen

Die Zahl der Patienten, die wegen Glücksspielsucht eine ambulante oder stationäre Behandlung in Anspruch nehmen, ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen. Suchtexperten setzen auf den Ausbau von Betreuungsangeboten. **Von Thomas Hommel**

Den einarmigen Banditen lernte Bernd Höhler (*Name geändert*) das erste Mal im Alter von 15 Jahren kennen und fürchten. Den dunklen Hebelarm an der rechten Seite des Spielautomaten startete der Junge mit dem Einwurf einer Münze. Sein Ziel war dabei stets dasselbe: Mit einem gekonnten Ruck nach unten wenn möglich drei gleiche Symbole in einer Reihe schaffen und so den Jackpot knacken. Dass der Automat Bernd Höhler das Geld nahezu im Minutentakt aus der Tasche zog, störte den Jungen nicht sonderlich – schließlich nannte sich das Teil einarmiger Bandit. Und manchmal gab es ja auch ein paar Silbermünzen zurück.

Aus einer Stunde vor dem Spielgerät wurden ganze Tage und Nächte, aus einem Kinderspiel eine handfeste Sucht. An der laboriert Bernd Höhler heute noch.

Vom Spielautomat bis zum Online-Poker. Glücksspiele um Geld – angefangen bei klassischen Spielautomaten wie dem einarmigen Banditen bis hin zu modernen Online-Sportwetten und virtuellen Pokerspielen – sind in Deutschland weit verbreitet. Laut Bundesgesundheitsministerium machte etwa jeder zweite Deutsche in der Altersgruppe der 16- bis 65-Jährigen in den vergangenen zwölf Monaten bei einem oder mehreren öffentlich angebotenen Glücksspielen mit Geldeinsatz mit.

Die Umsätze, die damit erzielt werden, sind gigantisch. Allein mit den bundesweit 265.000 aufgestellten gewerblichen Geldspielautomaten wurde zuletzt ein Umsatz von über 19 Milliarden Euro erzielt, wie Gerhard Meyer, Professor für Psychologie und Kognitionsforschung an der Universität Bremen, in einem Beitrag für das kürzlich erschienene „Jahrbuch Sucht 2014“ der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) vorrechnet.



Immer und immer wieder

Pathologisches Glücksspiel ist ein schon seit vielen Jahren beschriebenes Phänomen in Wissenschaft und Forschung. Erst in jüngerer Zeit erfährt es wegen seiner zunehmenden gesellschaftlichen Verbreitung verstärkte Aufmerksamkeit. Experten definieren pathologisches Glücksspiel als wiederholtes und anhaltendes Spielverhalten, das die Abhängigen trotz weitreichender negativer Folgen wie Verarmung und Zerrüttung persönlicher Verhältnisse aufrechterhalten.

Weitere Informationen: www.dhs.de

Mehr als eine halbe Million Betroffene. Natürlich wird nicht jeder, der zockt, süchtig. Doch manche Menschen können ihr Spielverhalten nicht kontrollieren und geraten deshalb in einen fatalen Teufelskreis: Finanzielle Verluste, starke seelische Belastungen, Konflikte in der Familie sowie Probleme am Arbeitsplatz versuchen die Betroffenen durch immer neues Spielen wettzumachen. Dieser Plan geht in der Regel schief – die Abhängigkeit nimmt mit jedem weiteren Spiel zu.

Experten zufolge ist derzeit bei etwa 275.000 Bundesbürgern im Alter von 16

bis 65 Jahren ein problematisches und rund 264.000 Menschen ein pathologisches, sprich krankhaftes Glücksspielverhalten erkennbar.

Ambulante Beratungsnachfrage steigt.

Wegen seiner epidemiologischen Verbreitung wird pathologisches Glücksspiel inzwischen als nicht-stoffgebundene Sucht eingestuft. Weiteres Indiz, dass es sich um ein ernst zu nehmendes Problem handelt, ist der von Suchtexperten beschriebene anhaltende Zuwachs in der ambulanten Beratungsnachfrage von süchtigen Spielern. Deren Anteil in den Suchtberatungsstellen – schreibt Gerhard Meyer im „Jahrbuch Sucht“ – habe sich von 6,3 Prozent auf 7,1 Prozent (Einzel Diagnosen) beziehungsweise von 5,6 Prozent auf 6,4 Prozent (Hauptdiagnosen) im Jahr 2012 erhöht. Hochgerechnet auf die Gesamtzahl der betreuten Spieler in den bundesweit 1.320 ambulanten Suchtberatungsstellen hätten zuletzt rund 19.500 Glücksspieler Hilfsangebote in Anspruch genommen. Im Suchthilfesystem stellten Geldautomatenspieler dabei die größte Gruppe der Betroffenen dar.

Durchhaltevermögen entscheidend. Für das Gros der süchtigen Spieler, die im Jahr 2012 eine Betreuung planmäßig beendeten, konnte nach Angaben von Experte Meyer am Tag nach Betreuungsende ein „erfreuliches Ergebnis“ erzielt werden. Bei knapp 37 Prozent der Klienten werteten die Mitarbeiter der Beratungsstellen die ambulante Betreuung als erfolgreich, bei knapp 45 Prozent zeigte sich immerhin eine Besserung der Symptomatik. Hätten die Klienten die Betreuung jedoch frühzeitig abgebrochen, sei bei mehr als der Hälfte von ihnen (56,2 Prozent) kein verändertes Suchtverhalten festzustellen gewesen. ■

„Mehr Ahnung vom Leben“

Fünftklässler gehen in ein Hospiz und verschenken von ihnen verzierte Kissen an todkranke Menschen. Das hilft den Kindern, in eine neue Sterbekultur hineinzuwachsen, meint Lehrerin Siegrun Boiger.

Sie besuchen mit Schülern der fünften Klasse Menschen im Hospiz. Warum?

Boiger: Damit die Kinder in eine neue Sterbekultur hineinwachsen. Ein Besuch im Hospiz verringert die Angst vorm Lebensende. Sterben und Tod bekommen so wieder mehr Selbstverständlichkeit. Heute heißt es häufig: Opa stirbt im Krankenhaus. Und weg ist er. Man muss sich den Tod nicht wegnehmen lassen.

Wie haben Sie den Besuch vorbereitet?

Boiger: Im fächerübergreifenden Unterricht haben wir eine Installation in der Apostel-Paulus-Kirche in Schöneberg besichtigt. Zentrales Element waren Kissen mit aufgedruckten Werten wie Frieden, Mut, Respekt, Ewigkeit, Gebet, Gnade, Trost oder Liebe. Die Schüler haben sich intensiv mit den Kissen beschäftigt und Werte für sich ausgesucht. Ein Junge, dessen Eltern sich oft streiten, hat den Frieden gewählt. Ein Schüler mit Schwierigkeiten beim Schreiben nahm das Wort. Ein Kind, dessen Eltern sich gerade getrennt haben, entschied sich für das Mitgefühl. Zufällig bekamen wir kurz darauf im Rahmen des bundesweiten Vorlesetages vom AOK-Bundesverband 60 rote Kissen zum Sitzen. Ich habe vorgeschlagen, einen Teil der Kissen ans Hospiz Schöneberg-Steglitz weiterzugeben. Die Kinder waren Feuer und Flamme, haben die Kissen mit ihren Werten beschriftet, mit Perlen, Knöpfen und Pailletten verziert und wollten sie selbst ins Hospiz bringen.

Wie ist der Besuch angekommen?

Boiger: Im Dezember gingen wir mit 18 Kindern ins Hospiz. Wir haben die Kissen, Lichter und selbstgeschriebene Kar-

ten ausgelegt und musiziert. Die Türen der Gästezimmer standen offen. Einige Bewohner wollten die Kinder gerne sehen. Wir haben es den Kindern freigestellt – alle wollten zu den Kranken gehen. Bei einer krebserkrankten Frau reichten sich die Kinder am Bett auf, redeten unbefangen drauflos: Wir freuen uns, Sie zu sehen.



Wir haben Kissen für Sie vorbereitet. Sie dürfen sich eines aussuchen, zeigen Sie einfach darauf. Die Frau wählte den Segen. Ein Mann, dem es sehr schlecht ging, wählte das Gebet. Ein Bewohner wählte die Macht, ein anderer die Aufklärung.

Wie hat der Hospizbesuch auf die Kinder gewirkt?

Boiger: Auf meine Frage, was ihnen der Besuch im Hospiz bedeutet, antworteten sie beispielsweise: Ich habe gesehen, wie man Menschen, die bald sterben, einen schönen Ruheort herrichten kann. Und: Wir konnten den Hospizbewohnern das Gefühl geben, nicht allein zu sein. Oder: Es ist wichtig, dass man früh lernt, dass der Tod für manche Menschen eine Erlösung ist und dass man vor ihm keine so große Angst haben muss. Auf die Frage, ob man dort, wo gestorben wird, etwas

fürs Leben lernen kann, antwortete ein Schüler: Ja, Menschen im Hospiz haben mehr Ahnung vom Leben.

Werden Sie das Projekt fortführen?

Boiger: Wir wollen den Hospizbesuch wiederholen. Dafür will der AOK-Bun-

Heute heißt es häufig:
Opa stirbt im Krankenhaus.
Und weg ist er.

Siegrun Boiger

desverband weitere Kissen spenden. Außerdem plane ich, mit den Schülern eine Bestatterin mit alternativem Konzept zu besuchen. Im Rahmen des Religionsunterrichts wollen wir Friedhofsarbeit machen. Einige meiner Kollegen, die Schulleitung und die Kirchengemeinde interessieren sich für das Projekt. Eine Mutter, die Künstlerin ist und anfangs skeptisch war, will uns unterstützen und die Werte mit den Schülern in Malerei umsetzen. ■

Das Interview führte Änne Töpfer.

Zur Person

Siegrun Boiger ist Lehrerin für Deutsch, Kunst, Religion und Sport in der Grundschule am Insulaner in Berlin-Steglitz. Im Rahmen ihres Projektes „Ene, mene, muh, welchen Wert lebst Du?“ besuchte sie im Dezember 2013 mit Schülerinnen und Schülern der fünften Klasse das Hospiz Schöneberg-Steglitz.

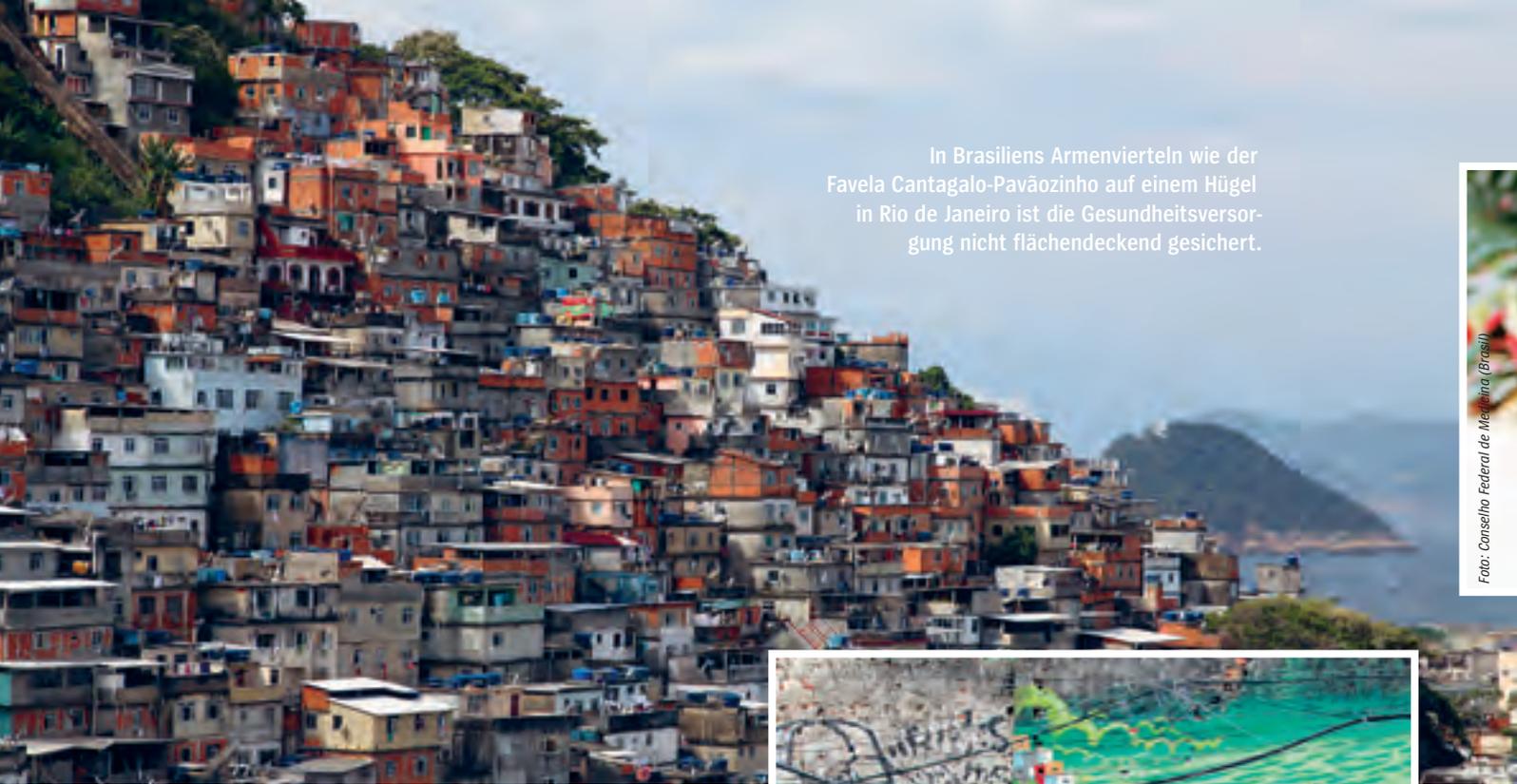


**Reicher Fußball,
arme Gesund**



heit

Copa para quem – wem nützt die Meisterschaft, fragen Kritiker der Fußball-WM in Brasilien. Ihr Protest entzündet sich auch an den Mängeln im Gesundheitssystem. Wie es um die medizinische Versorgung der Brasilianer bestellt ist, beschreiben **Matthias Lehmpul** (Text) und **Jorge Cabral** (Fotos) anhand von Beispielen aus Rio de Janeiro.



In Brasiliens Armenvierteln wie der Favela Cantagalo-Pavãozinho auf einem Hügel in Rio de Janeiro ist die Gesundheitsversorgung nicht flächendeckend gesichert.

