

# GG

GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

**STERBEHILFE-DEBATTE**  
Tod auf Bestellung?

**BISCHOF BEDFORD-STROHM**  
Was der oberste  
Protestant politisch will

# Update für den Körper

Self-Tracking: Chancen und Risiken  
der digitalen Selbstkontrolle

Die Pressestellen der AOK

# Gesundheit ist unser Thema!

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

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

## **AOK-BUNDESVERBAND**

Pressesprecher: Dr. Kai Behrens  
Stellvertretende Pressesprecherin: Gabriele Hauser-Allgaier  
Pressereferent: Michael Bernatek  
Pressereferent: Nils Franke

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

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

## **AOK BADEN-WÜRTTEMBERG**

Hauptverwaltung  
Pressesprecher: Kurt Wesselsky

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

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

## **AOK BAYERN – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Zentrale  
Pressesprecher: Michael Leonhart

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

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

## **AOK BREMEN/BREMERHAVEN**

Pressesprecher: Jörn Hons

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

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

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

Direktion  
Pressesprecher: Ralf Metzger

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

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

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

Direktion  
Pressesprecher: Carsten Sievers

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

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

## **AOK NORDOST – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Pressesprecherin: Gabriele Rähse

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

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

Region Mecklenburg-Vorpommern  
Pressereferent: Markus Juhls

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

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

## **AOK NORDWEST – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Pressesprecher: Jens Kuschel

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

Tel. 0231/4193-10145

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

Tel. 0431/605-21171

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

Pressesprecher: André Maßmann

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

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

Region Hamburg: Pressesprecherin Antje Meyer

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

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

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

Pressereferent: Jan Rößler

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

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

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

Pressesprecherin: Hannelore Strobel

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

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

Sitz Erfurt  
Stellvertretender Pressesprecher: Jürgen Frühauf

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

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

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

Pressesprecher: Andreas Arnsfeld

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

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

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

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

**AOK**  
Die Gesundheitskasse.

# Eine Frage der Gerechtigkeit

Eine Auszeit vom Job, um die Pflege für Angehörige zu organisieren, muss für jeden möglich sein, meint Bundesfamilienministerin **Manuela Schwesig**. Die gesetzlichen Neuregelungen sollen helfen, dieses Ziel zu erreichen.

**Flexible Arbeitszeiten** und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf gewinnen an Bedeutung in der Arbeitswelt und für die Lebensqualität der Beschäftigten. Neben kleinen Kindern gerät heute zunehmend die Pflege und Betreuung von älteren Menschen in den Blick. Die demografische Entwicklung führt dazu, dass mehr Familien, aber auch Gesellschaft und Politik, Lösungen für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf finden müssen.

Die Bereitschaft zu pflegen ist nach wie vor hoch.

Auf Pflege sind Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer aber oft nicht vorbereitet, etwa dann, wenn der Vater nach einem Schlaganfall aus dem Krankenhaus entlassen wird und nun pflegebedürftig ist. Angehörige stehen dann vor der

Frage, wie die Pflege organisiert werden kann. Wer kann innerhalb der Familie pflegen, welche Hilfe von außerhalb ist nötig? Dabei stellt sich die Frage, wie die häusliche Pflege mit dem Beruf vereinbart werden kann. Diese Belastung erleben heute vor allem Frauen. Sie übernehmen Verantwortung für ihre Kinder, stehen im Berufsleben und pflegen ihre Mutter oder ihren Vater.

Zeitliche Flexibilität ist entscheidend, um kurzfristig Pflege organisieren zu können. Sie ist aber auch wichtig, wenn jemand über einen längeren Zeitraum die tägliche Pflege für einen pflegebedürftigen Angehörigen übernehmen will, ohne aus dem Beruf auszusteigen. Zu den wesentlichen Neuregelungen des Gesetzes zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf, das zum 1. Januar 2015 in Kraft getreten ist, gehört die Einführung eines Pflegeunterstützungsgeldes. Diese Lohnersatzleistung ermöglicht eine bis zu zehntägige Auszeit, in der nahe Angehörige Hilfe organisieren oder die Pflege kurzzeitig sicherstellen können. Es ist eine Frage der sozialen Gerechtigkeit, dass sich jede Familie eine solche Auszeit leisten kann.

Eine weitere wesentliche Neuerung ist, dass Beschäftigte einen Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit haben – zusätzlich zur bestehenden Pfl-

gezeit, das heißt der vollständigen oder teilweisen Freistellung von bis zu sechs Monaten. Die Familienpflegezeit ermöglicht eine Freistellung von bis zu 24 Monaten bei einer wöchentlichen Mindestarbeitszeit von 15 Stunden. Pflegenden Angehörigen können die häusliche Pflege flexibler gestalten und sie zwischen mehreren nahen Angehörigen, zum Beispiel Geschwistern, aufteilen. Während der Freistellungen besteht die Möglichkeit einer Förderung durch ein zinsloses Darlehen, um den Lohnausfall während dieser Zeit abzufedern. Die Neubestimmung des Kreises der „nahen Angehörigen“ sowie Freistellungsmöglichkeiten für die Begleitung von nahen Angehörigen in der letzten Lebensphase und für die Betreuung von minderjährigen pflegebedürftigen

nahen Angehörigen auch in außerhäuslicher Umgebung sind für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf ebenfalls wichtige Schritte.

Die neuen gesetzlichen Regelungen unterstützen damit Familien, die Pflege und Beruf miteinander vereinbaren möchten, und erleichtern es Angehörigen, während dieser Zeit im Betrieb zu bleiben. Den Arbeitgebern wiederum bleibt das Fachwissen der Beschäftigten erhalten.

Weitere Impulse für eine bessere Vereinbarkeit von Pflege und Beruf erhoffe ich mir von dem unabhängigen Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. Der Beirat wird die weiteren gesellschaftlichen Entwicklungen beobachten, die Umsetzung der gesetzlichen Regelungen begleiten und über deren Auswirkungen beraten. 2,6 Millionen Pflegebedürftige gibt es in Deutschland, davon werden 1,86 Millionen zu Hause versorgt. 1,25 Millionen Pflegebedürftige werden allein durch Angehörige versorgt. Dies ist eine großartige familiäre und gesellschaftliche Leistung. Die Menschen in unserem Land brauchen mehr Zeit – Zeit für die Pflege und Zeit für den Beruf. Das Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf leistet seinen Beitrag, um Familien auch für die Pflege mehr Zeit zu ermöglichen. ■

**Die Menschen brauchen mehr Zeit für die Pflege und für den Beruf.**



**Manuela Schwesig**, geboren 1974 in Frankfurt (Oder), ist seit Dezember 2013 Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Die studierte Finanzwirtin trat 2003 in die SPD ein und ist seit 2009 stellvertretende Vorsitzende der SPD. In Mecklenburg-Vorpommern begann sie ihre politische Karriere auf kommunaler Ebene in der Stadtvertretung Schwerin. Anschließend war sie fünf Jahre Landesministerin: von 2008 bis 2011 für Soziales und Gesundheit und von 2011 bis 2013 für Arbeit, Gleichstellung und Soziales. Manuela Schwesig ist verheiratet und hat einen Sohn.

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

## Armutsrisiko Krankheit



H.-B. Henkel-Hoving,  
Chefredakteur

Die Ebola-Epidemie hat es der Weltöffentlichkeit vor Augen geführt: Die Gesundheitssysteme in Afrika funktionieren mehr schlecht als recht. Es mangelt an Medikamenten, Ärzten und Geld. Hinzu kommt eine Weltgesundheitsorganisation (WHO), die mit der Krise überfordert war – nicht zuletzt deshalb, weil die Industriestaaten die WHO finanziell kurzhalten.

Es ist deshalb richtig, dass die Bundesregierung den Ebola-Ausbruch zu einem Thema auf dem G7-Gipfel in Elmau gemacht hat und den Ausbau von Gesundheitssystemen in armen Ländern mit 200 Millionen Euro unterstützen will. Tatsächlich exportieren Organisationen wie die bundeseigene Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit (GIZ) bereits seit Jahren **deutsches Know-how in Entwicklungs- und Schwellenländern**: Im Auftrag der GIZ sind dort auch regelmäßig AOK-Experten im Einsatz (mehr Infos: [www.kompart.de/international](http://www.kompart.de/international)).

Funktionierende Sozialsysteme helfen indes nicht nur dabei, das Menschenrecht auf Gesundheit zu verwirklichen. Sie bieten zugleich die beste Voraussetzung dafür, das Armutsrisiko Krankheit zu verringern. Wer dagegen hohe Ausgaben für Mediziner und Medikamente als existenzbedrohend erlebt, hat einen Grund mehr, die Flucht nach Europa anzutreten.

Zum Umgang mit Flüchtlingen hierzulande bezieht Heinrich Bedford-Strohm im G+G-Interview Stellung. Der Ratsvorsitzende der Evangelischen Kirche plädiert für eine Asylpolitik, die dem „Anspruch einer europäischen Wertegemeinschaft“ gerecht wird. Für mich gehört dazu auch eine gute Gesundheitsversorgung – ohne bürokratische Hürden.

In diesem Sinne Ihr



Im Gespräch: G+G-Redakteurin Anne Töpfer traf Heinrich Bedford-Strohm im Haus der EKD am Berliner Gendarmenmarkt.



# 28

Interview: Brandenburgs  
Sozialministerin Diana Golze  
über ihre Agenda

### MAGAZIN

#### 14 DURCHBLICK IM INFO-DSCHUNDEL

Die Gesundheitskompetenz erhöhen – neue Faktenboxen bieten Patienten evidenzbasierte Informationen über Nutzen und Risiken von Therapien.

Von Kai Kolpatzik

#### 16 LEITPLANKEN FÜR MOBILE GESUNDHEIT

Gesundheitsdaten digital zu erfassen und zu verwerten, kann die medizinische Versorgung verbessern. Auf einer Tagung zeigten Experten aber auch Gefahren auf.

Von Ines Körver

#### 17 KOMMUNEN VOR DER BEWÄHRUNGSPROBE

Die Zahl der Pflegebedürftigen steigt in manchen Regionen rasant an. Was für deren Versorgung nötig ist, hat eine Bund-Länder-Gruppe erarbeitet.

Von Thomas Hommel

#### 18 GESUNDHEIT IST KEINE HANDELSWARE

Europa, Australien, Kanada und die USA ringen um neue Handelsabkommen. Die Krankenversicherung muss aber außen vor bleiben, sonst zahlt die EU drauf.

Von Nils Franke

#### 19 „PFLEGENDE BEKOMMEN MEHR SPIELRAUM“

Drei rheinland-pfälzische Kliniken haben Pflegekräften mehr Kompetenzen zugewiesen. Werden die Aufgaben neu verteilt, muss sich das im Stellenplan niederschlagen, sagt Pflegeforscherin Renate Stemmer.

## TITEL

### 20 GESUNDHEIT UNTER SELBSTKONTROLLE

Bewegung, Blutzucker, Herzschlag – die digitale Selbstvermessung eröffnet der Prävention neue Wege. Dabei muss aber der Datenschutz gewährleistet sein.

Von Kai Kolpatzik

## THEMEN

### 28 „ICH WILL WISSEN, WO DER SCHUH DRÜCKT“

Kliniklandschaft, Pflegeausbildung, Delegation ärztlicher Aufgaben – Brandenburgs Sozialministerin Diana Golze skizziert ihre Vorstellungen für eine andere Gesundheitsversorgung.

### 30 LETZTER WILLE

Eine ethische Grundsatzfrage: Wie selbstbestimmt darf ein Mensch über sein Lebensende entscheiden? Die Meinungen darüber gehen weit auseinander.

Von Florian Staeck

### 38 „NÄCHSTENLIEBE IST EIN ZUKUNFTSKONZEPT“

Flüchtlinge aufnehmen, Leiden lindern, Sterbenden beistehen – der Ratsvorsitzende der Evangelischen Kirche, Heinrich Bedford-Strohm, bricht eine Lanze für mehr Miteinander in der Gesellschaft.

## RUBRIKEN

- 9 **Rundruf** Physiotherapie ohne Rezept?
- 13 **Kommentar** Selbstverwaltung: Blockade und Lethargie
- 42 **Recht** Medizinprodukte-Haftung: Europas Richter am Zug
- 44 **AOK-Notizen** Aktuelles aus Bund und Ländern
- 46 **Service** Bücher, Termine und mehr
- 48 **Debatte** Arztausbildung: Schönster Beruf sucht Nachwuchs
- 49 **Nachlese** Briefe an die Redaktion
- 49 **Impressum** Wer steckt hinter G+G?
- 50 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen



## 20

Digitaler Gesundheitscheck: Möglichkeiten und Grenzen im Überblick



## 38

Interview: Glaubensbekenntnisse des Protestanten Heinrich Bedford-Strohm

## 30

Bestandsaufnahme: Positionen zur Sterbehilfe



## STIMMUNG Tor-Rausch flaut schnell ab

Psychologen der Universität Konstanz haben festgestellt, dass Fußballergebnisse das Wohlbefinden von Zuschauern nur kurzfristig ansteigen lassen. Während der Gruppenphase der Fußball-WM 2014 in Brasilien befragten die Wissenschaftler über Smartphones Studienteilnehmer vor und nach den Spielen zu ihrem Wohlbefinden. Die Euphorie bei Zuschauern der WM war höher als bei denen, die die Spiele nicht sahen. Der Effekt verstärkte sich bei den Partien, die Deutschland mit großer Tordifferenz gewann. Allerdings hielt das gesteigerte Wohlbefinden nur maximal 150 Minuten. Schon am Morgen nach dem 4:0-Sieg von Deutschland gegen Portugal etwa sank das Wohlbefinden um 23 Prozent und war damit gleich hoch wie an spielfreien Tagen. ■

## AUSBILDUNG Aus drei mach eine

Bundesgesundheits- und Bundesfamilienministerium haben den Ländern einen Arbeitsentwurf für ein Gesetz zur Zusammenlegung, Neustrukturierung und Akademisierung der Pflegeberufe vorgelegt. Demnach sollen die bislang drei Ausbildungen Krankenpflege, Altenpflege und Kinderkrankenpflege vereint werden. Am Ende soll ein gemeinsamer Abschluss „Pflegefachfrau“ oder „Pflegefachmann“ stehen. Brandenburgs Gesundheitsministerin Diana Golze nannte die geplante Zusammenlegung richtig. Sie eröffne Absolventen neue Karrierechancen, so die Linken-Politikerin (siehe Interview auf Seite 28/29). ■



Toooooor – auch wenn der Jubel groß ist, sorgt die Freude über Erfolge im Fußball maximal zweieinhalb Stunden lang für Wohlbefinden.

## UMFRAGE Sterbehilfe-Debatte schürt Ängste

Die Diskussion um eine Legalisierung der ärztlich assistierten Selbsttötung löst bei vielen Bundesbürgern offenbar Ängste aus. Laut einer Studie des Sozialwissenschaftlichen Instituts (SI) der Evangelischen Kirche in Deutschland erwartet die Mehrheit der Bundesbürger (61 Prozent), dass die Zahl der Menschen, die ihr Leben vorzeitig beenden wollen, um nicht zur Belastung für die Familie zu werden, durch eine Legalisierung ärztlicher Suizidbeihilfe steigen könnte. „Diejenigen, die voraussagen, eine mögliche Legalisierung könne einen Dammbreach zur Folge haben, werden durch diese Werte gestützt“, sagte Gerhard Wegner, Leiter des SI. Umso dringlicher sei es, die Gründe für die in Umfragen immer wieder deutliche Mehrheit der Befürworter von Sterbehilfe zu erforschen. „Zwar spielt der Wunsch nach Selbstbestimmung bei

Befürwortern der Sterbehilfe offensichtlich eine gewichtige Rolle“, so Wegner. Im Hintergrund stünden aber viele Ängste. Dazu gehöre die Angst vor einem langen Sterbeprozess (62 Prozent) sowie die Sorge, anderen zur Last zu fallen (54 Prozent). Mehr zum Thema auf Seite 30-37 ■

## PFLEGE Wenig Werbung um Auslands-Fachkräfte

Selbst wenn es Unternehmen an Fachkräften mangelt, tun sie sich schwer, gezielt Arbeitnehmer aus dem Ausland für sich zu gewinnen.

Zu diesem Ergebnis gelangt eine Studie der Bertelsmann Stiftung am Beispiel der Pflegebranche. Kaum ein anderer Wirtschaftszweig in Deutschland hat derart große Probleme, qualifiziertes Personal zu finden. 61 Prozent der Pflegebetriebe haben Vakanzen, durchschnittlich sind dort 4,3 Stellen unbesetzt. Trotzdem, so das Ergebnis der Befragung, hat bislang nur ein Sechstel der Betriebe versucht, Fachkräfte im Ausland anzuwerben. Für die repräsentative Studie befragte das Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung knapp 600 Arbeitgeber. ■

## kurz & bündig

+++ **ABTREIBUNGEN:** Die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche ist im ersten Quartal 2015 gegenüber dem entsprechenden Vorjahreszeitraum um 5,5 Prozent gesunken. Wie das Statistische Bundesamt mitteilte, wurden in diesem Zeitraum rund 26.400 Abtreibungen gemeldet.

+++ **MENSA-ESSEN:** Mit einem öffentlichen Picknick haben Medizinstudenten an der Uni Frankfurt auf die schlechte Essensversorgung auf dem Medizin-Campus aufmerksam gemacht. In Selbsthilfe organisierten sie „schmackhaftes, gesundes und günstiges Essen“, wie die Bundesvertretung der Medizinstudierenden mitteilte.



# Tiefer eintauchen!

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

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



**G+G**  
Gesundheit und Gesellschaft



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



Viermal im Jahr:  
G+G-Wissenschaft

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

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

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



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

Straße ..... IBAN ..... BIC .....

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

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

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

**KomPart**  
Ihr KommunikationsPartner

**GUTACHTEN**

**Patienten suchen nach Aufklärung**

Weil sie den Verdacht hatten, in der Klinik oder der Praxis falsch behandelt worden zu sein, meldeten sich Patienten vergangenes Jahr 14.663 Mal bei Gutachtern ihrer Krankenkasse. „Die Zahl der begutachteten Behandlungsfehlervorwürfe ist anhaltend hoch – insoweit können wir als Medizinischer Dienst keine Entwarnung geben“, sagt Dr. Stefan Gronemeyer, Leitender Arzt und stellvertretende Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes (MDS). Die Ergebnisse zeigten, dass sich immer mehr Patienten dafür entscheiden, den Weg der Aufklärung zu gehen, wenn sie einen Behandlungsfehler-Verdacht haben. Bei jeder vierten Beschwerde bestätigten die Gutachter laut MDS-Statistik einen Behandlungsfehler. Jeder fünfte Fall beruht unmittelbar auf medizinischem Pfusch oder Nachlässigkeit (siehe Grafik). ■

**Zitat des Monats**

**Wer seine Sozialisation auf sein Smartphone beschränkt, darf sich nicht wundern, wenn er bei einem Netzausfall plötzlich ganz alleine dasteht.**

Sonja Grass, österreichische Schriftstellerin

**INKLUSION**

**Praxen oft nicht behindertengerecht**

Die Gesundheitsversorgung körperlich und geistig behinderter Menschen muss nach Ansicht von Fachleuten besser auf die Bedürfnisse der Betroffenen ausgerichtet werden. So seien viele Arzt- und Zahnarztpraxen nicht barrierefrei. Behinderte Menschen scheiterten dort aber nicht nur an baulichen Unzulänglichkeiten. Häufig seien sie mit für sie unverständlichen Informationen konfrontiert, kritisierten Sachverständige bei einer Anhörung des Bundestags-Gesundheitsausschusses zu einem Antrag der Grünen-Fraktion für eine bessere medizinische Versorgung behinderter Menschen. ■

ses zu einem Antrag der Grünen-Fraktion für eine bessere medizinische Versorgung behinderter Menschen. ■

**MEHR INFOS:**

**Bundestagsdrucksache 18/3155**

**ARBEITSVERDICHTUNG**

**Ärzte kritisieren Klinikreform**

Das Krankenhauspersonal ist nach Einschätzung des Spitzenverbandes der Fachärzte Deutschlands (SpiFa) der große Verlierer der aktuellen Krankenhausreform. „Die Verpflichtung der Länder, die Investitionslücken zu schließen, wird wieder nicht ausreichend angegangen.“ Die Krankenhäuser seien somit weiter gezwungen, die Personalkosten zu senken. Die daraus resultierende Arbeitsverdichtung und der stetig steigende Leistungsdruck auf die Klinikärzte nehme bedenkliche Züge an, warnte SpiFa-Hauptgeschäftsführer Lars Lindemann. ■

**RESISTENZEN**

**Antibiotika-Strategie verabschiedet**

Das Bundeskabinett hat eine neue Deutsche-Antibiotika-Resistenzstrategie (DART 2020) beschlossen. „Wenn Antibiotika nicht mehr wir-

ken, drohen die Behandlungsmöglichkeiten in ein Vor-Penicillin-Zeitalter zurückzufallen“, sagte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe. Krankheiten, die heute gut heilbar seien – wie Blasenentzündungen oder entzündete Operationswunden – könnten dann schwere gesundheitliche Schäden nach sich ziehen. ■

**EPIDEMIOLOGIE**

**Armut erhöht Diabetes-Risiko**

Menschen mit geringem Einkommen tragen nach Angaben der Deutschen Diabetes-Hilfe ein erhöhtes Risiko, an Diabetes Typ 2 zu erkranken. Bei Bewohnern sozial schwacher Regionen liege es um 20 Prozent höher als bei Bewohnern wohlhabender Gebiete, sagte der Vorstandsvorsitzende der Organisation, Professor Dr. Thomas Danne. Seien etwa in Bad Belzig in Brandenburg knapp 14 Prozent der Einwohner an Diabetes erkrankt, seien es im Hamburger Stadtteil Blankenese nur 4,3 Prozent. ■

**ENDOPROTHESEN**

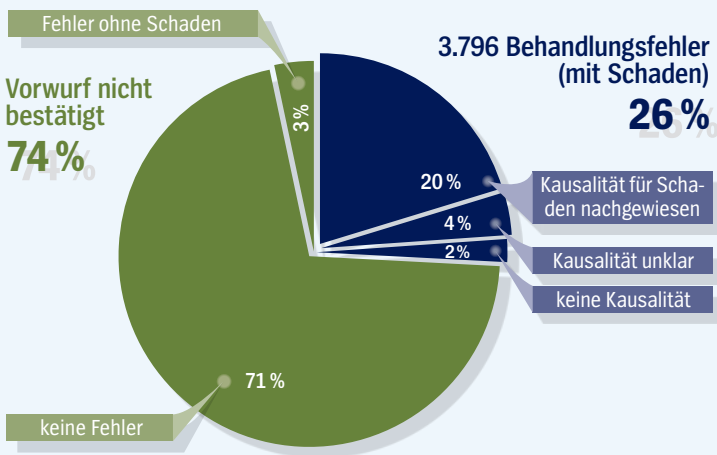
**Mehr Krankenhäuser melden Operationen**

Mehr als 100.000 Operationen sind im Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) dokumentiert. Das Gros davon entfällt auf Eingriffe an der Hüfte (61.000), weitere 47.000 auf Eingriffe am Knie. „Immer mehr Kliniken erkennen den Nutzen des Registers und beteiligen sich daran“, sagte EPRD-Geschäftsführer Professor Dr. Joachim Hassenpflug. ■

**MEHR INFOS:**

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

**Behandlungsfehler: Gutachter bestätigen ein Viertel der Vorwürfe**



Im Jahr 2014 gingen die Gutachter der Medizinischen Dienste der Krankenkassen in 14.663 Fällen einem Behandlungsfehlervorwurf nach. Das ist knapp mehr als im Jahr zuvor mit 14.585 Fällen. Ebenso stieg die Zahl der bestätigten Fehler mit 3.796 Fällen leicht an (2013: 3.687) Quelle: Medizinischer Dienst des GKV-Spitzenverbandes



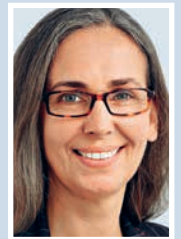
## Physiotherapie ohne Rezept?

Was meinen Sie: Sollen Patienten in Deutschland künftig einen direkten Zugang zum Krankengymnasten haben, wie es ein kürzlich vorgelegtes Papier der Unions-Bundestagsfraktion vorsieht?



**DR. ROY KÜHNE**, Mitglied der Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion: Die Forderung nach einer perspektivischen Zulassung des Direktzugangs der Patienten zum Therapeuten ist als langfristiges Ziel zu sehen. Ein Direktzugang ist nur mit entsprechend qualifizierten Therapeuten möglich. Als Zwischenschritt ist aber die Blankoverordnung anzusehen. Dabei stellt zwar der Arzt weiterhin die Diagnose und überweist den Patienten mit Verordnung an den entsprechenden Therapeuten. Damit wird der spezifischen Fachkenntnis der Therapeuten Rechnung getragen, die den Therapieverlauf der Patienten optimal steuern können. Die Versorgungsqualität lässt sich somit nachhaltig steigern.

**UTE REPSCHLÄGER**, Vorstandsvorsitzende des Bundesverbandes selbstständiger Physiotherapeuten (IFK): Ja. Der international gängige Direktzugang zum Physiotherapeuten dient der Versorgung in mehrfacher Hinsicht: Die Physiotherapie kann schneller beginnen, Schmerzen lassen sich früher lindern und Folgekosten verringern. Das ist wissenschaftlich belegt. Auch ländliche Versorgungslücken lassen sich besser schließen. So sind Physiotherapeuten ebenso wie der Arzt in der Lage, eine Diagnostik durchzuführen und zu erkennen, ob der Patient direkt beim Physiotherapeuten zu behandeln oder ob eine Überweisung zum Arzt nötig ist. Kurzum: Der Direktzugang muss im Selbstzahler-Bereich rasch eingeführt werden. Er kann als Blaupause für alle gesetzlich Krankenversicherten dienen.



**DR. KLAUS REINHARDT**, Präsident der Ärztevereinigung Hartmannbund: Nein. Denn die Kompetenz zur Beurteilung, ob und welche Therapie ein Patient benötigt, besitzt nur der behandelnde Arzt. Im Interesse der Patientensicherheit muss diese Verantwortung auch in den Händen des Arztes bleiben. Da zudem nicht jede Anwendung eines Therapeuten, die der Patient als hilfreich empfindet, auch medizinisch indiziert ist, könnte auch ein Blankorezept zu unnötiger Leistungsausweitung führen. Ein anderer Weg ist der richtige: Durch stärkere Einbeziehung der Heilmittelerbringer kann es gelingen, den Dialog zwischen Ärzten und Therapeuten im Sinne der bestmöglichen Therapie zu fördern.

**RAINER STRIEBEL**, Vorstandsvorsitzender der AOK PLUS: Der Teufel steckt wie immer im Detail. Bisher fehlt jeder valide Nachweis, dass Effekte wie etwa eine bessere Patientenversorgung mittels Direktzugang zur Physiotherapie auch tatsächlich erreichbar sind. Ebenso fehlen Qualitätskriterien dafür. Soll jeder Physiotherapeut ohne Verordnung in Anspruch genommen werden dürfen? Angebot schafft Nachfrage, heißt eine alte Regel. Das kann medizinisch nicht richtig sein. Sinnvoll wäre aus meiner Sicht zuerst eine Bestandsaufnahme: Welche Rolle spielen Arzt und Physiotherapeut? Wirkt die Physiotherapie nur ergänzend oder kann sie mehr? Wenn hierzu belastbare Ergebnisse vorliegen, dann kann man in die Diskussion um einen Direktzugang zum Physiotherapeuten einsteigen.



