



**GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT**

**INTERVIEW**

Wie die Selbstverwaltung  
Gesundheit gestalten will

**MEDIZINPRODUKTE**

Wo das neue Europarecht  
nicht reicht



# Mehr Routine, weniger Schnitzer

Warum Mindestmengen die Qualität  
von Operationen erhöhen

Die Pressestellen der AOK

# 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  
Pressereferent: Michael Bernatek  
Pressereferentin: Christine Göpner-Reinecke  
Pressereferent: Peter Willenborg

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

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

## **AOK BADEN-WÜRTTEMBERG**

Hauptverwaltung  
Pressesprecher: Kurt Wesselsky

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

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

## **AOK BAYERN – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Zentrale  
Pressesprecher: Michael Leonhart

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

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

## **AOK BREMEN/BREMERHAVEN**

Pressesprecher: Jörn Hons

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

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

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

Direktion  
Pressesprecher: Ralf Metzger

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

Tel. 06 172/272-161  
Fax: 06 172/272-139

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

Direktion  
Pressesprecher: Carsten Sievers

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

Tel. 05 11/87 01-10123  
Fax: 05 11/2 85-331 0123

## **AOK NORDOST – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Pressesprecherin: Gabriele Rähse

Wilhelmstraße 1  
10963 Berlin  
presse@nordost.aok.de

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

## **AOK NORDWEST – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Pressesprecher: Jens Kuschel

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

Tel. 02 31/4193-10145

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

Tel. 04 31/6 05-21171

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

Pressesprecherin: Dr. Ellen von Itter

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

Tel. 02 11/87 91-1038  
Fax: 02 11/87 91-1145

## **AOK RHEINLAND-PFALZ/SAARLAND – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Pressereferent: Jan Rößler

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

Tel. 06 351/4 03-419  
Fax: 06 351/4 03-701

## **AOK PLUS – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR SACHSEN UND THÜRINGEN**

Pressesprecherin: Hannelore Strobel

Sternplatz 7  
01067 Dresden  
presse@plus.aok.de

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

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

Pressesprecherin: Anna-Kristina Mahler

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

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

# Von der Spitze in die Breite

Auf regionaler Ebene lassen sich innovative Ideen zur Gesundheitsversorgung leichter umsetzen, meint **Josef Hilbert**. Der Sprecher des Netzwerks der Gesundheitsregionen empfiehlt, die breite Anwendung frühzeitig vorzubereiten.

**Die Gesundheitsbranche** wächst. Sie entwickelt sich zunehmend zum Innovationstreiber mit großer Bedeutung für die Zukunftsfähigkeit des Standorts Deutschland. Die weltweit steigende Nachfrage nach gesundheitsbezogenen Produkten und Dienstleistungen hat mehrere Regionen dazu motiviert, ihre einschlägigen Kompetenzen zu identifizieren, weiterzuentwickeln und sich nach innen wie außen zu profilieren. Viele dieser Gesundheitsregionen feiern gerade Jubiläum: Vor etwa zehn bis 15 Jahren hat die Bewegung begonnen. Von der Entwicklung in den Gesundheitsregionen soll nicht nur die Bevölkerung profitieren, indem sich ihre Gesundheit und Lebensqualität verbessert. Die Regionen setzen auch positive Akzente für mehr und bessere Arbeitsplätze sowie für nachhaltiges Wirtschaftswachstum. Das Bundesforschungsministerium hat die Bewegung mit zwei Förderprogrammen unterstützt. Auch fast alle Länderregierungen haben ideell und finanziell Beistand geleistet. Von den bundesweit 60 bis 80 Gesundheitsregionen haben sich 19 größere im Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen (NDGR) zusammengeschlossen.

Die ersten Jahre der Gesundheitsregionen gehörten dem Aufbruch und dem Paradigmenwechsel vom Kosten- zum Wachstumsfaktor. Gesundheit verursacht gesamtwirtschaftlich zwar hohe Kosten. Das Geld ist aber gut angelegt, denn es schafft nicht nur Gesundheit und Sicherheit, sondern Gesundheit ist auch zu einem der kräftigsten Zukunftstreiber der Wirtschaft geworden. Aktuelle Berechnungen des Bundeswirtschaftsministeriums belegen, dass allein die industriellen Komponenten der Gesundheitswirtschaft (rund 920.000 Erwerbstätige arbeiten in diesem Bereich) für genauso viel Beschäftigung sorgen, wie die Automobilindustrie.

Nach dem Aufbruch kamen für die Gesundheitsregionen Jahre der Pionierarbeit. Eine zukunftsfähige Gesundheitswirtschaft muss weg vom Denken und Handeln in Sektoren und braucht eine neue Kultur der Kooperation. Diese kann vor allem in

## Die Gesundheitswirtschaft braucht eine Kultur der Kooperation.

Gemeinschaftsprojekten entstehen und gedeihen. Wer ist hier besser vorbereitet als die Gesundheitsregionen, um die dafür notwendigen Innovationspartnerschaften zusammenzustellen und die Umsetzung zu moderieren? Zahlreiche Projekte und Aktivitäten zeigen, dass die Richtung stimmt und Früchte trägt – zuletzt etwa beim Innovationsfonds, den die Bundesregierung aufgelegt hat, um neue Versorgungsformen zu fördern.

Aber die Innovationskraft der Regionen stößt an Grenzen. Viele Projekte sind erfolgreiche Rohrkrepierer: Sie bewähren sich in Pilotversuchen, finden aber keinen Weg in die breite Umsetzung. Die Ursachen dafür sind vielfältig. Oft erlauben die Rahmenbedingungen für neue Produkte und Dienstleistungen keine Erstattungen aus den Sozialversicherungen. Nicht selten zeigt sich aber auch, dass die Pioniere viel zu spät damit anfangen, sich für die Zeit nach dem Ende eines Pilotversuchs um die breitflächige Anwendung zu kümmern.

Gesundheitspolitik und ihre Vordenker setzen mehr denn je große Hoffnungen auf die regionale Ebene. Um diese voll zur Geltung zu bringen, ist eine Weiterentwicklung der Arbeitsbedingungen von Gesundheitsregionen unerlässlich. Die Regionen selbst müssen Wege finden, um ihre Leistungen und Erneuerungen breitflächig und langfristig abzusichern. Und die große Gesundheitspolitik ist gefordert, für erfolgreiche Erneuerungen von unten die Bedingungen zur Umsetzung zu verbessern.

Die Berliner Debatten über die Weiterentwicklung des Innovationsfonds und über einen „Innovation Fasttrack“ vermitteln Zuversicht. Das NDGR wird mit seinen Mitgliedsregionen und der Gesundheitspolitik daran arbeiten, dass für die Regionen nach den Jahren des Aufbruchs und der Pionierarbeit die Wege in die Breitenwirkung erleichtert werden. Orientierung dafür wird eine „ZukunftsAgenda-Gesundheit 2025“ eröffnen, die das Netzwerk derzeit mit weiteren Organisationen der Gesundheitswirtschaft erarbeitet. ■



**Prof. Dr. Josef Hilbert**, 62, ist seit 2011 Geschäftsführender Direktor des Instituts Arbeit und Technik (IAT) der Westfälischen Hochschule Gelsenkirchen Bocholt Recklinghausen und leitet dort den Forschungsschwerpunkt Gesundheitswirtschaft und Lebensqualität. Der Soziologe lehrt seit 2014 als Honorarprofessor an der Medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum und ist Sprecher des Netzwerks Deutscher Gesundheitsregionen (NDGR e.V.). Hilbert liebt Fußball und ist Fan von Schalke 04.

**Kontakt:** [Hilbert@iat.eu](mailto:Hilbert@iat.eu)

## Mehr Routine bitte!



H.-B. Henkel-Hoving,  
Chefredakteur

**Mindestmengen im Krankenhaus?** Das klingt nach Bürokratie, nach Kontrolle, nach Technokraten-Jargon. Doch hinter dem sperrigen Begriff steckt ein gutes Stück Patientensicherheit. Denn je mehr Routine Kliniken mit komplexen Operationen haben, desto geringer ist die Komplikationsrate, desto seltener sind Todesfälle zu beklagen.

Das zeigen für Deutschland nicht nur Analysen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK, das machen auch Beispiele aus dem Ausland deutlich. So hatten Neugeborene noch in den 1980er Jahren in Portugal eine deutlich schlechtere Überlebenschance als in anderen Teilen Europas. Dank eines radikalen Umbaus der Geburtshilfe und einer Mindestmenge von 1.500 Geburten jährlich je Klinik ist die Sterberate bei Säuglingen erheblich gesunken. Unseren niederländischen Nachbarn ist es mithilfe von **Mindestmengen für bestimmte Operationen an der Bauchspeicheldrüse** sogar gelungen, die **Sterblichkeitsrate fast zu halbieren**.

Höchste Zeit also, dass die Politik hierzulande von den Kliniken für mehr Eingriffe als bisher Mindestmengen verlangt – auf eine konsequente Umsetzung dieser Vorgaben werden nicht zuletzt die Versicherten- und Arbeitgebervertreter in der gesetzlichen Krankenversicherung achten. Anders als Aufsichtsräte in der Wirtschaft hätten die **Verwaltungsräte der Krankenkassen** eben nicht nur eine Kontrollfunktion, sondern auch einen **sozialpolitischen Gestaltungsauftrag**, wie Fritz Schösser und Dr. Volker Hansen betonen. Statt Technokraten-Jargon sprechen die beiden obersten Selbstverwalter des AOK-Bundesverbandes im G+G-Interview denn auch Tacheles.

Eine anregende Lektüre wünscht Ihnen

  
henkelhoving@kompart.de



Engagierte Sozialpartner: Die Aufsichtsratsvorsitzenden des AOK-Bundesverbandes, Dr. Volker Hansen und Fritz Schösser (von links) beim G+G-Interview in Berlin.

### MAGAZIN

#### 14 HEILSBINGER ODER SEIFENBLASE?

Die private Krankenversicherung sieht sich als den Türöffner für medizinische Innovationen. Eine steile These, die so nicht im Raum stehen bleiben kann.

Von Klaus Jacobs und Gerhard Schillinger

#### 16 HAUSÄRZTE IM QUALITÄTSDIALOG

Das Projekt „Qualität in Arztnetzen – Transparenz mit Routinedaten“ zieht weitere Kreise: Nun nehmen auch die Thüringer Hausärzte daran teil.

Von Sonja Milde

#### 17 PLATTFORM BRINGT PRÄVENTION IN BETRIEBE

Kleinere Firmen nutzen Angebote zur betrieblichen Gesundheitsförderung selten. Koordinierungsstellen sollen ihnen den Zugang zur Prävention erleichtern.

Von Sylvia Böhme und Patricia Lück

#### 18 ZUTATEN FÜR DEN WETTBEWERB

Der Wettbewerb im Gesundheitswesen ist noch längst nicht in Schwung. Wo es klemmt, machten Experten auf einer Tagung in Stuttgart deutlich.

Von Ines Körver

#### 19 „DAS HAT ETWAS VON EINEM KRIMI“

Die kürzlich im Fernsehen gelaufene Serie über die Charité war ein Zuschauermagnet. Das große Interesse erfreut Thomas Schnalke. Der Arzt und Historiker hatte die Drehbuchautorinnen beraten.

### RUBRIKEN

9 **Rundruf** Gute Lösung für die Pflegeausbildung?

13 **Kommentar** Medizinstudium: Zuwendung ist heilsam

42 **Recht** Arzneimittel: Ein Maßstab für den Off-Label-Use

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

46 **Service** Bücher, Termine und mehr

48 **Debatte** Telemedizin: Zukunft gestalten sieht anders aus

49 **Nachlese** Briefe an die Redaktion

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

50 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen



# 20

Analysiert: Die Bedeutung von Mindestmengen für die Qualität der Krankenhausbehandlung

## TITEL

### 20 MEHR ROUTINE, WENIGER SCHNITZER

Kliniken, Ärzte und Bundesländer tun sich schwer damit, Mindestmengen für bestimmte Operationen umzusetzen. Andere Staaten in Europa sind da weiter.  
Von Jürgen Malzahn

## THEMEN

**28 „HÖRT AUF DIE SELBSTVERWALTUNG!“**  
Schwachstellen schwarz-roter Gesundheitspolitik, Stärken der selbstverwalteten Krankenversicherung – die AOK-Aufsichtsratsvorsitzenden Volker Hansen und Fritz Schösser reden im G+G-Interview Klartext.

**34 MEDIZINPRODUKTE: REFORM MIT RESTRISIKO**  
Die neue europäische Medizinprodukte-Verordnung ist seit Kurzem in Kraft. Das neue Regelwerk trägt nur bedingt dazu bei, die Patientensicherheit zu erhöhen.  
Von Gerhard Schillinger, Jürgen Malzahn, Evert Jan van Lente, Anja Mertens und Elisabeth Reker-Barske



**28** Befragt: Die AOK-Aufsichtsratsvorsitzenden Volker Hansen (li.) und Fritz Schösser



**34** Durchleuchtet: Die Dollpunkte der europäischen Medizinprodukte-Verordnung

## PRÄVENTION

## Rad-Aktion startet mit Kunst und Kultur

Die internationale Kunstausstellung documenta 14 bildet in diesem Jahr den Rahmen für die Mitmachaktion „Mit dem Rad zur Arbeit“ von Allgemeinem Deutschen Fahrrad-Club (ADFC) und AOK. Die documenta, die vom 10. Juni bis zum 17. September stattfindet, erschließe sich am besten auf dem Sattel, teilten die Vertreter von ADFC und Gesundheitskasse zum Auftakt ihrer Aktion am 1. Mai in der documenta-Stadt Kassel mit. Die Organisatoren setzen auf das bewährte Konzept, an mindestens 20 Tagen von Mai bis August mit dem Fahrrad in den Betrieb zu fahren. In diesem Jahr soll bei der Zahl der Teilnehmer die Zwei-Millionen-Marke fallen. ■

**MEHR INFOS:** [www.mit-dem-rad-zur-arbeit.de](http://www.mit-dem-rad-zur-arbeit.de)

## KARDIOLOGEN

## Herzrisiko für Amateur-Kicker

Es sind vor allem Amateure und nicht so sehr professionelle Leistungssportler, die ein erhöhtes Risiko für einen plötzlichen Herztod beim Sport tragen. Darauf haben Experten anlässlich der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie in Mannheim hingewiesen. „Unsere Daten zeigen, dass der plötzliche Herztod beim Sport fast ausschließlich ambitionierte Freizeitsportler betrifft. In unserem deutschlandweiten Register sind nur vier professionelle Athleten betroffen“, sagte Dr. Philipp Böhm, Forscher am Universitären Herzzentrum Zürich und Leiter des deutschen



Gut für Umwelt und Gesundheit: Seit 16 Jahren heißt es im Sommer „Mit dem Rad zur Arbeit“.

Sudden Cardiac Death Register. In dieser Datenbank wurden über einen Zeitraum von viereinhalb Jahren 265 Fälle von plötzlichem Herzstillstand beim Sport erfasst. Fast ausschließlich waren Männer betroffen, das Durchschnittsalter lag bei 47 Jahren. Die Todesfälle ereigneten sich am häufigsten bei den Sportarten, die in Deutschland am populärsten sind: Fußballspielen und Laufen. ■

**MEHR INFOS:** [www.scd-deutschland.de](http://www.scd-deutschland.de)

## ERNÄHRUNG

## Süße Verführung im Internet

Mehr als 60 Prozent aller Webseiten für Lebensmittel beinhalten spezielle Elemente, mit denen Kinder gezielt zum Konsum animiert werden sollen. Das geht aus einer Studie der Universität Hamburg im Auftrag des AOK-Bundesverbandes hervor. Unter den 301 untersuchten Internetauftritten rangieren laut Studie besonders viele Unternehmen, die sich auf EU-Ebene freiwillig verpflichtet haben, auf Kindermarketing zu verzich-

ten. In den meisten Fällen handelt es sich um Produkte mit zu hohem Zucker-, Salz- oder Fettgehalt, die das Risiko für eine kindliche Adipositas stark erhöhen. ■

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

INNOVATIONSFONDS  
Fördermittel für zehn AOK-Projekte

Auch im Rahmen der zweiten Förderwelle des Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss werden mehrere Projekte mit Beteiligung der AOK gefördert. Die Bandbreite

reicht von der geriatrischen Versorgung bis hin zu Angeboten für Menschen mit Behinderungen, Krebserkrankungen oder Schlaganfällen. „Gute Versorgung findet vor Ort statt. Deshalb wundert es nicht, dass die AOK bei den vom Innovationsfonds unterstützten Projekten erneut stark vertreten ist. Die sehr unterschiedlichen Ideen eint, dass sie sektorale Grenzen überwinden und neue Formen der Zusammenarbeit schaffen“, sagte Martin Litsch, Vorstandschef des AOK-Bundesverbandes. Die Mittel des Innovationsfonds speisen sich vollständig aus Beitragsgeldern der gesetzlichen Krankenversicherung. ■

## kurz &amp; bündig

**+++ BLUTHOCHDRUCK:** Nach Angaben der Deutschen Hochdruckliga leiden rund 20 bis 30 Millionen Bundesbürger an einem zu hohen Blutdruck, der unerkannt zu schweren Erkrankungen führen könne. Für die erfolgreiche Behandlung des Bluthochdrucks sei es jedoch wichtig, dass Arzt und Patient im Dialog miteinander über die Therapie entscheiden und die Verantwortung für die festgelegten Ziele gemeinsam tragen, hieß es. **+++ SCHULWETTBEWERB:** Das Gymnasium Salzgitter-Bad hat nach 2012 zum zweiten Mal den bundesweiten AOK-Schulmeister-Wettbewerb gewonnen. Die niedersächsischen Schüler dürfen sich jetzt auf ein Exklusiv-Konzert mit den Künstlern MoTrip, Namika und Keyef in ihrer Heimatstadt freuen. Ziel des Wettbewerbs ist es, junge Menschen zu mehr Bewegung zu motivieren.



# 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“: .....

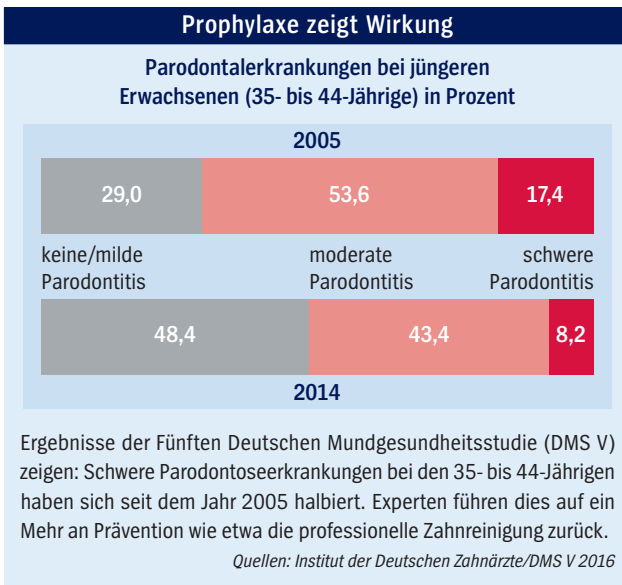
PLZ/Ort ..... Datum, Unterschrift .....

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.



## MUNDGESUNDHEIT Parodontitis auf dem Rückzug

Die Zahl der Menschen mit Parodontalerkrankungen in Deutschland nimmt laut Bundeszahnärztekammer (BZÄK) ab. Ergebnisse der Fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie zeigten, dass sich schwere Parodontalerkrankungen in der Altersgruppe der jüngeren Erwachsenen (35- bis 44-Jährige) seit dem Jahr 2005 halbiert haben (siehe Grafik). Auch bei jüngeren Senioren (65- bis 74-Jährige) sei ein deutlich rückläufiger Trend bei der Parodontitis zu verzeichnen. Die Zahlen belegten, dass Präventionsangebote wie professionelle Zahnreinigung sowie ein „verbessertes Mundgesundheitsbewusstsein“ fruchteten, betonte der Vizepräsident der BZÄK, Professor Dr. Dietmar Oesterreich. ■



## BEGUTACHTUNG MDK registriert mehr Pflegeanträge

Die Überleitung von den alten Pflegestufen auf die fünf neuen Pflegegrade ist nach

## Zitat des Monats

**Man muss sich irren, man muss unvorsichtig sein, man muss verrückt sein. Sonst ist man krank.**

**Jacques Brel** (1929–1978), belgischer Chansonnier und Schauspieler

Einschätzung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen (MDK) in den ersten Monaten des Jahres weitestgehend reibungslos verlaufen. Die Resonanz bei den Versicherten und Gutachtern sei positiv, die Kassen seien für einen weiter zu erwartenden Anstieg der Fallzahlen gut gerüstet, hieß es in einer ersten Bilanz des MDK. Mit der Umstellung von Pflegestufen auf fünf Pflegegrade stieg laut MDK die Zahl der als pflegebedürftig erfassten Menschen an: Knapp

54.000 Pflegebedürftige wurden in Pflegegrad 2 eingestuft. 2.100 erhielten den höchsten Pflegegrad 5. ■

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

## INKLUSION München hat die wenigsten Hürden

München belegt in Sachen Barrierefreiheit den ersten Platz unter den fünf einwohnerstärksten Städten Deutschlands. Das ergab eine Umfrage des Marktforschungsinstituts Innofact AG im Auftrag der Aktion Mensch. Die bayerische Landeshauptstadt belegt in der Gesamtbewertung bereits zum dritten Mal in Folge den ersten Platz. So gaben 42 Prozent der Münchner an, dass ihre Stadt viel für Menschen mit Behinderung tut. Bundesweit stimmen dieser Aussage 30 Prozent zu. Auf den Plätzen drei bis fünf folgen die Metropolen Berlin, Hamburg und Köln. Für die Studie wurden online 2.044 Menschen zwischen 18 und 65 Jahren in den betreffenden Städten sowie bundesweit weitere 1.000 Bundesbürger zwischen 18 und 65 Jahren befragt. Anlass der Umfrage war der Europäische Protesttag zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderung am 5. Mai. ■

## PFLGEBERUFE Weiter Kritik an Ausbildungs-Reform

Der Kompromiss zum Umbau der Pflegeausbildung steht weiter in der Kritik. Das Konzept bleibe hinter den Zielen zurück, hieß es beim Deutschen Pflegerat. Das Bündnis für Altenpflege erklärte, der Kompromiss lasse viele Fragen offen. Die Ausbildungsreform sieht vor, den Einzelabschluss in der Krankenpflege abzuschaffen. In allen Pflegeschulen beginnt die Ausbildung mit einer zweijährigen generalistischen Lehre. Danach entscheiden die Auszubildenden, ob sie im dritten Jahr die allgemeine Ausbildung mit einem bestimmten Schwerpunkt fortsetzen oder in der Kinderkranken- oder der Altenpflege den klassischen Abschluss wählen. Einen Einzelabschluss in der Krankenpflege soll es künftig nicht mehr geben. Die Ausbildung soll über einen Fonds finanziert werden, dadurch würden die in mehreren Bundesländern erhobenen Schulgebühren entfallen. In Kraft treten soll die Reform 2019. ■

*Siehe auch Rundruf auf Seite 9.*

## GEDENKTAG Würdigung der Pflege-Profis

In Deutschland und weltweit haben Pflegeverbände am 12. Mai den „Internationalen Tag der Pflegenden“ begangen. Der Tag wird jedes Jahr vom Weltverband der Pflegeberufe ICN ausgerufen. Er soll die Leistung der professionell Pflegenden würdigen, deren Pionierin Florence Nightingale (1820–1910) am 12. Mai Geburtstag hatte. ■



## Gute Lösung zur Pflegelehre?

Die Große Koalition baut die Pflegeausbildung um: Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege sollen zusammengelegt werden – in den ersten beiden Jahren. Überzeugt Sie der Kompromiss?



**ELISABETH SCHARFENBERG**, *pflegepolitische Sprecherin von Bündnis 90/Die Grünen*: Dass endlich wieder Bewegung in die Reform kommt, begrüßen wir. Es gibt aber noch viele offene Fragen. Die Grünen-Fraktion befürwortet eine integrative Ausbildung, die gemeinsame Lernzeiten mit spezialisierten Abschlüssen beinhaltet. Zumindest für die Alten- und Kinderkrankenpflege ist das vorgesehen. Unklar ist aber, wie die Abgrenzung zur generalistischen Ausbildung aussehen soll. Alten- und Kinderkrankenpflege sollen nur erhalten bleiben, wenn sich nach Ablauf der Evaluation mindestens 50 Prozent dafür entscheiden. Sinnvoller wäre es, die Entscheidung an der Qualität der Ausbildung festzumachen.

Alten- und Kinderkrankenpflege sollen nur erhalten bleiben, wenn sich nach Ablauf der Evaluation mindestens 50 Prozent dafür entscheiden. Sinnvoller wäre es, die Entscheidung an der Qualität der Ausbildung festzumachen.

**ANDREA LEMKE**, *Vize-Präsidentin des Deutschen Pflegerates*:

Wir hätten uns mutigere Schritte hin zu einer großen Reform der Pflegeausbildung gewünscht. Gewinner des Kompromisses wird die Krankenpflege sein. Zu den Verlierern zählen wohl die Auszubildenden in der Altenpflege. Ihre beruflichen Einsatzmöglichkeiten bleiben begrenzt. Als Deutscher Pflegerat tragen wir den Kompromiss konstruktiv mit. Unabdingbar ist jedoch, dass die sogenannten vorbehaltenen Aufgaben für Pflegeprofis definiert werden. Zudem muss es eine Hochschulausbildung als zweiten Zugang zum Pflegeberuf geben. Für fragwürdig halten wir die geplante Regelung zur Pflegeassistenten.



**BERND TEWS**, *Geschäftsführer des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste*: Ob der Kompromiss um- und durchzusetzen ist, muss das überarbeitete Gesetz und die dazu gehörende Ausbildungs- und Finanzierungsverordnung zeigen. Wir halten eine zeitnahe Einbindung der Verantwortlichen für die Altenpflegeausbildung, die Berufs-, Schul- und Trägerverbände bei der Überarbeitung des Gesetzes und der Verordnungen für angezeigt. Erklärter Wille der Koalition ist nicht mehr die Abschaffung der Altenpflege, sondern der Wettbewerb um die Entscheidung der Auszubildenden. Der fordert die Abkehr von einer einseitigen generalistisch geprägten Anpassung des Gesetzes und die Beteiligung der Altenpflege auf Augenhöhe.

Erklärter Wille der Koalition ist nicht mehr die Abschaffung der Altenpflege, sondern der Wettbewerb um die Entscheidung der Auszubildenden. Der fordert die Abkehr von einer einseitigen generalistisch geprägten Anpassung des Gesetzes und die Beteiligung der Altenpflege auf Augenhöhe.

**PROFESSOR DR. FRANK WEIDNER**, *Leiter des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung in Köln*:

Nein. Der Vorschlag überzeugt mich nicht. Da haben sich Berufspolitiker ohne die notwendige Fachexpertise zusammengesetzt und einen fragwürdigen Kompromiss zusammengeschustert. Gut ist daran nur, dass die Generalistik ab 2019 endlich eingeführt werden soll. Unsinnig und zukunftsgefährdend ist es, im dritten Ausbildungsjahr auch noch die Alten- und die Kinderkrankenpflege mit eigenen Berufsabschlüssen anzubieten. Das ist so, als wenn der Euro eingeführt und weiter mit D-Mark bezahlt wird. Zudem ist das Ganze nicht europakonform und in Teilen verfassungswidrig.



