



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

PRAXISASSISTENZ
Männer erobern Frauendomäne

KREBSVORSORGE
Studie listet Lücken auf



PHARMAMARKT

Teure Patente

Was sind neue
Pillen wirklich wert?

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
Pressereferent: Nils Franke

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

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

AOK BADEN-WÜRTTEMBERG

Hauptverwaltung
Pressesprecher: Kurt Wesselsky

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

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

AOK BAYERN – DIE GESUNDHEITSKASSE

Zentrale
Pressesprecher: Michael Leonhart

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

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

AOK BREMEN/BREMERHAVEN

Pressesprecher: Jörn Hons

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

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

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN

Direktion
Pressesprecher: Ralf Metzger

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

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

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR NIEDERSACHSEN

Direktion
Pressesprecher: Carsten Sievers

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

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

AOK NORDOST – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecherin: Gabriele Rähse

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

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

Region Mecklenburg-Vorpommern
Pressereferent: Markus Juhls

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

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

AOK NORDWEST – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: Jens Kuschel

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

Tel. 0231/4193-10145

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

Tel. 0431/605-21171

AOK RHEINLAND/HAMBURG – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: André Maßmann

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

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

Region Hamburg: Pressesprecherin Antje Meyer

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

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

AOK RHEINLAND-PFALZ/SAARLAND – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressereferent: Jan Rößler

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

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

AOK PLUS – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR SACHSEN UND THÜRINGEN

Pressesprecherin: Hannelore Strobel

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

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

Sitz Erfurt
Stellvertretender Pressesprecher: Jürgen Frühauf

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

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

AOK SACHSEN-ANHALT – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: Andreas Arnsfeld

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

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

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

www.aok-presse.de

AOK
Die Gesundheitskasse.

Streber beim Schulessen

Salatbuffets und kostenlose Getränke gehören in immer mehr Schulen zum Standard, sagt Bundesernährungsminister **Christian Schmidt**. Er startet Initiativen, um Vielfalt und Qualität des Speisenangebots weiter zu verbessern.

Ernährung ist die tägliche Basis für unsere Gesundheit und unser Wohlbefinden. In einer aktuellen Umfrage des Bundesernährungsministeriums haben 97 Prozent der Verbraucher angegeben, das Thema Lebensmittel sei ihnen wichtig oder sehr wichtig. Allerdings gelingt es 45 Prozent nur manchmal oder selten, sich gesund und ausgewogen zu ernähren – und das liegt in den meisten Fällen an einem Mangel an Zeit.

Für Kinder und Jugendliche ist es von großer Bedeutung, eine Esskultur zu erleben, die eine abwechslungsreiche und gesunde Ernährung zum Ziel hat und in der Lebensmittel wertgeschätzt werden. Da ist ein Stück Kultur verloren gegangen. Kinder sollten früh lernen, wie einfach und wichtig gesunde Ernährung ist. Sie müssen verstehen, woher Lebensmittel kommen und lernen, dass ein Schnitzel mal ein Schwein war. Aus diesem Grund sind junge Menschen die wichtigste Zielgruppe unserer Aktivitäten im Rahmen von „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“. Neben den Familien sind Schulen als Lebens- und Erfahrungsräume der ideale Ort für die Auseinandersetzung mit Lebensmitteln und gesundem Essen. Wer die Schule verlässt, sollte das Einmaleins der Ernährung kennen: von den Grundlagen über die Essenszubereitung bis hin zu den Hintergründen der Lebensmittelproduktion. Dadurch werden die Schülerinnen und Schüler für den Wert der Lebensmittel sensibilisiert. Angesichts der vielen Tonnen genießbarer Lebensmittel, die jedes Jahr im Haushaltsmüll landen, ist das ein sehr wichtiges Thema. In der Gesundheits- und Ernährungsbildung tragen wir alle Verantwortung, unseren Kindern das bestmögliche Rüstzeug mit auf den Weg zu geben.

Ernährungsbildung und Ernährungspraxis sind dabei zwei Seiten derselben Medaille. Eine gute Schulverpflegung wird in Zeiten zunehmender Ganztagsbetreuung für Kinder und Jugendliche immer wichtiger. Im vergangenen Jahr habe ich in

**Wer die Schule verlässt,
sollte das Einmaleins
der Ernährung kennen.**

Berlin eine Qualitätsoffensive für gesundes Schulessen ausgerufen und für eine gemeinsame Strategie von Bund, Ländern, Kommunen und Schulen geworben. Mit Experten aus Politik, Wissenschaft und Schulverwaltung, mit Lehrern, Elternvertretern und Schülern sowie Caterern haben wir Handlungsempfehlungen für die Zukunft der Schulverpflegung entwickelt. So machen wir Deutschland beim Schulessen im positiven Sinne zum Streber, der bundesweit Bestnoten erzielt. Vorrangig gilt es, verbindliche

Qualitätsstandards zu verankern und Mechanismen zur Qualitätskontrolle zu etablieren. Die Ergebnisse der bislang größten Studie zur Qualität der Schulverpflegung in Deutschland, die ich in Auftrag gegeben habe, zeigen, dass sich in den letzten Jahren

vieles verbessert hat: Salatbuffets und kostenlose Getränke zum Essen gehören in immer mehr Schulen zum Standard. Und vor allem in weiterführenden Schulen haben die Schülerinnen und Schüler mehr Auswahl als früher. Insgesamt geben die über 12.000 befragten Schülerinnen und Schüler dem Schulessen die Durchschnittsnote 2,5 im Primar- und 2,6 im Sekundarbereich.

Die Umfrage zeigt, dass Schüler das Mittagessen durchaus wertschätzen und gerne Neues ausprobieren. Dennoch sind die Herausforderungen nach wie vor groß. Die Vielfalt des Angebots und die Qualität des Schulessens können häufig noch deutlich verbessert werden. Wir brauchen mehr moderne Speisenpläne und zugleich mehr Mitsprachemöglichkeiten für die Schülerinnen und Schüler. Als einen sichtbaren Beitrag dazu lobe ich einen Schülerwettbewerb rund um gesundes und leckeres Schulessen aus. Die besten Ideen und das größte Engagement gewinnen: Wer macht mit in der Kantine, wer hat innovative Vorschläge für den Speisenplan, wer meldet sich freiwillig als Mensa-Tester?

Es ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, für eine bessere, gesündere Esskultur zu sorgen. Wir sollten sie gemeinsam zu unserem Leib- und Magensthema machen. ■



Christian Schmidt, geboren 1957, ist seit Februar 2014 Bundesminister für Ernährung und Landwirtschaft. Der CSU-Politiker stammt aus einer fränkischen Bäckerfamilie. Schmidt studierte Jura in Erlangen und Lausanne. Seine politische Karriere begann 1974 mit dem Eintritt in die Junge Union, in der er regionale Führungspositionen übernahm. Er ist Mitglied des Parteivorstandes der CSU und seit 1990 Bundestagsabgeordneter. Christian Schmidt ist verheiratet und hat zwei Töchter.

Kontakt:
pressestelle@bmel.bund.de

Ein Job für echte Kerle



H.-B. Henkel-Hoving,
Chefredakteur

Für die Ministerin ist die Sache klar: „Es müssen möglichst viele Männer für den Pflegeberuf gewonnen werden.“ Anders sei dem Nachwuchsproblem in der Krankenpflege nicht beizukommen, so die Bundespolitikerin.

Was sich wie ein aktuelles Statement aus Berlin anhört, stammt tatsächlich aus dem Jahr 1969. Gesundheitsministerin Käte Strobel hatte in einem Interview mit der Wochenzeitung „Die Zeit“ Stellung bezogen zum Personalmangel in den Krankenhäusern. Damals waren etwa zehn Prozent der Krankenpflegekräfte Männer, heute sind es nur wenig mehr – kein großer Fortschritt.

Umso wichtiger sind Initiativen wie der „Boys’Day“, an dem Jungen in typische Frauenberufe hineinschnuppern können. Denn während beim Medizinstudium mittlerweile mehr als 60 Prozent der Studienanfänger junge Frauen sind, sind weniger als zwei Prozent aller Medizinischen Fachangestellten – wie der Beruf der Arzthelferin seit einigen Jahren völlig zu Recht heißt – Männer.

Zwei von ihnen hat mein G+G-Kollege Thomas Hommel zusammen mit Fotograf Marc-Steffen Unger in Neustadt am Rübenberge getroffen. René Ney (32) und Jan Vormeister (21) sind dort in einer Diabetologischen Schwerpunktpraxis tätig, organisieren Praxisabläufe, helfen bei der Anamnese, messen Blutzuckerwerte und beraten Patienten bei Ernährungsfragen. Thomas Hommel: „Ein spannender Job für echte Kerle.“ Der Atmosphäre im 18-köpfigen **Praxisteam tut die Mischung aus Männlein und Weiblein offenkundig ebenfalls gut:** Im Umkleideraum fürs Personal stehen Frauen-Ballerinas und Männer-Turnschuhe jedenfalls einträchtig nebeneinander.



Jungs mit Seltenheitswert: G+G-Reporter Thomas Hommel (2.v.l.) im Gespräch mit Praxischef Dr. Olaf Ney (l.) und den Arzthelfern René Ney (r.) und Jan Vormeister.

Eine anregende Lektüre wünscht Ihnen

MAGAZIN

12 STAATSDIENER IM ZWANGSKORSETT

Raus aus der privaten und rein in die gesetzliche Krankenversicherung ist für Beamte kaum möglich. Die Beihilfe steht einem Wechsel im Weg.

Von Klaus Jacobs

14 SCHRITTMACHER FÜR DIE KLINIKQUALITÄT

Die Qualität der stationären Behandlung lässt sich messen und verbessern. Welche Verfahren sich dafür eignen, erläuterten Experten auf einem Kongress.

Von Maria Sinjakowa

16 PFLEGE MIT AUSSICHT

Die geplante neue Pflegebegutachtung ist machbar. Davon gingen Fachleute aus Pflege und Wissenschaft auf einem Forum in Bayern aus.

Von Ralf Breitgoff

17 IMPULSE FÜRS VERGÜTUNGSSYSTEM

Unikliniken beklagen, nicht genug Geld für ihre hochspezialisierten Aufgaben zu bekommen. Der neue Extremkostenbericht belegt etwas anderes.

Von Patrick Garre

18 LICHTBLICK IN SCHWEREN ZEITEN

Familien mit schwerkranken Kindern brauchen vielfältige Hilfe. Das Team Lichtblick steht Eltern und Geschwistern mit Rat und Tat zur Seite.

Von Thomas Hommel

19 „HIER PASSIERT ETWAS SCHÖNES“

Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen können in einem Frankfurter Kunstmuseum selber zu Farbe und Pinsel greifen. Das wirkt sich positiv auf ihre Lebensqualität aus, sagt Psychologin Valentina Tesky.

TITEL

20 PILLEN AM ENDE DER PREISSPIRALE

Jährlich steigen die Arzneiausgaben um viele Milliarden Euro. Legt die Politik die Wirtschaftlichkeitsprüfung ad acta, ist der Kostenschub nur schwer zu bremsen.

Von Sabine Richard

28 „KEINE FANTASIEPREISE FÜR NEUE ARZNEIEN“

Bei neuen Medikamenten stimmt das Preis-Leistungs-Verhältnis oft nicht, sagt Wolf-Dieter Ludwig. Der Arzneimittel-Experte fordert, teure Spezialpräparate einer Kosten-Nutzen-Bewertung zu unterziehen.

THEMEN

30 LÜCKEN BEI DER KREBSVORSORGE

Je nach Wohnort gehen Patienten mehr oder weniger häufig zur Früherkennung. Ein wesentlicher Grund dafür ist die regional ungleiche Verteilung der Ärzte.

Von Verena Vogt und Leonie Sundmacher

36 ALLEIN UNTER FRAUEN

Medizinische Fachangestellte zu sein, ist nicht bloß was für Frauen. In einer niedersächsischen Arztpraxis gehen zwei junge Männer in diesem Beruf auf.

Von Thomas Hommel (Text) und Marc-Steffen Unger (Fotos)

RUBRIKEN

- 9 **Rundruf** Bedarfsplanung: Gut verteilte Ärzte?
- 11 **Kommentar** Ärztliche Schweigepflicht: Ein Restrisiko bleibt
- 42 **Recht** Datenschutz: Private Arztanschrift ist tabu
- 44 **AOK-Notizen** Aktuelles aus Bund und Ländern
- 46 **Service** Bücher, Termine und mehr
- 48 **Debatte** Bestechlichkeit: Sanktionen sichern Patientenwohl
- 49 **Nachlese** Briefe an die Redaktion
- 49 **Impressum** Wer steckt hinter G+G?
- 50 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen



20

Arzneimittelpreise:
Welche Rezepte gegen den
Ausgabenanstieg wirken



36

Reportage: Was Jan Vormeister
während seiner Ausbildung zum
Arzthelfer erlebt

30

Versorgungsforschung:
Warum Patienten nicht zur
Krebsfrüherkennung gehen



MARKTFORSCHUNG

Web gibt Impuls zur Selbstmedikation

Ärzte und Apotheker sind für knapp jeden dritten Verbraucher (30 Prozent) in Deutschland maßgeblich, wenn es um eine Kaufentscheidung für ein rezeptfreies Präparat zur Selbstmedikation – ein sogenanntes Over-the-counter (OTC)-Arzneimittel – geht. Das Internet spielt jedoch eine wachsende Rolle. Bereits bei sieben Prozent der Bundesbürger liefern Informationen aus dem Web den ersten Impuls für den Kauf von OTC-Produkten. Das sind Ergebnisse der Studie „Customer Journey für OTC Produkte“ des Marktforschungsinstituts YouGov, das 2.047 Verbraucher befragte. ■

KOMMUNIKATION

Mamma-Screening besser erklären

Frauen sollen künftig umfangreichere Informationen über Nutzen und Risiken des Brustkrebs-Screenings – die Mammografie – erhalten. Seit 2009 ist die Untersuchung zur Früherkennung von Brustkrebs in Deutschland flächendeckend vorgesehen. Alle zwei Jahre bekommen Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren dafür eine Einladung sowie eine Info-Broschüre. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) beauftragt, diese Texte zu überarbeiten sowie eine Entscheidungshilfe zu erstellen. Erste Entwürfe für Einladung und Broschüre hat das Institut jetzt veröffentlicht. Die neuen Texte stützen sich auf Ergebnisse aus Übersichtsarbeiten zur



Das Internet spielt bei der Entscheidung über rezeptfreie Pillen für sieben Prozent der Bundesbürger eine wichtige Rolle.

Mammografie. Das IQWiG testete die Textentwürfe in einer Online-Befragung unter 1.000 Frauen im Alter zwischen 45 und 70. Die Mehrzahl der Befragten empfand die Informationen als verständlich und hilfreich. Bis zum Herbst will das IQWiG eine Entscheidungshilfe vorlegen. ■

INFEKTIONEN

Hohe Impfquote schützt vor Masern

Impfungen können laut WHO vor gefährlichen Infektionskrankheiten wie Masern oder Röteln schützen. Die Krankheitserreger sollten auf Dauer ausgerottet werden, hieß es anlässlich der Europäischen Impfwoche. Auch das Robert Koch-Institut rief dazu auf, die Impfquoten gerade bei den Standardimpfungen gegen Masern, Mumps und Röteln zu verbessern. Ausbrüche wie die Masernwelle in Berlin ließen sich erst verhindern, wenn mindestens 95 Prozent der Bevölkerung gegen das Virus immun seien. ■

IGA-REPORT

Mit Prävention sinken Fehlzeiten

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) zahlt sich aus: Laut der Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) sinken krankheitsbedingte Fehlzeiten mithilfe von BGF-Programmen um durchschnittlich ein Viertel. Jeder investierte Euro bringt demnach 2,70 Euro Plus durch einen geringeren Krankenstand. Beschäftigte profitierten von besserer körperlicher und psychischer Verfassung. Für den iga.Report 28 wurden 2.400 Studien mit Blick auf das Kosten-Nutzen-Verhältnis von BGF analysiert.

Träger der Initiative sind der AOK-Bundesverband, der BKK-Dachverband, die Deutschen Gesetzliche Unfallversicherung und der Verband der Ersatzkassen. ■

MEHR INFOS:

www.iga-info.de >

Veröffentlichungen

GLOBALE GESUNDHEIT

Sofortprogramm für Afrika

Deutschland will Afrika mit einem Sonderprogramm in Höhe von 200 Millionen Euro beim Aufbau der Gesundheitsversorgung unterstützen. Allein der Staat Liberia soll zwölf Millionen Euro erhalten. Dies teilten Gesundheitsminister Hermann Gröhe und Entwicklungsmi- nister Gerd Müller nach einer viertägigen Afrikareise im April mit. Die Politiker informierten sich über den Stand der Ebola-Epidemie, die Afrika besonders schwer getroffen hat. „Der Ebola-Ausbruch hat einmal mehr gezeigt, dass Gesundheit global gedacht werden muss. Deshalb wird es auch im Rahmen der G7-Präsidentschaft darum gehen, Lehren aus der Ebola-Epidemie zu ziehen.“ Die Gesundheitssysteme vor Ort müssten so gestärkt werden, dass sie im Falle von Epidemien besser gewappnet seien. ■

kurz & bündig

+++ DROGEN: Laut Bundeskriminalamt starben vergangenes Jahr 1.032 Menschen wegen Drogenkonsums, drei Prozent mehr als 2013. Auch die Zahl der Toten durch künstliche Drogen – Legal Highs – und andere synthetische Rauschmittel stieg binnen eines Jahres von fünf auf 25. **+++ GESUNDHEITSKOSTEN:** Knapp 315 Milliarden Euro gaben die Bundesbürger 2013 für Gesundheit aus. Wie das Statistische Bundesamt mitteilte, entspricht dies einem Anstieg von 12,1 Milliarden Euro (vier Prozent) im Vergleich zu 2012. **+++ DARMERKRANKUNGEN:** 266.000 Menschen waren 2013 wegen infektiöser Darmerkrankungen im Krankenhaus – doppelt so viele wie 2012, so das Statistische Bundesamt.



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.

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.

www.kompart.de/shop



KomPart
Ihr KommunikationsPartner

SELBSTVERWALTUNG
**Berlin peilt
 Pflegekammer an**

Nach Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein macht sich auch Berlin auf den Weg, eine Berufskammer für Pflegekräfte zu gründen. Laut einer von der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales initiierten Umfrage befürwortet eine Mehrheit der Pflegekräfte in der Bundeshauptstadt eine solche Institution. Insgesamt sprachen sich 58,8 Prozent für die Gründung einer Pflegekammer aus, 17,1 Prozent dagegen. Die größte Zustimmung gab es in der Berufsgruppe der Gesundheits- und Krankenpflege mit 62,2 Prozent, gefolgt von der Berufsgruppe der Kinderkrankenpflege mit 52,1 Prozent und der Altenpflege mit 49,8 Prozent. „Das

Zitat des Monats

**Was schweinish teuer ist,
 muss nicht saugut sein.**

Walter Ludin, Schweizer Theologe und Mitglied des franziskanischen Ordens der Kapuziner

klare Votum nehme ich als eindeutigen Auftrag, um die weiteren Schritte zur Gründung einer Pflegekammer zu gehen“, sagte Berlins Gesundheitssenator Mario Czaja. ■

VERHALTENSFORSCHUNG
**Aggression im
 Klassenzimmer**

Die Einstellung einer Klasse gegenüber Aggression beeinflusst, wie aggressiv sich ein-

zelne Schüler verhalten, so das Ergebnis einer Studie der Psychologen Robert Busching und Barbara Krahé von der Universität Potsdam. Sie hatten die Entwicklung aggressiven Verhaltens bei 1.321 Jugendlichen aus verschiedenen Schulen Berlins untersucht und die Ergebnisse im „Personality and Social Psychology Bulletin“ veröffentlicht. Die Schüler lasen eine Geschichte, in der ein Jugendlicher einen anderen provoziert. Sie sollten sich in den provozierten Jugendlichen hineinversetzen und angeben, wie sie aggressive Reaktionen beurteilen. Ergebnis: Je angemessener sie die Aggressionsmuster fanden, desto positiver fiel ihre Einstellung gegenüber aggressivem Verhalten aus. Dabei spielten Mädchen eine Schlüsselrolle: Akzeptierten sie das Verhalten besonders stark, verhielt sich die Klasse insgesamt aggressiver. ■

BRUSTIMPLANTATE
**Patientinnen warten
 auf Schmerzengeld**

Im Prozess um die Schmerzensgeldklage einer Frau aus der Vorderpfalz wegen minderwertiger Brustimplantate gibt es vorerst keine endgültige Entscheidung. Der Bundesgerichtshof legte stattdessen zunächst dem Europäischen Gerichtshof (EuGH) in Luxemburg mehrere Anfragen zur Auslegung europä-

ischen Rechts vor. Die Fragen betreffen Pflichten des TÜV bei der Überwachung der Implantate. Der AOK-Bundesverband reagierte mit Bedauern auf die Entscheidung. „Für die Patientinnen bedeutet die Überweisung des Verfahrens an den EuGH, dass sie weiter auf eine Entschädigung warten müssen“, sagte Vorstandsvorsitzender Jürgen Graalman. „Wir hoffen, dass nun der EuGH Klarheit schafft.“ ■

MEHR INFOS:
www.aok-bv.de > **Presse**

LEBENSMITTEL
**Küchenhygiene
 beugt Zoonosen vor**

Laut einem Bericht des Bundesinstituts für Risikobewertung ist die Zahl der Erkrankungen durch im Geflügel enthaltene Salmonellen gesunken. Die Nachweisrate von Campylobacter in Lebensmitteln und entsprechend die Zahl der gemeldeten Infektionen seien jedoch nicht zurückgegangen. Ein Vergleich der Nachweisraten bei Tieren und in Lebensmitteln zeige zudem, dass es insbesondere beim Geflügel nicht gelinge, die Kontamination der Schlachtkörper mit Zoonoseerregern, die aus der Tierhaltung stammen, zu verhindern. Trotz aller Bemühungen könnten Krankheitserreger in Lebensmitteln enthalten sein: „Die Ergebnisse unseres Berichts unterstreichen, dass die Zoonosenbekämpfung in der Tierhaltung fortgesetzt und bei der Geflügelschlachtung intensiviert werden muss“, sagte BfR-Präsident Professor Dr. Andreas Hensel. Bei der Zubereitung von Lebensmitteln sei daher auf Küchen- und Lebensmittelhygiene zu achten. ■

Köpfe und Karrieren



+++ CORNELIA PRÜFER-STORCKS, 59, ist erneut zur Hamburger Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz berufen worden. Die Sozialdemokratin trat dieses Amt erstmals im März 2011 an. Ihre politische Laufbahn begann die gelernte Redakteurin 1988 als Referentin der damaligen Staatssekretärin für die Gleichstellung von Mann und Frau in der nordrhein-westfälischen Staatskanzlei. Zwei Jahre später wurde sie Pressesprecherin des Düsseldorfer Ministeriums für die Gleichstellung von Mann und Frau und übernahm dort 1995 die Leitung der Abteilung Frauenpolitik. 1998 wurde sie stellvertretende Staatssekretärin im Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen und ein Jahr später Staatssekretärin. Zwischen 2007 und 2011 gehörte sie dem Vorstand der AOK Rheinland/Hamburg an.

+++ DIETRICH MUNZ, 63, Präsident der Psychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, hat die Präsidentschaft der Bundespsychotherapeutenkammer übernommen. Der promovierte Physiker und Psychotherapeut tritt die Nachfolge von Professor Dr. Rainer Richter an, der seit 2005 an der Spitze der Kammer stand. Dr. Munz war bislang Kammer-Vizepräsident. Dieses Amt bekleiden nun Dr. Nikolaus Melcop, niedergelassener Psychotherapeut und Präsident der Bayerischen Landespsychotherapeutenkammer, sowie der niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut Peter Lehdorfer.



Gut verteilte Ärzteschaft?

Einem kürzlich vorgelegten Faktencheck der Bertelsmann Stiftung zufolge führt die neue Bedarfsplanung in Deutschland nicht zu einer gerechteren Ärzterverteilung. Verfehlt das Landärztegesetz sein Ziel?



DR. STEFAN ETGETON, *Senior Expert bei der Bertelsmann Stiftung*: Gemessen am Ergebnis – Versorgungsunterschiede zwischen Stadt und Land zu verringern – hat das Landärztegesetz sein Ziel verfehlt: Während nur ein Viertel der Bevölkerung in Großstädten lebt, praktizieren dort weiterhin 30 bis 40 Prozent der Fachärzte. Die Hauptverantwortung trägt jedoch nicht der Gesetzgeber, sondern die Gemeinsame Selbstverwaltung auf der Bundes- und Landesebene. Das Landärztegesetz hat die notwendigen Instrumente für eine regional ausgewogene und bedarfsgerechtere Planung zur Verfügung gestellt. Die Selbstverwaltung macht davon nur praktisch keinen Gebrauch.

PROF. JOSEF HECKEN, *unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA)*: Der GBA hat eine zielgenaue und flexible Regelung zur Bedarfsplanung vorgelegt, mit der die Zulassungsmöglichkeiten in ländlichen Regionen verbessert und mit der Verteilungsprobleme in der ärztlichen Versorgung zielgerichtet angegangen werden können. Allerdings funktioniert dies nur dann, wenn auf Landesebene die vorhandenen Spielräume für eine ausgewogene und bedarfsgerechte Ausgestaltung der Versorgung auch konsequent genutzt werden. Die rechtlichen Instrumente der flexibilisierten Bedarfsplanung dafür sind jedenfalls vorhanden und sollten gezielt eingesetzt werden.



DR. ANDREAS GASSEN, *Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung*: Die beiden Aspekte gehören nicht wirklich zusammen. Bedarfsplanung ist eine Planung, nicht mehr und nicht weniger. Sie sorgt nicht dafür, dass automatisch mehr Ärzte aufs Land gehen. Insgesamt müssen die Rahmenbedingungen stimmen. Warum soll es in jedem Dorf einen Arzt geben, wenn es dort keine Einkaufsläden oder Bankfilialen mehr gibt? Kassenärztliche Vereinigungen

wie auch der Gesetzgeber haben Möglichkeiten geschaffen, um die Niederlassung auf dem Lande attraktiver zu gestalten. Doch alle Maßnahmen brauchen Zeit. Der Begriff „gerechte Verteilung“ erinnert an Planwirtschaft. Vergessen wir nicht: Arztpraxen in der Stadt versorgen auch das umliegende Land mit.

JOHANN MAGNUS V. STACKELBERG, *stellvertretender Vorstand des GKV-Spitzenverbandes*: Das Landärztegesetz hat die gesetzlichen Grundlagen für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung verbessert. Auf seiner Grundlage wurde die Bedarfsplanungsrichtlinie vom GBA umfangreich überarbeitet, wobei viele Kritikpunkte der vergangenen Jahre aufgegriffen wurden. Allerdings können weder ein Gesetz noch die Bedarfsplanung bewirken, dass sich Ärztinnen und Ärzte plötzlich bevorzugt in dünnbesiedelten ländlichen Regionen niederlassen und ihre berufliche Erfüllung in einer Tätigkeit als Landarzt sehen. Um hier die reale Situation zu verbessern, bedarf es der gemeinsamen Anstrengung aller Akteure.



