



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

INTERVIEW

Warum sich der Morbi-RSA
bewährt hat

ANALYSE

Was die Gesundheitsweisen beim
Krankengeld ändern wollen



Leichtes Gepäck für Klinikpatienten

Wie das Entlassmanagement
den Weg nach Hause ebnet

Gesundheit ist unser Thema!

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

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

AOK-BUNDESVERBAND

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

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

Tel. 030/34646-2309
030/34646-2312
030/34646-2655
030/34646-2298
030/34646-2467
Fax: 030/34646-2507

AOK BADEN-WÜRTTEMBERG

Hauptverwaltung
Pressesprecher: Kurt Wesselsky

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

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

AOK BAYERN – DIE GESUNDHEITSKASSE

Zentrale
Pressesprecher: Michael Leonhart

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

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

AOK BREMEN/BREMERHAVEN

Pressesprecher: Jörn Hons

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

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

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN

Direktion
Pressesprecher: Ralf Metzger

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

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

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR NIEDERSACHSEN

Direktion
Pressesprecher: Carsten Sievers

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

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

AOK NORDOST – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecherin: Gabriele Rähse

Wilhelmstraße 1
10963 Berlin
presse@nordost.aok.de

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

AOK NORDWEST – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: Jens Kuschel

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

Tel. 0231/4193-10145

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

Tel. 0431/605-21171

AOK RHEINLAND/HAMBURG – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecherin: Antje Meyer

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

Tel. 0211/8791-1011

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

Tel. 040/2023-1401

AOK RHEINLAND-PFALZ/SAARLAND – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressereferent: Jan Rößler

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

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

AOK PLUS – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR SACHSEN UND THÜRINGEN

Pressesprecherin: Hannelore Strobel

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

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

AOK SACHSEN-ANHALT – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecherin: Anna-Kristina Mahler

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

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

Keine Tiere auf den Teller

Immer mehr Menschen verzichten auf Fleisch und Wurst oder sogar ganz auf tierische Lebensmittel. Warum eine pflanzenbasierte Ernährung mehr als ein Modetrend ist, erläutert **Barbara Rütting**.

Wie es bei mir als Normalesserin zur Umkehr kam: 1969 bin ich auf einen Bauernhof gezogen und konnte mir die Tiere, die ich nun hautnah kennenlernte, nicht mehr gesotten und gebraten auf dem Teller vorstellen: Mein Zwerghuhnparchen Herrn und Frau Nebbich am Spieß, Nachbar Gustls Lämmchen als Osterbraten – unmöglich! Hinzu kam, dass ich bereits mit dreißig Jahren die ersten Zeichen einer von meiner Mutter geerbten Rheumaerkrankung spürte und instinktiv fühlte, dass ich meine Ernährung auf vegetarisch umstellen musste. Das tat ich und aß fortan nichts mehr vom toten Tier, wohl aber noch vom lebenden, also Milchprodukte, wie Butter, Sahne und Eier, und fand das auch ganz in Ordnung. 1976 schrieb ich mein erstes vegetarisches Kochbuch. Außer mir glaubte niemand an einen Erfolg – keine Fleisch-, keine Fischrezepte, wer würde denn so ein Buch kaufen? Es wurde ein Bestseller. Um meine laienhaften Kenntnisse wissenschaftlich zu untermauern, ließ ich mich bei Dr. Max Otto Bruker, einem der ersten Vertreter der Vollwerternährung, zur Gesundheitsberaterin ausbilden. Meine vielen darauf folgenden Bücher und Vorträge haben sicher erheblich zur Verbreitung pflanzlicher Kost beigetragen. Der vegetarische Bazillus hat inzwischen drei Generationen zu mehr Gesundheit und Lebensqualität verholfen. Das macht mich sehr glücklich.

Vegetarisch boomt, vegetarisch ist in – inzwischen sogar die vegane Kostform. Ich meine, es handelt sich dabei nicht um einen vorübergehenden Trend. Selbst namhafte Wissenschaftler erklären, der Fleischverzehr muss reduziert, besser noch abgeschafft werden – der eigenen Gesundheit, den Tieren und der Umwelt zuliebe, und kommen zu dem Schluss: Die Zukunft wird vegan sein – oder sie wird nicht sein. Denn die Massentierhaltung hat mehr Schuld an der Klimazerstörung als der gesamte Verkehr. Bis ein Kilo Rindfleisch auf dem Teller liegt, werden 15.000 Liter Wasser verbraucht, für ein Kilo Kartoffeln hingegen gerade mal 250 Liter.

Der vegetarische Bazillus hat drei Generationen zu mehr Gesundheit verholfen.

Unsere Ernährung ist also keine Privatsache, mit Messer und Gabel trägt jede und jeder Einzelne von uns dazu bei, ob unsere schöne Erde zugrunde geht oder doch überlebt.

Mit der Umstellung des Essens verändert sich oft das ganze Leben, man wird achtsamer auch im Bezug auf den Konsum insgesamt. Vielen Menschen wird so plötzlich bewusst, dass sie zwar kleine, aber wichtige Zellen eines großen Organismus sind und für dessen Gesundheit mitverantwortlich. Die Umstellung der Ernährung auf eine rein pflanzliche Kost könnte also zu einer wirklichen Kehrtwende in der gesundheitlichen Prävention führen. Mit der „Chinastudie“ zeigten der amerikanische Biochemiker Prof. T. Colin Campbell und sein Sohn Thomas M. Campbell

bereits in den 1970er und 1980er Jahren Zusammenhänge zwischen dem Verzehr von tierischem Eiweiß und zahlreichen Zivilisationskrankheiten auf.

Konsequenterweise landet fast jeder Vegetarier und jede Vegetarierin irgendwann beim Veganismus. Denn für die Gewinnung von Milch und Milchprodukten werden Kühen die Kälbchen entrisen, in der Eierproduktion werden männliche Küken vernichtet. Dass eine pflanzenbasierte Ernährung immer beliebter wird, beweist die steigende Anzahl der Veganer und Vegetarier in der Bevölkerung. Der Vegetarierbund Deutschland ging im Januar 2015 von rund 7,8 Millionen Vegetariern (rund zehn Prozent der Bevölkerung) und 900.000 Veganern (1,1 Prozent) in Deutschland aus. Das Institut für Demoskopie Allensbach und das Markt- und Meinungsforschungsinstitut YouGov bestätigen diese Entwicklung. Heute machen Veganer geradezu Furore als Bodybuilder, Marathonläufer oder andere muskelstrotzende Athleten, Veganerinnen als knackige bildhübsche Models, Sängerinnen und Schauspielerinnen. Vielleicht hat der ehemalige Generaldirektor von Nestlé, Helmut Maucher, Recht, wenn er sagt: „Der Trend ins Vegetarische ist unaufhaltsam. Vielleicht isst in 100 Jahren kein Mensch mehr Fleisch.“ ■



Barbara Rütting, geboren 1927, ist Schauspielerin, Autorin und Politikerin. Seit 1980 Mitglied von Bündnis 90/Die Grünen wurde Barbara Rütting 2003 und 2008 in den Bayerischen Landtag gewählt. Am 2. April 2009 gab sie ihr Landtagsmandat zurück und trat im September 2009 aus der Partei aus. Ihre Schauspielkarriere begann Barbara Rütting 1952, sie spielte Hauptrollen in 45 Filmen, darunter „Die letzte Brücke“ und „Die Geierwally“. Barbara Rütting veröffentlichte zahlreiche Bücher, jüngst kam „Durchs Leben getobt: Autobiografie“ auf den Markt.

Kontakt:
www.barbara-ruetting.de

Lücken in der Kette



H.-B. Henkel-Hoving,
Chefredakteur

Wer gesundheitspolitischen Visionären im Berliner Veranstaltungszirkus lauscht, hört oft von hehren Zielen: Integriert sollte die Versorgung der Patienten sein, ohne Lücken in der Behandlungskette und natürlich elektronisch vernetzt. Der Alltag sieht leider häufig anders aus. So muss die Schwester einer Kollegin nach einer Fuß-OP auf den Rollstuhl für zu Hause warten; nach einem

Schlaganfall ist für die Mutter eines Bekannten kein Platz in der Rehaklinik frei; ein Hausarzt aus Brandenburg und ein Chefarzt aus Berlin klagen bei einem Symposium öffentlich darüber, dass der eine freitags zu viele Entlassbriefe schreiben muss und der andere diese für die weitere Behandlung so wichtigen Dokumente montags nicht im Briefkasten findet – unglaublich!

Keine Frage: **Das Thema „Krankenhaus-Entlassmanagement“ ist nicht sexy**, in den Salons der gesundheitspolitischen Republik lassen sich damit keine Meriten erwerben – **zu viele Details**,

zu wenig Vision. Doch wo, wenn nicht beim Übergang von der Klinik in die Nachsorge, sollten die Mauern zwischen den Sektorengrenzen, zwischen ambulant und stationär fallen? Vor allem die Angehörigen von Millionen älterer Patienten wären froh, wenn sie aller Orten auf ein kompetentes Entlassmanagement bauen könnten.

So wie im Marienhospital in Bottrop. Meine Kollegin Dr. Silke Heller-Jung hat dort dem Entlass-Team um Beate Schönhaus über die Schultern geschaut und macht in ihrer Reportage ab Seite 26 deutlich: Es geht schon heute! Um so besser, dass die Politik die Möglichkeiten des Entlassmanagements jetzt erweitert hat – Kliniken, Ärzte und Kassen sollten die Chance nutzen.

In diesem Sinne Ihr


henkelhoving@kompart.de



Wie geht's weiter mit dem Morbi-RSA? Im G+G-Interview ab Seite 30 beantwortet der Chef des Bundesversicherungsamtes, Frank Plate (li.), die Fragen von Bernhard Hoffmann.

MAGAZIN

14 ARZNEI-COCKTAIL GEHT NUR MIT PLAN

Patienten, die mindestens drei Arzneimittel verordnet bekommen, erhalten künftig einen Medikationsplan. Das kann die Therapiesicherheit erhöhen.

Von Helmut Schröder und Katrin Schüssel

16 PILLEN MIT GEWISSEM RESTRISIKO

Unerwünschten Wechselwirkungen von Arzneimitteln vorbeugen – die Priscus-Liste hilft Ärzten, die Pharmakotherapie sicher zu machen, so eine aktuelle Studie.

Von Thomas Hommel

17 SCHÖNE NEUE MEDIZINWELT

Der Markt mit Gesundheits-Apps boomt. Welche Chancen und Risiken die Digitalisierung mit sich bringt, diskutierten Experten auf einem Kongress.

Von Ines Körver

18 MISSTÖNE IM PFLEGE-DREIKLANG

Mit dem dritten Pflegestärkungsgesetz will die Politik die Rolle der Kommunen stärken. Doch der erste Aufschlag sorgt für einiges Kopfschütteln.

Von Ralf Breitgoff

19 „PFLEGE BIETET GUTE KARRIERECHANCEN“

Pflegeeinrichtungen suchen oft vergeblich Nachwuchs. Mit Kursen zur Berufsorientierung an Schulen lassen sich Jugendliche für die Pflegeausbildung begeistern, sagt Jessica Hernández vom Projekt care4future.

RUBRIKEN

- 9 **Rundruf** Am Ende eine Lex Doktor?
- 13 **Kommentar** Mehr Schub für Innovationen
- 42 **Recht** Amalgam-Klage abgewiesen
- 44 **AOK-Notizen** Aktuelles aus Bund und Ländern
- 46 **Service** Bücher, Termine und mehr
- 48 **Debatte** Die Klinik in der kleinen Stadt
- 49 **Nachlese** Briefe an die Redaktion
- 49 **Impressum** Wer steckt hinter G+G?
- 50 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen



Während Kliniken, Kassen und Ärzte in Berlin noch um einen neuen Rahmen fürs Entlassmanagement ringen ...

TITEL

20 GUT AUFGEHOBen IM GESUNDHEITSDICKICHT

Patienten nach der Klinikbehandlung nicht allein lassen – dafür ist ein gutes Entlassmanagement gefragt, bei dem Hospitäler, Ärzte und Kassen kooperieren.

Von Thomas Müller

26 KEIN AUFBRUCH INS UNGEWISSE

Die Frage, wie es nach der Klinikbehandlung weitergeht, treibt viele Patienten um. Das Marienhospital in Bottrop organisiert in jedem Fall die Nachversorgung.

Von Silke Heller-Jung (Text) und Jürgen Schulzki (Fotos)

THEMEN

30 „DER MORBI-RSA HAT SICH BEWÄHRT“

Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich steht lautstark in der Kritik. Frank Plate, Präsident des Bundesversicherungsamtes jedoch warnt davor, den Ausgleich übereilt zu ändern.

34 NEUE PERSPEKTIVEN FÜRS KRANKENGELD

Die Kassenausgaben für das Krankengeld steigen seit Jahren an. Die Gesundheitsweisen haben nach den Gründen gesucht und ihre Schlüsse daraus gezogen.

Von Thomas Topf, Jens Weßling und Anja Hohmann

40 „WIR LASSEN NIEMANDEN IM REGEN STEHEN“

An der Seite von Krankengeld-Beziehern: Beraterinnen wie Anett Hauschild von der Gesundheitskasse helfen bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz.

Von Ulrich P. Schäfer



... sorgt Beate Schönhaus im Bottroper Marienhospital schon heute für einen nahtlosen Übergang in die ambulante Versorgung.



Die Reformvorschläge der Gesundheitsweisen fürs Krankengeld treffen nicht überall auf Gegenliebe ...



... die Arbeit von Krankengeld-Fallmanagerin Anett Hauschild wissen ihre Kunden dagegen zu schätzen.

STUDIE

Mozart ist gut fürs Herz

Kompositionen von Wolfgang Amadeus Mozart sind gut für den Blutdruck und senken die Herzfrequenz. Zu diesem Ergebnis kommt eine Studie von Medizinern der Ruhr-Universität Bochum, die das „Deutsche Ärzteblatt“ veröffentlicht hat. An 60 Probanden testeten die Forscher die Wirkung von Mozarts Symphonie Nr. 40, nicht näher bezeichnete Tänze von Johann Strauß sowie Songs der Popband ABBA. Bei Musik von Strauß und ganz besonders bei der von Mozart reagierte Blutdruck und Herzfrequenz der Testpersonen ausgesprochen positiv. Fazit der Wissenschaftler: Ruhige Musik, angenehme Tonart, wenig Lautstärken- oder Rhythmusveränderungen sowie das Fehlen von Texten können als „günstig“ für das Herz-Kreislauf-System angesehen werden. ■

FORSCHUNG

Mehr Krebstote nach Wirtschaftskrise

Die globale Wirtschaftskrise zwischen 2008 und 2010 hat laut einer Studie weltweit zum Tod von zusätzlich einer halben Million Menschen durch Krebs beigetragen. Viele der Patienten hätten nicht mehr angemessen behandelt werden können, weil sie arbeitslos geworden seien oder es Einschnitte im Gesundheitswesen gegeben habe, heißt es in der im Magazin „Lancet“ veröffentlichten Untersuchung des Londoner Imperial College. Die Forscher werteten Statistiken der WHO und der Weltbank von 1990 bis 2010 aus. Sie wollten wissen, inwieweit Ar-



Ruhig wirkt beruhigend: Klassische Musik senkt offenbar die Herzfrequenz, so eine aktuelle Studie.

beitslosigkeit und schwankende Ausgaben für das Gesundheitswesen die Krebssterblichkeit beeinflussten. Die Forscher beobachteten, dass jeder Anstieg der Erwerbslosigkeit einen Anstieg der Krebstoten nach sich zog. Die Zahl der zusätzlichen Krebsopfer in den Mitgliedsländern der Organisation für Wirtschaftliche Entwicklung und Zusammenarbeit (OECD) schätzen die Forscher auf 260.000. Rechne man die Zahl hoch, sei weltweit von rund 500.000 zusätzlichen Todesopfern auszugehen. ■

BAYERN

Kassen gegen neue Klinik bei München

Die Arbeitsgemeinschaft der Kassenverbände in Bayern (ARGE) hat sich gegen ein geplantes Klinikprojekt in Kirchheim bei München ausgesprochen. Im Großraum der bayerischen Landeshaupt-

stadt gebe es keinen Bedarf für zusätzliche Klinikbetten. Es sei nicht Aufgabe der Kassen, „Übersorgung zu subventionieren“. Die Pläne für die neue Fachklinik stammen von einem privaten Träger, der seinen Antrag mit Bevölkerungswachstum im Großraum München begründet. Die ARGE weist dies zurück. In den Bedarfsplänen sei die Zunahme chronischer und altersbedingter Krankheiten längst eingerechnet. ■

RESISTENZEN

Grüne kritisieren Antibiotika-Einsatz

Die Deutsche Antibiotika-resistenzstrategie (DART) ist Gegenstand einer Anfrage der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen. Die globale Zunahme von Antibiotika-resistenzen gehöre laut WHO zu den größten Gefahren für die menschliche Gesundheit und habe dramatische Konsequenzen für die Behandlung von Infektionskrankheiten, so die Abgeordneten. Dies resultiere vor allem aus einem zu großen und oft unsachgemäßen Antibiotikaverbrauch. Die Grünen wollen von der Bundesregierung nun wissen, wie sich der Antibiotikaverbrauch und die Antibiotika-resistenzen in der Human- und Veterinärmedizin bundes- und europaweit in den vergangenen fünf Jahren entwickelt haben. In den USA war erst kürzlich bei einer 49-jährigen Frau aus dem Bundesstaat Pennsylvania bei einem Harnwegsinfekt ein E.-coli-Bakterium gefunden worden, das gegen 15 Antibiotika resistent war. Experten sprechen in solchen Fällen von einem „Super-Erreger“. ■

MEHR INFOS:

Bundestagsdrucksache 18/8538

kurz & bündig

+++ WELTNICHTRAUCHERTAG: Jedes Jahr sterben in Deutschland rund 121.000 Menschen an den Folgen ihres Tabakkonsums. Nahezu jeder siebte Todesfall (13,5 Prozent) ist demnach auf das Rauchen zurückzuführen. Dies teilte die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marlene Mortler, anlässlich des Weltnichtrauchertages 2016 mit. Die CSU-Politikerin bekräftigte ihre Forderung nach einem Verbot von Tabakwerbung auf Plakatwänden. **+++ GEBURTSCHILFE:** Im Jahr 2014 leisteten insgesamt 10.766 Hebammen und Entbindungspfleger Geburtshilfe in deutschen Kliniken. Davon waren 8.864 festangestellte Kräfte (8.861 Hebammen und drei Entbindungshelfer) sowie 1.902 Belegkräfte, wie das Statistische Bundesamt zum Internationalen Hebammentag 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



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

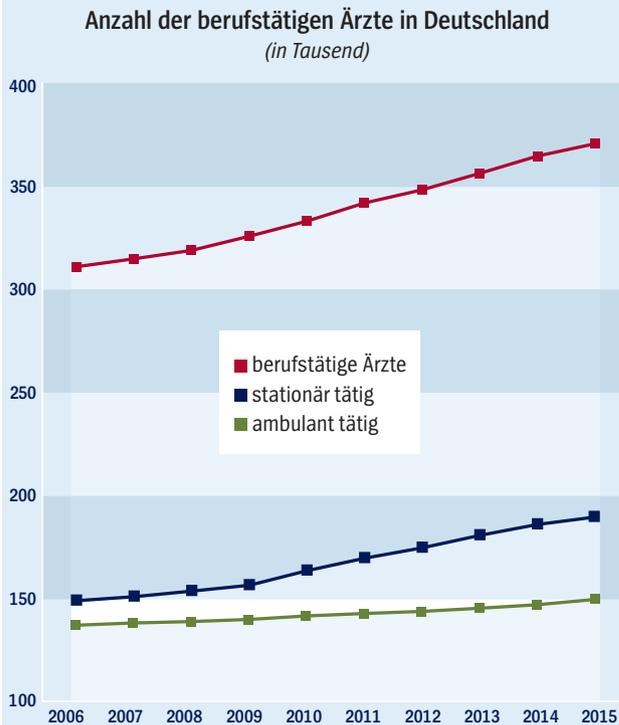
Dieser Auftrag kann schriftlich beim G+G-Leserservice, Postfach 110226, 10832 Berlin, innerhalb von 10 Tagen nach Eingang widerrufen werden. Rechtzeitige Absendung genügt zur Fristwahrnehmung.

KomPart
Ihr KommunikationsPartner

MEDIZIN
Zahl der Ärzte steigt und steigt

Die Zahl der berufstätigen Mediziner in Deutschland ist seit 2006 stetig gestiegen – in den vergangenen zehn Jahren um knapp 20 Prozent. Ende 2015 verzeichnete der Berufsstand in Weiß eine neue Rekordmarke, wie Daten der Bundesärztekammer zeigen. Die Zahl ambulant tätiger Ärzte stieg demnach in den vergangenen zehn Jahren um gut zehn Prozent auf rund 150.100. Das Plus bei den Klinikärzten war knapp dreimal so hoch (27,9 Prozent). Ihre Zahl lag bei 189.600 Medizinerinnen und Mediziner. Ende 2015 wurden insgesamt 371.200 berufstätige Ärzte in Deutschland gezählt (siehe Grafik). ■

Mehr Doctores in Praxis und Klinik



Zuwachs in beiden Sektoren: Die Zahl der ambulant und stationär tätigen Mediziner ist in Deutschland in den vergangenen zehn Jahren kontinuierlich gestiegen – von rund 300.000 im Jahr 2006 auf zuletzt mehr als 371.000. *Quelle: Bundesärztekammer, Mai 2016*

Zitat des Monats

Der Arzt braucht gleich viel Wissenschaft zum Nichtverschreiben wie zum Verschreiben, und oft besteht die Kunst gerade in Nichtanwendung der Mittel.

Balthasar Gracián y Morales, spanischer Schriftsteller

REFORM
Fachleute streiten über Pflegelehre

Die von der Bundesregierung geplante Ausbildungsreform in der Pflege wird von Fachleuten grundsätzlich unterstützt und als Chance für die Branche gesehen. Die Zusammenführung der getrennten Ausbildungen zur Altenpflege, Kranken- und Kinder-

krankenpflege stößt jedoch auch auf Kritik, wie eine Expertenanhörung im Bundestag deutlich machte. Vor allem Vertreter der Kinderkrankenpflege befürchten ein Verlust an Fachkompetenz. Viele Verbände halten eine fundierte Bewertung der geplanten Reform für unmöglich, solange die konkrete Ausbildungs- und Prüfungsverordnung nicht vorliegt. So erklärte die Bundesärztekammer, erst wenn die Verordnung vorliege, ließe sich seriös prüfen, ob die generalistische Ausbildung Pflegeprofis besser auf neue Anforderungen vorbereite. ■

MEHR INFOS:
Bundestagsdrucksache
18/7823

VERSORGUNG
Hausarzt soll um die Ecke praktizieren

Für 91 Prozent aller Bundesbürger ist es wichtig, den Hausarzt in der Nähe zu haben. Dies ist das Ergebnis einer Umfrage des forsa-Instituts im Auftrag des Deutschen Hausärztesverbandes. 88 Prozent stufen die Rolle des Hausarztes als entscheidend ein. 60 Prozent der über 60-Jährigen sagen, bei einem Termin bei ihrem Hausarzt schon einmal mehrere Beschwerden gleichzeitig besprochen zu haben. ■

INKLUSION
5.000 Athleten bei Special Olympics

Anfang Juni fanden in Hannover die Special Olympics 2016 – die „Nationalen Spiele für Menschen mit geistiger Behinderung“ – statt. Rund 5.000 Athletinnen und Athleten gingen in 18 Sportarten sowie beim wettbewerbsfreien Teil der Spiele an den Start. Mit Unterstützung von mehr als 300 ehrenamtlich tätigen Ärzten, Zahnärzten, Physiotherapeuten, Optometristen, Hörgeräteakustikern, medizinischem Fachpersonal und Studenten fanden während der vier Veranstaltungstage zugleich etwa 4.000 Untersuchungen und Beratungen in sechs verschiedenen Gesundheitsbereichen statt. ■

INNOVATIONSFONDS
Projekte in der Auswahl

Rund 300 Projektskizzen zu Forschungsvorhaben sind beim Innovationsausschuss eingegangen, der beim Gemeinsamen Bundesausschuss angesiedelt ist und über die Mittel aus dem neuen Innovationsfonds entscheidet. Die meisten Anträge beziehen sich auf den Bereich der Qualitäts- und Patientensicherheit, gefolgt von Einsatz und Verknüpfung von Routinedaten, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie auf Instrumente zur Messung von Lebensqualität. Mit dem Innovationsfonds will die Bundesregierung neue und vor allem sektorenübergreifende Versorgungsformen fördern. ■

MEHR INFOS:
www.g-ba.de > Presse

Am Ende eine Lex Doktor?

Grünes Licht für das Anti-Korruptionsgesetz. Apotheker aber sind nur betroffen, wenn sie Ärzte oder andere Leistungserbringer aktiv bestechen. Eine nachvollziehbare Ausnahme?



PROFESSOR DR. EDGAR FRANKE, *Vorsitzender des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages*: Die SPD hat sich sechs Jahre intensiv für ein Anti-Korruptionsgesetz im Gesundheitswesen eingesetzt. Es war ein Gesetz geplant, dass alle Heilberufe gleichermaßen erfassen sollte. Deshalb ist es bedauerlich, dass die Bestimmungen für Apotheker jetzt weitgehend leer laufen. Doch das heißt nicht, dass alles erlaubt ist, was strafrechtlich nicht verboten ist. Die Preis- und Erstattungsregelungen sowie die berufsrechtlichen Vorschriften der Apotheker und Ärzte und die umfangreichen sozialrechtlichen Sanktionen müssen weiterhin eingehalten werden.