## ERNÄHRUNG Europäer futtern sich Speck an

Zu viel Kalorien im Essen, zu wenig Bewegung: Die Europäer werden immer dicker. Einem Bericht der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für die Europäische Region in Kopenhagen zufolge wird in manchen europäischen Ländern in 15 Jahren kaum noch jemand



mitteilte, standen vergangenes Jahr 80 Prozent der befragten Bundesbürger einer Organspende positiv gegenüber. 71 Prozent zeigten sich grundsätzlich einverstanden, dass Ärzte ihnen nach ihrem Tod Organe und Gewebe zur Transplantation entnehmen. 2013 lag die Zustimmung bei 68 Prozent. Auf die Frage nach den Motiven gaben 64 Prozent der Befragten an, sie wollten anderen helfen. Jedoch sprachen sich auch zwölf Prozent gegen Organspende aus, da sie den Missbrauch durch Organhandel fürchten. Die Bereitschaft zur Organspende war nach etlichen Skandalen um die Organvergabe an mehreren Universitätskliniken vor drei Jahren stark zurückgegangen. ■

## AQUA-INSTITUT Methodenpapier zur Qualitätssicherung

Das Göttinger AQUA-Institut hat die vierte Auflage seines Methodenpapiers zur gesetzlichen Qualitätssicherung im Gesundheitswesen veröffentlicht. Das Institut, das seit 2009 im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses tätig ist, legt darin Aufgaben und Verfahren im Rahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung offen. Das Methodenpapier wird regelmäßig überarbeitet. Die jeweils aktuelle Version berücksichtigt veränderte Rahmenbedingungen wie etwa rechtliche Neuregelungen oder Praxiserfahrungen. Insbesondere beim Umgang mit Routinedaten und in der Risikoadjustierung seien Fortschritte erzielt worden, hieß es. ■

**MEHR INFOS:**  
[www.aqua-institut.de](http://www.aqua-institut.de)

normalgewichtig sein. Zu befürchten sei eine „Übergewichts-Krise enormer Ausmaße“. Besonders betroffen ist demnach Irland: Hier könnten laut Bericht bis 2030 nahezu alle Erwachsenen übergewichtig sein. In der Untersuchung verglichen die Forscher Daten zu Übergewicht (Body-Mass-Index ab 25) und Fettleibigkeit (BMI ab 30) europäischer Männer und Frauen von 2010 mit Projektionen für das Jahr 2030. ■

## TRANSPLANTATIONEN Bereitschaft zur Organspende steigt

Der Abwärtstrend bei der Bereitschaft zur Organspende scheint gestoppt zu sein: Wie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

## ARZTSUCHE

## Navigatoren in neuem Gewand

Die AOK hat sowohl ihren Krankenhaus- als auch ihren Arztnavigator im Internet umfassend überarbeitet. So lassen sich beide Suchmaschinen ab sofort bequem mit Smartphone oder Tablet-Computer nutzen. Außerdem wurden die Suchfunktion verbessert und die Anzeige der Suchergebnisse vereinfacht. Die AOKs Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Nordost und PLUS veröffentlichen im Arztnavigator künftig zudem Informationen zur Teilnahme von Ärzten an Versorgungsverträgen mit der Gesundheitskasse. ■

## MEHR INFOS:

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

## GRIECHENLAND

## Gesundheitssystem in der Krise

Mit der Schulden- und Finanzkrise in Griechenland gerät das dortige Gesundheitssystem zunehmend in Schieflage. Der deutsche Fachbeauftragte Wolfgang Zöller sprach von großen Defiziten. In seinem Lagebericht an den Gesundheitsausschuss des Bundestages heißt es, die Versorgung der Bevölkerung mit Medikamenten und Medizinprodukten sei unzureichend. Bestimmte hochpreisige Produkte seien nicht verfügbar. Einsparungen würden zu 60 Prozent über Kürzungen und nicht durch Struktur-reformen erreicht. Die Primärversorgung nichtkrankensicherter Griechen – rund 30 Prozent – werde größtenteils von Nichtregierungsorganisationen geleistet. ■

## Köpfe und Karrieren



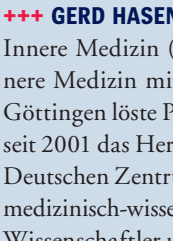
+++ **FRANK ULRICH MONTGOMERY**, 63, ist erneut zum Präsidenten der Bundesärztekammer gewählt worden. Der Radiologie bekleidet dieses Amt seit dem Jahr 2011. Zudem ist Professor Dr. Montgomery Präsident der Ärztekammer Hamburg, Vorsitzender des Marburger Bundes in Hamburg und Oberarzt am Uniklinikum Hamburg-Eppendorf. Als Vizepräsidenten der Bundesärztekammer bestätigt wurden Dr. Martina Wenker, Internistin und Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen, sowie Dr. Max Kaplan, Allgemeinmediziner und Präsident der Bayerischen Landesärztekammer.

+++ **MONIKA STOLZ**, 64, vertritt für weitere vier Jahre als Vorstandsvorsitzende den Bundesverband Katholischer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche (BVRKJ). Die promovierte Medizinerin gehört seit 2001 der CDU-Fraktion des baden-württembergischen Landtages an. Von 2005 bis 2006 war sie Staatssekretärin im Ministerium für Kultur, Jugend und Sport Baden-Württemberg, zwischen 2006 bis 2011 Sozialministerin des Landes sowie Kinderbeauftragte und Beauftragte der Landesregierung für Chancengleichheit von Frauen und Männern.



+++ **KATJA PETROWSKI**, 41, besetzt den neu eingerichteten Lehrstuhl für Präventionsforschung mit dem Schwerpunkt Betriebliche Gesundheitsförderung an der Deutschen Sporthochschule (DSHS) in Köln. Professorin Petrowski ist Psychologin und leitete zuletzt den Forschungsbereich Angst-, Stress- und Bindungsforschung an der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden. Der Lehrstuhl geht auf eine Initiative der AOK Rheinland/Hamburg, der DSHS und des Instituts für Betriebliche Gesundheitsförderung in Köln zurück. Die Forschungsergebnisse sollen dazu beitragen, die Wirksamkeit der Prävention weiter zu erhöhen. Ziel ist es herauszufinden, wie eine Änderung des Lebensstils und des Verhaltens von Menschen möglich ist. Ein besonderes Augenmerk gilt dabei den Effekten, die Präventionskonzepte auf die Gesundheit von Beschäftigten haben.

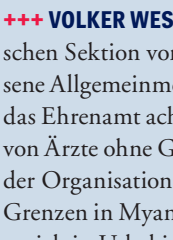
+++ **GERD HASENFUß**, 59, hat den Vorsitz der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) übernommen. Der habilitierte Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie von der Universitätsmedizin Göttingen löste Professor Dr. Michael Hallek ab. Professor Hasenfuß leitet seit 2001 das Herzzentrum Göttingen. Zudem gehört er dem Vorstand des Deutschen Zentrums für Herz-Kreislauf-Forschung an. Die DGIM ist eine medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft. Sie vereint unter ihrem Dach Wissenschaftler und Ärzte, die im Bereich der Inneren Medizin tätig sind.



+++ **VEIT WAMBACH**, 57, leitet weiterhin als Vorstandsvorsitzender die Agentur Deutscher Arztnetze. Der promovierte Facharzt für Allgemeinmedizin und Vorsitzende des Praxisnetzes Nürnberg Nord übernahm dieses Amt erstmals im Juli 2011. Zudem ist er stellvertretender Vorsitzender des NAV-Virchow-Bundes, dem Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands. Als stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Arztnetze-Agentur bestätigt wurde Dr. Carsten Jäger. Die Netzagentur vertritt die Interessen von rund 400 Praxisnetzen in Deutschland.



+++ **VOLKER WESTERBARKEY**, 43, ist neuer Vorstandsvorsitzender der deutschen Sektion von Ärzten ohne Grenzen. Der promovierte und niedergelassene Allgemeinmediziner tritt die Nachfolge von Dr. Tankred Stöbe an, der das Ehrenamt acht Jahre lang ausgeübt hat und sich weiterhin im Vorstand von Ärzten ohne Grenzen engagiert. Dr. Westerbarkey gehört dem Vorstand der Organisation seit 2002 an. Er war seit 2004 mehrmals für Ärzte ohne Grenzen in Myanmar, Mosambik und Simbabwe im Einsatz und engagiert sich in Usbekistan und Jordanien.



+++ **GERD HASENFUß**, 59, hat den Vorsitz der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) übernommen. Der habilitierte Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie von der Universitätsmedizin Göttingen löste Professor Dr. Michael Hallek ab. Professor Hasenfuß leitet seit 2001 das Herzzentrum Göttingen. Zudem gehört er dem Vorstand des Deutschen Zentrums für Herz-Kreislauf-Forschung an. Die DGIM ist eine medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft. Sie vereint unter ihrem Dach Wissenschaftler und Ärzte, die im Bereich der Inneren Medizin tätig sind.



Jacobs  
Kuhlmey  
Greß  
Schwinger

## Pflege-Report 2015

Schwerpunkt:

Pflege zwischen Heim  
und Häuslichkeit

Schattauer

### Neue Reihe

Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmey, Stefan Greß,  
Antje Schwinger (Hrsg.)

## Pflege-Report 2015

Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit

- Wertvolle statistische Informationen zur Versorgung Pflegebedürftiger
- Renommierete Autoren aus der Gesundheits- und Pflegeszene
- Sinnvolle Ergänzung zum Krankenhaus- und Versorgungs-Report
- Hochaktuelle Thematik als umfassende gesellschaftliche Herausforderung

Die Möglichkeiten außerhäuslicher Pflege sind vielfältig: stationäre Einrichtungen oder „Betreutes Wohnen“, Pflege-Wohngemeinschaften, „Demenz-WGs“ etc.

Der Pflege-Report 2015 untersucht das Potenzial dieser Versorgungsformen unter Einbezug von Angehörigen und qualifiziertem Fachpersonal u. a. hinsichtlich

- der Pflegequalität,
- der Gesundheitsförderung und -versorgung sowie
- der sozialen Teilhabe der Pflegebedürftigen.

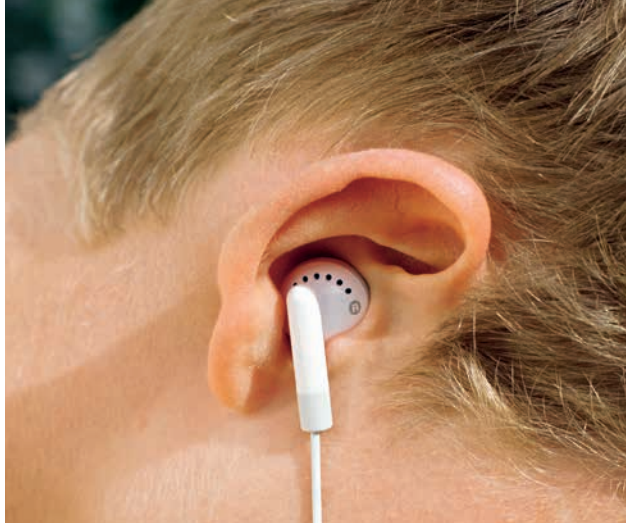
Deutlich wird aufgezeigt, welche rechtlichen, politischen und ökonomischen Barrieren bestehen und zu überwinden sind. Ebenso präsentiert der Report relevante Beispiele und Erfahrungen aus anderen europäischen Ländern. Vorbildliche Praxismodelle sowie eine aussagekräftige Versorgungsstatistik Pflegebedürftiger in Deutschland vervollständigen das Werk.

Eine fundierte Diskussionsgrundlage für alle, die eine optimale Versorgung für alle Pflegebedürftigen anstreben.

2015. 284 Seiten, 40 Abb., 42 Tab., kart.  
€ 54,99 (D) / € 56,60 (A)  
ISBN 978-3-7945-3107-3

## STUDIE Freizeitlärm schädigt das Gehör

Hörstörungen bei Jugendlichen haben sich in den vergangenen 24 Jahren verdoppelt. Neben Umweltlärm sei Freizeitlärm eine der Hauptursachen für den Hörverlust, teilte die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie mit. Jugendliche müssten für gehörschädigenden Freizeitlärm sensibilisiert werden. Die Gesellschaft verweist in diesem Zusammenhang auf die „Ohrkan“-Studie am Uniklinikum Regensburg. Ärzte testeten dafür das Gehör von 2.149 bayerischen Schülern. 85 Prozent gaben an, dass sie tragbare Musikabspielgeräte nutzen. Etwa 22 Prozent verwendeten diese so oft und so laut, dass ein riskanter Musikkonsum von mehr als 80 Dezibel (dB) bei 40 Stunden pro Woche vorlag. Etwa 22 Prozent drehten ihren Player sogar soweit auf, dass die



**Volle Dröhnung:** Fast die Hälfte aller Jugendlichen drehen ihre Musikabspielgeräte zu weit auf.

Lärmbelastung 85 dB über 40 Stunden pro Woche überstieg. Zur Einordnung: Für Wohngebiete gilt ein Grenzwert von 65 dB am Tag und 57 dB in der Nacht als gesundheitsgefährdend. ■

## PRAXISOFTWARE Schnittstelle für Hausarztverträge

Die AOK-Tochtergesellschaft gevko baut ihre Marktposition aus: Die Deutsche BKK setzt ihren Hausarztvertrag in

Niedersachsen mithilfe der S3C-Schnittstelle der gevko GmbH um. Der Vertrag startet zum 1. Juli. „Wir wollen durch den IT-Standard, den uns die S3C-Schnittstelle bietet und der mittlerweile in den meisten Praxisverwaltungssystemen vorhanden ist, optimale Voraussetzungen für die beste Versorgung schaffen“, sagte der Vorstandsvorsitzende der Deutschen BKK, Achim Kolanoski. Die S3C-Schnittstelle bietet laut gevko-Geschäftsführer Professor Dr. Guido Noelle

den umfassendsten im Markt erhältlichen Funktionsumfang für Versorgungsverträge. Bislang hat die gevko 21 Verträge auf Basis der S3C-Schnittstelle veröffentlicht. „Mit weiteren Kassen und Ärzteorganisationen sind wir aktuell im Gespräch“, so Noelle. ■

## UMFRAGE Ältere sind offen für neue Wohnformen

Jeder zweite 50- bis 80-Jährige findet neue Wohn- und Versorgungsformen im Pflegefall ansprechend. Das zeigt eine repräsentative Umfrage im aktuellen Pflege-Report des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiO). Demnach steht rund die Hälfte der Befragten „Betreutem Wohnen“ oder dem Leben im „Mehrgenerationenhaus“ abgeschlossen gegenüber. Zwei von fünf Befragten sehen in „Senioren-WGs“ oder in einer guten „24-Stunden-Pflege“ im heimischen Umfeld eine attraktive Perspektive. ■

## SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH

### „Telematik-Infrastruktur für Patienten nutzbringend einsetzen“



Das Bundeskabinett hat das eHealth-Gesetz verabschiedet. Nach der Sommerpause berät das Parlament darüber. Dazu Fragen an **Alexander Schirp**, alternierender Verwaltungsratsvorsitzender der AOK Nordost.

**G+G:** Mit dem eHealth-Gesetz will die Regierung Tempo machen, um die Telematikinfrastruktur voranzubringen. Glauben Sie dran?

**SCHIRP:** Die Krankenkassen wünschen sich seit Langem, dass die technische Infrastruktur ausgebaut und die elektronische Gesundheitskarte nutzbringend für die Patienten eingesetzt wird. Ich denke da etwa an Medikationspläne oder Notfalldaten der Versicherten. Warum soll Digitalisierung im Gesundheitswesen nicht möglich sein, in anderen Lebensbereichen ist es doch auch selbstverständlich.

**G+G:** Die Regierung setzt auf Fristen, um den Ausbau zu beschleunigen, und baut mit Sanktionen Druck auf. Ist das der richtige Weg?

**SCHIRP:** Sollte das auf die Kassen abzielen, trifft es die Falschen. Wenn das Gesetz Fristen einführt, müssen diese auch technische Möglichkeiten der Industrie und zeitaufwendige Sicherheitsüberprüfungen des Datenschutzes berücksichtigen. Allein die Kassen unter Druck zu

setzen, reicht nicht. Zudem sind finanzielle Anreize für die Leistungserbringer an mancher Stelle kritisch zu hinterfragen: Anachronistisch sind etwa Extra-Vergütungen für das digitale Einlesen von Entlassbriefen. Der Umstieg von papierbasierten auf digitale Abläufe sollte im eigenen, sprich kostensparenden Sinne der Arztpraxen sein.

**G+G:** Die Kassen scheinen nicht gerade Vorreiter der digitalen Revolution zu sein. Oder täuscht der Eindruck?

**SCHIRP:** Gesundheitsdaten sind hochsensible Daten. Datenschutz steht mit an erster Stelle. Das ist auch das Credo bei unserem digitalen Präventionsangebot „AOK mobil vital“. Sportliche und technisch affine Versicherte können über eine Smartphone-App Aktivitäten wie Joggen oder Schlafgewohnheiten aufzeichnen und auswerten. Sportliche Erfolge können sich die Versicherten auf digitalem Wege künftig im Prämienprogramm der AOK Nordost anrechnen lassen.

## Blockade und Lethargie

Die gemeinsame Selbstverwaltung hat ihre Gestaltungskraft für das Gesundheitswesen verloren, meint **Helmut Laschet**. Eine Ursache sieht er in der Zerstrittenheit der Ärzteschaft.



**NACH DER SCHLUSSRUNDE** der Beratungen zum Versorgungsstärkungsgesetz lässt eine Entscheidung des Gesetzgebers aufhorchen: Es ist die Aufwertung der drei unparteiischen Mitglieder im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA), insbesondere von dessen Vorsitzenden Josef Hecken. Die Amtszeit der Unparteiischen, bislang auf eine Periode begrenzt, lässt sich nun verlängern. Vor allem aber werden deren Gestaltungs Kompetenzen gestärkt. Das relativiert die Bedeutung der sogenannten Bänke im GBA, das heißt der Reihen von Krankenkassen, Ärzten und Kliniken.

Warum das? Wäre der Gesetzgeber mit der Arbeit der Selbstverwaltung zufrieden, bräuchte er nicht zu handeln. Tatsächlich hat sich das System in Selbstblockaden festgefahren: eHealth und Telemedizin, Schritte gegen Unterversorgung auf dem Land, Integration neuer Leistungen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab, der maßgeblich für die Honorare niedergelassener Mediziner ist.

Ursächlich ist die Selbstamputation vor allem der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Aus eigener Kraft ist die KBV nicht in der Lage, drängende Projekte voranzubringen. Die Blockaden liegen innerhalb des Systems und bei den agierenden Personen: nicht auflösbare Spannungen zwischen KBV und Kassenärztlichen Vereinigungen in den Ländern, überkommenes Denken in Hausarzt-Facharzt-Konflikten, gegenseitiges Misstrauen in der KBV-Führungsspitze. Die Folge ist eine Serie außerordentlicher Vertreterversammlungen, die sich mit internen Konflikten und Personalquerelen beschäftigt.

Zur Handlungsunfähigkeit der Organisationen der Vertragsärzte gesellt sich die Lethargie im Kammersystem. Die Entscheidungen des diesjährigen Ärztetages begrenzten sich auf das Erledigen von Regularien, diesmal die Wiederwahl von Präsident Frank Ulrich Montgomery. Jenseits dieser Regularien war der Ärztetag geprägt von Schaufensterdebatten und Beschlüssen mit rein appellativem Charakter. Im Grunde ist das Selbstverwaltung im engen Wortsinne – also ohne Gestaltungskraft. Charakteristisch dafür ist der Beschluss des Gesetzgebers, aus den Fördermitteln für die allgemeinmedizinische Weiterbildung fünf Prozent für die inhaltliche und organisatorische Koordination, angebunden an die allgemeinmedizinischen Lehrstühle, zu reservieren. Und warum? Weil die Kammern es nicht schaffen. Die Selbstverwaltung hat sich in Blockaden festgefahren. ■

Die Selbstverwaltung hat sich in Blockaden festgefahren.

Zur Handlungsunfähigkeit der Organisationen der Vertragsärzte gesellt sich die Lethargie im Kammersystem. Die Entscheidungen des diesjährigen Ärztetages begrenzten sich auf das Erledigen von Regularien, diesmal die Wiederwahl von Präsident Frank Ulrich Montgomery.

Jenseits dieser Regularien war der Ärztetag geprägt von Schaufensterdebatten und Beschlüssen mit rein appellativem Charakter. Im Grunde ist das Selbstverwaltung im engen Wortsinne – also ohne Gestaltungskraft. Charakteristisch dafür ist der Beschluss des Gesetzgebers, aus den Fördermitteln für die allgemeinmedizinische Weiterbildung fünf Prozent für die inhaltliche und organisatorische Koordination, angebunden an die allgemeinmedizinischen Lehrstühle, zu reservieren. Und warum? Weil die Kammern es nicht schaffen. Die Selbstverwaltung hat sich in Blockaden festgefahren. ■

**Helmut Laschet** ist stellvertretender Chefredakteur der „Ärzte Zeitung“ (SpringerMedizin).

### AOK-KINDERTHEATER Henrietta sucht Ordnung im Weltall

Kinder zwischen sechs und zehn Jahren strömen in Zweierreihen ins Theater in Hannover, legen ihre Rucksäcke ab und nehmen nacheinander die Plätze im Saal ein. Sie lachen, rufen und winken Maskottchen Jolinchen zu.



Bühne frei für Henrietta und Quassel: In Hannover waren vier Vorstellungen ausgebucht.

Der Moderator lädt ein zu „Henriettas Reise ins ...“ und 600 Mädchen und Jungen brüllen „Weltall“. Als Henrietta die Bühne betritt, kehrt sofort Stille ein. Der Star des AOK-Kindertheaters, seit 2007 unterwegs und nun wieder zur bundesweiten Tournee durch 20 Städte aufgebrochen, soll im inzwischen dritten Stück der Reihe aufräumen. Und hat keine Lust dazu. Als ihr Vater dennoch darauf besteht, die Hausaufgaben einfordert und trotzdem keine Zeit für Henrietta hat, startet sie mit Freund Quassel – ein sprechender Kochlöffel – auf den Mond. Bei „Henriettas Reise ins Weltall“ geht es um Regeln, die Familien aufstellen, und was Kinder davon haben. Die Idee dafür ergab sich aus der AOK-Familien-

studie 2014. Sie zeigte, dass Kinder einen gut funktionierenden Familienalltag brauchen, um gesund aufzuwachsen. Was Eltern und Kinder im Zusammenleben für ihr eigenes Wohlbefinden tun können, ist deshalb das Thema des AOK-Kindertheaters 2015. Henrietta und Quassel finden auf ihrer Odyssee eine Vielfalt von Lebensmodellen: Vom kuscheligen Schmuddel-Haushalt der Zottels bis zur blitzblanken Ödnis von Tipp und Topp. Die Sympathien sind weder in der Stückkonzeption noch in der Resonanz der Kinder eindeutig verteilt. Am Schluss ist nur eines klar: Familie ist dort, wo man sich wohlfühlt. Henrietta will zurück zu Mutter und Vater. Die kleinen Hannoveraner klatschen und jubeln. Ein Steppke, der stehend in Reihe 20 das Spektakel verfolgt, verkündet: „Sowas Lustiges habe ich überhaupt noch nicht gesehen.“ ■

**MEHR INFOS:**  
[www.aok-kindertheater.de](http://www.aok-kindertheater.de)

### ÄRZTE-KAMPAGNE Infos übers Impfen

Masern sind in Deutschland noch immer Thema. Die Kinderkrankheit trifft in mehr als der Hälfte aller Fälle Jugendliche und Erwachsene, die nicht oder nicht ausreichend geimpft sind. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztlichen Vereinigungen haben daher eine Info-Kampagne gestartet. Mit Karten im Pop-Art-Stil können Ärzte im Wartezimmer Patienten für das Thema sensibilisieren. Zusätzlich gibt es Broschüren über die Nachholimpfung bei Erwachsenen sowie den Impfschutz bei Kindern. ■

# Durchblick im Info-Dschungel

Mehr wissen und den Stand der medizinischen Forschung kennen – mithilfe neuer Faktenboxen können sich Patienten und Ärzte online informieren, welche Therapien nützlich, überflüssig oder gar risikoreich sind. **Von Kai Kolpatzik**

**Masern, Mumps, Röteln** – soll ich mein Kind dagegen impfen lassen? Schützt Vitamin D vor Knochenbrüchen? Nutzt Röntgen bei unspezifischen Rückenschmerzen? Kann ich mich mit zusätzlichem Selen vor Krebs schützen? Was bringt ein jährlicher Ultraschall zur Früherkennung von Eierstockkrebs? Auf solche Fragen suchen viele Menschen Antworten. Wer im Internet beispielsweise bei Google nach dem Begriff Gesundheit sucht, bekommt über 177 Millionen Treffer. Ob die dort zu findenden Informationen verlässlich und qualitätsgesichert sind, ist für den Laien aber kaum abzuschätzen.

**Vielen fehlt Gesundheitswissen.** Eine Umfrage des AOK-Bundesverbandes und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDo) vor knapp einem Jahr hatte ergeben, dass bei fast 60 Prozent der gesetzlich Krankenversicherten die Gesundheitskompetenz und damit die Fähigkeit zur Gesunderhaltung und Krankheitsbewältigung „problematisch“ bis „unzureichend“ ist (siehe *Kasten „Lese- und Webtipps“*). Damit schneiden die Deutschen im europäischen Vergleich unterdurchschnittlich ab. Mehr als ein Viertel der Versicherten findet es sehr kompli-



Schauen, was dahintersteckt: Faktenboxen liefern Patienten und Ärzten wissenschaftlich fundierte Informationen.

ziert, gesundheitsrelevante Infos zu finden. Fast ein Drittel hat Schwierigkeiten, entsprechende Medieninformationen zu verstehen. Zwei Drittel haben Probleme dabei, die Vertrauenswürdigkeit der Gesundheitsinformationen einzuschätzen. Und ein Viertel ist kaum in der Lage, Arztinformationen eigenverantwortlich umzusetzen.

Bislang fehlte eine einfache, knappe, laienverständliche und zugleich qualitätsgesicherte Darstellung der Informationen. Diese Lücke schließen nun die Faktenboxen, die der AOK-Bundesverband, das Max-Planck-Institut für Bildungsforschung und das Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Rostock entwickelt haben.

**Studien verständlich aufbereitet.** Die Faktenboxen fassen die wesentlichen Aspekte klinischer Evidenz in einfacher tabellarischer oder grafisch unterstützter Form zusammen und vergleichen beispielsweise eine Gruppe von Menschen, die eine bestimmte Behandlung erhalten hat, mit einer Gruppe ohne Behandlung. Grundlage sind wissenschaftliche Studien zu Nutzen und Risiken von Therapien, die für Laien oftmals nicht verständ-

lich sind. Ähnlich wie „Produktsteckbriefe“, zum Beispiel von Elektrogeräten, bieten die neuen Faktenboxen wichtige Information zum Nutzen und Risiko einer Behandlung.

Ursprünglich stammt die Idee aus den USA. Dort haben die Forscher Lisa Schwartz und Steven Woloshin für den Arzneimittelbereich Faktenboxen entwickelt. Sie konnten in Studien nachweisen, dass Patienten die Boxen gut verstehen und annehmen. Faktenboxen sind in ObamaCare verankert. Konkrete Veröffentlichungen haben jedoch starke Lobbyverbände verhindert.

**Mit elf Faktenboxen gestartet.** Die von AOK-Bundesverband, Max-Planck-Institut für Bildungsforschung und der Universitätsmedizin Rostock entwickelten Faktenboxen sind nach einem einfachen Frage-Antwort-Prinzip aufgebaut und geben den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung wieder. Auch stellen sie Leistungen der AOK für ihre Versicherten dar. Aktuell gibt es elf Faktenboxen – weitere sind geplant:

- Impfen: Grippeimpfung für Ältere und chronisch Kranke, Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln,

## Lese- und Webtipps

- Kostenloser Download der einzelnen Faktenboxen unter [www.aok.de/faktenboxen](http://www.aok.de/faktenboxen)
- WiDoMonitor 2/2014: **Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz.** Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativumfrage unter GKV-Versicherten. Kostenloser Download unter [www.wido.de](http://www.wido.de) > Publikationen > WiDoMonitor > Gesundheitskompetenz
- Kai Kolpatzik: **Health Literacy – Lücken beim Gesundheitswissen**, in: G+G 7-8/2014, Seite 26–30.

- Nahrungsergänzungsmittel: Vitamin D und Selen,
- Individuelle Gesundheitsleistungen: Früherkennung von Eierstockkrebs durch eine jährliche Ultraschalluntersuchung sowie Stoßwellentherapie beim Tennisarm,
- bildgebene Verfahren: Röntgen bei allgemeinen Schmerzen im unteren Rücken,
- Leistungen: Kinderkrankengeld und kieferorthopädische Leistungen.

**Populäre Irrtümer ausgeräumt.** Mit diesen Faktenboxen können sich Ratsuchende schnell und effektiv über viele Themen rund um die medizinische Versorgung informieren. Zum Beispiel erfahren Frauen, dass ein jährlicher Ultraschall zur Früherkennung von Eierstockkrebs keinen nachweisbaren Nutzen für sie bringt, aber erhebliche Schäden verursachen kann (siehe Abbildung „Eierstock-Ultraschall: Selbstzahlerleistung mit Risiko“). Senioren und chronisch Kranke können erkennen, dass die Impfung gegen Grippe – entgegen oft öffentlich vorgebrachter Skepsis – sehr wohl einem schweren Verlauf der Grippe vorbeugen kann. Über die stark beworbenen Nahrungsergänzungsmittel ist nachzulesen, dass zusätzlich eingenommenes Vitamin D weder Krebs noch Herz-Kreislauf-Erkrankungen verhindert, aber in Kombination mit Kalzium zu Magen-Darm-Erkrankungen führen kann.

**Faktenboxen erweitern Info-Angebote.** Die mit unabhängigen Wissenschaftlern erarbeiteten Faktenboxen mit kompakten, evidenzbasierten, laienverständlichen und visualisierten Informationen zum

Nutzen und Risiko von gesundheitsbezogenen und medizinischen Maßnahmen stellen ein modernes digitalisiertes Angebot dar, das die Gesundheitskompetenz der Menschen steigert. Es setzt die Reihe der bereits bestehenden Informationsangebote der Gesundheitskasse wie die AOK-Navigatoren zu Ärzten, Krankenhäusern oder Pflege, die Entscheidungshilfen, beispielsweise zur Impfung gegen Humane Papillomaviren (HPV) sowie die AOK-Apps fort.

