



Das AOK-Forum für Politik, Praxis und Wissenschaft  
Ausgabe 5/2016, 19. Jahrgang



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

HEALTH LITERACY

# Vom Bauchgefühl zum Besser-Wissen

Warum die Deutschen  
mehr Gesundheitskompetenz  
brauchen

**STUDIE:** Wo Menschen mit Demenz gute Pflege bekommen

**INTERVIEW:** Was Medizinische Versorgungszentren heute leisten

EXTRA: G+G-Spezial

# Gesundheit ist unser Thema!

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

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

## **AOK-BUNDESVERBAND**

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

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

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

## **AOK BADEN-WÜRTTEMBERG**

Hauptverwaltung  
Pressesprecher: Kurt Wesselsky

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

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

## **AOK BAYERN – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Zentrale  
Pressesprecher: Michael Leonhart

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

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

## **AOK BREMEN/BREMERHAVEN**

Pressesprecher: Jörn Hons

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

Tel. 0421/1761-549  
Fax: 0421/1761-91540

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

Direktion  
Pressesprecher: Ralf Metzger

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

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

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

Direktion  
Pressesprecher: Carsten Sievers

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

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

## **AOK NORDOST – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Pressesprecherin: Gabriele Rähse

Region Mecklenburg-Vorpommern  
Pressereferent: Markus Juhls

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

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

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

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

## **AOK NORDWEST – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Pressesprecher: Jens Kuschel

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

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

Tel. 0231/4193-10145

Tel. 0431/605-21171

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

Pressesprecherin: Antje Meyer

Kasernenstraße 61, 40123 Düsseldorf  
antje.meyer@rh.aok.de

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

Tel. 0211/8791-1011

Tel. 040/2023-1401

## **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  
presse.thr@aok.de

Tel. 0800/10590-11144  
Fax: 0800/10590-02-104

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

Pressesprecherin: Anna-Kristina Mahler

Lüneburger Straße 4, 39106 Magdeburg  
presse@san.aok.de  
anna-kristina.mahler@san.aok.de

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

# Der Untergang ist abgesagt

Deutschland vergreist und schafft sich ab – solchem Pessimismus begegnet **Thomas Straubhaar** mit Zuversicht. Der Volkswirt meint, mit Zuwanderung und lebenslanger Bildung stehen uns die besten Jahre noch bevor.

**Ein Gespenst geht um** in Deutschland. Es ist das Gespenst einer schrumpfenden und alternden Gesellschaft. Zuerst Sorge es dafür, dass „die Schlaunen aussterben“, später dann führe es dazu, dass „sich Deutschland abschafft“. Am Ende drohe der Untergang. Ersetzt man demografische Mythen durch nüchterne Analysen, zeigt sich jedoch, dass Deutschland und seine Bevölkerung die besten Jahre nicht hinter, sondern vor sich haben.

Offensichtlich verändert sich die demografische Situation Deutschlands in mannigfacher Weise. An sich führen die geringe Zahl der Geburten und die steigende Lebenserwartung dazu, dass die Bevölkerung bald schrumpfen und altern würde. Wäre da nicht die Zuwanderung: Die politische Stabilität, der wirtschaftliche Erfolg und das hohe Maß der Rechtsstaatlichkeit ziehen wie ein Magnet hunderttausende Menschen aus aller Welt an. Sie alle erhoffen sich hierzulande ein besseres Leben als in ihren Herkunftsregionen. Die Bevölkerung wird als Folge der Zuwanderung noch für lange Zeit eher wachsen als schrumpfen. Die deutsche Gesellschaft wird deshalb vielfältiger und auch älter werden. Das wird nicht dazu führen, dass sie verschwindet. Aber sie wird anders sein. Ist das für Deutschland positiv oder negativ?

Ein Großteil der Befürchtungen über die volkswirtschaftlichen Folgen des demografischen Wandels erweist sich bei genauerem Hinsehen als Behauptungen, deren Zutreffen alles andere als gesichert ist – etwa die wie ein Mantra vorgetragene These eines drohenden Fachkräftemangels. Millionen von gut gebildeten Frauen, Älteren und Menschen mit Migrationshintergrund würden nichts lieber tun, als mehr und länger zu arbeiten. Sie stehen heute schon in Deutschland als ungenutzte Potenziale bereit, Fachkräftelücken zu füllen. Anstatt einen Mangel zu beklagen, müssten viele Unternehmen lediglich ihre Mentalität ändern. Gefordert sind Verhaltensweisen, die der Arbeitswelt des 21. Jahrhunderts gerecht werden. Schaffen Arbeitgeber diesen Kul-

turwandel, werden sie keine Probleme haben, gute Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu finden. Wenn nicht, erweist sich der Fachkräftemangel als selbstverschuldeter Führungsmangel.

Die nachhaltigste Strategie zur Schließung einer Fachkräftelücke setzt bei der konstanten und immer wiederkehrenden lebenslangen Bildung der Erwerbsbevölkerung an. Die Bildungssysteme dürfen sich nicht länger primär auf die ersten Lebensdekaden fokussieren. Sie haben sich auch mit Hochleistungsangeboten an den Bedürfnissen der 30- bis 70-Jäh-

rigen zu orientieren. Das gilt in besonderem Maße für die Universitäten und Hochschulen. Sie müssen eine Spitzenlehre nicht nur für die Ausbildung junger, sondern auch für ältere Studierende anbieten. Die jun-

gen Alten von heute und morgen werden besser gebildet, fitter und gesünder länger aktiv sein wollen. Natürlich nehmen fluide kognitive Fähigkeiten – also die Auffassungsgabe, Kreativität oder Originalität – mit zunehmendem Alter ab. Aber durch entsprechendes Training und auch dank Fortschritten der Neurologie lässt sich der Alterungsprozess verlangsamen. Auch, weil mit dem Alter die kristallinen Fähigkeiten zunehmen – also Wissen und Erfahrung sowie die Fähigkeit, Wichtiges von Unwichtigem zu trennen. Und nicht zuletzt wird die Digitalisierung helfen, die Abnahme der individuellen fluiden Fähigkeiten wenigstens teilweise kompensieren und die individuelle Leistungsfähigkeit halten zu können.

Werden vorhandene Potenziale von Frauen, Älteren und der bereits hier lebenden Menschen mit Migrationshintergrund besser und länger ausgeschöpft, werden sich Digitalisierung und Demografie in wunderbarer Weise ergänzen. Wenige(r), aber besser gebildete Menschen werden vernetzt und verbunden über das Internet mit mehr Kapital und weniger Aufwand mehr Wohlstand für alle schaffen als heute. Eine wunderbare Nachricht. Sie sollte allen Sorgen über den demografischen Wandel in Deutschland jegliche Grundläge rauben. ■

**Die hiesige Bevölkerung wird für lange Zeit eher wachsen als schrumpfen.**



**Prof. Dr. Thomas Straubhaar**, geboren 1957 in der Schweiz, studierte Volkswirtschaftslehre in Bern. Seit 1999 ist Straubhaar Professor für Volkswirtschaftslehre, insbesondere internationale Wirtschaftsbeziehungen an der Universität Hamburg. Von 2005 bis 2014 war er Direktor des Hamburgischen WeltWirtschaftsinstituts. Zu seinen Forschungsschwerpunkten gehören Internationale Wirtschaftsbeziehungen sowie die Bevölkerungsökonomie mit dem Schwerpunkt Migration. Kürzlich ist in der Edition Körber-Stiftung sein Buch „Der Untergang ist abgesagt“ erschienen.

**Kontakt:** [coh@clubofhamburg.de](mailto:coh@clubofhamburg.de)

## Gesund von A bis Z



H.-B. Henkel-Hoving,  
Chefredakteur

Der ältere Redaktionskollege hatte einfach keine Zeit. „Da will einer über Analphabeten in Deutschland reden. Ruf den doch mal zurück.“ Mehr als 25 Jahre ist es her, dass ich zum Telefonhörer griff und mit einem Experten der Vereinten Nationen sprach. Der „Welttag der Alphabetisierung“ stand vor der Tür und der Fachmann wollte das Thema in der Zeitung platzieren.

Was ich damals kaum glauben konnte und bis heute unglaublich finde: **In Deutschland leben etwa 7,5 Millionen Erwachsene**, die nur einzelne Wörter oder Sätze lesen und schreiben können. Ein erheblicher Teil dieser sogenannten funktionalen Analphabeten ist hierzulande aufgewachsen und zur Schule gegangen – ein bildungspolitischer Skandal, auch wenn Frankreich oder England ebenfalls mit dem Problem zu kämpfen haben.

Aus deutscher Sicht ebenso wenig erfreulich fallen internationale Vergleiche in puncto Gesundheitskompetenz aus. Einen Beipackzettel zu verstehen, beim Arztbesuch nachfragen zu können und im Internet seriöse Gesundheitsinformationen zu finden – all dies fällt vielen Menschen in Deutschland deutlich schwerer als ihren europäischen Nachbarn. Das liegt nicht nur an Mängeln im Bildungssystem, sondern auch an Defiziten im Gesundheitswesen. Deshalb ist es richtig, dass **Gesundheitsminister Hermann Gröhe die Schirmherrschaft für den Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz übernommen hat**. Zu den Initiatoren des Plans gehört neben dem AOK-Bundesverband auch Doris Schaeffer, Professorin an der Uni Bielefeld und Autorin unserer Titelgeschichte (ab Seite 22). Bleibt zu hoffen, dass der Aktionsplan schneller Erfolge zeitigt als der Welttag der Alphabetisierung.

In diesem Sinne Ihr

  
henkelhoving@kompart.de



Alles andere als ein Auslaufmodell: Bernd Köppl (links) diskutiert mit G+G-Reporter Thomas Hommel ab Seite 28 über die Zukunft der Medizinischen Versorgungszentren.

### MAGAZIN

#### 14 WISSEN SCHÜTZT VOR KRANKHEIT

Vielen fehlt Wissen, um Experten ihrer Gesundheit zu sein. Deshalb starten Politik, Wissenschaft und AOK-Bundesverband einen Nationalen Aktionsplan.  
Von Thomas Hommel

#### 16 PRIMUS IN DER PRÄVENTION

Die Nase weit vorn: Von allen Kassen investiert die AOK am meisten in die Gesundheit ihrer Versicherten. Das belegt der neue Präventionsbericht.  
Von Silke Heller-Jung

#### 17 SENIOREN ZEIGEN DIE ZÄHNE

Bei der Mundgesundheit pflegebedürftiger Menschen liegt manches im Argen. Deshalb forderten Experten auf einer Tagung, Pflegende dafür besser zu schulen.  
Von Anne Töpfer

#### 18 ARZNEIPREISE BLEIBEN STREITTHEMA

Die Preise für Arzneimittel schießen ins Kraut. Wie sich der Kostenschub bremsen lässt, ist umstritten. Das machte ein Symposium in Berlin deutlich.  
Von Ralf Breitgoff

#### 20 VEREINT GEGEN SELTENE KRANKHEITEN

Rund 36 Millionen Menschen in Europa haben eine seltene Krankheit. Mit Referenz-Netzwerken will Brüssel die Erforschung und Behandlung verbessern.  
Von Thomas Rottschäfer

#### 21 „FACHSPRACHE MUSS ÜBERSETZT WERDEN“

Viele Patienten verstehen ihre Ärzte nicht. Damit sich das ändert, empfiehlt Ansgar Jonietz von der Initiative Was hab ich?, die Kommunikation in der medizinischen Aus- und Fortbildung zu trainieren.

Diskutiert: Um (zu) teure Tabletten ging es bei der Veranstaltung „AOK im Dialog“



## TITEL

### 22 RÄTSELRATEN IN GESUNDHEITSFRAGEN

Gesundheitsinfos zu finden, zu beurteilen und zu nutzen, fällt vielen Bürgern schwer – besonders aber sozial Benachteiligten, wie neueste Zahlen zeigen.

Von Doris Schaeffer und Gudrun Quenzel

## THEMEN

### 28 „HERR SEEHOFER HAT SICH GEWALTIG GEIRRT“

Nach der Wende hatte der damalige Staatssekretär Horst Seehofer Polikliniken totgesagt. Warum sie als Medizinische Versorgungszentren überlebten und weiter florieren, erläutert Verbandschef Bernd Köppl.

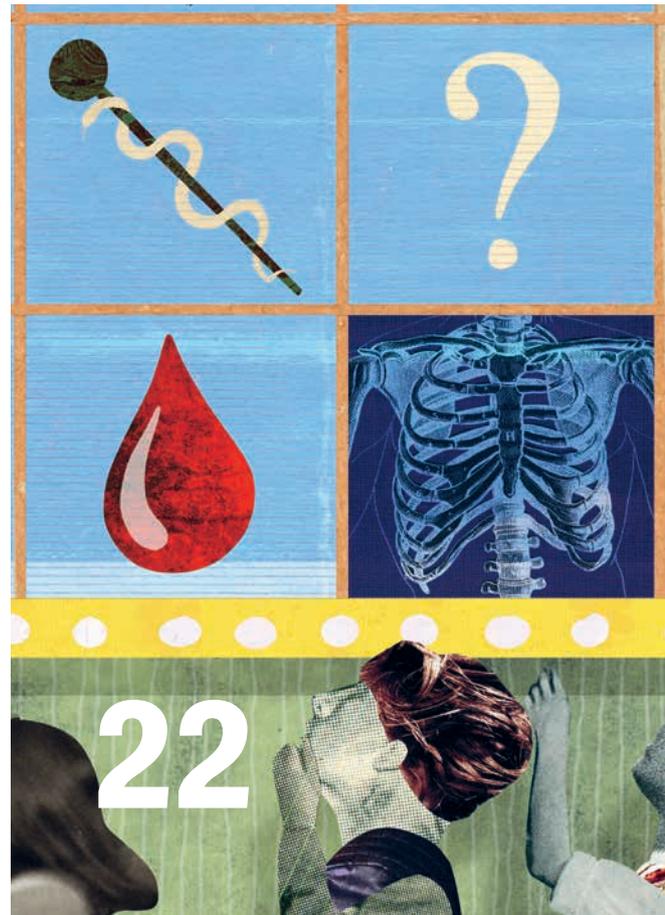
### 32 MIT DEMENZ AM RICHTIGEN ORT

Besser daheim oder im Heim – wie es um die Pflegequalität von Demenzkranken in beiden Umgebungen bestellt ist, beleuchtet eine europäische Studie.

Von Gabriele Meyer und Astrid Stephan

## RUBRIKEN

- 9 **Rundruf** Was tun gegen Pflege-Trickser?
- 13 **Kommentar** Ethikrat: Zum Wohl der Kranken
- 38 **Recht** Patientin muss Mistelpräparat zahlen
- 40 **AOK-Notizen** Aktuelles aus Bund und Ländern
- 42 **Service** Bücher, Termine und mehr
- 44 **Debatte** Kommunikation: Besser reden in der Praxis
- 45 **Nachlese** Briefe an die Redaktion
- 45 **Impressum** Wer steckt hinter G+G?
- 46 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen



Untersucht: Die Gesundheitskompetenz sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen



Verglichen: Die häusliche und die stationäre Pflege von Demenzkranken in acht europäischen Ländern

## HAUTKRANKHEITEN Bettwanzen im Reisegepäck

Sie kriechen und wimmeln. Und sie werden oft völlig unbemerkt von Fernreisenden aus dem Urlaub mitgebracht: Die Rede ist von Wanzen, Würmern und anderem Kleingetier. Sie seien oft Auslöser bestimmter Erkrankungen beim Menschen, hieß es bei einer Veranstaltung zum 17. Forum Reisen und Gesundheit in Berlin. Im Zuge der weltweit zunehmenden Reisetätigkeit hätten sich beispielsweise Bettwanzen zu einem klassischen Urlaubssouvenir entwickelt. Hauptproblem bei diesen Tierchen sei, dass sie oft erst spät bemerkt würden: Ein einzelnes begattetes Weibchen reiche aus, um zu Hause über Wochen und Monate langsam einen Befall aufzubauen. Die Folgen beim Menschen könnten juckende Rötungen, Blutungen oder Quaddeln sein. Anders als bei Kopfläusen sei es bei den Bettwanzen mit einer sorgfältigen Reinigung der Betten nicht getan. In der Regel müsse dann der Kammerjäger ran. ■

## MEDIKAMENTEN-TESTS Pseudo-Studien streng kontrollieren

Die gesundheitspolitische Sprecherin der Linken, Kathrin Vogler, hat der Bundesregierung vorgeworfen, nichts gegen das „große Problem“ der sogenannten Anwendungsbeobachtungen (AWB) zu tun. „Die jetzige Regulierung ist so zahnlos, dass die Pharmaindustrie dieses Instrument quasi ungehindert nutzen kann, um Ärztinnen und Ärzte dafür zu bezahlen, wenn sie ihre Produkte verordnen.“ Im



Juckendes Souvenir: Wanzen können mit dem Koffer ins heimische Schlafzimmer kommen.

Rahmen einer AWB wird die Krankengeschichte eines Patienten, bei dem ein Arzneimittel zum Einsatz kommt, vom Arzt beobachtet, um so die Wirkung des Präparates besser einschätzen zu können. Der Streit über Anwendungsbeobachtungen währt schon seit Jahren: Während Vertreter der Pharmaindustrie darin ein „unverzichtbares Instrument“ der Arzneimittelforschung sehen, wittern Kritiker hinter dem Verfahren eine „legalisierte Form der Bestechung von Ärzten“. Anwendungsbeobachtungen seien dann eine Form von Korruption, wenn sie zu Marketingzwecken missbraucht würden, betonte auch Vogler. Zwar gebe es Berichtspflichten zum Ablauf. Die seien aber „für die Katz“, wenn Verstöße weder ermittelt noch sanktioniert würden. Daran ändere auch das geplante Anti-Korruptionsgesetz nichts. ■

## INKLUSION 600 Sportler bei Down-Festival

Zum 14. Deutschen Sportlerfestival für Menschen mit Down-Syndrom werden Anfang Juni in Frankfurt/Main rund 600 Sportler aus ganz

Deutschland erwartet. Die Wettbewerbe umfassen Läufe auf Distanzen zwischen 25 und 1.000 Metern, Weitsprung, Weitwurf, Tischtennis und Judo in verschiedenen Altersgruppen, teilte die Festival-Pressestelle mit. ■

## WHO Mehr tun gegen Diabetes

Die Zahl der Diabetiker hat sich laut WHO seit dem Jahr 1980 von 108 Millionen auf zuletzt etwa 422 Millionen Betroffene weltweit fast vervierfacht. Der Anteil in der erwachsenen Bevölkerung sei von 4,7 Prozent auf 8,5 Prozent im Jahr 2012 gestiegen, teilte die Organisation anlässlich

der Veröffentlichung ihres ersten globalen Diabetes-Berichtes mit. Die Stoffwechselerkrankung sei längst nicht mehr vor allem ein Problem reicher Länder, sondern in Regionen mit mittleren und geringeren Einkommen auf dem Vormarsch, sagte WHO-Generaldirektorin Margaret Chan. Dort könnten viele Menschen Diabetes-Präparate nicht bezahlen. Obendrein werde die Krankheit häufig sehr spät oder überhaupt nicht diagnostiziert. Bei 2,2 Millionen weiteren Todesfällen hätten ein zu hoher Blutzuckerwert und damit verbundene Risiken wie Herzkrankheiten eine Rolle gespielt. Ohne Gegenmaßnahmen werde Diabetes zu immer mehr Todesfällen führen. ■

## kurz & bündig

**+++ IMMUNISIERUNG:** Mit Schutzimpfungen ließen sich jedes Jahr schätzungsweise bis zu drei Millionen Todesfälle aufgrund von Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten und Masern verhindern. Für einen optimalen Schutz gegen Infektionskrankheiten müssten allerdings mindestens 95 Prozent der Bevölkerung mit den empfohlenen Impfungen immunisiert sein, teilte die WHO anlässlich der Europäischen Impfwache Ende April mit. **+++ KRANKENHÄUSER:** Im dritten Jahr in Folge haben sich der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft auf einen Katalog sogenannter „Investitionsbewertungsrelationen“ geeinigt. Sie zeigen den Investitionsbedarf für die unterschiedlichen Fallpauschalen in Kliniken auf.



# Tiefer eintauchen!

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

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



**G+G**  
Gesundheit und Gesellschaft



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



Viermal im Jahr:  
G+G-Wissenschaft

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

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

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



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

Straße ..... IBAN ..... BIC .....

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

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

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



UMFRAGE

**Patienten setzen auf Zweitmeinung**

Bei lebensverändernden Diagnosen kann die ärztliche Zweitmeinung helfen, die eigene gesundheitliche Situation besser zu verstehen und sich für die geeignetste Therapie zu entscheiden. Insbesondere bei schwerwiegenden Diagnosen wie Krebs oder Herz- und Gefäßerkrankungen erachten viele eine ärztliche Zweitmeinung als wichtig, wie aus einer aktuellen Befragung der Bertelsmann Stiftung hervorgeht. Danach schätzen 89 Prozent der Deutschen die Möglichkeit, eine Zweitmeinung einholen zu können. Diejenigen, die schon einmal einen zweiten Arzt hinzugezogen haben, vertrauen diesem auch meist: 71 Prozent änderten daraufhin ihre Entscheidung. Ein Drittel der Befragten hat außerdem schon einmal darüber nachgedacht, das Angebot einer Zweitdiagnose zu nutzen, etwa ein Viertel hat es

Zitat des Monats

**Das Gefühl von Sicherheit in einem Bereich gibt uns die Freiheit, in einem anderen Bereich originell zu sein.**

**Adam Grant**, US-amerikanischer Professor für Organisationspsychologie an der Universität Pennsylvania

wahrgenommen. Diejenigen, die eine zweite Meinung eingeholt haben, begründen dies mit ihrer Unsicherheit hinsichtlich der Entscheidung (53 Prozent) oder schlechten Erfahrungen bei früheren Untersuchungen (43 Prozent). Auch die AOK hilft ihren Versicherten, schnell eine zweite ärztliche Meinung zu bekommen. Für diesen Service arbeitet die Gesundheitskasse mit Fachärzten und Spezialisten unterschiedlicher Fachrichtungen zusammen. ■

**MEHR INFOS:** [www.aok.de](http://www.aok.de) > Leistungen & Services > Ärztliche Zweitmeinung

PHARMADIALOG

**Mondpreise sollen geerdet werden**

Zurückhaltend hat der AOK-Bundesverband auf Ergebnisse des Pharmadialogs reagiert, der Anfang April in Berlin zu Ende gegangen ist. „Es ist gut, dass sich die Pharmaindustrie zur nachhaltigen Finanzierbarkeit unseres solidarischen Gesundheitswesens bekennt und auch öffentlich zum AMNOG-Verfahren steht“, sagte Verbandschef Martin Litsch. Ob das AMNOG-Verfahren wirklich gestärkt werde, müsse die kommende Gesetzgebung zeigen. Noch sei hier alles offen. Positiv sei die Absicht von Politik und Pharmaherstellern, den Umsatz neuer Arzneimittel im ersten Jahr nach Markteintritt zu begrenzen. „Wir brauchen dringend einen Preisanker, damit die Arzneimittelkosten in den ersten zwölf Monaten nicht weiter in die Höhe schießen.“ Ob die Idee einer Umsatzenschwelle bei der Preisgestaltung mehr als ein Placebo sei, werde unter anderem vom konkreten Begrenzungswert abhängen. Litsch begrüßte Überlegungen, auch Medikamente aus dem Bestandmarkt in Ausnahmefällen einer Nutzenbewertung zu unterziehen. ■

Zum Thema siehe auch Bericht auf den Seiten 18 und 19.

UMWELT

**Pillen nicht im WC runterspülen**

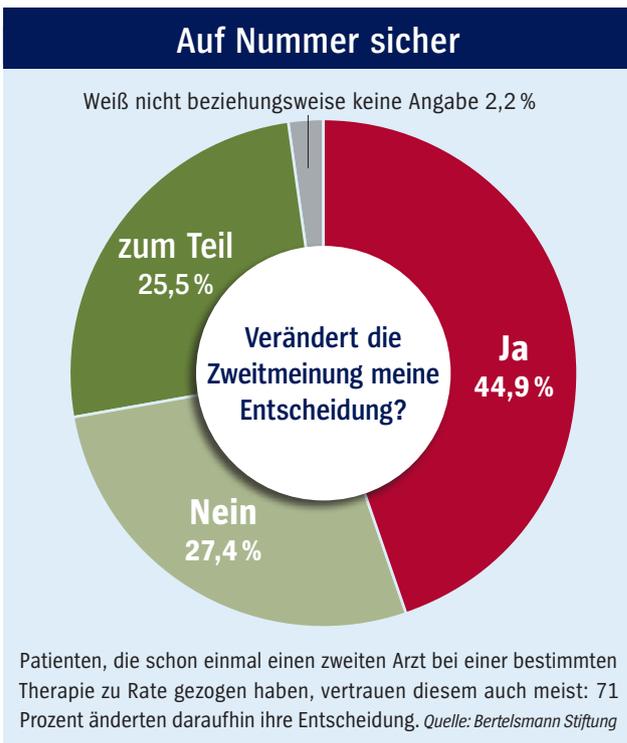
Verbraucher sollen stärker angehalten werden, Medikamente nicht mehr in der Toilette oder in der Spüle zu entsorgen. Damit soll die Belastung von Oberflächengewässern durch Arzneimittel und deren Rückstände verringert werden. Dies sieht ein Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen vor. Der Abfall beeinflusse in Gewässern vorkommende Lebensgemeinschaften. So würde etwa durch Rückstände der Antibabypille die Reproduktionsraten von Fischen und Muscheln verringert. Studien hätten auch ergeben, dass Flussbarsche schon bei geringer Konzentration von Antidepressiva im Wasser einen verminderten Fluchtreflex zeigten und ihr Ernährungsverhalten änderten. Nötig seien daher „deutlich lesbare“ Hinweise auf Verpackungen, wie die darin enthaltenen Arzneien umweltschonend zu entsorgen sind. ■

**MEHR INFOS:** Bundestagsdrucksache 18/8082

INNOVATIONSFONDS  
**Startschuss der ersten Förderwelle**

Ab sofort können sich Akteure des Gesundheitswesens um Fördermittel aus dem Innovationsfonds der Bundesregierung bewerben. Das gab der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss bekannt. Gefördert werden neue Versorgungsformen und Themen der Versorgungsforschung. ■

**MEHR INFOS:** [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) > Presse



## Was tun gegen Pflege-Trickser?

Falschabrechnungen und erfundene Kranke: Pflegedienste sollen sich bei den Sozialkassen hohe Beträge erschwindelt haben. Im Visier sind vor allem russische Firmen. Die Konsequenz daraus?