### FORSCHUNG Erste-Hilfe-System unter Ameisen

Wissenschaftler der Universität Würzburg haben eine Art Rettungswesen im Reich der Ameisen nachgewiesen. Konkret geht es um die afrikanische Matabele-Ameise, die sogenannte *Megaponera analis*, die südlich der Sahara weit verbreitet ist und vor allem Termiten frisst. Zwei bis vier Mal am Tag gehen die



kleinen Kriecher auf Beutefang. Dabei stießen sie jedoch auf heftige Gegenwehr, so die Forscher: Sie würden in Kämpfe mit der „Soldatenkaste der Termiten“ verwickelt und dabei verletzt. Die Ameisen hätten daher ein spezielles Rettungsverhalten entwickelt, das man in dieser Form bei Insekten bislang nicht gekannt habe. Werde eine Ameise im Kampf verletzt, „rufe“ sie ihre Artgenossen um Hilfe, indem sie chemische Signalstoffe absondere. Sie werde dann zurück ins Nest getragen und dort verarztet, sodass sie in der Lage sei, bei künftigen Raubzügen wieder mit von der Partie zu sein. ■

### INTERNETPORTAL Beratung bei Allergien

Das Bundesgesundheitsministerium hat im Internet ein neues Informationsportal zum Thema Allergien freigeschaltet. Entwickelt wurde das Portal vom Helmholtz Zentrum München. Es soll Betroffene auch über Möglichkeiten der Vorbeugung informieren und beraten. Laut Ministerium leidet etwa jeder fünfte Bundesbürger unter einer Allergie. ■

**MEHR INFOS:**

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

### KOMMUNIKATION Missverständnisse führen zu Fehlern

Etwa 80 Prozent der Zeit in Arztpraxen, Kliniken und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens wird laut einer Studie für Kommunikation aufgewendet. Doch auch gut 80 Prozent der kritischen Fehler seien auf Defizite in der Patientenkommunikation zurückzuführen, sagte Hardy Müller, Geschäftsführer des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) anlässlich der Jahrestagung des Aktionsbündnisses in Berlin. Grund dafür sei, dass entweder nicht miteinander geredet werde, Gesagtes falsch verstanden oder interpretiert werde oder Patienten sich nicht trauten, nachzufragen. „Alle Mitarbeiter in Gesundheitseinrichtungen tragen die Verantwortung für eine gute Sicherheitskultur in der Patientenversorgung“, betonte APS-Vorsitzende Hedwig François-Kettner. Dazu gehöre vor allem eine Atmosphäre, in der angstfrei miteinander gesprochen werde. ■

## GESUNDHEITSKOMPETENZ Patientenuniversität feiert Jubiläum

Mit einer speziellen Vorlesungsreihe feiert die Patientenuniversität der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) ihr zehnjähriges Bestehen. Unter dem Motto „Wie es begann – wo stehen wir heute?“ blicken Experten der Hochschule auf die medizinischen Entwicklungen ihres Fachgebietes innerhalb der vergangenen Dekade zurück. Laut MHH konnte die Patientenuni seit Gründung im Jahr 2007 insgesamt 50.000 Teilnehmer registrieren – im Schnitt seien die einzelnen Abendtermine von 200 Bürgern besucht worden. Ziel sei es, die Gesundheitskompetenz der Menschen zu fördern und ihnen zu helfen, „sich im Gesundheitssystem kompetent zu bewegen“, sagte die Leiterin der Uni, Professorin Dr. Marie-Luise Dierks. „Dazu haben wir eine Lernstruktur entwickelt, in der zu einem ausgewählten Thema zunächst ein wissenschaftlich fundierter Hauptvortrag gehalten wird, dieses Thema wird mit interaktiven Elementen an sogenannten Lernstationen vertieft.“ ■

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

## NIEDERSACHSEN Projekt gegen sexuelle Gewalt

Experten für Klinische Psychologie und Sexualmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover haben ein neues Angebot zur Behandlung der sogenannten dysregulierten Sexualität entwickelt. Es richtet sich an Menschen, die fürchten, ihre sexuellen Impulse nicht mehr

# Köpfe und Karrieren



**+++ THOMAS MERTENS, 67**, ist neuer Vorsitzender der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut. Der habilitierte Ulmer Virologe trat die Nachfolge des Kölner Virologen und ehemaligen Leiters des dortigen Gesundheitsamtes, Dr. Jan Leidel, an, der altersbedingt ausgeschieden ist. Professor Mertens, der zudem der Gesellschaft für Virologie als Präsident vorsteht, gehört seit 2004 der STIKO an. Diese entwickelt Impfpfehlungen für Deutschland und orientiert sich dabei an den Kriterien der evidenzbasierten Medizin. Seit 2007 sind die von ihr empfohlenen Impfungen Grundlage für die Schutzimpfungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses und werden mit Aufnahme in die Richtlinie Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenversicherung.

**+++ JENS MASCHMANN, 47**, Privatdozent und Medizinischer Vorstand des Universitätsklinikums Jena, steht als neuer Vorsitzender an der Spitze der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG). Der habilitierte Facharzt für Pädiatrie (Kinder- und Jugendmedizin) war bislang stellvertretender Vorsitzender und trat die Nachfolge von Professor Ralf Waßmuth an. Neue stellvertretende GQMG-Vorsitzende ist Vera Lux, Pflegedirektorin und Vorstandsmitglied am Universitätsklinikum Köln. Sie war zuletzt als Beisitzerin im Vorstand tätig. Die Fachgesellschaft entwickelt Konzepte, Methoden und Instrumente des Qualitäts- und klinischen Risikomanagements und unterstützt Einrichtungen des Gesundheitswesens bei der Implementierung und praktischen Umsetzung.



**+++ HOLGER WITZEMANN, 41**, leitet seit Kurzem als alleiniger Geschäftsführer die AOK Systems GmbH. Rüdiger Bräuling ist plangemäß zum 31. März 2017 aus der Geschäftsführung ausgeschieden. Unterstützt wird der GKV- und IT-Experte Witzemann durch die beiden Prokuristen Thomas Ade und Hermann-Josef Mehlum. Gemeinsam bilden sie die neue Geschäftsleitung der AOK Systems. Die 1999 gegründete AOK Systems GmbH ist Teil der AOK-Beteiligungsgesellschaft und beschäftigt rund 550 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter am Hauptsitz in Bonn und an fünf weiteren Standorten. Das Unternehmen ist IT-Partner für die Sozialversicherung und entwickelt als System- und Softwarehaus SAP-basierte und individuelle IT-Lösungen für die gesetzliche Krankenversicherung.

kontrollieren zu können. Dazu gehören neben dem exzessiven Konsum von Pornografie auch sexuelle Gewaltfantasien und Übergriffe auf Frauen. Voraussetzung für die Aufnahme in das Programm ist, dass gegen die Betroffenen kein Ermittlungs- oder Strafverfahren vorliegt. Unter dem Motto „Tatprävention ist der beste Opferschutz“ erhalten sie anonym und kostenlos therapeutische Hilfe unter Schweigepflicht. Ziel ist es, die Patienten in die Lage zu versetzen, ihre Sexualität zu regulieren. Sexuelle Übergriffe auf Frauen sollen so verhindert werden. „Jeder einzelne

verhinderte Übergriff ist es wert“, sagte Niedersachsens Sozialministerin Cornelia Rundt während der Vorstellung des Projektes. Das Sozialministerium fördert das auf drei Jahre angelegte Projekt mit 450.000 Euro. ■

## UMFRAGE Übergriffe gegen Rettungskräfte

Eine kürzlich gestartete Umfrage der Ruhr-Universität Bochum soll dazu beitragen, Gewalt gegen Feuerwehrleute und Rettungskräfte zu verhindern. Die Wissenschaftler

wollen rund 4.000 Mitglieder von Freiwilligen Feuerwehren und Rettungsdiensten über ihre Erfahrungen mit Übergriffen bei Einsätzen befragen, teilte das nordrhein-westfälische Innenministerium mit. Auftraggeber der Studie sind das Ministerium, die Unfallkasse Nordrhein-Westfalen und die komba Gewerkschaft NRW, die kommunale Beschäftigte vertritt. Man müsse wissen, wann es zu Übergriffen auf das Rettungspersonal komme, um so wirksame Mittel gegen Gewalt zu finden, sagte Nordrhein-Westfalens Innenminister Ralf Jäger. ■



## FÖRDERUNG

Jung und Alt  
unter einem Dach

Brandenburgs Gesundheitsministerin Diana Golze hat die Arbeit von Mehrgenerationenhäusern gelobt. Diese hätten sich zu „wichtigen Begegnungsstätten entwickelt, in denen Menschen jeden Alters aktiv und kreativ sein können“, sagte Golze während eines Besuchs zweier Mehrgenerationenhäuser in Guben und Spremberg. Mehrgenerationenhäuser werden vom Bund und von den Gemeinden finanziell gefördert. Mit Start des neuen „Bundesprogramms Mehrgenerationenhäuser“ zum 1. Januar 2017 wurden insgesamt 550 Einrichtungen ausgewählt, die für einen Zeitraum von vier Jahren eine Förderung erhalten. Diese beträgt pro Haus 40.000 Euro. 30.000 Euro davon übernimmt der Bund, den Rest die Kommune. ■



Ein bisschen wie Familie: Mehrgenerationenhäuser bringen Menschen zusammen.

## KRANKENHÄUSER

Patientensprecher  
stärker fördern

Die Bundesregierung hat die Arbeit der Patientensprecher in den rund 2.000 Kliniken gelobt. Die oft ehrenamt-

lich tätigen Sprecher leisteten einen „unverzichtbaren Beitrag“ für eine bessere Versorgung, sagte der Patientenbeauftragte der Regierung, Karl-Josef Laumann, anlässlich des Berliner Tages der Patientensprecher 2017

Anfang April. Die Helfer sind für Patienten oft zentraler Ansprechpartner für Fragen, die den Krankenhausalltag betreffen. Sie prüfen die Anliegen der Patienten und bringen diese gegenüber den Kliniken zur Sprache. ■

## SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH

## „Wir sind bunter und internationaler geworden“

Die AOK Bremen/Bremerhaven wächst. Wesentlichen Anteil daran haben Menschen mit ausländischem Pass. Dazu Fragen an den Verwaltungsratsvorsitzenden der Gesundheitskasse, **Wolfgang Sölller**.



**G+G:** Herr Sölller, inwiefern tragen Menschen mit ausländischen Wurzeln zum Wachstum der AOK Bremen/Bremerhaven bei?

**SÖLLER:** Wir haben in den vergangenen Jahren mehr und deutlich jüngere Versicherte gewonnen und versichern aktuell rund 245.000 Menschen. Vor fünf Jahren lag die Zahl noch bei 225.000. Gleichzeitig sind wir heute bunter und internationaler: Der Anteil der Versicherten mit ausländischem Pass ist von 16 Prozent im Jahre 2012 auf 23 Prozent im Jahr 2016 gewachsen. Geflüchtete haben daran den größten Anteil – so wie bei anderen Krankenkassen auch.

**G+G:** Wie stellt sich die AOK auf die neue Versichertengruppe ein?

**SÖLLER:** Mit dem „Bremer Modell“, das Flüchtlinge in Bremen und Hamburg im Auftrag der Sozialbehörden sofort mit der Gesundheitskarte versorgt, haben wir früher als andere die Versorgung sichergestellt. Wir beschäftigen etwa eine Dolmetscherin für Menschen aus dem Arabischen, wir haben unsere Mitarbeiter in Englisch geschult.

Ansonsten optimieren wir unseren Service laufend, etwa mit neuen Geschäftsstellen – dies gilt freilich für alle unsere Versicherten.

**G+G:** Es heißt, ausländische Versicherte verursachten höhere Gesundheitsausgaben als Deutsche. Stimmt das?

**SÖLLER:** Nein! Erstens sind die „neuen“ Versicherten sehr jung. Die häufigsten Diagnosen bei geflüchteten Menschen, die im Schnitt unter 25 Jahre alt sind, sind Erkältung und Schwangerschaft. Das Durchschnittsalter von AOK-Versicherten liegt dagegen bei 43 Jahren, und sie sind deutlich öfter an Bluthochdruck oder Diabetes erkrankt. Zweitens: Vergleicht man die jährlichen Gesundheitsausgaben etwa bei 20- bis 39-Jährigen, so sind die Ausgaben bei ausländischen Versicherten erkennbar niedriger. Einziges Problem: Im Risikostrukturvergleich werden die Ausgaben im ersten Versicherungsjahr nicht berücksichtigt, da diese Menschen keine Vorversicherungszeit haben. Hier sollte es eine politische Lösung geben.

## Zuwendung ist heilsam

Mit einem Masterplan will die Politik das Medizinstudium reformieren. **Bernhard Walker** sieht darin eine Chance für die hörende Medizin – auch wenn noch viele Fragen offen seien.



**WIE SAGTE VOR EINIGER ZEIT** der renommierte Palliativmediziner Gian D. Borasio? „Die Medizin der Zukunft wird eine hörende sein. Oder sie wird nicht sein.“ Borasios Wortwahl mag sehr apodiktisch klingen. Klug ist sein Diktum allemal. Immerhin ist längst bekannt, wie wichtig es nicht zuletzt für den Heilungserfolg ist, dass Ärzte sich ihren Patienten zuwenden. Dass sie also zuhören und ein

gutes Gespräch mit Kranken führen. An beidem – auch das ist längst bekannt – mangelt es. Viele Patienten haben erlebt, wie rasch ihnen ein Arzt ins Wort fällt, dem sie ihr Anliegen schildern. Und viele wundern sich, dass sich Ärzte bei der Visite über sie unterhalten – und zwar so, als sei der Patient gar nicht anwesend.

Was Mediziner in einer besonderen Form der Betriebsblindheit für normal halten, kommt Außenstehenden ausgesprochen seltsam vor. Eben deshalb ist es gut, dass der Masterplan zur Reform des Medizinstudiums die ärztliche Kommunikation verbessern will und die Bedeutung der Abiturnote für die Auswahl der Studierenden mindert. So manche Fakultät hat es bisher auch wegen der Sorge vor Klagen gescheut, den Blick zu weiten und soziale Stärken, ehrenamtliches Engagement oder Herzensbildung von Bewerbern zu würdigen. Dass der Masterplan den weiteren Blick ausdrücklich empfiehlt, zählt zu seinen Stärken.

Schwächen weist der Plan leider zur Genüge auf. Und sei es nur, dass auch nach langen Beratungen unbeantwortet bleibt, wer für die Reform aufkommen soll. Offen ist auch, ob die Länder die Landarztquote einführen. Diese Unbestimmtheit spricht nicht gegen den Masterplan. Die Quote war bisher allein Ländersache und bleibt es eben auch in Zukunft. Ein Allheilmittel ist sie sowieso nicht, auch wenn sie oft genug als solche gepriesen wird.

Wer die Versorgung in Dörfern und Kleinstädten sichern will, muss sich an vielen verschiedenen Stellen gehörig anstrengen. Wertschätzung der Allgemeinmedizin im Studium, ein Bereitschaftsdienst, der nicht jedes Wochenende verlangt, gute Schulen und attraktive Jobangebote für den Partner oder die Partnerin des potenziellen Landarztes: All das (und manches mehr) gehört dazu. Der entscheidende Akteur ist also nicht Berlin. Vielmehr liegt es in der Verantwortung der Fakultäten, der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Bürgermeister und Kommunalpolitiker, die Versorgung im ländlichen Raum zu sichern. ■

**Bernhard Walker** ist politischer Korrespondent der „Badischen Zeitung“ in Berlin.

### ARZNEIMITTEL

## Institut informiert über Engpässe

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat sein Informationsangebot über mögliche Lieferengpässe bei Medikamenten erweitert. Auf seiner Internetseite veröffentlicht das BfArM seit Kurzem erstmals die Liste der Wirkstoffe, die für die Versorgung der Bevölkerung als besonders relevant gelten. Diese Liste sei für die Bundesoberbehörden wichtig, um zwischen gemeldeten Lieferengpässen von Arzneimitteln mit und ohne Versorgungsrelevanz unterscheiden zu können, teilte das Institut mit. Zu unterscheiden sei auch zwischen Liefer- und Versorgungsengpässen: Ein Lieferengpass müsse nicht zwangsläufig ein Versorgungsengpass sein, da häufig alternative Arzneimittel zur Verfügung stünden. Zuletzt war in verschiedenen Studien auf das wachsende Problem von Lieferengpässen bei wichtigen Arzneimitteln insbesondere in Kliniken hingewiesen worden. ■

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

### E-HEALTH-MESSE

## Digitalisierung zahlt sich aus

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen könnte Branchenexperten zufolge ein Effizienzpotenzial in Höhe von rund 39 Milliarden Euro zu Tage fördern. Diese Zahl nannte Matthias Meierhofer, Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes Gesundheits-IT (bvitg), anlässlich der E-Health-Messe conhIT Ende April in Berlin. Meierhofer verwies auf eine Studie

des bvitg und des Softwareherstellers CompuGroup Medical, die Kosten-Nutzen-Relationen von E-Health-Investitionen nachgeht. Eine detaillierte Betrachtung der vier Krankheiten Diabetes, Herzinsuffizienz, Rückenschmerzen und Schlaganfall belegt demnach, dass E-Health beispielsweise Falsch-, Fehl- oder Doppelmedikation, aber auch Informationsverluste an Schnittstellen und Sektorengrenzen verhindern kann. ■

### STUDIEN

## Neue Datenbank zur Pflegeforschung

Das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) hat eine neue, frei zugängliche Online-Datenbank mit mehr als 900 Forschungsprojekten rund um das Thema Pflege veröffentlicht. Die Datenbank umfasst unter anderem Arbeiten zu Wohn- und Versorgungsformen, Pflegekonzepten sowie zur pflegerischen Bildung, Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation und zum Thema E-Health. Gelistet sind laufende und bereits abgeschlossene Projekte, die das Zentrum in einem knapp zweijährigen Verfahren ausgewählt hat. An die Erstrecherche der Daten soll sich ein fortlaufender Prüfzyklus anschließen. In diesem wird regelmäßig nach Aktivitäten von Einrichtungen mit pflegewissenschaftlicher Ausrichtung sowie von wissenschaftlichen Institutionen gesucht, die sich mit relevanten Forschungsthemen etabliert haben. Ergänzend erfolgt eine Recherche in Fachzeitschriften und Literaturdatenbanken. ■

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

# Heilsbringer oder Seifenblase?

Die private Krankenversicherung sieht sich im Vergleich mit den gesetzlichen Kassen als wahrer Türöffner für den medizinischen-technischen Fortschritt. Eine waghalsige These, die Klaus Jacobs und Gerhard Schillinger kommentieren.

**Die private Krankenversicherung (PKV)** hat schon bessere Zeiten erlebt. Weithin unkontrollierbare Ausgabensteigerungen und das anhaltende Zinstief lassen ihre Beiträge nach oben schnellen. Die Zahl der PKV-Vollversicherten ist seit fünf Jahren rückläufig. Viele kleine Selbstständige können ihre Beiträge nicht mehr bezahlen und landen im Notlagentarif, der nur noch einen stark eingeschränkten Leistungsumfang abdeckt. Und ob die Steuerzahler die ständig steigenden Beihilfeausgaben für Beamte noch länger tragen wollen, scheint mehr als fraglich. Ohne die Beihilfe verlore die PKV allerdings einen wesentlichen Grundpfeiler ihrer Existenz.

**Werbetrommel gerührt.** Bei so vielen Problemen braucht die PKV dringend positive Schlagzeilen, um ihre Existenzberechtigung unter Beweis zu stellen – zumal im Vorfeld einer Bundestagswahl. Also trommelt die PKV derzeit lautstark, um hervorzuheben, welche Vorteile sie bringt – und zwar keineswegs nur für Privatversicherte (und deren Ärzte), sondern gleich für die ganze Republik. So

heißt es zum Beispiel, dass der Zugang zur medizinischen Versorgung fast nirgends so gut sei wie hierzulande. Warum das so ist? Es könne nur daran liegen, weil es sonst nirgendwo zwei getrennte Krankenversicherungssysteme gebe, meint die PKV. Außerdem sei sie ein wahrer Jobmotor und sichere viele Arbeitsplätze. Doch spricht es nicht eher für Unwirtschaftlichkeit, wenn die PKV nach einer aktuellen IGES-Studie rund viermal so viel Beschäftigte benötigt wie die gesetzliche Krankenversicherung (GKV)?

**Innovationsbegriff fragwürdig.** Den Vogel schießt die PKV aber mit einer anderen Botschaft ab, die sie derzeit verbreitet: Sie sei ein maßgeblicher Innovationsmotor für die Gesundheitsversorgung. Ohne die PKV und den „Systemwettbewerb“ zwischen gesetzlich und privat – so die Behauptung – sei der medizinisch-technische Fortschritt in unserem Land bedroht. Deshalb müssten alle Bürger ein großes Interesse an der Existenz der PKV haben. Natürlich ist es der PKV unbenommen, für sich zu werben und sich politischen Bestrebungen nach einem

einheitlichen Krankenversicherungssystem zu widersetzen. Dass dabei oftmals mit harten Bandagen gekämpft wird – geschenkt. Dennoch ist es ärgerlich, wenn sich die PKV eines fragwürdigen Innovationsbegriffs bedient, wie er sonst gewöhnlich vonseiten der Anbieter von Versorgungsleistungen propagiert wird. Den Patienten und Versicherten stiftet diese Lesart von Innovation allerdings nur wenig Nutzen, wenn sie nicht sogar Schaden anrichtet. Dass eine Leistung „neu(artig)“ ist – laut Duden ein Synonym für „innovativ“ –, sagt darüber nämlich noch lange nichts aus.

Aber der Reihe nach. In einem Zeitschriftenbeitrag vom Februar 2017 (*siehe Kasten*) führen vier Mitarbeiter des PKV-Verbandes einige Beispiele von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auf, die Privatpatienten erstattet bekommen und die nicht in gleicher Weise zum Leistungskatalog der GKV gehören. Das hat allerdings zumeist gute Gründe, die nicht verschwiegen werden sollten.

## Qualität und Nutzen sind das A und O.

Für die Leistungen der GKV gelten zwei zentrale Bedingungen. Zum einen müssen ihre Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen. Zum anderen müssen sie einen Nutzen haben, medizinisch notwendig und wirtschaftlich sein. Die Bewertung erfolgt durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA), also gemeinsam durch die gesetzlichen Krankenkassen, Vertragsärzte und Krankenhäuser unter Beteiligung von Patientenvertretern. Im stationären Sektor gilt der sogenannte Verbotsvorbehalt. Danach können Leistungen zulasten der GKV erbracht werden, solange sie nicht vom GBA ausge-

### Argumente der Privaten

- „International betrachtet steht Deutschland beim Zugang zu Innovationen sehr gut da. (...) Dass dies so ist, ist auch dem Systemwettbewerb aus GKV und PKV zu verdanken.“
- „Die PKV nimmt im Systemwettbewerb mit der GKV häufig die Rolle eines initialen Innovationsmotors ein.“
- „Im Ergebnis lässt sich das innovationsfreundliche Umfeld der PKV für (Produkt-) Innovationen anhand von zahlreichen Innovationsbeispielen belegen und strukturell begründen.“
- „Der Systemwettbewerb innerhalb einer gemeinsamen Versorgungsstruktur (...) führt auch im internationalen Vergleich zu einem Mehrwert für das deutsche Gesundheitswesen, den es ohne die fortlaufende Koexistenz von GKV und PKV nicht gäbe.“

Aus: Loskamp, N./Genett, T./Schaffer, D./Schulze Ehring, F.: **Medizinisch-technischer Fortschritt als Ergebnis des Systemwettbewerbs zwischen GKV und PKV. Die Rolle der Privaten Krankenversicherung (PKV).** Gesellschaftspolitische Kommentare, Sonderausgabe 1/2017.

Kostenloser Download unter [www.pkv.de](http://www.pkv.de) > Politik > Debatte > PKV Dossier > Medizinisch-technischer Fortschritt als Ergebnis des Systemwettbewerbs

geschlossen werden. Ein solcher Ausschluss geschieht aber nur, wenn noch nicht einmal das Potenzial eines Nutzens vorliegt. Wenn die PKV ihren Versicherten auch solche Leistungen erstattet, die der GBA explizit ausgeschlossen hat, hat dies mit medizinischem Fortschritt somit nichts zu tun. Ob der Verbotsvorbehalt überhaupt noch zeitgemäß ist, muss an anderer Stelle diskutiert werden.

Etwas anders ist die Situation in der ambulanten Versorgung. Hier gilt in der GKV der sogenannte Erlaubnisvorbehalt. Danach können neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden erst dann zulasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden, wenn der GBA ein positives Votum abgegeben hat. Damit soll sichergestellt werden, dass Patienten keine Leistungen erhalten, deren Nutzen nicht hinreichend nachgewiesen ist.

In anderen sicherheitsrelevanten Lebensbereichen ist so etwas Normalität. Man stelle sich bloß einmal vor, ein Flugzeug ginge mit Passagieren in die Luft, ohne zuvor tausende von Stunden Testflüge absolviert zu haben. Aber eigentlich mag sich das niemand vorstellen, und jeder dürfte ebenfalls selbstverständlich davon ausgehen, dass Hochgeschwindigkeitszüge so lange in den Bahndepots bleiben, bis auch der allerletzte Zweifel an der Wirksamkeit der Bremsverzögerung ausgeräumt ist. Ist das wirklich innovationsfeindlich? Bei dem von der PKV offenbarten Innovationsverständnis müsste man wohl zu dieser Schlussfolgerung kommen.

### Diagnoseverfahren müssen sicher sein.

Betrachten wir abschließend zwei konkrete Beispiele, die den Innovationsvorsprung der PKV belegen sollen. Da ist zunächst die sogenannte Positronen-Emissions-Tomographie (PET), ein nuklearmedizinisches Diagnoseverfahren. Während die PKV diese Leistung schon seit den 1990er Jahren bezahlt, wurde in den Beratungen des GBA anhand der ausgewerteten Studien deutlich, dass die PET auch zu falsch positiven Befunden und damit zu schwerwiegend falschen Therapieentscheidungen führen kann. Gaukelt zum Beispiel der PET-Befund bei Patienten mit Lungenkrebs Metastasen vor, wo keine sind, und der Tumor wird dadurch als inoperabel eingestuft, wird dem Patienten seine einzige Chance



Aufgeblasen und zerplatzt: Manche vermeintlich innovative Behandlungsmethode bringt Patienten keinen zusätzlichen Nutzen.

auf Heilung genommen. Deshalb hat der GBA bei der Aufnahme dieses Diagnoseverfahrens in der GKV-Leistungskatalog festgelegt, dass jeder positive PET-Befund durch eine Biopsie abzusichern ist. Die Indikation und Therapieentscheidung muss durch ein interdisziplinäres Team erfolgen. Ferner hat der GBA Mindestanforderungen an die diagnostische Qualität festgelegt. Für Privatpatienten, die diese Leistung schon früher bekommen hatten, gab es solche Sicherheitsanker nicht. Naturgemäß lassen sich dadurch entstandene mögliche Schäden im Nachhinein nicht mehr feststellen.

Als weiteres Beispiel für ihre vermeintliche Innovationskraft nennt die PKV die Kapselendoskopie. Mit diesem Diagnoseverfahren lassen sich krankhafte Prozesse des Dünndarms abklären. Aber auch dieses Verfahren birgt das Risiko von falsch positiven Befunden. In der Folge kann es zu unnötigen Operationen führen. In der privatärztlichen Gebührenordnung ist die Indikationsstellung für diese Leistung vergleichsweise unspezifisch. Im Unterschied dazu ist der Beschluss des GBA vor dem Hintergrund der Studienlage deutlich differenzierter. So wird etwa klar definiert, welche Befunde den Verdacht begründen, und festgelegt, dass eine andere Blutungsquelle durch eine Magenspiegelung und eine Darmspiegelung ausgeschlossen wurde. Zudem gibt es Qualitätsanforde-

rungen, um die Rate an falsch negativen und falsch positiven Befunden so klein wie möglich zu halten.

