



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

NEUE MEDIKAMENTE
Wie das Wissen
in die Praxis kommt

GBA-CHEF HECKEN
Warum die Selbstverwaltung
Respekt verdient

Frischer Wind fürs Stadtquartier

Prävention: Wie urbanes Leben gesünder wird

Die Pressestellen der AOK

Gesundheit ist unser Thema!

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

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

AOK-BUNDESVERBAND

Pressesprecher: Dr. Kai Behrens
Pressereferent: Michael Bernatek
Pressereferentin: Christine Göpner-Reinecke
Pressereferent: Peter Willenborg

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

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

AOK BADEN-WÜRTTEMBERG

Hauptverwaltung
Pressesprecher: Kurt Wesselsky

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

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

AOK BAYERN – DIE GESUNDHEITSKASSE

Zentrale
Pressesprecher: Michael Leonhart

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

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

AOK BREMEN/BREMERHAVEN

Pressesprecher: Jörn Hons

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

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

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN

Direktion
Pressesprecher: Ralf Metzger

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

Tel. 061 72/272-161
Fax: 061 72/272-139

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR NIEDERSACHSEN

Direktion
Pressesprecher: Carsten Sievers

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

Tel. 0511/87 01-10123
Fax: 0511/2 85-331 0123

AOK NORDOST – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecherin: Gabriele Rähse

Wilhelmstraße 1
10963 Berlin
presse@nordost.aok.de

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

AOK NORDWEST – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: Jens Kuschel

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

Tel. 02 31/4193-10145

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

Tel. 04 31/6 05-21171

AOK RHEINLAND/HAMBURG – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecherin: Dr. Ellen von Itter

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

Tel. 0211/87 91-1038
Fax: 0211/87 91-1145

AOK RHEINLAND-PFALZ/SAARLAND – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressereferent: Jan Rößler

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

Tel. 063 51/4 03-419
Fax: 063 51/4 03-701

AOK PLUS – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR SACHSEN UND THÜRINGEN

Pressesprecherin: Hannelore Strobel

Sternplatz 7
01067 Dresden
presse@plus.aok.de

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

AOK SACHSEN-ANHALT – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecherin: Anna-Kristina Mahler

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

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

Sucht-Prävention geht alle an

Falsche Vorbilder und Rituale, gestörter Hirnstoffwechsel, Stress im Job oder fehlender sozialer Rückhalt – die Gründe für Süchte sind vielfältig, sagt Psychiater **Felix Tretter**. Prävention sei daher Aufgabe der ganzen Gesellschaft.

Oans, zwoa, gsuffa – so lautet das bekannte Trinklied auf dem Münchner Oktoberfest. Kein Oberbürgermeister Münchens wird zu Beginn dieses Festes ein Fass alkoholfreies Bier anstechen, denn er würde sonst seine Wiederwahl unmöglich machen. Schon die jungen „Wiesn“-Besucher empfinden es als schön, sich berauscht bei Musik in den Armen zu liegen. So kann das Bedürfnis nach Wiederholung entstehen. Die Folge kann chronischer Alkoholkonsum mit Dosissteigerung und Abhängigkeitsentwicklung sein. Diese Trinkgeschichte zeigt sich bei vielen Münchner Alkoholikern und macht die Rolle von Kultur und Gesellschaft bei der Suchtentwicklung deutlich. Offensichtlich haben nahezu alle Menschen das Bedürfnis nach Rausch und Symbiose, das solche Feste institutionalisieren. Auf diesem Bedürfnis beruht ein Wirtschaftsbereich: Die Alkoholindustrie setzt in Deutschland etwa 20 Milliarden Euro jährlich um. Dabei werden über 50 Prozent der Alkoholmenge durch Vieltrinker und Abhängige verbraucht, die allerdings nur 15 Prozent aller Alkoholkonsumenten ausmachen. Dem wären aus volkswirtschaftlicher Sicht die etwa 30 Milliarden Euro Schadenskosten durch Alkohol gegenüberzustellen (Krankheitstage, Arbeitsunfähigkeit, Unfälle, Begleit- und Folgeerkrankungen, Todesfälle). Das unermessliche menschliche Leid ist bei dieser Bilanz ausdrücklich mitzudenken. Es besteht also für Politik und Staat die Aufgabe, Gegenregulationen aufzubauen – in Form von Verboten wie Alters- oder Promillegrenzen und Präventionsprogrammen.

Sucht entsteht in einem Wechselspiel von Risiko- und Schutzfaktoren. Biologische Risikofaktoren sind vor allem angeborene und erworbene, anhaltende Ungleichgewichte von Substanzen und Mechanismen der Reizleitung im Gehirn. Psychologisch spielen vor allem Störungen der frühkindlichen Bindungssituation, Missbrauchserfahrungen, aber auch Persönlichkeitsfaktoren eine Rolle. Gehen wir von der Familie aus, sind es kaputte Elternhäuser,

meist auch Merkmale wie niedriges Einkommen und geringe Bildung, die das Risiko für die Entwicklung einer Sucht erhöhen. Religionszugehörigkeit ist häufig ein Schutzfaktor, ebenso wie die Einbindung in die Wohngemeinde. Anhaltend erlebter hoher Erwartungsdruck am Arbeitsplatz kann zum Burnout führen und ist ein Risikofaktor für den Gebrauch von Aufputzmitteln, aber auch von Beruhigungs-, Schlaf- und Schmerzmitteln, die binnen weniger Wochen zur psychophysischen

Abhängigkeit führen können. All dies findet im Rahmen der modernen Gesellschaft statt, die auf viele Menschen pathogen wirkt. Die Lebensbedingungen führen nämlich in der Massengesellschaft zur Singularisierung mit sozialem Resonanzverlust, zur Enteignung und Entfremdung des Handelns durch

überbordende Wirtschaft und Verwaltung mit ihren Anpassungszwängen, zum Orientierungsverlust durch plurale Wertewelten und zum Gefühl des Kontrollverlusts. All dies ist Nährboden für Süchte.

Die Sucht-Prävention geht daher alle an, sie ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Die Politik gerät dabei in Interessenkonflikte, beispielsweise bei der Alkoholwerbung: Sie will weder die Alkoholwirtschaft noch die Bevölkerung schädigen. Prävention muss deshalb schon in der Familie mit ihren Vorbildfunktionen beginnen, und sie ist in Schule und am Arbeitsplatz zu vertiefen. In der Freizeit sollten drogenkritische Einstellungen – zum Beispiel Doping-freier Sport – gefördert werden. Substanzbezogen geht es in der Prävention vor allem um den risikoarmen Konsum von Alkohol, wie beispielsweise das Einlegen von mehrwöchigen Abstinenzphasen und dem Konsum von nur geringen Alkoholmengen (maximal zehn bis zwanzig Gramm Alkohol pro Tag). Grundlegend ist es aber, den Lebensstil zu verändern. Dabei helfen Stressbewältigungs- und Entspannungstechniken, Überprüfung selbst gesetzter Leistungsstandards, ausgewogene Ernährung, Pflege von Freundschaften, Zeitmanagement und eine gute Work-Life-Balance. ■

Offensichtlich haben nahezu alle Menschen das Bedürfnis nach Rausch und Symbiose.



Prof. Dr. mult. Felix Tretter, geboren 1949 in Villach, ist 2. Vorsitzender der Bayerischen Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis. Der Psychologe und Psychiater war von 1992 bis 2014 Ärztlicher Leiter der Suchtabteilung am Isar-Amper-Klinikum München-Ost. Tretter widmete sich mehrere Jahre dem Aufbau der Umweltmedizin in Deutschland und verfasste einige Publikationen zu diesem Thema. Ende 2016 ist sein Buch „Sucht. Gehirn. Gesellschaft“ erschienen.

