



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

SKANDINAVIEN

Gute Ideen für die Gesundheit

VORSORGE

Schlechte Prognose für
den Pflegefonds



Leben mit Hundert

Studie: Wie Hochbetagte ihren Alltag meistern

Die Pressestellen der AOK

Gesundheit ist unser Thema!

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

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

AOK-BUNDESVERBAND

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

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

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

AOK BADEN-WÜRTTEMBERG

Hauptverwaltung
Pressesprecher: Kurt Wesselsky

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

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

AOK BAYERN – DIE GESUNDHEITSKASSE

Zentrale
Pressesprecher: Michael Leonhart

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

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

AOK BREMEN/BREMERHAVEN

Pressesprecher: Jörn Hons

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

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

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN

Direktion
Pressesprecher: Ralf Metzger

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

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

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR NIEDERSACHSEN

Direktion
Pressesprecher: Carsten Sievers

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

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

AOK NORDOST – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecherin: Gabriele Rähse

Region Mecklenburg-Vorpommern
Pressereferent: Markus Juhls

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

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

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

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

AOK NORDWEST – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: Jens Kuschel

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

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

Tel. 0231/4193-10145

Tel. 0431/605-21171

AOK RHEINLAND/HAMBURG – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: André Maßmann

Region Hamburg: Pressesprecherin Antje Meyer

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

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

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

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

AOK RHEINLAND-PFALZ/SAARLAND – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressereferent: Jan Rößler

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

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

AOK PLUS – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR SACHSEN UND THÜRINGEN

Pressesprecherin: Hannelore Strobel

Sitz Erfurt
Stellvertretender Pressesprecher: Jürgen Frühauf

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

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

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

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

AOK SACHSEN-ANHALT – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: Andreas Arnsfeld

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

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

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

www.aok-presse.de

AOK
Die Gesundheitskasse.

Kinderschutz krankt am System

In Deutschland sind Kinder vor Misshandlung im familiären Umfeld schlecht geschützt, meint Rechtsmediziner **Michael Tsokos**. Er fordert Fortbildungen für Mitarbeiter von Jugendämtern und eine Leichenschaupflicht.

Die Zahlen sind alarmierend: Dem Deutschen Kinderschutzbund zufolge werden in Deutschland jährlich 200.000 Kinder in ihrem familiären Umfeld misshandelt. Laut Polizeilicher Kriminalstatistik sterben jedes Jahr 160 Kinder an den Folgen dieser Misshandlungen. Kriminalexperten gehen einschließlich der Dunkelziffer von mindestens 320 Todesopfern jährlich aus. Die Deutsche Kinderchirurgische Gesellschaft spricht sogar von jährlich 700 Säuglingen, die von ihren Eltern oder deren Lebenspartnern durch körperliche Misshandlung oder Vernachlässigung getötet werden. Überlebende Kinder bleiben traumatisiert, sind teils schwer behindert oder liegen im Wachkoma. Überlebende Opfer werden oftmals drogen- und alkoholabhängig oder sind suizidgefährdet, über 70 Prozent werden später selbst zu Tätern.

Trotzdem wird innerfamiliäre Gewalt gegen Kinder von vielen Entscheidungsträgern in unserer Gesellschaft ignoriert, tabuisiert, abgewehrt und verharmlost. Staat und System versagen wegen überalterter Strukturen und Regelungen. Bei jährlich für das Kinder- und Jugendhilfe-System zur Verfügung gestellten 7,5 Milliarden Euro ist finanzieller Mangel kein vorrangiges Problem. Es fehlt an fachspezifischem Wissen und an Leitlinien für ein konsequentes Vorgehen bei auffällig gewordenen Familien. Das deutsche Kinderschutzsystem – Jugendamt und Jugendhilfe – unterliegt keiner gesetzlich geregelten Qualitätssicherung.

Das Prinzip, das hinter dem derzeitigen System steht, ist in der Theorie gut, denn der Staat kann (in Person seiner im Jugendamt tätigen Beamten) nicht alles selbst regeln. Deshalb greifen Jugendämter auf die Unterstützung durch „freie Träger“ zurück. Das sind kirchliche oder private Organisationen, deren Mitarbeiter im Rahmen der Jugendhilfe direkt in die betroffenen Familien gehen und sie vor Ort betreuen. Diese Arbeit dürfen die Jugendämter nicht selbst übernehmen. Sie sind gesetzlich verpflichtet, freie Träger in Anspruch zu nehmen. Gefährlich an

Gewalt zieht sich durch alle Gesellschaftsschichten und Kulturen.

diesem System ist die finanzielle Abhängigkeit. Freie Träger bekommen nur so lange Geld, wie Kinder aus Problemfamilien zu Hause bleiben. In dem Moment, in dem sie von den Eltern getrennt, vom Jugendamt in Obhut genommen und gegebenenfalls bei Pflegeeltern untergebracht werden, versiegt der Geldfluss an den freien Träger. Kein freier Träger kann ohne Weiteres auf finanzielle Zuwendungen verzichten und wird alles tun, die betroffenen Kinder so lange wie möglich in ihren Familien zu halten.

Im Voraus lässt sich aber nur schwer abschätzen, wann der Zeitpunkt ist, die Kinder zu ihrem Schutz aus den Familien herauszuholen.

Dabei sind Lösungen greifbar nah: Mitarbeiter des Jugendamtes müssen als Wächter des Kindeswohls

rechtzeitig aktiv werden, bevor die Kinder traumatisiert, behindert oder tot sind. Sie benötigen – wie auch Staatsanwälte, Richter und Ärzte – rechtsmedizinische Schulungen, um die Folgen von Misshandlungen frühzeitig zu bemerken. Nur so können die Verantwortlichen den zum Teil absurden Erklärungen der Misshandler logisch und kritisch begegnen, Verletzungen durch Gewalttaten wie heftiges Kneifen, Bisswunden, Schläge, Verbrennungen und Verbrühungen oder Symptome für massives Schütteln erkennen und entsprechende Anzeichen bei verwahrlosten und vernachlässigten Kinder gezielt wahrnehmen. Wie in anderen Ländern längst praktiziert, muss auch in Deutschland eine Leichenschaupflicht für Kinder gesetzlich verankert werden, damit gewalttätige Eltern überführt und Geschwisterkinder gerettet werden.

Gewalt ist ein Phänomen, das sich durch alle Gesellschaftsschichten, Religionen und Kulturen zieht. Deutschland sollte die Prävention ausbauen und sich erfolgreiche Konzepte zur Betreuung und Förderung von Kindern beispielsweise aus Skandinavien zum Vorbild nehmen. Hierzulande mangelt es nicht nur an Personal, sondern an hochwertiger Ausbildung mit Praxisnähe, damit Schutz und Förderung unserer Kinder gesichert sind. ■



Professor Dr. Michael Tsokos, geboren 1967, ist Direktor des Instituts für Rechtsmedizin an der Berliner Charité. In den Jahren 1998 und 1999 war er im Auftrag des Bundeskriminalamts in Bosnien und im Kosovo an der Exhumierung und Identifizierung von Leichen aus Massengräbern beteiligt. Der Rechtsmediziner schrieb mehrere Bücher, zuletzt gemeinsam mit Saskia Guddat „Deutschland misshandelt seine Kinder“. Michael Tsokos betätigt sich zudem als Moderator und Schauspieler in Fernseh-Produktionen. Er leitet die kürzlich an der Charité eröffnete Gewalterschutzzambulanz.

Kontakt:
Michael.Tsokos@charite.de

Von den Wikingern lernen



H.-B. Henkel-Hoving,
Chefredakteur

Die G+G-Redaktion schaut gerne über den gesundheitspolitischen Tellerrand. Regelmäßig haben wir in den vergangenen Jahren einen Blick in die USA, nach Japan, europäische Nachbarstaaten oder Entwicklungs- und Schwellenländer geworfen. Gewiss: Nicht alles, was andernorts funktioniert, lässt sich eins zu eins nach Deutschland importieren – häufig sind die Unterschiede zwischen den Gesundheitssystemen zu groß.

Doch es gibt Beispiele dafür, wie sich Impulse aus dem Ausland erfolgreich ins „Deutsche“ übersetzen lassen. Disease-Management-Programme (DMP) etwa waren in den USA ein Instrument, um chronisch Kranke zu kontrollieren und Medikamente zu verkaufen. Hierzulande spielt dagegen die Pharmaindustrie bei DMP keine Rolle. Zugleich lernen Millionen von Patienten, besser mit ihrer Erkrankung umzugehen. **Ebenfalls keine deutsche Erfindung sind Pflegestützpunkte: Experten des Bundesgesundheitsministeriums haben sie einst in Japan entdeckt.**

Als Quell der Inspiration für die hiesige Gesundheitspolitik könnte auch Skandinavien dienen: hochspezialisierte Kliniken, Qualitätsregister, eine kluge Arbeitsteilung zwischen Medizin und Pflege – Nordeuropas Gesundheitssysteme haben Antworten auf Fragen gefunden, die hierzulande intensiv diskutiert werden. „In Deutschland ist die individuelle Freiheit des Patienten größer, in Skandinavien beschäftigen sich Ärzte nicht mit Wehwechen“, bringt G+G-Autor und Finnland-Fan Dr. Uwe K. Preusker die Unterschiede auf den Punkt. „Die Eigenverantwortung des Einzelnen ist größer.“

Eine anregende Lektüre wünscht Ihnen



Lebt seit mehr als 15 Jahren in der Nähe von Helsinki: G+G-Autor Dr. Uwe K. Preusker.

MAGAZIN

12 STUDIEN: ZUFALL ERHÖHT AUSSAGEKRAFT

Abwarten statt operieren – dafür scheint eine Beobachtungsstudie zu Prostatakrebs zu sprechen. Aber nur randomisierte Studien bringen Gewissheit.
Von Antje Gottberg

14 PFLEGE-TRAINING FÜR ANGEHÖRIGE

Ein Familienmitglied daheim pflegen – wie das zu bewerkstelligen ist, lernen Laien im Rahmen des neuen Modellprojekts „Familiale Pflege“.
Von Thomas Hommel

15 PRÄVENTION: IN DER POLEPOSITION

Der erste AOK-Präventionsbericht belegt: Die Gesundheitskasse investiert überdurchschnittlich viel in die Gesundheit von Kindern.
Von Thomas Hommel

16 JUNGEN SUCHEN DAS RISIKO

Draufgänger und wilde Kerle – wie Jungen lernen, ihre Gesundheit nicht durch riskantes Verhalten zu gefährden, diskutierten Experten auf einer Tagung.
Von Änne Töpfer

17 „IMPFERFOLG SCHADET DER AKZEPTANZ“

Schutzimpfungen haben Infektionen den Schrecken genommen. Die Angst vor Ansteckung lässt nach, aber die Sorge vor Impfschäden wächst. Zu Unrecht, sagt Jan Leidel von der Ständigen Impfkommission.

RUBRIKEN

- 9 **Rundruf** Hype um die Alten-WG?
- 11 **Kommentar** Solidarlösung für Hebammen
- 38 **Recht** Kein Profi-Lohn für familiäre Pflege
- 40 **AOK-Notizen** Aktuelles aus Bund und Ländern
- 42 **Service** Bücher, Termine und mehr
- 44 **Debatte** Geriatrienetz fängt alte Menschen auf
- 45 **Nachlese** Briefe an die Redaktion
- 45 **Impressum** Wer steckt hinter G+G?
- 46 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen

18

Befragt: Was sich Hundertjährige vom Leben wünschen



TITEL

18 MIT HUNDERT VOLL IM LEBEN

Pläne, Ziele, Zukunftsvisionen – wie 100-Jährige leben, was sie brauchen und was sie erwarten, haben Wissenschaftler der Universität Heidelberg erfragt.

Von Daniela S. Jopp, Christoph Rott, Kathrin Boerner und Andreas Kruse

THEMEN

26 PFERDEFUSS BEIM PFLEGEFONDS

Mit einem neuen Spartopf will die große Koalition den Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung langfristig im Zaum halten. Ein fragwürdiges Unterfangen.

Von Klaus Jacobs und Heinz Rothgang

30 GESUNDHEIT UNTERM NORDLICHT

Ob Qualitätswettbewerb oder vernetzte Versorgung – in Nordeuropas Gesundheitssystemen ist umgesetzt, was Deutschland noch auf seiner To-do-Liste hat.

Von Uwe K. Preusker



26

Ausgerechnet:
Wie sich der geplante
Vorsorgefonds auf den
Pflegebeitrag auswirkt

30

Skizziert: Wie die Skandinavier ihr Gesundheitswesen organisieren



NAHRUNGSMITTEL

Gefährliche Keime entdeckt

In mehreren Wurstprodukten aus Supermärkten sind in einer Stichprobe im Auftrag der Bundestagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen multiresistente ESBL-Keime nachgewiesen worden. ESBL steht für eine Gruppe von Bakterien, die einen Stoff bilden, der Antibiotika weitgehend schachmatt setzt. Vor wenigen Jahren tauchten ESBL-Keime erstmals in Kliniken auf. Für die Stichprobe wurden Wurstsorten in 13 verschiedenen Städten getestet. Dazu gehörten Mett, Teewurst, Salami und Schinken. Auffällig waren den Angaben zufolge besonders Putenprodukte. Hier wurden in sechs von neun Fällen ESBL-Keime nachgewiesen. Grünen-Fraktionschef Anton Hofreiter kritisierte das System der Tiermast: „Mit den Produktionsmethoden beim Billigfleisch gefährden wir unsere eigene Gesundheit.“ ■

RAHMENVEREINBARUNG
Innovationsfonds
nimmt Form an

In der Debatte um Förderziele und Rahmenbedingungen des von der Bundesregierung geplanten Innovationsfonds haben die Gesundheitspolitiker Jens Spahn (CDU) und Karl Lauterbach (SPD) in einer gemeinsamen Stellungnahme ihre Überlegungen aus den Koalitionsverhandlungen konkretisiert. 225 Millionen Euro der jährlich insgesamt 300 Millionen Euro sollen demnach für Projekte bereitstehen, „die über die heutige Regelversorgung hinausgehen, dem Bereich der besonderen Versorgungsformen zuzurechnen sind und

die erkennbare Defizite der sektoralen Versorgung zu überwinden oder vermeiden suchen“. Hierzu zählen die beiden Politiker etwa Modellprojekte zur Arzneimittel-Therapiesicherheit bei mehrfach erkrankten Patienten mit Polymedikation oder zur Qualitätssicherung. Weitere 75 Millionen Euro sind für die Versorgungsforschung vorgesehen. Vergabekriterien soll der Gemeinsame Bundesausschuss festlegen. ■

UMWELTSCHUTZ
Klimamanager
für Kliniken

Krankenhäuser können viel Energie sparen, meint der Bund für Umwelt und Naturschutz Deutschland (BUND). Mit dem Projekt „KLIK – Klimamanager für Kliniken“ will der BUND bundesweit 50 Krankenhäuser beim Energiesparen unterstützen. Dafür soll je Haus ein Klimamanager ausgebildet werden, vorzugsweise Mitarbeiter aus Verwaltung, Technik, Qualitätsmanagement, Controlling

oder der IT. Die Qualifizierungskosten in Höhe von rund 500 Euro pro Teilnehmer übernimmt der BUND. Gemeinsam mit der Stiftung viamedica aus Freiburg begleitet der BUND teilnehmende Kliniken bis Ende 2016. Ziel ist es, den CO₂-Ausstoß um mindestens zehn Prozent zu verringern. Das Bundesumweltministerium fördert das Projekt im Rahmen der nationalen Klimaschutzinitiative. ■

MEHR INFOS:

www.klik-krankenhaus.de

NOTFALLMEDIZIN

Zwei Berufe in einem Training

An der Universitätsmedizin Greifswald will man das klassische Rollenverständnis von Ärzten und Pflegekräften verändern. Pflegeschüler der Beruflichen Schule der Uniklinik üben dort seit Kurzem gemeinsam mit Medizinstudierenden den Notfall. Das Projekt ist Teil einer Initiative der Robert Bosch Stiftung, die sich für Patientensicherheit mittels interprofessionellem Lernen einsetzt. Das Überleben von Patienten in der klinischen Notfallmedizin hänge wesentlich von einer eingespielten Zusammenarbeit der beteiligten Gesundheitsberufe ab, sagte Professor Dr. Konrad Meissner von der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin. In den neuartigen Notfall-Kursen wird der Ernstfall im Simulationszentrum mit lebensgetreuen Puppen und professionellem Equipment trainiert. Auszubildende und Studierende sind mit einer authentischen Notsituation konfrontiert. Gemeinsames Vorgehen, die Kommunikation untereinander und mögliche Fehler werden anschließend per Videoanalyse ausgewertet. ■

kurz & bündig

+++ APOTHEKEN: Die wirtschaftliche Situation der rund 20.700 Apotheken in Deutschland hat sich 2013 verbessert. Laut Deutschem Apothekerverband stieg der Gesamtumsatz von 42,6 Milliarden Euro (2012) auf 44,6 Milliarden Euro (2013). **+++ DROGENKONSUM:** In Europa konsumierten zuletzt rund 1,3 Millionen Menschen Heroin und andere Opiate. 735.000 Opiatabhängige befanden sich in einer Substitutionsbehandlung mit Methadon oder Buprenorphin, wie der Jahresbericht 2014 der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht zeigt. **+++ LEBENSJAHRE:** Die durchschnittliche Lebenserwartung der Menschen ist weltweit gestiegen. So kann ein 2012 geborenes Kind nach Berechnungen der Weltgesundheitsorganisation mit einem sechs Jahre längeren Leben rechnen als ein Mensch, der 1990 geboren wurde. Bei Frauen steht Japan mit einer Lebenszeit von 87 Jahren an der Spitze.



Tiefer eintauchen!

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

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



G+G
Gesundheit und Gesellschaft



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



Viermal im Jahr:
G+G-Wissenschaft

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

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

www.kompart.de/shop



Name Ich bezahle per Bankeinzug Ich bezahle per Rechnung

Straße IBAN BIC

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

PLZ/Ort Datum, Unterschrift

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

KomPart
Ihr KommunikationsPartner

ORGANSPENDE

Offenbar weniger Manipulationen

Die nach Bekanntwerden von Manipulationen bei Lebertransplantationen im Sommer 2012 eingeleiteten Kontrollen zeigen offenbar Wirkung. Wie die Bundesregierung in einer Antwort auf eine parlamentarische Anfrage schreibt, seien aufgrund der Vor-Ort-Prüfungen Richtlinien genauer beachtet und die Dokumentationen in den Transplantationszentren verbessert worden. 2010 und 2011 transplantierten den Angaben zufolge in Deutschland 2.303 postmortal gespendete Lebern. In den 24 Transplantationszentren seien die Krankenakten von 1.180 Empfängern eines solchen Organs geprüft worden. Dabei zeigten sich Verstöße unterschiedlicher Ausprägung. In der

Zitat des Monats

Manchmal ist es besser, zum alten Eisen zu gehören als zum neuen Blech.

Egon Eiermann (1904–1970), deutscher Architekt

Mehrzahl der Transplantationszentren hätten sich jedoch keine Anhaltspunkte für eine Manipulation von Patientendaten ergeben, schreibt die Regierung. 2012 war bekannt geworden, dass an mehreren Universitätsklinikpatientendaten manipuliert worden waren, um Patienten bei der Vergabe von Spenderorganen zu bevorzugen. Seither sank die Zahl der Organspender. ■

MEHR INFOS:

Bundestagsdrucksache 18/1395

ARZNEIMITTELPREISE

Bereitschaft zum Kompromiss fehlt

Der unparteiische Vorsitzende der Schiedsstelle für Arzneimittelpreise, Dr. Manfred Zipperer, hat von Pharmaherstellern und vom GKV-Spitzenverband mehr Kompromissbereitschaft in den Preisverhandlungen für neue Medikamente verlangt. Oft lägen die Vorstellungen nicht weit auseinander, sagte Zipperer auf dem Wirtschaftsforum des Deutschen Apothekerverbandes in Potsdam. GKV-Spitzenverband und Pharmafirmen handeln seit 2011 gemeinsam den Erstattungspreis neuer Medikamente auf Basis des Mehrwerts aus, den das betreffende Präparat für Patienten hat. Gelingt keine Einigung, kommt die Schiedsstelle ins Spiel. Diese besteht aus drei Unparteiischen, zu denen auch der frühere Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes Dr. Herbert Reichelt gehört. Je zwei Vertreter des Herstellers und des GKV-Spitzenverbandes nehmen ebenfalls teil. In Richtung Pharmaunternehmen äußerte Zipperer einen weiteren Wunsch: „Es lohnt sich nicht, der Schiedsstelle tausend Seiten lange Studien über den Zusatznutzen eines Medikamentes zu schicken.“ Die Unparteiischen könnten den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Ausmaß des Zusatznutzens nicht infrage stellen. ■

TAGUNG

Tipps für kommunale Arbeitgeber

Erfolgreiches betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) wird auch für kommunale Arbeitgeber zunehmend wichtig. Davon haben sich die Teilnehmer einer Netzwerker-Tagung zum Thema BGM der AOK Bayern überzeugt gezeigt. Ein besonderer Fokus müsse auf der psychischen Gesundheit und Vitalität der Beschäftigten liegen, sagte Hubertus Råde, stellvertretender Vorstandsvorsitzende der AOK Bayern. Gefragt seien Mitarbeiter wie Vorgesetzte, da psychische Leistungsfähigkeit stets mit kollegialer Unterstützung sowie wertschätzender Unternehmens- und Führungskultur einhergehe. „Die AOK Bayern unterstützt Städte, Gemeinden und Landkreise, die psychische Vitalität ihrer Mitarbeiter auszubauen. Wir bieten dazu vielfältige Lösungsansätze im Rahmen unseres Betrieblichen Gesundheitsmanagements“, so Råde. Professor Dr. Simon Hahnzog, Experte für Wirtschaftspsychologie an der Hochschule Fresenius München, wies darauf hin, dass der „Sicherheitsfaktor“ bei kommunalen Arbeitsverhältnissen ein hohes Gut sei, das vor Unzufriedenheit am Arbeitsplatz schütze. Der sich abzeichnende „War for Talent“ – das Bemühen um gut ausgebildete Mitarbeiter – treffe inzwischen auch die öffentlichen Arbeitgeber. Daher werde es immer schwieriger, Ersatz zu finden, wenn Mitarbeiter erkrankten und länger ausfielen. Umso wichtiger sei es, in den kommunalen Betrieben ein vorausschauendes Gesundheitsmanagement zu etablieren. ■

Köpfe und Karrieren



+++ **ULRIKE MASCHER**, 75, hat für weitere vier Jahre die Präsidentschaft des Sozialverbands VdK Deutschland übernommen. Sie bekleidet dieses Amt seit dem Jahr 2008. Von 1990 bis 2002 gehörte sie dem Bundestag an und war von 1998 bis 2002 Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesarbeitsministerium. Ebenfalls in ihren Ämtern als Vizepräsidenten bestätigt wurden Carin E. Hinsinger vom VdK Baden-Württemberg, Roland Sing, Landesvorsitzender

des VdK Baden-Württemberg, sowie Karl-Heinz Fries, Landesvorsitzender des VdK Nordrhein-Westfalen. Neuer Vizepräsident wurde der Landesvorsitzende des VdK Hessen-Thüringen, Karl-Winfried Seif.

+++ **MEINRAD LUGAN**, 50, steht für weitere zwei Jahre als Vorstandsvorsitzender an der Spitze des Bundesverbandes Medizintechnologie (BVMed). Der promovierte Chemiker und Vorstandsmitglied der B. Braun Melsungen AG bekleidet dieses Amt seit dem Jahr 2007. Als stellvertretende BVMed-Vorstandsvorsitzende bestätigt wurden Stefan Widensohler, geschäftsführender Gesellschafter der Krauth medical Unternehmensgruppe, sowie Christiane Döring, Geschäftsführerin der GHD GesundHeits GmbH Deutschland.



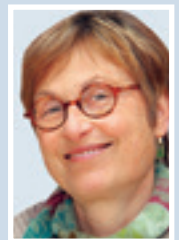
Hype um die Alten-WG?

Neue Wohnformen im Alter wie Senioren-Wohngemeinschaften gelten als chick. Auch die Politik fördert solche Angebote mit insgesamt 30 Millionen Euro. Abgerufen sind bislang aber nur rund 200.000 Euro. Wird die Bedeutung ambulant betreuter WG's überschätzt?