KATRIN VOGLER, *gesundheitspolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion Die Linke*: Ich bin überhaupt nicht zufrieden mit dem jetzigen Zustand des Antikorruptionsgesetzes. Die in letzter Sekunde von der Koalition eingebrachten Entschärfungen machen aus dem Gesetz einen zahnlosen Tiger. Und dass Apotheker nur noch aktiv bestechen, aber nicht mehr bestochen werden können, macht aus einem einheitlichen Tatbestand für alle Gesundheitsberufe im Nachhinein doch noch eine Lex Doktor. Das sollte es aber aus guten Gründen nicht sein. Die Abgabe von Arzneimitteln und Hilfsmitteln ist wegen der großen Summen, die hierfür aufgewendet werden, höchst anfällig für Korruption. Das zeigt schon der jüngste Skandal um sogenannte „Luftrezepte“.



DR. MATTI ZAHN, *Referent für Berufs- und Wettbewerbsrecht bei der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA)*: Apotheker sind vom Gesetz keineswegs ausgenommen. Verhaltensweisen, die bisher schon berufsrechtlich verboten sind, können künftig auch strafbar sein. Das betrifft etwa unzulässige Vereinbarungen zwischen Ärzten und Apothekern. Nur der Bezug und die Abgabe von Medikamenten sind weitgehend vom Strafrecht ausgenommen. Das ist die logische Konsequenz, wenn Staat und Gesellschaft den Apotheker als Heilberufler und Kaufmann definieren. Wer gerade im Selbstmedikationsbereich marktgerecht einkaufen und Preisvorteile an Kunden weitergeben soll, braucht eben Entscheidungsspielräume.

DR. HELMUT PLATZER, *Vorstandsvorsitzender der AOK Bayern*: Nein, natürlich nicht. Genauso wenig wie die anderen Lücken, die nach Intervention im Gesetzgebungsverfahren produziert wurden oder von Beginn an vorhanden waren. Handlungsbedarf besteht: Die AOK Bayern hat derzeit acht Verfahren gegen Apotheken anhängig. Da geht es vor allem um die Abrechnung von nicht abgegebenen Arzneimitteln sowie um Manipulation und Doppelabrechnungen. Der Schutz vor Korruption sollte nicht zur politischen Handelsware degradiert werden. Im Übrigen wundern wir uns, dass unser Hinweis, die Pflegethematik mitaufzunehmen, trotz aktueller Skandale nicht verfangt.



FILMPREMIERE Depressiv Erkrankte nicht stigmatisieren

Mit Blick auf die Erkrankung Depression grassieren in Deutschland nach Ansicht von Ärzten, Krankenkassen und Patienten noch immer viele Vorurteile und Irrtümer. Depression sei kein persönliches Versagen, „sondern eine Krankheit, die jeden von uns treffen kann und behandelbar ist“, sagte Professor Dr. Ulrich Hegerl, Vorstandsvorsitzender der Stiftung Deutsche

Nacht ist der Anfang vom Tag“. Über ein Jahr begleiteten die Filmemacher Michaela Kirst und Axel Schmidt depressiv erkrankte Menschen – darunter eine Familie, in der Mutter, Vater und alle drei Töchter depressiv erkrankt sind. Die Mutter, die als Pastorin arbeitet, berichtet, wie die Krankheit ihr phasenweise den Glauben an Gott nimmt. Eine der Töchter lässt die Zuschauer über Videotagebücher an ihrem Weg in einen neuen Lebensabschnitt mit Ausbildung und



Depressionshilfe, bei der Premiere eines Dokumentarfilms über Depressionen in Berlin. Obwohl die Zahl der Menschen mit Depression steigt, werde die Krankheit noch immer stigmatisiert. Die Folge sei, dass sich Betroffene nicht trauten, professionelle Behandlung in Anspruch zu nehmen. Der Vorstandschef des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch, sagte, für Patienten wie deren Familien und Freunde sei der Umgang mit der Depression nicht einfach. „Wir hoffen, dass der Film hilft, Vorurteile abzubauen und die Depression nicht mehr als Stigma zu sehen.“ Der AOK-Bundesverband ist Hauptförderer des Films mit dem Titel „Die Mitte der

Auszug aus dem Elternhaus teilhaben. Der Vater erzählt, wie er neue Kraft in einer Männergruppe findet. Ergänzend zum Dokumentarfilm will das Autorenteam in Kooperation mit der Stiftung Deutsche Depressionshilfe im Herbst einen Informationsfilm zur Depression veröffentlichen. Zudem entsteht mit finanzieller Unterstützung der AOK PLUS eine interaktive Webseite. Ab November 2016 sollen beide Filme auf DVD erhältlich sein. Zeitgleich startet eine deutschlandweite Filmtournee. ■

MEHR INFOS:
www.deutsche-depressionshilfe.de
> **Filmprojekt**

AUSBILDUNG

Neue Anforderungen an Hörakustiker

Das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) in Bonn hat die Ausbildung zum/zur Hörakustiker/-in gemeinsam mit den Sozialpartnern und Sachverständigen aus der betrieblichen Praxis im Auftrag der Bundesregierung auf den neuesten Stand gebracht. Viele Neuerungen rund um moderne Messverfahren, audiologische Befunde, dreidimensionale Abbilder des Ohres und technisch hochsensible Hörsysteme führten dazu, dass sich das nötige Fachwissen und die Anforderungen an eine bestmögliche Beratung von Patienten und Kunden rasant verändert hätten, hieß es. Die modernisierte Ausbildungsordnung des Handwerksberufes soll zum 1. August 2016 in Kraft treten. ■

GESUNDHEITSPREIS

Niedersachsen sucht Innovationen

Die Ministerien für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung sowie für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr in Niedersachsen, die AOK Niedersachsen, die Kassenärztliche Vereinigung sowie die Apothekerkammer schreiben zum sechsten Mal ihren Gesundheitspreis aus. Gesucht werden innovative Lösungen für die Ermittlung geschlechterspezifischer Bedarfe in der Gesundheitsversorgung, eine bessere Betreuung chronisch kranker Menschen sowie unterstützende Informationstechnologien. Bewerbungsschluss: 5. August 2016. ■

MEHR INFOS:

www.gesundheitspreis-niedersachsen.de

Köpfe und Karrieren



+++ **SABINE BÄTZING-LICHTENTHÄLER**, 41, verantwortet in der neuen rheinland-pfälzischen Landesregierung weiterhin das Gesundheits- und Sozialressort. Das Ministeramt übernahm die Sozialdemokratin erstmals 2014. Zuvor gehörte sie zwölf Jahre lang dem Bundestag an und war von 2005 bis 2009 Drogenbeauftragte der Bundesregierung. In die SPD trat die Diplom-Verwaltungswirtin (FH) 1994 ein. Im Präsidium der SPD Rheinland-Pfalz sitzt sie seit 2006. Bevor sie in die Politik ging, arbeitete sie von 1997 bis 2002 als Verwaltungsbeamtin bei der Verbandsgemeinde Altkirchen und war dort für die EDV-Organisation zuständig.

+++ **PETER DABROCK**, 52, hat für vier Jahre den Vorsitz des Deutschen Ethikrates übernommen. Der evangelische Theologe und Professor für Systematische Theologie mit dem Schwerpunkt Ethik an der Universität Erlangen-Nürnberg gehört dem 26-köpfigen Rat seit dem Jahr 2012 an. Stellvertretende Vorsitzende sind die Düsseldorfer Neurowissenschaftlerin und Hirnforscherin Professorin Katrin Amunts, der Heidelberger Psychologe und Gerontologe Professor Andreas Kruse und die Göttinger Medizinethikerin Professorin Claudia Wiesemann. Der Deutsche Ethikrat ist ein interdisziplinär zusammengesetztes, unabhängiges Beratungsgremium. Er setzt sich mit ethischen, gesellschaftlichen, naturwissenschaftlichen, medizinischen und rechtlichen Fragen sowie den voraussichtlichen Folgen für Individuum und Gesellschaft auseinander, die sich im Zusammenhang mit der Forschung und den Entwicklungen insbesondere auf dem Gebiet der Lebenswissenschaften und ihrer Anwendung auf den Menschen ergeben. Er soll die Diskussion in der Gesellschaft fördern, Stellungnahmen und Empfehlungen für politisches und gesetzgeberisches Handeln erarbeiten sowie mit nationalen Ethikräten und vergleichbaren Einrichtungen anderer Staaten und internationaler Organisationen zusammenarbeiten.



+++ **KLAUS BARTHEL**, 60, führt weiterhin als Bundesvorsitzender die Arbeitsgemeinschaft für Arbeitnehmerfragen in der SPD (AfA). Der SPD-Bundestagsabgeordnete und Gewerkschaftssekretär steht seit 2012 an der AfA-Spitze. In den Bundestag zog er erstmals 1994 ein und stand mehreren Parlamentsausschüssen vor. Stellvertretende AfA-Vorsitzende sind Anne Hansen (Berlin), Kornelia Keune (Sachsen-Anhalt), Wolfgang Lorenz (Nordrhein-Westfalen) und Udo Lutz (Baden-Württemberg). In der AfA engagieren sich politisch interessierte Arbeitnehmer, aktive Gewerkschafter, Betriebs- und Personalräte, Jugend- und Auszubildendenvertreter, gewerkschaftliche Vertrauensleute und Vertreter sozialpolitischer Interessenorganisationen, aber auch Nicht-SPD-Mitglieder.

+++ **UDO HOFFMANN**, 53, ist vom Verwaltungsrat der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland zum Beauftragten des Vorstandes der Gesundheitskasse gewählt worden. Er übernimmt das Amt ab 1. Oktober und führt dann zusammen mit der Vorstandsvorsitzenden Dr. Irmgard Stippler und der Bevollmächtigten des Vorstandes, Christiane Firk, die Gesundheitskasse. Jupp Weismüller geht nach rund 15 Jahren als stellvertretender Vorstandsvorsitzender am 30. September in den Ruhestand. Udo Hoffmann leitete bislang die Stabsabteilung Strategische Unternehmensentwicklung und war Gesamtpersonalratsvorsitzender der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland.



+++ **ROLF ROSENBRÖCK**, 71, steht für weitere vier Jahre als Präsident an der Spitze des Paritätischen Gesamtverbandes. Zudem amtiert er seit 2015 als Präsident der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege. Der habilitierte Gesundheitswissenschaftler gehörte von 1999 bis 2009 dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen an. Bis 2012 arbeitete er am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung und leitete dort die Forschungsgruppe Public Health. Seit 2010 gehört er der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer an. Stellvertretende Vorsitzende des Paritätischen Gesamtverbandes sind Josef Schädle von der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie sowie Cord Wellhausen vom Paritätischen Wohlfahrtsverband Nordrhein-Westfalen.

LEBENSMITTEL

Broschüre gegen Verschwendung

Mit einer neuen Informationsbroschüre und einer extra eingerichteten Webseite will das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft der Verschwendung von Lebensmitteln Einhalt gebieten. Rund 34 Prozent der in deutschen Restaurants, Kantinen und beim Eventcatering produzierten Lebensmittel würden von den Verbrauchern vorzeitig wegwerfen. Die Folgen dieser Verschwendung seien global. „Wenn wir Lebensmittel wegwerfen, verschwenden wir auch Ressourcen, die für ihre Herstellung benötigt wurden“, heißt es in der Broschüre. Etwa 700 Liter Wasser würden etwa für die Erzeugung von einem Kilogramm Äpfel benötigt. Bei einem Kilogramm Fleisch seien es sogar 15.500 Liter. ■

MEHR INFOS:

www.zugutfuerdietonne.de



Augen größer als der Appetit: Was auf dem Teller übrig bleibt, landet anschließend in der Mülltonne.

ZWISCHENBILANZ

Patientenberatung auf gutem Weg

Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Karl-Josef Laumann (CDU), hat eine positive Bilanz der ersten vier Monate Unabhängiger Patientenberatung (UPD) unter dem neuen Betreiber Sanvartis gezogen. „Ich bin sehr zufrieden mit der bisherigen Arbeit der neuen UPD“, sagte

Laumann. Es gebe ein verbessertes Beratungsangebot, längere telefonische Erreichbarkeitszeiten, und statt 21 seien nun 30 Beratungsstellen vor Ort unterstützend tätig. UPD-Geschäftsführer Thorben Krumwiede sagte, bei der telefonischen Erreichbarkeit zeige sich, dass besonders in den Abendstunden und am Wochenende Menschen mit schwierigen Fällen anriefen. ■

GESELLSCHAFT

Schuldenfalle Krankheit

Gesundheitliche Probleme sind häufig der Auslöser für eine private Überschuldung. 2015 waren Krankheit, Sucht oder Unfallfolgen für jeden siebten Klienten einer Beratungsstelle Grund für seine akuten Finanzprobleme, wie das Statistische Bundesamt mitteilte. Die Statistiker legten ihre Zahlen anlässlich der Aktionswoche Schuldnerberatung Anfang Juni vor. Aus dem vorläufigen Ergebnis der Überschuldungsstatistik 2015 geht hervor, dass bei Arbeitslosen oft gesundheitliche Gründe für die Überschuldung auftreten (16,6 Prozent der Fälle). Wie hoch der Anteil der Arbeitslosen ist, die wegen Erkrankung ihren Job verloren haben, lasse sich anhand der Daten jedoch nicht sagen. Für Erwerbstätige seien hingegen nur in 7,6 Prozent der Fälle Krankheiten die Hauptursache für die Verschuldung gewesen. ■

SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH**„Fingierte Rezepte und Behandlungen sind keine Bagatellen“**

Fehlverhalten im Gesundheitswesen kostet die Solidargemeinschaft viel Geld. Dies belegt auch ein Bericht der AOK Nordost. Dazu Fragen an den alternierenden Verwaltungsratsvorsitzenden der Kasse, **Rainer Knerler**.



G+G: Herr Knerler, zu welchen Ergebnissen kommt der von Ihnen kürzlich vorgelegte Bericht der AOK Nordost zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen für die Jahre 2014/2015?

KNERLER: Die Ermittler der Missbrauchsbekämpfungsstelle der AOK Nordost sind im genannten Zeitraum fast 1.000 Hinweisen auf Abrechnungsbetrug nachgegangen – etwa 20 Prozent mehr als im Berichtszeitraum 2012 und 2013. Allein in Berlin wurden 460 Hinweise untersucht. Knapp drei Millionen Euro fordern die Ermittler für die Versichertengemeinschaft in den Jahren 2014 und 2015 zurück – Geld, das durch den Abrechnungsbetrug verloren zu gehen drohte.

G+G: Um welche Betrugsdelikte handelt es sich?

KNERLER: Manipulierte Rechnungen, fingierte Rezepte und Behandlungen, aber auch Bestechung und Bestechlichkeit – die Liste mög-

licher Gesetzesverstöße ist leider lang. Wir sprechen hier auch nicht von Bagatellen. Hier wird mit verbrecherischer Absicht nicht nur zum Schaden der Solidargemeinschaft gehandelt. Auch der Ruf der Leistungserbringer und das Vertrauen in sie wird geschädigt – und das, obwohl sich die meisten korrekt verhalten.

G+G: Aktuell sorgen Nachrichten über Pflegebetrug – unter anderem in Berlin – für Verunsicherung. Wie reagiert die AOK Nordost?

KNERLER: Im Verdachtsfall gehen die AOK-Ermittler konsequent in die eigenen systematischen Prüfungen, erstatten gegebenenfalls Strafanzeige und tauschen sich zudem eng mit staatlichen Behörden und Sozialhilfeträgern aus. Für besorgte Versicherte, aber auch für Pflegekräfte haben wir zudem eine kostenfreie Pflegehotline eingerichtet, wo diese Probleme erörtern und auf Missstände hinweisen können.

Mehr Schub für Innovationen

Mit dem Innovationsfonds will die Politik gute Ideen für die Gesundheitsversorgung voranbringen. Doch die Hürden zum Fördergeld liegen zu hoch, meint Uwe Lötzerich.



IN DEUTSCHLANDS von Gremien, Prüf- und Kontrollinstitutionen, Verbänden der Krankenversorger sowie Kassen geprägtem Gesundheitswesen dauern Innovationsschübe zu lange. Effektiver und effizienter als der mühsam gestaltete Innovationsfonds wäre es gewesen, zunächst allen Kranken nachweislich patienten- und kassendienliche Neuerungen zu

bescheren. Nach Versuchen zur integrierten sektorenübergreifenden Patientenversorgung finanzieren gesetzliche Krankenkassen und Steuerzahler nun einen Fonds, der weitere wissenschaftlich begleitete Tests zum Wohle schlechter versorgter Patienten fördert. 900 Millionen Euro sollen bis zum Jahr 2019 für mustergültige Praxis-Projekte von Ärzten, Kliniken und Kassen fließen, 300 Millionen für Forschung. Bis der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss die Förderkriterien verkündete, verging ein halbes Jahr. Lange wurde zum Beispiel gestritten, wie massentauglich die gesponserten Ideentests sein sollten. Zudem musste noch ein neuer Beirat mit echten Experten her, die den Selbstverwaltern bei Projektbewertungen beistehen.

Können sich jetzt multimorbide Alte, ganz Junge, Landbewohner, Pflegebedürftige, psychisch Kranke oder unter Fehlmedikation leidende Patientinnen und Patienten freuen?

Leider noch nicht, denn neue Lösungen für sie müssen erst kontrolliert funktionieren. Noch höher als einst für Akteure der integrierten Versorgung (IV) hat die Politik die Hürden gelegt, um an Geld aus dem Innovationsfonds zu kommen. Ohne Krankenkasse als Partner in einem Gemeinschaftsprojekt geht in der Regel nichts.

Kleiner Lichtblick: So manches dauerhaft erfolgreiche integrierte Versorgungsprojekt nach Paragraph 140a Sozialgesetzbuch V hat es geschafft, besser vernetzt, qualitativ hochwertig und wirtschaftlich Patientengruppen gesünder zu machen als andere. Erkrankte entscheiden mit ihrer Wahl über nützliche Innovationen in regionalen Gesundheitsmärkten. Sinnvolle Neuerungen aus über 6.000 IV-Netzprojekten und einigen Disease-Management-Programmen haben ihren Platz in der Regelversorgung verdient. Ein Umsetzungs-, kein Erkenntnisdefizit herrscht hierzulande bei der sektorenübergreifenden Versorgung. Wann findet die Politik endlich den Mut, Innovationen rascher zur Regel für alle Patientinnen und Patienten zu machen? ■

Uwe Lötzerich (M.A.), Tageszeitungs- und Fachredakteur, arbeitet als Autor für Print- und Onlinemedien im Gesundheitswesen.

FLÜCHTLINGE

Ärztetag kritisiert Asylpaket II

Der Deutsche Ärztetag hat Teile des Asylpakets II als Verletzung des „Rechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit“ bezeichnet. Um dieses Recht zu garantieren, müsse die Zugangsmöglichkeit zu einer medizinischen Versorgung für Asylsuchende in jedem einzelnen zu prüfenden Fall gegeben sein, erklärte das sogenannte Ärzteparlament in Hamburg. Die Delegierten des 119. Deutschen Ärztetags kritisierten, dass als Abschiebungshindernis nur noch lebensbedrohliche oder schwerwiegende Erkrankungen gälten, die sich durch die Abschiebung wesentlich verschlechtern würden. Über den Asylantrag von Menschen aus sicheren Herkunftsstaaten würde binnen einer Woche entschieden. Akute oder chronische Erkrankungen ließen sich in derart kurzer Zeit weder einwandfrei diagnostizieren noch ausschließen. ■

MEHR INFOS: www.bundes-aerztekammer.de > Presse

AUGENLEIDEN

Mit Vitamin C gegen Grauen Star

Eine gesunde Ernährung mit reichlich Vitamin C kann das Risiko für die Trübung der Augenlinse um etwa ein Drittel senken. Zu diesem Ergebnis kommt eine Londoner Zwilling-Studie, die kürzlich im Fachblatt „Ophthalmology“ erschienen ist. Die Wissenschaftler beobachteten die Linsentrübung und die Ernährungsgewohnheiten bei 324 weiblichen Zwillingen über einen Zeitraum von insgesamt zehn Jahren. Die For-

scher gehen davon aus, dass sich das Vitamin C in der Augenflüssigkeit ansammelt und so die Trübung der Linse verhindert. Die Studie sei aber keine Aufforderung, zu Nahrungsergänzungsmitteln zu greifen, sagte der Präsident der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) Professor Dr. Horst Helbig. „Die meisten Menschen in Deutschland können sich mit Vitaminen ausreichend über Lebensmittel versorgen.“ Grauer Star ist der häufigste Grund für Sehbehinderungen und Erblindung weltweit. Laut DOG müssen Augenärzte in Deutschland bei mindestens 800.000 Augen pro Jahr die getrübe Linse durch eine Kunstlinse ersetzen. ■

PATIENTENRECHTE

Behandlungsfehler nehmen zu

Falscher Zeh amputiert, Tupfer im Bauchraum vergessen: Die Zahl der Behandlungsfehler in Deutschland ist gestiegen. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) stellte in Berlin die jüngsten Zahlen vor, wonach die Gutachter im Jahr 2015 insgesamt 14.828 Vorwürfen nachgingen. In 4.064 Fällen bestätigten sie den Verdacht des Patienten. Das ist knapp jeder vierte der angezeigten Fälle. Im Jahr 2014 wurden 14.663 Verdachtsfälle untersucht, 3.796 bestätigten sich. Die Tendenz ist steigend, seit vor drei Jahren das Patientenrechte-Gesetz in Kraft getreten ist, das es Versicherten erleichtert, dem Verdacht auf einen ärztlichen Fehler nachgehen zu lassen. Die meisten Vorwürfe seien im Zusammenhang mit Operationen erhoben worden, teilte der MDS mit. ■

Arznei-Cocktail geht nur mit Plan

Eine blaue, eine gelbe, eine rote Kapsel – für Patienten, die drei und mehr Arzneimittel verschrieben bekommen, muss es künftig einen Medikationsplan geben. Das kann die Therapiesicherheit erhöhen. **Von Helmut Schröder und Katrin Schüssel**

Medikamente sollen Krankheiten bekämpfen und Schmerzen lindern. Doch manchmal passiert genau das Gegenteil. Vor allem dann, wenn eine Polymedikation vorliegt, also wenn ein Patient mehrere Arzneimittel gleichzeitig einnimmt.

Die Menge der hierzulande verordneten Medikamente ist nach Ergebnissen des Arzneiverordnungs-Reports so hoch, dass im Jahr 2014 im Durchschnitt jeder der 70 Millionen GKV-Versicherten täglich eineinhalb Arzneimittel schluckt. Allerdings gibt es altersspezifische Un-

terschiede: Den geringsten durchschnittlichen Verbrauch haben die 20- bis unter 25-Jährigen. Mit zunehmendem Alter steigt er jedoch stark an. Die meisten Medikamente erhalten die 80- bis 85-Jährigen. Zudem nehmen viele Patienten zusätzlich noch rezeptfreie Arzneimittel. Nach einer Studie des Robert Koch-Instituts zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (Datenerhebung in den Jahren 2008 bis 2011) haben knapp 40 Prozent der 18- bis 79-jährigen Befragten angegeben, in den zurückliegenden sie-

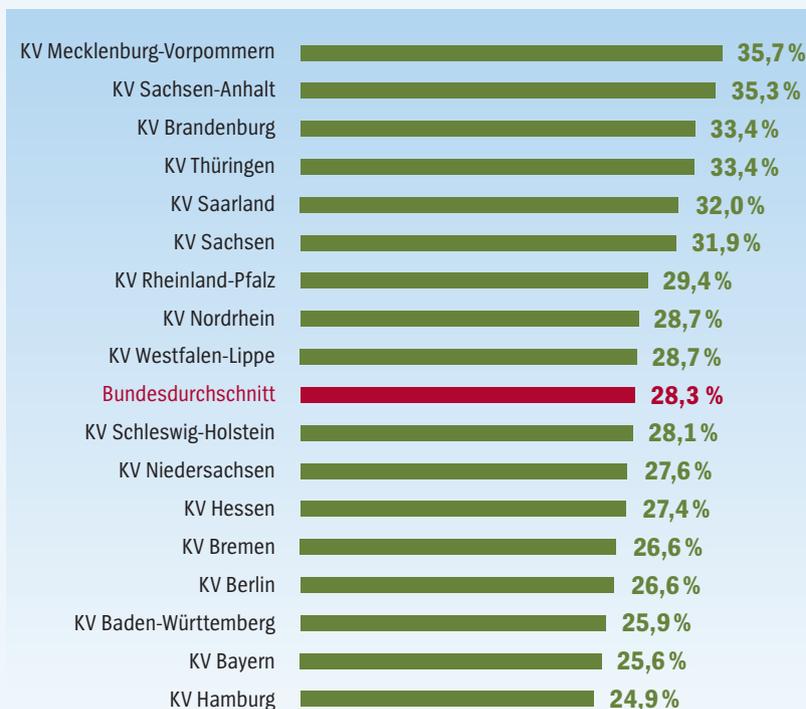
ben Tagen nicht ärztlich verordnete Medikamente eingenommen zu haben. Die aber sind keineswegs ungefährlich. Denn auch rezeptfreie Präparate können Nebenwirkungen haben und die Wirkung der ärztlich verordneten Arzneimittel verstärken oder abschwächen. So kann beispielsweise die (zusätzliche) regelmäßige Einnahme rezeptfreier Schmerzmittel wie Acetylsalicylsäure oder Ibuprofen zu Magenblutungen führen. Johanniskraut gegen depressive Verstimmungen kann die Wirksamkeit der Antibabypille reduzieren. Haben Arzt und Apotheker keinen Überblick über die Gesamtmedikation eines Patienten, drohen Gesundheitsgefahren – gerade auch den multimorbiden Patienten, die besonders viele unterschiedliche Medikamente erhalten.