Kontakt:
Felix.Tretter@bas-muenchen.de

Ein Hoch auf die Helfer



H.-B. Henkel-Hoving,
Chefredakteur

Für eine Überraschung gut sind Kinder immer – ganz gleich, ob sie aus Deutschland, Afghanistan oder Syrien stammen. Diese Erfahrung hat vor Kurzem einmal mehr meine liebe Frau gemacht. Sie ist ehrenamtlich in der Bibliothek einer Berliner Grundschule tätig und hilft dabei auch Kindern aus Flüchtlingsfamilien, das Lesen auf Deutsch zu lernen. Als sie nun vor Kurzem mit

einem Jungen aus Syrien ein Buch über Dinosaurier durchblättert und vorsichtig fragend auf eine der Urzeit-Echsen zeigt, erklärt der Bub mit großer Ernsthaftigkeit „Das ist ein Stegosaurus“ – und blättert voller Neugier weiter.

Integration gelingt in vielen Fällen gewiss verblüffend schnell. Insgesamt wird das Einbeziehen von mehr als einer Million Menschen aus einem anderen Kulturkreis in unsere Gesellschaft jedoch einen langen Atem brauchen. Dies gilt nicht nur für Schule und Beruf, sondern auch für das Gesundheitswesen, wie das **G+G-Spezial über den Berliner Gesundheitspreis** vor Augen führt, das dieser Ausgabe beiliegt.

Dabei machen die ausgezeichneten Projekte, über die meine Kollegin Dr. Silke Heller-Jung berichtet, vor allem eines: Mut. Ob es um die improvisierte Sprechstunde eines Arzteehepaars in einer Flüchtlingsunterkunft geht, aus der ein Verein mit 120 ehrenamtlichen Helfern erwächst, oder die Initiative eines einzelnen Mediziners zur Integration von geflüchteten Kollegen: „Die spontane und pragmatische Hilfsbereitschaft“, so Heller-Jung, „ist einfach beeindruckend.“

Dem kann ich mich nur anschließen – und ein herzliches Dankeschön an alle Mitmenschen hinzufügen, die großen und kleinen Flüchtlingen unter die Arme greifen.

Eine anregende Lektüre wünscht Ihnen


henkelhoving@kompart.de

14 **TAUZIEHEN UM OBAMACARE**

US-Präsident Donald Trump will raus aus Obamacare. Das Repräsentantenhaus hat zugestimmt. Sagt auch der Senat Ja, sind zigmillionen Amerikaner unversichert.

Von Jana Kötter

16 **HEBEL FÜR MEHR QUALITÄT**

Experten machten auf einer Tagung deutlich: Um die Qualität der stationären Versorgung zu verbessern, sind Mindestmengen konsequent umzusetzen.

Von Thomas Hommel

18 **BLICK ÜBER DIE CHEF-SCHULTER**

Immer öfter analysieren Chefärzte die Arbeit ihrer Kollegen. Bei der qualitätsorientierten Klinikplanung aber herrscht Stillstand. Das hat ein Kongress ergeben.

Von Hans-Bernhard Henkel-Hoving

19 **INSPEKTION DER REFORMBAUSTELLEN**

Die schwarz-rote Koalition hat das Gesundheitswesen fleißig reformiert. Ein Symposium in Fulda machte aber deutlich: Der große Wurf lässt auf sich warten.

Von Karola Schulte

20 **KASSEN WOLLEN RECHTSSICHERHEIT**

Europa bekommt ein einheitliches Datenschutzrecht. Für das hiesige Gesundheitswesen sind nun eine Reihe von Spezialregelungen anzupassen.

Von Thomas Rottschäfer

21 **„GANZHEITLICHER ANSATZ FÜHRT ZUM ERFOLG“**

Betriebliches Gesundheitsmanagement ist mehr als Rückenschule oder Raucherentwöhnung, sagt Nadine Pieck. Was alles dazu gehört, erforscht die Stiftungsprofessorin an der Hochschule Magdeburg-Stendal.



Gemeinsam im Bundesausschuss:
GBA-Chef Josef Hecken (l.) plädiert im
G+G-Interview mit Thomas Hommel ab
Seite 30 dafür, der Selbstverwaltung
ihren Gestaltungsspielraum zu lassen.

9 **Rundruf** Drogenkonsum: Was tun gegen Legal Highs?

13 **Kommentar** Diagnose auf Distanz

42 **Recht** Demenzkranke: Klinik haftet nach Fenstersturz

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

46 **Service** Bücher, Termine und mehr

48 **Debatte** Replik: Weltfremde Träumerei

49 **Nachlese** Briefe an die Redaktion

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

50 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen

22

Bestandsaufnahme:
Wie Städte aus
Betonwüsten
gesunde Oasen
machen können



TITEL

22 MEHR RAUM FÜR GROSSSTADTPFLANZEN

Abgase, Beton, Lärm: Stadtleben kann krank machen. Gesundheitswissenschaftler in Planungen einzubinden, trägt zu mehr Lebensqualität der Städte bei.

Von Wolfgang Schlicht

THEMEN

30 „DIE HEMMSCHWELLE IST GESUNKEN“

Behäbig, intransparent, undemokratisch – Kritiker gehen mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss nicht zimperlich um. Sein Unparteiischer Vorsitzender, Josef Hecken, gibt im G+G-Interview Kontra.

34 WEG FREI FÜR MEHR WISSEN

Mediziner müssen wissen, welchen Nutzen neue Arzneien haben. Dafür brauchen sie ein verständliches und gut strukturiertes Arzteinformationssystem.

Von Sabine Beckmann und Ulf Maywald

40 „LAND MUSS PLANUNGSHOHEIT BEHALTEN“

Für eine einheitliche Pflegeausbildung, Tempo bei der Digitalisierung und föderales Selbstbewusstsein bei der Klinikplanung – Sabine Bätzing-Lichtenthäler, Sozialministerin von Rheinland-Pfalz, bezieht Position.



30 Interview: Was Josef Hecken der Kritik am Gemeinsamen Bundesausschuss entgegenhält



34 Arzneimittel-Nutzen: Wie die Informationen für die Praxis aufbereitet sein müssen



40 Interview: Welche Akzente Sozialministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler setzt

MEDIZINSTUDIUM Diagnosen in Laiendeutsch

Absolventen des vom privaten Klinikkonzerns Ameos angebotenen Medizin-Stipendiums werden seit Kurzem vom Sozialunternehmen „Was hab' ich?“ in patientenfreundlicher Sprache ausgebildet. Mithilfe realer Patientenbefunde bringen Ärzte von „Was hab' ich?“ den Medizinstudenten bei, wie sie teils komplexe medizinische Diagnosen in eine leicht verständliche Sprache übersetzen. Gleichzeitig erhalten die Stipendiaten von Patienten Feedback zu den übersetzten Befunden. „Ein Mediziner, der einmal für eine patientenfreundliche Sprache sensibilisiert ist, wird hoffentlich sein ganzes Leben lang bessere Patientengespräche führen“, sagte Ansgar Jonietz, Geschäftsführer von „Was hab' ich?“. ■

REGISTERGESETZ Fortschritte im Kampf gegen Krebs

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe sieht Fortschritte im Kampf gegen Krebs. Ein Beispiel sei das Krebsfrüherkennungs- und Registergesetz von 2013, sagte Gröhe auf der Zweiten Nationalen Krebskonferenz in Berlin. Das Gesetz schaffe den Rahmen für den Aufbau klinischer Krebsregister in den Ländern und gebe Anstöße für eine bessere Früherkennung. „Durch das Sammeln von Daten über Krebspatienten und ihre Behandlung in Registern werden Unterschiede in der Versorgung und erfolgreiche Behandlungsmethoden schneller sichtbar.“ In Deutschland erkranken jedes Jahr knapp eine halbe Million Menschen an Krebs. ■



Befunde verständlich erklären: Kliniken bereiten angehende Ärzte auf Patientengespräche vor.