ORTHOPÄDIE Handy schadet der Wirbelsäule

Die Nutzung von Smartphones und Tablet-PC hat gesundheitliche Folgen. Dazu zähle der „Handynacken“, so die Uniklinik Leipzig. Die Klinik verweist auf Untersuchungen des US-amerikanischen Forschers Kenneth K. Hansraj. Dieser hatte nach-



gung und die Hospizkultur an den Orten, an denen Menschen ihre letzte Lebensphase verbringen – sei es zu Hause, in Pflegeheimen oder in Krankenhäusern“, erklärte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe. Die Grünen kritisierten, im ambulanten Bereich, in strukturschwachen und ländlichen Regionen sowie bei der Versorgung schwerkranker Kinder und Jugendlicher existiere bislang kein flächendeckendes Angebot für Sterbenskranke. ■

MEHR INFOS:
Bundestagsdrucksache
18/4563

PSYCHOLOGIE High Heels erhöhen Hilfsbereitschaft

Frauen in Schuhen mit hohen Absätzen können offenbar schneller auf männliche Hilfe hoffen als Frauen in bequemem Schuhwerk. Zu diesem Ergebnis gelangt eine im Springer-Journal Archives of Sexual Behavior erschienene Studie von Nicolas Guéguen von der Université de Bretagne-Sud in Frankreich. Der Forscher wollte wissen, inwieweit High Heels die Hilfsbereitschaft von Männern beeinflussen. Mittels Feldstudien analysierte er den Einfluss verschiedener Schuh-typen. Er beobachtete, was geschah, wenn eine Frau in flachen Schuhen Leute bat, an einer Umfrage teilzunehmen, und ob sie dazu eher bereit waren, wenn die Fragestellerin High Heels trug. Er testete auch, ob sich die Hilfsbereitschaft veränderte, wenn dieselbe Frau – wiederum mit unterschiedlicher Absatzhöhe – einen Handschuh fallen ließ. Ergebnis: Die Hilfsbereitschaft stieg mit der Absatzhöhe. ■

gewiesen, dass vom etwa vier bis sechs Kilogramm schweren Kopf eines Erwachsenen bei einer Neigung von etwa 15 Grad – wie es beim Lesen von Mails auf dem Handy die Regel ist – ein Druck von rund 13 Kilogramm auf die Wirbelsäule ausgeht. Je weiter der Kopf geneigt werde, desto größer seien die Kräfte. Verspannungen und Wirbelschleiß seien die Folge. ■

GESETZENTWURF Politik plant bessere Palliativversorgung

Das Bundeskabinett hat den Entwurf für ein neues Palliativ- und Hospizgesetz absegnet. Es sieht den Ausbau der Versorgung sterbenskranker Menschen vor. „Wir stärken die Palliativvor-

DEMOGRAFISCHER WANDEL Altengerechte Quartiere im Film

Mit dem Altern der Gesellschaft stehen auch die Kommunen in Deutschland vor der Herausforderung, Quartiere zu schaffen, in denen alte Menschen möglichst lange in ihrer gewohnten Umgebung leben können. Gute Beispiele von Kommunen, die bereits heute in der Pflegeinfrastruktur Projekte umsetzen und in Richtung einer altengerechten Zukunft steuern, stehen im Zentrum eines Films, den das Institut Arbeit und Technik in Gelsenkirchen im Auftrag des Gesundheitsministerium in Nordrhein-Westfalen erstellt hat. Der 20-minütige Film zeigt Lösungsstrategien aus kommunaler sowie aus Sicht älterer Menschen im Kreis Mettmann, in Bocholt, Bielefeld und Leverkusen. ■

MEHR INFOS:
www.iat.eu



Beispiel Stadtteil-Café: Kommunen stellen sich auf Senioren ein.

PSYCHOSOMATIK Flüchtlinge bringen Traumata mit

Flüchtlinge, die Verfolgung und Folter ertragen mussten oder politischer Gewalt zum Opfer fielen, leiden häufig unter Posttraumatischen Belastungsstörungen. Darauf haben Experten beim Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Berlin hingewiesen. Die

Betroffenen hätten Angstzustände, fühlten sich hilflos und könnten das Erlebte nur schwer verarbeiten. „Wenn körperliche und psychische Leiden im Aufnahmeland nicht zeitnah und angemessen behandelt werden, besteht die Gefahr der Chronifizierung“, warnte Professor Dr. Johannes Kruse, Vorsitzender der Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und ärztliche Psychotherapie. ■

PFLEGEDOKUMENTATION Bürokratieabbau schreitet voran

Das Projekt zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation nimmt nach Angaben des Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung, Karl-Josef Laumann, Fahrt auf. Die ersten Schulungen zum vereinfachten Dokumentationskonzept („Strukturmodell“) seien kurz vor Ostern gestartet. Das Projektbüro will nun bis Mitte Juni dieses Jahres in insgesamt zehn Städten 650 von den Trägerverbänden benannte Experten schulen. Diese Multiplikatoren sollen ihr Wissen an die Pflegeeinrichtungen weitergeben und sie bei der Umsetzung unterstützen. Um mehr Pflegekräfte für die Teilnahme am Projekt zu gewinnen, stellt Laumann das Konzept in bundesweit 15 Veranstaltungen vor. Den Beginn machte Berlin am „Tag der Pflege“, der jedes Jahr am 12. Mai stattfindet. ■

SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH



„Der Servicegedanke hat noch mehr an Bedeutung gewonnen“

Leistung statt Preis: Der Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen hat sich zuletzt stark gewandelt. Dazu Fragen an den Verwaltungsratsvorsitzenden der AOK Niedersachsen, **Bernd Wilkening**.

G+G: Herr Wilkening, wie hat sich die Wettbewerbssituation zwischen den Krankenkassen in den vergangenen Jahren entwickelt?

WILKENING: Bis vor gut sechs Jahren haben sich die Krankenkassen in Deutschland hauptsächlich über den Beitragssatz voneinander abgehoben, also über den Preis profiliert. Mit der Einführung des einheitlichen Beitragssatzes ab Januar 2009 ist dieses Unterscheidungsmerkmal entfallen. Um sich abgrenzen zu können, hat der Servicegedanke noch mehr an Bedeutung gewonnen. Daneben haben viele Kassen zusätzliche Satzungsleistungen eingeführt.

G+G: Wie ist die AOK Niedersachsen hier aufgestellt?

WILKENING: Wir haben vor gut zwei Jahren eine Leistungsoffensive gestartet, die in der Geschichte der AOK Niedersachsen einmalig ist. Kunden werden von Kosten bei Osteopathie und Homöopathie, der professionellen Zahnreinigung, bei Reiseschutz-Impfungen und bei

Vorsorgeleistungen für junge Familie entlastet. Inzwischen haben wir so mehr als 35 Millionen Euro in die Gesundheit unserer Kunden investiert. Wir haben also nicht nur die Wettbewerbsposition gesichert.

G+G: Seit Januar 2015 können die Krankenkassen über den Zusatzbeitrag auch wieder den Preis steuern. Was bedeutet dies für die Gesundheitskasse in Niedersachsen?

WILKENING: Mit den genannten Mehrleistungen konnten wir einen Beitragssatz von nur 15,4 Prozent festlegen. Die Zukunft am Krankenkassenmarkt insgesamt wird betriebswirtschaftlich spannend. Jede Kasse muss die Variablen Preis und Leistung marktgerecht bewerten und dabei zukunftssicher planen. Für den Kunden wird ein Kassenvergleich zunehmend schwieriger. Aber es steht für mich außer Frage, dass die Versicherten in der Summe von dem verstärkten Wettbewerb profitieren.

STATISTIK

Mehr Ärzte in Praxen und Kliniken

Vergangenes Jahr arbeiteten in Deutschland rund 365.000 Mediziner. Das geht aus der Ärztestatistik der Bundesärztekammer hervor. Auch der Anteil der Klinikärzte ging erneut leicht nach oben. Mit insgesamt 186.329 (plus 5.317) liegt er derzeit bei 51 Prozent. ■

MEHR INFOS:

www.bundesaeztekammer.de > Presse

TERMINVERGABE

Hausarzt als Koordinator

Auf die Rolle der Hausärzte in der Gesundheitsversorgung hat der Deutsche Hausärzterverband anlässlich seiner Jahresversammlung hingewiesen. Angesichts einer älter werdenden Gesellschaft mit immer mehr chronisch kranken und multimorbiden Menschen brauche es die „ordnende Hand des Hausarztes“, der sich als erster Ansprechpartner bei gesundheitlichen Fragen um der Patienten kümmerere, sagte der Bundesvorsitzende des Verbandes, Ulrich Weigeldt. Eine vom Hausarzt koordinierte Behandlung mache die im Versorgungsstärkungsgesetz vorgesehenen Terminservicestellen überflüssig, die für einen schnelleren Zugang der Patienten zum Facharzt sorgen sollen. ■

EPIDEMIOLOGIE

Zahlen zur Legionärskrankheit

In Deutschland werden jährlich 600 bis 800 Fälle von Legionärskrankheit an das Berliner Robert Koch-Institut

gemeldet. Über 75 Prozent der Infektionen würden im privaten oder beruflichen Umfeld erworben, gefolgt von reiseassoziierten Fällen. Größere, durch kontaminierte Trinkwasser-Installationen ausgelöste Ausbrüche seien nicht festgestellt worden. ■

MEHR INFOS:

Bundestagsdrucksache 18/4572

GESUNDHEITSBERUFE

Reden schützt vor Fehlern

Behandlungsfehler sind laut Experten oft auf schlechte Kommunikation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen zurückzuführen. „Wenn Ärzte und Pflegefachkräfte aneinander vorbei agieren, führt das oft zu Fehlentscheidungen“, sagte die Pflegewissenschaftlerin Prof. Dr. Renate Tewes anlässlich des Interprofessionellen Gesundheitskongresses Mitte April in Dresden. Gute Zusammenarbeit dagegen sorgt für bessere Ergebnisse, höhere Berufszufriedenheit und geringere Gesundheitskosten. ■

BEHINDERUNGEN

Leitfaden für Gesetzgeber

Die Bundesregierung erarbeitet derzeit einen Leitfaden zur Einbeziehung der Belange behinderter Menschen in die Gesetzgebungs-, Verwaltungs- und sonstigen Vorhaben der Bundesministerien. Der Leitfaden soll dazu beitragen, frühzeitig zu erkennen, ob und eventuell welche Folgen für Menschen mit Behinderungen im Vergleich zu Menschen ohne Behinderungen zu erwarten sind. Er soll im Herbst 2015 vorliegen. ■

Ein Restrisiko bleibt

Der tragische Absturz einer Germanwings-Maschine hat die Debatte über ärztliche Schweigepflicht entfacht. Die zu lockern hilft aber niemandem wirklich, meint Rainer Woratschka.



WENN EIN PILOT mit 150 Menschen in den Tod fliegt und herauskommt, dass er zuvor wegen Depressionen in Behandlung war, haben Verteidiger der ärztlichen Schweigepflicht einen schweren Stand. Hätten die Mediziner nicht beim Arbeitgeber Alarm schlagen müssen? Stehen sie, weil sie das unterließen, nicht in der Mitverantwortung für die furchtbare Tat? Und mit ihnen auch alle die, die den Ärzten Verschwiegenheit auferlegt haben und bei Zuwiderhandlung – siehe Paragraph 203 im Strafgesetzbuch – Gefängnis bis zu einem Jahr androhen?

Tatsächlich sind die Forderungen nach Aufweichung der Schweigepflicht aus der Trauer und Bestürzung heraus verständlich. Doch bei Lichte besehen gibt es keinerlei Handlungsbedarf. Im Gegenteil: Gefährlich ist nicht das Schweigegebot, sondern dessen Infragestellung.

Wenn sich Depressionskranke nicht mehr im geschützten Raum fühlen, wenn die Sorge hinzukommt, bloßgestellt zu werden oder gar den Job zu verlieren, behalten sie ihr Problem beim Arzt womöglich für sich. Zudem gilt das Gebot der Schweigepflicht schon jetzt nicht absolut. Mediziner dürfen, ja sie müssen es im Notfall brechen. Wenn Alkoholranke ankündigen, weiter Auto zu fahren. Wenn durch einen schwer Infektionserkrankten Ansteckung droht. Oder wenn Suizidgefährdete sich und andere in Lebensgefahr bringen könnten. Das Problem ist, dass sich manches nicht letztgültig voraussagen lässt. Doch gerade bei Depressiven ist Sensibilität geboten. Das Eingeständnis ist für viele mit großer Scham verbunden. Da darf nicht noch die Sorge hinzukommen, dauerhaft stigmatisiert zu werden. Laut Statistik macht jeder Vierte irgendwann mal eine depressive Episode durch. Oft bleibt nichts zurück davon.

Und außerdem: Bei welchen Berufsgruppen wäre ärztliches Alarmschlagen angezeigt? Würde man mit den Piloten beginnen, könnte man Busfahrer und Lokführer nicht ausnehmen. Was wäre mit Fluglotsen, Polizisten, Chirurgen? Die Liste ließe sich kaum begrenzen. Und gewonnen wäre am Ende nichts. Wer seine Depression verheimlichen will, kann das weiterhin tun. Er tut es umso eher, je weniger er sich auf das Schweigen des Arztes verlassen kann – und gefährdet die ihm anvertrauten Menschen weit stärker als jemand, der sich fachkundiger Behandlung unterzogen hat. Mit einem gewissen Restrisiko müssen wir also leben. ■

Gefährlich ist nicht das Schweigegebot für Ärzte, sondern dessen Infragestellung.

Rainer Woratschka ist gesundheitspolitischer Redakteur beim „Tagesspiegel“ aus Berlin.

Staatsdiener im Zwangskorsett

Raus aus der privaten, rein in die gesetzliche Krankenversicherung – das ist für Beamte leichter gesagt als getan. Denn sie sind wegen der Beihilfe ihres Dienstherrn an die Privaten gebunden – für **Klaus Jacobs** sieht echte Wahlfreiheit anders aus.

Seit langer Zeit sind erstmals 2013 deutlich mehr Menschen von der privaten Krankenversicherung (PKV) in eine gesetzliche Kasse gewechselt als umgekehrt (siehe Grafik „Gesetzliche Kassen gewinnen an Anziehungskraft“). Den bis dato stets positiven Wanderungssaldo zugunsten der PKV hatte Volker Leienbach, Direktor des PKV-Verbandes, in seinem Vorwort zum PKV-Zahlenbericht 2011/2012 noch als Beleg für „das dauerhaft große Interesse der Menschen an den attraktiven Angeboten der PKV“ gewertet. Dies gelte umso mehr, als jeder Wechsel in die PKV freiwillig erfolge, während die meisten Übertritte in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) aus gesetzlichem Zwang stattfänden.

Welche Wechsel tatsächlich rein freiwillig oder eher gezwungenermaßen erfolgen, ist in Wirklichkeit weniger eindeutig. Im Prinzip ist ein freiwilliger Übertritt in die GKV gar nicht vorgesehen und ab einem Lebensalter von 55 Jahren sogar ausgeschlossen.

Ein Wechsel von der PKV zur GKV spiegelt in der Regel Ereignisse im Erwerbsleben wider, die eine Versicherungspflicht in der GKV begründen. Er kann durchaus unfreiwillig sein – zum Beispiel bei einem bislang privatversicherten Beamtenkind, das eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufnimmt. Es kommt aber auch vor, dass Veränderungen im Erwerbsstatus wegen der damit verbundenen „Zwangsmitgliedschaft“ in der GKV bewusst herbeigeführt werden, etwa über temporäre Teilzeitbeschäftigung oder Arbeitslosigkeit. Einschlägige Tipps dazu finden sich im Internet zuhauf, was auf einen entsprechenden Bedarf schließen lässt.

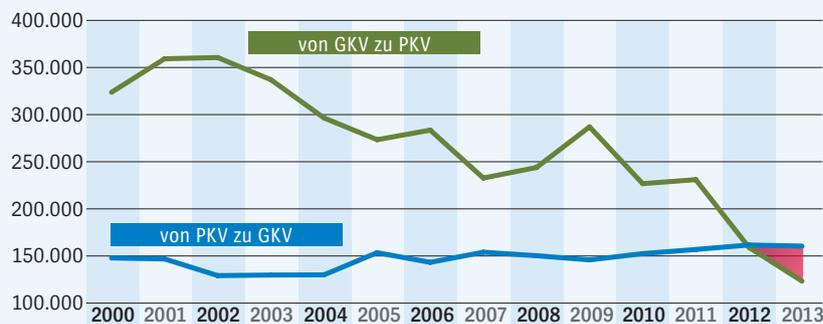
Von Freiwilligkeit keine Spur. Aber auch die Aussage, wonach jeder Wechsel von der GKV zur PKV freiwillig erfolge, bedarf der Relativierung. Das gilt nicht nur für die wachsende Zahl von Solo-Selbstständigen in prekären Einkommensverhältnissen, die ihrer Kranken-

versicherungspflicht durch den Abschluss eines PKV-Billigtarifs nachkommen, weil sie sich den GKV-Mindestbeitrag schlicht nicht leisten können. Das gilt vor allem für die größte Gruppe der Privatversicherten, die Beamten. Bei ihnen trägt der Dienstherr im Rahmen der Beihilfe einen Teil der Kosten der Gesundheitsversorgung – nach Abzug eines Eigenanteils in der Regel im Umfang von 50 Prozent bei den Aktiven beziehungsweise 70 und mehr Prozent bei Pensionären und Angehörigen. Für die nicht von der Beihilfe gedeckten Kosten bietet die PKV spezielle Beihilfetarife an. Wer lieber gesetzlich krankenversichert bleiben will, verzichtet praktisch auf seine ganzen Beihilfeansprüche und muss den gesamten Versicherungsbeitrag einschließlich Arbeitgeberanteil vollständig selbst bezahlen. Das kann man wohl kaum als freie Wahl bezeichnen, sondern eher als faktische PKV-Versicherungspflicht für Beamte.

Irrtümer der Politik. Dies sieht die amtierende Bundesregierung allerdings anders. Ihrer Antwort auf eine Kleine Anfrage der Bundestagsfraktion der Grünen im Juli 2014 zufolge (siehe *Lesetipps*) haben Beamte mit Vorversicherungszeiten in der GKV im Rahmen ihrer Dispositionsfreiheit die Möglichkeit, freiwillig Mitglied der GKV zu bleiben. Das ist etwa so zutreffend wie die Behauptung, jeder Beamte könne sich ein Ferienhaus auf Sylt kaufen. Die Antwort der Bundesregierung auf die Anfrage der Grünen offenbart aber auch noch manche andere Wissenslücke. So geht die Bundesregierung hinsichtlich der Frage nach der voraussichtlichen Entwicklung der steuerfinanzierten Beihilfeausgaben des Bundes bis 2030 davon aus, dass sich diese im Wesentlichen wie die GKV-Ausgaben entwickeln werden. Begründet wird diese

Gesetzliche Kassen gewinnen an Anziehungskraft

Wechsel zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung 2000–2013



Ein Vergleich der Wanderungsbewegungen zeigt: Im Laufe der Jahre wechseln immer weniger Versicherte von der gesetzlichen in die private Krankenversicherung. 2013 fällt der Saldo erstmals zugunsten der gesetzlichen Kassen aus: Der PKV kehren mehr Versicherte den Rücken und gehen in die gesetzlichen Kassen als umgekehrt.

Quelle: PKV-Zahlenberichte, verschiedene Jahre

Annahme mit einem Hinweis auf das Bundesbeamtengesetz, wonach die Beihilfegewährung den leistungsrechtlichen Vorschriften der GKV entspricht. Diese Antwort verdient gleich zweifache Beachtung. Zum einen stellt sich die Frage, warum Beamte nicht ganz normal – also mit Arbeitgeberbeitrag – in der GKV versichert werden können, wenn sich die Beihilfeleistungen ohnehin am Leistungsrahmen der GKV orientieren. Jedenfalls bleibt völlig unverständlich, wenn es an anderer Stelle – ohne nähere Erläuterung – heißt, dass bei der Zahlung eines Arbeitgeberbeitrags für GKV-versicherte Beamte diese noch einen ergänzenden Beihilfe- und Fürsorgeanspruch haben könnten.

Zum anderen führt selbst dies nicht dazu, dass sich die Beihilfeausgaben des Bundes im Wesentlichen wie die GKV-Ausgaben entwickeln werden. Denn der Leistungskatalog ist nur eine Determinante der Ausgaben. Weitere wesentliche Einflussfaktoren sind Preise, Mengen und Strukturen. Somit erscheint die Annahme einer analogen Entwicklung zur GKV bei den Beihilfeausgaben ausgesprochen gewagt. So hängen zum Beispiel die künftigen Leistungsmengen von der Alterung der Beihilfeberechtigten ab. Doch dazu verliert die Bundesregierung kein Wort.

Privatpatienten bekommen teure Pillen.

Ebenso bleibt außer Acht, dass Ärzte viele Leistungen bei Privatpatienten aufgrund höherer Vergütungen häufiger erbringen als bei Kassenpatienten. Das hat das Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP) mehrfach gezeigt – etwa für ambulante Laborleistungen und radiologische Leistungen. Eine aktuelle Studie des WIP verweist auch auf ausgabenwirksame Strukturunterschiede der Leistungen. So liegt etwa beim Arzneimittelverbrauch von Privatversicherten die Generikaquote deutlich niedriger als in der GKV. Das heißt, Privatpatienten – fast die Hälfte davon sind Beamte – bekommen in sehr viel größerem Umfang teure Originalpräparate verschrieben, obwohl es wirkstoffgleiche Alternativen gibt, die sehr viel weniger kosten. Dies wirkt sich unmittelbar auf die Beihilfeausgaben aus. Müsste das nicht die Rechnungshöfe von Bund und Ländern interessieren, die auf die wirtschaftliche Verwendung von Steuermitteln zu achten haben?

Gefesselt an Private: Einen Wechsel in eine gesetzliche Krankenkasse können sich Beamte kaum leisten.



Beihilfe-Ausgaben undurchsichtig. Ein großes Problem liegt in der nahezu vollständigen Intransparenz von Umfang und Verwendungszweck der Beihilfeausgaben. Eine bundesweit konsolidierte Aufstellung dazu gibt es nicht, sodass Bund und Länder nicht viel über die von ihnen mitfinanzierte Gesundheitsversorgung ihrer Staatsdiener wissen. So weist die Antwort der Bundesregierung auf die Frage nach der Qualität der Versorgungsleistungen der Beihilfeempfänger ein schon erschreckendes Maß an Hilflosigkeit auf. Nach ihren nicht näher erläuterten Erkenntnissen sei „die gesundheitliche Versorgung aller Menschen auf dem nach derzeitigem Kenntnisstand hochwertigen qualitativen Niveau gesichert“. Gleichwohl fühle sich die Bundesregierung der weiteren Stärkung der Qualität in der Versorgung verpflichtet und habe dazu 2014 das Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der GKV verabschiedet. Inwieweit die dort beschlossenen Maßnahmen auch für Privatpatienten und Beihilfeberechtigte gelten, bleibt allerdings offen.

Beamte müssen wählen können. Diese Ausführungen legen zwei Schlussfolgerungen nahe. Zum einen erscheint es – im Interesse der Steuerzahler, aber auch der Beamten selbst – dringend geboten, mehr Licht in das Beihilfegeschehen zu bringen. Das könnte eine gemeinsame Auf-

gabe der Statistischen Ämter von Bund und Ländern sein, zu der auch die PKV einen Beitrag leisten könnte. Zum anderen stellt sich die Frage, warum den Beamten kein echtes Wahlrecht in Bezug auf ihren Krankenversicherungsschutz eingeräumt wird. Wenigstens die neu verbeamteten Staatsdiener könnten alternativ zur Beihilfe das Angebot eines Arbeitgeberzuschusses zur GKV bekommen. Damit könnten zum Beispiel die Länder beginnen, in denen die Landesregierungen von Parteien gebildet werden, die für eine Bürgerversicherung eintreten. Was hindert sie eigentlich daran? ■

Professor Dr. Klaus Jacobs ist Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIDO).
Kontakt: Klaus.Jacobs@wido.bv.aok.de

Lesetipps

- **Beamtinnen und Beamte in der gesetzlichen Krankenversicherung.** Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, Bundestags-Drucksache 18/2218 vom 28. Juli 2014
- Dietmar Haun und Klaus Jacobs: **Beihilfe ohne Perspektive? Zur Zukunft der Gesundheitskostenabsicherung für Beamte.** G+G-Wissenschaft 1/2014, Seite 23–30. Kostenloser Download unter: www.wido.de > Publikationen > G+G-Wissenschaft > Jahrgang 2014 > Heft 1/2014

Schrittmacher für die Klinikqualität

Der Gesetzgeber will die Krankenhaus-Landschaft anhand von Qualitätskriterien umbauen. Grundlage können Routinedaten der Krankenkassen und Peer Review-Verfahren der Kliniken sein, wie Experten auf einer Tagung erläuterten. **Von Maria Sinjakowa**

Es ist eine Premiere für das deutsche Gesundheitswesen: Die Kliniklandschaft soll sich entlang der Qualität neu ordnen. Der Referentenentwurf zum Krankenhausstrukturgesetz sieht vor, dass sich Planung und Vergütung künftig an Qualitätskriterien ausrichten. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) wird mit Unterstützung des neuen Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) dafür bundeseinheitliche Vorgaben machen.

Dass es eine Mammutaufgabe wird, darüber sind sich alle Akteure einig. Aber: Der GBA und das IQTiG werden nicht bei Null anfangen, so die Meinung der Experten auf dem 4. Kongress „Qualitätsmessung und Qualitätsmanagement mit Routinedaten“. Bei der Tagung der Initiative Qualitätsmedizin, der Technischen Universität Berlin (TU) und des AOK-Bundesverbandes belegten sie an vielen Beispielen, dass es bereits erprobte Instrumente zur Messung und wirksame Verfahren zur Verbesserung der Qualität in Kliniken gibt.

Eigenes Handeln reflektieren. Das Verfahren Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR) des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDo) ist eines davon. Es erlaubt auf Basis von Routinedaten eine Langzeitbetrachtung von Behandlungsergebnissen. „Mit QSR lässt sich ermitteln, in welchem Umfang unterschiedliche Komplikationen während und nach dem stationären Aufenthalt aufgetreten sind und wie das Krankenhaus bei der Ergebnisqualität dasteht“, erläutert WiDo-Geschäftsführer Jürgen Klauber. Die Routinedaten seien für die Qualitätsmessung gut geeignet. Die anonymisierten Stammdaten der Versicherten und die Daten, die Kliniken zur Abrechnung ihrer Leistungen an die Kran-



Auf den Weg gebracht: Der Referentenentwurf für ein Krankenhausstrukturgesetz liegt seit Ende April vor.

kenkassen übermitteln, seien vollständig, rasch verfügbar und aufwandsarm. „Die Qualität medizinischer Behandlungen mit Routinedaten zu messen, setzt sich zunehmend durch“, bestätigt Francesco De Meo, Helios-Chef und Präsident der Initiative Qualitätsmedizin (IQM). Sie seien inzwischen aus dem Qualitätsmanagement nicht mehr wegzudenken. Die über 350 Kliniken aus Deutschland, Österreich und der Schweiz, die sich in IQM zusammengeschlossen haben, messen bereits seit 2008 ihre Qualität anhand solcher Daten. Doch das Messen allein bringe die Kliniken nicht weiter, so De Meo. Deshalb verbinden die IQM-Häuser die Qualitätsmessung mit dem Qualitätsmanagement. So lassen sich mithilfe von Peer Reviews die aufgedeckten Schwachstellen beseitigen. „Der Goldstandard für die Qualitätsverbesserung ist die Reflexion des eigenen Handelns mit Fachkollegen und externen Exper-

ten“, sagt der Helios-Chef. Qualität entstehe auf der Ebene der Patientenversorgung, von Menschen für Menschen. Deshalb müssten Verfahren, die die Qualität verbessern sollen, so gestaltet sein, dass die Ärzte und Pfleger sie im Arbeitsalltag akzeptieren.