Welche Risiken die Multimedikation birgt, verdeutlichen Auswertungen von Routinedaten von Krankenhäusern. Danach kann bei 0,7 Prozent der Krankenhauseinweisungen ein Zusammenhang mit unerwünschten Arzneimittelwirkungen angenommen werden.

Planstruktur steht. Um die Sicherheit der Arzneimitteltherapie zu erhöhen und Gefahren einer Multimedikation vorzubeugen, haben nach dem E-Health-Gesetz Patienten, die mindestens drei Arzneimittel gleichzeitig verordnet bekommen, ab Oktober dieses Jahres einen Anspruch auf einen Medikationsplan. Inhalt und Struktur des Plans haben Kassenärztliche Bundesvereinigung, Bundesärztekammer und Deutscher Apothekerverband in einer Rahmenvereinbarung festgelegt und veröffentlicht. Zunächst sollen Patienten den Medikationsplan in Papierform erhalten, da entsprechende telematische Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte noch nicht verfügbar sind. Anzugeben sind Wirk-

Gefälle zwischen den Regionen

Anteil der GKV-Versicherten mit Anspruch auf einen Medikationsplan nach Kassenärztlichen Vereinigungen (KV)



Der Anteil der GKV-Versicherten, die künftig einen Medikationsplan bekommen sollen, ist von Region zu Region unterschiedlich. Spitzenreiter ist mit fast 36 Prozent Mecklenburg-Vorpommern. Den niedrigsten Anteil hat Hamburg.

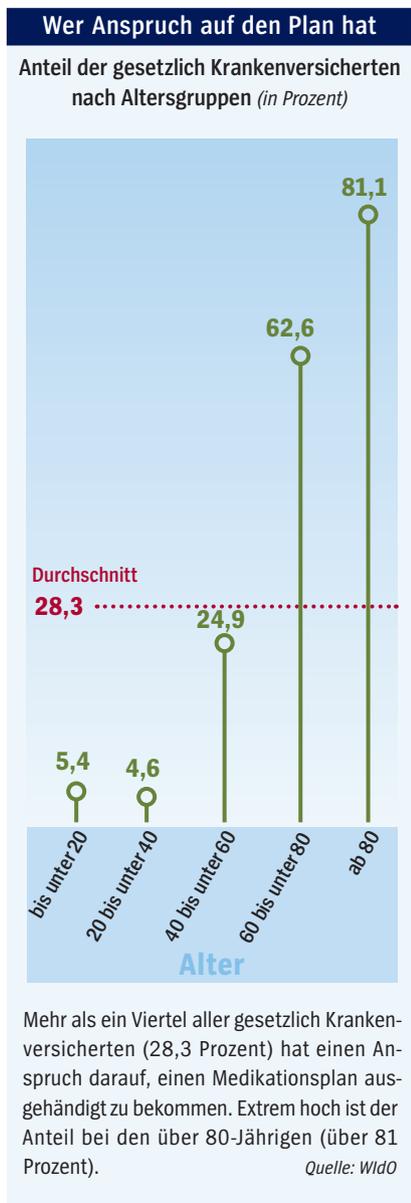
Quelle: Abschätzung des WIdO

stoff, Handelsname, Stärke, Darreichungsform und Dosierung sowie optional Hinweise zur Einnahme, zum Beispiel während der Mahlzeiten, oder der Grund für die Verordnung.

In der Regel erstellt der Hausarzt den Medikationsplan und, falls der Patient keinen Hausarzt hat, der Facharzt. Ändert sich die Medikation, ist der Plan zu aktualisieren. Aktualisierungen können neben dem Hausarzt Fachärzte, Apotheker oder weitere an der Versorgung teilnehmende Einrichtungen vornehmen. Apotheken können auf Wunsch des Patienten den Plan auch um die im Rahmen der Selbstmedikation erworbenen Arzneimittel ergänzen.

20 Millionen Anspruchsberechtigte. Wie hoch die Zahl der gesetzlich krankenversicherten Patienten ist, denen Ärzte künftig einen Medikationsplan ausstellen müssen, hat das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) berechnet. Grundlage sind die Arzneimittelverordnungsdaten der AOK-Versicherten des Jahres 2014, die zeitgleich mindestens drei verordnete Präparate mit verschiedenen Wirkstoffen für mehr als 30 Tage einnahmen. Nach diesen Berechnungen haben 20 Millionen GKV-Versicherte – das sind mehr als 28 Prozent der Versicherten – ab Oktober jährlich einen Anspruch auf einen Medikationsplan. Das Gros der Anspruchsberechtigten ist älter als 65 Jahre. Bei den über 75-Jährigen sind es mehr als drei Viertel der GKV-Versicherten (siehe Grafik „Wer Anspruch auf den Plan hat“). Bei den über 75-Jährigen werden im Medikationsplan durchschnittlich fünf verschiedene von Ärzten verordnete Wirkstoffe und Wirkstoffkombinationen zu listen sein. Verwundern kann das nicht. Denn je älter Patienten sind, um so mehr Medikamente bekommen sie verordnet.

Unterschiede von Region zu Region. Es gibt aber nicht nur altersspezifische, sondern auch regionale Unterschiede. So ist im Norden und im Osten der Republik sowie im Saarland der Anteil der GKV-Versicherten, die einen Medikationsplan erhalten müssen, besonders hoch (siehe Grafik „Gefälle zwischen den Regionen“ auf Seite 14). Zugleich bestehen Unterschiede in einzelnen Ländern. So zum Beispiel in Bayern. Im vergleichsweise



überalterten Landkreis Coburg – hier sind die Einwohner im Durchschnitt 45,5 Jahre alt – haben 30,3 Prozent der GKV-Versicherten einen Anspruch auf einen Medikationsplan. Im vergleichsweise jungen München (Durchschnittsalter: 41,8 Jahre) sind es hingegen nur 23,2 Prozent. Je älter die Bevölkerung einer Region also ist, desto höher ist auch der Anteil der Versicherten, für die ein Medikationsplan auszustellen ist.

Patient bekommt Überblick. Der Plan ist ein Instrument, um die Sicherheit der Arzneimitteltherapie zu erhöhen. Mit dem Plan in der Hand kann sich der Patient beim Arzt und Apotheker, aber auch bei der Stiftung Warentest über die Be-

wertung und gegebenenfalls über bekannte Wechselwirkungen seiner Medikamente informieren. Auch kann ihm der Plan dabei helfen, die Arzneimittel korrekt anzuwenden, enthält er doch Dosierungen und Einnahmehinweise für die gelisteten Medikamente.

Dennoch bleibt die gleichzeitige Einnahme von mehreren Arzneimitteln eine Herausforderung für Patienten, ihre Angehörigen und/oder das Pflegepersonal. Grundsätzlich aber gilt: Nur wenn viele Patienten ihren gesetzlichen Anspruch auf einen Medikationsplan geltend machen, lassen sich gefährliche Wechselwirkungen verhindern und die Therapiesicherheit erhöhen. Damit könnten letztlich manche Krankenhauseinweisungen und Todesfälle wegen falscher Anwendung oder schwerwiegender Wechselwirkungen zwischen Arzneimitteln vermieden werden.

Beratung von Ärzten hilft weiter. Auch wenn der Medikationsplan zu mehr Therapiesicherheit führen kann, bleibt doch die Frage, ob im Einzelfall jedes verordnete Medikament tatsächlich notwendig ist, oder ob nicht das eine oder andere Präparat eventuell auch abgesetzt werden könnte. Eine individuelle Pharmakotherapie-Beratung sowie Qualitätszirkel können Ärzten helfen, diese Frage zu beantworten. Die AOK bietet niedergelassenen Ärzten mithilfe der Software pharmPRO persönliche Beratung durch qualifizierte Apotheker an. Damit können sich Ärzte auch über aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse zu Arzneimitteln auf dem Laufenden halten.

Mit dem gesetzlichen Anspruch der Patienten, ab Oktober 2016 einen Medikationsplan auf Papier zu erhalten, ist ein erster Schritt zu mehr Arzneimittelsicherheit gemacht. Ab 2019 soll der Medikationsplan auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert und für alle behandelnden Ärzte und Apotheker abrufbar sein. Das jedenfalls sieht das E-Health-Gesetz vor. ■

Helmut Schröder ist stellvertretender Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). **Dr. Katrin Schüssel**, Fachapothekerin für Arzneimittelinformation, arbeitet im WIdO-Forschungsbereich „Integrierte Daten und Analysen“.

Kontakt: Helmut.Schroeder@wido.bv.aok.de

Pillen mit gewissem Restrisiko

Senioren sind anfälliger für unerwünschte Arzneimittelwirkungen. Die Priscus-Liste unterstützt verschreibende Ärzte deshalb bei ihrer Therapieentscheidung.

Eine neue Studie unterstreicht die Bedeutung der Empfehlungen. **Von Thomas Hommel**

Die Generation 60 plus schluckt in Deutschland etwa die Hälfte aller verordneten Medikamente. Nicht selten nimmt ein einzelner älterer Patient zehn und mehr verschiedene Pillen täglich ein. Weil aber Leber und Niere im Alter nicht mehr so gut funktionieren – Ärzte sprechen von veränderter Pharmakokinetik –, werden die Stoffe im Körper langsamer abgebaut. Die Folge: Senioren sind anfälliger für unerwünschte Arzneimittelwirkungen. Diese können mitunter so heftig ausfallen, dass Betroffene zur Behandlung in ein Krankenhaus müssen.

Um Ärzte dabei zu unterstützen, die Therapiesicherheit für ihre älteren, häufig mehrfach erkrankten Patienten zu erhöhen, hat eine von der Pharmakologin Professor Dr. Petra Thürmann geleitete Forschergruppe aus 27 Experten verschiedener Fachrichtungen unterschiedliche Arzneimittel identifiziert, die für Menschen ab 65 Jahren potenziell ungeeignet sind. Das Ergebnis ist eine Liste von 83 Wirkstoffen, die bei Senioren nicht oder nur mit besonderer Vorsicht angewendet werden sollten. Mitunter reicht auch eine Reduktion der Tablettendosis.

Die 2010 veröffentlichte Aufstellung erhielt die Bezeichnung Priscus-Liste und stößt in der Fachöffentlichkeit bis heute auf große Aufmerksamkeit – auch weil sie dem Arzt alternative Therapieoptionen vorgeschlägt (*siehe Kasten*).

Höheres Risiko für Klinikeinweisung.

Wie wichtig die Empfehlungen sind, unterstreicht eine kürzlich in der Online-Fachzeitschrift „Plos One“ veröffentlichte Studie des AQUA-Institutes für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen. Die Göttinger Forscher gehen darin möglichen Zusammenhängen zwischen der Einnahme von nicht altersgerechten (Priscus-)



Priscus-Liste nennt Alternativen

Es gibt Tabletten, deren Einnahme für ältere Menschen und bei bestimmten Vorerkrankungen kritisch ist. Welche Arzneistoffe als besonders riskant gelten, ist seit 2010 auf der sogenannten Priscus-Liste verzeichnet. „Priscus“ kommt aus dem Lateinischen und bedeutet „altestwürdig“. Die Priscus-Liste ist aber nicht nur eine Ausschlussliste. Sie empfiehlt auch Therapiealternativen und gibt Hinweise für die Einzelfälle, in denen der behandelnde und verordnende Arzt bestimmte Medikamente einmal nicht vermeiden kann.

Infos: www.aok-gesundheitspartner.de > Arzneimittel > Verordnung > Priscus

Medikamenten und Einweisungen in ein Krankenhaus nach. Der Untersuchung zugrunde liegen die anonymisierten Abrechnungsdaten von knapp 400.000 Versicherten der AOK Baden-Württemberg, die zum Zeitpunkt der Studie – das heißt zwischen Januar 2009 und Dezember 2010 – 65 Jahre und älter waren.

Die Wissenschaftler bildeten zwei Patientengruppen. Gemeinsam war beiden Gruppen, dass sie eine jeweils alters-typische Basismedikation erhielten. Die erste Gruppe nahm Priscus-Medikamente zu sich, in der zweiten hingegen befanden sich ausschließlich Patienten, die für Ältere besser verträgliche Alternativen verschrieben bekamen. Ergebnis: Die

Gruppe, die auf der Priscus-Liste befindliche Medikamente einnahm, hatte im Vergleich zu der Patientengruppe, die besser verträgliche Alternativen verschrieben bekam, ein um knapp 38 Prozent höheres Risiko, sich im Krankenhaus behandeln lassen zu müssen.

Therapie im Zweifelsfall überdenken.

Zwar ließen sich mittels Studie nicht umfassend alle Gründe für Klinikeinweisungen untersuchen, betont Dr. Heinz Endres, wissenschaftlicher Mitarbeiter beim AQUA-Institut und Erstautor der Untersuchung. Gleichwohl untermauern die Ergebnisse eine Aussage sehr deutlich – nämlich die, dass alterstypische Komplikationen bei der Einnahme von Priscus-Medikamenten nicht zu vernachlässigen seien. „Aus unserer Sicht sollten die behandelnden Ärzte deshalb die Empfehlungen der Priscus-Liste bei ihrer Therapieentscheidung berücksichtigen, da dies zu einer verbesserten Patientensicherheit beiträgt.“

Eine ähnliche Schlussfolgerung zieht Jürgen Graf, Fachbereichsleiter Integriertes Leistungsmanagement bei der AOK Baden-Württemberg. „Jeder Arzt sollte bei Patienten, die 65 Jahre und älter sind, patientenindividuell und in Abhängigkeit von Diagnose, Komorbiditäten und persönlicher Arzneimittelhistorie prüfen, ob die Verordnung eines Medikaments aus der Priscus-Liste zwingend erforderlich oder ob die Verordnung einer der in der Liste genannten Therapiealternativen möglich ist.“ Der Arzt, so Graf, habe bei seiner Therapieentscheidung immer mit zu bedenken, dass sowohl für den einzelnen älteren Patienten – Stichwort Lebensqualität – als auch für das Gesundheitswesen als Ganzes – Stichwort Wirtschaftlichkeit – die „Qualität der Verordnung von größter Bedeutung ist.“ ■

Schöne neue Medizinwelt

Eine App für Migräne und eine, die beim Zähneputzen hilft: Nur zwei Beispiele von vielen, die zeigen: Die Digitalisierung erobert zunehmend auch das Gesundheitswesen.

Auf einer Veranstaltung in Berlin machten Experten deutlich, warum. **Von Ines Körver**

Ein Mann mit feuerrotem Irokesen-Haarschnitt steht im ehrwürdigen Langenbeck-Virchow-Haus, einem Tagungszentrum der Berliner Charité, und plaudert angeregt mit einem Aussteller. Gerade tagt hier ein Kongress für Gesundheitsnetzwerker. Die beiden Männer unterhalten sich über eine App zur Migräne-Prophylaxe – einer Art Kopfschmerz-Tagebuch für die Hosentasche.

Auch wenn bei diesem Kongress wie bei den meisten Gesundheitskongressen mehrheitlich ältere Herren in dunklen Anzügen die Flure und (Hör-)Säle bevölkern, der Mann mit der markanten Frisur wirkt nicht wie ein Fremdkörper, sondern wie ein selbstverständlicher Teil des Ganzen. Er heißt Sascha Lobo und wird wenige Minuten später im großen Hörsaal als Autor, Blogger, Strategieberater sowie Key Note Speaker angekündigt.

Datenbegeisterung kennt keine Grenzen.

Anhand einiger plastischer Beispiele macht Lobo seinen Zuhörern rasch klar, dass „wir in einer Zeit exponentiellen Fortschritts leben“. Das Smartphone sei erst vor neun Jahren erfunden worden – und heute kaum noch aus dem Alltag der Menschen wegzudenken. 221-mal schaue durchschnittlich ein Smartphone-Nutzer täglich auf sein Gerät. Inzwischen fänden 62 Prozent der Internetzugriffe mobil und nur noch 38 Prozent am stationären Desktop statt, mobil sei „das neue normal“, ist Lobo überzeugt.

Bei der Internetnutzung würden auch Massen an Informationen preisgegeben. Das sei kein Wunder, denn „Menschen lieben es, Daten ins Netz zu stellen.“ Der Blogger hat sich auf die Suche nach dem krassesten Exhibitionismus im Netz gemacht. Dabei entdeckte er nicht nur eine App, die nahezu alle Online-Finanztransaktionen einer Person im Netz bündelt

und öffentlich einseh- und kommentierbar macht, er wurde auch im medizinischen Bereich fündig. Unter anderem stieß er auf eine App, die Geschlechtskrankheiten analysiert. Die Ergebnisse kann man hochladen und in Facebook-Manier mit seinen digitalen Freunden teilen und diskutieren. Lobos Fazit: „Die Datenbegeisterung kennt keine Grenzen, auch nicht in der Gesundheitswirtschaft.“



Das sei auch kein Wunder. Schließlich habe sich die Medizin immer schon um Daten gedreht. Jetzt kämen halt noch die neuen technischen Möglichkeiten hinzu.

Sinnvolle Gesundheits-Apps gebe es auch schon. Da sei zum Beispiel die eingangs erwähnte Migräne-App. Die ermögliche einem Menschen, wenn er die erforderlichen Daten sorgsam eingebe, Auslöser der Kopfschmerzattacken zu identifizieren und in Zukunft besser zu vermeiden.

Apps verordnen wie Medikamente. In der Podiumsdiskussion geht Dr. Markus Müschenich, Vorstand des Bundesverbandes Internetmedizin (BIM), noch einen Schritt weiter. Der Kinderarzt und frühere Krankenhausmanager fordert, dass „Apps künftig genauso verordnet werden können wie Arzneimittel“. Aller-

dings sei sorgfältig auf die Qualität der Produkte zu achten. Der BIM zertifizierte bereits Gesundheits-Apps.

Auch eine App zum Thema Mundhygiene sei vom Grundsatz her sinnvoll, so Lobo. Denn die App analysiere das Zahnputzverhalten und mache den Nutzer darauf aufmerksam, dass er etwa die Zähne links unten vernachlässige und besser reinigen müsse. Für Kinder sei die

Mundhygiene-App mit einem Online-Spiel verbunden. Das Spiel ginge erst dann zu Ende, wenn die Zähne der Kleinen gründlich genug geputzt seien.

Solche Dinge aus der neuen Welt der Gesundheit seien sinnvoll. Allerdings schränken Müschenich und Lobo unisono ein, dass sie eine Nachricht nicht auf ihrem Handy vorfinden wollten: „Wenn du in zehn Minuten nicht die Zähne geputzt hast, stuften wir dich in der Krankenversicherung schlechter ein.“

Viele Kongressteilnehmer spenden für Aussagen wie diese Applaus und nicken mit den Köpfen. Die Wichtigkeit, aber auch die Sensibilität des Themas Digitalisierung ist endgültig im Gesundheitswesen angekommen. ■

Ines Körver ist Redakteurin beim KomPart-Verlag.

Misstöne im Pflege-Dreiklang

Bislang galt die Pflegereform als Glanzstück der Großen Koalition. Nun aber liegt der Referentenentwurf für das dritte Pflegestärkungsgesetz vor und sorgt für einiges Kopfschütteln. **Von Ralf Breitgoff**

Kooperation und Koordination der Pflege vor Ort hat das Bundesgesundheitsministerium als Ziel ausgegeben und will den Kommunen im Zuge des dritten Pflegestärkungsgesetzes tiefgehende Eingriffsrechte bei der Planung der Pflegestrukturen einräumen. Vorgesehen ist ein Initiativrecht der Kommunen zur Errichtung von Pflegestützpunkten sowie zur Erprobung neuer Beratungsstrukturen in Modellprojekten. Zudem sollen allein die Länder dazu berechtigt sein, Schiedsstellen für den Streitfall einzurichten.

Für die Pflegekassen bedeuten die derzeitigen Pläne der Politik erhebliche Einschnitte. Sie sollen nicht nur verpflichtet werden, an Pflegestützpunkten der Kommunen mitzuwirken, sondern auch gemeinsam und einheitlich mit dem zuständigen Sozialhilfeträger entsprechende Vereinbarungen zu schließen – unter anderem über das Personal sowie die Finanz- und Sachmittel, die die Pflegekassen beisteuern müssen. Gleiches gilt für potenzielle Modellprojekte. Diese Einschränkungen liefen einem partnerschaftlichen Verhältnis der Beteiligten zuwider, kritisiert der AOK-Bundesver-

band und fürchtet bei der Pflegeberatung und den Pflegestützpunkten qualitative Einbußen. Insbesondere das Angebot der Pflegeberatung und der -kurse können die Pflegekassen bisher individuell gestalten. Gestaltungsspielraum, den die AOK in dem ansonsten wettbewerbsneutralen Feld der sozialen Pflegeversicherung nutzt

Bei der Pflegeberatung sind qualitative Einbußen zu befürchten.

und durch die neuen Regelungen verlieren würde. „Unsere Arbeit erfährt in Politik, Pflegewissenschaft und Selbstverwaltung hohe Anerkennung“, sagt die Leiterin der Abteilung Pflege im AOK-Bundesverband, Nadine-Michèle Szepan.

Viel Know-how in der Beratung. Insbesondere die AOK als größte deutsche Pflegekasse hat in den vergangenen Jahren ein eigenständiges und umfassendes Beratungsangebot aufgebaut. Weit mehr als die Hälfte aller Beratungen für Pflege-

bedürftige und ihre Angehörigen zwischen 2010 und 2014 geht auf das Konto der Gesundheitskasse. Im Jahr 2015 waren es sogar fast drei Viertel. Dahinter steht die Expertise von über 700 Pflegeberaterinnen und -beratern. Das sind fast 60 Prozent des Beratungspersonals in der gesamten sozialen Pflegeversicherung. Über 18 Millionen Euro hat die Gesundheitskasse allein 2014 in Pflegekurse für pflegende Angehörige investiert. Im Vergleich zum Jahr 2010 ist das ein Plus von fast 50 Prozent. Daher ist die Kritik der AOK-Pflegeexpertin ebenso klar wie einleuchtend: „Für eine bessere Zusammenarbeit muss man die vorhandenen Strukturen nutzen und ausbauen, anstatt Doppelstrukturen und Insellösungen aufzubauen.“

Gefahr von Doppelstrukturen. Unnötige und ineffiziente Doppelstrukturen drohen aus Sicht der AOK auch in der Bedarfsplanung. Denn schon jetzt sind die Kommunen sowohl für die Analyse des pflegerischen Bedarfs als auch des Angebots verantwortlich. Dennoch sieht der Referentenentwurf neben den bereits gesetzlich verankerten Landespflegeausschüssen zusätzliche, sektorenübergreifende Landespflegeausschüsse vor. Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenhausgesellschaften sind zur Teilnahme verpflichtet.

Das Pflegestärkungsgesetz III soll Anfang des kommenden Jahres in Kraft treten. Die Kosten für die Pflegekassen beziffert der Referentenentwurf auf etwa 30 Millionen Euro. Auf die Sozialhilfeträger kommen im Jahr 2017 Kosten von 200 Millionen Euro zu und in den Folgejahren 182 Millionen Euro jährlich. ■

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

Kurz und kompakt: Was die dritte Stufe der Pflegereform beinhalten soll

Mit dem Pflegestärkungsgesetz III verfolgt die Politik zwei Ziele:

- **Umsetzung der Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege durch**
 - Erprobung neuer Beratungsstrukturen: Initiativrecht für Landkreise und kreisfreie Städte zur Erprobung von Modellprojekten, unter anderem des von den Kommunalen Spitzenverbänden entwickelten Konzepts der „Modellkommune Pflege“
 - Initiativrecht von Kommunen zur Errichtung von Pflegestützpunkten
 - Planung der pflegerischen Versorgung in sektorenübergreifenden Landespflegeausschüssen
- **Überführung der Definition „Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff“ ins Sozialhilferecht:** Der mit dem Pflegestärkungsgesetz II eingeführte neue Pflegebedürftigkeitsbegriff verankert ein umfassenderes Verständnis von Pflegebedürftigkeit. Die leistungsrechtliche Umsetzung hat auch Aus- und Wechselwirkungen auf andere Sozialleistungsbereiche. Insbesondere hinsichtlich der Hilfe zur Pflege ist der im Sozialgesetzbuch XII verankerte Begriff anzupassen.

„Pflege bietet gute Karrierechancen“

Pflegeeinrichtungen werben immer öfter vergeblich um Nachwuchs. Mit Kursen zur Berufsorientierung an allgemeinbildenden Schulen lassen sich Jugendliche für die Ausbildung in diesem Bereich begeistern, weiß **Jessica Hernández**.

Frau Hernández, was spricht dafür, einen Pflegeberuf zu ergreifen?

Hernández: Mit dem demografischen Wandel und dem wachsenden Bedarf an Pflegekräften bietet die Branche zukunftssichere Jobs. Diese Arbeitsplätze sind im Wandel und können mitgestaltet werden. Außerdem bieten die Pflegeberufe gute Karrierechancen: Nach einer dreijährigen Ausbildung können Pflegekräfte sich zu Wohnbereichsleitern und schließlich zu Heimleitern weiterbilden lassen. Nach acht bis neun Jahren leiten sie dann vielleicht schon ein Heim.

Wer eignet sich für eine Ausbildung in der Pflege?

Hernández: Menschen, die sich in Ältere und deren Angehörige hineinversetzen können, die nicht blind ihre Arbeit erledigen, sondern mit Empathie und Freude dabei sind. Außerdem sollten sie Flexibilität, Teamfähigkeit und emotionale Belastbarkeit mitbringen.

Wer gehört zur Zielgruppe des Projekts care4future zur Nachwuchsgewinnung in der Pflege?

Hernández: In den derzeit laufenden 16 Netzwerken nehmen hauptsächlich Schülerinnen und Schüler der neunten und zehnten Klassen an Haupt- und Realschulen sowie Gemeinschaftsschulen teil. Vor dem Hintergrund der Akademisierung der Pflege wollen wir künftig auch Gymnasien für care4future gewinnen.

Wie läuft so ein Netzwerk?