GESETZGEBUNG Arzneimittelreform in Kraft getreten

Das Gesetz zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ist Anfang Mai in Kraft getreten. Ziel der Reform ist es, die Arzneimittelversorgung in Deutschland weiter auf hohem Niveau sicherzustellen und die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung zu erhalten. Dazu wird das Preismoratorium für alle patentfreien Medikamente, die bis zum 1. August 2010 bereits auf dem Markt waren, über 2017 hinaus bis Ende 2022 verlängert werden. Eine jährliche Preisanpassung in Höhe der Inflationsrate soll aber möglich sein. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) soll einen Monat nach Beschlussfassung die Ergebnisse der Nutzenbewertung in der Praxissoftware von Ärzten in Form eines Arztinformationssystem (AIS) aufbereiten, um Arzneien mit belegtem Zusatznutzen stärker in die Versorgung zu bringen. Der

Unparteiische Vorsitzende des GBA, Professor Josef Hecken, sagte im Interview mit G+G, das Informationssystem müsse „dem Arzt nützen“ und zugleich rechtssicher sein. ■

Siehe auch Interview ab Seite 30 und Beitrag ab Seite 34.

HAUSÄRZTE Digitalisierung im Schneckentempo

Der Hausärzteverband hat mehr Tempo bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens verlangt. Deutschland werde in diesem Bereich „von

Schnecken überholt“, sagte der Bundesvorsitzende des Verbandes, Ulrich Weigeldt. Hausärzte müssten viel Zeit mit Bürokratie verbringen, da Prozesse nicht digitalisiert oder digitale Lösungen schlecht umgesetzt seien. „Diese Zeit fehlt für unsere Patienten.“ Als Hindernis nannte Weigeldt, dass die Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte (gematik) nicht in der Lage sei, die Telematikinfrastruktur bereitzustellen. Dies liege auch daran, dass sich die Akteure in der gematik nicht auf einheitliche Standards hätten einigen können. ■

kurz & bündig

+++ RAUCHEN: In Deutschland sterben nach Angaben der Deutschen Krebshilfe jedes Jahr rund 121.000 Menschen an den Folgen des Rauchens. Das sei etwa jeder siebte Todesfall, sagte der Vorstandsvorsitzende der Krebshilfe, Gerd Nettekoven, in Berlin. Weltweit gebe es durch die Folgen des Rauchens rund sechs Millionen Tote im Jahr.

+++ GEBURTSHILFE: Im Jahr 2015 leisteten insgesamt 10.919 Hebammen und Entbindungspfleger Geburtshilfe in deutschen Krankenhäusern. Davon seien 9.081 festangestellte Kräfte (9.077 Hebammen und vier Entbindungspfleger) sowie 1.838 Belegkräfte gewesen, teilte das Statistische Bundesamt anlässlich des Internationalen Hebammentages am 5. Mai mit.



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.



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.



PATIENTENSICHERHEIT
MDK zählt weniger Behandlungsfehler

Rund 15.100 ärztliche Gutachten zu vermuteten Behandlungsfehlern haben die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) vergangenes Jahr erstellt. In knapp jedem vierten Fall hätten die Mediziner den Verdacht der Patienten bestätigt – die Zahl der Behandlungsfehler sei damit leicht gesunken, teilte der MDK bei der Präsentation der aktuellen Begutachtungsstatistik mit. Trotz erkennbarer Fortschritte müsse die Fehlerprävention jedoch weiterentwickelt werden, sagte Dr. Stefan Gronemeyer, Leitender Arzt und stellvertretender Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes des Spitzen-

Zitat des Monats

Man kann die Erkenntnisse der Medizin auf eine knappe Formel bringen: Wasser, mäßig genossen, ist unschädlich.

Mark Twain (1835–1910), US-amerikanischer Schriftsteller

notwendige Intensivierung der Forschung zur Patientensicherheit in Deutschland. Zwei Drittel der Vorwürfe betrafen laut MDK Behandlungen im Krankenhaus. Ein Drittel bezog sich auf Behandlungen durch einen niedergelassenen Arzt oder eine niedergelassene Ärztin. ■

MEHR INFOS:
www.mds-ev.de

der Alkoholkonsum junger Menschen zurückgegangen. So greife im Schnitt jeder zehnte befragte Teenager zwischen zwölf und 17 Jahren einmal in der Woche zu alkoholischen Getränken. Im Jahr 2004 seien es noch mehr als doppelt so viele (21 Prozent) gewesen. Für ihre Studie befragte die BZgA von März bis Juni 2016 rund 7.000 Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 12 und 25 Jahren. Auch bei den Älteren sei der regelmäßige Alkoholkonsum rückläufig. Knapp ein Drittel (30 Prozent) trinkt hier regelmäßig. 2004 war es knapp die Hälfte (43 Prozent). ■

MEHR INFOS:
www.bzga.de > Presse

KLINIKPFLEGE
Personalvorgaben bleiben umstritten

Die geplanten Personaluntergrenzen in der Krankenhauspflege werden von Experten grundsätzlich unterstützt, stoßen bei den Kliniken selbst aber auch auf Skepsis. Im Rahmen einer Anhörung des Gesundheitsausschusses des Bundestages verwies die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) auf finanzielle und organisatorische Probleme, die das Gesetz nach sich ziehe. Danach sind die DKG und der GKV-Spitzenverband unter Beteiligung der Privaten

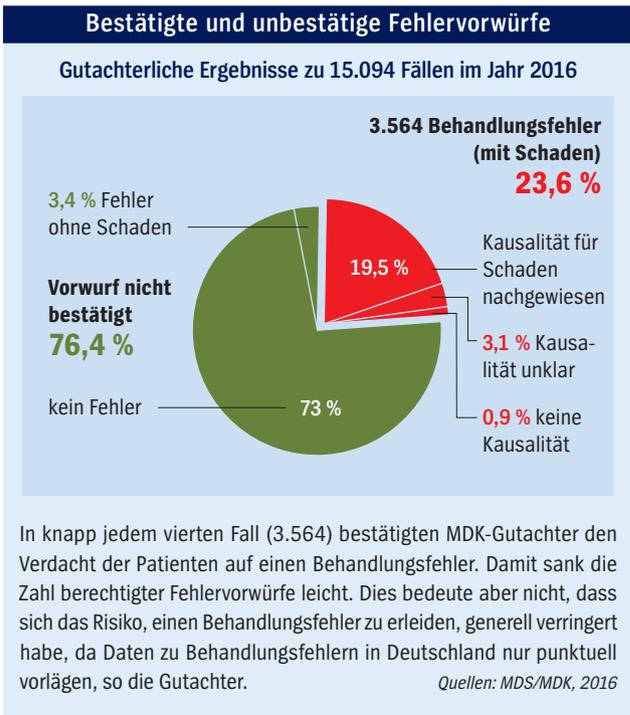
Krankenversicherung beauftragt, Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen verbindlich festzulegen. Intensivstationen sowie die Besetzung des Nachtdienstes sind dabei einzubeziehen. Die Regelungen sollen bis Ende Juni 2018 vereinbart und zum 1. Januar 2019 umgesetzt sein. Geplant sind Sanktionen für den Fall, dass ein Krankenhaus die Personaluntergrenzen nicht einhält. Wie sich diese in der Pflege auswirken, ist bis Ende 2022 zu evaluieren. ■