Konsequenzen ziehen. Das bestätigt Uwe Deh, Geschäftsführender Vorstand des AOK-Bundesverbandes: „Die Kombination von Peer Review und Qualitätsmessung ist ein vielversprechender Weg der Weiterentwicklung, weil damit die Routinedaten mit den persönlichen und praktischen Erkenntnissen in der Klinik kombiniert werden. Es geht ja nicht um die Messung von Qualität als Selbstzweck, sondern um die Konsequenzen, die man daraus zieht.“ Konsequenz müsse auch die Politik beim Umbau der Kliniklandschaft zeigen. „Wenn die Länder künftig Qualitätskriterien in die Krankenhaus-

planung aufnehmen, dann ist das ein richtiger Schritt. Aber es kann nicht sein, dass die Länder aussagekräftige und patientenrelevante Indikatoren einfach ignorieren können“, betont Deh. Zwar will der Gesetzgeber, dass dauerhaft schlecht arbeitende Kliniken oder Abteilungen aus dem Krankenhausplan gestrichen werden. Zugleich räumt er aber den Ländern das Recht ein, die Geltung der bundesweiten Vorgaben ganz oder teilweise auszuschließen und eigene Qualitätsstandards zu entwickeln. Im Klartext: Wenn die Länder nicht wollen, wird es auch in Zukunft keine einheitlichen Standards für die Krankenhausplanung geben.

Nach Qualität vergüten. Matthias Gruhl, Leiter des Amtes für Gesundheit beim Hamburger Senat kennt das Problem. „Wir dürfen den Ländern gar keine bundesweiten Qualitätsstandards für ihre Planung vorschreiben, sonst hätten wir die Verfassung ändern müssen“, sagte Gruhl, der an den Verhandlungen von Bund und Ländern zur Krankenhausreform beteiligt war. Trotzdem werde sich künftig jedes Land gut überlegen, ob es die Qualitätsindikatoren übergehen könne. Krankenhäuser zu schließen, ist in Deutschland politisch schwer durchsetzbar, weil sich Landräte und lokale Bundestagsabgeordnete mit Händen und Füßen wehren, wenn ihre Klinik dichtgemacht werden soll. „Werden aber Behandlungsergebnisse bekannt, wird es kein Land aushalten, eine schlechte Abteilung am Netz zu lassen“, meint Gruhl.

Für Professor Dr. Thomas Mansky werden die Sicherung und Verbesserung der Qualität für die Krankenhäuser künftig wesentliche Mittel sein, um sich im Wettbewerb zu behaupten. Der Leiter des Fachgebiets Strukturentwicklung und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen an der TU Berlin denkt, dass nachweisbare Qualität Bestandteil des Vergütungssystems der Kliniken werden könne. Das kann sich auch die Mehrheit der Klinikmanager vorstellen, wie eine kürzlich veröffentlichte Studie der Unternehmensberatung Roland Berger zeigte.

Schlechte Abteilungen schließen. Das geplante Krankenhausstrukturgesetz sieht vor, dass festgelegte Kriterien eine wichtige Rolle bei der Frage spielen, wie viel Geld eine Klinik für eine Behandlung

Bewährte Methoden zur Qualitätssicherung

Das Verfahren **Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR)** des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) bewertet die Qualität einer stationären Behandlung anhand von möglichen Komplikationen und unerwünschten Folgeereignissen. Die Grundlage bilden die anonymisierten Routinedaten, die die Krankenhäuser gemäß Sozialgesetzbuch V zur Abrechnung an die Krankenkassen übermitteln müssen, sowie administrative Versichertendaten. Das Besondere: QSR ermöglicht es, die Behandlungsqualität auch langfristig zu messen, und zwar bis zu einem Jahr nach dem Eingriff. **Mehr Infos:** www.qualitaetssicherung-mit-routinedaten.de

Die **Initiative Qualitätsmedizin (IQM)** ist ein Zusammenschluss von über 350 Krankenhäusern aus Deutschland, Österreich und der Schweiz. Ziel ist es, vorhandenes Verbesserungspotenzial in der Medizin sichtbar zu machen und durch aktives Fehlermanagement zu heben. Dazu messen die IQM-Kliniken regelmäßig ihre Qualität mithilfe von Routinedaten, analysieren die Ergebnisse im Rahmen von sogenannten Peer Reviews und erarbeiten Verbesserungsmaßnahmen. **Mehr Infos:** initiative-qualitaetsmedizin.de

erhält. Wenn ein Haus besonders gute Ergebnisse erzielt, soll es mehr Geld bekommen. Erfüllt eine Klinik die Qualitätsanforderungen nicht, soll es einen Abschlag geben. Dagegen wehrt sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Zwar betont sie ihre Zustimmung zur Qualitätsoffensive, lehnt aber Vergütungsabschlüsse für Qualitätsmängel ab. Für die Krankenkassen geht die Regelung dage-

Bis die gesetzliche Qualitätssicherung greift, kann Transparenz für mehr Wettbewerb sorgen.

gen nicht weit genug. Ihrer Ansicht nach sollen dauerhaft schlechte Leistungen aus dem Versorgungsauftrag der Klinik herausfallen.

Lutz Stroppe, Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, sieht das ähnlich. Kliniken, die keine gute Qualität böten, müssten die Chance haben, sich zu verbessern. Gelingt dies nicht, müsse es Auswirkungen auf die Landesplanung haben und zur Schließung der entsprechenden Abteilungen führen. So sei es in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe diskutiert worden.

Ob diese Ziele erreicht werden, hängt davon ab, wie schnell die Selbstverwaltung den Konsens in Sachen Qualitätskriterien findet. Christof Veit, Leiter des IQTiG, dämpfte die hohen Erwartungen

an sein Institut. „Wir werden nur in realistischen Schritten vorangehen“, sagte er. Das IQTiG werde nicht alles allein machen können. Es brauche Zuarbeit aus anderen Bereichen.

Ideen und Erfahrungen austauschen.

Auch für AOK-Vorstand Uwe Deh kann die Weiterentwicklung von Qualität nur pluralistisch funktionieren – durch den Austausch von Erfahrungen und Ideen. „Der gesetzliche Prozess zur Qualitätssicherung braucht auch in Zukunft Initiativen wie IQM und QSR, die Impulse für eine bessere Qualität setzen“, sagt er. Dies gelte umso mehr, weil der GBA als „Konsensmaschine“ vermutlich hier nur sehr langsam vorankommen werde. Bis es soweit ist, kann Transparenz für mehr Wettbewerb sorgen. Wenn sich Versicherte besser informieren können, werden sie dorthin gehen, wo die Versorgung besser ist. Erfahrungen aus Frankreich und Großbritannien, wo die Fall- und Sterblichkeitszahlen jeder Klinik für alle zugänglich sind, lassen hoffen, dass damit die Weichen richtig gestellt werden.

Transparenz wünscht sich Uwe Deh auch für den ambulanten Bereich. Bei der Qualitätssicherung solle die Frage nach stationär oder ambulant keine Rolle mehr spielen. Deh: „Ich habe noch keinen Patienten getroffen, der sich in Sektoren aufteilen ließe.“ ■

Maria Sinjakowa ist Redakteurin im KomPart-Verlag.

MEHR INFOS:
www.qmr-kongress.de

Pflege mit Aussicht

Die von der Politik geplante neue Pflegebegutachtung ist machbar. Davon gingen Experten aus Pflege und Wissenschaft auf einem Forum in Bayern aus. Ob sich die daran geknüpften Erwartungen erfüllen, bleibt abzuwarten. **Von Ralf Breitgoff**

Die Faustformel für die neuen Pflegegrade steht: Aktuelle Pflegestufe plus eins ergibt den künftigen Pflegegrad. Das sei im Grundsatz das Ergebnis der Evaluation zum neuen Begutachtungsassessment (NBA), sagte Professor Dr. Heinz Rothgang vom Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen auf dem Pflegeforum „20 Jahre soziale Pflegeversicherung – gute Pflege heute und morgen“ der AOK Bayern in München. Aber mit Zahlen war der Gesundheitsökonom eher sparsam. Er verwies auf die noch laufende Prüfung der Studienergebnisse durch das Begleitgremium zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

Finanzierung nicht geklärt. Auf dem Pflegeforum mit 100 Experten aus Pflege und Wissenschaft dämpfte Rothgang jedoch die Erwartungen: Finanzierung der Pflege, Pflegenotstand und Qualitätssicherung blieben von dem neuen Begutachtungsassessment unberührt. Ungeklärt sei, wie hoch die finanziellen Leistungen in den fünf Pflegegraden ausfielen. Das NBA handele auch keine Pflegesätze aus und lege keine Personalziffern fest, skizzierte Rothgang die anstehende Diskussion im Zuge des zweiten Pflegestärkungsgesetzes. Zugleich warnte er vor Romantisierung. Auch wenn der zeitliche Aufwand bei der Bewertung von Pflegebedürftigkeit in den Hintergrund trete, bedeute das nicht das Ende der „Minutenpflege“. Weiterhin müsse eine gewisse Zahl an Pflegekräften eine bestimmte Zahl von Patienten in einer begrenzten Zeit versorgen.

Pflege braucht Professionalität. Der Präsident des Deutschen Pflegerates, Andreas Westerfellhaus, plädierte für mehr Personal, für eine bessere Ausbildung und qualifiziertere Abschlüsse.

Bessere Karrierechancen, gute Bezahlung und berufliche Anerkennung seien die Instrumente gegen den Pflegenotstand. Der gelernte Intensivpfleger kritisierte die häufig enge Perspektive der Politik. Pflege sei mehr als die Pflegeversicherung.

Mehr Gewicht für die Reha. Apropos Perspektive. Der Vorsitzende der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation, Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann, rückte auf dem Pflegeforum der AOK Bayern die Frage von Teilhabe ins Zentrum. „Selbstbestimmung durch Rehabilitation“ lautete Schmidt-Ohlemanns Credo. Allein die Chance, sitzen zu können statt liegen zu müssen, eröffne Pflegebedürftigen

Mit Rehabilitation lässt sich der Hilfebedarf mindern.

neue Perspektiven: auf gemeinsame Mahlzeiten oder gemeinsame Zeit mit Kindern, Enkeln und Freunden.

Weder Pflege- noch Krankenkassen hätten sich bei diesem Thema mit Ruhm bekleckert, räumte Ivor Parvanov ein. Der alternierende Vorsitzende des Verwaltungsrates der AOK Bayern wünschte sich mehr Rehabilitations-Empfehlungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung. Der Arbeitgebervertreter sieht hier finanzielle Potenziale. Zugleich wies er auf die Bedeutung der AOK-Pflegenetze in Bayern für die bessere Koordination von Pflegeeinrichtungen, Ärzten und Kliniken hervor. Die AOK im Freistaat hatte die Netze vor acht Jahren ins Leben gerufen, um die Versor-

gungsqualität zu verbessern. Dazu tragen aus Parvanovs Sicht auch die gelungene Einführung der Sturzprävention und die flächendeckende Pflegeberatung bei.

Enge Spielräume. Über die Herausforderung machte sich Parvanovs Pendant Fritz Schösser nur wenig Illusionen. 100 Euro mehr für den Pflegebedürftigen seien auf den ersten Blick nicht viel, kosteten die Kassen aber schnell mal drei Milliarden Euro, so der Versichertenvertreter und Vorstandsvorsitzende der AOK Bayern. Im Übrigen erinnerte Schösser daran, dass die Pflegeversicherung keine Teilkasko-, sondern eine Teilleistungs-Versicherung sei. Bei der Teilkasko zahlt der Versicherte einen festen Beitrag und den Rest die Versicherung. Bei der Pflege ist es genau umgekehrt.

Vorsicht Demografiefalle. Gerd Bosbach, Professor für Statistik, Mathematik und Empirie an der Fachhochschule Koblenz Rhein-Ahr-Campus, relativierte auf dem Pflegeforum der AOK Bayern manch demografisches Horrorszenario. Wenn, die Zahl der Arbeitskräfte von 2013 bis 2060, wie prognostiziert, um 30 Prozent „einbreche“, sei das kein Grund zur Panik, sondern betreffe einen von 130 Beschäftigten pro Jahr. Wenn die Lebenserwartung um sieben Jahre steige, hieße das nicht automatisch, dass jeder sieben Jahre länger pflegebedürftig wäre. Die Realität habe schon manche Prognose korrigiert, sagte Bosbach. Von 1900 bis 2000 habe sich die Anzahl der unter 20-Jährigen halbiert. Er habe nicht den Eindruck, dass Deutschland unbedingt schlechter dastehe. ■

Ralf Breitgoff ist stellvertretender Chefredakteur Aktuelles und Internet beim KomPart-Verlag.

Impulse fürs Vergütungssystem

Große Krankenhäuser mit vielen und hochspezialisierten Aufgaben beklagen öfter, dass sie für ihre Leistungen nicht genug Geld bekommen. Der neue Extremkostenbericht im Auftrag von Kliniken und Krankenkassen zeichnet ein differenzierteres Bild. **Von Patrick Garre**

Kosten und Erlöse für Krankenhausbehandlungen weichen mitunter stark voneinander ab. In Universitätskliniken und großen Kliniken mit Aufgaben in der Hochleistungsmedizin (Maximalversorger) führen, anders als erwartet, nicht die hochspezialisierten Leistungen zu den vermuteten Unterdeckungen. Vielmehr treten sie bei Standardleistungen wie etwa Blinddarm-Operationen auf. Das ist Ergebnis des Extremkostenberichts, den das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) erstmals für das Jahr 2015 publiziert hat. Mit dem gesetzlich vorgeschriebenen Bericht prüft das InEK im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung ab jetzt jährlich, ob und in welchem Umfang Krankenhäuser mit extrem hohen beziehungsweise extrem niedrigen Kosten im Vergleich zu den erzielten Erlösen konfrontiert werden.

DRGs verhindern systematische Lücke.

Universitätskliniken und Maximalversorger haben ein breiteres Aufgabenspektrum und behandeln mehr Patienten mit schweren Krankheitsverläufen als andere Häuser. Die Unikliniken kritisieren immer wieder, dass die Behandlung der Extremkosten-Patienten im System der Diagnosis Related Groups (DRG) nicht ausreichend gegenfinanziert ist, weil die Vergütung auf Durchschnittskosten beruht. Die Krankenkassen hingegen sind der Ansicht, dass im DRG-System die Krankenhausentgelte sachgerecht ermittelt werden. Ihre Argumente: In der Stichprobe der Häuser, deren Kostendaten die Basis für die Berechnung der Entgelte bilden (Kalkulationsstichprobe), sind die Unikliniken überproportional häufig vertreten. Jeder Unterfinanzierung eines Falls steht zudem immer eine Über-



Anstoß für Änderungen: Kostenausreißer geben Hinweise zur Weiterentwicklung des Krankenhaus-Entgeltsystems.

deckung an anderer Stelle gegenüber. Damit verhindern die DRGs eine systematische Lücke bei den Extremkosten. Die Selbstverwaltungspartner haben das InEK beauftragt, diese Zusammenhänge näher zu betrachten. Dafür hat es in seiner Analyse 17 Universitätskliniken und Maximalversorger sowie 230 andere Krankenhäuser mit insgesamt rund 71.000 Extremkostenfällen untersucht, gruppiert nach allgemeinen und speziellen Versorgungsleistungen. Im Ergebnis sind die Unikliniken und Maximalversorger durch Kostenausreißer stärker belastet als die anderen Krankenhäuser. Das betrifft aber die Standardleistungen: Bei den untersuchten Krankenhäusern beläuft sich die Unterdeckung hier auf 60 Millionen Euro jährlich. Bei den schweren Krankheitsverläufen errechnete das InEK eine finanzielle Überdeckung von 30 Millionen Euro. Davon profitieren die Unikliniken und Maximalversorger in geringerem Umfang als die anderen Krankenhäuser.

Die Unterdeckung summiert sich über alle untersuchten Extremkostenfälle auf einen Betrag von 30 Millionen Euro. Ob auf Grundlage dieser Ergebnisse von einer systematischen Unterfinanzierung gesprochen werden kann, ist fraglich. Das wahre Ausmaß der Kostenausreißer (nach oben wie nach unten) ist zudem unbe-

kannt, da das InEK bei weitem nicht in jedem Fall Unstimmigkeiten durch Rücksprache mit der jeweiligen Klinik klären (plausibilisieren) konnte. Hier darf man auf die zukünftigen Berichte gespannt sein. Für größere Eingriffe in das DRG-System zur Lösung der Frage der Extremkostenfälle ist es noch zu früh.

Zielgenauer berechnen. Allerdings gibt der Extremkostenbericht wertvolle Hinweise für die Weiterentwicklung des DRG-Systems. Durch den Perspektivwechsel von der Krankenhausebene auf die Ebene des einzelnen Falls ist es dem InEK möglich, die DRGs künftig zielgenauer zu berechnen. Auch wird es Änderungen in den Kalkulationshandbüchern geben. In diesem Zusammenhang prüft das InEK im Auftrag der Selbstverwaltungspartner zunächst, wie sich die Leistungen für junge Krebspatienten bei langen Klinikaufenthalten (Langlieger in der Kinderonkologie) besser abbilden lassen. ■

Patrick Garre ist Referent in der Abteilung Stationäre Versorgung, Rehabilitation im AOK-Bundesverband.
Kontakt: Patrick.Garre@bv.aok.de

MEHR INFOS:

www.g-drg.de > Aktuelles > Extremkostenbericht

Lichtblick in schweren Zeiten

Sie haben Chemotherapien hinter sich, Operationen, Krebs: Familien, die schwerkranke Kinder versorgen, sind hohen Belastungen ausgesetzt. Das Team LICHTBLICK steht betroffenen Eltern und Geschwistern seit fast 20 Jahren zur Seite. **Von Thomas Hommel**

Der Befund der Ärzte war für Janine und ihre Familie ein Schock: Leukämie! Viele Ängste machten der Siebenjährigen fortan zu schaffen: Werde ich wieder gesund oder muss ich jetzt sterben? Was ist eigentlich eine Chemotherapie, von der meine Ärzte im Krankenhaus immer sprechen? Muss ich eine Perücke tragen, weil mir alle Haare ausfallen? Und sehe ich meine Schulfreunde wieder?

Auch der Bruder und die Eltern von Janine fragten sich besorgt, was aus ihrer „kleinen Prinzessin“ nun werden soll und wie sich der Familienalltag trotz der schweren Erkrankung des Mädchens meistern lässt. Regelmäßige Kontakte und Gespräche mit einer Mitarbeiterin von Lichtblick – einer Initiative der AOK Rheinland/Hamburg zur Begleitung von Familien mit schwer oder chronisch kranken Kindern – waren für alle eine wichtige Hilfe: Die Eltern von Janine konnten sich über ihre persönlichen Belastungen austauschen und waren erleichtert, konkrete Hinweise zur Alltagsbewältigung zu bekommen.

Hilfe zur Selbsthilfe. Denn ein Alltag, in dem ein chronisch krankes Kind zu betreuen ist, bringt so manches Fragezeichen im Kopf mit sich: Verliert mein Kind jetzt den Anschluss an seine Schulklasse? Beahlt die Krankenkasse dieses oder jenes Medikament? Wo finde ich einen Spezialisten für die Behandlung, wo einen Kinderkrankenpflegedienst, wenn das Kind wieder aus dem Krankenhaus nach Hause darf? Welche Art der Rehabilitation kommt nach dem Klinikaufenthalt in Frage – und haben wir darauf Anspruch? Und was ist, wenn sich die Geschwister vernachlässigt fühlen, weil die kranke Schwester oder der kranke Bruder mehr Aufmerksamkeit brauchen als sonst?



Wieder gemeinsam spielen: Das Team Lichtblick hilft Familien von kranken Kindern.

Beratung und Begleitung. Seit 1996 hilft Lichtblick kranken Kindern und Jugendlichen sowie deren Familien bei diesen und anderen Fragen. „Lichtblick ist angetreten, um zu beraten, zu informieren und die Brücke zwischen medizinischer Versorgung und dem häuslichen Bereich zu schlagen“, sagt Rolf Buchwitz, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der AOK Rheinland/Hamburg. Dabei sei das Engagement für Familien mit chronisch kranken Kindern für die AOK auch und gerade „Gesundheitsvorsorge für die gesamte Familie“, betont Buchwitz.

Die Lichtblick-Servicestelle, die im Hundertwasser Haus in Essen sitzt, bündelt alles, was Eltern kranker Kinder wissen wollten, berichtet Martina Geurtz vom Lichtblick-Team. „Wir beantworten Fragen zu Krankenkassenleistungen, zur Pflege und zum Schwerbehindertenrecht, zeigen RehaMaßnahmen, Förderange-

bote und Integrationshilfen auf und informieren über die Angebote von Selbsthilfegruppen.“ Seit dem Jahr 2010 berät Lichtblick in enger Kooperation mit dem Verein ACHSE auch bei Fragen von Betroffenen zu seltenen Erkrankungen.

Ferienfreizeiten zum Abschalten. Neben der Beratung organisiert Lichtblick auch Ferienfreizeiten – sowohl für an Krebs erkrankte Jugendliche als auch für Geschwisterkinder. Knapp 1.000 Kinder waren bislang mit von der Partie – darunter auch Janines Bruder Manuel (10). Weil die Eltern wegen der Krebserkrankung der Schwester wenig Zeit für den Jungen hatten, kam der Osterspäß in der Gemeinde Hürtgenwald in Nordrhein-Westfalen gerade recht. Während dieser Freizeit mit anderen Geschwisterkindern stand auch Manuel mal im Mittelpunkt. Die Erfahrung, dass andere Kinder ähnlich denken und fühlen wie er, half ihm, die schwere Lebensphase zu bewältigen.

Nach der Therapie geht's weiter. Für Janine wurde die langwierige Therapiephase mithilfe von Spielangeboten kurzweiliger. Auch der regelmäßige Kontakt mit der Schule in Form von Briefen, Telefonaten und Besuchen, angeregt durch die Mitarbeiter von Lichtblick, tat ihr gut. So war sie trotz Fehlzeiten ins Leben der Klassengemeinschaft eingebunden. Nach dem erfolgreichem Abschluss von Janines Therapie mussten sich alle Familienmitglieder wieder an den Alltag gewöhnen. Die Begleitung durch das Team Lichtblick setzte sich auch hier fort. Schritt für Schritt gelang es der Familie von Janine, wieder zu einem normalen Leben zurückzufinden. ■

MEHR INFOS:
www.vigolichtblick.de

„Hier passiert etwas Schönes“

Gemeinsam mit Angehörigen besuchen demenziell erkrankte Menschen das Frankfurter Kunstmuseum Städel. Psychologin **Valentina Tesky** untersucht, wie sich das Betrachten der Bilder und das anschließende Malen im Atelier auf die Lebensqualität der Kursteilnehmer auswirkt.

Warum bieten Sie Museumsbesuche für Menschen mit Demenz an?

Tesky: Vorbild ist eine Idee aus den USA: Am Museum of Modern Arts in New York läuft ein ähnliches Projekt. Daraufhin haben wir im Städel, einem Kunstmuseum in Frankfurt, angefragt, ob sie sich das in ihrem Hause vorstellen können. Sie waren begeistert. Viele Angebote für Menschen mit Demenz wie Sportgruppen oder Kaffeekränzchen sind nur für die Erkrankten gedacht. Wir wollen etwas anbieten, an dem auch die Angehörigen teilnehmen. Die Familien sollen sich angesprochen und entlastet fühlen.

Wie laufen die Besuche ab?

Tesky: In einem Zeitraum von sechs Wochen treffen wir uns einmal wöchentlich für zwei Stunden mit maximal fünf Teilnehmer-Paaren im Museum. Die Führung übernehmen von uns geschulte Kunstvermittlerinnen und -vermittler aus dem Städel. In einer kurzen Begrüßungsrunde fragen wir mithilfe von Smileys ab, wie es den Menschen an dem Tag geht. Dann betrachten wir gemeinsam Bilder zu jeweils einem Thema, wie beispielsweise Frankfurt-Ansichten, meistens drei oder vier Bilder, die nicht zu kleingliedrig sind, ruhige Motive, keine verstörenden Szenen. Fragen regen zur Auseinandersetzung an: Was sehen Sie auf dem Bild? Woran denken Sie? Würden Sie es sich zu Hause aufhängen? Anschließend fertigen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Atelier eine aufs Thema abgestimmte Arbeit an – beispielsweise eine Collage.

Wie reagieren die Teilnehmer?

Tesky: Als er ein Stillleben mit Schmetterlingen betrachtete, erzählte ein de-

menzkranker Mann, dass er früher Schmetterlinge gesammelt hat. Viele konnte er noch benennen und hat einen kleinen Vortrag darüber gehalten. Bei der Besprechung der selbst gemalten Bilder zum Thema Familie sind die Angehörigen oft gerührt, wie positiv sie dargestellt werden. Menschen mit Demenz fühlen

lich. Wir wollen insgesamt 60 Menschen in die Studie aufnehmen. Wir können jetzt schon sagen, dass alle die bislang dabei waren, gern ins Museum kamen und traurig waren, als der Kurs endete.

Wie ließe sich das Angebot für mehr Menschen zugänglich machen?



Menschen mit Demenz fühlen sich beim Museumsbesuch sehr wohl.

Dr. Valentina Tesky

sich beim Museumsbesuch sehr wohl. Sie wissen nicht, was sie das letzte Mal hier gemacht haben, aber sie freuen sich, dass sie wieder im Museum sind. Es ist ein emotionales Wiedererkennen: Sie spüren, dass hier etwas Schönes passiert.

Welchen Fragen gehen Sie in Ihrer Studie nach?

Tesky: Wir untersuchen, inwiefern Museumsbesuche bei Menschen mit Demenz Wohlbefinden und Lebensqualität erhöhen, die Beziehung zu den Angehörigen verbessern und sich die Familien entlastet fühlen. Wir erfassen beispielsweise Depressivität bei den Angehörigen und ob sich der Pflegeaufwand verändert. Dazu machen wir Interviews und kognitive Tests. Wir gehen zwar nicht davon aus, dass sich der Demenzstatus verbessert. Wenn er stabil bleibt, wären wir glück-

Tesky: Wir versuchen, die Führungen für Menschen mit Demenz langfristig im Städel zu implementieren. Das Museum hat daran großes Interesse. Wir wollen einen Leitfaden erstellen: Was muss man beachten, wer ist als Kunstvermittler geeignet, welche Schulungsinhalte gilt es zu vermitteln, welche Bilder eignen sich. Wir bekommen viele Anfragen von Museen deutschlandweit. ■

Das Interview führte Änne Töpfer.

Zur Person und zum Projekt

Dr. Valentina Tesky, Diplom-Psychologin, arbeitet gemeinsam mit Arthur Schall an der ARTEMIS-Studie (Art Encounters a Museum Intervention Study) an der Goethe-Universität Frankfurt/Main. Die Studie, finanziert von der Familie Schambach-Stiftung Frankfurt, läuft bis Frühjahr 2016. Es werden noch Teilnehmer gesucht.
Mehr Infos: Tesky@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Pillen am Ende



der Preisspirale

Die Arzneimittelausgaben schnellen in die Höhe. Mit Rabattverträgen, Nutzenbewertung und unabhängiger Ärzte-Information über Medikamente versuchen die Krankenkassen gegenzuhalten. Wie der Gesetzgeber darüber hinaus den Pharmamarkt steuern muss, damit der medizinische Fortschritt bezahlbar bleibt, skizziert **Sabine Richard**.