Foto: Conselho Federal de Medicina (Brasil)

A

utos hupen, Busse dröhnen, Presslufthammer wummern – in Ipanema, einem der teuersten Wohnorte Brasiliens, herrscht Dauerlärm. Oben auf dem Hügel hundert Meter über dem Meeresspiegel dringt durch die dunklen Fußwege und Treppen Funkmusik. Im Herzen des Armenviertels Cantagalo-Pavãozinho kicken Kinder auf blankem Beton. Kreiseln, Lachen, Brüllen um den Ball. Sie haben sichtlich Freude am Dribbeln – in Badelatschen, mit Sportschuhen oder barfuß. Ihre Idole heißen Ibrahimovic, Messi, Müller, Neymar, Özil, Pirlo, Ronaldo. Wer gewinnt die Weltmeisterschaft? „Na, wir natürlich“, sagt Lorena stolz. Die Elfjährige und ihre Schwester sind die einzigen Mädchen auf dem Platz. Lorena spricht aus, was viele Brasilianer insgeheim hoffen. Schließlich muss das Trauma vom grandiosen Scheitern der brasilianischen Nationalelf 1950 gegen Uruguay im Maracana-Stadion verarbeitet werden. Eins zu zwei verloren. Das Spiel in der damals größten Fußballarena der Welt endete in einem Desaster – dem „Maracanaço“. Deswegen läuft seit sieben Jahren das Marketing auf Hochtouren: „Die Weltmeisterschaft der Weltmeisterschaften“ bewirbt Brasiliens Staatspräsidentin Dilma Rousseff das Fußballfest.

Doch dieser Megaevent könnte nirgendwo umstrittener sein als in Brasilien selbst. Laut Ergebnissen repräsentativer Umfragen befürworten nur 50 Prozent der Bevölkerung die WM. Das hat mehrere Gründe. Die Regierung gab in den letzten sieben Jahren für Stadien, Sicherheit und Marketing viel Geld aus. Brasilianische Journalisten schätzen die Kosten auf über vier Milliarden Euro. Doch die versprochenen Investitionen in die Infrastruktur der Austragungsorte wurden größtenteils nicht realisiert. Noch größer ist allerdings der Unmut in der Bevölkerung über das marode Bildungs- und Gesundheitssystem.



Wer gewinnt die Weltmeisterschaft? „Na, wir natürlich“, sagt Lorena, die in der Favela mit anderen Kindern Fußball spielt.

Mittelschicht geht auf die Straße. „Ich bin Brasilianer, liebe den Fußball und drücke unserer Mannschaft die Daumen. Aber Brasilien braucht dringende Investitionen in Bildung, Gesundheit und Verkehr. Milliarden für eine Weltmeisterschaft auszugeben, die darüber hinaus auch noch im Hinblick auf das Organisationschaos peinlich für uns werden wird, ist einer der größten Fehler der Regierung“, sagt Dr. Roberto Luiz d’Avila, Präsident des Föderationsrates der Medizin. Der 61-jährige Kardiologe ist eine wichtige Stimme in der Hauptstadt Brasília, wenn es um die Gesundheit geht. Die Stimmung ist im ganzen Land angespannt. Bereits während des Confedcups im Juni vergangenen Jahres gingen vor allem Jugendliche aus der Mittelschicht auf



„Das öffentliche Gesundheitssystem leidet unter fehlenden Ressourcen. Die Verwaltung ist ihren Aufgaben nicht gewachsen.“

Dr. Roberto Luiz d'Avila, Präsident des Föderationsrates der Medizin

die Straße und demonstrierten unter anderem für bessere medizinische Versorgung. Es waren Sprüche zu lesen wie: „Wenn ich krank bin, gehe ich ins Stadion.“ Die Stimmung kippte. Flaschen und Steine flogen. Autos wurden angezündet. Die Polizei in Rio de Janeiro und São Paulo ging mit Gummigeschossen und Tränengas gegen Demonstranten vor.

„Wir erleben gerade eine schwere Krise. Das öffentliche Gesundheitssystem leidet unter fehlenden Ressourcen und einer Verwaltung, die ihren Aufgaben nicht gewachsen ist. Darüber hinaus funktionieren die Mechanismen der Bewertung und Kontrolle der medizinischen Versorgung nicht. Sie bieten Lücken, durch die öffentliche Gelder umgewidmet werden – sie fördern die Korruption“, sagt Roberto Luiz d'Avila.

Kostenlose Leistungen für alle. In Brasilien müssen Patienten, die den Arzt besuchen, keine Versicherungskarte zücken. Mit dem Einheitlichen Gesundheitssystem SUS (Sistema Único de Saúde) stellt der Staat seit 1988 seinen Bürgern eine kostenlose Behandlung zur Verfügung. Dafür änderten die Kongressabgeordneten damals die Verfassung – eine sozialpolitische Revolution. Dadurch erhielten 80 Prozent der Bevölkerung erstmals einen regulären Zugang zu Polikliniken und Krankenhäusern. „Es gibt in Brasilien einen großen informellen Arbeitsmarkt. Viele Haushälterinnen und Straßenverkäufer leben auf eigene Rechnung. Es wäre schwierig, sie in die notwendigen sozialen Sicherungssysteme zu integrieren. Deshalb nahm man sich das englische Modell zum Vorbild“, sagt Dr. Lígia Bahia, Gesundheitsökonomin und Professorin an der Bundesuniversität von Rio de Janeiro. Vor Einführung des SUS war die medizinische Versorgung für die arme Bevölkerung äußerst prekär. Viele Menschen waren auf karitative Hilfe angewiesen. Nur Arbeiter und Angestellte, die in die Sozialversicherung einzahlten, wurden in den staatlichen Einrichtungen kostenlos behandelt.

Verbandspräsident Roberto Luiz d'Avila hält das öffentliche Gesundheitssystem für eine große Errungenschaft. „Aber seine Zukunft ist gefährdet und hängt vom Engagement der Verwaltung ab. Wir müssen langfristig an den Strukturen arbeiten. Das heißt, gut planen, die Finanzierung sichern und Ressourcen für die Versorgung bereitstellen. Und wir müssen den Willen haben, uns zu verbessern.“

Finanzierung über Steuern. Im Jahr 2009 gab Brasilien laut dem Nationalen Institut für Geografie und Statistik 8,8 Prozent seines Bruttoinlandproduktes für Gesundheit aus. Die Gesamtausgaben beliefen sich auf umgerechnet 111,85 Milliarden Euro. Der Staat gab 254,5 Euro pro Kopf aus. Die privaten Ausgaben der Brasilianer für Gesundheit beliefen sich auf 329,58 Euro pro Kopf. Die Gesundheitsausgaben finanzieren sich über Steuern von Bund, Ländern und Kommunen. Die Föderation finanziert das System zu 50 Prozent, die Bundesstaaten und Kommunen zu jeweils 25 Prozent. Die medizinische Grundversorgung übernehmen Gesundheitsstationen (Postos de Saúde) und Polikliniken (Centros de Família, Unidades de Pronto Atendimento) auf kommunaler Ebene. Je nach Größe arbeiten dort Allgemeinmediziner, Gynäkologen, Kinderärzte und Zahnärzte. Weiterführende Untersuchungen wie beispielsweise Röntgen-, CT- und MRT-Aufnahmen sowie aufwendige Behandlungen finden in von den Bundesstaaten oder vom Gesundheitsministerium verwalteten Krankenhäusern statt.

Landesweit gebe es rund 7.000 Krankenhäuser, die meisten seien in privater Hand, berichtet Lígia Bahia. „Brasilien hat ein Gesundheitssystem, das verfassungsrechtlich allen Bürgern eine kostenlose Behandlung zusichert. Doch verfügt das Land keineswegs über die finanziellen Mittel und eine entsprechende Verwaltung, um eine umfangreiche medizinische Versorgung und eine entsprechende Behandlungsqualität zu garantieren“, so die Gesundheitsökonomin. „Es fehlen grundlegende Ressourcen, um die Patienten zu behandeln.“

Pionierarbeit im Herzen der Rocinha. Das größte Problem: Die Grundversorgung ist nicht flächendeckend gesichert – weder mitten im Amazonas noch in den Armenvierteln der Metropolen. Die Liste schlimmer Geschichten, über die brasilianische Journalisten berichten, ist lang: In Notaufnahmen werden Patienten auf dem Fußboden behandelt. Manche Patienten werden erst gar nicht aufgenommen oder müssen sehr lange auf eine Behandlung warten. Die regionalen Defizite führen Experten auf die Unterschiede in der Wirtschaftskraft der Bundesstaaten zurück. Im Süden und Südosten Brasiliens werden schätzungsweise 90 Prozent des Bruttoinlandsproduktes erwirtschaftet.

Um Missständen abzuwehren, hat in einem der größten Armenviertel Südamerikas, der Rocinha, einem Stadtteil Rio de Janeiros, vor vier Jahren ein Gesundheitsposten seine Arbeit aufgenommen. „Im Familienzentrum wollen wir so viel wie möglich im Bereich der Prävention machen und weniger Überweisungen an Fachärzte und Krankenhäuser schreiben“, sagt Dr. Ivi Tavares, Ärztin für Allgemeinmedizin in der Familienklinik Maria do Socorro Souza e Silva. Die medizinische Grundversorgung und Vorsorge ist hier wahre Pionierarbeit. Die Poli-

klinik konnte erst öffnen, nachdem ein schwerbewaffnetes Sonderkommando das herrschende Drogenkartell entmachtete. Bevor es das Familienzentrum gab, mussten die Menschen ihren Stadtteil verlassen, um sich behandeln zu lassen. Alte, Schwangere, Mütter mit Kleinkindern und Schwerkranke bewältigten weite, umständliche und gefährliche Wege.

Hausbesuche im Armenviertel. „Wir behandeln ausschließlich registrierte Bewohner der Rocinha“, sagt die Allgemeinmedizinerin Tavares. Die Registrierung erfolgt über einen Hausbesuch. Es gibt insgesamt drei Gesundheitsposten in der Favela. Jeder ist für einen Abschnitt zuständig. Im Familienzentrum Maria do Socorro Souza e Silva arbeiten 66 „Gesundheitsagenten“. Sie überprüfen nicht nur Registrierungen, sondern schauen in den engen Gassen der Nachbarschaft täglich nach dem Rechten. Sie stellen hochbetagten und blinden Menschen die Pillen bereit. Sie gucken in den Kochtopf und geben Ratschläge für eine gesunde Ernährung. Ihre Arbeit ist nicht ganz ungefährlich. Obwohl 2012 eine feste Polizeiwache errichtet wurde und etwa 300 Polizisten mit Waffen im Anschlag durch den urbanen Dschungel patrouillieren, kommt es immer wieder zu Schießereien mit Verletzten und Toten. Außerdem grassieren schwere Infektionskrankheiten wie Dengue-Fieber und Tuberkulose in den übereinander gestapelten Behausungen.

Viel Geduld und Mut gehören zum Alltag von Ivi Tavares. „Ich möchte da arbeiten, wo ich am meisten gebraucht werde. In der Familienmedizin berate ich die Patienten und muss ihnen nicht ständig Medikamente verschreiben.“ Die 34-Jährige leitet eines von elf Einsatzteams. „In der Sprechstunde sehe ich nur den einzelnen Patienten. In ihrer Wohnung sehen wir, wie die Menschen leben. Wie viele Stufen müssen sie tagtäglich auf- und absteigen? Welches Wasser trinken sie? Was für eine Toilette benutzen sie? Wir können sie so viel besser behandeln.“ Die Medizinerin ist für 3.000 Menschen zuständig. In schweren Fällen geht Ivi Tavares selbst zu den Patienten. Die übrigen Hausbesuche übernehmen die Gesundheitsagenten.

Eine Selbsthilfegruppe für Analphabeten aufbauen. „Vor allem die Jugendlichen und die Männer kommen kaum zu uns. Nur wenn sie ein Attest brauchen, schauen sie vorbei“, berichtet Tavares. Schwangere, Frauen mit Kleinkindern und Rentner suchten das Familienzentrum häufiger auf. „Die Männer hier in der Rocinha haben wenig Gespür für Prävention. Ihrer Meinung nach sind Ärzte nicht dafür da, die Gesundheit zu erhalten, sondern Krankheiten zu heilen.“ Und davon gibt es viele. Die Bewohner des Viertels litten unter Arbeitsbelastung, Übergewicht und Stress, sagt die Ärztin. Arthrose, Bluthochdruck, Diabetes Typ 2 und Rückenschmerzen sind die häufigsten Erkrankungen. „Die Menschen hier arbeiten hart und essen schlecht. Viele Frauen sind Haushälterinnen, Kindermädchen oder Putzfrauen in den wohlhabenden Stadtteilen rund um die Rocinha und haben deshalb keine regelmäßigen Essenszeiten.“ Insgesamt 200 ihrer Patienten leiden an Diabetes Typ 2. Die meisten von ihnen wissen kaum etwas über diese Krankheit. Deshalb will Tavares eine Selbsthilfegruppe aufbauen. „Viele der über 50-Jährigen sind Analphabeten. Ich versuche ihnen die



Zusammenhänge zwischen Bewegung, Ernährung und Blutzucker in verständlichen Bildern zu erklären, an die sie sich im Alltag gut erinnern können.“

Kleiner Ballkünstler mit Diabetes. Auch wer lesen kann und in einer der besseren Gegenden lebt, muss um eine gute Gesundheitsversorgung kämpfen. Auf einem Sandplatz, anderthalb Autostunden von Ipanema entfernt, am südlichen Stadtrand von Rio de Janeiro, dribbelt ein Junge den Ball hin und her. Die Sonne strahlt am blauweißen Himmel. 36 Grad. Der kleine Ballkünstler nimmt das Leder locker mit dem linken Fuß auf, lässt den Ball hochspringen und schießt ihn aufs Tor. Martin Engel ist sechs Jahre alt, hat blonde Haare und blaue Augen. Seine Eltern Martina und Paulo gaben ihm in Erinnerung an ihre Vorfahren einen deutschen Vornamen. Martin erkrankte mit zweieinhalb Jahren an Diabetes Typ 1. Er braucht täglich mehrere Injektionen mit Insulin. „Ich habe dieses Jahr angefangen, mich allein zu spritzen“, erzählt Martin. Mit einer Lanzette in den Finger pieksen, Blutzucker messen, Insulin spritzen. Achtmal am Tag. „Das tut gar nicht weh.“ Martin hat Glück. Seine Eltern sind sehr engagiert. „Wir waren total baff, als wir die Diagnose erhielten. Am Anfang ist man gar nicht in der Lage, allein mit dieser Krankheit umzugehen“, sagt Martina Engel. „Wir mussten Blutzucker messen, Insulin berechnen und spritzen lernen.“ Sie sucht verschiedene Ärzte auf, liest Bücher. Die 37-Jährige fliegt sogar nach Deutschland, um Martin bei einer Kinderärztin in Frankfurt vorzustellen.

Zu wenig Ärzte, Psychologen und Sozialarbeiter. In Brasilien ist Diabetes Typ 1 seltener als beispielsweise in Deutschland. Dennoch müssen die brasilianischen Ärzte aufgrund der großen Bevölkerung – rund 200 Millionen Einwohner hat das Land – insgesamt viel mehr Kinder behandeln. Die Behandlung von Diabetes Typ 1 ist eine sozioökonomische Herausforderung. In einer Studie der beiden staatlichen Universitäten von Rio de Janeiro wiesen Forscher nach, dass der Therapieerfolg vom



Bild links oben: Schwangere, Frauen mit Kleinkindern und Rentner kommen häufig zur Sprechstunde – Jugendliche und Männer dagegen kaum.

„Ich möchte da arbeiten, wo ich am meisten gebraucht werde, sagt Dr. Ivi Tavares, Allgemeinmedizinerin im Familienzentrum des Armenviertels.