**Tests belegen Wissenszuwachs.** Dass das neue Informationsangebot hilfreich ist, belegen erste Evaluationsergebnisse. So konnte bei Testpersonen nach der Lektüre der Faktenboxen ein signifikanter Wissenszuwachs festgestellt werden. Auch bei der Risikoeinschätzung zeigte sich, dass sie seltener gewillt waren, bestimmte Früherkennungsuntersuchungen durchführen zu lassen, weil der Schaden einer solchen Behandlung für sie den Nutzen überwog.

**Auf Augenhöhe mit dem Arzt.** Insgesamt ist mit den Faktenboxen ein neues, transparentes und leicht zugängliches Informationsformat entstanden, mit dem der Patient auf Augenhöhe in das Arzt-Gespräch gehen kann. Auch die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft überlegt, dieses Format einzuführen, um den Nutzen neuer Arzneimittel zu erläutern, erklärte ihr Vorsitzender Professor Dr. Wolf-Dieter Ludwig bei der Vorstellung der ersten elf

Faktenboxen Ende Mai auf der Pressekonferenz in Berlin.

**Gut informierte Patienten gewünscht.** Professor Dr. Attila Altiner, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Rostock und Vorstandsmitglied der Gesellschaft der Hochschullehrer für Allgemeinmedizin, sieht einen hohen Nutzen für den medizinischen Alltag: „Die Faktenboxen sind ein Gewinn für Patienten und Ärzte. Wir Allgemeinmediziner wünschen uns gut informierte Patienten, um gemeinsam die jeweils beste Behandlungsentscheidung zu treffen. Die Faktenboxen unterstützen unsere Arbeit dabei, indem sie mit sehr gut aufgearbeiteten Informationen Patienten in die Lage versetzen, bei immer mehr wichtigen Themen ganz gezielt nachzufragen. Gleichzeitig unterstützt die Art und Weise der Wissensvermittlung ratsuchende Menschen dabei, sich im Dickicht der Medizin-Informationen besser zurechtzufinden.“ ■

**Kai Kolpatzik, MPH,** leitet die Abteilung Prävention im AOK-Bundesverband.  
**Kontakt: Kai.Kolpatzik@bv.aok.de**

### Eierstock-Ultraschall: Selbstzahlerleistung mit Risiko

Die Faktenbox zur Früherkennung von Eierstockkrebs informiert Frauen darüber, welchen Nutzen und welche Risiken ein jährlicher Ultraschall hat. Die absoluten Zahlen zeigen: Die Sterblichkeitsrate bei den Frauen ohne Ultraschalluntersuchung ist genauso hoch wie bei den Frauen mit Früherkennung durch Ultraschall (jeweils drei je 1.000 Frauen). Von 1.000 Frauen ohne Früherkennung durch Ultraschall erhielten fünf die Diagnose Eierstockkrebs. Bei den Frauen mit Ultraschalluntersuchung waren es sechs. Auffällige Befunde gab es je 1.000 Frauen ohne Früherkennung keine; bei Frauen mit Früherkennung waren es 102 je 1.000. Auffällige Ultraschalle sind fast immer Fehlalarme. Auch zusätzliche Bluttests können Eierstockkrebs selten aufdecken. Oft folgen unnötige Eierstock-Entfernungen mit weiteren Nebenwirkungen. Von 100 auffälligen Tests hatten nur sechs Frauen Eierstockkrebs. Bei den 94 Fehlalarmen wurden 31 Frauen die Eierstöcke unnötigerweise entfernt. In fünf Fällen kam es zu schweren Nebenwirkungen und Komplikationen.

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

AOK-Faktenbox

**Eierstockkrebs-Früherkennung:**  
 Was bringt mir ein jährlicher Ultraschall zur Früherkennung?

**Kein Nutzen: Jährliche Ultraschalluntersuchungen verringern nicht das Risiko, an Eierstockkrebs zu sterben.**

	ohne Früherkennung	mit Früherkennung durch Ultraschall und Bluttest
Untersuchte Frauen	je 1.000	je 1.000
Auffällige Befunde	–	102
Diagnose Eierstockkrebs	5	6
Tod durch Eierstockkrebs	3	3

**Erheblicher Schaden: Auffällige Ultraschalle sind fast immer Fehlalarme, die auch zusätzliche Bluttests selten aufdecken. Oft folgen unnötige Eierstock-Entfernungen mit weiteren Nebenwirkungen.**

100 Frauen mit auffälligem Ultraschall und Bluttest

6 Diagnosen Eierstockkrebs

94 Fehlalarme verbunden mit unnötigen Ängsten und Folgeuntersuchungen

davon: 31 unnötige Entfernungen der Eierstöcke

davon: 5 Fälle mit schweren Nebenwirkungen und Komplikationen

Erläuterungen und Quellen

PDF-Download

Max-Planck-Institut für Bildungsforschung  
Max Planck Institute for Human Development

# Leitplanken für mobile Gesundheit

Aktivitäten, Blutzucker, Puls – immer mehr Menschen vermessen sich digital und liefern massig Daten über ihre Gesundheit. Welche Chancen und Risiken mit Big Data verbunden sind, diskutierten Experten auf einer Tagung des Deutschen Ethikrates. **Von Ines Körver**

**Wer Diabetes hat**, muss oft sein ganzes Leben umkrempeln. Wie praktisch, wenn ihm die moderne Medizin ein Gerät bietet, das beispielsweise den Blutzuckerspiegel in regelmäßigen Abständen misst und die Insulinzufuhr steuert. So nimmt er die Krankheit kaum noch wahr. Doch der Komfort hat seinen Preis. Denn das Gerät produziert massenhaft Daten, die nicht nur sinnvoll genutzt, sondern auch gehackt und missbraucht werden können.

Das Sammeln und Speichern persönlicher Gesundheitsdaten, ihre Verknüpfung und Nutzung wirft zahlreiche Fragen auf, die rund 500 Teilnehmer der Jahrestagung „Die Vermessung des Menschen – Big Data und Gesundheit“ des Deutschen Ethikrates in Berlin diskutierten: Wie digital soll unsere Gesundheitsversorgung werden? Welche Daten sind dafür überhaupt relevant? Bringt Big Data Freiheit, etwa indem sich Patienten Arztbesuche und Mediziner Patientengespräche ersparen, weil Computer Messergebnisse an den Doktor übermitteln, der sie dann auswertet und die Therapie bei Bedarf aus der Ferne anpasst? Oder beraubt uns die Digitalisierung unserer Privatheit? Ist Gesundheit das höchste Gut oder hat nicht eher das Priorität, was jeder für sich unter einem guten Leben versteht?

**Europa will Datenschutz regeln.** Auch wenn manche Diskutanten die Ansicht vertraten, Big Data sei nur ein Hype, so wurde rasch klar: „Wir leben mitten in

der digitalen Revolution“, wie Günther Oettinger, EU-Kommissar für Digitale Wirtschaft und Gesellschaft, erklärte. Er stellte Initiativen der Europäischen Kommission wie die geplante Datenschutz-Grundverordnung vor, die weit über das Gesundheitswesen hinausgehen und sicherstellen sollen, dass Europa den digitalen Strategien insbesondere der USA

**Die Gesellschaft muss klären, welche Daten sie erheben will und was damit passieren soll.**

und Chinas etwas entgegenzusetzen hat. „Die USA setzen auf Big Data, um ihren wirtschaftlichen Vorsprung abzusichern“, so Oettinger. Und Frank Rieger vom Chaos Computer Club ergänzte: „China nutzt es zur Überwachung und Beeinflussung der Menschen.“ Er meinte: „Wir sind in Europa an einem Entscheidungspunkt. Wir arbeiten schon eine Weile mit Big Data und müssen jetzt dringend klären, was wir wollen, was wir für gut und richtig befinden. Gesundheitsdaten sind besonders heikel, weil sie unmittelbar das Selbst berühren.“

**Ethischer Konsens muss her.** Angesichts international agierender Großkonzerne kann nicht jeder für sich bestimmen, wie er zu fundamentalen Datenfragen steht. Vielmehr müssen sich die Europäer einigen, erklärte Professor Peter Dabrock, stellvertretender Vorsitzender des Deutschen Ethikrates. „Wir brauchen hier eine Sozialethik, keine Individualethik.“ Dass die Amerikaner mit Big Data so anders

umgehen als die Europäer, führte Professor Dabrock darauf zurück, dass Europa stärker vom Kantischen Freiheitsbegriff und die USA stärker von den Vorstellungen der Utilitaristen geprägt seien. Bei Kant geht es vor allem darum, nach selbsterhobenen Prinzipien entscheiden zu können, der Utilitarismus hingegen strebt nach dem größten Glück für die größtmögliche Zahl von Menschen.

**Maschinen ermitteln Zusammenhänge.**

Thematisiert wurde bei der Tagung des Deutschen Ethikrates auch, dass Big Data nicht nur die Gesellschaft, sondern auch das Bild von Wissenschaften wie der Medizin verändert. Aufgrund der Tatsache, dass Maschinen Datenmengen bewältigen, die Menschen ohne Hilfsmittel nicht auswerten können, lassen sich nun Zusammenhänge etwa zwischen Ernährung und Erkrankung zeigen, die sonst nie aufgefallen wären. Das bedeutet aber zweierlei. Erstens: Der Trend geht von Kausalitäten (Ursache und Wirkung) hin zu (komplexen) Korrelationen. Zweitens: Der Mensch ist beim Akt der Erkenntnisgewinnung unter Umständen gar nicht mehr dabei.

Am Ende hatten viele Diskutanten das Gefühl, die Probleme nur gestreift zu haben und den Dialog fortführen zu wollen. Wie gut, dass der Deutsche Ethikrat das Thema beim Global Ethics Summit im März nächsten Jahres vertiefen will. Der findet in den USA statt. Dort wurde bereits diskutiert, ob man Versicherten im Rahmen von ObamaCare subkutane Chipkarten zur Datenübertragung implantieren sollte. ■

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

*Siehe auch den Beitrag „Gesundheit unter Selbstkontrolle“ auf Seite 20–27.*

## Webtipps

Audioprotokolle der Vorträge gibt es unter [www.deutscher-ethikrat.de](http://www.deutscher-ethikrat.de) > Veranstaltungen > Jahrestagungen > Die Vermessung des Menschen – Big Data und Gesundheit



# Kommunen vor der Bewährungsprobe

Die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland nimmt rasant zu. In manchen Regionen liegen die Steigerungsraten bei 50 Prozent und mehr. Auf die Gemeinden kommt damit ein hartes Stück Arbeit zu. **Von Thomas Hommel**

**Die Versorgungslücke** in der Pflege, konstatierte unlängst die Bertelsmann-Stiftung in einem Ausblick auf das Jahr 2030, bringe insbesondere für die Kommunen große Herausforderungen mit sich. Berechnungen der Wissenschaftler zufolge steigt die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland in den nächsten 15 Jahren um rund 50 Prozent – von heute 2,6 Millionen auf mehr als fünf Millionen.

Allerdings stellt sich die Situation in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich dar. So weisen die Prognosen für Bremen im Zeitraum 2009 bis 2030 ein Wachstum der Zahl der Pflegebedürftigen von 28 Prozent aus, während die Wachstumsrate für Mecklenburg-Vorpommern mit 56 Prozent fast doppelt und für Brandenburg mit 72 Prozent mehr als 2,5-mal so hoch ist. Auf kommunaler Ebene sind die Unterschiede noch krasser: Hier reicht der Anstieg der Pflegebedürftigkeit von 14 Prozent im Landkreis Goslar bis zu über 100 Prozent in den Landkreisen München und Oberhavel.

Am Thema Pflege kommen die Kommunen demnach nicht vorbei. Eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe hat daher Empfehlungen vorgelegt, wie die Gemeinden ihrer Aufgabe gerecht werden können. Bei den Diskussionen ging es primär um Strukturen, die es pflegebedürftigen Menschen ermöglichen, so lange wie möglich in der vertrauten häuslichen Umgebung zu leben.

**Beratungsangebote bündeln.** Handlungsbedarf sieht die Arbeitsgruppe vor allem bei der Koordination von Aufgaben zwischen den Kommunen und den Pflegekassen. Modellprojekte sollen hierzu neue Ideen bringen. Dazu zählt etwa das von den kommunalen Spitzenverbänden entwickelte Konzept der „Modellkommune Pflege“. Die Kommunen sollen

danach alle Beratungsangebote zu Leistungen der Pflegeversicherung sowie zu weiteren Sozialleistungen wie der Altenhilfe, der Hilfe zur Pflege oder der Nutzbarkeit öffentlicher Verkehrsmittel unter einem Dach bündeln. Das erleichtere es Betroffenen, sich zu informieren.

Außerdem soll es den Kommunen möglich sein, Pflegestützpunkte zu initiieren, in denen Pflegebedürftige und Angehörige Beratung und Hilfe einholen können. Bislang werden die Anlaufstellen von den Pflegekassen auf Initiative eines Bundeslandes ins Leben gerufen.

**Fehlversorgung korrigieren.** Eine kommunale Strukturplanung kann nach Ansicht von Bund und Ländern helfen, die Pflegelandschaft vor Ort an die Bedürfnisse der Menschen anzupassen. Dadurch erhielten die Kommunen die Chance, Unter- oder Überversorgung zu korrigieren und mit passenden Angeboten auf den Pflegebedarf zu reagieren. Dazu sollen die Länder unter Beteiligung der Kommunen Gremien bilden, die Empfehlungen zur bedarfsgerechten Versorgung formulieren. Die Pflegekassen sollen die Empfehlungen in ihre Vertragsverhandlungen mit den Pflegeanbietern einbeziehen.

Bislang hätten die Kommunen nur begrenzt Möglichkeiten, um Pflege vor Ort zu gestalten, sagte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe. Hessens Sozialminister Stefan Grüttner betonte, sein Land sei bereits seit 2014 dabei, Pflegestützpunkte zu Gesundheitsstützpunkten auszubauen. Die rheinland-pfälzische Sozialministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler nannte das Papier einen deutlichen Schritt in die richtige Richtung. Sie hätte sich aber „noch etwas mehr Mut“ gewünscht, um den Gemeinden noch mehr Kompetenzen zu geben.



Bank im Grünen: Der demografische Wandel fordert die Kommunen heraus.

**Doppelstrukturen vermeiden.** Der AOK-Bundesverband begrüßte die Empfehlungen vom Grundsatz her. „Es ist richtig, die Kommunen beim Thema Pflege stärker in die Pflicht zu nehmen“, sagte die Abteilungsleiterin für Pflege, Nadine-Michèle Szepan. Der „goldene Weg“ dorthin liege aber nicht darin, die Kompetenzen der Kranken- und Pflegekassen einfach auf die Kommunen zu verlagern.

Deren Aufgabe sei es, für eine funktionierende Pflegeinfrastruktur vor Ort zu sorgen. Angebote zu Beratung, Schulung und Entlastung bei Pflege wiederum seien originäre Aufgaben der Pflegekassen. „Das muss auch so bleiben. Der Aufbau von Doppelstrukturen und Inselösungen jedenfalls ist kontraproduktiv und unbedingt zu vermeiden“, betonte Szepan.

Wichtig und richtig sei es, dass sich die Arbeitsgruppe aus Bund und Ländern darauf verständigt habe, auch für pflegende Angehörige einen gesetzlichen Anspruch auf Beratungsleistungen zu schaffen. Für dieses Anliegen habe sich die AOK zuletzt beim Deutschen Pflegetag 2015 im März eingesetzt. ■

# Gesundheit ist keine Handelsware

Ohne Hindernisse Dienstleistungen und Waren anbieten können – darüber verhandeln die Europäische Union mit Australien, Kanada und den USA. Die Krankenversicherung aber muss geschützt bleiben. Andernfalls zahlt Europa drauf. **Von Nils Franke**

**Medikamente, Medizinprodukte** und mehr: Das Gesundheitswesen ist ein großer Wirtschaftsfaktor. Internationale Unternehmen wollen ihre Waren ohne Restriktionen verkaufen. Die zwischen der Europäischen Union (EU), Kanada, USA und weiteren Staaten zurzeit verhandelten Freihandelsabkommen sollen dies ermöglichen (*siehe Kasten*). Die angestrebten Verträge könnten sich erstmals direkt auf das hiesige Gesundheitswesen auswirken.

Ein wesentlicher Streitpunkt sind die in der Investorenschutzregelung vorgesehenen Schiedsgerichte. Diese sollen über Schadensersatzansprüche von Firmen gegen die Vertragsstaaten entscheiden können, ohne dass es möglich ist, die Urteile durch unabhängige Gerichte überprüfen zu lassen. Erhebliche Schadensersatzzahlungen von Staaten an die Industrie könnten die Folge sein. Beispiele bieten Handelsabkommen anderer Staaten. So klagt etwa der Tabakkonzern



Philip Morris gegen Australien wegen der Einführung des „Plain Packaging“, dem Verbot von Firmenlogos und anderer markenbezogener Gestaltung auf Zigarettenpackungen. Weiteres Beispiel: Der Pharmariese Ely Lilly klagt gegen Kanada und fordert Schadensersatz in Höhe von 500 Millionen Euro. Dortige Gerichte hatten zwei Arzneimittel-Patente für ungültig erklärt, weil der darin versprochene Nutzen nicht nachgewiesen wurde.

„Das Problem ist nicht so sehr, dass Firmen klagen, sondern die Klagen vor (privaten) Handelsgerichten meistens unter Ausschluss der Öffentlichkeit und ohne Berufungsmöglichkeit entschieden werden sollen. Dabei geht es oft um Hunderte Millionen Euro Schadensersatz“, sagt der Vertreter des AOK-Bundesverbandes in Brüssel, Evert Jan van Lente.

## Krankenversicherung außen vor lassen.

Auch wenn auf die Investorenschutzregelung verzichtet würde, kann die Liberalisierung des Gesundheitsmarktes gravierende Folgen haben. Das europäisch-kanadische Handelsabkommen CETA klammert zwar die Krankenversicherung aus dem Kapitel Finanzdienstleistungen aus. Zugleich aber werden einzelne Gesundheitsleistungen in um-

fangreichen Anlagen (Negativlisten) ausgeschlossen. „Negativlisten sind nachteilig, weil alles, was darin vergessen wurde oder später geändert wird, hinterher doch betroffen ist“, sagt van Lente. Die bessere Lösung wäre, Krankenversicherungen und Gesundheitsdienstleistungen per se aus den Abkommen auszuklamern.

**Nationale Regeln nicht aushöhlen.** Die AOK setzt sich mit den anderen Verbänden der European Social Insurance Plattform dafür ein, die Krankenversicherung bei TTIP und TiSA außen vor zu lassen. Im Juni 2015 wird das Europäische Parlament voraussichtlich eine Resolution in dieser Richtung zumindest für TTIP annehmen, auch wenn Arzneimittel und Medizinprodukte wohl dennoch darin genannt werden. „Das wichtigste bei allen Freihandelsabkommen ist, dass Vertragsstaaten weiterhin im öffentlichen Interesse Entscheidungen frei treffen können und besondere Regelungen etwa für die Zulassung von Ärzten sowie Preisregulierungen möglich bleiben“, fordert van Lente. CETA könnte theoretisch bis Ende des Jahres beschlossen werden. Die EU-Kommission hat Nachbesserungen beim Investorenschutz in Aussicht gestellt. Ihr Ziel, die Verhandlungen zu TTIP in diesem Jahr abzuschließen, ist kaum noch erreichbar. Die Verhandlungen über TiSA laufen noch bis 2016.

Um in Kraft zu treten, müssten die Abkommen von Europäischem Rat und Parlament bestätigt werden. Ob zudem die einzelnen EU-Mitgliedstaaten die Abkommen ratifizieren müssen, lässt die Kommission zurzeit vom Europäischen Gerichtshof prüfen. ■

**Nils Franke** ist Pressereferent im AOK-Bundesverband. **Kontakt: Nils.Franke@bv.aok.de**

## Geplante Abkommen

**TTIP:** Die EU-Kommission verhandelt mit den USA das Freihandelsabkommen Transatlantic Trade and Investment Partnership. Es soll die größte Freihandelszone der Welt schaffen. Hauptkritikpunkt sind die darin enthaltenen Schiedsgerichtsverfahren zum Schutz von Investoren gegen Staaten (ISDS).

**CETA:** Das Comprehensive Economic and Trade Agreement ist zwischen EU und Kanada ausgehandelt, aber noch nicht unterschrieben. Es sieht ebenfalls ISDS vor.

**TISA:** Das Trade in Services Agreement soll auf Initiative der USA und Australiens den Handel mit Dienstleistungen weiter liberalisieren. An den Verhandlungen sind die EU und 22 weitere Länder beteiligt.

# „Pflegerinnen bekommen mehr Spielraum“

Drei Kliniken in Rheinland-Pfalz verteilen die Aufgaben zwischen den Berufsgruppen neu. Pflegekräfte können beispielsweise im Blutzuckermanagement mehr Verantwortung übernehmen, meint Studienleiterin **Renate Stemmer**.

Welche Aufgaben haben die an der Studie beteiligten Kliniken umverteilt?

**Stemmer:** Die Krankenhäuser haben Aufgaben aus dem ärztlichen Bereich in den von Pflegekräften und von dort Aufgaben in den Bereich des Service- und Assistenzpersonals verlagert. So hat beispielsweise das Westpfalz-Klinikum die Blutzuckerkontrolle, die Insulingabe und die Koordination von ärztlichem Dienst, Diätassistenz und Diabetesteam in die Hände der Pflegefachkräfte gelegt. Innerhalb eines bestimmten Rahmens bekommen Pflegerinnen dabei mehr Spielraum. Sie passen die Insulingabe auf Grundlage der Blutzuckerkontrolle nach einem vorher entwickelten Schema an, ohne im Einzelfall mit dem ärztlichen Dienst Rücksprache zu halten. Die Pflegefachkräfte haben klassische Aufgaben aus den Bereichen Administration, Service und Logistik an Assistenzpersonal abgegeben. Assistenzkräfte sind bei der Lagerung, Körperpflege oder beim Essen anreichen eingebunden worden.

Was ist dabei herausgekommen?

**Stemmer:** Das Projekt hat gezeigt, dass es vertretbar ist, einige Aufgaben neu zu verteilen. Das hat allerdings Grenzen: Im Westpfalz-Klinikum waren die Pflegehilfskräfte überfordert. Das Krankenhaus in Wittlich hat hingegen gute Erfahrungen gemacht. Dort haben die Beteiligten nicht nur die Aufgaben neu verteilt, sondern einen Versorgungsmanager eingebunden – eine Pflegekraft mit Masterabschluss und Weiterbildung im Case-Management. Außerdem hat dieses Haus die Bezugspflege eingeführt: Die Patienten hatten eine feste Ansprechpartnerin in der Pflege und haben sich gut aufgehoben gefühlt. Die Pflegerinnen haben sich

stärker mit ihrer Aufgabe identifiziert. Der Versorgungsmanager hat schon bei der Aufnahme den Blick auf die Entlassung und die Zeit danach gerichtet. Das hat die Verweildauer verkürzt.

Die Arbeitsbelastung der Pflegekräfte ist im Modell gestiegen. Warum?



verloren in den Verantwortungsbereich der Pflege übertragen. Wir sehen aber die Notwendigkeit, dass die Ressourcen den Aufgaben folgen. Wenn Aufgaben im Umfang einer halben Stelle in die Pflege verlagert werden und dort eine halbe Stelle geschaffen wird, hat das Krankenhaus immer noch gewonnen. Ärztliche

Mit den Aufgaben müssen Kliniken auch Stellen aus dem ärztlichen Bereich in den der Pflege verlagern.

Prof. Dr. Renate Stemmer

**Stemmer:** Wenn Aufgaben aus dem ärztlichen Bereich in den Pflegebereich verschoben werden, müsste sich das im Stellenplan niederschlagen. Das ist nicht überall gelungen. Zudem entstehen beim Einsatz von Pflegeassistentenpersonals zusätzliche Schnittstellen. Wenn die Ressourcen bei den Pflegefachkräften nicht aufgestockt werden und sie auch noch das Assistenzpersonal anleiten müssen, steigt die Belastung der Fachkräfte. Wir empfehlen Kliniken deshalb, mit den Aufgaben auch Stellen aus dem ärztlichen Dienst in den Pflegebereich zu verlagern. Zunehmende Routine würde die Lage wahrscheinlich weiter verbessern.

Was heißt das für den Regelbetrieb?

**Stemmer:** Bestimmte Aufgaben im Wund-, Symptom- und Blutzuckermanagement lassen sich ohne Qualitäts-

Aufgaben auf Pflegefachkräfte zu verschieben und das durch Hilfspersonal zu kompensieren – das geht nicht ohne Qualitätsverlust. Gefragt ist nicht nur Technik, sondern auch Betreuung und Beratung. Das braucht Zeit und lässt sich nicht gut auf Hilfskräfte übertragen. ■

Das Interview führte Änne Töpfer.

## Zur Person und zum Projekt

**Prof. Dr. Renate Stemmer** ist Dekanin des Fachbereichs Gesundheit und Pflege an der Katholischen Hochschule Mainz und leitete die Evaluation des Projektes „Stärkung der Pflege im Krankenhaus“ (Laufzeit: 2010 bis 2013) im Auftrag des Sozialministeriums Rheinland-Pfalz am Westpfalz-Klinikum Kaiserslautern, im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier und im Verbundkrankenhaus Bernkastel-Wittlich. **Mehr Infos:** <http://msagd.rlp.de> > Gesundheit > Krankenhauswesen > Projekt Stärkung der Pflege im Krankenhaus



# Gesundheit unter Selbstkontrolle

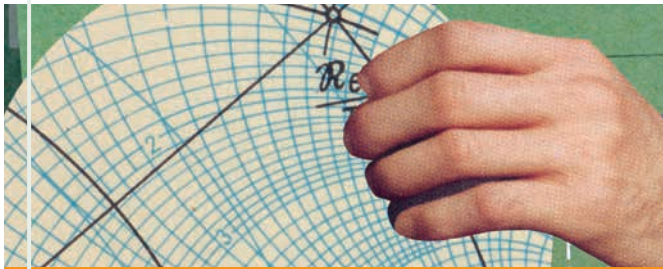
Von einer Armbanduhr haben Menschen früher nur die Zeit abgelesen. Heute sammeln Self-Tracker mit der Smartwatch und ähnlichen Geräten auf Schritt und Tritt Fitnessdaten.

**Kai Kolpatzik** beschreibt, was der Trend zur digitalen Selbstvermessung für die gesundheitliche Prävention bedeutet.

**M**ikrosensoren verändern unser Leben. In unsere Schuhe integriert registrieren sie, wo wir unterwegs sind und was wir dabei tun. Über Kupferdrähte, in unsere Kleidung eingewoben, messen wir Vitaldaten. Im Notfall können wir über das Hemd sogar Alarm auslösen – fast unbemerkt, indem wir mit dem Ärmel eine bestimmte Fläche berühren. Mit Hilfe von Schlafensensoren identifizieren wir unser Schlafoptimum, mit Hilfe von emotionalen Sensoren hellen wir unsere Stimmung auf. Den Sex können wir genauso dokumentieren wie die Zeit, in der wir E-Mails lesen. Über das Soziale Netzwerk sind wir Teil einer „Big Challenge“: Im virtuellen Raum treten wir mit unseren Gesundheits- und Fitnessdaten in einen Wettbewerb. Und einmal in der Woche nehmen wir eine Pille ein, die bei ihrer Reise durch Speiseröhre, Magen und Darm weitere Funktionen unseres Körpers analysiert und neben der Nahrungsverarbeitung die Körpertemperaturen erfasst. Was wie Science Fiction klingt, ist zum Teil bereits umgesetzt und in unseren Alltag eingezogen. Wir sind sehr weit in der Vermessung unseres Selbst. Die Daten zu sammeln, heißt allerdings noch nicht, sie auch zu verstehen.

**Selbstvermessung stiftet Identität.** Die Frage nach der eigenen Identität hat schon die alten Griechen beschäftigt. Sie fragten damals das Orakel von Delphi: Wer bin ich? Heute erhoffen sich viele Menschen von Apps, Wearables und sensorbasierten Datenanalysen Antworten auf diese Frage. Die neuen Medien bilden die Basis für die mittlerweile etablierte Quantified Self-Bewegung (to quantify: etwas in Zahlen ausdrücken, self: Ich, Selbst). Den Trend ins Rollen brachten 2007 Kevin Kelly und Gary Wolf vom „Wired Magazine“ aus der San Francisco Bay Area. Sie gründeten die Plattform [quantifiedself.com](http://quantifiedself.com). „Quantified“ steht dabei für die Technologie und bezeichnet den Prozess der maschinenbasierten Informationsverarbeitung. „Self“ bezieht sich auf die Person und jegliche Information, die mit Hilfe neuer Technologien gemessen werden kann.