MEHR INFOS:
www.blickpunkt-klinik.de

MEDIKAMENTE
Grüne für globalen Forschungsfonds

Die Grünen-Fraktion im Bundestag hat sich für Einrichtung eines solidarisch finanzierten und von der WHO koordinierten Forschungsfonds ausgesprochen. Der Fonds solle Prämien und andere Anreizmechanismen für innovative medizinische Forschung bereitstellen, heißt es in einem Antrag der Grünen. Pharmafirmen sollen im Gegenzug verpflichtet werden, neue Medikamente zum Herstellungspreis anzubieten, um allen Menschen Zugang zu den Präparaten zu ermöglichen. Weltweit würden immer weniger Wirkstoffe gegen lebensbedrohliche Krankheiten erforscht, begründen die Abgeordneten ihren Vorstoß. Zugleich stiegen die Ausgaben für neue Arzneimittel ungebremst. Millionen von Menschen bleibe der Zugang zu neuen, bezahlbaren Therapien verwehrt. ■

MEHR INFOS:
Bundestagsdrucksache 18/12383



verbandes Bund der Krankenkassen (MDS). Die Einführung einer Meldepflicht wie etwa in Großbritannien könne ein Schritt sein, um die Sicherheitskultur zu verbessern. Gleiches gelte für die

KOMASAUFEN
Jugendliche trinken weniger Alkohol

Laut einer Umfrage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist

ARBEITEN IM FREIEN Besserer Schutz vor Hautkrebs

Zu viel UV-Strahlung erhöht das Risiko einer Hautkrebserkrankung. Besonders gefährdet sei die Berufsgruppe der Arbeitnehmer, die im Freien arbeiten müssten, warnte die Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM) zum Start der Sommersaison. Notwendig seien daher arbeitsmedi-



ganisation, die unter dem Motto „Kein AIDS für alle!“ steht. Schwerpunkt der Kampagne ist es, Menschen zum HIV-Test zu motivieren und den Zugang zu HIV-Medikamenten zu erleichtern. „Dass Menschen eine potenziell tödliche Krankheit bekommen, die sich längst vermeiden lässt, dürfen wir nicht hinnehmen“, betonte DAH-Vorstandsmitglied Manuel Izdebski mit Blick auf die jährlich rund 1.000 Neuerkrankungen in Deutschland. Aids bricht demnach in den meisten Fällen bei denen aus, die nichts von ihrer Krankheit wissen. Laut Aids-Hilfe leben rund 13.000 Menschen unwissentlich mit HIV in Deutschland. ■

BUNDESAUSSCHUSS Qualitätsverträge für Klinikleistungen

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat erstmals vier stationäre Leistungen festgelegt, zu denen die Krankenkassen künftig zeitlich befristete Qualitätsverträge mit Kliniken schließen können. Zu den Leistungen zählen auch die endoprothetische Gelenkversorgung sowie die Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus. Das neue Instrument der Qualitätsverträge ist Bestandteil des zum 1. Januar 2016 in Kraft getretenen Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG). Mit den Qualitätsverträgen soll erprobt werden, inwieweit sich stationäre Behandlungen durch Anreize sowie höherwertigere Anforderungen an die Qualität verbessern lassen. ■

zinische Vorsorge sowie eine erfolgreiche und nachhaltige Prävention von Hautkrebs am Arbeitsplatz, betonte DGAUM-Präsident Professor Hans Drexler. Hautkrebs als Berufskrankheit ist seit 2015 anerkannt. ■

KAMPAGNE Organisation sieht Ende von Aids nahen

Die Deutsche Aids-Hilfe (DAH) hält ein Ende von Aids für machbar. Schon ab dem Jahr 2020 solle in Deutschland niemand mehr an Aids erkranken müssen, lautet der Tenor einer entsprechenden Kampagne der Or-

Was tun gegen Legal Highs?

Die Zahl der Drogentoten hat erneut zugenommen. Auffällig ist der Anstieg der Todesfälle durch Legal Highs – deklariert als vermeintlich harmlose Kräutermischungen oder Badesalze. Was muss geschehen?



MARLENE MORTLER (CSU), Drogenbeauftragte der Bundesregierung: Ich warne schon lange vor den Gefahren, die von neuen psychoaktiven Stoffen ausgehen. Ihr Wirkstoffpotenzial übersteigt das der altbekannten Drogen häufig um ein Vielfaches. Außerdem sind sie tückisch: Keiner weiß, was sie wirklich enthalten und wie sie wirken. Mit dem Neupsychoaktive-Stoffe-Gesetz kann die Polizei nun besser gegen Dealer vorgehen. Wichtig sind zudem Prävention und Frühintervention. Ich will, dass alle, die mit solchen Drogen auffällig werden, umgehend ein Hilfsangebot erhalten. Legal Highs sind hochgefährliche, psychoaktive Substanzen mit schlimmstenfalls tödlicher Wirkung.

DR. HARALD TERPE, Sprecher für Drogen- und Suchtpolitik der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen: Das Stoffgruppenverbot verhindert weder die Verbreitung neuer psychoaktiver Substanzen, noch schützt es vor riskantem Drogenkonsum. Es tauchen weiter neue Substanzen mit erheblichen oder unklaren Nebenwirkungen auf. Die Cannabisprohibition ist ein Grund, warum die Substanzen überhaupt auf dem Markt sind: Konsumenten versuchen, auf vermeintlich legale Alternativen auszuweichen. Das Strafrecht allein ist der falsche Ansatz. Eine Regulierung von Substanzen mit Abhängigkeitspotenzial muss sich an ihrer Gefährlichkeit orientieren und wirksamen Jugendschutz und Suchtprävention etablieren.



FRANK TEMPEL, drogenpolitischer Sprecher der Linksfraktion: Die Verbreitung von Legal Highs ist eine direkte Folge des Cannabisverbots. Zwei Drittel der Legal Highs sind synthetische Cannabinoide. Viele Konsumierende wollen das Cannabisverbot umgehen, das zeigen die vielen Konsum- und Todesfälle in Bayern. Wäre das gut erforschte Cannabis staatlich reguliert, würden sich weniger Konsumierende den unbekannteren Gefahren für ihr Rauschbedürfnis aussetzen. So spielen Legal Highs in den Niederlanden überhaupt keine Rolle. Ein Stoffgruppenverbot von Legal Highs hilft nicht – es befördert die Produktion weiterer neuer Substanzen. Das zeigen die dynamischen Reaktionen des Schwarzmarktes.

CHRISTINE KÖHLER-AZARA, Drogenbeauftragte für Berlin: Von 167 Drogentoten in Berlin im Jahr 2016 waren zwei Fälle auf Mischkonsum mit neuen psychoaktiven Substanzen oder mit sogenannten Legal Highs zurückzuführen. Der Anstieg der Drogentoten in Berlin ist mehreren Faktoren geschuldet. Dazu gehören unter anderem der steigende Anteil älterer Menschen unter den Drogenabhängigen – verbunden mit höherer Komorbidität und langjähriger Abhängigkeit wie auch eine zunehmende Drogenvielfalt, die zu Mischkonsum mit unkalkulierbaren Wechselwirkungen führt. Auffällig ist auch ein Konsumtrend hin zu eher aufputschenden Substanzen wie Amphetaminen oder Kokain. Drogenpolitik muss all das ins Visier nehmen – nicht bloß die Legal Highs.