Die Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind im vergangenen Jahr wieder deutlich gestiegen: um neun Prozent oder 2,9 Milliarden Euro auf 35,35 Milliarden Euro. Ohne die Einsparungen durch Arzneimittelrabattverträge – im Jahr 2014 mehr als drei Milliarden Euro – hätten die Krankenkassen für Medikamente mehr ausgeben müssen als für die gesamte ambulante ärztliche Versorgung. Gut drei Prozent des Ausgabenschubs lassen sich klar zuordnen: Die Große Koalition hat den erhöhten Herstellerrabatt von 16 Prozent für patentgeschützte Arzneimittel am 31. Dezember 2013 auslaufen lassen. Derzeit erhalten die Krankenkassen nur noch sieben Prozent Rabatt. Der wesentliche Kostentreiber auf dem Arzneimittelmarkt war 2014 jedoch wie auch in den Jahren zuvor die Ausgabenentwicklung bei den patentgeschützten Präparaten, auf die inzwischen rund 53 Prozent der Arzneimittelausgaben entfallen. Allein in diesem Segment war ein Kostenanstieg von über 19 Prozent zu verzeichnen. 2015 wird sich diese Entwicklung fortsetzen. Gleichzeitig schwinden die Finanzreserven der GKV und die Gesetzgebung führt zum Ausgabenanstieg in fast allen Leistungsbereichen.

Teure Patente in der Therapie von Hepatitis C. Mit rund 600 Millionen Euro im Jahr 2014 besonders auffällig waren die hohen Ausgaben für neu zugelassene Arzneimittel zur Behandlung von Hepatitis C (eine häufig chronisch verlaufende Leberentzündung). Diese halten die internationalen Gesundheitssysteme seit einigen Jahren in Atem. In Deutschland haben die jüngsten Neueinführungen das Verfahren zur Nutzenbewertung von Arzneimitteln nach dem Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) an seine Grenzen geführt.

Ende Januar 2014 hat das US-Pharmaunternehmen Gilead Science ein neues Hepatitis C-Präparat mit dem Wirkstoff Sofosbuvir (Sovaldi) auf den Markt gebracht. Die Fachöffentlichkeit hat das Medikament bereits vor der Zulassung als bedeutenden Fortschritt in der Hepatitis C-Behandlung angesehen. Aus Sicht des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), das im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) die fachlich unabhängige wissenschaftliche Nutzenbewertung übernimmt, lagen allerdings „für die vorliegende Nutzenbewertung keine angemessenen Analysen vor“. Laut IQWiG hat Sovaldi einen Zusatznutzen lediglich für eine von sechs Formen der Hepatitis C (wissenschaftlich:

Genotypen). Insofern standen die Entscheidungsträger im Konflikt zwischen den hohen Erwartungen von Ärzten und Patienten auf der einen Seite und einer eher mageren Beleglage für das Nutzenbewertungsverfahren auf der anderen Seite.

Erstattungsbeträge laufen ins Leere. Die Anbieter der neuen Hepatitis C-Therapien profitieren von einer 2011 bewusst in Kauf genommenen Lücke im AMNOG-Verfahren. Mit dem AMNOG hatte der Gesetzgeber die freie Preisbildung für patentgeschützte Arzneimittel – ein damals bis auf wenige andere Länder nur noch in Deutschland bestehender Spielraum für die Hersteller – eingeschränkt. Lediglich in den ersten zwölf Monaten nach Markteintritt sollten die Hersteller den Preis frei festsetzen können. Bei Einführung des AMNOG ging der Gesetzgeber davon aus, dass viele neue Arzneimittel in den ersten zwölf Monaten je nach therapeutischer Bedeutung den Markt nur langsam erobern. Es zeigte sich jedoch, dass die neuen Hepatitis C-Präparate sehr schnell zum neuen Therapiestandard wurden. Da die Therapie bereits nach zwölf Wochen abgeschlossen ist, entfällt ein erheblicher Umsatzanteil auf die ersten zwölf Monate nach Markteintritt (siehe Abbildung auf dieser Seite). Der vom GKV-Spitzenverband ausgehandelte Erstattungsbetrag ist ein Jahr nach Markteinführung aufgrund der abnehmenden Umsätze nur noch von geringer Bedeutung. Inzwischen deckt das zweite Hepatitis C-Präparat des Unternehmens Gilead den größten Teil der Therapie ab. Fast genauso

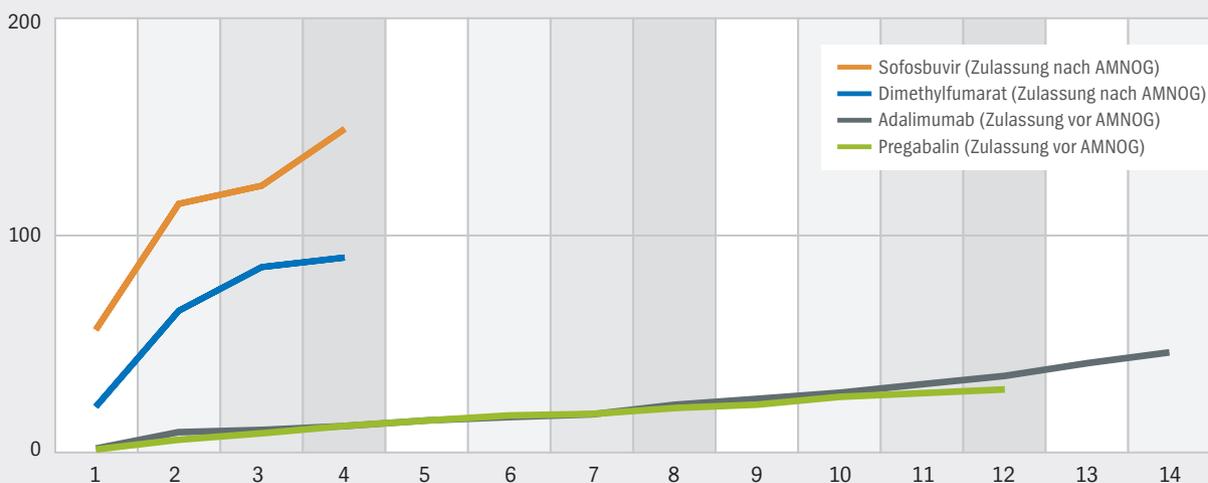
lief es schon mit Vorläuferpräparaten von Sovaldi, die Ende 2011 auf den Markt kamen: Nach zwölf Monaten löste Sovaldi sie ab, und der Erstattungsbetrag lief ins Leere. Ein ähnliches Muster ist in der Onkologie zu erkennen, wo sich Therapiestandards schnell verändern und zu kürzeren Produktlebenszyklen führen.

Wenn sich die Umsätze mit neuen Arzneimitteln in wesentlichen Therapiegebieten immer weiter nach vorn, das heißt in die Phase kurz nach Markteintritt verlagern, muss dieser Marktveränderung Rechnung getragen werden. Daher fordern die Krankenkassen, dass die im AMNOG-Verfahren ausgehandelten Erstattungsbeträge rückwirkend auf alle ab dem ersten Tag der Markteinführung abgegebenen Packungen Anwendung finden. Nur dann ist gewährleistet, dass die auf der Grundlage der Nutzenbewertung ermittelten Preise auch wirksam werden.

Kein „fairer“ Preis für Innovationen. Bei der Behandlung von Hepatitis C treffen ein hoher Preis und eine große Patientengruppe aufeinander. Das hat international Fragen nach der Angemessenheit der Preisforderung aufgeworfen, da der Bezug zu den Entwicklungs- und Herstellungskosten nicht mehr erkennbar ist – wohl aber zur Entwicklung des Börsenkurses. Das Pharmaunternehmen Gilead hat mit seiner Preisstrategie internationale Diskussionen über die Finanzierbarkeit der Therapie im Rahmen der Sozialsysteme ausgelöst. Insbesondere bei neuen Arzneimitteln, die als therapeutischer Durchbruch angesehen werden, kommen die bisherigen Regelungen zur Preis-

„AMNOG-Lücke“: Hauptprofit im ersten Jahr nach Arznei-Zulassung

Nettoumsatz in Millionen Euro nach Quartalen ab Zulassung



Auch nach Inkrafttreten des Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetzes (AMNOG) im Jahr 2011 können Pharmaunternehmen Arzneimittelpreise im ersten Jahr nach Zulassung frei festlegen. Diese „AMNOG-Lücke“ bestimmt zunehmend die Preisstrategie der Hersteller. So schossen die Umsätze für die Wirkstoffe Sofosbuvir („Sovaldi“, zur Hepatitis-C-Behandlung) und Dimethylfumarat („Tecfidera“, zur Behandlung der Multiplen Sklerose) direkt nach ihrer Zulassung im Januar 2014 in die Höhe. Vor dem AMNOG stiegen die Quartalsumsätze dagegen langsam und stetig (Beispiele: Adalimumab zur Behandlung chronischer Entzündungen und Pregabalin zur Behandlung neurologischer Erkrankungen).

Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK

findung an ihre Grenzen. Wenn Ärzte und Patienten auf eine neue wirksame Therapie hoffen, tun sich die jeweiligen Entscheidungsgremien schwer, die Aufnahme in den Leistungskatalog durch langwierige Preisverhandlungen mit einem monopolistischen Anbieter oder durch Forderungen nach Belegen für die Wirksamkeit zu verzögern. Die nutzenbezogene Preisfindung ist ein wirksames Instrument gegen unangemessene Preisforderungen für Arzneimittel ohne oder mit nur geringem Zusatznutzen. Bei wichtigen Innovationen, die einen hohen Zusatznutzen erwarten lassen, lassen sich die Forderungen von marktwirtschaftlich kalkulierenden Unternehmen letztlich nicht wirksam auf einen „fairen“ Preis begrenzen.

Kostenkontrolle mit Rationierungseffekten. Viele europäische Länder vereinbaren bereits vor Markteinführung Rabatte oder Deckelungen für die Gesamtkosten. Als weit wirksameres Instrument der kurzfristigen Kostenkontrolle erweisen sich jedoch Einschränkungen des Einsatzes der neuen Arzneimittel. In der Schweiz wurde Sovaldi nach Markteinführung nur in schwerwiegenden Fällen erstattet. Letztendlich führt die Preisstrategie des Herstellers also dazu, dass sinnvolle Therapieoptionen den Patienten aus Gründen der Finanzierbarkeit vorenthalten werden. Auch in Deutschland war zu beobachten, dass die Ärzte das Produkt aufgrund der hohen Therapiekosten zunächst wesentlich vorsichtiger eingesetzt haben, als zu erwarten gewesen wäre. Es ist aber fraglich, ob diese expliziten oder impliziten Rationierungseffekte in einer sozialen Krankenversicherung langfristig zu akzeptieren sind. Auch die Hersteller sollten verstanden haben, dass funktionierende Systeme der sozialen Krankenversicherung mit breitem Leistungskatalog essenziell für stabile Umsätze sind.

Rabatte direkt nach Markteinführung. In Deutschland müssen die verhandelten Rabatte wie in anderen Ländern unmittelbar bei Markteinführung Anwendung finden, denn im gegebenen gesetzlichen Rahmen ist derzeit keine alternative Lösung in Sicht. Auf dem Markt für die Hepatitis C-Therapien wird sich kein wesentlicher Preiswettbewerb mehr einstellen. Ursprünglich wurden im Bereich der Hepatitis C-Behandlung Neueinführungen anderer Hersteller erwartet. Inzwischen haben diese allerdings bekannt gegeben, dass sie ihre eigenen Entwicklungen nicht mehr auf den Markt bringen. Gilead hat mit dem Präparat Harvoni im November 2014 bereits ein neues Produkt eingeführt, das inzwischen den größten Teil der Therapie abdeckt. Neben den beiden Produkten von Gilead ist lediglich ein weiteres Therapieregime der Firma AbbVie verfügbar, dessen Preis sich an dem von Sovaldi orientiert. In den USA ist es den Krankenversicherungen gelungen, höhere Rabatte auszuhandeln, da diese ihren Leistungsumfang auf eine Therapievariante – also das Präparat eines Herstellers – begrenzen können. Diese Option existiert in Deutschland nicht. Auch die im Fall von Sovaldi und dessen Nachfolgerprodukt einzelnen Krankenkassen angebotenen Rabattverträge können die Lücken im AMNOG-Verfahren nicht kompensieren. Es hat

Nutzenbewertung trennt Spreu vom Weizen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat bislang für 126 Arzneimittel die frühe Nutzenbewertung nach dem AMNOG-Verfahren abgeschlossen. In zwölf Fällen läuft aktuell das Verfahren, für acht ist die Beschlussfassung in Vorbereitung (Stand 7. Mai 2015). In 23 Verfahren hat der GBA einen „**beträchtlichen Zusatznutzen**“ attestiert (Krebsmedikamente: 43 Prozent). Ein „**geringer Zusatznutzen**“ ergab sich in 29 Fällen, „**kein Zusatznutzen**“ in 49 Fällen. Zwölf Wirkstoffe erhielten eine positive Nutzenbewertung in der Kategorie „**Zusatznutzen nicht quantifizierbar**“. Im Dezember 2014 erhielt mit dem Wirkstoff Propranolol zur systemischen Therapie von Blutschwämmchen bei Säuglingen erstmals ein neues Medikament die Bewertung „**erheblicher Zusatznutzen**“. Insgesamt hat der GBA bisher in 55 Prozent der Verfahren die Überlegenheit eines neuen Wirkstoffes gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie festgestellt. Vielfach bezieht sich der Zusatznutzen jedoch nicht auf das gesamte Anwendungsgebiet, sondern nur auf bestimmte Patientengruppen („Subgruppen“). Die GBA-Beschlüsse wurden in 84 Prozent der Fälle im Konsens zwischen Ärzten und Krankenkassen getroffen. Zu 88 Prozent stimmten die Patientenvertreter zu.

Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss

sich gezeigt, dass Gilead aus seiner starken Marktposition heraus keine den Erstattungsbeitragsverhandlungen vergleichbaren Rabattangebote abgegeben hat. Ziel des Herstellers war wohl eher, der Politik mit minimalem finanziellen Einsatz Beweglichkeit zu signalisieren, um härtere Reaktionen zu verhindern.

Im Pharmadialog bleiben Krankenkassen Zaungäste. Arzneimittelpolitik bewegt sich stets im Spannungsfeld zwischen Gesundheitspolitik und Wirtschaftsförderung. Das wird einmal mehr deutlich beim „Pharmadialog“, den SPD und Union, wie im Koalitionsvertrag angekündigt, eröffnet haben. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe hat beschrieben, worum es im Pharma-Dialog geht: „Wir brauchen einen Ausgleich zwischen den Interessen der Unternehmen, die den Fortschritt mit neuen Produkten vorantreiben und erfolgreich am Markt bestehen wollen, und den Erfordernissen eines solidarischen Gesundheitssystems, das nachhaltig finanzierbar bleibt und den Patienten nutzen in den Mittelpunkt stellt. Dabei muss die Politik als Anwalt des Gemeinwohls für die richtige Balance sorgen.“

In ihrer Rolle als Hauptsponsor der Arzneimittelausgaben und Mitgestalter der Arzneimittelversorgung sind die Krankenkassen, vertreten durch den GKV-Spitzenverband, allerdings nur punktuell in den Dialog einbezogen.

Immerhin: Der Pharmadialog findet unter Federführung des Gesundheitsministers statt. Und noch ist die Gesundheitspolitik national bestimmt. Auf EU-Ebene ist Arzneimittelpolitik bereits in erster Linie Wirtschaftspolitik. Nur nach massiven Protesten hat EU-Kommissionspräsident Jean-Claude Juncker nach seiner Wahl im Herbst 2014 den Plan fallen gelassen, die Arzneimittelpolitik der neuen EU-Binnenmarktkommissarin

Pharma-Hersteller
sollten wissen: Stabile
Umsätze beruhen auf
stabilen Kassenfinanzen.

Nutzenbewertung: Die frühe Nutzenbewertung ist Kern des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG). Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) bewertet innerhalb von drei Monaten nach Marktzulassung eines Arzneimittels, ob es einen Zusatznutzen gegenüber einer zweckmäßigen Vergleichstherapie aufweist. Grundlage der Bewertung ist ein Dossier des Herstellers mit Zulassungsunterlagen und Studien, die einen möglichen Zusatznutzen belegen können. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) wertet das Dossier im Auftrag des GBA aus. Sechs Monate nach Marktzulassung trifft der GBA einen Beschluss auf Basis der Nutzenbewertung und Stellungnahmen von Unternehmen, Verbänden und Sachverständigen. Stellt er einen Zusatznutzen fest, beginnen Verhandlungen über den Erstattungspreis. Medikamente, bei denen der GBA keinen Zusatznutzen feststellt, werden in das Festbetragssystem eingruppiert. Wenn das nicht möglich ist, wird ein Erstattungsbeitrag vereinbart, bei dem die Jahrestherapiekosten nicht höher sein dürfen als die der zweckmäßigen Vergleichstherapie.

Subgruppen: Das AMNOG sieht vor, dass das Hersteller-Dossier zur Nutzenbewertung Subgruppenanalysen enthält. Das heißt, der Hersteller grenzt Patientengruppen innerhalb des Anwendungsgebietes voneinander ab und benennt für diese das Ausmaß des Zusatznutzens separat. Kriterien für Subgruppen können beispielsweise Erkrankungsschwere, Vorbehandlung oder Alter und Geschlecht sein. Im Dossier muss die Anzahl der Patienten angegeben sein, für die ein therapeutisch bedeutsamer Zusatznutzen innerhalb des zugelassenen Anwendungsgebietes besteht.

Herstellerrabatt: Pharmaunternehmen sind gesetzlich verpflichtet, den Krankenkassen für patentgeschützte Arzneimittel einen Rabatt auf den Herstellerabgabepreis zu gewähren. Der Abschlag gilt für alle patentgeschützten Medikamente, die keiner Festbetragsgruppe zugeordnet wurden. Von August 2010 bis Ende 2013 galt ein erhöhter Abschlag von 16 statt sechs Prozent. Seit Januar 2014 beträgt der Herstellerabschlag sieben Prozent.

Rabattverträge: Seit 2006 können die Krankenkassen mit Generikaherstellern Verträge abschließen, in denen die Versorgung mit einem bestimmten Wirkstoff zu einem bestimmten Preis geregelt wird. Die Apotheker sind verpflichtet, das rabattierte Medikament abzugeben. Der Arzt kann auf dem Rezept allerdings festlegen, dass ausschließlich das verordnete Präparat abgegeben werden darf.

Generika: Wenn das Patent eines Pharmaunternehmens auf ein Medikament ausgelaufen ist, dürfen andere Hersteller Nachahmer-Präparate produzieren. Solche sogenannten Generika sind deutlich günstiger als die Original-Arzneien, gleichen ihnen aber im Wirkstoff, in der Darreichungsform und der Dosierung. Daher sind sie genauso wirksam, sicher und verträglich.

Richtgrößen: Damit die Vertragsärzte entsprechend dem Wirtschaftlichkeitsgebot verordnen, werden für die einzelnen Arztgruppen Richtgrößen festgelegt. Diese entsprechen dem Durchschnitt der Leistungen, die ein Vertragsarzt der jeweiligen Gruppe pro Jahr verordnen darf. Die Richtgrößen sind maßgeblich bei individuellen Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Überschreitet ein Arzt bei seinen Verordnungen die für ihn geltenden Richtgrößen um mehr als 25 Prozent, muss er den Mehraufwand erstatten, soweit dieser nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist. Gemäß dem Grundsatz „Beratung vor Regress“ haben Ärzte, die zum ersten Mal die Richtgrößen um mehr als 25 Prozent überschreiten, einen Rechtsanspruch auf Beratung.

Quelle: AOK-Bundesverband, GBA

Elżbieta Bieńkowska zu übertragen. Die Verantwortung für Medizinprodukte hat Juncker dagegen trotz des Widerstandes im Europäischen Parlament, seitens der Ärzteschaft und des europäischen Zusammenschlusses der Sozialversicherungen (darunter der AOK-Bundesverband) bereits dem Binnenmarkt-Ressort zugeschlagen. Vor diesem Hintergrund ist die immer wieder erhobene Forderung nach einer europäischen Harmonisierung der Arzneimittel-Nutzenbewertung mit Skepsis zu betrachten. Die aktuelle Diskussion zeigt dennoch, dass im Bereich der Arzneimittelpolitik die Aktivitäten auf EU-Ebene immer wichtiger für die nationale Gesundheitspolitik werden.

Nutzenbewertung liefert Informationen für Therapieentscheidung.

Trotz der Regulierungslücke kann die Bedeutung des AMNOG-Verfahrens für die Effizienz der Arzneimittelversorgung im patentgeschützten Bereich insbesondere in Bezug auf seine langfristigen Impulse gar nicht hoch genug eingeschätzt werden. Die Nutzenbewertung hat nicht nur den beschriebenen Effekt auf die Preise, sondern liefert zudem für die ärztliche Therapieentscheidung bei neuen Arzneimitteln wichtige Informationen und kann so die Behandlungsqualität potenziell verbessern. Vor diesem Hintergrund ist es bedauerlich, dass der Gesetzgeber entschieden hat, die Arzneimittel des Bestandsmarktes (der vor 2011 eingeführten Präparate) ausnahmslos nicht mehr nach dem AMNOG-Verfahren bewerten zu lassen.

Bei der Umsetzung der Erkenntnisse der Nutzenbewertung in die Versorgungspraxis sind allerdings erhebliche Defizite zu erkennen. Zahlreiche Untersuchungen haben gezeigt, dass sich die Nutzenbewertung in den Therapieentscheidungen nur unzureichend niederschlägt. Während Arzneimittel ohne oder mit geringem Zusatznutzen teilweise erhebliche Verordnungszuwächse erreichen, bleiben andere Arzneimittel mit eindeutigerem Zusatznutzen hinter den Erwartungen zurück. Darüber hinaus ist zu beobachten, dass sich bei Verordnungszuwächsen eines Arzneimittels keine Differenzierung nach den unterschiedlich bewerteten Subgruppen (*siehe Glossar*) der Erkrankung erkennen lässt. Im Sinne der Patienten wäre es jedoch, dass Ärzte die wenigen Informationen, die kurz nach Markteinführung über ein neues Medikament vorliegen, in ihren Therapievor schlägen berücksichtigen. Nur so können Patienten von einem Zusatznutzen profitieren und bleiben andererseits bei dessen Fehlen von den Unsicherheiten einer Therapieumstellung verschont. Neben den Vertragsärzten sind hier die Krankenhaus-ärzte gefragt, die bei der Neueinstellung und Umstellung von Arzneitherapien eine große Rolle spielen.

Ergebnisse in der Praxissoftware hinterlegen. Warum aber spiegeln sich die Ergebnisse der Nutzenbewertung nicht deutlicher in der Versorgungspraxis wider? Bei mehr als 100.000 niedergelassenen Ärzten, von denen die Mehrzahl jeden Tag viele einzelne Therapieentscheidungen trifft, verbieten sich monokausale Erklärungsansätze. Während ein Teil der Ärzte innovationsaffin verordnet, setzen andere grundsätzlich auf Bekanntes und Bewährtes. Beides hat seine Berechtigung. Trotzdem muss sichergestellt werden, dass Ärzte die Informationen aus der Nutzenbewertung in ihrem täglichen Handeln zur Kenntnis

nehmen können. Als zeitgemäße Unterstützung für eine rationale Arzneimitteltherapie bietet sich vor allem die Praxissoftware an, in der diese Informationen hinterlegt werden sollten. Da weder die Softwareanbieter, noch die damit befassten Gremien der Vertragsärzteschaft in den letzten Jahren in der Lage waren, hierfür Lösungen bereitzustellen, sollten die entsprechenden gesetzlichen Verpflichtungen geschärft werden.

Klarheit schaffen für Patienten und Ärzte. Während die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft nicht müde wird, auf die Bedeutung der Nutzenbewertung hinzuweisen, hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mit ihrer bizarren Mischpreis-Argumentation dazu beigetragen, die Ergebnisse des Verfahrens gegenüber den Ärzten zu relativieren. Die KBV argumentiert folgendermaßen: Da der GKV-Spitzenverband in seinen Verhandlungen die Gesamtpatientenzahl in der betrachteten Indikation zugrunde lege (und nicht nur die Subgruppen mit Zusatznutzen, *siehe Glossar*), ergebe sich für die Gesamtgruppe ein Mischpreis. Insofern sei die Anwendung des neuen Arzneimittels auch für die Patienten wirtschaftlich, in deren Subgruppe es ohne Zusatznutzen sei. Aus den KBV-Argumenten könnten Ärzte ableiten, dass die differenzierten Ergebnisse der Nutzenbewertung für ihre Therapieentscheidung ohne Belang sind. Ein Fehlschluss, denn nicht nur unter Wirtschaftlichkeits- sondern auch unter Qualitätsaspekten müssen Ärzte bei jedem Patienten einzeln die Vor- und Nachteile einer Arzneitherapie abwägen.

Um einen Einsatz neuer Arzneimittel auf Basis ihres Zusatznutzens zu erreichen, kommt als weitere Alternative ein partieller Ausschluss von der Erstattungsfähigkeit infrage – für die Subgruppen, für die sich kein Zusatznutzen ergibt. Wenn der GBA die Erstattungsfähigkeit auf diese Weise festlegt, hätten Ärzte und Patienten hinreichend Klarheit.

Diffuse Verordnungsmuster auch in anderen Bereichen. Letztendlich sind die diffusen Muster beim Einsatz von neuen Arzneimitteln im deutschen Versorgungsalltag nichts Unerwartetes. Der kontinuierlichen Beobachtung und (kritischen) Bewertung des AMNOG-Verfahrens ist es zu verdanken, dass am Beispiel der Innovationen sehr differenzierte Analysen zum Einsatz vorgenommen werden und damit wichtige Fragen zum Verordnungsgeschehen aufgeworfen werden. Weitere vordergründig nicht nachvollziehbare Versorgungsmuster hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014 in seinem Gutachten dargestellt, in dem er auf erhebliche regionale Versorgungsunterschiede bei der Therapie mit Antibiotika und der Therapie des Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) hingewiesen hat.

Politik will Wirtschaftlichkeitsprüfung aufweichen. Während sich die Arzneimittelpolitik in den letzten Jahren und Jahrzehnten vor allem auf den Faktor Preis fokussiert hat (Festbeträge, gesetzliche Herstellerrabatte, Rabattverträge, Erstattungsbeträge nach Nutzenbewertung, *siehe Glossar*), ist die Steuerung bei der Auswahl von Arzneimitteln seit Jahren kaum weiterentwickelt worden. Nun hat sich die Große Koalition entschieden, die

Pharmakotherapie-Beratung
und aktuelle Praxissoftware
können Ärzte vor Regressen
schützen.



Wirtschaftlichkeitsprüfung der Vertragsärzte in der derzeitigen Form der Richtgrößenprüfung (*siehe Glossar*) abzuschaffen, nachdem diese von Ärzten immer wieder als Niederlassungshemmnis diffamiert wurde. Wesentliche inhaltliche Vorgaben im Sozialgesetzbuch sollen durch regionale Vereinbarungen abgelöst werden. Der Gesetzgeber verzichtet dabei bewusst auf weitere bundesweite Regelungen.

Die AOK betrachtet es grundsätzlich als Chance, dass die Regelungen zur Steuerung des Ordnungsverhaltens weiterentwickelt werden sollen. Die Richtgrößenprüfung in ihrer derzeitigen Form wird dem komplexen Versorgungsgeschehen nicht gerecht. Sie ist an der fehlenden Akzeptanz gescheitert. Allerdings ist zu befürchten, dass die im aktuellen Entwurf des Versorgungsstärkungsgesetz vorgesehene Regelung keinen effektiven Beitrag zur Verbesserung des Ordnungssteuerung leisten wird. Sie ist derart offen und unverbindlich gehalten, dass es den Vertragspartnern auf Landesebene angesichts der bisher häufig bestehenden Blockadesituation kaum gelingen dürfte, ein verbindliches Ordnungsmanagement zu entwickeln.