Hernández: Dazu gehören mindestens drei Partner: eine allgemeinbildende Schule, eine Berufsfachschule für die

Pflege und mindestens ein Unternehmen aus dem Bereich Gesundheit und Soziales, also ein Altenheim oder ein Krankenhaus. Die Netzwerkpartner gestalten ein Curriculum für einen Wahlpflichtkurs in der allgemeinbildenden Schule, der für ein Jahr mit meistens einer Doppelstunde pro Woche läuft. Zunächst bekommen

Und die Auszubildenden verinnerlichen als Dozenten ihren Lernstoff nochmal auf ganz andere Weise. Sie nehmen sich selbst als Experten wahr und entwickeln so mehr berufliches Selbstbewusstsein.

Wie groß ist die Nachfrage nach und der Erfolg von care4future-Kursen?



Als Dozenten verinnerlichen die Auszubildenden ihren Lernstoff nochmal auf ganz andere Weise.

Jessica Hernández

die Schüler allgemeine Informationen über Pflegeberufe. In praktischen Einheiten erfahren die Jugendlichen, wie es ist, wenn man im Rollstuhl sitzt, oder was es heißt, jemanden zu lagern. Danach beginnt ein Praktikum in der kooperierenden Einrichtung. Außerdem gehört ein Erste-Hilfe-Kurs zum Programm.

Sie nutzen das Modell des Peer-Learnings. Welches Konzept steht dahinter?

Hernández: Dabei lernen Gleichaltrige mit- und voneinander. Die Dozenten sind Auszubildende aus Pflegeberufen im ersten oder zweiten Lehrjahr. Sie sind mit neunzehn oder zwanzig Jahren nicht wesentlich älter als die Schüler und gestalten die Unterrichtseinheiten. Das hat zweierlei Vorteile: Die Jugendlichen bekommen einen authentischen Einblick in den Ausbildungs- und Berufsalltag.

Hernández: In den jüngsten beiden Netzwerken waren in den Kursen 15, 16 oder 17 Schülerinnen und Schüler. Eine retrospektive Befragung unter den Absolventen der ersten drei care4future-Kurse im Jahr 2008 ergab, dass 62 Prozent in Pflege-, Gesundheits- oder Sozialberufen tätig sind, also rund zwei Drittel. Deswegen finanzieren Träger von Pflegeeinrichtungen in Regionen, wo es schwer ist, Pflegenachwuchs zu finden, die care4future-Kurse. ■

Das Interview führte Änne Töpfer.

Zur Person und zum Projekt

Jessica Hernández ist Organisationsberaterin bei der contec GmbH. Das Projekt care4future zur Nachwuchsgewinnung in Pflegeberufen startete 2008 und erhielt zu Beginn eine Förderung vom Bundesministerium. Mehr Infos: www.care4future.de



005

OLIVER WEISS

Gut aufgehoben im Gesundheitsdickicht

Die Politik hat den Rahmen für ein besseres Entlassmanagement gesetzt. Künftig sollen Patienten mehr Klarheit darüber haben, wie es nach ihrer Klinikbehandlung weitergeht.

Thomas Müller setzt darauf, dass Kassen, Krankenhäuser und Ärzte die Chance nutzen.

Das Schicksal hatte es mit Heribert K. bisher gut gemeint. Sein Beruf als Leiter des Personalbereichs einer mittelständischen Firma gefiel ihm. Allerdings blieb ihm wenig Zeit für sportliche Aktivitäten, seine Familie und Freunde. Er wusste zwar, dass er mehr für seine Gesundheit tun sollte, aber das hatte aus seiner Sicht keine Eile. Umso schwerer traf ihn ein Schlaganfall kurz nach seinem 58. Geburtstag. Notarzt, Notfallversorgung und die ersten Tage der Akutbehandlung in der Klinik liefen reibungslos. Aber wie sollte es nach seiner Entlassung weitergehen? Nicht nur die Unsicherheit über den weiteren Verlauf der Behandlung, sondern auch finanzielle Existenzängste waren seine ständigen Begleiter: Werde ich meinen Beruf wieder ausüben können? Wie funktioniert das mit der Reha? Wie finde ich eine Rehaeinrichtung, die sich auf Schlaganfallpatienten konzentriert hat? Wie hoch ist das Krankengeld, und wie lange wird es gezahlt? Welche Hilfsmittel benötige ich?

Sozialarbeiterin gibt Sicherheit. Mit all den Fragen war Heribert K. überfordert. Sicherheit und Perspektive brachte ihm ein Gespräch mit der Sozialarbeiterin des Krankenhauses, Elke F.

Sie kannte die Sorgen der Patienten und wusste, welche Aspekte angesprochen werden mussten. Und sie konnte Heribert K. beruhigen und versprach ihm, alles Notwendige für eine schnelle Anschlussbehandlung in die Wege zu leiten. Sie würde dafür sorgen, dass das Krankenhaus rechtzeitig vor der Entlassung mit seinem Hausarzt und mit seiner Krankenkasse Kontakt aufnimmt, damit alles vorbereitet ist.

Heribert K. war froh und überrascht zugleich, dass alles für einen reibungslosen Übergang vom Krankenhaus nach Hause bereits geplant wurde. So war es für ihn auch keine Frage, die gesetzlich geforderten Einwilligungen in das Entlassmanagement zu geben.

Viele Haken und Ösen. Leider läuft es in der Realität nicht immer so, wie bei Heribert K.: Dem Hausarzt liegt der Entlassbrief des Krankenhauses nicht rechtzeitig vor, die Arzneimittelversorgung für die ersten Tage nach der stationären Behandlung ist nicht sichergestellt oder unklar. Der Patient weiß nicht, wer ihm die Arbeitsunfähigkeit attestiert. Es ist nicht klar, welcher Arzt ab wann die Nachbehandlung übernehmen kann. Die Heilmitteltherapie verzögert sich, da es so kurzfristig keine Termine gibt.

Der Krankenkasse war nicht bekannt, dass unmittelbar nach der Entlassung Hilfsmittel benötigt werden.

Zwar verfügt schon heute ein Großteil der Kliniken über ein standardisiertes Entlassmanagement (*siehe dazu die Reportage auf Seite 26ff.*). Aber es gibt noch viele Defizite beim Übergang vom Krankenhaus in die ambulante Versorgung. Das liegt auch an der Komplexität des Gesundheitssystems mit unterschiedlichen Kostenträgern (Kranken-, Pflege-, Rentenversicherung, Bundesanstalt für Arbeit etc.) und Leistungserbringern (Krankenhäuser, Arztpraxen, Pflegedienste, Pflegeheime, Apotheken, etc.) – ein für Patienten schwer durchschaubares System.

Anspruch des Patienten verbrieft. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz von 2015 hat die Politik erneut den Versuch unternommen, die Versorgung der Patienten beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung zu verbessern. Dies ist umso bemerkenswerter, da bereits 2007 im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz Regelungen zum Entlassmanagement verankert worden sind und seit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz von 2012 das Entlassmanagement unmittelbarer Bestandteil des Anspruchs auf Krankenhausbehandlung ist. Der Gesetzgeber sah sich dennoch veranlasst, erneut aktiv zu werden. Denn allzu oft scheiterte die Anschlussversorgung nach einer stationären Behandlung daran, dass die Vertragsärzte zu spät über die bevorstehende Entlassung informiert und die Krankenkassen zu spät eingebunden worden sind.

Seit den gesetzlichen Neuerungen von 2015 können die Krankenhäuser Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege und Soziotherapie für bis zu sieben Tagen nach der Entlassung verordnen und die Arbeitsunfähigkeit feststellen. Zum anderen hat der Patient gegenüber seiner Krankenkasse einen Anspruch auf Unterstützung beim Entlass-

management. Soweit Hilfen durch die Pflegekasse, zum Beispiel ein Pflegebett oder wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, erforderlich sind, müssen Kranken- und Pflegekasse kooperieren.

Krankenhäuser in der Pflicht. Nach wie vor gehört das Entlassmanagement zur Krankenhausbehandlung und der Anspruch darauf richtet sich weiterhin an die Krankenhäuser (Paragraf 39 Absatz 1a Sozialgesetzbuch V). Die Zukunft wird daher zeigen müssen, inwieweit die Krankenhäuser das ihnen primär zugeschriebene Entlassmanagement ernst nehmen und in der Praxis zielorientiert im Sinne der Patienten umsetzen.

Aber nicht nur die Krankenhäuser sind in der Pflicht. Auch die niedergelassenen Ärzte sowie die Kranken- und Pflegekassen sind gefordert. Sie alle müssen ihr Handeln so ausrichten, dass das Entlassmanagement zielgerichtet, qualitätsorientiert und zügig umgesetzt wird. Nur so kann die vom Gesetzgeber gewollte sektorenübergreifende Versorgung gelingen. Das beginnt bereits mit der Einweisung eines Patienten ins Krankenhaus. Die vom einweisenden Arzt mitgegebenen Unterlagen sollten neben dem Einweisungsgrund auch Informationen über die aktuelle Versorgungssituation des Patienten enthalten, zum Beispiel ob er bereits von einem Pflegedienst unterstützt wird. Denn solche Informationen sind eine wichtige Basis für eine reibungslose Anschlussversorgung nach dem Krankenhausaufenthalt.

Die Kranken- und Pflegekassen müssen gemeinsam mit den Krankenhäusern dafür sorgen, dass die Anschlussversorgung mit Ärzten, Pflegediensten oder Rehaeinrichtungen organisiert ist. Zudem müssen sie über die regionalen Versorgungsmöglichkeiten informieren, ihre Versicherten und die Angehörigen beraten und dabei helfen, dass erforderliche Leistungen auch tatsächlich dann bereitstehen, wenn der Patient das Krankenhaus verlässt.

„Kliniken müssen Kassen früh einbeziehen“



Jürgen Malzahn
leitet die Abteilung
Stationäre Versorgung,
Rehabilitation im
AOK-Bundesverband

Herr Malzahn, lassen sich mit dem neuen Entlassmanagement die Gräben zwischen ambulant und stationär überwinden?

Malzahn: Ich hoffe, dass sich dadurch das Zusammenspiel zwischen den Sektoren spürbar für die Patienten verbessert. Das darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass das Entlassmanagement nur eine Hilfslösung für Vergütungssysteme dar-

stellt, die von den jeweiligen Sektorinteressen dominiert sind. Mittelfristig muss das Zusammenwirken der Sektoren insgesamt an die Patienteninteressen angepasst werden.

Was erwarten Sie von den Krankenhäusern?

Malzahn: Die Verantwortung für den reibungsreichen Übergang zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung liegt bei den Krankenhäusern. Und überwiegend funktioniert das Entlassmanagement auch heute schon gut. Bei komplexen Behandlungsfällen lassen sich nun durch die erweiterten Verordnungsmöglichkeiten der Krankenhäuser Fortschritte erzielen. Sofern die Kliniken Unterstützung beim Entlassmanagement benötigen, ist es erforderlich, die Krankenkassen frühzeitig einzubeziehen. Denn ohne konkrete Anfragen

und Informationen können die Krankenkassen nicht helfen.

Kann das neue Entlassmanagement dazu beitragen, nichtärztliche Gesundheitsberufe im Krankenhaus aufzuwerten?

Malzahn: Entlassmanagement erfordert eine strukturierte Planung des stationären Aufenthalts. Und die beginnt mit der Aufnahme des Patienten. Hier sind mancherorts neue Strukturen und Abläufe zu schaffen beziehungsweise alte anzupassen. Für das Entlassmanagement müssen schon aus Gründen der Systemkonformität und Verwaltungsvereinfachung die ganz normalen Regeln der vertragsärztlichen Versorgung gelten. Das stellt neue Herausforderungen an das ärztliche, aber auch an das nichtärztliche Klinikpersonal. ■

Richtlinien angepasst. Inzwischen hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) die Richtlinien über die Verordnung von Arzneimitteln, von häuslicher Krankenpflege, von Hilfsmitteln, von Heilmitteln, von Soziotherapie sowie über die Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung um Regelungen zum Entlassmanagement erweitert. Mit Ausnahme der Heilmittel-Richtlinie, die das Bundesgesundheitsministerium noch nicht freigegeben hat, sind alle Richtlinien bereits in Kraft.

Das neue Ordnungsrecht der Krankenhäuser ist grundsätzlich zu begrüßen. Es bietet den Patienten, die wegen ihrer Krankheit ohnehin belastet sind, eine gewisse Versorgungssicherheit in der Zeit von der Krankenhausentlassung bis zum nächsten Arztbesuch.

Rahmenvertrag steht noch aus. Mit den geänderten Richtlinien liegen auch die Grundlagen für den vom Gesetzgeber vorgesehenen Rahmenvertrag zwischen GKV-Spitzenverband, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) vor. Der Vertrag soll insbesondere die Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Krankenhäusern und Kassen regeln. Vor dem Vertragsabschluss sind die Spitzenorganisationen der Apotheker und der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene anzuhören.

Der Rahmenvertrag zum Entlassmanagement hat große Bedeutung. Er soll dazu beitragen,

- die Schnittstellen zwischen stationärem und ambulantem Bereich zu überwinden und Drehtüreffekte zu vermeiden,
- eine bedarfsgerechte und lückenlose Versorgung der Patienten nach einer Krankenhausbehandlung sicherzustellen,
- den Fluss versorgungsrelevanter Informationen zu strukturieren und deren Weitergabe auf eine sichere Grundlage zu stellen und
- ein patientenindividuelles, ressourcen- und teilhabeorientiertes Entlassmanagement zu etablieren, das dem individuellen Hilfe- und Unterstützungsbedarf des Patienten Rechnung trägt.

Dabei sind die Abläufe so festzulegen, dass der Anspruch des Patienten auf Entlassmanagement im Rahmen der stationären Behandlung einerseits gegenüber dem Krankenhaus besteht, andererseits die Unterstützung durch die Kranken- und Pflegekassen sichergestellt ist. Auch gilt es, den Grundsatz „ambulant vor stationär“ bei der Anschlussversorgung zu beachten.

Noch aber steht der Rahmenvertrag aus. Zwar konnten sich GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft und Kassenärztliche Bundesvereinigung schon auf weite Teile der Vereinbarung verständigen. Doch einige Aspekte sind noch in der Diskussion. Die umstrittenen Punkte beruhen insbesondere auf der Grundfrage, ob die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung generell oder nur „entsprechend“ gelten – ob zum Beispiel die sogenannte lebenslange Arztnummer bei der Verordnung von Leistungen im Rahmen des Entlassmanagements anzuwenden ist. Dabei handelt es sich um eine neunstellige Nummer, die bundesweit jeder Arzt zugewiesen bekommt, der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, unabhängig vom Tätigkeitsort, vom Status oder von der Zugehörigkeit zu Berufsausübungsgemeinschaften.



Ein gutes Entlassmanagement lebt von Standards – an die sich alle halten.

Ob die Verhandlungspartner zueinander finden, scheint derzeit eher fraglich. Können sie sich nicht einigen, kann es dazu kommen, dass das Schiedsamt angerufen wird.

Teamwork gefragt. Unabhängig davon, was am Ende herauskommt, muss in jedem Fall das Entlassmanagement so organisiert sein, dass der Übergang der Patienten vom Krankenhaus in die Anschlussversorgung reibungslos funktioniert. Dafür ist die Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Pflegepersonal, Sozialdienst und weiteren am Entlassmanagement Beteiligten im Krankenhaus zu standardisieren. Die Standards müssen transparent und für alle am Entlassmanagement Beteiligten verfügbar sein. Was der Patient für die Anschlussversorgung benötigt, ist systematisch zu erfassen. Ein Entlassplan sollte ausweisen, ob und welche Verordnungen für Arzneimittel, häusliche Krankenpflege, Heil- und Hilfsmittel und Soziotherapie notwendig sind. Auch sollte abgeklärt sein, ob eine Arbeitsunfähigkeit unmittelbar nach der Krankenhausentlassung zu bescheinigen ist.

Zudem sind die weiterbehandelnden Leistungserbringer und gegebenenfalls die Angehörigen frühzeitig vor der Entlassung des Patienten einzubinden. Auch sind die Kranken- und Pflegekassen rechtzeitig zu informieren, wenn zum Beispiel genehmigungspflichtige Leistungen erforderlich werden. Antrag und Genehmigung müssen umgehend erfolgen, damit alles Erforderliche bereitsteht, wenn der Patient das Krankenhaus verlässt. Der Entlassbrief muss rechtzeitig an den weiterbehandelnden Arzt und gegebenenfalls an die Pflegeeinrichtung übermittelt sein, damit die Anschlussversorgung lückenlos ist.

Last but not least müssen Kranken- und Pflegekassen das Entlassmanagement aktiv unterstützen und mit den Krankenhäusern und ambulanten Leistungserbringern eng zusammenarbeiten. Schließlich soll der Patient im Mittelpunkt stehen. ■

Thomas Müller ist stellvertretender Geschäftsführer Markt/Produkte im AOK-Bundesverband. **Kontakt:** Thomas.Mueller@bv.aok.de

Entlassmanagement: Wie lassen sich Probleme an

Um die sektorenübergreifende Versorgung von Patientinnen und Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt sicherzustellen, muss das Entlassmanagement gut funktionieren. Das Krankenhausstrukturgesetz soll helfen, diese Schwachstelle in der Versorgungskette zu beseitigen. Dabei kommt der häuslichen Krankenpflege, geleistet durch ambulante Pflegedienste, eine



„Häuslicher Pflege kommt zentrale Rolle zu“

Thomas Meißner, Mitglied des Präsidiums des Deutschen Pflegerats, Geschäftsführer eines großen ambulanten Pflegedienstes in Berlin

wichtige Rolle zu. Seit über 20 Jahren hat die Verordnung der häuslichen Krankenpflege nach Paragraph 37 Abs. 1 Sozialgesetzbuch V in der nachstationären Versorgung ein Schattendasein gefristet. Jetzt erwacht sie zu neuem Leben. Für die Umsetzung in der Praxis war hierzu ein Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) nötig, der nun vorliegt. Im Kern geht es dabei darum, die jetzt neuen Verordnungsmöglichkeiten von Leistungen der Grundpflege sowie einzelner hauswirtschaftlicher Einrichtungen zum Wohle der Versicherten im nachstationären Versorgungsprozess zu etablieren. Hierfür ist es zunächst einmal wichtig, dass alle Akteure (Krankenhäuser, Hausärzte, Krankenkassen, Sozialdienste, Pflegedienste und weitere) diese Regelung kennen, verstehen und auch anwenden. Aktuell ist dies noch nicht gegeben. Ambulante Pflegedienste sind darüber hinaus gut beraten, sich auf die jetzt wieder gefragte Leistungserbringung besonders einzustellen. Inhalte und Preise sind mit den Kostenträgern neu zu definieren, damit die Wirtschaftlichkeit bei der Leistungserbringung gesichert ist. Unabhängig von dieser neuen Regelung ist zu hoffen, dass der GBA die Leistungen der häuslichen Krankenpflege insbesondere für Patienten mit multiresistenten Keimen deutlich erweitert, da dieser Bereich im Rahmen der Übernahme von Patientinnen und Patienten aus dem Krankenhaus eine immer größere Rolle spielt. ■

Für einen reibungslosen Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung ist ein guter Kontakt zwischen Ärzten in Klinik und Praxis Voraussetzung. Der Austausch kann auf kurzem Wege stattfinden: Eine Mitarbeiterin der Klinik ruft in der Praxis der behandelnden Ärztin an und informiert die medizinische Fachangestellte, dass Patientin X nach einem Schlaganfall nach Hause kommt, Verordnungen für bestimmte Medikamente und Hilfsmittel braucht. Sollte ich weitere Informationen benötigen, rufe ich beim entlassenden Arzt an. Für die Anpassung der Medikation haben wir mit der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin gute Erfahrungen gemacht. Wir prüfen, ob ein Patient Medikamente bekommen hat, die akute Risiken mit sich bringen, beispielsweise für Stürze. Außerdem vergleichen wir die Verordnungen der Klinik mit unserer Vormedikation und schauen, ob sie zur Diagnose passen. Die gesetzliche Neuregelung, nach der Kliniken für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen nach Entlassung des Patienten unter anderem Arznei-, Heil- und Hilfsmittel sowie häusliche Krankenpflege verordnen dürfen, halte ich teilweise für sinnvoll – beispielsweise bei Patienten, die schwer zu beschaffende Medikamente bekommen, bei Mitteln, die nur noch wenige Tage nach der Klinikentlassung eingenommen werden



„Heft des Handelns in der Hand behalten“

Dr. Wolfgang Blank, Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin in einer Gemeinschaftspraxis am Rande des Bayerischen Waldes, berufspolitisch aktiv mit der Initiative „Die LandArztMacher“

müssen und bei Patienten, die vor dem Wochenende entlassen werden. Bei häuslicher Krankenpflege, Wundmanagement und ähnlichem können wir zumindest bei uns in der Praxis auf ein gut eingespieltes Netzwerk von therapeutischen Berufen zurückgreifen, die eng miteinander kommunizieren. Solche Systeme sollte man respektieren. Ich will das Heft des Handelns – zum Wohle meiner Patienten – in der Hand behalten. ■

den Schnittstellen überwinden?

Wir leben in einer Welt der Wow-Effekte. Dies gilt auch für das Gesundheitswesen. Beispiel Krankenhaus-Entlassmanagement: Der Wow-Effekt ergibt sich hier aus der reinen Zahlenlehre und einem kurzen Blick auf das Geschehen rund um die Krankenhaus-Entlassungen. 2014 generierten rund 560.000 AOK-Versicherte in Baden-Württemberg 885.000 Krankenhaufälle –



„Wir orientieren uns am Bedarf der Versicherten“

Rainer Baudermann,
Fachbereichsleiter Versorgungsmanagement,
AOK Baden-Württemberg

Stichwort Drehtüreffekt. Überwiegend sind es die 75- bis 84-Jährigen mit Erkrankungen wie Herz-/Kreislaufproblemen, Erkrankungen des Verdauungssystems, der Psyche, des Muskel-Skelett-Bereiches sowie Krebs. Rund 82.000 von ihnen erhielten nach der Entlassung ein Hilfsmittel und knapp 79.000 nahmen mindestens sechs verschiedene Medikamente ein – Stichwort Polymedikation. Rund 28.000 beantragten Pflegeleistungen oder häusliche Krankenpflege. Für eine positive und aktiv umsetzende Haltung beim Entlassmanagement gibt es viele Gründe: Wenn Verständnis und Rollendefinition einer Krankenkasse auf Versprechen wie Nähe, Verantwortung und Sicherheit ausgerichtet sind und sie dezentral aufgestellt ist, dann bietet sich hier eine hervorragende Möglichkeit, sich als richtige Versorgerkasse zu etablieren. Unter Entlassmanagement verstehen wir bei der AOK die am Bedarf der Versicherten orientierte, sektorenübergreifende Kommunikation und Kooperation zwischen Krankenhäusern beziehungsweise stationären Reha-Einrichtungen, Weiterbehandlern und der Versorgerkasse. Also müssen Organisation, Strukturen und Prozesse angegangen werden. Viele Institutionen und Experten fordern dies, nun geht es in die Praxis oder zumindest in die zielgerichtete Vorbereitung der Umsetzung. Es gilt Doppel-, Unter- und Fehlversorgung zu vermeiden – im Mittelpunkt steht aber immer der Versicherte. ■

Vom Grundsatz her ist das Entlassmanagement nichts Neues. In Krankenhäusern ist es bisher auch unter dem Begriff Case-Management bekannt. Der Gesetzgeber hat im Krankenhausstrukturgesetz das Entlassmanagement als Verpflichtung geregelt. Ein gutes Entlassmanagement bietet allen Beteiligten, wie beispielsweise Ärzten, Sozialdienst, ambulanter Krankenpflege, Pflegeeinrichtung, Hospiz, Sanitätshäusern oder Apotheken die Möglichkeit, den Behandlungsverlauf des Patienten zu planen. Nach der Neuregelung dürfen Krankenhäuser jetzt für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege und Soziotherapie verschreiben und auch die Arbeitsunfähigkeit gegenüber dem Arbeitgeber bescheinigen. Dies ist eine wesentliche Erleichterung für den Patienten, da dieser nicht gleich nach der Krankenhausentlassung seinen Haus- oder Facharzt aufsuchen muss, um sich ein entsprechendes Rezept zu holen. Gerade bei Entlassungen am Freitag oder am Wochenende ist dies immer wieder ein nicht zu unterschätzendes Problem. Zudem erfährt der Patient durch das Entlassmanagement frühzeitig, wann er die Klinik wieder verlassen wird. Er und seine Angehörigen können zeitnah in die Nachsorge mit eingebunden werden. Wartezeiten, beispielswei-



„Umsetzung lässt auf sich warten“

Bernd Quoß,
Vorstand im Krankenhaus Waldfriede,
Berlin (ausgezeichnet für das Projekt
„Angstfreies Krankenhaus“)

se auf ein erforderliches Hilfsmittel, entfallen und die Patientenzufriedenheit steigt. Leider lässt aber die konkrete Umsetzung des Entlassmanagements auf sich warten, da es hierfür noch keine Rahmenvereinbarungen gibt. Das wird vermutlich erst im Herbst 2016 soweit sein. Solange dürfen die Krankenhäuser noch nicht für einen Zeitraum von sieben Tagen verordnen. Die Politik hat es gut gemeint, aber den nachgelagerten langatmigen Verwaltungsprozess unterschätzt. ■

Kein Aufbruch ins

Man darf Karin Ratajczyk wohl mit Fug und Recht als Urgestein bezeichnen. Seit mehr als 25 Jahren – lange bevor der Gesetzgeber 2012 die Krankenhäuser zu einem Entlassmanagement verpflichtete – kümmert sie sich im Marienhospital Bottrop (MHB) darum, wie es für die Patienten nach dem stationären Aufenthalt weitergeht. „Viele Jahre lang war ich alleine der Sozialdienst für das ganze Haus“, erzählt die Diplom-Sozialpädagogin. „Insgesamt habe ich seinerzeit um die 1.200 Patienten pro Jahr betreut. Das ging damals meist auf Zuruf.“

Hilfe mit System. Diese Zeiten sind vorbei. Zum einen hat Karin Ratajczyk Verstärkung bekommen. „2004 haben wir mit unserem Entlassmanagement angefangen“, erinnert sich Beate Schönhaus, die im Marienhospital die Leitung Pflege innehat. „2010 haben wir den Sozialdienst mit zwei Case Managerinnen verstärkt.“ Außerdem hat das traditionsreiche Krankenhaus, dessen Wurzeln bis ins Jahr 1868 zurückreichen, die Versorgung seiner Patienten über den Entlassungstag hinaus immer weiter ausgebaut und perfektioniert. Die Entlassexpertinnen des Marienhospitals werden darum in der Regel auch nicht mehr „auf Zuruf“ tätig. Vielmehr beginnt das Entlassmanagement in der Bottroper Klinik heute bereits kurz nach der stationären Aufnahme: Entsteht bei der pflegerischen Anamnese der Eindruck, dass ein Patient nach der Entlassung Unterstützung benötigen könnte, werden Karin Ratajczyk oder ihre Kolleginnen Martina Roland und Dorothea Nagel-Liebert zeitnah informiert. Ist ein Patient über 70 Jahre alt, kommt grundsätzlich eine von ihnen innerhalb von 24 Stunden nach der stationären Aufnahme bei ihm vorbei. „Wir sehen uns auch die OP-Pläne an, etwa bei geplanten orthopädischen Operationen“, sagt Karin Ratajczyk. „Und dann schauen wir, ob da vielleicht jemand unsere Unterstützung braucht.“

Jeder Patient ist anders. Bei ihren Besuchen am Krankenbett machen sich die Expertinnen ein detailliertes Bild davon, ob und wie viel Hilfe bis zum Entlassungstag für den Betroffenen organisiert werden sollte. „Wir sprechen mit den Patienten und den Angehörigen, mit den Ärzten und Pflegekräften“, erläutert Karin Ratajczyk. „Wenn jemand zu Hause schon von einem Pflegedienst versorgt worden ist, rufen wir auch dort an und fragen: Wie war der Zustand in der letzten Zeit? Hat sich da was verschlechtert?“ Auf dieser Grundlage erstellen die Versorgungsprofis einen individuellen Hilfeplan. „Wir überlegen, was diese Patientin oder dieser Patient braucht, um nach der Entlassung angemessen versorgt zu sein. Jeder Patient ist da anders, darum gucken wir bei jedem individuell: Ist, zum Beispiel nach einem Herzinfarkt, eine Anschlussheilbehandlung erforderlich? Sollte ein Pflegedienst kommen? Muss eine Pflegestufe beantragt oder ein Platz in einem Pflegeheim gesucht werden? Ist eine Hospizunterbringung oder eine Palliativversorgung nötig? Das leiten wir dann in die Wege.“ Bessert sich der Zustand des Patienten während des Klinikaufenthalts erheblich, dann wird der Hilfeplan entsprechend angepasst.