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

FORSCHUNG

Neues Institut für Kinderernährung

Ein neues Institut soll künftig zum Thema Kinderernährung forschen. Das Institut für Kinderernährung wird am Hauptstandort des Max Rubner-Instituts in Karlsruhe angesiedelt, wie Bundesernährungsminister Christian Schmidt mitteilte. Eingebunden in das Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel, solle die am neuen Institut vorhandene Kompetenz genutzt werden, um die speziellen Bedürfnisse von Kindern in der Ernährung zu erforschen. ■

ÄRZTETAG

Mediziner kritisieren weiche Rationierung

Die Delegierten des 120. Deutschen Ärztetages Ende Mai in Freiburg haben sich für einen gesundheitspolitischen Strategiewechsel hin zu einer stärkeren Patientenorientierung ausgesprochen. Der von der Politik ausgerufene „Wettbewerb im Gesundheitswesen“ erweise sich zunehmend als verhängnisvoll. Ärzte, Krankenhäuser und Pflegeberufe stünden unter einem ständigen Leistungsdruck. Es werde primär auf Kosten- und Mengenbegrenzung gesetzt. „Diese Politik hat uns in die weiche Rationierung und in schlechtere Versorgung zu höheren Kosten geführt“, heißt es in einer Entschließung des Ärztetages. Stattdessen sei auf mehr Patientenversorgung hinzuwirken. Voraussetzung dafür sei, den Bedarf an Versorgung „regional aufgeschlüsselt“ zu untersuchen. ■

MEHR INFOS:

www.bundesaerztekammer.de

Köpfe und Karrieren



+++ **MONIKA BACHMANN**, 67, hat in der neuen saarländischen Landesregierung das Ressort Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie übernommen. Die Christdemokratin bekleidet das Ministeramt seit November 2014. Nach ihrer Ausbildung arbeitete sie zunächst bis 1973 bei einem Kreditinstitut, nach der Familienphase als Bezirksleiterin einer Bausparkasse und von 1992 bis 2004 als Versicherungsfachfrau bei der Saarland-Versicherung. Dem Vorstand der CDU Saar gehörte sie von 1985 bis 2010 an und dem saarländischen Landtag von 1994 bis 2004. Bevor sie im Jahr 2012 saarländische Innenministerin wurde, war sie seit 2011 Sozialministerin des Landes und zuvor sieben Jahre lang Landrätin des Landkreises Saarlouis.

+++ **BERND MEURER**, 60, steht für weitere vier Jahre als Präsident an der Spitze des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste (bpa). Der Vorsitzende der bpa-Landesgruppe Rheinland-Pfalz trat dieses Amt erstmals vor 20 Jahren an. Der bpa ist nach eigenen Angaben mit mehr als 10.000 Mitgliedseinrichtungen die größte Interessenvertretung privater Anbieter sozialer Dienstleistungen in Deutschland. Dort sind Einrichtungen der ambulanten und (teil-)stationären Pflege, der Behindertenhilfe sowie der Kinder- und Jugendhilfe in privater Trägerschaft zusammengeschlossen.



+++ **JÜRGEN HOHNL**, 54, ist für weitere sechs Jahre zum Geschäftsführer des IKK e.V. gewählt worden. Der Germanist (M.A.) arbeitet seit 25 Jahren für die Interessenvertretung der Innungskrankenkassen auf Bundesebene. Von 2004 bis 2008 leitete er die Abteilung Marketing des IKK-Bundesverbandes. Zuvor war er dort sieben Jahre lang Leiter des Stabes Verwaltungsrat und über weitere vier Jahre für Prozesssteuerungen zuständig. Alternierende Vorstandsvorsitzende des IKK e.V. sind der Versichertenvertreter Hans-Jürgen Müller, Gewerkschaftssekretär der IG Bau, und der Arbeitgebervertreter Hans Peter Wollseifer, Präsident des Zentralverbandes des Deutschen Handwerks.

GESUNDHEITSKOMPETENZ
Faktenboxen bald auch in Österreich

Die AOK-Faktenboxen machen auch außerhalb Deutschlands von sich reden. Das renommierte British Medical Journal (BMJ) hat jetzt einen Beitrag von Professor Gerd Gigerenzer und Dr. Kai Kolpatzik über das Konzept und die Umsetzung verständlicher Gesundheitsinformationen veröffentlicht. Der Artikel ist in der aktuellen BMJ-Printausgabe erschienen. Im Vorfeld der BMJ-Veröffentlichung hatte der AOK-Bundesverband bereits ausgewählte „Fact Boxes“ in englischer Sprache veröffentlicht. Auch der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungs-

träger will die Faktenboxen übernehmen. Bereits im August soll der Startschuss dafür fallen. Den AOK-Faktenboxen liegt die Idee zugrunde, Versicherten und Patienten verständliche Informationen und Entscheidungshilfen zu Risiken und Nutzen von medizinischen Verfahren, Produkten oder Arzneimitteln bereitzustellen und so ihre Gesundheitskompetenz zu verbessern. Eine Untersuchung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK hatte ergeben, dass die Gesundheitskompetenz bei sechs von zehn Deutschen problematisch bis unzureichend ist. ■

MEHR INFOS:

www.aok-bv.de > Engagement > Gesundheitskompetenz > Faktenboxen

DATEN-ANALYSE

Neues Online-Tool zu Arzneien

Welche Medikamente verordnen Ärzte am häufigsten? Und wie hoch liegen die Nettokosten je Tagesdosis? Antworten darauf gibt ein neues Online-Analysetool des Wissenschaftlichen Instituts der AOK. Der PharMaAnalyst bietet die verordnungs- und umsatzstärksten Arzneimittel eines Jahres in der gesetzlichen Krankenversicherung nach verschiedenen Kriterien für Analysen an. Derzeit stehen die Daten von mehr als 3.000 Arzneimitteln des Jahres 2015 zur Verfügung. ■

MEHR INFOS:

<http://arzneimittel.wido.de/> PharMaAnalyst/

Im richtigen Moment an HIV denken



= KEIN AIDS!

Die dritte Gürtelrose in kurzer Zeit? Drastischer Gewichtsverlust? Pilzbefall im Mund, wie Sie ihn noch nie gesehen haben? Hinter rätselhaften Erkrankungen kann eine HIV-Infektion stecken. Ein HIV-Test schafft Klarheit – und kann Leben retten!

Jetzt mitmachen, Geschichte schreiben:
kein-aids-fuer-alle.de

STUDIE

Zu viel Smartphone macht Kinder krank

Die Dauernutzung digitaler Medien kann bei Kindern zu Konzentrations- und Sprachproblemen, sozialen Störungen und Fettleibigkeit führen. Zu diesem Ergebnis kommt die sogenannte Blick-Medien-Studie, die die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marlene Mortler, Ende Mai vorgestellt hat. Für die Studie hatten rund 80 Kinderärzte im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen bei knapp 6.000 Kindern den Zusammenhang von Mediennutzung und Gesundheit erfasst und dabei erhebliche gesundheitliche Risiken festgestellt: So steigt schon beim täglichen Gebrauch eines Smartphones von einer halben Stunde bei den Acht- bis 13-Jährigen das Risiko von Konzentrationsstörungen auf das Sechsfache des üblichen Wertes. Mortler betonte, Eltern bräuchten beim Thema Mediennutzung mehr Orientierungshilfen. ■



Eltern sollten bei ihren Kindern frühzeitig auf den richtigen Umgang mit digitalen Medien achten.