Kelly und Wolf erkannten früh, dass die neuen Entwicklungen, wie Smartphone-Apps, Sensoren oder das Globale Positionssystem GPS eine hohe Akzeptanz und Verbreitung gefunden hatten und in die bisher privaten Zusammenhänge der Menschen eingezogen sind. Auf ihrer Website trugen die beiden Journalisten Informationen über Messgeräte und ihre Möglichkeiten zur Analyse der Gesundheit und des Verhaltens



## Glossar

### Quantified Self

Weltweites Netzwerk von Anwendern und Anbietern von Self-Tracking-Methoden und -Technologien. Die Teilnehmer verbindet das Interesse an der Erfassung und Nutzung von Informationen über Themen wie Gesundheit, Verhalten, Umwelt oder auch persönliche Dinge nach dem Motto „self knowledge through numbers“ (Selbsterkenntnis durch Zahlen) mit dem Ziel des Erkenntnisgewinns und der Verhaltensänderung.

### Self-Tracking

Self-Tracking ist ein Begriff für die regelmäßige, freiwillige Erhebung und Sammlung von gesundheits- und fitnessrelevanten sowie persönlichen Daten jeglicher Art unter der Verwendung von beispielsweise Sensoren, Apps oder Wearables (zum Beispiel Smartwatches).

### Wearables

Tragbare Computersysteme, die während einer Anwendung zumeist am Körper getragen und in Sport- und Aktivitäts-Trackern, Uhren, Brillen oder auch in tragbarer Medizin- und Gesundheitstechnik eingesetzt werden.

### Lifelogging

Unter Nutzung tragbarer Geräte zeichnen Lifelogger jeden Moment ihres täglichen Lebens auf. Sie halten es in Daten, Bildern, Videos oder Audios fest und werten die Informationen entweder privat aus oder teilen sie mit einer virtuellen Gemeinschaft (Community).

### Lifehacking

Die Nutzung von Apps, neuen Methoden, Tools oder Tricks mit dem Ziel, die eigene Produktivität beziehungsweise Effektivität zu steigern.

### Meetups

Treffen der Quantified Self-Gruppen in denen die Mitglieder im Sinne eines „Show & Tell“ beispielsweise eigene Self-Tracking-Projekte vorstellen, sich über neue Self-Tracking-Methoden austauschen oder auch Anbieter neue Produkte und Dienste vorstellen können.

### Mobile Health (mHealth)

Medizinische Tätigkeit und öffentliche Gesundheitspflege mit der Unterstützung mobiler Endgeräte wie zum Beispiel Telefone, Smartphones, Monitoring-Systeme für Patienten oder persönliche digitale Assistenten, mit denen medizinische Daten und Befunde über große Entfernungen elektronisch ausgetauscht und versendet werden können.

### Big Data

Gewinnung und Nutzung entscheidungsrelevanter Erkenntnisse aus qualitativ vielfältigen Quellen und unterschiedlich strukturierten Informationen mit einer hohen Verarbeitungsgeschwindigkeit zur Erzeugung wirtschaftlichen Nutzens.

Kai Kolpatzik

der jeweiligen Nutzer zusammen. Im Vordergrund standen das Interesse an den immer komplexer werdenden Technologien der IT-Branche und die Entwicklung der Beziehung zwischen Mensch und Technologie. Was als Blog (Internet-Tagebuch) anfang, mündete 2008 in ein erstes Quantified Self-Meetup in der San Francisco Bay Area. Der Verlauf dieses ersten „Show & Tell“, bei dem sich die Teilnehmer über ihre Erfahrungen mit der Erhebung ihrer Messwerte austauschten, beeinflusste die heutige Auffassung und Intention der Quantified Self-Bewegung maßgeblich. Der Austausch in den Meetups über Messwerte aus Bereichen wie Ernährung, Bewegung, Schlaf, Stimmung, Blutdruck oder dem Genom fand Nachahmer in über 110 Städten und 40 Ländern weltweit. In Deutschland sind bereits acht Städte dabei. Quantifiedself.com ist damit zur zentralen Anlaufstelle der Selftracker geworden.

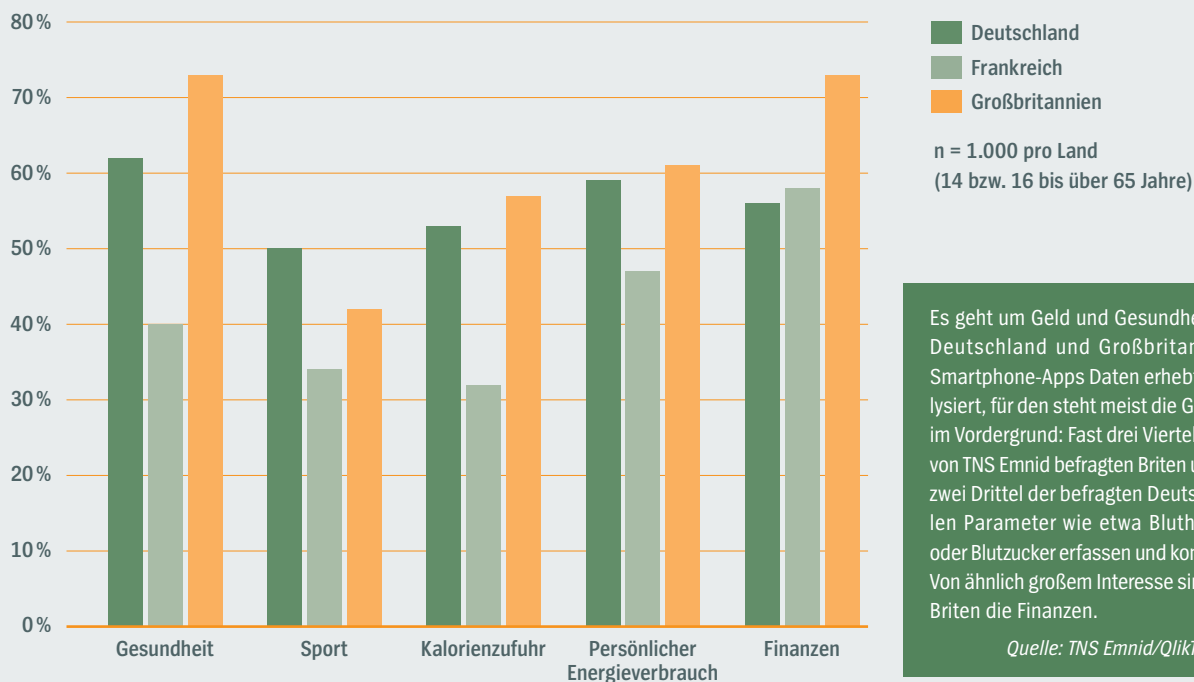
**Umfrage belegt weite Verbreitung.** Waren es zunächst IT-affine und vor allem sportbegeisterte Menschen, die dem Trend folgten, kommen die Nutzer heute aus einem wesentlich breiteren gesellschaftlichen Spektrum. Knapp zwei Drittel der amerikanischen Erwachsenen erfassten laut der 2013 veröffentlichten Studie Pew Research Center's Internet & American Life Project Daten zum Gewicht, der Ernährung oder den Bewegungsaktivitäten über digitale Medien. Ein Drittel der Befragten maß weitere Werte wie den Blutzucker, Blutdruck, Kopfschmerzverläufe oder die Schlafgewohnheiten. Knapp jeder dritte Internetnutzer in den USA erhob und verwaltete demnach seine Messwerte online. Etwa jeder Zehnte hat sich bereits bei Informationsdiensten angemeldet, um gesundheitsbezogene Warnhinweise zu erhalten. Etwa jeder Achte erfasste sogar die Gesundheitsdaten von einem ihm nahestehenden Menschen wie beispielsweise einem engen Angehörigen.

**Interesse an Blutdruck und Blutzucker.** Im Auftrag des Unternehmens QlikTech erfragte das Meinungsforschungsinstitut TNS-Emnid in Deutschland, Frankreich und Großbritannien unter jeweils 1.000 Menschen von 14 bis über 65 Jahren, inwieweit sie Apps nutzen, um Daten aus ihrem Alltagsleben zu erfassen und auszuwerten. Nach den 2013 veröffentlichten Ergebnissen der Umfrage zeigen mehr als die Hälfte der Befragten in Deutschland und Großbritannien großes Interesse daran, diverse Aspekte ihres Lebens wie gesundheitliche Indikatoren oder die persönliche finanzielle Lage zu analysieren, um besser und bewusster zu leben. Unter den Franzosen ist daran nur etwa jeder dritte Befragte interessiert.

Für die Umfrage-Teilnehmer in Deutschland und Großbritannien, die selbst Daten erheben und analysieren, steht meist die Gesundheit im Vordergrund: Fast drei Viertel der befragten Briten und knapp zwei Drittel der befragten Deutschen wollen Parameter wie etwa Blutdruck oder Blutzucker erfassen und kontrollieren (siehe Abbildung „Umfrage: Bei App-Nutzern stehen Gesundheitsdaten hoch im Kurs“ auf Seite 23). Mit 59 Prozent hegen die deutschen Teilnehmer an zweiter Stelle den Wunsch, den persönlichen Energieverbrauch überwachen zu können. Ebenfalls im Fokus der Befragten stehen Auswertungen von Statistiken zu ihren persönlichen Finanzen (73 Prozent der

## Umfrage: Bei App-Nutzern stehen Gesundheitsdaten hoch im Kurs

Anteil der App-Nutzer in Deutschland, Frankreich und Großbritannien, die mit diesen Programmen Daten aus folgenden Kategorien erfassen und auswerten:



britischen, 56 Prozent der deutschen Teilnehmer). Für Daten zu sportlichen Aktivitäten wie Joggen oder Radfahren interessieren sich im Durchschnitt die Hälfte der Umfrage-Teilnehmer in Deutschland und 42 Prozent der Briten sowie 34 Prozent der Franzosen. An Informationen zu aufgenommen beziehungsweise verbrauchten Kalorien haben 53 Prozent der befragten Deutschen ein Interesse.

**Kontrolle oder Neugier als Motivation.** Die Möglichkeiten und Bereiche, mit und in denen Daten zur Selbstvermessung erhoben werden, haben sich stark ausgeweitet. Wolf und Kelly verstanden unter dem Begriff Quantified Self die Möglichkeiten, an sich selbst die unterschiedlichsten Eigenschaften zu messen und zu beobachten – mit dem Ziel, Zusammenhänge zu erkennen und Veränderungen umzusetzen. Im Leistungssport ist dieses Verfahren seit Jahrzehnten etabliert: Dort bilden selbst erhobene Messwerte ergänzt um Ergebnisse aus laborchemischen Blutanalysen oder Lungenfunktionstests die Grundlage zur Trainingsoptimierung und gezielten Leistungssteigerung. Self-Tracker gehen heute ähnlich vor. Wolf unterschied in seinem Artikel „The Data-Driven Life“ drei Typen von Self-Trackern. Nutzer vom Typ „Kontrolle durch Self Knowledge“ wollen vor allem mehr über sich selbst und ihren gesundheitlichen Zustand erfahren. Dadurch erlangen sie die Möglichkeit, nicht mehr nur passiv der ärztlich verordneten Therapie zu vertrauen, sondern sich für die eigene Gesundheit zu interessieren und sich aktiv

um die Behandlung von Symptomen und Krankheiten zu kümmern. Der zweite Typ „Optimierung durch Self Knowledge“ verfolgt das Motto: Was gemessen werden kann, kann auch verbessert werden. Unter Nutzung aller gesammelten Daten wollen Self-Tracker dieser Kategorie sich selbst optimieren und Ziele erreichen. Die dritte Gruppe hat kein spezifisches Ziel. Dieser Typ startet oft mit einer konkreten Frage im Hinterkopf. Nachdem diese ausreichend beantwortet ist, setzt er die Vermessung fort – es könnten sich schließlich anhand der Messwerte zusätzliche Antworten auf Fragen ergeben, an die man bisher noch gar nicht gedacht hat. Anwender dieser Gruppe treibt oft die schlichte Neugier an.

Die Kategorien der Selbstvermessung reichen über Gesundheit und Fitness hinaus. Self-Tracker dokumentieren beispielsweise persönliche Beziehungen genauso wie einzelne Arbeitsschritte im Job oder die Häufigkeit, mit der sie die Löschtaste am Computer an einem Tag gedrückt haben, um Aufschluss über ihre Produktivität oder Kreativität zu bekommen. Aus der Umwelt spielen sie Messwerte klimatischer Faktoren oder des Lärmpegels hinzu und erfassen die Zeit der Internetnutzung und des TV-Konsums. Die Veränderungen des Status in den sozialen Netzwerken runden das tägliche Bild ab (siehe Tabelle „Dem Ich auf der Spur: Was Self-Tracker erfassen“ auf Seite 25).

**Eine halbe Million Apps haben einen Gesundheitsbezug.** Im Zentrum von Quantified Self-Diensten stehen Smartphone-Apps.

Aktuell bieten die beiden führenden App-Stores der Unternehmen Apple und Google Play über drei Millionen Apps an, darunter etwa eine halbe Million gesundheitsbezogene und medizinische Apps. Die fünf beliebtesten Gesundheits-Apps machten 2013 in den USA bereits 15 Prozent der gesamten Downloads im Gesundheitsbereich aus. 50 Prozent aller Gesundheits-Apps erreichten nie mehr als 500 Downloads (*IMS Institute for Healthcare Informatics, Parsippany*). Im Dschungel des App-Angebots fehlen verlässliche Qualitätsstandards oder Orientierungshilfen. Besonders relevant ist dies bei medizinischen Apps, deren Fehlanwendung zu gesundheitlichen Schäden führen kann.

**Nutzerdaten sind schlecht geschützt.** Hinzu kommt die Frage nach dem Datenschutz. Der Verbraucher Zentrale Bundesverband hat im Frühjahr 2013 einige Quantified Self-Dienste und deren Allgemeine Geschäftsbedingungen überprüft. Die stichprobenartige Untersuchung hat sehr freie Datenschutzregelungen offenbart. Nutzerdaten dürfen bei einzelnen Diensten zu Werbezwecken verwendet und sogar an Dritte, die nicht weiter definiert sind, weitergegeben werden. Neben kleineren Startups, die in der Szene mitmischen, treiben vor allem die großen Player das Geschäft mit den Daten voran: Apple mit seinem „Health-Kit“, Samsung mit der entsprechenden Anwendung „S-Health“ sowie Google mit seinem „Google Fit“ haben den Trend und das wirtschaftliche Potenzial in der Sammlung und Verknüpfung der Self-Tracking-Daten erkannt.

Auch die Pharmaindustrie ist mit zahlreichen Apps am Markt präsent und legt über Servicefunktionen beispielsweise als Vorsorge- und Impfmanager einer Patientenakte vergleichbare Datenbanken an. Ähnlich kritisch einzuschätzen sind die Aktivitäten der privaten Krankenversicherung. So will etwa das Unternehmen Generali in Deutschland einen vergünstigten Tarif für diejenigen Versicherten anbieten, die zum einen dem Versicherer ihre persönlichen Gesundheitsdaten zur Verfügung stellen und zum anderen damit ein gesundheitsbewusstes Verhalten nachweisen. Ein solches Vorgehen ist mit den Prinzipien einer solidarischen Krankenversicherung nicht vereinbar und somit abzulehnen.

**Tragbare Sensoren überwachen Gesundheit.** Die nächste Stufe hinsichtlich der Vermessung des Ichs hat unlängst begonnen. In unseren Alltag sind zahlreiche digitale Helfer in Form von kleinen tragbaren Sensoren im USB-Stick-Format oder in Form von Armbändern eingezogen. Als sogenannte Wearables werden alle Formen von elektronischen Geräten bezeichnet, die am, auf oder im Körper getragen werden. Dazu gehören auch Smartwatches. Diese Uhren messen nicht nur die Zeit, sondern beispielsweise den Puls – wenn auch nicht immer zuverlässig und präzise. Zudem können sie Sensoren für das Umgebungs- und UV-Licht sowie die Beschleunigung enthalten und mit einem Kompass, GPS oder einem Barometer ausgestattet sein. Die Hersteller entwickeln Zukunftsszenarien, nach denen sich mit Smartwatches möglicherweise Werte wie den Blutzucker oder die Sauerstoffsättigung im Blut erfassen lassen. Coachingansätze sowohl für gesunde wie auch für chronisch kranke Menschen, gestützt durch spezifische Apps, sollen den Gesundheitszustand und die Lebensqualität der Nutzer beeinflussen.



**Im Dschungel des App-Angebots fehlen verlässliche Qualitätsstandards und Orientierungshilfen.**

Dass die Phantasie hier kaum Grenzen hat, zeigte sich Ende letzten Jahres beim „Wearables Innovation Network“ der Deutschen Telekom. Begleitet von dumpfen Beats gewährten multinationale Konzerne wie auch kleinere Startups auf der Veranstaltung Einblick in den Entwicklungsstand der Wearables. Insbesondere die Startup-Unternehmen machten in ihren Kurzvorträgen deutlich, welche Finanzkraft und Investitionsbereitschaft in diesem Sektor liegt. Dabei muten die Beispiele mitunter skurril an: Ein etwa haselnusskern-großes digitales Gerät im Ohr nimmt die Geräusche der Nahrungsaufnahme und -zerkleinerung im Mund auf und erkennt nicht nur, dass gerade Müsli gegessen wird, sondern nach Aussage des Herstellers auch noch, welche Sorte. Eine Software spielt über das gleiche Gerät individualisierte Gesundheitstipps direkt ins Ohr ein und empfiehlt beispielsweise langsames Kauen. Der Markt für die tragbaren digitalen Messgeräte wächst stetig: Lag der Absatz an Wearables im Jahr 2011 noch bei 20 Millionen, werden nach einer Prognose von ABI-Research von 2012 im Jahr 2017 bereits bei 170 Millionen Geräte verkauft.

**Gefahr digitaler Bevormundung.** Doch nicht nur der Absatz der Geräte nimmt zu. Verbunden damit sind allgegenwärtige Visionen, die Daten aus der Vermessung des Ichs miteinander zu verknüpfen. Daraus sollen sich individuell zugeschnittene Anwendungen und Motivationshilfen ergeben, die sowohl zur Steigerung der Gesundheit als auch in der Behandlung von Krankheiten zum Einsatz kommen können. Auch Datenbrillen, bei denen am Brillenrahmen ein Miniaturcomputer montiert ist, der Informationen ins Sichtfeld einblendet, sollen ihren Einsatz im Bereich des Gesundheitssystems finden.

Damit zeigen sich die Gefahren, die mit diesen neuen Technologien im Zusammenhang stehen. Datenschutz und Datensicherheit müssen als selbstverständliche Grundlage gewährleistet sein. Doch die Risiken reichen in ganz neue Dimensionen hinein. Denn die Möglichkeiten zum Self-Tracking stellen potenziell das Grundverständnis von gesund und krank infrage und definieren diese Kategorien neu. Aus dem Datenpool er-



rechnen Computer, was einen gesunden Lebensstil ausmacht. Daraus ergibt sich nicht nur die Gefahr einer digitalen Bevormundung. Hinzu kommt ein vermeintlicher Determinismus: Ob eine Krankheit eintritt oder nicht, scheint von den Daten vorherbestimmt zu sein. Die weitverbreitete Technologiegläubigkeit führt dazu, dass Sicherheit und Eindeutigkeit der Berechnungen nicht infrage gestellt werden. Vergleichbar ist diese Haltung mit der Entwicklung in der prädiktiven (vorhersagenden) Gendiagnostik. Auch hier herrscht ein vermeintlicher Determinismus: Was die Messergebnisse sagen, muss stimmen. Eine Erkrankung ist jedoch nur zum Teil vorhersagbar. Ihre Entstehung hängt wesentlich von Umweltfaktoren ab. Was macht also beispielsweise Google-Gründer Sergey Brin mit dem Wissen, dass er nach Ergebnissen einer Gen-Analyse mit einer 50-prozentigen Wahrscheinlichkeit an Parkinson erkrankt? Und wie ist es um das Recht auf Nicht-Wissen bestellt, wenn beispielsweise das „Apple Health-Kit“, das sich nicht vom Smartphone entfernen lässt, Gesundheitsdaten erfasst?

**Europa berät über mHealth.** Vor diesem Hintergrund muss die Gesellschaft dringend in eine Diskussion über den Nutzen und die Risiken der Erfassung von persönlichen Gesundheitsdaten eintreten. Es muss weiterhin möglich sein, über die Erhebung und die Nutzung eigener Daten selbst zu entscheiden. Um gesundheitsbezogene Entscheidungen treffen zu können, brauchen Menschen im Übrigen nicht nur eine ausreichende Gesundheitskompetenz (Health Literacy), sondern auch eine Data Literacy – also die Kompetenz, mit den eigenen Daten umzugehen. Die

Europäische Kommission hat deshalb das Thema mobile Health (mHealth) aufgegriffen und Anfang dieses Jahres die Konsultation zu einem Grünbuch (Diskussionspapier) abgeschlossen. Auch hier stehen Datenschutz, Datensicherheit und Datensparsamkeit im Vordergrund. Die große Mehrheit der Beteiligten sprach sich für hohe Anforderungen an die Datensicherheit und klare Aufsichtsregeln aus. Den höchsten Schutz böten anonymisierte Daten und eine zeitlich begrenzte Speicherung beim Anbieter. Auch der Deutsche Ethikrat hat sich Ende Mai 2015 auf seiner Jahrestagung der „Vermessung des Menschen – Big Data und Gesundheit“ gewidmet (*Beitrag auf Seite 16 in diesem Heft*). Die Referenten wünschten sich weitgehend einhellig eine gesellschaftliche Debatte sowohl über Nutzen und Chancen als auch über Defizite und Risiken, die sich aus der Verfügbarkeit umfassender Datensätze im medizinischen Kontext ergeben.

**Gesundheitskasse achtet auf Verbrauchernutzen.** Die AOK ist Vorreiter bei der Entwicklung von digitalen Gesundheits- und mHealth-Angeboten. Seit 2012 verleiht sie jährlich den AOK-Leonardo-Gesundheitspreis für digitale Prävention, der unter der Schirmherrschaft des Bundesforschungs- und des Bundesgesundheitsministeriums steht. Er ist der mit 225.000 Euro höchst dotierte Gesundheitspreis in Deutschland. Der AOK-Leonardo wird in einen Praxispreis für herausragende und etablierte digitale Gesundheits-Anwendungen sowie einen Förderpreis für innovative Ideen und Konzepte aufgeteilt. Damit werden Innovationen nicht nur früh entdeckt, sondern bei ihrer Förderung spielen die Bedürfnisse der Verbraucher eine wesent-

## Dem Ich auf der Spur: Was Self-Tracker erfassen

### Ausgewählte Self-Tracking Kategorien und Beispiele für Variablen

<b>Körperliche Aktivitäten</b>	Kilometer, Schritte, Kalorienverbrauch, Wiederholungen
<b>Essen und Trinken</b>	verzehrte Kalorien und Hauptnährstoffe, Glykämischer Index (Blutzuckerwirksamkeit), Sättigung, Portionen, Flüssigkeitszufuhr, Alkoholkonsum, Geschmack, Kosten, Orte
<b>Psychische Verfassung und Eigenschaften</b>	Stimmung, Zufriedenheit, Ärger, Emotionen, Angst, Selbstwertgefühl, Depression
<b>Mentale und kognitive Verfassung und Eigenschaften</b>	Intelligenzquotient, Aufgewecktheit, Konzentration, selektive/geteilte/ausdauernde Aufmerksamkeit, Reaktionsgeschwindigkeit, Gedächtnis, verbales Ausdrucksvermögen, Geduld, Kreativität
<b>Umweltbedingungen</b>	Wohnumfeld, Architektur, Wetter, Lärm, Verschmutzung, Unordnung, Licht, Jahreszeit
<b>Situative Variablen</b>	Umfeld, Situation, Zufriedenheit mit der Situation, Tageszeit, Wochentag
<b>Soziale Variablen</b>	Einfluss, Vertrauen, Ausstrahlung, Rolle/Status in der Gruppe oder dem sozialen Netzwerk
<b>Persönliche Variablen</b>	Sex, Kommunikationsqualität, Stresslevel, Schlafqualität
<b>Freizeitverhalten</b>	TV-Konsum, Internetnutzung, Einkäufe

Quelle: eigene Darstellung, nach Augemberg

liche Rolle. Die AOK bringt ihr Know-how und ihre Kompetenzen vor allem deshalb ein, damit die digitalen Anwendungen die Kernanforderungen an Nutzen und Akzeptanz für die Verbraucher erfüllen. Außerdem achtet die Gesundheitskasse auf die Gewährleistung von Datenschutz und Datensicherheit. Nur Anwendungen, die diese Anforderungen erfüllen, haben eine Chance, ihren Markt zu finden und dort nachhaltig zu bestehen. Digitale Gesundheits- und mHealth-Angebote müssen sich darüber hinaus künftig Qualitätsstandards und Qualitätskriterien unterziehen. Entsprechende Meilensteine zu Standards wie auch zur Interoperabilität sind hier auch auf der EU-Ebene zu fordern.



#### Web- und Lesetipps

- [www.aok-leonardo.de](http://www.aok-leonardo.de) Website des AOK-Gesundheitspreises für digitale Prävention mit Wettbewerbsunterlagen und Informationen über die Preisträger
- [www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Mediathek > G+G-Spezial > Ausgabe 3/2012, 3/2013 und 3/2014 jeweils zum AOK-Gesundheitspreis für Digitale Prävention
- [www.qsdeutschland.de](http://www.qsdeutschland.de) deutschsprachiges Internetportal für Self-Tracker
- [www.aok.de](http://www.aok.de) > Leistungen und Service > AOK-Apps Übersicht über alle AOK-Apps von „Abnehmen mit Genuss“ bis „Wegweiser“
- Nils Franke: Gütesiegel für Gesundheitsapps. In: G+G 4/2015, S. 22

**Qualitätskriterien für Apps in Arbeit.** Die AOK hat mehrere passgenaue Apps für spezifische Zielgruppen wie zum Beispiel Schwangere oder spezifische Unterstützungsangebote wie eine in die „Bewusst Einkaufen“-App integrierte „Lebensmittel-Ampel“ entwickelt. Sie dient der schnellen Orientierung in Bezug auf den Fett-, Zucker und Kaloriengehalt von Lebensmitteln. Die Apps für Schwangere – mit zum Beispiel Erinnerungsfunktionen für Vorsorge-Termine und Checklisten – und die Einkaufs-App verzeichnen jeweils über 140.000 Downloads. Damit hat die AOK eine Angebotsplattform aufgebaut, die sich voll auf die Kriterien Nutzen, Akzeptanz und Datenschutz konzentriert. Die Gesundheitskasse sammelt über die Gesundheits-Apps keine Versichertendaten. Auch bei „AOK Mobil Vital“, bestehend aus App und Internetportal, bleiben die Daten allein beim Nutzer und in der Datenbank des Anbieters. Hier ist der zentrale Erfolgsfaktor die Berechnung eines Gesundheitsindex, in den alle freiwillig erfassten Daten des Nutzers eingehen und in einem Wert zwischen Null und 1.000 wieder ausgegeben werden. Im Verlauf können die Nutzer anhand dieses Wertes

### Eine Diskussion über Self-Tracking ist überfällig.

die Veränderungen der eigenen Gesundheit beobachten. Die AOK-Apps mit ihren konkreten Anwendungen funktionieren wie ein modernes Schweizer Messer und können mobil eingesetzt werden. Zudem will die Gesundheitskasse Verbrauchern eine Orientierung im Dschungel der gesundheitsbezogenen und medizinischen Apps geben. Sie arbeitet derzeit an nutzerorientierten und leicht anzuwendenden Qualitätskriterien für Apps, die die Medien- und Gesundheitskompetenz der Verbraucher steigern und damit aktive Entscheidungen für oder gegen eine App ermöglichen. Denn bei der Anwendung von Apps können Schäden nicht grundsätzlich ausgeschlossen werden. So könnten Nutzer beispielsweise das Gerät falsch bedienen oder sich aufgrund guter Messergebnisse in vermeintlicher Sicherheit über ihren Gesundheitszustand wiegen und auf notwendige Arztbesuche verzichten.