In der Rocinha konnte der Gesundheitsposten erst öffnen, nachdem die Polizei das herrschende Drogenkartell entmacht hatte.



Einkommen der Eltern abhängt. Gerade einmal 23 Prozent aller Patienten in Brasilien würden innerhalb der Therapieziele liegen. „In der Blutzuckereinstellung spiegelt sich die soziale Ungleichheit wieder“, sagt Dr. Jorge Luiz Luescher, Kinderarzt und Endokrinologe des Klinikums der der Bundesuniversität in Rio de Janeiro und Leiter der Diabetesambulanz der Kinderklinik. Er berichtet von einem zehnjährigen Jungen, der seit fünf Jahren an Diabetes Typ 1 litt und sich kaum noch entwickelte. Seine Werte waren sehr schlecht. Seine Mutter war nicht in der Lage, ihn zu betreuen. Arm. Alleinerziehend. Sieben Kinder. Alkoholikerin. Trotzdem konnte der Kinderarzt den Jungen innerhalb von dreieinhalb Jahren so behandeln, dass er wieder anfang zu wachsen. „Ist das ein Therapieerfolg?“, fragt Luescher.

„Um die Behandlung von Diabetes Typ 1 in Brasilien zu verbessern, muss sehr viel passieren. Und es geht dabei nicht nur um besseres Insulin“, sagt Kinderarzt Luescher. Es fehlten Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter. Auch müssten die medizinischen Einrichtungen besser miteinander vernetzt werden. „Nicht nur der Zugang zur medizinischen Versorgung auch die Einkommensverhältnisse der Eltern, der Zugang zu Sport und die Grundernährung müssen sich verbessern.“ Mit Zugang zu Sport meint Luescher, dass Kinder beispielsweise ungestört und sicher bolzen können. Das ist vielerorts in Brasilien gar nicht möglich, denn die Gewalt auf den Straßen vor allem in den brasilianischen Metropolen haben das öffentliche Leben nachhaltig geprägt – auch das Freizeitverhalten. Die Kinder bewegen sich kaum im

Er spielt mit seiner Mutter Fußball – und piekst sich achtmal täglich in den Finger, misst den Blutzucker und spritzt Insulin: „Das tut nicht weh“, sagt der sechsjährige Martin Engel.



Freien. „Die Mütter lassen ihre Kinder aufgrund der Gewalt nicht einfach draußen spielen. Als ich ein Junge war, da gab es noch mehr Fußball in Rio de Janeiro. Heute hat sich die Zahl der öffentlichen Plätze enorm reduziert.“

Insulin per Rezept vom Richter. Martins Blutzuckereinstellung ist gut. Er bekommt ein schnell und ein langanhaltend wirkendes Insulin. Doch gerade diese Präparate geben die brasilianischen Gesundheitsbehörden nicht ohne weiteres an die Patienten aus. „Wir haben ein Recht darauf, diese Medikamente zu bekommen“, sagt Martina Engel. Deswegen verklagten Martins Eltern die Gesundheitsbehörde vor gut einem Jahr. Nach Prüfung der Anträge und der Patientenakte erhalten sie gegebenenfalls eine richterlich beglaubigte Anweisung, ein Rezept vom Richter sozusagen, für die kostenlose Abgabe der beantragten Präparate. „Es ist ein langer Weg zur bestmöglichen Behandlung. Alles ist so bürokratisch“, kritisiert Martina Engel. Noch ist nichts entschieden. Familie Engel zahlt monatlich umgerechnet etwa 150 Euro für Insulin und 150 Euro für zusätzliche Teststreifen. Die Diabetes-Ambulanz gibt 150 Teststreifen pro Monat an die Patienten aus. Denn die Gesundheitsbehörden rechnen mit vier Messungen pro Tag. Martin verbraucht etwa acht bis zehn Streifen am Tag. Finanzieren kann das die Familie, weil Martina Engel als Filmproduzentin und Tauchlehrerin arbeitet und ihr Mann als Musikproduzent Geld verdient. „Aber wie soll sich eine Putzfrau mit einem Gehalt von umgerechnet knapp 300 Euro im Monat eine angemessene Therapie für ihr Kind leisten können?“, fragt Martina Engel.

Kostenlose Sprechstunden. Alle zwei Monate fahren Martin und seine Mutter zur Kinderklinik der Bundesuniversität von Rio de Janeiro. 600 Kinder unter 17 Jahren aus dem gesamten Bundesstaat werden hier ambulant behandelt – von zwei Ärzten und

ihren Assistenten. Vier Stunden warten die beiden jedes Mal auf einer Holzbank. Dennoch: „Für mich ist das die beste Behandlung. Die Ärzte sind menschlich und lieben ihre Arbeit“, sagt Engel. Die Sprechstunden sind kostenlos. Ob Patienten eine zusätzliche Krankenversicherung haben oder nicht, spielt hier keine Rolle. Allerdings sollten Patienten eine Überweisung von einem Kinderarzt eines Gesundheitspostens haben. „Aber wir weisen keine Kinder ab, die mit ihren Eltern ohne Überweisung zu uns kommen“, sagt Kinderarzt Luescher. Oberstes Gebot seines Teams: Die Insulintherapie an die Lebensstile der Kinder anzupassen. „Wir wollen die Kinder nicht verdrehen. Sie sollen auch Geburtstage feiern können. Wir müssen das Insulin ent-

Mais Médicos: Regierung wirbt Ärzte an

Das brasilianische Gesundheitssystem ächzt unter den hohen Kosten und der geringen Leistung. Nach Ansicht von Experten fehlen Ärzte, Einrichtungen, Diagnostik und Medikamente. Derzeit arbeiten in Brasilien 1,8 Ärzte pro 1.000 Einwohner (Deutschland: 4,3). **Um den Ärztemangel in der Grundversorgung abzuschwächen, startete Brasiliens Präsidentin Dilma Rousseff im Juli 2013 das Programm „Mehr Mediziner“ (Mais Médicos).** Bislang sind 9.500 Ärzte dem Ruf gefolgt, etwa 7.500 stammen aus Kuba. Bis Mitte des Jahres sollen es laut Gesundheitsministerium fast doppelt so viele Ärzte sein. Mais Médicos ist unter Medizinern umstritten. Der Präsident des brasilianischen Föderationsrates der Medizin, Dr. Roberto Luiz d'Avila, sagt: „Das Programm ist eine hübsche Fassade. Allerdings wird dadurch die medizinische Versorgung leider nicht verbessert.“ **Die angeheuerten Ärzte werden schlecht bezahlt.** Laut Gesundheitsministerium ist ein Gehalt von umgerechnet 3.100 Euro monatlich vereinbart. Zusätzlich erhielten die Ärzte je nach Einsatzgebiet einmalige Zuschüsse von bis zu 10.000 Euro und monatliche Beihilfen von bis zu 1.000 Euro für den Lebensunterhalt. Allerdings scheinen die Kubaner viel weniger zu verdienen als offiziell vorgesehen – nur rund 300 Euro pro Monat. Mehr als 20 Kubaner haben das Programm wieder verlassen und versuchen, auf eigene Rechnung zu arbeiten – in den USA. *Matthias Lehmpful*



Vorlesen verkürzt die mehrstündige Wartezeit in der Kinderklinik der Bundesuniversität in Rio de Janeiro. Zwei Ärzte und ihre Assistenten behandeln hier rund 600 Kinder ambulant.

Kinderarzt Dr. Jorge Luiz Luescher passt die Insulintherapie an den Lebensstil seiner kleinen Patienten an: „Sie sollen auch Geburtstag feiern können.“



sprechend dosieren.“ Kindergeburtstag auf Brasilianisch bedeutet: Viel Essen und Trinken. Frittiertes und Süßkram.

Der 53-jährige Mediziner freut sich, wenn sich seine kleinen Patienten gut entwickeln. Sein Alltag ist eine echte Herausforderung. Sechs Behandlungsräume, jeweils etwa zehn Quadratmeter, dicht an dicht und ein kleines Büro – ein Schreibtisch mit Computer auf dem engen Flur der Diabetes-Ambulanz. Hier arbeiten zwei gestandene Ärzte, fünf Ärzte im Praktikum, zwei Ernährungsberater mit Abschluss, ein Ernährungsberater im Praktikum und eine Krankenschwester. Psychologen und Sozialarbeiter müssen von einer anderen Einrichtung abgerufen werden, sofern erforderlich. Alle Türen stehen sperrangelweit offen. Jeder schaut jedem über die Schulter. Die Krankenschwester sitzt im Gespräch mit einer Patientinmutter oder einem Patientenvater an einem Tisch neben der Tür, die sich ständig öffnet und schließt. Der Putz bröckelt von der Decke.

Viel Geld für die Verwaltung. Von den 600 in der Diabetes-Ambulanz registrierten Patienten werden etwa 20 über eine Insulinpumpe versorgt. „Noch nutzen wir in Brasilien relativ selten die Insulinpumpe. Das wird sich aber bestimmt bald ändern“, sagt Jorge Luiz Luescher. Denn dadurch könne man die Zahl der Unterzuckerungen deutlich verringern. Martin weiß, wie sich das anfühlt. „Mir wird kalt. Mein Herz pocht schneller. Ich bekomme Hunger.“ Da Martins Werte instabil sind, könnte ihm eine Insulinpumpe Vorteile bringen, sagt Luescher. Doch solch ein Gerät wird von den brasilianischen Gesundheitsbehörden nicht ausgegeben und kostet ohne Rezept umgerechnet mindestens 5.000 Euro. Dazu kommen die monatlichen Kosten für die Kanülen – umgerechnet etwa 250 Euro. „Brasilien gibt so viel Geld für die Verwaltung der Gesundheit aus, aber die Patienten erhalten nicht die notwendigen Medikamente“, sagt Martina Engel. Spezielle Apotheken geben das Insulin aus. Doch oft fehlten die vom Arzt verschriebenen und vom Richter freigegebenen Medikamente, sagt Martins Mutter. Dann müssten die Patienten diese in anderen Apotheken auf eigene Kosten erwerben – die Gesundheitsbehörden erstatten sie nicht. Ihre private

Krankenversicherung, die Familie Engel zusätzlich abgeschlossen hat, hilft Martin wenig. „Ich war mit der Behandlung der Privatärzte nicht zufrieden. Das Insulin oder eine Pumpe finanziert diese Versicherung auch nicht.“

Regierungen deckelten Sozialausgaben. Der Industrieverband CNI veröffentlichte Anfang 2014 eine Studie darüber, welche Themen den Brasilianern auf den Nägeln brennen. Demnach ist für 58 Prozent der Bevölkerung die Gesundheit am wichtigsten – gefolgt von öffentlicher Sicherheit (39 Prozent), Bildung (31 Prozent) und Korruption (27 Prozent). „Die brasilianische Regierung müsste die Gesundheit ganz oben auf ihrer Prioritätenliste haben. Allerdings waren mehreren Regierungen nacheinander die Straffung des Haushalts und die Deckelung der Sozialausgaben wichtiger“, sagt Gesundheitsökonomin Lígia Bahia.

Im Jahr einer Weltmeisterschaft wird in Brasilien traditionell gewählt. Eine bekannte Regel sagt: Wenn die Nationalmannschaft gewinnt, wird die Regierung wiedergewählt. Auch Dilma Rousseff kennt diesen Spruch. Wenn die Brasilianer im Maracana-Stadion am 12. Juli nicht siegen, wird es sehr eng für die erste brasilianische Präsidentin. ■

Matthias Lehmpful ist freier Journalist in Berlin.

Ende 2013/Anfang 2014 verbrachte er mehrere Monate in Rio de Janeiro.

Kontakt: matthiaslehmpful@gmail.com

Jorge Cabral ist freier Fotograf und lebt in Rio de Janeiro.

INTERVIEW

„Gute Medizin darf nicht



Zur Person

Hermann Gröhe ist seit Ende 2013 Bundesgesundheitsminister. Der Jurist gehörte zuvor als CDU-Generalsekretär zu den engsten Vertrauten von Bundeskanzlerin Angela Merkel. Der 53-Jährige trat bereits als Schüler in die CDU ein und ist seit 1994 Mitglied des Bundestages. Hermann Gröhe ist verheiratet, hat vier Kinder und engagiert sich in der Evangelischen Kirche. So war er von 2000 bis 2009 Mitherausgeber des evangelischen Magazins „chrismon“.

vom Geldbeutel abhängen“

Er will Qualität im Krankenhaus belohnen, die Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Sektor stärken und einem neuen Pflegebegriff zum Durchbruch verhelfen:

Hermann Gröhe spricht im G+G-Interview über politische Ziele und private Vorlieben.

Lassen Sie uns locker einsteigen und einen kleinen Gesundheits-Check machen. Einfach spontan antworten! Wasser oder Cola?

Hermann Gröhe: Selten Cola. Wasser, Apfelschorle, ab und an ein Hefeweizen.

Hamburger oder Veggieburger?

Gröhe: Hamburger, aber nicht zu oft.

Fußballschauen oder Fußballspielen?

Gröhe: Eindeutig schauen.

Frühstück mit der Familie. Handy an oder aus?

Gröhe: Leider frühstücken wir nur am Wochenende zusammen. Aber dann: kein Handy in der Nähe.

Dann werden wir mal politischer. Welche Schulnote würden Sie dem deutschen Gesundheitswesen geben?

Gröhe: Die Note gut. Das heißt aber nicht, dass wir uns zurücklehnen dürfen, denn gute Noten müssen auch gehalten werden.

Das heißt, Sie sehen Handlungsbedarf?

Gröhe: Ja, klar. Das Gesundheitswesen unterliegt einem stetigen Wandel. Durch den Fortschritt in der Medizin, aber auch durch das Älterwerden unserer Gesellschaft werden die Herausforderungen steigen, zumal sich unser Land verändert.

Inwiefern?

Gröhe: Dicht besiedelte Ballungsräume stehen zunehmend auch sehr dünn besiedelten Räumen gegenüber. Die Herausforderung ist es, überall gute medizinische Qualität zur Verfügung zu stellen – und zwar weiterhin unabhängig vom Geldbeutel und unabhängig vom Wohnort der Menschen.

Herausforderung Ärztemangel: Was wollen Sie tun, damit Landärzte leichter einen Nachfolger finden?

Gröhe: Ein wichtiger Schritt ist getan: Wir haben den Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit gegeben, Anreize durch eine höhere Vergütung zu schaffen. Wir müssen auch die Möglichkeiten stärken, in überversorgten Gebieten Arztsitze aufzukaufen, damit wir insgesamt zu einer besseren Verteilung kommen. Und schließlich brauchen wir eine intensivere Zusammenarbeit zwischen dem ambulanten und stationären Sektor. Ich denke etwa an das Zusammenrücken von kassenärztlicher Notarztpraxis und der Notfallambulanz im Krankenhaus. Da gibt es gute Beispiele, wie das zum Wohle der Patienten besser geregelt werden kann.

Wie nähern Sie sich einem der wichtigsten Ziele der Koalition, mehr Qualität in der stationären Versorgung zu erreichen und zum Beispiel Hygienemängel in Krankenhäusern zu reduzieren?