ELISABETH SCHARFENBERG, *pflegepolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen*: WG's sind eine Option, um auch bei Pflege- und Betreuungsbedarf in der häuslichen Umgebung leben zu können. Die von Schwarz-Gelb eingeführte Förderung ist zu wenig bekannt und wird nur gewährt, wenn Bewohnerinnen und Bewohner oder Angehörige die WG mitgründen. Das passiert immer seltener. Eine Förderung ist dennoch sinnvoll. Etikettenschwindel und die Entwicklung reiner Geschäftsmodelle sind zu vermeiden. Daher sollten für die Förderung verbindliche Qualitätskriterien gelten, bei denen Nutzerorientierung, Anbindung ans Quartier und Lebensqualität im Fokus stehen.

PROFESSOR DR. ULRIKE HÖHMAN, *Fakultät für Gesundheit an der Universität Witten/Herdecke*: Nicht die Bedeutung der Wohngemeinschaften wird unterschätzt, sondern ihre Gründungsprobleme. Zu oft fehlen Informationen und externe Umsetzungsunterstützung wie Beratung und Case Management, um Finanzierungsmittel abzurufen. Teilnehmer unseres multiprofessionellen Masterstudiengangs „Versorgung von Menschen mit Demenz“ kennen auch Hürden im soziokulturellen Umfeld potenziell Betroffener: „WG-Leben“ ist teilweise negativ konnotiert – verbunden mit der Unsicherheit, dort überhaupt eine sichere Versorgung sicherstellen zu können. Problematisch ist auch, dass Quartiersmerkmale für erfolgreiche WG's bislang nur selten vorhanden sind.



THOMAS MEISSNER, *Geschäftsführer der Berliner Pflegestation Meissner & Walter*: Die bereits im Gesetz stehende Förderung der Senioren-WG's sollte anwenderfreundlicher publiziert, umgesetzt und ausgeweitet werden. Mit der Koppelung an konkrete Qualitätskriterien sowie den Quartiersbezug bestünde der Anreiz, die Nutzerorientierung weiter zu stärken. Ambulante Pflegedienste wiederum sind gut beraten, die Kundenperspektive in den Vordergrund zu stellen, um diese innovative Betreuungsform im Alter zu stärken. Die immer wieder auftauchende Diskussion um Selbst- oder Fremdbestimmung in Senioren-Wohngemeinschaften lenkt hingegen von den eigentlichen Problemen ab.

GERNOT KIEFER, *Vorstand GKV-Spitzenverband*: Bisher stellt die Wohngemeinschaft ein Nischenangebot dar. Erste Hinweise zeigen, dass WG's per se keine bessere Alternative zum Heim oder zur Betreuung durch Pflegedienste in der angestammten Wohnung darstellen. Für ein abschließendes Urteil brauchen wir jedoch valide Daten zur Versorgungsqualität der WG's. Wenn wir pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen ein weitgehend selbstbestimmtes Leben inklusive einer Versorgungssicherheit ermöglichen wollen, müssen wir neue Wohnformen und Wohnkonzepte weiterhin erproben. Nur so erhalten wir umfangreiche wissenschaftliche Erkenntnisse und praktische Erfahrungen.



HYGIENE

Bakterien überleben auf Flugzeugsitzen

Krankheitserreger können eine Woche lang auf Armlehnen, Sitztaschen und Türknaufen im Flugzeug überleben und Passagiere infizieren. Kiril Vaglenov, Forscher an der Auburn University im US-Bundesstaat Alabama, untersuchte mit Kollegen, wie lange sich die Bakterienarten MRSA sowie der Ehec-Erre-



ger E. coli 0157:H7 auf verschiedenen Oberflächen halten können. Für ihre Analyse trugen die Forscher die Bakterien entweder in einer salzhaltigen Lösung, künstlichem Schweiß oder künstlicher Spucke auf mehrere Oberflächen auf. Sie verteilten die Lösungen auf Armlehnen, Plastiktschchen, Fensterblenden, Sitzleder, den Taschen am Sitzrücken sowie dem Druckknopf der Toilettenspülung. Danach setzten sie die Oberflächen in einem Flugzeug aus und zogen regelmäßig Proben. MRSA überstand rund eine Woche im Gewebe der Tasche am Sitzrücken. E. coli-Bakterien fanden sich auch nach mehr als 96 Stunden noch auf der Armlehne wieder. ■

ARBEITSSICHERHEIT

Infos zum Umgang mit Viren und Pilzen

Wer mit Biostoffen arbeitet, sollte über deren Gefährdungspotenzial Bescheid wissen. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, die Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie und die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung haben deshalb eine neue Biostoffdatenbank aufgebaut. Diese informiert über Risiken und den richtigen Umgang mit Bakterien, Viren, Pilzen und Parasiten am Arbeitsplatz. Die Datenbank ist im Internet abrufbar unter: www.dguv.de/ifa/gestis-biostoffe. ■

DIABETES

Richtlinie zur Fahrtauglichkeit

Diabetiker haben künftig leichter Zugang zur Arbeit als Berufskraftfahrer. Grund ist eine neue Richtlinie der Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt). Insulinpflichtige Zuckerkrankte dürfen danach auch Lastkraftwagen über 3,5 Tonnen sowie Busse und Taxen fahren. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass sie sich im Umgang mit ihrer Krankheit schulen lassen und ihre Blutzuckerwerte gut eingestellt sind. Früher war eine Tätigkeit für Diabetiker als Berufskraftfahrer nur in Ausnahmen gestattet. Die BASt definiert in Begutachtungsrichtlinien die Vorgaben für viele Krankheiten, die Gutachter berücksichtigen müssen, wenn sie die Fahrtauglichkeit betroffener Patienten bewerten. Die Leitlinien waren am 1. Mai 2014 neu erschienen. ■

MEHR INFOS:
www.bast.de

HÖRSCHÄDEN Musik geht auf die Ohren

Professionelle Musiker leiden nahezu viermal öfter an Hörschäden als die Allgemeinbevölkerung. Zu diesem Ergebnis kommt eine Studie, die in der Online-Ausgabe der Zeitschrift „Occupational & Environmental Medicine“ erschienen ist. Beteiligt an der Untersuchung waren das Bremer Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie, das Institut für Musik der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg und das Institut für Musikwissenschaft und Musikpädagogik der Universität Bremen. Die Wissenschaftler analysierten die Krankenversicherungsdaten von sieben Millionen Bundesbürgern. „Hörschäden treten verstärkt in höheren Lebensaltern auf, doch selbst nach Berücksichtigung dieser und anderer Einflussgrößen, wie etwa Geschlecht und Populationsdichte, waren Profimusiker immer noch häufiger



davon betroffen“, so die Autoren. Wegen der Schwere des Problems, das zu Berufsunfähigkeit führen könne, stellten Hörschäden eine große Herausforderung an das Gesundheitssystem dar. Um ihnen vorzubeugen, empfehlen die Wissenschaftler guten Gehörschutz – beispielsweise mit „In-Ear-Geräten“. ■

ZAHNMEDIZIN Kammer setzt auf Amalgam

Das für beschädigte Zähne verwendete Füllungsmaterial Amalgam muss laut Bundeszahnärztekammer erhalten

bleiben. Amalgam sei langlebig, kostengünstig und leicht zu verarbeiten. Ein Verbot hätte Auswirkungen auf die Gesundheitskosten in vielen EU-Mitgliedsstaaten, da die Verarbeitung verfügbarer Alternativmaterialien teurer wäre. In der Folge käme es zu einer Zunahme von Zahnerkrankungen. Weltweit gebe es zudem kein Füllungsmaterial, das so intensiv auf eine Gesundheitsgefährdung hin untersucht worden sei wie Amalgam, so die Kammer. Keine Studie habe den Nachweis für die These erbracht, dass Amalgamfüllungen in einem ursächlichen Zusammenhang für Krankheiten

stünden. Der wissenschaftliche Beratungsausschuss für Gesundheits- und Umwelt Risiken der Europäischen Kommission hatte sich kürzlich ähnlich geäußert. ■

GESUNDHEITSPREIS Niedersachsen sucht Vorbilder

Zum vierten Mal ist jetzt der Niedersächsische Gesundheitspreis ausgeschrieben worden. Kooperationspartner sind neben der AOK Niedersachsen das Landesministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, das Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr, die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen sowie die Landesapothekerkammer. Ausgezeichnet werden Beispiele guter Praxis in drei Preiskategorien. Bewerbungen sind online bis 15. Juli 2014 einzureichen. ■

MEHR INFOS:
www.gesundheitspreis-niedersachsen.de

SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH

„Vertrag für ADHS-Patienten setzt neuen Akzent“

Bei der Behandlung des einst sogenannten Zappelphilipp-Syndroms setzt die AOK Rheinland/Hamburg auf mehrere Bausteine. Dazu Fragen an **Karl Reuber**, stellvertretender Verwaltungsratsvorsitzender der Krankenkasse.



G+G: Seit 2010 bietet die Gesundheitskasse Kindern und Jugendlichen, bei denen ein Verdacht auf ADHS besteht, ein spezielles Versorgungsprogramm an. Herr Reuber, wie sieht das Angebot konkret aus?

REUBER: Einer unserer Schwerpunkte liegt seit jeher auf der Kinder- und Jugendgesundheit. Mit einem besonderen Versorgungsvertrag für Patienten mit ADHS haben wir einen neuen Akzent gesetzt, um die Behandlung für Betroffene deutlich zu verbessern. Dieser neue Vertrag für Kinder und Jugendliche von sechs bis 17 Jahren umfasst vor allem eine verbesserte Diagnostik, Elternschulungen, einen leichteren Zugang zu psychotherapeutischer Behandlung und einen streng kontrollierten Medikamenteneinsatz.

G+G: Wie bindet die AOK Rheinland/Hamburg Ärzte und Psychotherapeuten in das Versorgungsprogramm ein?

REUBER: Uns ist wichtig, dass die am Programm teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten eine nachgewiesene Expertise bei der Behandlung von ADHS haben und sich zur Teilnahme an spezifischen Qualitätszirkeln verpflichten. Vertragspartner der AOK sind neben den Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Hamburg die Fachgesellschaften der Ärzteschaft und der Psychotherapeuten.

G+G: Und wie fällt die erste Bilanz aus?

REUBER: Sie ist erfreulich! So sank bei den am Vertrag beteiligten Kindern die Zahl der Fälle, in denen Ärzte eine medikamentöse Behandlung mit dem Wirkstoff Methylphenidat vornahmen – und zum Beispiel Ritalin verordneten – von 43 Prozent im Jahr 2010 auf 32 Prozent im Jahr 2012. Dies ist ein Rückgang um rund ein Viertel. Das war ein Ziel des Verwaltungsrates der AOK Rheinland/Hamburg.

Solidarlösung für Hebammen

Steigende Haftpflichtprämien bedrohen die Existenz der Geburtshelferinnen. Das Problem allein bei den Krankenkassen abzuladen, wäre aber zu kurz gedacht, gibt Dirk Schnack zu bedenken. Ein Gemeinschaftsfonds sei die bessere Lösung.



FÜR FREIBERUFLICH TÄTIGE HEBAMMEN geht es um die Existenz. Damit droht unserer Gesellschaft der Wegfall einer jahrzehntelang genossenen freien Wahl des Geburtsortes. Grund dafür sind die zuletzt immens gestiegenen Versicherungskosten, die sich die freiberuflichen Hebammen mit einer geringen Zahl an Geburten nicht mehr leisten können.

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe will das Problem mit Sicherstellungszuschlägen und Haftungseinschränkungen für die betroffene Berufsgruppe lösen. Das klingt zunächst einmal gut für die Hebammen: Wer etwa auf dem Land arbeitet und Hausgeburten unterstützt, könnte einen Zuschlag erhalten. Das erscheint plausibel – vorausgesetzt, die Qualität der Leistung stimmt. Weniger einleuchtend ist der zweite Punkt: Passiert den Hebammen ein Fehler mit weitreichenden und teuren Folgen, sollen die Kosten dafür von den Kranken- und Pflegekassen nur noch begrenzt bei den Versicherern geltend gemacht werden können. Die Versicherer könnten besser kalkulieren. Daraus könnte wieder mehr Wettbewerb im zunehmend kleiner werdenden Markt erwachsen, vielleicht winkt sogar ein Ende des Prämienanstiegs. Das nähme den Hebammen viel Last ab, ist aber dennoch nicht schlüssig zu Ende gedacht.

Gesamtgesellschaftliche Aufgaben werden zu oft ins Auffangbecken der GKV verschoben.

Denn erstens verlangt ein hohes Risiko nach hohen Versicherungsprämien, und jeder Markteingriff führt zu einem Ungleichgewicht mit Folgeproblemen. Und zweitens wird eine Lösung für die kleine Gruppe von 3.500 freiberuflichen Hebammen geschaffen, ohne das Grundproblem der Haftung im Gesundheitsbereich anzupacken. Warum ausgerechnet bei Hebammen, nicht aber bei den Gynäkologen Ausnahmen gemacht werden, kann nicht überzeugend beantwortet werden. Weil niemand will, dass den Betroffenen die erforderliche Unterstützung versagt bleibt, ist eine Solidarlösung gefordert. Die allerdings kann nicht auf die Krankenkassen beschränkt bleiben.

Besser geeignet wäre ein Fonds, in den etwa Haftpflichtversicherer, Kassen und auch die öffentliche Hand über Steuermittel einzahlen. Aus diesem Fonds könnten Härtefälle bedient werden. Politik darf sich nicht darauf beschränken, Verantwortung auf bestehende Institutionen abzuwälzen. Dieser Weg hat zu oft dazu geführt, dass gesamtgesellschaftliche Aufgaben ins Auffangbecken der gesetzlichen Krankenversicherung verschoben wurden. Dieser Versuchung sollte der Gesundheitsminister widerstehen. ■

Dirk Schnack ist Korrespondent der „Ärzte Zeitung“ in Norddeutschland.

FRANKREICH Handy aus nach Feierabend

Gespräche und Mitteilungen auf dem Mobiltelefon nach Dienstschluss – in Frankreich soll damit künftig zumindest in der Informationstechnologie- und Beratungsbranche Schluss sein. Gewerkschaften und Unternehmensverbände unterzeichneten ein Abkommen, nach dem ab Jahresende eine Ruhepause von täglich elf Stunden einzuhalten ist. Demnach sind Diensthandys nach Feierabend für elf Stunden abzuschalten. Ausnahmen – sofern wichtige Arbeitsprojekte der dienstlichen Funkstille entgegenstehen – sind vorgesehen. Das französische Arbeitsministerium muss das Ganze absegnen. ■

WARTEZEITEN Kooperation wirkt sich positiv aus

In den Jahren 2011 und 2012 wurde ein Viertel von insgesamt rund 290.000 Versicherten der AOK Nordost mit einer Überweisung zum Augenarzt innerhalb einer Woche behandelt. Gut ein weiteres Drittel bekam den Termin binnen vier Wochen. 40 Prozent der Versicherten wurden jedoch nach mehr als vier Wochen behandelt. Dies sind Ergebnisse einer Analyse des neu gegründeten gesundheitswissenschaftlichen Instituts Nordost (GeWINO) der AOK Nordost. Dabei entstanden die längsten Wartezeiten nicht in den ländlichen Regionen Brandenburgs und Mecklenburg-Vorpommerns, sondern in den Ballungsräumen – etwa in den Städten Berlin, Schwerin und Cottbus. „Unsere Studienergebnisse weisen darauf hin, dass weniger die Anzahl der Ärzte, als vielmehr

deren Zusammenarbeit eine wesentliche Rolle bei den Wartezeiten spielt“, sagt Dr. Thomas Zahn, Geschäftsführer des GeWINO. So waren dort, wo Ärzte gut vernetzt arbeiten (wie zum Beispiel im Ärztenetz Südbrandenburg) auch die Wartezeiten kürzer – trotz einer geringeren Anzahl an Augenärzten. Modelle zur priorisierten Überweisung nach medizinischer Dringlichkeit, wie sie in Mecklenburg-Vorpommern praktiziert werden, wirkten sich ebenfalls positiv aus. Das GeWINO will die regionale Gesundheitsversorgung in den nordostdeutschen Bundesländern Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern, insbesondere auch auf der lokalen Ebene der Landkreise und Stadtbezirke analysieren und damit helfen, gesundheitspolitische Diskussionen zu versachlichen und zu objektivieren. ■

UMFRAGE Karriere lieber im Krankenhaus

Allen Unkenrufen zum Trotz: Die meisten jungen Ärzte in Deutschland wollen laut einer Umfrage im Auftrag der Klinikärztegewerkschaft Marburger Bund nach ihrer Facharzt Ausbildung lieber im Krankenhaus als im niedergelassenen Bereich arbeiten. Gut die Hälfte der Befragten gibt an, nach der Facharztprüfung eine Tätigkeit im stationären Bereich anzustreben. Unter den Männern sind es 59 Prozent, bei den Ärztinnen sind es 46 Prozent. An der Online-Befragung des Instituts für Qualitätsmessung und Evaluation beteiligten sich 1.118 angestellte Ärzte, die derzeit ihre Weiterbildung absolvieren oder 2013 ihre Facharztprüfung bestanden haben. ■

Der Zufall erhöht die Aussagekraft

Aktives Überwachen scheint für viele Männer mit Prostatakrebs die richtige Wahl zu sein, so die Initiatoren einer Beobachtungsstudie. Zuverlässige Belege für diese These können jedoch nur randomisierte Studien bringen. **Von Antje Gottberg**

Bei etwa jedem zehnten Mann über fünfzig diagnostizieren Ärzte in Deutschland Prostatakrebs. Dieser Tumor ist im Frühstadium sehr gut behandelbar. Viele Männer mit Prostatakrebs können vermutlich sogar ohne jede aktive Behandlung bei hoher Lebensqualität alt werden. Die vier in der Leitlinie empfohlenen Behandlungen für Männer mit frühem Prostatakarzinom stehen im Fokus der PREFERE- und der HAROW-Studie, die derzeit in Fach- und Publikumsmedien große Aufmerksamkeit finden (www.harow.de; www.prefere.de). Die Ergebnisse der bereits beendeten HAROW-Studie werden durch die Initiatoren der Stiftung Männergesundheit dahingehend gedeutet, dass die „Aktive Überwachung“ beim Niedrig-Risiko-Prostatakrebs genauso gut ist wie Bestrahlen oder Operieren. Solche Schlüsse aus einer Beobachtungsstudie zu ziehen, ist aber heikel. Echte Aussagekraft haben Studien wie PREFERE, die 2013 begonnen hat und bei der ein Zufallsverfahren die Behandlungen den Teilnehmern zuordnet. Welche Bedeutung das Studiendesign für die Interpretation der Ergebnisse hat, wird im Folgenden erläutert.

Studiendesign hängt vom Ziel ab. Wie beim Design von Möbeln oder Türgriffen gilt beim Studiendesign die Formel „form



follows function“: Welche Methodik Wissenschaftler wählen, hängt in erster Linie davon ab, welches Ziel eine Studie hat. Sollen die Ergebnisse etwas beweisen, also zeigen, dass eine bestimmte Behandlung besser ist als eine andere, dann ist ein sogenanntes konfirmatorisches Studiendesign erforderlich, wie bei der randomisierten kontrollierten Studie (siehe Kasten „Randomisation: Kopf oder Zahl?“). Sie gilt als Goldstandard mit der höchsten wissenschaftlichen Beweiskraft. Sollen die Ergebnisse einer Studie lediglich etwas beschreiben, reicht ein deskriptives Design, wie es beispielsweise eine Beob-

achtungsstudie in der Versorgungsforschung aufweist.

Software übernimmt die Verteilung. Die PREFERE-Studie hat zum Ziel, die Wirksamkeit der vier verschiedenen Behandlungsarten (Operation, Bestrahlung von außen und von innen, aktive Beobachtung) vergleichend zu untersuchen. Entscheidet sich ein Patient für die Teilnahme an PREFERE, so wird per computergesteuerter Zufallsverteilung festgelegt, welche der Behandlungen er bekommt (siehe Abbildung „PREFERE vergleicht vier Behandlungsarten“ auf Seite 13). Die Nachbeobachtung dauert bei jedem Teilnehmer mindestens 13 Jahre. PREFERE soll die Frage beantworten, von welchem der Behandlungsverfahren in Bezug auf die Tumorheilung und unter Berücksichtigung der Nebenwirkungen der Patient auf lange Sicht am meisten profitiert. Diese Frage ist erstaunlicherweise bisher noch nie auf diese Weise untersucht worden, obwohl alle diese Verfahren seit Jahren oder Jahrzehnten angewendet werden.

Die HAROW-Studie hingegen ist eine sogenannte Beobachtungsstudie. Ihr Ziel war es, bei Männern mit neu diagnostiziertem Prostatakrebs „die aktuelle Versorgungssituation zu ermitteln, die typische Patientenklintel zu beschreiben und die Krankheitsverläufe zu untersuchen“, so die Ärzte-Broschüre zur Studie.

Äpfel mit Birnen verglichen. In einer Beobachtungsstudie werden die Patienten so behandelt, wie sie es auch würden, wenn sie nicht an der Studie teilnehmen. Die Forscher dokumentieren die beobachteten Verläufe – bei HAROW über rund zwei Jahre. Der behandelnde Arzt wägt gemeinsam mit dem Patienten ab, welche Behandlungsart für ihn angemess-

Randomisation: Kopf oder Zahl?

Bei der Randomisation (auch Randomisierung) werden Studienteilnehmer per Zufallsverfahren einer der zu erforschenden Behandlungsarten zugeteilt. Das Verfahren stellt sicher, dass sämtliche bekannten und unbekanntes Eigenschaften der Patientinnen und Patienten in allen Vergleichsgruppen gleichmäßig verteilt sind. Nur unter dieser Voraussetzung kann man davon ausgehen, dass Unterschiede in den Ergebnissen tatsächlich auf der unterschiedlichen Be-

handlung und nicht auf verschiedenen Ausgangsbedingungen beruhen. Theoretisch ist eine Randomisation bereits durch das Werfen einer Münze erreichbar: „Kopf“ steht für Behandlung A und „Zahl“ für Behandlung B. Denkbar wäre auch das Ziehen von Losen aus einem Topf. In der Praxis der klinischen Forschung übernehmen jedoch fast immer Computerprogramme die zufällige Zuteilung der Studienteilnehmer zu den Behandlungen. *Antje Gottberg*

sen und akzeptabel ist. In diese Überlegungen fließen die individuellen Eigenschaften des Patienten mit ein. Dazu gehören beispielsweise das Lebensalter oder Begleiterkrankungen. Deshalb ist es wahrscheinlich, dass sich die Männer in den einzelnen Behandlungsgruppen in manchen Merkmalen unterscheiden. Genau solche Merkmale wie Alter und Begleiterkrankungen haben in der Regel aber Auswirkungen auf den Verlauf einer Krankheit und den Erfolg der Behandlung. Es ist daher wissenschaftlich nicht zulässig, bei derart ungleich zusammengesetzten Gruppen die Ergebnisse als Beweis für eine gleichwertige oder bessere Wirksamkeit einer der Behandlungen zu erklären – das entspräche einem Vergleich von Äpfeln mit Birnen.

Ethikkommission wacht über Risiken.

Aber sind randomisierte, kontrollierte Studien immer notwendig und angemessen? Und wie lassen sich Patienten davon überzeugen, an solch einer Studie teilzunehmen? Ist das überhaupt zumutbar? Ja. Zwar ist eine klinische Studie immer ein Experiment, aber es ist keineswegs so, dass sich Arzt und Patient auf völlig unbekanntes Terrain begeben. Bevor in einer Studie kranke Menschen mit einer neuen Methode behandelt werden, liegen meist Ergebnisse aus Tierversuchen und aus Studien mit gesunden Probanden vor. Eine Ethikkommission wacht darüber, dass die Studienteilnehmer keinen unzumutbaren Risiken ausgesetzt werden. Und schließlich: In kaum einem Bereich der Gesundheitsversorgung werden Patienten so sorgfältig überwacht wie als Teilnehmer einer klinischen Studie.

Abbruchkriterien schützen Probanden.

Häufig befürchten Patienten allerdings, dass sie in einer Studie nicht die beste Behandlung bekommen, sondern bei der zufälligen Zuteilung „nur“ in der Vergleichsgruppe landen. In dieser erhalten sie in der Regel die aktuell verfügbare Behandlung, manchmal auch eine Scheinbehandlung und nicht die neue, vermeintlich fortschrittlichere. Wenn aber die Forscher bereits sicher wüssten, ob die neuere Behandlung die bessere ist, müssten sie keine Studie beginnen. Eine Ethikkommission würde dies auch nicht zulassen. Und es gibt ein weiteres Sicherheitsnetz: Sollte sich im Laufe einer Stu-

PREFERE vergleicht vier Behandlungsarten

Entfernung der Prostata
Radikale Prostatektomie

Strahlentherapie von außen über die Haut
Perkutane Strahlentherapie

Bestrahlung durch dauerhaft in der Prostata platzierte Strahlenquellen
*Permanente Seed Implantation
Brachytherapie*

Aktive Überwachung
Active Surveillance

Operieren, bestrahlen oder abwarten – in der PREFERE-Studie geht es seit Anfang 2013 darum, welche von vier nach medizinischen Leitlinien empfohlenen Möglichkeiten die beste für die Behandlung von Prostatakrebs im Frühstadium ist. Dabei können die Teilnehmer bis zu zwei Optionen von vornherein ausschließen. Anschließend werden sie nach dem Zufallsprinzip einem der verbleibenden Verfahren zugeordnet (Randomisation). Die insgesamt mehr als 90 Studienzentren und die behandelnden Urologen betreuen die Patienten und beobachten den Krankheitsverlauf über mindestens 13 Jahre. Die gesetzlichen Krankenkassen fördern das Projekt im Rahmen der Integrierten Versorgung.