**Versuchskaninchen Privatpatient.** Im internationalen Maßstab hat es in Deutschland lange gedauert, bis Konzepte wie Evidenzbasierung und Nutzenbewertung von medizinischen Leistungen weithin akzeptiert und für den Versorgungsalltag nutzbar gemacht worden sind. Diese Räder eines wirklichen Fortschritts für die Patienten dürfen jetzt nicht wieder zurückgedreht werden, nur weil die PKV positive Schlagzeilen in Bezug auf ihre vermeintliche Innovationsmotorik benötigt. Dass Privatversicherte angesichts mancher unnötigen Leistung als willkommenen Melkkühe erhalten, ist schon problematisch genug. Dass ihre Rolle als Versuchskaninchen für unzureichend untersuchte diagnostische und therapeutische Methoden als Beleg für besondere Innovationskraft ausgegeben wird, geht aber zu weit. Wohl auch deshalb ist es der PKV offenbar nicht gelungen, einen seriösen Wissenschaftler zur Stützung ihrer steilen Innovationsthese zu gewinnen. Gut so! ■

**Prof. Dr. Klaus Jacobs** ist Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIDO).

**Dr. Gerhard Schillinger** leitet den Stabsbereich Medizin im AOK-Bundesverband.

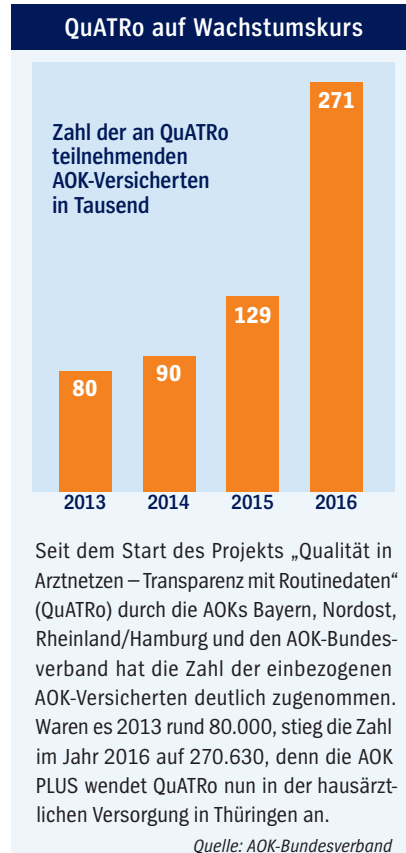
**Kontakt:** Klaus.Jacobs@wido.bv.aok.de

# Hausärzte im Qualitätsdialog

Wie gut niedergelassene Ärzte ihre Patienten behandeln, erfahren die Teilnehmer des Projekts „Qualität in Arztnetzen – Transparenz mit Routinedaten“. Jetzt findet das Konzept auch in der hausarztzentrierten Versorgung in Thüringen Anwendung. **Von Sonja Milde**

**Grippeschutz-Impfquote.** Facharztüberweisungen, leitlinienkonforme Diabetesmedikation – anhand solcher Kriterien bekommen niedergelassene Ärztinnen und Ärzte im Projekt „Qualität in Arztnetzen – Transparenz mit Routinedaten“ (QuATRo) Rückmeldung zu ihrer Arbeit. Die AOKs Bayern, Nordost, Rheinland/Hamburg sowie der AOK-Bundesverband und 20 Arztnetze haben QuATRo im Jahr 2013 gestartet. Jetzt hat das Projekt einen wichtigen Entwicklungsschritt gemacht: Die AOK PLUS setzt QuATRo in der hausarztzentrierten Versorgung in Thüringen ein. „Wir versprechen uns von den Qualitätsauswertungen unter anderem, Handlungsfelder zu identifizieren und unseren Vertrag weiterentwickeln zu können“, sagt Dr. Ulf Zitterbart, Vorstandsvorsitzender des Thüringer Hausärzterverbandes.

**Kleine Gruppen bilden.** Eine zentrale Herausforderung ist, das QuATRo-Erfolgsrezept „Qualitätsdialog“ auf einen Vertragspartner dieser Größenordnung zu übertragen. Bisher ist das Konzept ausschließlich in Arztnetzen zur Anwendung gekommen. In den aktuell 25 teilnehmenden Netzen sind jeweils zwischen 25 und 140 Ärzte organisiert. An der hausarztzentrierten Versorgung Thüringen nehmen hingegen 650 Ärzte teil. Eine zielgerichtete Kommunikation zu einzelnen Ergebnissen ist in einer so großen Gruppe kaum möglich. Die Vertragspartner haben sich daher darauf verständigt, Qualitätszirkel von rund 15 Ärztinnen und Ärzten zu bilden. Die QuATRo-Auswertungen werden für die hausarztzentrierte Versorgung insgesamt, für die einzelnen Ärzte und für die Qualitätszirkel erstellt. So können die Hausärzte ihre Ergebnisse einordnen. „Beim Thema Versorgungsqualität wollen wir



vorankommen. Hier sehen wir uns als AOK-System in der Pflicht, den Prozess gestaltend zu unterstützen“, unterstreicht Dr. Katrin Krämer, Leiterin der Abteilung Versorgungsmanagement des AOK-Bundesverbandes.

QuATRo stützt sich auf Routinedaten, daher müssen die Ärzte nichts zusätzlich dokumentieren. Im Fokus steht der Patient: QuATRo analysiert, ob er die Leistungen oder Arzneimittel erhält, die medizinische Leitlinien empfehlen. Die Analysen zeigen den Ärzten auch, was außerhalb der eigenen Praxis geschieht. Dadurch wird der Arzt in seiner Rolle als Koordinator unterstützt. Inzwischen werden im Projekt 40 Qualitätsin-

dikatoren berechnet, die aus dem „Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung“ (QiSA) stammen. Die wissenschaftliche Fundierung der in QuATRo berechneten Indikatoren sorgt für eine hohe Akzeptanz bei den Ärzten. Die jährlich erscheinenden QuATRo-Qualitätsberichte zeigen, ob die Ergebnisse im Vergleich zu anderen Arztnetzen über- oder unterdurchschnittlich sind oder ob das Netz über oder unter dem Landesdurchschnittswert aller AOK-Versicherten liegt.

**Gefühlte Wahrheiten objektivieren.** In jährlichen Workshops diskutieren die Teilnehmer, mit welchen Maßnahmen die Qualitätsergebnisse weiter verbessert werden können. Im Rahmen von QuATRo ist eine konstruktive Arbeitsatmosphäre entstanden, in der Ideen für Weiterentwicklungen entstehen. Beispielsweise wurde eigens für das Netzmanagement eine Software entwickelt, die individualisierte Feedbackberichte für die einzelnen Arztpraxen generiert.

Ein wesentlicher Erfolgsfaktor des Projektes ist die gemeinsame Diskussion und Beratung der Qualitätsergebnisse. „Die QuATRo-Auswertungen haben dazu beigetragen, dass wir viel schneller in eine sachliche Diskussion mit den Netzmanagern kommen. Wir haben eine Objektivierung gefühlter Wahrheiten erreicht“, betont Elisabeth Fichtel aus dem Unternehmensbereich Versorgungsmanagement der AOK Nordost.

Ein Fortschritt, von dem demnächst auch die an der hausarztzentrierten Versorgung in Thüringen beteiligten Ärzte profitieren. ■

**Dr. Sonja Milde** ist Referentin in der Abteilung Versorgungsmanagement im AOK-Bundesverband. **Kontakt: Sonja.Milde@bv.aok.de**



# Plattform bringt Prävention in Betriebe

Zu wenig Zeit, fehlendes Wissen – gerade kleinere Unternehmen nutzen die Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung noch zu selten. Koordinierungsstellen sollen ihnen nun den Zugang zur Prävention erleichtern. **Von Sylvia Böhme und Patricia Lück**

**Betriebliche Gesundheitsförderung** (BGF) ist eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Für die Betriebe ist die Gesundheitsförderung allerdings freiwillig. Gerade kleinere Firmen tun sich häufig schwer damit, die Angebote der Prävention zu nutzen, die beispielsweise die Krankenkassen im Portfolio haben, und von denen Arbeitgeber und Arbeitnehmer erwiesenermaßen profitieren. Deshalb hat der Gesetzgeber die Einrichtung von Koordinierungsstellen für die betriebliche Gesundheitsförderung vorgeschrieben. Die gemeinsame Internet-Plattform der 16 BGF-Koordinierungsstellen in den Bundesländern ist jetzt an den Start gegangen.

**Innovative Ansätze erprobt.** Die Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) hat Inhaber und BGF-Verantwortliche in Unternehmen mit 50 bis 500 Beschäftigten zu den Motiven und Hürden für das betriebliche Gesundheitsmanagement befragt (iga.Report 20). Demnach bieten Unternehmen betriebliche Gesundheitsförderung beispielsweise an, weil Arbeitgeber eine hohe soziale Verantwortung für ihre Mitarbeiter empfinden, aber auch, um krankheitsbedingten Fehlzeiten zu begegnen oder die Arbeitsmotivation zu erhöhen. Als größte Hürden nannten die Befragten den Vorrang des Tagesgeschäfts sowie fehlendes Wissen über BGF und die Unterstützungsmöglichkeiten durch die Sozialversicherungen.

Um diese Hürden zu überwinden, haben die Krankenkassen innovative Ansätze erprobt, die das betriebliche Ge-

sundheitsmanagement gerade auch kleineren Betrieben zugänglich machen. Basis ist die Netzwerk-Idee: die Verbreitung guter Konzepte, die Vermittlung von geeigneten Partnern und Unterstützungsmöglichkeiten.

Dieser Idee folgen seit Frühjahr 2017 auch die regionalen BGF-Koordinierungsstellen. Die gemeinsame Plattform [www.bgf-koordinierungsstelle.de](http://www.bgf-koordinierungsstelle.de) der GKV unterstützt Unternehmen bei der

den BGF-Angeboten der Kassen finden. Für jedes Bundesland werden Hintergrundinformationen und regional spezifische Inhalte der BGF dargestellt. Im Mittelpunkt der Koordinierungsstellen steht die individuelle Beratung und Unterstützung der Betriebe. Eine erste Beratung wird innerhalb von zwei Werktagen sichergestellt. Auf Basis dieses Gesprächs planen Unternehmen das weitere Vorgehen: Sie können sich gemeinsam



Suche nach einem BGF-Anbieter und stellt eine Beratung über das BGF-Angebot der Krankenkassen sicher. Die Koordinierungsstellen sollen kleinen und mittelständischen Unternehmen den Zugang zu BGF-Leistungen der Krankenkassen erleichtern. Gemeinsam mit Unternehmensorganisationen arbeiten die Krankenkassen sowohl auf der Bundesebene als auch in den einzelnen Bundesländern bei der Umsetzung der BGF-Koordinierungsstellen zusammen.

**Betriebe finden Ansprechpartner.** Die Internet-Plattform stellt sicher, dass Betriebe, die bislang wenig Erfahrung mit der BGF machen konnten, direkt einen Ansprechpartner für eine Beratung zu

mit der beratenden Kasse für ein BGF-Projekt entscheiden oder zusätzliche Beratungsmöglichkeiten nutzen.

Lutz Stroppe, Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, sagte zum Start der Koordinierungsstellen: „Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Betrieben kann uns gemeinsam gelingen. Es ist wichtig, dass Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbände, die Industrie- und Handels- sowie die Handwerkskammern und die Krankenkassen intensiv zusammenarbeiten.“ ■

**Dr. Sylvia Böhme** ist Referentin für Prävention, **Patricia Lück** Referentin für Betriebliche Gesundheitsförderung beim AOK-Bundesverband. **Kontakt: Patricia.Lueck@bv.aok.de**

## Webtipp

Die Internet-Plattform der GKV für die betriebliche Gesundheitsförderung ist seit Mai 2017 online: [www.bgf-koordinierungsstelle.de](http://www.bgf-koordinierungsstelle.de)

# Zutaten für den Wettbewerb

Die Monopolkommission bescheinigt dem Gesundheitswesen wettbewerbliche Defizite zulasten der Versorgungsqualität. Wie sich das ändern lässt, diskutierten Experten auf einer gesundheitspolitischen Veranstaltung in Stuttgart. **Von Ines Körver**

**Dreßler, Seehofer, Thoma** – wenn diese drei Namen in einem Atemzug fallen, ist Eingeweihten sofort klar, worum es geht: den Kompromiss von Lahnstein aus dem Jahr 1992. Dieser läutete einen Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen ein. Reine Kostendämpfung war von da an out, Wettbewerb in. Markantestes Zeichen der Veränderung: das Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 und die damit initiierte freie Wahl der Krankenkasse. Nun ist Lahnstein 25 Jahre her. Grund genug für die AOK Baden Württemberg, einmal genau hinzuschauen, wie es um den Wettbewerb heute bestellt ist.

In ihrer Veranstaltungsreihe „AOK im Dialog“ Ende April in der Stuttgarter Staatsgalerie hielt Professor Thomas Wüstrich von der Universität der Bundeswehr München den Impulsvortrag. Seine These: Wettbewerb dreht sich bislang fast ausschließlich um den Preis und findet vor allem zwischen den Krankenkassen statt; andere mögliche Wettbewerbsfelder liegen weitgehend brach, sollten aber bestellt werden, um die Qualität im Gesundheitswesen zu erhöhen.

**Plädoyer für Selektivverträge.** Das Gesundheitssystem stellte Wüstrich dabei als nur bedingt erfolgreich dar: Hohen Ausgaben – Deutschland gehöre laut OECD zu den Spitzenreitern – stünden lediglich mittelmäßige Ergebnisse etwa bei der Lebenserwartung, der Krebshäufigkeit und der Anzahl gesunder Lebensjahre gegenüber. Aus ökonomischer Sicht liege ein Steuerungsproblem vor. Deshalb forderte Wüstrich einen „Wettbewerb, der alle Akteure auf dem Versicherungs-, Leistungs- und Behandlungsmarkt einbezieht sowie über die Festlegung der Höhe von Zusatzbeiträgen hinaus weitere wettbewerbliche Aktionsparameter ausweist“. Nötig sei

eine grundsätzliche Abkehr von kollektivvertraglichen Regelungszwängen, um den Wettbewerb unter den Leistungserbringern in Gang zu bringen. Selektivverträge müssten die Regel werden, nicht die Ausnahme bleiben. Ausdrücklich lobte Wüstrich das Hausarzt-Programm der AOK Baden-Württemberg. Es hätte gezeigt, wie gut die Versorgung außerhalb der Regelversorgung zu organisieren sei. Nötig seien auch die Förderung von Wahlтарifen, Managed Care als Wahl-

## Ein Qualitätswettbewerb findet in nennenswertem Umfang noch nicht statt.

option sowie die forcierte Förderung der integrierten, sektorenübergreifenden Versorgung. Auch müsse über die Dualität von gesetzlicher und privater Krankenversicherung nachgedacht werden. „Bei all dem ist aber darauf zu achten, dass das Solidarprinzip als konstituierendes Merkmal der sozialen Krankenversicherung zu wahren ist“, so Wüstrich.

**Zu wenig Anreize für Innovationen.** In der anschließenden Podiumsdiskussion warnte Hedwig François-Kettner, Vorstandsvorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit, davor zu glauben, man müsse nur mehr Wettbewerb einführen und dann werde alles gut. Probleme beim Übergang vom Krankenhaus zur Anschlussbehandlung, Rückgang der Pflegestellen in Kliniken, die verschleppte Einführung der elektronischen Gesundheitskarte – solche Herausforderungen seien nicht allein mit Wettbewerb zu

lösen. „Es ist doch erstaunlich, dass sogar die Türkei schon eine elektronische Patientenakte hat und wir uns immer noch über Grundlagen der Vernetzung unterhalten“, führte François-Kettner aus.

Andreas Mihm, Hauptstadtkorrespondent der Frankfurter Allgemeinen Zeitung, erklärte, das Gesundheitssystem habe lange so funktioniert, dass Akteure, die aufmuckten, von der Politik mit zusätzlichem Geld ruhig gestellt wurden. Auch jetzt biete das System zu wenig Anreize, Innovationen zu entwickeln. Mit Blick auf den Innovationsfonds sagte er: „Es kann doch nicht sein, dass eine Krankenkasse zwei Jahre lang etwas austestet, das kommt dann in die Regelversorgung, und die Kasse bleibt auf ihren Entwicklungskosten sitzen.“

**Strukturen verändern.** Kritik am Vorgehen der Politik übte auch Dr. Christopher Hermann, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg: „Wettbewerb wird erst angestoßen, dann nicht befördert oder sogar ausgebremst.“ Informierte Patienten seien kaum gewollt, denn sie würden schnell Forderungen stellen – zum Beispiel nach einer ganzheitlichen Versorgung, die nicht nach Sektoren oder Säulen fragt. Zumindest gäbe es in Baden-Württemberg mit Manfred Lucha jetzt einen Sozialminister, der sich traue, auch unpopuläre Themen wie die Reform der Krankenhausstruktur anzugehen. Hermann: „Die Anreizstruktur stimmt nicht. Aus dem Preiswettbewerb muss ein Qualitätswettbewerb werden.“ Die Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung der AOK habe gezeigt, dass dieses Konzept die Versorgung verbessere – und sich am Ende auch rechne. ■

**Ines Körver** ist Redakteurin beim KomPart-Verlag.

# „Das hat etwas von einem Krimi“

Durchschnittlich siebeneinhalb Millionen Zuschauer hatte die Charité-Serie, die kürzlich im Fernsehen lief. Der Arzt und Historiker **Thomas Schnalke** freut sich über das große Interesse an der Medizingeschichte und lädt ins Museum des ältesten Berliner Krankenhauses ein.

Herr Professor Schnalke, worauf führen Sie den Erfolg der ARD-Serie über die Charité zurück?

**Schnalke:** Der Film ist eine gelungene Mischung aus Fiktionalität und historischen Tatsachen. Die Medizin ist ja häufig Stoff für Fernsehunterhaltung. Ich glaube, das liegt daran, dass die Medizin eine Rätselwissenschaft ist. Ärzte begeben sich auf Spurensuche. Wie und wann hat eine Krankheit begonnen, wer oder was hat sie ausgelöst? Das hat etwas von einem Krimi.

Ein Student versucht einen Luftröhrenschnitt mit einem herumliegenden Messer, Patientinnen arbeiten Behandlungskosten ab und von den Wänden blättert der Putz: Wie nah ist der Film an der Realität in der Charité von 1888?

**Schnalke:** Hatte man sich beim Militär verpflichtet, wie Rudolf Virchow oder Emil Behring, war die Mediziner Ausbildung in Berlin sehr praxisnah: Im letzten Studienjahr kamen die Studenten an die Charité und haben dort unterschiedliche Abteilungen durchlaufen. Dass ein Student zu einem herumliegenden Messer greift, um einen Luftröhrenschnitt zu machen, ist allerdings dem Plot geschuldet. Dass mittellose Patienten ihre Behandlungskosten abarbeiten mussten, passierte allenfalls im 18. Jahrhundert. Ende des 19. Jahrhunderts gab es ein Drei-Klassen-System: Selbstzahler, Krankenkassenpatienten und 100.000 Freibetten pro Jahr für Mittellose, wie die Filmfigur Ida Lenze. Die räumlichen Verhältnisse waren Ende des 19. Jahrhunderts in der Tat jämmerlich. Das fängt die Serie gut ein. Nach Boykottaufrufen der Krankenkassen ist die Charité zwischen 1896 und 1917 neu gebaut und fürs 20. Jahrhundert fit gemacht worden.

Die Patienten im Film kommen aus elenden Verhältnissen. Typisch für Krankenhäuser dieser Zeit?

**Schnalke:** Typisch für die Charité. Sie war traditionell ein Armenkrankenhaus. 1888 war die Industrialisierung in vollem Gange, die Bevölkerungszahlen explo-

Charité die besten Leute zusammenzuziehen. Dieser Förderpolitik ist die große Dichte an guten Köpfen zu verdanken.

Die Serie ist nicht nur unterhaltsam, sondern auch lehrreich. Inwiefern haben Sie sich als wissenschaftlicher Berater eingebracht?



Nach Boykottaufrufen der Krankenkassen ist die Charité zwischen 1896 und 1917 neu gebaut worden.

Prof. Dr. Thomas Schnalke

dierten, in Berlin herrschten schlimme Wohnverhältnisse. Daher kam die Hauptklientel der Charité. Wenn es die Krankheit und die Finanzen erlaubten, ließ man den Arzt zu sich nach Hause kommen.

Warum arbeiteten namhafte Wissenschaftler wie Virchow, Ehrlich, Koch und Behring gerade an der Charité?

**Schnalke:** Ab den 1830er Jahren hat die medizinische Ausbildung und Forschung dort einen exzellenten Ruf. Das wirkte wie ein Magnet. Rudolf Virchow beispielsweise macht seine Ausbildung und ersten wissenschaftlichen Gehversuche in Berlin, geht dann nach Würzburg und wird nach Berlin zurückberufen. Dieses Vorgehen ist das Vorbild für die kaiserzeitliche Förderung der Wissenschaft, wie sie der Film zeigt. Der Jurist Friedrich Althoff versucht, an und im Umfeld der

**Schnalke:** Ich habe primär die Drehbuchautorinnen beraten. Sie haben nach Stoff für einen Spielfilm gesucht. Aus diesem Impuls heraus entstand schließlich die Serie. Ich habe die Drehbücher gelesen und etliches angemerkt. Einige Punkte wurden korrigiert, aber zum Teil sind sie auch für den Plot drin geblieben. Geschichte ist immer Interpretation. Fehler führen zu sinnvollen Fragen: Wie war es denn wirklich? Mit diesen Fragen können die Menschen zu uns kommen: Wir haben das Museum zur Serie. ■

Das Interview führte Änne Töpfer.

## Zur Person

Prof. Dr. Thomas Schnalke ist Arzt und Medizinhistoriker. Seit 2000 ist er Professor für Medizingeschichte und medizinische Museologie in Berlin und leitet das Charité-Museum. [www.bmm-charite.de](http://www.bmm-charite.de)

# Mehr Routine



# weniger Schnitzer

Übung macht den Meister. Diese Binsenweisheit gilt auch für die Medizin. Doch noch immer tun sich Kliniken, Ärzte und Bundesländer schwer, Mindestmengen für bestimmte Operationen konsequent umzusetzen. In Europa sind andere hier längst weiter. Eine Bestandsaufnahme von **Jürgen Malzahn**

**K**rankenhäuser, die bestimmte, insbesondere komplexe Operationen häufig genug erbringen, erzielen auch gute Ergebnisse bei den Patienten. Aus diesem einfachen, aber sehr einleuchtenden Grund gibt es in der Medizin seit vielen Jahren sogenannte Mindestmengen. Das Prinzip dahinter: Unterschreitet eine Klinik die vorgegebene Fallzahl, darf es den betreffenden Eingriff nicht (mehr) erbringen.

**Europa macht's vor.** Mindestmengen haben sich deshalb zu einem unverzichtbaren Element einer modernen und qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung entwickelt. Konsequenterweise umgesetzt, können die Vorgaben sogar Menschenleben schützen. Ein kurzer Streifzug durch Europa zeigt das sehr eindrucksvoll.

Beispiel Holland: Dort gilt für die Operation bei Speiseröhrenkrebs (Ösophagus), die unter Ärzten als eine der schwie-

rigsten chirurgischen Eingriffe gilt, seit 2011 eine Mindestmenge von 20 Eingriffen pro Klinik und Jahr. Im Rahmen einer Initiative des Gesundheitsministeriums, der Kostenträger sowie der medizinischen Fachgesellschaften führte Holland ein Jahr später auch für Magenresektionen Mindestmengen ein. Die Effekte der Vorgaben registriert seither die Dutch Upper GI Cancer Audit Group (DUCA) – eine landesweite Qualitätsinitiative für die Behandlung von Ösophagus- und Magenkarzinomen. Seit 2011 werten die Experten der DUCA anonyme Daten aller Krebspatienten mit Speiseröhren- und Magenresektionen aus, stellen den chirurgischen Teams ihre Ergebnisse zur Verfügung und verändern auf diese Weise die Behandlungsmuster der Operateure. Die Folge: Die Sterblichkeitsrate der Patienten, die seit 2011 in Holland wegen Magenkrebs unters Messer mussten, fiel um die Hälfte – von acht auf etwa vier Prozent. Bei Speiseröhren-OPs blieb die Rate stabil auf niedrigem Niveau.

**Portugal senkt die Säuglingssterblichkeit.** Dass die Mechanismen hoher Fallzahlen nicht bloß in der Chirurgie wirken, zeigt die Reform der Geburtshilfe in Portugal. Neugeborene Kinder hatten dort in den 1980er-Jahren für europäische Verhältnisse vergleichsweise schlechte Überlebenschancen: Während 1990 in Deutschland sieben von 1.000 Säuglingen starben, waren es in Portugal elf. Das Gesundheitsministerium des Landes entschied sich daher für einen tiefgreifenden Umbau der Geburtshilfe. Im Mittelpunkt stand die Einführung einer Mindestmenge von jährlich 1.500 Geburten pro Klinik. Ein nationales Transportsystem bringt seither die werdenden Mütter in eine der großen Geburtskliniken des Landes, während die Zusammenarbeit zwischen lokalen Einrichtungen und regionalen Gesundheitszentren stark unterstützt wird. Nahezu alle Kinder kommen seit 1990 in den spezialisierten Häusern zur Welt. Seither ist die Sterblichkeitsrate bei Neugeborenen in Portugal zurückgegangen: Im Jahr 2004 starben nur noch vier von 1.000 neugeborenen Kindern. Gleichzeitig fiel die Sterberate bei Frühchen unter 1.500 Gramm von 26,9 auf 15,4 Prozent. Die damalige Reform der Geburtshilfe Portugals, in deren Zentrum die Mindestmenge als Hebel für mehr Qualität steht, wirkt bis heute nach.

**Ein starker Hebel.** Für Deutschland ist der Zusammenhang zwischen der Anzahl erbrachter Eingriffe in einem Krankenhaus und der Behandlungsqualität ebenfalls vielfach belegt – zuletzt im Krankenhaus-Report 2017 des Wissenschaftlichen Institutes der AOK (WIdO). Für einige komplexe Eingriffe gibt es daher auch hierzulande schon seit vielen Jahren – mittlerweile sogar höchstrichterlich bestätigte – Mindestmengen. Das Problem: Nicht alle Krankenhäuser stufen die Mindestmengen als einen wichtigen Hebel zur Qualitätssicherung ein. Insbesondere Kliniken, die durch Einführung von Mindestvorgaben für bestimmte Eingriffe Leistungseinschränkungen zu erwarten haben, bewerten das Recht auf freie (ärztliche) Berufswahl und den Erhalt der Flächenversorgung als besonders schützenswert und versuchen wider aller wissenschaftlichen Evidenz und zahlreicher praktischer Erfahrungen – siehe Holland, siehe Portugal –, Mindestmengen zu verhindern, zu verzögern oder zu umgehen. Es bleibt deshalb noch viel zu tun, wenn die Vorstellung des ehemaligen Generalsekretärs der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Professor Dr. Hartwig Bauer, zu Mindestmengen Wirklichkeit werden soll: „Kein Chirurg würde für sich oder seine Angehörigen eine Klinik wählen, die wenige oder sehr wenige Eingriffe einer bestimmten Art erbringt.“

**Qualität als Richtschnur.** Es gibt deutlich mehr Leistungsbereiche, für die Mindestmengen-Regelungen angezeigt wären als die sieben, die es in Deutschland bislang gibt. Das gilt umso mehr, als Mindestmengen für den Umbau der Kliniklandschaft entlang der Richtschnur Qualität eine wesentliche Rolle spielen – und zwar in mehrfacher Hinsicht. Denn mithilfe entsprechender

Vorgaben lässt sich die Versorgungsqualität der Häuser steigern. Gleichzeitig stützen sie den politisch erwünschten Konzentrationsprozess im stationären Sektor. Nur zur Klarstellung: Ziel von Regelungen zu Mindestmengen ist es, Leistungen zu konzentrieren, um so den Patientenschutz zu verbessern. Es geht nicht darum, dass Krankenkassen Geld sparen oder Patienten bestimmte Leistungen vorenthalten werden.