Gröhe: Klar ist: Jeder einzelne Fall von Hygienemängeln ist einer zu viel. Ich halte aber nichts von generellen Misstrauenserklärungen. Wir brauchen eine Versachlichung der Debatte. Deshalb werden wir ein unabhängiges Qualitätsinstitut gründen, das helfen soll, Qualitätsmaßstäbe zu erarbeiten. Jeder, der für sich oder einen Angehörigen eine Klinik sucht, soll sich demnächst anhand verständlicherer Qualitätsberichte, auch unter Einbeziehung von Patientenbefragungen, gezielt informieren können. Und wir werden mit den Ländern im Rahmen der Krankenhausplanung verabreden, wie die Einhaltung besonders hoher Qualitätsstandards auch zu einem Plus bei der Vergütung führt.

„Wir brauchen eine Fehlerkultur, die uns erlaubt, Fehler zu benennen und aus ihnen zu lernen.“



Die Pflege von Menschen am Ende ihres Lebens hat viel mit Wertschätzung zu tun. In manchen Pflegeheimen herrschten jedoch Zustände, die an Körperverletzung grenzen, sagt der Pflegekritiker Claus Füsse.

Gröhe: Ich halte nichts von derartigen Äußerungen, die die Leistung unserer Pflegekräfte herabsetzen. Wo Menschen arbeiten, passieren leider auch Fehler. Im Gesundheitswesen mitunter mit schweren Folgen. Was wir brauchen ist aber nicht ein Klima des Generalverdachts, sondern eine Fehlerkultur, die uns erlaubt, Fehler zu benennen und aus ihnen zu lernen.

Aber Sie wollen nicht bestreiten, dass es an Pflegekräften fehlt und deshalb die Qualität in der Pflege leidet?

Gröhe: Die Zahl der Pflegebedürftigen wird in den kommenden 15 Jahren von 2,5 auf 3,5 Millionen steigen. Deshalb wird auch der Bedarf an Pflegekräften steigen. Mit den Ländern haben wir deshalb schon 2012 vereinbart, die Zahl der Ausbildungsplätze in der Altenpflege deutlich zu erhöhen.

Auch der Pflegebedürftigkeitsbegriff entspricht schon seit vielen Jahren nicht mehr den Anforderungen. Oft schon sollte er neu definiert werden. Werden Sie das schaffen?

Gröhe: Ja, davon bin ich überzeugt. Dank guter Vorarbeit der Pflegeexperten werden wir den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff in dieser Legislaturperiode umsetzen. Kernstück ist ein neues Begutachtungssystem, mit dem wir dem Unterstützungsbedarf aller Pflegebedürftigen besser gerecht werden können, unabhängig davon, ob es sich um körperliche oder psychische und geistige Beeinträchtigungen handelt. Dieses Begutachtungssystem erproben wir jetzt auf seine Praxistauglichkeit.

Die Pflege von Angehörigen ist für Familien eine große Herausforderung. Wer ist beim Thema Vereinbarkeit von Beruf und häuslicher Pflege von Angehörigen gefragt: die Politik oder die Unternehmen?

Gröhe: Beide. Die Politik ist gefordert, gute Rahmenbedingungen zu schaffen. Das tun wir, indem wir die Unterstützung für pflegende Angehörige zum 1. Januar 2015 deutlich ausbauen. Ich wünsche mir aber auch, dass sich Unternehmen verstärkt die Frage nach einer guten Vereinbarkeit von Familie und Beruf stellen. Bislang denken wir bei dieser Vereinbarkeit vor allem an die Sorge für die kleinen Kinder. Es gibt aber auch immer mehr Beschäftigte, die sich um pflegebedürftige Familienmitglieder kümmern. Und so wie es heute zunehmend selbstverständlich geworden ist, dass niemand im Betrieb schief angeguckt wird, wenn sie oder er sagt, dass Mütter- oder Väterpflichten jetzt einmal vorgehen müssen, muss auch die Pflege von Angehörigen zur Normalität gehören. Wir – die Politik – können dabei unterstützen, etwa mit einer bezahlten zehntägigen Auszeit für die Pflege, entsprechend dem Kinderkrankengeld, wenn kurzfristig etwas geregelt werden muss.

Die aktuelle AOK-Familienstudie hat aufgezeigt, dass flexiblere Arbeitszeiten sich positiv auf die Gesundheit der ganzen Familie auswirken. Dann müssten Arbeitgeber doch eigentlich alles tun, um diese auszubauen ...

Gröhe: Richtig. Und in den letzten Jahren ist hier ja auch schon einiges passiert – zum Teil befördert durch politische Maßnahmen. Auch im Gesundheitsministerium nehmen wir das ernst und bemühen uns, unseren Beschäftigten etwa durch Tele- oder Heimarbeit entgegenzukommen. In Zeiten des Fachkräftemangels wird es mehr und mehr so sein, dass Beschäftigte selbstbewusst danach fragen: „Ist hier ein Arbeitsplatz, der für meine Familiensituation Verständnis hat?“ Und das ist gut.

Das ist auch eine Frage der Arbeitsbelastung. Haben denn Unternehmen angesichts des ökonomischen Drucks, unter dem sie heutzutage stehen, überhaupt eine Chance, ihre Mitarbeiter nicht bis an oder über die Grenze der Belastbarkeit zu beschäftigen?

Gröhe: Nur dauerhaft gesunde und motivierte Mitarbeiter werden auch dauerhaft gute Arbeit leisten können. Natürlich gibt es im Arbeitsalltag immer auch einmal Spitzenbelastungen. Aber wenn diese Belastungen zum Dauerzustand werden, dann ist das weder für die Beschäftigten noch für das Unternehmen gut. Mein Eindruck ist, dass im Rahmen von klugen Betriebsvereinbarungen sehr wohl darüber nachgedacht wird, in welchem Bereich zum Beispiel rund um die Uhr Erreichbarkeit wirklich notwendig ist und in welchem nicht. Und der Umstand, dass heute an ganz vielen Stellen im Beruf Gesundheitsförderung stattfindet, zeigt: Das Thema ist angekommen. Wir müssen jetzt die vielen guten Beispiele auch zum Vorbild für andere machen.

„Es geht darum, Kitas, Schulen und Arbeitsplätze so zu gestalten, dass ein gesundes Leben unterstützt wird.“



Auch wenn die Koalition anderes beschlossen hat: Gehen wir mal davon aus, dass die Rente mit 67 oder älter irgendwann kommt. Wessen Aufgabe wird es sein, Arbeitnehmer länger fit zu halten?

Gröhe: In einer älter werdenden Gesellschaft, werden wir im Schnitt länger arbeiten. Deswegen ist es auch richtig, dass die Koalitionsvereinbarung, die eine frühere Verrentung unter bestimmten Vorgaben langjähriger Erwerbsarbeit ermöglicht, keine Abkehr von der generellen Linie der schrittweisen Anhebung des Renteneintrittsalters auf 67 vorsieht. Das ist ein Gebot auch der Generationengerechtigkeit. Wir sollten es auch ermöglichen, dass Menschen, die dies wollen, länger arbeiten können. Dazu muss die Gestaltung der Arbeitswelt Wichtiges beitragen. Die Gesundheitsförderung im Betrieb wird daher ein wichtiger Punkt im Präventionsgesetz, das wir dieses Jahr auf den Weg bringen werden. Denn es geht darum, nicht nur den Einzelnen zu gesundheitsbewusstem Verhalten anzuregen, sondern auch Kitas, Schulen und Arbeitsplätze so zu gestalten, dass ein gesundes Leben unterstützt wird.

Sie haben das Präventionsgesetz bereits angesprochen. Wer ist denn in Ihren Augen wirklich verantwortlich für die Prävention? Der Staat, die Krankenkassen, Betriebe und Unternehmen oder jeder für sich selbst?

Gröhe: Hier gibt es kein Entweder-Oder. Natürlich ist die Gesundheitsvorsorge eine Frage, die sich jedem Einzelnen stellt. Denn jeder wünscht sich gesund zu bleiben. Und es sollte unser aller Ziel sein, das zu unterstützen. Vorsorge ist aber auch wichtig, um die hohe Qualität und die Bezahlbarkeit unseres Ge-

sundheitswesens dauerhaft sicherzustellen. Deshalb müssen wir Prävention so gestalten, dass sie in allen Lebensbereichen eine Rolle spielt – angefangen bei der Kita über Schulen, in Betrieben und der Arbeitswelt bis zur Altenpflege.

Die Ergebnis- und Qualitätssicherung von Präventionsmaßnahmen ist nicht einfach zu gewährleisten.

Gröhe: Nicht nur bei Therapien, sondern auch in der Prävention ist Qualitätssicherung möglich. Es muss jedenfalls um mehr gehen als um das gute Gefühl, Mitglied in einer Krankenkasse zu sein. Es geht um Maßnahmen, die tatsächlich zu einer verbesserten Gesundheit führen und dazu beitragen, dass Erkrankungen gar nicht erst entstehen.

Thema Beitragssatz: Warum zahlen eigentlich Versicherte – und nur die Versicherten – den Zusatzbeitrag?

Gröhe: Wir schaffen den jetzigen Pflicht-Sonderbeitrag in Höhe von 0,9 Prozent ab. Zukünftig obliegt es den gesetzlichen Krankenkassen, ob und in welcher Höhe sie einen Zusatzbeitrag erheben. Schon jetzt kündigen viele Kassen an, dass sie mit weniger als den 0,9 Prozent auskommen. Insofern werden Millionen von Arbeitnehmern nicht be-, sondern entlastet. Mit dem unveränderten Arbeitgeberbeitrag sichern wir zugleich Arbeitsplätze.

Eine letzte Frage: Welche drei Herzensangelegenheiten wollen Sie bis zum Ende der Legislaturperiode als Gesundheitsminister geschafft haben?

Gröhe: In der Pflege wollen wir das Leistungsvolumen um 20 Prozent erhöhen. Das hat es in einer solidarischen Sozialversicherung noch nie gegeben. Ich wünsche mir, dass wir uns im Bereich der Prävention auf anspruchsvolle Qualitätsziele verständigen. Und ich wünsche mir, dass uns insgesamt eine Qualitätsoffensive gelingt – im Interesse der Patienten und derjenigen, die im Gesundheitswesen Spitzenleistungen erbringen wollen. ■

Das Interview führten Kai Stiehl, Robin Halm und Hans-Bernhard Henkel-Hoving.



Kostenfalle Demografie?

Wie ein Damoklesschwert scheint der demografische Wandel über dem Gesundheitswesen zu schweben. Von unvermeidlicher Kostenexplosion und riesigen Finanzierungslücken ist die Rede. Doch gegen den Ausgabenanstieg helfen strukturelle Reformen. In der Arzneimittelversorgung sind sie gelungen, im stationären Sektor stehen sie noch aus.

Von Timm Paulus und Tim Rödiger

Der demografische Wandel ist seit Jahren ein Dauerthema in Deutschland. Er wirkt sich auf sämtliche Sozialversicherungszeige aus, auf die Rentenversicherung ebenso wie auf die Kranken- und Pflegeversicherung. Besonders intensiv werden seine Folgen für die Gesundheitsversorgung diskutiert. Dabei reicht das Spektrum vom drohenden Ärztemangel über sich verändernde Krankheitsbilder aufgrund der längeren Lebenserwartung bis hin zu künftig stark steigenden Beitragssätzen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Dass sich die GKV den Herausforderungen des demografischen Wandels stellen muss und dies auch tut, steht außer Frage. Allerdings wird die inhaltliche Diskussion oftmals von Berechnungen überlagert, die milliardenschwere Finanzlücken oder

enorme Beitragssatzsteigerungen für die Zukunft vorhersagen. So prognostiziert eine Studie des Instituts für Mikrodaten-Analyse aus dem vergangenen Jahr für die GKV eine gigantische Finanzierungslücke von bis zu 3,4 Billionen Euro. Diese und andere Prognosen nehmen an, dass die Alterung der Bevölkerung zwangsläufig zu einem dramatischen Kostenanstieg führt. Der Vorwurf an die Politik lautet dabei, sie lasse die Gesellschaft „gnadenlos in die Demografiefalle tappen“. Die Argumentation ist immer nach der gleichen Logik aufgebaut: Ältere wiesen im Schnitt höhere Ausgaben auf, und je mehr Ältere es gebe, desto höher seien die Kosten. Auf Basis dieser vermeintlich zwangsläufigen Entwicklung leiten Interessenvertreter ihre Forderungen ab: Der höhere Versorgungsbedarf älterer Menschen sei höher zu vergüten.

Doch inzwischen hinterfragen Wissenschaftler die einfache Formel „demografischer Wandel plus medizinischer Fortschritt gleich Kostenexplosion“. So hat beispielsweise das Vienna Institute of Demography in einer Studie festgestellt, dass diese Argumentationskette auf ungeeigneten Indikatoren beruht. Diese basierten rein auf dem biologischen Alter und deklarierten Menschen als Belastung, wenn sie das 65. Lebensjahr erreicht haben. Indem für die Messung der Bevölkerungsalterung Indikatoren herangezogen würden, die sich ausschließlich auf das chronologische Alter stützten, würde unwillkürlich angenommen, dass sich Faktoren wie die Lebenserwartung sowie Krankheit und gesundheitliche Beeinträchtigung nicht veränderten. Politische Entscheidungen sollten nach Auffassung dieses Instituts nicht auf starren Altersquotienten mit fixen Altersgrenzen beruhen, sondern sowohl die Verlängerung der Lebensspanne als auch die steigende Anzahl der in Gesundheit verbrachten Jahre berücksichtigen.