Privatversicherer kein Vorbild. Dabei steht einiges auf dem Spiel: Der Einsatz von preisgünstigen Generika ist in der GKV Standard. Nach einer vergleichenden Auswertung der privaten Krankenversicherung (PKV) beträgt der Anteil der Generika an den Arzneiverordnungen in der PKV 57 Prozent (Basis: die 100 umsatzstärksten generikafähigen Wirkstoffe in der PKV), während in der GKV knapp 94 Prozent erreicht werden. Die PKV nennt als Ursache für die erfolgreiche Generikadurchdringung in der GKV insbesondere die Richtgrößen. Bei Privatverordnungen verhalten sich die Ärzte hingegen ausgesprochen

Ich mach's mit Erfahrung.

Man ist nie zu alt für Kondome. mach's mit.

**GIB AIDS
KEINE
CHANCE**

STI

Sexuell
Übertragbare
Infektionen

Informier dich:

www.machsmits.de

Telefonberatung 0221-892031

Eine Aktion der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), mit Unterstützung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V., gefördert durch die Bundesrepublik Deutschland.

BZgA

Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

PKV
Verband der Privaten
Krankenversicherung



markentreu. Es muss vermieden werden, dass mit der Neuausrichtung der Steuerungsinstrumente die Erfolge der GKV (und auch der Generikahersteller) aufs Spiel gesetzt werden. Ohne verbindliche Steuerungsinstrumente besteht die Gefahr, dass bei zukünftigen Patentabläufen die Etablierung des Generikawettbewerbs deutlich länger dauert als bisher. Sinkt die Generikaquote mittelfristig auf PKV-Niveau, wäre dies für die GKV kaum finanzierbar.

Der Erfolg der Rabattverträge (*siehe Glossar*) hängt ebenfalls unmittelbar mit den derzeitigen Steuerungsinstrumenten zusammen. Markentreue würde die erreichten Rabattquoten verhindern. Insofern ist es auch in Zukunft wichtig, die produktunabhängige Verordnung zu fördern. Ärzte sollten nur in medizinisch notwendigen Fällen das Präparat festlegen dürfen. Auch ein Markterfolg von Biosimilars (Nachahmerprodukte von biotechnologisch erzeugten Arzneimitteln) ist ohne verbindliche Steuerungsinstrumente kaum vorstellbar. Vor dem Hintergrund des aktuellen Kostendrucks im patentgeschützten Arzneimittelmarkt sollte der im patentfreien Segment erreichte Kostenspielraum nicht aufgegeben werden.

Ohne Sanktionen verpufft die Steuerung. Bei der Weiterentwicklung der Ordnungssteuerung geht es nicht darum, Ärzte mit Regressandrohungen einzuschüchtern. Der Fokus von Steuerungsinstrumenten sollte mehr als bisher auf ihre präventive Wirkung gerichtet werden. Insofern ist es erforderlich, die Richtgrößen und die nachgelagerte Prüfung durch ein effektiveres und besser akzeptiertes Verfahren zu ersetzen, um eine sinnvolle Lenkung der Arzneimittelverordnungen zu erreichen und das für die Ärzte geltende Wirtschaftlichkeitsgebot zu konkretisieren und durchzusetzen. An der Möglichkeit von Regressen ist im Rahmen eines Stufenkonzeptes in der letzten Eskalationsstufe allerdings festzuhalten. Hier sollte die vorgesehene Kann-Regelung durch eine verbindlichere gesetzliche Vorgabe ersetzt werden. Fehlt eine solche Verbindlichkeit am Ende eines Eskalationsmodells, werden die gesetzlichen Regelungen für eine rationale Arzneimitteltherapie im Wesentlichen verpuffen. Dies haben die Erfahrungen der letzten Jahre gezeigt. Es kann daher nicht das Ziel sein, jegliche Sanktion für Unwirtschaftlichkeit abzuschaffen. Vielmehr müssen alle Aktivitäten darauf gerichtet sein, den Arzt dabei zu unterstützen, dass er gar nicht erst in eine Prüf- oder Regresssituation kommt. Damit verliert das Ordnungsmanagement seinen für den Arzt bedrohlichen Charakter.

Ausgabenniveau weist regionale Unterschiede auf. Bei einer effektiven Steuerung des Ordnungsgeschehens spielen die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) eine wichtige Rolle. Derzeit sind die KVen auf diesem Gebiet sehr unterschiedlich engagiert. Eine Befragung im Auftrag des Sachverständigenrats ergab, dass die Zahl der Pharmakotherapie-Berater in den KVen zwischen zwei und 40 schwankt. Das Engagement der KVen ist aber entscheidend für die Wirtschaftlichkeit der Arzneitherapie

in ihrer Region. Davon zeugen die erheblichen regionalen Unterschiede bei den Arzneausgaben, die nicht vollständig durch eine regional unterschiedliche Morbidität erklärt werden können. Auf diesen Zusammenhang hat zuletzt der Sachverständigenrat in seinem aktuellen Gutachten hingewiesen. Diese Funktion wird derzeit nicht in ausreichendem Maße wahrgenommen.

Die AOKs leisten in vielen Regionen mit ihrer Pharmakotherapie-Beratung einen wichtigen Beitrag zu Unterstützung der Ärzte. Dies funktioniert umso besser, je mehr die KVen diese Kommunikation mittragen und verstärken. In den vorgesehenen Neuregelungen ist der Wirtschaftlichkeitsauftrag der KVen daher zu stärken. Die Instrumente des Ordnungsmanagements müssen Eingang in die Praxissoftware finden, die die Umsetzung im Praxisalltag unterstützt. Hiermit ließen sich die Ärzte wirksam vor Regressansprüchen der Krankenkassen schützen. Die Praxissoftware wäre technisch längst in der Lage, dem Arzt aktuelle verlässliche

Informationen zur qualitativen und wirtschaftlichen Einstufung von Arzneimitteln im Augenblick der Verordnung zu präsentieren. Der Gesetzgeber muss daher auch für diesen Bereich eine wirksame Regelung treffen.

Politik setzt Sparpotenziale aufs Spiel. Nur unter den beschriebenen Bedingungen ist auf regionaler Ebene eine effektive Ordnungssteuerung zu erreichen, die auch den Ärzten gerecht wird. Die aktuell von der Großen Koalition vorgesehenen Änderungen werden vermutlich zu einer faktisch ersatzlosen Abschaffung der bisherigen Wirtschaftlichkeitsprüfung führen. Dies nimmt die Politik offenbar in Kauf. Allerdings sollte ihr dann auch bewusst sein, dass sie damit die Einsparpotenziale insbesondere im Generika-Markt mittelfristig aufs Spiel setzt. Diesen Puffer braucht die soziale Krankenversicherung aber, um den medizinischen Fortschritt für alle Menschen auf Dauer finanzierbar zu machen. ■

Dr. Sabine Richard, Diplom-Volkswirtin, ist Geschäftsführerin der Geschäftsführungseinheit Versorgung im AOK-Bundesverband.

Kontakt: Sabine.Richard@bv.aok.de

Mehr zum Thema Arzneimittelpreise im Interview mit dem Arzneimittelexperten Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig auf Seite 28/29

Lese- und Webtipps

- Ulrich Schwabe, Dieter Paffrath (Hrsg.): **Arzneiverordnungs-Report 2014**, Springer Medizin
- www.wido.de > Arzneimittel
- www.aok.bv.de > Gesundheit > Versorgungsbereiche > Arzneimittel
- www.g-ba.de > Informationsarchiv > (Frühe) Nutzenbewertung nach Paragraph 35a SGB V
- www.gkv-sv.de > Krankenversicherung > Arzneimittel > AMNOG-Verhandlungen

„Keine Fantasiepreise für neue Arzneien“

Wenn Medikamente auf den Markt kommen, sind sie im Verhältnis zu ihrer therapeutischen Qualität häufig zu teuer, kritisiert

Wolf-Dieter Ludwig. Der Arzneimittel-Experte fordert deshalb für Spezialpräparate eine Kosten-Nutzen-Bewertung.

Herr Professor Ludwig, zur Behandlung von Hepatitis C gibt es mit Sovaldi ein neues, wirksames Arzneimittel. Wie gut ist es?

Wolf-Dieter Ludwig: Das Medikament und weitere neue Wirkstoffe zur Behandlung von Hepatitis C sind ein therapeutischer Fortschritt. Ob sie zur langfristigen Heilung dieser Infektionskrankheit führen, wissen wir aber noch nicht.

Sovaldi ist sehr teuer. Ist der Preis gerechtfertigt?

Ludwig: Die gesetzliche Krankenversicherung gibt im Jahr inzwischen mehr als 32 Milliarden Euro für Arzneimittel aus. Wenn wir davon zukünftig möglicherweise rund drei bis fünf Milliarden Euro für die Behandlung von Patienten mit chronischer Hepatitis C aufwenden, dies bedeutet etwa 15 Prozent der Arzneimittelausgaben für etwa 0,4 Prozent der Versicherten, dann ist dies kein gutes Verhältnis und gefährdet eine gerechte Verteilung begrenzter Ressourcen in unserem Gesundheitssystem.

Wollen Sie teure Medikamente rationieren?

Ludwig: Nein, das will ich nicht. Aber aus medizinischen und ethischen Gründen müssen wir verhindern, dass schlecht geprüfte, sehr teure neue Arzneimittel nach ihrer Zulassung sofort verschrieben werden und hohe Kosten für unser solidarisch finanziertes Gesundheitssystem verursachen.

Ein konkretes Beispiel wäre?

Ludwig: Aus der Onkologie wissen wir, dass Patienten mit fortgeschrittenen, unheilbaren Krebserkrankungen mit einer guten palliativmedizinischen Betreuung häufig mehr geholfen ist, als mit teuren onkologischen Medikamenten, die wenig wirksam sind und die Lebensqualität eher verschlechtern.

Inwiefern spielen Angebot und Nachfrage auf dem Arzneimittelmarkt eine Rolle?

Ludwig: Die normalen Marktgesetze gelten im Arzneimittelbereich nicht. Bei einigen Medikamenten in der Onkologie zum Beispiel kommen immer wieder neue Anwendungsgebiete hinzu. Somit erweitert sich der Patientenkreis stetig. Nach dem Angebot-Nachfrage-Prinzip müsste das Arzneimittel also billiger werden. Das Gegenteil passiert aber.

Woher sollen Ärzte wissen, ob ein neues Medikament etwas nützt?

Ludwig: Es gibt unabhängige Informationsmöglichkeiten wie die der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) und des Gemeinsamen Bundesausschusses. Jeder Arzt hat die Möglichkeit, sich unabhängig, rasch und in komprimierter Form über Vor- und Nachteile einer neuen Arznei zu informieren. Leider werden die Quellen zu selten genutzt. Stattdessen dominiert häufig die Desinformation der pharmazeutischen Unternehmer.

Wie versucht die Industrie, Ärzte zu beeinflussen?

Ludwig: Es gibt keine genauen Zahlen. Aber die Mehrzahl der zertifizierten Fortbildungen für Ärzte wird vermutlich von der Pharmaindustrie gesponsert. Ein kürzlich bei der AkdÄ eingerichteter Fachausschuss erarbeitet zurzeit Kriterien für unabhängige Fortbildungen. Referenten bei diesen Veranstaltungen sollten keine finanziellen Interessenkonflikte haben und sich zu einer unabhängigen Darstellung der Inhalte verpflichten.

Gibt es denn wirklich so wenige gute neue Medikamente?

Ludwig: Die Pharmaindustrie steckt über viele Jahre in einer Produktivitätskrise. Sie scheint überwunden zu sein, nicht aber



„Ärzte nutzen zu selten unabhängige Informationsquellen.“

die Innovationskrise. Die meisten der heute neu zugelassenen Arzneimittel bedeuten keineswegs einen großen medizinischen Fortschritt, wie Pharmahersteller gern behaupten. Im Gegenteil: Medikamente mit keinem oder geringem Zusatznutzen kosten nicht selten mehr als 50.000 Euro pro Jahr und Patient. Das sind Fantasiepreise. Davon profitieren die Hersteller und angesichts hoher Renditeerwartungen deren Investoren, nicht aber die Patienten.

Gehen den Pharmaunternehmen die Ideen aus?

Ludwig: Die Pharmaindustrie hat in den letzten 20 Jahren zu wenig in die Grundlagenforschung investiert und sich stattdessen zu oft auf die Herstellung von Arzneien mit nur geringfügig veränderten chemischen Eigenschaften, die sogenannten Analogpräparate, konzentriert. In der Onkologie wurden eine Vielzahl von Small Molecules entwickelt, die sich chemisch wenig unterscheiden, aber als sogenannte Multikinase-Inhibitoren ohne überzeugenden Beleg für ihren Zusatznutzen aggressiv vermarktet werden.

Es geht also ums Geldverdienen?

Ludwig: Wir wissen, dass die Pharmahersteller deutlich weniger Geld in Forschung und Entwicklung als in ihr Marketing investieren. Dies ist auch die Folge der Innovationskrise, da neue Arzneimittel ohne Zusatznutzen gegenüber bereits auf dem Markt befindlichen Medikamenten intensiv beworben werden müssen, um den erwünschten Umsatz zu erzielen.

Seit 2011 gibt es die frühe Nutzenbewertung. Reicht sie aus?

Ludwig: Nein. Die frühe Nutzenbewertung ist ohne Zweifel ein wichtiger Schritt auf dem Weg hin zu mehr unabhängiger Information und eine am Nutzen der Arznei orientierte Festsetzung eines Erstattungsbetrags. Allerdings reichen uns die bei der Zulassung vorliegenden Ergebnisse zur Wirksamkeit und Sicherheit neuer Wirkstoffe meist nicht aus, um die Arzneien später auch rational zu verordnen.

Was fordern Sie?

Ludwig: Wir brauchen dringend weitere klinische Studien, deren Design nicht von den Herstellern festgelegt wird. Sie sollen dringend benötigte Erkenntnisse zur langfristigen Wirksamkeit und Sicherheit von neuen Arzneimitteln in der Praxis erbringen. Das bedeutet, dass die frühe Nutzenbewertung befristet und nach etwa zwei bis drei Jahren wiederholt werden sollte. Bei sehr teuren Spezialpräparaten werden wir in Zukunft auf eine Kosten-Nutzen-Bewertung, wie in vielen anderen europäischen Ländern bereits heute üblich, nicht verzichten können.

Was schlagen Sie also vor?

Ludwig: Wir müssen die Versorgungsforschung stärken und mit öffentlichen Geldern besser finanzieren. Ein unabhängiges Gremium, in dem alle relevanten Akteure – beispielsweise Krankenkassen, Ärzte, Fachgesellschaften, Pharmahersteller, Patienten – vertreten sind, sollte entscheiden, welche Erkenntnisse aus klinischer Forschung fehlen und welche Fragen zu neuen Arzneien unbeantwortet sind. ■

Das Interview führten Ines Körver und Robin Halm, KomPart-Verlag.

Zur Person

Professor Dr. Wolf-Dieter Ludwig ist Chefarzt der Klinik für Hämatologie, Onkologie und Tumorimmunologie am HELIOS-Klinikum Berlin-Buch sowie seit 2007 Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ). Er gibt den pharmakritischen „Arzneimittelbrief“ mit heraus und ist seit 2013 Mitglied im Management Board der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA).

VERSORGUNGSFORSCHUNG

Lücken bei



der Krebsvorsorge

Ob Brust-, Darm-, Haut- oder Prostatakrebs – je nachdem, wo Patienten wohnen, gehen sie mehr oder weniger häufig zur Früherkennung. Warum das so ist, haben Verena Vogt und Leonie Sundmacher untersucht. Ein Grund: die regional ungleiche Verteilung der Ärzte.



Krebserkrankungen sind die zweithäufigste Todesursache in Deutschland. Rund 29 Prozent aller Todesfälle bei Männern und 22 Prozent bei Frauen waren im Jahr 2010 auf bösartige Tumore zurückzuführen. Viele Krebserkrankungen sind jedoch heilbar, wenn sie in einem frühen Stadium diagnostiziert werden und die Krebszellen noch nicht metastasieren. Die Krebsfrüherkennung kann die Heilungschancen deutlich verbessern und so die Krankheitsbelastungen sowie die Sterblichkeit reduzieren und gleichzeitig die Lebensqualität erhöhen.

In Deutschland gehören Früherkennungsuntersuchungen für Brust-, Darm-, Gebärmutterhals-, Haut- und Prostatakrebs zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (siehe Kasten „Welche Krebsfrüherkennung die Kassen übernehmen“ auf Seite 32). Allerdings nimmt nur knapp die Hälfte der teilnahmeberechtigten Frauen und ein Fünftel der Männer dieses Angebot wahr. Die Effektivität der Früherkennung von Krebserkrankungen hängt jedoch in hohem Maße von der Inanspruchnahme der Untersuchungen ab. Daher ist es für gesundheitspolitische Entscheidungsträger von hohem Interesse, sowohl die Barrieren als auch die Determinanten der Inanspruchnahme zu identifizieren, um langfristig die Teilnehmeraten zu steigern. Die Gründe für die Inanspruchnahme der Krebsfrüherkennung

sind vielfältig. Neben Alter, Geschlecht oder familiärer Lebenssituation spielen auch Faktoren wie Bildung oder Versichertenstatus eine Rolle (Scheffer et al. 2006, siehe Kasten „Lesetipps“). Auch der Wohnort kann die Entscheidung zur Teilnahme beeinflussen. So ist es beispielsweise möglich, dass in einer Region mit einem schlechteren Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung weniger Menschen zur Krebsfrüherkennung gehen als in Gebieten mit einer hohen Arztdichte. Mit

Lesetipps

- Susanne Ozegowski, Leonie Sundmacher (2012): **Wie „bedarfsgerecht“ ist die Bedarfsplanung?** Eine Analyse der regionalen Verteilung der vertragsärztlichen Versorgung. Gesundheitswesen 74 (10), Seite 618–626
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) 2006: **Gesundheit in Deutschland.** Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin
- Simone Scheffer, Sarah Dauven, Monika Sieverding (2006): **Soziodemografische Unterschiede in der Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (KFU) in Deutschland.** Eine Übersicht. Gesundheitswesen 68, Seite 139–146
- Verena Vogt, Martin Siegel, Leonie Sundmacher (2014): **Examining regional variation in the use of cancer screening in Germany.** Social Science & Medicine 110, Seite 74–80

unserer Analyse knüpfen wir an diese Hypothese an und untersuchen, ob regionale Ungleichheiten in der Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen vorliegen und welche Faktoren die regionalen Unterschiede erklären können.

Die Teilnahmequoten an den Früherkennungsuntersuchungen lassen sich auf der Grundlage von Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf Kreisebene berechnen. Diese Daten beinhalten alle Leistungen, die ein niedergelassener Vertragsarzt mit seinen gesetzlich krankenversicherten Patienten abrechnet und anschließend an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung übermittelt hat. Auf der Grundlage dieser Daten lässt sich die Anzahl der wahrgenommenen Früherkennungsuntersuchungen in einem Kreis quantifizieren und anschließend auf die Grundpopulation eines Kreises beziehen. Die Grundpopulation umfasst alle Patienten, die im jeweiligen Kalenderjahr mindestens einen Arztkontakt hatten und/oder ein Rezept zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung in einer Apotheke eingelöst haben (siehe www.versorgungsatlas.de). Die regionale Zuordnung der Daten erfolgt auf Basis des Wohnortes der Patienten. Zudem sind die Daten hinsichtlich Alter und Geschlecht standardisiert, sodass unterschiedliche Muster der Inanspruchnahme bedingt durch eine regional unterschiedliche Verteilung von Altersgruppen die Analyse nicht verzerren können.

Die Spannweite ist groß. Schaut man sich die so errechneten Teilnahmequoten für jeden Kreis an, sind ausgeprägte regionale Unterschiede erkennbar. Während beispielsweise im thüringischen Hildburghausen nur fünf von 100 teilnahmeberechtigten Frauen jährlich die Mammografie wahrnehmen, liegt die Teilnahmequote im sachsen-anhaltischen Stendal bei 29 von 100

Die Präventionspolitik der früheren DDR wirkt heute noch im Osten nach.

Frauen. Die Teilnahmequoten am Pap-Test zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs schwanken zwischen 24 Prozent im Saale-Holzland-Kreis (Thüringen) und 56 Prozent in Würzburg (siehe Abbildung „Deutliches Ost-West-Gefälle beim Pap-Test“ auf Seite 33). Am Prostata-Screening nehmen im bayerischen Straubing-Bogen nur elf Prozent der Männer teil, in Frankfurt/Oder 32 Prozent. Die Teilnahmequoten am Hautkrebs-Screening schwanken zwischen fünf Prozent in Bayreuth und

18 Prozent in Delmenhorst (Niedersachsen). An der Koloskopie (Darmspiegelung) nehmen in Siegen-Wittgenstein (Nordrhein-Westfalen) jährlich nur 0,5 Prozent der Berechtigten teil, im rheinland-pfälzischen Speyer 3,2 Prozent. Generell sind bei der Krebsfrüherkennung hohe Teilnahmequoten vor allem in östlichen und nördlichen Kreisen zu beobachten. Eine Ausnahme bildet Baden-Württemberg. Dort sind die Teilnahmequoten am Prostatakrebs- und Gebärmutterhalskrebs-Screening vergleichsweise hoch. Kreise mit einer hohen Teilnahme am Hautkrebs-Screening liegen vor allem im Nordwesten Deutschlands. Die niedrigsten Inanspruchnahmeraten bei der Krebsvorsorge gibt es in den südlichen Kreisen, insbesondere im Osten Bayerns.

Auffällig ist, dass hohe beziehungsweise niedrige Teilnahmequoten in einem Kreis auch in der benachbarten Region festzustellen sind. Das sich stark ähnelnde Inanspruchnahmeverhalten in benachbarten Gebieten ist ein Indiz dafür, dass sich die Bewohner möglicherweise über die Vor- und Nachteile von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen austauschen.

Wodurch lassen sich die regionalen Unterschiede erklären? Antwort auf diese Frage geben räumliche Regressionsmodelle. Für dieses Verfahren werden zunächst mögliche Einflussfaktoren identifiziert und dann geprüft, ob ein Zusammenhang zwischen den Faktoren und den Teilnahmequoten der jeweiligen Früh-

Welche Krebsfrüherkennung die Kassen übernehmen

Krebsart	Anspruchsberechtigte	Rhythmus	Untersuchung
Darmkrebs	Frauen und Männer ab 50 Jahren	jährlich	Untersuchung auf verborgenes Blut im Stuhl
	Frauen und Männer ab 55 Jahren	alle zwei Jahre	Wahlrecht: Stuhluntersuchung oder maximal zwei Früherkennungs-Darmspiegelungen (Koloskopie)
Hautkrebs	Frauen und Männer ab 35 Jahren	alle zwei Jahre	Visuelle Ganzkörperinspektion
Brustkrebs	Frauen von 50 bis 69 Jahren	alle zwei Jahre	Mammografie-Screening
	Frauen ab 30 Jahren	jährlich	Tastuntersuchung
Gebärmutterhalskrebs	Frauen ab 20 Jahren	jährlich	Zervixkarzinom-Screening (Pap-Test)
Prostata und Genitale	Männer ab 45 Jahren	jährlich	Tastuntersuchung

Quelle: GBA (2014): www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/frueherkennung/krebsfrueherkennung/

erkenntnisuntersuchung besteht. Nach umfassender Sichtung der wissenschaftlichen Literatur kommen folgende mögliche Einflussfaktoren in Betracht:

- Zugang zur ambulanten Versorgung: Arztdichte, Fahrzeit zum nächstgelegenen Arzt, Vorhandensein eines Mammografie-Screening-Zentrums,
- Anteil der Menschen mit einem hohen Bildungsabschluss,
- durchschnittliches Haushaltseinkommen,
- Wahlbeteiligung und
- Anteil an Rauchern.

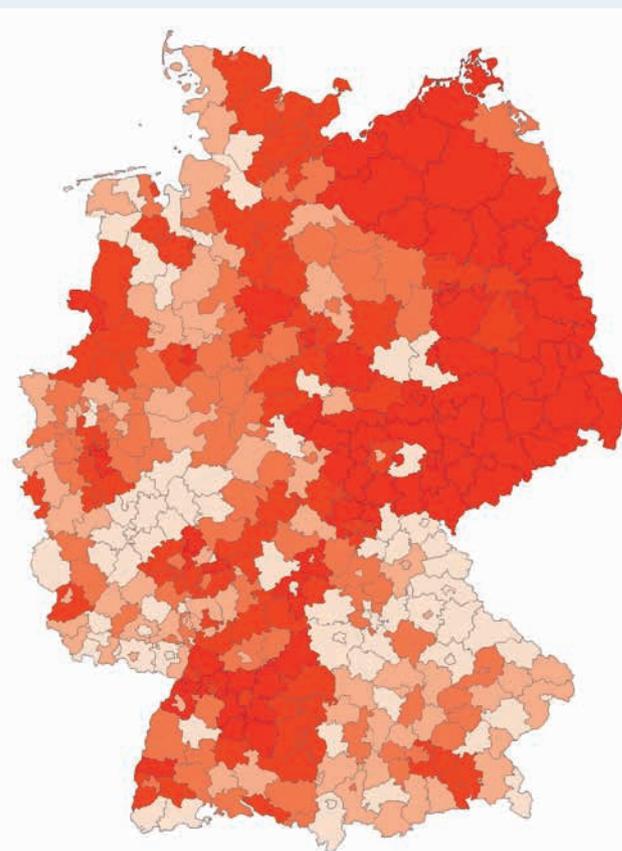
Darüber hinaus ist berücksichtigt, ob der Kreis in Ost- oder Westdeutschland liegt. Hinsichtlich der Inanspruchnahme des Pap-Tests (Gebärmutterhalskrebs-Screening) haben wir außerdem einen möglichen Zusammenhang mit der Anzahl der Verordnungen von oralen Kontrazeptiva (Antibabypille) berücksichtigt (ausführliche Beschreibung der Methodik siehe Vogt et al. 2014, Kasten „Lesetipps“ auf Seite 31).

Mehr Ärzte, mehr Vorsorge. Festzustellen ist, dass der Zugang zur ambulanten Versorgung ein Erklärungsfaktor für die regionalen Unterschiede in der Inanspruchnahme der Krebsfrüherkennung ist. So zeigen die Ergebnisse der räumlichen Analyse, dass die Teilnahme am Prostata-, Haut- und Darmkrebs-Screening positiv mit der Anzahl der Ärzte pro Einwohner in einem Kreis assoziiert ist. So ist beispielsweise die Präsenz eines zusätzlichen Dermatologen pro 10.000 Einwohner in einem Kreis mit einer um 1,1 Prozentpunkte erhöhten Inanspruchnahme des Hautkrebs-Screenings verbunden. Die durchschnittliche Fahrzeit in PKW-Minuten zum nächstgelegenen Arzt weist einen negativen Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Pap-Tests, Haut- und Darmkrebs-Screenings auf: Je höher die durchschnittliche Fahrzeit zum Arzt, desto niedriger ist die Teilnahmequote. Außerdem ist in Regionen, in denen mindestens ein Mammografie-Zentrum vorhanden ist, die Teilnahmequote am Brustkrebs-Screening um 1,91 Prozentpunkte erhöht.

Der Zusammenhang zwischen dem Zugang zur Versorgung und der Inanspruchnahme der Krebsfrüherkennung könnte dadurch erklärt werden, dass in Regionen mit einer höheren Arztdichte und kürzeren Wegezeiten zur nächstgelegenen Praxis der ökonomische und zeitliche Aufwand geringer ist als in Kreisen mit einer schlechteren Versorgungsstruktur. Zudem ist es möglich, dass in Regionen mit einer höheren Arztdichte mehr Wettbewerb um die Patienten stattfindet und die Ärzte dort die Nachfrage nach Früherkennungsuntersuchungen steigern.