**Wie viel Wirkung entfaltet die Reform?** Erinnern wir uns: Mit dem seit Januar 2016 geltenden Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) verfolgt der Gesetzgeber zwei wesentliche Ziele. Einerseits soll die Reform die Krankenhäuser finanziell stärken, andererseits will das Gesetz den an Qualitätskriterien orientierten Umbau der Kliniklandschaft befördern. Ein Blick auf das vergangene Jahr zeigt, dass bezogen auf die finanziellen Elemente der Reform eine beachtliche Steigerung der Ausgaben von 3,8 Prozent zu beobachten ist. Die Fortschreibung des Versorgungszuschlages und das Pflegeförderprogramm zeigen offensichtlich Wirkung. In diesem Jahr dürften die Klinikausgaben nochmals um mehr als vier Prozent steigen.

Der angestrebte qualitätsbasierte Umbau der Krankenhauslandschaft ist hingegen noch nicht richtig in Fahrt gekommen. Dabei enthält die Krankenhausreform von 2016 dafür durchaus verschiedene Stellschrauben, die sich aber nicht völlig trennscharf voneinander abgrenzen lassen. Dazu gehö-

ren planungsrelevante Qualitätsindikatoren, Zentrenbildung, Qualitätszuschläge und -abschläge sowie Mindestmengen. Sie sind – nach Festlegung im Gemeinsamen Bundesausschuss – jeweils auf der Landesebene von den Vertragspartnern und Ländern umzusetzen, um so das Thema Versorgungsqualität voranzubringen.

**Qualitätsoffensive braucht mehr Tempo.** Der Status quo bezüglich Mindestmengen hat sich seit Inkrafttreten der Krankenhausreform indes noch nicht geändert. Im KHSG wurden für den effektiveren Einsatz von Mindestmengen relevante Veränderungen der Rechtslage vorgenommen. Der in der Vergangenheit oft hemmend wirkende „besondere Zusammenhang zwischen Menge und Qualität“ ist mit Gesetz dahingehend modifiziert, dass künftig auch ein statistischer Zusammenhang ausreicht, um eine Mindestmenge einzuführen oder beizubehalten. Es wird ferner klargestellt, dass die Kliniken gegenüber den Kassen darlegen müssen, ob sie Mindestmengen erreichen. Wenn nicht, dürfen die Häuser die entsprechenden Leistungen nicht erbringen. Weichen sie davon ab, haben sie keinen Vergütungsanspruch.

**Geringe Fallzahl, geringe Aussagekraft.** Bestandteil der Krankenhausreform ist zugleich eine Regelung, nach der die Kliniken von Mindestmengen betroffene Leistungen erbringen dürfen, wenn sie einen Ausnahmetatbestand für sich in Anspruch nehmen können, das jeweilige Land zur Sicherstellung der flächen-

Nur hohe Fallzahlen  
lassen verlässliche  
Aussagen über  
die Qualität zu.

deckenden Versorgung ein Krankenhaus zwecks Leistungserbringung bestimmt oder das Haus – trotz geringerer Fallzahl als mit der Mindestmenge festgelegt – eine nachweislich hohe Qualität erbringt.

Inbesondere letzter Punkt ist in der Praxis problematisch, da eine Qualitätsbewertung bei kleinen Fallzahlen aus statistischen Gründen nicht möglich ist. Ob eine Klinik bei einer Leistungsmenge von fünf Eingriffen null, eine oder zwei Komplikationen auslöst, erlaubt keine zuverlässige Aussage darüber, ob die Qualität der Eingriffe hoch oder niedrig ist. Der Zufall würde hier den Ausschlag geben. Nur bei höheren Fallmengen lassen sich Aussagen zur Qualität der Leistungserbringung ableiten. Vor diesem Hintergrund ergeben sich mit Blick auf die Mindestmengen-Thematik in Deutschland mehrere Arbeitsfelder, die zeitgleich anzugehen sind.

**Vorgaben sind einzuhalten.** In der Vergangenheit hat sich gezeigt, dass viele Kliniken Vorgaben zu Mindestmengen nicht in vollem Umfang befolgen. So erreicht laut Krankenhaus-Report 2017 beispielsweise nur jede zweite Klinik bei Resektionen der Bauchspeicheldrüse die Mindestmenge von jährlich zehn Fällen pro Klinik. Zur Erinnerung: In den Niederlanden liegt die Mindestmenge hier bei 20 Eingriffen im Jahr.

Bei Eingriffen an der Speiseröhre verfehlen in Deutschland sogar knapp drei Viertel der Häuser die entsprechende Vorgabe von zehn Fällen pro Jahr (Stand: 2014). Auch wenn man unterstellt, dass eine Reihe von Krankenhäusern Ausnahmetatbestände wie zum Beispiel den Aufbau einer neuen Abteilung für sich beanspruchen können, müssen Kliniken, Kassen und die zur Aufsicht der Kliniken verpflichteten Bundesländer zu einer neuen Praxis im Umgang mit Mindestmengen kommen. Denn diese können die Qualität der Leistungserbringung nicht verbessern, wenn Ausnahmen den Regelzustand darstellen. Unbestritten ist, dass Ausnahmen für besondere Situationen nötig sein können. Doch aufgrund des nachgewiesenen Zusammenhangs von Menge und Qualität – bei manchen Mindestmengen ist dies sogar eine Frage des Überlebens – sollten Ausnahmen von der Regel allenfalls zehn Prozent aller Krankenhäuser in einem Bundesland betreffen dürfen.

**Niedrigere Mortalität ist ein starkes Argument.** Bei einigen der derzeitigen Mindestmengen ist es darüber hinaus an der Zeit zu hinterfragen, ob sie in der jetzigen Höhe und der Ausrichtung allein auf das Krankenhaus noch ausreichend sind. Fakt ist: Die in Deutschland festgesetzten Mindestmengen sind im internationalen Vergleich niedrig. In Holland liegen die Mindestmengen – wie erwähnt – für Pankreas- und Ösophaguseingriffe bei je 20 pro Klinik und Jahr, in Frankreich bei 30. In England liegen die empfohlenen, aber nicht verbindlichen Mindestmengen bei 80 für Eingriffe am Pankreas und bei 60 für Eingriffe am Ösophagus. Der Trend zur Zentralisierung der Eingriffe an sogenannten High-Volume-Kliniken ist in diesen Ländern insgesamt viel stärker ausgeprägt als bei uns. Es erscheint also erforderlich, auch in Deutschland das Niveau bestehender Mindestmengen zu diskutieren. Eine niedrigere Mortalität wäre dabei ein sehr starkes Argument.

**Vorbild EndoCert.** Für die Endoprothetik hat die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie schon 2012 das Zertifizierungsverfahren EndoCert für Hüft- und Knieendoprothetik

## „Routine ist ein wichtiger Erfolgsfaktor“



Die Krankenhausplanung der Bundesländer muss den Qualitätsaspekt noch stärker berücksichtigen, sagt **Angelika Beier**. Die Versichertenvertreterin im Verwaltungsrat der AOK Hessen und im Aufsichtsrat des AOK-Bundesverbandes ist überzeugt davon, dass Mindestmengen dabei eine zentrale Rolle spielen.

**Frau Beier, warum setzen Sie sich als Versichertenvertreterin für Mindestmengen vor allem bei komplexen Operationen ein?**

**Beier:** An erster Stelle steht das Qualitätsargument. Krankenhäuser, die eine Operation häufig erbringen, haben eine niedrigere Komplikationsrate als Häuser, die den Eingriff seltener ausführen. Die vorhandene Routine und das eingespielte Team sind wichtige Erfolgsfaktoren. Wir wollen für unsere Versicherten die beste Qualität – und die erreichen Kliniken, die einen Eingriff öfter machen. Hinzu kommt, dass sich auch die Wirtschaftlichkeit in der Regel mit steigenden Fallzahlen verbessert. Hier gehen Qualitätsverbesserungen und Wirtschaftlichkeit Hand in Hand.

**Mindestmengen könnten zur Folge haben, dass Versicherte für planbare Eingriffe weiter fahren müssen. Ist das nicht ein Nachteil?**

**Beier:** Wenn Sie bei einer planbaren Operation, beispielsweise am Kniegelenk, die Wahl haben zwischen einem längeren Anfahrtsweg und einer geringeren Komplikationsrate – wie würden Sie dann entscheiden? Das Argument Anfahrtsweg sollte nicht überbewertet werden. Zumal stationäre Eingriffe glücklicherweise eher selten im Leben eines Patienten stattfinden und die Klinikaufenthalte meist nur einige Tage dauern. Ich will aber nicht verhehlen, dass sich das Thema in ländlichen Regionen im Einzelfall anders darstellt als in Ballungsgebieten. Doch auch Versicherte, die im ländlichen Raum leben, möchten die bestmögliche medizinische Behandlung.

**Was erhoffen Sie sich bei dem Thema von der Landespolitik?**

**Beier:** Wir erwarten, dass die Krankenhausplanung den Qualitätsaspekt künftig stärker in den Fokus rückt. Die qualitätsbezogene Planung muss das Patientenwohl im Auge haben. Daneben gewinnt die sektorenübergreifende Bedarfsplanung an Bedeutung. Gerade in ländlichen Regionen muss die Grundversorgung gesichert sein. Hier könnten Telemedizin oder Modelle der Delegation nicht-ärztlicher Aufgaben an Fachkräfte helfen, räumliche Distanzen zu überbrücken. So kann eine flächendeckende Versorgung bereitstehen, ohne dass die Spezialisten immer vor Ort sein müssen. ■

Das Interview führte Hans-Bernhard Henkel-Hoving.



## Weniger Klinikstandorte helfen auch gegen den Personalmangel

gestartet. Es geht über die Mindestmengen pro Klinik hinaus und macht zudem zahlreiche Vorgaben für die Struktur- und Prozessqualität. Im Kontext der Mindestmengen-Debatte fällt auf, dass laut EndoCert an einem Endoprothesen-Zentrum mindestens zwei Hauptoperateure vorzuhalten sind, die je 50 Eingriffe im Jahr vornehmen müssen. Die bestehende Mindestmengen-Regelung für die Knieendoprothetik ließe sich also entsprechend den Vorgaben von EndoCert überarbeiten und um die Hüftendoprothetik erweitern. Die Evidenz, mit der die Fachgesellschaft die Mindestmengen pro Operateur begründet, findet sich im Übrigen in den EndoCert-Handbüchern zur Zertifizierung der Einrichtungen wieder. Diese Bücher weisen darauf hin, dass die Mindestmenge pro Operateur gegenüber der Mindestmenge pro Klinik wissenschaftlich genauer untersucht ist. Unbeschadet davon wurde im Krankenhaus-Report der Zusammenhang von Menge und Behandlungsergebnis pro Klinik für Knie- und Hüftendoprothetik mehrfach publiziert.

**Versorgungsgüte sollte an erster Stelle stehen.** Aus neueren Untersuchungen des WIdO geht auch hervor, dass in der Schilddrüsenchirurgie eine Mindestmenge sinnvoll wäre. 75.000 Patienten lassen sich pro Jahr in über 1.000 Krankenhäusern an der Schilddrüse operieren – davon 57.000 wegen einer gutartigen Schilddrüsenvergrößerung. Ein Fünftel dieser Patienten werden dabei in Kliniken behandelt, die weniger als 56 Eingriffe pro Jahr durchführen, ein anderes Fünftel wird in Krankenhäusern mit mehr als 384 Eingriffen pro Jahr behandelt. Eine gravierende Komplikation ist die anhaltende Stimmbandlähmung nach der Operation. Bei diesem Qualitätsindikator zeigt sich: Das Fünftel der Patienten in Häusern mit den kleinsten Fallzahlen hat ein mehr als doppelt so hohes Risiko für eine dauerhafte Stimmbandlähmung wie das Fünftel der Patienten, das in den Kliniken mit den höchsten Fallzahlen operiert wird. Aus den WIdO-Analysen lässt sich zudem ableiten, dass die Operationen

gutartiger Schilddrüsenerkrankungen bei einer Mindestmenge von 384 Eingriffen zu einer Konzentration auf 100 Krankenhäuser führen würde. Dieser Prozess einer sich verändernden Versorgungslandschaft dürfte zwar viele Jahre dauern. Der unbestimmte Rechtsbegriff „Erhalt der Flächenversorgung“ würde dadurch aber nicht grundlegend verletzt, eine Qualitätsverbesserung hingegen erreicht.

**Votum für Zentren.** Im Qualitätsmonitor 2017 haben das WIdO und die Gesundheitsstadt Berlin Qualitätsindikatoren zur Behandlung von Brustkrebs (Mammakarzinom) untersucht. Ergebnis: Ein Viertel aller Kliniken, die Brustkrebs behandeln, erbringen acht solcher Eingriffe und weniger im Jahr. Betrachtet man die Kliniken danach, wie oft die für die qualitativ hochwertige Behandlung entscheidende feingewebliche Untersuchung des Krebses vor Festlegung der Therapie stattgefunden hat, zeigt sich, dass dies bei den Kliniken mit weniger als acht Fällen pro Jahr in 42 Prozent der Fälle unterblieb. Bei den restlichen Häusern wurde die Unterlassung der Bestimmung des Krebses vor Therapiefestlegung bei nur 16 Prozent der Patientinnen festgestellt.

Die feingewebliche Untersuchung ist für die erfolversprechende Therapie des Mammakarzinoms daher von hoher Relevanz, da die Reihenfolge von Operation und Chemotherapie und auch die Auswahl der unterschiedlichen Arzneimittel und Operationsverfahren durch die Art des Tumors bestimmt sind. Die personalisierte Medizin basiert genau darauf – und die Nichtbeachtung des „State of the art“ bleibt nicht ohne Konsequenzen für die Patientinnen. Schon 2011 zeigte eine große Studie, dass die Vierjahresüberlebensrate in Brustzentren nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) erheblich besser ist als in anderen Kliniken. Die Themen Mindestmengen und Zentrenbildung hängen demnach zusammen, denn auch die Kriterien der DKG kennen eine Mindestmenge von 100 Patientinnen pro Jahr.

**Konzentration ist ohne Alternative.** Mindestmengen sind ein Instrument, das mehrere Gesundheitsziele gleichzeitig bedient. Sie führen zu Behandlungen, deren Ergebnisse sich mit steigender Fallzahl verbessern. Zudem tragen sie zur Konzentration von Leistungen bei und bringen die qualitätsorientierte Klinikplanung voran. Letztlich gibt es zu diesem Prozess auch aus einer anderen Perspektive kaum eine Alternative. Nur mithilfe einer Konzentration auf weniger Standorte lässt sich dem Personalmangel Paroli bieten. Insbesondere die Anzahl von Fachärzten ist von der Abteilungsgröße abhängig. Und nur große Abteilungen können die Quote von 5,5 Fachärzten pro Abteilung erfüllen, die etwa der Landeskrankenhausplan in Thüringen fordert.

Nimmt man die Empfehlungen der Expertenkommission zur Definition von Personaluntergrenzen in der Pflege ernst, gelangt man mit Blick auf den Pflegedienst zum gleichen Befund. Wenn in jeder Nachschicht mindestens zwei Pflegekräfte auf Station anwesend sein sollen, so wie die Kommission es fordert, dann müssen größere Einheiten entstehen – oder aber die Personalanhaltszahlen bleiben ein zahnloser Papiertiger. ■

**Dr. Jürgen Malzahn** leitet die Abteilung Stationäre Versorgung /Rehabilitation im AOK-Bundesverband. **Kontakt: Juergen.Malzahn@bv.aok.de**

### Lesetipps

- Klauber, Jürgen/Geraedts, Max/Friedrich, Jörg/Wasem, Jürgen (Hrsg.): **Krankenhaus-Report 2017**. 496 Seiten. 59,99 Euro. Schattauer-Verlag, Stuttgart 2017.
- Dormann, Franz/Klauber, Jürgen (Hrsg.): **Qualitätsmonitor 2017**. 332 Seiten. 39,95 Euro. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2017.



# „Wir lassen uns nicht vom Qualitätskurs abbringen“

Die für bestimmte Operationen vorgeschriebenen Mindestmengen verbessern die Patientensicherheit, meint **Frank Michalak**. Der Chef der AOK Nordost plädiert deshalb dafür, weitere Leistungsbereiche in das Konzept einzubeziehen.

Mit der Umsetzung von Mindestmengen macht sich eine Kasse nicht beliebt. Warum geht die AOK Nordost dennoch diesen Weg?

**Frank Michalak:** Es geht nicht um Beliebtheit, sondern um Qualität bei hochspezialisierten Eingriffen und um mehr Patientensicherheit. Als größte regionale Krankenkasse in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern wollen wir Transparenz, welche Kliniken die Mindestmengen einhalten und welche nicht. Für diese Qualitätssicherung hat der Gesetzgeber klare Rahmenbedingungen geschaffen: Kliniken, die die Mindestzahl an Eingriffen etwa bei der Versorgung von Frühgeborenen oder komplizierten Eingriffen wie an der Speiseröhre nicht erreichen, dürfen diese Leistungen nicht erbringen und es besteht auch kein Vergütungsanspruch.

Wer stellt auf welcher Datengrundlage fest, dass eine Klinik die Mindestmenge unterschreitet?

**Michalak:** Die AOK Nordost hat 2016 ein Modellprojekt gestartet, bei dem wir alle Kliniken zu ihren im Vorjahr erreichten Mindestmengen befragt haben. Für dieses Jahr haben wir die Abfrage mit den Landesverbänden der anderen Krankenkassen wiederholt und damit auf breitere Füße gestellt. Für das künftige Verfahren werden wir die angekündigte Mindestmengen-Richtlinie abwarten, die die Form der Datenübermittlung und Vorgaben zur Prognosebildung genau ausgestalten soll.

Wie reagieren die Kliniken? Hagelt es Klagen?

**Michalak:** Da es für die Kliniken beim Unterschreiten vorgeschriebener Mindestmengen um deren Budgets geht, haben uns nicht alle ohne Weiteres ihre Daten zur Verfügung gestellt. Wir sind deshalb bereits im intensiven Dialog mit den Kliniken und den Landeskrankenhausesellschaften. Wir werden uns nicht von diesem Qualitätskurs abbringen lassen – auch nicht durch rechtliche Schritte einzelner Klinikträger.

Droht in manchen Regionen Unterversorgung, wenn Krankenhäuser bestimmte Operationen nicht mehr erbringen dürfen?

**Michalak:** Nein, davon kann bei den festgesetzten Mindestmengen keine Rede sein. Wir sprechen von hochspezialisierten und planbaren Eingriffen, für die Patienten bereits heute eine längere Anfahrt auf sich nehmen. Auch wenn die Versorgung um die Ecke bequemer ist, so gilt besonders in der spezialisierten Medizin, dass Übung den Meister macht. In kleinen Häusern



Frank Michalak,  
Vorstand der AOK Nordost

finden bestimmte Eingriffe zu selten statt, sodass selbst routinierten OP-Teams die spezielle Kompetenz fehlen kann, bei Komplikationen richtig zu reagieren. Ausnahmen sind dem Gesetz nach nur möglich, wenn die Versorgung in der Fläche gefährdet wäre. In Flächenländern wie Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern ist es deshalb von Bedeutung, eine Balance zwischen Qualität und Wohnortnähe herzustellen.

Wären weitere Mindestmengen sinnvoll?

**Michalak:** Leistungsbereiche wie etwa Hüftgelenkersatz, Schilddrüsen- und Brustkrebs-OPs in die Mindestmengen-Regelung einzubeziehen, würden wir ausdrücklich begrüßen. Welche Mindestmengen aus wissenschaftlicher Sicht für diese Eingriffe sinnvoll sind, muss der Gemeinsame Bundesausschuss prüfen. ■

Die Fragen stellte Anne Töpfer.

# Mindestmengen:

# Was bringen

**Mindestmengen sind ein seit langem eingeführtes** und auch von den Krankenhäusern anerkanntes Instrument der Qualitätssicherung. Mindestmengen als einziger Hebel zur Qualitätssicherung greifen jedoch zu kurz. Die Patientinnen und Patienten, die sich in unseren Krankenhäusern behandeln lassen, erwarten zu Recht die beste medizinische und pflegerische Versorgung.



**„Mindestmengen allein greifen zu kurz“**

**Jochen Brink**  
ist Präsident der Krankenhausgesellschaft  
Nordrhein-Westfalen.

Die 1.956 Krankenhäuser in Deutschland wissen um das entgegengebrachte Vertrauen und die Erwartungshaltung der Patienten. Neben den Mindestmengen dokumentieren die Krankenhäuser daher zum Beispiel Komplikationen und Infektionen umfassend und werten diese Daten aus. Sie veröffentlichen ihre Qualitätsindikatoren und die Leistungszahlen zu zahlreichen Operationen und weiteren stationären Leistungen, sodass sich die Patientinnen und Patienten über die Qualität und das Leistungsspektrum informieren können. Für hohe Ergebnisqualität bei Operationen sorgen in erster Linie eingespielte interdisziplinäre Teams und den gesamten Behandlungsprozess umfassende organisatorische und strukturelle Rahmenbedingungen – von der Operation bis zur Versorgung auf der Intensiv- und Normalstation. Es gilt, einerseits Gelegenheitsleistungen auszuschließen und andererseits, wo es für Mindestmengen gesicherte Anhaltspunkte gibt, mit Flexibilitätskorridoren zu arbeiten. Die Logik, bei 50 Operationen darf man, bei 49 nicht, ist nicht nachvollziehbar. Die mit der Krankenhausreform geschaffenen neuen gesetzlichen Grundlagen – mit rechtssicheren Festsetzungsmöglichkeiten bei den Mindestmengen auf der einen und Ausnahmemöglichkeiten bei erwiesener Qualität auf der anderen Seite – sind eine gute Grundlage, Mindestmengen im Sinne einer qualitätsgesicherten Versorgung weiterzuentwickeln. ■

**Die nationale und internationale Literatur** zeigt für viele Behandlungen einen deutlichen Zusammenhang zwischen Fallzahl und Behandlungsqualität. Vor allem bei komplexen, schwierigen Leistungen, bei denen besonderes Erfahrungswissen, etablierte Abläufe und gegebenenfalls eine spezielle Ausstattung zum Tragen kommen, steigt in der Regel die Qualität mit der Anzahl der Behandlungen. Dadurch können sich Verbesserungen für eine Vielzahl von patientenrelevanten Endpunkten ergeben. Dazu zählen die Krankenhausverweildauer, die Patientenzufriedenheit, die Funktionsfähigkeit von Implantaten, die Komplikationsraten oder die Sterblichkeit unter den Patienten. Der positive Zusammenhang zwischen großen Fallzahlen und hoher Behandlungsqualität legt nahe, mehr verbindliche Vorgaben für die Zahl von Behandlungen zu machen. Neben den vom Gemeinsamen Bundesausschuss bereits festgelegten Eingriffen stützen internationale Studien auch Mindestmengen für Hüft-Endoprothesen, Prostata-Entfernungen, Herz-Bypässe sowie klassische Herzklappen-OPs oder den minimalinvasiven Herzklappen-Ersatz. Damit es zu den positiven Auswirkungen auf die Versorgungsqualität kommt, müssen nicht nur neue Mindestmengen festgelegt werden. Deren Einhaltung sollte auch stringenter überwacht sowie regelmäßig evaluiert und an den



**„Einhaltung stringenter überwachen“**

**Dr. Jan Böcken**  
ist Senior Project Manager im Programm  
„Versorgung verbessern – Patienten  
informieren“ bei der Bertelsmann Stiftung.

medizinischen Fortschritt angepasst werden. Einweisende Ärzte müssen dafür sensibilisiert werden, die Indikatoren für Behandlungsqualität bei der Einweisung und der Empfehlung einer bestimmten Klinik stärker zu berücksichtigen. Es ist schwer nachvollziehbar, wenn sie ihren Patienten raten, sich in Kliniken behandeln zu lassen, die mit dem jeweiligen komplizierten Eingriff nur wenig Erfahrung haben. ■

# sie den Patienten?

**Hohe Qualität der Versorgung** im Krankenhaus – das ist die gesetzliche Aufgabe. Aber es ist weit mehr: Qualität ist die Basis, sie ist das A und O für die Behandlung von Patientinnen und Patienten. Die Festlegung von Mindestmengen ist ein wichtiger Baustein dazu. Seit 2008 besteht der gesetzliche Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss, für bestimmte planbare Leistungen Mindestmengen festzulegen. Krankenhäuser, die die



**„Die Erfahrung ist ein wichtiges Pfund“**

**Petra Grimm-Benne (SPD)** ist Sozialministerin des Landes Sachsen-Anhalt.

Vorgaben nicht erfüllen, dürfen diese Eingriffe nicht mehr erbringen. Die Idee dahinter: Wer eine bestimmte Leistung häufig genug erbringt, hat Erfahrung. Und Erfahrung zahlt sich aus. Es gibt, das ist die Grundannahme des Gesetzgebers, einen engen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Leistungen und der Ergebnisqualität. Ich halte diese These für richtig und stehe hinter dem eingeschlagenen Weg. Die Erfahrung der Ärztinnen und Ärzte, der OP-Teams und des gesamten medizinischen Personals ist ein ganz wichtiges Pfund, von dem die Patientinnen und Patienten profitieren können. Die Festlegung von Mindestmengen hilft, Qualität zu sichern. Ich setze darauf, dass wissenschaftliche Erkenntnisse bei der Festlegung von Mindestmengen ausreichend berücksichtigt werden und dass das Wohl der Patientinnen und Patienten im Vordergrund steht. Natürlich hat es seinen Preis, wenn solche Grenzen eingezeichnet werden. Denn Wege können länger werden. Wenn aufgrund der Festlegung von Mindestmengen nicht mehr jedes Krankenhaus jede Leistung erbringt, können Patientinnen und Patienten gegebenenfalls nicht vor Ort behandelt werden. Das mag unbequem sein. Aber es ist richtig. Die Ergebnissicherheit muss im Vordergrund stehen. Denn Qualität ist das Entscheidende. Und das sieht, so ist meine Erfahrung, auch die übergroße Mehrheit der Patientinnen und Patienten so. ■

**Es gibt seit Jahrzehnten eine klare Studienlage**, die eine Beziehung zwischen der Häufigkeit der Leistungserbringung und der Qualität der Leistung belegt. Die stärkste Korrelation besteht bei Hochrisiko-Eingriffen beispielsweise an Speiseröhre oder Bauchspeicheldrüse. Der Zusammenhang zwischen Menge und Ergebnis besteht auf der Klinik- wie der Arzzebene. In einem Fach wie der Chirurgie ist die handwerkliche Geschicklichkeit mit dem hier besonders wichtigen Übung-macht-den-Meister-Prinzip gefragt. Die Zeit des Tausendsassas, der heute noch von Kopf bis Fuß die gesamte Chirurgie betreibt, ist vorbei. Spezialisierung spielt heute bei komplexen Eingriffen eine entscheidende Rolle. Je mehr Fälle, desto besser die Ergebnisse: Das spricht für Mindestmengen. Weitere Mindestmengen sollten dort diskutiert und umgesetzt werden, wo es erhebliche Patientengefährdungen gibt, wenn bestimmte Fallzahlen unterschritten werden. Wichtig ist dann aber auch, Strukturvorgaben festzulegen. Es kommt eben nicht nur auf die Expertise des einzelnen Chirurgen an. Das ganze Umfeld der Operation muss stimmen. Die Mindestmenge muss aber hoch genug angesetzt werden, damit sie greift. Dann braucht man auch nicht endlos über Flexibilitätskorridore zu streiten: Etwa darüber, ob bei einer



**„Spezialisierung spielt eine entscheidende Rolle“**

**Prof. Dr. Hartwig Bauer**  
ist Ärztlicher Direktor  
am Isarklinikum München.

Mindestmenge von 50 Knieprothesen gute Qualität erst bei 51 beginnt und bei 49 infrage gestellt ist. Das ist wie bei der Geschwindigkeitsbegrenzung im Straßenverkehr: Es gibt eine Evidenz dafür, dass weniger passiert, wenn in Ortschaften langsamer gefahren wird. Es gibt aber keine Evidenz dafür, ob das 50 Stundenkilometer sein müssen oder ob 40 nicht besser wären oder 60 ausreichen würden. Das ist eine normative Festlegung. So ist es auch bei der Mindestmenge. ■



# „Hört auf die Selbstverwaltung!“

Dr. Volker Hansen und Fritz Schösser reden im G+G-Interview Tacheles: Die beiden Aufsichtsratsvorsitzenden des AOK-Bundesverbandes kritisieren die fehlende gesundheitspolitische Weitsicht von Schwarz-Rot und unterstreichen die Rolle der Selbstverwaltung. Deren Rat sei heute wichtiger denn je.