Mehr Infos: www.prefere.de

die herausstellen, dass eine Patientengruppe erkennbar mehr von einer Behandlung profitiert als die andere, so wird die Studie in der Regel abgebrochen und alle Patienten bekommen die vorteilhaftere Therapie. Dies gilt umgekehrt genauso, wenn sich zeigt, dass in einer Gruppe mehr Schäden auftreten als in der anderen. In jedem Studienprotokoll müssen Abbruchkriterien vorab genau definiert sein – dies sehen internationale Standards für die klinische Forschung vor.

Ergebnisse beeinflussen Leitlinien. Reine Beobachtungsstudien haben ihren Stellenwert, wenn man zum Beispiel beschreiben möchte, wie sich erprobte Verfahren im medizinischen Versorgungsalltag bewähren. Echte Beweiskraft für die Wirksamkeit einer Behandlung, auch im Vergleich zu anderen Verfahren, haben

jedoch ausschließlich Ergebnisse randomisierter, kontrollierter Studien.

Alle, die in der Gesundheitsversorgung grundlegende Entscheidungen treffen, können auf die Ergebnisse randomisierter, kontrollierter Studien wie PREFERE nicht verzichten. Dies gilt sowohl für ärztliche Fachgesellschaften, die für die Erstellung von Leitlinien verantwortlich sind, als auch für die Gremien, die über die Verteilung der Mittel im Gesundheitssystem entscheiden. Liegen solche Ergebnisse nicht vor, so ist es notwendig und gerechtfertigt, Patientinnen und Patienten zur Teilnahme an entsprechenden Studien zu raten. ■

Dr. med. Antje Gottberg, MPH, arbeitet in der Abteilung Medizin im GKV-Spitzenverband.

Kontakt:
Antje.Gottberg@gkv-spitzenverband.de

Pflege-Training für Angehörige

Der Schwiegervater muss plötzlich ins Krankenhaus, danach soll er daheim gepflegt werden. Viele Familien sind darauf nicht vorbereitet. Unterstützung bietet ihnen das Modellprojekt „Familiale Pflege“. Dabei lernen Laien von Profis, wie Pflege geht. **Von Thomas Hommel**

Das Szenario tritt meist unerwartet ein:

Ein Herzinfarkt oder Oberschenkelhalsbruch zwingt den Senior zur Notoperation im Krankenhaus. Nach einem mehrtägigen Aufenthalt muss die Familie entscheiden, wie es weitergeht: Lässt sich die Pflege zu Hause in den eigenen vier Wänden bewerkstelligen? Und wenn ja, wie?

Wer sich als Angehöriger in einer solchen Lage wiederfindet, muss in Schleswig-Holstein nicht verzweifeln. Seit einem Jahr unterstützt das Modellprojekt „Familiale Pflege“ pflegende Eheleute und Angehörige mit Beratung, Bildung und Pflegeanleitung. Projektpartner sind die AOK NORDWEST, die Universität Bielefeld, das Gesundheitsministerium sowie derzeit 24 Kliniken im Land.

Schnelle Hilfe nötig. Ein stationärer Aufenthalt, skizziert Projektleiterin Professor Dr. Katharina Gröning von der Uni Bielefeld die Grundidee von „Familiale Pflege“, dauere heute nur noch wenige Tage. „Da ist schnelle Hilfe erforderlich.“ Genau die garantiert das Modellprojekt, das seit einigen Jahren auch in Nordrhein-Westfalen und Hamburg erfolgreich läuft. Im größten Bundesland betreiben es die AOK Rheinland/Hamburg und die AOK NORDWEST gleichermaßen.

Projekt steht allen offen

Das Modellprojekt „Familiale Pflege“ wurde 2004 an der Universität Bielefeld initiiert und seither kontinuierlich weiterentwickelt. Pflegekräfte der beteiligten Kliniken werden im Rahmen einer Weiterbildung für die familiensensible Umsetzung der Hilfsangebote qualifiziert. Die Kosten des Projekts tragen die AOK NORDWEST und die AOK Rheinland/Hamburg zu gleichen Teilen im Rahmen der gesetzlichen Pflegeversicherung. Profitieren können alle pflegenden Angehörigen – unabhängig davon, bei welcher Pflegekasse sie versichert sind.



Und so funktioniert es: Speziell ausgebildete Pflegekräfte bieten Angehörigen schon in der Klinik einzelfallbezogene Pflegetrainings an. In diesen können sich die Teilnehmer Techniken aneignen, die im heimischen Pflegealltag nötig sind. So geht es etwa um die richtige Lagerung und Bewegung, aber auch um Körperhygiene oder praktische Hilfestellungen beim An- und Ausziehen sowie beim Essen und Trinken. Auch der Einsatz von Hilfsmitteln steht auf dem Übungsplan. In Gesprächen wird den Familien außerdem gezeigt, wie sie ein Pflegenetzwerk im eigenen Umfeld knüpfen können.

Im Wohnzimmer geht's weiter. Nach den Trainingseinheiten im Krankenhaus enden die Übungen aber nicht abrupt. Die Pflegetrainerinnen statten den Familien auch Hausbesuche ab, um ihnen in Form weiterer Übungen noch mehr Sicherheit im Umgang mit der neuen Pflegesituation zu geben. Initialkurse sowie ein monatlicher Gesprächskreis dienen der Vertiefung der Pflegekompetenz und der

Verarbeitung des familialen Pflegealltags. Denn eines sei sehr wichtig, unterstreicht die Projektverantwortliche Gröning von der Uni Bielefeld: „In dieser Situation müssen mehrere Personen Verantwortung übernehmen – sonst kommt es zu Stress und Erschöpfung der Pflegenden.“

Dass das Angehörigen-Training ankommt, belegt die hohe Teilnehmerzahl. 1.600 pflegende Angehörige seien bereits im ersten Jahr in Schleswig-Holstein im Rahmen der „Familialen Pflege“ in verschiedensten Übungen geschult worden, berichtet Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender der AOK NORDWEST. Gemeinsam mit der Uni Bielefeld sowie der Unterstützung des Landesgesundheitsministeriums und der Kliniken wolle die Gesundheitskasse die Angehörigen-Pflege im häuslichen Umfeld weiter stärken. Denn in Schleswig-Holstein liege deren Anteil bei knapp 40 Prozent – und damit deutlich niedriger als in allen anderen 15 Bundesländern.

Drehtüreffekt vermeiden. 24 Kliniken in Schleswig-Holstein machen bislang mit beim Projekt – darunter auch das Städtische Krankenhaus Kiel. Vor wenigen Monaten führten die dort Verantwortlichen das Pflegetraining ein. Etwa 120 Angehörige machen bisher Gebrauch davon. Der Ärztliche Direktor der Klinik, Dr. Markus Kuther, sieht in dem Angebot denn auch „einen wichtigen Schritt, um Angehörige zu guter Pflege zu befähigen und so den Drehtüreffekt von Wiederaufnahmen bereits versorgter Patienten zu vermeiden“. Zu den Angehörigen, die bereits profitieren, gehört Dagmar David-Sohr, die ihre Mutter nach einem Krankenhausaufenthalt zu Hause pflegt. Ihr Fazit: „Wir haben viel Hilfe und praktische Tipps für den Pflegealltag erhalten und waren sehr viel besser vorbereitet.“ ■

In der Poleposition

Bei der Gesundheitsvorsorge handelt es sich um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Dass sich die AOK dieser Herausforderung in besonderem Maße stellt, belegt ihr erster eigener Präventionsbericht. **Von Thomas Hommel**

Der Philosoph Arthur Schopenhauer wusste bekanntlich, dass Gesundheit nicht alles, aber ohne Gesundheit alles nichts ist. Ganz im Sinne dieser Eingebung spielt die AOK beim Thema Prävention eine zentrale Rolle – insbesondere bei Projekten in Kindertagesstätten, Schulen, Stadtteilen und Betrieben. „Wir verfolgen zwei wesentliche Präventionsziele. Unsere Angebote setzen frühzeitig und breit an. Sie erreichen die Menschen im Alltag und richten sich an diejenigen, die Unterstützung wirklich gebrauchen können“, sagt Jürgen Graalman, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes.

Belege dafür listet der erste eigene Präventionsbericht der Gesundheitskasse auf, der jetzt erschienen ist. Danach investieren die AOKs fast sechsmal soviel in Setting-Projekte wie die übrigen Kassenarten. Das Kompendium für das Berichtsjahr 2012 wurde vom unabhängigen wissenschaftlichen IGES-Institut in Berlin erstellt. Auf 40 Seiten beleuchtet der Report das Engagement der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Prävention und Gesundheitsförderung aus einer neuen Perspektive: Erstmals werden ausgewählte kassenindividuelle Daten veröffentlicht und in einem Vergleich den dokumentierten Leistungen der übrigen GKV gegenübergestellt.

Mehr bewegen, gesünder ernähren. Schwerpunktthema des Reports ist die Gesundheitsförderung im Setting Kindertagesstätte (Kita). Das kommt nicht von ungefähr: Im Bereich der Kinder-

gesundheit ist die Gesundheitskasse seit Jahren besonders aktiv: Von den rund 16.000 Präventionsangeboten aller gesetzlichen Kassen in Kindergärten und Kindertagesstätten ging laut Präventionsbericht fast die Hälfte auf Projekte der AOK zurück. Zu nennen ist in diesem Zusammenhang etwa das Programm „TigerKids – Kindergarten aktiv“.

Das Projekt wurde vor mehr als zehn Jahren ins Leben gerufen und setzt sich vor dem Hintergrund einer steigenden Zahl adipöser junger Menschen bundesweit für mehr Bewegung und gesunde Ernährung in Kindertagesstätten ein. Mittlerweile konnten etwa 5.500 Kitas und über 300.000 Familien erreicht werden. Damit ist „TigerKids“ das derzeit größte Präventionsprojekt im Kita-Bereich. Ausgeweitet worden ist es in Gestalt des Projektes „JolinchenKids“, das sich nicht nur der Gesundheit von Kindern, sondern auch der von Eltern und Erzieherinnen widmet.

Experten für Betriebe. Erfolgreich unterwegs ist die Gesundheitskasse auch im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF). Der Report zeigt, dass es der AOK hier nicht um die Quantität, sondern um die Qualität der Angebote geht, die sich an der Dauer und damit Nachhaltigkeit der Projektbetreuung messen lässt. Die meisten BGF-Projekte der AOK in den Betrieben haben eine Dauer von mehr als drei Jahren. Die übrigen Kassen bieten keine Projekte mit dieser langen Laufzeit. Deren Projekte enden zumeist schon nach drei Monaten.

Etwa 40 Prozent aller Unternehmen, die im Jahr 2012 Projekte zur betrieblichen Gesundheitsförderung mit einer Krankenkasse umgesetzt haben, arbeiteten mit BGF-Experten der elf AOKs zusammen. 45 Prozent aller Arbeitneh-

mer, die von betrieblicher Gesundheitsförderung profitierten, nahmen an Projekten der Gesundheitskasse teil.

Ganzheitlich und kontinuierlich. Der Präventionsbericht zeigt auch: AOK-Projekte erzielen eine große Reichweite. Mit mehr als 88 Prozent aller in den nicht betrieblichen Lebenswelten erreichten Menschen sowie über 44 Prozent der erreichten Betriebe stehen die AOKs unangefochten an der Spitze der gesetzlichen



Kassenarten. „AOK-Projekte sind zudem häufig ganzheitlich angelegt“, heißt es im Report. Knapp drei Viertel (74 Prozent) der 2012 laufenden Aktivitäten in nicht betrieblichen Lebenswelten sowie 63 Prozent der Angebote in Betrieben umfassten sowohl verhaltens- wie verhältnisbezogene Komponenten. Bei den übrigen Kassenarten war dies bei 44 beziehungsweise 50 Prozent der Projekte der Fall.

Auch bei der individuellen Prävention (zum Beispiel Gesundheitskurse) ist die AOK gut aufgestellt. Mit ihren Angeboten erreichte sie 2012 gut ein Drittel (35 Prozent) aller Versicherten. Das entspricht dem Anteil der Gesundheitskasse an allen gesetzlich Krankenversicherten. ■

Webtipp

Der AOK-Präventionsbericht kann kostenlos heruntergeladen werden unter www.aok-bv.de

Jungen suchen das Risiko

Draufgänger, Rabauken, wilde Kerle – solche Rollenklischees können die Gesundheit von Jungen aufs Spiel setzen. Wie sie lernen, mit Gefahren angemessen umzugehen, diskutierten Experten auf einer Tagung in Hannover. **Von Anne Töpfer**

Kiffen, Klauen, vom Dach springen, mit Skiern die „Todesabfahrt“ runter – an waghalsige Unternehmungen aus ihrer Kindheit und Jugend erinnerten sich Teilnehmer der Tagung „You only live once“ in Hannover. Die Landesvereinigung für Gesundheit hatte gemeinsam mit der Sportjugend und der Initiative

es Risiken gibt, die Jungen eingehen können. Sie brauchen dafür klare Ansagen und entsprechende Freiräume.“

Solche Freiräume eröffnen sich im Sport. „Bewegung, Spiel und Sport bieten Möglichkeiten für die geschlechtsbezogene Identifikationsentwicklung“, sagte Professor Dr. Nils Neuber vom Institut für

Klüber vom Deutschen Olympischen Sportbund. So liefen junge Männer in kommerziellen Fitnessstudios Gefahr, eine „Muskelsucht“ zu entwickeln und Doping zu betreiben. Ein führendes „Discount-Fitnessstudio“ verzeichne rund 40.000 Mitglieder zwischen 15 und 17 Jahren. „Im Zentrum des Geschehens steht die Körpermodellierung“, so Klüber.



„Bewegte Schule“ eingeladen, sich über die Risikokompetenz und Körperwahrnehmung von männlichen Jugendlichen Gedanken zu machen. Wie werden aus gesunden Jungen gesunde Männer?

Die Balance finden. Für Dr. Reinhard Winter vom Sozialwissenschaftlichen Institut Tübingen geht es darum, die Balance zwischen Risiko und Schutz zu finden. Jungen verletzen sich häufiger als Mädchen, wie Daten des Statistischen Bundesamtes zu Unfällen von Kindern und Jugendlichen aus vergangenen Jahren zeigen. Demnach verursachen Jungen hier einen Großteil der Kosten (bei Verletzungen an Hüfte und Oberschenkel rund 80 Prozent; an Ellenbogen, Unterarm, Kopf rund 60 Prozent). Dennoch sei riskantes Verhalten grundsätzlich etwas Positives, so Winter. Es helfe, die Jugendphase und das Männlichsein zu bewältigen. „Es ist gut, wenn

Sportwissenschaft der Universität Münster. Wettkampf und Durchsetzungsvermögen sowie Gemeinschaft und Fair Play seien im Sport zwei Seiten einer Medaille und stünden für die Bedürfnisse vieler Jungen. In der Schule bezeichnet die Mehrheit Sport als Lieblingsfach. Außerdem seien 79 Prozent der sieben- bis 14-jährigen Jungen Mitglied im Sportverein. Neuber erläuterte das „Variablenmodell im Sport“ mit acht Handlungsfeldern, innerhalb derer Jungen unterschiedliche Bewegungsbedürfnisse ausleben und neue Perspektiven ausprobieren können. Bei Spielen wie „Diamantencop“ oder „Ab durch die Mitte“ üben sie beispielsweise Konkurrenz und Kooperation (*mehr Infos: www.uni-muenster.de/Sportwissenschaft/Didaktik/jungenfoerderung/beispiele/kooperation.html*).

Dass Sport unerwünschte Nebenwirkungen haben kann, beschrieb Dr. Mischa

Rollenerwartungen ändern sich. Mit dem Bild vom starken Mann übernehmen Jungen Rollenklischees, führte Christian Hoenisch anhand von Ergebnissen einer Umfrage des „Beirats Jungenpolitik“ aus. Hoenisch, im Bundesfamilienministerium für die Gleichstellungspolitik für Jungen und Männer zuständig, machte deutlich, dass sich das Bild vom Mann als Familienernährer ausdifferenziert habe. „Rollenerwartungen ändern sich im Lebensverlauf“, so Hoenisch. Es sei Aufgabe der Gleichstellungspolitik, beiden Geschlechtern ein Leben nach eigenen Vorstellungen zu ermöglichen. Mit Kampagnen wie dem „Boys day“ ließe sich beispielsweise die Berufswahl von Jungen erweitern. Erfolge blieben nicht aus: So sei die Zahl der in Kitas tätigen Männer zwischen 2010 und 2013 um 50 Prozent auf bundesweit 15.000 gestiegen.

Am Tagungsort wartete vorm benachbarten Museum eine Schulklasse: Die elf- oder zwölfjährigen Jungen hockten brav auf Parkbänken. Die Mädchen balgten sich auf der Erde, eines von ihnen saß in zwei Metern Höhe auf einem Ast und dirigierte die Szene – ohne zu stürzen und sich die Knochen zu brechen. Vielleicht können Jungen im Umgang mit Risiken von Mädchen noch einiges lernen. ■

MEHR INFOS:

www.gesundheit-nds.de

> Dokumentationen

„Impferfolg schadet der Akzeptanz“

Schutzimpfungen haben Krankheiten wie der Kinderlähmung ihren Schrecken genommen. Während die Angst vor Ansteckung nachlässt, wächst die Sorge vor Impfschäden, meint **Jan Leidel** von der Ständigen Impfkommission. Er hält moderne Präparate aber für sicher.

In den 70er-Jahren gab es Reihenimpfungen in Schulen, beispielsweise gegen Röteln. Wird heute weniger geimpft?

Leidel: Bis 1979 durften Krankenkassen die Kosten für Schutzimpfungen nicht übernehmen. Damals hat entweder das Gesundheitsamt unentgeltlich Impfungen angeboten oder man hat sich beim Arzt auf eigene Kosten impfen lassen. Heute gibt es Impfungen gegen viele weitere Krankheiten. Die Beteiligung ist unterschiedlich. In Deutschland werden über 95 Prozent der kleinen Kinder gegen Tetanus, Kinderlähmung und die klassischen Krankheiten geimpft. Schwieriger wird es bei älteren Kindern und bei älteren Erwachsenen. Da bestehen viele Impflücken, und die Skepsis ist größer.

Worauf beruht die Skepsis?

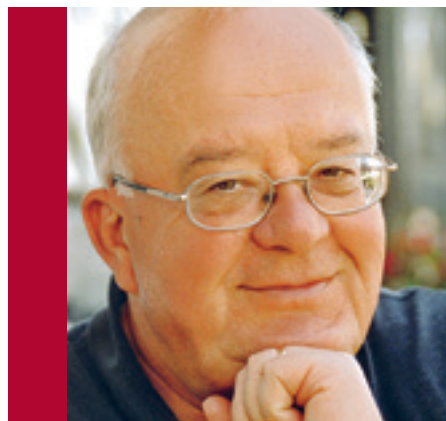
Leidel: Zum einen schadet der Erfolg des Impfens seiner Akzeptanz. Früher gefürchtete Krankheiten treten kaum noch auf. Deshalb nimmt die Sorge vor Ansteckung ab und die Bedenken wegen möglicher Impfkomplicationen steigen ins Unermessliche. Zudem ist die Skepsis gegenüber der wissenschaftlichen Medizin überhaupt größer geworden. Hinzu kommen weltanschauliche Gründe, zum Beispiel bei Menschen, die der Anthroposophie nahestehen.

Wie groß ist das Risiko, Impfschäden zu erleiden?

Leidel: Moderne Impfstoffe sind die sichersten Arzneimitteln überhaupt. Ich kenne keine Impfung, die so riskant ist, wie die Einnahme von Aspirin. Dennoch können Impfungen unerwünschte Folgen haben. So erkrankte beispielsweise nach der Schweinegrippe-Impfung eine Reihe

von Kindern, vor allem in Skandinavien, an sogenannter Narkolepsie, einem abnormen Schlafbedürfnis. Das hatte wahrscheinlich etwas mit der Impfung zu tun. Das muss gründlich untersucht werden.

Welche Bedeutung haben Impfungen für die Gesundheit der Bevölkerung?



wir auf internationale Erfahrungen zurückgreifen. Wir formulieren Fragen wie: Was ist das Ziel einer Impfung? Wollen wir beispielsweise bei der Rotaviren-Impfung jede Infektion im Säuglingsalter verhindern oder schwere Verläufe, die zur Krankenhauseinweisung führen? Um welche Anwendung geht es? Womit kön-

Ich kenne keine Impfung, die so riskant ist, wie die Einnahme von Aspirin.

Dr. Jan Leidel

Leidel: Schutzimpfungen gelten nach dem Zugang zu sauberem Trinkwasser als weltweit wichtigste Maßnahme zum Erhalt von Leben und Gesundheit. Sie schützen nicht nur individuell, sondern wirken auf Bevölkerungsebene: Wenn genug Menschen gegen eine bestimmte Krankheit geimpft sind, kann diese sich nicht verbreiten. Säuglinge beispielsweise sind stark gefährdet, sich mit Keuchhusten anzustecken. Deswegen empfiehlt die Ständige Impfkommission für Frauen mit Kinderwunsch die Keuchhusten-Impfung, ebenso für enge Kontaktpersonen wie Geschwister oder Großeltern.

Wie kommt die Kommission zu ihren Empfehlungen?

Leidel: Die Kommission beschäftigt sich nur mit Impfungen, die zugelassen, also wirksam und sicher sind. Meist können

nen wir die Impfung vergleichen? Mit Nichtimpfen, mit Behandeln? Welche Effekte wollen wir erzielen? Was gibt es an gut belegten klinischen Wirkungen? Unser Standard-Fragenkatalog hat international Vorbildcharakter. Die Menschen können sich darauf verlassen, dass ein dafür fachlich hervorragend geeignetes und gesetzlich legitimes Gremium das Für und Wider der Impfungen sorgfältig abgewogen hat. ■

Das Interview führte Änne Töpfer.

Zur Person

Dr. Jan Leidel ist Vorsitzender der 1972 gegründeten Ständigen Impfkommission (STIKO) mit 17 ehrenamtlichen Mitgliedern. Die STIKO ist am Robert Koch-Institut angesiedelt und berät die Bundesländer in der Frage, welche Impfungen sie öffentlich empfehlen sollten. Mehr Infos: www.stiko.de



Die Urenkel reisen an, der Bürgermeister gratuliert, die Zeitung berichtet – ein hundertster Geburtstag macht Furore. Wie Menschen mit Hundert leben, was sie sich erhoffen und welche Unterstützung sie brauchen, haben Wissenschaftler der Universität Heidelberg erfragt. Von **Daniela S. Jopp, Christoph Rott, Kathrin Boerner und Andreas Kruse**

Die Fotos von Rainer Schmidtke (rs-photoart) zeigen Teilnehmerinnen und Teilnehmer der zweiten Heidelberger Hundertjährigen-Studie.

Mit Hundert voll im Leben

Die Zahl der Hundertjährigen in Deutschland ist in den letzten Jahren stark angewachsen. Zwischen den Jahren 2000 und 2010 stieg sie laut Angaben der Human Mortality Database von 5.937 auf 13.198, was einer Zunahme um 122 Prozent entspricht. Hochrechnungen zufolge hat jedes zweite Kind, das nach dem Jahre 2000 in Deutschland geboren wurde, gute Chancen, seinen 100. Geburtstag zu erreichen.

Da sich frühere und auch gegenwärtige Forschung vor allem darauf konzentriert, was zu einem extrem langen Leben führt, nicht aber, wie sich das Leben für diese sehr alten Menschen gestaltet, liegen hierzu nur unvollständige Informationen vor. Negative, von Stereotypen dominierte Altersbilder sind die Folge, die das sehr hohe Alter oft mit Demenz und Gebrechlichkeit gleichsetzen. Dies ist für die Hundertjährigen, ihre Angehörigen und die Gesellschaft fatal: Sie führen nicht nur zu einer Fehleinschätzung der Bedürfnisse der Hundertjährigen, zum Beispiel hinsichtlich notwendiger Unterstützung oder geeigneter Wohnformen, sondern auch zur Ausgrenzung und Vernachlässigung wertvoller Mitglieder unserer sozialen Gemeinschaft.