Der Osten hat die Nase vorn. Weiterhin zeigen die Ergebnisse unserer Analyse, dass die Höhe der Teilnahmequoten von der geografischen Lage des Kreises abhängt. So nehmen die Menschen in Ostdeutschland signifikant häufiger an Untersuchungen zur Früherkennung von Brust-, Gebärmutterhals-, Prostata- und Darmkrebs teil als in Westdeutschland. Dies gilt unabhängig von den betrachteten Einflussfaktoren. Am deutlichsten ist der Ost-West-Unterschied beim Gebärmutterhalskrebs-Screening ausgeprägt: Die Teilnahmequote im Osten ist durchschnittlich bis zu 3,4 Prozentpunkte höher als im Westen.

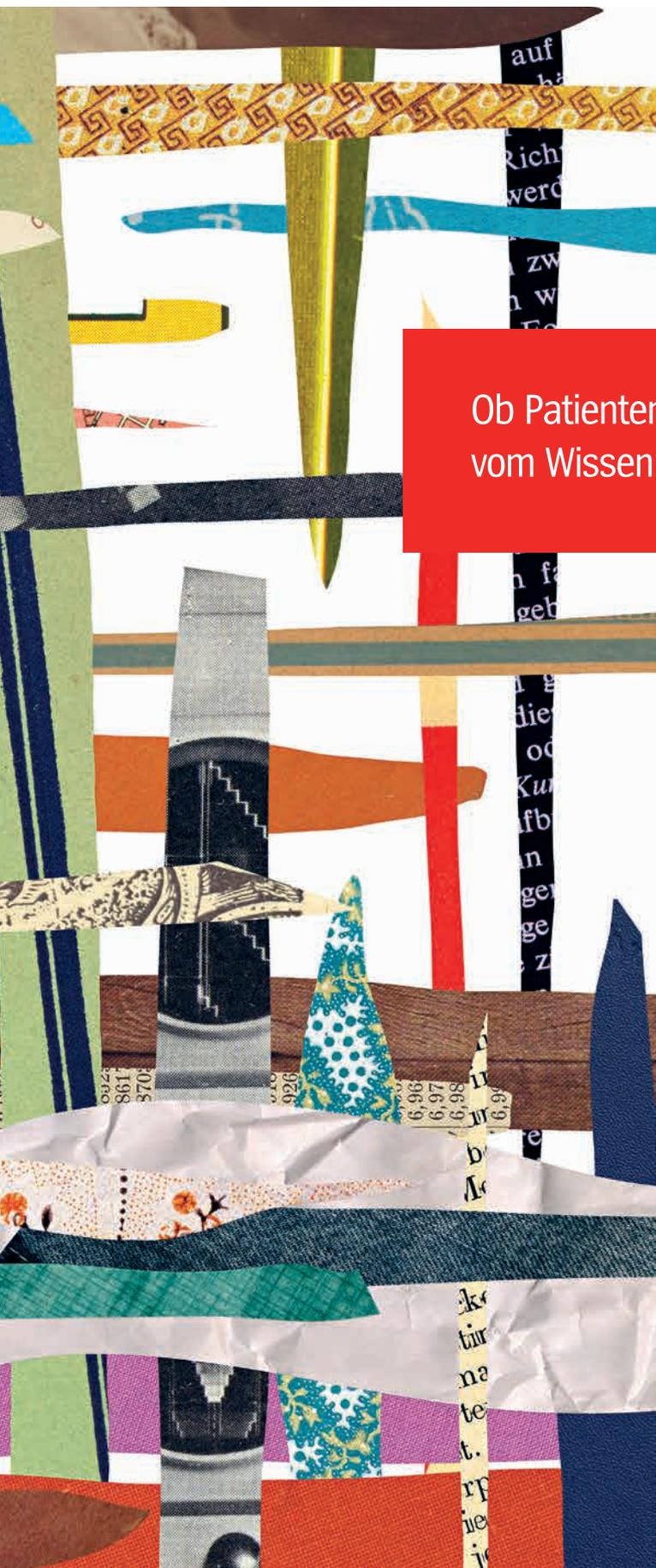
Deutliches Ost-West-Gefälle beim Pap-Test



Große Bandbreite: Die Teilnahmequoten beim Pap-Test zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs schwanken deutschlandweit zwischen 24 und 56 Prozent. In ostdeutschen, nördlichen und baden-württembergischen Kreisen nehmen besonders viele Frauen diese Krebsvorsorge wahr. Im Vergleich dazu gehen Frauen, die in ostbayerischen Kreisen leben, relativ selten zu dieser Untersuchung.

Quelle: Vogt/Sundmacher

Eine mögliche Erklärung für dieses Ost-West-Gefälle liefert die Präventionspolitik der früheren DDR. In der zentralistischen Gesundheitserziehung der DDR spielten Prävention und Vorsorge eine gewichtige Rolle. So waren beispielsweise Massenscreenings und Impfungen Pflicht. Dies kann sich auch heute noch auf die Inanspruchnahme auswirken. Das zeigt sich nicht nur bei der Beteiligung an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, sondern auch bei der Teilnahme an Impfprogrammen. Während in den östlichen Bundesländern im Jahr 2002 rund 57 Prozent der Schulanfänger ein zweites Mal gegen Masern geimpft waren,



Ob Patienten zur Vorsorge gehen, hängt auch vom Wissen über die Vor- und Nachteile ab.

waren es in den alten Bundesländern lediglich 30 Prozent (Robert Koch-Institut 2006). Betrachtet man die Ost-West-Unterschiede über einen längeren Zeitraum, lässt sich allerdings erkennen, dass sich im Laufe der Zeit im Osten die Teilnehmeraten an den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen denen im Westen annähern.

Die festgestellten regionalen Unterschiede beim Gebärmutterhalskrebs-Screening lassen sich unter anderem durch die unterschiedliche Verordnung von oralen Kontrazeptiva erklären.

So weisen Kreise, in denen besonders oft die Antibabypille verschrieben wird, eine signifikant höhere Teilnahmequote auf. Ein möglicher Grund: Frauen, die regelmäßig einen Gynäkologen aufsuchen, um ein Rezept für die Antibabypille abzuholen, werden häufiger auf die Früherkennungsuntersuchungen hingewiesen und nehmen diese auch entsprechend öfter wahr.

Dies kann auch den ausgeprägten Ost-West-Unterschied beim Gebärmutterhalskrebs-Screening erklären. Frauen in Ostdeutschland nehmen diese Früherkennungsuntersuchung nicht nur signifikant häufiger in Anspruch als ihre westdeutschen Geschlechtsgenossinnen. Auch lassen sich ostdeutsche Frauen deutlich häufiger die Antibabypille verschreiben.

Bildung und Einkommen haben Einfluss. Für den Zusammenhang zwischen der sozioökonomischen Struktur der Kreise (Bildung und Einkommen) und den Teilnahmequoten lässt sich kein konsistentes Muster erkennen. Lediglich bei der Brustkrebsfrüherkennung ist ein signifikanter Zusammenhang zu beobachten. So ist in Kreisen mit einem höheren Anteil von Frauen mit einem hohen Bildungsabschluss sowie einem höheren durchschnittlichem Haushaltseinkommen die Inanspruchnahme des Brustkrebs-Screenings niedriger.

Eine mögliche Erklärung für diesen negativen Zusammenhang liefert das Konzept der informierten Entscheidung. Ihm liegt die Idee zugrunde, dass sich Patientinnen und Patienten auf der Basis valider und evidenzbasierter Gesundheitsinformationen für oder gegen Früherkennungsuntersuchungen entscheiden. Da mit der Krebsvorsorge aber nicht nur Vorteile, sondern auch Nachteile einhergehen, kann eine informierte Entscheidung häufig negativ ausfallen. So können bei der Untersuchung beispielsweise falsch positive Befunde herauskommen, die erst in einer weiteren Untersuchung falsifiziert werden. Das aber ist für die Betroffenen nicht nur mit einem zeitlichen Mehraufwand verbunden, sondern stellt vor allem auch eine psychische Belastung dar.

Was die Inanspruchnahme der Krebsvorsorge beeinflusst

	Mammografie (Brustkrebs)	Pap-Test (Gebär-mutterhalskrebs)	Prostatakrebs-Screening	Hautkrebs-Screening	Koloskopie (Darmkrebs)
Arztdichte ^a		-0.063	3.032 ³⁾	1.100 ³⁾	0.166 ³⁾
Fahrzeit zum Arzt ^a		-0.586 ³⁾	-0.224	-0.186 ²⁾	-0.077 ³⁾
Mammografie-Zentrum	1.912 ³⁾				
Bildung	-0.079 ³⁾	0.030	-0.017	-0.017	-0.003
Einkommen	-2.743 ³⁾	2.563	2.050	1.381	0.232
Wahlbeteiligung	0.033	0.299 ³⁾	0.202 ³⁾	0.071 ³⁾	0.048 ³⁾
Raucherquote	0.002	0.014	-0.018	0.013	-0.001
Kreis liegt in Westdeutschland	-1.557 ³⁾	-3.439 ³⁾	-2.793 ³⁾	-0.450	-0.481 ³⁾
Orale Kontrazeptiva		0.071 ³⁾			
Adjustiertes R ²	0.377 ^b	0.502 ^b	0.249 ^b	0.350 ^b	0.209 ^b

^a Diese Variablen beinhalten die Dichte beziehungsweise Fahrzeiten zu den Ärzten, von denen die Patienten die jeweiligen Untersuchungen erhalten können.

^b Das adjustierte R² bildet den Anteil der regionalen Variation in der Inanspruchnahme ab, der durch das jeweilige Modell erklärt werden kann.

1) Obere Grenze der Irrtumswahrscheinlichkeit (Signifikanzniveau): 10%

2) Obere Grenze der Irrtumswahrscheinlichkeit (Signifikanzniveau): 5%

3) Obere Grenze der Irrtumswahrscheinlichkeit (Signifikanzniveau): 1%

Die Analyse zeigt: Steigt die Arztdichte an, nimmt auch die Inanspruchnahme des Prostatakrebs- und Hautkrebs-Screenings sowie der Koloskopie (Darmkrebsuntersuchung) zu. So ist beispielsweise die Präsenz eines zusätzlichen Dermatologen pro 10.000 Einwohner in einem Kreis mit einer um 1,1 Prozentpunkte erhöhten Teilnahmequote des Hautkrebs-Screenings verbunden. Sinkt die Fahrzeit zum nächstgelegenen Arzt um eine Minute, steigt die Teilnahmequote am Pap-Test zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs um 0,5 Prozentpunkte. Beim Hautkrebs-Screening sind es 0,2 Prozent und bei der Koloskopie 0,08 Prozentpunkte. In Regionen, in denen es mindestens ein Mammografie-Zentrum gibt, ist die Teilnahmequote am Brustkrebs-

Screening um 1,91 Prozentpunkte erhöht. Weiterhin zeigt die Analyse, dass Bildung und Einkommen negativ mit der Inanspruchnahme der Mammografie assoziiert sind: Je höher das durchschnittliche Haushaltseinkommen und der Anteil an Frauen mit Abitur in einem Kreis sind, desto geringer ist die Teilnahmequote. Weitere Auffälligkeit: Mit Ausnahme des Haut- und des Darmkrebs-Screenings sind bei den Vorsorgeuntersuchungen die Teilnahmequoten in westdeutschen Kreisen niedriger als in ostdeutschen. Der Anteil an Rauchern in einem Kreis beeinflusst die Inanspruchnahme der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen im Übrigen kaum.

Quelle: Vogt/Sundmacher

Gebildete wägen stärker ab. Insbesondere das Mammografie-Screening wird von Experten immer wieder hinsichtlich ihres Nutzens kritisch diskutiert. Der beobachtete Zusammenhang zwischen dem Anteil von gut ausgebildeten Frauen in einem Kreis und den Teilnahmequoten an der Mammografie könnte also dadurch zustande kommen, dass höher Gebildete sich über die Vor- und Nachteile genau informieren und sich dann für oder gegen die Untersuchung entscheiden.

Ob die Beteiligung der Bevölkerung an Wahlen und die Teilnahme an den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen zusammenhängen, ist mit einem Ja zu beantworten. Je höher die Wahlbeteiligung in einem Kreis ist, desto stärker werden Krebsvorsorgeuntersuchungen wahrgenommen. Umgekehrt sind in Kreisen mit einer vergleichsweise niedrigen Wahlbeteiligung auch die Teilnahmequoten gering. Dies gilt für fast alle untersuchten Früherkennungsmaßnahmen. Lediglich bei der Mammografie trifft dies nicht zu.

Ärzte bedarfsgerecht verteilen. Insgesamt weisen unsere Ergebnisse darauf hin, dass ein besserer Zugang zur ambulanten Versorgung mit einer höheren Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen verbunden ist. Doch die Ärzte

sind regional sehr unterschiedlich verteilt. In einigen Regionen gibt es sehr viele, in anderen nur wenige. So kommen in den besser versorgten Kreisen teilweise doppelt so viele Hausärzte und fünf Mal so viele Fachärzte auf 100.000 Einwohner wie in den weniger gut versorgten Regionen. Gleichzeitig orientiert sich die ambulante Versorgung in Deutschland weniger am Bedarf als vielmehr an ökonomischen Standortfaktoren einer Region (Ozegowski/Sundmacher 2012, siehe Kasten „Lesetipps“ auf Seite 31).

Der festgestellte Zusammenhang zwischen dem Zugang zur ambulanten Versorgung und der Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen ist daher – neben vielen anderen – ein weiterer Grund, eine gleichmäßige und bedarfsgerechte Verteilung der Ärzte anzustreben. ■

Verena Vogt ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Department of Health Care Management, WHO Collaborating Center for Health Care Systems Research and Management der Technischen Universität Berlin.

Professorin Dr. Leonie Sundmacher leitet den Fachbereich Health Services Management an der Fakultät für Betriebswirtschaft der Ludwig-Maximilians-Universität München.

Kontakt: Verena.Vogt@tu-berlin.de

Allein

In der Diabetologischen Schwerpunktpraxis in Neustadt am Rügenberge keine Seltenheit, sonst schon: die männlichen Arzthelfer René Ney (l.) und Jan Vormeister (r.).



unter Frauen

Knapp 400.000 Medizinische Fachangestellte gibt es in Deutschland. Die meisten von ihnen arbeiten in Arztpraxen. Gerade mal zwei Prozent sind männlich. So wie René Ney und Jan Vormeister aus Neustadt am Rübenberge in Niedersachsen. Was die beiden bewogen hat, einen Frauenberuf zu erlernen, haben sie G+G erzählt.

Von **Thomas Hommel** (Text) und **Marc-Steffen Unger** (Fotos)

René Ney (32) mag Werder Bremen. Dass die Profikicker von der Weser seit Wochen im Mittelfeld der Bundesliga rumdümpeln, sei natürlich nicht schön, findet er. Aber die Jungs hätten Potenzial. Sie stünden inzwischen viel stabiler in der Abwehr und spielten auch recht ansehnlich nach vorne aufs gegnerische Tor.

René weiß, wovon er spricht. Schließlich hat er selber einmal in der Fußball-Regionalliga für den niedersächsischen TSV Havelse gespielt. Als offensiver Mittelfeldmann, der das Runde beidfüßig ins Eckige schießen kann, wie aufmerksame Leser der Internetseite Transfermarkt.de entnehmen können. Auf einen Marktwert von rund 50.000 Euro hat René es gebracht. Gemessen an den ganz Großen der Fußballszene, den Mario Götzes und Frank Ribéry, ist das natürlich nicht viel. Aber für einen Regionalspieler – Hut ab.

Das lädierte Knie war schuld. Im Sommer vergangenen Jahres beendete René seine Fußballer-Karriere. Eine Knieverletzung zwang ihn dazu. Sein nachtschwarzes Haar trägt er noch immer so akkurat wie Weltfußballer Cristiano Ronaldo. In punkto Gel kann es der Niedersachse mit dem Portugiesen locker aufnehmen. Auch die Leidenschaft und das neugierige Funkeln in den Augen, wenn es um den Fußball geht, sind bis heute geblie-

ben. Mit den Kumpels schaut René regelmäßig von der Tribüne oder vom heimischen Fernsehsessel aus zu, was die ehemaligen Mitspieler beim TSV Havelse und die Profis bei Werder auf dem Rasen so zustande bringen. Pures Vergnügen ist das, aber auch herbe Enttäuschung. Ein Wort zur bitteren 0:4-Klatsche der Bremer neulich gegen die Bayern aus München? „Kein Kommentar!“ Der Fan leidet still – und hofft auf mehr Fortune und Tore im nächsten Match.

Wer selber Fußball gespielt hat, liebt diesen Sport halt besonders. So wie René Ney. Und diskutiert heiß und innig darüber, ob der Gegner beim 0:1 nicht doch im Abseits gestanden hat und der Schiri einfach nur Schmand auf der Brille hatte, als er das Tor anerkannte. Männer können über so etwas stundenlang philosophieren. Bei Sixpack und Kartoffel-Chips.

Barträger in der Minderheit. Nur auf der Arbeit, da kann René Ney das Thema Fußball nicht so gut streuen. Denn in der Diabetologischen Schwerpunktpraxis von Vater Dr. Olaf Ney und dessen Kollegen Kai Isenbart im niedersächsischen Neustadt am Rübenberge ist der gelernte Medizinische Fachangestellte so gut wie allein unter Frauen. Und die interessieren sich mehrheitlich eher für gut aussehende Fußballer, nicht aber für Abseitsfalle oder zu Unrecht gepfiffene Strafstoße.

„Beratung, das liegt mir.“:
René Ney (32) bei der Schulung
einer Diabetes-Patientin in
der väterlichen Praxis.

Kurzes Meeting unter Männern:
Praxischef Dr. Olaf Ney (M.)
im Gespräch mit René Ney (I.)
und Azubi Jan Vormeister.

Paprika und Torteletts:
Bei Patientenschulungen
nutzt René Ney auch
Lebensmittel-Attrappen.



Seine Ausbildung zum Medizinischen Fachangestellten, kurz MFA, hat René Ney in den Jahren 2003 bis 2006 absolviert. Damals hießen die Medizinischen Fachangestellten noch Arzthelferinnen und Arzthelfer. Im Sommer 2006 wurde die Berufsbezeichnung geändert, das Berufsbild blieb dasselbe. Als männlicher MFA gehört René, der in der Praxis hellgrünes Poloshirt, Jeans, Birkenstock und einen gepflegten Drei-Tages-Bart trägt, einer Minderheit an. Denn von den rund 398.000 MFA, die in Praxen, Medizinischen Versorgungszentren oder Krankenhäusern arbeiten, sind nur zwei Prozent männlich. Bei den Zahnmedizinischen Fachangestellten, den ZFA, ist der Anteil noch kleiner. Hier schafft es das vermeintlich starke Geschlecht gerade mal auf ein Prozent der etwa 250.000 Beschäftigten.

Historisch gewachsene Rollenbilder. Fragt man bei der Präsidentin des Verbandes medizinischer Fachberufe, Sabine Ridder, nach, warum der Anteil der Männer unter den MFA und den ZFA so gering ist, dann verweist sie auf die Historie. Der Beruf der MFA gehöre – wie andere Gesundheitsberufe – zu den sogenannten Care-Berufen. Sich um andere kümmern, diese Aufgabe sei in der Geschichte stets Frauen vorbehalten gewesen. Die Männer gingen auf die Jagd, später dann ins Büro oder in die Werkstatt. „Die Frau kümmerte sich daheim um Kinder und Haushalt.“ Diese Rollenverteilung nach Geschlecht habe sich in der Berufswahl fortgesetzt, sagt Ridder (siehe Interview „Das ist harte fachliche Arbeit“ auf Seite 40).

Und daran hat sich bis heute wenig geändert, wie ein Blick auf den deutschen Arbeitsmarkt zeigt. Noch immer gibt es dort kaum Kfz-Mechanikerinnen oder Maurerinnen und nur wenige Erzieher, Altenpfleger – oder Fachangestellte in Arztpraxen. Die meisten Frauen und Männer wählen den Beruf nach traditionellen Vorstellungen. Etwa die Hälfte aller Männer und über ein Drittel aller Frauen arbeiten in Berufen, die zu 80 Prozent und mehr vom eigenen Geschlecht dominiert sind. Lediglich jeweils jeder und jede Fünfte findet am Arbeitsplatz ein ausgeglichenes Verhältnis von Männlein und Weiblein vor.

Kaum weibliche Maurer. Zu den Männerdomänen gehören bis heute vor allem körperlich anstrengende Berufe – der des Bauarbeiters zum Beispiel. Unter 1.000 Maurern – so das Statistische Bundesamt – finden sich gerade mal vier Frauen. Umgekehrt findet man im Kosmetikbereich fast ausschließlich Frauen, die schminken – rund 97 Prozent, weiß die Statistik. Es folgen Berufe in der Haus- und Ernährungswirtschaft (94 Prozent) sowie der Erziehung (93 Prozent). Auch die Gesundheits- und Krankenpflege sowie das Friseurhandwerk sind mit Frauenanteilen von um die 90 Prozent weiblich dominiert. Männer zeigen hingegen wenig Interesse, solche Berufe zu erlernen.

Aktionstage gegen das Klischee. Mit jährlich stattfindenden Aktionen wie dem Boys Day und dem Girls Day versuchen Politik und Unternehmen, die Blockaden zu brechen. Zumindest für einen Tag – so wie im vergangenen April – herrscht dann verkehrte Berufswelt in Deutschland. Da trifft man Mädchen in der Autowerkstatt an, im Labor einer Kläranlage oder bei der Planung von Spielplätzen, Neubaugebieten und Straßen. Tausende Jungs wiederum tummeln sich in städtischen Kinderhäusern oder auf den Stationen von Heimen und Kliniken.

Ziel der Aktionen ist es, jungen Menschen einen Einblick in eine Berufswelt zu ermöglichen, die losgelöst ist von traditionellen Rollenbildern. Die vom Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend geförderte Initiative gibt jungen Leuten und Betrieben dabei die Chance, über den eigenen Tellerrand hinauszuschauen. Hierzu tragen mehrere tausend Unternehmen in einer Datenbank freie Plätze für ein eintägiges Schnupperpraktikum ein. Jugendliche ab der fünften Klasse lassen sich dafür registrieren – und dürfen für einen Tag auf Schnupperkurs gehen.

„In sozialen und erzieherischen Berufen werden Männer gebraucht. Aber unter den 20 Ausbildungsberufen des dualen Systems, die Jungen am häufigsten wählen, befindet sich kein einziger aus dem sozialen, erzieherischen oder pflegerischen Bereich“, sagt Raimund Becker, Mitglied des Vorstandes der



Lächle
Genieße jeden Tag
 Denke positiv
 Sei leidenschaftlich
Glaub an dich
Sei dankbar
 Folge deinem Herzen
Erfinde dich selbst
Es ist dein Leben

Pikser in die Fingerkuppe:
 Lehrling Jan Vormeister
 misst bei einer Diabetes-
 Patientin den Blutzucker.



Bundesagentur für Arbeit in Nürnberg. Nicht nur deswegen sei es wichtig, jungen Männer bei der Berufswahl ein breites Spektrum aufzuzeigen. Eine Aktion wie der Boys Day biete da spannende Einblicke – auch in soziale Berufe. „Dabei offenbaren sich bei vielen Jungen verborgene Talente und Potenziale“, ist Arbeitsmarkt-Experte Becker überzeugt.

Sabine Ridder vom Verband medizinischer Fachberufe formuliert da schon zurückhaltender: „Zu viel erwarten sollten wir vom Boys Day nicht. Es ist nur eine kurze Momentaufnahme, die da stattfindet.“

Mehr Zufall denn Kindheitstraum. Dass René Ney einen Beruf erlernt hat, den ganz überwiegend Frauen machen, ist wohl mehr Zufall denn Kindheitstraum gewesen. Mit Arztkoffer oder anderem medizinischen Gerät jedenfalls hat man ihn im heimischen Kinderzimmer nicht herumlaufen und andere Familienmitglieder verarzten sehen – obwohl der Vater Mediziner ist. Auch später, als Jugendlicher, fiel René Eltern und Freunden eher wegen seines ausgeprägten handwerklichen Geschicks auf.

René startete daher zunächst eine Lehre als Mechatroniker. Mechatroniker, führt die Bundesagentur für Arbeit in ihren Berufeinformationen aus, „bauen mechanische, elektrische und elektronische Komponenten, montieren sie zu komplexen Systemen, installieren Steuerungssoftware und halten die Systeme instand.“ Klingt nach Mann. Und ist in Deutschland auch fast ausschließlich Männersache.

René lernte, wie man aus festem Kunststoff bunte Taubenringe oder weiße Gitter für Pissoire in öffentlichen Herrentoiletten fertigt. Eineinhalb Jahre machte er das, dann gab er die Lehre auf. „Es machte mir einfach keinen Spaß mehr.“

Auch atmosphärisch sei diese Zeit anstrengend für ihn gewesen, erzählt er mit leicht trauriger Stimme. Kollegen, die schon in der Mittagspause angetrunken Sprüche droschen, ein Chef, der ständig an ihm herumörgelte. „Damit kam ich nicht zu recht. Ich hatte auch kaum Umgang mit anderen Menschen. Ich wollte einfach nur noch weg.“

Der Vater wird zum Chef. René verordnete sich zunächst eine sechsmonatige Auszeit, um herausfinden, wie es beruflich weitergeht. „Dann kam das Angebot meines Vaters, in seiner Praxis ein Praktikum zu absolvieren, um die Arbeit des Arzthelfers näher kennenzulernen.“

René nahm das Angebot an. Aus dem mehrwöchigen Praktikum wurde eine dreijährige Ausbildung. Der eine Teil, der praktische, fand in den Räumen der väterlichen Praxis statt. Aus dem Papa wurde „der Doktor“, der dem Sohn erklärt und zeigt, was die Diagnose Diabetes für Betroffene, Arzt und Praxisteam bedeutet. Den theoretischen Teil der Ausbildung absolvierte René im Berufsbildungszentrum Neustadt am Rübenberge.

Seit knapp zehn Jahren macht René den Job nun. Und es mache ihm noch immer großen Spaß, als MFA in der Praxis des Vaters zu arbeiten, versichert er. Auch weil es für ihn viele Möglichkeiten gebe, sich weiterzuentwickeln. Vor zwei Jahren erst ließ er sich zum Diabetesberater fortbilden. „Das heißt, ich mache jetzt vermehrt Einzel- und Gruppenschulungen mit den Patienten, zeige und erkläre ihnen beispielsweise, worauf sie in punkto Ernährung und Blutzuckerspiegel zu achten haben.“

Schulungen mit Obst und Torteletts. Täglich 70 bis 80 Patienten durchlaufen die Schwerpunktpraxis, die direkt neben dem KRH Klinikum Neustadt am Rübenberge etwas außerhalb der kleinen Stadt liegt. In den liebevoll eingerichteten Schulungsräumen der Arztpraxis findet sich Anschauungsmaterial für die Patientenschulungen en masse. Hinter gut geputzten Glastüren langgezogener Wandschränke sind rote und grüne Paprika, Bananen, Pommes und süße Torteletts mit Erdbeeren drapiert. Alles aus Plastik gefertigte Utensilien, die die Neys über die Jahre hier



„Das ist harte fachliche Arbeit“

Sabine Ridder (52), Präsidentin des Verbandes medizinischer Fachberufe über historisch gewachsene Rollenbilder und die überfällige Aufwertung von Care-Berufen.

G+G: Frau Ridder, der Beruf der Medizinischen Fachangestellten (MFA) ist in Deutschland ein typischer Frauenberuf. Warum eigentlich?