Herr Dr. Hansen, in der Sozialversicherung neigt sich die Wahlperiode der Selbstverwaltung dem Ende zu. Sie blicken also auf jede Menge Sitzungen, jede Menge Papier und viele Debatten zurück. Hat es denn auch Spaß gemacht?

**Hansen:** Es macht sogar Heidenspaß. Die Aufgaben sind vielfältig und die Herausforderungen stets neue. Nehmen Sie etwa das GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz, das der Bundestag kürzlich verabschiedet hat. Die Inhalte sind alles andere als schön. Aber auf den letzten Metern konnten wir zumindest massive Eingriffe in die Autonomie der Selbstverwaltung verhindern. Der Ansatz, die Rechte der Selbstverwaltung durch immer neue Kontroll- und Weisungsbefugnisse der Aufsicht einzuschränken, bleibt aber falsch. Die Politik muss die Selbstverwaltung stärken und darf sie nicht an die Kandare nehmen.

Wie sieht das bei Ihnen aus, Herr Schösser?

**Schösser:** Also wenn ich Spaß haben will, gehe ich woanders hin (*lacht*). Das ist jetzt aber nicht abwertend gemeint, im Gegenteil. Ich bin mein ganzes Leben – bedingt auch durch meine Tätigkeit als Gewerkschafter – unterwegs, um etwas für die Schwächeren in dieser Gesellschaft zu erreichen. Und in diese Vita passt die Tätigkeit für eine Sozialversicherung, sprich eine Krankenversicherung wie die AOK, sehr gut hinein. Die AOK ist unter allen Kassenarten noch immer die Kasse, die ganz klassisch Solidarität verkörpert. Sie ist eine Versicherung für alle.

Was konkret haben Sie und Ihre Kolleginnen und Kollegen aus den Verwaltungsräten der Kassen für die Versicherten und Patienten in der zurückliegenden Wahlperiode erreicht?

**Schösser:** Wir blicken – allen voran in der Pflege – auf viele versorgungspolitische Fortschritte zurück, an denen die Selbstverwaltung beteiligt war. Das straft im Übrigen all diejenigen Lügen, die meinen, Selbstverwaltung sei „bloß“ für Mutter-Kind-Kuren und Zusatzleistungen zuständig. Primär sind wir für die Versorgung unserer Versicherten verantwortlich. Die AOK-Gemeinschaft war da sehr erfolgreich. Wir haben sicher gestellt, dass die Politik über die vergangenen sechs Jahre ein Verständnis dafür behalten hat, dass man gerade für den Wettbewerb unter den Kassen ein gemeinsames Fundament braucht, das im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich – kurz Morbi-RSA – besteht. Auf diesem Fundament ist die AOK gut unterwegs, weil sie solide wirtschaftet, über ein gutes Versorgungskonzept verfügt und gute Leistungen bietet.

„Die Politik muss die Selbstverwaltung stärken und darf sie nicht an die Kandare nehmen.“ *Dr. Volker Hansen*

**Herr Dr. Hansen, schütten Sie ein bisschen Wasser in den Wein?**

**Hansen:** Nein, volle Zustimmung. Wir waren als soziale Selbstverwaltung bei allen gesundheitspolitischen Themen und Gesetzesvorhaben dabei und konnten auch einiges umsetzen. Für die AOK gilt: Es gibt keine Kassenart, die besser dasteht in der Gesamtbetrachtung – sei es bei Beitragsätzen, Zusatzbeiträgen oder bei den Versorgungsleistungen. Das ist auch ein Verdienst der sozialen Selbstverwaltung.

**Steht die AOK gut da, das lehrt die Debatte um den Morbi-RSA, dann ruft das Neider auf den Plan. Bereitet Ihnen das Sorge?**

**Hansen:** Ja. Aber nicht, weil andere Kassenarten jetzt gleich aus mehreren, auch großen Rohren auf die AOK schießen. Sorge bereitet mir vielmehr die Reaktion der Politik. Mancher dort neigt dazu, Schlagworte für bare Münze zu nehmen und nicht genau hinzuschauen, was eigentlich dahinter steckt. So entstehen Legenden, denen wir mit Fakten begegnen müssen. Haupt- und Ehrenamt der AOK tun genau das – zuletzt mit dem gemeinsamen Positionspapier zum RSA. Wir haben in diesem Papier sehr deutlich gemacht, dass das Geld aus dem Gesundheitsfonds dahin fließen muss, wo kranke Menschen zu versorgen sind. Aber wir müssen bei dem Thema RSA weiter am Ball bleiben.

**Schösser:** Erfolg sollte nicht von Neid, sondern von dem Anreiz begleitet sein, aufzuschließen. Konkurrierende Krankenkassen sehen, dass die AOK viel erreicht hat. Es gibt dafür wie gesagt einen einfachen Grund: Wir haben ein sehr gutes unternehmerisches Konzept. Der immer wieder laut werdende Ruf nach mehr Wettbewerb in der Krankenversicherung hat Grenzen: Welcher

Wettbewerb soll in der Krankenversicherung ausgetragen werden? Beitragswettbewerb mit großen Risiken für die Versorgung? Oder ein Wettbewerb um qualitativ hochwertige Versorgung? Die AOK steht für Versorgungswettbewerb – ohne jede Art der Rosinenpickerei um Versicherte mit geringem Krankheitsrisiko.

**Ein neuer Pflegebegriff öffnet mehr Menschen das Tor zur Pflegeversicherung, Terminservicestellen verringern die Wartezeiten auf einen Facharzttermin und der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz ist weitgehend stabil. Sie müssen Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe doch ein gutes Zeugnis ausstellen?**



**Schösser:** Hermann Gröhe ist fleißig gewesen, keine Frage. Aber der große Zukunftsschlag fehlt – sieht man einmal vom neuen Pflegebegriff ab. Philipp Rösler hat 2011, um ein Beispiel zu nennen, mit dem Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz – dem AMNOG – einen Meilenstein in der gesetzlichen Krankenversicherung gesetzt, was den Kosten-Nutzen-Vergleich neuer Medikamente betrifft. Das war ein epochaler Schritt, um die Pharmakosten zu begrenzen. Die Kassen sahen sich erstmals in die Lage versetzt, der Pharmaindustrie als Verhandlungspartner gegenüberzutreten, um Mondpreise zu erden. Eine solche Großtat hat es unter Gröhe im Krankenversicherungsbereich nicht gegeben. Im Gegenteil: Einige dieser mutigen Reformen wurden wieder aufgeweicht.

**Hansen:** Herr Gröhe und die Koalition hatten einfach auch viel Glück. Das Glück, dass wir einen Überschuss im Gesundheitsfonds und eine boomende Wirtschaft haben. Gerade gab es die neuen Zahlen vom Arbeitsmarkt. Mehr als 44 Millionen Bundesbürger sind derzeit in Lohn und Brot. Das ist Rekord. Die Konjunktur brummt und die Löhne steigen. Das spült Geld in die Sozialkassen. Insofern ist Herr Gröhe ein Glücksvogel.

**Und der bekommt nicht mal ein Fleißkärtchen?**

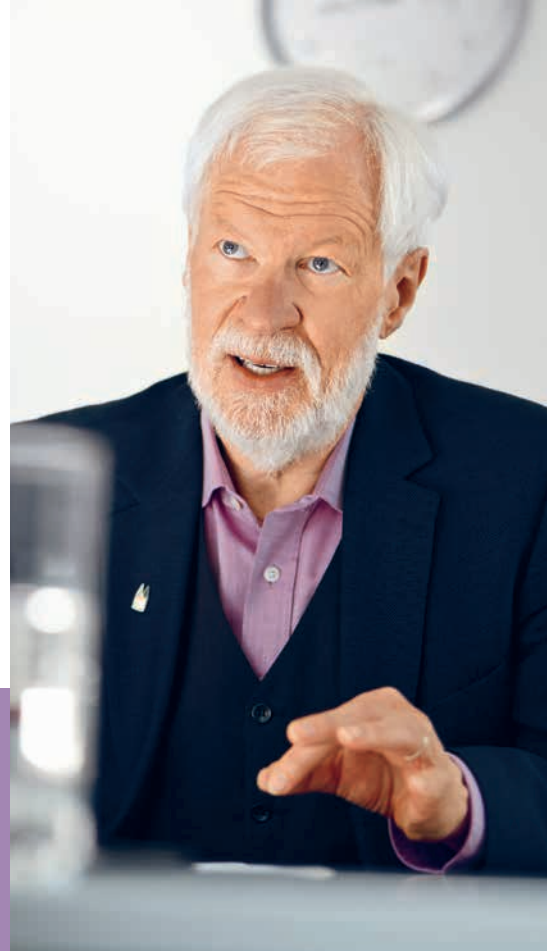
**Hansen:** Der Minister hat viel auf die Schiene gesetzt – Gutes und Schlechtes. Wichtiges wie die Zukunftssicherung und Demografiefestigkeit in der Krankenversicherung hat er aber überhaupt nicht angepackt. Das gilt auch für die Pflegeversi-

cherung. Die beschlossene Beitragssatzanhebung um 0,5-Prozentpunkte reicht gerade einmal bis zum Jahr 2022 aus. Nachhaltige Politik sieht anders aus. Und das Übel, das Herr Gröhe und die Große Koalition mit dem erwähnten Selbstverwaltungsgesetz anrichten wollten, kann ich den Akteuren lange Zeit nicht verzeihen.

**Aber musste die Politik nach den Vorgängen bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) nicht ein Stück weit misstrauischer sein gegenüber der Selbstverwaltung und die Daumenschrauben anziehen?**

**Hansen:** Im Grunde hat es die Aufsicht – das heißt das Bundesgesundheitsministerium – über viele Jahre hinweg versäumt, bei der Beaufsichtigung der KBV ihren Pflichten nachzukommen.

**Dr. Volker Hansen (62)** ist promovierter Volkswirt und arbeitet seit über 30 Jahren hauptberuflich für die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA). Er leitet dort die Abteilung „Soziale Sicherung“. Volker Hansen ist gebürtiger Rheinländer. Er ist Mitglied im Verwaltungsrat der AOK Nordost, alternierender Vorsitzender des Aufsichtsrates des AOK-Bundesverbandes und seit 2007 auch alternierender Vorsitzender des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes. Volker Hansen ist verheiratet und lebt heute in Stahnsdorf bei Berlin.



Die haben das schlichtweg schleifen lassen. Und dann hat man zur Gesichtswahrung alle fünf Institutionen, die unter Aufsicht des Ministeriums stehen, abgewatscht. Die Politik wollte um jeden Preis eine reine „Lex KBV“ verhindern.

**Schösser:** Der Vorgang zeigt, dass die Politik schlicht und einfach die unterschiedlichen Gegebenheiten in der sozialen Selbstverwaltung auf der einen Seite und der Selbstverwaltung auf der Leistungserbringerseite verkennt. Die Organe der Leistungserbringer sind auf eine ganz klare Interessenspolitik ausgerichtet. Die Krankenversicherung mit einer paritätischen Selbstverwaltung aus Arbeitgebern und Versicherten steht im Dienst der Beitragszahlergemeinschaft, der Beitragszahler und der Kranken. Das Hauptamt der Krankenkassen steht im Dienst der Versichertengemeinschaft und deren Interessen. Der GKV-Spitzenverband erfüllt im Übrigen viel weitreichendere Funktionen als die Organisationen der Leistungserbringer. Aufgaben, Aufbau, Struktur und Interessenswahrung sind nicht vergleichbar. Daher war das Selbstverwaltungsstärkungsgesetz bezogen auf die gesetzliche Krankenversicherung völlig widersinnig.

**Apropos GKV-Spitzenverband: Die Stimmen der Versicherten- und der Arbeitgebervertreter der AOK im Verwaltungsrat des Spitzenverbandes sind immer noch nicht gleich viel wert. Ihr Votum, Herr Dr. Hansen, hat mehr Gewicht als das von Herrn Schösser. Ein prima Zustand für die Arbeitgeber?**

**Hansen:** Nein, zufriedenstellend ist das auch aus unserer Sicht nicht. Aber zumindest in der täglichen Arbeit des GKV-Spitzenverbandes erweist sich das Stimmenungleichgewicht nicht

zum Nachteil der AOK-Versichertenvertreter. Es gab keinen Fall, wo sich die AOK-Vertreter – sei es jetzt beide Bänke für sich oder gemeinsam – hier haben auseinanderdividieren lassen. Das Prinzip „Ein Kopf – eine Stimme“ sollte aber auch für den GKV-Spitzenverband greifen. Für den Gesetzgeber wäre es ein Federstrich, die ungleiche Stimmengewichtung zu korrigieren.

**Schösser:** Die Anliegen der AOK im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes werden durch die Arbeitgeber und die Versicherten gemeinsam vertreten. In gesundheitspolitischen Fragen klaffen die Interessen von Arbeitgebern und Versicherten aber auch auseinander. Deshalb muss der Tatbestand, dass die AOK im Verwaltungsrat des GKV Spitzenverbandes mehrheitlich von den Stimmen der Arbeitgeber und die der Ersatzkassen mehrheitlich von denen der Versicherten dominiert ist, korrigiert werden. Diese Situation führt zu Benachteiligungen in der Repräsentanz bei der Gremienarbeit sowie in den Vertretungen der Selbstverwaltung beim GKV-Spitzenverband nach außen und gegenüber der Politik. Obwohl die Unterscheidung zwischen Ersatz- und Versorgerkassen seit 1995 aufgehoben ist, hat der Gesetzgeber das Selbstverwaltungsrecht in den verschiedenen Kassenarten nicht angepasst. Für den Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes hat er die Parität festgelegt. Um dieses Ziel zu erreichen, werden die bei den Ersatzkassen fehlenden Arbeitgeberstimmen dadurch ausgeglichen, dass die Arbeitgeber der anderen Kassenarten ein größeres Stimmengewicht erhalten. Umgekehrt führt dies bei den Versichertenvertretern der Ersatzkassen zur Aufwertung der Stimmengewichte und zur Abwertung der Stimmen bei den übrigen Kassenarten. Das lässt sich nur



**Hansen:** Ganz so brach liegt das Feld nicht. Wir bieten derartige Fortbildungen an. Freilich ist dabei immer auch zu berücksichtigen, dass die Aufgaben in der Selbstverwaltung ehrenamtlich wahrgenommen werden und die Entscheidung für eine Weiterbildung auch eine Frage zeitlicher Ressourcen ist. Aber grundsätzlich ist Qualifizierung der richtige Ansatz, um sich als gewählter Selbstverwalter zu informieren: Was sind meine Aufgaben, wo liegt meine Verantwortung, worauf muss ich achten? Fragen dieser Art lassen sich dadurch besser und kompetenter beantworten.

**Schösser:** Sowohl im Arbeitgeberbereich wie auch im gewerkschaftlichen Bereich finden Weiterbildungen für die Selbstverwalter statt. Es wird auch danach gefragt, ob ein Kandidat über

**Fritz Schösser (69)** steht seit 2003 als alternierender Vorsitzender und Versichertenvertreter an der Spitze des Aufsichtsrates des AOK-Bundesverbandes. Von 2002 bis 2015 war er alternierender Vorsitzender des Verwaltungsrates der AOK Bayern. Mit 14 Jahren begann er in Töging am Inn geborene Oberbayer eine Lehre als Industriekaufmann. Nach dem Abitur auf dem zweiten Bildungsweg war Schösser zunächst in der Jugend- und Bildungsarbeit der Gewerkschaft ÖTV und des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB) tätig. Von 1992 bis Anfang 2010 war er Vorsitzender des DGB Bayern, von 1994 bis 1998 SPD-Abgeordneter im bayerischen Landtag und von 1998 bis 2005 SPD-Bundestagsabgeordneter. Fritz Schösser hat zwei erwachsene Kinder und lebt im Allgäu.

auflösen, wenn es endlich eine paritätische Stimmengewichtung in den Verwaltungsräten aller Kassenarten gibt.

**Die Große Koalition wollte die gemeinsame Selbstverwaltung in der Sozialversicherung stärken: mehr Urwahlen, Online-Abstimmungen, bessere Weiterbildungsmöglichkeiten für ehrenamtliche Mandatsträger, mehr Frauen in den Verwaltungsräten. Viel davon haben Union und SPD nicht umgesetzt, oder?**

**Hansen:** Wenig! Für die Politik stellt es halt eine Heidenarbeit dar, in diesen Dschungel der Interessenvertretungen neue Schneisen zu schlagen. Und der Gewinn, den die Politik daraus für sich ziehen kann, der ist sehr überschaubar. Das wird auch eingestanden – freilich nicht vor laufenden Kameras.

**Schösser:** Ich könnte jetzt fragen, mit welchem Wahlsystem es gelingt, mehr Frauen für die Selbstverwaltung zu gewinnen: im Urwahlsystem oder mit der Friedenswahl. Schaut man sich die AOK an, vor allem den AOK-Bundesverband, findet man auf der Versichertenseite die Situation vor, dass dort die Versichertenseite paritätisch mit Männern und Frauen vertreten ist. Wenn ich mir das bei den Ersatzkassen anschau, sind dort bei einigen Kassen auf der Versichertenbank junge Versicherte und Frauen noch schwach vertreten. Der Wahlakt als solcher ist kein Garant, dass die Teilhabe aller Versichertengruppen gewährleistet ist.

**Die Trägerorganisationen sollen den Ehrenamtlichen in der Selbstverwaltung den Rücken stärken – etwa durch Qualifizierungsangebote. Da aber nehmen wir viel Brachfeld wahr.**

genügend Qualifikation und Lebenserfahrung verfügt, um in der Selbstverwaltung arbeiten zu können. Das Kernproblem, das mich mit großer Sorge erfüllt, ist das ständige Miesmachen der Selbstverwaltung, die Legitimationskrise, in der die Selbstverwaltung steckt. Das schreckt viele junge Menschen ab, sich dort zu engagieren. Umso wichtiger ist es, deutlich zu machen, was der eigentliche Auftrag der Selbstverwaltung ist: Wir sind die Vertretung der Versicherten und Arbeitgeber mit all ihren Belangen gegenüber der Krankenversicherung.

**Die demokratische Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) als dem höchsten Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung aus Ärzten, Krankenkassen, Kliniken und Patientenvertretern wird immer wieder infrage gestellt. Der Handlungsdruck auf die Politik wächst. Befürchten Sie, dass der Gesetzgeber auch hier das Kind mit dem Bade ausschüttet und größeren Einfluss zu nehmen versucht?**

**Hansen:** Es gibt zum GBA keine Alternative. Das heißt nicht, dass dort alles perfekt läuft. Aber Deutschland ist mit dem Prinzip, nach dem Politik den Rahmen setzt und Leistungsanbieter und Krankenkassen die Ausgestaltung der Gesetze übernehmen, gut gefahren. Da ist ja die Grundidee: Die Betroffenen können aufgrund ihres Fachwissens und ihrer Erfahrungen Probleme besser und schneller lösen als die Politik. Im Übrigen kann die Bundesregierung Beschlüsse des GBA auch aufheben. So gesehen hat eine demokratisch legitimierte Regierung das Recht, in eine von ihr geschaffene Institution



eingreifen. Das sollte freilich die Ausnahme sein, nicht die Regel.

**Schösser:** Die Politik hat sich den Zugriff auf den GBA weitgehend gesichert und kann dort getroffene Entscheidungen korrigieren. Sie nimmt auf die Besetzung der Gruppe der neutralen Vertreter Einfluss. Der GBA ist verantwortlich, dass gemeinsame Selbstverwaltung funktioniert. Er hat den Auftrag, auf Basis der Rahmenbedingungen, die die Politik schafft, das Geschäft zwischen Leistungserbringern und Kassen zu regeln. Wie soll das anders gehen? Wer im Bundestag nimmt sich solcher Aufgaben an? Wer ist fachkompetent genug, das operative Um-



setzungsgeschäft zu betreiben? Da gibt es nichts dran zu deuteln. Es macht also keinen Sinn, den GBA schlechtzureden, ohne eine echte Alternative zu benennen. Freilich ist darauf zu achten, dass der GBA nicht übermächtig wird. Zusammenarbeit sichert eine sinnvolle Weiterentwicklung des Gesundheitswesens, nicht das Hü oder Hott der Politik.

**Herr Dr. Hansen, Herr Schösser, was ist Ihr wichtigster Wunsch für die kommende Wahlperiode – und zwar in Bezug auf die Selbstverwaltung und in Bezug auf die Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl im Herbst?**

**Hansen:** Erster Punkt: Nachdem wir gerade noch eine eklatante Schwächung der sozialen Selbstverwaltung verhindern konnten, müssen wir uns jetzt wieder eine nachhaltige Stärkung der Selbstverwaltung auf die Fahnen schreiben. Davon müssen wir den Gesetzgeber in der kommenden Legislatur unbedingt überzeugen. Der andere Punkt mit Blick auf die künftige Gesundheitspolitik ist: Wir müssen die Politik dazu bringen, die Kranken- und Pflegeversicherung endlich demografie- und damit zukunftsfest zu machen.

**Das dürfte keine leichte Aufgabe sein?**

**Hansen:** Definitiv nicht. Das ist sogar eine Mammutaufgabe, bei der es sehr viele Streitpunkte gibt, obwohl sich alle einig sind, dass wir das Kranken- und Pflegesystem zukunftsfest machen müssen. Deshalb sollten wir dieses Themenfeld direkt nach der Bundestagswahl im Herbst aufmachen und darüber sprechen,

wie nachhaltige Strukturreformen in der Kranken- und Pflegeversicherung auszugestalten sind. Die Rentenversicherung war immer ein gutes Beispiel, wie Nachhaltigkeit funktioniert. Da wurden von der Selbstverwaltung sogar „revolutionäre“ Gesetze mit Blick auf die Zukunft vorbereitet und nachher von der Politik umgesetzt. In diese Richtung muss es wieder gehen.

**Schösser:** Mein Wunsch für die Arbeit der Selbstverwaltung ist, dass wir diese mit großem Selbstbewusstsein weiterentwickeln. Selbstverwaltung ist nicht nur der Kontrolleur eines Vorstandes. Selbstverwaltung segnet auch nicht nur den Haushalt ab oder erhöht den Beitragssatz. Selbstverwaltung – und das ist die Herausforderung für jeden, der für sie tätig wird – ist fester Bestandteil des Gesundheitswesens. Sie arbeitet aktiv am Ziel,

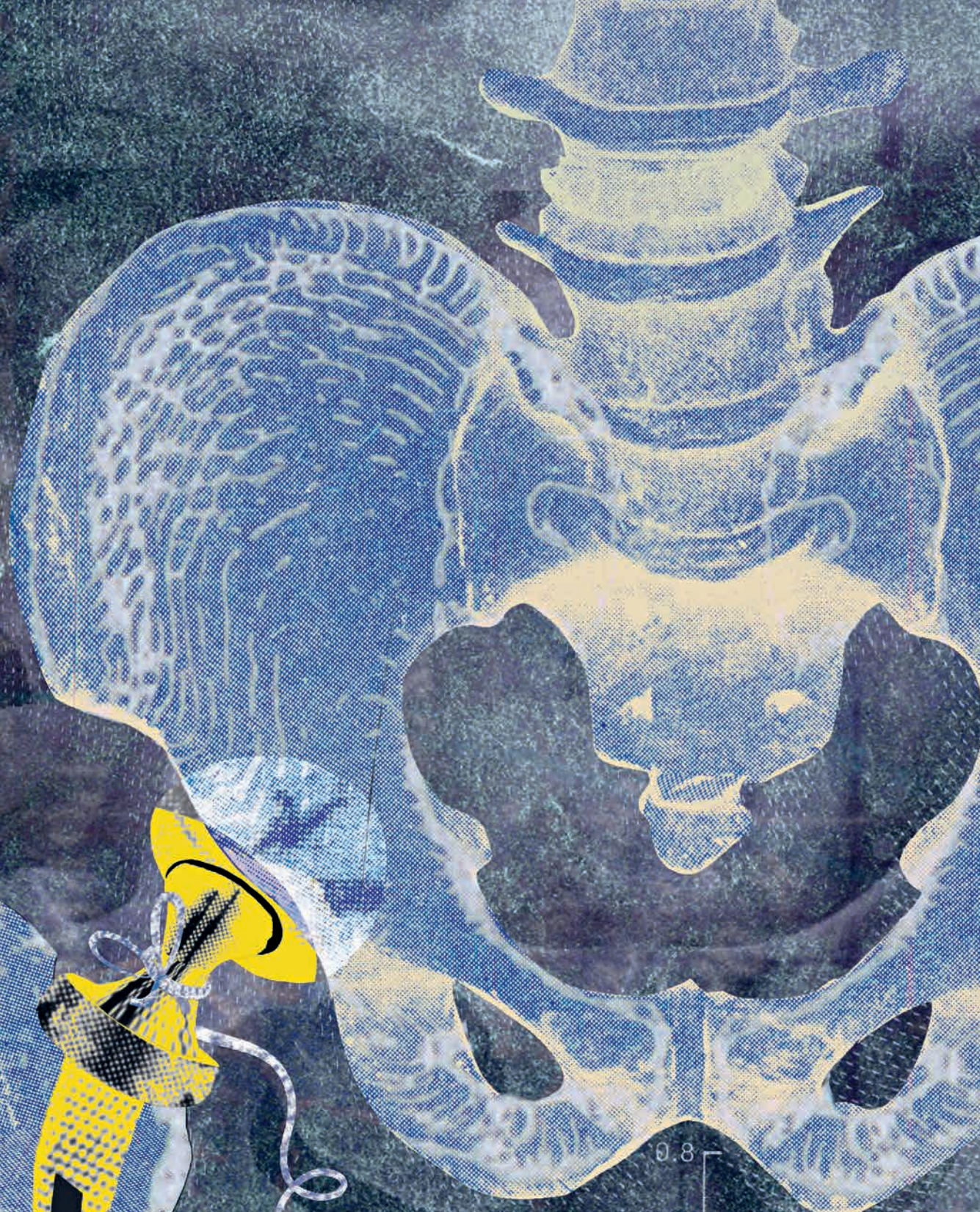
„Selbstverwaltung ist mehr als der Kontrolleur des Vorstandes. Sie ist fester Bestandteil des Gesundheitswesens.“ *Fritz Schösser*

für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung zu sorgen. Das ist die Gesamtaufgabe, vor der wir stehen – neben der Sonderaufgabe insbesondere der Versichertengruppe, stets die Versorgungssituation des Versicherten im Auge zu haben und durch gute Beratungs- und Betreuungsarbeit der Kasse dafür zu sorgen, dass Versicherten dort geholfen wird, wo es Probleme gibt. Das ist auch der Mehrwert der AOK. Und ich wünsche mir, dass die Selbstverwaltung diesen Mehrwert für Versicherte nicht aus den Augen verliert.