PALLIATIVMEDIZIN

Vereinbarungen zur Hospizversorgung

GKV-Spitzenverband und Vertreter der Hospizarbeit haben die Rahmenvereinbarung für stationäre Hospize überarbeitet. Zusätzlich wurde eine Übereinkunft für Kinderhospize getroffen. Die Verein-

barungen, die seit Mai gelten, regeln die Orientierungswerte für Personal und Flächenbedarf der Hospize. Ein Hospizaufenthalt kommt danach insbesondere bei onkologischen oder neurologischen Erkrankungen sowie schweren Erkrankungen des Herzens oder der Lunge in Betracht. Derzeit gibt es in Deutsch-

land 237 stationäre Hospize. Dabei handelt es sich um kleine, eigenständige Einrichtungen mit acht bis 16 Betten. Ziel palliativmedizinischer Behandlung und Pflege in Hospizen ist es, schwerkranken Menschen eine würdige und selbstbestimmte letzte Lebensphase zu ermöglichen. ■

SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH**„Televisiten erhöhen Therapietreue der Patienten“**

Bessere Nachsorge für Nierentransplantierte: Die AOK Niedersachsen unterstützt ein neues Projekt aus Hannover. Dazu Fragen an den alternierenden Verwaltungsratsvorsitzenden der Kasse, **Ulrich Gransee**.



G+G: Herr Gransee, welche Vorteile bietet das Projekt NTx 360° für nierentransplantierte Patienten?

GRANSEE: Unser Bestreben ist, dass durch eine verbesserte Nachsorge das neue Organ möglichst lange funktioniert und die Lebensqualität der Patienten verbessert wird. Dies geschieht mithilfe einer engen Zusammenarbeit der Medizinischen Hochschule Hannover mit heimatnahen Praxen. Den Patienten wird die teils lange, beschwerliche Anreise in die Klinik erspart, die Nachsorge erfolgt wohnortnah. Zudem unterstützen Sportmediziner und Psychosomatiker die Patienten.

G+G: Wie funktioniert das genau?

GRANSEE: Mit Televisiten schalten sich die Transplantationsexperten mit dem wohnortnahen Facharzt und dem Patienten zusammen. Man kann sich das wie einen sicheren Skype-Chat vorstellen. Über eine

elektronische Patientenakte sind für die Beteiligten auch bisherige Untersuchungen, Diagnosen, Medikation und Therapien sofort verfügbar. Missverständnisse sind so nahezu ausgeschlossen. Auf diese Weise erhöhen die Televisiten auch die Therapietreue der Patienten, was medizinisch wichtig ist.

G+G: Wie viele Patienten können davon profitieren?

GRANSEE: Insgesamt schließt das Projekt etwa 1.000 Nierentransplantierte ein. 400 Teilnehmer sind AOK-versichert. Wir haben uns dafür eingesetzt, dass das Nachsorgeprogramm als neue Versorgungsform mit rund sechs Millionen Euro aus dem Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert wird. Die sektorenübergreifende Versorgung ist richtungsweisend. Hier liegt noch viel Potenzial.

Diagnosen auf Distanz

Deutschlands Ärzte dürfen seit Kurzem Online-Sprechstunden anbieten. Gut so, meint Adelheid Müller-Lissner. Eine körperliche Untersuchung könne die virtuelle Visite aber nicht ersetzen.



„DOC AROUND THE CLOCK“ – so tönt es nun schon seit 16 Jahren schwungvoll aus der Schweiz herüber. Über ein Internetportal können dort Versicherte vom Wohnzimmer aus ebenso wie aus dem Büro oder vom Urlaubshotel aus Kontakt zum Doktor aufnehmen. Tag und Nacht, in der Anfangsphase nur per Telefon, inzwischen längst auch über PC, Tablet oder Smartphone. Ärzte können Rezepte ausstellen

und ihre Patienten aus der Ferne krankschreiben.

Diagnosen auf Distanz, wie sie den Eidgenossen schon lange zur Verfügung stehen, sind seit Kurzem prinzipiell auch in Deutschland möglich. Lange stand das Fernbehandlungsverbot, ein Bestandteil der ärztlichen Musterberufsordnung, wie ein Bollwerk dagegen. Das neue E-Health-Gesetz lockert das Verbot. Mediziner dürfen ihren Patienten nun auch Online-Sprechstunden anbieten. Es gibt aber eine wichtige Einschränkung: Die Gesprächspartner müssen sich zuvor schon in der Praxis kennengelernt haben. Vor allem chronisch kranken Patienten, die in ländlichen Regionen leben und es bis zur nächsten Arztpraxis weit haben, könnte das das Leben erleichtern. Gut so.

Nicht ganz so rosig nimmt sich die Lage allerdings für die Ärzte aus: Den Investitionen für das vorgeschriebene Equipment steht ein unattraktiver Erlös gegenüber. Viele werden sich deshalb vorerst hüten, ihren Patienten das neue Angebot zu machen.

Die Wünsche der Bürger gehen dabei möglicherweise schon heute darüber hinaus: Über ein Drittel der Erwachsenen würden auch eine Video-Sprechstunde bei einem Mediziner besuchen, den sie vorher noch gar nicht kannten, so Umfragen. Modellprojekte, die „ärztliche Behandlung ausschließlich über Kommunikationsnetze“ ermöglichen, tragen solchen Wünschen inzwischen Rechnung. Miete für Praxisräume und Kosten für Gerätschaften werden Mediziner sich aber auch in Zukunft nicht sparen können – trotz virtueller Sprechstunden. Denn die körperliche Untersuchung und Behandlung ist durch nichts zu ersetzen.

Freilich ist sie nicht immer nötig. Gerade aus dem Bereich der Online-Psychotherapien kamen in den vergangenen Jahren ermutigende Forschungsergebnisse. Schriftlich oder per Video von zu Hause aus mit dem Therapeuten zu kommunizieren, senkt hier möglicherweise sogar die Hemmschwelle. Nähe durch Distanz – besonders bei seelischen Leiden ist mit der rechnerbasierten Behandlung zu rechnen. ■

Dr. Adelheid Müller-Lissner arbeitet als freie Journalistin in Berlin.