Knapp 4.000 Erstgespräche. „Früher habe ich im Aufnahme-Management gearbeitet und die Patienten in Empfang genommen. Heute begleite ich sie hinaus“, sagt Case Managerin Martina Roland und lacht. Sie und ihre Kolleginnen haben alle Hände voll zu tun: Allein im Jahr 2015 hat das Marienhospital, das 358 Betten vorhält, insgesamt rund 16.000 Patientinnen und Patienten stationär behandelt. Mit beinahe jedem Vierten von ihnen haben die Damen vom Entlassmanagement mindestens ein Erstgespräch geführt, um abzuklären, ob weitere Unterstützung erwünscht und notwendig ist.

Das Unterstützungsangebot beschränkt sich keineswegs nur auf betagte Patientinnen und Patienten. „Im Rahmen des Entlassmanagements kümmern wir uns um Frühgeborene und

Ungewisse

Wer selbst im Krankenhaus liegt oder einen Angehörigen dort besucht, stellt sich oft die bange Frage: Wie soll es nach der Entlassung aus der Klinik bloß weitergehen? Das Marienhospital in Bottrop sucht darauf für jeden Patienten die passende Antwort. Eine Reportage von **Silke Heller-Jung** (Text) und **Jürgen Schulzki** (Fotos)



Expertenrunde im Pflegeberatungsbüro: Die Case Managerinnen Dorothea Nagel-Liebert (li.) und Martina Roland (re.), Sozialpädagogin Karin Ratajczyk und Geriatriefachmann Frank Krüger gehen die aktuellen Fälle durch.



Senioren, Brustkrebspatientinnen und Orthopädiefälle – kurz gesagt, um alle Patienten mit poststationärem Versorgungsbedarf, ob zu Hause oder im Pflegeheim“, erläutert Pflegedienstleiterin Beate Schönhaus. Und so kommt es, dass Karin Ratajczyk und ihre Kolleginnen sowohl den wenige Monate alten Simon* als auch die Mittvierzigerin Anke Meier* und die über achtzig Jahre alte Hildegard Neumann*, die ja auf den ersten Blick nicht viel gemeinsam haben, unter ihre Fittiche nehmen.

Nachsorge für den Nachwuchs. Wenn zum Beispiel Frühgeborene wie der kleine Simon oder Kinder mit einer chronischen Erkrankung oder einer Behinderung nach Hause entlassen werden, sind ihre Familien mit der Situation oft erst einmal überfordert. „Ich kann den Eltern dann zum Beispiel anbieten, bei der Krankenkasse eine sozialmedizinische Nachsorge zu beantragen“, erklärt Dorothea Nagel-Liebert, die als Case Managerin im Marienhospital betroffenen Familien zur Seite steht. „Dann können sie nach der Entlassung über einen Zeitraum von drei Monaten hinweg insgesamt zwanzig Stunden Unterstützung in Anspruch nehmen.“ Das Marienhospital kooperiert dabei mit der Caritas in Gladbeck. Im Rahmen der sozialmedizinischen Nachsorge besucht ein ausgebildeter Case Manager die Familien zu Hause und gibt ihnen je nach Bedarf organisatorische, praktische und psychosoziale Hilfestellung.

Breast Nurse als Freundin. Bei manchen Patientinnen, etwa bei Anke Meier, beginnt das Entlassmanagement sogar schon vor dem Krankenhausaufenthalt. Wegen Verdachts auf Brustkrebs ist bei der Mittvierzigerin im Brustzentrum des Marienhospitals eine Gewebeprobe entnommen worden. Nun sind die Ergebnisse da, und der Verdacht hat sich leider bestätigt. Schon bei der Befundbesprechung, bei der der behandelnde Arzt Anke Meier das Ergebnis mitteilt, ist Breast Nurse Isabella Krasowski mit dabei. „Wenn der Arzt dann rausgegangen ist, fangen die Frauen oft erst mal zu weinen an“, sagt die Pflegeexpertin für



Ob ein Patient nach dem Klinikaufenthalt Unterstützung braucht, loten Dorothea Nagel-Liebert und ihre Kolleginnen in einem ausführlichen Gespräch am Krankenbett aus.

Brusterkrankungen. „Und dann stellen sie mir Fragen, die sie einem Arzt oft so nicht stellen würden. Zum Beispiel: ‚Wo kriege ich während der Chemotherapie eine Perücke her?‘ Wenn sie dann nach Hause gehen, nehmen sie meine Telefonnummer mit. Ich bin für sie da, fast wie eine Freundin.“

Als eines der ersten Krankenhäuser in Deutschland bietet das Marienhospital schon seit 2007 die Betreuung durch eine hauptamtliche Breast Nurse an. Auf Wunsch begleitet Isabella Krasowski Patientinnen mit Brustkrebs von der Diagnosestellung an durch die ganze Behandlungsphase hindurch und organisiert, wenn nötig, auch die Anschlussheilbehandlung. Außerdem vermittelt sie Unterstützungsangebote wie Selbsthilfegruppen oder Psychoonkologen und bleibt auch nach der Entlassung Ansprechpartnerin für die Patientinnen: „Viele Frauen brauchen

„Ich begleite die Brustkrebspatientinnen von dem Moment an, wo sie die Diagnose erhalten. Während der Untersuchungen, vor und nach der Operation und auch nach der Reha bin ich für sie da, auch zwei oder drei Jahre nach der OP.“

Isabella Krasowski kümmert sich als Breast Nurse um Brustkrebspatientinnen und ist Teil des Entlassmanagement-Teams am Marienhospital Bottrop.



auch und gerade, wenn sie wieder in ihren Alltag zurückkehren, eine feste Vertrauensperson“, so Isabella Krasowskis Erfahrung. Für Patientinnen und Patienten mit einem künstlichen Darmausgang gibt es ebenfalls eigene Ansprechpartnerinnen, die ihnen über den Entlassungstag hinaus helfen.

Enge Kontakte zu Heimen. Innerhalb wie außerhalb des Klinikums sind Sozialdienst und Case Managerinnen gut vernetzt. „Wir haben zum Beispiel enge Kontakte zu den Pflegeheimen, damit wir die Häuser auch kennen, in die wir die Menschen gegebenenfalls vermitteln“, erklärt Karin Ratajczyk. Auch mit dem Amtsgericht arbeite man gut und intensiv zusammen. „Wenn Patienten nicht mehr selbst entscheiden können, prüfen wir, ob Angehörige die erforderlichen Vollmachten haben oder ob eventuell ein Betreuer eingesetzt werden muss“, erläutert Martina Roland.

Hildegard Neumann, die nach einem Sturz mit einem Oberschenkelhalsbruch ins Marienhospital gekommen ist, hat bislang noch in ihrer eigenen Wohnung gelebt und möchte am liebsten auch wieder dorthin zurück. „Es ist grundsätzlich auch unser Ziel, dass die Patienten möglichst wieder in ihr eigenes Zuhause zurückkehren können“, erklärt Karin Ratajczyk. Manchmal sei das allerdings eine Gratwanderung, wirft Pflegeleiterin Beate Schönhaus ein. Mal seien sich die Angehörigen untereinander nicht einig, mal wolle der Patient etwas ganz anderes als seine Familie. „Wir dürfen da in keine Richtung Position beziehen“, betont Case Managerin Martina Roland. Ihre Aufgabe bestehe darin, über die unterschiedlichen Möglichkeiten neutral zu informieren, Wege aufzuzeigen und die Patienten dabei zu unterstützen, ihre Wünsche oder Entscheidungen umzusetzen.

Ziele mit Patienten festgelegt. Dabei können die Expertinnen vom Entlassmanagement des Marienhospitals auch auf Angebote im eigenen Hause zurückgreifen. In einer Fallkonferenz diskutieren sie beispielsweise mit Frank Krüger, dem pflegerischen Bereichsleiter der klinikeigenen Geriatrie, was dort für Hildegard Neumann getan werden kann. Anstatt von der Unfallchirurgie in eine Rehaklinik zu wechseln, könnte sie im Alterstraumazentrum des MHB im Rahmen einer geriatrischen Komplexbehandlung weiterbetreut werden. Bei einer solchen „internen Reha“, die zwischen einer und drei Wochen dauert, arbeiten Ärzte, Pflegekräfte, Ergo- und Physiotherapeuten Hand in Hand, damit die Patienten möglichst rasch wieder so fit sind, dass sie nach Hause zurückkehren können. „Die Ziele, die wir

erreichen wollen, legen wir zusammen mit den Patienten fest“, erklärt Frank Krüger, der auch Demenzexperte ist. „Für den einen ist es vielleicht vor allem wichtig, dass er wieder Treppen steigen kann.“ Andere müssen das selbstständige Waschen und Anziehen, Schlucken und Essen wieder lernen, eine depressive Verstimmung überwinden oder brauchen ein Kognitionstraining. „Wir machen am Anfang und am Ende verschiedene Tests“, so Krüger weiter. „Unser Ziel ist, dass uns die Patienten mit einer möglichst hohen Punktzahl wieder verlassen.“

Pflegekurs am Bett. Und wenn ein Patient nicht mehr nach Hause zurück kann und seine Familie ihn pflegen will? „Wenn eine Pflegestufe vorliegt oder beantragt ist und die Angehörigen es möchten, bieten wir ihnen noch während des Klinikaufenthalts ein individuelles Pflegetraining am Krankenbett ihres Angehörigen an“, erklärt Dorothea Nagel-Liebert, die ausgebildete Pflegetrainerin ist. „Bis zu sechs Wochen nach der Entlassung sind bei Bedarf auch noch ergänzende Besuche zu Hause möglich.“

Grundlage dieses Angebots ist das Bielefelder Modell, eine Initiative der Universität Bielefeld und der AOK NordWest. Im Rahmen dieser Kooperation werden am Marienhospital Bottrop verschiedene Schulungen angeboten, in denen pflegende Angehörige unter anderem Pflegetechniken und Hilfsmittel kennenlernen, Informationen rund um die Pflege erhalten und sich mit anderen pflegenden Angehörigen austauschen können.

Wer sich auf seine Entlassung aus dem Marienhospital in Bottrop vorbereitet, kann sich daher sicher sein: Sie oder er tritt keine Reise ins Ungewisse an. ■

Dr. Silke Heller-Jung hat in Köln ein Redaktionsbüro für Gesundheitsthemen.
Kontakt: redaktion@heller-jung.de

**Namen von der Redaktion geändert*



Zur Person

Frank Plate, geboren 1961 in Hattingen/Ruhr, ist seit März 2015 Präsident des Bundesversicherungsamtes, das rund 200 Milliarden Euro im Jahr aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen verteilt. Er studierte Rechtswissenschaften in Trier. Von 1990 bis 1999 arbeitete Plate als Referent für Sozialversicherung/Rentenversicherung im Bundesarbeitsministerium. Von 1998 bis 2000 leitete er das Büro des Bundeswahlbeauftragten für die Sozialversicherungswahlen. Von 1999 bis 2010 war er in verschiedenen leitenden Positionen im Bundesversicherungsamt tätig, anschließend bis 2015 Leiter der Unterabteilung Personal, Haushalt im Bundesfamilienministerium. Frank Plate ist verheiratet und hat zwei Kinder.

„Der Morbi-RSA hat sich bewährt“

Die Kritik am morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) nimmt an Lautstärke zu. Doch im G+G-Interview warnt der Präsident des Bundesversicherungsamtes, **Frank Plate**, vor übereilten Änderungen: Der Ausgleich Sorge dafür, dass die Mittel aus dem Gesundheitsfonds zielgenau an die Krankenkassen verteilt würden.

Herr Plate, ich möchte mit einer Grundsatzfrage beginnen: Warum braucht die gesetzliche Krankenversicherung überhaupt einen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, also den Morbi-RSA?

Plate: Die Ausrichtung unseres Gesundheitssystems nicht nur auf den Wettbewerb, sondern auf die Solidarversicherung braucht einen solchen Ausgleich. Denn die Versicherungspflicht, kombiniert mit der freien Wahl der Krankenkasse, führt zu gewissen Verwerfungen zwischen den Kassen. Deshalb ist ein solidarischer Ausgleich erforderlich.

Erfüllt der Morbi-RSA denn seinen Zweck?

Plate: Ja, der Morbi-RSA hat sich in den sieben Jahren seines Bestehens bewährt. Er erfüllt seinen Zweck und ist nach der heutigen Datenlage auch zielgenauer als das vorherige Verfahren.

Das heißt, die Gelder kommen dort an, wo sie zur Gesundheitsversorgung der Versicherten benötigt werden?

Plate: Der Morbi-RSA erfüllt die Funktionen, die ihm zugewiesen sind. Er verteilt die Beitragsgelder und Steuerzuschüsse aus dem Gesundheitsfonds nach festgelegten Kriterien an die Krankenkassen. Ob die Gelder auch dort ankommen, wo sie zur Versorgung tatsächlich benötigt werden, liegt in der Verantwortung jeder einzelnen Krankenkasse.

Im März haben Sie Forderungen nach Änderungen im Morbi-RSA zurückgewiesen. Warum?

Plate: Das ist so nicht ganz richtig. Der Morbi-RSA ist ein lernendes System und wird kontinuierlich weiterentwickelt. Ich habe lediglich raschen und übereilten Änderungen eine Absage erteilt. Denn man wird sich die einzelnen Vorschläge für Veränderungen genau anschauen und auch einer wissenschaftlichen Bewertung unterziehen müssen. Das kann man nicht voreilig tun.

Wo sehen Sie Verbesserungspotenzial?

Plate: Das BVA, also das Bundesversicherungsamt, berechnet ja nicht nur den Morbi-RSA und führt ihn durch, sondern begleitet ihn auch über seinen Wissenschaftlichen Beirat. Der hat in seiner Evaluation die Bereiche Krankengeld und Auslandsversicherte aufgeführt. Nach entsprechenden Aufträgen sind Ende Dezember ein Gutachten zu den Auslandsversicherten und Ende Mai ein Gutachten zum Krankengeld vorgelegt worden. In beiden Fällen muss geprüft werden, ob Folgegutachten notwendig sind. Denn die jetzige Datenbasis reicht möglicherweise nicht aus, um Klarheit darüber zu erhalten, was geändert werden sollte.

Der Wissenschaftliche Beirat des BVA hat im Jahr 2011 eine Gesamtevaluation des Morbi-RSA vorgelegt. Halten Sie eine erneute Gesamtevaluation für notwendig?



„Den Morbi-RSA durch die
Brille einzelner Kassenarten
zu betrachten, ist falsch.“

Plate: Das ist eine politische Frage. Wenn die Politik der Meinung ist, das System insgesamt müsse in allen Bereichen einer Evaluation unterzogen werden, dann wird sie das vermutlich zu Beginn der nächsten Legislaturperiode entscheiden. Wir haben jetzt die Aufgabe, in den beiden genannten Bereichen zu prüfen, ob es dort Änderungen geben sollte.

Wie sieht hier der weitere Zeitrahmen aus?

Plate: Sollten weitere Daten benötigt werden, müsste zuerst die RSA-Verordnung angepasst werden. Auf der Basis können dann Folgegutachten erteilt werden. Ich gehe davon aus, dass frühestens Ende 2017 weitere empirische Ergebnisse aus Folgegutachten vorliegen werden.

Kritiker werfen dem Morbi-RSA vor, präventionsfeindlich zu sein, die unterschiedlichen Kostenstrukturen in den verschiedenen Regionen zu wenig zu berücksichtigen, auf einer mangelhaften Krankheitsauswahl zu beruhen und unterm Strich einzelne Kassenarten zu benachteiligen. Was antworten Sie?

Plate: Den Morbi-RSA durch die Brille einzelner Kassenarten zu betrachten, ist grundsätzlich falsch. Denn der Morbi-RSA führt keinen Ausgleich zwischen Kassenarten durch, sondern einen Ausgleich zwischen den einzelnen Krankenkassen. Jede Kasse ist unabhängig von der Kassenart unterschiedlich betroffen. Wir schauen uns aber solche Kritik genau an, auch unter wissenschaftlichen Aspekten. Denn ein Teil der vorgebrachten Kritik ist empirisch nicht belegt. Oder vorgelegte Gutachten werden wissenschaftlich unterschiedlich bewertet.

Haben Sie Beispiele für empirisch nicht belegte Kritik?

Plate: Es gab kürzlich ein Gutachten des IGES-Instituts zum Thema Prävalenz, also der Krankheitshäufigkeit, das sich in der Empirik auf eine nicht repräsentative Datenbasis stützte. Zudem war die Analysemethodik des Gutachtens zur Beurteilung der aktuellen Krankheitsauswahl im RSA ungeeignet. Oder auch die Aussage, dass morbiditätsstarke Krankenkassen systematisch zu viel Geld zugewiesen bekommen. Das ist empirisch gar nicht belegt. Hier handelt es sich um politische Behauptungen, die teils mit eigenen Zahlen untermauert werden, um letztlich das eigene Interesse zu stärken. Jede Kasse versucht, eine möglichst gute Position zu erzielen und Forderungen durch die eigene Struktur zu begründen. Wir verfügen aber über sämtliche Daten und können daher solche Aussagen häufig empirisch nicht nachvollziehen. Es hilft nur eine genaue wissenschaftliche Betrachtung der Konsequenzen möglicher Änderungen. Am Ende entscheidet die Politik, was sie erreichen will.

Immer wieder wird auch Kritik an den Aufsichtsbehörden laut, weil nur ein Teil der Krankenkassen der Aufsicht des BVA unterliegt, die anderen den Länderaufsichten unterstehen. Wie koordinieren sich BVA und Länder in den Aufsichtsfragen?

Plate: Das Bundesversicherungsamt befindet sich in einer besonderen Situation. Was die Durchführung des Morbi-RSA und die Verwaltung des Gesundheitsfonds betrifft, sind wir für die gesamte gesetzliche Krankenversicherung, also für alle Krankenkassen zuständig. Im Bereich Aufsicht sind wir nur für die bundesunmittelbaren Kassen zuständig, die Landesaufsichten für die sogenannten landesunmittelbaren Kassen. Wir nehmen die Trennung dieser beiden Aufgaben sehr ernst. Aus der Perspektive Morbi-RSA ist es sehr wichtig, dass die Krankenkassen die Datenerhebung nicht beeinflussen. Bei diesem Thema haben wir mit den Landesaufsichten eine sehr weitgehende Übereinstimmung. Allerdings obliegt es den Landesaufsichten, dann auch dies durchzusetzen. Wir versuchen also, alle einheitlich vorzugehen. Aber jede Aufsicht ist eigenständig und unterliegt nicht der Kontrolle der anderen Aufsichten. Insofern kann es manchmal zu Verwerfungen kommen, die wir sehr kritisch sehen. Denn zum einen droht eine Benachteiligung anderer



Kassen. Zum anderen sehen wir die möglichen Auswirkungen auf die Datenbasis des Morbi-RSA. Denn dann drängt sich die Frage nach der Manipulationsanfälligkeit in den Vordergrund. Man sollte sich nicht der Gefahr aussetzen, auf diese Weise das System als solches in Frage zu stellen. Davor kann ich nur warnen, weil dies negative Konsequenzen auf die politische Diskussion haben könnte.

Nicht nur der RSA, sondern auch der Gesundheitsfonds galt bei seiner Einführung Kritikern als bürokratisches Monster. Wie viele Mitarbeiter brauchen Sie, um den Fonds zu bändigen und über die Einhaltung der Spielregeln zu wachen?

Plate: Den Zahlungsverkehr, auch für den neuen Innovations- und den neuen Strukturfonds, wickeln wir mit 14 Beschäftigten ab, die verschiedenen Verwaltungsverfahren zur Sicherstellung der Einnahmen des Gesundheitsfonds mit elf Beschäftigten. Die meisten Beschäftigten waren auch schon für das vorherige Ausgleichsverfahren notwendig. Ein bürokratisches Monster ist also daraus nicht geworden.

Wo steht Deutschland im internationalen Vergleich, wenn Sie an Kassen-Wettbewerb, Morbi-RSA und Gesundheitsfonds denken?

Plate: Auch in anderen Staaten, die Pflichtversicherungssysteme und unterschiedliche Strukturen in der Versicherungslandschaft haben, gibt es entsprechende Ausgleiche der Risikostrukturen. Wir sind mit unserem System sehr gut aufgestellt. Der Morbi-RSA hat im Vergleich mit anderen Ländern eine sehr hohe Zielgenauigkeit, sodass in Deutschland alle Krankenkassen im Wettbewerb annähernd gleiche Chancen haben.

Die Niedrigzins-Phase führt dazu, dass die Sozialversicherungsträger für ihre milliarden schweren Geldanlagen Negativzinsen zahlen müssen. Ist hier Abhilfe in Sicht, etwa durch eine Änderung der Anlageregeln?

Plate: Die Probleme und Entwicklungen liegen außerhalb des Einflussbereichs der Sozialversicherungen und sind letztlich auf die Zinspolitik der Europäischen Zentralbank zurückzuführen. Die Geldpolitik der Sozialversicherungen insgesamt und damit

auch der Krankenkassen und des Gesundheitsfonds dient ausschließlich dazu, die eigenen Aufgaben zu erfüllen. Es geht also nicht darum, über die Geldpolitik Gewinne zu maximieren, sondern die Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Deshalb müssen die Geldmittel relativ kurzfristig verfügbar sein, was nur in kurz- und mittelfristigen Anlageformen möglich ist. Das führt in der jetzigen Niedrigzinsphase dazu, dass wir in einigen Bereichen einen Negativzins zahlen müssen. Das trifft einzelne Krankenkassen genauso wie den Gesundheitsfonds.

In welcher Größenordnung?

Plate: Beim Gesundheitsfonds beliefen sich die Negativzinsen in den ersten drei Monaten dieses Jahres auf gut eine Million Euro. Das ist, gemessen an den Rücklagen des Fonds von derzeit etwa zehn Milliarden Euro, noch immer eine geringe Summe. Beim Fonds selbst sind aufgrund der Einzahlungs- und Auszahlungssystematik die Gelder nur sehr kurzfristig anzulegen.

Das BVA führt nicht nur die Aufsicht über einen Teil der Kranken- und Pflegekassen, sondern auch über die gesetzliche Renten- und Unfallversicherung. Nach ihrem Eindruck: Erlebt die Sozialversicherung insgesamt in Zeiten von historisch niedrigen Zinsen und verstärktem Wettbewerbsdruck durch die Globalisierung eine Renaissance?