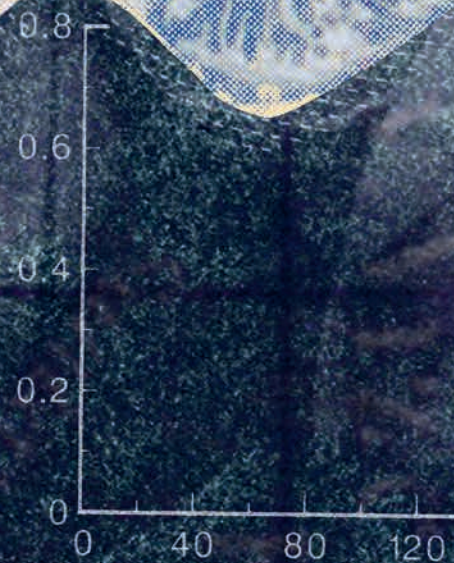
**Und wie lautet Ihr Wunsch mit Blick auf die Gesundheitspolitik?**

**Schösser:** Die Politik muss das Stimmenungleichgewicht im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes aufheben. Hier muss jeder seine Stärken auf gleicher Augenhöhe einbringen können. In der nächsten Legislatur gehören außerdem noch zwei große Themen auf die Agenda. Das eine ist die Digitalisierung für eine bessere Beratung und Versorgung der Versicherten. Sie kann hilfreich sein. Sie kann aber auch das Gegenteil bewirken – die Technik als solche ist janusköpfig. Die zweite Frage ist: Wie entwickeln wir die Gesundheitsversorgung unter den Aspekten Qualität und Wirtschaftlichkeit so weiter, dass keiner abgehängt wird. Mein Rat an die Politiker lautet – und ich spreche hier sicher auch im Namen von Herrn Dr. Hansen: Hört bei der Lösung der anstehenden Herausforderungen im Gesundheitswesen auf den Rat der Selbstverwaltung! ■

Das Interview führten Thomas Hommel und Hans-Bernhard Henkel-Hoving.



OLIVER WEISS



# Reform mit Restrisiko

Für Hüftgelenke, Herzschrittmacher oder Gefäßstützen gelten auf europäischer Ebene jetzt neue gesetzliche Regeln. Gerhard Schillinger, Jürgen Malzahn, Evert Jan van Lente, Anja Mertens und Elisabeth Reker-Barske zeichnen den Weg zur Medizinprodukte-Verordnung nach, konstatieren Lücken beim Patientenschutz und machen deutlich, wie sie sich schließen lassen.

**V**or sieben Jahren schlug ein Skandal um ein fehlerhaftes Medizinprodukt hohe Wellen: Der französische Hersteller Poly Implant Prothèse (PIP) hatte reißanfällige, mit Industriesilikon gefüllte Brust-Implantate auf den Markt gebracht. Ärzte hatten die Gelkissen zehntausenden Frauen eingesetzt, beispielsweise zur Rekonstruktion der Brust nach Krebs. Nach dem Tod einer Patientin mit PIP-Implantaten im Dezember 2011 empfahlen die Behörden 30.000 Frauen in Frankreich, die Implantate entfernen zu lassen. Der PIP-Inhaber landete im Gefängnis. Der Brustimplantate-Skandal beschäftigt bis heute die Gerichte mit Schadenersatzklagen. Doch wie hat es soweit kommen können, und wie beugt der Gesetzgeber einer Gesundheitsgefährdung durch Medizinprodukte künftig vor?

**Nach Schäden rückt Patientensicherheit in den Fokus.** Im April 2017 hat das Europa-Parlament die neue Medizinprodukte-Verordnung der Europäischen Union (EU) verabschiedet. Der Gesetzgeber hat die bestehenden Richtlinien zusammengeführt und weitere, bisher unberücksichtigte Produkte in die Verordnung aufgenommen. Die Regelungen gelten nach einer Frist von drei Jahren direkt in den EU-Mitgliedstaaten. Nachdem die Verordnung zunächst in erster Linie den freien Warenverkehr und den einfachen Marktzugang zum Ziel hatte, hat der Gesetzgeber nach dem PIP-Skandal die Patientensicherheit vermehrt in den Fokus genommen. Aufgrund weiterer Schadensfälle durch Hochrisiko-Medizinprodukte wie Hüftprothesen, intrakranielle Stents (Hülsen zur Erweiterung von verengten Blutgefäßen im Gehirn) und Kabel für implantierbare Defibrillatoren (Ge-

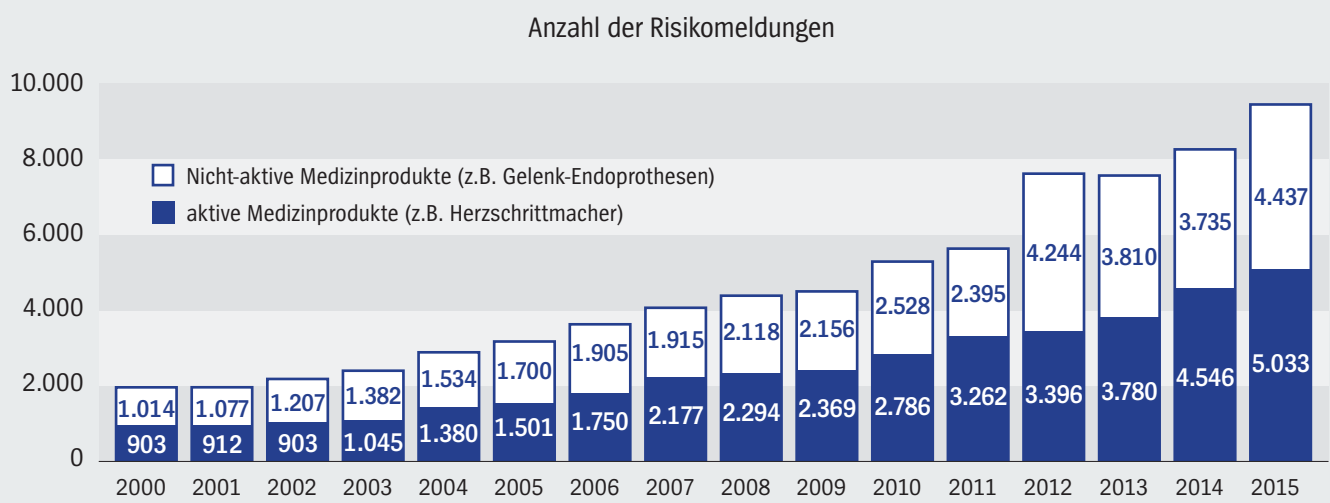
räte gegen lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen) wuchs im EU-Parlament die Aufmerksamkeit für Fragen der Patientensicherheit. Auch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in Deutschland will der Patientensicherheit von Medizinprodukten mehr Gewicht verleihen. Unter Federführung der AOK setzte sie sich auf europäischer Ebene dafür ein, dass zunächst ausreichende Daten zur Sicherheit und Wirksamkeit vorliegen müssen, bevor Patienten Zugang zu innovativen Medizinprodukten haben.

**Hohes Risiko bei Defibrillatoren.** Die Hersteller müssen ihre Medizinprodukte nach gesetzlich festgelegten Regeln einer Risikoklasse zuordnen (siehe Glossar auf Seite 38). Während von Produkten wie Mundspateln oder Mullbinden (Klasse I) kaum Gefahren ausgehen, sind Medizinprodukte der Klasse III – beispielsweise Herzklappen oder Gelenk-Endoprothesen – mit einem sehr hohen Risiko verbunden. Aktive implantierbare Medizinprodukte, also batteriebetriebene Geräte, die in den Körper eingesetzt werden, gehören ebenfalls zu den Hochrisiko-Medizinprodukten: Ein implantierbarer Defibrillator, der den plötzlichen Herztod bei Herzrhythmusstörungen verhindern kann, muss im richtigen Moment auslösen. Seit vielen Jahren gibt es für diese Anwendung zuverlässige Produkte. Allerdings sind neue Elektroden (Kabel zwischen Gerät und Herzmuskel) ohne ausreichende Erprobung auf den Markt gekommen, die viel häufiger brachen als die bislang üblichen. Die „Sprint Fidelis“-Kabel von Medtronic etwa setzten Ärzte weltweit 268.000mal ein, die „Riata“-Kabel von St. Jude-Medical 227.000mal. Nach nur drei Jahren war bereits etwa jedes achte dieser Kabel gebrochen. In der Folge schickten Geräte unkontrolliert lebensgefährliche Stromstöße ins Herz oder sie versagten, wenn sie gebraucht wurden.

Das jüngste und vielleicht eindrucksvollste Negativ-Beispiel ist ein Schrittmacher, der direkt im Herzmuskel verankert wird. Der erste derartige Schrittmacher eines amerikanischen Herstellers kam 2013 auf den Europäischen Markt – auf Basis von Studien mit zehn Schafen und einer Fallserie mit 36 Menschen über 90 Tage. In den USA gibt es bis heute keine Zulassung für dieses Produkt. Nach Marktzugang traten vermehrt Schadensfälle und sogar zwei Todesfälle auf. Grund: Der Schrittmacher hatte den Herzmuskel durchbrochen. Nach Änderungen der Instrumente für die Implantation und der Gebrauchsanweisung setzten Ärzte die Geräte weiterhin ein – weltweit mehr als 1.400. Nachdem bei 111 Patienten das Gerät nun länger als zweieinhalb Jahren eingesetzt ist, zeigt sich, dass die Batterie des Gerätes bei einem zu großen Anteil der Patienten nicht halten. Im Oktober 2016 erfolgte daher ein Rückruf. Patienten wird der Ersatz des Gerätes empfohlen. Dass ein solch unzulängliches Produkt auf den Markt kommen durfte, ist bedenklich – nachdem Herzschrittmacher heutzutage ausgereift sind und die Batterien im Durchschnitt acht Jahre halten.

**Herstellerlobby gegen strengere Regeln.** Die hier skizzierten Beispiele belegen einmal mehr, dass bei der Sicherheit von Hochrisiko-Medizinprodukten erhebliche Defizite bestehen. Ein breites Bündnis aus Sozialversicherungen, Verbraucherschützern, Experten für evidenzbasierte Medizin und Ärzten hatte sich deshalb im Rahmen der Verhandlungen über die Medizinprodukte-Verordnung in Brüssel für eine Verbesserung der Patientensicherheit eingesetzt. Eine wichtige Forderung der Experten war, dass vor dem Marktzugang hochwertige Studien stattfinden. Die Hersteller hielten dagegen, dass Innovationen dann zu spät bei den Patienten ankämen. Allerdings gibt es für

## Zwischenfälle mit Medizinprodukten: Zahl der Meldungen steigt



Hersteller und Anwender sind in Deutschland gesetzlich verpflichtet, Zwischenfälle mit Medizinprodukten zu melden. Die Zahl dieser Meldungen ist kontinuierlich gestiegen: Von 1.917 im Jahr 2000 auf 9.470 im Jahr 2015. Dabei ist allerdings von einer gewissen Dunkelziffer auszugehen, denn eine Nicht-Meldung von Zwischenfällen bleibt ohne Sanktionen.

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Stand: 27.1.2016

die meisten der Produkte, bei denen schwere Schäden aufgetreten sind, bewährte Alternativen. Hier stimmt auch ein Blick über die europäischen Grenzen nachdenklich: In den USA erhalten unzureichend erprobte Produkte in der Regel keinen Marktzugang. Häufig werden die Produkte auch amerikanischer Hersteller erst massenhaft bei europäischen Patienten angewendet, bevor Zulassungsstudien in den USA beginnen.

Das Expertenbündnis setzte sich außerdem dafür ein, für Hochrisiko-Medizinprodukte genauso wie seit langem für Arzneimittel eine zentrale behördliche Zulassung zur Pflicht zu machen. Die behördliche Zulassung ist in den USA bereits Vorschrift. In Europa hingegen reicht eine Konformitätsbewertung (fachlicher Nachweis über die Erfüllung der einschlägigen Richtlinien) in Zusammenarbeit mit einer Benannten Stelle (siehe Glossar). Dabei handelt es sich um privatwirtschaftliche, Hersteller-finanzierte Institutionen.

Zu den Forderungen des Bündnisses gehörte darüber hinaus, Schadensfälle gegenüber Ärzten und Patienten transparent zu machen, damit sie dies bei ihrer Entscheidung für ein Medizinprodukt berücksichtigen können. Zudem forderte das Bündnis eine obligatorische Produkthaftpflichtversicherung. Dem Einsatz für mehr Patientensicherheit stand jedoch eine massive Lobbyarbeit der Hersteller gegenüber: Sie gaben sich in den Institutionen der EU in Brüssel die Klinke in die Hand. Nicht zuletzt deshalb sind viele mögliche Verbesserungen für den Patientenschutz auf der Strecke geblieben.

**Kontrollen sollen kriminelles Handeln verhindern.** Trotz der widerstreitenden Interessen herrschte in den Beratungen zur Verordnung schnell Einigkeit darüber, verpflichtende Kontrollen der Hersteller einzuführen. Damit soll künftig kriminelles Handeln wie die Verwendung von Industriesilikon für Brustimplantate verhindert werden. Dabei ist allerdings außer Acht geblieben, dass das minderwertige Silikon nur deshalb in den Körper gelangen konnte, weil die Hüllen der Implantate nicht ausreichend reißfest waren.

Mit der Medizinprodukte-Verordnung hat der Gesetzgeber auch höhere Anforderungen an die Benannten Stellen definiert. Sie sind mit jährlichen Kontrollen durch nationale Behörden verbunden, welche allerdings keine Durchgriffsrechte haben. Auch der Kompromissvorschlag, besondere Benannte Stellen für Hochrisiko-Medizinprodukte einzuführen, konnte sich nicht durchsetzen.

**Meilenstein bei Hochrisiko-Medizinprodukten erreicht.** Bei den Anforderungen an Hochrisiko-Medizinprodukte wurde ein wichtiger Meilenstein erreicht: Hersteller müssen sie nun immer in klinischen Studien erproben. Nur in sehr eng definierten Ausnahmen dürfen sie auf Studien verzichten: für gleichzusetzende Produkte des gleichen Herstellers, beziehungsweise mit dessen Zustimmung bei einem gleichzusetzenden Produkt eines anderen Herstellers. Klinische Studien müssen neben Sicherheit und Leistungsfähigkeit auch den Nutzen im Bereich der Zweckbestimmung der Medizinprodukte in den Fokus nehmen. Ein Wermutstropfen bleibt: Die Verordnung legt die methodischen Anforderungen an die klinischen Studien nicht fest und ver-



## Register sorgt für Transparenz

Zu den Hochrisiko-Medizinprodukten gehören künstliche Knie- und Hüftgelenke. Mehr als 400.000 dieser Endoprothesen setzen Ärzte den Patienten in Deutschland jährlich ein. Seit November 2012 erfasst das Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) bundesweit Gelenkersatz-Operationen an Hüfte und Knie und verfolgt sie nach. Das EPRD soll die Datengrundlage für eine weitere Verbesserung der Versorgungsqualität schaffen und schwerpunktmäßig für mehr Transparenz über die Standzeit (dies ist die Zeit, in der Implantate bis zu einer Wechseloperation funktionstüchtig sind) künstlicher Gelenke sorgen. Das Register wird organisatorisch von der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie, dem Bundesverband der Medizintechnologie, dem Verband der Ersatzkassen und dem AOK-Bundesverband gemeinsam betrieben. Als gemeinnützige GmbH und 100-prozentige Tochter der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie ist das EPRD ausschließlich wissenschaftlichen Grundsätzen verpflichtet.

Quelle: [www.eprd.de](http://www.eprd.de)



pflichtet die Hersteller nicht, die neuen Medizinprodukte im Vergleich zur Standardtherapie zu untersuchen. Daher sind auch weiterhin Fallserien erlaubt, aus denen man nicht ableiten kann, ob ein neues Medizinprodukt mindestens gleich gut und sicher ist wie die Standardtherapie.

**Europäische Expertengruppe erweist sich als zahnloser Tiger.** Als Kompromiss zwischen einer zentralen behördlichen Zulassung von Medizinprodukten und der heutigen CE-Zertifizierung (nach EU-Recht) durch Benannte Stellen hatte das Europa-Parlament vorgeschlagen, bei Hochrisiko-Medizinprodukten eine Expertengruppe einzubinden.

Die europäische Expertengruppe für Medizinprodukte ist jedoch ein zahnloser Tiger geworden. Sie darf nur in sehr wenigen Fällen überhaupt tätig werden: bei neuartigen Hochrisiko-Medizinprodukten oder wenn aus Studiendaten oder Fehlermeldungen auf ein deutlich erhöhtes Schadensrisiko zu schließen ist. Zudem sind ihre Stellungnahmen nicht bindend, werden aber bei abweichender Meinung veröffentlicht. Die Expertengruppe hat nur 60 Tage Zeit für die komplexe Bewertung und ist weder personell noch fachlich für eine effektive Prüfung ausgestattet. Deshalb wird sie ihre Arbeit wohl kaum zufriedenstellend erledigen können.

# Glossar

**Medizinprodukte:** Produkte mit medizinischer Zweckbestimmung, die vom Hersteller für die Anwendung beim Menschen bestimmt sind. Anders als bei Arzneimitteln, die pharmakologisch, immunologisch oder metabolisch wirken, wird die bestimmungsgemäße Hauptwirkung bei Medizinprodukten primär auf zum Beispiel physikalischem Weg erreicht.

**Risikoklassen:** Medizinprodukte werden bisher durch die Medizinprodukte-Richtlinie und demnächst durch die Medizinprodukte-Verordnung Risikoklassen zugeordnet. Zu Klasse I gehören zum Beispiel Medical Apps, Lesebrillen, Rollstühle oder Fieberthermometer, zu Klasse IIa beispielsweise Zahnfüllungen oder Katheter, zu Klasse IIb beispielsweise Intraokularlinsen, Kondome oder Röntgengeräte und zu Klasse III zum Beispiel Hüft- und Kniegelenk-Endoprothesen oder Brustimplantate. Für die Klassifizierung sind der Hersteller oder sein Bevollmächtigter verantwortlich.

**Konformitätsbewertungsverfahren:** Während Arzneimittel durch eine zentrale Behörde zugelassen werden müssen, dürfen Medizinprodukte mit CE-Kennzeichnung in Verkehr gebracht oder in Betrieb genommen werden. Die CE-Kennzeichnung darf angebracht werden, wenn die Produkte die grundlegenden Anforderungen der entsprechenden EU-Verordnung erfüllen und das vorgeschriebene Konformitätsbewertungsverfahren stattgefunden hat. Wie das Konformitätsbewertungsverfahren jeweils abläuft, hängt davon ab, zu welcher Risikoklasse ein Medizinprodukt gehört. Das Bewertungsverfahren für Medizinprodukte der Klasse I, die keine Messfunktion haben und nicht steril angewandt werden, kann der Hersteller in Eigenverantwortung vornehmen. Bei den Produkten höherer Risikoklassen muss eine unabhängige Prüf- und Zertifizierungsstelle („Benannte Stelle“) hinzugezogen werden.

**Benannte Stellen:** Die Prüf- und Zertifizierungsstellen für Medizinprodukte werden durch den Staat benannt. Verantwortlich für die Benennung ist in Deutschland die Zentralstelle der Länder für Gesundheitsschutz bei Arzneimitteln und Medizinprodukten. Die Hersteller können selbst entscheiden, an welche Benannte Stelle in Europa sie sich zur Bewertung ihres Produktes wenden. Wenn das Konformitätsbewertungsverfahren erfolgreich abgeschlossen ist, kann der Hersteller das CE-Kennzeichen auf das Produkt aufbringen. Damit kann es in der gesamten EU auf den Markt kommen.

*Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte; Bearbeitung: Gerhard Schillinger*

Hinsichtlich der Transparenz in der Produktsicherheit bringt die Medizinprodukte-Verordnung immerhin Verbesserungen. So sollen wesentliche Ergebnisse zur Sicherheit und Leistungsfähigkeit der Medizinprodukte aus den für den Marktzugang entscheidenden Studien veröffentlicht werden. Zudem soll es ein für jedermann zugängliches Studienregister geben. Mit der Einschränkung auf „wesentliche Ergebnisse“ lässt sich völlige Transparenz allerdings nicht herstellen.

Die Europäische Datenbank EUDAMED soll ausgebaut werden und künftig CE-Kennzeichnung, Änderungen, Ergänzungen und auch Rücknahme oder Entzug des Marktzugangs erfassen. Zu Fehlermeldungen bekommt die Öffentlichkeit nach der EU-Verordnung jedoch nur einen „angemessenen“ Zugang. Sie informiert sich dann besser bei der US-amerikanischen

Zulassungsbehörde, die alle Fehlermeldungen veröffentlicht – vorausgesetzt, die Hersteller geben ihren Produkten in den USA nicht andere Bezeichnungen, was bei Herzschrittmachern übliche Praxis ist.

**Absicherung im Schadensfall bleibt ungenügend.** Auch hinsichtlich der Absicherung der Ersatzansprüche von Patienten bei Produktschäden lässt die neue Verordnung Wünsche des Verbraucherschutzes offen. Am Ende der Verhandlungen zwischen Parlament, Rat und Kommission hat der Gesetzgeber die Verpflichtung zu Produkthaftpflichtversicherungen wieder fallengelassen. Stattdessen enthält die Verordnung einen schwammigen Appell an die Hersteller, für den Schadensfall angemessene Vorsorge zu treffen, damit sie eine ausreichende finanzielle Deckung ihrer potenziellen Haftung gewährleisten können. Gerade erst war die Firma Ranier in die Insolvenz geraten, nachdem ihre Bandscheibenprothesen massenhaft versagten. Deren Haltbarkeit war offenbar unzureichend geprüft worden. Die betroffenen Patienten bekamen aufgrund der Insolvenz keinen Schadenersatz. Ebenso erging es zuvor zum Beispiel Patienten mit dem sogenannten „Solysafe Sepatal Occluder“ (ein Schirmchen, das eine offene Verbindung zwischen den Vorhöfen des Herzens verschließen sollte) von Swissimplant.

Die EU-Verordnung enthält leider auch keine Regelungen, die die Patientenrechte im Schadensfall verbessern: Man hätte sich einen klaren Auskunftsanspruch für Geschädigte gegen den Hersteller gewünscht und einen Übergang der Beweislast auf den Hersteller, wenn das Medizinprodukt wahrscheinlich Ursache für den Gesundheitsschaden ist.

**Deutscher Gesetzgeber muss nachbessern.** Nachdem die europaweit geltenden Regelungen für den Marktzugang von Medizinprodukten verabschiedet sind, bleiben viele für die Sicherheit der Patienten wichtige Punkte offen. Nun ist der deutsche Gesetzgeber gefragt, die EU-Verordnung in der dreijährigen Übergangsfrist so zu ergänzen, dass sie die Patientensicherheit wirksam stärkt. Zuerst muss die Politik sicherstellen, dass Hersteller und Anwender von Medizinprodukten die gesetzlichen Vorgaben auch einhalten. Schon vor der neuen Verordnung galten viele sinnvolle Regelungen, an die sich jedoch nicht alle gehalten haben. So besteht zum Beispiel schon seit Jahren die Verpflichtung für Hersteller und Anwender, Fehler von Medizinprodukten dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zu melden. Eine Vorschrift, deren Nicht-Einhaltung jedoch ohne Folgen bleibt – weshalb bei der Zahl der Fehler von einer gewissen Dunkelziffer auszugehen ist (siehe Abbildung „Zwischenfälle: Zahl der Meldungen steigt“ auf Seite 36).

Auch gesetzlich vorgesehene unangemeldete Kontrollen der Hersteller durch Benannte Stellen sind nur dann wirklich effektiv, wenn diese auch in die Pflicht genommen werden für den Fall, dass sie wichtige Fehler nicht entdeckt oder auf entdeckte Fehler nicht adäquat reagiert haben. Ohne Sanktionen lässt sich mit der Medizinprodukte-Verordnung nichts erreichen – ebenso wenig wie man annehmen darf, dass Autos bei roten Ampeln halten, wenn die Missachtung dieser Regel keine Strafe nach sich zieht.


**Produkthaftpflicht verbindlich machen.** Wichtig ist zudem die Einführung einer verbindlichen Produkthaftpflichtversicherung in Deutschland. Sie würde die Patientensicherheit massiv erhöhen, da die Hersteller dann das Risiko beim Marktzugang unausgereifter Produkte nicht mehr einfach auf die Patienten abwälzen könnten. Die Verordnung hat den Mitgliedstaaten hierin explizit einen Handlungsspielraum gelassen. Frankreich zeigt, dass man diesen nutzen kann (siehe Beitrag „Medizinprodukte: So regeln andere Länder die Finanzierung“ auf Seite 40–41).

Mit der Einführung der einheitlichen Markierung (Unique Device Identification, UDI) wird die eindeutige Identifizierung der Medizinprodukte einfacher. Noch vor Etablierung der UDI sollten so bald wie möglich Informationen über die verwendeten Implantate und andere Hochrisiko-Medizinprodukte in die Abrechnungsdaten übernommen werden. In Schadensfällen können die Krankenkassen dann alle betroffenen Patienten schnell und zuverlässig informieren und beraten.

**Hochrisiko-Produkte zunächst nur in Zentren anwenden.** Da der europäische Gesetzgeber für den Marktzugang keine Mindestanforderung an die Studienqualität definiert hat, sollte die Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung für ungenügend geprüfte Hochrisiko-Medizinprodukte bis zum Vorliegen ausreichender Daten auf die Zentren beschränkt werden, die sich an hochwertigen Studien zu diesen Produkten beteiligen. Der deutsche Gesetzgeber hat hierfür mit Paragraph 137h (Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse) in das Sozialgesetzbuch V bereits einen ersten Schritt getan.

Demnach müssen Kliniken für Hochrisiko-Medizinprodukte, die wesentlicher Bestandteil einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode (NUB) sind, beim Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) Unterlagen zur Nutzenbewertung einreichen. Ist der Nutzen nachgewiesen, erkennt der GBA die Leistung an und die Krankenkassen dürfen sie vergüten. Ist die Methode erwiesenermaßen ohne Nutzen oder gar schädlich, schließt der GBA sie als Kassenleistung aus. Reichen die Daten für einen Nutzen-Nachweis nicht aus, besteht aber das Potenzial einer Behandlungsalternative, initiiert der GBA eine Erprobungsstudie; während dieser Zeit dürfen nur die Krankenhäuser die Leistung erbringen, die sich an der Studie beteiligen. Allerdings fallen nur sehr wenige Produkte unter diese Regelung: Hochrisiko-Medizinprodukte mit neuartigem theoretisch-wissenschaftlichen Konzept, für die ein Antrag auf ein NUB-Entgelt erstmalig gestellt wird.

**Patienten hätten dennoch Zugang zu Innovationen.** Hier sollte der Gesetzgeber nachbessern. Eine breitere Regelung für alle neuen Hochrisiko-Medizinprodukte sollte dafür sorgen, dass neue Methoden mit noch unzureichend erforschten Hochrisiko-Medizinprodukten zunächst nur in den Zentren zur Anwendung kommen, die sich an den Studien beteiligen. Das würde Patienten vor Hochrisiko-Medizinprodukten schützen, deren Nutzen und Risiko nicht ausreichend untersucht sind. Sie hätten in den spezialisierten Zentren dennoch im Rahmen von Studien sofort Zugang zu den innovativen Produkten.