**Ansatzpunkte für mehr Gesundheitsbewusstsein.** Es bleibt also festzuhalten, dass Quantified Self für einzelne Nutzer eine Motivation sein kann, das eigene Leben gesundheitsbewusster zu gestalten und Ansatzpunkte für eine Verhaltens- oder Lebensstiländerung zu erhalten. Was mit dem Trend zur digitalen Selbstvermessung und Selbstverbesserung zusammenhängt und in welche Richtung wir uns hinsichtlich einer digitalen Gesundheit und Medizin bewegen, hat aber eine weitaus größere Bedeutung. Big Data und Wearables können die digitale Welt und damit die Gesellschaft noch einmal sehr stark verändern. Deshalb ist jetzt der richtige Zeitpunkt, eine gesamtgesellschaftliche Diskussion einzufordern und zu führen. ■

**Kai Kolpatzik**, MPH, leitet die Abteilung Prävention im AOK-Bundesverband.  
**Kontakt:** [Kai.Kolpatzik@bv.aok.de](mailto:Kai.Kolpatzik@bv.aok.de)

*Mehr zum Thema „Big Data“ auf Seite 16 in diesem Heft.*

# „Apps werden den Arzt niemals ersetzen“

Mit Sportuhren oder Smartphone-Apps sammeln immer mehr Menschen ihre Gesundheitsdaten. Chronisch Kranke könnten vom Self-Tracking profitieren, sagt Präventionsexpertin **Viviane Scherenberg**. Die digitale Selbstbeobachtung müsse jedoch eingebettet sein in eine gute Arzt-Patienten-Beziehung.

**Frau Professorin Scherenberg, wer nutzt die digitalen Angebote zur Selbstvermessung?**

**Viviane Scherenberg:** Eher gesunde, gesundheitlich engagierte oder interessierte Menschen – insbesondere technikaffine, junge Männer. Über die dauerhafte Nutzung fehlen Langzeitstudien. Nicht selten schwindet die Technikbegeisterung: Rund ein Drittel aller Tracking Apps werden nach drei Monaten nicht mehr genutzt.

**Wie beeinflusst das Self-Tracking die Körperwahrnehmung und das Gesundheitsbewusstsein?**

**Scherenberg:** Es kommt darauf an, wie und aus welchen Motiven heraus Self-Tracking genutzt wird. Bei entsprechender Reflexion kann Self-Tracking die Körperwahrnehmung schärfen. Steht die Optimierung von Werten im Fokus, besteht die Gefahr, dass die Nutzer Körpersignale überhören, um eigene oder fremde Rekorde zu brechen. Dieses Risiko besteht insbesondere dann, wenn Apps mit Ranglisten in sozialen Netzwerken gekoppelt werden. Viele Männer sind wettkampforientiert – der Anreiz zur Nutzung schwindet, wenn sie mit ihren Daten keine Aussicht auf eine gute Positionierung haben. Den meisten Frauen geht es stärker um ihren Körper und um sich selbst. In den USA ist zu beobachten, dass Frauen Apps nachhaltiger nutzen, sofern sie einen persönlichen Vorteil sehen.

**Wie wirkt sich Self-Tracking auf das Verhalten aus?**

**Scherenberg:** Wenn Self-Tracking nicht als Mittel zum Zweck genutzt wird, sondern eine Einstellungsänderung auslöst, besteht die Chance, verfestigte ungesunde Gewohnheiten zu überwinden. Dabei sind Apps besonders wirkungsvoll, wenn sie Menschen so aufklären, sensibilisieren, anleiten und in ihrer Eigenmotivation fördern, dass diese neue Gewohnheiten in den Alltag etablieren. Im günstigsten Fall schafft eine App keine Abhängigkeiten, sondern macht sich langfristig überflüssig.

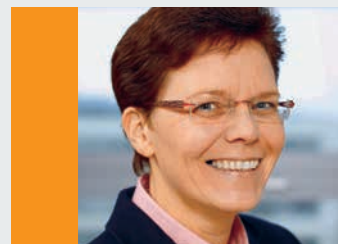
**Welche Chancen ergeben sich für die Prävention und Therapie von Krankheiten?**

**Scherenberg:** Gerade Patienten, die eine chronische Erkrankung wie Diabetes lebenslang managen müssen, können Apps bei der Aufklärung, Information und Dokumentation helfen. Sie vermitteln ein Gefühl der Sicherheit und sind eine neue Form eines

Patienten-Tagebuchs. Allerdings kann eine ständige Selbstkontrolle und -vermessung gepaart mit medizinischem Halbwissen zu falschen Selbstdiagnosen, Unsicherheit und Ängsten führen. Apps werden daher den Gang zum Arzt niemals ersetzen. Das kontinuierliche App-Monitoring kann aber den behandelnden Arzt und den Patienten bei der Therapie unterstützen.

**Wie verändert sich dadurch das Arzt-Patienten-Verhältnis?**

**Scherenberg:** Auch die Auswirkung auf das Arzt-Patienten-Verhältnis hängt vom Umgang mit Apps und davon ab, welche Bedeutung Arzt und Patient dem Self-Tracking beimessen. Dabei bleibt zu hoffen, dass menschliche Komponenten, wie Fachkompetenz, Erfahrungen und Zuwendung der Ärzte sowie



**Prof. Dr. Viviane Scherenberg** ist Dekanin des Fachbereichs Prävention und Gesundheitsförderung an der Apollon Hochschule der Gesundheitswirtschaft GmbH in Bremen.

die Bedürfnisse der Patienten immer im Mittelpunkt stehen. Bei guter Kommunikation und Vertrauen in der Arzt-Patienten-Beziehung stellen die neuen Technologien keine Bedrohung, sondern eine Chance dar.

**Was empfehlen Sie Ärzten für den Umgang mit Self-Tracking?**

**Scherenberg:** Ärzte werden sich dem neuen Trend nicht verschließen können. Sie sollten ihre Patienten über die Möglichkeiten, Grenzen und Gefahren von Gesundheits-Apps und den achtsamen Umgang mit ihnen sachlich informieren. Hierbei ist das Kosten-Nutzen-Verhältnis zu beachten. Denn exzessive Nutzer verbringen laut einer Studie bis zu zwei Stunden täglich nur mit der Datenpflege und -kontrolle. Diese Zeit könnten sie sinnvoller investieren – beispielsweise in einen Spaziergang mit der Familie, der ganzheitlich das soziale, körperliche und seelische Wohlbefinden fördert. ■

Die Fragen stellte Anne Töpfer.

# „Ich will wissen, wo der Schuh drückt“

Eine neue Pflegeausbildung, eine andere Kliniklandschaft und mehr „agnes-zwei“-Kräfte fürs Land: Brandenburgs neue Gesundheits- und Sozialministerin **Diana Golze** setzt im G+G-Interview gesundheitspolitische Akzente.

**Frau Golze, Sie verantworten ein riesiges Landesministerium, in dem die beiden Politikfelder Gesundheit und Soziales wieder unter einem Dach vereint sind. Worin liegt der Vorteil?**

**Diana Golze:** Es erleichtert die Abstimmung ungemein. Projekte lassen sich schneller vorantreiben. Ein Beispiel: Wir starten in Brandenburg demnächst eine Pflegeoffensive. Damit wollen wir pflegende Angehörige und Familien entlasten, junge Menschen für den Pflegeberuf begeistern und die Kommunen unterstützen, Pflege im Quartier zu organisieren. Das tangiert beide Politikfelder. Natürlich können Sie interministerielle Arbeitsgruppen bilden. Aber es ist wesentlich einfacher, wenn alle Kollegen an einem Tisch sitzen und sich die Abteilungsleiter regelmäßig über den Weg laufen und untereinander austauschen.

**Niemand geht gerne ins Krankenhaus. Als Gesundheitsministerin müssen Sie das. Wie viele Kliniken und Pflegeheime haben Sie seit Ihrem Amtsantritt schon besucht?**

**Golze:** Ehrlich gesagt: Ich habe nicht mitgezählt. Ein paar Dutzend Einrichtungen dürften es aber mittlerweile sein. Denn ich will mir ein Bild von den Gegebenheiten vor Ort machen und mit Ärzten, Pflegekräften und Auszubildenden ins Gespräch kommen. Ich will wissen, wo der Schuh drückt.

**Und wo drückt er?**

**Golze:** Da geht's um vieles. Arbeitsbedingungen, Personalausstattung. Kürzlich zum Beispiel habe ich mit dem Betriebsrat im Städtischen Klinikum Brandenburg an der Havel gesprochen. Dort ging es auch um Tarifaueinandersetzungen. In die kann ich als Ministerin zwar nicht direkt eingreifen. Aber trotzdem

muss ich davon Kenntnis haben und die Bedürfnisse der Menschen dort kennen.

**Bund und Länder stehen kurz vor dem Abschluss einer Krankenhausreform. Was ist aus Sicht Brandenburgs wichtig?**

**Golze:** Brandenburg hat das Ziel – und das ist auch im Koalitionsvertrag von SPD und Linken so verankert –, dass alle Krankenhäuser in der Mark erhalten bleiben. Die Kliniken sind für uns Anker der gesundheitlichen Versorgung, sie bilden den Mittelpunkt für die gesundheitliche Versorgung in der Region.

**Das heißt, alles bleibt so, wie es ist?**

**Golze:** Nein. Wenn ich sage, wir wollen alle Krankenhäuser erhalten, heißt das nicht, die bleiben alle so, wie sie sind. Und das wissen die Klinikleitungen auch. Im Vergleich zu anderen Bundesländern haben wir im stationären Bereich schon sehr schmerzhaft Prozesse durchlaufen und Betten abgebaut. Aber wir wollen auch weiterhin Krankenhausstandorte so umbauen, dass sie fit sind für künftige Herausforderungen.

**Und wie sieht dieses Fitnessprogramm aus?**

**Golze:** Wir wollen die Gesundheitslandschaft sektorenübergreifend umpflügen, eben weil wir weniger Menschen in der Fläche zu versorgen haben. Es wäre kontraproduktiv, die Strukturen aneinandervorbei – hier ambulant, dort stationär – zu reformieren. Wir müssen sie sinnvoll verzahnen. Und hier gibt es ja schon tolle Projekte. In Südbrandenburg etwa, wo Kinderärzte, die an einem Klinikum angestellt sind, auch eine Kinderarztpraxis im Nachbarort abwechselnd betreuen und so eine Versorgungslücke



schließen. Wichtig ist, dass der Bund gesetzliche Möglichkeiten schafft, damit die Länder solche sektorübergreifenden Konzepte realisieren können, von denen alle Patienten profitieren.

**Für alle Patienten heißt auch für die, die auf dem Land leben. Die frühere AOK Brandenburg und die Kassenärztliche Vereinigung (KV) haben zu diesem Zweck die „agnes zwei“ aus der Taufe gehoben. Aufgabe dieser Fallmanagerin ist es, den Hausarzt zu entlasten. Sollte das Modell flächendeckend kommen?**

**Golze:** Brandenburg ist hier Vorreiter. Deshalb setzen wir uns gemeinsam mit AOK und KV dafür ein, dass die „agnes zwei“ in die Regelversorgung kommt und nicht bloß Modellcharakter hat. Im Moment werden in der Mark viele Patientinnen und Patienten von einer „agnes“ erreicht. Das wollen wir ausbauen und hoffen darauf, dass der Bund uns hilft. Einige Bundesgesundheitsminister haben das Modell ja bereits gelobt. Den Worten müssen aber auch Taten folgen.

**Bund und Länder planen eine Reform der drei Pflegeausbildungsgänge. Diese sollen in einer generalistischen Lehre mit Spezialisierung münden. Wie positioniert sich Brandenburg?**

**Golze:** Wir haben das von Beginn an unterstützt. Wir haben in den Pflegeberufen derzeit das Problem der Nichtdurchlässigkeit: Wer das eine, etwa Altenpflege, gelernt hat, kann nicht einfach das andere, etwa Gesundheits- und Krankenpflege, machen. Und bei dem aktuellen Fachkräftebedarf bleibt uns einfach nicht die Zeit, noch länger zu wehklagen. Wir müssen das anpacken.

**Wie ist der Stand der Verhandlungen zwischen Bund und Ländern, ohne die die Ausbildungsreform nicht zu machen ist?**

**Golze:** Die Gespräche dauern an. Knackpunkt ist die Frage der Ausbildungsfinanzierung. Wie viele meiner Kollegen möchte ich, dass sich der Bund finanziell beteiligt. Denn das ist wie bei anderen Ausbildungsberufen auch, wo es die Unterstützung des Bundes ja gibt. Und ich wüsste nicht, warum das gerade in Pflegeberufen nicht der Fall sein sollte. Ich hoffe, dass wir uns bald einigen. Wir dürfen, wie gesagt, keine Zeit verplempern. Wir brauchen die jungen Leute dringend in der Pflege. Und zwar heute, nicht erst in ein paar Jahren.

## Zur Person

Diana Golze (40) ist seit November 2014 Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg. Zuvor saß die Diplom-Sozialpädagogin knapp zehn Jahre für die Linken-Fraktion im Bundestag. Diana Golze ist verheiratet und hat zwei kleine Kinder. Mit der Familie geht sie – so oft sie kann – im brandenburgischen Rathenow zum Bogenschießen. Diese Sportart, sagt sie, habe etwas Meditatives.

**Brandenburg und Berlin arbeiten auf dem Gesundheitsfeld eng zusammen. Erst kürzlich ist der Startschuss für ein gemeinsames klinisches Krebsregister gefallen. Mit welchem Ziel?**

**Golze:** Beide Länder sind äußerst ehrgeizig und wollen rasch die bundesrechtlichen Vorgaben umsetzen. Berlin kann dabei unsere Erfahrungen nutzen – wir hatten ja schon ein Krebsregister. Zusammen erhöhen wir nun die Zahl der Daten. Das bedeutet mehr Krankheitsverläufe, die sich vergleichen lassen. Natürlich teilen wir uns die Kosten für den Aufbau des Registers. Es ist eine Win-Win-Situation für Länder, Ministerien, Ärzte und Patienten.

**Inwiefern profitieren Letztere von dem Krebsregister?**

**Golze:** Grundgedanke eines solchen Registers ist ja, dort systematisch Krankheitsverläufe und Therapien festzuhalten, auf die Ärzte und Patienten dann in anonymisierter Form zurückgreifen können. Je mehr Daten einfließen, umso sicherer ist der Behandlungsverlauf. Man probiert nicht irgendwas aus, sondern entscheidet sich für eine bestimmte Therapie, weil andere Ärzte und Patienten damit bereits positive Erfahrungen gesammelt haben. Das wäre ein Riesenschritt im Kampf gegen Krebs. ■

Das Interview führte Thomas Hommel.

STERBEHILFE

# Letzter Wille



Wie selbstbestimmt darf ein Mensch über sein Ende entscheiden?  
Florian Staeck skizziert die Positionen in dieser existenziellen Frage.  
Die politische Diskussion dreht sich um die Rolle von Ärzten bei der  
Beihilfe zum Suizid und um die Angebote von Sterbehilfe-Organisationen.  
Im Herbst soll die Debatte in ein Gesetz münden.

**D**as vielleicht anspruchsvollste Gesetzgebungsprojekt dieser Legislaturperiode: So bezeichnete Bundestagspräsident Norbert Lammert im November 2014 eine „Orientierungsdebatte“ des Parlaments zum Thema Sterbebegleitung. Die mehr als vierstündige Diskussion sollte der Auftakt für ein Gesetzgebungsverfahren sein, bei

dem der Bundestag bis zum Herbst dieses Jahres über neue Regeln für die Begleitung von Menschen in der letzten Lebensphase entscheidet. Nach dem derzeitigen Zeitplan sollen die interfraktionellen Positionspapiere – zu Gesetzentwürfen überarbeitet – Anfang Juli erstmals im Bundestag beraten werden. Im September ist eine Expertenanhörung geplant. Abschließend beraten und abstimmen will der Bundestag Anfang November.

Parallel durchläuft das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung das parlamentarische Verfahren. Ende April hat die Bundesregierung den Entwurf dafür vorgelegt. Er sieht Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenkassen von 200 Millionen Euro jährlich für die Palliativ- und Hospizversorgung vor. Die Regierungsfractionen wollen damit ein Signal setzen: Die Debatte über Sterbebegleitung und -hilfe soll flankiert werden durch verbesserte Angebote, um die letzte Lebensphase von Sterbenskranken möglichst schmerzfrei und würdig zu gestalten. In der Orientierungsdebatte im vergangenen Jahr hatten alle Abgeordneten den Wunsch geäußert, die Lücken in der Schmerzmedizin und Hospiz-Versorgung zu schließen.

**Begriffsverwirrung erschwert Diskussion.** Das Parallel-Gesetz macht deutlich, wie weit sich die Debatte von ihrem Ursprung entfernt hat. Im Januar 2014 setzte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe den Startpunkt mit der Forderung, jede Form geschäftsmäßiger Sterbehilfe unter Strafe zu stellen. Wer mit den Ängsten der Menschen vor dem Sterben ein Geschäft machen wolle und sich für Hilfe zur Selbsttötung bezahlen lasse, handele „überaus verwerflich“, sagte Gröhe damals. Inzwischen hat sich die Debatte erweitert – nicht mehr nur die Arbeit von Sterbehilfe-Organisationen steht auf der Agenda, sondern insbesondere die Rolle der Ärzte bei der Sterbebegleitung. Zugleich werden Umfang, Verfügbarkeit, Möglichkeiten und Grenzen der palliativen Versorgung in Deutschland debattiert.

Eine heillose Begriffsverwirrung erschwert die Diskussion: Gemeint sein kann Hilfe *im* Sterben – als Unterstützung Sterbender durch palliative Versorgung und Zuwendung. Verstanden werden kann der Begriff aber auch als Hilfe *zum* Sterben. Dann ist die assistierte Selbsttötung oder aber direkte Tötung eines Menschen gemeint, basierend auf dessen ausdrücklichem oder mutmaßlichem Willen.

Das unscharfe Bedeutungsspektrum von Sterbehilfe setzt sich fort bei der Unterscheidung ihrer verschiedenen Formen. Hintergrund hierfür ist, dass es ein explizites „Sterbehilferecht“ in Deutschland nicht gibt. Nach deutschem Recht ist die Selbsttötung kein Straftatbestand. Weil der Suizid nicht strafbar ist, gilt das Gleiche auch für den Suizidhelfer – so lange der Suizident die „Tatherrschaft“ hat. Dies gilt beispielsweise dann, wenn der Sterbenskranke das ihm bereitgestellte todbringende Medikament selbst einnimmt.

**Aktive Sterbehilfe bedeutet Tötung auf Verlangen.** Aus dieser Grundkonstellation hat sich eine Vielzahl von Begriffen abgeleitet, die in der Öffentlichkeit in wechselnden Bedeutungen verwendet werden. Unter „indirekte Sterbehilfe“ fällt das Sterbenlassen eines todkranken Patienten. Das umfasst jedoch auch palliativmedizinische Maßnahmen wie Schmerzbehandlung und Sedierung, die gerade keine Hilfe zum Sterben beabsichtigen. Der Nationale Ethikrat, der Vorläufer des Deutschen Ethikrats, hat bereits 2006 vorgeschlagen, den Begriff „indirekte Sterbehilfe“ durch „Therapien am Lebensende“ zu ersetzen.

„Passive Sterbehilfe“ bezeichnet zum einen die Leidenslinderung wie zum Beispiel die terminale Sedierung eines Patienten, bei der sein früherer Tod als Nebenfolge in Kauf genommen

#### Web- und Lesetipps

- [www.bundestag.de](http://www.bundestag.de) > Dokumente > Web- und Textarchiv > Textarchiv > 2014 > 13. November > Bericht zur Debatte über die Sterbebegleitung am 13. November 2014
- [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de) > Hospiz- und Palliativgesetz
- Heiner Melching: **Ende ohne Schrecken.** In: G+G 4/2015, S. 24-29
- Christoph Fuhr: **Hausbesuch am Lebensende.** In: G+G 4/2015, S. 30-33

wird, aber nicht beabsichtigt ist. Zum anderen ist mit passiver Sterbehilfe auch das Unterlassen oder Abbrechen lebensverlängernder Maßnahmen gemeint. Darunter fallen aber auch Handlungen wie die Entfernung einer Magensonde, was durch die Bezeichnung „passiv“ nicht deutlich wird. Passive Sterbehilfe ist in Deutschland erlaubt, der Bundesgerichtshof hat in mehreren Entscheidungen die Leidensminderung unter Inkaufnahme eines früheren Todes als legitim angesehen.

Mit der Bezeichnung „aktive Sterbehilfe“ ist die Tötung auf Verlangen gemeint. Sie ist in Paragraph 216 Strafgesetzbuch geregelt und wird mit Freiheitsstrafe zwischen sechs Monaten und fünf Jahren bestraft. Dieses Verbot gilt auch dann, wenn der Betreffende diesen Wunsch ernstlich und ausdrücklich äußert. Im Ausland wird „aktive Sterbehilfe“ wahlweise auch mit dem in Deutschland verpönten Begriff Euthanasie bezeichnet.

**Umfrageergebnisse beruhen auf unscharfen Fragen.** Diese drei Untergliederungen von Sterbehilfe sind in Deutschland aktuell aber nicht Gegenstand der Debatte. Diskutiert wird insbesondere die Beihilfe zum Suizid und die Frage, welchen Handlungsspielraum und welche Rolle der Helfer beim Suizid haben darf. Der Deutsche Ethikrat hat dazu geraten, den Rahmen des geltenden Strafrechts nicht grundsätzlich zu ändern. In seiner Stellungnahme vom Dezember 2014 heißt es: „Die geltende Gesetzeslage, wonach weder ein Suizid noch eine Beihilfe zu einem im rechtlichen Sinne frei verantwortlichen Suizid strafbar ist, steht im Einklang mit den Prinzipien eines freiheitlichen Verfassungsstaates.“ Eine allgemeine „erzwingbare Rechtspflicht zum Leben“ widerspräche „grundlegenden Rechtsprinzipien“.

Meinungsumfragen der vergangenen Jahre zeichnen das konstante Bild, dass eine Mehrheit der Bevölkerung in Deutschland die Zulassung der „aktiven Sterbehilfe“ wünscht. In einer Allensbach-Umfrage im September 2014 – also nach der von Gesundheitsminister Hermann Gröhe begonnenen Debatte über das Verbot von Sterbehilfeorganisationen – sprachen sich unter den 1.530 Befragten 67 Prozent für „aktive Sterbehilfe“ aus, 13 Prozent waren dagegen, 20 Prozent machten keine Angaben oder waren unentschieden. Im Januar 2014 hatten auf eine ähnliche Frage des Forsa-Instituts 70 Prozent geantwortet, sie würden die Möglichkeit zur „aktiven Sterbehilfe“ befürworten. Ob den Befragten klar war, dass mit „aktiver Sterbehilfe“ die Tötung auf Verlangen gemeint ist, geht aus den öffentlich verfügbaren Daten von Allensbach nicht hervor. Denn selbst dort wird von der „rechtlichen Bewertung der aktiven Sterbehilfe beziehungsweise der Beihilfe zur Selbsttötung“ gesprochen – der kategoriale Unterschied der Beihilfe zum freiverantworteten Suizid und der Tötung eines Dritten wird gerade sprachlich nivelliert. Ähnlich unscharf fällt die Allensbach-Frage nach der „Zulassung privater Sterbehilfe-Organisationen“ aus – ungeachtet der Tatsache, dass diese Organisationen längst in Deutschland agieren und dafür bisher auch keine „Zulassung“ benötigen. 60 Prozent der Befragten votieren dafür, es explizit – ähnlich wie in der Schweiz – „privaten Sterbehilfe-Organisationen (zu) erlauben, unheilbar kranke Menschen bei der Selbsttötung zu unterstützen“.

**Berufsordnung schließt Hilfe zur Selbsttötung aus.** Mit diesen Ansichten der Bürger kontrastieren die Grundsätze zur ärztlichen

## Niederlande: Gesetzgeber erlaubt die Tötung auf Verlangen

Mit dem „Gesetz zur Überprüfung bei Lebensbeendigung auf Verlangen und bei der Hilfe bei der Selbsttötung“ haben die Niederlande sich im April 2002 das seinerzeit liberalste Sterbehilferecht weltweit gegeben. Während es hierzulande als umstritten gilt, ob der ärztlich assistierte Suizid gesetzlich zugelassen werden soll, ist in den Niederlanden seit 15 Jahren nur der Arzt in bestimmten Konstellationen berechtigt, bei der Selbsttötung zu assistieren oder das Leben eines Patienten zu beenden. **Im Jahr 2013 wurden den regionalen Kontrollkommissionen in den Niederlanden, die die Einhaltung des Gesetzes überwachen, 4.829 Fälle gemeldet – bei insgesamt rund 140.000 Verstorbenen jährlich.** Bei rund 95 Prozent der Fälle handelt es sich um Tötung auf Verlangen, bei den übrigen um ärztlich assistierte Sterbehilfe. Die Zahl der „Lebensbeendigungen“ hat sich seit dem Jahr 2009 verdoppelt, der Anstieg im Jahr 2013 betrug 15 Prozent.

**Lediglich in fünf von 4.829 Fällen bemängelten die Kontrollkommissionen die fehlende Sorgfalt des Arztes.** Kein Mediziner wurde aber strafrechtlich belangt. Der Arzt muss sich überzeugt haben, dass der Patient „freiwillig“ und nach „reiflicher Überlegung“ um Sterbehilfe bittet. Zudem muss der Zustand des Patienten „aussichtslos“ und sein Leiden „unerträglich“ sein. Unter den getöteten Patienten waren 97 Menschen mit Demenz (2012: 42). Bei psychisch kranken Patienten hat sich die Zahl der Getöteten sogar verdreifacht: Inwieweit bei den 42 Lebensbeendigungen alle Patienten tatsächlich „nach reiflicher Überlegung“ sterben wollten, bleibt unklar (2012: 14).

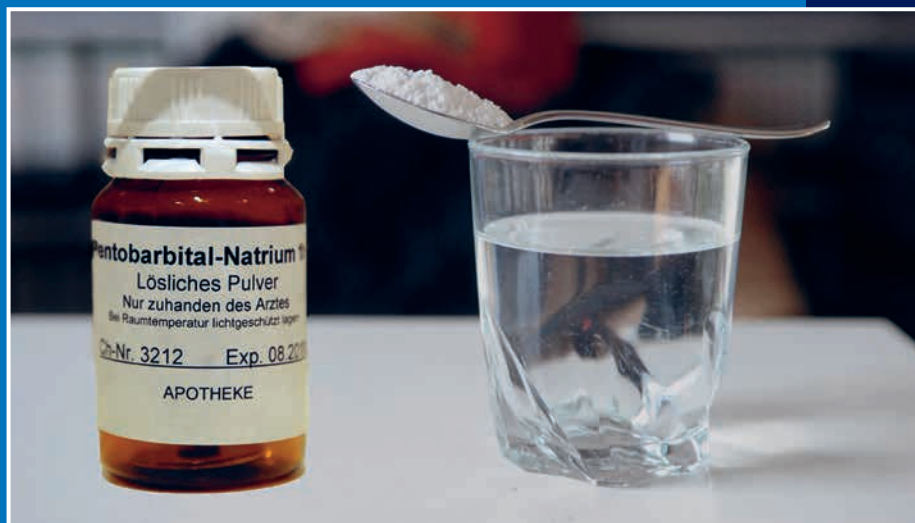
In jüngster Zeit hat die Arbeit der „Stiftung Lebensende-Klinik“ vermehrt Kritik der Kontrollkommissionen auf sich gezogen. Diese mobilen Teams aus Ärzten und Krankenschwestern suchen Patienten auf, die sterben möchten, bei denen der betreuende Arzt eine Suizidassistenz

oder Tötung auf Verlangen aber verweigert hat. Die Stiftung hat im Jahr 2014 nach eigenen Angaben 232 Patienten bei der Lebensbeendigung geholfen (2013: 107 Meldungen). Sterbehilfeorganisationen wie die niederländische „Vereinigung für ein freiwilliges Lebensende“ (NVVE) arbeiten offensiv darauf hin, die Möglichkeiten der Sterbehilfe für die Gruppe der psychisch Kranken auszuweiten.

**Der niederländische Journalist Gerbert van Loenen hat im vergangenen Jahr in einem Buch („Das ist doch kein Leben. Warum aktive Sterbehilfe zu Fremdbestimmung führt“) ein kritisches Fazit der Sterbehilferegulation gezogen.** Wenn man akzeptiere, schreibt er, dass Leid unter Umständen gelindert werden darf, indem man das Leben des Patienten beendet, „dann findet man nicht so leicht eine neue Grenze“. In den Niederlanden, darauf deuten die vorliegenden Zahlen hin, werden beständig neue Grenzen gezogen. *Florian Staack*



Ärzte dürfen das Leben  
eines Sterbenden  
nicht aktiv verkürzen –  
so steht es in der  
Musterberufsordnung.



Sterbebegleitung, wie sie die Bundesärztekammer verabschiedet hat. In der aktuellen Fassung der Grundsätze heißt es, die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung sei „keine ärztliche Aufgabe“. Zudem wurde die Musterberufsordnung (MBO) beim Deutschen Ärztetag in Kiel im Jahr 2011 in einem sensiblen Punkt geändert. Die Berufsordnung regelt die Rechte und Pflichten der Ärzte gegenüber Patienten, Berufskollegen und der Ärztekammer. Hieß es in der alten Fassung des Paragraphen 16 („Beistand für Sterbende“) noch allgemein, Ärzte dürften das Leben eines Sterbenden „nicht aktiv verkürzen“, so ist in der neuen Fassung seit 2011 festgehalten, Ärzte „dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“. Damit geht die Berufsordnung über das Strafrecht hinaus, das zu diesem Punkt schweigt.