**MECHTHILD RAWERT**, *pflegepolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion*: Sozialbetrug gehört bestraft. Ich vertraue dabei unseren Ermittlungsbehörden. Die Nachrichten zu den Pflege-Betrugsfällen haben mich bestürzt. Einige der veröffentlichten Zahlen zum Schaden der Versicherten halte ich aber für spekulativ und weit überzogen. So gerät unverdienterweise die ganze Pflegebranche in Misskredit. Selbstverständlich haben wir notwendige Kontrollen im Blick. Mit dem

Pflegestärkungsgesetz II ermöglichen wir bereits – anlassbezogen – unangemeldete Kontrollen im ambulanten Bereich. Weitere werden geprüft. Denn der Dienst am Menschen verdient weiterhin unsere hohe Wertschätzung.

**ELISABETH SCHARFENBERG**, *pflegepolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen*: Mehr Kontrollen zu fordern löst das Problem nicht, stellt aber die gesamte Branche unter Generalverdacht. Deshalb muss mit Bedacht und Klugheit gehandelt werden. Da die Betrugskonstellationen sehr unterschiedlich waren, braucht es verschiedene Ansätze: Umstellung der Branche auf digitale Dokumentation für mehr Transparenz, Pflege-Patientenquittung für Nachvollziehbarkeit der abgerechneten Leistungen, anlassbezogene Prüfungen. Außerdem braucht es eine Task Force aus Pflegeanbietern und Kassen, die eine Leitlinie zur Aufdeckung von Leistungsbetrug erarbeitet. Eine Fachstelle sollte darüber hinaus ermittelnden Staatsanwaltschaften beratend zur Seite stehen.



**GERNOT KIEFER**, *Vorstand des GKV-Spitzenverbandes*: Krankenkassen müssen auch im Bereich der häuslichen Krankenpflege ein systematisches Prüfrecht vor Ort bekommen – ähnlich wie es heute bereits im Rahmen der Pflegeversicherung üblich ist. Bei der Pflegeversicherung erfolgt im Rahmen der Qualitätsprüfungen eine Begutachtung vor Ort. Bisher ist dies bei der häuslichen Krankenpflege grundsätzlich nicht gegeben. Im Sinne der Pflegebedürftigen muss

sich das ändern, indem die gesetzlichen Voraussetzungen für ein solches systematisches Prüfrecht geschaffen werden. Wer qualifizierte Pflege braucht, soll sie auch unbedingt bekommen – egal, ob Zuhause oder im Heim.

**FRANZ WAGNER**, *Bundesgeschäftsführer des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe*: Die Fahnder haben eine besondere Pflegekonstellation im Visier. Wichtig ist jetzt vor allem eine rasche Klärung des Sachverhaltes als Grundlage für eine sachliche Debatte über Lehren, die aus den Vorkommnissen zu ziehen sind. Es ist zu klären, wie durch sachgerechte und verhältnismäßige Verfahren Betrügereien verhindert werden können. Besonders bedauerlich ist, dass durch derartige kriminelle Machenschaften möglicherweise das Vertrauen der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen in die große Mehrzahl ehrlicher Anbieter und Pflegenden beschädigt wird.



## IGEL-MONITOR Akupunktur nutzt Schwangeren kaum

Akupunktur hilft schwangeren Frauen kaum. Zu dieser Einschätzung gelangt eine aktuelle Bewertung aus dem IGeL-Monitor des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes. Gegen Übelkeit und ähnliche Beschwerden griffen Schwangere gerne auf „sanfte“ Verfahren wie die Akupunktur zurück. Entsprechende Studien zum Nutzen der Akupunktur belegten po-



greifen, sind bei den entsprechenden Landesvertretungen auf Wohlwollen gestoßen. „Wir begrüßen ausdrücklich, dass die Bundesregierung mit dem Nationalen Aktionsplan 2.0 die niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte dabei unterstützen will, ihre Praxen möglichst barrierearm zu gestalten“, sagte Dr. Andreas Gassen, Chef der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Dr. Wolfgang Eßer, Vorstandschef der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, sprach von einem „wichtigen Signal“. Angesichts von rund sieben Millionen Menschen mit Schwerbehinderung, etwa 3,5 Millionen Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2030 und einer zunehmend alternden Gesellschaft sei ein „enger Schulterschluss mit der Politik“ nötig, um den Ausbau einer barrierearmen medizinischen Versorgung weiter voranzubringen. ■

## KRANKHEITEN Syphilis auf dem Vormarsch

Die Zahl der an Syphilis erkrankten Menschen in Deutschland ist in den vergangenen Jahren stark gestiegen. Im Jahr 2014 seien rund 5.700 Syphilis-Infektionen gemeldet worden, teilte die Bundesregierung mit. Im Jahr 2001 seien es noch rund 2.000 Fälle gewesen. Nach einem zwischenzeitlich leichten Rückgang stiegen die Fallzahlen seit 2010 deutlich an. Betroffen von der sexuell übertragbaren Krankheit sind wegen spezieller Sexualpraktiken und Sexualgewohnheiten zumeist Männer. ■

**MEHR INFOS:**  
**Bundestagsdrucksache**  
**18/8058**

sitive Effekte. Diese seien jedoch „durchgehend klein“. Sie würden auch nicht in allen Studien gefunden. Zudem sei die Qualität der Untersuchungen oft schlecht. Daher habe man die Selbstzahlerleistung „Akupunktur in der Schwangerschaft“ mit „unklar“ bewertet. ■

**MEHR INFOS:**  
[www.igel-monitor.de](http://www.igel-monitor.de)

## ÄRZTE Praxen barrierefrei umbauen

Pläne der Bundesregierung, Ärzten beim behindertengerechten Umbau ihrer Praxen finanziell unter die Arme zu

Fotos: Istockphoto, SPD-Bundestagsfraktion, Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen, GKV-Spitzenverband, DBK

## TAGUNG

**Hausärzte sehen sich als Lotsen**

Eine Stärkung des Hausarztes als Ansprechpartner Nummer eins im Gesundheitswesen hat der Deutsche Hausärzterverband anlässlich seiner diesjährigen Frühjahrstagung in Freiburg gefordert. „Wir Hausärzte lösen weit über 80 Prozent der Beschwerden unserer Patienten aus unterschiedlichsten medizinischen Fachgebieten in unseren Praxen abschließend. Dies kann keine andere Facharztgruppe leisten“, sagte der Bundesvorsitzende des Verbandes, Ulrich Weigeldt. Er wies damit zugleich Pläne der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zurück, wonach auch Fachärzte hausärztliche Aufgaben wie etwa die Koordination von Behandlungsabläufen übernehmen sollen. ■

## BERUFSSKAMMER

**Pflegekräfte zahlen je nach Einkommen**

Pflegekräfte in Rheinland-Pfalz sollen je nach Einkommen zwischen 2,50 Euro und 25 Euro für ihre Mitgliedschaft in der Pflegekammer zahlen. Die Vertreterversammlung stimmte für eine entsprechende Beitragsordnung. Kammerpräsident Dr. Markus Mai sprach von einem angemessenen Beitrag. Rheinland-Pfalz hat als erstes Bundesland den Aufbau einer Berufskammer für Pflegeprofis beschlossen. Die Kammer soll Berufsstandards festlegen und die Anerkennung ausländischer Abschlüsse regeln. Die Mitgliedschaft ist für die schätzungsweise 41.000 Pflegekräfte in Rheinland-Pfalz verpflichtend. Kritiker halten die Kammer für überflüssig, da sie an den Problemen in der Pflege nichts ändere. ■

## Köpfe und Karrieren



**+++ PETRA GRIMM-BENNE**, 54, verantwortet als neue Ministerin für Arbeit, Soziales und Integration in Sachsen-Anhalt die gesetzliche Krankenversicherung. Zugleich ist die Sozialdemokratin stellvertretende Ministerpräsidentin des Landes. Dem sachsen-anhaltischen Parlament gehört die Juristin seit 2002 an. 2010 wurde sie Parlamentarische Geschäftsführerin ihrer Fraktion. Gut zehn Jahre lang war die gebürtige Wuppertalerin Vorsitzende der Arbeiterwohlfahrt in Sachsen-Anhalt. Von 1991 bis 1995 leitete sie das Rechts-, Sicherheits- und Ordnungsamt des Landkreises Schönebeck. Bis zum Jahr 2009 arbeitete sie als Rechtsanwältin und Fachanwältin für Verwaltungsrecht.

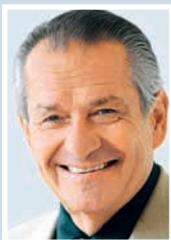
**+++ MANFRED LUCHA**, 55, hat in der neuen baden-württembergischen Landesregierung das Sozialministerium übernommen. Der ausgebildete Krankenpfleger und diplomierte Sozialarbeiter (FH) gehört seit 2011 der Landtagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen an. Bei den Grünen engagiert er sich seit 1979, sitzt seit 1994 im Gemeinderat von Ravensburg und seit 1999 im Kreistag des Landkreises Ravensburg. Zwischen 1998 und 2000 war er Mitglied im Grünen-Landesvorstand Baden-Württemberg. Bevor er sich voll und ganz auf die Politik konzentrierte, arbeitete er viele Jahre in der psychiatrischen Versorgung in der Region Bodensee-Oberschwaben.



**+++ HILDGUND BERNEBURG**, 65, steht weiterhin als Vorsitzende an der Spitze der Vereinigung psychotherapeutisch tätiger Kassenärzte (VPK). Die promovierte Fachärztin für Anästhesie sowie für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie bekleidet dieses Amt seit 2011. Bevor sie sich 1994 mit einer eigenen Praxis niederließ, arbeitete sie als angestellte Ärztin zunächst in der Stiftsklinik Augustinum im bayerischen Bad Windsheim, dann in der Uniklinik Würzburg und zuletzt im Städtischen Krankenhaus Ludwigshafen. Stellvertretende VPK-Vorsitzende sind Dr. Harald Tegtmeyer-Metzdorf, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie und Zusatzbezeichnung Psychotherapie, sowie Dr. Andreas Schreiter, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – Akupunktur.



**+++ UTE REPSCHLÄGER**, 55, ist für weitere vier Jahre zur Vorstandsvorsitzenden des Bundesverbandes selbstständiger Physiotherapeuten – IFK gewählt worden. Die Physiotherapeutin aus Witten führt den Verband seit 2002. Dem IFK-Vorstand gehört sie seit 1989 an. Zugleich sitzt sie als stellvertretende Vorsitzende im Vorstand des Spitzenverbandes der Heilmittelverbände. Als stellvertretender IFK-Vorsitzender bestätigt wurde Rick de Vries aus dem nordrhein-westfälischen Hamminkeln. Neu auf die zweite Vizeposition ist Mark Rietz aus Saarbrücken gekommen.



**+++ HANS-FRIEDRICH SPIES**, 72, führt als neuer Präsident den Berufsverband Deutscher Internisten (BDI). Der promovierte Internist und Kardiologe folgt in diesem Amt auf Dr. Wolfgang Wesiak. Dr. Spies war bisher einer der beiden Vizepräsidenten des Verbandes. Im BDI-Vorstand sitzt er seit 2004. Neue BDI-Vizepräsidenten sind Professor Hans Martin Hoffmeister, Chefarzt der Klinik für Kardiologie und Allgemeine Innere Medizin des Städtischen Klinikums Solingen, sowie Dr. Ivo Grebe, niedergelassener hausärztlicher Internist.

**+++ MEINRAD LUGAN**, 52, leitet für weitere zwei Jahre den Bundesverband Medizintechnologie (BVMed) als Vorstandsvorsitzender. Der promovierte Chemiker und Vorstandsmitglied der B. Braun Melsungen AG bekleidet dieses Amt seit dem Jahr 2007. Mitglied im BVMed-Vorstand ist er seit 2006. Dr. Lugan zur Seite stehen als stellvertretende Vorstandsvorsitzende Christiane Döring von der GHD Gesundheits GmbH Deutschland und Steven Anderson von der Paul Hartmann AG. Der Medizintechnologie-Verband vertritt die wirtschaftlichen Interessen von mehr als 230 Industrie- und Handelsunternehmen.





## STUDIE

**Familienalltag mit Krankheitslast**

Pflegewissenschaftler der Universität Witten/Herdecke untersuchen derzeit, wie Familien ihren Alltag mit schwer oder chronisch erkrankten Angehörigen regeln. Weder für Nordrhein-Westfalen noch für ganz Deutschland sei bislang bekannt, „wie viele Familien von Krankheit betroffen sind und ebenso wenig, welche Unterstützung sie benötigen“, sagte Pflegewissenschaftlerin Sabine Metzger. Bei Krebs, Multipler Sklerose, Rheuma oder Depression würden oft die Kinder das Einkufen, Putzen und Kochen und manchmal auch Teile der Pflege übernehmen. Aus Österreich sei bekannt, dass in der Gruppe der fünf- bis 18-Jährigen 3,5 Prozent bei Krankheit zu Hause mithelfen müssten. Würde man diese Zahl auf Deutschland übertragen, wäre hierzulande von rund 270.000 Minderjähri-



Alle müssen ran: In Familien mit chronisch kranken Angehörigen helfen oft auch Kinder im Haushalt mit.

gen auszugehen, die regelmäßig zu Hause eingespannt seien, rechnete Metzger vor. ■

## PRÄVENTION

**Recht auf gesundes Aufwachsen**

Brandenburgs Gesundheitsministerin Diana Golze hat dazu aufgerufen, das neue Präventionsgesetz zu nutzen, um die Gesundheitsförderung

in Familie, Kita, Schule und in der Ausbildung weiter auszubauen. „Dabei muss es uns noch besser gelingen, sozial bedingte Ungleichheiten der Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen abzubauen“, sagte die Linken-Politikerin anlässlich der Kindergesundheitskonferenz in Brandenburg. Jedes Kind habe unabhängig vom Einkommen der Eltern das Recht, gesund aufzuwachsen.

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention werden seit Jahresbeginn Leistungen der Krankenkassen zur Vorbeugung gegen Krankheiten, Gesundheitsförderung und Früherkennung erweitert. So sollen Ärzte Eltern zum Impfschutz beraten, bevor deren Kind in die Kita kommt. ■

## BESTECHUNG

**Grünes Licht für Korruptionsgesetz**

Bestechung und Bestechlichkeit in den Heilberufen sind künftig strafbar. Der Bundestag stimmte dem von der Bundesregierung vorgelegten Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen zu. Bestraft werden laut Gesetz Vorteilsgewährung und Vorteilsnahme für die unlautere Bevorzugung eines Anbieters im Wettbewerb. ■

## STELLUNGNAHME:

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

**SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH****„Gesundes Arbeiten in der Krankenhauspflege ermöglichen“**

Wenn der Rücken schmerzt und die Seele leidet: Die AOK Sachsen-Anhalt steht Pflegeprofis mit betrieblicher Gesundheitsförderung zur Seite. Dazu Fragen an die Verwaltungsratsvorsitzende der Kasse, **Traudel Gemmer**.



**G+G:** Frau Gemmer, zusammen mit dem Klinikum Magdeburg hat die Gesundheitskasse ein Programm zur betrieblichen Gesundheitsförderung speziell für Pflegekräfte erarbeitet. Warum?

**GEMMER:** Pflegekräfte sind eine gesundheitlich stark beanspruchte Berufsgruppe. Täglich sind sie großen körperlichen und psychischen Belastungen ausgesetzt. Der größte Anteil ihrer krankheitsbedingten Fehlzeiten geht auf Muskel-Skelett-Erkrankungen zurück. Zuletzt haben aber auch psychische Erkrankungen deutlich zugenommen. Dem wollen wir unbedingt entgegenwirken.

**G+G:** Welche konkreten Schritte sieht das Projekt vor?

**GEMMER:** Am Anfang stand eine schriftliche Befragung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die zeigte, dass vor allem etwas für die Rückengesundheit und die psychische Gesundheit des Pflegeperso-

nals getan werden muss. Gemeinsam mit den Pflegekräften erarbeiteten die Experten Verbesserungsansätze. Ziel ist es nun, ein rückenfreundliches Arbeitsumfeld zu gestalten. Außerdem wurden nach den Ursachen für stressige Situationen geforscht, um diese zu bekämpfen.

**G+G:** Welche Effekte erhoffen Sie sich?

**GEMMER:** Mit konkreten Maßnahmen sollen die Belastungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verringert, Krankheiten vorgebeugt und gesunde Arbeitsweisen in der Krankenhauspflege gefördert und ermöglicht werden. Verändertes Verhalten und andere Organisationsabläufe können hier präventiv wirken. Yoga und progressive Muskelentspannung beispielsweise, aber auch Schulungen zum rückenfreundlichen Arbeiten oder gezieltes Rückentraining, sind sehr konkrete Angebote, die im Alltag der Pflegeprofis helfen.

## Zum Wohl des Kranken

Der Patient als oberster Maßstab: Der Ethikrat fordert ein Umdenken bei der Bewertung von Leistungen im Krankenhaus. Revolutionär ist das nicht. Beherzigenswert sind die Vorschläge trotzdem, findet **Adelheid Müller-Lissner**.



**DASS ETWAS KRANK IST** an unseren Kliniken, pfeifen die Spatzen von den Dächern. Über „blutige Entlassungen“, Fehlanreize für den Einsatz unnötiger apparativer Diagnostik und für die Ausweitung von operativen Eingriffen mit zweifelhafter Indikation, die bis zur Zahlung moralisch fragwürdiger „Boni“ an Chefärzte gehen, ist auch in den Publikumsmedien inzwischen viel zu lesen und zu hören.

Auf kaum einem anderen Feld versuchte der Gesetzgeber in den vergangenen Jahrzehnten daher so ausdauernd wie letztlich hilflos, durch Reformen Auswüchsen Einhalt zu gebieten. Manche meinen, dass durch die Einführung des DRG-Systems letztlich das Gegenteil erreicht wurde. Als originell kann man es also nicht gerade bezeichnen, wenn nun auch der Deutsche Ethikrat ein 150 Seiten starkes Werk mit dem Titel „Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus“ vorlegt.

Trotzdem ist die Stellungnahme wichtig. Erstens, weil schon ihre schiere Existenz beweist, dass auch das von Bundesregierung und Parlament berufene höchste Bioethik-Gremium sich Sorgen macht. Zweitens und vor allem aber, weil die Stellungnahme konkrete Vorschläge enthält, wie sich das Fallpauschalen-System zum Wohl der Kranken verbessern lässt. Die Quelle des pauschalen Entgelts soll zum Beispiel nur dann sprudeln, wenn im konkreten Fall nachweislich mit dem Patienten und seinen Angehörigen ausführlich geredet wurde, Bedenkzeit eingeschlossen.

Eine neue Prozedur namens „Beobachtung“ soll ins System kommen, damit es Geld nicht nur für apparative Leistungen gibt. Der Ethikrat fordert außerdem „Paketlösungen“ zur Bündelung von Diagnosen, damit multimorbide Patienten nicht aus abrechnungstechnischen Gründen mehrfach in einer Klinik aufgenommen werden. Für bestimmte Situationen sollten individuelle Entgeltsätze vereinbart werden – damit es sich auch rechnet, die Leiden von Demenzkranken angemessen zu behandeln.

Blauäugig wirkt das Papier nicht. Schon weil es fordert, dass alle Berufsgruppen im Krankenhaus „ressourcen-reflexiv“ planen und handeln sollen. Dass umgekehrt dort nur Menschen die Geschäfte führen sollten, die über „grundständige Kenntnisse in Medizin und Pflege“ verfügen, klingt wie eine ziemlich gute Idee. ■

**Dr. Adelheid Müller-Lissner** arbeitet als freie Wissenschaftsjournalistin in Berlin.

### FAMILIENPLANUNG

## Späte Mütter haben kluge Kinder

Eine Studie des Max-Planck-Instituts für demografische Forschung in Rostock und der London School of Economics hat einen überraschenden Aspekt später Schwangerschaften aufgedeckt. Demnach sind Kinder gesünder und größer, je später sie zur Welt kommen. Und sie sind auch besser ausgebildet. Die Forscher begründen ihre These damit, dass sich Gesundheit und Bildungschancen der Menschen in den Industrieländern von Jahr zu Jahr verbessert hätten. Bekomme eine Frau ihr Baby zum Beispiel zehn Jahre später, sei dieser Aufschub des Mutterwerdens von einem Jahrzehnt begleitet, in dem sich die gesundheitlichen und sozialen Bedingungen des Erwachsenwerdens verändert hätten, schreiben die Autoren um Mikko Myrskylä und Kieron Barclay im Fachjournal „Population and Development Review.“ ■

### QUALITÄT

## Kaum Vertrauen in Pflegeboten

Viele Bundesbürger haben offenbar Zweifel daran, ob alle Menschen in Pflegeeinrichtungen gut versorgt sind. Dies legt eine Umfrage des Zentrums für Qualität in der Pflege nahe. Demnach glauben gut zwei Drittel der Befragten (70 Prozent), dass die Pflegequalität von Einrichtung zu Einrichtung stark variiert. Von denjenigen, die vermuten, dass häufig erhebliche Mängel in der Qualität professioneller Pflegeangebote vorkommen, macht eine große Mehrheit (71 Prozent) fehlendes Personal und dar-

aus resultierende Überlastung als Hauptursachen für Missstände verantwortlich. Nur wenige Befragte geben an, sich bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung auf offizielle Bewertungen stützen zu wollen – das heißt auch nicht auf die sogenannten Pflegenoten. Diese wurden eingeführt, um Verbrauchern bei der Beurteilung von Heimen und Pflegediensten zu helfen. Doch von denjenigen, die Pflegenoten kennen, meint weniger als ein Viertel (22 Prozent), dass diese verlässliche Infos über die Pflegequalität bieten. Jeder Zweite aus der Gruppe hält notenbasierte Bewertungen in der Pflege generell für ungeeignet. ■

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

### ÄRZTE OHNE GRENZEN

## Afrika bei Aids nicht links liegen lassen

Die internationale Hilfsorganisation „Ärzte ohne Grenzen“ hat davor gewarnt, im weltweiten Kampf gegen HIV und Aids die Länder in West- und Zentralafrika zu vernachlässigen. Drei Viertel der Menschen mit HIV-Infektion hätten dort keinen Zugang zu antiretroviralen Medikamenten, bei Kindern mit HIV seien dies sogar 90 Prozent. Mehr als ein Viertel der Menschen, die 2014 an den Folgen von HIV und Aids verstorben seien, stammte aus diesen Ländern. Und knapp die Hälfte aller Kinder, die weltweit mit HIV geboren werden, kommen in West- und Zentralafrika auf die Welt. „HIV und Aids sind in West- und Zentralafrika noch lange nicht unter Kontrolle“, sagte Eric Goemaere, Experte für HIV und Tuberkulose bei „Ärzte ohne Grenzen“. ■

# Wissen schützt vor Krankheit

Jeder zweite Bundesbürger fühlt sich von der Informationsflut im Gesundheitswesen überfordert. Ein Nationaler Aktionsplan soll Abhilfe schaffen. Die Botschaft: Wer mehr weiß, lebt gesünder. **Von Thomas Hommel**

**Menschen, die gängige Suchportale** im Internet mit dem schönen Begriff „Gesundheit“ füttern, bekommen dazu binnen weniger Sekunden so um die 177 Millionen Ergebnisse angezeigt. Und nahezu täglich kommen Dutzende neue Treffer hinzu.

Viele der Seiten listen Krankheiten von A wie Alzheimer bis Z wie Zöliakie auf, erörtern Heilmittel gegen Bauchschmerzen oder Pickel, stellen Ratgeber und Dossiers zu Migräneattacken und Haarausfall bereit. Fast könnte der Leser zu dem Schluss kommen, Krankheit sei der eigentliche Zustand menschlicher Gesundheit.

**Wie der Ochs vorm Berg.** Das weitaus größere Problem aber ist: Viele verstehen das, was sie im Web oder anderswo über Gesundheit lesen, nicht oder nur sehr bedingt, wie eine aktuelle Studie der Universität Bielefeld unterstreicht. Rund die Hälfte aller Deutschen fühlt sich demnach von der steigenden Informationsflut überfordert. Viele stehen dem Thema Gesundheit offensichtlich gegenüber wie der sprichwörtliche Ochs dem besagten Berg.

Für die erste repräsentative deutsche Untersuchung zum Thema Gesundheitskompetenz – verstanden als Motivation und Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und für sich zu nutzen – ließen die Bielefelder Wissenschaftler vom Forschungsinstitut Ipsos 2.000 Menschen im Alter über 15 Jahren befragen. Rund 44 Prozent der Befragten weisen eine eingeschränkte, weitere zehn Prozent eine unzureichende oder problematische Gesundheitskompetenz auf. Zu einem ähnlichen Ergebnis war unlängst eine Studie des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDo) gekommen. Fazit auch dort: Die Gesundheitskompe-

tenz bei sechs von zehn Bundesbürgern ist problematisch bis unzureichend.

Das gilt besonders für sogenannte vulnerable Gruppen der Gesellschaft, das heißt für Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit geringem Bildungsgrad oder hohem Lebensalter. Bei ihnen ist die Gesundheitskompetenz in der Regel eher schwach ausgeprägt. Beim Besuch im virtuellen Behandlungszimmer von Netdoktor & Co. – so sie ihn denn aufsuchen – überwiegt bei diesen Menschen zumeist eine große Unsicherheit, wie das, was dort geschrieben steht oder empfohlen wird, überhaupt einzuordnen ist.