**Die Politik muss sicherstellen, dass Hersteller und Anwender gesetzliche Vorgaben auch einhalten.**

Die an den Studien nicht beteiligten Kliniken dürften hingegen erst dann die neuen Medizinprodukte anbieten, wenn der Nutzen ausreichend belegt ist. Auch kleine und mittlere Hersteller, die ansonsten den Sprung in andere Märkte nur schwer bewältigen können, bekämen mit der Unterstützung der durch den GBA initiierten Studien belastbare wissenschaftliche Daten zu ihren Produkten. Wenn diese dann einen patientenrelevanten Nutzen zeigen, würde das den Erfolg auf dem europäischen Markt und in anderen Ländern befördern. „Proved in Germany“ könnte so zu einem neuen Qualitätsbegriff werden. ■

**Dr. Gerhard Schillinger** leitet den Stabsbereich Medizin beim AOK-Bundesverband. **Dr. Jürgen Malzahn** leitet die Abteilung Stationäre Versorgung und Rehabilitation beim AOK-Bundesverband. **Anja Mertens** ist Syndikusrechtsanwältin im Justitiariat beim AOK-Bundesverband.

**Elisabeth Reker-Barske** leitet den Bereich Europa/Internationales beim AOK-Bundesverband. **Evert Jan van Lente** ist Ständiger Vertreter der AOK in Brüssel. **Kontakt: Gerhard.Schillinger@bv.aok.de**

#### Web- und Lesetipps

- [www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Hintergrund > Dossiers > Medizinprodukte
- [www.bfarm.de](http://www.bfarm.de) > Medizinprodukte
- [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de) > Medizinprodukte
- [www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.de) > Themen > Medizinprodukte
- Martin Stockheim, Jürgen Windeler, Stefan Leusder: **Mehr Transparenz bei Medizinprodukten.** In: G+G 3/2009, Seiten 28–33
- Thomas Rottschäfer: **Auf nationaler Ebene nachbessern.** In: G+G 4/2017, Seite 18

# So regeln andere

Im Vergleich zu den USA können Hersteller ihre Medizinprodukte in Europa leicht auf den Markt bringen. Staaten wie Großbritannien, Frankreich oder Schweden knüpfen die Kostenübernahme allerdings an Bedingungen. Ein Überblick von **Saskia Kliemann**

## Großbritannien: Positivliste für teure Innovationen

In Großbritannien übernimmt der staatliche Gesundheitsdienst (National Health Service, NHS) die Kosten für medizinische Leistungen und die meisten Medizinprodukte nach dem „National Tariff“. Darin sind etwa 80 Prozent der von den Clinical Commissioning Groups (CCGs) erbrachten Leistungen erfasst. Diese regionalen Körperschaften schließen lokal mit Haus- und Fachärzten, Kliniken und privaten Einrichtungen Verträge über die Leistungen ab. Die vereinbarten Leistungen werden über ein Fallpauschalen-System einheitlich finanziert. Für kostenintensive Medizinprodukte, die Bestandteil neuer Behandlungsmethoden sind, können mit den Anbietern (Single-specialty Providers) Zusatzvergütungen vereinbart werden. Voraussetzung dafür ist die Aufnahme auf eine Positivliste durch den NHS auf Grundlage der Empfehlung des Nationalen Instituts für Exzellenz in Gesundheit und Pflege (National Institute for Health & Care Excellence, NICE). Ein unabhängiger Ausschuss des NICE wertet klinische Studien aus und legt seiner Empfehlung eine Kosten-Nutzen-Analyse, Untersuchungen zur Wirksamkeit sowie eine Abschätzung der finanziellen Folgen für das Gesundheitssystem zugrunde. Da die CCGs auf lokaler Ebene eigenverantwortlich entscheiden, können je nach Zugehörigkeit eines Patienten zu einem CCG unterschiedliche Leistungsansprüche für die gleiche Therapie bestehen. Aufgrund der regionalen Strukturen variieren die Preisvereinbarungen mit den Medizinprodukte-Herstellern in den Kliniken erheblich voneinander. ■

## Frankreich: Nutzen und Risiko abwägen

Medizinprodukte werden in Frankreich über die Krankenversicherung (Assurance maladie obligatoire) nur dann erstattet, wenn diese mit einem Code der Liste erstattungsfähiger Medizinprodukte (LPPR-Code) versehen sind. Die Aufnahme des Produktes auf die Liste kann über eine allgemeine Beschreibung erfolgen, wenn es sich in seiner Verwendung und anhand technischer Merkmale in eine bestehende Produktklasse einordnen lässt. Der

Hersteller versieht sein Produkt dann mit dem bestehenden LPPR-Code und meldet es der Nationalen Agentur für die Sicherheit von Arzneimitteln und Gesundheitsprodukten. Die Vergütung richtet sich nach dem bereits bestehenden „Tarif“. Sollen neue Medizinprodukte unter einem eigenen Handelsnamen gelistet werden, führt die CNEDiMTS, eine Kommission der unabhängigen Bewertungsinstitution HAS, ein Bewertungsverfahren durch. Im Rahmen einer Nutzen-Risiko-Abwägung wird der Zusatznutzen des neuen Produktes im Vergleich zu bestehenden Behandlungsmethoden und deren Bedeutung für die öffentliche Gesundheit ermittelt. Besteht ein Zusatznutzen, verhandeln die Wirtschaftskommission für Gesundheitsprodukte und der Hersteller den Preis. Anschließend setzt der Gesundheitsminister den Tarif fest. Im stationären Bereich werden einige Produkte durch die Eingruppierung in eine vorhandene Fallpauschale vergütet. Lassen sich neue, risikobehaftete oder teure Medizinprodukte nicht einstufen, können sie durch Aufnahme auf eine gesonderte Liste über eine staatliche Sondervergütung finanziert werden, gegebenenfalls auch zeitlich begrenzt. ■

## Niederlande: Behörde legt Preisobergrenzen fest

In den Niederlanden empfiehlt das Nationale Gesundheitsinstitut (Zorginstituut) dem Gesundheitsministerium, welche Leistungen vom Basispaket der Krankenversicherung abgedeckt sein sollten. Einzelne Medizinprodukte werden mithilfe eines „offenen Systems“ auf Grundlage der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) über ihre allgemeine Funktionsweise kategorisiert. Die meisten stationär eingesetzten Medizinprodukte sind über diese Klassifikation im Basispaket abgedeckt. Folgende Kriterien müssen erfüllt sein: Sie sind im gesellschaftlichen Kontext für die Behandlung einer Krankheit notwendig, ihre Wirksamkeit ist belegt, sie sind im Vergleich zu anderen Produkten wirtschaftlich und ihre Aufnahme ins Basispaket rentiert sich jetzt und in Zukunft. Die Kostenerstattung von stationär oder durch Fachärzte verwendeten Medizinprodukten richtet sich nach dem Fallpauschalen-System für Krankenhausleistungen. Die Preisobergrenzen, Budgets und Leistungsinhalte der Krankenhausbehandlungen mit Medizinprodukten legt grundsätzlich die niederländische



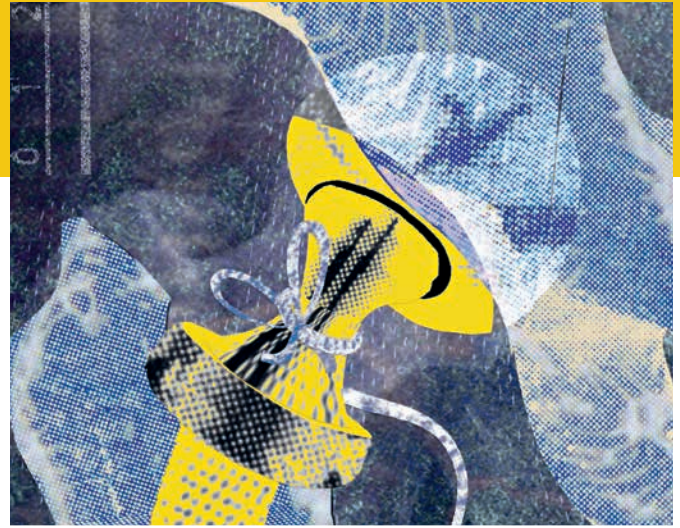
# Länder die Finanzierung

Gesundheitsbehörde (Niederlandse Zorgautoriteit) fest. Die Einführung von neuen Medizinprodukten oder Innovationen wird in Zusammenarbeit vom Gesundheitsministerium, Nationalem Gesundheitsinstitut, der Gesundheitsbehörde sowie der Organisation für Gesundheitsforschung- und Entwicklung begleitet. Die Bewertung der Produkte obliegt dem jeweiligen Sektor, in dem sie eingesetzt werden. Für die Erprobung innovativer Produkte kann unter strengen Auflagen eine Übergangsfinanzierung durch die Krankenversicherung erfolgen. ■

## Schweden: Empfehlung an lokale Entscheidungsträger

In Schweden wird die staatliche Gesundheitsversorgung regional von mehreren Landtagen und Gemeinden sichergestellt. Diesen lokalen Selbstverwaltungen steht ein eigenes Budget zur Verfügung, mit dem sie einen Großteil der Gesundheitseinrichtungen unterhalten. Die Kostenerstattung für Medizinprodukte richtet sich nach Produktgruppen. Hochrisiko-Medizinprodukten werden aus dem für die Gesundheitsversorgung bereitgestellten Budget vergütet. Hauptakteur für den Prozess der Bewertung und Preisgestaltung von Medizinprodukten ist die Agentur für zahnärztliche und pharmazeutische Leistungen (Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV). Zur Meinungsbildung werden Empfehlungen anderer Einrichtungen, zum Beispiel des Schwedischen Rates für Technikbewertung in der Gesundheitsversorgung und der Behörde für Medizinische Produkte eingeholt. Neben medizintechnischen Expertisen erfolgen Auswertungen unter medizinischen, wirtschaftlichen, ethischen und sozialen Gesichtspunkten. Dabei werden die Auswirkungen der Methode auf die Lebensqualität, die dadurch gewonnenen Lebensjahre sowie sämtliche durch ihre Anwendung entstehenden Ausgaben untersucht. So wird diejenige Methode vorrangig bewertet, für die aktuell innerhalb der Bevölkerung der größte Bedarf besteht, und es findet eine Kosten-Nutzen-Analyse aus einer gesellschaftlichen Sichtweise statt. Die Berichte und Bewertungen der TLV stellen Empfehlungen für die lokalen Entscheidungsträger dar. ■

**Saskia Kliemann** ist Referentin für das Regressmanagement von Medizinprodukten im AOK-Bundesverband. **Kontakt: Saskia.Kliemann@bv.aok.de**



## Patientensicherheit: Deutschland hat Nachholbedarf

In Ländern wie Großbritannien, Frankreich, Schweden und den Niederlanden reicht – anders als in Deutschland – insbesondere für teure und risikobehaftete beziehungsweise neue Hochrisiko-Medizinprodukte die CE-Kennzeichnung für eine Erstattungsfähigkeit und die Aufnahme in den Leistungskatalog der staatlichen oder gesetzlichen Sozialsysteme nicht aus. Während in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland die Produkte als Teil stationärer Behandlungsmethoden grundsätzlich eingeschlossen sind (Prinzip des Verbotsvorbehalts), bedarf es in anderen Ländern weitergehender Prüfungen. So müssen in Frankreich und den Niederlanden neue Medizinprodukte umfassende Risiko-Nutzen-Bewertungsverfahren durchlaufen, bevor sie durch die Sozialsysteme bezahlt werden. In Schweden und Großbritannien sprechen staatliche Gremien mit medizinischer und technischer Expertise den Selbstverwaltungen Empfehlungen über die Aufnahme in den Leistungskatalog der Krankenversicherung aus. Im Hinblick auf Gesundheitsrisiken erscheint die in Deutschland seit 2015 geltende Regelung zur Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklassen (Paragraf 137 h SGB V) nicht ausreichend, weil der Gemeinsame Bundesausschuss nur auf Antrag einer Klinik oder eines Herstellers tätig wird. Auch die Vorgabe, dass alle GKV-Leistungen im Einklang mit dem Qualitäts- und dem Wirtschaftlichkeitsgebot stehen müssen (Paragrafen 2 und 12 SGB V) genügt nicht, denn Verstöße werden in der Praxis erst bei Vergütungsrechtsstreiten oder aufgrund von Schadensfällen mit fehlerhaften Medizinprodukten sichtbar.

*Saskia Kliemann*



# Ein Maßstab für den Off-Label-Use

Die Verordnung von Medikamenten außerhalb der Zulassung (Off-Label-Use) ist in der ambulanten Versorgung nur unter strengen Voraussetzungen möglich. Die Grundsätze gelten gleichermaßen für die (teil-)stationäre Behandlung im Krankenhaus. Dies hat das Bundessozialgericht entschieden. **Von Anja Mertens**

Urteil vom 13. Dezember 2016  
– B 1 KR 1/16 R –  
Bundessozialgericht

**Wann Ärzte Arzneimittel** außerhalb ihrer zugelassenen Anwendungsgebiete (Off-Label) verordnen und die Krankenkassen die Kosten für diese Medikamente übernehmen dürfen, ist im ambulanten Bereich klar geregelt. Es muss sich um die Behandlung einer schwerwiegenden lebensbedrohlichen Erkrankung handeln, für die es keine andere Therapie gibt. Außerdem muss aufgrund der Datenlage die begründete Aussicht auf einen Behandlungserfolg bestehen. Unklar war jedoch bislang, ob diese Grundsätze auch für die (teil-)stationäre Behandlung im Krankenhaus gelten. Diese Frage hat das Bundessozialgericht (BSG) nun bejaht.

**Kostenübernahme abgelehnt.** Auslöser für die Entscheidung war die Klage einer Frau. Sie leidet an einer Autoimmunerkrankung der Haut und der inneren Organe (systemischer Lupus erythematoses, SLE). Die Betroffenen leiden unter schmerzhaften Entzündungen. Schließlich manifestierte sich bei der Patientin eine Urtikaria-Vaskulitis. Es bildeten sich Ödeme und ihre Zunge schwellte an. Zur Behandlung begab sie sich in die Immunologische Ambulanz der Hautklinik eines Universitätskrankenhauses. Die Krankenkasse sollte die Kosten einer ambulanten intravenösen Immunglobulin-Therapie (IVIg) mit Intratect übernehmen. Doch die Kasse lehnte dies ab. Das Fertigarzneimittel sei nicht zur Behandlung von SLE zugelassen. Es fehlten systematische größere zulassungsrelevante Studien. Die Patientin legte Widerspruch gegen den ablehnenden Bescheid

ein – ohne Erfolg. Daraufhin klagte die Frau vor dem Sozialgericht. Das Gericht hob den Bescheid auf und verurteilte die Kasse zur Kostenübernahme. Die Berufung der Kasse wies das Landessozialgericht (LSG) zurück. Zwar sei das Präparat nicht für die Behandlung der Erkrankung der Klägerin zugelassen. Auch seien die Voraussetzungen für den Off-

**Die Wirksamkeit der gewünschten Behandlungsmethode ist wissenschaftlich nicht belegt.**

Label-Use nicht gegeben. Allerdings ergebe sich der Anspruch der Patientin aus den Paragraphen 27 und 39 in Verbindung mit Paragraph 137c Sozialgesetzbuch (SGB) V. Vorliegend sei eine teilstationäre Krankenhausbehandlung durchgeführt worden. Bei der IVIg handele sich um eine neue Behandlungsmethode, die das Potenzial einer erforderlichen Alternative habe. Die Anwendung erfolge nach den Regeln der ärztlichen Kunst.

Gegen das LSG-Urteil legte die Kasse Revision beim BSG ein. Die obersten Sozialrichter bestätigten die Auffassung der Kasse. Die Patientin habe keinen Anspruch auf die Übernahme der Kosten

für die intravenöse Immunglobulin-Therapie mit Intratect. Gesetzlich Versicherte könnten die Versorgung mit einem verschreibungspflichtigen Medikament nur dann beanspruchen, wenn das Präparat für das Indikationsgebiet zugelassen sei (Paragraph 21 Absatz 1 Arzneimittelgesetz). Dies sei vorliegend nicht der Fall. Und eine mögliche Ausnahme habe der Gemeinsame Bundesausschuss in der Arzneimittel-Richtlinie nicht vorgesehen.

**Klinische Studien fehlen.** Zugleich stellten die obersten Sozialrichter fest, dass im vorliegenden Fall die Voraussetzungen für einen zulässigen Off-Label-Use nicht gegeben seien. Dieser komme nur dann in Betracht, wenn es um die Behandlung einer schwerwiegenden lebensbedrohlichen oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigenden Erkrankung gehe. Außerdem sei ein Off-Label-Use nur dann zulässig, wenn es keine Behandlungsalternative gebe. Darüber hinaus müsse aufgrund der Datenlage die begründete Aussicht bestehen, dass sich mit dem beanspruchten Arzneimittel ein Behandlungserfolg (kurativ oder palliativ) erzielen lasse. Im vorliegenden Fall fehle es jedoch an der begründeten Erfolgsaussicht. Wissenschaftliche Belege lägen nicht vor. Um hinreichende Erfolgsaussichten bejahen zu können, müssten Studien in der Qualität einer kontrollierten klinischen Prüfung der Phase III veröffentlicht sein, die einen klinisch

## TIPP FÜR JURISTEN



Medizinproduktegesetz, Beurteilung konkreter Fälle, Rechtsprechung zur Medizinproduktehaftung – diese und weitere Themen behandelt das Seminar „Haftung bei fehlerhaften Medizinprodukten“. Es findet am 23. Juni in Frankfurt/Main statt. Veranstalter ist die Deutsche Anwaltakademie. Mehr Infos unter [www.anwaltakademie.de](http://www.anwaltakademie.de) > Veranstaltungen > Seminare > Medizinrecht/Arztrecht

relevanten Nutzen bei vertretbaren Risiken für die Erkrankung der Patientin belegen. Statt solcher Studien existierten lediglich Fallberichte, kleinere epidemiologische Untersuchungen und Übersichtsarbeiten.

**Therapiemethode nicht neu.** Zugleich stellten die obersten Sozialrichter fest, dass die Immunglobulin-Therapie rechtlich gesehen keine neue Behandlungsmethode darstelle (Paragraf 137c SGB V, Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus). Eine Methode sei „neu“, wenn sie zum Zeitpunkt der Anwendung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für Ärzte (EBM-Ä) nicht als abrechnungsfähige Leistung enthalten ist. Wäre die Methode im EBM-Ä aufgeführt, könne sie nur dann als „neu“ eingestuft werden, wenn für sie die Indikation wesentlich geändert oder erweitert worden sei. Die intravenöse Gabe von Arzneimitteln sei jedoch eine schon lang bekannte Methode und im EBM-Ä abgebildet.

**Ambulant geht vor stationär.** Schließlich wies das BSG die rechtliche Einordnung der Behandlung mit Intratect als teilstationäre Krankenhausbehandlung durch das LSG zurück. Eine teilstationäre Therapie müsse medizinisch erforderlich sein. Ließe sich der Gesundheitszustand eines Patienten durch andere Maßnahmen, insbesondere durch eine ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreichen, bestehe kein Anspruch auf eine (teil-)stationäre Behandlung. Im Übrigen hob das BSG hervor, dass für die Arzneimittelversorgung im Krankenhaus grundsätzlich keine von der vertragsärztlichen Versorgung abweichenden Maßstäbe gelten. ■

**Kommentar:** Das Urteil schafft Rechtssicherheit. Es stellt zum einen klar, dass die Grundsätze des Off-Label-Use auch für den stationären Bereich gelten. Zum anderen können bereits bekannte Applikationsformen wie die intravenöse Medikamentengabe keine neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Sinne des Paragrafen 137c SGB V darstellen.

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

	INHALT	AKTUELLER STAND
<b>ARZNEI-THERAPIEN</b>		
Entwurf eines Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften Bundestags-Drucksache 18/11488	Anpassung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und für Arzneimittel für neuartige Therapien an wissenschaftliche und technische Entwicklungen; Frist für erstmalige Überprüfung der fallbezogenen Krebsregisterpauschale durch den GKV-Spitzenverband bis Ende 2019 verlängert; Änderungen bei den im Pflegestärkungsgesetz III vorgesehenen Modellvorhaben zur kommunalen Pflegeberatung; Möglichkeit für Sozialhilfeträger, auf eigene Pflegeberatungsstellen zu verzichten und Vereinbarungen mit Pflegekassen zu treffen.	Erste Lesung im Bundestag war am 23.3.2017. Der Bundesrat hat am 31.3.2017 Stellung genommen.
<b>INFEKTIONSSCHUTZ/PFLEGEPERSONAL</b>		
Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten Bundestags-Drucksache 18/10938	Einrichtung eines elektronischen Melde- und Informationssystems für übertragbare Krankheiten durch das Robert Koch-Institut; Erweiterung der Meldepflichten bei Krankenhausinfektionen; Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen in Klinikbereichen; Pflicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des GKV-Spitzenverbandes, bis 30.6.2018 Pflegepersonaluntergrenzen zu vereinbaren; Informationspflicht der Kliniken gegenüber den für die Krankenhausplanung zuständigen Behörden über die Einhaltung der Personaluntergrenzen; Vergütungsabschläge für Krankenhäuser bei Nichteinhalten der Personaluntergrenze; Ergänzung des Pflegezuschlags für Krankenhäuser um die Mittel des Pflegestellenförderprogramms ab 2019.	Erste Lesung im Bundestag war am 26.1.2017. Der Bundesrat hat am 10.2.2017 Stellung genommen.  Das Bundeskabinett hat am 5.4.2017 beschlossen, die Regelungen zu den Personaluntergrenzen in das Gesetz aufzunehmen.
<b>PFLEGEAUSBILDUNG</b>		
Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz, PfIBRefG) Bundestags-Drucksache 18/7823	Einheitliche Ausbildung für Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege; Aufhebung der Dreigliederung der Pflegeberufe; Ausbildung für Auszubildende kostenlos und Finanzierung über Ausbildungsfonds auf Landesebene durch Länder, Krankenhäuser, stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen sowie Pflegeversicherung; neue Finanzierungsgrundlagen zur Lastenverteilung auf auszubildende und nicht auszubildende Einrichtungen; Möglichkeit der Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen, ihre Beiträge über Ausbildungszuschläge bzw. über die Berücksichtigung in den allgemeinen Pflegeleistungen zu refinanzieren; Einführung eines generalistisch ausgerichteten Pflegestudiums an Hochschulen.	Der Bundesrat hat am 26.2.2016 Stellung genommen. Erste Lesung im Bundestag war am 18.3.2016.

Stand: 5.5.2017



## Web-Tipp

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

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

## BADEN-WÜRTTEMBERG

## Der Südwesten schläft gut

Die Mehrheit der Menschen in Baden-Württemberg hat einen erholsamen Schlaf. Zu diesem Ergebnis kommt eine repräsentative Forsa-Studie im Auftrag der Südwest-AOK. Das Gros der Befragten (85 Prozent) hat danach laut eigenem Bekunden in der Regel einen erholsamen Schlaf, 23 Prozent bezeichnen ihn sogar als „sehr erholsam“. Gleichwohl gibt es auch in Baden-Württemberg immer noch eine Vielzahl von Menschen, die sich abends hin und her wälzen, nicht einschlafen können oder nachts ständig aufwachen. Etwa jeder zweite Befragte (52 Prozent) hat laut Umfrage schon einmal Probleme gehabt, abends einzuschlafen: Bei vier Prozent ist dies sehr häufig und bei zehn Prozent häufig der Fall. 38 Prozent der Befragten geben an, dass ihnen zumindest ab und zu das Einschlafen schwerfällt. Mehr als die Hälfte der Befragten (61 Prozent) hat schon Schwierigkeiten gehabt, nachts durchzuschlafen: Bei 22 Prozent ist dies sehr



Recken und strecken: 85 Prozent der Menschen im „Ländle“ wachen morgens erholt auf.

häufig oder häufig der Fall. Weiteren 39 Prozent fällt es zumindest ab und zu schwer. ■

## SACHSEN/THÜRINGEN

## 69 Millionen Euro für Impfungen

Die AOK PLUS hat im vergangenen Jahr 69 Millionen Euro für Impfungen aufgewendet. In Sachsen wurde der größte Anteil davon für Impf-

stoffe gegen Pneumokokken, die 6-fach-Impfung für Kinder und die Grippeimpfung ausgegeben, in Thüringen für Impfstoffe gegen Pneumokokken, FSME (Frühsommer-Meningoenzephalitis) sowie die 6-fach-Impfung. Die AOK PLUS veröffentlichte ihre Zahlen anlässlich der „Europäischen Impfwoche“, die vom 24. bis 30. April unter dem Motto „Impfungen wirken – Impfungen schützen in jeder Lebensphase“ stattfand. ■

## NORDWEST

## Anstieg der Pflegeanträge

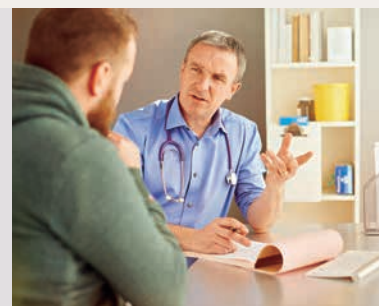
Seit Einführung des Pflege-stärkungsgesetzes (PSG) II zum 1. Januar 2017 sind allein bei der Pflegekasse der AOK NORDWEST von Januar bis März dieses Jahres über 13.200 neue Pflegeanträge von AOK-Versicherten in Schleswig-Holstein eingegangen. Das seien rund 62 Prozent mehr als in den ersten drei Monaten des Vorjahres gewesen, teilte die Kasse mit „Das zeigt eindrucksvoll, dass viele Schleswig-Holsteiner die neuen gesetzlichen Regelungen nutzen und Geld- oder Sachleistungen beantragen“, sagte AOK-Vorstandschef **Tom Ackermann**. Er wies darauf hin, dass im Zuge des PSG II auch Menschen mit geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen sowie demenziell erkrankte Menschen einen besseren Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung erhalten. „Pflegebedürftigkeit wird jetzt differenzierter bewertet.“ Kognitive und kommunikative Fähigkeiten eines Menschen seien ebenso entscheidend wie dessen Mobilität. ■

## AOK aktuell

## Neues Angebot zur Darmkrebs-Vorsorge

Angebote der Darmkrebsvorsorge werden in Sachsen-Anhalt bislang zu wenig wahrgenommen. Wie aus einer Auswertung von Versichertendaten der AOK Sachsen-Anhalt hervorgeht, nutzen lediglich fünf Prozent der anspruchsberechtigten Männer und Frauen Beratungen oder eine Untersuchung auf Blut im Stuhl. Dabei ist fast jeder Fall von Darmkrebs – frühzeitig erkannt – heilbar. Insbesondere familiär vorbelastete Versicherte sollten eine Vorsorge in Anspruch nehmen. Damit diese Menschen früher als gesetzlich vorgeschrieben Zugang zu einer Vorsorgeuntersuchung haben, hat die AOK Sachsen-Anhalt gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung ein neues Angebot geschaffen. Versicherte, bei deren Verwandten ersten Grades – also der Mutter oder dem Vater – Darmkrebs

aufgetreten ist, können sich frühzeitig, das heißt zehn Jahre vor Ausbruch der Erkrankung beim Angehörigen, untersuchen lassen: Wurde etwa beim Vater mit 45 Jahren Darmkrebs diagnostiziert, so haben seine Kinder im Rahmen des Angebotes bereits mit 35 Jahren Anspruch auf eine Untersuchung, deren Kosten die AOK Sachsen-Anhalt übernimmt. Der behandelnde Hausarzt sorgt in diesem Fall für einen schnellen Zugang zum Facharzt. Dieser berät den Versicherten umfassend über das Erkrankungsbild, klärt die familiäre Situation ab und führt gegebenenfalls eine vorgezogene Koloskopie durch. ■



## Kundenkontakte gesund gestalten

Die Arbeit mit und am Menschen – die sogenannte Interaktionsarbeit, die vor allem für öffentliche Verwaltungen charakteristisch ist – stellt besondere Anforderungen an das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM). So sei die professionelle Dienstleistung für andere Menschen sehr sinnstiftend und daher als „Gesundheitsressource“ anzusehen. Gleichwohl könne gerade ein „schwieriger Kunde“ zu einem psychischen Belastungsfaktor werden, stellten die Teilnehmer des 7. BGM-Netzwerktreffens öffentlicher Verwaltungen der AOK Bayern Anfang April in Hirschaid fest. Krankenkassen wie öffentliche Verwaltungen befänden sich in einem „Spannungsfeld zwischen Behörde und Dienstleister“, betonte **Hubertus Råde**, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der AOK Bayern. Auf der einen Seite seien sie engen rechtlichen Rahmenbedingungen unterworfen, auf der anderen Seite hätten sie den ständig verändernden Bedürfnissen und Erwartungen ihrer Kunden Rechnung zu tragen. „Um dem gerecht zu werden, braucht es gute interne Rahmenbedingungen“, so Råde. Dazu gehöre vor allem eine offene und wertschätzende Kommunikation. „Wenn diese Form der Kommunikation intern praktiziert wird, färbt das auch nach außen ab.“ **Professor Dr. Fritz Böhle**, Leiter der Forschungsstelle Sozioökonomie der Arbeits- und Berufswelt an der Universität Augsburg, betonte, dass Dienstleistungsarbeit nicht immer „planbar“ sei. Kunden und Klienten seien sich oft nicht im Klaren darüber, was sie brauchen, oder



**Kundengespräch:** Die für die öffentliche Verwaltung typische „Interaktionsarbeit“ stellt besondere Anforderungen an das betriebliche Gesundheitsmanagement.

könnten dies nur schwer beschreiben. Dienstleistende müssten daher zu ihren Kunden eine Arbeitsbeziehung aufbauen, um je nach konkreter Situation zu klären, wie die Dienstleistung konkret aussehen solle. Hinzukomme, dass Beschäftigte im Dienstleistungsbereich fachlich zwar sehr gut ausgebildet, aber noch zu wenig auf den Umgang und die gelungene Kommunikation mit Kunden vorbereitet seien. „Doch genau diese Arbeit macht gut 40 Prozent der Tätigkeit aus“, so Böhle. ■

### NORDOST

## Mehr Demenzkranke in Brandenburg

Rund 65 Prozent aller über 60-jährigen bei der AOK Nordost Versicherten, die an Demenz erkrankt sind und in Brandenburg leben, werden zu Hause gepflegt. Das geht aus dem zweiten Pflereport des Gesundheitswissenschaftlichen Instituts Nordost (GeWINO) der AOK Nordost hervor. Damit stieg der Anteil zwischen 2011 und 2015 um 4,1 Prozent. Die aus AOK-Abrechnungsdaten erkennbare

Demenzquote bei den über 60-Jährigen lag in der Nordostregion 2015 bei 14,6 Prozent und stieg somit binnen fünf Jahre um 1,8 Prozent. Der stärkste Anstieg wurde in Brandenburg von 12,9 Prozent in 2011 auf 15,9 Prozent in 2015 verzeichnet.