Vergleich von zwei Geburtsjahrgängen. Im Rahmen der zweiten Heidelberger Hundertjährigen-Studie (HD100-II) befragten Wissenschaftler der Universität Heidelberg in den Jahren 2011 bis 2013 eine repräsentative Stichprobe von 95 Hundertjährigen. Die Studie repliziert und erweitert die erste Heidelberger Hundertjährigen-Studie (HD100-I) aus den Jahren 2000/2001. Orientiert an HD100-I und früheren Studien zum sehr hohen Alter untersuchten wir in der HD100-II Herausforderungen in zentralen Lebens- und Funktionsbereichen wie beispielsweise Gesundheit und Pflegebedürftigkeit, kognitive Leistungsfähigkeit, Wohnsituation und soziales Netzwerk. Die Ergebnisse der

HD100-II bieten einen erweiterten Einblick in das Leben im Alter von 100 Jahren. Dadurch, dass die Studie inhaltlich und methodisch an die erste Heidelberger Hundertjährigen-Studie anschloss, aber vor allem zum ersten Mal einen Vergleich von zwei Geburtsjahrgängen deutscher Hundertjähriger ermöglichte, ist die Studie besonders wertvoll und erlaubt uns eine vorsichtige Prognose bezüglich zukünftiger Konsequenzen aus den demografischen Entwicklungen.

Selbstständigkeit hat zugenommen. Die heutigen Hundertjährigen sind nicht stärker eingeschränkt als Hundertjährige vor elf Jahren. Damit bestätigt sich die weitverbreitete Befürchtung nicht, dass eine Zunahme an Hochaltrigen durch den medizinischen Fortschritt zu mehr kranken und eingeschränkten Hundertjährigen führt. Ein größerer Anteil der heutigen Hundertjährigen kann Tätigkeiten ausführen, die ein selbstständiges Leben ermöglichen. Auch dies ist ein Hinweis auf eine bessere Funktionstüchtigkeit der Hundertjährigen heute im Vergleich zu früheren Geburtsjahrgängen. Heute leben mehr Hundertjährige selbstständig und alleine in Privathaushalten, wobei die Familie dies in den meisten Fällen durch eine zentrale Rolle in der Unterstützung ermöglicht. Mehr Hundertjährige sind nicht oder nur wenig kognitiv eingeschränkt (*siehe „Abbildung „Die Hälfte behält einen klaren Kopf“ auf Seite 22*). Dieser Befund ist von herausragender Bedeutung, da auch er verdeutlicht, dass die heutigen Hundertjährigen auf keinen Fall eine schlechtere Konstitution haben als frühere Jahrgänge von Hundertjährigen. Auf der Ebene der geistigen Leistungsfähigkeit sind die heutigen Hundertjährigen sogar statistisch bedeutsam gesünder.

Sehen und Hören sind meist eingeschränkt. Allerdings war kein Hundertjähriger in unserer Stichprobe ohne gesundheitliche



Hundertjährige
sehnen sich nicht
nach dem Tod.
Viele haben einen
starken Lebenswillen.

Beschwerden. Die im Durchschnitt vorliegenden vier Gesundheitsprobleme führen zu deutlichen Einschränkungen im Alltag. Am häufigsten lagen Hör- und Seheinschränkungen vor, gefolgt von Stürzen. Die wichtigsten Gesundheitsrisiken bei Hundertjährigen liegen damit in den Bereichen der Sensorik und der Mobilität.

Zwar sind die heutigen Hundertjährigen besser in der Lage, einige für die Selbstständigkeit notwendigen Alltagstätigkeiten ohne Hilfe auszuführen, allerdings gab es bei zentralen Aspekten wie beispielsweise dem Gehen oder Baden/Duschen keine Verbesserung. Obwohl die kognitive Leistungsfähigkeit bei deutlich mehr Hundertjährigen heute gar nicht oder nur wenig eingeschränkt ist, ist immer noch knapp die Hälfte in mittlerem oder starkem Ausmaß kognitiv eingeschränkt.

Hundertjährige haben hohen Hilfebedarf. Die Verbesserung der Alltagsaktivitäten schlug sich bislang leider nicht in einer gerin-

geren Pflegebedürftigkeit nieder. Nach wie vor benötigen vier von fünf Hundertjährigen Leistungen der Pflegeversicherung. Der sehr eingeschränkte Gesundheitszustand der meisten Hundertjährigen hat einen starken Unterstützungsbedarf zur Folge. Insbesondere die Kinder der Hundertjährigen sind als Hauptbezugspersonen stark gefordert. Vor allem in der Nähe lebende Kinder leisten ein hohes Ausmaß an alltäglicher Unterstützung. Zwar werden Hundertjährige ohne Kind beziehungsweise ohne Kind in der Nähe häufig von der weiteren Familie unterstützt, insgesamt haben sie jedoch weniger Hilfe als Hundertjährige mit Kind beziehungsweise in der Nähe lebendem Kind.

Im Vergleich zur ersten Heidelberger Hundertjährigen-Studie konnte eine Tendenz zu mehr professioneller Unterstützung beobachtet werden, jedoch besteht in Deutschland im Vergleich zu den USA eine eher geringe Nutzung professioneller Pflegeleistungen. Dies hat zur Folge, dass die Familien der Hundertjährigen wenig entlastet werden beziehungsweise dass

Hundertjährige, die keine Familienunterstützung haben, mit großer Wahrscheinlichkeit unterversorgt sind.

Viele fühlen sich einsam. Obwohl sich die heutigen Hundertjährigen im Vergleich zu den vor elf Jahren befragten Hundertjährigen in der Tendenz weniger einsam fühlen, kommt das Einsamkeitserleben immer noch viel zu häufig vor. Psychologische Stärken wie Selbstwirksamkeit und Lebenswille sind im hohen Alter gefährdet. Obwohl die psychologische Stärke des wahrgenommenen Lebenssinns relativ hoch ausgeprägt ist, nimmt dieser kontinuierlich ab und ist bei den Hundertjährigen im Vergleich zu vorhergehenden Altersgruppen am geringsten.

Auch wenn sie keine Angst vor dem Sterben haben, so machen sich Hundertjährige doch Sorgen bezüglich des Lebensendes: Sie wollen ihre Angehörigen nicht belasten und wünschen sich einen Tod ohne Leiden.

Ähnliche Zielmotivation wie junge Menschen. Eine erstaunlich große Anzahl der Hundertjährigen ist mit dem Leben zufrieden und findet ihr Leben lebenswert (siehe Abbildung unten: „Die Mehrheit findet das Leben schön“). Die Lebenszufriedenheit verschlechtert sich nicht im sehr hohen Alter. Dies bestätigt unsere früheren Befunde zum Wohlbefindensparadox: Trotz umfassender Verluste in zentralen Lebens- und Funktionsbereichen gelingt es den Hundertjährigen, ein hohes Niveau an positiver Lebensqualität zu empfinden. Psychologische Stärken wie beispielsweise Selbstwirksamkeit, optimistischer Ausblick, Lebenssinn und Lebenswillen sind vorhanden und wirken sich stärker auf die Lebensqualität aus als objektive Faktoren.

Sterben und Tod werden von den Hundertjährigen akzeptiert und als Teil des Lebens verstanden. Eine überwiegende Mehrheit der Hundertjährigen hat einen ausgeprägten Lebenswillen. Hundertjährige haben Ziele und eine positive Zukunftsperspektive. Sie berichten überwiegend von Zielen, die auf die Annäherung und nicht die Vermeidung eines Zustandes abzielen, und weisen damit eine ähnliche Zielmotivation wie junge Menschen auf.

Studienergebnisse führen zu Handlungsempfehlungen. Die vorliegende Studie zur Lebenssituation hundertjähriger Frauen und Männer – wie auch der Vergleich der Studienergebnisse mit



jenen der Vorgängerstudie – vermittelt nicht nur wissenschaftlich, sondern auch gesellschaftlich und kulturell bedeutsame Erkenntnisse. Das Leben mit Hundert ist nicht einfach, wie die Herausforderungen zeigen, jedoch handelt es sich bei erstaunlich vielen davon um Punkte, die in positiver Weise beeinflusst werden könnten. Basierend auf den Ergebnissen der zweiten Heidelberger Hundertjährigen-Studie können die nachfolgenden Handlungsempfehlungen abgeleitet werden.

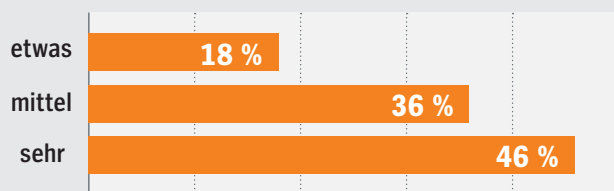
Präventive Angebote ausbauen. Zunächst legen die Befunde einen systematischen Ausbau der präventiven wie auch der medizinisch-rehabilitativen Angebote – und zwar über die gesamte Lebensspanne – nahe. Die Tatsache, dass sich gegenüber der Vorgängerstudie eine signifikante Verbesserung in der kognitiven Leistungsfähigkeit wie auch in einzelnen Aktivitäten des täglichen Lebens ergeben hat, deutet auf einen möglichen Einfluss präventiver Maßnahmen hin (zum Beispiel gesundheitsbezogene Aufklärung zu Risikofaktoren und daraus folgende Lebensstilveränderungen wie mehr körperliche Aktivitäten und Sport). Auch die frühzeitige Erkennung und Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen hat langfristige Effekte im Hinblick auf eine Abnahme des (vaskulären) Demenzrisikos.

Rehabilitation ist bis ins hohe Alter sinnvoll. Es sei ausdrücklich auf die große Bedeutung der Rehabilitation für die Erhaltung der körperlichen, funktionalen und kognitiven Leistungsfähigkeit bis in das höchste Lebensalter hingewiesen. Die Rehabilitationsforschung hat die diesbezüglichen Veränderungspotenziale auch im hohen und höchsten Lebensalter eindrucksvoll aufgezeigt. Das Lebensalter darf nicht das entscheidende, geschweige denn das alleinige Entscheidungskriterium für die Einleitung einer Rehabilitation bilden.

Die Erhaltung der kognitiven Kompetenz bis in das höchste Lebensalter ist nach den Ergebnissen der vorliegenden Studie

Die Mehrheit findet das Leben schön

Ausmaß der Lebenszufriedenheit Hundertjähriger
(Anteil der HD100-II-Teilnehmer in Prozent)



Mehr als 80 Prozent der Teilnehmer der zweiten Heidelberger Hundertjährigen-Studie (HD100-II) sind mit ihrem Leben „mittel“ beziehungsweise „sehr“ zufrieden.

Quelle: Robert Bosch Stiftung, HD100-II

durchaus ein realistisches Ziel. Dessen Umsetzung ist auch an soziale und kulturelle Partizipationsangebote – und nicht nur an das individuelle Bildungsverhalten – gebunden, die im Rahmen der gesellschaftsbezogenen Handlungsempfehlungen ausführlich erläutert werden.

Von besonderer Bedeutung ist der Erhalt von Mobilität und Alltagskompetenz. Beispielsweise sollten alte und sehr alte Personen ermutigt werden, durch spezielles Krafttraining einen gezielten Muskelaufbau zu erwirken und die Gleichgewichtsfähigkeit zu trainieren. Beides dient der Erhaltung der Mobilität sowie dem Vermeiden von Stürzen, die oft den Beginn einer Abwärtsspirale darstellen. Wichtig ist auch, die sensorischen Einschränkungen optimal zu kompensieren. Dies kann beispielsweise durch regelmäßiges Prüfen von Brillen und Hörgeräten geschehen sowie durch eine entsprechende Anpassung an weitere Funktionsverluste. Essenziell ist auch die Entwicklung alternativer Kompensationsmöglichkeiten (zum Beispiel Radioprogramme, in denen gezielt langsamer und deutlicher gesprochen wird), die den Bedürfnissen der alten und sehr alten Menschen bestmöglich angepasst sind.

Depressionen und Schmerzen behandeln. Schmerzen beeinträchtigen die Lebensqualität hochaltriger Menschen ebenso wie bei jüngeren Menschen. Darum bleibt das Thema der Palliativpflege beziehungsweise optimaler Schmerzbehandlung auch in dieser Altersgruppe wichtig. In diesem Kontext kommt auch den Hausärzten und Angehörigen eine wichtige Rolle zu, die die sehr alten Menschen dazu ermutigen sollten, ein Optimum an medizinischer Hilfe bei Schmerzen einzufordern.

Ärzte, Pflegepersonal und Angehörige müssen dafür sensibilisiert werden, dass Depression im Alter behandlungswürdig ist. Auch im hohen Alter ist Depression eine Erkrankung und stellt keinen altersbedingten Normalzustand dar. In Deutschland gibt es immer noch viel zu wenige psychotherapeutische Angebote, die sich an alte und sehr alte Menschen richten.

Zugang zu professioneller Pflege erleichtern. Im Bereich der Pflege ist es essenziell, alternative Pflegestrukturen zu entwickeln, da eine hauptsächliche Pflege durch die Kinder in der Zukunft nicht realistisch ist. Von vorrangiger Bedeutung ist dabei die Absicherung der Versorgung Hochaltriger ohne Kinder sowie die Entlastung der selbst alt gewordenen Kinder und anderer informeller Helfer, für die der Zeitraum der Pflegeverantwortlichkeit insbesondere im Falle von Hundertjährigen zudem noch außergewöhnlich lang ist.

Sowohl bei den Hundertjährigen als auch bei den Angehörigen sollte versucht werden, die Bereitschaft zur Nutzung von professionellen Pflegeleistungen zu erhöhen. Auch der Zugang zu professioneller Hilfe sollte erleichtert werden, wie beispielsweise durch eine Finanzierung spezifischer Pflegeangebote sowie nicht pflegebezogener Hilfe im Haushalt (etwa durch die Pflegeversicherung), um ein selbstständiges Leben zu Hause möglichst lange zu ermöglichen.

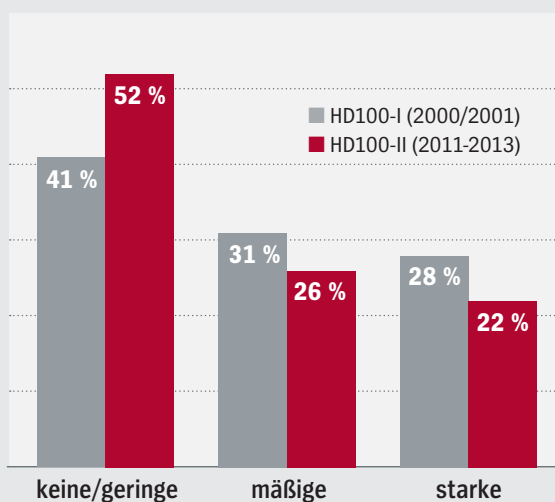
Kompetenzen im höchsten Alter erhalten. Unsere Gesellschaft und unsere Kultur sollten anerkennen und positiv würdigen, dass es mehr und mehr Menschen gelingen wird, ein sehr hohes Lebensalter zu erreichen und in diesem sehr hohen Alter das eigene Leben bewusst zu gestalten. Zugleich darf nicht übersehen werden, dass in diesem sehr hohen Alter die Verletzlichkeit des Menschen – die körperliche ebenso wie die kognitive – immer deutlicher in den Vordergrund tritt. Eine differenzierte öffentliche Auseinandersetzung mit dem höchsten Lebensalter, verbunden mit der Frage, wie das Leben in diesem Alter durch gesellschaftliche und kulturelle Initiativen gefördert werden kann, darf in unserer Gesellschaft nicht fehlen – vielmehr muss sie deutlich verstärkt werden.

Dem Bedürfnis der Hundertjährigen folgend sollten mehr Möglichkeiten für positiven Austausch und soziale Aktivitäten geschaffen werden. Bildungs- und Partizipationsangebote sollten ausdrücklich auch Menschen im vierten Lebensalter ansprechen. Die derzeit noch vorherrschende Tendenz, dieses Lebensalter vor allem mit Verletzlichkeit „gleichzusetzen“, behindert die Entwicklung sozialer und kultureller Partizipationsangebote nachhaltig. Es muss ein gesellschaftlich wichtiges Ziel sein, Kompetenzerhaltung und Potenzialverwirklichung im höchsten Alter zu ermöglichen und zu erleichtern.

Teilhabe ermöglichen. Von zentraler Bedeutung erscheint das Schaffen von Möglichkeiten zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, zum Beispiel durch Programme in Schulen, Universitäten und Seniorenakademien, Erfahrungsaustausch und Ältestenräte in wichtigen gesellschaftlichen Bereichen. Dazu gehört darüber hinaus auch, es Menschen mit sensorischen und kognitiven Einschränkungen zu ermöglichen, an unserer Infor-

Die Hälfte behält einen klaren Kopf

Anteil der 100-Jährigen mit Einschränkungen der kognitiven Leistungsfähigkeit



Die geistige Leistungsfähigkeit 100-jähriger Menschen hat sich verbessert: In der zweiten Heidelberger Hundertjährigen-Studie (HD100-II) hatte mehr als die Hälfte der Teilnehmer keine oder geringe kognitive Einschränkungen. In der Studie zehn Jahre zuvor (HD100-I) waren es nur rund 40 Prozent.

Quelle: Robert Bosch Stiftung/HD100-II

Heute leben
mehr Hundertjährige
selbstständig in
Privathaushalten.
Meist leistet die
Familie Unterstützung.



mationsgesellschaft teilzuhaben, indem entweder bestehende Medienangebote angepasst werden oder spezielle Angebote geschaffen werden (zum Beispiel weniger temporeiche Sendeformate oder Themen im Radio oder Fernsehen, die an Interessen der Hochaltrigen angelehnt sind). Wichtig ist auch das Ermöglichen einer besseren Interessenvertretung von alten und sehr alten Menschen.

Im Rahmen der gesellschaftlichen Teilhabe, aber auch im Kontext der Kompetenzerhaltung und Potenzialverwirklichung ist der Begegnung zwischen den Generationen großes Gewicht beizumessen: Denn der Austausch mit nachfolgenden Generationen wird auch von Höchstbetagten in besonderer Weise ge-

schätzt, da er dazu anregt, die eigenen Erkenntnisse und Erfahrungen nicht nur zu reflektieren und weiterzugeben, sondern auch weiter zu differenzieren. Zugleich wird der Austausch mit Höchstbetagten von den jungen Menschen als wirklicher Gewinn erlebt. Die Mehr-Generationen-Perspektive, die in vielen Förderprojekten des Bundes und der Länder verwirklicht wird, sollte daher ausdrücklich auch auf die Höchstbetagten ausgerichtet sein und diese explizit ansprechen.

Pflege und Ehrenamt vernetzen. Der hohe Anteil Höchstbetagter, die über Einsamkeit berichten (40 Prozent der Untersuchungsgruppe), legt die Entwicklung und Umsetzung sozialräumlicher



Auch Menschen im höchsten
Alter sind neugierig, wollen
lernen und am Leben teilhaben.

Konzepte nahe, die auf eine im Vergleich zu heute stärkere Vernetzung von Pflegediensten mit Nachbarschaftshilfen ausgerichtet sind. Nicht nur die Sicherstellung einer sehr guten medizinisch-pflegerischen Versorgung ist das Ziel, sondern auch eine möglichst starke Einbindung Höchstbetagter in nachbarschaftliche Netzwerke. Die in vielen Kommunen entwickelte Vernetzungsstrategie ist ausdrücklich zu würdigen und weiter auszubauen. Zu diesen sozialräumlichen Konzepten gehört auch die wohnortnahe, quartiersbezogene Implementierung von Dienstleistungsangeboten wie auch von Bürgerzentren, in denen sich Bewohnerinnen und Bewohner des Quartiers treffen und austauschen.

Anregung zu sinnstiftenden Aktivitäten. In Anbetracht der ausgeprägten körperlichen Verletzlichkeit der Hochaltrigen kommt den psychologischen Stärken eine besondere Bedeutung zu. Die zentrale Rolle der psychologischen Stärken für die Lebenszufriedenheit der Hundertjährigen legt nahe, dass diese umfassend gefördert werden sollten. Da sie auch bei jüngeren Menschen mit mehr Lebensqualität und besserer Gesundheit (zum Beispiel einem besseren Immunstatus sowie schnellerer Genesung) einhergehen, erscheint eine lebenslange Förderung der Entwicklung psychologischer Stärken angebracht. Entsprechend sollten gezielte Programme zum Beispiel im Schul- oder Weiterbildungskontext angeboten beziehungsweise entwickelt werden. Ein Stabilisieren der psychologischen Stärken kann im Alter etwa durch die Schaffung von positiven Erlebnismöglichkeiten und die Anregung zu sinnstiftenden Aktivitäten erfolgen (zum Beispiel intergenerationeller Austausch, Identifikation und Aktivierung von Kerninteressen oder Leidenschaften). Selbst bei umfassender Pflegebedürftigkeit kann das Erleben von Selbst-

wirksamkeit und Kontrollempfinden ermöglicht werden. Dies könnte dadurch erfolgen, dass im Pflegealltag ausreichend Zeit und Raum gewährt werden, Alltagshandlungen selbstständig oder mit dem nötigen Minimum an Hilfestellung auszuführen.

Schließlich ist es sehr wichtig, die Öffentlichkeit über die Bedeutung und das Vorhandensein von psychologischen Stärken im Alter zu informieren und so das Bewusstsein für diese bislang vernachlässigten Aspekte zu schärfen. Dies könnte durch die Integration der Thematik „psychologische Stärken im Alter“ in Lehrpläne, sowohl in der Schule als auch in Jugend- und Erwachsenenbildung, insbesondere in der Vorbereitung auf einen Berufsweg im Pflegebereich, erzielt werden. ■

Prof. Dr. Daniela S. Jopp ist Assistant Professor am Department of Psychology an der Fordham University in New York. **Dr. Christoph Rott** ist Mitarbeiter des Instituts für Gerontologie an der Universität Heidelberg. **Prof. Dr. Kathrin Boerner** ist Senior Research Scientist an der Icahn School of Medicine at Mount Sinai and Jewish Home Life Care, New York. **Prof. Dr. Dr. Andreas Kruse** ist Direktor des Instituts für Gerontologie an der Universität Heidelberg.

Heidelberger Hundertjährigen-Studie

Im Schwerpunkt „Leben im Alter“ setzt sich die Robert Bosch Stiftung seit 2002 dafür ein, ein differenziertes Bild vom Alter und Älterwerden in der Gesellschaft zu verankern. Zentrales Ziel der von der Robert Bosch Stiftung und der Dietmar Hopp Stiftung zu gleichen Teilen geförderten „Zweiten Heidelberger Hundertjährigen-Studie“ (1.1.2011 bis 31.1.2013) ist die Untersuchung der Herausforderungen, aber auch der Stärken und Potenziale, die ein Leben mit 100 Jahren kennzeichnen. Die Studie gibt insgesamt Aufschluss über den Gesundheitszustand und die Lebensqualität von Hundertjährigen in Deutschland.

Projektleiterin: Prof. Dr. Daniela S. Jopp, Ko-Projektleiter: Dr. Christoph Rott, Prof. Dr. Kathrin Boerner, Prof. Dr. Dr. h.c. Andreas Kruse; Projektkoordinatorin: Dipl.-Gerontol. Vera d'Heureuse, Universität Heidelberg, Institut für Gerontologie

Download der Broschüre unter www.gero.uni-heidelberg.de > Forschung > laufende Forschungsprojekte > HD100-II



Ein Land, zwei Systeme?



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

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

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

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

Die WIdO-Reihe im KomPart-Verlag

Ja, ich bestelle ...

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



Lieferung gegen Rechnung per Bankeinzug

Die Krankenversicherung der Zukunft
Anforderungen an ein leistungsfähiges System

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

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

Vor- und Zuname

Straße, Haus-Nr. PLZ Ort

IBAN BIC

Datum, Unterschrift



Pferdefuß

Mit einem neuen Fonds will die große Koalition den Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung langfristig im Zaum halten. Ein fragwürdiges Unterfangen, meinen Klaus Jacobs und Heinz Rothgang.

beim Pflegefonds

Kaum beschlossen, schon umstritten: Die große Koalition will im Rahmen ihrer zweistufigen Pflegereform einen Pflegevorsorgefonds einrichten. Hierzu sollen ab 2015 bis einschließlich 2033 jedes Jahr 0,1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung in ein Sondervermögen eingezahlt werden. Das entspricht derzeit rund 1,2 Milliarden Euro pro Jahr. Je nachdem, wie sich die beitragspflichtigen Einnahmen und das Zinsniveau entwickeln, lassen sich so etwa zwischen 23 und 40 Milliarden Euro ansparen. Diese Werte ergeben sich, wenn Einnahmenwachstum und Zinsen jeweils 0 beziehungsweise drei Prozent betragen. Ab dem Jahr 2035 soll der bei der Deutschen Bundesbank als Sondervermögen angelegte Fonds dann schrittweise wieder aufgelöst werden. Der sozialen Pflegeversicherung wird dann pro Jahr maximal ein Zwanzigstel des Ende 2034 angesparten Vermögens zur Verfügung gestellt, um Beitragssatzsteigerungen zu begrenzen.