Plate: Für jemanden wie mich, der seit Jahrzehnten in den Sozialversicherungen tätig ist, erst in der Rentenversicherung, nun auch in der Krankenversicherung, ist die Funktionsfähigkeit der Sozialversicherung immer ein Thema, allerdings unter wechselnden Blickwinkeln, etwa der Frage der aktuellen Finanzen und Ressourcen oder auch langfristig der Demografie. Am lebhaftesten war die Entwicklung im letzten Jahrzehnt in der Krankenversicherung. Daher sehe ich weniger eine Renaissance. Vielmehr zeigt sich immer wieder, dass wir ein bewährtes Sozialversicherungssystem haben, das sich nach wie vor weltweit sehen und an anderen Systemen messen lassen kann und das trotz der demografischen Entwicklung eine relativ hohe Stabilität hat. ■

Die Fragen stellte Bernhard Hoffmann,
Chefredakteur Aktuelles und Internet im KomPart-Verlag.

SACHVERSTÄNDIGENRAT

Neue Perspektiven fürs Krankengeld



Die Krankengeldausgaben steigen seit Jahren an. Doch ein Gutachten des Sachverständigenrats für Gesundheit macht deutlich: Hinter dem jüngsten Kostenschub bei einer der ältesten Kassenleistungen stecken vor allem positive Trends. Ein Überblick von [Thomas Topf, Jens Weßling und Anja Hohmann](#)

Vor mehr als 130 Jahren trat das „Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter“ in Kraft. Zu den zentralen Leistungen gehörte das Krankengeld: Die Krankenversicherung zahlte Arbeitern damals ab dem dritten Tag einer Krankschreibung bis zu 13 Wochen lang 50 Prozent ihres Lohnes. Diese Entgeltersatzleistung hat die Zeiten überdauert. Mit einem Krankengeld in Höhe von aktuell im allgemeinen 70 Prozent des Bruttoeinkommens, jedoch höchstens 90 Prozent des Nettoeinkommens unterstützt die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) heute Arbeitnehmer bei Arbeitsunfähigkeit, Krankenhausbehandlung oder bestimmten stationären medizinischen Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen (siehe Kasten „Gesetzliche Grundlagen“ auf dieser Seite). Der Anspruch besteht – in der Regel nach einer sechswöchigen Lohnfortzahlung des Arbeitgebers – für längstens 78 Wochen innerhalb von drei Jahren.

Analyse mit breiter Datenbasis. Vor dem Hintergrund der seit 2006 stark angestiegenen Ausgaben der GKV für Krankengeld beauftragte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen Ende 2014 mit der Erarbeitung eines Sondergutachtens. Ende 2015 legten die Sachverständigen das Gutachten vor (Download: www.svr-gesundheit.de). Darin analysieren sie die Entwicklung der Krankengeldausgaben und zeigen Handlungsoptionen auf, die sowohl die Genesung der erkrankten Menschen fördern als auch einer unsachgemäßen Inanspruchnahme des Krankengeldes entgegenwirken sollen. Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse des Gutachtens vorgestellt.

Für die Analyse der Ausgabenentwicklung beim Krankengeld greift das Sondergutachten unter anderem auf die amtlichen Statistiken des Bundesministeriums für Gesundheit, Auswer-

tungen des Bundesversicherungsamtes, eine Datenerhebung durch den Sachverständigenrat bei acht ausgewählten Krankenkassen mit rund 14 Millionen Mitgliedern sowie Daten des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiO) zurück. Weiterhin befragte der Rat 124 Krankenkassen zur Struktur und Praxis ihres Krankengeldfallmanagements. Es antworteten 91 Kassen, die insgesamt 98 Prozent aller krankengeldberechtigten

Gesetzliche Grundlagen

Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten Krankengeld als Entgeltersatz, damit sie im Krankheitsfall ihren Lebensunterhalt bestreiten können. Der Anspruch auf Krankengeld besteht ab dem Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und bei einer stationären Behandlung beziehungsweise einer medizinischen Reha. Bei Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit währt ein Krankengeldanspruch längstens 78 Wochen innerhalb von je drei Jahren. In der Regel sind die Arbeitgeber jedoch tarifvertraglich dazu verpflichtet, in den ersten sechs Wochen der Erkrankung Entgeltfortzahlung zu leisten. **Die Höhe des Krankengeldes ist einheitlich für alle Krankenkassen festgelegt: Arbeitnehmer erhalten 70 Prozent des regelmäßigen Bruttoarbeitsentgelts, höchstens aber 90 Prozent des bisherigen Nettoarbeitsentgelts.** Bei der Berechnung des Krankengeldes werden beitragspflichtige Einmalzahlungen, etwa das Weihnachtsgeld, berücksichtigt. Arbeitslosengeld-Empfänger erhalten Krankengeld in Höhe der zuletzt bezogenen Leistungen. Freiwillig versicherte Selbstständige können wählen, ob sie vom gesetzlichen Krankengeldanspruch ab der siebten Kalenderwoche Gebrauch machen. Verzichten sie auf diesen Anspruch, gilt für sie der ermäßigte Beitragssatz. Um ihr Krankheitsrisiko abzusichern, können sie auch einen entsprechenden Wahltarif ihrer gesetzlichen Kasse oder eine Zusatzversicherung abschließen.

Quelle: www.aok-bv.de/Lexikon/G+G-Redaktion

GKV-Mitglieder repräsentieren. Die direkte Befragung hatte zum Ziel, Informationen zur täglichen Praxis des Krankengeldfallmanagements gerade von den Akteuren zu erhalten, die es durchführen. Die im Nachgang aufgestellte Forderung, die Selbstverwaltungsorgane in die Befragung einzubeziehen, geht an der Zielsetzung der Befragung vorbei.

Die Ausgaben für Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit erreichten nach einem jährlichen durchschnittlichen Wachstum von acht Prozent seit 2006 einen absoluten nominalen Höchststand mit 10,4 Milliarden Euro im Jahr 2014. Bei Betrachtung der Krankengeldausgaben seit 1995 wird deutlich, dass diese insgesamt einen u-förmigen Verlauf aufweisen. Der Tiefststand war 2006 erreicht (siehe Abbildung „Auf und Ab bei den Krankengeldausgaben“ auf Seite 37). Der Rückgang bei den Krankengeldausgaben von 1995 bis 2006 ist dabei unter anderem auf gesetzliche Regelungen zur Kostendämpfung zurückzuführen. Der Anteil der Krankengeldausgaben an den Gesamtleistungsausgaben der GKV zeigt ebenfalls einen u-förmigen Verlauf mit dem Tiefststand in 2006. Trotz des Anstieges seit 2006 war der Anteil der Krankengeldausgaben an den Gesamtleistungsausgaben im Jahr 2014 mit 5,5 Prozent immer noch 2,5 Prozentpunkte niedriger als 1995.

Höheres Lohnniveau lässt Krankengeldausgaben steigen. Der Anstieg der Krankengeldausgaben lässt sich unter anderem auf eine Zunahme der Zahl der krankengeldberechtigten GKV-Mitglieder und höhere durchschnittliche Zahlbeträge pro Tag zurückführen (siehe Abbildung „Gründe für den Ausgabenanstieg“ auf dieser Seite). Seit 2006 stieg die Zahl der krankengeldberechtigten GKV-Mitglieder um 2,7 Millionen auf 29,3 Millionen im Jahr 2014. Im gleichen Zeitraum stiegen auch die durch-

schnittlichen Zahlbeträge pro Tag von 53 Euro auf 58 Euro. Das ist hauptsächlich auf ein gestiegenes durchschnittliches Lohnniveau zurückzuführen. Weitere Gründe für das Wachstum der Krankengeldausgaben sind die Zunahme der Fälle pro Anspruchsberechtigten von 0,05 auf 0,06 (zwei Prozent pro Jahr), sowie die Steigerung der Falldauer um 23 Tage seit 2006 auf 99 Tage in 2014 (3,3 Prozent pro Jahr).

Die Krankenkassen können zwar Fallzahlen und Falldauern beispielsweise im Rahmen eines Krankengeldfallmanagements prinzipiell beeinflussen. Auf die Zahl der Anspruchsberechtigten und die Höhe der durchschnittlichen Zahlbeträge haben sie dagegen keinen Einfluss. Diese Faktoren hängen nicht vom Gesundheitsstatus oder der Gesundheitsversorgung der Versicherten ab und sind für die Krankenkassen nicht direkt steuerbar. Sie werden daher als exogen charakterisiert.

Mitgliederstruktur verändert sich. Zu den exogenen Faktoren gehört zudem die sich verändernde Mitgliederstruktur der GKV. Insbesondere stieg die Zahl der weiblichen und die der älteren Krankengeldberechtigten. Diese Veränderungen beeinflussen ihrerseits die beschriebenen Wachstumskomponenten. So dauert beispielsweise der Krankengeldbezug bei Frauen im Durchschnitt 6,3 Tage länger als bei Männern. Ältere Krankengeldberechtigte haben aufgrund des allgemeinen Lohngefüges höhere durchschnittliche Einkommen und somit gegebenenfalls Anspruch auf höhere Zahlbeträge. Die Sachverständigen haben mittels einer Alters- und Geschlechtsstandardisierung berechnet, dass sich 1,9 Prozentpunkte des jährlichen durchschnittlichen Wachstums der Krankengeldausgaben allein auf die beschriebene Veränderung der Mitgliederstruktur zurückführen lassen. Somit kann in Summe rund die Hälfte (4,3 Prozentpunkte) des jährlichen durchschnittlichen Wachstums der Krankengeldausgaben von 2006 bis 2014 durch die drei exogenen Faktoren Anzahl der Anspruchsberechtigten (1,2 Prozentpunkte), Höhe der Zahlbeträge (1,2 Prozentpunkte) und Veränderung der Mitgliederstruktur (1,9 Prozentpunkte) erklärt werden.

Psyche und Rücken machen lange krank. Für das Gutachten analysierten die Sachverständigen die Krankheiten, die zum Krankengeldbezug geführt haben. Danach sind Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems sowie psychische Störungen und Verhaltensstörungen wesentliche Faktoren für die Zunahme und die Höhe der Krankengeldausgaben. Diese Diagnosen waren im Jahr 2014 sowohl die häufigsten Ursachen für Krankengeldbezug als auch für die meisten Langzeitarbeitsunfähigkeitstage (Arbeitsunfähigkeit über mehr als 42 Tage) verantwortlich. Überdies gab ein großer Teil der Krankenkassen in der Befragung an, Mitglieder mit Erkrankungen aus diesen beiden Bereichen besonders häufig im Rahmen des Krankengeldfallmanagements zu kontaktieren. Bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen sieht der Sachverständigenrat vor allem Handlungsbedarf bei Erkrankungen des Rückens. Durch Früherkennung von Risikofaktoren, die eine Chronifizierung der Rückenschmerzen begünstigen, ließen sich möglicherweise lange Krankheitsverläufe und Arbeitsunfähigkeiten vermeiden. Dafür müssten geeignete Screeninginstrumente entwickelt und evalu-

Gründe für den Ausgabenanstieg

Komponenten der durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate des Krankengeldes von 2006 bis 2014



Der Anstieg der Krankengeldausgaben um durchschnittlich rund acht Prozent pro Jahr ist unter anderem auf den höheren Zahlbetrag zurückzuführen. Grund dafür sind die gestiegenen Durchschnittseinkommen der Kassenmitglieder – ein Faktor, auf den die Kassen keinen Einfluss haben. Hingegen können sie auf andere Komponenten wie Falldauer und Fallzahl beispielsweise mit einem Krankengeldfallmanagement einwirken.

Quelle: svr-gesundheit.de

Auf und Ab bei den Krankengeldausgaben

Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Krankengeld von 1995 bis 2014



Die Entwicklung der Krankengeldausgaben nimmt seit 1995 einen u-förmigen Verlauf: Nach einem Tiefststand im Jahr 2006 von unter sechs Milliarden Euro stiegen die Krankengeldausgaben bis 2014 wieder auf 10,4 Milliarden Euro.

Quellen: svr-gesundheit.de

iert werden. Darüber hinaus sieht der Rat in der betrieblichen Gesundheitsförderung eine Möglichkeit, gefährdete Arbeitnehmer gezielt zu erreichen. Für die Konzepte und Programme des betrieblichen Gesundheitsmanagements fordert der Rat die Evaluierung mittels wissenschaftlicher Interventionsstudien, um deren Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit zu überprüfen.

Zugang zur Psychotherapie erleichtern. Nach Muskel-Skelett-Erkrankungen sind psychische Erkrankungen, darunter vor allem die Depressive Episode, die zweithäufigste Ursache für den Krankengeldbezug. Überdies zeigen Daten des Wissenschaftlichen Instituts der AOK, dass seit 2000 die größte Steigerung der Langzeitarbeitsunfähigkeitstage im Bereich der psychischen Erkrankungen zu verzeichnen ist – um 114 Prozent bis zum Jahr 2014. Als ein zentrales Problem in der Versorgung sieht der Sachverständigenrat den durch lange Wartezeiten erschwerten Zugang zu psychotherapeutischer Behandlung. Zur Verkürzung der Wartezeiten sind innovative Zugangskonzepte zur Therapie gefragt, so beispielsweise die von den Kassen zunehmend genutzten gesetzlichen Möglichkeiten, selektive Versorgungsverträge mit entsprechenden Zugangsgarantien abzuschließen. In diesem Zusammenhang könnten nach Ansicht des Rates niederschwellig erreichbare psychotherapeutische Akutprechstunden einen Beitrag leisten. Der Rat empfiehlt darüber hinaus eine populationsorientierte Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Bedarfsplanung, denn im Bereich der Psychotherapie gebe es aktuell Regionen mit nominaler Überversorgung bei möglicherweise realer Unterversorgung. Hier gelte es daher, die tatsächlich erbrachten Therapiestunden mit dem geplanten Kontingent abzugleichen, um einer verdeckten Unterversorgung aufgrund nur teilweise ausgeschöpfter Kassensitze entgegenzuwirken.

Schrittweise zurück zur Arbeit. Untersuchungen zeigen, dass insbesondere Menschen mit psychischen Erkrankungen von einer frühzeitigen Rückkehr in das Arbeitsumfeld profitieren können. Die stufenweise Wiedereingliederung („Hamburger Modell“) ermöglicht arbeitsunfähigen Menschen ab der 7. Woche der Krankschreibung, schrittweise in die volle Arbeitsbelastung einzusteigen. Sie richten sich nach einem ärztlich überwachten und individuell abgestimmten Wiedereingliederungsplan, der die Abfolge und Dauer der einzelnen Stufen festlegt, um einer möglichen Überforderung vorzubeugen. Arbeitnehmer, Arbeitgeber, betreuende Ärzte, Medizinischer Dienst, Krankenkassen oder weitere Sozialversicherungsträger können eine stufenweise Wiedereingliederung anregen. Voraussetzung ist, dass der Arzt die teilweise Rückkehr an den bisherigen Arbeitsplatz befürwortet und längerfristig eine gute Aussicht auf Wiedereingliederung besteht. Darüber hinaus sollten der Arbeitgeber, der Arbeitnehmer und die Krankenkasse vor Beginn der Eingliederung einverstanden sein. Sie können diese jederzeit beenden. Für den Zeitraum der Wiedereingliederung gilt der erkrankte Arbeitnehmer jedoch als zu 100 Prozent arbeitsunfähig und bezieht in der Regel weiterhin Krankengeld oder – im Rahmen der medizinischen Rehabilitation – Übergangsgeld der Rentenversicherung.

Teilkrankschreibung erleichtert Wiedereinstieg. Untersuchungen zur stufenweisen Wiedereingliederung zeigen, dass eine frühzeitige Arbeitsaufnahme die Chancen auf eine erfolgreiche Reintegration erhöht. Bei einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit, die länger als sechs Monate andauert, liegt demnach die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Reintegration bei 50 Prozent und sinkt auf zehn Prozent, sobald die Arbeitsunfähigkeit länger als zwölf Monate andauert.

Trotz der bekannten positiven Effekte einer frühen schrittweisen Heranführung an die volle Arbeitsbelastung gilt für die ersten sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit eine „Alles-oder-Nichts-Regelung“. Das heißt, der Arzt kann nur eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestieren. Zur Flexibilisierung dieser Regelung schlägt der Sachverständigenrat die Einführung einer Teilarbeitsunfähigkeit ab dem ersten Krankheitstag vor. Nach skandinavischem Vorbild soll ausschließlich im Konsens zwischen Arzt und Patient die Möglichkeit geschaffen werden, die Arbeitsunfähigkeit dem Gesundheitszustand entsprechend abzustufen zu können. So könnte eine Einstufung der Arbeitsunfähigkeit auf 25, 50, 75 oder 100 Prozent vorgenommen und bei Veränderung des Gesundheitszustandes flexibel angepasst werden. Die Arbeitszeit würde sich dann entsprechend dieser Einstufung verringern. Im Anschluss an die Entgeltfortzahlungsfrist, während derer der Arbeitgeber wie bisher die volle Entgeltfortzahlung leistet, würde sich die Höhe des Krankengelds analog zur prozentualen Reduktion der Arbeitsfähigkeit berechnen. So hätte der Arbeitnehmer beispielsweise bei einer Arbeitsunfähigkeit von 50 Prozent einen 50-prozentigen Krankengeldanspruch und würde zudem, entsprechend seiner geleisteten Arbeitszeit, 50 Prozent seines monatlichen Arbeitseinkommens vom Arbeitgeber erhalten. Die Arbeitnehmer würden so in der Regel von einem höheren verfügbaren Einkommen im Vergleich zum ausschließlichen Krankengeldbezug profitieren, während sich die Ausgaben der Krankenkassen für Krankengeld verringern könnten. Des Weiteren blieben Arbeitnehmer in einem geregelten Arbeitsalltag integriert, was den Verlauf ihrer Krankheit positiv beeinflussen kann. Schwedische Studien geben Hinweise darauf, dass Arbeitnehmer, die aus der Teilkrankschreibung heraus ihre Arbeit wieder aufgenommen haben, seltener erneut krankgeschrieben wurden.

Fristen für den Rentenantrag. Das deutsche Sozialversicherungssystem ist in verschiedene Zweige gegliedert. An den Schnittstellen zwischen den Sozialversicherungsträgern kann es durch Überschneidungen verschiedener Entgeltersatzansprüche zu einer unsachgemäßen Belastung der GKV kommen. Insbesondere an den Übergängen vom Krankengeldbezug zur Erwerbsminderungs- und Altersrente und zum Arbeitslosengeld I könnten aus Sicht der Sachverständigen rechtliche Präzisierungen helfen, einer unsachgemäßen Inanspruchnahme entgegenzusteuern. Ein Beispiel ist der Übergang vom Krankengeldbezug zum Bezug von Erwerbsminderungs- oder Altersrenten. Die Absicherung durch die Rentenversicherung hat bei Vorliegen der Voraussetzungen für den Rentenbezug gesetzlichen Vorrang vor dem Krankengeld. Da jedoch das Krankengeld in der Regel höher ist als eine Rentenzahlung, besteht für Versicherte der finanzielle Anreiz, den Krankengeldbezug auszudehnen, auch wenn die Voraussetzungen für eine Erwerbsminderungs- oder Altersrente erfüllt sind. Die Befragung der Krankenkassen ergab, dass einige Krankengeldbeziehende, die die Voraussetzung einer Rente erfüllen, trotz Aufforderung ihrer Krankenkasse keinen Rentenantrag stellen. Dies hat zur Folge, dass der Rententräger keinen Rentenbescheid erlassen kann und die Krankenkasse weiterhin Krankengeld zahlen muss. Um das künftig zu vermei-

den, wäre es denkbar, dass die Krankenkasse das Recht bekommt, dem Versicherten eine Frist zur Rentenantragstellung zu setzen. Kommt der Versicherte der Aufforderung nicht nach, könnte der Krankengeldanspruch entfallen. Analoge Regeln gelten bereits beim Stellen eines Reha-Antrages: Kommt ein Versicherter der Aufforderung seiner Krankenkasse, einen Reha-Antrag zu stellen, nicht nach, kann sie ihm das Krankengeld streichen.

Ungleichbehandlung abbauen. Einen weiteren Grund für unsachgemäßen Krankengeldbezug sehen die befragten Krankenkassen in den langen Antragsbearbeitungszeiten der Rentenversicherung. Zu einer Verkürzung von Antragszeiten (zum Beispiel bei Reha-Anträgen) sowie zu einer Klärung von Zuständigkeiten bei strittigen und komplexen Fällen könnte ein Runder Tisch mit Vertretern der Renten- und Krankenversicherung beitragen. Zudem wäre über die Einrichtung eines gemeinsamen medizinischen Dienstes der Renten- und Krankenversicherung nachzudenken. Die dadurch möglichen effizienteren Informationswege und Abläufe zwischen den Sozialversicherungsträgern, den beteiligten Ärzten und den Versicherten könnten unnötigen Verzögerungen bei der Versorgung entgegenwirken.

Beim Übergang von Krankengeld und Arbeitslosengeld I könnten aus Sicht des Rates rechtliche Präzisierungen dazu beitragen, Ungleichbehandlung abzubauen. Befristet Beschäftigte, die vor dem Beschäftigungsende erkranken und deren Arbeitsunfähigkeit über die Dauer des Beschäftigungsverhältnisses hinausgeht, sind derzeit gegenüber ihren befristet beschäftigten Kollegen, die nach Auslaufen des Arbeitsvertrages erkranken, finanziell besser gestellt: Sie können das regelmäßig höhere Krankengeld anstelle von Arbeitslosengeld I (beziehungsweise Krankengeld in gleicher Höhe) auch noch während der Arbeitslosigkeitsperiode beziehen. Es wäre denkbar, das Krankengeld in Fällen, in denen die Arbeitsunfähigkeit über das Ende einer befristeten Beschäftigung hinausgeht, auf die Höhe des Arbeitslosengelds zu beschränken, um diese Ungleichbehandlung abzubauen.

Sozialpolitisch erwünscht. Der Sachverständigenrat kommt in seinem Sondergutachten 2015 zu dem Schluss, dass der Anstieg der Krankengeldausgaben seit 2006 zum großen Teil auf sozialpolitisch erwünschte Entwicklungen zurückzuführen ist. So tragen beispielsweise gestiegene Einkommen und eine größere Zahl erwerbstätiger GKV-Mitglieder zu höheren Krankengeldausgaben bei. Deswegen sieht der Rat keinen Grund, das Krankengeldniveau abzusenken. Dennoch erwägt der Rat Möglichkeiten, die Krankengeldausgaben zu steuern, beispielsweise durch gesetzliche Präzisierungen, bessere Kommunikation zwischen Sozialversicherungsträgern, Verbesserungen der Versorgung besonders krankengeldrelevanter Erkrankungen sowie eine Flexibilisierung der Regelungen zur Krankschreibung. ■

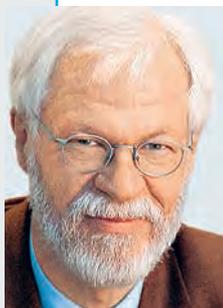
Thomas Topf, Dr. Jens Weßling und Dr. Anja Hohmann sind wissenschaftliche Referenten in der Geschäftsstelle des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.

Zum Krankengeldfallmanagement siehe Beitrag auf Seite 40 und 41

Wie groß ist der Handlungsbedarf?

Betriebliches Gesundheitsmanagement, stufenweise Wiedereingliederung, besserer Zugang zur Psychotherapie: Der Sachverständigenrat für Gesundheit sieht Möglichkeiten, die Krankengeldausgaben zu steuern. Arbeitgeber- und Gewerkschaftsseite beziehen dazu Position.

Aus einer Mücke einen Elefant machen – das ist in der Politik und bei Interessenvertretern oft eine beliebte Methode, um zu irritieren, zu dramatisieren und in die Medien zu kommen. Ein Beispiel dafür ist die Diskussion um das Krankengeld: Es stimmt zwar, dass hier die Kassenausgaben von 2006 bis 2014 um 4,9 Milliarden Euro beziehungsweise 86 Prozent gestiegen sind. Aber diese nackten und isolierten Zahlen müssen analysiert und eingeordnet werden. Anderenfalls drohen Aktionismus, Missbrauch und damit falsche Politik.



„Keine dramatische Entwicklung“

Dr. Volker Hansen, Abteilungsleiter
Soziale Sicherung bei der Bundesvereinigung
der Deutschen Arbeitgeberverbände

Um das Fazit vorwegzunehmen: Es gibt keine dramatische Entwicklung. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen macht das in seinem aktuellen Krankengeldgutachten unmissverständlich klar. Danach sind 50 Prozent des Ausgabenwachstums „sozialpolitisch erwünscht“, also Folge einer gestiegenen Beschäftigung, einer längeren Lebenserwartung und höherer Einkommen. Hinzu kämen weitere Ursachen, wie Veränderungen bei der Morbidität oder Verschiebungen bei den Schnittstellen zu anderen Sozialversicherungszweigen, die aber nicht exakt quantifizierbar seien. Schließlich ist zu beachten, dass von 2006 bis 2014 auch die gesamten Leistungsausgaben der Krankenkassen kräftig um 42,6 Prozent gestiegen sind. Das bedeutet: Der Krankengeldanteil an den Gesamtausgaben hat sich zwar erhöht, aber mit nur um 33 Prozent erheblich schwächer als die absoluten Krankengeldausgaben (86 Prozent).