**Andere Länder sind weiter.** Auffällig ist auch das schlechte Abschneiden Deutschlands im Vergleich zu anderen europäischen Staaten. Denn in den Niederlanden, Dänemark, Irland oder Polen ergibt die gleiche Abfrage zum Umgang mit Gesundheitsinformationen deutlich höhere Kompetenzwerte. So kommt es zu dem Paradoxon, dass Deutschland zwar über ein sehr leistungsfähiges und international geschätztes Gesundheitssystem verfügt, sich die Mehrheit der Bevölkerung darin aber nur sehr unsicher bewegt, da viele Informationen und Angebote nicht verstanden und infolgedessen auch nicht effektiv genutzt werden.



Für und Wider

## Entscheidungshilfen

Damit Patienten bei ihrer Behandlung mitreden können, benötigen sie gut verständliche und seriöse Informationen. Das gilt besonders dann, wenn es mehrere, im Prinzip gleichwertige Therapiemöglichkeiten gibt oder sensible Themen wie etwa die Organspende betroffen sind. Daher hat die AOK gemeinsam mit Experten der jeweiligen Fachgebiete Entscheidungshilfen entwickelt. Sie stellen verschiedene Behandlungsalternativen mit ihren Vor- und Nachteilen dar. Der Patient kann so für sich das Für und Wider abwägen.

[www.aok.de](http://www.aok.de) > Suchwort Entscheidungshilfen

Unser Ziel ist es, mehr Verständigungsschneisen durch den Gesundheits-Dschungel zu schlagen.



*Hermann Gröhe,  
Bundesgesundheitsminister*

## Binnen einer Dekade mehr Knowhow.

Die Universität Bielefeld, der AOK-Bundesverband und die Berliner Hertie School of Governance wollen dieser Unsicherheit nun mit einem Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz entgegenwirken. Ziel ist es, das Thema der Gesundheitskompetenz in Deutschland gezielt und strukturiert voranzubringen. Deshalb sollen Experten verschiedener Bereiche in den nächsten Monaten bis zu zehn Handlungsziele festlegen sowie entsprechende Aufgaben und Strategien



## Suche per Mausclick

### Arztnavi & Co.

Patienten wünschen sich eine verlässliche Orientierungshilfe bei der Suche nach einem Arzt oder einem Zahnarzt. Die AOK hat daher gemeinsam mit der Weissen Liste, einem Projekt der Bertelsmann Stiftung und der Dachverbände der größten Patienten- und Verbraucherorganisationen, eine Online-Arztsuche entwickelt – ein Portal, das auch fair für die darin dargestellten Ärzte ist. Ähnliche Orientierungshilfen bietet die Gesundheitskasse für die Suche nach einem Krankenhaus, Pflegedienst oder Pflegeheim.

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

bürger nur schwer gelinge, müsse „alle Verantwortlichen im Gesundheitswesen aufrütteln.“ Vor allem Ärzte seien gefragt, Patienten verständlich zu erklären, woran sie leiden und welche Therapie infrage komme. Auch in der Medizin sei es nicht nötig, Dinge so komplex auszudrücken, „dass sie kein Mensch versteht“. Patienten hätten ein „Recht auf Verständlichkeit“, so Gröhe.

### Gesundheit ist auch Bildungsaufgabe.

Auch die Gesundheitswissenschaftlerin Professor Dr. Doris Schaeffer, die die Studie der Universität Bielefeld leitet, hält den Ist-Zustand der Gesundheitskompetenz in Deutschland für bedenklich. In den vergangenen Jahren sei zwar vieles angestoßen worden. „Aber unsere Studie zeigt, dass das längst nicht ausreicht. Wir müssen neu über die Art, Aufbereitung und Vermittlung von Informationen nachdenken.“ Notwendig sei ein abgestimmtes Maßnahmenkonzept – ein Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz, „der konkrete Handlungs-

en sei berechtigt. Denn hinter vielen Internetseiten zu Gesundheitsthemen steckten Pharmafirmen, und auch das Angebot von teils unsinnigen „individuellen Gesundheitsleistungen“ in Arztpraxen sei ein Problem für die Patienten, denn oftmals wüssten diese nicht, ob es sich um sinnvolle Angebote handele oder nicht. Die AOK werde das kürzlich entwickelte Format der Faktenboxen ausbauen. Das Informationsangebot vermittelte verfügbares medizinisches Wissen auf



## Orientierung für Laien

### Faktenboxen

Macht es Sinn, einen Organspendeausweis auszufüllen? Soll ich mein Kind impfen lassen? Schützen mich Nahrungsergänzungsmittel vor Krankheit? Ist bei Rückenschmerzen gleich zu röntgen? Jeder Mensch hat nahezu täglich Entscheidungen rund um die eigene Gesundheit zu treffen. Genau hier setzen die AOK-Faktenboxen an. Gemeinsam mit dem Max-Planck-Institut für Bildungsforschung in Berlin hat der AOK-Bundesverband komplexe Wissenschaft so aufbereitet, dass auch Nicht-Fachleute sie gut verstehen können.

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

Wir reden in Deutschland oft vom mündigen Patienten, doch das ist wohl noch eine Floskel.

*Professorin Dr. Doris Schaeffer,  
Gesundheitswissenschaftlerin an der  
Universität Bielefeld*

Es ist ein dickes Brett, das wir da zu bohren haben. Aber es lohnt sich.

*Martin Litsch,  
Vorstandsvorsitzender des  
AOK-Bundesverbandes*

beschreiben, die es für mehr Gesundheitswissen braucht. Innerhalb einer Dekade soll Deutschland in Sachen Gesundheitskompetenz den Anschluss an andere Länder in Europa gefunden haben.

Schirmherr des Projektes ist Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe. Die „Wissensexplosion“ im Gesundheitswesen, so Gröhe auf der Pressekonferenz zum Start des Aktionsplans, fordere den Menschen die Fähigkeit ab, mit den Informationen auch umgehen zu können. Dass dies mehr als der Hälfte der Bundes-

impulse setzt und nicht nur das Gesundheitswesen, sondern auch den Bildungssektor und die Forschung erreicht“.

### Kompass im Meer der Informationen.

Mit von der Partie beim Aktionsplan ist auch der AOK-Bundesverband. Dessen Vorstandsvorsitzender Martin Litsch stellt fest: „Mit den Online-Optionen wächst auch die Unübersichtlichkeit. Viele Menschen sind einfach unsicher, ob sie dem trauen können, was sie sich im Internet ergoogeln.“ Und dieses Misstrau-

verständliche, kompakte Weise und Stärke durch seine „Kompassfunktion die Orientierung im Meer der Informationen“, so Litsch. Noch dieses Jahr wolle die Gesundheitskasse weitere Faktenboxen etwa zu Nahrungsergänzungsmitteln und Bluthochdruck veröffentlichen. Ganz neu im Angebot sei eine App der AOK, mit der der Nutzer seine eigene Gesundheitskompetenz testen könne. ■

*Zum Thema „Gesundheitskompetenz“ siehe auch den Beitrag ab Seite 22.*

# Primus in der Prävention

Eine Klasse für sich: Im Vergleich zu allen gesetzlichen Krankenkassen investiert die AOK am stärksten in die Gesundheit ihrer Versicherten. Das belegt der aktuelle Präventionsbericht der Gesundheitskasse. **Von Silke Heller-Jung**

**Das Präventionsgesetz hat** die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) dazu verpflichtet, sich stärker in der Prävention und Gesundheitsförderung zu engagieren. Für die Gesundheitskasse wäre dieser Anreiz durch das Gesetz nicht notwendig gewesen. Denn schon seit vielen Jahren ist sie überdurchschnittlich aktiv in der Prävention und Gesundheitsförderung und hat dieses Engagement auch im Jahr 2014 weiter ausgebaut. Das geht aus dem neuen Präventionsbericht hervor, den das Forschungsinstitut TNS Infratest im Auftrag des AOK-Bundesverbandes erstellt hat. Darin sind die Leistungen der Gesundheitskasse im Vergleich zu den anderen Kassenarten dargestellt.

**Neue Rekordmarke.** Danach steckte die AOK im Jahr 2014 fünf Euro pro Versicherten in Präventionsangebote, während die übrigen Krankenkassen nur 3,72 Euro je Versicherten und damit im Schnitt 25 Prozent weniger für die Prävention ausgaben. Bei der Zahl der mit den Präventionsangeboten direkt erreichten

Menschen übersprang die AOK 2014 erstmals die Drei-Millionen-Marke. Damit profitierten weit mehr als die Hälfte der insgesamt 5,1 Millionen Menschen, die GKV-weit an Präventionsmaßnahmen teilnahmen, von einem AOK-Angebot.

**Engagiert für den Nachwuchs.** Nach dem Willen des Gesetzgebers soll die Gesundheitsförderung in nicht-betrieblichen Settings (Lebenswelten), wie beispielsweise Kindertagesstätten und Schulen, künftig eine zentrale Rolle spielen. Gerade das gesunde Aufwachsen der Jüngsten steht für die AOK bereits seit Jahren ganz oben auf der Agenda: Neun von zehn Kindergarten- und Grundschulkindern, die 2014 direkt erreicht wurden, nahmen an einem AOK-Angebot teil.

Mit ihren Angeboten erreichte die AOK im Berichtsjahr rund zwei Millionen Menschen direkt in ihren Lebenswelten, allen anderen Krankenkassen zusammen gelang das im gleichen Zeitraum bei knapp 291.000 Personen. Ihren Einsatz für gesundheitliche Chancen-

gleichheit ließ sich die AOK etwas kosten: Mit 97 Cent pro Versicherten investierte die Gesundheitskasse für Angebote nach dem Setting-Ansatz rund fünf Mal mehr als die übrigen Kassen (18 Cent pro Versicherten).

**Fit im Betrieb.** Als weiteren Schwerpunkt sieht das Präventionsgesetz die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) vor. Beim Auf- und Ausbau gesundheitsförderlicher Strukturen in Betrieben ist die AOK seit Jahren Vorreiter. 2014 begleitete sie in acht von elf Branchen jeweils mehr als die Hälfte aller BGF-Projekte und investierte hier pro Versicherten 1,02 Euro. Damit lag die AOK weit über dem Durchschnittswert der übrigen Krankenkassen – und das, obwohl diese ihr Engagement deutlich ausgebaut haben. Sie gaben 2014 im Schnitt 0,93 Euro je Versicherten für die BGF aus, im Jahr zuvor waren es 27 Cent weniger.

**Qualität großgeschrieben.** Die AOK investiert aber nicht nur überdurchschnittlich viel in die Gesundheit ihrer Versicherten. Sie legt auch großen Wert auf Qualität und Wirksamkeit ihrer Angebote: Im Jahr 2014 sind deshalb rund zwei Drittel aller AOK-Projekte in nicht-betrieblichen Settings sowie rund 82 Prozent der BGF-Angebote evaluiert worden. Bei den übrigen Krankenkassen war das nur bei 50,9 Prozent (Setting-Ansatz) beziehungsweise 62,3 Prozent (BGF) der Projekte der Fall. ■

**Dr. Silke Heller-Jung** hat in Köln ein Redaktionsbüro für Gesundheitsthemen.  
**Kontakt: [redaktion@heller-jung.de](mailto:redaktion@heller-jung.de)**

**MEHR INFOS: AOK-Präventionsbericht.**  
**Download unter [www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) >**  
**Hintergrund > Dossiers > Prävention**

## Mit Volldampf auf Gesundheitskurs

	AOK	GKV ohne AOK	GKV gesamt	Anteil AOK an GKV gesamt
Anzahl der Settings	19.628	3.302	22.930	85,6 %
Anzahl der Betriebe	4.801	6.572	11.373	42,2 %
Anzahl direkt erreichter Personen	3.061.687	2.025.459	5.087.146	60,2 %
Ausgaben je Versicherten	5,00 €	3,72 €	4,16 €	-
Ausgaben je direkt erreichter Person	39,77 €	84,32 €	57,51 €	-
<b>Ausgaben für Prävention gesamt 2014</b>	<b>121.765.471 €</b>	<b>170.778.034 €</b>	<b>292.543.505 €</b>	<b>41,6 %</b>

Jüngste Zahlen zeigen: Die AOK engagiert sich überdurchschnittlich für Prävention und Gesundheitsförderung. Allein über 85 Prozent aller Programme der GKV in nicht-betrieblichen Settings, wie Schulen, Kindergärten und Stadtteilen, gingen im Jahr 2014 auf das Konto der Gesundheitskasse. In Präventionsangeboten investierte die AOK fünf Euro pro Versicherten und lag damit rund 25 Prozent über dem GKV-Durchschnitt. Mit ihren Kursen und Beratungen erreichte die AOK über drei Millionen Menschen und damit 60 Prozent der Menschen, die GKV-weit solche Angebote wahrnahmen. *Quelle: AOK-Präventionsbericht*

# Senioren zeigen die Zähne

Gut kauen, deutlich sprechen und herzlich lachen – das wollen Menschen auch im höheren Lebensalter. Doch bei Pflegebedürftigkeit geht es mit der Mundgesundheit oft bergab. Experten fordern deshalb, Pflegenden besser zu schulen. **Von Änne Töpfer**

**Schwarze Stümpfe**, entzündetes Zahnfleisch, Zahnstein unter der Prothese: Die Fotos in den Vorträgen der Tagung „Alterszahnmedizin und ambulante Altenpflege“ waren nichts für schwache Nerven. Um eine derart desolante Mundgesundheit bei pflegebedürftigen Senioren zu verhindern, hatten Zahnärztekammer und AOK Niedersachsen sowie die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen zum zweiten Mal Zahnärzte und Pflegekräfte zur Fortbildung nach Hannover eingeladen. „Die Alterszahnmedizin hat erst in den vergangenen paar Jahren an Bedeutung gewonnen“, stellte Bernhard Kunst, Geschäftsbereichsleiter zahnärztliche Versorgung bei der AOK Niedersachsen, fest. Seit 2014 verbessert die Möglichkeit von Kooperationsverträgen zwischen Zahnärzten und Heimen – bisher sind bundesweit rund 2.000 abgeschlossen worden – die zahnmedizinische Versorgung von Pflegebedürftigen. Insbesondere in der ambulanten Pflege bestehe jedoch weiter Handlungsbedarf, unterstrich Kunst.

**Anspruch auf Prophylaxe.** Die Mundgesundheit hat Einfluss auf die allgemeine Gesundheit und die soziale Einbindung, erinnerte Professorin Dr. Ina Nitschke, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin. Senioren wünschten sich, gut auszusehen, sicher kauen und gut sprechen zu können. Sauberkeit von Zähnen, Zunge und Prothese seien Voraussetzung für gutes Kauen und wirkten Mangelernährung entgegen. Doch mit Eintritt der Pflegebedürftigkeit geht es mit Zähnen und Zahnfleisch meist bergab. Dabei könnten „fast die Hälfte der ambulant gepflegten Menschen ganz normal zahnmedizinisch betreut werden“, so Nitschke.

Die Voraussetzung für eine präventionsorientierte Zahnmedizin für Pflegebedürftige hat der Gesetzgeber Mitte 2015 mit Paragraf 22a Sozialgesetzbuch V geschaffen. Danach haben Menschen mit Pflegestufe oder Demenz Anspruch auf Individualprophylaxe. Zu den Leistungen gehören die Erhebung eines Mundgesundheitsstatus, die Aufklärung über die Bedeutung der Mundhygiene und über Maßnahmen zu deren Erhaltung, die Erstellung eines Planes zur individuellen Mund- und Prothesenpflege sowie die

gruppe Zahnärztliche Behindertenhilfe in Niedersachsen mahnte Schulungskonzepte für Pflegekräfte an. Noch seien Vorurteile wie „bringt nichts, kostet zu viel Zeit und ist eklig“ unter Pflegekräften weit verbreitet. Zahnärzte sollten Pflegenden über Hilfsmittel wie Dreikopf- und Absaugzahnbürsten informieren. Sein Fazit: „Stationär ist vieles in die Wege geleitet worden. Ambulant bestehen aber noch große Lücken.“ Und er fragte: „Wie erreichen wir die große Mehrheit der pflegenden Angehörigen?“



Die Bürste bleibt liegen: In der Pflege kommen die Zähne häufig zu kurz.

Entfernung harter Zahnbeläge. Zahnmedizinerin Nitschke kann sich vorstellen, „dass Zahnärzte mit den ambulanten Pflegekräften zu den Patienten fahren, um die zahnärztliche Eingangsuntersuchung zu organisieren“. Solche gemeinsamen Besuche hätten den Vorteil, dass Pflegekräfte das Herausnehmen des Zahnersatzes – oft komplizierte Konstruktionen, befestigt an verbliebenen Zähnen oder Implantaten – unter Anleitung des Zahnarztes üben könnten.

Bisher werde der Mundgesundheit in der Pflege ein zu geringer Stellenwert eingeräumt, sagte Zahnarzt Dr. Wilhelm Bomfleuer. Der Vorsitzende der Arbeits-

**Angehörige aufklären.** Darauf hatte Heiko Rode, Geschäftsbereichsleiter Pflegeservice/HKP bei der AOK Niedersachsen, eine Antwort: über Pflegekurse und Hausbesuche, die Pflegefachkräfte im Auftrag der Gesundheitskasse anbieten. Im Jahr 2015 haben AOK-Pflegefachkräfte 21.500 Hausbesuche gemacht und 225 Pflegekurse geleitet. Ein Baustein der Kurse sei die Körperpflege – inklusive der Mund- und Prothesenpflege, erläuterte Rode. „Das ist eine niedrigschwellige Möglichkeit, Menschen zu helfen.“ ■

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

**Praxis und Team > Alterszahnmedizin**

# Arzneipreise bleiben Streitthema

Politik und Arzneimittelhersteller haben ihren Pharmadialog beendet. Bis zur Sommerpause sollen die Ergebnisse in ein Gesetz münden. Was das für die Preise von Medikamenten bedeutet, diskutierten Experten auf Einladung des AOK-Bundesverbandes. **Von Ralf Breitgoff**

**Weit mehr als ein Jahr lang** haben sich Bundesregierung und Arzneimittelindustrie über Mittel und Wege zur Sicherung des Pharma-Standortes Deutschland ausgetauscht. Die Ergebnisse dieser Treffen analysierten Gesundheitsexperten auf der Veranstaltung „AOK im Dialog“. Schnell kam die Podiumsrunde in Berlin auf einen der umstrittenen Punkte des Ergebnisberichts zu sprechen: den Vorschlag einer Umsatzschwelle zur rückwirkenden Regulierung hochpreisiger Arzneimittel. Birgit Fischer, Hauptgeschäftsführerin des Verbandes forschender Arzneimittelhersteller (vfa), bezeichnete eine zu niedrige Umsatzschwelle als „Strafzoll für Innovationen“. Für Martin Litsch hingegen ist eine Umsatzschwelle nur sinnvoll, wenn sie nicht allzu hoch angesetzt wird. Der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes verdeutlichte dies anhand eines Vergleichs: „Eine Umsatzschwelle für hochpreisige Arzneimittel oberhalb von 250 Millionen Euro ist ungefähr genauso, als ob Sie in der Tempo-30-Zone nur bei Autos ab 500 PS die Geschwindigkeitsüberschreitungen ahnden.“ Seit 2011 wären lediglich drei Medikamente betroffen, wenn es eine Umsatzschwelle von 250 Millionen Euro gegeben hätte.

**Ärzte kritisieren Umsatzschwelle.** Die Idee einer Umsatzschwelle für hochpreisige Arzneimittel war ein Ergebnis des Pharmadialogs, um die Kosten bei den Arzneimittelausgaben zu begrenzen. Demnach würde der zwischen Hersteller und gesetzlichen Krankenkassen ausgehandelte Erstattungsbetrag bereits vor Ablauf des ersten Jahres nach Zulassung gelten, wenn ein Präparat nach kurzer Zeit diesen Höchstumsatz übersteigt.

Deutliche Kritik an der Umsatzschwelle kommt von Professor Dr. Wolf-



Dieter Ludwig, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ). Ein solcher Schwellenwert sei für behandelnde Ärzte nicht verständlich und praktikabel, monierte der Onkologe und Chefarzt des Helios-Klinikums Berlin-Buch. Bei den Gesprächen hätten Wirtschafts-, Forschungs- und Gesundheitsminister seitens der Bundesregierung und der Arzneimittelhersteller auf den ärztlichen Sachverstand leider nicht zurückgegriffen. Nicht jeder Preis sei durch den Nutzen eines Medikaments gerechtfertigt und umgekehrt. „Es gibt Medikamente, die 5.000 oder 6.000 Euro kosten, aber nicht gebraucht werden“, erklärte Ludwig. Andere wiederum kosteten nur wenige hundert Euro mehr als ein anderes Arzneimittel, seien aber deutlich wirksamer.

**Schnellere Zulassung schafft Probleme.** CDU und CSU hätten das Thema auf dem Radar, sagte Michael Hennrich, Berichterstatter der Union im Gesundheitsausschuss des Bundestages für den Bereich Arzneimittelversorgung. Apo-

theken und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Es sei Anspruch der Union, die Pharmagesetzgebung konstruktiv zu begleiten und die unterschiedlichen Positionen zusammenzuführen. „Innovative Produkte haben zu Recht ihren Preis, aber nicht unbegrenzt“, so Hennrich, der bei den Arzneimittel-Rabattverträgen noch Spielraum sieht.

Professor Dr. Karl Lauterbach machte aus seiner Enttäuschung über die Ergebnisse des Pharmadialogs keinen Hehl: Er sucht vergeblich nach aus seiner Sicht fehlenden Impulsen für eine bessere Arzneimittelversorgung. Außerdem bedauerte der SPD-Fraktionsvize, dass wichtige Diskussionen auf europäischer Ebene während des Pharmadialogs kaum Berücksichtigung gefunden hätten. Die EU-Kommission plant schnellere Zulassungsverfahren für Arzneimittel. „Damit holen wir uns Probleme ins Land, die wir bisher nicht hatten“, warnte Lauterbach. Die dort diskutierten Instrumente seien mit dem Verfahren der Nutzenbewertung des Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetzes nicht vereinbar.

**Vertraulichkeit ist der falsche Weg.** Karl Lauterbach freute sich jedoch über mehr Transparenz und Einblick in die Bewertungsberichte des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen für die Ärzte. Das merkte auch Wolf-Dieter Ludwig positiv an. Es könne nicht sein, dass dieser Informations- und Wissensschatz weiter brachliege. Umso unverständlicher ist für Lauterbach der Plan, die zwischen Pharmaunternehmen und gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) verhandelten Erstattungspreise wieder vertraulich zu halten. Das sei der falsche Weg. Birgit Fischer hingegen hält die Rückkehr zu vertraulichen Preisen

für genau richtig. Die Veröffentlichung der verhandelten Preise löse Effekte aus, die niemand so gewollt habe. Hintergrund: Der deutsche Arzneimittelmarkt gilt für viele Länder als Referenz für die eigene Preisgestaltung bei Arzneimitteln. Das Dilemma der Arzneimittelhersteller: Sie werden in anderen Ländern, insbesondere in Europa, kaum höhere Preise erzielen können als die in Deutschland mit der GKV verhandelten. Der deutsche Markt habe jedoch, so die vfa-Hauptgeschäftsführerin, aufgrund seiner Größe andere Voraussetzungen.

Unionspolitiker Michael Hennrich stützte an dieser Stelle die Position der Pharmabranche. Die Referenzierung setze das System unter Druck. Die Rückkehr zur Vertraulichkeit sei eine pragmatische Lösung und schaffe die notwendige Flexibilität. Kein wirklich neues Argument, fand Hennrichs Koalitionskollege

Karl Lauterbach. Ärzte müssten die Preise kennen. „Ich bin im Großen und Ganzen mit den Ergebnissen der Preisverhandlungen zufrieden“, bekannte der SPD-Bundestagsabgeordnete.

## Ein Schwellenwert ist für behandelnde Ärzte nicht praktikabel.

**Keine Kühltürme für Grönland.** Wolf-Dieter Ludwig unterstrich die Verantwortung der Ärzte für eine wirtschaftliche Ordnungsweise. Im Bereich der Krebsmedizin explodierten die Preise. Insbesondere Pseudoinnovationen seien dafür verantwortlich. Contra von Birgit Fischer: Gerade weil der Arzt sich darauf

verlassen könne, dass der ausgehandelte Preis wirtschaftlich sei, müsse er den konkreten Preis nicht kennen. Gastgeber Martin Litsch machte daraufhin auf ein weit verbreitetes Missverständnis aufmerksam: Die Wirtschaftlichkeit eines Arzneimittels habe in den seltensten Fällen etwas mit dem Preis zu tun, sei immer auch abhängig von der therapeutischen Situation. Gerade deshalb seien Transparenz sowie indikationsbezogene und auch regionale Vereinbarungen richtig und wichtig, so Litsch. „Wenn Sie in Grönland wohnen und sich einen preiswerten Kühltürm gekauft haben, ist das noch lange nicht wirtschaftlich, wenn Sie eigentlich eine Heizung gebraucht hätten“, resümierte der AOK-Verbandschef. ■

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

## Welche Mittel die Kassen der Pharmaindustrie klingeln lassen

### Die zwölf umsatzstärksten Arzneimittel 2015

Wirkstoff	Arzneimittel	Einsatzgebiet	Nettoumsatz in Mio. Euro		Änderung in Prozent
			2014	2015	
Adalimumab	Humira	Autoimmunerkrankungen (z. B. Rheumatoide Arthritis)	803,8	858,7	6,8
Sofosbuvir und Ledipasvir	Harvoni	chronische Hepatitis C	34,0	725,3	2.033,2
Rivaroxaban	Xarelto	Antikoagulation (Thromboseprophylaxe, Schlaganfallprävention)	457,8	577,7	26,2
Etanercept	Enbrel	Autoimmunerkrankungen (z. B. Rheumatoide Arthritis)	477,5	494,0	3,4
Dimethylfumarat	Tecfidera	Autoimmunerkrankungen (Multiple Sklerose)	254,0	290,7	14,4
Ranibizumab	Lucentis	Makuladegeneration und Makulaödem	130,4	277,0	112,4
Enoxaparin	Clexane	Antikoagulation (Thromboseprophylaxe)	262,7	266,5	1,4
Insulin glargin	Lantus	Diabetes mellitus	245,3	254,1	3,6
Imatinib	Glivec	Krebstherapie	259,3	253,0	- 2,5
Sofosbuvir	Sovaldi	chronische Hepatitis C	423,6	252,3	- 40,4
Glatirameracetat	Copaxone	Autoimmunerkrankungen (Multiple Sklerose)	267,5	249,8	- 6,6
Tiotropiumbromid	Spiriva	chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	274,3	248,9	- 9,3
<b>Summe</b>			<b>3.890,5</b>	<b>4.747,9</b>	<b>22,0</b>
<i>Anteil am gesamten GKV-Arzneimittelmarkt</i>			<i>12,5 %</i>	<i>14,5 %</i>	

Mit Medikamenten lässt sich immer mehr Geld verdienen: So stieg der Erlös bei den zwölf umsatzstärksten Präparaten 2015 gegenüber dem Vorjahr um mehr als zwanzig Prozent (von 3,9 auf 4,7 Milliarden Euro).