Vorsorge für die Babyboomer-Generation. Zur Begründung dieser Konstruktion hat insbesondere Jens Spahn, der gesundheitspolitische Sprecher der Unionsfraktion und einer der maßgeblichen Autoren der gesundheits- und pflegepolitischen Passagen des Koalitionsvertrages, wiederholt auf die besondere Belastung der sozialen Pflegeversicherung durch die geburtenstarken Jahrgänge hingewiesen. Gegenüber der Berliner Zeitung sagte er am 11. März 2014: „Es ist unbestritten, dass zwischen 2035 und 2055 die Zahl der Pflegebedürftigen besonders hoch sein wird, weil dann die geburtenstarke Babyboomer-Generation der 50er- und 60er-Jahre in das typische Pflegealter kommt. Dafür wollen wir vorsorgen.“ Diese Argumentation hat sich auch Karl Lauterbach zu eigen gemacht, Ko-Autor beim Koalitionsvertrag auf Seiten der SPD. Bei der Haushaltsdebatte im Bundestag sagte er am 10. April 2014: „Wir legen auch noch einen Vorsorgefonds für die Babyboomer-Generation auf. Dazu stehen wir als SPD.“

Ähnlich ist auch die Argumentation im Kabinettsentwurf zur Pflegereform: „Der gewählte Ansparzeitraum von 20 Jahren ergibt sich daraus, dass die Geburtsjahrgänge 1959 bis 1967 mit 1,24 Millionen bis 1,36 Millionen deutlich stärker besetzt sind als die davor und danach liegenden Jahrgänge. Im Jahr 2034 erreicht der erste Jahrgang das 75. Lebensjahr. Ab diesem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit deutlich an, pflegebedürftig zu sein. Etwa 20 Jahre später ist ein größerer Teil dieses Personenkreises bereits verstorben, und die erheblich schwächer besetzten Jahrgänge nach 1967 rücken in das Pflegealter vor. Dementsprechend ist in diesem Zeitraum eine besonders hohe Zahl an Pflegebedürftigen zu versorgen. Dadurch steigt die Notwendigkeit von Beitragssatzanpassungen“, heißt es zur Begründung.

Zunächst einmal ist unverständlich, warum der Gesetzentwurf auf die Jahrgangsstärken der Gesamtbevölkerung zurückgreift. Es liegen viel bessere Informationsgrundlagen vor, zum Beispiel direkte Vorausberechnungen des Statistischen Bundesamts zur Zahl der Pflegebedürftigen. Weder gehört die ganze Bevölkerung der sozialen Pflegeversicherung an, noch ist die Zahl der Pflegebedürftigen auf die Über-75-Jährigen beschränkt. Vielmehr sind derzeit eine Dreiviertel Million Menschen und damit rund 30 Prozent aller Pflegebedürftigen jünger als 75 Jahre alt. Daher ist die Betrachtung von Geburtskohorten wenig geeignet, die Beitragssatzentwicklung der Pflegeversicherung abzuschätzen.

Keine spürbare Entlastung. Laut Gesetzentwurf dient der Vorsorgefonds „der langfristigen Stabilisierung der Beitragsentwicklung in der sozialen Pflegeversicherung“ (Paragraf 132 Sozialgesetzbuch XI: Zweck des Vorsorgefonds). Doch in welchem Umfang kann der Fonds überhaupt eine Entlastung beim Beitragssatz bewirken? Die Antwort auf diese Frage fällt mehr als ernüchternd aus. Der 19 Jahre lang andauernden zusätzlichen Belastung um 0,1 Beitragssatzpunkte dürften 25 Jahre mit einer etwa gleich hohen Entlastung folgen, wenn man einmal das

Fonds: Kaum Entlastung beim Beitragssatz

Verzinsung (real)	Grundlohnsummenwachstum (real)			
	0%	1%	2%	3%
0%	0,095	0,078	0,064	0,053
1%	0,105	0,085	0,069	0,057
2%	0,116	0,096	0,074	0,060
3%	0,129	0,104	0,078	0,061

Beitragssatzminderung durch den Vorsorgefonds in Prozentpunkten; arithmetischer Mittelwert über alle Jahre, in denen Auszahlungen erfolgen

Es gibt kaum eine spürbare Beitragssatz-Entlastung, wenn die Mittel aus dem Vorsorgefonds ab dem Jahr 2035 in die Pflegekassen fließen. Steigen beispielsweise die beitragspflichtigen Löhne und Gehälter (Grundlohnsumme) im Jahresdurchschnitt um ein Prozent und sind die angesparten Mittel mit zwei Prozent verzinst, ist mit einer Beitragssatz-Senkung von 0,096 Prozentpunkten zu rechnen. Bei einer Real-Verzinsung und einem Anstieg der Grundlohnsumme von jeweils drei Prozent, ist die Beitragssatz-Entlastung sogar noch niedriger (0,061 Beitragssatzpunkte). Von einer langfristigen Beitragsstabilisierung kann deshalb nicht die Rede sein.

Berechnungen: Jacobs/Rothgang

nicht völlig unrealistische Szenario unterstellt, dass die Grundlohnsumme (Summe der beitragspflichtigen Löhne und Gehälter) im Jahresdurchschnitt real um ein Prozent ansteigt und die Realverzinsung bei zwei Prozent liegt (siehe Tabelle „Fonds: Kaum Entlastung beim Beitragssatz“).

An diesem Ergebnis ändert sich auch dann nichts Grundlegendes, wenn sich die Grundlohnsumme und das Zinsniveau etwas anders entwickeln. Eine Senkung des Beitragssatzes in einer Größenordnung von rund 0,1 Prozentpunkten ist bei einem Gesamtbeitragssatz, der im Jahr 2050 eher im Bereich von rund vier Beitragssatzpunkten oder noch höher liegen dürfte, kaum wahrnehmbar. Dass damit – wie im Reformentwurf postuliert – eine „übermäßige Beitragssatzsteigerung in Zeiten besonderer demografiebedingter Belastungen zu vermeiden“ ist, lässt sich vor diesem Hintergrund kaum behaupten. Und ob tatsächlich der Gefahr, das Leistungsniveau zu beschränken, begegnet werden kann, wie gleichfalls vollmundig postuliert wird, erscheint überaus zweifelhaft.

Fehler im Konstrukt. Hieraus darf allerdings nicht geschlossen werden, dass einfach nur das Volumen des Pflegevorsorgefonds zu erhöhen wäre, um aus ihm ein Erfolgsmodell zu machen. Denn die Argumentation im Gesetzentwurf ist auch konzeptionell fehlerhaft. Zwar trifft es zu, dass die absolute Zahl der Pflegebedürftigen ihr Maximum in den 2050er Jahren erreichen dürfte und danach wieder sinkt. Gleichzeitig aber geht auch die

Zahl der Beitragszahler zurück, und damit verringert sich die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen.

Bleibt es bei der heutigen Finanzarchitektur der sozialen Pflegeversicherung, dann wird nach allen vorliegenden Berechnungen der Beitragssatz keineswegs wieder sinken, wenn die Zahl der Pflegebedürftigen in den 2050er Jahren wieder zurückgeht. Dies veranschaulicht die Grafik „Der Beitragssatz bleibt auf hohem Niveau“ auf Seite 29. Darin ist die Beitragssatzentwicklung abgebildet, die sich bei konstanten Gehältern, Preisen und Leistungen der Pflegeversicherung ergibt. Dabei wird sogar schon von einem Anstieg der Erwerbstätigkeit ausgegangen, so wie es das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit tut.

Unter diesen Annahmen hängt die Beitragssatzentwicklung nur noch von der demografischen Entwicklung ab, auf die der Pflegevorsorgefonds zu reagieren vorgibt. Unterm Strich wird der unter Status-quo-Bedingungen erforderliche Beitragssatz bis etwa zur Mitte der 2050er Jahre kontinuierlich steigen, also etwa genau bis zu dem Zeitpunkt, zu dem der geplante Vorsorgefonds wieder leer sein soll. Danach bleibt der Beitragssatz – bei kleineren Schwankungen – aber im Wesentlichen unverändert hoch. Das entspricht dem mittlerweile viel zitierten Bild vom Anstieg des Beitragssatzes auf ein Hochplateau, das im Unterschied zu einem Belastungsberg durch temporär angelegte Maßnahmen schlichtweg nicht „untertunnelt“ werden kann – unabhängig davon, wie groß der Fonds ausgelegt ist.

Mittel für die Haushaltskonsolidierung? Aber noch ein Weiteres kommt hinzu: Wenn bereits das erklärte Ziel des geplanten Fonds keinen Sinn macht, Vorsorge für einen durch die Babyboomer-Generation hervorgerufenen Belastungsberg zu betreiben, den es gar nicht gibt, und wenn zudem selbst der lediglich temporäre Entlastungseffekt in einer kaum wahrnehmbaren Größenordnung verbleibt, bekommen die vielfach – nicht zuletzt von der Deutschen Bundesbank – artikulierten Zweifel an der Widerstandsfähigkeit der Politik gegenüber Begehrlichkeiten in Bezug auf die Fondsmittel noch einmal einen ganz anderen Stellenwert. Warum soll man so einen „Batzen Geld“ nicht kurzfristig anderweitig sinnvoll verwenden – zum Beispiel zur Haushaltskonsolidierung –, wenn das eigentlich angestrebte Ziel des Fonds sowieso nicht zu erreichen ist? Und wenn sich dadurch auch noch Zinszahlungen des Bundes einsparen ließen, würden künftige Generationen damit nicht auch sehr viel nachhaltiger entlastet? Bei den aktuell beschlossenen Kürzungen des Bundeszuschusses zum Gesundheitsfonds argumentiert die Bundesregierung jedenfalls so.

Falsches Signal. Bei allem guten Willen der Politik, die Pflegeversicherung langfristig zu finanzieren, ist der Vorsorgefonds eine von vorn bis hinten missglückte Konstruktion. Viele verantwortliche Politiker scheinen das mittlerweile auch durchaus zu ahnen und betonen zunehmend die Signalfunktion, die von ihm ausgeht. So hat etwa Jens Spahn in dem bereits zitierten Interview mit der Berliner Zeitung darauf hingewiesen, dass „das Ganze eine hohe Symbolkraft“ habe und „daher ein Wert an sich“ sei. Auch Karl-Josef Laumann, der Pflegebevollmächtigte der Bun-

desregierung, spricht im Mai-Heft von „Gesundheit und Gesellschaft“ von einem richtigen Signal. Doch auch hieran sind Zweifel erlaubt – vor allem wenn man sich die überbordende Rhetorik vor Augen führt, die mit der Einführung des Vorsorgefonds verbunden ist. Wenn nämlich behauptet wird, dass der Fonds mehr Generationengerechtigkeit schaffe, den Beitragssatz stabilisiere und einen Schutz vor künftigen Leistungskürzungen biete, verbindet sich damit vor allem das Signal, dass im Hinblick auf diese Aufgaben nunmehr alles in bester Ordnung sei. Davon kann jedoch keine Rede sein. Vielmehr würde geradezu ein falsches Signal gesendet, weil die Gefahr zu wachsen droht, dass von der weiterhin bestehenden Notwendigkeit durchgreifender Finanzierungsreformen abgelenkt wird – ähnlich wie schon beim „Pflege-Bahr“ der Vorgängerregierung, dem gleich in mehrfacher Hinsicht untauglich ausgestalteten Instrument einer steuerlich geförderten privaten Eigenvorsorge für das Pflegerisiko.

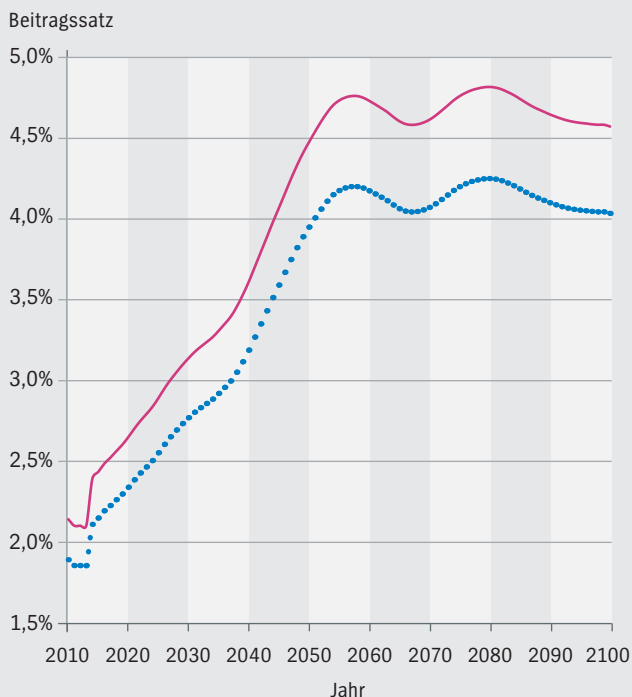
Um den Anstieg des Beitragssatzes zu begrenzen, wären ganz andere Reformmaßnahmen erforderlich. Dazu zählt aber nicht

eine bereits ins Gespräch gebrachte Aufstockung des Vorsorgefonds, wenn dieser grundsätzlich temporär begrenzt bleiben soll. Im Prinzip stehen vielmehr zwei Handlungsalternativen zur Verfügung, um das grundsätzlich unvermeidbare Beitragssatzwachstum zu begrenzen: Maßnahmen auf der Ausgabenseite der Pflegeversicherung – sei es durch die gänzliche Streichung von Leistungen, die Einführung von Karenzzeiten bei der Leistungsanspruchnahme oder den Verzicht auf werterhaltende Anpassungen der Leistungen an die Kostenentwicklung – oder Maßnahmen auf der Einnahmenseite zur Stärkung der Finanzierungsgrundlagen.

Die Option, Leistungen zu streichen, verbietet sich, wenn die Legitimationsgrundlage der sozialen Pflegeversicherung nicht zerstört werden soll. Schon heute ist der reale Wert ihrer Leistungen wegen der bis 2008 vollständig fehlenden und seither unzureichenden Leistungsdynamisierung um 20 bis 25 Prozent niedriger als bei ihrer Einführung. Und auch die ständige Betonung, dass die Pflegeversicherung schon immer als Teilleistungsversicherung geplant war, kann nicht rechtfertigen, dass ihr Deckungsgrad immer weiter sinkt.

Der Beitragssatz bleibt auf hohem Niveau

- mit neuem Pflegebedürftigkeitsbegriff, wenn dieser Mehrkosten von 15 Prozent mit sich bringt
- ohne neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff



Ob mit oder ohne neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff – in jedem Fall kommt auf künftige Generationen nicht nur ein zeitlich begrenzter Belastungsberg zu. Vielmehr erreicht der rechnerische Beitragssatz Mitte der 2050er Jahre ein Hochplateau, das sich grundsätzlich nicht untertunneln lässt.

Berechnungen: Jacobs/Rothgang

Solidarische Finanzierung stärken. Verbleibt also die zweite Reformoption, die Stärkung der Finanzierungsgrundlagen der sozialen Pflegeversicherung. In diesem Punkt war die letzte große Koalition schon einmal deutlich weiter als die heutige. Im Koalitionsvertrag von 2005 hieß es: „Im Gegensatz zur Krankenversicherung haben gesetzliche und private Pflegeversicherung einen einheitlichen Leistungsumfang. Die Kalkulationsgrundlagen für die Beiträge der Versicherten und die Risikostrukturen sind jedoch unterschiedlich. Beide Versicherungssysteme sollen auch in Zukunft die Pflegeversicherung anbieten. Zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen wird ein Finanzausgleich zwischen gesetzlicher und privater Pflegeversicherung eingeführt.“

Das entscheidende Verteilungsproblem bei der Absicherung des Pflegerisikos liegt keineswegs in der ungleichmäßigen Belastung von unterschiedlichen „Generationen“ – wie diese auch immer definiert werden mögen –, sondern in den unterschiedlichen Einkommensarten und erfassten Personengruppen in jeder Generation. Würden alle Einkommen und Personen in die solidarische Finanzierung einbezogen, wäre ein weiterer merklicher Beitragssatzanstieg zwar nicht völlig zu verhindern. Aber er würde sehr viel stärker und nachhaltiger gebremst als durch einen lediglich temporär wirksamen Vorsorgefonds. Zudem würde eine solche Reform sicher dazu beitragen, dass ein Großteil der Bevölkerung wachsende Beitragsbelastungen zur Absicherung des Pflegerisikos leichter akzeptiert – sofern alle Einwohner entsprechend ihrer ökonomischen Leistungsfähigkeit beteiligt würden. ■

Prof. Dr. Klaus Jacobs ist Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). **Prof. Dr. Heinz Rothgang** leitet die Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung im Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen.

Kontakt: Klaus.Jacobs@wido.bv.aok.de, Heinz.Rothgang@zes.uni-bremen.de



Gesundheit unterm Nordlicht

Kliniken, die sich dem Qualitätswettbewerb stellen; Pflegekräfte, deren Kompetenzen weit reichen; Ärzte, die nicht in Sektorengrenzen denken – in den Gesundheitssystemen Skandinaviens ist schon heute manches Wirklichkeit, was in Deutschland noch auf der Reformagenda steht. Ein Streifzug durch Nordeuropa von Uwe K. Preusker.

Lange Wartelisten, weitgehend fehlende Wahlfreiheit und großer staatlicher Einfluss – diese Eigenschaften werden den nordeuropäischen Gesundheitssystemen vielfach auch heute noch zugeschrieben. Doch dies ist mittlerweile in weiten Teilen überholt. Der dringend notwendig gewordene Wandel ist dabei vor allem durch die Einführung von Behandlungsgarantien und Wahlfreiheit, aber auch durch den gezielten Einsatz zusätzlicher finanzieller Mittel zur Bekämpfung von Versorgungsproblemen realisiert worden.

Vorreiter dabei war Dänemark. Das Land entwickelte spezielle Versorgungspläne für Herz-, Krebs- und orthopädische Erkrankungen und führte eine Behandlungsgarantie bei lebensbedrohlichen Erkrankungen ein. Kein Patient darf bei lebens-

bedrohlichen Krankheiten wie Herz- und Krebserkrankungen länger als zwei Wochen auf eine Voruntersuchung beim Spezialisten, dann länger als zwei Wochen auf die Behandlung sowie anschließend länger als vier Wochen auf die Nachbehandlung warten. Kann innerhalb dieser Fristen keine Untersuchung, Behandlung oder Nachbehandlung erfolgen, hat der Patient Anspruch auf eine Behandlung in anderen öffentlichen oder privaten Krankenhäusern in Dänemark. Ist auch dies nicht möglich, müssen dem Patienten Behandlungsmöglichkeiten im Ausland angeboten werden. Manches deutsche Krankenhaus im Grenzgebiet zu Dänemark profitiert davon, etwa durch die Strahlenbehandlung dänischer Krebspatienten. Und für die dänischen Patienten ist der Weg in ein deutsches Krankenhaus meist deutlich kürzer als in eine dänische Universitätsklinik.

Zudem trieb das dänische Gesundheitsministerium weitere Verbesserungen der Wartelisten-Situation durch einen massiven Mitteleinsatz voran: Mehrere Milliarden Dänische Kronen setzte Kopenhagen in den vergangenen Jahren zusätzlich als Zuschüsse an die Ämter ein, um erweiterte Behandlungskapazitäten vor allem in den Engpass-Gebieten Herzchirurgie, Krebsbehandlung und Orthopädie zu schaffen.

Weite Wege bis zur nächsten Klinik. Eine Nord-Süd-Ausdehnung von rund 1.500 Kilometern, eine Bevölkerungsdichte zwischen 14 und 20 Einwohnern pro Quadratkilometer – das sind Eckwerte, mit denen sich Finnland, Norwegen und Schweden bei der Gesundheitsversorgung auseinandersetzen müssen. In den nördlichen Regionen dieser Länder sind es sogar zum Teil nur zwei Einwohner pro Quadratkilometer. Das macht deutlich, dass sich die von den Patienten – oder im Notfall Rettungswagen und Notärzten – zu bewältigenden Entfernungen in ganz anderen Dimensionen bewegen als im dicht besiedelten Mittel- oder Südeuropa.

Der Weg bis zum nächsten in der Nacht diensthabenden Gesundheitszentrum liegt zwischen 25 und 50 Kilometern, bis zum nächsten Krankenhaus mit einer 24-Stunden-Dienstbereitschaft kann es auch schon mal 100 Kilometer sein. Ein

Beispiel illustriert drastisch, was das bedeutet: Die weiteste Entfernung, die eine werdende Mutter in Finnland zurücklegen muss, um in die nächste Geburtsklinik zu kommen, beträgt rund 550 Kilometer – von der nördlichen Landesgrenze zu Norwegen bis hinunter zum Polarkreis nach Rovaniemi. Im dortigen Zentralkrankenhaus gibt es die einzige geburtshilfliche Abteilung im weiten Umkreis. Frauen aus dem finnischen Teil Lapplands bringen hier ihre Kinder zur Welt. Pro Jahr sind es gut 2.000 Babys. Die Situation in Nordschweden oder Nordnorwegen ist ähnlich.

Hohe Versorgungsqualität trotz großer Distanzen. Obwohl die Entfernungen zur nächsten Geburtsklinik groß sind, hat Schweden nach jüngsten Zahlen der OECD weltweit eine der niedrigsten Säuglingssterblichkeitsraten (2,1 Sterbefälle innerhalb des ersten Jahres je 1.000 Lebendgeborene, Norwegen 2,1 und Finnland 2,4). Sie liegt deutlich unter der in Deutschland (3,6). Die Qualität der medizinischen Versorgung scheint also nicht allein von der Entfernung zum nächsten Krankenhaus mit geburtshilflicher Abteilung abzuhängen. Auch bei der Lebenserwartung (gesamte Bevölkerung) nehmen die drei nordeuropäischen Flächenstaaten nach der OECD-Statistik obere Plätze ein: Schweden 81 Jahre, Norwegen 80,6 Jahre, Finnland 79,5 Jahre. In Deutschland sind es 80 Jahre. Nimmt man Qualitätskriterien wie etwa die relative Fünf-Jahres-Überlebensrate bei Brustkrebs, belegen die Nordeuropäer nach der jüngsten OECD-

Statistik ebenfalls Spitzenplätze. Hier liegt Schweden mit 86,1 Prozent Überlebenden auf Platz vier der OECD-Liste, Finnland mit 86,0 Prozent auf Platz sechs und Norwegen mit 81,9 Prozent auf Platz elf.

Geringe Pro-Kopf-Ausgaben. Gleichzeitig geben Finnland und Schweden viel weniger Geld für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung aus als Deutschland. Die gesamten Gesundheitsausgaben pro Kopf beliefen sich nach OECD-Statistik für das Jahr 2011 in Finnland auf 3.374 US-Dollar, in Schweden auf 3.925 und in Deutschland auf 4.495 US-Dollar. Lediglich Norwegen fällt hier mit 5.669 US-Dollar aus dem Rahmen und belegt hinter den USA (8.508 Dollar) mittlerweile Platz zwei.

Allerdings ist Deutschland für die vergangenen gut zehn Jahre mit nur 2,1 Prozent OECD-Meister in den jährlichen Steigerungsraten. Kaum ein anderes OECD-Land weist für die Zeit von 2000 bis 2011 eine so niedrige jährliche durchschnittliche Steigerungsrate der Pro-Kopf-Ausgaben auf wie Deutschland. Die Kostendämpfungspolitik hat hierzulande deutlich ihre Spuren hinterlassen.

Umgekehrt weisen die durchschnittlichen Zehn-Jahres-Steigerungsraten von Norwegen (2,4 Prozent), aber insbesondere von Schweden (3,1 Prozent) und Finnland (3,5 Prozent)

darauf hin, dass dort in den vergangenen Jahren ständig zusätzliches Geld in das Gesundheitswesen investiert wurde, insbesondere um die inzwischen überall geltenden Behandlungs- oder Wartezeiten-Garantien zu erfüllen.