G20-TREFFEN

Einstieg in globale Gesundheitspolitik

Das erstmalige Treffen der G20-Gesundheitsminister Mitte Mai in Berlin kann nach Ansicht von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe als Einstieg in eine globale Gesundheitspolitik gewertet werden. Früher sei Gesundheitspolitik in der Gruppe der wichtigsten Industrie- und Schwellenländer nur sporadisch ein Thema gewesen, nun würden wichtige gesundheitspolitische Fragen auf der Ebene systematisch weiterverfolgt, sagte Gröhe vor dem Gesundheitsausschuss des Bundestages. Um etwa der Ausbreitung gefährlicher Infektionskrankheiten etwas entgegenzusetzen zu können, sei ein internationales Vorgehen nötig. Das habe sich zuletzt im Fall der Ebola-Epidemie in Westafrika gezeigt. Bei solchen Krisen sei eine schnelle internationale Reaktion erforderlich. Bedeutsam sei zudem die Eindämmung von Antibiotika-Resistenzen. Hier sei der internationale Zusammenhalt ebenso wichtig wie die Kooperation mit der Weltgesundheitsorganisation. ■

MEHR INFOS:

www.bmg.bund.de > Presse

SENIOREN

Gesundheitswesen oft ein Irrgarten

Mehr Anstrengungen, um die Gesundheitskompetenz älterer Menschen zu fördern, haben Teilnehmer der Konferenz „Gesundheitskompetenz in der zweiten Lebenshälfte“ in Hannover gefordert. „Vor allem älteren Menschen fällt es in der Regel besonders schwer, sich im Gesundheits-

wesen zu orientieren, mit den Herausforderungen von Krankheitsbewältigung und Gesunderhaltung umzugehen und die dazu erforderlichen Entscheidungen zu treffen“, sagte Dr. Heidrun Thaiss, Leiterin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Die BZgA hatte zu der Tagung eingeladen. ■

MEHR INFOS:

www.gesund-aktiv-aelter-werden.de

KIRCHEN

Pflegegehälter angleichen

Eine bessere Bezahlung von Fachkräften in der Altenpflege hat die Diakonie Deutschland gefordert. Altenpflegekräfte sollten genauso bezahlt werden wie Fachkräfte in der Krankenpflege, sagte Diakonie-Präsident Ulrich Lilie. Die Wissens- und Qualitätsanforderungen in der Ausbildung sollten auf dem gleichen Niveau liegen. ■

UMFRAGE

Mehrheit hält sich sportlich fit

Drei von vier Bundesbürgern sind in der Freizeit sportlich aktiv oder planen, in der nächsten Zeit wieder Sport zu betreiben. Zu diesem Ergebnis kommt ein neuer Report des Marktforschungs- und Beratungsinstituts YouGov. Dafür wurden insgesamt 2.017 sportlich interessierte Deutsche befragt. 41 Prozent von ihnen überlegen demnach, Mitglied in einem Fitnessstudio zu werden. Derzeit seien von „den sportlich- und fitnessinteressierten Deutschen“ lediglich ein Fünftel (22 Prozent) Mitglied in einem solchen Studio. ■

Vor allem Patienten in ländlichen Regionen könnten profitieren.

Tauziehen um Obamacare

US-Präsident Donald Trump will der Gesundheitsreform seines Vorgängers Barack Obama den Garaus machen. Einen Etappensieg erzielte er im Repräsentantenhaus. Stimmt auch der Senat zu, geht es vor allem armen und kranken Amerikanern schlecht. **Von Jana Kötter**

Zelma Powler ist in Sorge. Als sie mit ihrem Enkel durch ein Einkaufszentrum schlendert, muss sie seine Wünsche ablehnen. Untypisch für die 64-Jährige. Doch die Rentnerin weiß nicht, was die Zukunft bringt. „Wenn Präsident Trump Obamacare abschafft, dann habe ich große Angst, dass sich meine Situation weiter verschlechtert“, sagt sie. Seit sie in Rente ist, ist die ehemalige Hausmeisterin auf Obamacare angewiesen.

Zelma Powler ist eine von rund 20 Millionen Amerikanern, die über den 2010 von Barack Obama installierten Affordable Care Act in eine Krankenversicherung gelangt sind. Viele von ihnen bangen in diesen Tagen, wie es mit dem Gesundheitssystem weitergeht. Denn bereits während des Wahlkampfes hatte Donald Trump angekündigt, die Reform seines Amtsvorgängers abzuschaffen.

Aus Sicht der oppositionellen Demokraten ist der Affordable Care Act, der als Obamacare bekannt wurde, eine der wichtigsten Errungenschaften der achtjährigen Amtszeit Obamas. Vor der Einführung gab es keine flächendeckende Vorsorge. Menschen mit geringem Einkommen, die mit Medicaid eine Art Grundversorgung erhalten, profitieren derzeit von Obamacare. So wie Zelma Powler: 209 Dollar Rente erhält sie im Monat. Hinzu kommen 667 Dollar staatliche Unterstützung, mit der auch die Krankenversicherung abgedeckt ist.

Hilfen für Geringverdiener. Kern von Obamacare ist das sogenannte Individual Mandate. Danach muss jeder US-Amerikaner eine Krankenversicherung abschließen, wenn er nicht anderweitig – etwa durch seinen Arbeitgeber – abgesichert ist. Geringverdiener wie Zelma Powler erhalten Hilfe durch das aus Steuermitteln finanzierte Gesundheits-

fürsorgeprogramm Medicaid. US-Bürger ab 65 Jahren oder mit einer Behinderung sind über die öffentliche Versicherung Medicare abgedeckt. Dem steht die Verpflichtung der Versicherungen gegenüber, Patienten unabhängig von einer Gesundheitsprüfung zu versichern. Doch genau daran rüttelt Trump in weiten Teilen. Dazu hat der Republikaner bereits in einer seiner ersten Amtshandlungen den Grundstein gelegt: Kurz nach seiner Amtseinführung unterzeichnete er einen Erlass, in dem Behörden aufgefordert worden sind, jene Obamacare-Regeln nicht weiter anzuwenden, die Bundesstaaten, Unternehmen oder einzelne Per-

sonen finanziell belasten. Gleichzeitig kündigte er an, Obamacare durch etwas „Großartiges“ zu ersetzen.

Versicherungspflicht soll weg. Anfang März legten die Republikaner dann einen ersten Gesetzentwurf vor, der zeigt, was Trump darunter versteht: Die Versicherungspflicht mit staatlichen Zuschüssen für Geringverdiener soll der Vergangenheit angehören. An dessen Stelle soll eine freiwillige Krankenversicherung treten, die mit Steuernachlässen zwischen 2.000 und 4.000 US-Dollar begünstigt werden soll. Auch werden die Unternehmen von der Pflicht befreit, ihre Mitarbeiter zu versichern. Bisher mussten Betriebe mit mehr als 50 Beschäftigten eine Krankenversicherung anbieten. Taten sie es nicht, mussten sie Strafen zahlen. Das neue Modell bestraft Menschen, die etwa beim Verlust des Arbeitsplatzes ihren Versicherungsschutz verlieren und bis zur Aufnahme eines neuen Arbeitsverhältnisses bewusst ohne Krankenversicherung leben. Wird hier ein Limit von 62 Tagen überschritten, soll der neue Versicherer einen Zuschlag von 30 Prozent erheben dürfen. Medicaid sollen die Gelder gekürzt werden. Bisher garantierte die US-Regierung den Bundesstaaten, dass sie für jeden Dollar, den sie für Medicaid ausgeben, einen Dollar Zuschuss bekommen. Trump will die Zuschüsse über Pauschalen deckeln. Praktiker befürchten Einschnitte bei den Leistungen.

„Niemand weiß, wie es für Menschen wie uns weitergeht“, formuliert Rentnerin Powler ihre Sorge. Gewissheit ist für US-Bürger in der Tat noch nicht in Sicht. Anfang Mai hat Trump mit seinen Plänen zwar einen Etappensieg verbucht: Das Repräsentantenhaus stimmte für seinen Gesetzentwurf. Doch der Senat, die zweite Kammer im US-Kongress, wird das

Steine des Anstoßes

- **Medicaid:** Die Grundversorgung für sozial Schwache will Trump deutlich kürzen.
- **Grundleistungen:** Unter Obamacare muss jede Versicherungspolice eine Grundversorgung gewährleisten, zum Beispiel Krebsbehandlungen, gynäkologische Leistungen und Vorsorgeuntersuchungen. Trumps Pläne sehen vor, dass die Bundesstaaten entscheiden können, welche Leistungen auf ihrem Territorium verpflichtend sind.
- **Arbeitgeber:** Unternehmen mit mehr als 50 Beschäftigten müssen in den USA ihre Mitarbeiter versichern – oder Strafe zahlen. Diese Pflicht will Trump aufheben.
- **Versicherungspflicht:** Bisher muss jeder, der sich nicht versichert, eine Strafe in Form von höheren Steuern zahlen. Unter Trump soll dies erst nach 63 Tagen einsetzen – nicht mehr über Steuern, sondern über höhere Tarife.
- **Steuervorteile:** Nach Obamacare kann die Krankenversicherung steuerlich geltend gemacht werden, wenn sie zehn Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens übersteigt. Trump will die Bremse herausnehmen. Besserverdienende hätten dadurch einen Steuervorteil.