Quelle: GKV-Arzneimittelindex im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO)

# Vereint gegen seltene Krankheiten

In der Europäischen Union leiden bis zu 36 Millionen Menschen an einer seltenen Erkrankung. Mit Referenz-Netzwerken will die Europäische Kommission Erforschung und Behandlung dieser Waisen der Medizin verbessern. **Von Thomas Rottschäfer**

**Allein in Deutschland** haben nach Zahlen des Bundesgesundheitsministeriums rund vier Millionen Menschen eine seltene Erkrankung, die bei nicht mehr als fünf von 10.000 Einwohnern auftritt und in der Praxis eines Allgemeinmediziners im Durchschnitt höchstens einmal im Jahr vorkommt. Rund 8.000 seltene Erkrankungen zählt der aktuelle Bericht der Europäischen Kommission zum Stand der Forschungsförderung auf. In der Europäischen Union (EU) sind insgesamt bis zu 36 Millionen Menschen betroffen. Um ihnen zu helfen, fördert ein EU-Programm den grenzüberschreitenden Aufbau „Europäischer Referenznetzwerke“ (ERN). Sie sollen „den Zugang zur Diagnose und die Bereitstellung einer hochwertigen Gesundheitsversorgung für alle Patienten verbessern, deren Gesundheitsprobleme eine verstärkte Konzentration von Ressourcen oder Fachwissen erfordern“.

Die Ausschreibung zum Aufbau der ERN läuft. Noch bis 21. Juli können sich deutsche Gesundheitsdienstleister – in erster Linie Krankenhäuser – um die Teilnahme bewerben. „Für ein Referenznetzwerk müssen sich mindestens zehn Krankenhäuser aus wenigstens acht EU-Mitgliedstaaten zusammenschließen“, erläutert Evert-Jan van Lente, Ständiger Vertreter der AOK in Brüssel. Die Teilnahme ist auf mindestens fünf Jahre angelegt. Für die Bewerbung brauchen deutsche Kliniken zudem die Zustimmung des Bundesgesundheitsministeri-



ums. Gute Chancen für die Aufnahme in das Programm hat zum Beispiel das Städtische Klinikum Dessau in Sachsen-Anhalt. Das Krankenhaus der Schwerpunktversorgung hat sich nach eigenen Angaben in den letzten zehn Jahren zum Zentrum für immunologisch bedingte (erworbene) seltene Erkrankungen entwickelt und arbeitet mit Einrichtungen in 18 europäischen Ländern und 42 Institutionen zusammen.

**Kleinere Staaten profitieren.** Der Aufbau der ERN geht auf die EU-Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte bei grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung (2011) zurück. Danach zählt es zu den Netzwerk-Zielen, EU-Ländern, in denen nur wenige betroffene Patienten leben oder denen es an technologischen oder fachlichen Grundlagen mangelt, dabei zu helfen, „eine umfassende Palette hochwertiger und hoch spezialisierter Dienstleistungen anzubieten“. Das Pro-

gramm werde deshalb vor allem Patienten aus kleineren Staaten zugute kommen, sagt van Lente. Sie können vom Wissen der Spezialkliniken in anderen Ländern profitieren – zum Beispiel durch gemeinsame Fallbesprechungen.

**Behandlungsumfang ist offen.** In einer Mitte 2015 von der EU-Kommission veröffentlichten Expertise zur Kooperation im Gesundheitswesen ist im ERN-Zusammenhang auch von grenzüberschreitender Patientenbehandlung die Rede. Doch Geld aus Brüssel gibt es nur für das Netzwerkmanagement, nicht jedoch für medizinische Leistungen. Offen ist deshalb, ob und in welchem Umfang Patienten in anderen Mitgliedstaaten behandelt werden können. „Aus Sicht der Krankenkassen in Deutschland muss klar geregelt werden, dass sich die Behandlung auf eine seltene Erkrankung beschränkt. Und es bedarf einer Garantie, dass die Kostenträger der Herkunftsländer entstehende Behandlungskosten übernehmen“, erläutert die Europaexpertin des AOK-Bundesverbandes, Elisabeth Reker-Barske.

Grundsätzlich begrüßt die AOK gemeinsam mit den Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung den Aufbau der Referenznetze. „Gerade in einer erweiterten Europäischen Union mit großen Unterschieden unter den Mitgliedstaaten in Größe oder Wirtschaftskraft und den daraus resultierenden unterschiedlichen Finanzierungsmöglichkeiten sozialer Sicherungssysteme ist die Gewährleistung einer weithin hoch spezialisierten medizinischen Versorgung ein wichtiges Anliegen“, heißt es in der entsprechenden gemeinsamen Stellungnahme. ■

## EU-Empfehlungen in nationalen Aktionsplan umgesetzt

Bereits 2009 hat der Europäische Rat Empfehlungen für ein gemeinsames Handeln im Bereich seltener Erkrankungen ausgesprochen. Deutschland hat diese Empfehlungen 2013 mit der Verabschiedung des „Nationalen Aktionsplanes für Menschen mit Seltene Erkrankungen“ (NAMSE) umgesetzt. **Mehr Infos:** [www.namse.de](http://www.namse.de)

**Thomas Rottschäfer** ist freier Journalist mit Schwerpunkt Gesundheitspolitik.

**Kontakt:** [info@satzverband.de](mailto:info@satzverband.de)

# „Fachsprache muss übersetzt werden“

Zwischen Patienten und Ärzten steht häufig das Mediziner-Latein, meint Ansgar Jonietz. Er empfiehlt, Kommunikation in Aus- und Fortbildung zu trainieren. Einstweilen übersetzt „Was hab' ich?“ Befunde, damit Patienten sie verstehen und die Therapietreue wächst.

**Herr Jonietz, warum verstehen Patienten ihre Ärzte häufig nicht?**

**Jonietz:** Leider kommt die Kommunikations-Ausbildung für Mediziner oft zu kurz. Denn wie jede Disziplin hat auch die Medizin ihre Fachsprache, die für die Verständigung zwischen Ärzten sehr wichtig ist. Patienten verstehen diese Fachsprache jedoch oft nicht. Hinzu kommt der Zeitmangel der Ärzte.

**Mitunter verstehen auch Ärzte ihre Patienten nicht. Woran liegt das?**

**Jonietz:** Studien zeigen, dass Ärzte dazu tendieren, Patienten nicht ausreden zu lassen, weil sie Angst davor haben, dass sie ihre ganze Lebensgeschichte erzählen. Wenn aber der Arzt den Patienten ausreden lässt, ist er nach einer oder anderthalb Minuten fertig und hat alles gesagt, was er auf der Seele hat. Dann kann der Arzt besser auf ihn eingehen, als wenn er ihn nach dem ersten Satz unterbricht.

**Was sind die Folgen des gegenseitigen Nichtverstehens?**

**Jonietz:** Patienten, die ihre Erkrankung oder die Therapiehinweise nicht verstehen, fällt es schwer, sich gesundheitsförderlich zu verhalten. Mit guten Gesundheitsinformationen steigen Gesundheitskompetenz und Therapietreue. Eine hohe Therapietreue führt dazu, dass Menschen länger und gesünder leben.

**Was erwarten Patientinnen und Patienten vom Arztgespräch?**

**Jonietz:** Viele Patienten wollen über die Therapie mitentscheiden. Dafür benötigen sie mehr und gute Gesundheitsinformationen. Allerdings kann die pure Mas-

se zum Problem werden: Mit wenigen Mausclicks bekommen Patienten mehr Informationen als ihr Arzt jemals sichten kann. Das stellt neue Anforderungen an die Kommunikation. Ärzte müssen lernen, mit mündigen Patienten umzugehen, die Fragen stellen und verstehen wollen, was mit ihnen geschieht. Patien-

einen Facharzt-Befund oder einen Entlassungsbrief aus der Klinik. Ein Team aus bis zu 200 Medizinstudierenden sowie im Beruf stehenden Ärztinnen und Ärzten übersetzt ehrenamtlich die Befunde in laienverständliche Sprache. Gleichzeitig bilden wir sie darin aus, laienverständlich zu kommunizieren.



Patienten bekommen mit wenigen Mausclicks mehr Informationen als ihr Arzt jemals sichten kann.

Ansgar Jonietz

ten müssen ihr Informationsbedürfnis kanalisieren. Wenn sie alles ausdrücken, was sie im Internet finden, können sie nicht erwarten, dass Ärzte das einordnen.

**Was verbessert die Verständlichkeit für Patienten?**

**Jonietz:** Patienten bekommen von Ärzten fast ausschließlich mündliche Informationen. Bis zu 80 Prozent dieser Informationen gehen aber verloren. Zum Nachlesen haben sie höchstens einen Arztbrief in Fachsprache. Diese Fachsprache muss patientengerecht übersetzt werden.

**„Was hab' ich?“ arbeitet als Vermittler. Wer gehört zu den Zielgruppen?**

**Jonietz:** Zur Zielgruppe gehören Patienten, die ein schriftliches Dokument haben, das sie nicht verstehen, beispielsweise

**Welche Rückmeldung geben Patienten?**

**Jonietz:** Patienten können über das Internet die Ausführlichkeit und Verständlichkeit einer Befund-Übersetzung bewerten. Die Rückmeldungen sind überwiegend positiv: Sie schreiben uns, dass sie zum ersten Mal ihre Erkrankung verstanden haben und jetzt beim Arzt die richtigen Fragen stellen können. ■

Das Interview führte Änne Töpfer.

## Zur Person und zum Projekt

Ansgar Jonietz, Geschäftsführer von „Was hab' ich?“, ist Informatiker und hat Gesundheitswissenschaften studiert. Die gemeinnützige Initiative hat seit ihrer Gründung vor fünf Jahren rund 27.000 Befunde in laienverständliche Sprache übersetzt – für Patienten kostenfrei. Der AOK-Bundesverband fördert „Was hab' ich?“ finanziell. Mehr Infos: [www.washabich.de](http://www.washabich.de)



# Rätselraten in Gesundheitsfragen

Wie lebe ich gesund? Wer hilft mir, wenn ich krank bin? Was kann ich für meine Genesung tun? Vielen Bürgern fallen Antworten auf diese Fragen schwer. Ganz besonders gilt das für sozial benachteiligte Gruppen – nicht nur ihnen fehlt Gesundheitskompetenz, wie eine neue Studie zeigt. Von **Doris Schaeffer** und **Gudrun Quenzel**

**T**äglich müssen Menschen Entscheidungen für ihre Gesundheit treffen. Um gesund zu bleiben, bei Krankheit den richtigen Ansprechpartner zu finden, sich aktiv an der Behandlung und Genesung zu beteiligen und sich für gesunde Lebens- und Umgebungsbedingungen engagieren zu können, ist Gesundheitskompetenz erforderlich. Das bedeutet, relevante Informationen finden, lesen, verstehen, beurteilen und anwenden zu können.

**Untersuchungen weisen auf große Defizite hin.** Manches ist hierzulande bereits geschehen, um die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu stärken, etwa durch den Ausbau der Gesundheits- und Patienteninformationen sowie der Beratungsangebote oder die Stärkung der Patientenrechte. Dennoch ist es um die Gesundheitskompetenz nicht gerade gut bestellt. Dies deuten internationale Studien schon seit Längerem an, so zum Beispiel der Europäische Health Literacy Survey HLS-EU

Consortium von 2012, an dem acht Länder teilgenommen hatten (Bulgarien, Griechenland, Irland, Niederlande, Österreich, Polen, Spanien und Deutschland, hier nur Nordrhein-Westfalen). Danach verfügen etwa 48 Prozent der Bevölkerung in diesen Ländern über eine als eingeschränkt einzustufende Gesundheitskompetenz – ein Wert, der Politik und Wissenschaft hierzulande auf den Plan rief. Zu Recht: Separat für Deutschland erhobene Befunde deuten inzwischen darauf hin, dass die hiesige Bevölkerung noch gravierendere Probleme hat. So liegt nach einer bundesweiten Befragung durch die Universität Bielefeld (HLS-GER) der Anteil der Einwohner mit ungenügender Gesundheitskompetenz sogar bei 54 Prozent (*Schaeffer et al., i.E.; siehe Kasten „Lese- und Webtipps“ auf Seite 27*). Eine besonders zu beachtende Gruppe stellen jene Menschen dar, deren Lese- und Schreibkompetenz gering ist und die den Sinn – auch einfacher – Texte nicht erfassen können. Diese als funktionale Analphabeten bezeichnete Gruppe ist in Deutschland keineswegs

klein, wie eine Studie der Universität Hamburg zeigt (*Grotlüschen 2011; siehe Lese- und Webtipps auf Seite 27*). Danach sind circa 14,5 Prozent der Bevölkerung (7,5 Millionen Menschen) im erwerbsfähigen Alter von 16 bis 24 Jahren funktionale Analphabeten.

Aber nicht nur diese Bevölkerungsgruppe weist eine besonders niedrige Gesundheitskompetenz auf, sondern auch (jüngere) Menschen aus bildungsfernen Milieus, ältere Menschen sowie Menschen mit Migrationshintergrund. Bisher gab es darüber keine genaueren Daten. Mehr Aufschluss gibt nun eine aktuelle Studie zur Gesundheitskompetenz sozial benachteiligter und älterer Bevölkerungsgruppen (HLS-NRW) der Universität Bielefeld, die das Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen gefördert hat. Sie ist als vertiefende Untersuchung des European Health Literacy Survey angelegt und konzentriert sich auf Nordrhein-Westfalen – das einzige Bundesland, das sich seinerzeit an der europäischen Gesundheitskompetenzstudie HLS-EU beteiligt hatte.

**Interviews in Muttersprache.** Die neue Studie nimmt Jugendliche mit geringer Schulbildung, Senioren und Menschen mit Migrationshintergrund in den Blick. Die Gesundheitskompetenz ist – wie in der europäischen Studie auch – als Fähigkeit operationalisiert, relevante Informationen zur Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung zu finden, zu verstehen,



Wer sich im  
Gesundheitswesen  
nicht auskennt,  
geht gleich in  
die Klinikambulanz.

zu bewerten und zu verwenden. Ergänzend sind Daten zu Gesundheitszustand und -verhalten, zur Nutzung von Ärzten und Kliniken, zur Lese- und Rechenkompetenz sowie zum sozioökonomischen Status erhoben worden. Zum Kreis der Befragten gehörten 500 Jugendliche zwischen 15 und 25 Jahren mit maximal einem Hauptschulabschluss sowie 500 Menschen im Alter von 65 bis 80 Jahren. Die Hälfte aller Befragten hat zugleich einen Migrationshintergrund. Befragte mit geringen Deutschkenntnissen konnten Interviews in ihrer Muttersprache führen.

**Lücken größer als gedacht.** Die Befragungsergebnisse zeigen, dass die Gesundheitskompetenz sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen deutlich unter dem Niveau der Allgemeinbevölkerung liegt. Sie weisen – mehr als bislang angenommen – Probleme auf, für ihre Gesundheit wichtige Informationen zu finden, zu verstehen und auf dieser Basis informierte Entscheidungen zu treffen (*siehe Grafik „Gesundheitskompetenz ist dürftig“ auf Seite 25*). Dabei zeigen sich prägnante Unterschiede zwischen den befragten Altersgruppen sowie zwischen den Befragten mit und ohne Migrationshintergrund. So liegt der Anteil bildungsferner Jugendlicher mit völlig unzureichender (inadäquater) Gesundheitskompetenz bei 12,8 Prozent. Bei den bildungsfernen Jugendlichen mit Migrationshintergrund ist der Wert sogar noch höher (24,9 Prozent). Bei den älteren Befragten zeigen sich noch gravierendere Unterschiede. Bei den Älteren ohne Migrationshintergrund haben 17,6 Prozent eine als inadäquat zu bezeichnende Gesundheitskompetenz, bei den älteren Menschen mit Migrationshintergrund sind es sogar mehr als ein Drittel (36,2 Prozent). Auch der Anteil mit einer problematischen Gesundheitskompetenz liegt in allen befragten Gruppen über dem Bevölkerungsdurchschnitt.

**Grundwissen kaum vorhanden.** Was es bedeutet, eine unzureichende oder mindestens problematische Gesundheitskompetenz zu haben, lässt sich in den vier Themenbereichen Orientierung im Gesundheitswesen, Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung besonders aussagekräftig aufzeigen (*siehe Tabelle „Viele sozial Benachteiligte blicken kaum durch“ auf Seite 26*). Vielfach fehlt es bereits an einem grundlegenden Gesundheitswissen. Besonders bei den bildungsfernen Jugendlichen, aber auch bei vielen älteren Menschen mit Migrationshintergrund, ist eine erhebliche Un- und Fehlkenntnis bei Gesundheitsfragen festzustellen. So ist etwa das Wissen über den Zusammenhang von Ernährung und Gesundheit gerade bei den bildungsfernen Jugendlichen erschreckend gering, ebenso darüber, welche Risiken mit dem Abbruch einer Antibiotikabehandlung einhergehen oder welche Rechte ein Patient im Gesundheitswesen hat.

## Was Health Literacy bedeutet

Health Literacy wird hierzulande meist als Gesundheitskompetenz bezeichnet. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Health Literacy als Gesamtheit aller kognitiven und sozialen Fertigkeiten, welche die Menschen motivieren und befähigen, ihre Lebensweise gesundheitsförderlich zu gestalten. Zu diesen Fertigkeiten gehören der Zugang zu, das Verstehen von sowie ein konstruktiver Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen.

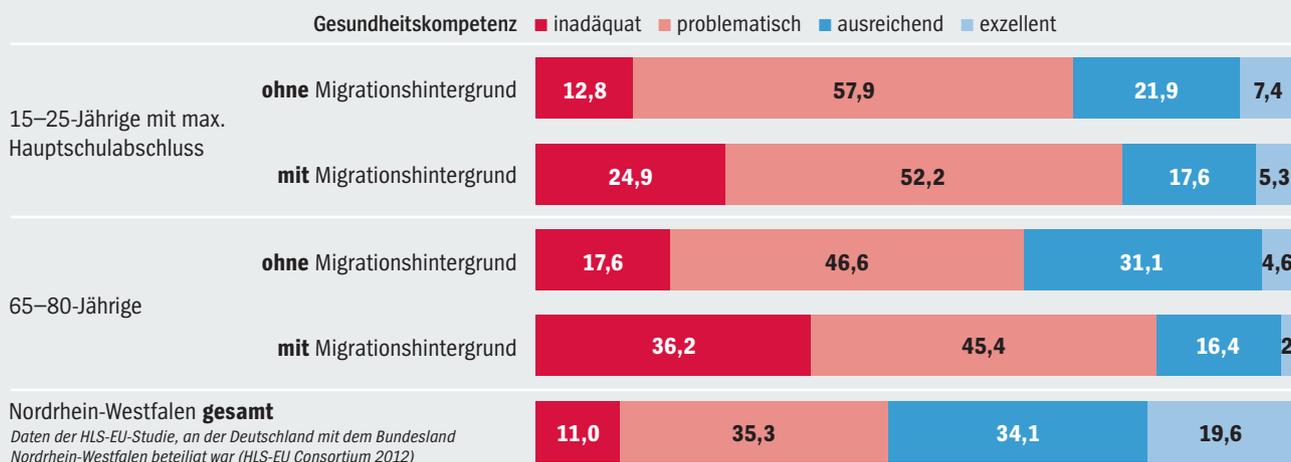
**Health Literacy gilt als ein Schlüssel für gesundheitsförderndes Verhalten.** Internationale Studien weisen darauf hin, dass eine unzureichende Gesundheitskompetenz in der Regel mit negativen gesundheitlichen Auswirkungen einhergeht, beispielsweise einer geringeren Inanspruchnahme von Angeboten zur Prävention und Früherkennung, einer späteren Diagnosestellung, einer geringeren Therapietreue oder dem erhöhten Risiko einer Krankenhausaufnahme.

Zugleich wirkt sich eine geringe Gesundheitskompetenz auf die Behandlungs- und Gesundheitskosten aus. Nach Schätzungen der WHO beläuft sich der Anteil der Gesundheitsausgaben durch eine unzureichende Gesundheitskompetenz auf drei bis fünf Prozent. Allein für Deutschland bedeutet dies etwa neun bis 15 Milliarden Euro.

Quelle: AOK-Bundesverband,  
[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Engagement > Gesundheitskompetenz

## Gesundheitskompetenz ist dürftig

Bildungsferne Jugendliche und ältere Menschen in Nordrhein-Westfalen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung des Bundeslandes (in Prozent)



Die Befragung belegt: Sozial benachteiligte Gruppen haben deutlich weniger Gesundheitskompetenz als die Allgemeinbevölkerung. Auch Alter und Herkunft spielen eine große Rolle. Die 15- bis 25-Jährigen mit maximal einem Hauptschulabschluss kommen ein wenig besser zurecht als die 65- bis 80-Jährigen. Besonders schlecht um die Gesundheitskompetenz ist es bei den Befragten mit Migrationshintergrund bestellt.

Quellen: Quenzel/Schaeffer (2016); HLS-EU Consortium (2012)

Die Befunde weisen zudem auf Orientierungsschwierigkeiten im Gesundheitswesen hin. Sie dürften der seit Langem beklagten Intransparenz und Instanzenvielfalt des Gesundheitssystems geschuldet sein. Bei der Frage, wer der richtige Ansprechpartner oder die richtige Anlaufstelle bei Gesundheitsproblemen ist, sind viele der Befragten ziemlich ratlos.

**Bei leichter Erkrankung geht's in die Klinik.** Jeder fünfte bildungsferne Jugendliche mit Migrationshintergrund (21,2 Prozent) findet es schwierig herauszufinden, wo er im Krankheitsfall professionelle Hilfe bekommt. Bei den älteren Befragten mit Migrationshintergrund ist es sogar jeder Vierte (27,6 Prozent). Dagegen schätzen es die Befragten als vergleichsweise einfach ein, im Krankheitsfall gleich in die Notfallambulanz eines Krankenhauses zu gehen oder den Krankenwagen zu rufen – die bildungsfernen Jugendlichen eher als die Älteren.

So begrüßenswert es ist, dass zumindest dieser Zugang zur Versorgung bekannt ist, so kritisch ist zugleich anzumerken, dass das Gesundheitswesen schon seit geraumer Zeit darunter leidet, dass das Notfallsystem übermäßig und auch bei einfachen Gesundheitsproblemen genutzt wird – oftmals weil andere und adäquatere Behandlungsmöglichkeiten nicht ausreichend bekannt sind.

**Den Arzt nicht verstanden.** In eine ähnliche Richtung weisen die Befunde zur Krankheitsbewältigung. Auch hier zeichnet sich ein Gefälle zwischen den befragten Altersgruppen sowie zwischen

Menschen mit und ohne Migrationshintergrund ab. Als vergleichsweise schwierig schätzen es die bildungsfernen Jugendlichen mit Migrationshintergrund (21,3 Prozent) ein, den Hinweisen ihres Arztes oder Apothekers zu folgen. Bei den bildungsfernen Jugendlichen ohne Migrationshintergrund sind es 13,7 Prozent. Bei den befragten Älteren sind es 15,3 Prozent und bei Migrationshintergrund mehr als ein Fünftel (21,2 Prozent).

**Mit Entscheidungen überfordert.** Noch schwieriger ist es, Vor- und Nachteile von Behandlungsmethoden einzuschätzen: 48 Prozent der bildungsfernen Jugendlichen ohne und 59,1 Prozent der Jugendlichen mit Migrationshintergrund sehen sich dazu kaum in der Lage. Sobald Eigeninitiative oder Entscheidungen gefragt sind, steigt der Anteil der Befragten mit Problemen noch einmal erheblich an. Beispielsweise fällt es 46,6 Prozent der Jugendlichen ohne Migrationshintergrund und 53,6 Prozent mit Migrationshintergrund schwer zu beurteilen, wann sie eine Zweitmeinung einholen sollten. Bei den 65- bis 80-jährigen Befragten sieht es ähnlich aus (56,9 Prozent).

Diese Beispiele ließen sich fortsetzen. Insgesamt fällt es allen Befragten schwer einzuschätzen, was bei einer Erkrankung zu tun ist – für die bildungsfernen Jugendlichen mit Migrationshintergrund ist das schwerer als für die Jugendlichen ohne Migrationshintergrund und für die 65- bis 80-jährigen Befragten als für die jüngeren. Für sie alle ist es wesentlich einfacher, ärztlichen Rat zu befolgen, als die Behandlung zu beurteilen oder selbst Entscheidungen zu treffen.