Vernetzung statt Sektorendenke. Eine Besonderheit der skandinavischen Gesundheitssysteme ist die hohe Integration der Versorgungsbereiche, insbesondere der ambulanten und stationären fachärztlichen Versorgung. Besondere Bedeutung haben die Gesundheitszentren. Träger sind überwiegend die Kommunen. Diese Zentren übernehmen die Grundversorgung der Bevölkerung. Für die ambulante und stationäre fachärztliche Betreuung sind die Krankenhäuser zuständig. Diese befinden sich ebenfalls weitgehend in öffentlicher Hand. Die Universitätskliniken sind für die Versorgung von besonders seltenen und schwierigen Erkrankungen und Verletzungen, für die Ausbildung sowie einen großen Teil der Spezialisierung der Ärzte und weiterer Gesundheitsberufe zuständig.

Insbesondere in dünn besiedelten Regionen ist die kommunale Trägerschaft der Gesundheitszentren wohl der einzige Weg, die Versorgung sicherzustellen. Denn eine ausreichende gesundheitliche Versorgung durch niedergelassene Ärzte wäre gerade in den dünn besiedelten Gebieten nicht denkbar. Sie könnten dort nicht genug verdienen. Außerdem zieht es die Ärzte – wie auch in Deutschland – in größere Städte statt aufs Land, um dort die Grundversorgung zu übernehmen.

25, 50, 100 oder noch
mehr Kilometer bis zum
nächsten Krankenhaus?
Das ist für viele
Nordeuropäer normal.

Zahlen zum skandinavischen Gesundheitswesen

	Schweden	Finnland	Norwegen	Dänemark
Gesamtausgaben für Gesundheit in Landeswährung * (2008)	296.321 Mill. SEK (rd. 34,8 Mrd. Euro)	rd. 15,5 Mrd. Euro	217.162 Mill. NOK (rd. 30 Mrd. Euro)	150.287 Mill. DKK (rd. 20 Mrd. Euro)
Gesamtausgaben für Gesundheit pro Kopf (2011)	3.925 US-Dollar	3.374 US-Dollar	5.669 US-Dollar	4.495 US-Dollar (2010)
Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (2011)	9,5 %	9,0 %	9,3 %	11,1 % (2010)
Gesundheitszentren **	1.118	237	keine Angaben **	keine Angaben **
Akutkrankenhäuser	100	98	70	60
Akutbetten/1.000 Einwohner (2010)	2,0	1,8	2,4	2,9
Durchschnittliche Verweildauer in Akutkrankenhäusern (2009)	4,5 Tage	5,4 Tage	4,6 Tage	3,6 Tage
Berufstätige Ärzte insgesamt (2008)	29.693	12.356	18.952	18.657
Berufstätige Ärzte/1.000 Einwohner (2010)	3,8	3,3	4,1	3,5 (2009)
Arzneimittelausgaben in Prozent der Gesundheitsausgaben (2009)	12,5 %	14,3 %	7,3 %	7,3 %
Einwohner (2008)	9,22 Mio.	5,31 Mio.	4,77 Mio.	5,49 Mio.
Fläche (qkm)	449.962	338.145	386.958	43.000
Einwohner/qkm	20,0	15,6	14,3	125,0

* Umrechnungskurse 3.1.2013: 1 Euro = 8,57 Schwedische Kronen (SEK), 7,32 Norwegische Kronen (NOK) und 7,46 Dänische Kronen (DKK)

** Gesundheitszentren im eigentlichen Sinne gibt es flächendeckend nur in Schweden und Finnland; in Norwegen existieren ebenfalls teilweise kommunale Gesundheitszentren; überwiegend wird die ambulante primärärztliche Versorgung wie in Dänemark auch durch niedergelassene Allgemeinärzte sichergestellt

Im Vergleich zu Deutschland bewegen sich die Gesundheitsausgaben der nordeuropäischen Länder auf einem relativ niedrigen Niveau. Im Jahr 2011 beliefen sie sich beispielsweise in Schweden auf 3.925 US-Dollar pro Kopf (Deutschland: 4.495 US-Dollar pro Kopf). Zudem ist ihr Anteil

am Bruttoinlandsprodukt geringer als in Deutschland. Er lag in Schweden, Norwegen und Dänemark bei rund neun Prozent, in Deutschland aber bei etwas über 11 Prozent. Ein Grund für das niedrige Ausgaben-Niveau: die im Vergleich zu Deutschland hohe Selbstbeteiligung der Patienten.

Quellen: OECD Health Data 2012; European Health Observatory; nationale Statistiken

Markenzeichen

Finanzierung

- steuerfinanziert • Erhebung der Steuern durch die für die Gesundheit zuständigen regionalen Gebietskörperschaften (eigene Kommunal- bzw. Regionalsteuern) • zusätzlich gesamtstaatliche Zuschüsse, die an die regionalen Gebietskörperschaften gezahlt werden • Selbstbeteiligung der Patienten

Ausnahme Dänemark: • Gesundheitssteuer des Zentralstaates auf das zu versteuernde Einkommen (acht Prozent) • zentrale Zuweisung der Mittel an die für die Sicherstellung der Versorgung zuständigen fünf Regionen • diese Mittel decken rund 80 Prozent der Ausgaben ab, die verbleibenden 20 Prozent bringen die Kommunen auf, die eine eigene Einkommenssteuer erheben dürfen

Versicherungspflicht

- Wohnort-Prinzip: Wer im Land wohnt (gemeldet ist), ist automatisch versichert – unabhängig von Beschäftigung und jeweiligem Einkommen

Sicherstellung

- Gebietskörperschaften: Kommunen oder Kommunalzusammenschlüsse, Provinziallandtage (Schweden), Regionen (Dänemark): Versorgungsauftrag, der auch die Pflegeversorgung umfasst, bezogen auf die Wohnbevölkerung der jeweiligen Gebietskörperschaft

Ausgabensteuerung

- Budgets auf der Ebene der jeweiligen Gebietskörperschaften (*Ausnahme: Krankenhausbudget in Norwegen*) • zunehmend Ergänzung der Budgets durch zentralstaatliche Zuschüsse, die an bestimmte Auflagen gebunden sind, zum Beispiel an die Verringerung der Wartezeiten

Struktur der Versorgung

- Haus-/Primärarztssystem mit Überweisungs-Vorbehalt (*Ausnahme: akute Notfälle*) • ambulante Primärversorgung in Gesundheitszentren als eigene Einrichtungen von Kommunen und Gebietskörperschaften
- fachärztliche ambulante und stationäre Behandlung an Kliniken und damit keine doppelte Vorhaltung von spezialärztlichen ambulanten und stationären Strukturen • mit Ausnahme Finnlands kein privates Facharztsystem • elektronische Vernetzung/eHealth

Aufgabenteilung Ärzte/Krankenpflegekräfte

- nahezu keine Hausbesuche durch Ärzte • Betreuung von Patienten zu Hause durch besonders qualifizierte Krankenpflegekräfte (Bezirkskrankenschwester) • umfangreiche Kompetenzen der Krankenpflegekräfte, zum Beispiel Verordnung bestimmter Arzneimittel, Zuweisung von Patienten an Arzt oder Fachabteilung im Krankenhaus (Triage in den Notaufnahmen)

Qualität/Transparenz

- Register, in denen Behandlungsverlauf und -ergebnisse mindestens zehn Jahre lang gespeichert sind (Prozess- und Ergebnisqualität)

Quelle: Preusker

Gesundheitszentren für die Grundversorgung. Die Gesundheitszentren in Skandinavien übernehmen die Akutversorgung der Bevölkerung in leichten und mittelschweren Fällen und versorgen chronisch Kranke. Dort arbeiten Allgemeinmediziner, Internisten und Kinderärzte, in selteneren Fällen auch weitere Fachrichtungen. Zudem sind die Gesundheitszentren mit Krankenpflegekräften besetzt, die vor allem auch für die Versorgung chronisch Kranker spezialisiert sind, beispielsweise Diabetes- und Herz-Kreislauf-Schwester. Neben regelmäßigen Besuchen im lokalen Gesundheitszentrum sind für chronisch Kranke in bestimmten Fällen sowie je nach aktuellem Zustand des Patienten Termine in der Poliklinik des regional zuständigen Krankenhauses eingeplant. Bemerkt der Patient außergewöhnliche Veränderungen, ist er gehalten, sich direkt mit der Poliklinik in Verbindung zu setzen oder in akuten Fällen den Bereitschaftsdienst des Krankenhauses aufzusuchen.

Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen und die ambulante Rehabilitation finden ebenfalls in den Gesundheitszentren statt. Auch sind in vielen Kommunen die Zentren für Präventionsangebote zuständig. Das bekanntermaßen gute System der gesundheitlichen Betreuung von Säuglingen und Kindern dagegen erfolgt durch spezialisiertes Personal, das meist in Räumen arbeitet, die an Kindergärten oder Schulen angeschlossen sind. Vor allem im Norden Skandinaviens haben die Gesundheitszentren auch eine kleine Betten-Abteilung für jene Patienten, die zwar zur Beobachtung bleiben müssen, aber nicht unmittelbar zur spezialisierten Weiterbehandlung in ein Krankenhaus müssen. Immer wieder werden diese Betten aber auch dazu genutzt, um ältere Patienten vorübergehend unterzubringen, die aus der stationären Behandlung kommen und noch keinen Pflegeplatz haben.

Keine doppelte Facharztschiene. Die ambulante fachärztliche und die stationäre Versorgung sowie die Notfallversorgung erfolgt in Nordeuropa in den Krankenhäusern. Sie haben einen ambulanten Bereitschaftsdienst sowie eine Notaufnahme für jene Patienten, die wegen der Schwere ihrer Erkrankung oder Verletzung nicht in den Gesundheitszentren behandelt werden können. Diese Bereitschafts- oder Notaufnahmestationen sind an allen größeren Kliniken rund um die Uhr geöffnet. Sie arbeiten nach dem Prinzip der Triage: Zunächst nehmen sich langjährig erfahrene Krankenschwestern und -pfleger des Patienten an, schätzen seinen Gesundheitszustand ein und leiten ihn dann zur eigentlichen ambulanten fachärztlichen oder zur stationären Behandlung an die Fachärzte beziehungsweise in die Fachabteilungen des Krankenhauses weiter.

Eine wichtige Rolle spielen auch die Rettungszentren, die jeweils für eine größere Region zuständig sind. Sie koordinieren und leiten Krankentransporte als auch Rettungseinsätze in Notfällen. In Finnland zum Beispiel gibt es insgesamt 15 solcher Zentren. Die Krankentransport- und Rettungsfahrzeuge sind im Normalfall mit zwei Rettungssanitätern besetzt. Diese verfügen über eine qualitativ hochwertige paramedizinische Ausbildung. Ärzte fahren lediglich dann mit, wenn es medizinisch erforderlich erscheint, und kommen aus dem nächst gelegenen Gesundheitszentrum.

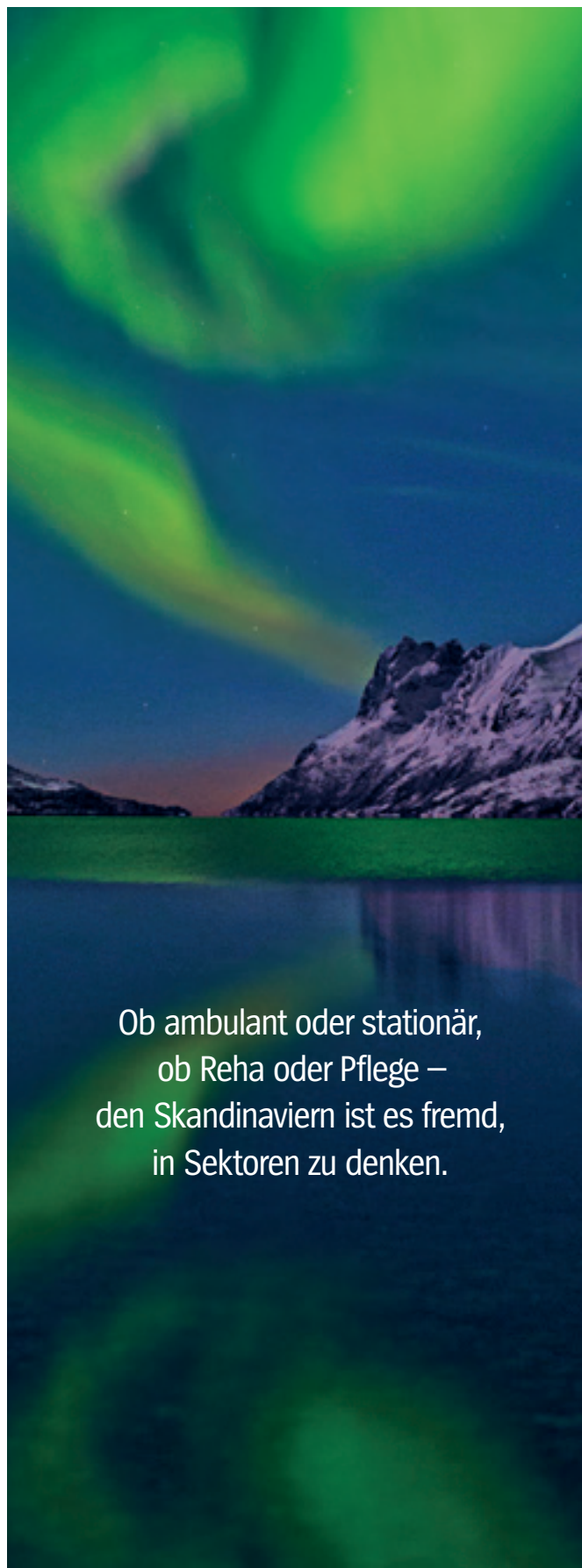
Nicht jede Klinik darf alles machen. Einer der Grundpfeiler der skandinavischen Gesundheitssysteme ist die Konzentration von Leistungen. Generell gilt in Nordeuropa: Je höher die Leistung spezialisiert ist, desto stärker ist auch die Konzentration. So ist Schweden mittlerweile dazu übergegangen, bestimmte hochspezialisierte Leistungen auf der Grundlage eines Auswahlprozesses nur einem Teil der Universitätskliniken befristet auf einige Jahre zu übertragen. Konkret zuständig für die Auswahl, die regionale Zuordnung und die zeitliche Befristung dieser Zuordnung der hochspezialisierten Versorgung ist ein Komitee. Es ist bei der schwedischen Aufsichtsbehörde für das Gesundheits- und Sozialwesen angesiedelt und besteht aus Vertretern der Provinziallandtage/Regionen, des Forschungsrates, der Health-Technology-Assessment-Organisation SBU und dem schwedischen Verwaltungsgerichtshof.

Die Zuordnung der hochspezialisierten Leistungen zu bestimmten Universitäts- beziehungsweise zu Regionalkrankenhäusern gelten jeweils für fünf Jahre. Zu den hochspezialisierten Leistungen, die nach diesem Verfahren an einzelnen Universitätskliniken konzentriert werden, gehören zum Beispiel Organtransplantationen, Herzoperationen, Cochlea-Implantationen oder die Glaukom-Behandlung bei Kindern.

Norwegen verfährt bei der Zuteilung hochspezialisierter Leistungen wie Organtransplantationen, vielen Krebsbehandlungen oder der spezialisierten Trombozytenimmunologie anders: Hier kann der Gesundheitsminister Versorgungsbereiche (sogenannte tertiäre Level) definieren und diese bestimmten Krankenhäusern zuordnen oder die Erlaubnis auch widerrufen. Im Jahr 2010 gab es in Norwegen insgesamt 32 Einrichtungen des tertiären Levels, meist an den fünf Universitätskrankenhäusern des Landes.

In Finnland gibt es für die stationäre Maximalversorgung fünf Universitätskliniken. Sie fungieren gleichzeitig als Zentralkrankenhäuser ihrer Krankenhausbezirke. Zusätzlich übernehmen sie bestimmte medizinische Aufgaben entweder für einen Teil Finnlands oder aber für das gesamte Land. Welche hochspezialisierten Versorgungsbereiche an den fünf Universitätskliniken beziehungsweise den Zentralkrankenhäusern der Krankenhausbezirke angesiedelt werden, berät und beschließt ein Komitee. Diesem vom finnischen Gesundheitsministerium eingesetzten Gremien gehören Vertreter der Krankenhausbezirke und der verschiedenen medizinischen Fachrichtungen an.

Medizin und Pflege unter einem Dach. Auch in den skandinavischen Ländern stellt sich die Frage, was mit den kleinen regionalen Krankenhäusern geschieht, wenn die Versorgung im nächst größeren Klinikum konzentriert ist. Hier geht Schweden einen spannenden Weg: In manchen Regionen werden diese kleinen Häuser in Zentren umgewandelt. Dort erfolgt dann die ambulante und in Einzelfällen auch semistationäre Versorgung von Patienten, die in der näheren Umgebung wohnen. Auch können in diesen Zentren Pflegebedürftige ambulant und stationär versorgt werden. Die Zusammenlegung der pflegerischen und medizinischen Versorgung führt zu einem deutlich verbesserten Angebot für pflegebedürftige Menschen und entspricht dem sich ändernden Bedarf einer alternden Bevölkerung.



Ob ambulant oder stationär,
ob Reha oder Pflege –
den Skandinaviern ist es fremd,
in Sektoren zu denken.

Stärken und Schwächen der skandinavischen Gesundheitssysteme

- ➊ Durchgehende Versorgung ambulant – stationär – Reha – ambulante und stationäre Pflege
- ➋ Versorgung durch die jeweils am besten geeignete Ebene, keine Konkurrenz der verschiedenen Versorgungsebenen um die Patienten
- ➌ kurze Verweildauer, hohe Qualität, Konzentration von Leistungen
- ➍ einheitliche Zuständigkeit der Kommunen für Soziales, Gesundheit, Jugend, Alter, Prävention
- ➎ Zuständigkeit der Kommunen für Erbringung/Kauf und Finanzierung der Leistungen
- ➏ Register, die helfen, noch besser zu werden
- ➐ hohes Maß an Innovationen und Initiativen vor Ort

- ➑ Konkurrenz um die Finanzmittel der Gemeinde zwischen Gesundheit/Soziales und anderen kommunalen Aufgaben (zum Beispiel Eishalle)
- ➒ Unterschiedliche Zugänglichkeit und differierende Qualität der gesundheitlichen Versorgung von Kommune zu Kommune möglich
- ➓ Priorisierung (oder Rationierung) vor allem durch Wartelisten, allerdings auf klarer öffentlich diskutierter Grundlage und mit abnehmender Bedeutung. Gegenmaßnahmen: Behandlungsgarantien und mehr Wahlrechte
- ➔ Ärzteknappeit
- ➕ Hohe Zuzahlungen

Quelle: Preusker

Spezialisierte Pflegekräfte dürfen viel. Typisch für Nordeuropa ist auch eine sich von der Situation in Deutschland deutlich unterscheidende Aufgabenteilung zwischen den Gesundheitsberufen, insbesondere zwischen dem ärztlichen und pflegerischen Berufsstand: Pflegekräfte haben wesentlich mehr Kompetenzen und Befugnisse. Beispielsweise dürfen erfahrene und dafür qualifizierte Pflegekräfte bestimmte Arzneimittel verordnen. Ein weiteres Beispiel: Hausbesuche von Ärzten sind in Skandinavien unüblich. Die häusliche Betreuung übernehmen insbesondere in Schweden und Finnland Bezirkskrankenschwestern und -pfleger. Zu den Aufgaben von langjährig erfahrenen und spezialisierten Krankenpflegekräften gehört auch die Übernahme bestimmter Aufgaben, die in Deutschland im Normalfall Ärzten vorbehalten sind, so etwa die bereits erwähnte Triage in den Notaufnahmen von Krankenhäusern. Auch sind in den Gesundheitszentren die Krankenpflegekräfte häufig erste Ansprechpartner für Patienten. Die hochqualifizierten Kräfte entscheiden, ob ein Arzt eingeschaltet werden muss. Beispiele sind die Diabetes-Krankenschwestern und Herz-Kreislauf-Krankenschwestern in der Betreuung von chronisch Kranken.

Die besondere Stellung der Krankenpflege wird auch in der relativen Stärke dieser Berufsgruppe deutlich: So zeigt die jüngste OECD-Statistik, dass zum Beispiel in Dänemark 15,4 Krankenpflegekräfte pro 1.000 Einwohnern tätig sind, während der OECD-Durchschnitt nur 8,7 Krankenpflegepersonen pro 1.000 Einwohnern beträgt und in Deutschland 11,4.

Insgesamt zeichnen sich die nordeuropäischen Gesundheitssysteme durch flache Hierarchien und die gegenseitige Akzeptanz der jeweiligen, auch rechtlich klar abgegrenzten beruflichen Aufgabenfelder und Verantwortlichkeiten von Pflegekräften und Ärzten aus.

Gesundheitskioske als niederschwelliges Angebot. Ein Beispiel für eine Versorgungsinnovation vor allem für niederschwellige Versorgungsangebote sind die Gesundheitskioske in Finnland, die sich schnell verbreiten. Sie sollen jene Bevölkerungsgruppen erreichen, die nie bis selten eine Gesundheitseinrichtung aufsuchen. Ihre Öffnungszeiten sind deutlich länger als die der normalen Gesundheitszentren. In den Gesundheitskiosken arbeiten ausschließlich Krankenpflegekräfte. Zum Angebot einer solchen Walk-in-Clinic gehören zum Beispiel Gesundheitsberatung, Blutdruck- und Blutzuckermessung oder Impfungen. Außerdem bieten sie Gesundheitstage zu bestimmten Themen an. Betreiber sind finnische Kommunen.

Nutzer sind nach einer Studie der Universität Tampere aus dem Jahr 2013 überwiegend ältere Menschen über 60 Jahre. Aber auch junge Leute nehmen die Angebote der Gesundheitskioske zunehmend in Anspruch, vor allem junge Männer bis 30 Jahre. Der erste Gesundheitskiosk eröffnete Mitte 2009 als Modellprojekt in einem Einkaufszentrum in der finnischen Stadt Ylöjärvi. Mittlerweile gibt es zehn solcher Einrichtungen in Finnland – und ihre Zahl wächst schnell: Aufgrund seines

Erfolgs soll das Projekt der Gesundheitskioske bis Ende 2014 in bis zu 50 Einkaufszentren in Finnland eingerichtet werden.

Register sorgen für Qualitätstransparenz. Im Gegensatz zu Deutschland haben in Skandinavien landesweite medizinische Register lange Tradition. Darin sind Qualitätsparameter zu bestimmten Erkrankungen und deren medizinischen Behandlung mindestens zehn Jahre lang gespeichert. Entstanden sind sie ursprünglich auf Initiative der Ärzte. Diese sahen darin ein Instrument zur Verbesserung ihrer medizinischen Leistungsfähigkeit. Mit Einführung der Wahlfreiheit sind die Register gleichzeitig zu einem wichtigen Informationsinstrument der interessierten Öffentlichkeit über die Prozess- und Ergebnisqualität medizinischer Eingriffe geworden.

In Schweden beispielsweise existieren für knapp 60 Indikationen landesweite Qualitätsregister. Sie enthalten nicht nur die Ergebnisse stationärer Behandlungen. Auch dokumentieren sie den nachfolgenden ambulanten Verlauf. Seit 1995 gibt es etwa das Qualitätsregister zur Herzinfarkt- und Intensivversorgung von Herzpatienten. Es umfasst eine Datenbasis von rund 60.000 Fällen pro Jahr, davon rund 20.000 Herzinfarkte, behandelt in 72 schwedischen Krankenhäusern. Dieses Register erfasst alle Herzinfarkte, die in Schweden versorgt werden. Dokumentiert wird darin unter anderem auch die Mortalität. In welchem Krankenhaus der jeweilige Fall behandelt wurde, geht aus dem auch im Internet verfügbaren Jahresbericht des Registers hervor.

Vergleichbares findet sich in allen nordeuropäischen Ländern, beispielsweise auch zur Versorgung von Schlaganfällen oder mit Hüft- und Knie-Endoprothesen. Die gespeicherten Behandlungsergebnisse sind für jeden behandelnden Arzt jederzeit abrufbar. Darüber hinaus sind die Gesamtkosten der Behandlung erfasst. Im Übrigen hat Schweden als erstes nordeuropäisches Land bereits 2008 damit begonnen, auch die Qualität von Pflegeeinrichtungen für alte und behinderte Menschen zu messen und die Ergebnisse für jeden einsehbar zu veröffentlichen.