Ridder: Der Beruf der MFA gehört wie andere Gesundheitsberufe auch zu den sogenannten Care-Berufen. Den Berufen also, in denen sich Menschen um andere Menschen kümmern. Care-Berufe werden überwiegend von Frauen ausgeübt. Das ist historisch gewachsen: Es waren ja früher ausschließlich die Männer, die einer außerhäuslichen Tätigkeit nachgingen. Die Frau kümmerte sich um Kinder und Haushalt. Diese Rollenverteilung setzte sich in der Berufswahl fort. Das aber fällt uns heute kräftig auf die Füße.

G+G: Inwiefern?

Ridder: Weil der professionelle Anteil von Care-Berufen übersehen wird. Als MFA verfügen sie ja nicht bloß über weibliche Empathie. Sie müssen sich in medizinischen Fragen gut auskennen, in der Gesprächsführung, der Praxisorganisation und der Abrechnung mit den Krankenkassen. Das eine MFA das kann, ist kein Naturereignis, sondern harte fachliche Arbeit, was allzu oft ausgeklammert wird. Das führt dazu, dass sich Männer wenig für den Beruf interessieren. Ist doch eh Frauensache – und Schluss.

G+G: Es braucht demnach ein gesellschaftliches Umdenken?

Ridder: Unbedingt. Dazu wäre es aber nötig, Berufen wie der MFA oder der Pflegekraft mehr Wertschätzung entgegenzubringen und sie als produktiv anzusehen. Leider hat man den Eindruck, dass die Arbeit am kaputten Auto immer noch mehr Wert hat als die Arbeit am kranken, pflegebedürftigen Menschen. Eine Stunde in der Kfz-Werkstatt jedenfalls ist teurer als eine Stunde, die ich als MFA oder als ambulante Pflegekraft leiste.

G+G: Wünschen Sie sich denn mehr Männer, die als medizinische Fachangestellte in Arzt- und Zahnarztpraxen arbeiten?

Ridder: Wenn die Männer den Beruf gerne machen und die dafür notwendigen fachlichen Qualifikationen mitbringen, natürlich. Aber ich brauche nicht unbedingt einen höheren Männeranteil, um den Beruf aufzuwerten. Es geht hier nicht um Geschlecht, sondern um Kompetenz.

G+G: Und was halten Sie von einer Aktion wie dem Boys Day, bei dem Jungs mal in typische Frauenberufe reinschnuppern können?

Ridder: Es ist immer gut, Mädchen und Jungs frühzeitig mit der Frage zu konfrontieren, was sie beruflich später mal machen möchten. Aber zu viel erwarten sollten wir vom Boys Day nicht. Es ist nur eine kurze Momentaufnahme, die da stattfindet. Ob das reicht, bezweifle ich.

Das Interview führte Thomas Hommel.

und da zusammengekauft haben. So auch in nahegelegenen Möbelhäusern, die solche Attrappen nutzen, um ihre Küchen im Ausstellungsbereich realer wirken zu lassen.

In der Diabetologischen Praxis Ney und Isenbart dienen die Gegenstände als Beispiele für gesunde und weniger gesunde Ernährung. Viele der Lebensmittel sind mit kleinen Zuckerwürfeln umlegt, um zu zeigen: Vorsicht, sehr süß. Und wenn der Patient dann doch mal naschen will, erklärt René Ney ihnen, worauf anschließend penibel zu achten ist als Diabetiker.

„René hat eben seine Zeit gebraucht, um zu sehen, was ihm beruflich wichtig ist. Er hat entdeckt, dass dazu auch der Umgang mit anderen Menschen gehört – den gibt es in einer Arztpraxis von morgens bis abends“, sagt Vater Olaf Ney, der sichtlich stolz darauf ist, mit dem Sohnmann in der Praxis zusammenarbeiten zu können. Sorgen jedenfalls, dass René den Job ein zweites Mal hinschmeißt, treiben Vater Ney nicht um. Im Gegenteil: „René hat sich zu einer wichtigen Stütze der Praxis entwickelt.“

Lehre im Schnelldurchgang. Das gilt auch für Jan Vormeister (21), der seit gut einem Jahr MFA lernt. Dass er das in derselben Praxis tut wie René Ney ist kein Zufall. „Es hat auch damit zu tun, dass wir mit männlichen MFA gute Erfahrungen gemacht haben“, betont Praxisinhaber Olaf Ney. „Absolut förderlich fürs Team“ seien die Jungs, findet er. Im Übrigen gelte: „Wir suchen in erster Linie Leute, die ambitioniert sind und etwas auf die Beine stellen wollen.“ Ob das am Ende Frauen sind oder Männer, egal. Jan Vormeister will seine Lehre im Schnelldurchgang absolvieren. Statt in den üblichen drei will er schon in gut zwei Jahren durch sein. Das Berufsbildungsgesetz macht dies möglich. Wer verkürzen will, muss aber über ein Abitur – so wie Jan Vormeister – oder bestimmte Vorkenntnisse verfügen.

Karriereleiter mit vielen Sprossen. „Ich habe mich damals beim Job-Center als suchend gemeldet“, erinnert sich Jan, der mit dem Kollegen René nicht nur den Job teilt, sondern mit ihm in der Freizeit auch Golf spielen geht. Als die Tochter von Olaf Ney – Kristin Ney, die ebenfalls als MFA in der Praxis arbeitet – anrief und fragte, ob er denn nicht eine Ausbildung als Arzthelfer starten wolle, da habe er sich kurzerhand gesagt: „Okay, ich gucke mir das mal an.“

Nach eineinhalb Tagen Praktikum sei er überrascht gewesen, wie vielseitig die Arbeit eines Medizinischen Fachangestellten sei. „Das ist nicht bloß auf administrative Dinge beschränkt, sondern es gibt dort auch viel Kontakt zu Menschen. Das wollte ich immer.“ Außerdem habe ihn das Team sofort nett aufgenommen. Kurzum: „Es passte alles.“

„Es ist gibt einige Möglichkeiten, sich hier beruflich weiterzuentwickeln“, findet auch Jan. Als Mechaniker in der Werkstatt spezialisieren man sich auf Autos. „Hier kann ich mich in Richtung Qualitätsmanagement fortbilden, in Richtung Beratung und Begleitung von Patienten oder später sogar über ein Medizinstudium nachdenken.“ Vorwissen ist ja ausreichend da. Obendrein setze sich das Team zusammen mit den Ärzten regelmäßig hin und beratschlage, wie sich interne Praxisabläufe verbessern lassen. „Da kann man – ganz unabhängig, was man später ein-



Gelungener Mix:
das Praxisteam des
Diabeteszentrums
Neustadt am Rübenberge.

mal machen möchte – eine Menge mitnehmen an Erfahrung und Know-how. Gerade mit Blick auf die Organisation.“

Zwei Hähne im Korb. Dass mancher Kumpel die Nase ob seiner Berufswahl rümpfte – „Mensch, das ist was für Frauen!“ –, das habe ihn nicht sonderlich gestört, betont Jan. „Wenn ich etwas will, dann packe ich es an.“

Im Übrigen habe sich die Skepsis der Freunde schnell gelegt. Wohl auch, weil Jan ihnen etwa über die Inhalte seiner Ausbildung erzählt hat. Darüber zum Beispiel, dass er sich mit um die Praxis-EDV kümmern dürfe und so mit Computern zu tun habe. Und sehr wahrscheinlich legte sich der Argwohn auch, weil Jan den Freunden berichtete, dass er allein mit 20 Mädchen in der Berufsschulklasse sitzt und lernt.

Eine Erfahrung, die Kollege René Ney eins zu eins bestätigen kann. Klopfen die Freunde während seiner Ausbildung doofe Sprüche über sein Berufsziel, fragte er sie kurzerhand, mit wie vielen Mädels sie denn die Schulbank drücken würden. In seiner Klasse jedenfalls lerne er mit 32 Schülerinnen. „Ich war der Hahn im Korb, und das hatte nur Vorteile. Die Mädels kümmerten sich liebevoll um mich. Das war schon ganz nett.“ Allein unter Frauen – so was sticht bei vielen Männern.

Liebevolle Avancen älterer Damen. Und bei den Patienten auch. Viele von ihnen, erzählt Jan, reagierten zunächst mal überrascht, wenn ein Mann vor ihnen stehe und Blut abnehmen wolle. Keine Frau, die dem Arzt assistiert? „Aber dann fragen sie auch nach, warum ich als Mann diesen Beruf mache.“ Und jedes Vorurteil legt sich schnell. Nicht wenige männliche Patienten seien sogar froh, wenn sie einem Mann gegenüberstünden, glaubt der Azubi. „Dann können wir mal über Männerthemen reden.“

Es gibt auch Schmeicheleinheiten. Von den Frauen. Zumeist in den Kursen, die René mit den Patienten abhält. „Das haben Sie heute aber fein erklärt, junger Mann“, ist so ein liebevoller Kommentar. Unvergesslich ist dem Team auch eine Geschichte, in der eine ältere Patientin René offen ins Gesicht sagte, dass sie sich – wäre sie nur ein paar Jahre jünger – glatt ihn als Liebhaber krallen würde. Kurios: Der Ehemann saß direkt neben ihr.

Guten Tag, Herr Doktor! Natürlich kommt es auch mal zu Verwechslungen der besonderen Art. Neulich, zum Beispiel, da dauerte die Promotion von René Ney sage und schreibe fünf Sekunden. Was war geschehen? Weil Not am Mann war, musste René im Empfangsbereich der Praxis die Kolleginnen vertreten, die dort sonst die Anrufe der Patienten entgegennehmen. Freundlich und galant wie immer meldete sich René, als das Telefon klingelte: „Guten Tag! Diabetologische Schwerpunktpraxis in Neustadt am Rübenberge. Ney am Apparat. Was kann ich denn für Sie tun?“ „Ach, das ist ja mal eine Überraschung! Der Herr Doktor ist persönlich dran“, antwortete die Stimme am anderen Ende der Leitung. „Das trifft sich prima, Herr Doktor. Ich wollte ...“ René unterbrach den Anrufer sofort, um das Missverständnis, das hier offenbar seinen Lauf zu nehmen schien, aufzulösen. „Nein. Nicht Doktor Ney am Apparat, sondern Junior Ney.“

Gemischte Teams sind klar im Vorteil. Im weiblich dominierten Praxisteam sind die beiden Männer gut integriert. Die Kolleginnen hätten alle sofort genickt, als er sie gefragt habe, ob sie mit den beiden Männern zusammenarbeiten wollten, berichtet Praxischef Olaf Ney. „Die sind manchmal wie verliebt in die Jung“, sagt er und meint das ganz professionell, nicht ironisch. „Wenn Frauen und Männer zusammenarbeiten, fördert dies das Arbeitsklima und schafft neue Sicht- und Denkweisen im Team“, ist der Doktor überzeugt.

Sohn René sieht es ähnlich. „Frauen können untereinander schon mal ein wenig zickig sein. Mischen sich Männer ins Team, können sie an der einen oder anderen Stelle ganz gut schlichten.“ Und dass so was Not tut, weiß René nur allzu gut aus den Berichten seiner Freundin. Die arbeitet in einem Friseurladen in der Stadt. Ausschließlich Frauen seien dort tätig. „Die haben schon viel Stress untereinander. Das ist hier in der Praxis anders. Hier arbeiten verschiedene Geschlechter und auch verschiedene Generationen zusammen.“

Die älteste Kollegin ist 62, steht kurz vor der Rente und wird im Team liebevoll „Mutti“ genannt. René Ney: „Die hat uns wie Kinder unter sich.“ Vor Mama sind eben alle gleich. ■

Private Arztanschrift ist tabu

Patienten können für eine Klage auf Schadensersatz von einem Krankenhaus nicht die Herausgabe der Privatanschrift des behandelnden Arztes verlangen. Nur in klar geregelten Ausnahmefällen darf ein Arbeitgeber personenbezogene Daten an Dritte weitergeben. Das hat der Bundesgerichtshof entschieden. **Von Anja Mertens**

Urteil vom 20. Januar 2015
– VI ZR 137/14 –
Bundesgerichtshof

Wer klagen will, benötigt eine Adresse, an die die Klageschrift dem Beklagten zugestellt werden kann. Dies gilt auch bei Schadensersatzklagen gegen Mediziner. Was aber ist, wenn der beklagte Arzt keine eigene Praxis hat und der Patient dessen Privatadresse nicht kennt? Dann bittet er den Klinikträger, ihm die Privatanschrift des angestellten Arztes mitzuteilen. So geschehen im Fall eines Patienten, der in einem Krankenhaus behandelt worden war. Im Anschluss an die offensichtlich nicht zu seiner Zufriedenheit verlaufene Behandlung verklagte er die Klinik und zwei dort angestellte Ärzte auf Schadensersatz und Schmerzensgeld. Einem der Mediziner konnte zunächst die Klageschrift unter der Klinikadresse nicht zugestellt werden, weil der Rechtsanwalt des Patienten den Namen falsch angegeben hatte. Erst nachdem der Rechtsanwalt den Fehler korrigiert hatte, konnte die Klage auch dem zweiten Arzt persönlich übergeben werden.

Krankenhaus verliert vor Landgericht. Trotz der Tatsache, dass die Zustellung nun über den Arbeitgeber des angestellten Arztes erfolgreich war, verlangte der Patient von der Klinik, ihm die private Arztadresse mitzuteilen. Aufgrund des Behandlungsverhältnisses stehe ihm als Patienten die Mitteilung der Privatanschrift zu. Dies lehnte das Krankenhaus ab. Daraufhin zog der Patient vor das Amtsgericht, das seine Klage jedoch abwies. Er legte Berufung vor dem Landgericht ein. Dort bekam er Recht. Die Richter urteilten, dass sich das Arzt-

Patienten-Verhältnis nicht mit Anonymität verträge. Das Interesse an der Auskunft überwiege das des Arztes am Schutz seiner Privatsphäre. Das Krankenhaus müsse dem Patienten die Privatanschrift des angestellten Arztes mitteilen.

Gegen diesen Richterspruch legte die Klinik Revision beim Bundesgerichtshof ein. Die Bundesrichter hoben das Urteil der Vorinstanz auf und wiesen die Klage ab. Der Patient könne vom Krankenhaus nicht verlangen, die Privatanschrift des angestellten Arztes mitgeteilt zu bekom-

**Kliniken dürfen
persönliche Daten
ihrer Angestellten nur
zu Arbeitszwecken
verwenden.**

men. Zwar stimmten die obersten Zivilrichter der Vorinstanz zu, dass der Grundsatz von Treu und Glauben (Paragraf 242 Bürgerliches Gesetzbuch) bei jedem Rechtsverhältnis gelte – also auch bei einem Behandlungsvertrag. Daraus könne sich eine Auskunftspflicht ergeben. Dies setze allerdings voraus, dass sich der Patient jene Informationen nicht beschaffen kann, die er für die Vorbereitung und die Durchsetzung seiner Forderungen

benötigt. Weitere Voraussetzung: Die Gegenseite müsse die Auskünfte geben können, ohne selbst unbillig belastet zu sein. Zu Recht habe das beklagte Krankenhaus darauf hingewiesen, dass der Patient nur solche Angaben einfordern könne, die er für die Durchsetzung seines Anspruchs auf Schadensersatz und Schmerzensgeld benötige. Dazu gehöre aber nicht die Privatanschrift des bei ihm angestellten Arztes.

Nur die Krankenakte ist offen zu legen.

In diesem Zusammenhang unterstrichen die Bundesrichter, dass ein Patient zwar grundsätzlich das Recht habe, seine Behandlungsunterlagen einzusehen (Paragraf 630g Bürgerliches Gesetzbuch). Der Anspruch auf Einsichtnahme resultiere aus dem Selbstbestimmungsrecht und der Würde des Patienten. Auch müsse ein Klinikträger – wie geschehen – den Namen des behandelnden Arztes mitteilen. Im vorliegenden Fall jedoch verlange der Kläger nicht die Herausgabe der medizinischen Befunde und Behandlungsberichte, sondern die Privatadresse des Behandlers. Die aber benötige der Patient nicht für seine Klage auf Schadensersatz und Schmerzensgeld, weil dem Arzt die Klageschrift im Krankenhaus bereits erfolgreich zugestellt worden sei.

Mitarbeiterdaten geschützt. In ihrer Begründung stellten die Bundesrichter ausdrücklich fest, dass das Bundesdaten-

TIPP FÜR JURISTEN



Darlegungs- und Beweislast im Arzthaftungsprozess, Beweislastumkehr bei groben Behandlungsfehlern, das Verhältnis von Straf- und Zivilverfahren – diese und weitere Themen behandelt das Seminar „Der Patientenanwalt – Arzthaftung aus Patientensicht“. Es findet am 19. Juni in Stuttgart statt. Veranstalter ist die Deutsche Anwalt Akademie. Mehr Informationen: www.anwaltakademie.de > Seminare > Medizinrecht/Arztrecht

schutzgesetz (BDSG) dem Auskunftswunsch des Patienten entgegenstehe. Nach Paragraph 32 Absatz 1 Satz 1 BDSG dürfe die Klinik als Arbeitgeberin personenbezogene Daten ihrer Mitarbeiter lediglich zu Zwecken des Beschäftigungsverhältnisses erheben, verarbeiten und nutzen, zum Beispiel für die Lohnabrechnung (Zweckbindungsgebot). Zweifels- ohne gehöre die Privatadresse des Arztes zu den in Paragraph 3 Absatz 1 BDSG aufgeführten personenbezogenen Daten. Grundsätzlich seien Arbeitgeber nicht dazu berechtigt, die zweckgebundenen Daten seiner Mitarbeiter an Dritte weiterzuleiten (Paragraph 3 Absatz 8 Satz 2 BDSG). In eine Weitergabe seiner Daten an Dritte müsse der Mitarbeiter ausdrücklich einwilligen (Paragraph 4 Absatz 1 BDSG). Dies aber habe der angestellte Arzt nicht getan.

Datenweitergabe eng begrenzt. Darüber hinaus sei es nur in den gesetzlich genannten Ausnahmefällen erlaubt, Mitarbeiterdaten weiterzugeben (Paragraph 28 Absatz 2 BDSG). Dazu gehöre unter anderem die Wahrung berechtigter Interessen eines Dritten. Ein solches Interesse sei allerdings nur dann zu beachten, wenn kein Grund zu der Annahme besteht, dass der Betroffene ein schutzwürdiges Interesse an dem Ausschluss der Übermittlung oder Nutzung seiner Daten hat.

Abschließend stellten die Bundesrichter fest, der klagende Patient könne nicht darlegen, inwieweit sein Interesse an der Privatanschrift des Krankenhausarztes berechtigt sei. Auf das ebenfalls schutzwürdige Interesse des betroffenen Arztes, sein Recht auf informationelle Selbstbestimmung zu wahren, komme es danach nicht mehr an. ■

Kommentar: Kliniken sind verpflichtet, Patienten für die Geltendmachung von Arzthaftungsansprüchen die Namen der behandelnden Ärzte mitzuteilen. Bei anderen Mitarbeiterdaten wie der Privatanschrift der Ärzte haben sie – wie alle Arbeitgeber – die datenschutzrechtlichen Vorgaben zu beachten. Daran ändert nach Auffassung des Bundesgerichtshofs auch die Besonderheit des Arzt-Patienten-Verhältnisses grundsätzlich nichts.

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

	INHALT	AKTUELLER STAND	
AMBULANTE VERSORGUNG	Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG), Bundestags-Drucksache 18/4095	Terminservicestellen bei Kassenärztlichen Vereinigungen; Behandlung durch Krankenhausambulanz, wenn Servicestellen Patienten nicht zeitnah in eine Arztpraxis vermitteln können; Patienten-Anspruch auf Zweitmeinung vor geplanter Operation; Anspruch Pflegebedürftiger und Behinderter auf zahnmedizinische Vorsorge; Förderung von Praxisnetzen und MVZ; niedrigere Gebühren für Ärzte bei Niederlassung in strukturschwachen Regionen; kein Zwang zur Neubesetzung freigewordener Arztsitze in überversorgten Gebieten; Innovationsfonds (300 Millionen Euro jährlich) für innovative Projekte und Versorgungsforschung; Finanzierung je zur Hälfte von Krankenkassen und aus Gesundheitsfonds.	Der Bundesrat hat am 6.2.2015 Stellung genommen. Erste Lesung im Bundestag war am 5.3.2015.
KORRUPTION	Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen, Antrag Bayern, Bundesrats-Drucksache 16/15	Schließen von Strafbarkeitslücken bei Bestechung und Bestechlichkeit im Gesundheitswesen (vgl. Urteil Bundesgerichtshof vom 29.3.2012); Schaffung eines neuen Straftatbestandes (Paragraph 299 a Strafgesetzbuch): unzulässige Einflussnahme und auf die Erlangung regelwidriger Vorteile abzielende Kooperationen (z. B. zwischen Ärzten, Apothekern, Pharmafirmen) unter Strafe gestellt; Freiheits- oder Geldstrafen.	Der Bundesrat hat am 6.2.2015 den Antrag Bayerns in seine Ausschüsse überwiesen.
PALLIATIVVERSORGUNG	Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG), Bundesrats-Drucksache 195/15	Palliativversorgung als GKV-Regelversorgung; im ambulanten Bereich Vereinbarung zusätzlich vergüteter Leistungen durch gemeinsame Selbstverwaltung; Konkretisierung der Leistungen in GBA-Richtlinie; Erhöhung Mindestzuschuss der Kassen an Hospize um 25 Prozent; krankenhaushausindividuelle Entgelte für Palliativstationen; Pflicht der Kassen zur Beratung ihrer Versicherten; Abschluss von Kooperationsverträgen zwischen Pflegeheimen, Haus- und Fachärzten.	Das Bundeskabinett hat am 29.4.2015 beschlossen, den Gesetzentwurf in die parlamentarische Beratung einzubringen.
PRÄVENTION	Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG), Bundestags-Drucksache 18/4282	Neben Krankenkassen Einbindung der Pflege-, Renten- und Unfallversicherung in Prävention; nationale Präventionskonferenz; Anhebung der Leistungen der Kassen je Versicherten/Jahr auf 7 Euro, 2 Euro je Versicherten/Jahr für betriebliche Gesundheitsförderung; gesundheitsfördernde Rehabilitation für Pflegebedürftige in Pflegeheimen.	Der Bundesrat hat am 6.2.2015 Stellung genommen. Erste Lesung im Bundestag war am 20.3.2015.

Stand: 8.5.2015



Internet-Tipp

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

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

NIEDERSACHSEN

Erfolgreiche
Lehrstellenbörse

Die Lehrstellenbörse von radio ffen und AOK Niedersachsen hat seit Beginn dieses Jahres mehr als 5.260 offene Ausbildungsplätze und Praktika zusammengetragen – vom Modeschneider bis hin zum Medientechnologen. Über 2.000 Klein-, Mittel- und Großbetriebe zwischen Harz und Nordsee haben sich an der Aktion bislang beteiligt, um jungen Menschen eine berufliche Perspektive zu bieten. Freie Lehrstellen und Praktikumsplätze sind weiterhin unter www.lehrstellenboerse.ffn.de abrufbar. Schirmherr der Initiative ist Niedersachsens Ministerpräsident **Stephan Weil**. Die Lehrstellenbörse bietet Firmenchefs und Schulabgängern seit mittlerweile 19 Jahren eine kostenfreie Plattform, damit sie schnell und unkompliziert zueinanderfinden können. Außerdem bekommen Unternehmen die Gelegenheit, ihre verschiedenen Berufsfelder zu präsentieren. Somit behalten Jugendliche auf der Suche nach dem Traumjob den Ausbildungsmarkt im Blick. ■



Traumjob im Visier: Ausbildungsbörse stößt auf große Resonanz.

RHEINLAND-PFALZ/SAARLAND

Hausarzt koordiniert
Versorgungsschritte

Einen Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung haben die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland und der Deutsche Hausärzteverband Landesverband Rheinland-Pfalz geschlossen. Die Teilnahme der Versicherten erfolgt für mindestens ein Jahr und beinhaltet die Verpflichtung, den Hausarzt der eigenen Wahl als „Gesundheitskoordinator“ einzusetzen. „Unser Ziel ist, die langfristige Behandlung zum Wohle unse-

rer Versicherten durch den neuen Vertrag so auszugestalten, dass durch gezielte Betreuungskonzepte dem Anspruch einer qualitätsgesicherten und bezahlbaren ärztlichen Betreuung noch besser als bisher begegnet werden kann“, sagte **Dr. Irmgard Stippler**, Vorstandsvorsitzende der Gesundheitskasse. „Wir freuen uns sehr, dass wir in enger Partnerschaft mit der wichtigsten Kasse im Land die Strukturen für den Erhalt einer flächendeckenden hausärztlichen Versorgung sichern können“, so **Dr. Burkhard Zwerenz**, erster Vorsitzender des Hausärzteverbandes. ■

NORDWEST

Kassen und Taxi-
Verband einigen sich

Die gesetzlichen Kassen und der Landesverband für das Taxi- und Mietwagengewerbe Schleswig-Holstein haben sich auf eine neue Vergütungsvereinbarung geeinigt. „Damit sind die Taxi-Krankenfahrten für alle gesetzlich Krankenversicherten in Schleswig-Holstein gesichert“, sagte **Martin Litsch**, Vorstandsvorsitzender der AOK NORDWEST, stellvertretend für alle Kassen. Das von den Kassen erneut verbesserte Angebot nahm der Vorstand des Landesverbandes für das Taxi- und Mietwagengewerbe ohne Gegenstimme an. Die Vereinbarung sieht Preiserhöhungen von mehr als 20 Prozent bei einer Mindestlaufzeit von 16 Monaten vor und berücksichtigt aus Sicht der Kassen damit auch angemessen die Regelungen im neuen Mindestlohngesetz. Der Taxi-Landesverband empfahl seinen Mitgliedern, der Vereinbarung beizutreten. „Auch im Interesse der Patienten sind wir froh, dass die Verhandlungen mit den Kassen jetzt abgeschlossen sind“, sagte Verbandsvorsitzender **Thomas Krotz**. ■

AOK aktuell

Neuer Vertrag zur Augen Chirurgie

Um ihren Versicherten eine neuartige Form der augenchirurgischen Versorgung zu bieten, hat die AOK Bayern einen Vertrag mit dem Bundesverband Deutscher Ophthalmochirurgen geschlossen. Zu den neuen Leistungen gehört etwa das korneale Crosslinking – eine spezielle Behandlung mit UVA-Licht. Mit der neuen Methode kann bei Patienten, die unter einer zu geringen Hornhautstabilität leiden, das Fortschreiten der Erkrankung verlangsamt oder unter Umständen sogar gestoppt werden. Das korneale Crosslinking ist derzeit im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung nicht enthalten. Für AOK-Versicher-

te, die am Vertrag teilnehmen, ist das Verfahren künftig kostenfrei. Vorteile bietet der Vertrag auch Versicherten, die unter speziellen Erkrankungen der Netzhaut leiden – etwa der feuchten altersbedingten Makuladegeneration. Dabei entstehen unter der Netzhautmitte (Makula) krankhafte Blutgefäße, aus denen Flüssigkeit oder Blut unter oder in die Netzhaut austritt. Durch die wiederholte Injektion von Medikamenten ins Auge lässt sich der Krankheitsverlauf positiv beeinflussen. ■