## Viele sozial Benachteiligte blicken kaum durch

Anteil der Befragten, die mit „sehr“ oder „ziemlich schwierig“ geantwortet haben (in Prozent)

Wie schwierig ist es ...	15–25-Jährige mit max. Hauptschulabschluss		65–80-Jährige	
	ohne Migrationshintergrund	mit Migrationshintergrund	ohne Migrationshintergrund	mit Migrationshintergrund
... herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind	16,2	21,2	19,5	27,6
... im Notfall einen Krankenwagen zu rufen	11,0	14,1	13,4	19,0
... den Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zu folgen	13,7	21,3	15,3	21,2
... zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten	46,8	53,6	48,9	56,9
... Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen wie Stress oder Depression zu finden	47,4	58,1	53,7	64,1
... Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei ungesundem Verhalten wie Rauchen, wenig Bewegung oder zu hohem Alkoholkonsum zu finden	26,6	36,4	34,1	45,9
... Informationen über gesundheitsfördernde Verhaltensweisen wie Bewegung und gesunde Ernährung zu finden	18,1	30,0	23,1	36,0
... zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit Ihrer Gesundheit zusammenhängen	24,9	29,7	24,8	25,8

Ob jung oder alt, ob mit oder ohne Migrationshintergrund – sowohl die jungen bildungsfernen Befragten als auch die älteren haben Schwierigkeiten damit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und auf dieser Basis Entscheidungen zu treffen. So fällt es beispielsweise fast 14 Prozent der 15- bis 25-Jährigen mit maximal einem Hauptschulabschluss

und ohne Migrationshintergrund schwer, den Anweisungen ihres Arztes zu folgen. Wann sie eine Zweitmeinung einholen sollten, können fast 47 Prozent nicht einschätzen. Bei den Jugendlichen mit Migrationshintergrund sind es sogar mehr als die Hälfte (fast 54 Prozent).

Quelle: Quenzel/Schaeffer (2016)

Noch schwerer ist es für die befragten Gruppen, sich im Bereich der Prävention zurechtzufinden. Zwar sind hier die Unterschiede zwischen den Altersgruppen weitaus geringer als im Bereich der Krankheitsbewältigung. Aber erneut zeigt sich, dass Menschen mit Migrationshintergrund deutlich größere Probleme haben als Menschen ohne Migrationshintergrund.

**Wenig Ahnung von gesundem Verhalten.** So fällt es allen Befragten besonders schwer, Informationen über gesundheitsförderndes Verhalten wie Bewegung und gesunde Ernährung zu finden. Vor allem gilt dies abermals für die Älteren mit Migrationshintergrund, gefolgt von den Jugendlichen mit Migrationshintergrund. Bei den bildungsfernen Jugendlichen ohne Migrationshintergrund betrifft dies 18,1 Prozent. Kommt darüber hinaus ein Migrationshintergrund hinzu, steigt der Anteil auf 30 Prozent. Von den Älteren ohne Migrationshintergrund hat immerhin fast ein Viertel (23,1 Prozent) Probleme damit. Bei den älteren Frauen und Männern mit Migrationshintergrund sind es sogar 36 Prozent.

Ferner können die befragten Gruppen Zusammenhänge zwischen ihren Alltagsgewohnheiten und ihrer Gesundheit nur schwer erkennen. Das trifft auf jeden Vierten der bildungsfernen

Jugendlichen (24,9 Prozent) zu, bei einem Migrationshintergrund auf 29,7 Prozent der jungen Menschen sowie auf ein Viertel der Älteren. Mit 25,8 Prozent liegt dieser Wert bei älteren Migranten nur geringfügig höher. Für ältere Menschen insgesamt stellt zudem insbesondere die Beurteilung von Gesundheitsinformationen aus den Medien eine große Herausforderung dar.

**Verloren im Informationsdschungel.** Eine ähnlich große Herausforderung ist es für viele der Befragten, Informationen über Unterstützungsangebote bei ungesundem Verhalten wie Rauchen, wenig Bewegung oder hohem Alkoholkonsum ausfindig zu machen. Dies ist bei mehr als jedem Vierten der bildungsfernen Jugendlichen (26,6 Prozent) und bei mehr als jedem Dritten der Jugendlichen mit Migrationshintergrund (36,4 Prozent) der Fall. Bei den älteren Befragten liegen die Anteile sogar noch höher. Von den 65- bis 80-Jährigen ohne Migrationshintergrund hat mehr als jeder Dritte damit Schwierigkeiten (34,1 Prozent). Liegt zudem ein Migrationshintergrund vor, steigt der Anteil auf 45,9 Prozent. Zu beurteilen, welche Impfungen oder welche Vorsorgeuntersuchungen gemacht werden sollten, finden die befragten Gruppen ebenfalls schwierig. Am schwierigsten schätzen alle befragten Gruppen ein, bei psychischen Problemen

geeignete Informationen über mögliche Hilfen zu finden: 47,4 Prozent der befragten Jugendlichen ohne und 58,1 Prozent mit Migrationshintergrund sowie 53,7 Prozent der älteren Befragten ohne und 64,1 Prozent mit Migrationshintergrund – das sind fast zwei Drittel – kommen hier kaum klar.

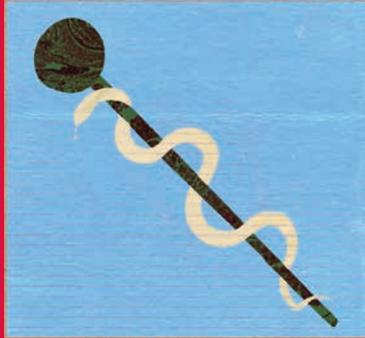
**Strukturen vereinfachen.** Allein diese Beispiele wie auch die Studienergebnisse insgesamt machen eines deutlich: Sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen verfügen über eine deutlich schlechter ausgeprägte Gesundheitskompetenz als die Allgemeinbevölkerung. Die Gründe dafür sind nicht zuletzt in ihrer sozialen Lage und dem damit einhergehenden eingeschränkten Zugang zu Bildung und Einkommen zu suchen. Um so wichtiger ist es, die Bildungschancen sozial benachteiligter Gruppen zu verbessern und Ungleichheit abzubauen.

Gleichzeitig gilt es, das Gesundheitswesen nutzerfreundlicher und informativer zu gestalten, sodass sich auch diese Gruppen problemlos darin bewegen können. Menschen mit Lese- und Schreibschwächen ist dabei besondere Beachtung zu schenken. Bei schriftlichen Informationen etwa ist es wichtig, auf einfache Sprache zu achten. Auch ist es sinnvoll, Bildmaterial und Piktogramme zu verwenden. Zugleich sollte die Fokussierung auf schriftliche Information überdacht und verstärkt auf persönliche Ansprache sowie auf Film- und Audioformate gesetzt werden.

Darüber hinaus ist es wichtig, dass alle Gesundheitsberufe bessere Kompetenzen in der mündlichen und schriftlichen Kommunikation erwerben. Ähnliches gilt für die Organisationen im Gesundheitswesen. Ziel muss es sein, der Informationsvermittlung und Kommunikation in sämtlichen Einrichtungen einen höheren Stellenwert zu verleihen als bisher.

**Strategien auf individueller Ebene gefragt.** Erforderlich sind systematische, zielgruppenspezifische Interventionen. Denn die Studienergebnisse deuten auch an, dass die derzeitigen Maßnahmen offenbar nicht ausreichen, sei es, weil sie am Informationsbedarf vorbei konzipiert oder zu wenig auf die unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen zugeschnitten sind. Besondere Aufmerksamkeit ist dabei Menschen mit Migrationshintergrund zu widmen – und zwar unabhängig von ihrem Alter. Denn ihre Gesundheitskompetenz ist häufiger als in anderen Bevölkerungsgruppen schwach ausgeprägt.

Diesem Befund kommt angesichts der aktuellen Flüchtlingsproblematik große Bedeutung zu. Mit den Flüchtlingen strömen neue Migrantengruppen ins Land, die kaum Deutsch können, das hiesige Gesundheitswesen nicht kennen und oft eine andere Kultur im Umgang mit Gesundheitsfragen gewohnt sind. Kultursensible zielgruppenspezifische Strategien zur Förderung der gesundheitlichen Bildung sind hier besonders wichtig.



Es reicht nicht aus,  
Gesundheitsinfos  
bereitzustellen.  
Sie müssen auch  
verständlich sein.

### Vom mündigen Patienten weit entfernt.

Auch der Wandel der Patientenrolle und die mit ihm einhergehenden Konsequenzen für das Gesundheits- und Informationsverhalten stellen – wie die Studienergebnisse zeigen – für alle Bevölkerungsgruppen eine große Herausforderung dar. Sowohl die jüngeren wie die älteren Befragten mit und ohne Migrationshintergrund haben im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung grundsätzlich eher Probleme damit, Informationen einzuschätzen und informierte Entscheidungen zu treffen als den Anweisungen der Gesundheitsprofessionen zu folgen. Sie sind in der traditionellen Patientenrolle weitaus stärker verhaftet und vom Leitbild des mündigen und autonomen Patienten noch weiter entfernt als der Bevölkerungsdurchschnitt.

Insgesamt belegen die aktuellen Studienergebnisse, dass die Förderung von Gesundheitswissen eine bedeutsame Aufgabe darstellt. Um sie anzugehen, ist nicht zuletzt die Forschung auf diesem Gebiet zu intensivieren. Denn hier hat Deutschland Nachholbedarf. ■

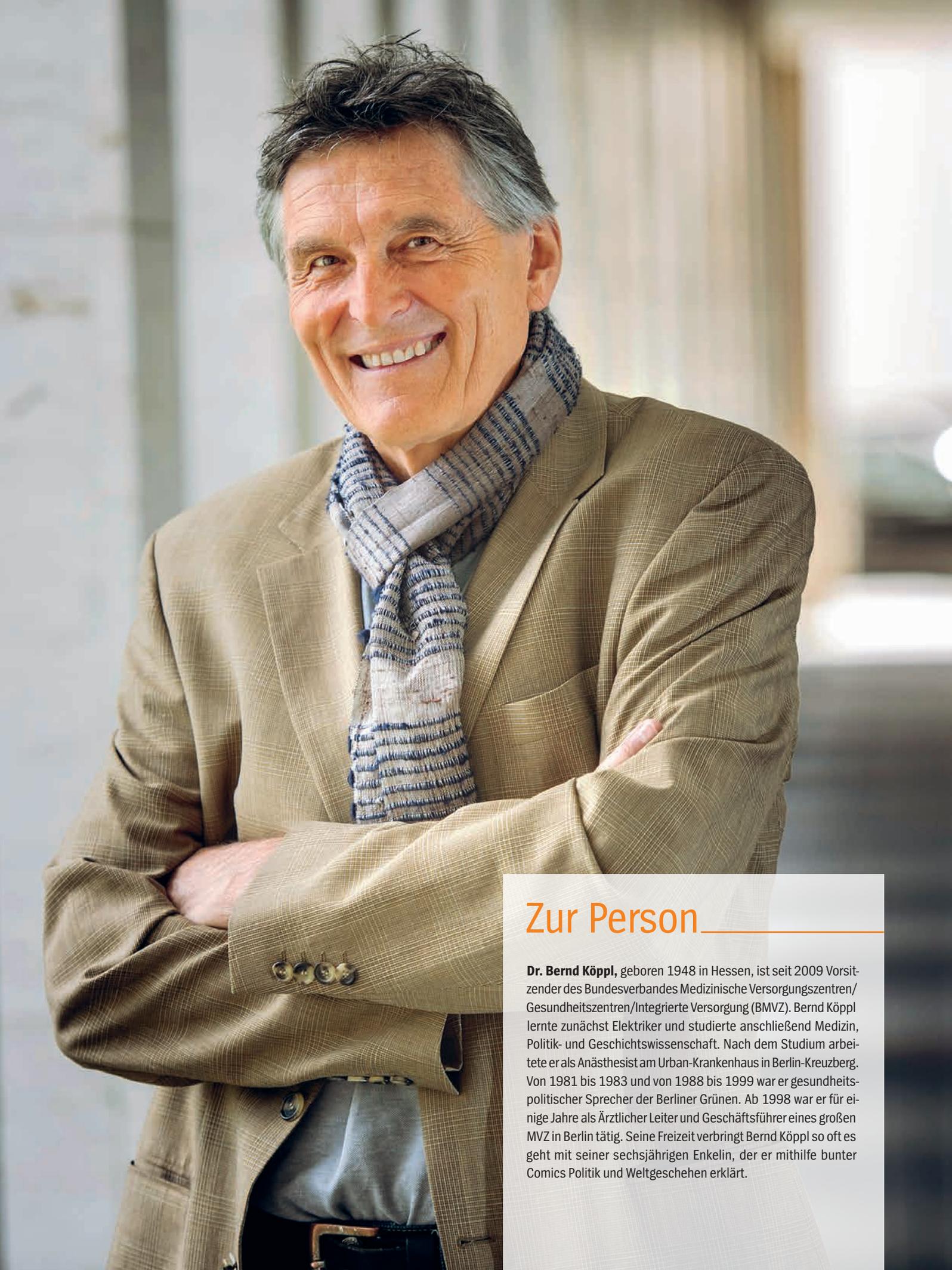
**Prof. Dr. Doris Schaeffer** lehrt Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld und leitet dort die AG 6 Versorgungsforschung/Pflegewissenschaft sowie das Institut für Pflegewissenschaft.

**Dr. Gudrun Quenzel** ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld.

**Kontakt: Doris.Schaeffer@uni-bielefeld.de**

### Lese- und Webtipps

- Grotlüschen, A. (2011): **Leo. – Level-One Studie.** Presseheft. Download unter <http://blogs.epb.uni-hamburg.de/leo/>
- HLS-EU Consortium (2012): **Comparative Report on Health Literacy in eight EU Member States.** The European Health Literacy Project 2009–2012. Maastricht: HLS-EU Consortium
- Kolpatzik, K.: **Lücken im Gesundheitswissen.** In: G+G 7-8/2014, Seite 26–30. Download unter [www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Engagement > Gesundheitskompetenz > Materialien zum Download
- Quenzel, G./Schaeffer, D. (2016): **Health Literacy – Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen.** Ergebnisbericht. Download unter [www.uni-bielefeld.de](http://www.uni-bielefeld.de) > Fakultäten > Fakultät für Gesundheitswissenschaften
- Schaeffer, D./Vogt, D./Quenzel, G./Berens, E. M./Messer, M./Hurrelmann, K. (i.E.): **Health Literacy in Deutschland.** In: Schaeffer, D./Pelikan, J. (Hrsg.): Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven. Huber: Bern.
- Zok, K.: **Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz.** Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage unter gesetzlich Versicherten. WldO-monitor 2/2014. Download unter [www.wido.de](http://www.wido.de) > Publikationen > WldOmonitor > Gesundheitskompetenz



## Zur Person

---

**Dr. Bernd Köppl**, geboren 1948 in Hessen, ist seit 2009 Vorsitzender des Bundesverbandes Medizinische Versorgungszentren/ Gesundheitszentren/Integrierte Versorgung (BMVZ). Bernd Köppl lernte zunächst Elektriker und studierte anschließend Medizin, Politik- und Geschichtswissenschaft. Nach dem Studium arbeitete er als Anästhesist am Urban-Krankenhaus in Berlin-Kreuzberg. Von 1981 bis 1983 und von 1988 bis 1999 war er gesundheitspolitischer Sprecher der Berliner Grünen. Ab 1998 war er für einige Jahre als Ärztlicher Leiter und Geschäftsführer eines großen MVZ in Berlin tätig. Seine Freizeit verbringt Bernd Köppl so oft es geht mit seiner sechsjährigen Enkelin, der er mithilfe bunter Comics Politik und Weltgeschehen erklärt.

# „Der Herr Seehofer hat sich gewaltig geirrt“

Für **Bernd Köppl** sind Medizinische Versorgungszentren (MVZ) ein Zukunftsmodell. Doch im G+G-Interview warnt der Chef des MVZ-Verbandes zugleich vor einem Missbrauch als Einweiserportale für Kliniken, mahnt mehr Gleichberechtigung mit niedergelassenen Ärzten an und erlaubt sich kleine historische Seitenhiebe.

Herr Dr. Köppl, beginnen wir mit einem Zitat, das ich in einer Broschüre Ihres Verbandes zur Geschichte der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gefunden habe. Das Zitat ist von Horst Seehofer und stammt von 1991. Damals war der noch Parlamentarischer Staatssekretär im Bundesarbeitsministerium.

**Köppl:** Na, dann schießen Sie mal los.

Seehofer gelangte damals zu der Auffassung, Polikliniken – also quasi die Vorläufer der MVZ – seien Auslaufmodelle. In ein paar Jahren seien die Zentren verschwunden. Leitbild der ambulanten Medizin sei der frei praktizierende, niedergelassene Arzt.

**Köppl:** Nun ja, wenn ich mir die heutige Versorgungslandschaft anschau, stelle ich fest: Der Herr Seehofer hat sich gewaltig geirrt. Das gilt übrigens für viele andere auch, die kooperativen Praxisstrukturen in den Jahren nach der Wiedervereinigung das Aus prophzeit haben. Mit der Einschätzung lagen sie falsch.

Was ließ das Totenglückchen damals so laut erklingen?

**Köppl:** Wir hatten eine konservative Bundesregierung. Und die hatte sich mit den Landesvertretern der Ärzte im Westen fest in die Hand versprochen, dass die ambulante poliklinische Versorgung der DDR definitiv keinen Bestand haben darf. Das hatte sicher auch damit zu tun, dass die Kolleginnen und Kollegen im Westen ein anderes Verständnis vom Status eines ambulant tätigen Arztes besaßen. Der hatte Freiberufler mit eigener Niederlassung zu sein. Das war das Dogma. Heute zeigt

sich: Die Kampagnen von damals sind überholt. Die Gesellschaft hat sich geändert und mit ihr die Ärzte. Und die MVZ sind heute lebendiger denn je.

Worauf führen Sie das zurück?

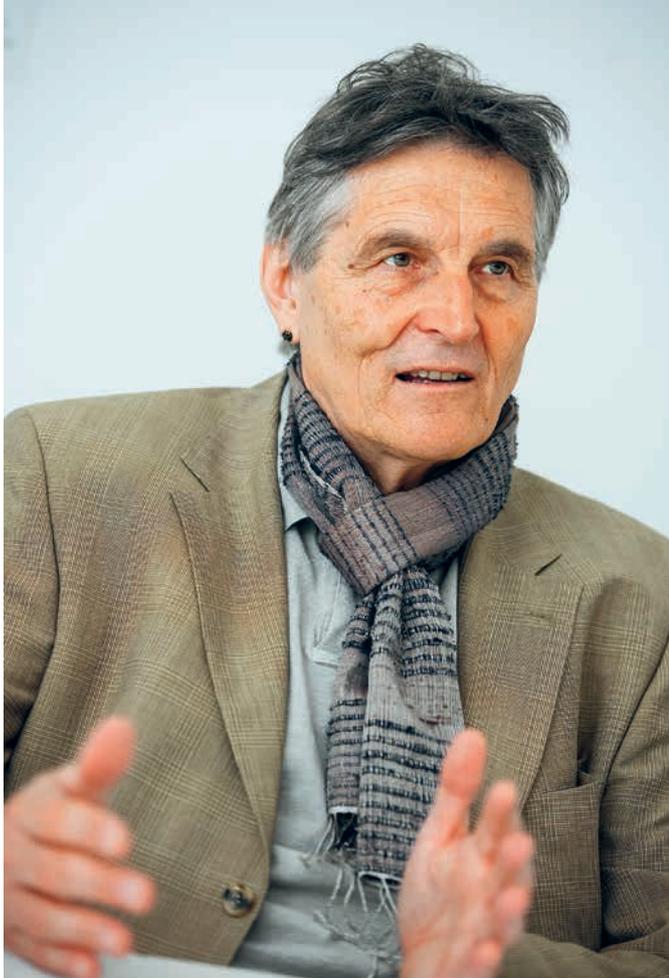
**Köppl:** Es gibt viele Gründe. Die Politik hat inzwischen wieder erkannt, dass MVZ die ambulante Versorgung stärken und kooperative Praxisstrukturen den Wünschen junger Ärztinnen und Ärzte sehr entgegenkommen. Eine Anstellung schreckt viele von ihnen nicht mehr ab. Im Gegenteil: Sie sehen darin persönliche Vorteile wie etwa geregelte Arbeitszeiten oder eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Und es erleichtert ihnen den Einstieg in die Welt der ambulanten Versorgung. Denn das finanzielle Risiko, das mit der Gründung einer Praxis häufig einhergeht, entfällt.

Der niedergelassene Arzt mit eigener Praxis und 55-Stunden-Woche verschwindet demnach von der Bildfläche?

**Köppl:** Solche Entweder-oder-Prognosen halte ich für Quatsch. Es wird weiterhin niedergelassene tätige Ärzte geben. Aber wir müssen akzeptieren, dass sich nicht mehr jeder Mediziner, so er ambulant arbeiten will, eine Praxis ans Bein bindet.

Weil der Start ins Arbeitsleben mit hoher Schuldenlast beginnt?

**Köppl:** Exakt. Wenn ein Arzt heute eine Einzelpraxis übernehmen will, muss er die zumeist kaufen. Eventuell ist die Praxis noch zu



„Versuche der Kliniken, die MVZ als Einweiserportale zu etablieren, haben deutlich abgenommen.“

modernisieren. Da kommen schnell Kosten von 250.000 Euro und mehr zusammen. Wenn ein Arzt bereit ist, das zu investieren, ist die Entscheidung für die eigene Praxis eine, die womöglich ein ganzes Leben lang Bestand haben muss. Angestellte Ärzte können flexibler agieren. Bietet sich ihnen eine Aufgabe in einer anderen Stadt oder lebt der Partner woanders, und sie wollen hinterherziehen, fällt ihnen das im Angestelltenstatus leichter.

**Hätten Sie als angestellter Arzt am MVZ nicht die Sorge, Ihre Unabhängigkeit als Mediziner zu verlieren?**

## Stichwort

Nach Angaben des Bundesverbandes Medizinischer Versorgungszentren (BMVZ) waren Ende 2014 bei den 17 Kassenärztlichen Vereinigungen 2.073 Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zugelassen. In diesen sind rund 13.500 Ärztinnen und Ärzte – viele auch in Teilzeit – angestellt. Damit üben laut BMVZ mehr als neun Prozent aller ambulant tätigen Mediziner und Psychotherapeuten in Deutschland ihre Arbeit in einem MVZ aus. Nachdem in den 1990er Jahren die meisten ostdeutschen Polikliniken und ambulanten Gesundheitszentren abgewickelt wurden, erfuhren die MVZ mit dem GKV-Modernisierungsgesetz 2004 ihren größten Schub. Allein im Jahr 2006 wurden 325 MVZ neu gegründet. 2014 lag die Zahl der Neugründungen bei 67. Infos: [www.bmvz.de](http://www.bmvz.de)

**Köppl:** Natürlich ändert sich der Status. Der niedergelassene Arzt ist Träger der Zulassung und arbeitet als Arzt. Im MVZ fallen diese Dinge auseinander. Die Trägereigenschaft geht an den Betreiber des MVZ. Er ist Arbeitgeber. Aber wir haben als Verband immer dafür gekämpft, dass der Kernbereich ärztlicher Tätigkeit – Patientengespräch, Therapieentscheidung oder Überweisung – beim Arzt verbleibt und der Arzt weisungsfrei praktiziert. Insofern sehe ich das Problem nicht.

**Und die Patienten?**

**Köppl:** Für die meisten Patienten ist es im Grunde unerheblich, ob ein angestellter oder ein selbstständiger Arzt sie behandelt. Sie suchen kompetente und hilfsbereite Mediziner. Und die Strukturen in einem MVZ bieten hier durchaus Vorteile.

**Welche sind das?**

**Köppl:** Die meisten MVZ arbeiten fachübergreifend. Dies ermöglicht medizinische Versorgung aus einer Hand. Umständliche Überweisungsvorgänge lassen sich so umgehen. Patienten und Ärzte haben kürzere Wege. Informationen fließen schneller. Davon können insbesondere ältere Patienten mit unterschiedlichen und teilweise chronifizierten Leiden profitieren.

**Inwiefern?**

**Köppl:** Ältere Patienten haben oft das Problem, viele Facharztbesuche und dann noch an unterschiedlichen Orten selber organisieren zu müssen. Das MVZ bietet ihnen fachärztliche Betreuung an einem einzigen Ort – durch den Internisten und beispielsweise einen Hausarzt. Und das MVZ kann älteren Patienten die Aufgabe abnehmen, all diese Termine allein koordinieren zu müssen. Das ist ein Vorteil.

**Sie nannten als weiteren Pluspunkt die bessere Abstimmung, da Ärzte in einem MVZ unter einem Dach praktizieren. Abstimmung hat aber nicht unbedingt etwas mit Architektur zu tun.**

**Köppl:** Letztlich hängt es natürlich davon ab, wie gut die Ärzte zusammenspielen, und ob sie Strukturen vorfinden, die dieses Zusammenspiel unterstützen. Dazu gehören zum Beispiel die gemeinsame, elektronisch geführte Fallakte oder regelmäßige Fallbesprechungen. Mein Eindruck ist, dass viele MVZ-Träger diese kollegiale Form der Zusammenarbeit wollen und aktiv fördern. Sie haben erkannt, dass Patienten in ein MVZ gehen, weil sie genau diese Art der Zusammenarbeit wünschen.

**In den meisten Zentren arbeiten Fachärzte zusammen. Hausärzte sind dort seltener anzutreffen. Woran liegt das?**



**Köpl:** Sicherlich ist die MVZ-Entwicklung facharztgetrieben. Der Wunsch nach Kooperation ist bei Fachärzten auch wegen der höheren Investitionskosten, die die Kollegen zu stemmen haben, wohl ausgeprägter. Wenn ein MVZ aber eine gewisse Größe erreicht, braucht es ein hausärztliches Angebot. Das gehört zum Gesamtsetting. Das gilt im Übrigen auch für MVZ, die sich zu einem Krankheitsbild – Diabetes oder Rheuma etwa – aufstellen und eine entsprechende Leistungsstruktur aufbauen.