Telematik auf der Überholspur. In Skandinavien ist zudem die elektronische Vernetzung weit fortgeschritten. Sie macht den schnellen und zuverlässigen Austausch der Patientenunterlagen über weite Entfernungen möglich. Die umfassende Nutzung der Gesundheitstelematik gilt in allen nordeuropäischen Ländern als ein zentrales Instrument, um die Effizienz des Gesundheitswesens zu erhöhen. So hat sich beispielsweise Finnland zum Ziel gesetzt, den Zugang zu allen für die Gesundheitsversorgung erforderlichen Informationen unabhängig von Ort und Zeit zu ermöglichen. Diesem Ziel ist das Land mit der landesweit einheitlichen ambulanten-stationären elektronischen Patientenakte (EPA) schon ziemlich nahegekommen. Dafür wurden öffentliche Gelder bereitgestellt.

Mittlerweile nutzen alle Gesundheitszentren, Krankenhäuser und private Gesundheitseinrichtungen die EPA. Zur Austauschbarkeit der Daten zwischen den unterschiedlichen regionalen Lösungen sind Schnittstellen festgelegt, die von allen genutzt werden müssen. Außerdem gibt es ein System zur Identifikation von Dokumenten, elektronischen Patientenakten, Personen und Institutionen. Die digitale Identifikation der im Gesundheits-

wesen Beschäftigten ist Aufgabe der finnischen Rechtsschutzzentrale für das Gesundheitswesen.

Zusätzlich sind in den nordeuropäischen Staaten Kommunikation und Information für die Bürger weitgehend per eHealth möglich. So kann in Dänemark schon seit einigen Jahren jeder Patient im Netz einsehen, wer seine EPA genutzt und wer wann welche Informationen geändert hat. Auch können sie über ein speziell eingerichtetes Gesundheits-Portal Informationen zu gesundheitlichen Fragen erhalten. Zugleich können sich über dieses Portal alle professionell im Gesundheitswesen Tätigen über die Versorgung ihrer Patienten informieren und mit den Patienten direkt kommunizieren. Die Identifikation der Professionals und der Patienten erfolgt auf der Basis von speziellen elektronischen Signaturen und der schon lange existierenden eindeutigen Personenidentifikationsnummer.

Weiterhin Reformbedarf. Insgesamt sind viele Aspekte der nordeuropäischen Gesundheitssysteme es wert, sie genauer zu betrachten. Vor allem der Pragmatismus, mit dem nach Lösungen gesucht wird, ist bemerkenswert. Die Reformen des letzten Jahrzehnts haben die viele Jahre vernachlässigte Patientenorientierung deutlich verbessert. Dennoch gibt es weiterhin ungelöste Probleme: So zeigen die steigenden Ausgaben, dass es hier Nachholbedarf gegeben hat und in Teilen immer noch gibt. Deutlich zu erkennen ist dabei das Ringen um ein neues Gleichgewicht zwischen den Interessen des Gemeinwesens an beherrschbaren Gesundheitskosten, dem Wunsch der Patienten nach schneller, gut zugänglicher gesundheitlicher Versorgung und dem Recht der Beschäftigten auf gute Arbeitsbedingungen. Weiteren Verbesserungsbedarf gibt es insbesondere beim zuverlässigen und schnellen Zugang zur Primärversorgung und bei der Frage nach einer neuen, klar abgemilderten Rolle der öffentlichen Hand. Trotz des weiteren Reformbedarfs bietet Skandinavien schon heute einige Ansätze, von denen sich Deutschland was abschauen kann. ■

Dr. Uwe K. Preusker ist Inhaber eines Beratungsunternehmens sowie Publizist und Moderator im Gesundheitswesen. **Kontakt: Uwe.Preusker@phc.fi**

Lese- und Webtipps

- Uwe K. Preusker: **Die Gesundheitssysteme Nordeuropas**; in: W. Hellmann (Hrsg.): *Handbuch Integrierte Versorgung*; Heidelberg; 42. Aktualisierung Dezember 2013
- Klaus Jacobs: **Schweden – Versorgung besteht den Elchtest**, in: G+G 12/2013, Seite 12–13.
- Website des WHO Observatory mit einer Buchreihe über internationale Gesundheitssysteme, darunter auch Dänemark, Norwegen, Schweden und Finnland: www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/health-systems-in-transition-hit-series/countries-and-subregions
- OECD-Gesundheitsdaten: www.oecd.org/health/health-systems/oecd-healthdata.htm
- Zentrales Dänisches Telemedizin-Portal für Health Professionals und Patienten: www.sundhed.dk/service/english/
- Nationales Schwedisches Vergleichsportal für die Qualität von ambulanten und stationären Langzeitpflege-Einrichtungen: www.socialstyrelsen.se/jamfor/aldreguiden

Kein Profi-Lohn für familiäre Pflege

Wer ein Familienmitglied zu Hause pflegt, hat keinen Anspruch auf eine gleich hohe Vergütung wie eine professionelle Pflegekraft. Dass das Pflegegeld geringer ist als die Pflegesachleistung, verstößt nicht gegen das Grundgesetz. Dies hat das Bundesverfassungsgericht klargestellt. **Von Anja Mertens**

Urteil vom 26. März 2014
– 1 BvR 1133/12 –
Bundesverfassungsgericht

In dem Fall, der den Karlsruher Verfassungsrichtern vorlag, ging es um einen schwerst pflegebedürftigen Mann, der von seiner Ehefrau und seiner Tochter zu Hause gepflegt wurde. Er erhielt von seiner privaten Pflegeversicherung, zuletzt von Dezember 2007 bis zu seinem Tod am 1. März 2008, Pflegegeld der Pflegestufe III. Der private Versicherungsvertrag sah vor, dass Versicherte bei häuslicher Pflege die Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe) oder Pflegegeld erhalten. Dies entspricht den gesetzlichen Bestimmungen über Pflegesachleistungen (Paragraf 36 Absatz 1 Satz 1 SGB XI) und Pflegegeld (Paragraf 37 Absatz 1 SGB XI). Danach wird bei gleicher Pflegestufe das Pflegegeld in geringerer Höhe als der Wert der entsprechenden Sachleistung gewährt. Das Pflegegeld der Pflegestufe III betrug zu dieser Zeit 665 Euro monatlich. Pflegesachleistungen waren bis zu einem Wert von 1.432 Euro je Monat erstattungsfähig.

Erfolglos vor Sozialgerichten geklagt. Im sozialgerichtlichen Verfahren hatten die Ehefrau und die Tochter als Rechtsnachfolgerinnen des Verstorbenen den Differenzbetrag zwischen dem Pflegegeld und der höheren Pflegesachleistung gefordert. Sie hielten die unterschiedliche Höhe für verfassungswidrig. Klage und Berufung blieben erfolglos. Das Bundessozialgericht hatte die Revision gegen die vorinstanzlichen Urteile als unzulässig verworfen. Daraufhin reichten die beiden Frauen Verfassungsbeschwerden in Karls-

ruhe ein. Die unterschiedliche Höhe von Pflegesachleistung und Pflegegeld verstoße gegen Artikel 3 (Gleichheitsgrundsatz) in Verbindung mit Artikel 6 des Grundgesetzes (Schutz von Ehe, Familie und Kindern).

Diese Auffassung teilen die Karlsruher Verfassungsrichter nicht. Die unterschiedliche finanzielle Ausgestaltung der Leistungen bei häuslicher Pflege stelle keine, den allgemeinen Gleichheitsgrund-

Das Pflegegeld soll die Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen stärken.

satz missachtende Ungleichbehandlung dar. Als Vergleichsgruppen seien die Pflegebedürftigen zu betrachten, die sich für die Pflege im häuslichen Bereich bei gleicher Pflegestufe entweder für die Sachleistung (Pflege durch externe Pflegekräfte, Paragraf 36 Absatz 1 SGB XI) oder für das niedrigere Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (Paragraf 37 SGB XI) entscheiden. Diese Wahl beruhe zum einen auf dem freien Willensentschluss der Pflegebedürftigen, berühre aber auch ihr in Artikel 6 Absatz 1 des Grundgesetzes geschütztes Recht, die familiären Verhältnisse selbst zu gestalten.

Zwei Modelle zur freien Auswahl. Zugleich unterstreicht Karlsruhe die sozialpolitische Gestaltungsfreiheit des Gesetzgebers. Dieser dürfe sich für ein System entscheiden, das den Pflegebedürftigen die Wahl lässt zwischen der Pflege in häuslicher Umgebung durch externe Pflegehilfen oder durch selbst ausgewählte Personen. Ziel des Gesetzgebers sei es, eine sachgerechte Pflege sicherzustellen und die häusliche Pflege zu fördern. Dafür stelle er zwei unterschiedliche Leistungsmodelle zur Verfügung: Die häusliche Pflegehilfe nach Paragraf 36 SGB XI sei eine Sachleistung, bei der die Pflegebedürftigen die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung durch die Hilfe Dritter erhalten. Die Pflegekräfte müssten bei der Pflegekasse oder bei einer zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtung angestellt sein oder als Einzelpersonen mit der Pflegekasse einen Vertrag nach Paragraf 77 Absatz 1 SGB XI geschlossen haben. In jedem Fall stünden sie mittelbar oder unmittelbar in einem Vertragsverhältnis zur Pflegekasse.

Im Falle des Pflegegeldes hingegen erhielten die Pflegebedürftigen gemäß Paragraf 37 SGB XI eine laufende Geldleistung, mit der sie die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung selbst sicherstellen müssten. Die Pflegenden seien dann je nach Wahl Angehörige des Pflegebedürftigen, ehrenamtliche Pflegepersonen oder mit dem Geld „eingekaufte“ professionelle Pflegekräfte, die jedoch keinen Vertrag mit der Pflegekasse

TIPP FÜR JURISTEN



Gesundheitskarte, Datenschutz, medizinische Schäden und Einweisermanagement thematisiert der **15. Deutsche Medizinrechtstag**. Er findet am 12. und 13. September in Berlin statt. Veranstalter ist der Medizinrechtsanwälte e.V. Mehr Infos: www.deutscher-medizinrechtstag.de

haben. Das Pflegegeld sei kein Entgelt oder Gehalt. Vielmehr solle es im Sinne einer materiellen Anerkennung einen Anreiz für den Bedürftigen darstellen, die notwendige Pflege eigenverantwortlich, selbstbestimmt und frei zu gestalten. Der Konzeption des Pflegegeldes liege der Gedanke zugrunde, dass familiäre, nachbarschaftliche oder ehrenamtliche Pflege unentgeltlich erbracht wird. Der Gesetzgeber dürfe davon ausgehen, dass die Entscheidung zur familiären Pflege nicht von der Höhe der Vergütung abhängig sei. Die sittliche und rechtliche Beistandspflicht von Angehörigen rechtfertige es, das Pflegegeld niedriger festzulegen als die Sachleistung. Zwar räumen die Karlsruher Verfassungsrichter ein, dass die Pflegebereitschaft zunehme, je höher die finanziellen Mittel des Staates seien. Daraus erwachse aber kein Anspruch auf eine Anhebung des Pflegegeldes auf den Wert der Sachleistung.

Kein Anspruch auf höhere Fördermittel.

Die Verpflichtung des Staates, den wirtschaftlichen Zusammenhalt der Familie auch im Bereich der Sozialversicherung zu fördern, gehe nicht so weit, dass der Gesetzgeber für die nichtfamiliäre professionelle Pflege keine höheren Sachleistungen bereitstellen dürfe. Ein derartiges Begünstigungsverbot ergäbe sich schon deshalb nicht aus Artikel 6 Absatz 1 des Grundgesetzes, weil das niedrigere Pflegegeld nicht nur für die Pflege durch Familienangehörige vorgesehen sei. Vielmehr könnten auch nichtfamiliäre ehrenamtliche oder erwerbsmäßige Pflegekräfte die Pflege erbringen. Selbst wenn in erster Linie die Familienangehörigen pflegten, ließe sich aus der verfassungsmäßigen Pflicht, die Familie zu fördern, keine konkreten Ansprüche auf bestimmte staatliche Leistungen herleiten. ■

Kommentar: Dem Bundesverfassungsgericht ist insbesondere darin zuzustimmen, dass Angehörige sittlich und rechtlich dazu verpflichtet sind, Familienmitgliedern zu helfen. Finanzielle Mittel der Pflegeversicherung sollen die Pflegebereitschaft im häuslichen Bereich fördern und müssen als Anerkennung dieser ehrenamtlichen Leistung bestehen bleiben.

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

	INHALT	AKTUELLER STAND	
GESUNDHEITSBERUFE	<p>Entwurf eines Gesetzes über den Beruf des Operationstechnischen Assistenten und zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, Bundestags-Drucksache 18/1581</p>	<p>Regelung der Ausbildungs- bzw. Tätigkeitsvoraussetzungen für die Erteilung der Berufsbezeichnung „Operationstechnischer Assistent“ (OTA); Dauer der Ausbildung: drei Jahre (Vollzeitform) oder höchstens fünf Jahre (Teilzeitform); staatliche Prüfung als Abschluss der Ausbildung; Finanzierung der Ausbildung durch die Krankenkassen.</p>	<p>Der Bundesrat hat am 11.4.2014 beschlossen, den Gesetzentwurf erneut in die parlamentarische Beratung einzubringen.</p>
KASSEN-FINANZIERUNG/QUALITÄT	<p>Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz, GKV-FQWG), Bundestags-Drucksache 18/1307</p>	<p>Absenkung des GKV-Beitragssatzes zum 1.1.2015 auf 14,6 Prozent; Festschreibung des Arbeitgeberanteils auf 7,3 Prozent; Abschaffung des einkommensunabhängigen Zusatzbeitrages und des steuerfinanzierten Sozialausgleichs; Erhebung eines Zusatzbeitrages als prozentualer Satz von den beitragspflichtigen Einnahmen; Gründung eines unabhängigen wissenschaftlichen Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen; Einkommensausgleich beim Risikostrukturausgleich; zwei Jahre längere Optionsphase für das pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik; höhere Fördermittel für die Unabhängige Patientenberatung; Soforthilfen für Hebammen.</p>	<p>Zweite und dritte Lesung im Bundestag war am 5.6.2014. Der Bundesrat wird voraussichtlich am 11.7.2014 erneut Stellung nehmen.</p>
PFLEGE	<p>Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Leistungsausweitung für Pflegebedürftige, Pflegevorsorgefonds (Fünftes SGB XI-Änderungsgesetz, 5. SGB XI-ÄndG), Bundesrats-Drucksache 223/14</p>	<p>Erste Stufe: Anhebung des Beitragssatzes zum 1.1.2015 um 0,3 Prozent und im Laufe der Wahlperiode um weitere 0,2 Prozent; Erhöhung der Leistungsbeträge um 4 Prozent (2,67 Prozent für die mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz neu eingeführten Leistungen); Ausbau der Unterstützungsleistungen (Kurzzeit-, Verhinderungs- sowie Tages- und Nachtpflege); zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen (z. B. für Hilfe im Haushalt); Erhöhung der Zahl von Betreuungskräften in Pflegeheimen; Aufbau eines Pflegevorsorgefonds. Zweite Stufe: neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff ab 2017.</p>	<p>Der Bundeskabinett hat am 28.5.2014 beschlossen, den Gesetzentwurf in die parlamentarische Beratung einzubringen.</p>
RETTUNGSDIENST	<p>Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) – Gesetzliche Krankenversicherung – Bundestags-Drucksache 18/1289</p>	<p>Herausnahme des Rettungsdienstes (Notfallrettung, qualifizierter Krankentransport) aus dem Leistungsbereich Fahrkosten (Paragraf 60 SGB V) und Regelung als eigenständiger Leistungsbereich; Möglichkeit der landesrechtlichen Einbeziehung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes in das System der Rettungsleitstellen.</p>	<p>Der Bundesrat hat am 14.3.2014 beschlossen, den Gesetzentwurf erneut in die parlamentarische Beratung einzubringen.</p>

Stand: 6.6.2014



Internet-Tipp

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

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

SACHSEN-ANHALT

Krankenstand auf Rekordhoch

In Sachsen-Anhalt waren im Jahr 2013 so viele Menschen krank geschrieben wie in den vergangenen zehn Jahren nicht mehr. Das ist das Ergebnis einer aktuellen Auswertung der AOK Sachsen-Anhalt unter 200.000 bei der Gesundheitskasse versicherten Beschäftigten. Demnach betrug der Krankenstand im vergangenen Jahr 5,7 Prozent. Der bisher höchste Wert aus dem Jahr 2012 lag bei 5,4 Prozent. Im Durchschnitt war jeder AOK-versicherte Beschäftigte 13,8 Tage krank geschrieben – auch dies stellt einen Höchstwert dar. Eine der Hauptursachen für den Anstieg seien Erkältungskrankheiten gewesen, teilte die Gesundheitskasse mit. Der lange und vor allem kalte Winter zum Jahreswechsel 2012/2013 habe dazu beigetragen, dass die Krankschreibungen aufgrund von Erkältungen im Vergleich zum Vorjahr in Sachsen-Anhalt deutlich zugenommen hätten. Besonders viele Krankschreibungen wegen der



Fieber und Heiserkeit: Erkältungen waren 2013 Ursache für einen vergleichsweise hohen Krankenstand in Sachsen-Anhalt.

Erkältungswelle waren im ersten Quartal im Altmarkkreis-Salzwedel (17,1 Fälle je 100 Mitglieder), im Kreis Wittenberg (16,6 Fälle je 100 Mitglieder), im Saalekreis sowie in der Stadt Halle (Saale) (jeweils 15,8 Fällen je 100 Mitglieder) zu beobachten. Am wenigsten betroffen waren die Kreise Stendal (13,6 Fälle je 100 Mitglieder) und Jerichower Land (13,5 Fälle je 100 Mitglieder). ■

NIEDERSACHSEN

Positive Bilanz

Mit Blick auf die Integrierte Versorgung Schizophrenie (IVS), die die AOK Niedersachsen bisher mit dem Institut für Innovation und Integration im Gesundheitswesen GmbH (I3G) umgesetzt hat, ziehen die Partner zum Ende ihres Vertrages eine positive Bilanz. Ab Januar 2015 wird die AOK

Niedersachsen das Projekt in Eigenregie weiterführen. Die IVS wurde 2010 zunächst in zwei Pilotregionen eingeführt. Ziel ist eine individuell auf die Patienten abgestimmte und qualitativ verbesserte Versorgung möglichst nah am Wohnort. Seit Anfang 2013 kann das Angebot landesweit von AOK-Versicherten genutzt werden, die an Schizophrenie erkrankt sind. „Die persönliche Situation der Patienten konnte erkennbar verbessert werden“, sagt **Frank Preugschat**, Leiter des Versorgungsmanagements der Kasse. **Marlis Richter**, Geschäftsführerin der I3G GmbH, unterstreicht: „Mithilfe der Integrierten Versorgung können Patienten erweiterte ambulante Behandlungsoptionen nutzen, wie zum Beispiel Psychoedukation, Fachpflege, Zuhause-Behandlung und Angehörigenbetreuung, die in der Regelversorgung nicht oder nicht in solchem Umfang angeboten werden.“ Erste Trends zeigten, dass damit die Effizienz der Behandlung für die Patienten gesteigert wird. Vom Versorgungsprojekt Schizophrenie konnten bislang 1.500 AOK-Versicherte profitieren. ■

AOK aktuell

Mann und Haushalt – das passt selten zusammen

Dass Väter zunehmend mehr Verantwortung bei der Organisation des Familienalltags übernehmen, scheint mehr Wunsch als Wirklichkeit zu sein. Im Rahmen der AOK-Familienstudie 2014 wurden Eltern zur Verteilung der Aufgaben im Haushalt befragt. Rund 80 Prozent der Mütter gaben dabei an, dass sie sich alleine um die Wäsche, das Putzen oder den Abwasch kümmern. 18 Prozent der Frauen erklärten, dass diese Dinge von beiden Elternteilen erledigt werden. Väter scheinen dies jedoch ganz anders wahrzunehmen. So glauben 44 Prozent der befragten Männer, dass diese Pflichten tatsächlich gemeinsam und nur zu 48 Prozent alleinig von der Partnerin übernommen werden. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Frage nach der Kinderbetreuung im Alltag. Fast jeder zweite Vater ist sich sicher, dass beide Elternteile, zum Beispiel im Krankheitsfalle,

gemeinsam für das Kind da sind. Bei den Müttern sieht das nur etwa jede Vierte so. 68 Prozent der Frauen geben dagegen an, dass sie allein die Kinder im Alltag begleiten. Zumindest bei der Frage zum Familieneinkommen herrscht Einigkeit zwischen den Geschlechtern: So sind in Paarfamilien rund 60 Prozent der Väter dafür verantwortlich, dass Geld aufs Konto fließt. In rund 30 Prozent der Familien sorgen beide Elternteile für das Einkommen. **Mehr Informationen zur AOK-Familienstudie unter www.aok-bv.de** > Presse > Pressemitteilungen ■



Henri-TV geht auf Sendung

Etwas vorlaut und frech, aber mit einer gesunden Portion Humor und einem ungebrochenen Wissensdrang ausgestattet: Das ist die neue Figur Henri, die ab sofort im Info-Portal aok-familienwelt.de der AOK Nordost Kindern und Eltern regelmäßig Tipps und Ratschläge für ein gesundes Aufwachsen gibt. In der ersten Folge ist Henri zum Interview bei Berlins Gesundheitsminister **Mario Czaja** eingeladen. Bei ihm macht er sich über die für Kinder und Jugendliche wichtigen Vorsorgeuntersuchungen schlau. Czaja macht den Spaß mit und steht Henri Rede und Antwort. „Es ist wichtig, dass Kinder und Jugendliche Vorsorgeuntersuchungen beim Arzt wahrnehmen. Denn es ist für die Entwicklung der Kinder sehr wichtig zu wissen, dass alles in Ordnung ist“, sagt Czaja, der auch Vater einer einjährigen Tochter ist. Im Berliner „Centrum für Gesundheit“ der AOK Nordost lässt sich Henri dann erklären, was die Kinder bei den Vorsorgeuntersuchungen erwartet. Als Kulisse seiner Sendung dient Henri ein eigens designtes Talkstudio. Zur Seite steht ihm „Außenreporter“ und Gesprächspartner Heiner. „Wenn man Henri einmal kennengelernt hat, merkt man schnell, dass hinter der lauten Klappe ein liebenswerter Charakter steckt“, sagt der Kölner Autor und Kabarettist **Heiner Kämmer**, der der Henri-Puppe seine Stimme leiht. „Wir wissen bereits vom AOK-Präventionstheater Henrietta, dass bei jungen Zuschauern spielerisch und mit Spaß vermittelte Inhalte besser ankommen als der erhobene Zeigefinger.“ ■



Tief Luft holen: Vorsorgeuntersuchungen (U-Untersuchungen) sind für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen sehr wichtig.