Prognosen weichen von tatsächlicher Entwicklung ab. Und in der Tat stimmen die Prognosen selten mit der tatsächlichen Entwicklung überein. Anhand empirischer Daten lässt sich zeigen, wie sich zwischen 2008 und 2012 – für das Jahr 2013 liegen noch keine abschließenden Daten vor – die Ausgaben im Bereich Arzneimittel und Krankenhaus aufgrund der Alterung entwickelt haben und wie hoch ihr Anteil an der gesamten Kostensteigerung

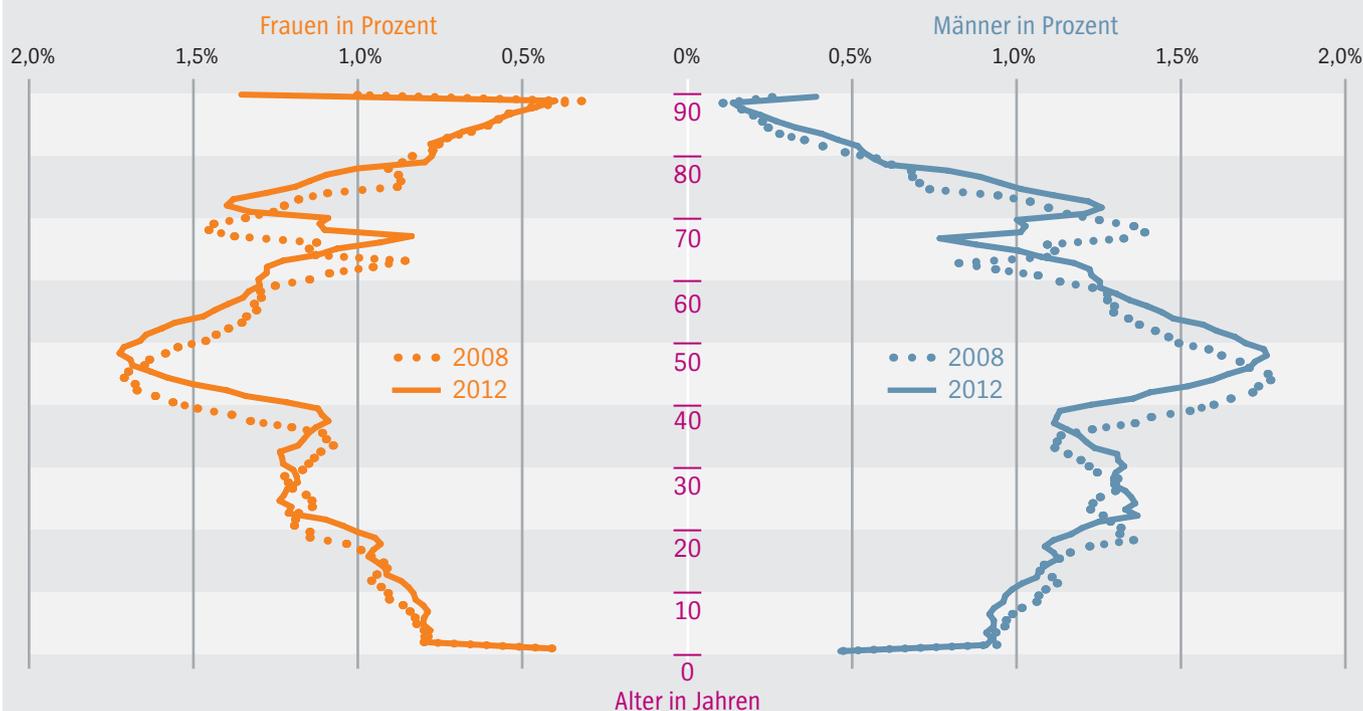
war. Vorweg: Bereits in dem kurzen Zeitraum von vier Jahren zeigen sich deutliche demografische Veränderungen und in den beiden Versorgungsbereichen unterschiedliche Ergebnisse.

Schauen wir uns zunächst die Verschiebungen in den Altersgruppen der gesetzlich Krankenversicherten an. Vergleicht man die GKV-Bevölkerung 2008 mit der GKV-Bevölkerung 2012, ist ein steigender Anteil in den höheren Altersgruppen festzustellen. Der Bevölkerungsanteil „45 Jahre und älter“ ist im Jahr 2012 im Vergleich zum Ausgangsjahr 2008 größer, während der Anteil der jüngeren Altersklassen zurückgegangen ist.

Versorgungsbereiche unterschiedlich betroffen. Je nach Versorgungsbereich wirkt sich diese demografische Verschiebung unterschiedlich auf die Kostenentwicklung aus. Besonders anschaulich sind die Unterschiede in den Bereichen Krankenhaus und Arzneimittel. So ist zum Beispiel der Anteil der Versicherten, die in jungen Jahren Medikamente verschrieben bekamen, deutlich höher als der Anteil derer, die im Krankenhaus behandelt wurden. Von den 20- bis 30-jährigen AOK-Versicherten erhielten im Zeitraum 2008 bis 2012 rund 57 Prozent mindestens ein Arzneimittel pro Jahr. Im Krankenhaus behandelt wurden zwölf Prozent der 20- bis 30-Jährigen. Von den AOK-Versicherten, die 80 Jahre und älter waren, bekamen 95 Prozent ein Arzneimittel verordnet. 37 Prozent von ihnen wurden stationär behandelt.

Wie sich die Altersgruppen verschoben haben

Entwicklung der Altersstruktur der GKV-Versicherten von 2008 bis 2012



Zwischen 2008 und 2012 hat sich der Anteil der Älteren an allen gesetzlich Krankenversicherten erhöht. Während der Anteil der gesetzlich Versicherten mittleren Alters ebenfalls zugenommen hat, ist er bei den jüngeren Jahrgängen rückläufig. Geschlechtsspezifische Unterschiede gibt es dabei kaum.

Quelle: Bundesversicherungsamt (BVA); Daten zum RSA, Darstellung: Paulus/Rödiger

Im Vergleich zum Arzneimittelbereich verläuft der Kostenanstieg im Krankenhaussektor deutlich steiler. Hier waren 2008 die Ausgaben zum Beispiel in der Gruppe der 85-jährigen Männer mit durchschnittlich 2.768 Euro pro Person am höchsten. Die Kosten bei den 18-jährigen Männern betragen durchschnittlich 249 Euro pro Person und waren damit um mehr als 2.500 Euro niedriger als bei den 85-Jährigen.

Im Arzneimittelbereich zeigt sich ein anderes Bild. Hier beliefen sich die Kosten bei den 85-jährigen Männern auf durchschnittlich 1.109 Euro pro Person. Bei den 18-jährigen Männern waren es 141 Euro. Der Abstand zwischen beiden Altersgruppen beträgt hier nur rund 970 Euro und ist nicht einmal halb so hoch wie im Krankenhausbereich. Diese Zahlen zeigen: Die demografische Entwicklung zwischen 2008 und 2012 wirkt sich im stationären Sektor kostenmäßig stärker aus als im Arzneimittelbereich.

Welche Kostensteigerung wäre rein alterungsbedingt zu erwarten gewesen? Um diese Entwicklung zu ermitteln, werden die Ausgaben einer Altersgruppe in einem bestimmten Jahr mit der Anzahl der Personen dieser Altersgruppe am Ende des zu beobachtenden Zeitraums multipliziert – ein Verfahren, das auch zur Ermittlung der Demografie-Steigerungsrate im Rahmen der ambulanten Vergütung angewendet wird. Schauen wir uns den Zeitraum 2008 bis 2012 an. Im Jahr 2008 waren beispielsweise 239.942 Männer im Alter von 75 Jahren gesetzlich krankenversichert. Bis 2012 stieg ihre Zahl auf 332.261. Wendet man dieses Verfahren auf alle Altersgruppen an, wäre rein rechnerisch von 2008 bis 2012 je Versicherten und Jahr ein alterungsbedingter Kostenanstieg bei den Arzneimitteln von 431 Euro auf 443 Euro zu erwarten gewesen. Das entspricht einem Plus von 2,8 Prozent und einer absoluten Steigerung von 722 Millionen Euro. Im Krankenhausbereich hätte rein rechnerisch der Anstieg der älteren gesetzlich Krankenversicherten zu einer Kostenzunahme je Versicherten von 761 Euro im Jahr 2008 auf 789 Euro im Jahr 2012 geführt – ein Plus von 3,7 Prozent. Die absolute alterungsbedingte Kostensteigerung im stationären Bereich hätte bei circa 1,75 Milliarden Euro liegen müssen.

Rasanter Kostenanstieg im Krankenhaus. Doch die alterungsbedingt zu erwarten gewesene und die tatsächliche Kostenentwicklung weichen erheblich voneinander ab. Im Krankenhaus sind die Ausgaben je Versicherten von 761 Euro im Jahr 2008 auf 905 Euro im Jahr 2012 angestiegen. Die Steigerung von 144 Euro je Versicherten entspricht einem Anstieg der stationären Ausgaben von insgesamt 53,1 Milliarden Euro im Jahr 2008 auf 62,9 Milliarden Euro im Jahr 2012. Das sind fast zehn Milliarden Euro innerhalb von vier Jahren. Im Vergleich dazu fällt der Ausgabenanstieg bei Arzneimitteln moderat aus. So beliefen sich die Ausgaben 2008 auf 431 Euro je Versicherten – im Jahr 2012 lagen sie mit 437 Euro nur sechs Euro darüber. Insgesamt erhöhten sich hier die Kosten von 30,1 auf 30,4 Milliarden Euro.

Allein in vier Jahren stiegen die Krankenhaus-Ausgaben um fast zehn Milliarden Euro.



Die erhebliche Abweichung zwischen der alterungsbedingt zu erwartenden Ausgabensteigerung je Versicherten (3,7 Prozent) und dem tatsächlichen Kostenanstieg (18,9 Prozent) lässt nicht einmal ansatzweise das Argument zu, allein die demografische Entwicklung würde die stationäre Versorgung verteuern. Vielmehr dürften andere Ursachen eine wesentlich größere Rolle spielen: die Mengenentwicklung bei planbaren Eingriffen, steigende Tarifkosten sowie politische Vorgaben wie das Pflegepersonal-Sonderprogramm zur Einstellung von mehr Pflegevollzeitkräften oder das Hygieneförderprogramm zur Einstellung von Pflegefachkräften, Fachärzten und Hygienebeauftragten.

Befund gilt für alle Leistungsbereiche. Dass der Zusammenhang zwischen demografischer Entwicklung und daraus resultierender dramatischer Kostensteigerung fraglich erscheint, dürfte auch für die Leistungsausgaben der GKV insgesamt (ohne Krankengeld) gelten. Das Krankengeld bleibt bei den Berechnungen unberücksichtigt, weil Menschen mit dem Eintritt in das Rentenalter in der Regel keinen Krankengeldanspruch mehr

Die Nutzenbewertung für neue Medikamente war ein gesundheitspolitischer Meilenstein.

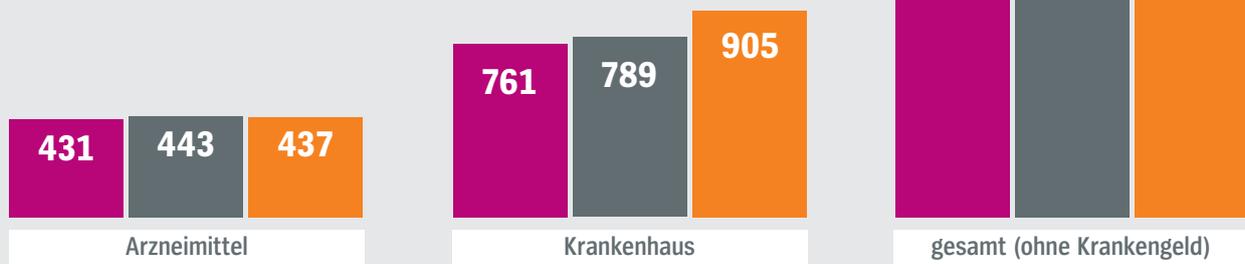
haben. Ohne Krankengeld sind die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zwischen 2008 und 2012 von 140,1 Milliarden Euro auf 160,4 Milliarden gestiegen. Das entspricht einem Plus von 14,5 Prozent. Diese Steigerungsrate liegt deutlich über der aufgrund der demografischen Entwicklung zu erwartenden Kostensteigerung von 2,4 Prozent.

Arznei-Reformen zeigen Wirkung. Die unterschiedliche Kostenentwicklung bei den Arzneimitteln und bei der stationären Versorgung sind Ausdruck zurückliegender Reformen. Im Arzneimittelbereich wurden konsequent Reformen umgesetzt, um Wirtschaftlichkeitsreserven zu heben. Die freie Preisbildung bei den Medikamenten in Verbindung mit einer fehlenden Nutzenorientierung hatte in früheren Jahren zu hohen Kostensteigerungen geführt. Durch die Arzneimittelrabattverträge konnten inzwischen die im internationalen Vergleich hohen Generikapreise gesenkt werden. Das Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz von 2011 war ein weiterer Meilenstein. Für neue patentgeschützte Medikamente wurde die Erstattungshöhe erstmals in ein Verhältnis zum Nutzen gesetzt. Neben dem

Ausgaben: Was zu erwarten war – und wie es gekommen ist

Ausgaben je Versicherten in Euro

- 2008 (Ist)
- 2012 (erwartet aufgrund demografischer Entwicklung)
- 2012 (Ist)



Von 2008 bis 2012 wäre bei den Arzneimitteln demografisch bedingt ein Kostenanstieg von 2,8 Prozent je Versicherten zu erwarten gewesen. Tatsächlich aber nahmen die Ausgaben nur um 1,5 Prozent auf 437 Euro zu. Bei den Krankenhausausgaben sieht es ganz anders aus. Statt des erwarteten Kostenanstiegs um 3,7 Prozent kletterten die Ausgaben um 18,9 Prozent auf 905 Euro je Versicherten. Der Grund für die unterschiedliche Ausgabendynamik: Im Arzneimittelbereich hat es strukturelle Reformen wie

die konsequente Umsetzung von Rabattverträgen gegeben, im stationären Sektor dagegen nicht.

Ähnlich steil wie bei den Krankenhäusern verlief die Ausgabenentwicklung auch in der gesamten gesetzlichen Krankenversicherung: Die Leistungsausgaben wuchsen von 2008 bis 2012 (ohne Krankengeld) um 14,9 Prozent. Demografisch bedingt waren nur 2,8 Prozent zu erwarten.

Quelle: BVA, Daten zum RSA (www.bva.de); Berechnung und Darstellung: Paulus/Rödiger

weiteren Ausbau der Arzneimittelrabattverträge bei Generika-Produkten haben vor allem der erhöhte Herstellerabschlag und das Preisermoratorium ihren Beitrag dazu geleistet, die Ausgabenentwicklung von 2008 bis 2012 im Rahmen zu halten. Mit den Reformen im Arzneimittelbereich ist es gelungen, die demografisch bedingten Ausgabensteigerungen mehr als auszugleichen. Die tatsächlichen Kosten von 437 Euro je Versicherten im Jahr 2012 liegen unter den demografisch bedingt zu erwartenden Kosten von 443 Euro. Auch die Ausgabenunterschiede zwischen den Altersgruppen sind nicht mehr so groß. Betrug der Abstand der 18-jährigen Männer zu den 85-Jährigen im Jahr 2008 noch rund 970 Euro, ist er im Jahr 2012 auf unter 900 Euro zurückgegangen.

Die Reformen haben die pharmazeutische Industrie auch nicht über Gebühr belastet. Zwar sind ihre Gewinnmargen leicht gesunken. Aber sie liegen nach einer Analyse der Unternehmensberatung Ernst & Young von 2013 mit 25,5 Prozent EBIT (Gewinn ohne Berücksichtigung von Steuern, Zinsen und einmaligen Ausgaben) deutlich über denen großer Autohersteller wie BMW (10,8 Prozent) oder Hyundai (10 Prozent).

Krankenhaus braucht Strukturreformen. Ein völlig anderes Bild zeigt sich im stationären Sektor. Ein höherer Kosteneffekt der demografischen Entwicklung war im Vergleich zum Arzneimittelbereich aufgrund des steileren Kostenverlaufes zwar zu erwarten. Jedoch übertrifft die tatsächliche Kostensteigerung von fast 18,9 Prozent je Versichertem die alterungsbedingte Erwartung von 3,7 Prozent deutlich.

Ein Grund für das Ausmaß der Kostensteigerung im stationären Bereich ist, dass es hier keine strukturellen Reformen gegeben hat. Stattdessen waren die vergangenen Jahre davon geprägt, die immer weiter steigenden Vergütungsansprüche der Krankenhäuser zu erfüllen. Das Ergebnis sind enorme Mengen- und damit auch Kostensteigerungen, die sich nicht durch die demografische Entwicklung erklären lassen. So haben nach dem Krankenhaus-Report 2013 die Implantationen und der Wechsel von Defibrillatoren allein zwischen den Jahren 2008 und 2010 um 25 Prozent zugenommen. Nach dem Report sind aber nur etwa zehn Prozent dieses Anstiegs auf die demografische Entwicklung zurückzuführen.