**Die Zahl der Kliniken, die MVZ gründen oder kaufen, ist gestiegen. Eines der ersten Zentren – das Berliner Polikum, gegründet von dem Arzt Wolfram Otto – gehört jetzt einer privaten Klinikette. Ist den Ärzten eine Idee entrissen worden?**

**Köpl:** So dramatisch würde ich es nicht formulieren. In den Regionen, wo Ärzte aktiv waren, gab es wenig MVZ-Gründungen von Krankenhäusern und umgekehrt. In Bayern etwa, wo viele Funktionäre lange der Auffassung waren, MVZ seien ein DDR-Relikt, hat es eine Welle an Gründungen gegeben – überwiegend initiiert von Ärzten. Entscheidend ist, dass die Zahl der MVZ steigt, denn es zeigt eines: Es gibt den Bedarf. Und entweder machen es die Ärzte oder die Krankenhäuser. In jedem Fall ist das MVZ von einem Mediziner zu leiten.

**Was ist am Vorwurf dran, die Kliniken kauften sich in Gestalt der MVZ Einweiserportale zusammen, um erst ihre Betten und anschließend ihre Umsatzbücher zu füllen?**

**Köpl:** Unsere Position ist klar: MVZ modernisieren und verstärken die ambulante ärztliche Versorgung. Versuche, die MVZ als Einweiserportale zu etablieren, haben aber deutlich abgenommen. Denn auch die Politik hat da ja ziemlich empfindlich reagiert. Zu Recht. So gab es die Debatte, ob Kliniken die Berechtigung verlieren sollten, ein MVZ zu führen. Das haben wir den Häusern auch klipp und klar gesagt: Die Fehlentwicklung Klinikportale müsst ihr selbst wieder zurückdrehen. Sonst seid ihr da raus.

**Hat der Appell gefruchtet?**

**Köpl:** Es geht doch längst nicht mehr um Dinge wie Einweiserportale. Schon bald werden Krankenhäuser – insbesondere in den ländlichen Regionen – in Kombination mit ihren ambulan-

ten Einrichtungen, MVZ oder in Kooperation mit Ärzteverbänden ein strukturierendes Element der ambulanten ärztlichen Versorgung bilden müssen. Es geht gar nicht mehr anders.

**Warum?**

**Köpl:** Wir kommen aus einer Zeit, wo die ambulante Medizin gut finanziert war und genügend Personal hatte. Wir laufen aber in eine Entwicklung hinein, wo ein wachsender Teil der jungen Medizinergeneration nach der Ausbildung nicht mehr aufs Land geht – jedenfalls nicht in die Einzelpraxis. Sie suchen Organisationsstrukturen, wo sie Verantwortung teilen können. Daher gehe ich davon aus, dass es in ein paar Jahren selbstverständlich ist, dass in der Fläche Kliniken mit MVZ, in denen angestellte Ärzte arbeiten, die ambulante Versorgung weitgehend tragen. Das sollten auch die Kassenärztlichen Vereinigungen erkennen. Viele KVen haben ihre Frontstellung gegenüber den MVZ offenbar noch immer nicht aufgegeben.

**Woran machen Sie das fest?**

**Köpl:** Ganz aktuell an den bevorstehenden Wahlen zu den Vertreterversammlungen der KVen. Das Problem ist: Nur Mitglieder der jeweiligen KV dürfen wählen und sich zur Wahl stellen. Die Mitgliedschaft angestellter Ärzte ist in vielen KVen jedoch daran gebunden, dass die Ärzte „mindestens halbtags beschäftigt“ sind. Was „halbtags“ heißt, ist Sache der Auslegung. Diese Unschärfe im Gesetz führt dazu, dass angestellte Ärzte, die in Teilzeit arbeiten, bei den KV-Wahlen außen vor bleiben, obwohl sie sich dort engagieren möchten. Das ist fatal.

**Was genau befürchten Sie?**

**Köpl:** Wenn die wachsende Gruppe der angestellten Ärzte keine Stimme in der Selbstverwaltung hat, droht eben diese Selbstverwaltung ein Stück Legitimation zu verlieren. Deshalb lautet unsere Forderung: Wenn jemand seine Zulassung als Arzt hat, dann darf er auch wählen. Nur dann wäre eine Gleichbehandlung mit den niedergelassenen Ärzten in den KVen sichergestellt. Alles andere ist diskriminierend. ■

Die Fragen stellte Thomas Hommel.

# Mit Demenz



# am richtigen Ort

Zu Hause bleiben oder ins Heim umziehen – das ist für Menschen mit Demenz und ihre Familien eine schwere Entscheidung. Eine Studie in acht europäischen Ländern hat erstmals die Lebens- und Pflegequalität in beiden Umgebungen verglichen.

Gabriele Meyer und Astrid Stephan fassen die Ergebnisse zusammen.

**P**flege ist häufig Privatsache: In allen europäischen Ländern pflegen mehrheitlich Familienmitglieder ihre pflegebedürftigen Angehörigen in deren Wohnung. In Deutschland werden nach Angaben des Statistischen Bundesamtes rund 70 Prozent der 2,6 Millionen Pflegebedürftigen zu Hause betreut.

Sobald jedoch Demenz hinzukommt, können Angehörige Pflege und Betreuung langfristig oft nicht mehr leisten. Schätzungen zufolge hat etwa die Hälfte der zu Hause lebenden Pflegebedürftigen eine Demenz. Die Mehrzahl der Menschen mit Demenz zieht im Verlauf der Erkrankung in ein Pflegeheim um. Fünf Jahre nach der Diagnose lebt etwa die Hälfte von ihnen in einem Heim, nach acht Jahren sind es circa 90 Prozent. Ältere Menschen mit Demenz ziehen deutlich häufiger in ein Pflegeheim um als ältere Menschen ohne Demenz. Werden pflegende Angehörige gefragt, aus welchen Gründen die von ihnen betreuten Menschen mit Demenz in ein Heim umgezogen sind, nennen sie hauptsächlich mit der Demenz zusammenhängende neuropsychiatrische Symptome, wie beispielsweise gesteigerte Unruhe. Aber auch die ausgeprägte Pflegeabhängigkeit

und Verlust der Gedächtnisleistung gehören zu den Gründen für den Umzug ins Pflegeheim. Die Angehörigen fühlen sich durch die Pflege und Betreuung ihrer demenziell veränderten Partner oder Eltern zunehmend überfordert.

**Handlungsbedarf in allen Ländern und beiden Settings.** Doch wo sind Menschen mit Demenz besser aufgehoben: zu Hause, betreut von ihren Angehörigen, oder in einem Pflegeheim? Mit dieser Frage hat sich die RightTimePlaceCare-Studie in acht europäischen Ländern befasst (siehe Kasten „RightTimePlaceCare: Eckdaten der Studie“ auf Seite 34). Ob Deutschland, Estland, England, Frankreich, Niederlande, Schweden, Finnland oder Spanien – die Studie hat gezeigt, dass die im Mittel erhobene Lebensqualität von pflegebedürftigen Menschen mit Demenz in allen beteiligten Ländern eher mäßig ist. Und: Es macht keinen Unterschied, ob die Betroffenen zu Hause oder im Heim leben. Die Studie zeigt darüber hinaus, dass es zwar in einzelnen Bereichen der Pflege hinsichtlich der ausgewählten Qualitätsindikatoren große Unterschiede gibt. Doch kann kein Land für sich beanspruchen, in allen Bereichen besonders gut zu sein. So

zeigte sich in den untersuchten Pflegeheimen in Deutschland zum Beispiel eine im Vergleich zu anderen Ländern geringere Rate an freiheitsentziehenden Maßnahmen wie Bettgitter und Fixiergurte. Bei zu Hause gepflegten Menschen in Deutschland kamen freiheitsentziehende Maßnahmen jedoch deutlich häufiger zum Einsatz als in den untersuchten Heimen und auch häufiger als in den anderen Ländern (siehe Tabelle „Pflegetqualität im Ländervergleich: große Bandbreite ohne Spitzenreiter“ auf Seite 36).

In allen Ländern und in beiden Settings der Pflege – zu Hause und im Heim – bekommen Menschen mit Demenz häufig auf die Psyche wirkende Medikamente wie Neuroleptika oder Beruhigungsmittel. Das steht jedoch im Gegensatz zu internationalen Leitlinien und wissenschaftlichen Erkenntnissen, die unisono die Risiken dieser Medikamente betonen und von deren Einsatz als Mittel der ersten Wahl abraten, Alternativen empfehlen und im Falle der Verordnung eine kurzfristige und engmaschige kontrollierte Gabe empfehlen. Hier besteht dringender Handlungsbedarf in allen Ländern und beiden Settings.

**Umzug entlastet Angehörige.** Wenn nun ein Mensch mit Demenz in ein Pflegeheim umzieht, ist das zweifelsohne ein einschneidendes Lebensereignis, das mit gravierenden Veränderungen und Anpassungen verbunden ist. Die meisten Menschen betrachten den Heimeinzug als Zeichen einer unausweichlichen Abwärtsentwicklung. Nach dem Umzug zeigen Menschen mit Demenz mitunter depressive Reaktionen und eine gesteigerte Unruhe, die sich beispielsweise in einem übermäßigen Bewegungsbedürfnis äußert. Sie sind jedoch durchaus in der Lage,

sich an die neue Umgebung anzupassen und mit den Veränderungen umzugehen. Wissenschaftlerinnen der Universität Witten/Herdecke haben im Rahmen der RightTimePlaceCare-Studie 114 pflegende Angehörige aus Nordrhein-Westfalen und Hamburg gefragt, wie sie die momentane Situation ihres Verwandten oder Partners mit Demenz im Vergleich zu den Wochen vor dem Heimeinzug empfinden. Rund 60 Prozent der Befragten schätzen die Situation des Pflegebedürftigen nach dem Umzug ins Heim als verbessert ein, rund 20 Prozent sagen, die Situation sei grundsätzlich unverändert. Die pflegenden Angehörigen fühlen sich nach Ergebnissen einer anderen Befragung nach dem Umzug des Pflegebedürftigen mit Demenz in ein Heim offenbar weniger belastet und gestresst.

Ergebnisse der RightTimePlaceCare-Studie legen nahe, dass Menschen mit Demenz in der häuslichen Pflege zwar die allgemeine Grundversorgung erhalten. Demenz-spezifische Angebote scheinen jedoch nicht durchgängig verfügbar zu sein und in noch geringerem Maße in Anspruch genommen zu werden. Nach Ergebnissen von RightTimePlaceCare könnte eine nennenswerte Zahl kürzlich in ein Pflegeheim eingezogener Menschen mit Demenz weiterhin in ihrem eigenen Zuhause betreut werden, wenn ihre Angehörigen auf bessere entlastende und betreuende Angebote zugreifen könnten und würden.

**Interdisziplinär Neuland betreten.** Anhand von Merkmalen der Lebens- und Pflegequalität lässt sich beurteilen, wo Menschen mit Demenz gut aufgehoben sind. Die RightTimePlaceCare-Studie beschreibt deshalb die Lebens- und Pflegesituation von Menschen mit Demenz und ihren pflegenden Angehörigen in den eigenen vier Wänden und vergleicht sie mit der Situation von Menschen mit Demenz kurz nach dem Einzug in ein Pflegeheim. Damit haben die beteiligten Wissenschaftler vor rund sechs Jahren sozusagen Neuland betreten – bis dahin lagen dazu kaum Daten vor. Übergeordnetes Ziel der von der Europäischen Union geförderten Studie war die Entwicklung von Gute Praxis-Empfehlungen zur Versorgung und Betreuung von Menschen mit Demenz am Übergang zwischen häuslicher Pflege und stationärer Langzeitpflege. Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler verschiedener Fachrichtungen wie beispielsweise Pflegewissenschaft, Altersmedizin, Gerontopsychiatrie, Sozialwissenschaft, Psychologie und Ökonomie bearbeiteten die Forschungsfragen mit einem Methodenmix: Literaturübersichten, Expertenbefragungen, Kohortenstudie, Fokusgruppen und Expertenpanels.

**Studienteilnehmer stehen am Übergang.** In allen acht teilnehmenden Ländern haben die Forscher insgesamt 2.014 Menschen mit Demenz und ihre pflegenden Angehörigen beziehungsweise zusätzlich die professionellen Pflegekräfte (im Pflegeheim) im Rahmen von persönlichen, standardisierten Interviews zu zwei Zeitpunkten befragt (Studienbeginn und nach drei Monaten). Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Studie hatten ein Alter von mindestens 65 Jahren, die Diagnose Demenz und der Mini-Mental-Status-Test hatte 24 oder weniger Punkte ergeben (Hinweis auf eine mindestens leichte kognitive Beeinträchtigung). Zudem musste jeweils ein Angehöriger zur Teil-

## RightTimePlaceCare: Eckdaten der Studie

Der Umzug von Menschen mit Demenz in eine stationäre Wohneinrichtung ist für alle Beteiligten – Betroffene, ihre Angehörigen sowie professionelle Begleiter – eine große Herausforderung. Um herauszufinden, wann dieser Umzug für wen eine gute Lösung ist, hat die Europäische Union das Projekt „RightTimePlaceCare“ aufgelegt. Die Universität Witten/Herdecke koordinierte das Projekt, das von Januar 2010 bis Sommer 2013 lief. Beteiligt waren neben der Uni Witten/Herdecke Universitäten aus England, Estland, Finnland, Frankreich, den Niederlanden, Schweden und Spanien. Ziel von RightTimePlaceCare ist es, Empfehlungen für den Übergang von der häuslichen Versorgung in die stationäre Betreuung zu entwickeln. Das Projekt umfasst insgesamt sechs Arbeitspakete. Zu den Methoden gehören qualitative Fokusgruppeninterviews, mehrere Expertenbefragungen und eine Befragung von Menschen mit Demenz und pflegenden Angehörigen. Die Studie liefert eine dichte Beschreibung der Ist-Situation in den beteiligten Ländern. In Deutschland haben die Forscherinnen und Forscher 235 Teilnehmerpaare (Pflegebedürftige/Angehörige) befragt. Die Informationen fließen zusammen und werden zur Entwicklung nationaler und länderübergreifender Empfehlungen herangezogen.

**Mehr Infos:** [www.uni-wh.de](http://www.uni-wh.de) > Gesundheit > Departments > Pflegewissenschaft > Department für Pflegewissenschaft > Forschung > EU-Projekt Righttimeplacecare; [www.righttimeplacecare.eu](http://www.righttimeplacecare.eu)

Quelle: Universität Witten/Herdecke, Department für Pflegewissenschaft

## Wie die RightTimePlaceCare-Studie die Pflegequalität erhebt

### In der Studie verwendete Indikatoren (Auswahl)

Merkmal	Erhebungsinstrument
<b>Psychotrope Medikation</b>	Auszug aus Patienten-/Bewohnerakte. Klassifikation gemäß Anatomical Therapeutic Chemical Classification: Antipsychotika, Anxiolytika (angstlösende Präparate), Hypnotika/Sedativa (Betäubungsmittel), Antidepressiva.
<b>Ernährungszustand</b>	Einzelfrage an die am besten informierte Person: „Hatte der/die Betroffene einen Gewichtsverlust von vier Prozent und mehr im letzten Jahr?“
<b>Freiheitsentziehende Maßnahmen</b>	Einzelfrage an die am besten informierte Person, ob Gurt, Bettgitter, festgestellte Tischplatte am geriatrischen Stuhl oder nach hinten gekippter Stuhl Anwendung finden.
<b>Schmerz</b>	Einzelfrage an die am besten informierte Person, ob in der letzten Woche Schmerz aufgetreten ist.
<b>Dekubitus</b>	Einzelfrage an die am besten informierte Person, ob Dekubitus (ab Grad 2, oberflächlicher Druckschaden der Haut) vorliegt.
<b>Sturzereignis</b>	Laut Patienten-/Bewohnerakte. In der häuslichen Pflege während der letzten 30 Tage; in der stationären Langzeitbetreuung seit Aufnahme.

Zur Erhebung der Pflegequalität nutzt die Studie RightTimePlaceCare verschiedene Merkmale wie den Ernährungszustand oder das Auftreten von Druckgeschwüren (Dekubitus). Dazu haben die Forscher in den an der Studie beteiligten acht Ländern entweder Einblick in Patientenakten genommen oder die jeweils am besten informierte Person gefragt.

Quelle: Meyer et al./RightTimePlaceCare

nahme an der Studie bereit sein, der mindestens zweimal im Monat persönlichen Kontakt zum Pflegebedürftigen hatte.

Das Forschungsinteresse richtete sich auf Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen, die sich am Übergang zwischen häuslicher und stationärer Versorgung befanden. Ein Teil der Studienteilnehmer lebte noch in der eigenen Wohnung, erhielt aber bereits Hilfe durch einen ambulanten Pflegedienst. Die professionellen Begleiter prognostizierten einen Umzug ins Heim im nächsten halben Jahr. Bei den Studienteilnehmern, die bereits im Heim lebten, war Voraussetzung, dass ihr Einzug mindestens vier, aber nicht länger als zwölf Wochen zurücklag. Insgesamt 791 (Deutschland: 119) Studienteilnehmer lebten in einer stationären Langzeitpflege-Einrichtung und 1.223 (Deutschland: 116) Teilnehmer in der eigenen Wohnung.

Bei den Menschen mit Demenz wurden unter anderem folgende Daten erhoben: kognitiver Status, Aktivitäten des täglichen Lebens, Lebensqualität (Selbst- und Fremdeinschätzung) und Indikatoren für die Qualität der Versorgung. Die Interviews dauerten jeweils rund zwei Stunden und fanden in der Regel im Hause der Studienteilnehmer beziehungsweise in der stationären Einrichtung statt. Die Erhebungen liefen in einem Zeitraum von 18 Monaten und waren im Frühjahr 2012 abgeschlossen.

**Aktivitäten des täglichen Lebens gemessen.** Zur Erfassung der Lebensqualität nutzten die Forscher das Instrument „Quality of Life-Alzheimer’s Disease“, das zur Selbst- und Fremdeinschätzung dient. Sowohl die Menschen mit Demenz als auch stell-

vertretend die pflegenden Angehörigen schätzten die Lebensqualität beispielsweise hinsichtlich der Stimmungslage, der körperlichen Gesundheit oder der Wohnsituation ein. Zur Beschreibung der Pflegequalität dienten folgende Indikatoren: auf das Gemüt und die Bewusstseinslage wirkende Medikamente (psychotrope Medikamente), Ernährungszustand, freiheitsentziehende Maßnahmen, Schmerz, Dekubitus (Druckgeschwüre) und Stürze (siehe Tabelle „Wie die RightTimePlaceCare-Studie die Pflegequalität erhebt“ auf dieser Seite).

Die Teilnehmerzahlen unterscheiden sich zwischen den Ländern: Sie reichen von 49 in der stationären Langzeitpflege in Frankreich bis zu 182 in der häuslichen Pflege in Finnland. In der Gesamtstichprobe aller europäischen Länder waren die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in der stationären Langzeitpflege im Mittel 84 Jahre alt und in der häuslichen Pflege 82 Jahre. Mit 74 Prozent beziehungsweise 63 Prozent waren die Frauen in beiden Gruppen in der Mehrheit. Der mittlere erreichte Punktwert im Mini-Mental-Status-Test zur Erfassung des kognitiven Status betrug 11,9 Punkte in der stationären Langzeitpflege und 14,3 in der häuslichen Pflege (maximale Punktzahl 30 = keine kognitiven Einbußen). Beide Werte sprechen für eine deutliche kognitive Beeinträchtigung der Studienteilnehmer. Im Katz-Index (benannt nach dem amerikanischen Geriater Sidney Katz) zur Erfassung der Aktivitäten des täglichen Lebens erreichten die Teilnehmer in der stationären Langzeitpflege im Mittel 2,2 und die in der häuslichen Pflege 3,3 Punkte (bei einer maximalen Punktzahl von 6 = keine Einschränkung). Menschen

## Pflegequalität im Ländervergleich: große Bandbreite ohne Spitzenreiter

Merkmale der Pflegequalität, Angaben in Prozent (gerundet)

	Durchschnitt	Deutschland	Spanien	Estland	Finnland	Frankreich	Niederlande	Schweden	Großbritannien
<b>Psychotrope Medikamente</b>									
Stationäre Langzeitpflege	70	64	81	60	72	90	68	70	66
Häusliche Pflege	56	56	74	42	44	76	38	65	52
<b>Gewichtsverlust</b>									
Stationäre Langzeitpflege	15	17	18	9	6	19	19	21	11
Häusliche Pflege	21	17	15	23	16	29	21	32	16
<b>Freiheitsentziehende Maßnahmen</b>									
Stationäre Langzeitpflege	31	9	83	48	40	6	16	16	7
Häusliche Pflege	10	20	18	10	6	9	3	10	4
<b>Schmerz</b>									
Stationäre Langzeitpflege	44	34	50	47	48	29	43	54	42
Häusliche Pflege	50	51	51	59	53	40	46	58	42
<b>Dekubitus</b>									
Stationäre Langzeitpflege	7	3	10	14	5	6	4	7	4
Häusliche Pflege	3	6	5	4	1	2	3	1	3
<b>Stürze</b>									
Stationäre Langzeitpflege (seit Aufnahme)	28	34	20	17	31	36	32	34	28
Häusliche Pflege (letzte 30 Tage)	22	23	13	29	21	29	15	23	21

Die Ergebnisse der RightTimePlaceCare-Studie unterscheiden sich sowohl zwischen den acht beteiligten Ländern als auch zwischen häuslicher und stationärer Pflege teils erheblich. Dabei übertrifft kein Land in allen Merkmalen die anderen. Auch zeigt sich weder die häusliche noch die stationäre Versorgung von Menschen mit Demenz dem jeweils anderen Setting überlegen. Bei den psychotropen Medikamenten beispielsweise weisen die Ergebnisse in allen Ländern auf einen erheblichen Verbesserungsbedarf hin.

Quelle: Meyer et al.; in Anlehnung an Beerens et al. 2014

mit Demenz, die in den eigenen vier Wänden leben, haben somit im Durchschnitt weniger kognitive Beeinträchtigungen und insgesamt ein höheres Maß an Selbstständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens, zum Beispiel bei der Körperpflege oder bei der Nahrungsaufnahme.

**Höchste Lebensqualität in Schweden und England.** In den westeuropäischen Ländern schätzen sowohl die befragten Menschen mit Demenz als auch ihre Bezugspersonen ihre Lebensqualität höher ein als die Befragten in ost- und südeuropäischen Ländern. In Schweden und England haben Menschen mit Demenz demnach die höchste Lebensqualität. In Estland und Spanien ist sie vergleichsweise am niedrigsten. Der durchschnittliche Wert aus allen Teilnehmerländern ergab keinen relevanten Unterschied – sowohl in der Selbsteinschätzung als auch in der Fremdeinschätzung – zwischen stationärer und häuslicher Pflege. Die im

Mittel erhobene Lebensqualität der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer ist insgesamt in beiden Settings eher mäßig.

**Weniger Fixierungen in deutschen Heimen.** Bei der Qualität der pflegerischen Versorgung ergeben sich im Hinblick auf einzelne Indikatoren zum Teil erhebliche Unterschiede zwischen den Ländern. Dabei sind jedoch keine Muster erkennbar: Kein Land weist durchgängig bessere oder schlechtere Ergebnisse in allen Bereichen auf (siehe Tabelle „Pflegequalität im Ländervergleich: große Bandbreite ohne Spitzenreiter“ auf dieser Seite). Zwischen den Settings, das heißt stationäre Langzeitpflege und häusliche Pflege, bestehen ebenfalls Unterschiede. Auch hier ist aber kein Setting im Hinblick auf alle Indikatoren überlegen. In der häuslichen Pflege erhalten Menschen mit Demenz in allen Ländern weniger psychotrop wirksame Medikamente, wie beispielsweise Neuroleptika oder sedierende Medikamente, als

in der stationären Langzeitpflege (im europäischen Mittel: 56 versus 70 Prozent). Allerdings erhalten mit mehr als der Hälfte auch in der häuslichen Pflege zu viele Menschen solche Wirkstoffe. Vergleichbare Ergebnisse ermittelte die Studie bei den freiheitsentziehenden Maßnahmen und dem Dekubitus. In der eigenen Wohnung gepflegte Menschen mit Demenz waren im europäischen Mittel zu knapp zehn Prozent in ihrer Freiheit durch Bettgitter oder Fixiergurte eingeschränkt. Im Heim lag der Anteil hingegen bei 31 Prozent. Dekubitus trat bei knapp drei Prozent der zu Hause gepflegten Menschen auf, aber bei fast sieben Prozent der im Heim gepflegten. Eine Ausnahme bildet hier die Stichprobe aus Deutschland, in der die Ergebnisse dieser beiden Indikatoren der Qualität der Pflege genau umgekehrt ausfallen. Für die Studienteilnehmer in der häuslichen Pflege werden im Vergleich zu denen in der stationären Langzeitpflege im europäischen Mittel mehr Gewichtsverlust (21 versus 15 Prozent) und mehr Schmerz (50 versus 44 Prozent) berichtet. Zwischen Lebensqualität und Indikatoren der Pflegequalität fanden sich einige Zusammenhänge: In der stationären Langzeitpflege war die niedrigere Lebensqualität statistisch signifikant mit Dekubitus assoziiert, in der häuslichen Pflege mit Gewichtsverlust, Sturz und Schmerz.