SACHSEN/THÜRINGEN

Motor von Innovationen

Thüringens Ministerpräsidentin **Christine Lieberknecht** hat die Arbeit der AOK PLUS als einem Hauptakteur auf dem Feld der Gesundheitswirtschaft im Land hervorgehoben. Die Gesundheitskasse trete stets als „Treiber“ innovativer Versorgungskonzepte auf, sagte die Politikerin auf dem vierten AOK-PLUS-Tag Anfang Mai in Weimar, an dem rund 800 leitende Mitarbeiter sowie Partner der Kasse teilnahmen. Als eine der größten Herausforderungen der kommenden Jahre bezeichnete Lieberknecht den demografischen Wandel. Im Rahmen ihrer Nachhaltigkeitsstrategie habe die Landesregierung dazu bereits die Allianz für eine nachhaltige medizinische Versorgung auf den Weg gebracht. „Damit wollen wir vor allem die ärztliche Versorgung in dünner besiedelten Gebieten sicherstellen.“ Eine sinkende Bevölkerungszahl bedeute schließlich nicht weniger Bedarf an medizinischer Hilfe. **Sven Nobereit**, Verwaltungsratsvorsitzender der AOK

PLUS, nutzte die Veranstaltung, um einen Ausblick auf den neuen Beitragssatz zu geben: „Als eine seit Jahren finanziell stabile Kasse wird die AOK PLUS ihren Versicherten einen attraktiven Beitragssatz anbieten, der kein schnelles Verfallsdatum hat und mit dem sie sich selbstbewusst im Wettbewerb behaupten kann.“ Plänen der Bundesregierung zufolge sollen die Kassen ab 2015 ihre Beiträge wieder selbst festlegen dürfen. **Rainer Striebel**, Vorstandsvorsitzender der AOK PLUS, sagte, primäres Anliegen der Gesundheitskasse sei es, „aus zufriedenen Versicherten begeisterte Kunden zu machen“. Die AOK PLUS halte weiter an ihrem dichten Filialennetz fest. **Dr. Stefan Knupfer**, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Kasse, betonte, die AOK PLUS stehe für alle Menschen in Thüringen und Sachsen offen. „Sektiererei ist unsere Sache nicht.“ **Iris Kloppich**, Verwaltungsratsvorsitzende der AOK PLUS, machte deutlich, dass der Erfolg der Gesundheitskasse auf die Arbeit aller Mitarbeiter zurückgehe. „Hier geht es um echte Teamarbeit.“ Um möglichst nah am Versicherten zu sein, brauche es

„genügend Zeit für qualitative Kundenberatung“. Diese Zeit nehme sich die AOK. Der frühere Fußball-Bundesligatrainer und Gastredner **Hans Meyer** betonte, innere Motivation und ein gemeinsames Ziel seien wichtige Voraussetzungen für nachhaltigen Erfolg. Dies gelte nicht nur im Sport. ■

BAYERN

Depressionen besser behandeln

Drei bayerische Arztnetze und die AOK Bayern haben das Pilot-Projekt „Depressionen managen“ aufgelegt. Damit sollen Strategien erprobt werden, mit denen Hausärzte bei einer Depression rechtzeitig helfen können. Eine Auswertung hatte ergeben, dass das Gros der Patienten sich zunächst an den Hausarzt wendet. Etwa zehn Prozent aller Patienten in den Hausarztpraxen sind an einer Depression erkrankt. Die Mehrzahl der Fälle ist als leicht bis mittelschwer einzuordnen. „Um die Patienten besser zu versorgen, hat sich die AOK Bayern entschieden, am bundesweiten AOK-Projekt teilzunehmen“, so **Dr. Helmut Platzer**, Vorstandsvorsitzender der Kasse. Die Beteiligten versprechen sich vom Projekt, dass Krisen rechtzeitig erkannt und Rückfälle vermieden werden. Der Hausarzt soll die Patienten leitliniengerecht therapieren. Dazu gehört bei Bedarf auch die zügige Überweisung an den Facharzt. Neben dem Praxisnetz Nürnberg Süd nehmen der Patient-Partner-Verband im Bereich München, Garmisch-Partenkirchen und Mühldorf sowie das Unternehmen Gesundheit Franken in Forchheim und Umgebung am Projekt teil. ■

Ethik In Sorge um den Menschen

Im vierten Band der Reihe „Ethische Herausforderungen in Medizin und Pflege“ schreiben Autoren verschiedener Fachgebiete – die meisten Wissenschaftler an der Philosophisch-Theologischen Hoch-



schule Vallendar – über Gerechtigkeit im Gesundheitssystem. Die Herausgeber wenden sich an „konfessionelle Dienstleister, Verbände und Träger, die sich auf dem umkämpften Gesundheitsmarkt behaupten“. Deren Selbstverständnis als christliche Einrichtungen suche Konzepte zu entfalten, die neben Fallpau-

schalen der Sorge um den Menschen ihren angestammten Platz im Gesundheitswesen zuweisen, heißt es im Vorwort. In ihrem Beitrag „Zeit ist Geld“ beschäftigt sich Helen Kohlen auf hohem Abstraktionsniveau mit der Pflege als politische und soziale Praxis. Die Autorin wünscht sich „die Schaffung diskursiver Räume“, in denen sich Menschen aus der Praxis zu den Belangen der Pflegenden und Pflegebedürftigen äußern mögen. Doris Nauer erläutert den geschichtlichen Wandel der Krankenhausesorge, die demnach heute das „Gesamtsystem Krankenhaus in den Blick nimmt“ und dabei möglicherweise „Unmenschliches, Unge-rechtes, Leid Produzierendes“ identifiziere und aktiv an Veränderungen mitarbeite. In weiteren Beiträgen des Bandes geht es um die Finanzierung des Gesundheitswesens, die Werte kirchlicher Träger und die „Kultur der Begegnung, Berührung und Bewegung“.

Heribert Niederschlag, Ingo Proft (Hg.): **Moral und Moneten**. 2013. 172 Seiten, 17,99 Euro, Matthias Grünewald Verlag, Ostfildern.

Flexibilisierung Risiko für Qualität und Gesundheit

Malochen von sieben bis 16 Uhr, 15 Minuten Frühstück, eine Stunde Mittagspause, bis zum Ruhestand im selben Betrieb – solche Arbeitsverhältnisse werden selten. Stattdessen genießen mehr Arbeitnehmer Vertrauensarbeitszeit oder Homeoffice-Regelungen und wechseln öfter das Unternehmen. Autoren aus der Arbeitsmarktforschung, der Gewerkschaft und Krankenkasse sowie aus verschiedenen Universitäten gehen der Frage nach, inwiefern Entgrenzung und Deregulierung zu „riskanten Arbeitswelten“ führen. Riskant für die Gesundheit der Beschäftigten, riskant aber auch für Qualität und Professionalität, wie Günter Voß und Christoph Handrich in ihrem Beitrag deutlich machen. Als ein Beispiel führen sie Pflegekräfte an, die unter Zeit- und Leistungsdruck nur das nötigste erledigen können. Eine starke Standardisierung und kennzahlenbasierte Kontrolle bedeuteten für die Mitarbeiter „erhebliche zusätzliche



Aufgaben, die die Möglichkeit unmittelbarer qualitativere Arbeit drastisch behindern“ – erreichen also genau das Gegenteil der ursprünglichen Absicht. Andere Beiträge des Bandes beschäftigen sich mit Auswirkungen moderner Arbeitsverhältnisse auf die Ressource Zeit (Vera King), auf Fehlzeiten durch psychische Erkrankungen (Helmut Schröder) oder gesundheitsfördernde Arbeitsorganisation (Rolf Haubl). Ein Buch, das gute Fragen stellt und teils interessante Antworten liefert.

Rolf Haubl, Brigitte Hausinger, G. Günter Voß (Hg.): **Riskante Arbeitswelten**. 2013. 202 Seiten, 34,90 Euro, Campus Verlag, Frankfurt/Main.

SEMINARE | TAGUNGEN | KONGRESSE

■ FACHKONGRESS GESUNDHEIT UND VERSORGUNG	Krankenversicherungsmarkt, Routinedaten, Arzneimittelmarkt, bundesweite Register, Datenschutz	1.–7.7.2014 Leipzig	Gesundheitsforen Leipzig GmbH Hainstraße 16 04109 Leipzig	Tel.: 03 41/9 89 88–332 maeder@gesundheitsforen.net www.gesundheitsforen.net/fachkongress
■ 13. EUROPÄISCHER GESUNDHEITSKONGRESS	Hausarztverträge, qualitätsorientierte Vergütung, Flexibilisierung der GKV-Beitragsätze	30.9.–1.10.2014 München	WISO S.E. Consulting GmbH Organisation: Interplan AG Landsberger Straße 155 80687 München	Tel.: 0 89/54 82 34 50 Fax: 0 89/54 82 34 43 info@gesundheitskongress.de www.gesundheitskongress.de
■ BETRIEBLICHES GESUNDHEITSMANAGEMENT	Politischer und rechtlicher Rahmen, Initiativen der Krankenkassen, neue Konzepte	29.–30.10.2014 Köln	MCC – The Communication Company Scharnhorststraße 67a 52351 Düren	Tel.: 0 24 21/1 21 77–0 Fax: 0 24 21/1 21 77–27 mcc@mcc-seminare.de www.mcc-seminare.de > Veranstaltungen
■ 5. NATIONALER FACHKONGRESS TELEMEDIZIN	Strategien Bund und Länder, Telemedizin im stationären und ambulanten Sektor, Vernetzung	6.–7.11.2014 Berlin	Deutsche Gesellschaft für Telemedizin; Organisation: MCALL GmbH Marketing & Vertrieb Rhinstraße 84, 12681 Berlin	Tel.: 0 30/55 15 69 62 Fax: 0 30/55 15 69 63 info@mcall-gmbh.de www.telemedizin-kongress.de
■ REHAFORUM 2014	Politischer Rahmen, zeitgemäße Reha aus Sicht der Kostenträger, Arbeitgeber und Patienten	24.–25.11.2014 Köln	MCC – The Communication Company Scharnhorststraße 67a 52351 Düren	Tel.: 0 24 21/1 21 77–0 Fax: 0 24 21/1 21 77–27 mcc@mcc-seminare.de www.mcc-seminare.de > Veranstaltungen

Psychologie Gefühle sind keine Krankheiten

Seit seinem Bestseller „Die Krankheitserfinder“ hat sich Spiegel-Redakteur Jörg Blech als kritischer Medizinjournalist einen Namen in Deutschland gemacht. In seinem neuen Buch „Die Psychofälle“ unterstreicht er diesen Ruf: „Die Psychiatrie“, schreibt er, „ist so weit fortgeschritten, dass es kaum mehr Normale gibt.“ Nahezu jeder junge Erwachsene erfülle heute statistisch gesehen die Kriterien einer psychischen Störung. In fast jeder Grundschule sitze ein Kind, das Tabletten gegen seelische Erkrankungen verschrieben



bekommen habe. Und auch im Alter nehme die Zahl der diagnostizierten Psycho-Macken eher zu denn ab. „Irgendein Makel findet sich immer.“ Das Problem daran, so Blech: Häufig würden allzu menschliche Schwierigkeiten nicht an deren Wurzeln gepackt, sondern mit Diagnosen zu Krankheiten umgemünzt: ADHS, Burnout, Depression, Alzheimer – die Liste werde immer länger und bunter. Inzwischen fänden sich darauf sogar skurrile Befunde wie die „generalisierte Heiterkeitsstörung“ oder die „Arbeitsplatzphobie“. Das alles liege ganz im Interesse von Ärzten, Psychologen und Pharmamanagern, die auf dem

„Jahrmarkt“ der 1.000 Seelen-Befunde viel Geld verdienten. Obwohl Blechs Ausführungen an der einen oder anderen Stelle etwas zu pauschal geraten sind – nicht jede Depression ist eine Erfindung der „Seelenindustrie“ – ist sein Buch lesenswert. Dies gilt umso mehr, als der Autor am Ende nicht in Defätismus verfällt, sondern einen Ausweg aus der Psycho-Falle aufzeigt: Schulstress, Arbeitslosigkeit oder Erziehungsprobleme dürften nicht einfach bei Medizinern abgeladen werden, sondern seien gesellschaftlich zu lösen, so sein Rat.

Jörg Blech: **Die Psycho-Fälle.** 2014. 288 Seiten, 19,99 Euro. Fischer-Verlag, Frankfurt/Main.

Krankenhäuser Nachhilfe beim Kundenservice

Wie kundenorientiert sind Krankenhäuser? Volker Nürnberg und Barbara Schneider haben mehr als 200 Kliniken unter die Lupe genommen. Das Ergebnis: Die Antworten auf Test-E-Mails und Testbriefe dauerten häufig zu lang; die Möglichkeiten, die soziale Netzwerke wie Facebook, Twitter und YouTube für das Einholen von Kunden-Feedback und die Unternehmensdarstellung bieten, nutzen zahlreiche Kliniken zu zaghaft. Tendenziell haben Hospitäler



in privater Trägerschaft bei den neuen Medien im Vergleich zu kommunalen und freigemeinnützigen Einrichtungen die Nase vorn. Kleinere Häuser tun sich hier schwerer als größere, Kliniken in Ballungsgebieten leichter als Landkrankenhäuser. Im Vergleich zu anderen Branchen, so Nürnberg und Schneider in ih-

rer aufschlussreichen Analyse, erreichten Kliniken im Schnitt nur ein „Ausreichend“ in punkto Kundenorientierung – Nachhilfe sei angesagt.

Volker Nürnberg, Barbara Schneider: **Kundenmanagement im Krankenhaus.** 2014. 72 Seiten, 19,99 Euro. Springer Gabler, Wiesbaden.

Zeitschriftenschau

■ Bluthochdruck: Behandlungsmethode infrage gestellt

Um den Blutdruck bei Patienten mit medikamenten-resistenter Hypertonie zu senken, galt bislang die Verödung von sympathischen Nervenfasern, die entlang der Nierenarterie verlaufen (renale Denervation), als gängige Methode. Nun zeigt eine US-Studie, dass dieser minimalinvasive Eingriff mittels eines Katheters nicht effektiver ist als eine Katheterbehandlung ohne Verödung. An der Studie, die für die US-amerikanische Zulassungsbehörde FDA durchgeführt wurde, hatten 535 Patienten teilgenommen. Zwei Drittel unterzogen sich der renalen Denervation. Ein Drittel erhielt eine Scheinbehandlung, bei der ein Katheter eingeführt wurde, aber keine Verödung stattfand. Zwar ging der Blutdruck in beiden Gruppen zurück. Aber die Blutdruckwerte unterschieden sich kaum.

New England Journal of Medicine 2014; 370: 1393–1401

■ Zu viel Zucker ist gefährlich fürs Herz

Nach einer umfassenden US-Studie erhöht der Verzehr von zu viel Zucker drastisch das Risiko für eine tödliche Herzkrankheit. Die Forscher der Gesundheitsbehörde CDC hatten Daten aus den nationalen Gesundheitsumfragen der Jahre 1988 bis 2010 analysiert. Danach hatten diejenigen, deren tägliche Kalorienzufuhr zu 17 bis 21 Prozent aus Zucker bestand, ein 38 Prozent höheres Risiko, einen Herztod zu erleiden, als jene mit einer nur achtprozentigen Zuckerzufuhr. Bei denen, die über 21 Prozent ihrer täglichen Kalorien in Form von Zucker zu sich nahmen, verdreifachte sich sogar das Risiko.

JAMA Internal Medicine 2014; 174 (4): 516–524

■ Babys: Frühes Beifüttern senkt Allergie-Risiko

Früher empfahlen Leitlinien, Säuglingen möglichst lange nur Muttermilch zu geben, um Allergien vorzubeugen. Allergien bei Kindern haben aber zugenommen, und die Leitlinien sind inzwischen geändert. Heutige Empfehlung: Babys ab dem vierten Lebensmonat alle Sorten von Lebensmitteln zu geben. Studien zufolge treten Asthma, Nahrungsmittelallergien und -unverträglichkeiten seltener auf, je früher Babys vielfältig ernährt werden. Wer schon im ersten Lebensjahr Gemüse, Obst, Getreide, Joghurt, Fisch, Eier und Nüsse erhält, bei dem sinkt das Allergie-Risiko um 50 Prozent.

Journal of Allergy and Clinical Immunology 2014; 133 (4): 1056–1064

■ Schlafmittel erhöht Gefahr für Hüftfrakturen

Viele Schlafmittel enthalten den Wirkstoff Zolpidem. Nun ergab die Analyse von Verwaltungsdaten einer taiwanesischen Versicherung, dass die Einnahme das Risiko für Hüftfrakturen erhöhen könnte. Verglichen wurden 6.978 Zolpidem-Patienten mit 28.000 Patienten, die solche Mittel nicht verschrieben bekommen hatten. Der Beobachtungszeitraum war sieben Jahre. Ergebnis: Zolpidem-Patienten zeigten eine doppelt so hohe Rate an Hüftfrakturen wie die Vergleichsgruppe. Bei den über 65-Jährigen war sie sogar 21-mal höher. Um diese Ergebnisse zu validieren, sind gute Kontroll-Studien erforderlich.

Sleep 2014; 37 (4): 673–679

Geriatrienetz fängt alte Menschen auf

Begleiterkrankungen, Demenz, Infektanfälligkeit – Patienten im höheren Lebensalter stellen besondere Ansprüche an die stationäre Behandlung. Die vorhandenen Angebote reichen dafür nicht aus, meint Klinikexperte **Gunther Lauven**. Er empfiehlt geriatrische Versorgungsverbünde.

In der geriatrischen Betreuung tut jeder das, was er kann. Reicht das aus? Nein! Die Abrechnung nach Diagnosis Related Groups (DRG) hat das Krankenhaus zu einer Hochleistungsmaschine mutieren lassen. Die Anreize und systemimmanenten Steuerungseffekte führen zu immer mehr Effizienz. Aus Sicht der Betriebswirtschaft ist der optimale alte Patient derjenige, der kurz oberhalb der unteren Grenzverweildauer – darunter gibt es Abzüge von der Vergütungspauschale – aus einer Spezialabteilung nach Hause entlassen wird. An eine grundlegende Revision der Hamsterrad-Ideologie des DRG-Systems wagt sich die Berliner Gesundheitspolitik nicht heran, egal welcher Parteifarbe. Das wird auch so bleiben, denn wer will schon abgewählt werden? Und wo bleibt da der Mensch?

Die Kapazitäten reichen nicht aus. Es gibt inzwischen in ganz Deutschland zahlreiche akutstationäre und stationär rehabilitative geriatrische Versorgungsangebote, je nach Bundesland unterschiedlich gestaltet. Wendet man ein international anerkanntes Screeningverfahren zur Identifizierung geriatrischer Patienten wie ISAR (Identification of Seniors at risk) auf alle über 75-Jährigen im Krankenhaus an, müssten vier Fünftel von ihnen in Geriatrien verlegt werden. Und selbst wenn es nur ein Bruchteil davon wäre: Die vorhandenen geriatrischen Versorgungskapazitäten würden bei Weitem nicht ausreichen. Für dieses Szenario braucht man noch nicht einmal das demografische Schreckgespenst bemühen. Und wo bleibt da der Mensch?

Mit dem Kode 8-550 (Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung) aus dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) gibt es zumindest für die akutstationäre Geriatrie eine ausreichende Vergütung. Die Struktur- und Prozessqualität ist dort durch die Vorgaben des deutschen DRG-Instituts

zur Abrechenbarkeit geriatrischer Versorgung gesichert. In unseren Akutgeriatrien wird hervorragende medizinische, pflegerische und therapeutische Arbeit geleistet. Aber was kommt danach? Geriatrische Institutsambulanzen gibt es trotz Verankerung im Sozialgesetzbuch V bisher so gut wie nur auf dem Papier. Geriatrisch geschulte Hausärzte sucht man mit der Lupe. Die Überleitung in die stationäre und ambulante pflegerische Versorgung mit Fortsetzung der akutstationär begonnenen Behandlungen gelingt auch nicht immer.

Da weist der neue Krankenhausplan 2015 in Nordrhein-Westfalen grundsätzlich in die richtige Richtung. Zwar üben Krankenhausgesellschaften nicht ganz unberechtigte Kritik an den sich daraus ergebenden Reglementierungen. Dennoch ist anerkennenswert, dass sich eine Landesregierung traut, Ideen zur Qualitätssicherung und -fortentwicklung der Altersmedizin in eine Planvorgabe zu fassen. Teil des Krankenhausplans ist der regionale sektorenübergreifende geriatrische Versorgungsverbund. Er umfasst akutstationäre geriatrische Abteilungen, nicht-geriatrische Krankenhausabteilungen wie die Unfallchirurgie/Orthopädie oder die Kardiologie, sowie den geriatrisch geschulten Hausarzt, die geriatrisch vernetzten stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen und viele weitere Akteure rund um den alten Menschen auch für die Zeit nach dem Krankenhaus. Gesteuert wird dieser Verbund zum Beispiel über ein „Geriatrieboard“, also einer Konferenz von Fachärzten.

Ruhrbistum gründet Netz. Sieben katholische Krankenhausunternehmen im Bistum Essen haben gemeinsam mit der Kosmas und Damian GmbH (der Beteiligungs- und Entwicklungsgesellschaft des Bistums Essen für die dortige Krankenhauslandschaft) das Geriatrienetz Ruhrbistum gegründet. Alle Beteiligten bieten akutstationäre geriatrische Leistungen an. Das Marienhospital in Wattenscheid hält zudem geriatrische Rehabetten vor. Anknüpfend an den Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen haben die Initiatoren des Geriatrienetzes Ruhrbistum eine Konzeption entwickelt und im April 2014 auf einem Kongress vorgestellt. Zusammen mit Partnern aus dem gesamten Ruhrgebiet will und wird das Geriatrienetz den alten Menschen dahin stellen, wo er hingehört: Ins Zentrum der Bemühungen um eine gute altersgerechte medizinisch-pflegerische Versorgung. ■

Prof. Dr. med. Gunther Lauven ist Geschäftsführer der Kosmas und Damian GmbH in Essen und Professor für Integrierte Versorgung am RheinAhrCampus Remagen, ein Standort der Hochschule Koblenz.
Kontakt: Gunther.Lauven@kd-essen.de

Leserforum



Ihre Meinung ist gefragt.

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

Oder schreiben Sie uns:

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

Gesundheit und Gesellschaft
Das AOK-Forum für Politik, Praxis
und Wissenschaft, vormals DOK,
erstmals erschienen: 1914

Herausgeber AOK-Bundesverband

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

Chefredakteur Hans-Bernhard Henkel-Hoving
Artdirection Anja Stamer
Chefin vom Dienst Gabriele Hilger
Chefreporter Thomas Hommel
Verantw. Redakteurin Änne Töpfer

Titel Andrejs Zemdega/istockphoto

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

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

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

Anzeigen KomPart Verlagsgesellschaft mbH
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin
Telefon: 0 30 2 20 11-0
Telefax: 0 30 2 20 11-105
Ansprechpartner:
Christian Lindenberg, Telefon: -161
Verantwortlich für den Anzeigenteil:
Werner Mahlau

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

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



G+G 5/2014

Reicher Fußball, arme Gesundheit

Prestigebauten statt Patientenversorgung

Vielen Dank für die wunderbare Reportage über das brasilianische Gesundheitswesen kurz vor dem Start der Fußball-Weltmeisterschaft. Für einen leidenschaftlichen Fußball-Fan wie mich ist es einfach erschreckend zu erfahren, wie es um die Krankenversorgung der fußballbegeisterten Brasilianer bestellt ist. Die sogenannten BRICS-Staaten – Brasilien, Russland, Indien, China und Südafrika – mögen an vielen Stellen technologisch bereits auf Weltniveau agieren. In puncto Umwelt- und Gesundheitsschutz befinden sich diese Schwellenländer in Wahrheit aber auf dem Niveau eines besseren Entwicklungslandes. Das Budget der Gesundheitssysteme hängt – das zeigt das Beispiel Brasilien mit den teuren Investitionen in Stadien eindringlich – in letzter Konsequenz davon ab, ob die jeweilige Regierung bereit ist, Ärzten, Kliniken und Medikamenten Vorrang einzuräumen vor kostspieligen Prestigeobjekten. Versorgung nach Kassenlage nennt man das gemeinhin; der medizinische und pflegerische Bedarf muss dann eben hintenstehen. So weit, so schlecht. Doch was kann Otto Normalverbraucher in Deutschland daran ändern? Die WM boykottieren und die Flimmerkiste aus Protest abschalten? Aus meiner Sicht hilft nur eines: faire Preise für fair produzierte Waren aus diesen Staaten zahlen. Natürlich strapaziert das den eigenen

Geldbeutel. Aber vielleicht tut es das WM-Trikot vom letzten Mal ja auch noch – dann sind schon wieder die paar Euro Mehrausgaben eingespart. Unabhängig davon empfehle ich, auf Schwellenländer wie Indien und Brasilien differenziert zu schauen: Langfristig haben nur funktionierende Demokratien mit einem nicht zu großen Gefälle zwischen Reichen und Armen Wohlstand geschaffen. Und allen Unkenrufen zum Trotz kann sich die Bundesrepublik Deutschland in dieser Hinsicht immer noch sehen lassen.

V. S., Stadthagen

G+G 5/2014

Interview: „Mehr Ahnung vom Leben“

Alles hat seine Zeit

Engagierte Menschen wie die Berliner Lehrerin Siegrun Boiger sind wichtig für unsere Gesellschaft. Ihre Idee, zusammen mit 18 Schülern ein Hospiz zu besuchen und todkranken Kindern verzierte Kissen zu schenken, verdient großen Respekt. Gleichwohl kam mir bei der Lektüre des Interviews ein alter Bibel-spruch in den Sinn. Er lautet: „Ein Jegliches hat seine Zeit: Geboren werden hat seine Zeit, Sterben hat seine Zeit.“ Für mich persönlich heißt das: Sterben gehört zum Leben dazu. Aber schenken wir ihm erst dann die ungeteilte Aufmerksamkeit, wenn es an der Zeit ist. Sonst laufen wir Gefahr, das Leben zu versäumen.

U. S., Hannover

BECKs Betrachtungen



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

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

Ist die neue Pille auch die bessere?

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

The New York Times



Ja, ich bestelle ...



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

Marcia Angell **Der Pharma-Bluff**

Wie innovativ die Pillenindustrie wirklich ist

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

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

(zzgl. 2,50 Euro Verpackung und Versand)

Lieferung gegen Rechnung per Bankeinzug

Vor- und Zuname

Straße, Haus-Nr.

PLZ

Ort

IBAN

BIC

Datum, Unterschrift

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

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

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

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



AOK

Die Gesundheitskasse.



Gesunde
Kinder
gesunde
Zukunft

Die besten Tipps für eine gesunde Kindheit

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

Gesundheit in besten Händen

www.aok.de/familie