Neben der Mengenausweitung verursacht die anhaltende Über-, Unter- und Fehlversorgung den enormen Kostenanstieg im stationären Sektor. Auch geben internationale und nationale Untersuchungen wie der Krankenhaus-Report zur Behandlungsqualität von Kliniken Hinweise darauf, dass im stationären Bereich strukturelle Reformen notwendig sind. Andernfalls versteilert sich der Kostenanstieg weiter, wenn die geburtenstarken Jahrgänge in ein hohes Alter kommen.

Behandlungsqualität muss Maßstab sein. Vor diesem Hintergrund sind die im Koalitionsvertrag vorgesehenen Maßnahmen zur Steigerung der Qualität in der stationären Versorgung zu begrüßen. Dabei sollten Anreize gesetzt werden, um die hohen Kosten- und Mengensteigerungen zu senken. Ein Weg: Behandlungserfolge bei der Krankenhaus-Planung und -Vergütung berücksichtigen und Kliniken oder Abteilungen mit schlechter

Kliniken: Steiler Ausgabenanstieg

Altersspezifischer Kostenverlauf bei Arzneimitteln und Krankenhaus für gesetzlich versicherte Männer



Während im Krankenhausbereich die Ausgabenkurve von 2008 bis 2012 deutlich steiler geworden ist, ist sie im Arzneimittelbereich nahezu gleich geblieben – hier haben strukturelle Reformen gegriffen.

Quelle: BVA, Daten zum RSA (www.bva.de); Darstellung: Paulus/Rödiger

Qualität konsequenterweise vom Netz nehmen. Eine höhere Behandlungsqualität in der stationären Versorgung trägt nicht nur zu mehr Patientensicherheit bei, sondern auch zu mehr Nachhaltigkeit und Generationengerechtigkeit.

Insgesamt ist es positiv, dass wir immer länger leben. Die demografische Entwicklung führt aber nicht zwangsläufig zu dramatisch steigenden Ausgaben. Die Kostenentwicklung im Arzneimittelbereich macht vielmehr deutlich, dass strukturelle Reformen die Auswirkungen des demografischen Wandels auffangen können. Mithilfe einer Preis-, Mengen- und Qualitätssteuerung lässt sich die Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung trotz demografischen Wandels langfristig sichern. ■

Timm Paulus ist stellvertretender Geschäftsführer Finanzen und **Tim Rödiger** Abteilungsleiter Unternehmensentwicklung im AOK-Bundesverband. Kontakt: Timm.Paulus@bv.aok.de, Tim.Roediger@bv.aok.de

Prüfung nicht aufs Land beschränkt

Ein Krankenhaus muss die Behandlungsunterlagen an den Medizinischen Dienst eines anderen Bundeslandes herausgeben, wenn dieser mit der Rechnungsprüfung beauftragt ist. Trotz landesbezogener Organisation ist der räumliche Wirkungskreis der Prüfstellen rechtlich nicht eingegrenzt, entschied das Bundessozialgericht. **Von Anja Mertens**

Urteil vom 17. Dezember 2014
– B 1 KR 52/12 R –
Bundessozialgericht

In dem Fall, der dem Bundessozialgericht (BSG) zur Entscheidung vorlag, ging es um die Frage, ob eine Krankenkasse im Rahmen der Prüfung einer Abrechnung eines Krankenhauses in Nordrhein-Westfalen verlangen kann, die Behandlungsunterlagen an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) in Rheinland-Pfalz herauszugeben. Die in Nordrhein-Westfalen gelegene Klinik hatte einen bei der klagenden Kasse versicherten Patienten vom 16. Oktober bis 10. November 2009 stationär behandelt. Sie berechnete dafür 3.953 Euro (Diagnosis Related Group E65C: Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere Komplikationen).

Kasse gibt Prüfung in Auftrag. Die Krankenkasse beglich zunächst die Rechnung. Anschließend beauftragte sie den MDK Rheinland-Pfalz zu prüfen, ob der stationäre Aufenthalt und insbesondere die Überschreitung der oberen Grenzverweildauer – sie beträgt 16 Tage – medizinisch begründet gewesen sei. Für die Abrechnungsprüfung forderten erst der MDK und dann die Krankenkasse die vollständigen Krankenakte und die Pflegedokumentation an. Das Krankenhaus aber reagierte nicht. Daraufhin klagte die Kasse vor dem Sozialgericht auf Herausgabe der Unterlagen an den MDK Rheinland-Pfalz. Das Krankenhaus vertrat die Auffassung, die Kasse könne die Überlassung von Behandlungsunterlagen an den MDK Rheinland-Pfalz nicht einfordern. Dieser sei nicht für die Überprüfung von Behandlungsfällen in Nord-

rhein-Westfalen zuständig. Aus der föderalistischen Struktur der Medizinischen Dienste und aus Paragraph 278 Absatz 1 SGB V sei das sogenannte Tatortprinzip abzuleiten. Weil die MDK n landesbezogen organisiert seien, müsse auch von einer gebietsbezogenen Zuständigkeit ausgegangen werden. Außerdem stünden die ärztliche Schweigepflicht und der Datenschutz einer Überprüfung durch den MDK Rheinland-Pfalz entgegen.

Ein Anfangsverdacht reicht aus, um eine Klinik-Abrechnung überprüfen zu lassen.

Ferner ergebe sich aus den Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung, dass der MDK eines anderen Bundeslandes nur ausnahmsweise und nicht systematisch beauftragt werden könne.

Klinik muss Unterlagen aushändigen. Der Argumentation der Klinik folgten weder das Sozialgericht noch das Berufungsgericht. Beide Instanzen kamen zu dem Schluss, dass es keine ausschließliche Zuständigkeit des MDK des Leistungsortes gebe. Daraufhin legte die Klinik

Revision beim BSG ein. Die obersten Sozialrichter wiesen die Revision zurück. Die Vorinstanzen hätten die Beklagte zu Recht dazu verurteilt, dem MDK Rheinland-Pfalz die Unterlagen auszuhändigen. Nach Paragraph 275 Sozialgesetzbuch (SGB) V müssten die Kassen eine gutachterliche Stellungnahme durch den MDK einholen, wenn es Auffälligkeiten in der Abrechnung gebe. Diese bestünden dann, wenn Klinikabrechnungen Fragen zur sachlich-rechnerischen Richtigkeit oder zum Wirtschaftlichkeitsgebot aufwerfen würden, die die Krankenkassen ohne medizinische Expertise des MDK nicht beantworten können.

Lange Verweildauer fällt auf. Im vorliegenden Fall sei die Überschreitung der oberen Grenzverweildauer für die Kasse auffällig gewesen. Bei der abgerechneten DRG E65C sei der stationäre Aufenthalt jenseits der oberen Grenzverweildauer von 16 Tagen angesichts der erhobenen Diagnosen nicht bereits von sich heraus plausibel. Insoweit könne sich für die Kasse die Frage stellen, ob eine ambulante statt einer stationären Behandlung ausgereicht hätte. Für eine umfassende Rechnungsprüfung genüge ein „Anfangsverdacht“. Ein „konkreter“ Verdacht sei nicht erforderlich und müsse im Zweifel auch nicht von der Krankenkasse bewiesen werden. Habe eine Kasse den MDK mit einer gutachterlichen Stellungnahme oder Prüfung beauftragt, müssten die Leistungserbringer die dafür erforderlichen

TIPP FÜR JURISTEN



Einkommensabhängiger Zusatzbeitrag, neuer Risikostrukturausgleich, gekürzter Bundeszuschuss – diese und weitere Themen behandelt die Tagung „RSA & GKV-Finzen – Ab 2015 wird alles anders“ am 30. Juni in Berlin. Veranstalter ist die Zeno Veranstaltungen GmbH. Mehr Infos: www.zeno24.de > Veranstaltungen

Behandlungsunterlagen und Sozialdaten an den MDK übermitteln.

Das Krankenhaus habe die Herausgabe der Unterlagen nicht deshalb verweigern dürfen, weil die Behandlung in Nordrhein-Westfalen und nicht in Rheinland-Pfalz erfolgte. Das Gesetz enthalte keine Bestimmungen darüber, dass nur der MDK des Behandlungsortes für eine Prüfung zuständig sei. Es enthalte lediglich Vorgaben für die grundsätzlich landesbezogene Organisationsstruktur des MDK und für seine Finanzierung (Paragraf 278 SGB V). Weder Wortlaut noch Systematik, Entstehungsgeschichte und Zielsetzung der gesetzlichen Regelungen böten Anhaltspunkte für die Annahme, dass die dem MDK zugewiesenen Aufgaben ausschließlich nach räumlichen Wirkungskreisen wahrzunehmen seien.

Richtlinien regeln die Zusammenarbeit.

Den Krankenkassen und ihren Verbänden sei es überlassen, die Auftragsvergabe nach Maßgabe der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit in Richtlinien zu regeln. Die vereinbarten Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den MDK n stellten untergesetzliche Normen der Selbstverwaltung dar. Leistungserbringer könnten sich nicht auf die Verletzung der Richtlinien berufen. Denn sie bezögen sich lediglich auf die Kassen, ihre Verbände und die MDK n. Der Schutz Dritter, beispielsweise eines Krankenhauses, liefe dem Interesse an der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der Organisation der Aufgaben des MDK zuwider. Sachlich wäre es auch nicht begründet, vom MDK überprüften Leistungserbringern Rechte zuzugestehen. Hielten diese ein MDK-Gutachten für falsch, könnten sie gegebenenfalls gerichtlich dagegen vorgehen. Datenschutz und ärztliche Schweigepflicht blieben unabhängig von der örtlichen Auswahl des MDK gewahrt. ■

Kommentar: Es waren keinerlei sachliche Gründe erkennbar, weshalb das Krankenhaus die Herausgabe der Unterlagen an den MDK Rheinland-Pfalz verweigerte. Das Bundessozialgericht hat überzeugend dargelegt, dass es hierfür auch keine juristische Rechtfertigung gab.

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

INHALT

AKTUELLER STAND

GESUNDHEITSBERUFE

Entwurf eines Gesetzes über den Beruf des Operationstechnischen Assistenten und zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, Bundesrats-Drucksache 126/14, Bundestags-Drucksache 17/1223

Regelung der Ausbildungs- bzw. Tätigkeitsvoraussetzungen für die Erteilung und zum Führen der Berufsbezeichnung „Operationstechnischer Assistent“ (OTA); Dauer der Ausbildung: drei Jahre (Vollzeitform) oder höchstens fünf Jahre (Teilzeitform); staatliche Prüfung als Abschluss der Ausbildung; Finanzierung der Ausbildung durch die Krankenkassen.

Der Bundesrat hat am 11.4.2014 beschlossen, den Gesetzentwurf erneut in die parlamentarische Beratung einzubringen.

KASSEN-FINANZIERUNG/QUALITÄT

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz, GKV-FQWG), Bundestags-Drucksache 18/1307

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

Erste Lesung im Bundestag war am 9.5.2014.

PILLE DANACH

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

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

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

RETTUNGSDIENST

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) – Gesetzliche Krankenversicherung – Bundesrats-Drucksache 69/14, Bundestags-Drucksache 18/1289

Herausnahme des Rettungsdienstes (Notfallrettung, qualifizierter Krankentransport) aus dem Leistungsbereich Fahrkosten (Paragraf 60 SGB V) und Regelung als eigenständiger Leistungsbereich, unter anderem zur Verhinderung von Abrechnungsmisbrauch; Möglichkeit der landesrechtlichen Einbeziehung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes in das System der Rettungsleitstellen.

Der Bundesrat hat am 14.3.2014 beschlossen, den Gesetzentwurf erneut in die parlamentarische Beratung einzubringen.

Stand: 9.5.2014



Internet-Tipp

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

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

NORDOST

Präventionstheater feiert Jubiläum

Zehn Jahre nach der Uraufführung des „Henrietta“-Kindertheaters ist am Premierenort Potsdam das Jubiläum der gleichnamigen AOK-Präventionskampagne gefeiert worden. Mittlerweile ist die Aktion bundesweit auf Tour und aktuell mit dem dritten Stück zu sehen: Mitte Mai feierte das Ensemble mit „Henriettas Reise ins Weltall“ in Bremen Premiere. „Mit Witz und ohne erhobenen Zeigefinger zeigen Henrietta und ihre Freunde den Kindern, wie man Mut, Selbstbewusstsein und Vertrauen lernen kann. Das ist pädagogisch die beste Form, jungen Menschen Wissen und Erfahrungen zu vermitteln“, sagte Brandenburgs Bildungsministerin und Schirmherrin der Henrietta-Theatertour der AOK Nordost, **Dr. Martina Münch**. Im April 2004 kam das Stück „Henrietta in Fructonia“ zum ersten Mal auf die Bühne, um Grundschulkinder für gesunde Ernährung und ausreichende Bewegung zu



Gratulierten Henrietta zum zehnten Geburtstag (Reihe vorn v. l. n. r.): Gerlinde König und Frank Michalak vom Vorstand der AOK Nordost sowie Brandenburgs Bildungsministerin Dr. Martina Münch.

sensibilisieren. Allein in Brandenburg, Berlin und Mecklenburg-Vorpommern haben mehr als 400.000 Kinder die Theaterstücke gesehen. Bundesweit ist die Aktion mit mehr als 1,2 Millionen Zuschauern das wohl größte Kinder-Präventionstheater. „Henrietta ist nicht nur ein Beispiel für ein erfolgreiches Präventionsprojekt im Setting Schule. Es ist mittlerweile zu einem Generationenprojekt geworden“, betonte **Frank Michalak**, Vorstandsvorsitzender der AOK Nordost. ■

SACHSEN/THÜRINGEN

Pflegeberatung aus einem Guss

Pflegende Angehörige in Sachsen und Thüringen können bei ihrer Betreuungsaufgabe auf die Unterstützung qualifizierter Pflegeberater der AOK PLUS zählen. Dazu gehören die neutrale Beratung zu Hause ebenso wie die Hilfe beim Erstellen des Pflegeantrages oder die Organisation von Pflegekursen sowie die Unterstützung bei der Suche nach einem geeigneten

Pflegedienst oder Heim, sagte der Vorstandsvorsitzende der Gesundheitskasse, **Rainer Striebel**, bei einer Veranstaltung für pflegende Angehörige im Rahmen des Interprofessionellen Pflegekongresses Anfang April in Dresden. Besonders bei plötzlich auftretender oder sich verstärkender Pflegebedürftigkeit seien die geschulten Pflegeberater für die Betroffenen hilfreiche Ansprechpartner und Lotsen. In Deutschland werden 69 Prozent der insgesamt 2,3 Millionen Pflegebedürftigen zu Hause versorgt. ■

AOK aktuell

Kürzere Wartezeit auf Therapie

In Niedersachsen sollen bestehende Versorgungslücken im Bereich der psychotherapeutischen Behandlung mit einem neuen Behandlungsprogramm „Depression und Burn-out“ geschlossen werden. Vertragspartner sind die AOK Niedersachsen und die Kassenärztliche Vereinigung, in Kooperation mit den Hausärzterverbänden, dem Berufsverband der Nervenärzte und der Deutschen Psychotherapeuten-Vereinigung.