Fotos: iStockphoto, AOK Sachsen-Anhalt

Aktion „fifty-fifty-Taxi“ geht weiter

Die erfolgreiche Verkehrs-sicherheitsaktion „fifty-fifty-Taxi“ findet in Sachsen-Anhalt ihre Fortsetzung. Eine entsprechende Vereinbarung unterzeichneten Sachsen-Anhalts Minister für Inneres und Sport, **Holger Stahlknecht**, der Geschäftsführende Präsident des Ostdeutschen Sparkassenverbandes (OSV), **Dr. Michael Ermrich**, und der Vorstand der AOK Sachsen-Anhalt, **Ralf Dralle**. Der Vertrag wurde zudem von **Mike Bröhl**, Geschäftsführer von Radio Brocken und zugleich Medienpartner der Aktion, sowie Vertretern von Taxi-Genossenschaften unterzeichnet. Mit dem „fifty-fifty-Taxi“ haben Jugendliche im Alter von 16 bis 26 Jahren die Möglichkeit, Taxi-Tickets zum Preis von 1,25 Euro zu erwerben. Das Ticket hat einen Wert von 2,50 Euro und kann bei Heimfahrten von der Diskothek oder einer Feier bei allen teilnehmenden Taxi-Unternehmen eingesetzt werden. Den Differenzbetrag von 1,25 Euro stellen die Sponsoren zur Verfügung. „Die Sicherheit und Gesundheit der jungen Leute liegt uns sehr am Herzen. Jeder Unfall ist ein Unfall zu viel“, betonte AOK-Vorstand Ralf Dralle. ■

NORDOST

Rückenschmerzen gezielt behandeln

Rückenschmerzen gehören zu den häufigsten Schmerzproblemen. Die AOK Nordost will Betroffenen mit ihrem neuen Versorgungsprogramm RückenSPEZIAL in aus-



Cooler Taxi (v.l.n.r.): AOK-Vorstand Ralf Dralle, Dr. Michael Ermrich (Sparkassenverband) und Innenminister Holger Stahlknecht zusammen mit Teilnehmern der Aktion „fifty-fifty-Taxi“.

gewählten Rückenzentren helfen. „Ziel des Programms ist es, AOK-Versicherte, für die eine Bandscheiben- oder Wirbelsäulen-OP geplant wurde, schnell und unkompliziert Fachärzten und speziellen Therapeuten in ausgewählten Rückenzentren vorzustellen“, sagt **Harald Möhlmann**, AOK-Geschäftsführer Versorgungsmanagement. In einem Zweitmeinungsverfahren stellen sich die Versicherten einem Facharzt, einem Psychologen und einem Physiotherapeuten vor. In dem mehrstündigen Konsil untersuchen diese den Patienten, prüfen die Notwendigkeit einer Operation und mögliche alternative Behandlungen. Spricht die Begutachtung gegen eine Operation, wird für den Versicherten eine individuell abgestimmte Therapieempfehlung erstellt und mit ihm persönlich – und wenn möglich mit dem erstmeinenden Arzt – besprochen. Der Versicherte hat dann die Möglichkeit, über die Regelversorgung hinaus, anschließend bei entsprechender Behandlungsnotwendigkeit eine interdisziplinäre Therapie im Rückenzentrum zu beginnen. Möhlmann: „Die enge Vernet-

zung innerhalb der Rücken-zentren garantiert, dass der Rückenschmerzpatient hier gezielte Angebote und eine leitlinien-gerechte Therapie erhält.“ ■

BADEN-WÜRTTEMBERG

Darm-Check bereits ab 50 Jahren

Laut AOK Baden-Württemberg wurden 2013 fast 20.000 ihrer Versicherten wegen einer Darmkrebserkrankung behandelt. Im gleichen Jahr nahmen rund 21.000 aller Versicherten an einer Koloskopie teil. Um möglichst viele zur Vorsorge zu motivieren, bietet die AOK im Rahmen der kostenfreien Aktion „Darm-Check 2015“ bereits ab 50 statt erst ab 55 Jahren eine Darmspiegelung an. Das Angebot richtet sich vor allem an Teilnehmer des AOK-Haus- und Facharztprogrammes. „Unser Ziel ist es, den Darmkrebs mithilfe der Vorsorge-Koloskopie konsequent zu bekämpfen. So kann das Risiko, an Darmkrebs zu erkranken, um bis zu 90 Prozent gesenkt werden“, sagte **Dr. Christopher Hermann**, Vorstandschef der Kasse. ■

RHEINLAND/HAMBURG

Gute Noten für Vorsorge-Programm

An der von der Knochenkrankheit Osteoporose betroffene Patienten haben dem Vorsorgeprogramm der AOK Rheinland/Hamburg und des Kompetenznetzwerkes Osteoporose ein gutes Zeugnis ausgestellt. 66,4 Prozent der Patienten antworteten laut Gesundheitskasse mit „Ja“ auf die Frage, ob sie von der besonderen Behandlung profitierten. 57 Prozent erklärten, sie könnten dank der Therapie ihren Alltag besser bewältigen. Insgesamt befragte die Gesundheitskasse 7.000 Patienten. Neben der hohen Zufriedenheit mit der Betreuung und den Leistungen im Programm ergab die Befragung, dass 72,6 Prozent der Patienten das Angebot weiterempfehlen würden. „Die positiven Bewertungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zeigen uns, dass wir mit den Elementen des Vorsorgeprogramms richtig liegen“, sagte der Vorstandsvorsitzende der AOK Rheinland/Hamburg, **Günter Wältermann**. ■

Gesundheitspolitik
Reform aus einem Guss gibt es nicht

Gesundheitsreformen sind ein Dauerbrenner. Sie reihen sich aneinander, ohne dass die Probleme abschließend gelöst sind. Wer nach einer Reform aus einem Guss ruft, sagen Franz Knieps und Hartmut



Reiners, offenbart eine gewisse Ahnungslosigkeit. Denn das Geflecht von Interesse und Komplexität der Sachfragen ist im Gesundheitswesen derart groß, dass es die eine große Reform nie geben wird. Die Autoren, die das Gesundheitssystem aus dem Effeff kennen, verhelfen nun den vermeintlich Ahnungslosen zu mehr Über-

blick. In ihrem Buch zeichnen sie die Gesundheitsreformen der vergangenen Jahrzehnte nach und machen den Politikwandel sichtbar. Mittlerweile geht es nicht mehr darum, bestimmte soziale Gruppen zu schützen, sondern um die effektive Verteilung der Ressourcen in einer Wachstumsbranche. Kunstvolle Politik heißt dann, „Reformviren“ im System zu implementieren – in der Hoffnung, dass die Saat einmal aufgeht. Bedeutende Reformen stehen auch 2015 an – allen voran die Krankenhausreform, die mehr Qualität bringen und zugleich die medizinische Versorgung sicherstellen soll. Jenseits der aktuellen Agenda sind mit der Konvergenz der Versicherungssysteme und der Finanzierung eines wachsenden Versorgungsgeschehens bereits weitere Baustellen sichtbar. Folgt man den Autoren, dürfte entscheidend sein, ob die jetzt gesetzten „Reformviren“ ihre Wirkung entfalten.

Franz Knieps, Hartmut Reiners: Gesundheitsreformen in Deutschland. 2015. 388 Seiten. 29,95 Euro. Verlag Hans Huber, Bern.

Roman
Abbild des Machtgerangels

Das politische Getriebe ist häufig Vorlage für Filme und Bücher. Jetzt schreibt einer aus der Szene selbst einen Roman. Florian Lanz, Pressesprecher des GKV-Spitzenverbandes, erzählt in „Bundeskanzler“ den Aufstieg des Politikprofis Leon Hansen. Er schmückt die Erzählung mit vielfältigen Episoden um das Machtgerangel zwischen Politikern, Wirtschaftsbossen, Lobbyisten und Journalisten aus. Auch wenn es am Anfang heißt, dass alles frei erfunden sei, lädt die Geschichte doch ein, Vermutungen anzustellen, welcher Politiker oder Verbandschef hinter der jeweiligen Erzählfigur steckt. Ist der aufstrebende machthungrige Leon Hansen eine Erzählversion von Altkanzler Schröder? Oder verbirgt sich doch Angela Merkel dahinter, die ja – wie Leon Hansen im Roman – am Frühstückstisch mit dem innerparteilichen, bayerischen Gegenspieler die Kanzlerkandidatur verhandelte? Und mit Regierungssprecher Ullmann, der



zuvor Fernsehjournalist war – ist damit der Ex-ZDF-Mann Steffen Seibert gemeint, der mittlerweile die Bundesregierung vertritt? Ist der fiktive Politikcoups um einen Gesundheitsfonds die wahre Geschichte zum realen Gesundheitsfonds, den die einstige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt einfädelt? Die Geschichte um Leon Hansen dürfte Kenner der Politik zum Rätselraten einladen. Der Politikbetrieb wird dargestellt als reines Machtgeschacher, das keine Inhalte kennt und vor allem den jeweiligen Narzissmus befriedigt.

Florian Lanz: Bundeskanzler. 2014. 392 Seiten. 17,90 Euro. Helios Media GmbH, Berlin.

SEMINARE | TAGUNGEN | KONGRESSE

■ HAUPTSTADTKONGRESS 2015 MEDIZIN UND GESUNDHEIT	Forum Gesundheitspolitik, Tag der Versicherungen, Klinik, Reha, Ärzteforum, Pflegekongress, eHealth	10.–12.6.2015 Berlin	WISO S.E. Consulting GmbH Organisation: Agentur WOK GmbH Palisadenstraße 48 10243 Berlin	Tel.: 0 30/49 85 50–31/–32 Fax: 0 30/49 85 50–30 info@hauptstadtkongress.de www.hauptstadtkongress.de
■ CIRS – PILOT HILFT KRANKENHAUS	Patientensicherheit, Fehlermeldesystem, Sicherheits- statt Fehlermanagement	11.6.2015 Berlin	ZENO Veranstaltungen GmbH Neuenheimer Landstraße 38/2 69120 Heidelberg	Tel.: 0 62 21/58 80–80 Fax: 0 62 21/58 80–810 info@zeno24.de www.zeno24.de
■ GESUNDHEIT UND VERSORGUNG 2015	Patientensouveränität, Arzneimittelmarkt, Versorgungsqualität, Palliativversorgung	16.–17.6.2015 Leipzig	Gesundheitsforen Leipzig GmbH Hainstraße 16 04109 Leipzig	Tel.: 03 41/9 89 88–332 pollak@gesundheitsforen.net www.gesundheitsforen.net > Veranstaltungen
■ DIGITAL COMMUNICATION IN HEALTHCARE	eHealth-Gesetz, neue Rahmenbedingungen im Gesundheitsmarkt, digitale Strategien	7.–8.7.2015 Frankfurt/Main	Euroforum Deutschland Postfach 11 12 34 40512 Düsseldorf	Tel.: 02 11/96 86–35 77 Fax: 02 11/96 86–40 40 info@euroforum.com www.euroforum.de/ehealth
■ BETRIEBLICHES GESUNDHEITSMANAGEMENT	Psychische Gefährdungsbeurteilung, Ursachen von Stress, Burnout und Depression, Gesundheits-Apps	27.–28.10.2015 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 > Gesundheit

Gesundheitsdaten Die Vermessung des Menschen

Moderne Kommunikationstechnologie macht die umfassende Vermessung des Menschen möglich. Mit Smartphones lässt sich nicht nur telefonieren, sondern auch Daten per App zur Leistungsfähigkeit und zum Gemütszustand des Arbeitnehmers aufzeichnen. An der Stimmfrequenz kann der Gemütszustand erkannt werden. Auch zeichnet die Software Phasen der Bewegung und der Erholung auf. Die Informationen könnten Personalabteilungen dabei unterstützen, Anzeichen von



Stress und Überforderung ihrer Beschäftigten frühzeitig zu erkennen und krankheitsbedingte Ausfälle zu vermindern – vorausgesetzt, der Arbeitnehmer stimmt zu und lässt den Abruf seiner Gesundheitsdaten zu. Das sogenannte Fitness-Tracking ist eine der neuesten Geschäftsideen, um mit Gesundheitsdaten Geld zu verdienen. Datenschützer schlagen Alarm und bezweifeln, ob Beschäftigte tatsächlich frei wählen können – schließlich ist ein Arbeitsverhältnis immer ein Abhängigkeitsverhältnis. Thorsten Kingreen und Jürgen Kühling geben in ihrem Buch einen grundlegenden Einblick in das

Gesundheitsdatenschutzrecht. Die Herausgeber sehen den Informationsfluss in einem Spannungsverhältnis: Sensible Daten zur Gesundheit können einerseits die Persönlichkeitsrechte gefährden, andererseits helfen sie, die Gesundheitsversorgung zu verbessern. Die wesentliche Herausforderung ist dabei, den „Verwendungszusammenhang“ von Gesundheitsdaten zu analysieren, gesetzlich einzuordnen und grundrechtlich zu gewichten.

Thorsten Kingreen,
Jürgen Kühling (Hrsg.):
Gesundheitsdatenschutzrecht.
2015. 490 Seiten. 128 Euro.
Nomos Verlag, Baden-Baden.

ADHS Bessere Behandlung durch Kooperation

Eine Reihe von Kindern und Jugendlichen leiden an Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen – besser bekannt unter der Abkürzung ADHS. Etwa vier bis fünf Prozent der Mädchen und Jungen sind davon betroffen. Um ADHS adäquat zu behandeln, ist die Zusammenarbeit vieler Professionen notwendig. Dies liegt zum einen daran, dass die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen ein komplexer Prozess ist, der nicht nur aus einer einzigen fachlichen Per-



spektive betrachtet werden kann. Zum anderen gibt es viele Hilfsangebote, die selbst für Fachleute nicht überschaubar sind und die im Einzelfall zu koordinieren sind. Ramona Thümmler empfiehlt in ihrer Doktorarbeit, eine strukturierte Vernetzung insbesondere auf regionaler Ebene zu stärken

und die Finanzierung der Leistungen flexibler zu gestalten, um im Einzelfall schnell aktiv werden zu können.

Ramona Thümmler:
ADHS im Schnittfeld verschiedener Professionen.
2015. 254 Seiten. 34,95 Euro.
Beltz Juventa, Weinheim, Basel.

Zeitschriftenschau

■ Vegetarier haben geringeres Darmkrebs-Risiko

Vegetarisch zu essen, senkt deutlich das Risiko, an Darmkrebs zu erkranken. Zu diesem Ergebnis kommt eine US-amerikanische Studie. Die Forscher hatten mehr als 77.000 Menschen aus den USA und Kanada durchschnittlich 7,5 Jahre begleitet. Bei den Probanden, die sich streng vegetarisch ernährten, war das Risiko für Darmkrebs um 22 Prozent niedriger. Die Teilnehmer, die zudem mindestens einmal monatlich Fisch verzehrten, hatten ein um 43 Prozent niedrigeres Risiko für eine Darmkrebserkrankung. *JAMA Internal Medicine*, online veröffentlicht am 9. März 2015 (doi:10.1001/jamainternmed.2015.59)

■ Botox: Mittel gegen Übergewicht?

Abnehmen ist schwer. Ein neuer Therapieansatz ist, das Nervengift Botulinumtoxin (Botox) in den Mageneingang und/oder Magenausgang zu spritzen. Dies soll die Magenentleerung verzögern und das Sättigungsgefühl steigern. Um die Wirksamkeit dieser Behandlung zu untersuchen, haben südkoreanische Wissenschaftler im Rahmen einer Metaanalyse sieben Studien mit insgesamt 115 übergewichtigen Patienten ausgewertet. Ergebnis: Mithilfe dieser Methode hatten übergewichtige Patienten Pfunde verloren. Allerdings ist die Aussagekraft der Analyse wegen der geringen Patientenzahl begrenzt. Weitere Studien sind notwendig, um den Erfolg des Therapiekonzepts zu verifizieren. *Gastrointestinal Endoscopy* 2015; 81 (5): 1141–1149

■ Stationärer Aufenthalt verändert kognitive Fähigkeiten

US-amerikanische Forscher sind der Frage nachgegangen, ob ein Krankenhausaufenthalt zu kognitiven Einbußen führt. Im Rahmen ihrer 14-jährigen Studie machten sie mit 2.386 Erwachsenen regelmäßig kognitive Tests. 53 Prozent der Probanden waren im Studienzeitraum mindestens einmal stationär behandelt worden. Das Durchschnittsalter beim ersten Test lag bei 57 Jahren. Die Teilnehmer mit einem Klinikaufenthalt hatten ein signifikant schlechteres Ergebnis beim Ziffer-Symbol-Test. Zudem zeigten MRT-Aufnahmen, dass sich bei 44 Prozent der Probanden mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt die Hirnstruktur verändert hatte. Die Hohlräume im Gehirn (Ventrikel) waren vergrößert. *Neurology* 2015; 84 (14): 1443–1453

■ Ärzte stehen der Telemedizin skeptisch gegenüber

Die Hälfte der Ärzte in Deutschland geht nicht davon aus, dass die Telemedizin die Versorgung verbessern kann. Allerdings haben sich erst 27,6 Prozent der Mediziner bereits mit Telematik oder Telemedizin beschäftigt, so die neue Studie „Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2014“ der Stiftung Gesundheit. Als häufigsten Grund für die Ablehnung gaben die Befragten an, Telematik und Telemedizin passten nicht zum Verständnis der Arzt-Patienten-Beziehung. Rund 44 Prozent der Befragten sehen den Datenschutz als nicht gewährleistet an. Für die Studie waren 9.915 niedergelassene Ärzte online befragt worden. Geantwortet hatten jedoch nur 385.

www.stiftung-gesundheit.de > Presseservice > Pressematerial zum Download > Forschung

Sanktionen sichern Patientenwohl

Wenn Pharmaunternehmen Prämien für das Verordnen bestimmter Präparate zahlen, gefährden sie das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient, warnt **Maria Klein-Schmeink**. Die Grünen-Sprecherin fordert, Korruption im Gesundheitswesen strafrechtlich zu verfolgen.

Bestechung und Bestechlichkeit im Gesundheitswesen sollen nach den Plänen der Bundesregierung unter Strafe gestellt werden. Das begrüßen wir. Fundament einer guten Gesundheitsversorgung ist das vertrauensvolle Verhältnis zwischen Arzt und Patient. Patienten müssen sich darauf verlassen können, dass Diagnose und Therapie sich allein an ihrem Wohl und an medizinischen Erwägungen orientieren. Wenn Ärzte beispielsweise Prämien von Pharmaunternehmen erhalten, damit sie bestimmte Präparate verschreiben, wird dieses Vertrauen erschüttert. Korruption mindert darüber hinaus die Qualität medizinischer Leistungen und benachteiligt redlich agierende Leistungserbringer.

Strafrechtliche Regelungen für Gesundheitsberufe fehlen. Deswegen ist es richtig, Korruption im Gesundheitswesen umfassend zu bekämpfen – auch mit Mitteln des Strafrechts. Denn die Erfahrung zeigt, dass berufs- und sozialrechtliche Regelungen Korruption allein nicht wirksam unterbinden können. So gelten berufsrechtliche Sanktionen nur für die jeweiligen Berufsträger und sozialrechtliche Verbote nur im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung. Zudem verfügen Berufskammern und Krankenkassen nicht über die erforderlichen Eingriffsbefugnisse, um korruptive Beziehungen aufzudecken.

In seinem Grundsatzurteil vom 29. März 2012 hat der Bundesgerichtshof festgestellt, dass die geltenden strafrechtlichen Korruptionstatbestände auf für die vertragsärztliche Versorgung zugelassene Ärzte nicht anwendbar sind (*siehe dazu G+G 9/2012, S. 42 f.*). In der Konsequenz unterliegen niedergelassene und angestellte Ärzte unterschiedlichen Regelungen. Auch für andere Berufsgruppen des Gesundheitswesens fehlen spezielle Regelungen weitgehend. Es gibt keine sachlichen

Gründe, die eine unterschiedliche Behandlung der einzelnen Gruppen rechtfertigen könnten. Es ist daher längst überfällig, dass die strafrechtliche Sanktionierung korruptiven Verhaltens auf alle Leistungserbringer ausgeweitet wird.

Kein Generalverdacht gegen Leistungserbringer. Ziel müssen praxistaugliche Regelungen sein, die einerseits so weit gefasst sind, dass das häufig schwer nachweisbare korruptive Zusammenwirken wirksam und unabhängig von gesetzlicher oder privater Krankenversicherungstätigkeit verfolgt werden kann. Andererseits muss das Strafrecht so klar gefasst werden, dass die Akteure im Gesundheitswesen voraussehen können, ob ein Verhalten strafbar ist, und gewünschte, dem Patienten dienende Kooperationen nicht ausgebremst werden. Es geht dabei nicht um einen Generalverdacht gegen Leistungserbringer, sondern allein darum, das Patientenwohl sicherzustellen. Gleichzeitig schützt die Sanktionierung korruptiven Verhaltens das Interesse der Versicherten an einem wirtschaftlichen Einsatz ihrer Beiträge sowie das Interesse der Leistungserbringer an einem fairen Wettbewerb.

Mehr Transparenz über ökonomische Verflechtungen. Um Korruption im Gesundheitswesen wirksam zu bekämpfen, bedarf es außerdem mehr Transparenz über ökonomische Verflechtungen. Nach dem Vorbild des amerikanischen „Physician Payment Sunshine Act“ sollten alle Leistungserbringer im Gesundheitswesen, Hersteller sowie Hilfsmittelerbringer zur regelmäßigen Veröffentlichung von Daten über die Zahlung von Zuwendungen sowohl auf Geber- als auch auf Nehmerseite verpflichtet werden. Zudem müssen Arbeitnehmer, die Hinweise zum Fehlverhalten im Gesundheitswesen an die zuständigen Stellen geben, vor negativen arbeitsrechtlichen Konsequenzen geschützt werden. Das Ziel verantwortungsvoller Hinweisgeber ist es, Transparenz über bestehende interne, riskante, gefährliche oder korrupte Entwicklungen herzustellen, damit diese behoben werden. Trotz des öffentlichen Interesses an diesen Informationen drohen Hinweisgebern oft arbeitsrechtliche Konsequenzen. Die Rechtsprechung ist hier zu vage, sodass für die Handelnden oft Rechtsunsicherheit besteht. Hier muss der Gesetzgeber klare gesetzliche Regelungen zum Schutz der Informanten treffen. ■

Maria Klein-Schmeink, MdB, ist gesundheitspolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen und Mitglied des Gesundheitsausschusses. **Kontakt: Maria.Klein-Schmeink@bundestag.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 Hans-Bernhard Henkel-Hoving
Artdirection Anja Stamer
Chefin vom Dienst Gabriele Hilger
Chefreporter Thomas Hommel
Verantw. Redakteurin Änne Töpfer

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

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

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

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

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

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



G+G 4/2015

Ende ohne Schrecken

Schreckensbildern die Macht nehmen

Wie viel Macht hat die Medizin über mich am Lebensende? Darum geht es im Kern bei der Debatte um Sterbehilfe. Schreckensbilder von Patienten, die im Krankenhaus gegen ihren Willen mithilfe von Magensonden, medizinischen Apparaten und Medikamenten am Leben erhalten werden, finden regelmäßig ihren Weg in die Medien. Dann doch lieber selbstbestimmt sterben, denken offenkundig viele Zeitgenossen und suchen ihr Heil in einer Patientenverfügung und einem vermeintlich erlösenden Ja zur aktiven Sterbehilfe. Das ist verständlich und bedauerlich zugleich. Wer die Möglichkeiten der modernen Palliativ- und Schmerzmedizin kennt, der weiß, dass auch die letzten Tage und Wochen noch erträglich gestaltet werden können. Zugleich gilt es, in der Gesellschaft eine Debatte darüber anzustoßen, was Medizin am Lebensende eigentlich leisten soll. Krebsmittel, die ein paar Wochen mehr verheißten und zugleich starke Nebenwirkungen haben, müssen kein Segen sein. Ärzte, Patienten und Angehörige sollten lernen, loszulassen und nicht auf Biegen und Brechen alles medizinisch Mögliche zu versuchen. Damit rede ich nicht einer Rationierung das Wort, sondern plädiere für einen klugen Umgang mit dem Einsatz der Medizin am Lebensende. Intensivmediziner und Onkologen führen diese Debatte bereits intern hier und da, doch die Diskussion muss breiter geführt werden, um den Schreckensbildern in den Medien ihre Macht zu nehmen. Von einer solchen

Debatte würden vor allem Patienten und Angehörige profitieren: Den einen bleibt eine Lebensverlängerung um jeden Preis erspart, die anderen fühlen sich nicht mehr so hilflos, wenn der Arzt fragt, was noch alles getan werden soll – auch wenn der endgültige Abschied von einem geliebten Menschen immer schwerfällt.
K. M., Celle

G+G 4/2015

Ende ohne Schrecken

Eine Frage der Menschenwürde

Den Entwurf für ein Palliativgesetz begrüße ich sehr. Er ist ein starkes Argument in der Diskussion um den assistierten Suizid. Vielleicht sinkt die Zahl der Befürworter der Sterbehilfe, wenn sich die Bedingungen am Lebensende so verbessern, dass Menschen das Sterben weniger fürchten, weil sie wissen, dass Schmerzen oder Atemnot gelindert werden können. Dafür brauchen wir in diesem Bereich ausgebildete Profis, aber auch Ehrenamtliche, die sterbenden Menschen Zeit schenken, an ihrem Bett sitzen, die Hand halten. Denn nicht immer ist die Familie in der Lage und bereit, die Sterbebegleitung zu übernehmen – oder, in unserer Singlegesellschaft bald vielleicht keine Ausnahme mehr, ein totkranker Mensch hat gar keine näheren Verwandten. Die Leistungen der Palliativmedizin müssen deshalb angemessen vergütet werden, überall verfügbar sein, und die ehrenamtliche Hospizarbeit braucht Förderung und gesellschaftliche Anerkennung. Das ist auch eine Frage der Menschenwürde.
O. S., Hannover

BECKs Betrachtungen



„Auch wenn der Patient seine behandelnde Ärztin nicht akzeptiert, Sie sind hier immer noch der Raumpfleger, Herr Schneider!“

→ J E 8



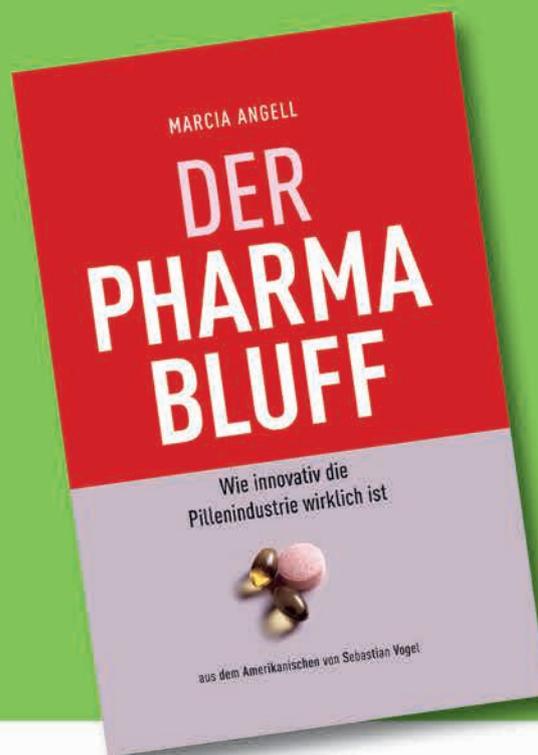
Der gebürtige Leipziger BECK studierte Architektur und Grafik, bevor er durch Veröffentlichungen in der »taz«, im »Eulenspiegel« und in der »Zeit« als Cartoonist und Illustrator bekannt wurde. Nach »Meister der komischen Kunst: BECK« (Verlag Antje Kunst-

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

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.



„Kinder machen alles nach. Machen Sie das Richtige vor“

Sind Sie ein gutes Vorbild? Ob Gesundes, Ungewöhnliches oder auch eine schlechte Angewohnheit – zeigen Sie uns, was Ihr Kind nachmacht! Und gewinnen Sie beim großen Foto-Wettbewerb ein Treffen mit Philipp Lahm, dem Botschafter der AOK-Initiative „Gesunde Kinder – gesunde Zukunft“.

Gesundheit in besten Händen

www.aok.de/familie