Der eigentliche Aufreger ist ein anderer. Denn der Sachverständigenrat beruft sich bei seinen Empfehlungen für Anpassungen im Krankengeldrecht vor allem auch auf die Krankenkassen selbst, die unter anderem eine Neuregelung der Mitwirkungspflichten, eine Absenkung des Krankengeldniveaus und Kostenverschiebungen zu Lasten anderer Sozialversicherungszweige vorschlagen. Allerdings sind dort die Selbstverwaltungsgremien erst gar nicht eingeschaltet worden, die – unabhängig von der Sinnhaftigkeit einzelner Reformvorschläge – für Themen von grundsätzlicher Bedeutung zuständig sind. ■

Die Forderung nach einem Teilkrankengeld geht an den eigentlichen Problemen vorbei. Zahlreiche Analysen zeigen, dass mehr Arbeitnehmer krank zur Arbeit gehen, Präsentismus genannt, als dass sie gesund der Arbeit fern bleiben. Dieser Präsentismus ist speziell dort ausgeprägt, wo die Arbeitsbedingungen schlecht sind, wo Zeitdruck und Stress herrschen. Gleichzeitig sind die Fallzahlen arbeitsbedingter somatischer Erkrankungen nach wie vor hoch, der Anteil der psychischen Erkrankungen steigt stetig. Bei der Verbesserung der Arbeitsbedingungen ist also vor allem anzusetzen. Wir



„Wir brauchen eine Anti-Stress-Politik“

Annelie Buntenbach,
Mitglied des Bundesvorstandes des
Deutschen Gewerkschaftsbundes

brauchen eine umfassende Anti-Stress-Politik und mehr Verbindlichkeit. Die Versorgungslage muss dringend verbessert werden. Für die zeitnahe Behandlung psychischer Erkrankungen fehlen die Strukturen.

Der Bericht des Sachverständigenrates mündet in verschiedenen Forderungen. Die nach der Einführung eines Teilkrankengeldes ist dabei nur eine von vielen. Was die Ausgestaltung angeht, bleiben viele Fragen offen: Auch der Sachverständigenrat sagt, dass bereits die bisherigen Krankengeldregelungen zu sozialen Härten führen können. Das können wir als Gewerkschaften nur unterstreichen. Zudem müsste eine Teilarbeitsfähigkeit in Übereinstimmung mit dem Betroffenen festgestellt werden. Aber wie verlässlich sind Selbsteinschätzungen von Arbeitnehmern unter ökonomischen Druck und Hang zum Präsentismus? Wie qualifiziert sind Hausärzte in Fragen der Arbeitswelt, um Teilarbeitsfähigkeiten zu attestieren? Ist der Aufbau von Versorgungsstrukturen und sozialer Absicherung nicht vorrangig vor einer Herabsetzung des oft heute schon nicht ausreichenden Krankengeldes?

Es wäre hilfreich, wenn der Sachverständigenrat nicht nur theoretische Arbeiten und Gesetzesregelungen zu Rate gezogen hätte. Der Deutsche Gewerkschaftsbund hätte gern seine Kompetenz zur Praxis in der Arbeitswelt und in den Sozialversicherungen in das Gutachten eingebracht. Aus Sicht der Gewerkschaften kann der Bericht nur ein kleiner Schritt sein auf dem Weg zu einer breiter angelegten gesellschaftlichen Debatte zur Zukunft unseres Gesundheitssystems. ■

„Wir lassen niemanden im Regen stehen“

Krankengeld-Bezieher bekommen bei der AOK Unterstützung von Kundenberaterinnen wie Anett Hauschild. Sie weist den Weg zu Gesundheitsangeboten und hilft bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz. Von [Ulrich P. Schäfer](#)

Wer in Zwickau, in Glauchau oder in Meerane als AOK-versicherter Arbeitnehmer länger als sechs Wochen wegen einer Krankheit nicht arbeiten kann, der ist in besten Händen, genauer gesagt in den guten Händen von Anett Hauschild. Sie ist in dieser Region im westlichen Sachsen Kundenberaterin Krankengeld, eine von 300 bei der AOK PLUS, und damit für ein Thema zuständig, zu dem Versicherte eine besonders intensive Beratung brauchen.

Der Computer hilft ihr dabei, den Überblick zu behalten. In der Regel am 28. Tag der Arbeitsunfähigkeit, während die Kranken zumeist noch Lohn und Gehalt beziehen, weist das Programm Anett Hauschild darauf hin, dass ein Krankengeldbezug anstehen könnte. Dann ist es an der Zeit, Kontakt zum Versicherten zu suchen, meist in Form einer Einladung zu einem Beratungsgespräch. Das kann, wenn es der Versicherte wünscht oder aufgrund seiner Erkrankung nicht in die Filiale kommen kann, auch telefonisch geschehen. Im ersten Gespräch stellt sich Anett Hauschild als persönliche Ansprechpartnerin vor, berät umfassend über den Leistungsanspruch während der Arbeitsunfähigkeit und gibt einen Überblick über die Unterstützungsangebote der AOK PLUS. Viele ihrer Kunden seien überrascht, erzählt die Beraterin: „Wir haben ja in den letzten Jahren zahlreiche neue Versicherte hinzugewonnen, die das von ihrer alten Kasse gar nicht kennen.“

Beratung in separaten Räumen. Die Reaktionen sind überwiegend positiv, nur selten trifft Anett Hauschild auf Skepsis, muss sie besänftigen oder Ängste nehmen. Diese Skepsis ist

verständlich – wer das Thema Krankengeld nur aus den Medien oder aus einschlägigen Blogs im Internet kennt, der glaubt, die zentrale Aufgabe des Krankengeld-Managements sei es, Kranke zu Gesunden zu erklären und damit Zahlungen zu vermeiden. Anett Hauschild hält mit ihrer Arbeit täglich dagegen. „Schließlich haben die Versicherten einen Rechtsanspruch auf Krankengeld.“ Auch in komplizierteren Fällen findet sie einen Weg: „Es gibt immer eine Lösung. Man muss nur miteinander reden.“ Anett Hauschild hat 1984 ihre Ausbildung bei der DDR-Sozialversicherung begonnen, im selben Gebäude aus den 20er-Jahren, das heute nach einigen Umbauten der AOK PLUS als Filiale dient. Separate, helle Beratungsräume sorgen hier für die notwendige Diskretion.

Kunden geben gute Noten. Die Unterstützung beginnt mit dem – auf Wunsch – gemeinsamen Ausfüllen des Krankengeldantrags, damit das Krankengeld zügig überwiesen werden kann. In einer handlichen Service-Mappe werden Angebote wie Ernährungsberatung, Gesundheitskurse und Onlineprogramme übersichtlich zusammengefasst. Wird ein schneller Facharzttermin gebraucht? Kommt der Besuch einer Selbsthilfegruppe infrage? Kann eine medizinische Rehabilitation den Heilungsprozess beschleunigen? Ist eine stufenweise Wiedereingliederung in den Beruf möglich oder die Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz innerhalb des Betriebes? Steht eine Umschulung an? Um all diese Fragen kümmert sich Anett Hauschild, unterstützt vom sozialen Dienst der AOK PLUS, der zum Beispiel Gespräche mit dem Arbeitgeber führt, wenn der Versicherte das





„Es gibt immer eine Lösung. Man muss nur miteinander reden“, sagt Anett Hauschild (re.), Kundenberaterin Krankengeld bei der AOK PLUS in Zwickau.

wünscht, oder die Leistungen verschiedener Träger – wie Renten-, Arbeitslosen- und Unfallversicherung – koordiniert.

Die meisten Kunden wissen das zu schätzen. Heiko Nitschke aus Meerane zum Beispiel lobt Anett Hauschild als „freundlich und kompetent“. An sie konnte er während seiner Arbeitsunfähigkeit jederzeit Fragen richten, sie sorgte dafür, dass er pünktlich sein Krankengeld erhielt, und half ihm auch, als es um Fahrtkosten zu einem spezialisierten Krankenhaus ging. Ein überzeugter Kunde wie Heiko Nitschke ist keine Ausnahme. 5.300 Krankengeld-Bezieher der AOK wurden Anfang des Jahres wissenschaftlich befragt. Ihre Zufriedenheit lag über dem Durchschnitt aller Versicherten – sie vergaben Schulnoten zwischen 1 und 2. Für Anett Hauschild ist das eine schöne Bestätigung: „Die Versicherten wissen, dass sie bei der AOK nicht bloß eine Nummer sind.“

Arbeitsunfähigkeit lückenlos bescheinigen. Noch immer ist es sehr wichtig, die Arbeitsunfähigkeit lückenlos bescheinigt zu bekommen, um den Anspruch auf Krankengeld und den Versicherungsschutz nicht zu verlieren. Deshalb weist Anett Hauschild bei jeder Gelegenheit darauf hin, und es steht in allen Unterlagen: Damit keine Lücke entsteht, muss der Arzt die neue Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung spätestens am ersten Werktag nach Ablauf der alten Bescheinigung ausstellen. Bis 2015 musste das noch vor Ablauf der alten Bescheinigung geschehen. Diese vom Bundessozialgericht bestätigte alte Regelung erschien den Betroffenen oft wie eine böse Falle des Gesetzgebers.

Von Anfang an, seit 1884, war das Krankengeld eine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen, zunächst vom dritten Tag der Arbeitsunfähigkeit an bis zu höchstens 13 Wochen, in Höhe der Hälfte des ortsüblichen Tagelohns. Heute gilt die gesetzliche Pflicht zur Lohn- und Gehaltsfortzahlung bis maximal sechs

Wochen. Danach setzt das Krankengeld ein. Doch auf Rosen gebettet sind Krankengeld-Bezieher auch heute nicht. Unterm Strich bleiben ihnen rund drei Viertel ihres Nettolohns oder -gehalts, weil vom Krankengeld noch die Arbeitnehmeranteile für Renten-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung abgehen. Wer mit seinem Verdienst über der Beitragsbemessungsgrenze liegt, für den fällt die Differenz noch höher aus, denn Einkommen, auf das keine Beiträge gezahlt werden, wird bei der Krankengeld-Berechnung nicht berücksichtigt. Deutschlandweit bezogen 2015 800.000 AOK-Versicherte Krankengeld, im Durchschnitt 99 Tage lang. 3,3 Milliarden Euro gaben die AOKs dafür aus.

Austausch mit dem Medizinischen Dienst. Zweimal wöchentlich kommt der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) in die Filiale der AOK PLUS – Gelegenheit, um über Fälle zu sprechen, bei denen zum Beispiel nicht klar ist, ob der krankgeschriebene Versicherte überhaupt eine Therapie erhält oder welche Therapie für ihn infrage kommt. Unterlagen des behandelnden Arztes gehen im verschlossenen Umschlag an den MDK. Der MDK-Arzt kann Therapie- und Reha-Angebote empfehlen. Bei Arbeitslosen muss geklärt werden, ob sie dem Arbeitsmarkt wenigstens für leichte Tätigkeiten zur Verfügung stehen. Dass die Meinungen des Behandlers und des MDK auseinanderliegen, kommt nach Erfahrung von Anett Hauschild eher selten vor.

Menschlich wichtig ist die Beratung in den letzten Wochen des Krankengeldbezugs. Er endet spätestens nach 78 Wochen der Arbeitsunfähigkeit, und die Versicherten sind auf Träger wie Arbeitsagentur, Rentenversicherung oder Sozialamt angewiesen. Anett Hauschild bereitet ihre Kunden auf die nächsten Schritte vor. Ihr Fazit: „Wir lassen niemanden im Regen stehen.“ ■

Dr. Ulrich P. Schäfer schreibt regelmäßig für G+G.

Amalgam-Klage abgewiesen

Gift im Mund oder harmlose Zahnfüllung? Bei Amalgam scheiden sich die Geister. Eine Patientin führte ihre gesundheitlichen Beschwerden auf die Quecksilberlegierung zurück und verklagte ihre Zahnärztin auf Schadenersatz und Schmerzensgeld. Doch sie scheiterte vor dem Oberlandesgericht Hamm. **Von Anja Mertens**

Urteil vom 4. März 2016
– 26 U 16/15 –
Oberlandesgericht Hamm

Bei Löchern in den Zähnen griffen Zahnärzte lange Zeit zu Amalgam als haltbares und kostengünstiges Füllmaterial. Heute gibt es viele Praxen, die Amalgam gar nicht mehr oder nur in Ausnahmefällen verarbeiten. Schließlich ist diese Legierung, die zur einen Hälfte aus Quecksilber, zur anderen aus Silber, Zinn und Kupfer besteht, nicht unumstritten. Kritiker weisen auf Gesundheitsgefahren hin. Es gibt aber Zahnarztpraxen, die den Füllstoff weiterhin verwenden.

So auch im Fall einer 1959 geborenen Frau. Schon als Kind hatte sie erste Amalgamfüllungen bekommen. Später setzte ihre Zahnärztin weitere Amalgamplomben ein. Seit Mitte der 1990er Jahre ließ sich die Patientin von ihrer Zahnärztin mehrere Amalgamfüllungen durch Kunststoff ersetzen. Sie wollte den Metallgeschmack im Mund loswerden und hoffte, dass sich ihre gesundheitlichen Probleme lösten. Letztmalig bekam sie 2009 von ihrer Zahnärztin eine Amalgamfüllung. Schließlich wechselte die Patientin zu einem anderen Zahnarzt. Der nahm auf ihren Wunsch hin sämtliche Amalgamplomben heraus und setzte stattdessen Kunststoff ein.

Behandlungsfehler vorgeworfen. Von ihrer früheren Zahnärztin verlangte die Patientin Schadenersatz und Schmerzensgeld in Höhe von 12.000 Euro. Die Zahnärztin habe sie falsch behandelt. Diese hätte die Legierung und weitere Metalle, insbesondere Gold, nicht verwenden dürfen. Außerdem habe sie ihre Amalgamallergie nicht erkannt. Infolge-

dessen hätten nicht nur zwei Zähne gezogen werden müssen. Auch seien viele ihrer gesundheitlichen Beschwerden auf die falsche Behandlung zurückzuführen. Die Patientin klagte vor dem Landgericht, das ihre Klage aber wegen Verjährung der Ansprüche abwies. Die Klägerin habe bereits 2009 die Zahnfüllungen als Ursache ihrer Beschwerden angesehen, aber erst im Jahr 2014 Klage erhoben. Die dreijährige Frist sei 2013 abgelaufen.

**Amalgamfüllungen
schädigen nicht
per se die Gesundheit,
so die Zivilrichter.**

Gegen das erstinstanzliche Urteil legte die Patientin Berufung beim Oberlandesgericht (OLG) ein – ohne Erfolg. Das OLG konnte nach der Beweisaufnahme und der Anhörung eines medizinischen Sachverständigen keinen Fehler bei der Behandlung und auch nicht bei der ärztlichen Aufklärung feststellen.

Amalgam als unbedenklich eingestuft.

Die Zivilrichter führten aus, die Verwendung von Amalgam sei grundsätzlich unbedenklich. Wie das Sachverständigen-gutachten ergeben habe, werde die Oberfläche der hier verwandten Silberamalgame beim Kontakt mit Speichel mit

einem Niederschlag überzogen. Dies verhindere weitere elektrochemische Reaktionen. Die Verwendung von Amalgam sei deshalb nicht zu beanstanden. Zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen hätten bewiesen, dass von Amalgam keine gesundheitlichen Gefahren ausgehen. Der von den Amalgamgegnern postulierte Zusammenhang zwischen unspezifischen Erkrankungen und diesen Füllungen sei nach den Ausführungen des Sachverständigen wissenschaftlich nicht haltbar. Das gelte auch für das von der Patientin herangezogene Kieler Amalgam-Gutachten aus dem Jahr 1997, das wissenschaftlich widerlegt worden sei und sich weder national noch international durchgesetzt habe. Zudem gebe es keine neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse, die gegen die Verwendung von Amalgam sprechen. Dies habe der Sachverständige bestätigt, zugleich allerdings eingeräumt, dass auf diesem Feld auch nicht mehr geforscht würde. Wissenschaftliche Untersuchungen beschäftigten sich nunmehr mit den Auswirkungen von Nachfolgematerialien.

Auch den Verbleib von Amalgamresten bei dem Aufbau von neuen Goldkronen stufte das OLG als unbedenklich ein. Der Sachverständige habe plausibel erklärt, dass durch den zur Befestigung der Krone notwendigen Zement eine Isolierung besteht. Gold und Amalgam kämen nicht mehr in Kontakt. Außerdem seien die verbliebenen alten Amalgam-

TIPP FÜR JURISTEN



Der Entwurf des Bundesteilhabegesetzes, Rechtsfragen der medizinischen Begutachtung, die Beschaffung von Reha-Leistungen nach dem Vergaberechtsmodernisierungsgesetz, Antikorruptionsgesetz – diese und weitere Themen behandelt der „10. Deutsche Reha-Rechtstag“ am 10. Oktober in Berlin. Veranstalter ist die Deutsche Anwalt Akademie. Mehr Infos: www.anwaltakademie.de > Veranstaltungen > Fachtagungen

reste bereits abgebunden, sodass es zu keinen chemischen Wechselwirkungen mehr kommen könne.

Allergie ausgeschlossen. Eine bei einem Patienten grundsätzlich denkbare Amalgamallergie konnte das OLG im vorliegenden Fall nicht erkennen. Gegen eine Allergie spreche der Zeitablauf. Die Klägerin habe keine Symptome einer allergischen Reaktion gezeigt, nachdem sie die Amalgamfüllungen erhalten habe. Diese aber hätten zeitnah auftreten müssen. Die Patientin habe jedoch erst ab Dezember 2001 über gesundheitliche Beschwerden geklagt. Seit der ersten Amalgamfüllung seien viele Jahre vergangen. Dass sie allergisch auf Amalgam reagiere, habe der Sachverständige ausgeschlossen. Auch ihre Laborwerte wiesen auf keine erhöhte Belastung hin. Dies habe der Gutachter festgestellt.

Patientin stimmte Behandlung zu. Zudem habe die Patientin in die Behandlung eingewilligt. Da bei ihr keine gesundheitlichen Risiken bestanden hätten, könne der Zahnärztin nicht angelastet werden, sie sei ihrer Aufklärungspflicht nicht nachgekommen. Ob die Zahnärztin über Amalgam-Alternativen informieren musste, bezweifelten die Zivilrichter. Diese Alternativen seien seinerzeit kein medizinischer Standard gewesen. Auch sei nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs die Wahl der Behandlungsmethode primär Sache des Arztes. Nur wenn es mehrere medizinisch übliche Methoden gebe, könne der Patient nach vollständiger Aufklärung entscheiden, wie er behandelt werden möchte. Selbst wenn eine Aufklärungspflicht über Alternativen zumindest ab Mitte der 90er Jahre anzunehmen wäre, sei die Zahnärztin nicht haftbar zu machen. Denn das Amalgam habe laut Sachverständigem die Patientin nicht schädigen können. ■

Kommentar: Die Revision zum Bundesgerichtshof wurde nicht zugelassen. Liegen keine Allergien gegen Amalgam vor, gilt der Füllstoff als unbedenklich. Wer als Patient Amalgam nicht will, sollte sich frühzeitig über geeignete Alternativen und mögliche Zusatzkosten informieren.

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

INHALT

AKTUELLER STAND

ARZNEIMITTEL

Entwurf eines Vierten Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften, Bundestags-Drucksache 18/8034

Umsetzung der EU-Verordnung über klinische Arzneimittelprüfungen; Pflicht, alle Ergebnisse klinischer Arzneimittelstudien zu veröffentlichen; Speicherung detaillierter Zusammenfassungen in öffentlich zugänglicher EU-Datenbank; Abgabe rezeptpflichtiger Präparate nur noch dann, wenn das Rezept bei Arztbesuch ausgestellt wurde.

Erste Lesung im Bundestag war am 14.4.2016. Der Bundesrat hat am 22.4.2016 Stellung genommen.

BEITRAGSFINANZIERUNG

Entschließung des Bundesrates zur vollständigen paritätischen Finanzierung von Krankenversicherungsbeiträgen, Antrag von Brandenburg, Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Thüringen, Bundesrats-Drucksache 40/16

Aufforderung an die Bundesregierung, zeitnah einen Gesetzentwurf vorzulegen, mit dem die vollständige paritätische Finanzierung von Krankenversicherungsbeiträgen durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber wieder hergestellt wird.

Der Bundesrat hat den Entschließungsantrag am 29.1.2016 in die Ausschüsse überwiesen.

CANNABIS

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften, Bundesrats-Drucksache 233/16

Möglichkeit für Schwerstkranke, getrocknete Cannabisblüten und -extrakte auf ärztliche Verschreibung in Apotheken zu erhalten, wenn keine Therapiealternative besteht; Übernahme der Kosten für Cannabis als Medizin von den Krankenkassen.

Die Bundesregierung hat den Gesetzentwurf am 6. Mai 2016 dem Bundesrat zur Stellungnahme zugeleitet.

PFLEGEAUSBILDUNG

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG), Bundestags-Drucksache 18/7823

Zusammenführung der drei Ausbildungen in der Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu einem einheitlichem Berufsbild; Aufhebung der Dreigliederung der Pflegeberufe; Ausbildung für Auszubildende kostenlos; neue Finanzierungsgrundlagen zur Lastenverteilung auf auszubildende und nicht auszubildende Einrichtungen.

Der Bundesrat hat am 26.2.2016 Stellung genommen. Erste Lesung im Bundestag war am 18.3.2016.

TRANSPLANTATIONSREGISTER

Entwurf eines Gesetzes zur Errichtung eines Transplantationsregisters, Bundestags-Drucksache 18/8209

Errichtung eines bundesweiten Transplantationsregisters; Auftrag an GKV-Spitzenverband, Bundesärztekammer und Deutsche Krankenhausgesellschaft, Verträge mit geeigneten Einrichtungen zur Errichtung einer Transplantationsregisterstelle und einer unabhängigen Vertrauensstelle zu schließen; neue Berechnung für Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für Krankengeld und Versicherte, die im Ausland wohnen.

Erste Lesung im Bundestag war am 28.4.2016. Der Bundesrat hat am 13.5.2016 Stellung genommen.

Stand: 9.6.2016



Internet-Tipp

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

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

HESSEN

Besserer Schutz vor Keimen

In Hessen ist ein neues Qualitätssicherungsprojekt zu multi-resistenten Erregern (MRE) und zur Infektionsvermeidung in Kliniken gestartet. „Um eine Infektion mit multiresistenten Keimen zu vermeiden, ist zunächst eine gute Analyse der Übertragungswege zwingend“, sagte Hessens Gesundheitsminister **Stefan Grüttner** (CDU) bei der Vorstellung des Projektes in Wiesbaden. „Wir möchten wissen, warum einige Krankenhäuser häufiger betroffen sind als andere.“ Die Initiative Patientensicherheit und Qualität Hessen ist ein Projekt des Gesundheitsministeriums, der Hessischen Krankenhausgesellschaft und der Kliniken im Land. Mit der Einbindung der Verbände der Krankenkassen im Land konnte das Projekt nun realisiert werden. Im Rahmen der Initiative werden zunächst Daten gesammelt und von der Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen ausgewertet. Ziel ist es herauszufinden, wie oft



Erregern auf der Spur: Schätzungen zufolge wird jedes Jahr bei 20.000 Klinikpatienten in Hessen eine MRE-Infektion festgestellt.

es zu den Infektionen kommt und wie die Keime in die Kliniken gelangen. Auf Basis dieser Daten sollen konkrete Schritte zur Verhinderung von Infektionen folgen. Dazu erhalten die Kliniken regelmäßig Auswertungen. „Das A und O in der medizinischen Versorgung, egal ob ambulant oder stationär, ist die Qualität. Nur für eine gute Qualität wollen wir als Krankenversicherung unsere Mittel einsetzen“, sagte **Detlef Lamm**, Vorstandsvorsitzender der AOK Hessen. ■

NORDWEST

Karies rechtzeitig bekämpfen

Karies gilt als häufige chronische Erkrankung im Vorschulalter, die teils massive Gebisschädigungen hervorrufen kann. Das wollen die AOK NORDWEST und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KZV S-H) ändern: Ab sofort bietet die Gesundheitskasse allen bei ihr versicherten Kleinkindern

bis zum 30. Lebensmonat zwei zusätzliche kostenfreie Früherkennungsuntersuchungen beim Zahnarzt. „Damit wollen den Kindern direkt am Lebensanfang die Basis für eine zahn-gesunde Zukunft geben“, sagt **Tom Ackermann**, Vorstandsvorsitzender der AOK NORDWEST. **Dr. Michael Diercks**, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KZV, sagt: „Gerade die frühkindliche Karies kann aufgrund fehlender Mundhygiene und ungünstiger Ernährungs- und insbesondere auch Trinkgewohnheiten bereits kurz nach dem Zahndurchbruch auftreten und rasch voranschreiten. Deshalb sollte der erste Zahnarztbesuch schon nach dem Durchbruch des ersten Milchzahns stattfinden, um Frühschäden rechtzeitig zu erkennen.“ Zum Programm gehört die Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten auch die Einschätzung des Kariesrisikos sowie die Beratung der Eltern zu Ernährung und Mundhygiene. Zusätzlich kann bei Kariesneigung bis zu zweimal je Kalenderhalbjahr der Zahnschmelz mit speziellem Fluoridlack gehärtet werden. ■

AOK aktuell

Gesundheitskasse sattelt zum 16. Mal die Räder

In Dresden fand Anfang Mai die Auftaktveranstaltung zur Aktion „Mit dem Rad zur Arbeit“ von AOK und Allgemeinem Deutschen Fahrrad-Club (ADFC) statt. Die bundesweite Mitmachaktion startete dieses Jahr bereits im Mai und erstreckt sich erstmals über vier Monate. Ziel ist es, möglichst viele Berufstätige zu motivieren, den Arbeitsweg mit dem Fahrrad zurückzulegen. Schirmherr der 16. Auflage ist ARD-Sportmoderator **René Kindermann** (Bild). 2015 haben sich rund 150.000 Berufstätige für eine Teilnahme bei „Mit dem Rad zur Arbeit“ entschieden. **Dr. Stefan Knupfer**, Vorstand der AOK PLUS, nannte folgende Gründe: „Aus Umfragen wissen wir, dass rund 90 Prozent der Teilnehmer mitmachen, um etwas für Körper und Geist zu tun. Bei rund einem Drittel der Berufstätigen spielt auch Zeit eine wichtige Rolle, weil sie auf dem Rad schneller durch den Berufsverkehr kommen. Beides sorgt für einen entspannten Start in den Tag.“ **Ludger**

Koopmann, stellvertretender Bundesvorsitzender des ADFC, betonte, Fahrrad und Pedelec lägen voll im Trend. „Wir wollen, dass noch mehr Menschen auf die gesunde und umweltfreundliche Alternative umsteigen. Das lohnt sich auch für Arbeitgeber, denn Radeln macht nachweislich gesünder, fitter und motivierter.“ Die Aktion „Mit dem Rad zur Arbeit“ startete erstmals 2001 mit 828 Teilnehmern im bayerischen Günzburg. In den Folgejahren entwickelte sich daraus die langlebige und größte Alltagsradfahraktion in Deutschland. 1,75 Millionen Radfahrer haben sich bislang beteiligt. Ziel ist es, zwischen Mai und August an mindestens 20 Arbeitstagen mit dem Rad zur Arbeit zu fahren. Alle Teilnehmer haben die Chance, Preise im Wert von rund 200.000 Euro zu gewinnen. ■



Fotos: AOK PLUS, iStockphoto

Für eine Kultur der Wertschätzung

Beachtung und Anerkennung der Fähigkeiten der Mitarbeiter sowie eine achtsame Kommunikation zwischen Vorgesetzten und Beschäftigten sind wichtige Ressourcen im Betrieb und zentrale Bausteine für erfolgreiches Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM). So lautete der Tenor beim sechsten BGM-Netzwerktreffen öffentlicher Verwaltungen, zu dem die AOK Bayern eingeladen hatte. Auch die öffentliche Verwaltung habe sich den Herausforderungen der modernen Arbeitswelt zu stellen, sagte **Hubertus Råde**, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der AOK Bayern. Um den Anforderungen gerecht zu werden, müssten die Arbeit der Führungskräfte und die der Beschäftigten „Hand in Hand“ gehen. „Eine gesundheitsfördernde Ressource, die in dieser Situation besonders gebraucht wird, ist Wertschätzung.“ An den Belastungen der Beschäftigten könnten Führungskräfte nicht immer etwas ändern, wohl aber an den Ressourcen. So arbeite die AOK Bayern an einer gesunden Gesprächs- und Unternehmenskultur, die den Rahmen dafür schaffe, Wertschätzung tagtäglich zu leben. **Professor Dr. Heinrich Geißler**, Berater für Betriebliche Gesundheitsförderung, wies auf das Phänomen hin, „dass anwesenden Mitarbeitern meist weniger Aufmerksamkeit geschenkt wird als den Abwesenden“. Diese Sicht zu ändern, lohne sich. Die Leistungsträger im Betrieb sollten als interne Berater gesehen werden. „Sie können verlässlich Auskunft über Stärken des Unternehmens geben“, so Geißler. ■



Gut gemacht, Herr Kollege! Gegenseitige Anerkennung wirkt sich positiv auf die Gesundheit im Betrieb aus.