Bis dato haben zehn der 17 Landesärztekammern diesen neuen Passus in ihre Berufsordnungen aufgenommen, die übrigen nicht oder nur in abgeänderter Form. Die Berufsordnung der Ärzte in Bayern beispielsweise belässt es beim ersten Satz des Paragraphen 16 der MBO: „Der Arzt hat Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen.“ Im Landesrecht in Westfalen-Lippe hingegen ist ein „sollen“ an die Stelle des „dürfen“ getreten: „Ärzte sollen nicht Hilfe zur Selbsttötung leisten.“

Die Bundesärztekammer hat im Dezember 2014 versucht, die innerärztliche Meinungsbildung in dieser Frage zu harmonisieren. In einer Erklärung des Vorstands der BÄK, einschließlich aller Präsidenten der Landesärztekammern, heißt es, es gelte für alle Ärzte in Deutschland die Verpflichtung, Sterbenden beizustehen. „Diese Grundaussage wird durch zum Teil länderspezifische Formulierungen des Paragraphen 16 MBO nicht infrage gestellt.“ Ärzte „sollen Hilfe beim Sterben leisten, aber nicht Hilfe zum Sterben“. Durch diese Formulierung wird der Grundkonflikt eines ausnahmslosen Verbots des ärztlich assistierten Suizids („nicht dürfen“), der durch die geänderte MBO erst entstanden ist, umschifft.

**Meinungspluralismus in der Ärzteschaft.** Zur tatsächlichen Handlungspraxis von Ärzten am Lebensende liegen bislang kaum Daten vor. Eine Forschergruppe um den Medizinethiker Jan Schildmann von der Ruhr-Universität Bochum hat Ende 2014 eine Studie dazu veröffentlicht. Sie bestätigt den Meinungspluralismus innerhalb der Ärzteschaft. Bemerkenswert ist, dass die Bemühungen der Forscher um einen repräsentativen Querschnitt der Ärzteschaft nur von fünf der 17 Landesärztekammern unterstützt wurden. Sechs Kammern lehnten eine Kooperation ab, sechs weitere antworteten gar nicht auf die Bitte um Mitwirkung an der Studie – und dies, obwohl die Wissenschaftler mit der Ärztekammer Westfalen-Lippe kooperierten. 734 ausgefüllte Fragebögen von Ärzten aus den fünf teilnehmenden Kammerregionen konnten schließlich ausgewertet werden. Die drei dabei am häufigsten vertretenen Fachgebiete waren Innere Medizin (23 Prozent), Chirurgie (18 Prozent) und die Allgemeinmedizin (14 Prozent). Jeder fünfte befragte Arzt war bereits von Patienten um ärztlich assistierten Suizid gebeten worden, berichten die Forscher. Lediglich in zwei Fällen hat demnach ein Arzt nach eigenen Angaben ein Medikament mit der ausdrücklichen Intention des Todeseintritts für den Patienten verabreicht. Unabhängig von ihrer Vorerfahrung wurden alle teilnehmenden Ärzte nach ihrer Haltung zum ärztlich assistierten Suizid befragt: 25 Prozent befürworteten ein berufsrechtliches Verbot der von Ärzten unterstützten Selbsttötung, 34 Prozent lehnten ein solches Verbot ab. 41 Prozent der Befragten zeigten sich unentschieden.

Das in der Musterberufsordnung geforderte absolute Verbot des ärztlich assistierten Suizids wird laut dieser Studie demnach nur von jedem vierten Arzt ausdrücklich unterstützt. Die Forscher der Universität Bochum folgern aus ihren Ergebnissen, die Diskrepanz zwischen den öffentlichen Stellungnahmen der Ärzteschaft und den Studiendaten machten den innerärztlichen Diskussionsbedarf deutlich. Die Autoren schlagen vor zu prüfen,

inwiefern Kriterien für ein Vorgehen entwickelt werden können, wenn Patienten um einen ärztlich assistierten Suizid bitten. Die Ärzteschaft müsse zeigen, dass sie auch bei kontroversen moralischen Positionen imstande ist, sich über Handlungsspielräume zu verständigen, heißt es in der Studie.

**Ethikrat verweist auf Ausnahmesituationen.** In eine ähnliche Richtung geht die Empfehlung des Deutschen Ethikrates zur Regelung der Sterbehilfe vom Dezember vergangenen Jahres. Die Mehrheit des Rates unterstützt die Grundsätze der Bundesärztekammer zur Sterbehilfe, die die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung als „keine aus der beruflichen Verantwortung erwachsene ärztliche Tätigkeit“ beschreiben. Zugleich appelliert der Rat an die Ärztekammern, einheitlich zum Ausdruck zu bringen, dass ungeachtet dieses Grundsatzes „im Widerspruch dazu ste-

**CDU-Papier wirbt für Beibehaltung des Status Quo.** Das von den Bundestags-Abgeordneten Claudia Lücking-Michel, Michael Brand und Michael Frieser (alle CDU) vorgelegte Papier „Begleiten statt Beenden – Schutz der Würde am Ende des Lebens“ plädiert dafür, den gesetzlichen Status quo nicht grundsätzlich zu verändern. Demnach soll auch die Unterstützung bei der Selbsttötung durch Angehörige straffrei bleiben. Verboten werden durch eine Ergänzung des Strafgesetzbuchs soll dagegen die geschäftsmäßige Suizid-Beihilfe. In dem Papier heißt es dazu: „Eine Regelung im Bürgerlichen Gesetzbuch ist untauglich. Die Rechtslage unterscheidet sich von der dort geregelten Patientenverfügung grundlegend.“ Damit wenden sich die Abgeordneten gegen die Position der Gruppe um die Abgeordneten Hintze, Lauterbach und andere, die eine Verbotsbestimmung im BGB anstreben. Ein „Sonderstrafrecht für Ärzte“, das den ärztlich

Die Gesellschaft muss für schwer leidende Menschen mehr übrig haben als die Tablette auf dem Nachttisch für den einsamen Suizid.

*Kerstin Griese, SPD*

Der Mensch hat nicht das Recht auf Töten, auch nicht auf Töten auf Verlangen. Leidende Menschen haben vielmehr das Recht auf helfende Begleitung und Linderung.

*Michael Brand, CDU*

Niemand stellt in der aktuellen Diskussion die Straffreiheit des Suizids in Frage. Der assistierte Suizid darf aber nicht zu einer alltäglichen Dienstleistung im gesundheitlich-pflegerischen Versorgungsgeschehen werden.

*Elisabeth Scharfenberg und Harald Terpe, Bündnis 90/Die Grünen*

hende Gewissensentscheidungen in einem vertrauensvollen Arzt-Patient-Verhältnis bei Ausnahmesituationen respektiert werden“.

Genau die Tragweite und die Kriterien für die Festlegung dieser „Ausnahmesituationen“ bilden einen Kern der Debatte im Bundestag. Bis Ende Mai lagen fünf, zumeist interfraktionelle Positionspapiere von Abgeordneten vor. Ein Vorschlag spricht sich für die Beibehaltung des gesetzlichen Status quo aus, will die Aktivitäten von Sterbehilfevereinen stärker kontrollieren, diese aber nicht verbieten. Drei weitere Anträge schlagen vor, die gewerbsmäßige wie auch die geschäftsmäßige Sterbehilfe zu verbieten. Gemeint sind damit Organisationen, die Sterbehilfe wiederholt und gegebenenfalls gewinnorientiert anbieten. Dabei werden Angehörige – sowie teilweise Ärzte – von einer Strafbarkeit der Mitwirkung an einem assistierten Suizid freigestellt. In einem weiteren Eckpunktepapier wird ein Vorschlag gemacht, der für kontroverse Diskussionen gesorgt hat: Die Abgeordneten plädieren dafür, anders als bisher den ärztlich assistierten Suizid unter definierten Voraussetzungen ausdrücklich zuzulassen. Die Positionspapiere werden im Folgenden in ihren wesentlichen Punkten vorgestellt. Die zitierten Argumente stammen insbesondere aus Reden von Abgeordneten aus der Debatte am 13. November 2014.

assistierten Suizid unter bestimmten Vorgaben straffrei stellt, hält die Gruppe für gefährlich: „Wer diese Tür (die Möglichkeit der ärztlichen Unterstützung beim Suizid) auch nur einen Spaltbreit öffnet, der wird sie nicht mehr schließen können“, sagte Michael Brand.

**SPD-Abgeordnete plädieren für einen Weg der Mitte.** Das Papier „In Würde leben, in Würde sterben – Positionierung zur Sterbehilfe“ der Abgeordneten Kerstin Griese und Eva Högl (beide SPD) wirbt für einen „Weg der Mitte“. Die bestehenden ärztlichen Handlungsmöglichkeiten bei Patienten am Lebensende sollen nicht eingeschränkt werden: „Wir wollen nicht, dass passive Sterbehilfe, indirekte Sterbehilfe, Behandlungsunterbrechung, palliative Sedierung, auch assistierter Suizid verboten werden.“ Andererseits lehnen die Abgeordneten es ab, durch neue Regelungen den assistierten Suizid oder die „aktive Sterbehilfe“ zum „Rechtsanspruch oder zum Normalfall“ zu machen. Sie appellieren an die Ärzteschaft, die unterschiedlichen Formulierungen im Landesrecht „klar zu regeln“: Diese sollten überarbeitet werden mit dem Ziel, „die klare Aussage zu treffen, dass (...) Beihilfe in Einzelfällen zwar keine ärztliche Aufgabe“ ist, (...)

jedoch als Gewissensentscheidung des einzelnen Arztes (...) möglich und auch wünschenswert“ ist. Die Arbeit von organisiert und geschäftsmäßig tätigen Sterbehilfevereinen oder Einzelpersonen soll durch einen neuen Tatbestand im Strafgesetzbuch verboten werden.

**Grünen-Vorschlag für moderates Strafrecht.** Die Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg und Harald Terpe (beide Grüne) lehnen es in ihrem Papier „Vorschlag für eine moderate strafrechtliche Regelung der Suizidbeihilfe“ ab, den assistierten Suizid als „Dienstleistung im gesundheitlich-pflegerischen Versorgungsgeschehen“ zuzulassen. Eine Institutionalisierung der ärztlichen Suizidbeihilfe würde diesem Ziel nach Ansicht der Abgeordneten widersprechen. Die Arbeit professioneller Sterbehilfeorganisationen soll rechtlich unterbunden werden, ebenso wie die Werbung dafür. Allerdings wollen die Autoren den Kreis derer,

der ärztlich assistierten Suizidassistenz auf „irreversibel zum Tod führende Erkrankungen“ und auf den Fall „extremer Leidenssituationen“. Erlaubt sein soll dies nur im Falle volljähriger und einsichtsfähiger Menschen, nicht aber bei Patienten mit psychischen Erkrankungen.

Weiterhin sieht der Entwurf vor, dass ein zweiter Arzt die Diagnose bestätigt hat und dass der Patient insbesondere über palliative Behandlungsangebote beraten wurde. Carola Reimann führte zur Begründung aus: „Wir lassen Freiräume für ärztlich-verantwortliches Handeln. Wir stärken auf der einen Seite die Selbstbestimmung, und auf der anderen Seite machen wir durch Zugrundelegung von sehr strengen Voraussetzungen klar: Der assistierte Suizid ist kein Normalfall.“ Die Rechtssicherheit für Ärzte sei nötig, um zugleich die Arbeit von geschäftsmäßigen Sterbehilfeorganisationen verbieten zu können. Der Abgeordnete Karl Lauterbach: „Der Arzt braucht, nachdem er alles un-

Bei der Debatte über das Thema Sterbehilfe gibt es kein Richtig oder Falsch. Es gibt keinen Anspruch auf absolute Wahrheit. Das Wertvollste an der Diskussion heute aber ist, dass sie stattfindet.

*Dagmar Wöhrl, CSU*

Selbstbestimmt zu sterben durch Verhungern und Verdursten, weil es unsere Moralvorstellungen und Gesetze nicht anders zulassen, ist das nicht erbarmungslos?

*Petra Sitte, Die Linke*

die im Falle einer Suizidbeihilfe straflos bleiben, weiter fassen. Gelten soll dies nicht nur für Angehörige, sondern auch für „nahestehende Personen“. Dies können auch Ärzte oder Angehörige anderer Heilberufe sein, „zu dem die sterbewillige Person in einer langjährigen Behandlungsbeziehung steht und deren Handeln Ausdruck eines engen Vertrauens- und Fürsorgeverhältnisses ist“.

**Interfraktionelle Gruppe will mehr Rechtssicherheit.** Das von einer interfraktionellen Abgeordnetengruppe (Peter Hintze, CDU, Dagmar Wöhrl, CSU, Carola Reimann, Karl Lauterbach, Burkhard Lischka, alle SPD) vorgelegte Papier „Sterben in Würde – Rechtssicherheit für Patienten und Ärzte“ beschreibt einen neuen Regelungsweg. Darin wird der ärztlich assistierte Suizid zugelassen und unter bestimmten Bedingungen straffrei gestellt. Eine Codifizierung im Strafrecht lehnen die Abgeordneten ab und befürworten stattdessen eine Regelung im Bürgerlichen Gesetzbuch. Der Kernsatz ihrer Argumentation lautet: „Wir halten es für einen Verstoß gegen die Menschenwürde, wenn aus dem Schutz des menschlichen Lebens ein staatlicher Zwang zum Leiden wird.“ Beschränkt sein soll die Möglichkeit

ternommen hat, den Patienten umzustimmen, diese Rechtssicherheit, um in einer Situation helfen zu können, in der der Patient sonst niemanden hat.“

**Grüne und Linke gegen Strafbarkeit von Suizidbeihilfe.** Das von den Abgeordneten Renate Künast, Kai Gehring (beide Bündnis 90/Die Grünen) sowie Petra Sitte (Die Linke) erarbeitete Papier „Mehr Fürsorge statt mehr Strafrecht: Gegen eine Strafbarkeit der Beihilfe beim Suizid“ setzt sich dafür ein, die von „Angehörigen, Nahestehenden, Ärzten und Sterbehilfevereinen geleistete Hilfe zum Freitod weiterhin straflos zu lassen“. Das Strafrecht sei das schärfste Mittel einer Gesellschaft, um Regeln des Zusammenlebens festzulegen: „Aber das Strafrecht ist nicht der Ort, seine eigene Weltanschauung oder Religion für andere zum Maßstab zu machen.“ Daher solle es auch künftig nicht-kommerziell tätige Vereine geben dürfen, „die Beratung und Hilfe anbieten“. Allerdings sollten diese Vereine ohne Gewinnerzielungsabsicht Transparenz über ihr Tun herstellen.

Die bisherige Rechtslage, so Renate Künast, sei „klüger als alles, was sonst vorgeschlagen wird“. Insbesondere gebe es keine Hinweise, dass die Arbeit der bisher zugelassenen Sterbehilfevereine die Suizidrate erhöht habe. „Die jetzige Rechtslage belegt also keine Fehlentwicklung“, sagt Künast.

**Pro und Contra Sterbehilfe-Vereine.** Jedes der fünf Papiere enthält strittige Positionen. Beispiele dafür sind etwa ein Verbot der geschäftsmäßigen – also ständig angebotenen – Sterbehilfe. Für ein solches Verbot wird insbesondere die Befürchtung angeführt, mit dem Fortbestehen von Organisationen wie etwa „Sterbehilfe Deutschland“ oder „Dignitas“ gehe eine allgemeine Erosion des Respekts vor dem Leben einher. Zudem sei wegen der fehlenden Kontrolle dieser Organisationen ein Missbrauch nicht auszuschließen in dem Sinne, dass nicht nur Menschen mit freiverantwortlichem Wunsch der Selbsttötung Unterstützung erhalten. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz warnt: „Etabliert sich die Suizidbeihilfe als legale Dienstleistung, werden sich alte und pflegebedürftige Menschen fragen, ob sie ihren Angehörigen oder der Gesellschaft ihre Pflege oder ein längeres Leben zumuten wollen.“ Indem professionelle Suizidhelfer ihre eigenen Interessen in den Kontakt mit einem Sterbewilligen einbringen, werde die Selbstbestimmung nicht gestärkt, sondern geschwächt. Entgegengehalten wird, ein umfassendes Verbot der geschäftsmäßigen Sterbehilfe könne weniger wünschenswerte Ausweichreaktionen – „direktere“ Formen des Suizids – provozieren. Desweiteren wird argumentiert, wenn die Beihilfe zum freiver-

antwortlichen Suizid kein Unrecht ist, könne sie durch den bloßen Modus ihrer äußeren Form – also dadurch, dass sie organisiert ist – nicht zum Unrecht werden. Ähnliches gilt für die Befürchtungen, mit der Duldung oder Zulassung von Sterbehilfeorganisationen werde eine schiefe Ebene betreten, die in einen sukzessive zunehmenden Missbrauch mündet. Gegner eines Verbots fordern plausible Belege dafür, warum die organisierte Sterbehilfe mit Gefahren einhergehen soll, die bei privater Gelegenheitshilfe nicht auftauchen. So hatte bereits die Bundesregierung in der letzten Legislaturperiode in ihrem gescheiterten Gesetzentwurf für ein Verbot der gewerblichen Suizidbeihilfe ausgeführt, es fehle an „gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen, inwieweit gerade die gewerbsmäßige Förderung der Selbsttötung die Suizidrate beeinflussen kann“.

**Pro und Contra ärztliche Suizidhilfe.** In der Diskussion um die Zulassung der ärztlichen Suizidbeihilfe in Ausnahmefällen argumentieren Befürworter damit, dass die Möglichkeit einer ärztlich assistierten Lebensbeendigung „suizidpräventiv“ wirke. Allein das Vorhandensein dieser „Exit-Option“ könne schwer leidenden Menschen helfen, von einer Inanspruchnahme abzusehen. Zudem

## Oregon: „Death with Dignity Act“ regelt ärztlich assistierten Suizid

Der seit 1997 geltende „Death with Dignity Act“ im US-Bundesstaat Oregon (3,7 Millionen Einwohner) dient vielen Befürwortern einer gesetzlichen Zulassung des ärztlich assistierten Suizids in Deutschland als Vorbild. Im Jahr 2014 haben 105 Menschen in Oregon auf Basis dieses Gesetzes Suizid begangen, 155 hatten von Ärzten ein entsprechendes Medikament, in der Regel ein Barbiturat, verschrieben bekommen.

Die Regelung wurde in Oregon auf Basis eines Volksentscheids in Kraft gesetzt. Sie schreibt vor, dass der Patient volljährig und entscheidungsfähig sein und seinen Wohnsitz in dem Bundesstaat haben muss. Der behandelnde, zugelassene Arzt und ein weiterer Arzt müssen unabhängig voneinander bestätigen, dass der Patient eine tödlich verlaufende Erkrankung mit einer voraussichtlichen Restlebenszeit von weniger als sechs Monaten hat. Zweimal muss der Patient in einem Abstand von mindestens 15 Tagen seinen Sterbewunsch äußern. Zudem muss er diesen Wunsch schriftlich in Gegenwart von zwei Zeugen niederlegen. Seinen Sterbewunsch kann der Patient jederzeit und in jeder Form widerrufen. Pflicht des Arztes ist es weiterhin, den Patienten über alle Möglichkeiten der Pflege und palliativen Behandlung zu informieren. Ärzte müssen alle Verordnungen eines todbringenden Medikaments an die Gesundheitsbehörde in Oregon melden.

**Seit Inkrafttreten vor 18 Jahren haben in Oregon 1.327 Menschen eine Verordnung für ein tödliches Medikament erhalten, 859 begingen schließlich Suizid.** Ihr Durchschnittsalter lag bei 72 Jahren, knapp 69 Prozent von ihnen waren im vergangenen Jahr Krebspatienten, 16,2 Prozent litten an amyotropher Lateralsklerose (ALS). Stetig zugenommen hat der Anteil der Patienten mit chronischen Erkrankungen wie Multipler Sklerose oder Parkinson. Die Gruppe der Sterbewilligen war überdurchschnittlich gebildet, fast 48 Prozent hatten mindestens einen Bachelor-Abschluss.

Die Gesundheitsbehörde in Oregon, heißt es in einem regierungsamtlichen Dokument, nimmt zu dem Gesetz eine „neutrale Haltung“ ein. Es gebe auch seitens der Behörde kein „Programm“ im Rahmen des „Death with Dignity Act“. Befürworter des Oregon-Modells verweisen auf Studien, wonach es keine Hinweise gebe, dass der Druck insbesondere auf vulnerable Patientengruppen zugenommen habe. Auch Anzeichen für einen Vertrauensverlust im Arzt-Patienten-Verhältnis haben sich demnach aus Studien nicht ergeben.

Harsche Kritik äußert hingegen die Konferenz der katholischen Bischöfe der USA, die im Juni 2014 zu einer skeptischen Bewertung des Oregon-Modells kommt. Dabei kritisieren sie insbesondere, es bleibe allein der Einschätzung

der beiden Ärzte überlassen, ob der sterbewillige Patient psychologisch auf seine Fähigkeit untersucht wird, tatsächlich frei entscheiden zu können. Zwischen 1998 und 2012 seien nur rund sechs Prozent der Patienten mit Sterbewunsch psychologisch untersucht worden, im Jahr 2013 ist dieser Anteil noch weiter auf 2,8 Prozent gefallen.

Die US-Bischöfe monieren, nach der Verschreibung des tödlichen Medikaments gebe es keine Vorkehrungen mehr mit dem Ziel, die Einwilligung oder Kompetenz des Patienten zu überprüfen. Bei Einnahme des Medikaments schließlich müssen keine Zeugen – auch nicht der Arzt – anwesend sein. Im Jahr 2013 war nur noch in elf Prozent der Fälle ein Arzt im Zimmer des Sterbewilligen zugegen. Als „besorgniserregend“ bezeichnen die Bischöfe die Entwicklung mit Blick auf den sozialen Status der Suizidenten: 60 Prozent der Patienten waren im Jahr 2013 abhängig von Medicare oder Medicaid, der staatlichen Krankenversicherung, rund 40 Prozent privat krankenversichert. In früheren Jahren habe der Anteil der Patienten mit staatlicher Versicherung im Schnitt noch 35 Prozent betragen. Insgesamt folgern die Bischöfe: „Es scheint, dass einsame, abhängige und chronisch kranke Patienten zu der Hauptzielgruppe für assistierten Suizid in Oregon geworden sind.“

*Florian Staeck*

Mit der kommerziellen Sterbehilfe erodiert der Respekt vor dem Leben, sagen Befürworter eines Verbots einschlägiger Organisationen.



solle die Assistenz bei einem Suizid nur mit ärztlicher Fachkenntnis erfolgen, da dies die Chance eröffne, Depressionen und andere psychische Erkrankungen bei suizidgeeigneten Patienten zu erkennen und mit entsprechender Behandlung ein Weiterleben zu ermöglichen. Dies sei anders, wenn sich der Patient an eine Sterbehilfeorganisation wende. Schließlich schaffe eine konditionierte gesetzliche Zulassung der ärztlichen Suizidassistenz Rechtssicherheit und könne dazu beitragen, das bisherige statistische Dunkelfeld der Suizidbeihilfe in Deutschland zu erhellen.

Gegen die gesetzliche Zulassung wird ins Feld geführt, sie schwäche eine lebensorientierte Beratung von Menschen mit Suizidwunsch. Insbesondere aber bezweifeln die Gegner, dass es gelingt die zugelassene ärztliche Suizidbeihilfe auf „irreversibel zum Tode führende Erkrankungen“ und „schweres Leiden“ zu begrenzen. Die Ein- und Ausschlusskriterien für eine solche Regelung, so die Kritik, lassen sich nicht konsistent bestimmen. Daraus könnte eine Tendenz zur Ausweitung erwachsen, die schließlich über todkranke Menschen hinausgeht. Als Beispiel dafür werden Entwicklungen in den Niederlanden und Belgien angeführt, wo die Zulassungskriterien zur „Euthanasie“ in den vergangenen Jahren offensichtlich immer liberaler interpretiert wurden (siehe Kasten „Niederlande: Gesetzgeber erlaubt die Tötung auf Verlangen“ auf Seite 32). Weiterhin stellen Kritiker die ethische Prämisse dieser Regelung, die Orientierung an der Selbstbestimmung des Einzelnen, infrage: Werde Selbstbestimmung ernst genommen, könne die Regelung nicht auf tödlich verlaufende Krankheiten beschränkt werden. Gewarnt wird weiterhin, die konditionierte Freigabe des ärztlich assistierten Suizids beschädige das Vertrauen zwischen Arzt und Patient

**Pro und Contra Gesetzesänderung.** Mit der Beibehaltung der jetzigen Gesetzeslage werde die Selbstbestimmung des Einzelnen sowie der Freiraum für unterschiedliche Weltanschauungen betont, so die Befürworter dieser Option. Eine Einschränkung der ärztlichen Gewissensentscheidung durch gesetzliche Vorga-

ben fände nicht statt. Die Zahl geleisteter Suizidhilfen durch Sterbehilfeorganisationen habe sich nicht so dramatisch entwickelt, dass ein Einschreiten des Gesetzgebers unbedingt geboten wäre. „Dignitas“ etwa gibt die Zahl der von ihr begleiteten Fälle im Jahr 2008 mit 51 an, im Jahr 2011 mit 66.

Fehlende Regelungen begünstigten, dass Sterbehilfe-Vereine weiter in einem Dunkelfeld arbeiten, in dem ein professioneller Beistand für Betroffene nicht gewährleistet ist – so ein Argument gegen die Beibehaltung des Status Quo. Zudem werde ein „Sterbehilfe-Tourismus“ vor allem in Richtung Schweiz in Kauf genommen. Auch bestünde für die Ärzteschaft bei unveränderter Gesetzeslage kein Anlass, zu einer einheitlichen Haltung in Fragen des assistierten Suizids im Berufsrecht zu kommen.

Alle hier dargestellten Handlungsoptionen des Gesetzgebers gehen mit Nebenwirkungen einher, die daran zweifeln lassen, ob eine Reform tatsächlich zu mehr Rechtssicherheit für Ärzte und zu einer als würdig empfundenen letzten Lebensphase für Sterbenskranke führt. Es ist eben das vielleicht anspruchsvollste Gesetzgebungsprojekt dieser Legislaturperiode. ■

**Florian Staeck** ist Redakteur bei Springer Medizin, Ärzte Zeitung.

**Kontakt:** [Florian.Staeck@springer.com](mailto:Florian.Staeck@springer.com)

#### Nachtrag: Erster Gesetzentwurf liegt vor

Die Debatte über Sterbehilfe gewinnt an Fahrt – für den 3. Juli ist die erste Beratung der Gesetzentwürfe im Bundestag angesetzt. Eine zehnköpfige Abgeordnetengruppe aus allen Fraktionen hat am 9. Juni einen gemeinsamen Entwurf vorgelegt, der drei der Positionspapiere (Brand/Lücking-Michel, Griese/Högl, Terpe/Scharfenberg) gleichsam fusioniert. Darin fordern sie ein Verbot der geschäftsmäßigen Sterbehilfe im Strafgesetzbuch. Die Parlamentarier fürchten einen gesellschaftlichen „Gewöhnungseffekt“, wenn Sterbehilfevereine dauerhaft ihre „Dienstleistungen“ anbieten. Der Gesetzentwurf setzt die Autoren der beiden übrigen Positionen unter Zugzwang – das parlamentarische Verfahren beginnt.

*Florian Staeck*

A portrait of Prof. Dr. Heinrich Bedford-Strohm, an older man with white hair and glasses, wearing a dark suit, a light purple shirt, and a striped tie. He is smiling and leaning on a dark wooden railing with a spherical finial. The background shows a brick wall and a building facade.

## Zur Person

**Prof. Dr. Heinrich Bedford-Strohm** ist Ratsvorsitzender der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) und Landesbischof der evangelisch-lutherischen Kirche in Bayern. Der 1960 in Memmingen geborene Sohn eines Pfarrers studierte zunächst Jura, Geschichte und Politik. Dann wechselte er zur Theologie. Bedford-Strohm war unter anderem Gastprofessor für Sozialethik in New York, arbeitete als Gemeindepfarrer in Coburg, leitete die Dietrich-Bonhoeffer-Forschungsstelle an der Universität Bamberg und ist heute außerplanmäßiger Professor an der Universität Stellenbosch/Südafrika sowie Honorarprofessor an der Universität Bamberg. Seit 2011 ist Bedford-Strohm bayerischer Landesbischof und folgte im November 2014 Nikolaus Schneider im Amt des EKD-Ratsvorsitzenden. Im März 2015 veröffentlichte er das Buch „Leben dürfen – Leben müssen. Argumente gegen die Sterbehilfe“. Heinrich Bedford-Strohm ist verheiratet und hat drei Kinder.

# „Nächstenliebe ist ein Zukunftskonzept“

Flüchtlingsselend, Klimawandel, Sterbehilfe – **Heinrich Bedford-Strohm** macht im G+G-Interview deutlich, in welche gesellschaftspolitischen Debatten er sich einmischen will. Der Ratsvorsitzende der Evangelischen Kirche setzt dabei auf die Überzeugungskraft christlicher Argumente.