**Ergebnisse vorsichtig interpretieren.** Einschätzungen der Lebensqualität und der Pflegequalität unterliegen kulturellen und anderen Einflüssen. Ländervergleiche müssen somit vorsichtig interpretiert werden. Sozioökonomische Unterschiede und damit einhergehend mehr oder weniger umfangreiche Ressourcen für die Gesundheitsversorgung könnten der Grund für die unterschiedliche Bewertung der Lebensqualität zwischen westeuropäischen sowie ost- und südeuropäischen Teilnehmerländern sein. Die untersuchten Indikatoren der Pflegequalität erlauben es nicht, ein Land oder ein Pflegesetting als überlegen zu bezeichnen. Vielmehr zeigte sich eine erstaunliche Variation zwischen den Ländern und Settings. Die Rate der Verordnungen psychotroper Medikamente liegt allerdings durchgehend auf hohem Niveau. Zwischen den teilnehmenden Ländern ist jedoch durchaus eine Variation zu beobachten. Frankreich und Spanien fallen mit den höchsten Verordnungsraten auf. In Deutschland erhalten 64 Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer in der stationären Langzeitpflege und 56 Prozent in der häuslichen Pflege mindestens eine Verordnung eines psychotrop wirksamen Medikamentes. Vergleichbare Häufigkeiten haben wir in früheren Analysen bei Heimbewohnern gefunden. Es ist somit höchste Zeit für eine Qualitätsoffensive in Richtung kritische Versorgungspraxis bei Menschen mit Demenz.

Bei den freiheitsentziehenden Maßnahmen fällt in der RightTimePlaceCare-Studie insbesondere die hohe Rate der Anwendung in Spanien auf. In Deutschland werden Menschen mit Demenz in der häuslichen Pflege häufiger in ihrer Freiheit eingeschränkt als in der stationären Langzeitpflege: In Heimen ist demnach hierzulande bei rund neun Prozent der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer die Freiheit beispielsweise durch Bettgitter oder Fixiergurte eingeschränkt, während es im Durchschnitt aller teilnehmenden Länder 31 Prozent sind. Hier zeigt sich möglicherweise, dass die Bemühungen um Qualitätssiche-

rung mit wissenschaftsbasierten Projekten oder Initiativen wie dem „Werdenfeller Weg“ (<http://werdenfeller-weg-original.de>) zur Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen in der stationären Pflege in Deutschland eine Wirkung entfaltet haben. Da in Deutschland, wie auch mit wenigen Ausnahmen europaweit, bislang keine Daten zu freiheitsentziehenden Maßnahmen in der häuslichen Pflege vorliegen, sollten die Ergebnisse von RightTimePlaceCare Anlass für weiterführende Studien sein. Gleiches gilt für die Ergebnisse zum Auftreten von Dekubitus. Allerdings sind die absoluten Teilnehmer-Zahlen bei RightTimePlaceCare klein – die höhere Dekubitus-Rate in der häuslichen Pflege (sechs Prozent) im Vergleich zur stationären Langzeitpflege (drei Prozent) in Deutschland sollte deshalb nicht überinterpretiert werden.

**Forschungsgebiet erkundet.** Die Ergebnisse aus RightTimePlaceCare dienen der Erkundung des Forschungsgebietes. Bei ihrer Interpretation sind potenzielle Begrenzungen zu berücksichtigen. So hat die Studie eine spezifische Gruppe von Menschen mit Demenz am Übergang zwischen häuslicher Pflege und stationärer Langzeitpflege untersucht. Auch sind die Stichproben in den Ländern lokal erhoben, möglicherweise nicht repräsentativ und zudem unterschiedlich groß. Der Vergleich der ausgewählten Indikatoren der Pflegequalität lässt keine Aussage über die Qualität der gesamten Pflegesituation zu. Über den Einfluss des Gesundheitssystems sowie rechtlicher und beruflicher länderspezifischer Rahmenbedingungen auf Ergebnisse der Lebens- und Pflegequalität lässt sich mangels empirischer Untersuchungen keine Aussage treffen. Nicht zuletzt muss betont werden, dass beschreibende Daten, wie die hier diskutierten, keine Schlüsse auf die Ursachen zulassen.

**Daten zur häuslichen Pflege gewinnen.** Bisher ist die häusliche Pflege in Deutschland wenig erforscht. Es bedarf dringend mehr Ressourcen, um das komplexe Zusammenwirken des formellen und informellen Hilfesystems im häuslichen Umfeld besser zu verstehen sowie qualitätsfördernde Konzepte zu entwickeln, zu testen und im Alltag umzusetzen. Die Daten aus RightTimePlaceCare geben Hinweise und eröffnen Forschungsperspektiven. Zudem zeigen sie, dass trotz aller Unterschiede kein Land für sich beanspruchen kann, in allen gemessenen Indikatoren der Pflegequalität herausragend zu sein. Und kein Versorgungsetting ist dem anderen überlegen, auch nicht im Hinblick auf die Lebensqualität von Menschen mit Demenz. ■

---

**Prof. Dr. Gabriele Meyer**, Direktorin des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft sowie Prodekanin für Genderfragen an der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, ist 2015 in den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen berufen worden.

**Kontakt: Gabriele.Meyer@medizin.uni-halle.de**

**Dr. Astrid Stephan**, Master of Science in Nursing, Gesundheits- und Krankenpflegerin, ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

**Kontakt: Astrid.Stephan@medizin.uni-halle.de**

*Literatur bei den Verfasserinnen*

# Patientin muss Mistelpräparat zahlen

Die gesetzlichen Krankenkassen müssen Mistelpräparate in der unterstützenden Krebstherapie nicht finanzieren. Dies hat das Bundessozialgericht entschieden. Auch darf der Gemeinsame Bundesausschuss in den Arzneimittel-Richtlinien festlegen, wann eine Kostenübernahme möglich ist und wann nicht. **Von Anja Mertens**

Urteil vom 15. Dezember 2015  
– B 1 KR 30/15 R –  
Bundessozialgericht

**Die Diagnose Brustkrebs** ist ein Schock. Kaum weniger einschneidend ist die Behandlung, die dann meist folgt: Operation, Bestrahlung oder Chemotherapie. Das erfordert viel Kraft, körperlich wie seelisch, die Lebensqualität kann leiden. Auf der Suche nach sanfteren Behandlungsmöglichkeiten finden viele Betroffene zur Therapie mit Mistelpräparaten. Die Wirksamkeit dieser nicht verschreibungs- aber apothekenpflichtigen Medikamente (OTC-Präparate) ist jedoch wissenschaftlich fragwürdig. Deshalb hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) im Jahr 2004 anthroposophische Mistelpräparate in der kurativ-adjunktiven (unterstützenden) Krebsbehandlung aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gestrichen. Weil sich seinerzeit das Bundesgesundheitsministerium schützend vor die Präparate stellte, ging der Fall vor Gericht. Doch 2011 bestätigte das Bundessozialgericht (BSG) den Ausschluss. Der GBA fasste im April 2012 einen neuerlichen Beschluss. Danach dürfen anthroposophische Mistelpräparate nur in der palliativen Therapie am Lebensende auf Kassenkosten verordnet werden, um Symptome zu lindern. Dass diese Regelung rechtens ist, hat das Bundessozialgericht (BSG) erneut bestätigt.

**Kasse trägt anfangs die Kosten.** Geklagt hatte eine Brustkrebspatientin, der im Juli 2007 ein Mammakarzinom operativ entfernt worden war. Nach der Chemotherapie erhielt sie zunächst zulasten ihrer Kasse das Mistelpräparat Iscador M. Ende

2011 beantragte sie bei ihrer Kasse die Übernahme der Kosten für weitere fünf Jahre. Die Kasse lehnte dies ab. Die Kostenübernahme der Tumorbehandlung mit Mistelpräparaten sei auf die palliative Therapie beschränkt. Nachdem der Widerspruch der Patientin erfolglos blieb, besorgte sie sich das Präparat über eine privatärztliche Verordnung. Dafür zahlte sie aus eigener Tasche 1.504 Euro und klagte gegen die Kasse, verlor aber vor

**Der Bundesausschuss hat die Studienlage komplett berücksichtigt, so die Kasseler Sozialrichter.**

dem Sozial- und dem Landessozialgericht. Daraufhin legte sie Revision beim BSG ein. Doch auch die obersten Sozialrichter bestätigten die Urteile der Vorinstanzen. Diese hätten zu Recht einen Anspruch auf Versorgung mit dem Mistelpräparat verneint. Rezeptfreie, apothekenpflichtige Arzneimittel seien nicht erstattungsfähig (Paragraf 31 und 34 Sozialgesetzbuch V). Der GBA habe das Präparat nicht in die Liste der ausnahmsweise erstattungsfähigen Medikamente aufgenommen. Er dürfe in den Arzneimittel-Richtlinien festlegen, welche nicht

verschreibungspflichtigen Präparate bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen ausnahmsweise verordnet werden können (Paragraf 92 Absatz 1 SGB V). Danach sei Iscador nur palliativ, nicht aber in der adjuvanten Krebstherapie verordnungsfähig.

**Ausschuss hat korrekt gehandelt.** Zugleich stellte das BSG fest, dass der GBA korrekt vorgegangen sei. Zum einen habe er im Vorfeld seiner Entscheidung, das Mistelpräparat nur in der palliativen Therapie als erstattungsfähig einzustufen, die stellungnahmeberechtigten Organisationen (Kassen, Ärzteschaft, Pharmahersteller und Patientenvertreter) angehört. Zum anderen habe er die Studienlage vollständig berücksichtigt. Seine, an den Maßstäben der evidenzbasierten Medizin vorgenommene Bewertung des therapeutischen Nutzens entspreche dem Qualitätsgebot (Paragraf 2 SGB V). Schließlich sei der GBA-Ausschuss „Arzneimittel“ zu dem Schluss gekommen, dass wissenschaftliche Studien den Nutzen der Misteltherapie bei der adjuvanten Behandlung von Tumoren, insbesondere des Mammakarzinoms, infrage stellen.

**Legitimation bestätigt.** Auch stehe die Arzneimittel-Richtlinie im Einklang mit dem Verfassungsrecht, so die obersten Sozialrichter weiter. Der GBA sei hinreichend demokratisch legitimiert, eine solche Regelung in der Arzneimittel-

## TIPP FÜR JURISTEN



Europäisches Vergaberecht, neue Gestaltungsmöglichkeiten für Auftraggeber, Vergabe von Konzessionen, Änderung laufender Aufträge und Kündigung von Aufträgen – diese und weitere Themen behandelt der „11. Deutsche Vergaberechtstag“. Er findet vom 14. bis 16. Juni in Berlin statt. Veranstalter ist Euroforum. Mehr Infos: [www.euroforum.de](http://www.euroforum.de)  
> Veranstaltungen > Konferenzen und Seminar > Recht

Richtlinie zu erlassen. Dem Gesetzgeber stehe es verfassungsrechtlich frei, den GBA zu ermächtigen, in Richtlinien festzulegen, welche OTC-Mittel ausnahmsweise von Vertragsärzten verordnet werden können und welche nicht. Im Bereich der „funktionalen Selbstverwaltung“ fordere das demokratische Prinzip (Artikel 20 Absatz 2 des Grundgesetzes) nicht, dass eine lückenlose personelle Legitimationsskette vom Volk zum Entscheidungsträger vorliegen müsse. Vielmehr genüge es nach den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts (Karlsruher Beschluss vom 10. November 2015, Aktenzeichen 1 BvR 2056/12; siehe *G+G 1/2016, Seite 42–43*), dass die Aufgaben der gemeinsamen Selbstverwaltung gesetzlich ausreichend geregelt seien, deren Entscheidungen der Aufsicht unterliegen und die Interessen der Betroffenen gewahrt sind. Diese Anforderungen seien erfüllt.

**Grundrechte nicht verletzt.** Weiterhin stellte das BSG fest, dass der Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneien aus dem GKV-Leistungskatalog mit dem Grundsatz der Gleichbehandlung, dem Recht auf körperliche Unversehrtheit und dem Sozialstaatsprinzip vereinbar sei. Das Bundesverfassungsgericht habe einen unmittelbaren Leistungsanspruch auf eine krankheitsbedingte Lebensgefahr beschränkt. Dass die Klägerin zum Zeitpunkt ihres Antrags auf Kostenübernahme und danach noch an einer lebensbedrohlichen, tödlich verlaufenden oder vergleichbaren Erkrankung litt (Paragraf 2 Absatz 1a SGB V), sei nicht erkennbar. Dafür gebe es keine Anhaltspunkte, und die Patientin behaupte dies auch nicht. Sie habe mit der OP und der Chemotherapie eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung erhalten. ■

**Kommentar:** Das Bundessozialgericht bestätigt die Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses festzulegen, welche nicht verschreibungspflichtige Arzneien von der Verordnungsfähigkeit ausgeschlossen oder ausnahmsweise vom Vertragsarzt verschrieben werden können – ein Urteil, das die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts erfüllt.

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

	INHALT	AKTUELLER STAND
<b>ARZNEIMITTEL</b>		
Entwurf eines Vierten Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften, Bundestags-Drucksache 18/8034	Umsetzung der EU-Verordnung über klinische Arzneimittelprüfungen; Pflicht, alle Ergebnisse klinischer Arzneimittelstudien zu veröffentlichen; Speicherung detaillierter Zusammenfassungen in öffentlich zugänglicher EU-Datenbank; Abgabe rezeptpflichtiger Präparate nur noch dann, wenn das Rezept bei Arztbesuch ausgestellt wurde.	Erste Lesung im Bundestag war am 14.4.2016. Der Bundesrat hat am 22.4.2016 Stellung genommen.
<b>BEITRAGSFINANZIERUNG</b>		
Entschließung des Bundesrates zur vollständigen paritätischen Finanzierung von Krankenversicherungsbeiträgen, Antrag von Brandenburg, Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Thüringen, Bundesrats-Drucksache 40/16	Aufforderung an die Bundesregierung, zeitnah einen Gesetzentwurf vorzulegen, mit dem die vollständige paritätische Finanzierung von Krankenversicherungsbeiträgen durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber wieder hergestellt wird.	Der Bundesrat hat den Entschließungsantrag am 29.1.2016 in die Ausschüsse überwiesen.
<b>KORRUPTION</b>		
Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen, Bundestags-Drucksache 18/6446	Einführung der Straftatbestände der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen im neuen Paragrafen 299a beziehungsweise 299b Strafgesetzbuch; drei bis fünf Jahre Haft je nach Schwere der Tat	Zweite und dritte Lesung im Bundestag war am 14.4.2016. Der Bundesrat hat am 13.5.2016 zugestimmt.
<b>PFLEGEAUSBILDUNG</b>		
Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG), Bundestags-Drucksache 18/7823	Zusammenführung der drei Ausbildungen in der Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu einem einheitlichem Berufsbild; Aufhebung der Dreigliederung der Pflegeberufe; Ausbildung ist für Auszubildende kostenlos; neue Finanzierungsgrundlagen zur Lastenverteilung auf auszubildende und nicht auszubildende Einrichtungen.	Der Bundesrat hat am 26.2.2016 Stellung genommen. Erste Lesung im Bundestag war am 18.3.2016.
<b>TRANSPLANTATIONSREGISTER</b>		
Entwurf eines Gesetzes zur Errichtung eines Transplantationsregisters, Bundestags-Drucksache 18/8209	Errichtung eines bundesweiten Transplantationsregisters; gesetzlicher Auftrag an GKV-Spitzenverband, Bundesärztekammer und Deutsche Krankenhausgesellschaft, Verträge mit geeigneten Einrichtungen zur Errichtung einer Transplantationsregisterstelle sowie einer unabhängigen Vertrauensstelle zu schließen; Übermittlung und Speicherung von Daten von Organempfängern und lebenden Organspendern nur nach deren ausdrücklicher Einwilligung.	Erste Lesung im Bundestag war am 28.4.2016. Der Bundesrat hat am 13.5.2016 Stellung genommen.

Stand: 13.5.2016



## Internet-Tipp

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

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

## NORDWEST

## Steigende Ausgaben für Arzneimittel

Die Ausgaben für Arzneimittel haben in Schleswig-Holstein vergangenes Jahr ein neues Rekordniveau erreicht: So verordneten die niedergelassenen Ärzte für die rund 2,4 Millionen gesetzlich Versicherten Medikamente im Wert von über 1,2 Milliarden Euro und damit über 45 Millionen Euro oder 3,9 Prozent mehr als ein Jahr zuvor. Insgesamt seien 25,1 Millionen Arzneimittel-Packungen verordnet worden, teilte die AOK NORDWEST auf Basis aktueller Zahlen des GKV-Spitzenverbandes mit. „Besonders die Preise neuer patentgeschützter Arzneimittel treiben die Kosten in die Höhe“, so AOK-Vorstandsvorsitzender **Tom Ackermann**. „Das Problem der freien Preisbildung im ersten Jahr nach der Markteinführung verführt die Pharmafirmen dazu, Mondpreise zu verlangen.“ Ohne politische Eingriffe würden die Ausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung in kurzer Zeit aus dem Ruder laufen und die finanzielle Stabilität des Sozialsystems gefährden. ■



In Euro und Cent: Die Arzneimittelausgaben in Schleswig-Holstein haben vergangenes Jahr ein neues Rekordniveau erreicht.

## SACHSEN-ANHALT

## Erste Hilfe für Kinder

Was mache ich, wenn mein Baby Fieberkrämpfe hat? Wen rufe ich an, wenn mein Kind etwas verschluckt hat? Damit Eltern in solchen und anderen Notfällen wissen, was zu tun ist, bietet die AOK Sachsen-Anhalt ab sofort im ganzen Land Erste-Hilfe-Seminare an. In dem dreistündigen Seminar erläutern **Elias Becker**, Rettungsassistent und Erste-Hilfe-Ausbilder, und sein Team Re-

geln und Sofortmaßnahmen in Notfallsituationen. Dazu zählen Bewusstlosigkeit, Atemnot, Vergiftungen, Verletzungen oder Stromunfälle. Da Kinder keine kleinen Erwachsenen sind, geht das Seminar speziell auf die Besonderheiten ein, die bei erster Hilfe am Säugling und Kleinkind zu beachten sind. Die richtigen Griffe zu üben, nehme Eltern die Angst, im Notfall etwas falsch zu machen, so Becker. An einer Puppe etwa zeigen die Experten, wie eine Herz-Druck-Massage bei einem Kleinkind angewendet wird. ■

## NIEDERSACHSEN

## Erkältungswelle legt viele flach

Der Krankenstand in Niedersachsen ist weiter gestiegen. Der aktuelle Gesundheitsbericht der AOK Niedersachsen weist für 2015 eine Quote von 5,6 Prozent aus. Ein Arbeitnehmer war damit im Schnitt 20,4 Kalendertage arbeitsunfähig. Innerhalb Niedersachsens spreizt sich der Krankenstand von den Landkreisen Vechta und Wittmund mit je 5,1 Prozent bis zum Landkreis Uelzen als Spitzenreiter mit 6,3 Prozent. Umgerechnet bedeutet dies, dass ein Arbeitnehmer aus Uelzen – verglichen mit einem Arbeitnehmer aus Vechta oder Wittmund – im Schnitt vier zusätzliche Tage krank war. Für den Bericht wurden die Krankschreibungen von 1,2 Millionen AOK-versicherten berücksichtigt und verglichen. Im Jahr zuvor lag die Quote für Niedersachsen noch bei 5,4 Prozent, 2013 bei 5,3 Prozent. Als Hauptursache für den erneuten Anstieg sieht die AOK eine Erkältungswelle, die im ersten Quartal 2015 ungewöhnlich stark ausgefallen ist. ■

## AOK aktuell

### Behandlungshistorie schnell und bequem einsehbar

Von einer neuen Kooperation zur Anwendung der elektronischen Behandlungsinformation (eBI) zwischen der AOK Nordost und der Knappschaft profitieren künftig auch die rund 1,75 Millionen Versicherten der Gesundheitskasse. eBI wurde von der Knappschaft entwickelt und liefert wichtige Informationen zur Behandlungshistorie eines Patienten. Dazu gehören Angaben zu Arzneimitteln, Erkrankungen, stationären Aufenthalten sowie zu behandelnden niedergelassenen Ärzten. Bei einem Klinikaufenthalt können die am Projekt beteiligten Häuser die Daten mit Einverständnis des Patienten einsehen und so etwa mögliche Nebenwirkungen verschiedener Medikamente erkennen. Zudem bietet das Programm Unterstützung bei der Arzneimittelanamnese, der Arzneimittelthera-

pie-Sicherheitsprüfung und dem Entlassmanagement sowie eine standardisierte elektronische Kommunikation mit dem weiterbehandelnden Arzt zur Arzneimitteltherapie. „eBI wird die Arzneimitteltherapiesicherheit für unsere Versicherten spürbar verbessern und damit auch die Versorgungsqualität nachhaltig erhöhen“, zeigt sich **Frank Michalak**, Vorstandsvorsitzender der AOK Nordost, überzeugt. Die Partner bei eBI – Knappschaft, Barmer GEK und AOK Nordost – streben nun eine Förderung des Projekts über den Innovationsfonds an. Ziel ist es, eBI innerhalb von vier Jahren in der Regelversorgung zu etablieren. ■



## Beratung auf Türkisch kommt an

Eine erste positive Bilanz ihrer Telefonberatung auf Türkisch, Englisch und Spanisch hat die AOK Hessen gezogen. Die Ergebnisse zeigten, „dass dieser Service für viele Versicherte sehr hilfreich sein kann“, teilte die Gesundheitskasse mit. Besonders viele Anrufer habe 2015 die türkische Hotline verzeichnet. 1.472 Menschen hätten in ihrer Muttersprache beraten werden wollen. Offenbar sei es wesentlich einfacher, alle Aspekte der Beratung zu Leistungen, Beiträgen und Pflege zu erfassen, wenn die Gespräche auf Türkisch erfolgten, so die Einschätzung der AOK Hessen. Auch die englischsprachigen Experten hatten laut AOK mit 662 Anrufen von April bis Dezember 2015 eine „gute Quote“. Bei den spanisch sprechenden Kollegen seien es im selben Zeitraum 277 Anrufe gewesen. ■

## Reha-Anträge digital bearbeitet

Mit einer neuen Internet-Schnittstelle will die AOK Bayern die Bearbeitung der Anträge für eine Rehabilitation nach einem Krankenhausaufenthalt deutlich beschleunigen. Laut Gesundheitskasse können Kliniken die Anträge jetzt direkt online erfassen – der langwierige Postweg falle weg. Die AOK Bayern hat dafür eine entsprechende Software – kurz ARGuS genannt – entwickelt. „Wir können unseren Versicherten damit noch schneller eine Reha-Maßnahme vermitteln. Unnötige und belastende War-



„Merhaba!“ Viele türkischstämmige Versicherte wollen sich in der Muttersprache beraten lassen.

tezeiten werden vermieden“, sagte **Dr. Helmut Platzer**, Vorstandschef der Kasse. Im Schnitt dauert es bisher drei Tage, bis der Reha-Antrag vom Krankenhaus bei der AOK eingeht und erfasst wird. Künftig können die von den Kliniken übermittelten Anträge sofort bearbeitet werden. „Die neue Krankenhaus-Schnittstelle vermeidet Medienbrüche und minimiert den Zeitaufwand der Antragsbearbeitung – sowohl für die Krankenhäuser als auch für die AOK Bayern“, so Platzer. Eigenen Angaben zufolge bearbeitete die Gesundheitskasse vergangenes Jahr knapp 68.000 Anträge auf Rehabilitation nach einem stationären Aufenthalt, was etwa 270 Anträgen pro Werktag entspricht. ■

## Kinzigal geht in die Verlängerung

Die AOK Baden-Württemberg und die Managementgesellschaft Gesundes Kinzigal GmbH haben sich auf die Fort-

führung des Vertrages zur Integrierten Versorgung geeinigt. Der neue, unbefristete Vertrag gilt rückwirkend zum 1. Januar 2016. „Gesundes Kinzigal ist erfolgreich in der Region, sagte **Dr. Christopher Hermann**, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg. „Wir wollen es fortsetzen, weil unsere Versicherten von den umfangreichen und zusätzlichen Angeboten unserer Vertragspartner und der besseren Versorgungssteuerung profitieren.“ Die Begleitforschung zeige, dass sich für die AOK-Versicherten im Kinzigal die Über- und Unterversorgung reduziere und die Ergebnisqualität verbessere. Neu am Vertrag ist die für 2017 vorgesehene Vollbereinigung der vertragsärztlichen Vergütung sowie die Verknüpfung mit den laufenden Verträgen zum AOK-Hausarztprogramm sowie zum AOK-Facharztprogramm. „Mit diesen Neuerungen wollen wir sowohl den Patienten nutzen durch eine vertragsübergreifend koordinierte Steuerung als auch die Wirtschaftlichkeit der Integrierten Versorgung weiter verbessern“,

so **Helmut Hildebrandt**, Vorstand der OptiMedis AG und Geschäftsführer der Gesundes Kinzigal GmbH. ■

## Telegramm

+++ Mithilfe der **Arzneimittelrabattverträge** hat die AOK-Gemeinschaft im vergangenen Jahr knapp 1,5 Milliarden Euro bei den Ausgaben einsparen können. Für die gesetzlichen Krankenkassen insgesamt beliefen sich die Minderausgaben auf rund 3,6 Milliarden Euro. „Nach 1,3 Milliarden Euro im Vorjahr haben wir das Ergebnis 2015 noch einmal verbessern können“, sagte der Vorstandschef der AOK Baden-Württemberg und Verhandlungsführer für die bundesweiten AOK-Arzneimittelrabattverträge, **Dr. Christopher Hermann**, zum Start zweier neuer Vertragstranchen.