BADEN-WÜRTTEMBERG

Pflegestrukturen neu gestalten

Für eine gemeinsame Kraftanstrengung in der Pflege hat die AOK Baden-Württemberg geworben. Mit den Pflegestärkungsgesetzen (PSG) I und II habe der Gesetzgeber den Rahmen geändert, sagte der Vorstandschef der Kasse, **Dr. Christopher Hermann**, anlässlich der Messe „Pflege Plus“ in Stuttgart. „Die Pflege wird sozusagen ein ganzes Stück weit neu erfunden. Sie braucht die öffentliche Hand, Kassen und die rund 1.100 Kommunen im Land, die gemeinsam zukunftsfähige Strukturen schaffen.“ Angesichts aktueller Prognosen, wonach die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2030 um 35 Prozent steigt, käme es auf ein konzentriertes Vorgehen an. Konsequenterweise am Pflegebedürftigen orientierte Angebote gäbe es schon. Als Beispiel führte Hermann ein Konzept zur Weiterentwicklung der medizinischen ambulanten Versorgung im ländlichen Raum innerhalb der Haus-

arztzentrierten Versorgung an, die auch positiv auf die Pflegeinfrastruktur wirke: Mit den Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAH) unterstützen rund 1.800 Fachkräfte ältere Menschen in den eigenen vier Wänden. ■

NORDOST

Qualität als Schlüssel

Die Qualität von Vorsorge und Rehabilitation soll in der Region Nordost weiter gestärkt werden. Mehr als 100 Geschäftsführer, Verwaltungsleiter und Qualitätsbeauftragte von Vorsorge- und Rehaeinrichtungen aus Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern sowie Vertreter der Gesundheitspolitik und Sozialversicherung betonten bei einem gemeinsamen Treffen auf Einladung der AOK Nordost die wachsende Bedeutung beider Versorgungsbereiche. „Für uns sind dabei die Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsverfahren Entscheidungs- und Orientie-

rungshilfe. Transparenz und ein einheitliches Vorgehen sind maßgeblich“, sagte **Marina Otte**, Unternehmensbereichsleiterin Rehabilitation der AOK Nordost. ■

THÜRINGEN/SACHSEN

Kostenübernahme für Haut-Check

Früh erkannt ist Hautkrebs gut heilbar. Aus diesem Grund übernimmt die AOK PLUS bereits ab 14 Jahren die Kosten für einen Haut-Check. Vor allem gefährliche Veränderungen der Haut würden von Betroffenen selten selbst entdeckt. „Daher gehört die Hautkrebsfrüherkennung zu den wichtigsten Untersuchungen und sollte erfolgen, sagte **Rainer Striebel**, Vorstandsvorsitzender der AOK PLUS, der auf die Früherkennung aufmerksam machte. Die Untersuchung könne alle zwei Jahre beim Facharzt wiederholt werden. ■

Telegramm

+++ Eine positive erste Bilanz ihres vor einem Jahr abgeschlossenen Vertrages zur augenärztlichen **Versorgung bei Erkrankungen der Netzhaut** hat die AOK Bayern gezogen. Vertragspartner ist der Bundesverband Deutscher Ophthalmochirurgen. Der Vertrag, an dem rund 200 Augenoperateure und 350 Augenärzte im Freistaat teilnehmen, enthält Leistungen, die noch nicht regulär im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen sind. +++ Was ist das Geheimnis eines gesunden Zusammenlebens? Dieser Frage geht das Grundschulkind Henrietta im **Theaterstück Henriettas Reise ins Weltall** nach. Die Deutschland-Tour des AOK-Kindertheaters 2016 startete kürzlich in Salzwedel in Sachsen-Anhalt. Im Stück geht es um Regeln und Rituale im Familien- und Schulalltag. Aber auch auf das Flüchtlingsthema gehen die Macher von Henrietta ein. +++

Arzneimittelpreise Regeln für die Pharmabranche

Gute Medizin, das sagen viele Experten, lässt sich dann einlösen, wenn Ärzte und Patienten genügend Zeit haben, um Diagnosen zu erstellen, zu überprüfen und sich über Behandlungsschritte austauschen zu können. Dafür reicht aber



oft nicht die Zeit. Der Wiener Neurologe Fahmy Aboulenein bangt, dass das Gesundheitssystem unter dem Kostendruck kollabieren könnte. Schuld daran sei die Pharmaindustrie, die für jeden Wirkstoff das Höchstmögliche aus dem Markt herausholen will. Letzt-

endlich sind es die Ärzte, die mit den Pharmaprodukten um die Ressource Geld konkurrieren. Die Kliniken stehen im Spannungsfeld zwischen den Krankenkassen, die ihre Budgets kontrollieren, den Berufsverbänden, die jährlich höhere Gehälter fordern, und der Pharmabranche, die ihre Produkte teuer verkaufen will. Auf der Strecke bleiben Ärzte, Pfleger und alle weiteren Gesundheitsberufe. Was ist zu tun? Aboulenein tritt dafür ein, die Pharmabranche strenger zu kontrollieren. So sollte der Staat die marktwirtschaftlichen Mechanismen im Gesundheitssektor aushebeln und für eine transparente Preisgestaltung sorgen. Pharmareferenten dürften gar nicht erst in Kliniken und Arztpraxen empfangen werden. Aufgabe der zuständigen Gesundheitsbehörden sei auch, die Rahmenbedingungen für klinische Studien zu reglementieren. Zudem dürfe die Forschung kein Einfallstor für die Interessen der Pharmabranche sein.

Fahmy Aboulenein: Die Pharmafalle. 2016. 224 Seiten. 21,90 Euro. edition a, Wien.

Datenschutz Grenzen für das Datensammeln

Das Gesundheitswesen ist ein Gewirr von Institutionen, Berufsgruppen und ein gigantischer Markt mit unterschiedlichsten Interessenlagen. Rund 2.000 Krankenhäuser versorgen pro Jahr knapp 19 Millionen Menschen. Etwa 145.000 Mediziner behandeln Patienten ambulant und sehen sie im Durchschnitt zehn Mal pro Jahr. Knapp 90 Prozent der Patienten sind gesetzlich krankenversichert. Die medizinische Forschung liefert Studien, mit denen Verfahren und Wirkstoffe geprüft werden. Zudem sind Ärzte verpflichtet, ihre Diagnosen und Therapien zu dokumentieren. Dies dient im Fall der Fälle auch als Informationsquelle. Denn wenn es zu einer juristischen Auseinandersetzung kommt, interessieren sich dafür auch Gerichte und Versicherungen. Alles zusammengenommen bringt eine Vielzahl an Daten mit sich. Und das Datenvolumen im Gesundheitswesen ist immens. Deshalb ist ein grundlegender Schutz dieser sensib-



len Informationen unabdingbar. Schließlich geht es beim Datenschutz darum, nur jene Informationen und Messwerte zu erheben, die wirklich erforderlich sind und jene Daten zu löschen, die nicht mehr gebraucht werden. Das Fachbuch von Thomas Jäschke, Vorstand des Hamburger Instituts für Sicherheit und Datenschutz im Gesundheitswesen, gibt einen umfassenden und beeindruckenden Überblick über das Thema.

Thomas Jäschke (Hrsg.): Datenschutz im Gesundheitswesen. 2016. 441 Seiten. 59,95 Euro. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

SEMINARE | TAGUNGEN | KONGRESSE

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

Internet Risiken der Digitalisierung

Die digitale Welt hat ihre Tücken. Wer zum Beispiel im Internet nach einem Ferienhaus googelt und dann online die Nachrichten verfolgt, dem kann es passieren, dass ihm in der Werbeleiste laufend Apartments im gewünschten Urlaubsort angeboten werden. Keine Frage, Web-Nutzer sind längst gläsern und damit vielen Profit- und Kontrollinteressen ausgesetzt. Für Andre Wilkens steckt die Online-Welt voller Risiken und Nebenwirkungen. Der unbedarfte Nutzer läuft Gefahr, dass ihm auf subtile



Weise die Steuerung des eigenen Lebens aus der Hand genommen wird. Er fordert daher eine Art Packungsbeilage, in der die digitalen Gefahren verständlich erklärt werden. Denn auch in Zukunft sollen nicht die Algorithmen die Gestaltungsmacht erhalten, sondern die Menschen weiterhin selbst denken und entscheiden. Wilkens schlägt vor, möglichst oft auf analoge Alternativen zurückzugreifen. Nur das Notwendige sollten wir digital erledigen. Vorbild ist für ihn die Bio-Bewegung, die aus ihrer Nische heraus die traditionelle Landwirtschaft verbessert und die Bevölkerung für gesunde Ernährung sensibilisiert hat.

Der neue Trend muss sein, analoge Gemeinschaftsgüter wie Theater, Museen und Bibliotheken wertzuschätzen und zu schützen – auch um die digitalen Standards zu heben.

Andre Wilkens: Analog ist das neue Bio. 2016. 220 Seiten. 18 Euro. Metrolit Verlag, Berlin.

Demografie Pluspunkte der Zuwanderung

Zwischen Prognosen und der Realität stehen zuweilen Welten. Thomas Straubhaar, Professor für Volkswirtschaftslehre aus Hamburg, erkennt in dieser Kluft die Gefahr der Mythenbildung. Mit seinem Buch tritt er an, die Angst vor dem demografischen Wandel als Mythenbildung zu entlarven. „Der demografische Wandel wird Deutschland nicht in seiner Existenz bedrohen“, lautet sein Fazit. Zehn Mythen hatte er zuvor versucht, aus dem Weg zu räumen. Dem Volkswirt geht es dabei weniger um die Menschen und ihre Kulturen, sondern in erster Linie um die Fachkräfte und ihren Arbeitsmarkt. So lautet sein Befund angesichts der Zuwanderung an Flüchtlingen zum Beispiel, dass die Bevölkerung in naher Zukunft eher wachsen als schrumpfen werde. Zugleich sieht er eher Vorteile darin,



wenn die Bevölkerung zahlenmäßig abnimmt. Dann sei „pro Kopf für alle mehr verfügbar – mehr Platz und weniger Stau, kleinere Schulklassen und größere Zeitbudgets für weniger Einzelfälle“. Der Bevölkerungsrückgang könne so zu „ökonomisch immer wohlhabenderen Menschen führen“. Deutsch-

land erscheint dann jedoch nicht als ein Land in Europa, sondern wie eine Insel abseits der Logik von Weltwirtschaft und Globalisierung.

Thomas Straubhaar: Der Untergang ist abgesagt. 2016. 208 Seiten. 18 Euro. edition Körber-Stiftung, Hamburg.

Zeitschriftenschau

■ Demenz: Säureblocker unter Verdacht

Protonenpumpenhemmer (Arzneistoffe, die die übermäßige Bildung von Magensäure hemmen) erhöhen möglicherweise das Risiko für Demenz bei Menschen über 75 Jahren. Das ist das Ergebnis einer Studie der Universität Bonn mit mehr als 73.000 Senioren. Danach erkrankten alte Menschen, die etwa Omeprazol oder Pantoprazol über längere Zeit einnahmen, mit einer um 44 Prozent höheren Wahrscheinlichkeit an Demenz als Probanden, die keine Säureblocker genommen hatten.

JAMA Neurology 2016; 73 (4): 410–416

■ Diabetes: Ausschlafen verringert Erkrankungsrisiko

Menschen mit chronischem Schlafmangel haben ein erhöhtes Risiko für Diabetes, Übergewicht und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Ein Grund dafür ist wahrscheinlich eine reduzierte Insulinsensitivität bei Schlafmangel. Schon nach wenigen Nächten mit Schlafdefiziten verändert sich der Insulin- und Glukosestoffwechsel. Nun haben Forscher der Universität Boulder (Colorado) untersucht, ob der Körper solche Effekte wieder kompensieren kann, wenn er zumindest zwei Nächte pro Woche ausreichend Schlaf bekommt. Ergebnis: Zweimal wöchentlich genügend schlafen reicht aus, um die Verschiebungen im Glukosestoffwechsel wieder ins Gleichgewicht zu bringen und das Diabetesrisiko zu senken.

Diabetes Care 2016; 39 (3): e40–e41

■ Tabakentwöhnung: Sofortiger Stopp bringt größten Erfolg

Mit dem Rauchen abrupt aufhören oder die Nikotinsucht besser langsam ausschleichen? Dieser Frage sind Wissenschaftler in Oxford nachgegangen. An ihrer Studie nahmen 70.000 Raucher teil. Die eine Hälfte sollte allmählich mit dem Qualmen aufhören, die andere von jetzt auf gleich. Nach sechs Monaten waren 15,5 Prozent der Teilnehmer aus der „allmählich“-Gruppe abstinent. Von den Probanden, die einen sofortigen Entzug gemacht hatten, waren es 22 Prozent.

Annals of Internal Medicine 2016; 164 (9): 585–592

■ Herztod: Deutliche regionale Unterschiede

In einigen Bundesländern sterben wesentlich mehr Menschen an den Folgen einer Herzkrankung als andersorts. So kommen in Sachsen-Anhalt pro Jahr 99 Herztote auf 100.000 Einwohner. Im Saarland sind es 75, in Thüringen 81 und in Mecklenburg-Vorpommern 77. Wesentlich weniger sind es in Schleswig-Holstein (43), in Berlin (48) und in Süddeutschland (50). Diese Zahlen gehen aus dem Herzbericht 2015 der Deutschen Herzstiftung hervor. Sie sieht soziale Faktoren als wesentlichen Grund für die regionalen Unterschiede. In den Bundesländern, die bei Herzkrankungen schlecht abschneiden, ist in der Regel die Arbeitslosigkeit besonders hoch und der Anteil der Menschen mit einem höheren Bildungsabschluss sehr niedrig.

www.herzstiftung.de > Projekte/Aktionen > Der Herzbericht

Die Klinik in der kleinen Stadt

Weniger Häuser, spezialisierte Zentren – der Umbau der Kliniklandschaft schreitet voran. Als Bürgermeister einer Kleinstadt sieht **Hans-Georg Faust** das mit gemischten Gefühlen. Als Arzt und ehemaliger Abgeordneter weiß er aber: Veränderungen sind unumgänglich.

Nordrhein-Westfalen und die Niederlande haben eine vergleichbare Fläche und Einwohnerzahl. Unsere Nachbarn kommen jedoch im Vergleich zu Nordrhein-Westfalen mit etwa der Hälfte der Krankenhausbetten zurecht. Ist Deutschland überversorgt? Leidet unter diesem Zuviel nicht auch die Qualität der stationären Versorgung? Müssen alle Kliniken alles können? Auf Basis dieser Fragen hat die Politik in den vergangenen zwei Jahren das Krankenhausstrukturgesetz entwickelt und in Kraft gesetzt. Schlechte Behandlungsqualität soll in Zukunft schlechter und gute Leistungen besser bezahlt werden können. Unter anderem soll es Qualitätsindikatoren geben, die die Bundesländer bei der Planung neuer Kliniken berücksichtigen. Außerdem sollen Krankenhäuser für bestimmte Behandlungen Mindestmengen erfüllen, um sie überhaupt anbieten zu dürfen.

Arbeitsplätze in Gefahr. Aber was sagt üblicherweise ein Bürgermeister einer als Mittelzentrum ausgewiesenen Kleinstadt, wenn er auf das Krankenhaus der Grundversorgung vor Ort angesprochen wird? Unverzichtbar, muss mit allen Mitteln erhalten werden, wird er sagen. Er denkt an die Bürger, die ihn gewählt haben, weil er ihre Sorgen um Hilfe im Notfall ernst nimmt, er denkt an die Arbeitsplätze, immerhin ist das Krankenhaus einer der größten Arbeitgeber, er denkt an die Handwerker und Zulieferer, die mit dem Krankenhaus ihr Geld verdienen. Er denkt an die Bedeutung seiner Stadt, die in der Außendarstellung durch den Abzug öffentlicher Einrichtungen erodiert. Er denkt an den Verlust der Werbewirksamkeit für das Neubaugebiet und er denkt an die schwierigen Gespräche mit Vertretern der Ärzteschaft, der anderen Leistungserbringer im Gesundheitswesen wie Apotheken, Physiotherapeuten, der Patientenverbände, der Selbsthilfegruppen

und mit all denen im Sozialbereich, denen das Wohl der Patienten am Herzen liegt.

Schwarzwaldklinik prägt das Bild. Während noch vor vier Jahrzehnten das kleine Krankenhaus vor Ort das Zentrum der Notfallversorgung in schwierigen Fällen war, hat sich das heute mit Notarztwagen und Rettungshubschrauber, mit Spezialeinrichtungen wie „stroke units“ für Schlaganfall-Patienten und Verbrennungszentren grundlegend geändert. Aber vor den Augen der Bevölkerung erscheint immer noch das Bild des allkompetenten Krankenhauses mit seiner Sicherheit, Patienten- und Angehörigennähe versprechenden, allerdings kaum zu durchschauenden Innenstruktur. Der Erfolg der Fernsehserie „Schwarzwaldklinik“ mit Professor Brinkmann ist ein beredtes Zeichen dafür. Dass die Ärzteschaft nichts gegen dieses Bild hat, mag man ihr verzeihen.

Dass Gesundheitspolitiker in den Parlamenten, Wissenschaftler und Vertreter von Krankenkassen auf die veränderten Rahmenbedingungen aufmerksam machen und auf Veränderungen in der Krankenhauslandschaft, auf den Nachweis von Qualität und den Abbau der Sektorengrenzen im deutschen Gesundheitswesen drängen, geht noch weitgehend in der öffentlichen Diskussion unter. Was in anderen Bereichen unserer Gesellschaft selbstverständlich wäre – der richtige Patient am richtigen Ort zur richtigen Zeit zur richtigen Diagnose und Therapie –, führt im Gesundheitswesen zu Beharrungs- und Verteidigungsverhalten. Da werden auch Argumente zur Patientensicherheit und zur Finanzierbarkeit des unbestreitbar guten deutschen Gesundheitssystems in der politischen Diskussion nur ungern gehört.

Den Sorgen der Menschen gerecht werden. Man kann den Bürgermeistern, Landräten und Wahlkreisabgeordneten also ihre Haltung nicht verdenken. Aber was denkt ein Bürgermeister darüber, der als Arzt in einem Krankenhaus gearbeitet hat, Gesundheitspolitiker im Bundestag und Mitarbeiter einer großen Krankenkasse war? Er denkt, mit guten Argumenten, Einsicht und Vernunft wird es langfristig zu den Veränderungen kommen, die den medizinischen Bedarf decken, die Finanzierbarkeit des Systems sichern und am Ende auch den Sorgen der Menschen in der kleinen Stadt gerecht werden. ■

Dr. Hans-Georg Faust war Mitglied des Bundestages, politischer Koordinator beim AOK-Bundesverband und ist heute Bürgermeister der Stadt Linz am Rhein. **Kontakt: dr.hans-georg.faust@t-online.de**

Leserforum



Ihre Meinung ist gefragt.

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

Oder schreiben Sie uns:

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



G+G 5/2016

**Editorial zur Gesundheitskompetenz:
Gesund von A bis Z**

Weniger Gesundheitsfonds, mehr Bildungsbeiträge

Ich kann Herrn Henkel-Hoving nur zustimmen: Es ist ein bildungspolitischer Skandal ersten Ranges, dass wir in Deutschland 7,5 Millionen funktionale Analphabeten haben. Und dass diese Menschen keinen Beipackzettel verstehen oder im Internet nicht seriöse von unseriösen Gesundheits-Informationen unterscheiden können, ist kein Wunder. Eher schon ist es ein Wunder, dass die deutsche Wirtschaft angesichts so vieler Menschen ohne wirkliches Lese- und Schreibvermögen überhaupt noch gedeihen kann. Mein Vorschlag deshalb: Wir streichen den Steuerzuschuss zum Gesundheitsfonds, erhöhen die Zusatzbeiträge entsprechend und pumpen die 14,5 Milliarden Euro in den Ausbau des Bildungswesens: neue Schulgebäude, mehr Lehrer, mehr Inklusion, mehr nachprüf- bare Bildungsstandards. Und bevor die Arbeitgeber jetzt jubilieren: Wer von gut ausgebildeten jungen Leuten profitieren will, muss zahlen. Für jeden Euro aus dem Gesundheitsfonds müssen die Betriebe einen oben drauflegen – macht zusammen 29 Milliarden Euro per anno mehr für die Bildung. So hätten wir auch wieder etwas mehr Parität bei der Bewältigung gesellschaftspolitischer Aufgaben: Die Versicherten zahlen höhere Zusatzbeiträge, die Arbeitgeber höhere Bildungsbeiträge. Die Zinsen dieses Invest-

ments wären enorm und stellen jede Börsenspekulation in den Schatten: gebildete junge Frauen und Männer mit Zukunftsperspektive, eingebautem Schutz vor rechten Populisten inklusive. U. S., Hannover

G+G 4/2016

Keine Angst vor Gesundheits-Apps

Datenschutz vernachlässigt

Bei dem Debattenbeitrag „Keine Angst vor Gesundheits-Apps“ der G+G-April- ausgabe vermisste ich die datenschutz- rechtliche Problematik. Bei allem vor- ausgesagten Segen droht nach meiner Überzeugung der gläserne Patient, der gläserne Versicherte und nicht zuletzt der gläserne Bürger. Der Autor fordert zwar Prüfungen und „beschleunigte Zulas- sungsverfahren“. Diese Forderungen ge- hen aber nicht weit genug. So fehlen Aussagen und Forderungen nach absolu- ter Datensicherheit, die jetzt bereits in der Praxis nicht immer vollständig einge- halten werden kann. Von der Dunkelzif- fer gar nicht zu reden. Mich stört insge- samt der Hype der hier von vielen Inter- essensgemeinschaften erzeugt wird, aber die Auswirkungen mit Risiken auf Men- schen bleiben häufig völlig unterbelichtet bis unberücksichtigt. Die Gesellschaft ist ernst zu nehmen und bei Veränderungs- prozessen mitzunehmen. Mit einseitiger Werbung und Schönreden gelingt das nicht nachhaltig und qualitätsgesichert. W. F., Gesamtpersonalratsvorsitzender der AOK Bayern, Nürnberg

Impressum

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

Herausgeber	AOK-Bundesverband
Redaktion	Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin Telefon: 0 30 2 20 11-0 Telefax: 0 30 2 20 11-105 E-Mail: gug-redaktion@kompart.de www.kompart.de
Chefredakteur	Hans-Bernhard Henkel-Hoving
Stellv. Chefredakteurin	Karola Schulte
Artdirection	Anja Stamer
Chefin vom Dienst	Gabriele Hilger
Chefreporter	Thomas Hommel
Verantw. Redakteurin	Änne Töpfer

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

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

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

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

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

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

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



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

Ist die neue Pille auch die bessere?

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

The New York Times



Ja, ich bestelle ...



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

Marcia Angell **Der Pharma-Bluff**

Wie innovativ die Pillenindustrie wirklich ist

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

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

(zzgl. 2,50 Euro Verpackung und Versand)

Lieferung gegen Rechnung per Bankeinzug

Vor- und Zuname

Straße, Haus-Nr.

PLZ

Ort

IBAN

BIC

Datum, Unterschrift

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

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

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

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

Nähe ist, wenn immer jemand für mich da ist

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

Gesundheit in besten Händen

www.aok.de