**Herr Bedford-Strohm, Sie lehren an der Universität, beteiligen sich an der Politik und predigen in der Gemeinde. Welche Aufgabe liegt Ihnen am nächsten?**

**HEINRICH BEDFORD-STROHM:** Das Predigen in den bayerischen Gemeinden bleibt für mich als Landesbischof das Zentrale. Aber man kann die Aufgaben nicht voneinander trennen: Was ich predige, muss ich vorher gut reflektiert haben – da ist die akademische Theologie eine Nahrungsquelle. Und wer predigt, kommt nicht daran vorbei, sich in der Welt einzumischen. Das Doppelgebot der Liebe verlangt, Gott zu lieben und den Nächsten zu lieben, und sich für ihn einzusetzen. Dietrich Bonhoeffer hat davon gesprochen, dass ein Theologe den Weg zwischen Kanzel, Katheder und Rathaus suchen muss. Da ist viel dran.

**Unsere Gesellschaft schreibt Selbstverwirklichung ganz groß. Die Nächstenliebe hingegen scheint an Kraft eingebüßt zu haben. Was tut die Kirche, um das Konzept zu retten?**

**BEDFORD-STROHM:** Die Nächstenliebe muss niemand retten. Die Nächstenliebe ist ein Zukunftskonzept. Schwieriger ist es, das Konzept mit Leben zu füllen. Aber dass Zuwendung zum Nächsten, Überwindung von Egoismus und Orientierung am Gemeinwesen ein hoher Wert ist, würden heute die meisten Menschen unterschreiben.

**Obwohl viele hauptsächlich ihr eigenes Glück im Auge haben und Materielles anhäufen?**

**BEDFORD-STROHM:** Ich glaube, eine solche kulturpessimistische

Sicht wäre falsch. Allein in Bayern engagieren sich in der evangelischen Landeskirche 155.000 Ehrenamtliche. Auch die Welle der Hilfsbereitschaft für Flüchtlinge ist heute nicht geringer als vor zwanzig Jahren. Im Gegenteil. Menschen haben viel Potenzial, sich für andere zu engagieren. Und das nutzen sie auch.

**Die Kirche geht mit gutem Beispiel voran und betreibt Kliniken, Heime oder Kindertagesstätten. Was unterscheidet diakonische Einrichtungen von denen kommunaler oder privater Träger?**

**BEDFORD-STROHM:** Wir haben eine klare Grundlage: Jesus selbst hat die Diakonie auf die Spur gesetzt, indem er sich den Kranken und Schwachen zugewandt hat. Es besteht ein untrennbarer Zusammenhang zwischen unserem Glauben an Jesus Christus und dem Leben dieses Glaubens im Alltag. Ebenso gehören Leib und Seele zusammen. Das ist Teil unseres christlichen Selbstverständnisses. In den Häusern der Diakonie steht der Mensch als Ganzes im Mittelpunkt. Die seelischen Bedürfnisse der Menschen, ihre Glaubensfragen, ihre Angst, ihre Verlorenheit – das alles gehört zum Auftrag und Selbstverständnis der diakonischen Einrichtungen.

**Unterscheiden sich die finanzielle und personelle Ausstattung oder die Arbeitsbedingungen von denen in privaten oder kommunalen Häusern?**

**BEDFORD-STROHM:** Durch die Verzahnung mit den Kirchengemeinden und das Engagement von Freiwilligen ist häufig tatsächlich eine bessere Betreuung gewährleistet. Aber die Einrich-



tungen der Diakonie arbeiten genau wie jede andere Wohlfahrts-einrichtung unter den Bedingungen des Sozialmarkts. Eine der großen Aufgaben der Diakonie ist es, im Wettbewerb und unter steigendem Kostendruck eine Betreuung zu gewährleisten, die ihren eigenen hohen fachlichen und ethischen Ansprüchen gerecht wird. Viele diakonische Einrichtungen kämpfen damit. Die Arbeit mit kranken und hilfsbedürftigen Menschen ist unterfinanziert und braucht mehr Anerkennung.

**Über die Diakonie hinaus: Wie kann die Kirche ihre Bedeutung halten, vielleicht sogar ausbauen?**

**BEDFORD-STROHM:** Wir müssen unsere geistliche Ausstrahlungskraft weiter stärken. In den Gottesdiensten können Menschen erfahren, welche Kraft das Evangelium hat und wie gut es tut, sich von Gott behütet zu wissen, Vergebung zugesprochen zu bekommen, danke sagen zu können. Ich möchte, dass Menschen unsere Begeisterung spüren und sich von ihr anstecken lassen.

**Wie und wo muss sich die Kirche einmischen?**

**BEDFORD-STROHM:** Der Glaube gibt Orientierung. Aus dem Doppelgebot der Liebe folgt für Christen, sich in der Welt, auch bei politischen Entscheidungen, einzumischen. Wenn es etwa um soziale Gerechtigkeit geht, hat die biblische Option für die Armen leitende Bedeutung. Jesus hat gesagt: Ich bin ein Fremder gewesen, und ihr habt mich aufgenommen. Das kann uns nicht unberührt lassen, wenn wir mit Flüchtlingen zu tun haben. Jesus predigt Gewaltlosigkeit. Wir können niemals Waffen segnen. Allerdings gibt es Situationen, in denen wir so oder so schuldig werden: Angesichts von Völkermord müssen wir alles versuchen, um die Verfolgten zu schützen.

**Viele Menschen haben den Eindruck: Das ist alles hoffnungslos, wir sind ohnmächtig. Hat Kirche da politisch etwas zu bieten?**

**BEDFORD-STROHM:** Dem Eindruck der Hoffnungslosigkeit würde ich klar widersprechen. Es gibt schon Ansatzpunkte. Viele der Fragen sind nur global zu lösen, wie beispielsweise die Klimakatastrophe oder die Überwindung von Armut. Die Kirchen sind weltweit in unterschiedlichen Gegenden verwurzelt und gleichzeitig haben sie eine universale gemeinsame Ausrichtung.

Das prädestiniert sie geradezu dafür, ein Akteur in der globalen Zivilgesellschaft zu sein. Als ich vor anderthalb Jahren von der Vollversammlung des Weltkirchenrats in Südkorea zurückgekommen bin, habe ich die Berichte von Mitchristen aus anderen Teilen der Erde mitgebracht. Ein Pfarrer von Tuvalu, einer Insel im Pazifik, sagte mir damals: Unsere Insel versinkt im Meer, weil euer Lebensstil den Klimawandel beschleunigt und den Meeresspiegel steigen lässt. Diesen Hilferuf habe ich etwa bei einem Forum Deutscher Banken weitergegeben, in einem Vortrag über Wachstum. Das ist etwas, was wir als Kirche tun können: hier in den Machtzentralen über die Lebenssituation von Menschen zu berichten. Unsere Hoffnung nährt sich aber letztlich aus etwas viel Tieferem: der Überzeugung nämlich, dass Gott diese Welt in seiner Hand hält.



**Sie haben angekündigt, dass sich die Evangelische Kirche in die großen ethischen Debatten des Jahres 2015 einbringen wird. Welche sind das?**

**BEDFORD-STROHM:** Das Thema Flüchtlinge beschäftigt uns sehr. Wir werben dafür, Flüchtlingen offen zu begegnen, sie menschenwürdig aufzunehmen und unterzubringen. Das spiegelt sich auch in dem Beschluss wider, den die EKD-Synode jüngst getroffen hat: Wir brauchen eine Asylpolitik, die Würde, Leib und Leben der Flüchtlinge schützt und dem Anspruch einer europäischen Wertegemeinschaft gerecht wird. Ein zweites Thema ist die ökologische Umorientierung: Angesichts der Klimakonferenz von Paris Ende des Jahres denken wir darüber nach, wie wir so leben können, dass dies mit der Erhaltung der Erde vereinbar ist. Ein drittes Thema ist die Frage, welche politischen Rahmenbedingungen dafür sorgen, mit dem Lebensende würdig umzugehen. Wir dürfen die Leidsituation am Lebensende nicht mit öffentlichen Angeboten zum assistierten Suizid beantworten. Die Palliativmedizin sowie gute Pflege und Betreuung ermöglichen eine würdevolle letzte Lebensphase.



„Wir setzen uns für ein Verbot der organisierten, erst Recht der kommerziellen Sterbehilfe ein.“

Deswegen setzen wir uns für ein Verbot der organisierten, erst Recht der kommerziellen Sterbehilfe ein. Das darf es nicht geben.

**Sie haben kürzlich ein Buch zu diesem Thema veröffentlicht. Warum haben sie es geschrieben?**

**BEDFORD-STROHM:** Die Frage, wie wir mit dem Geschenk des Lebens umgehen, ist von erheblicher soziokultureller Bedeutung. Wenn wir die Tür dazu öffnen, dass Menschen vorgefertigte Angebote dafür bekommen, ihr Leben selbst zu beenden oder beenden zu lassen, verschiebt sich etwas Grundlegendes. In einer Gesellschaft, in der Fragen der Ökonomie immer wichtiger werden, ist die Gefahr groß, dass Menschen die Gewissheit verlieren, einfach sein zu dürfen. Ich möchte nicht, dass jemand sich dafür rechtfertigen muss, dass er noch leben will. Die Bedingungen am Lebensende müssen von so viel Liebe und Hilfe geprägt sein, dass Menschen gar nicht erst den Wunsch entwickeln, sich zu töten.

**Eine Überschrift im Buch lautet: Wir alle werden sterben. Warum erinnern Sie daran?**

**BEDFORD-STROHM:** In Psalm 90 heißt es: Lehre uns bedenken, dass wir sterben müssen, auf dass wir klug werden. Bewusstes Leben ist die beste Voraussetzung dafür, dass wir erfüllt sterben können. Dann können wir sagen: Danke Gott für die Zeit, die du mir gegeben hast, jetzt lege ich mein Leben zurück in deine Hand. Mit dem Bewusstsein der eigenen Endlichkeit werden Gefühle offener, auch in der Beziehung zwischen Menschen.

**Der christliche Glaube hilft Menschen, auch ohne eine schwere Krankheit dieses Bewusstsein zu entwickeln?**

**BEDFORD-STROHM:** Die christliche Tradition und der christliche Glaube geben im Leben wie im Sterben viel Kraft. Ich habe das als Gemeindepfarrer selbst erlebt, wenn ich mit sterbenden Menschen das Abendmahl gefeiert habe. Sie haben dadurch Frieden gefunden, dass sie Vergebung aller Sünden im Leben zugesprochen bekommen haben, dass sie die Gegenwart Gottes sinnlich, mit Brot und Wein in sich aufgenommen haben, dass Kerzen gebrannt haben, dass eine Atmosphäre des Friedens spürbar geworden ist. Sie konnten Ja zum Sterben sagen und wussten sich gehalten in Gottes guter Hand.

**Wir stecken in unserer Gesellschaft ganz viel Geld in die Gesundheit. Ist das Ausdruck der Angst vor dem Tod?**

**BEDFORD-STROHM:** Es ist ein Segen, dass die moderne Medizin Menschen heilen kann oder ihr Leiden lindert. Jesus selbst hat das Reich Gottes sichtbar gemacht durch Heilungen. Dem



Heilen, dem Überwinden von Leid kommt eine hohe ethische Bedeutung zu. Jeder, der Angehörige hat, die nicht mehr am Leben wären, wenn es die Möglichkeiten der modernen Medizin nicht gäbe, weiß, wie dankbar man dafür sein kann. Mein Vater hätte ohne Dialyse das vergangene Jahr nicht erlebt. Wir sind für jeden Tag seines Lebens dankbar.

**Ist es berechtigt, hierzulande so viel in Gesundheit zu investieren, wenn woanders das Geld fehlt?**

**BEDFORD-STROHM:** Die Möglichkeiten der modernen Medizin dürfen keine Eigendynamik entwickeln. Lebensverlängerung um jeden Preis, ohne auf die seelische Qualität zu achten, lehnen viele Menschen ab. Heute laufen wir Gefahr, alles für machbar zu halten. Wir müssen wieder lernen, die Endlichkeit anzunehmen. Damit sollte sich jeder intensiv auseinandersetzen und dann seine eigenen Entscheidungen treffen, zum Beispiel in einer Patientenverfügung. Abzulehnen, dass das Leben künstlich verlängert wird, ist etwas anderes, als aktiv das Leben zu beenden.

**Inwiefern spielt Gottvertrauen eine Rolle dabei, gesund zu bleiben oder zu werden?**

**BEDFORD-STROHM:** Dass körperliche und seelische Dimensionen zusammengehören, sagt ja nicht nur die Bibel, sondern längst auch die Wissenschaft. Wenn Menschen aus Vertrauen leben, ihr Leben in Gottes Hand legen und eine innere Gelassenheit, einen inneren Frieden bekommen, kann das in vielerlei Hinsicht heilend sein. Das lässt sich aber nicht funktionalisieren nach dem Motto: Wer glaubt, wird gesund. ■

Die Fragen stellte Anne Töpfer.

# Europas Richter sind am Zug

Im Streit über die Haftung für mangelhafte Silikonbrustimplantate müssen die betroffenen Frauen weiter auf eine endgültige Entscheidung warten. Der Bundesgerichtshof hat den Europäischen Gerichtshof angerufen. Die Luxemburger Richter sollen vorab klären, welche Pflichten bei der Kontrolle von Medizinprodukten bestehen. **Von Anja Mertens**

Beschluss vom 9. April 2015  
– VII ZR 36/14 –  
Bundesgerichtshof

**Die Ungewissheit hält an.** Fünf Jahre nach dem Skandal um die mangelhaften Brustimplantate des französischen Herstellers Poly Implant Prothèse (PIP) mit Billigsilikon müssen Tausende Frauen weiter auf eine Klärung der Frage warten, ob der TÜV Rheinland haftet. Weltweit hatten sich etwa 400.000 Frauen die Implantate nach einer Brustkrebsoperation oder aus kosmetischen Gründen einsetzen lassen. 2010 stellte die zuständige französische Behörde (Afssaps) fest, dass PIP minderwertiges Industriosilikon verwendet hatte. Die Firma ging ein Jahr später in die Insolvenz, und die Verantwortlichen wurden in Frankreich unter anderem wegen Betrugs verurteilt.

**TÜV verliert vor französischem Gericht.** Zwischenzeitlich sind zahlreiche Klagen geschädigter Frauen gegen die TÜV Rheinland LGA Products GmbH anhängig. Als „benannte Stelle“ habe sie die ihr übertragenen öffentlichen Aufgaben zur Produktzertifizierung (CE-Kennzeichnung), die Kontrolle des Herstellungsprozesses und die Überwachung der Produktqualität pflichtwidrig verletzt. 2013 verurteilte das Handelsgericht Toulon den TÜV dazu, Schadensersatz und Schmerzensgeld an Händler und 1.600 geschädigte Frauen zu zahlen. Er sei seinen Pflichten als benannte Stelle nicht nachgekommen, so die französischen Richter (*siehe G+G 2/2014, Seite 38 f.*).

In dem vom Bundesgerichtshof (BGH) vertagten Fall geht es um die Schadensersatzklage einer Frau. Ihr waren nach einer Krebsoperation die PIP-Implantate

am 1. Dezember 2008 eingesetzt worden. Nachdem die kriminellen Machenschaften von PIP aufgedeckt waren, ließ sie sich auf ärztlichen Rat hin die Implantate 2012 entfernen. Sie verlangt vom TÜV 40.000 Euro Schmerzensgeld und die Feststellung der Ersatzpflicht für künftige Schäden. Hätte der TÜV Lieferscheine und Rechnungen eingesehen, hätte er erkennen können, dass nicht das genehmigte Silikon verarbeitet worden sei.

**Ob die Pflicht zur Überwachung auch unangemeldete Inspektionen beinhalten, ist offen.**

Die Frau scheiterte mit ihrer Klage vor dem Land- und vor dem Oberlandesgericht (OLG). TÜV und PIP hätten einen privatrechtlichen Vertrag geschlossen, in den die Klägerin nicht eingebunden sei, so das OLG. Sinn und Zweck der Tätigkeit der vom Hersteller beauftragten benannten Stelle sei nicht der Schutz Dritter. Die Zertifizierung diene vielmehr dazu, die Voraussetzungen für das Inverkehrbringen von Medizinprodukten zu schaffen. Eine Einbeziehung Dritter in den Vertrag würde zudem zu einer uferlosen Ausweitung der Haftung der benannten Stelle führen. Gegen das Urteil

legte die Frau Revision ein. Der BGH hat das Verfahren ausgesetzt und sich an den Europäischen Gerichtshof (EuGH) gewandt. Für seine Entscheidung komme es maßgeblich auf die Auslegung der Medizinprodukte-Richtlinie 93/42/EWG des Rates vom 14. Juli 1993 an.

**Hohe Sicherheit ist ein Muss.** In seiner Begründung verweist der BGH auf das Medizinproduktegesetz (MPG), das die europäische Richtlinie umsetzt. Danach dürfen Medizinprodukte der Risikoklasse III – dazu gehören Brustimplantate – nur dann auf den Markt kommen, wenn sie zuvor eine Konformitätsbewertung durchlaufen haben. Nur wenn dieses für das Produkt festgelegte Verfahren erfolgreich gewesen sei, dürfe die CE-Kennzeichnung darauf angebracht werden. Das obligatorische Prüfverfahren für Hochrisikoprodukte übernehme eine staatlich autorisierte „benannte Stelle“ im Auftrag des Herstellers.

Nach der Richtlinie müssten die Produkte für Patienten, Anwender und Dritte hochgradig sicher sein. Wesentliches Ziel der Richtlinie sei es, das in den Mitgliedstaaten erreichte Schutzniveau zu verbessern. Nach Mitteilung der Europäischen Kommission an den Rat und das Parlament vom 2. Juli 2003 seien für ein hohes Schutzniveau alle nur erdenklichen Bemühungen zu unternehmen. Mängel bei der Konformitätsbewertung stellten die Glaubwürdigkeit des Regulierungssystems und der Fähigkeit der

## TIPP FÜR JURISTEN



Grundprinzipien des Europarechts, Zusammenspiel zwischen einzelstaatlichen Gerichten und dem EuGH beim Vorabentscheidungsverfahren, Arbeitsweise des Gerichtshofs und Verfahrensablauf – diese und weitere Themen behandelt die Tagung „**Prozesstaktik vor dem EuGH**“. Sie findet am 4. September in Berlin statt. Veranstalter ist das Deutsche Anwaltsinstitut. Mehr Infos: [www.anwaltsinstitut.de](http://www.anwaltsinstitut.de) > **Veranstaltungen** > **Seminare**

Behörden zum wirksamen Schutz der öffentlichen Gesundheit in Frage, so die Kommission.

**Haftung nicht geklärt.** Ein Anspruch der Klägerin auf Schadensersatz könnte bestehen, wenn die benannte Stelle gegen ein Schutzgesetz (MPG und Richtlinie) verstoßen oder ihre Vertragspflichten verletzt habe, so der BGH. Ob es sich bei den in Frage kommenden Normen um Schutzgesetze handele und so ein Anspruch aus Delikt in Betracht komme, müsse der EuGH feststellen. Zudem sei unklar, ob eine benannte Stelle bei Medizinprodukten der Risikoklasse III zum Schutz aller potenziellen Patienten tätig werde und deshalb bei schuldhafter Pflichtverletzung den Patienten gegenüber unmittelbar und uneingeschränkt haften kann. Erst wenn der EuGH die Frage geklärt habe, ob der für die Konformitätsbewertung abgeschlossene Vertrag zwischen benannter Stelle und Hersteller letztlich auch dem Schutz Dritter (Patient) dienen soll, ließe sich beurteilen, ob vertragliche Schadensersatzansprüche der Klägerin begründet sein könnten.

**Prüfpflichten nicht eindeutig.** Ferner gebe die Richtlinie keinen Aufschluss über den Umfang der Prüfpflichten der benannten Stelle. Ob die benannte Stelle die Medizinprodukte der Risikoklasse III generell oder zumindest anlassbezogen prüfen müsse, sei anhand der Richtlinie nicht zweifelsfrei festzustellen. Auch sei europarechtlich nicht klar, ob die Prüfstelle verpflichtet sei, die Geschäftsunterlagen des Herstellers zu sichten und/oder unangemeldete Inspektionen durchzuführen. Es könne sein, dass die vom TÜV stets angemeldeten Besichtigungen nicht ausreichen. Ob dem so ist, müsse der EuGH entscheiden. ■

**Kommentar:** Bislang haben alle deutschen Gerichte die Klagen geschädigter Frauen gegen den TÜV abgewiesen. Die Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs ist nicht nur für die Frauen relevant, sondern auch für die geplante europäische Medizinprodukte-Verordnung. Bei Hochrisiko-Medizinprodukten muss der Patientenschutz oberstes Ziel sein.

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

	INHALT	AKTUELLER STAND
<b>AMBULANTE VERSORGUNG</b>		
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG), Bundestags-Drucksache 18/4095	Terminservicestellen bei KVen; Patienten-Anspruch auf Zweitmeinung vor geplanter Operation; Anspruch Pflegebedürftiger und Behinderter auf zahnmedizinische Vorsorge; Förderung von Praxisnetzen und MVZ; Anreize zur Niederlassung von Ärzten in unterversorgten Regionen; Fonds (300 Millionen Euro/Jahr) für innovative Projekte und Versorgungsforschung.	Der Bundesrat hat am 6.2.2015 Stellung genommen. Zweite und dritte Lesung im Bundestag war am 11.6.2015.
<b>E-HEALTH/GESUNDHEITSKARTE</b>		
Entwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen, Bundesrats-Drucksache 257/15	Gesetzlich festgelegte Vergütung der Kliniken für das Erstellen elektronischer Entlassbriefe und der Ärzte für das Einlesen dieser Entlassbriefe als Anschlagfinanzierung; Förderung Telemedizin; Ärzte-Pauschale für die sichere Übermittlung elektronischer Briefe; Öffnung der Gesundheitskarte für weitere Anwendungen und Gesundheitsberufe.	Das Bundeskabinett hat am 27.5.2015 beschlossen, den Gesetzentwurf in die parlamentarische Beratung einzubringen.
<b>KRANKENHÄUSER</b>		
Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG), Bundesrats-Drucksache 277/15	Qualitätszu- und -abschläge bei Vergütung; Entwicklung von Qualitätsindikatoren durch GBA für Krankenhausplanung der Länder; Mindestmengenregelung; Pflegestellen-Förderprogramm; Möglichkeit befristeter Krankenhausindividueller Zuschläge; Zuschläge für Häuser mit Notfallversorgung; Halbierung des Investitionsabschlages für Kliniken bei ambulanter Vergütung auf fünf Prozent; neue Korridor Grenzen für die Spannweite der Landesbasisfallwerte; Strukturfonds für Umbau der Kliniklandschaft.	Das Bundeskabinett hat am 10.6.2015 beschlossen, den Gesetzentwurf in die parlamentarische Beratung einzubringen.
<b>PALLIATIVVERSORGUNG</b>		
Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG), Bundesrats-Drucksache 195/15	Palliativversorgung als GKV-Regelversorgung; im ambulanten Bereich Vereinbarung zusätzlich vergüteter Leistungen durch gemeinsame Selbstverwaltung; GBA-Richtlinie zu Leistungen; Erhöhung Mindestzuschuss der Kassen an Hospize; krankenhaushausindividuelle Entgelte für Palliativstationen; Pflicht der Kassen zur Versichertenberatung; Kooperationsverträge Pflegeheime und Ärzte.	Das Bundeskabinett hat am 29.4.2015 beschlossen, den Gesetzentwurf in die parlamentarische Beratung einzubringen. Der Bundesrat hat am 12.6.2015 Stellung genommen.
<b>PRÄVENTION</b>		
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG), Bundestags-Drucksache 18/4282	Neben Krankenkassen Einbindung der Pflege-, Renten- und Unfallversicherung; nationale Präventionskonferenz; Anhebung der Leistungen der Kassen je Versicherten/Jahr auf 7 Euro; gesundheitsfördernde Rehabilitation in Pflegeheimen.	Der Bundesrat hat am 6.2.2015 Stellung genommen. Erste Lesung im Bundestag war am 20.3.2015.

Stand: 12.6.2015



## Internet-Tipp

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

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

## NORDWEST

## Vorsicht bei Antibiotika-Säften

Die AOK NORDWEST hat vor einer falschen Anwendung antibiotikahaltiger Säfte bei Kindern gewarnt. In Schleswig-Holstein wurden laut Gesundheitskasse vergangenes Jahr allein bei den AOK-versicherten Kindern im Alter von bis zu neun Jahren über 21.000 Packungen mit diesem Wirkstoff verordnet. „Wird ein solches Antibiotikum verabreicht, ist unbedingt auf die richtige Dosierung und eine ausreichend lange Einnahmedauer zu achten“, sagte **Martin Litsch**, Vorstandschef der AOK NORDWEST. Kinder seien keine kleinen Erwachsenen. „Erst recht nicht, wenn sie krank sind.“ Arzneimittel für Kinder werden überwiegend in flüssiger Form verabreicht. Bei Infektionen sind dies häufig Antibiotika-Säfte. Werden diese als „Trockensäfte“ eingesetzt, entsteht erst durch die Zugabe von Trinkwasser eine gebrauchsfertige Lösung. Diese ist nach der Zubereitung aber nur begrenzt haltbar. ■



Flüssige Arzneimittel für Kinder sind behutsam zu dosieren.