Die durchschnittliche Wartezeit auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch beträgt in Niedersachsen 13 Wochen. Bis zum Beginn einer Behandlung gehen durchschnittlich 27 Wochen ins Land. Ziel des Programms ist ein frühzeitiger Therapiebeginn für die Betroffenen in der hausärztlichen Praxis und bei Bedarf die Weiterbehandlung beim Facharzt oder Psychotherapeuten innerhalb von 14 Tagen. Dazu stellen die teilnehmenden Ärzte und Therapeuten zusätzliche Behandlungskapazitäten bereit, wofür ihnen die Gesundheitskasse ein gesonder-

tes Honorar zahlt. „Viele Patienten geben während der langen Suche nach einem Psychotherapeuten

mutlos auf und verzichteten auf eine Behandlung. Mit dem neuen Programm sorgen wir dafür, dass den betroffenen Menschen der Druck genommen und schneller geholfen wird, damit die Erkrankung nicht den familiären oder beruflichen Alltag beherrscht“, sagte AOK-Vorstandsvorsitzender **Dr. Jürgen Peter**. In Niedersachsen waren im vergangenen Jahr insgesamt 42.486 AOK-Versicherte wegen der Diagnose Depression und Burn-out krankgeschrieben. „Wichtiges Ziel des Behandlungsprogramms ist die Verhinderung der Chronifizierung von psychischen Erkrankungen“, sagte **Mark Barjenbruch**, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung. ■



Bluthochdruck als häufigste Diagnose

Niedergelassene Ärzte haben bei Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg im vergangenen Jahr am häufigsten Bluthochdruck diagnostiziert. Von den rund 2,9 Millionen Versicherten der Gesundheitskasse wurden im Untersuchungszeitraum von zwölf Monaten rund 781.500 wegen Bluthochdrucks behandelt. Das geht aus einer aktuellen Auswertung der größten gesetzlichen Krankenkasse in Nordrhein-Westfalen hervor. „Wir beobachten mit Sorge, dass immer mehr Menschen unter Bluthochdruck leiden. Umso wichtiger ist es deshalb, auf eine gesunde Lebensweise zu achten und bei Symptomen frühzeitig entgegen zu wirken“, sagte **Günter Wältermann**, Vorstandsvorsitzender der AOK Rheinland/Hamburg. „Nicht- rauchen, regelmäßige körperliche Aktivität oder eine Ernährung mit mehr Obst, Gemüse und Fisch sowie weniger Kochsalz können beispielsweise probate Mittel sein, um eine Blutdrucksenkung zu bewirken.“ Auf Platz zwei der Diagnosen folgten Rückenschmerzen. Hier lag die Zahl der betroffenen AOK-Versicherten bei rund 741.750. ■

BAYERN

Urteil erleichtert Rechnungsprüfung

Das Bundessozialgericht (BSG) hat entschieden, dass Kassenzahnärztliche Vereinigungen verpflichtet sind, bei der Übersendung der Abrechnungsdaten an die Krankenkassen auf die Verschlüsselung der Zahnarzt-daten zu verzich-



Probates Mittel gegen zu hohen Blutdruck: gesunde Ernährung mit viel Gemüse und wenig Salz.

ten. Die AOK Bayern hatte gegen die Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns (KZVB) wegen der Verschlüsselung geklagt. Nach mehrjährigem Rechtsstreit gab das Bundessozialgericht der Gesundheitskasse nun Recht. Von der Entscheidung profitiert aber nicht nur die AOK Bayern – sie gilt für alle gesetzlichen Krankenkassen im Land. Die Vertragspartner auf Bundesebene seien jetzt gefordert, das Urteil umzusetzen, sagte der Vorstandsvorsitzende der AOK Bayern, **Dr. Helmut Platzer**. Bei der zahnärztlichen Abrechnung wurde bislang der Zahnarzt für die Kassen je Behandlungsfall extra verschlüsselt. Eine praxisbezogene Prüfung der Abrechnung war deshalb unmöglich. Die KZVB begründete die Verschlüsselung mit Datenschutz. Diese Bedenken teilte das Bundessozialgericht nicht. „Wie wir sieht auch das Gericht die Notwendigkeit, dass Krankenkassen jederzeit nachvollziehen können, für welche Leistung und bei welchem Zahnarzt oder Arzt Versicherungsgelder eingesetzt werden“, so Platzer. Nur so lasse sich wirksam gegen schwarze Schafe vorgehen. ■

BADEN-WÜRTTEMBERG

Adieu Fünf-Minuten-Spritzenmedizin

AOK Baden-Württemberg, Bosch BKK und MEDI Baden-Württemberg haben die orthopädische Behandlung im Land neu geregelt. Eine enge Kooperation zwischen Haus- und Fachärzten soll vor allem die meist langen Wartezeiten beenden: Patienten, die sich in das neue Facharztprogramm einschreiben, erhalten nach der Überweisung durch den Hausarzt innerhalb von maximal 14 Tagen einen Termin beim Orthopäden oder Chirurgen – im Notfall am selben Tag. Die teilnehmenden Fachärzte haben sich zur zügigen Terminvergabe und zu Abend-sprechstunden für berufstätige Patienten verpflichtet. Das Programm, bei dem sowohl der Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie als auch der Berufsverband der niedergelassenen Chirurgen mit an Bord sind, garantiert eine schnelle Terminvergabe und ausreichend Zeit für Beratung. Statt voreiliger Apparatemedizin soll zudem eine ursachenorientierte Behandlung orthopädischer

Krankheiten und – im Zusammenspiel von Haus- und Facharzt – eine ganzheitliche medizinische Betreuung sichergestellt werden. Das Vergütungssystem für die Ärzte ist im Programm so gestaltet, dass sich der teilnehmende Facharzt ausreichend Zeit für das Gespräch und die sorgfältige körperliche Untersuchung nehmen kann. „Wir sorgen dafür, dass der Orthopäde wieder Zeit für die Patienten hat. Dass er nicht die Fünf-Minuten-Spritzenmedizin verabreichen muss, sondern sich ausgiebig mit dem Problem der Patienten auseinandersetzen kann“, sagte **Dr. Christopher Hermann**, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg. ■

Telegramm

+++ Die AOK Hessen und der Zehnkampf-Europameister Pascal Behrenbruch möchten wissen, wie ein gesundes, ausgewogenes Familienleben heute aussehen kann. Deshalb bietet die Gesundheitskasse den **Video-Wettbewerb „Hessens gesündeste Familie“** an: Wer bis 30. Juni 2014 einen etwa 60-sekündigen Clip rund ums Thema Ernährung, Sport oder Balance einsendet, kann gewinnen. +++ Die AOK Bremen/Bremerhaven hat den Vorwurf der Bremer Datenschutzbeauftragten zurückgewiesen, bei der Aktion **„Mit dem Rad zur Arbeit“** seien Teilnehmerdaten nicht datenschutzkonform verwendet worden. „Wir nutzen nur dann die Daten von Teilnehmern für Werbezwecke, wenn diejenigen uns gegenüber schriftlich ihr Einverständnis dazu erklärt haben“, sagte AOK-Vorstandschef Olaf Woggan. Alle anderen Teilnehmerdaten würden nur zur Abwicklung der Aktion genutzt, die Teilnehmerdaten anschließend gelöscht. +++ Die AOK Sachsen-Anhalt führt ihre **Leistungs-offensive, die im Januar 2014 mit der Ärztlichen Zweitmeinung** begann, fort. Die künstliche Befruchtung wird um zwei Jahre verlängert, und die Rotaviren-schluckimpfung von Säuglingen ist jetzt per AOK-Chipkarte abrechenbar. Das beschloss der Verwaltungsrat der Gesundheitskasse. +++

Versorgung Was Menschen mit Demenz hilft

Demenzerkrankungen, also Hirnleistungsstörungen, die mit der Einbuße erworbener intellektueller Fähigkeiten und Gedächtnisleistungen einhergehen, gehören in Deutschland mittlerweile zu den wichtigs-



ten kostenverursachenden Krankheiten. Aus guten Gründen hat die Politik deshalb die Demenzforschung in den letzten Jahren sukzessive ausgebaut und finanziell gefördert. Beispiele dafür sind die Kompetenznetzwerke Demenzen (seit 2001) und Degenerative Demenzen (seit 2006), die

Leuchtturmprojekte Demenz (2007/2008) und die Gründung des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) 2008. Diesen Anstrengungen auf der Forschungsseite stehen Defizite in der Versorgung gegenüber, die zum Teil mit der anstehenden Pflegereform angegangen werden. Im Hinblick auf die wegen der demografischen Entwicklung zunehmende Bedeutung der Versorgung von Demenzkranken hat das DZNE mit der Universität Witten/Herdecke, der TU Berlin und dem Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung (ISI) in Karlsruhe fünf Szenarien für die Versorgung von Menschen mit Demenz im Jahr 2030 durchgespielt. Die Ergebnisse des interdisziplinären Projekts liegen jetzt als Buch vor. Es enthält insbesondere Empfehlungen, um die eher positiven Szenarien Wirklichkeit werden zu lassen. Dabei fällt auch das Stichwort „Gesundheitsüberwachung“.

*Horst Christian Vollmar (Hrsg.):
Leben mit Demenz im Jahr 2030.
2014. 256 Seiten, 134,95 Euro.
Verlag Beltz-Juventa, Weinheim.*

Ratgeber Pro und contra Alternativmedizin

Die Protagonisten der Alternativmedizin vermitteln gern den Eindruck, ohne Risiken heilen zu können. Doch ihre Wege und Möglichkeiten sind strittig. Auch untereinander sind sich die Vertreter der verschiedenen alternativen Heilmethoden von Ayurveda über TCM bis Yoga nicht immer grün. Patienten, denen die Schulmedizin nicht (mehr) helfen kann, setzen oft viel Hoffnung in alternative Behandlungen. Der Durchblick ist wegen des zunehmend größeren Angebots nicht einfach. Der Arzt und Journalist Michael Prang stellt in einem Taschenbuch-Ratgeber „die 44 interessantesten alternativen Methoden“ vor. Ohne Vorurteile, wie er sagt, und nicht ohne Sympathie, denn die Scheuklappen der Schulmedizin lehnt er ab, durchleuchtet Prang die alternativen Heilmethoden, zeigt, wann einige helfen können und wann sie das Vertrauen des Patienten missbrauchen. Dabei plädiert er für einen offenen, situationsabhängigen



Einsatz von Schul- und Alternativmedizin. Vor manchen Methoden freilich warnt er ganz deutlich. Prang, der als „Morning Doc“ im SAT-1-Frühstücksfernsehen bekannt wurde, und mit Titeln wie „Vegetarier leben länger – Die 101 größten Gesundheitsirrtümer“ und „Die 77 größten Fitness-Irrtümer“ zum Bestseller-Autor avancierte, hat auch seinem jüngsten Ratgeber wieder eine Liste der größten Irrtümer (diesmal sind es 22) beigelegt. Ein exzellenter Ratgeber, der weit über das Feld der Alternativmedizin hinausgeht.

*Michael Prang: Alternativmedizin.
2014. 256 Seiten, 14,95 Euro.
C.H.Beck-Verlag, München.*

SEMINARE | TAGUNGEN | KONGRESSE

■ HEALTHCARE COMPLIANCE	Fehlverhalten, neue Vorschriften zur Korruption, jüngere Rechtsprechung, Transparenz	17.–18.6.2014 Berlin	EUROFORUM Deutschland SE Postfach 11 12 34 40512 Düsseldorf	Tel.: 02 11/96 86–3577 Fax: 02 11/96 86–4040 konferenz@euroforum.com www.euroforum.de > Veranstaltungen
■ HAUPTSTADTKONGRESS 2014	Forum Gesundheitspolitik, Tag der Versicherungen, Krankenhaus, Klinik, Reha, Ärzteforum, Pflegekongress	25.–27.6.2014 Berlin	WISO S.E. Consulting GmbH Organisation: Agentur WOK Palisadenstraße 48 10243 Berlin	Tel.: 0 30/49 85 50–0 Fax: 0 30/49 85 50–40 schulz@agentur-wok.de www.hauptstadtkongress.de
■ FACHKONGRESS GESUNDHEIT UND VERSORGUNG	Krankenversicherungsmarkt, Routinedaten, Arzneimittelmarkt, bundesweite Register, Datenschutz	1.–2.7.2014 Leipzig	Gesundheitsforen Leipzig GmbH Hainstraße 16 04109 Leipzig	Tel.: 03 41/9 89 88–332 maeder@gesundheitsforen.net www.gesundheitsforen.net/fachkongress
■ 13. EUROPÄISCHER GESUNDHEITSKONGRESS	Hausarztverträge, qualitätsorientierte Vergütung, Flexibilisierung der GKV-Beitragsätze	30.9.–1.10.2014 München	WISO S.E. Consulting GmbH Organisation: Interplan AG Landsberger Straße 155 80687 München	Tel.: 0 89/54 82 34 50 Fax: 0 89/54 82 34 43 info@gesundheitskongress.de www.gesundheitskongress.de
■ BETRIEBLICHES GESUNDHEITSMANAGEMENT	Politische und rechtliche Rahmenbedingungen, Initiativen der Krankenkassen, neue Konzepte	29.–30.10.2014 Köln	MCC – The Communication Company Scharnhorststraße 67a 52351 Düren	Tel.: 0 24 21/1 21 77–0 Fax: 0 24 21/1 21 77–27 mcc@mcc-seminare.de www.mcc-seminare.de

Autobiografie Mit Vorurteilen über Autismus aufräumen

Der Schauspieler Dustin Hoffmann hat das Bild vom Autismus geprägt: Als Rain Man verfügt er im Umgang mit Zahlen über bemerkenswerte Fähigkeiten, aber scheitert im Alltag an kleinsten Hürden, weil er starr an Routinen festhalten muss. Der Film kam vor mehr als 25 Jahren in die Kinos, doch heute noch ist das Wissen über Autismus ausbaufähig. Einen guten Beitrag zum Verständnis dieser Störung der Wahrnehmung und Informationsverarbeitung, die mit beeindruckenden Begabungen und schwer-



wiegenden Einschränkungen verbunden sein kann, liefert Naoki Higashida. Er hat als 13-Jähriger in 58 Fragen und kurzen, prägnanten Antworten erklärt, warum er als Autist anders reagiert als sein Umfeld es von ihm erwartet. Dabei räumt er mit Vorurteilen auf, wie etwa der Meinung, dass Autisten keine tiefgehenden, komplizierten Gefühle entwickeln können. „Eingesperrt in einen Körper, der nicht tut, was wir wollen, sitzen wir da mit Gefühlen, die wir nicht ausdrücken können. Deshalb ist unser Alltag ein ständiger Überlebenskampf“, so der 1992 geborene Japaner, dessen

Buch Christel Dormagen nun vom Englischen ins Deutsche übersetzt hat. „Die Hindernisse, die durch uns entstehen, kommen nicht daher, dass wir egoistisch oder eingebildet sind“, so der Autor. Er kommuniziert über eine Papp-tastatur, mit deren Hilfe er Wörter buchstabiert. Er bringt auf wenigen Seiten unmissverständlich zum Ausdruck, was Autismus für ihn bedeutet. Das ist keine wissenschaftliche Abhandlung, aber umso mehr geeignet, das Bild vom Autismus zu erneuern und zu vervollständigen.