+++ Die Anzahl der **Krankenhausbearbeitungen mit der Diagnose Hautkrebs** nimmt in Schleswig-Holstein weiter zu. So seien im Jahr 2014 insgesamt 2.741 Patienten deswegen stationär behandelt worden. Das seien knapp fünf Prozent mehr als noch im Jahr zuvor (2.612) gewesen, teilte die AOK NordWest mit. Die Gesundheitskasse empfahl den Versicherten, kostenfreie Angebote der gesetzlichen Krankenkassen zur Hautkrebs-Früherkennung zu nutzen. „Hautkrebs ist fast immer heilbar, wenn er rechtzeitig erkannt wird“, so AOK-Vorstandschef **Tom Ackermann**. +++

### Arzt-Patient-Beziehung Konsultation fehlt gemeinsame Basis

Unter „Shared Decision Making“ wird das vollständige Teilen aller Informationen rund um eine Diagnose und eine Behandlung verstanden. Von diesem Ideal ist die Arzt-Patient-Beziehung noch weit entfernt. Dieses Fazit lässt sich



aus den Forschungsberichten der Uni Bremen schließen, die jetzt in einem Buch zur Kommunikation in der ärztlichen Praxis aufbereitet wurden. Die Wissenschaftler um Professor Norbert Schmacke hatten Mediziner und Patienten befragt, wie sie die ärztlichen Konsulta-

tionsgespräche erleben. Im Ergebnis zeigt sich, dass es auf dem Weg zu einer partizipativen Entscheidungsfindung an einer gemeinsamen Grundlage mangelt und beide Parteien unterschiedliche Themen in die Gespräche einbringen. Die Patienten wollen wissen, wie sie mit ihrer Erkrankung in ihrem Alltag umgehen können. Die Ärzte hingegen wollen ihre Behandlung erläutern und umsetzen. Die Bedürfnisse der Patienten zu ergründen und dies als Basis für das weitere Vorgehen zu nutzen, sehen sie nicht als Chance. Die befragten Ärzte tendieren dazu, ihre eigene Agenda in den Konsultationen durchzusetzen. In einen Konflikt geraten sie, wenn sie die Präferenzen der Patienten als Widerspruch zu ihrem Heilungsauftrag erleben. Um der gemeinsamen Entscheidungsfindung den Weg zu ebnen, braucht es ein Überdenken der bisherigen Rollenzuschreibungen.

Norbert Schmacke, Petra Richter, Maren Stamer (Hrsg.): **Der schwierige Weg zur Partizipation**. 2016. 296 Seiten. 29,95 Euro. Hogrefe Verlag, Bern.

### Ethik Gute Medizin ist Zuwendung

Eine Krankheit markiert den Abschied aus der gelebten Normalität. Sie suspendiert gewohnte Alltagsabläufe und widerspricht bisherigen Sicherheiten. Professor Giovanni Maio, Medizinethiker aus Freiburg, beschreibt an den Diagnosen Schmerz, Krebs und Demenz, wie sehr eine Krankheit das Leben der Betroffenen durchkreuzt. Solch ein Einschnitt lässt sich laut Maio nur mit einer „Medizin der Zuwendung“ bewältigen. Annehmen, Hoffen, Vertrauen und Verstehen sind dabei die Qualitäten, die sich im Kontakt zwischen Arzt und Patient einstellen müssen. Denn um Heilung zu bewirken, reicht es nicht, ein vorgegebenes ärztliches Konzept umzusetzen. Es muss vor allem das „Beziehungsgeschehen“ geklärt werden, in welchem die Therapien erfolgen. Erst wenn sich Arzt und Patient authentisch begegnen, hat Heilung eine Chance. Die Zuwendung ist es, die das Gegenüber aufwertet und in ihm auch Heilungskräfte



weckt. Die Sprache ist dabei nicht nur rationales Mittel, sondern vor allem eine „Gabe“, mit der sich die Verbundenheit zeigen kann. Ärzte müssen sich nicht nur als professionelle Helfer und medizinische Experten zeigen, sondern dem Patienten auch menschlich begegnen. „Wir können bei einem Patienten alles Mögliche untersuchen, anordnen und behandeln, und doch bleiben all diese Herangehensweisen fruchtlos, wenn sie nicht von Zuwendung begleitet sind“, schreibt Giovanni Maio.

Giovanni Maio: **Den kranken Menschen verstehen**. 2016. 224 Seiten. 19,99 Euro. Herder Verlag, Freiburg, Basel, Wien.

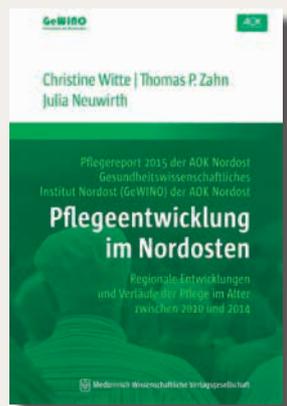
#### SEMINARE | TAGUNGEN | KONGRESSE

<p>■ 12. NATIONALE BRANCHENKONFERENZ GESUNDHEITSWIRTSCHAFT</p>	<p>Patient als Health-Manager, Akademisierung der Pflegeberufe, betriebliche Gesundheitsförderung</p>	<p>13.–14.7.2016 Rostock-Warne- münde</p>	<p>BioCon Valley c/o Agentur WOK GmbH Palisadenstraße 48 10243 Berlin</p>	<p>Tel.: 0 30/49 85 50 31 Fax: 0 30/49 85 50 30 info@konferenz-gesundheitswirtschaft.de www.konferenz-gesundheitswirtschaft.de</p>
<p>■ DATENSCHUTZ IN DER KRANKENVERSICHERUNG</p>	<p>Nutzung von Routinedaten, EU-Datenschutz-Grundverordnung, Digitalisierung und Datenschutz</p>	<p>20.–21.9.2016 Leipzig</p>	<p>Gesundheitsforen Leipzig Hainstraße 16 04109 Leipzig</p>	<p>Tel.: 03 41/9 89 88–339 alissa.weiss@gesundheitsforen.net www.gesundheitsforen.net/datenschutz</p>
<p>■ DEUTSCHER KONGRESS FÜR VERSORGENGSFORSCHUNG</p>	<p>Nutznachweis, Gesundheitsinformationen, Qualitätswettbewerb, regionale Versorgungsplanung</p>	<p>5.–7.10.2016 Berlin</p>	<p>Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung c/o m:con, Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim</p>	<p>Tel.: 06 21/4 10 63 01 Fax: 06 21/4 10 68 03 01 ana.toshkova@mcon-mannheim.de www.dkvf2016.de</p>
<p>■ 15. EUROPÄISCHER GESUNDHEITSKONGRESS</p>	<p>Krankenhausplanung, Digitalisierung, Wettbewerb als Innovationstreiber, Arzneimittelverordnungen</p>	<p>20.–21.10.2016 München</p>	<p>WISO S.E. Consulting GmbH c/o Interplan AG Landsberger Straße 155 80687 München</p>	<p>Tel.: 0 89/54 82 34 50 Fax: 0 89/54 82 34 43 info@gesundheitskongress.de www.gesundheitskongress.de</p>
<p>■ 10. NATIONALER QUALITÄTSKONGRESS</p>	<p>Qualitätsindikatoren für Krankenhausplanung, Zu- und Abschläge der Krankenhausetgelte</p>	<p>1.–2.12.2016 Berlin</p>	<p>Gesundheitsstadt Berlin GmbH Schützenstraße 6 a/Charlottenstraße 77 10117 Berlin</p>	<p>Tel.: 0 30/7 00 11 76 00 Fax: 0 30/7 00 11 76 04 kongress@qualitaetskongress-gesundheit.de www.qualitaetskongress-gesundheit.de</p>

## Pflege

# Aktuelle Daten für künftige Planung

Der Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg gilt vielen Berlinerinnen und Berlinern als Szenebezirk: Kneipen, Straßencafés, Tanzlokale, Tattoo-Studios und bunte Läden für junge Leute finden sich dort haufenweise. Überraschend für viele dürfte indes sein, dass es trotz der sehr jungen Altersstruktur im Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg 24,7 Prozent Menschen in der Altersgruppe 70plus gibt, die pflegebedürftig sind. Das ist der höchste prozentuale Anteil in dieser Altersgruppe in Berlin. Zum



Vergleich: Im eher beschaulichen Treptow-Köpenick waren es 17,1 Prozent. Entnommen sind die Zahlen dem Pflegereport 2015, den das Gesundheitswissenschaftliche Institut der AOK Nordost vorgelegt hat und der jetzt auch als Buch erschienen ist. Auf knapp 70 Seiten fasst der Report regionale Entwicklungen und Verläufe der Pflege in Nordost zwischen den Jahren 2010 und 2014 zusammen. Dabei zeigt sich, dass die Pflegesituation in Nordost – also in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern – vor allem durch Hochaltrigkeit und große regionale Unterschiede geprägt ist. Dank der

Darstellung der Daten bis auf die Kreis- und Stadtbezirksebene liefert der Report zugleich eine differenzierte Planungsgrundlage, um in der Region Pflegeangebote zu organisieren. Also auch im Berliner Szenebezirk Friedrichshain-Kreuzberg.

Christine Witte, Thomas P. Zahn, Julia Neuwirth: **Pflegeentwicklung im Nordosten**. 2016. 84 Seiten. 16,95 Euro. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

## Public Health Einblick in die Forschung

Nach wie vor ist die Familie der entscheidende Ort, wenn es um Gesundheit und Krankheit geht. So sind es in der Regel die Angehörigen, die die Pflege des Erkrankten übernehmen. Auch beeinflussen Mütter und Väter als Vorbilder, wie gesundheitsförderlich oder eben riskant sich ihre Kinder verhalten. In vielen Studien wurde belegt, dass allein das Zusammenleben mit einem Partner für die eigene Gesundheit förderlich ist. Verheiratete haben im Vergleich zu Ledigen eine deutlich höhere Lebenserwartung. Neu aber ist, wie sehr sich der Begriff der Familie seit den 1990er Jahren gewandelt hat. Neben der typischen Klein-



familie sind Alleinerziehende, Distanzbeziehungen, Lebens- und Wohngemeinschaften sowie Regenbogenfamilien in beträchtlicher Anzahl hinzugekommen. Mit dieser Vielfalt ändert sich auch der Ansatz in der Gesundheitsförderung. Zielgruppen sind nicht nur traditionelle Familien, sondern alle Lebensformen mit ihren sozialen Netzen. Der Zusam-

menhang von Familien und Gesundheit ist eines von rund 40 Themen, die für das Handbuch bearbeitet wurden und deren aktueller Forschungsstand wiedergegeben wird.

Klaus Hurrelmann, Oliver Razum (Hrsg.): **Handbuch Gesundheitswissenschaften**. 2016. 1.216 Seiten. 98 Euro. Beltz Juventa Verlag, Weinheim, Basel.

# Zeitschriftenschau

## ■ Bundesausschuss: Prüfung der Legitimation erforderlich

Mit der Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA), den Leistungskatalog der Krankenkassen über Richtlinien zu regeln, beschäftigen sich immer wieder hiesige Gerichte – jüngst auch das Bundesverfassungsgericht (Beschluss vom 10. November 2015, Aktenzeichen BvR 2056/12; siehe G+G 1/2016, Seite 42f.) Dessen Beschluss analysiert Rechtsprofessor Ulrich Gassner von der Universität Augsburg. Karlsruhe habe zwar die Verfassungsbeschwerde eines Patienten als unzulässig verworfen, zugleich aber festgestellt, dass die Legitimation des GBA nicht per se gegeben ist.

**Neue Zeitschrift für Sozialrecht 4/2016, Seite 121–127**

## ■ Krankenhausbehandlung: Rechtsunsicherheit bei neuen Methoden

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz ist die Bewertung stationärer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden neu geregelt worden (Paragraf 137c SGB V). Den großzügigen Beurteilungsspielraum sieht die Hamburger Rechtsprofessorin Dagmar Felix positiv. Problematisch aber sei, dass neben dem GBA auch Kassen und Gerichte prüfen, ob die zu beurteilende neue Methode das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative besitzt. Dies führe zu Rechtsunsicherheit und überfordere die Gerichte.

**Medizinrecht (2016) 34: 93–103**

## ■ Betreuung Hilfebedürftiger: Doppelstrukturen vorhanden

Die Zahl der rechtlichen Betreuungen, die von den Amtsgerichten eingerichtet werden, ist stark gestiegen. Auch das Sozialrecht sieht Betreuungsleistungen vor, etwa für pflegebedürftige und behinderte Menschen. In der Praxis stellt sich daher oftmals die Frage, in welchem Verhältnis die rechtliche und die soziale Betreuung zueinander stehen. Nach Ansicht der Sozialrichter Dr. Carsten Stöltzing und Johannes Greiser ist der sozialen Betreuung Vorrang zu geben. Insbesondere bei stationär untergebrachten Menschen sei eine zusätzliche rechtliche Betreuung oft nicht erforderlich, weil das Heimpersonal viele Betreuungsaufgaben übernehme. Der Gesetzgeber müsse die rechtliche und soziale Betreuung besser aufeinander abstimmen, um Doppelstrukturen zu verhindern.

**Die Sozialgerichtsbarkeit 3/2016, Seite 136–143**

## ■ Fremdsprachige Patienten: Dolmetschendienst geht auf eigene Rechnung

Nach dem Behandlungsvertrag (Paragrafen 630a ff. Bürgerliches Gesetzbuch) müssen Ärzte ihre Patienten umfassend über Diagnose und Therapie aufklären. Patienten, die kein Deutsch können, brauchen einen Dolmetscher. Wer ihn zu zahlen hat, untersucht der Münchner Rechtsprofessor Andreas Spickhoff. Ergebnis: die fremdsprachigen gesetzlich versicherten Patienten selbst. Für Spickhoff aber ist nicht nachvollziehbar, dass GKV-versicherte fremdsprachige Patienten für die ärztliche Aufklärungspflicht zur Kasse gebeten werden. Dies sei systemfremd und gelte es zu ändern. Finanzielle Hindernisse oder die Sorge vor einem „Dambruch“ überzeugen ihn nicht.

**Zeitschrift für das gesamte Medizinrecht 1/2016, Seite 21–31**

# Besser reden in der Praxis

Diagnosen erklären, auf Ängste eingehen, zur Therapie motivieren – dafür brauchen Ärztinnen und Ärzte kommunikative Kompetenzen, meint **Christiane Groß**. Die Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes fordert einschlägige Fortbildungen und mehr Geld für Gespräche.

**Gute Kommunikation ist ein Schlüssel** zum Erfolg. Dies gilt auch für Gespräche zwischen Ärztinnen und Ärzten, Patientinnen und Patienten. Der Deutsche Ärztinnenbund (DÄB) wollte vor Kurzem wissen, wie wichtig Kommunikation für den diagnostischen und therapeutischen Prozess ist, woran sie häufig scheitert und ob Leitfäden und verpflichtende Fortbildungsangebote im Berufsalltag weiterhelfen. Besonders interessiert hat uns die Frage, ob Ärztinnen tatsächlich emotionaler kommunizieren und ob Patienten mit Ärztinnen zufriedener sind als mit ihren männlichen Kollegen. Dazu haben wir mit Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern verschiedener Universitäten gesprochen. Die Antworten sind in unserer Verbandszeitschrift „Ärztin“ nachzulesen ([www.aerztinnenbund.de](http://www.aerztinnenbund.de) > Presse > Die ÄRZTIN > Ausgabe 2/2015).

**Gesprächskompetenzen erweitern.** Ein Ergebnis unserer Recherche: Oft wirft man Ärztinnen und Ärzten gravierende Kommunikationsprobleme vor. Dies kann vielfältige Ursachen haben und liegt an den Kommunikationskompetenzen, die sich je nach Persönlichkeit unterscheiden, wie Dr. Nicole Ernstmann beim letzten Deutschen Ärztetag erläuterte. Bei der jüngeren Generation hat sich bereits einiges gewandelt, denn es gibt inzwischen zahlreiche medizinische Fakultäten, die vom ersten Semester an Kommunikationstrainings anbieten. Ärztinnen und Ärzte können jedoch auch im fortgeschrittenen Berufsalltag lernen, besser mit ihren Patientinnen und Patienten zu kommunizieren.

Eine Studie von Dr. Gregor Weißflog von der Universität Leipzig hat gezeigt, dass Ärztinnen länger und damit intensiver mit ihren Patientinnen und Patienten sprechen und dass es durchaus eine Rolle spielt, ob ein Patient oder eine Patientin

auf einen Arzt oder auf eine Ärztin trifft. Gefragt nach ihrer Zufriedenheit antworteten Patientinnen und Patienten in der Studie, dass Ärztinnen in ihren Gesprächen zum Beispiel familiäre und sonstige Lebenssituationen in größerem Umfang berücksichtigten. Besonders gut bewerteten die Befragten Gespräche, in denen eine Ärztin eine Patientin betreut. Bis zu 80 Prozent der Patientinnen fühlten ihre gesamte Lebenssituation bei einer Ärztin sehr gut berücksichtigt, bei einem Arzt waren es zwischen 64 und 69 Prozent. Viele Studien belegen zudem, dass Ärztinnen emotionaler kommunizieren und dabei einen stärker patientenzentrierten Stil pflegen. Vereinfacht gesagt: Im Gegensatz zum weiblichen Kommunikationsstil ist der männliche eher sachlich und dominant.

**Ärztinnen fragen genauer nach.** Schon im Jahr 2008 konnte in einer großen Studie mit 50.000 Diabeteserkrankten gezeigt werden, dass Ärztinnen bessere Ergebnisse erzielen als Ärzte: Ihre Patienten – Frauen und Männer – haben bessere Blutdruck- und Cholesterinwerte, besuchen häufiger Diabetikerschulungen und kommen mit weniger Diabetesmedikamenten aus. In einer Studie aus dem Jahr 2009 zur leitliniengerechten Therapie bei der chronischen Herzinsuffizienz wurde das Kommunikationsverhalten von Ärztinnen und Ärzten ausgewertet. Es stellte sich heraus, dass Ärztinnen genauer als männliche Kollegen nach der Krankengeschichte fragten und eher auf Ängste eingingen. Zudem besprachen sie die Diagnose und das weitere Vorgehen ausführlicher. Das bedeutete allerdings einen höheren Zeiteinsatz pro Patient/Patientin.

**Lernziele formulieren.** Wir treten beim Deutschen Ärztinnenbund für berufsbegleitende Fortbildungen zum Kommunikationsverhalten ein. Hier sind zum Beispiel Ärztekammern und die Kassenärztlichen Vereinigungen gefragt. Die medizinischen Fakultäten sind herausgefordert, kommunikative Lernziele zu formulieren und Kommunikationskompetenzen in ihre Curricula zu integrieren. Es gibt bereits zahlreiche frei verfügbare Angebote zum Download – zum Beispiel von der Ärztekammer Nordrhein.

Das Problem der unterbezahlten oder gar nicht bezahlten Gesprächszeit ist seit Langem bekannt: Daher müssen wir nicht nur die sprechende Medizin weiter einfordern, sondern auch entsprechend honorieren. ■

**Dr. med. Christiane Groß, M.A.**, ist Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes. **Kontakt:** [gsdaeb@aerztinnenbund.de](mailto:gsdaeb@aerztinnenbund.de)

## Leserforum

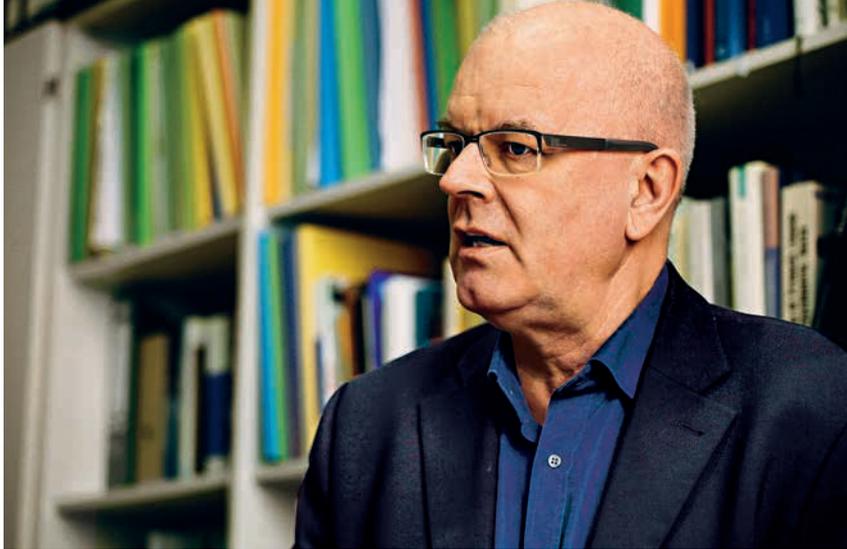


### Ihre Meinung ist gefragt.

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

Oder schreiben Sie uns:

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Findet es fatal, wenn im Umgang mit kranken Menschen Kaufleute den Ton angeben: Professor Dr. Heinz-Peter Schmiedebach im G+G-Interview.

G+G 4/2016

„Kunst und Kultur gehören in die Medizin“

## Es bedarf auch der kaufmännischen Brille

Danke für dieses interessante Interview mit Herrn Professor Schmiedebach. Teile seiner Ausführungen weiten unsere immer noch sehr enge Sicht auf die Medizin. Dazu gehört auch die Empfehlung Schmiedebachs an junge Ärztinnen und Ärzte, den Menschen nicht auf das Körperliche zu reduzieren. Man möchte meinen, das sei längst selbstverständlich unter Medizinern, ist es aber nicht. Umso wichtiger ist der Appell des Medizinlehrers an der Berliner Charité. Widersprechen muss ich Herrn Schmiedebach allerdings in seiner Einschätzung, es sei nicht gut für die Medizin, wenn „Kaufleute im Krankenhaus den Ton angeben“. Noch gibt es – Gott sein Dank – an der Spitze vieler Kliniken in Deutschland ein Dreigestirn aus Geschäftsführer, Ärztlichem Direktor und Pflegedirektor. Es geht also nicht nur um Bilanzen. Dass alle drei auch (!) eine kaufmännische Brille bei ihrem Tun aufsetzen sollten, halte ich nicht für verwerflich. Die verantwortlichen Personen in einem Krankenhaus haben an die Patienten zu denken, die sich dorthin zur Behandlung begeben. Klar. Aber sie haben auch an die Verluste in Euro und Cent zu denken, die sie bei unwirtschaftlichem Handeln produzieren. Denn was wäre denn die Folge, würden sie das nicht tun und sich nicht auch wie fleißige Kaufleute verhalten?

Das Krankenhaus schiebe rote Zahlen, müsste schließen und die Patienten stünden vor verschlossenen Türen. Auch das wäre in gewisser Weise unethisch.

W. H., Kassel

G+G 4/2016

Keine Angst vor Gesundheits-Apps

## Gesundheit to go

Doch, ich habe heftige Vorbehalte gegenüber einer Ausbreitung von Gesundheits-Apps, und der Beitrag von Niklas Veltkamp verstärkt diese Vorbehalte. Da lese ich vom steten Zwang zur Veränderung – wegen Konkurrenz und Innovationsdruck. Wenn wir nicht das ganze Gesundheitssystem digitalisieren, überholen uns andere, so verstehe ich den Bitkom-Experten. Aber besser eine Weile länger nachdenken über Qualität, Datenschutz und Nutzen von digitalen Gesundheitsanwendungen, als den Propheten einer Gesundheit to go auf den Leim zu gehen, die hauptsächlich kommerzielle Interessen im Blick haben. „Zulassungsprozesse müssen an das Tempo digitaler Entwicklungen angepasst werden“, schreibt der Autor des Debattenbeitrags. Widerspruch: Bei der Prüfung und Zulassung von Gesundheits-Apps muss Genauigkeit vor Geschwindigkeit gehen. Es muss von neutraler Seite analysiert werden, ob ihre Anwendung sicher ist und auch den Interessen von Patientinnen und Patienten dient.

O. S., Hannover

# BECKs Betrachtungen



Ehepaare streiten heute nicht mehr. Man schickt sich vielmehr Links zu „interessanten“ Texten, die die jeweilige Meinung bekräftigen...

» c E 8



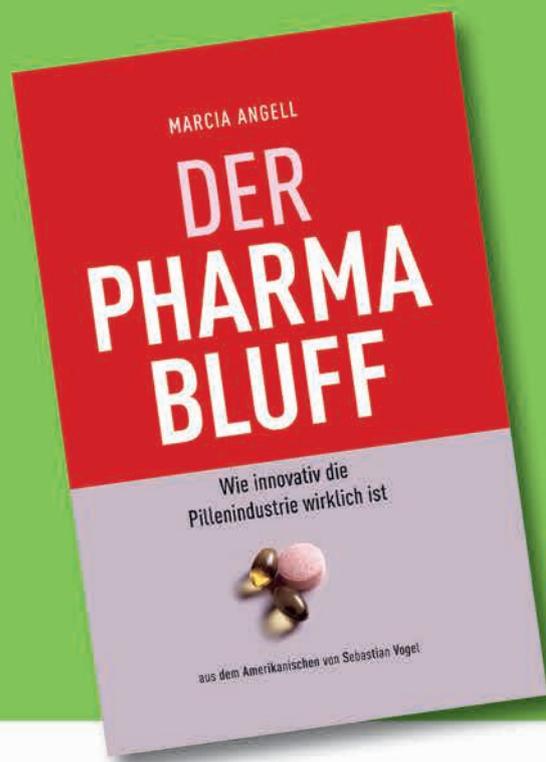
Der gebürtige Leipziger BECK studierte Architektur und Grafik, bevor er durch Veröffentlichungen in der »taz«, im »Eulenspiegel« und in der »Zeit« als Cartoonist und Illustrator bekannt wurde. Nach »Meister der komischen Kunst: BECK« (Verlag Antje Kunst-

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

# Ist die neue Pille auch die bessere?

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

*The New York Times*



## Ja, ich bestelle ...



per Fax: 030 220 11-105  
oder per Mail: [verlag@kompart.de](mailto:verlag@kompart.de)

Marcia Angell **Der Pharma-Bluff**

**Wie innovativ die Pillenindustrie wirklich ist**

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

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

(zzgl. 2,50 Euro Verpackung und Versand)

Lieferung gegen Rechnung  per Bankeinzug

Vor- und Zuname

Straße, Haus-Nr.

PLZ

Ort

IBAN

BIC

Datum, Unterschrift

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

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

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

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

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

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

Gesundheit in besten Händen

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