## BADEN-WÜRTTEMBERG

## Warnzeichen eines Schlaganfalls

Obwohl ein Schlaganfall meist „schlagartig“ auftritt, gibt es bereits im Vorfeld alarmierende Symptome, die sehr ernst zu nehmen sind. So können etwa Lähmungen, plötzliche Sprach- oder Sehstörungen auftreten. Darauf hat die AOK Baden-Württemberg hingewiesen. Prävention helfe, das Risiko für einen Schlaganfall deutlich abzumindern, sagte

PD Dr. **Sabine Knapstein**, Psychotherapeutin und Ärztin bei der AOK. Laut WHO sterben pro Jahr etwa 5,5 Millionen Menschen an einem Schlaganfall. In Deutschland sind es rund 270.000 Menschen. Die rasche Akutversorgung in spezialisierten Klinikabteilungen (Stroke Units) habe die Sterblichkeit sowie das Risiko bleibender Behinderungen nach einem Schlaganfall gesenkt, so Knapstein. Dafür müssten Symptome aber rechtzeitig erkannt und eine sofortige Notfallversorgung einsetzen. ■

## BUNDESVERBAND

## Kinderbuch widmet sich Depressionen

Die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendliteratur hat das Buch „Papas Seele hat Schnupfen“ zum Kinderbuch des Monats April 2015 gewählt. **Claudia Gliemann** erzählt in ihrem Buch die Geschichte der kleinen Nele und ihrer Familie. Die gehört schon seit Generationen zu den besten Seilartisten der Welt. Doch eines Tages wird Neles Papa krank. Seine Seele bekommt Schnupfen. Nele erzählt, wie es ist, wenn der Vater und berühmte Zirkusartist an Depressionen leidet. Mit Förderung des AOK-Bundesverbandes hat die Deutsche Depressionsliga (DDL) eine limitierte Sonderausgabe in einer Auflage von 700 Exemplaren erworben. „Claudia Gliemann ist es in eindrucksvoller Weise gelungen, das Thema Depression innerhalb der Familie in die traumhafte Welt des Zirkus zu spiegeln und Kindern damit zu helfen, diese Krankheit zu verstehen“, heißt es auf den Internetseiten der DDL. ■

## AOK aktuell

## Die Gesundheitskasse sattelt die Räder

Helm auf und los geht's: Die bundesweite Mitmachaktion „Mit dem Rad zur Arbeit“ von AOK und Allgemeinem Deutschen Fahrradclub (ADFC) ist am 20. Mai in München in die 15. Runde gestartet. Wer mitmacht und noch bis Ende August an mindestens 20 Tagen mit dem Rad zur Arbeit fährt, kann Falträder, Städtereisen und Fahrradzubehör gewinnen. Ziel der Aktion von AOK und ADFC ist es, Beschäftigte zu mehr Bewegung im Alltag zu motivieren und sie so fitter zu machen. „Wir wollen noch mehr Menschen davon überzeugen, dass Radfahren ein hervorragender Ausgleich für Anspannung und lange Sitzphasen im Büro sein kann“, sagte ADFC-Bundesvorstand **Ludger Koopmann**. „Es ist nicht immer leicht, nach einem stressigen Arbeitstag noch sportlich aktiv zu werden. Wer aber morgens bereits auf den Sattel steigt, kann abends ohne schlechtes Ge-

wissen die Beine hochlegen“, betonte auch **Jürgen Graalmann**, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes. Die Aktion „Mit dem Rad zur Arbeit“ ging erstmals im Jahr 2001 mit 828 Teilnehmern im bayerischen Günzburg an den Start. Die Auftaktveranstaltung im Jubiläumsjahr fand deshalb in Bayern statt. Die Bilanz kann sich sehen lassen: Seit 2001 haben mehr als 1,4 Millionen Menschen jeweils in den Sommermonaten an der Aktion mitgemacht. 2014 waren es über 170.000 Teilnehmer, die zusammen über 21 Millionen Kilometer radelten. Infos: [www.mit-dem-rad-zur-arbeit.de](http://www.mit-dem-rad-zur-arbeit.de) ■



## Ausbildung von Notfallsanitätern

Die Ausbildung von Notfallsanitätern in Sachsen-Anhalt ist weiter sichergestellt. Einer Übereinkunft der Krankenkassen im Land mit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung sowie den Leistungserbringern im Rettungsdienst zufolge fördern die Krankenkassen und die gesetzliche Unfallversicherung die entsprechenden Ausbildungsplätze. Zudem unterstützen beide die Weiterbildung der Rettungsassistenten. „Am wichtigsten war für uns, dass auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige Versorgung der Menschen in unserem Land bei Notfällen gesichert ist“, sagte **Ralf Dralle**, Vorstand der AOK Sachsen-Anhalt. „Sachsen-Anhalt braucht qualifizierte und gut ausgebildete Notfallsanitäter. Das können die Rettungsverbände jetzt dank der Unterstützung der Krankenkassen und der gesetzlichen Unfallversicherung sicherstellen.“ ■

### NORDOST

## Arztnetze stärker fördern

Arztnetze sind aus dem Versorgungsalltag nicht mehr wegzudenken. Dies hat auch der Gesetzgeber erkannt und die Aufforderung zur Netzförderung im geplanten Versorgungsstärkungsgesetz in eine Soll-Regelung umgewandelt. Laut AOK Nordost gibt es dafür „handfeste Argumente“. Arztnetze leisteten einen wichtigen Beitrag zur besseren medizinischen Versorgung, sagte **Harald Möhlmann**, Geschäftsführer Versorgungsmanagement der AOK Nordost. Die



**Rettungsaktion:** In Sachsen-Anhalt sind die Modalitäten für die Ausbildung von Notfallsanitätern im Land gefunden.

Gesundheitskasse hat im Nordosten mit elf Arztnetzen integrierte hausarztbasierte Verträge abgeschlossen. Darüber hinaus besteht mit einem Arztnetz ein integrierter Versorgungsvertrag zur fachärztlich psychiatrischen Versorgung. Derzeit werden rund 32.000 Versicherte der AOK Nordost von 421 kooperierenden Ärzten betreut. Wer einen solchen Vertrag abschließen wolle, müsse jedoch zeigen, „dass er gute Qualität bietet, und er muss sich daran messen lassen“, so Möhlmann. „Unsere Vertragspartner sind Arztnetze, die durch professionelle Strukturen unserem Anspruch gerecht werden, den Patienten eine hochwertige Versorgung anzubieten.“ Ein qualitatives Abbild des Versorgungsgeschehens in der Arztpraxis auf wissenschaftlich fundierter Basis liefert das bundesweite Projekt QuATRo „Qualität in Arztnetzen – Transparenz mit

Routinedaten“ von AOK-Bundesverband, AOK Bayern, AOK Nordost und AOK Rheinland/Hamburg. Die Analysen beleuchten eine ganze Reihe von Themen – von der leitliniengerechten Medikation über die Zahl der Krankenhauseinweisungen bis zur Quote von Augenuntersuchungen bei Diabetikern. Grundlage für den Vergleich bildet das bundesweit erste System von Qualitätsindikatoren für die ambulante Versorgung (QISA). Nach einer ersten Analyse sei die Versorgungssituation in den betrachteten Arztnetzen – darunter sieben Netze, mit denen die AOK Nordost kooperiert – oft besser als in der Regelversorgung. Beispielsweise verordneten Netzärzte bei Patienten mit Koronarer Herzkrankheit und Herzinsuffizienz häufiger leitliniengerechte Medikamente als Mediziner, die außerhalb der Netze tätig sind. ■

## Neue Therapien bei Krampfaderleiden

Allein in Niedersachsen werden jährlich bis zu 40.000 Eingriffe an den oberflächlichen Venen bei einem Krampfaderleiden gezählt. Die AOK Niedersachsen hat jetzt einen neuen Vertrag zur Behandlung von Krampfadern mit der Kassenärztlichen Vereinigung im Land (KVN) geschlossen. Versicherten der Kasse stehen damit – neben dem herkömmlichen Venen-Stripping – auch Laser- oder die Radiofrequenztherapie zur Verfügung. Die Verfahren zeichnen sich durch ein geringeres Ausmaß des operativen Eingriffes, ein kleineres Risiko postoperativer Blutungen und Wundinfektionen sowie zumeist geringfügigeren Beschwerden nach dem Eingriff aus. Bislang waren diese Behandlungen reine Privatleistungen und für Patienten mit sehr hohen Kosten verbunden. „Ziel ist es, unseren Versicherten den Zugang zu neuen, nebenwirkungsärmeren Therapien zu ermöglichen“, sagte **Dr. Jürgen Peter**, Vorstandsvorsitzender der AOK Niedersachsen. ■

## Telegramm

**+++** Im Wettbewerb **Top Service Deutschland 2015** hat die AOK Hessen den ersten Platz unter allen teilnehmenden Krankenkassen belegt. „Wir setzen seit jeher auf Nähe und Servicestärke, bauen diese Kompetenzen auch weiter aus, was von unseren Kunden erkannt und honoriert wird“, betonte Dr. Wilfried Borch, Politik- und Marketingchef der AOK Hessen. **+++** Die 4PC Company Kids aus Düren in NRW und die Unique Freakz aus Hamburg sind Sieger beim **Shool Dance Battle 2015** der AOK Rheinland/Hamburg. Vor Publikum und internationaler Tänzer-Jury zeigten die Jugendlichen, dass sie Spaß auch ohne Alkohol haben und Tanzen mehr Anerkennung bringt als Rauschtrinken. Die Gesundheitskasse unterstützt Schulen seit Jahren beim Thema Alkoholprävention.

## Studien Einfühlsame leben gesünder

Mitgefühl lässt sich nicht an- oder abstellen. Es passiert einfach. Es ist das Intuitive im Inneren, was reagiert – auf Erfreuliches und Erschreckendes. Unser Körper drückt die erlebte soziale Realität sehr viel



unmittelbarer aus, als uns das zuweilen bewusst ist. „Der Mensch ist ein Dauerfühler“, schreibt Medizinjournalist Werner Bartens. Die Haut als Wahrnehmungsorgan lässt einen spüren und fühlen. Unterschiedliche Nervenbahnen sorgen dafür, dass die Berührung nicht nur den Tastsinn weckt, sondern auch Emotio-

nen hervorruft – von Freude bis Ekel. Das Bindungshormon Oxytocin spielt dabei eine Hauptrolle. Menschen, die davon eine hohe Konzentration im Blut haben, erweisen sich in Studien als mitfühlender und großzügiger als jene mit niedrigeren Werten. Und wer empathisch und mitfühlend ist, lebt auf Dauer gesünder und glücklicher als andere. Neuere Erkenntnisse legen jedoch nahe, Empathie und Mitgefühl genauer zu unterscheiden. Während Empathie mit dem Leiden und den Schmerzen des Gegenübers korrespondiert und in die eigene Erschöpfung führen kann, sendet Mitgefühl wohlige, wärmende Emotionen und taucht nicht zugleich ein in das Erlebte des Anderen. Verblüffend ist, dass das auslösende Erlebnis nicht persönlich erfahren werden muss. Bartens zitiert viele Studien, die mit Bildern und Kurzfilmen arbeiten. Offenbar ist auch die Macht der Bilder enorm.

**Werner Bartens: Empathie. Die Macht des Mitgeföhls.**  
2015. 314 Seiten. 19,99 Euro.  
Droemer Verlag, München.

## Systemvergleich Verschiedene Wege zu mehr Qualität

Deutschland und Frankreich ringen gleichermaßen mit den Kosten für die medizinische Versorgung. Um diese in den Griff zu bekommen, setzen beide Länder seit den 1990er Jahren darauf, die Ausgaben über Qualitätsverbesserungen effizienter zu steuern. Elina Weckert zeichnet die politischen Entwicklungen in beiden Systemen nach und stößt auf überraschende Parallelen und Divergenzen. So waren es hier wie dort die gemäßigten Linksparteien, die die Qualitätsentwicklung auf die politische Agenda hoben. Während Deutschland zunächst die ärztliche Selbstverwaltung in die Pflicht nahm, war es in Frankreich der Staat, der für mehr Qualität im Gesundheitswesen sorgte und dafür Institute gründete. Hierzulande kam es erst unter Gesundheitsministerin Ulla Schmidt zu diesem Richtungswechsel. Mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss und dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen



(IQWiG) erhöhte das Ministerium die Steuerungskompetenz und begrenzte den Einfluss der ärztlichen Selbstverwaltung. In Frankreich ist die Qualitätsentwicklung von Beginn an verbunden mit mehr Transparenz und Patientensicherheit. Entsprechend veröffentlicht das Ministerium die Qualitätsindikatoren der Kliniken auf seiner Homepage. Die Qualitätssicherung in hiesigen Kliniken konzentriert sich auf das ärztliche Handeln; aber nicht alle Daten müssen veröffentlicht werden.

**Elina Weckert: Qualitätsverbesserung in europäischen Gesundheitssystemen.**  
2014. 399 Seiten. 88 Euro.  
Nomos Verlag, Baden-Baden.

### SEMINARE | TAGUNGEN | KONGRESSE

<p>■ <b>DIGITAL COMMUNICATION IN HEALTHCARE</b></p>	<p>eHealth-Gesetz, neue Rahmenbedingungen im Gesundheitsmarkt, digitale Strategien</p>	<p>7.–8.7.2015 Frankfurt/Main</p>	<p>Euroforum Deutschland Postfach 11 12 34 40512 Düsseldorf</p>	<p>Tel.: 02 11/96 86–35 77 Fax: 02 11/96 86–40 40 info@euroforum.com www.euroforum.de/ehealth</p>
<p>■ <b>DATENSCHUTZ IM GESUNDHEITSWESEN</b></p>	<p>eHealth-Gesetz, (Sozial-)Datenschutz und IT-Sicherheit, Patientenschutz</p>	<p>24.9.2015 Leipzig</p>	<p>Gesundheitsforen Leipzig GmbH Hainstraße 16 04109 Leipzig</p>	<p>Tel.: 03 41/9 89 88–339 Fax: 03 41/9 89 88–9199 alissa.weiss@gesundheitsforen.net www.gesundheitsforen.net/datenschutz</p>
<p>■ <b>1. PALLIATIV-KONGRESS RUHR</b></p>	<p>Flächendeckende Palliativversorgung, Selbstbestimmung, Sterbebegleitung, Palliativ Care</p>	<p>25.–26.9.2015 Bochum</p>	<p>Palliativnetz Bochum e.V. Organisation: smart-Q Kongresse Universitätsstraße 136 44799 Bochum</p>	<p>Tel.: 02 34/60 60 07 57 Fax: 02 34/60 60 07 62 info@smart-q.de www.palliativkongress-ruhr.de</p>
<p>■ <b>14. EUROPÄISCHER GESUNDHEITSKONGRESS</b></p>	<p>Krankenhausfinanzierung, Zusammenarbeit ambulanter und stationärer Sektor, personalisierte Medizin</p>	<p>30.9.–1.10.2015 München</p>	<p>WISO S.E. Consulting GmbH Organisation: Interplan AG Landsberger Straße 155 80687 München</p>	<p>Tel.: 0 89/54 82 34 50 Fax: 0 89/54 82 34 43 info@gesundheitskongress.de www.gesundheitskongress.de</p>
<p>■ <b>BETRIEBLICHES GESUNDHEITSMANAGEMENT</b></p>	<p>Psychische Gefährdungsbeurteilung, Ursachen von Stress, Burnout und Depression, Gesundheits-Apps</p>	<p>27.–28.10.2015 Köln</p>	<p>MCC – The Communication Company Scharnhorststraße 67a 52351 Düren</p>	<p>Tel.: 0 24 21/1 21 77–0 Fax: 0 24 21/1 21 77–27 mcc@mcc-seminare.de www.mcc-seminare.de &gt; Gesundheit</p>

## Gesellschaft

# Schmerzen nicht ausblenden

Längst verfügt die moderne Medizin über genügend Wissen und Instrumente, um Menschen von plagenden Schmerzen zu befreien. Doch eine schmerzlose Gesellschaft ist gar nicht erstrebenswert, schreibt der Wissenschaftsjournalist Harro Albrecht. Er hat Kinder in Israel besucht, die aufgrund eines genetischen Defekts völlig schmerzfrei sind. Diese Eigenschaft macht sie allerdings zu Außenseitern, die grob mit sich umgehen und selbst schwere Verletzungen kluglos hinnehmen. Schmer-



zen sind eben auch Warnsignale und Lehrmeister des Lebens. Wie wir mit ihnen umgehen, sagt etwas darüber aus, wie wir zum Leben stehen. Harro Albrecht will das Schmerzverständnis aus der Umklammerung durch die Medizin lösen. Denn körperliche und seelische Schmerzen lösen in den Hirnstrukturen ähnliche Reaktionen aus. Um Schmerzen zu lindern, braucht es nicht immer Tabletten, sondern vor allem auch soziale Lebenswelten, in denen ein Gefühlsausdruck nicht verpönt ist. „In einem Gesellschaftssystem, das auf Geschwindigkeit getrimmt ist“, schreibt Albrecht, „ist diese Bindungs-

arbeit jedoch wegrationalisiert.“ In diesem Sinne helfen gegen Schmerzen auch Geselligkeit mit anderen Menschen sowie das Gefühl der Zugehörigkeit. Harro Albrecht hat als Herzpatient den Schmerz erfahren und kennt – da er selbst Mediziner ist – auch die andere Seite, die das Ringen mit den Schmerzen unbedingt wenden will. Er hat ein beeindruckendes Buch geschrieben, umfassend recherchiert, spannend und zuweilen ganz persönlich erzählt.

Harro Albrecht: **Schmerz. Eine Befreiungsgeschichte.** 2015. 608 Seiten. 24,99 Euro. Patloch Verlag, München.

## Selbsttherapie An Omas Rezepten ist manches dran

Reicht das Hausmittel von Großmutter oder muss es doch die Tablette vom Arzt sein? Die Spiegel-Autorinnen Irene Berres und Julia Merlot fragen, wo der Mythos anfängt und die Medizin beginnt. Und sie fördern in ihrem Buch Erstaunliches zutage. Zum Beispiel, dass die Wirksamkeit von Magnesium längst nicht bewiesen ist, aber eben doch häufig empfohlen wird, weil das Mineral zumindest nicht schadet und keine Nebenwirkungen hat. Eine Schicht Quark auf



der Haut kann in der Tat die Schmerzen lindern, die ein Sonnenbrand verursacht hat. Und kalte Wadenwickel sorgen für Abkühlung, wenn ein Patient über Fieber klagt. Selbst stinkige Wollsocken sollten als Heilmittel nicht gering geschätzt werden. In den feuchtwarmen Strümpfen bilden sich

schnell Pilze, die wiederum Antibiotika produzieren. Bei Halsweh also Socken um den Hals binden und kräftig Antibiotika einatmen.

Irene Berres, Julia Merlot: **Mythos oder Medizin.** 2015. 224 Seiten. 8,99 Euro. Wilhelm Heyne Verlag, München.

# Zeitschriftenschau

## ■ Neue Bedarfsplanung verändert Versorgungslandschaft

Strukturprobleme in der Gesundheitsversorgung und Neuregelungen zu ihrer Beseitigung fordern immer wieder das Bundessozialgericht. Dessen Vorsitzender Richter Professor Ulrich Wenner beleuchtet unter anderem Schnittstellenprobleme zwischen stationärer und ambulanter Versorgung sowie die Neuregelungen zur vertragsärztlichen Bedarfsplanung. Kassenärztliche Vereinigungen (KV) und Kassen dürften von den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses abweichen. In unterversorgten Gebieten werde die „Landschaft“ durch KV-eigene Praxen und kommunale Einrichtungen vielfältiger. **Medizinrecht (2015) 33: Seite 175–181**

## ■ Arzneimittelhaftung: Gesetzgeber muss für Klarheit sorgen

Das Arzneimittelgesetz enthält die sogenannte Kausalitätsvermutung (Paragraf 84 AMG). Ist das angewendete Medikament geeignet, den eingetretenen Gesundheitsschaden zu verursachen, wird dessen Ursächlichkeit vermutet. Dies gilt nicht, wenn andere Umstände den Schaden verursacht haben könnten. Die zugunsten potenziell geschädigter Patienten eingeführte Kausalitätsvermutung kommt in der Rechtsprechung kaum zum Tragen, meint Jörg Heynemann, Fachanwalt für Medizinrecht und Pharmazeut. Und der Europäische Gerichtshof habe Zweifel an der deutschen Rechtsprechung erkennen lassen. Der Gesetzgeber müsse Rechtsunsicherheiten ausräumen und die Norm so novellieren, dass das ursprüngliche Reformziel, Patienten gegenüber Pharmafirmen zu stärken, auch erreicht wird. **GesundheitsRecht 4/2015, Seite 207–211**

## ■ Selbstbeschaffte Leistungen: Wirtschaftlichkeitsgebot gilt

Welche neuen Patientenrechte durch das Patientenrechtegesetz Eingang ins Sozialgesetzbuch (SGB) V gefunden haben, zeigt Dr. Erik Hahn, Richter am Sozialgericht Dresden, auf. Seiner Ansicht nach lässt insbesondere Paragraf 13 Absatz 3a SGB V Fragen offen. Danach dürfen sich Versicherte Leistungen selbst beschaffen, wenn Kassen die Anträge nicht fristgerecht bearbeiten. Unwirtschaftliche Leistungen müssten aber nicht erstattet werden. Denn auch hier gelte das Wirtschaftlichkeitsgebot (Paragraf 12 SGB V). Ziel des Gesetzgebers sei gewesen, dass sich Patienten zeitnah behandeln lassen können. **Die Sozialgerichtsbarkeit 3/2015, Seite 144–151**

## ■ Umsatzsteuer: Rückzahlungsforderungen von Kassen auf dem Prüfstand

Nach einem Urteil des Bundesfinanzhofs vom 24. September 2014 (BFH, Aktenzeichen V R 19/11) sind die von einer Krankenhaus-Apotheke zubereiteten und im Rahmen einer ambulanten Behandlung in der Klinik verabreichten Zytostatika nicht umsatzsteuerpflichtig. Diese Entscheidung hat zu einer Klagewelle geführt. Kassen wollen die gezahlte Umsatzsteuer zurück. Dr. Benjamin Liedy, Fachanwalt für Medizinrecht, setzt sich mit den Rückforderungen auseinander. Nach seiner Ansicht kann die Steuer nicht zurückverlangt werden, weil ihre Berechnung auf vertraglichen Vereinbarungen beruht. Die Umsatzsteuerpflicht gelte für alle Fälle, die vor der BFH-Entscheidung liegen. **Zeitschrift für das gesamte Medizinrecht 2/2015, Seite 94–99**

# Der schönste Beruf sucht Nachwuchs

Um kürzere Arbeitszeiten und altersbedingte Abgänge zu kompensieren, müssen sich mehr junge Menschen für den Arztberuf entscheiden, meint Kammerpräsident **Theodor Windhorst**.

Er plädiert dafür, die Zahl der Studienplätze zu erhöhen und die Zugangskriterien zu verändern.

**Um einem zunehmenden Ärztemangel** zu begegnen, müssen die Verantwortlichen bei der ärztlichen Ausbildung, der Weiterbildung und den Rahmenbedingungen der ärztlichen Berufsausübung nachhaltig gegensteuern. Das Ziel ist, wieder deutlich mehr Ärztinnen und Ärzte für die Patientenversorgung zu gewinnen. Denn es gilt nicht nur die absehbaren altersbedingten Abgänge der älteren Ärztegeneration zu kompensieren. Auch neue Arbeitsstrukturen unter den Vorzeichen des Arbeitszeitgesetzes und die Realisierung einer angemessenen Work-Life-Balance fordern mehr ärztlichen Nachwuchs.

**Abiturnote hat an Aussagekraft verloren.** Der Arzt hat den schönsten Beruf der Welt. Dafür müssen wir junge Menschen wieder begeistern und dem potenziellen Mediziner Nachwuchs Zugang zu den Studienplätzen ermöglichen. Mehr Studienplätze für Medizin fordert die Kammerversammlung der Ärztekammer Westfalen-Lippe bereits seit Jahren. Das Parlament der westfälisch-lippischen Ärzteschaft sprach sich einstimmig dafür aus, die Anfang der 90er Jahre abgesenkte Zahl von Studienplätzen für Humanmedizin zumindest wieder auf das Niveau vor der Absenkung zu erhöhen. Zudem sollen die Auswahlkriterien für das Medizinstudium geändert und an die Erfordernisse der Patientenversorgung angepasst werden. Bei der Vergabe von Medizinstudienplätzen müssen soziale Kompetenz und Engagement im medizinischen Bereich einen höheren Stellenwert bekommen als bisher. Die Abiturnote als bestimmendes Instrument zur Auswahl der Studierenden hat an Aussagekraft verloren. Das aktuell nahezu ausschließlich auf dem Numerus Clausus beruhende Zulassungssystem muss durch andere Kriterien, etwa weitere medizinische, pflegerische oder soziale Qualifikationen, ergänzt werden. Dazu eignen sich

zum Beispiel eine Berufsausbildung als Fach- und Gesundheitspfleger oder in anderen Gesundheitsberufen oder nachgewiesene Sozialkompetenz durch ehrenamtliche Tätigkeiten in der Jugend-, Familien- oder Altenarbeit. Aber auch Auswahlgespräche können hilfreich sein.

Im Studium selbst dürfen wir die Studenten nicht in eine Zwangsjacke stecken. Sie müssen die Möglichkeiten behalten, ihre Eignungen und Neigungen frei auszutesten und zu entfalten. Deshalb hat sich die westfälisch-lippische Ärzteschaft sowohl gegen eine Aufteilung des Praktischen Jahres (PJ) in Quartale als auch die Einführung eines Pflichttertials Allgemeinmedizin im PJ ausgesprochen. Die Quartals-Lösung widerspricht jeglicher Vernunft, denn die Studenten sollen ohne Druck und ungewungen ihr theoretisches Wissen auf Patientenebene anwenden können. Durch Verdichtung wird diese Zeit von dem drohenden Prüfungsstress belastet, die Konzentration auf den Patienten fällt weg. Das dritte Tertial im PJ muss frei wählbar bleiben. Mit einer Zwangsverpflichtung für die Allgemeinmedizin schrecken wir unseren Nachwuchs ab. Die Attraktivität der Allgemeinmedizin wird bei den Jungmedizinerern dadurch gefährdet.

**Studienabbruch und Fachwechsel verhindern.** Das Medizinstudium muss künftig stärker darauf ausgerichtet sein, Studierende zu motivieren, die ärztliche Ausbildung abzuschließen – und nicht abzubrechen oder das Fach zu wechseln. Es muss schon in der Vorklinik besonderer Wert auf die Qualität der Lehre und die praktische Relevanz der Studieninhalte für die Patientenversorgung gelegt werden. Zudem muss die Universität Studierende auf die praxisbezogenen Anforderungen der ärztlichen Berufsausübung vorbereiten. Die arztrelevanten und auf die ärztliche Tätigkeit bezogenen Inhalte müssen wieder in den Mittelpunkt gerückt werden, indem man ambulante und stationäre Ausbildungsinhalte verbindet. Ein Abwandern der Absolventen in alternative Berufsfelder gilt es zu verhindern. Das Studium ist die Vermittlung der Anwendung ärztlicher Kunst am Patienten – dazu braucht es sowohl empirische wie auch wissenschaftliche Inhalte. Die universitäre Ausbildung muss dafür sorgen, dass sich weitaus mehr junge Kolleginnen und Kollegen als bisher für die kurative ärztliche Tätigkeit in Deutschland entscheiden. ■

**Dr. med. Theodor Windhorst**, Chirurg und Chefarzt des interdisziplinären Lungenzentrums am Städtischen Klinikum Bielefeld, ist Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe. **Kontakt: praesident@aekwl.de**

## Leserforum



### Ihre Meinung ist gefragt.

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

Oder schreiben Sie uns:

**Gesundheit und Gesellschaft**, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin,  
E-Mail: [gug-redaktion@kompact.de](mailto: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 iStockphoto  
Verlag KomPart Verlagsgesellschaft mbH  
& Co. KG, 10178 Berlin,  
AG Berlin-Charlottenburg  
HRA 42140 B  
Postanschrift: wie Redaktion

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

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

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

Nachdruck nur mit Genehmigung  
des Verlages. Dies gilt auch für die  
Aufnahme in elektronische Daten-  
banken und Mailboxen. Für 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. 17  
vom 1.1.2015  
ISSN 1436-1728



G+G 5/2015

## Teure Patente

### Endlich die echten Kosten offenlegen

Da dachte man, dass mit Festbeträgen, Rabattverträgen und dem AMNOG endlich Ruhe an der Arzneimittel-Preisfront herrscht, und nun das: Die Ausgaben für Medikamente schießen ins Kraut und Big Pharma schreibt tiefschwarze Zahlen. Kluge Köpfe haben schon bei der Verabschiedung des AMNOG davor gewarnt, dass die Pharmaindustrie Ausweichstrategien ersinnen wird. Die US-Firma Gilead mit dem Hepatitis-C-Präparat Sovaldi macht es vor: Noch bevor das AMNOG mit seiner Nutzenbewertung greifen kann, wird Sovaldi in den Markt gedrückt. Und das Ganze zu einem Preis, der die gesetzlichen Kassen leert und Gilead vergoldete Bilanzen beschert. Wenn dieses Beispiel Schule macht, ist das Gesundheitssystem pleite. Ein erster Schritt ist deshalb die Schließung der AMNOG-Lücke: Der zwischen Hersteller und GKV-Spitzenverband ausgehandelte Erstattungspreis würde rückwirkend ab Markteinführung gelten und nicht erst nach einem Jahr. Doch mit dem Lückenschluss ist es nicht getan. Werden weiterhin Fantasiepreise als Ausgangsbasis für Verhandlungen akzeptiert, sind Abschläge von 20 oder 30 Prozent, wie sie derzeit im Rahmen des AMNOG-Verfahrens offenbar vereinbart werden, nur ein Tropfen auf den heißen Stein. Wirksamer wäre, von der Industrie eine Offenlegung ihrer Forschungs-, Entwicklungs- und Produktionskosten zu verlangen und auf dieser Basis – versehen mit einem fairen Gewinnaufschlag – einen Preis nebst garan-

tierter Abnahmemenge festzulegen. Das hätte für beide Seiten Vorteile: Der GKV geht finanziell nicht die Luft aus und die Industrie kann langfristig kalkulieren. Aber wer nur in kurzfristiger Gewinnmaximierung denkt, kann einem solchen Modell wohl nichts abgewinnen.

V. S., Stadthagen

G+G 5/2015

## Allein unter Frauen

### Verdienstmöglichkeiten spielen eine wichtige Rolle

Wie schön, dass hier zwei Männer den Schritt in eine Frauendomäne wagen und als Arzthelfer arbeiten. Ob das zum Trend wird, bleibt abzuwarten. Wenn ich mich umsehe am „Zukunftstag für Mädchen und Jungen“, so heißt der Boys und Girls Day in Niedersachsen, dann fällt mir auf, dass viele Kinder sich beim Schnuppern in den Berufsalltag von ganz naheliegenden Sachen leiten lassen: Was machen die Eltern oder wer bietet überhaupt die Gelegenheit, mal einen Tag an ihrem/seinem Arbeitsplatz zu verbringen. Aber der Blick in die Berufswirklichkeit zeigt: Viele Frauen haben den Schritt in typische Männerberufe bereits geschafft, beispielsweise im ärztlichen Dienst. Jungen und Männer tun sich vielleicht schwerer damit, Jobs zu übernehmen, in denen als eher weiblich geltende Eigenschaften – wie sich einfühlen können und helfen wollen – gefragt sind. Dabei spielt ganz sicher eine wichtige Rolle, welche Verdienstmöglichkeiten sich bieten. Die sind in traditionell Frauen vorbehaltenen Berufen häufig schlechter als in männlich geprägten Funktionen.

J. S.-W., Celle

# BECKs Betrachtungen



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

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

# Ist die neue Pille auch die bessere?

„Marcia Angells Klage ist kompromisslos, überzeugend und beunruhigend.“  
*The New York Times*



## Ja, ich bestelle ...



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

Marcia Angell **Der Pharma-Bluff**

**Wie innovativ die Pillenindustrie wirklich ist**

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

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

(zzgl. 2,50 Euro Verpackung und Versand)

Lieferung gegen Rechnung  per Bankeinzug

Vor- und Zuname

Straße, Haus-Nr.

PLZ

Ort

IBAN

BIC

Datum, Unterschrift

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

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

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

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



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

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

Gesundheit in besten Händen

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