Mehr Infos: [www.gewino.de](http://www.gewino.de) ■

### NIEDERSACHSEN

## Lehrstellenbörse kommt gut an

Die Palette an freien Ausbildungsplätzen und Praktika in Niedersachsen ist weiterhin attraktiv und vielfältig. Das hat die Lehrstellenbörse von radio ffn und AOK Niedersachsen auch 2017 einmal mehr unter Beweis gestellt: Insgesamt 4.977 offene Angebote wurden seit Jahresbeginn auf der Internetseite [www.lehrstellenboerse.ffn.de](http://www.lehrstellenboerse.ffn.de) zusammengetragen – vom Touristikkaufmann über den Karosseriebauer bis hin zum Pferdewirt. Insgesamt 1.857 Klein-, Mittel- und Großbetriebe zwischen Harz und Nordsee haben sich bisher an der Aktion beteiligt, um jungen Menschen eine berufliche Perspektive zu bieten. Vom

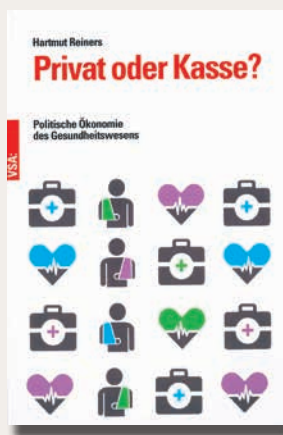
13. März bis zum 7. April wurde die Lehrstellenbörse aktiv im Programm von radio ffn beworben. Reporterstücke und Video-Portraits gaben der gemeinsamen Aktion von ffn und AOK ein Gesicht. Aber auch über den Aktionszeitraum hinaus bleibt die Online-Lehrstellenbörse ganzjährig geöffnet. Ministerpräsident **Stephan Weil** unterstützt die Initiative als Schirmherr. ■

## Telegramm

+++ Die AOK Bayern bietet im Rahmen eines neuen Modellvorhabens mit der Kinderklinik in Passau ein innovatives Beratungs- und Fallmanagement für eine **ganzheitliche Versorgung bei Risikoschwangerschaften sowie von Frühgeburten** und kranken Neugeborenen. „Ziel ist es, über die Sektorengrenzen des Gesundheitssystems hinweg die betroffenen Familien optimal zu betreuen“, sagte Peter Kruse, Vertragschef bei der AOK Bayern. +++ Die AOK PLUS hat im vergangenen Jahr rund **37 Millionen Euro für Prävention und Gesundheitsförderung** ausgegeben – im Jahr zuvor waren es 29 Millionen Euro. Das geht aus dem aktuellen Präventionsbericht der Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen hervor. Außerdem geben die aktuellen Gesundheitsberichte Aufschluss, wie häufig und warum Sachsen und Thüringer am Arbeitsplatz fehlen.

## Gesundheitswesen Kein Markt wie jeder andere

Das Gesundheitswesen ist ein besonderer Wirtschaftszweig: Damit startet Hartmut Reiners seine Reise durch die Welt der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung und erklärt unter anderem, dass sich kein weiteres Gesundheitswesen den deutschen Dualismus von



GKV und Privater Krankenversicherung leistet. Wer auf kompaktem Raum – aber mit gedanklichem Tiefgang – verstehen will, welche Rolle Politik, Staat, Selbstverwaltung und Industrie im Konzert von Über-, Unter- und Fehlversor-

gung spielen, greife zu diesem Buch. Der Autor ist Realist und radikaler Reformers zugleich – zu lange hat er als Referatsleiter im Brandenburger Sozialministerium erlebt, von welchen Lobbyeinflüssen, historischen Zufällen und gelegentlich auch intelligenten Reformvorschlägen sich Politik leiten lässt. So zeichnen sich auch seine Vorstellungen zur Weiterentwicklung des Systems dadurch aus, dass die Notwendigkeit eines Wandels (zum Beispiel Abschaffung der PKV und radikaler Neubeginn der integrierten Versorgung) und im Wege stehende Hürden gleichermaßen angesprochen werden. Das Buch ist vor allem allen Marktgläubigen zu empfehlen, denen Steuerung und Regulierung zuwider sind, aber auch allen Steuerungsbesessenen, die nicht lange genug über die Logik politischer Prozesse nachgedacht haben.

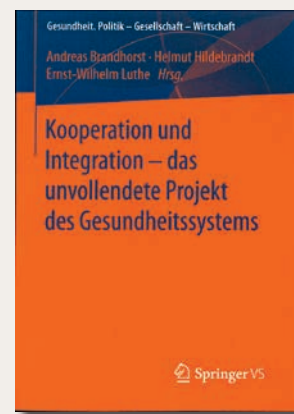
Prof. Dr. Norbert Schmacke,  
Bremen

**Hartmut Reiners: Privat oder Kasse? Politische Ökonomie des Gesundheitswesens.**

2017. 144 Seiten. 11,80 Euro.  
VSA-Verlag, Hamburg.

## Gesundheitsversorgung Raus aus dem Sektorendenken

Seit rund 20 Jahren stehen Integration und Kooperation weit oben auf der Reformagenda der Gesundheitspolitik. In der Versorgungsrealität ist davon bisher nur wenig angekommen. Zu viele Ressourcen werden immer noch an „betonierten Sektorengrenzen“ verbraucht. Wie lassen sich diese Grenzen überwinden? Mit dieser Frage beschäftigen sich in diesem Buch namhafte Autoren aus dem Gesundheitswesen. Andreas Brandhorst, Mitherausgeber und Referatsleiter im Bundesgesundheitsministerium, glaubt nicht, dass staatliche Regulierung und gemeinsame Selbstverwaltung eine Lösung bieten. Am ehesten seien die Krankenkassen in der Lage, „ein Verbesserungspotenzial der Gesundheitsversorgung zu realisieren“. Für jede Kasse sollte es daher ein dauerhaftes Forschungs- und Entwicklungsbudget zur Förderung neuer Versorgungsformen geben. Zur Unterstützung könnten Stiftungen und soziale Investoren einen



privatwirtschaftlichen „Health Impact Bond“ gründen. Weitere Empfehlungen: mehr Strukturverantwortung der Kommunen und eine engere Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe. Denn das Krankheitsspektrum verschiebt sich zunehmend hin zu chronischen Erkrankungen. Dadurch sind immer mehr Patienten auf eine kontinuierliche fach- und sektorenübergreifende Behandlung angewiesen.

Andreas Brandhorst/Helmut Hildebrandt/Ernst-Wilhelm Luthe (Hrsg.): **Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems.** 2017. 639 Seiten. 69,99 Euro. Springer VS, Wiesbaden.

### SEMINARE | TAGUNGEN | KONGRESSE

■ <b>HAUPTSTADTKONGRESS MEDIZIN UND GESUNDHEIT</b>	Forum Gesundheitspolitik, Tag der Versicherungen, Klinik, Rehabilitation, Ärzteforum, Pflegekongress	20.–22.6.2017 Berlin	WISO S.E. Consulting GmbH c/o Agentur WOK GmbH Palisadenstraße 48 10243 Berlin	Tel.: 0 30/49 85 50 31 Fax: 0 30/49 85 50 30 info@hauptstadtkongress.de www.hauptstadtkongress.de
■ <b>ZENTREN-FINANZIERUNG NACH NEUEM RECHT</b>	Zentrumszuschläge, Vergütung, Stellenwert der Zentren in Krankenhausplanung	27.6.2017 Berlin	Zeno Veranstaltungen GmbH Neuenheimer Landstraße 38/2 69120 Heidelberg	Tel.: 0 62 21/58 80–80 Fax: 0 62 21/ 58 80–810 info@zeno24.de www.zeno24.de > Veranstaltungen
■ <b>DEMOGRAFIEKONGRESS 2017</b>	Pflegestärkungsgesetze und Kommunen, innovative Projekte für Demenzzranke, Prävention in der Pflege	31.8.–1.9.2017 Berlin	WISO S.E. Consulting GmbH c/o Kongress- und Kulturmanagement GmbH Postfach 3664, 99407 Weimar	Tel.: 0 36 43/24 68–141 office@der-demografiekongress.de www.der-demografiekongress.de
■ <b>SYMPOSIUM „INNOVATIONEN DURCH DIGITALISIERUNG“</b>	Chancen für gesetzliche Krankenversicherung, Innovation in der Versorgung, Gesundheitsapps	18.9.2017 Leipzig	Gesundheitsforen Leipzig GmbH Hainstraße 16 04109 Leipzig	Tel.: 03 41/9 89 88–338 Fax: 03 41/9 89 88–9301 walter@gesundheitsforen.net www.gesundheitsforen.net/digitalisierung
■ <b>16. EUROPÄISCHER GESUNDHEITSKONGRESS</b>	Digitalisierung, Qualität als Vergütungskriterium, innovative Notfallmedizin, Pflegeforum	12.–13.10.2017 München	WISO S.E. Consulting GmbH c/o Kongress- und Kulturmanagement, Karl-Liebknecht-Straße 17–21 99423 Weimar	Tel.: 0 36 43/24 68–118 Fax: 0 36 43/24 68–31 info@gesundheitskongress.de www.gesundheitskongress.de

## Kommunikation Suche nach seriösen Infos

Wie erreicht man in der Gesundheitskommunikation die 20- bis 30-Jährigen am besten? In ihrer nicht repräsentativen Studie untersucht Laura-Maria Altendorfer, welche neuen digitalen Formate hierfür geeignet sein könnten. Generell stellt die Autorin fest, dass die Zielgruppe zwar noch relativ häufig Zeitschriften liest, das Internet aber die wichtigste Informationsquelle rund um das Thema Gesundheit ist. Großer Wert wird auf Vertrauenswürdigkeit und Transparenz der Informationen gelegt. Auch sucht die Alters-



gruppe die Informationen lieber aktiv selbst, als sie passiv, beispielsweise per Whatsapp, zu erhalten. Entgegen der herrschenden Meinung werden auch längere Texte gelesen, weil die User Wert auf detaillierte Infos legen. Werbung wird kaum als störend empfunden und zahlungspflichtiger Content in gewissem Umfang akzeptiert. Basierend auf ihren Befragungsergebnissen hat Altendorfer am Fallbeispiel eines Verlages einen digitalen Prototypen entwickelt: Das Webportal go.active behandelt verschiedene Gesundheitsthemen, die geschlechtsspezifisch ausgewählt werden können. Es bietet Ex-

perten-Chats und individuell zugeschnittene Serviceleistungen. Darüber hinaus ermöglicht es die Verknüpfung mit Web-TV und Fitness-Wearables.

*Laura-Maria Altendorfer:*  
**Neue Formate der digitalen Gesundheitskommunikation.**  
2017. 133 Seiten. 29 Euro.  
Nomos Verlag, Baden-Baden.

## Nachtruhe Plädoyer für eine neue Schlafkultur

Wir leben in einer unausgeschlafenen Gesellschaft: Rund sechs Prozent der Deutschen leiden an behandlungsbedürftigen Ein- und Durchschlafstörungen. Wer zu wenig schläft, ist anfälliger für Krankheiten und macht eher Fehler – im Straßenverkehr oder am Arbeitsplatz. Welche Ursachen Schlafstörungen haben, welche Formen es gibt und wie man dagegen angehen kann, beschreibt der Schlafmediziner Hans-Günter Weeß auf anschauliche Weise und basierend auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen. Anhand von vielen Fallbeispielen aus seiner langjährigen Praxis als Leiter der Schlafmedizinischen Abteilung des Pfalz-klinikums Klingenstein zeigt der Diplompsychologe die Nachteile unserer „24-Stun-



den-Gesellschaft“ auf. Ein umfangreiches Kapitel widmet Weeß der Selbsthilfe – der Leser soll zum „Experten in eigener Sache Schlaf“ werden. Neben einem Selbsttest findet sich dort ein kleines, praktisches Regelwerk, wie man den eigenen Schlaf verbessern kann. Nebenbei räumt der Autor auch mit einigen Schlafmythen auf. Herzstück des

Buches ist sein Plädoyer für eine neue Schlafkultur – denn nicht der frühe Vogel fängt den Wurm! Arbeit und Schule sollten sich vielmehr an der Biologie des Menschen orientieren und später beginnen.

*Hans-Günter Weeß:*  
**Die schlaflose Gesellschaft.**  
2016. 268 Seiten. 19,99 Euro.  
Schattauer Verlag, Stuttgart.

# Zeitschriftenschau

## ■ Fasten reinigt den Körper

Immer wieder diskutieren Mediziner, ob Fasten gesund ist. Forschungsarbeiten des japanischen Zellbiologen und Nobelpreisträgers Yoshinori Ohsumi, zur Autophagie sprechen dafür. Autophagie ist eine Art zelluläre Müllabfuhr. Während des Fastens ernähren sich die Zellen von innen. Gibt es keinen Nachschub, verdauen sie alles, was nicht unbedingt notwendig ist. Es wird quasi der ganze Müll des Körpers in einen Beutel gepackt und als Nahrungsquelle der Zellen verwendet. Auch schädliche Zellen, Entzündungsherde und ähnliches werden sprichwörtlich aufgefressen und damit unschädlich gemacht.  
**Autophagy 3/2017, Seite 567–578**

## ■ Rückenschmerzen können bakterielle Ursachen haben

Nach einer Studie der dänischen Wissenschaftlerin Hanne Albert von der University of Southern Denmark in Middelfart liegt bei ungefähr jedem zweiten Patienten mit chronischen Schmerzen im unteren Rücken eine bakterielle Infektion vor. Diese Patienten wiesen im MRT Ödeme im Knochenmark (modic changes) auf. In den Gewebeproben fanden sich häufig Bakterien. Bei einer anschließenden Studie zeigte sich, dass nach der Gabe eines Antibiotikums die Rückenschmerzen deutlich nachließen. Weitere randomisierte, placebo-kontrollierte Studien bestätigten das Ergebnis. Für ihre Forschung erhielt die Wissenschaftlerin den Deutschen Schmerzpreis.  
**Ärzte Zeitung online, 28.3.2017**

## ■ Schmerzhaftes Kreuz: Mehr Bewegung statt wirkungsloser Pillen

Gegen die Pein im Kreuz helfen gängige Medikamente nur wenig. Dies haben Forscher der US-amerikanischen Universität in Portland herausgefunden. Sie werteten 46 wissenschaftliche Publikationen (Metaanalysen und neue Studien) aus. Nur für nichtsteroidale Antirheumatika, Opioide und Duloxetin gab es Hinweise auf einen geringen, gelegentlich moderaten Effekt. Entsprechend empfehlen US-Leitlinien bei chronischen Rückenschmerzen mehr Bewegung, Gymnastik, Akupunktur, Yoga oder Stressreduktion.  
**Annals of Internal Medicine 2017; 166 (7): 480–492**

## ■ Säurebildende Lebensmittel erhöhen das Diabetesrisiko

Ein gestörter Säure-Basen-Haushalt beeinflusst offenbar das Risiko, an Diabetes Typ 2 zu erkranken. Vor allem tierisches Eiweiß kann die Zuckerkrankheit fördern. Zu diesem Ergebnis kommt eine Untersuchung der Universität Rotterdam. Die Forscher analysierten drei große Studien mit knapp 190.000 Teilnehmern. Acht Prozent der Probanden entwickelten in einem Zeitraum von mehr als 20 Jahren Diabetes Typ 2. In den Studien beantworteten die Probanden Fragen zu ihrer Ernährung. Daraus leiteten die Forscher ab, wie stark die Säurelast war. Das Diabetesrisiko war bei den Probanden, die die größte Menge säurebildender Produkte verzehrt hatten, um 30 Prozent erhöht.  
**Diabetologia 2/2017, Seite 270–279**

# Zukunft gestalten sieht anders aus

Während die digitale Technik den Alltag erobert, tut sich das Gesundheitswesen damit immer noch schwer, meint **Klaus Strömer**. Der Präsident des Dermatologen-Verbandes befürchtet, dass die Videosprechstunde an den Vergütungsregeln scheitert.

**Kaum ein anderes Thema** beherrscht die Kongresse, Seminare und Tagungen der Gesundheitswirtschaft so stark wie die Telemedizin. Die Technik generiert eine Unzahl von Angeboten für den Gesundheitsbereich. Deren Qualität ist allerdings kritisch zu hinterfragen. Spätestens für eine Teilnahme am ersten Gesundheitsmarkt ist eine behördliche Überprüfung zum Schutz des Patienten und für den zielgerichteten Einsatz der Ressourcen vorgesehen. Bis heute fehlen belastbare Kriterien, an denen sich Programmierer von Gesundheits-Apps oder Internet-basierten Portalen orientieren könnten, wenn es um eine Zertifizierung ihrer Produkte geht. Dies wäre aber Voraussetzung für eine Zulassung. Gerade erst nimmt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) die Arbeit als Clearingstelle auf. Das alles erfolgt mit deutscher Gründlichkeit und Bedächtigkeit. Die Neuen Medien gehorchen aber anderen, schnellleibigen Gesetzmäßigkeiten. Start-up-Unternehmen müssen sich rasch refinanzieren. Apps sind nach kurzer Zeit veraltet, jedes Update müsste wieder den Zertifizierungsprozess durchlaufen und dürfte bereits überholt sein, wenn das Votum des BfArM vorliegt.

**Telemedizin ist sexy.** Die technischen Möglichkeiten, der rasante Fortschritt und die im Alltag allgegenwärtige virtuelle Welt scheinen nicht recht zum deutschen Gesundheitswesen und seinen Regularien zu passen. Absichtserklärungen, die Telemedizin rasch in die Versorgung zu implementieren, helfen da wenig. Telemedizin ist sexy – Krankenkassen, Politik und manche Ärztevertreter bekennen sich dazu und hoffen, damit ihr verstaubtes Image ein wenig aufzupolieren. Aber die Angelegenheit ist ernster. Wenn es nicht gelingt, gemeinsam die Möglichkeiten der Neuen Medien für die Versorgung der Pa-

tienten in die Fläche zu bringen, werden wir eine zunehmende Einflussnahme globaler Konzerne auf die Gesundheitsversorgung auf qualitativ minderwertigem Niveau erleben und drängende Versorgungsprobleme der Zukunft ungelöst lassen.

Der Gesetzgeber lässt keinen Zweifel daran, dass er die Telemedizin fördern will. Doch die Selbstverwaltung von Krankenkassen und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) hat sich im Bewertungsausschuss dazu entschlossen, die Videosprechstunde zum Nulltarif einzuführen. Lediglich für das Vorhalten der Technik ist ein auf rund 200 Euro pro Quartal begrenzter Obolus vorgesehen. Diese Bewertung sendet ein desaströses Signal an Erbringer der Leistung, aber auch an die IT-Branche. Die Nutzung Neuer Medien mit dem Ziel einer verbesserten Versorgung lohnt weder für Entwickler, die mit ihren Produkten auf den ersten Gesundheitsmarkt drängen, noch für die Ärzte.

**Pioniere brauchen wissenschaftliche Expertise.** Wir Dermatologen sehen diese rückwärtsgewandte, rein kosten- und wenig versorgungsorientierte Haltung mit Sorge. Zukunft gestalten sieht anders aus. Die meisten Ärzte werden ihre Patienten nur für die Videosprechstunde motivieren, ihre Praxis umorganisieren, ihre Mitarbeiterinnen schulen, technisch aufrüsten und weitere Qualitätsmanagement-Aufgaben übernehmen, wenn sie dafür eine angemessene Vergütung bekommen. Die Pioniere in diesem Bereich betreten ohnehin haftungsrechtlich Neuland. Sie brauchen deshalb wissenschaftliche Expertise zur Sicherheit in der Beurteilung von Bildmaterial oder zur Auswahl der geeigneten Patienten und Diagnosen, um Sorgfalt und Qualität der Versorgung auf dem gewohnt hohen Niveau auch mit neuen Medien halten zu können.

Der Berufsverband der Dermatologen hat im Schulterchluss mit der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG) unter Einbeziehung von Patientenorganisationen, Bundesgesundheitsministerium, Bundesärztekammer, KBV, Krankenkassenvertretern und Juristen in einem Konsensus-Verfahren eine Telemedizin-Guidance in der Dermatologie erarbeitet. Aber ohne ein ernsthaftes Bekenntnis der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, den Weg in die Zukunft mitgehen zu wollen und dafür akzeptable wirtschaftliche Rahmenbedingungen zu schaffen, wird diese Arbeit über den Status eines akademischen Papiers nicht hinaus kommen. ■

**Dr. Klaus Strömer** ist Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Dermatologen e. V. **Kontakt: [www.bvdd.de](http://www.bvdd.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/CarlosAndreSantos  
Verlag KomPart Verlagsgesellschaft  
mbH & Co. KG, 10178 Berlin  
AG Berlin-Charlottenburg  
HRA 42140 B  
Postanschrift: wie Redaktion

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

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

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

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

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

Es gilt die Anzeigen-  
preisliste Nr. 19  
vom 1.1.2017  
ISSN 1436-1728



G+G 4/2017

**Pflege: Zu sehr auf Pillen fixiert**

## Mit der chemischen Keule ruhiggestellt

Dem Wissenschaftlichen Institut der AOK gebührt Dank dafür, dass es in seinem Pflegereport 2017 ein sonst weitgehend ignoriertes Problem näher beleuchtet: In Deutschlands Pflegeeinrichtungen werden Menschen mit Demenz noch zu oft mit der chemischen Keule ruhiggestellt. In Heimen bekommen demnach 43 Prozent von ihnen Neuroleptika als Dauermedikation, obwohl Studien offenbar belegen, dass die Präparate bei Demenz mehr Schaden als Nutzen anrichten. Aber warum verordnen Ärztinnen und Ärzte diese Mittel an Menschen, die sich vermutlich selbst dazu nicht mehr äußern oder dagegen wehren können? Wer veranlasst die Verordnung? Und warum unternehmen Angehörige oder gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer nichts dagegen? Vielleicht würde es helfen, wenn wir uns als jüngere, gesunde Menschen überlegen, ob wir mit Medikamenten ruhiggestellt werden wollen, falls wir mit Demenz im Heim landen sollten. Und das, obwohl es inzwischen viele gute, erprobte Betreuungskonzepte gibt. Laut Pflegereport geben Pflegekräfte an, Zeitdruck beeinträchtigt die Umsetzung dieser Verfahren. Ein Armutszeugnis für unsere reiche Gesellschaft. Die vom Gesetzgeber vorgesehenen zusätzlichen Betreuungsleistungen für Menschen mit Demenz reichen also nicht aus. Das heißt, hier muss der Gesetzgeber dringend aufstocken. Zu oft noch bleiben

gute Betreuungskonzepte im Stadium der Ehrenamtlichkeit hängen. Hier muss endlich genug Geld in die Hand genommen werden. Aber neben genug Geld ist genug guter Willen auch eine Voraussetzung für die Umsetzung von Betreuungskonzepten. Und Wissen: Denn es ist kurzsichtig zu glauben, dass Beruhigungsmittel die Arbeit für Pflegekräfte verringern, wenn die Wirkstoffe schwerwiegende Folgen wie Schlaganfälle begünstigen. Mal ganz abgesehen davon, dass das alles auch eine Frage der Menschenwürde ist.

C. A., Lippstadt

G+G 4/2017

**Rundruf: Regeln für die Personaldecke?**

## Pflegepersonal wächst nicht auf den Bäumen

Dass es künftig in sehr pflegeintensiven Bereichen von Krankenhäusern Personaluntergrenzen geben soll, ist zu begrüßen. Das Vorhaben ist ein Zeichen dafür, dass dem Personalnotstand endlich systematisch begegnet wird. Doch der Teufel steckt im Detail: Welche Kriterien sollten für das Mindestpersonal gelten? Wann genau ist eine Abteilung noch arbeitsfähig, wann nicht mehr? Wer entscheidet das? Und wie soll das finanziert werden? Auch bleibt das Grundproblem: Schon jetzt wollen viel zu wenige Menschen einen Pflegeberuf ausüben, zu schlecht sind Anerkennung, Arbeitsbedingungen und Bezahlung. Doch ohne Personal ist jeder noch so gut gemeinte Personalschlüssel eine Luftnummer.

E. B., Bonn

# BECKs Betrachtungen



Für die, die immer sagen, Männer können kein Multitasking! Ich grille und entferne Armbehaarung zugleich!

K O E B



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.



# Wir sind da, wo zwei Herzen schlagen

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

**Gesundheit in besten Händen**

**aok.de**