Naoki Higashida: Warum ich euch nicht in die Augen schauen kann.
2014. 158 Seiten, 12,99 Euro.
Rowohlt Verlag, Reinbek.

Gen-Diagnostik Vergütung nicht klar geregelt

Gen-Untersuchungen spielen in der medizinischen Diagnostik eine immer größere Rolle. Für die Krankenkassen stellt sich deshalb immer häufiger die Frage, wann sie diese Untersuchungen bezahlen dürfen oder müssen. Stefan Huster, Professor für Sozial- und Gesundheitsrecht an der Ruhr-Universität Bochum hat dazu bereits vor einem Jahr ein Gutachten erstellt. Ausführlich behandelt er das Thema jetzt auch in einer Publikation in



der Reihe „Bochumer Schriften zu Sozial- und Gesundheitsrecht“. Ob Gen-Untersuchung Pflichtleistungen sind, hängt nach seinen Ausführungen von Art und Kontext der jeweiligen Tests ab. Detailliert widmet sich Huster den Problemen bei neuen genetischen Untersuchungen, die der Therapieplanung im Rahmen der

sogenannten Personalisierten Medizin dienen, sowie Fällen, in denen die Kassen eine Therapie zahlen, aber nicht die Gen-Diagnostik im Vorfeld.

Stefan Huster, Sina Gottwald:
Die Vergütung genetischer Diagnostik in der GKV.
2013. 72 Seiten, 19 Euro.
Nomos-Verlag, Baden-Baden.

Zeitschriftenschau

■ Pflegekammern verursachen mehr Bürokratie und Kosten

Die Errichtung von Pflegekammern ist in der Diskussion. Dr. Florian Bauchhage-Hoffer, Geschäftsführer des Arbeitgeberverbands Pflege, bezweifelt den Nutzen solcher Kammern. Sie würden die Berufsbedingungen für Pflegekräfte nicht verbessern. Es sei Aufgabe des Staates, das Berufsrecht zu erlassen und für die Qualitätssicherung zu sorgen. Pflegekammern würden nur zu mehr Bürokratie und höheren Kosten führen. Das ginge am Ende zulasten der Pflegekräfte, die den Kammern beitreten müssten und sich nicht gegen die Beitragszahlungen wehren könnten.

Gesundheit und Pflege (GuP) 1/2014, Seite 6–12

■ Fehlerhafte Medikamentenabgabe: Frage der Beweislast ist offen

Eine grob fehlerhafte Medikamentenabgabe durch einen Apotheker, die auf einer offensichtlich falschen ärztlichen Verordnung beruht, kann dazu führen, dass Apotheker und Arzt als Gesamtschuldner haften. Florian Gothe und Ilona Koppermann, Wissenschaftliche Mitarbeiter an der Universität Marburg, beleuchten die zivilprozessualen Folgen, wenn einer der Schuldner die Schadensersatzansprüche des Geschädigten erfüllt. Es sei nicht klar, wer in einem solchen Fall die Beweislast hat. Es bleibe abzuwarten, ob für diese Fälle beim Gesamtschuldnerausgleich eine Beweislastumkehr gesetzlich geregelt werde.

Medizinrecht (2014) 32, Seite 90–94

■ Sozialversicherungswahl: Abstimmung via Internet erhöht Beteiligung

Alle sechs Jahre gibt es Sozialversicherungswahlen. Die Wahlbeteiligung war bislang sehr gering. Im Jahr 2011 wählten nur rund 30 Prozent der Stimmberechtigten ihre Vertreter in der Selbstverwaltung. Nach Ansicht der Juristin Anna Kahlert würde eine Wahl via Internet die Beteiligung erhöhen und so die demokratische Legitimation der Selbstverwaltung steigern. Rechtlich könnten Internetwahlen grundsätzlich vorgesehen werden. Verfassungsrechtliche Gründe sprächen nicht dagegen. Es seien aber konkrete Verfahrensvorschriften zu erlassen und individuelle Zugangsdaten einzurichten.

Neue Zeitschrift für Sozialrecht 2/2014, Seite 56–61

■ Arzthonorare: Frist für Rückforderung ist begrenzt

Welche Fristen bei Honorarrückforderungen der Kassenärztlichen und -zahnärztlichen Vereinigungen gegenüber Vertrags(zahn)ärzten gelten, untersuchen die Rechtsanwältinnen Dr. Christoff Jenschke und Dr. Ralf Großböling. Nach gängiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sei eine Honorarberichtigung innerhalb von vier Jahren möglich. Allerdings könnte diese Ausschlussfrist gehemmt werden, beispielsweise durch präzise Vorbehalte in den Honorarbescheiden. Die Vertrags(zahn)ärzte müssten allerdings nach Ablauf eines gewissen Zeitraums vor Rückforderungen geschützt sein, so die beiden Rechtsanwältinnen. Aus Gründen des Vertrauensschutzes sei es erforderlich, die maximale Hemmungsdauer auf zehn Jahre zu beschränken.

Neue Zeitschrift für Sozialrecht 5/2014, Seite 161–166

Teilerfolg im Kampf gegen HIV/Aids

In Deutschland leben Menschen mit HIV heute fast so lange wie Nichtinfizierte. Dies sei auch der Behandlung in Schwerpunktpraxen zu verdanken, meint **Robin Rösenberg**. Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung dürfe die Standards nicht aufweichen.

Auf Kongressen diskutieren Experten Fortschritte in der Behandlung von HIV und Aids. Sogar die Heilung der Immunschwächekrankheit scheint nicht mehr unmöglich. So berichten US-Forscher von einem kleinen Mädchen, das sich bei der Geburt bei seiner HIV-infizierten Mutter angesteckt hatte. Drei Jahre später braucht es keine Medikamente mehr – das Mädchen gilt als „funktionell“ geheilt. Schlüssel zum Erfolg: Offenbar ein rascher Therapiebeginn nach einer sehr frühen Diagnosestellung. Diese Erfolge machen Mut.

Sie dürfen aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass es bis zu einer „sterilen“ Heilung, also der vollständigen Entfernung der Viren aus dem Körper, noch 15 oder 20 Jahre dauern kann. Im Falle des Babys in den USA war die schnelle Diagnose wichtig. Leider ist dies nicht der Regelfall: Schätzungen zufolge kommen 40 Prozent der HIV-Diagnosen in Deutschland so spät, dass die Therapie teils erheblich schwieriger und die Prävention konterkariert wird.

Begleiterkrankungen nehmen zu. Für die große Mehrheit der HIV-Patienten bleibt eine lebenslange Therapie der Regelfall. Glücklicherweise entspricht ihre Lebenserwartung heute fast dem Durchschnitt. Aber: Vor welchen Herausforderungen – medizinisch und sozial – stehen wir bei den zunehmend älteren HIV-Infizierten in Zukunft? Schon jetzt zeigt sich: Komorbiditäten nehmen gerade bei älteren HIV-Patienten zu, etwa Tumor- sowie Organerkrankungen. Zum Teil gibt es ernste Wechselwirkungen zwischen bestimmten HIV-Therapien und anderen Begleitmedikamenten. Bei vielen Patienten treten zudem Unverträglichkeiten und Resistenzen auf. Der Arzt ist als Spezialist wie als Generalist in hohem Maße gefordert, mit dem Patienten zusammen langfristig den Therapieerfolg zu

sichern. Oft ist er auch eine Art Anwalt für HIV-Infizierte: Im übrigen Gesundheitswesen kommen Diskriminierung und Zurückweisung leider immer noch vor.

Qualitätsvereinbarung als Meilenstein. Laut Angaben des Robert Koch-Instituts lebten in Deutschland Ende 2012 etwa 78.000 Menschen mit einer HIV-Infektion – doppelt so viele wie Mitte der 1990er Jahre. Die Behandlung erfolgt überwiegend ambulant in spezialisierten HIV-Schwerpunktpraxen und Klinikambulanzen. Qualität der Versorgung und Erreichbarkeit können sich auch im internationalen Vergleich sehen lassen. Bei fast 85 Prozent der Patienten ist die Viruslast unterhalb der Nachweisgrenze. Das heißt, sie können nicht nur ein weitgehend normales Leben führen, sondern auch ihre Sexualpartner sind geschützt. Diese erfreulichen Ergebnisse sind nicht nur auf verbesserte ärztliche Strukturen, vertiefte medizinische Erkenntnisse und Innovationen bei Arzneimitteln, sondern auch auf die Gemeinsame Selbstverwaltung zurückzuführen. 2009 einigten sich die Partner des Bundesmantelvertrages auf eine Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids nach Paragraph 135 Abs. 2 Sozialgesetzbuch V. Diese war ein Meilenstein: Sie stellt Erfahrung und Qualifikation der Ärzte sicher und garantiert eine dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende leitliniengerechte Behandlung. Menschen mit HIV/Aids qualitätsgesichert in ambulanten Schwerpunktpraxen zu behandeln, hat sich als sinnvoller Ansatz erwiesen.

Verbesserung ist möglich. Abzuwarten bleibt, was die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) mit sich bringt, die gegenwärtig im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) beraten wird. Interdisziplinarität und sektorenübergreifende Zusammenarbeit zeichnen die HIV-Behandlung schon heute aus. Maßgeblich wird sein, welche konkreten Anforderungen der GBA festlegt: Je nach Ausgestaltung ist eine weitere Optimierung möglich, etwa bei einer noch engmaschigeren Betreuung. Wahrscheinlich wird die ASV nur einen kleinen Teil der Patienten betreffen.

Deshalb ist es wichtig, dass die Regelversorgung nicht negativ tangiert wird. Die ASV darf nicht zu einem Aufweichen der heutigen Versorgungsstandards führen. Denn bis zur Heilung von HIV und Aids ist es noch ein weiter Weg. ■

Robin Rösenberg ist Geschäftsführer der Deutschen Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter e. V. (dagnä). **Kontakt: Ruesenberg@dagnae.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, vormals DOK,
erstmals erschienen: 1914

Herausgeber	AOK-Bundesverband
Redaktion	Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin Telefon: 0 30 2 20 11-0 Telefax: 0 30 2 20 11-105 E-Mail: gug-redaktion@kompart.de www.kompart.de
Chefredakteur Artdirection Chefin vom Dienst Chefreporter Verantw. Redakteurin Redaktion	Hans-Bernhard Henkel-Hoving Anja Stamer Gabriele Hilger Thomas Hommel Änne Töpfer Burkhard Rexin (ständiger Autor)
Titel	Alexander Mak/shutterstock
Verlag	KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, 10178 Berlin, AG Berlin-Charlottenburg HRA 42140 B Postanschrift: wie Redaktion
Marketing Vertrieb	KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin Telefon: 0 30 2 20 11-0 Telefax: 0 30 2 20 11-105
Repro und Druck	Buch- und Offsetdruckerei H. Heenemann GmbH & Co. KG Berlin
Anzeigen	KomPart Verlagsgesellschaft mbH Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin Telefon: 0 30 2 20 11-0 Telefax: 0 30 2 20 11-105 Ansprechpartner: Christian Lindenberg, Telefon: -161 Verantwortlich für den Anzeigenteil: Werner Mahlau

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

Es gilt die Anzeigen-
preisliste Nr. 16
vom 1.1.2014
ISSN 1436-1728



G+G 3/2014

Planen ohne Grenzen

Föderaler Flickenteppich ohne Webmuster?

Die Übersicht über den Stand der Entwicklung bei den Landesgremien zur Bedarfsplanung hat mich auf der einen Seite begeistert. Erstmals liegt ein Überblick zu einem neuen gesundheitspolitischen Instrument vor, das die Bundesländer im Zusammenhang mit dem Landärztegesetz vehement eingefordert hatten. Auf der anderen Seite stimmt mich die G+G-Deutschlandkarte zu den Landesgremien nachdenklich. Sind die Unterschiede in der Zusammensetzung der Gremien nun Ausdruck föderaler Vielfalt oder ein Beleg für einen föderalen Flickenteppich ohne Webmuster? Während in Schleswig-Holstein offenkundig „alle“ gesundheitspolitischen Akteure irgendwie mitsprechen und wohl auch mitentscheiden können, scheint in anderen Bundesländern das Interesse an den Landesgremien gegen Null zu tendieren. Auch mehr als zwei Jahre nach Inkrafttreten des Versorgungsstrukturgesetzes gibt es beispielsweise in Niedersachsen offenkundig keine Ambitionen, den gesetzlichen Möglichkeiten in punkto Landesgremium Taten folgen zu lassen. Bei allem Verständnis für eine gründliche Vorbereitung und eine demokratische Diskussionskultur: Es hat einfach in vielen Ländern viel zu lange gedauert, bis die neuen Landesgremien zustande gekommen sind. Wer sich so wenig interessiert zeigt, darf sich bei gesundheitspolitischen Debatten auf Bundesebene nicht

wundern, wenn Zentralisten in Berlin das Gebaren der Bundesländer einfach nicht ernst nehmen und damit letztlich der ohnehin schmale gesundheitspolitische Spielraum für die Bundesländer auf Dauer noch kleiner wird. Spätestens bei der anstehenden Debatte um die Neuordnung der Krankenhauslandschaft werden das so manche Schlafwandler in so mancher Landeshauptstadt zu spüren bekommen.

B. G., Offenburg

G+G 4/2014

Spektrum: Flache Hierarchien fördern Ärztinnen

BMG kein Sponsor

In dem Artikel heißt es, das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) sei Sponsor des Bundeskongresses Gender-Gesundheit in Berlin gewesen. Dies ist nicht richtig. Der Kongress wird bislang ausschließlich durch Sponsoren, persönlichen Arbeits- und Finanzeinsatz und durch Teilnehmerbeiträge finanziert. Gerade im Gesundheitswesen müssen geschlechterspezifische Aspekte auf allen Ebenen (Medizin, Ausbildung, Versorgungsstrukturen) noch viel stärker ins System miteinbezogen werden, um auch künftig eine maximale und zielgruppen-gerechte Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Unter diesen Vorzeichen wird der „3. Bundeskongress Gender-Gesundheit“ voraussichtlich am 5. und 6. März 2015 in Berlin stattfinden.

Dr. M. K., Präsidentin Bundeskongress Gender-Gesundheit, Berlin

BECKs Betrachtungen



„Wenn sie nicht mehr Helikoptereltern sein können, denken meine Eltern an eine Karriere als Superdrohnen.“



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

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

Ist die neue Pille auch die bessere?

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

The New York Times



Ja, ich bestelle ...



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

Marcia Angell **Der Pharma-Bluff**

Wie innovativ die Pillenindustrie wirklich ist

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

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

(zzgl. 2,50 Euro Verpackung und Versand)

Lieferung gegen Rechnung per Bankeinzug

Vor- und Zuname

Straße, Haus-Nr.

PLZ

Ort

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.



AOK

Die Gesundheitskasse.



Gesunde
Kinder
gesunde
Zukunft

Die besten Tipps für eine gesunde Kindheit

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

Gesundheit in besten Händen

www.aok.de/familie