Gesetz nicht vor Juni debattieren. Und: Die Abgeordneten im Senat haben sich bereits sehr kritisch geäußert. Ein Ende des Tauziehens war bei Redaktionsschluss von G+G noch nicht absehbar. Bereits beim ersten Vorstoß im Repräsentantenhaus im März musste der republikanische Fraktionsvorsitzende Paul Ryan den Gesetzentwurf in letzter Minute zurückziehen, weil ihm die Mehrheit fehlte. Gegenwind kam aus den eigenen Reihen. Dem ultrarechten Parteiflügel ging der Entwurf nicht weit genug. Gleichzeitig eckten mögliche Kompromisse am linken Rand der Fraktion an. Auch auf einen zweiten angekündigten Gesetzentwurf Anfang April konnte man sich nicht einigen: Die Kluft zwischen rechtem und linkem Flügel in der Partei war offenbar größer als gedacht.

Höhere Sätze für Schwerkranke. Ein zentraler Punkt ist dabei die Versicherung von Menschen mit Vorerkrankungen. Zunächst sollte an der Verpflichtung,



„Ich habe große Angst, dass sich meine Situation noch weiter verschlechtert.“

Zelma Powler (64), Rentnerin in Minneapolis (Minnesota), ist über eine Obamacare-Police versichert.

Menschen unabhängig von ihren Vorerkrankungen zu versichern, nicht gerüttelt werden. Der im Repräsentantenhaus verabschiedete Gesetzentwurf sieht jedoch vor, dass Krankenversicherer unter bestimmten Umständen höhere Sätze für Schwerkranke berechnen dürfen. Die Entscheidung darüber wird jedoch den Bundesstaaten übertragen. Sie können es etwa verweigern, dass Versicherer verpflichtet werden, Gesunde und Kranke zu gleichen Beiträgen zu versichern. Versicherungsnehmer mit Vorerkrankungen oder ältere Bürger müssten dann mehr



„Die Krankenversicherung in den USA ist zu teuer. Vor allem, weil damit auch nur die Basisleistungen abgedeckt sind und wir dann noch weiter dazu zahlen müssen, wenn wirklich etwas ist.“

Ethan Merther (37), Dachdecker in Minneapolis (Minnesota), ist mit seinen vier Kindern über die Anstellung seiner Frau versichert.

zahlen oder würden weniger Leistungen erhalten. Im Gegenzug sollen die Bundesstaaten Hochrisiko-Pools für Betroffene einrichten. Hierfür will Washington acht Milliarden Dollar für fünf Jahre zur Verfügung stellen.

Für Menschen wie die 32-jährige Alex Leslie und ihren Ehemann Tom könnte das dramatische Folgen haben. Wegen einer Vorerkrankung Toms – er bekam vor drei Jahren die Diagnose Prostatakrebs – müssten sie deutlich steigende Policen befürchten. „Dabei sind die Beiträge schon heute viel zu hoch. Das können wir uns nicht leisten“, so Alex Leslie. Sie überlege, von der freiwilligen Versicherung Gebrauch zu machen und ohne Police zu bleiben, um Geld zu sparen.

Die Zahl der Menschen, die diese Überlegung teilen, könnte mit Trumps als „Obamacare light“ kritizierter Reform noch steigen, fürchtet das unabhängige Haushaltsbüro des Kongresses, das Congressional Budget Office (CBO). In ihrem jüngsten Bericht zeigen die Haushaltsexperten auf, dass im Jahr 2018 rund 14 Millionen Menschen weniger versichert sein könnten als heute und sich die Zahl bis zum Jahr 2026 um weitere 23 Millionen auf 51 Millionen erhöht (siehe Webtipp). Die Studienautoren gehen davon aus, dass viele Menschen aus der Krankenversicherung aussteigen, da sie ohne Versicherungspflicht keine Strafen

mehr fürchten müssen. Die Steueranreize könnten das nicht ausgleichen.

Kritik von Ärzten. Entsprechend scharfe Kritik musste Trump für seine Gesundheitspolitik bereits einfahren. In einem Brief an die Parlamentsausschüsse warnte die nationale Interessenvertretung der Ärzte (American Medical Association) vor „dem zu erwartenden Rückgang der Versichertenzahlen und dem potenziellen Schaden für verwundbare Bevölkerungsgruppen“. Tatsächlich könnten nach dem CBO-Bericht viele wegen steigender Prämien auf die Versicherung verzichten.



„Obamacare-Policen sind für uns nicht erschwinglich. Die Beiträge sind viel zu hoch, sie sind auch extrem gestiegen.“

Alex Leslie (32), Angestellte in Cable (Wisconsin), ist nicht über ihren Arbeitgeber krankenversichert – hofft aber, bald in die Versicherung ihres Ehemanns Tom einsteigen zu können.

Alex Leslie ist in großer Sorge, bemüht sich aber um Ruhe. „Aktuell weiß niemand genau, was kommt“, sagt sie. „Wir müssen einfach abwarten, wie es weitergeht.“ Wie sich der Senat positioniert, ist noch unklar – ebenso die Frage, wie schnell Änderungen nach einem Beschluss überhaupt in Kraft treten. Auch Zelma Powler bangt damit weiter. ■

Jana Kötter ist Redakteurin im Ressort Politik der „Ärzte Zeitung“.

Kontakt: Jana.Koetter@googlemail.com

Webtipp

Bericht des unabhängigen Haushaltsbüros des Kongresses CBO vom 24. Mai 2017: www.cbo.gov > Cost Estimate > H.R. 1628, American Health Care Act of 2017

Hebel für mehr Qualität

Studien belegen es, Erfahrungen anderer Länder bestätigen es: Mindestmengen in Kliniken können Leben retten. In Deutschland würden entsprechende Vorgaben aber nur halbherzig umgesetzt, so die Kritik bei der Veranstaltung „AOK im Dialog“. Von Thomas Hommel

Die Sorgenfalten im Gesicht von Thomas Mansky waren sogar von den hinteren Plätzen im Plenum zu erkennen. Es mache ihn fast schon krank zu sehen, wie weit Deutschland mit Blick auf Versorgungsqualität und Mindestmengen international zurückfalle, sagte Mansky, der Leiter des Fachgebietes Strukturentwicklung und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen an der Technischen Universität Berlin ist, auf der Veranstaltung „AOK im Dialog“ Ende Mai. Der Einladung des AOK-Bundesverbandes waren rund 100 Gäste gefolgt.

Die Mindestmengen für derzeit sieben Leistungsbereiche – darunter etwa komplexere Eingriffe an der Speiseröhre und der Bauchspeicheldrüse – seien hierzulande mit nur geringen Fallzahlen hinterlegt (*siehe Kasten*) und würden obendrein von vielen Kliniken nicht eingehalten. Und das, obwohl die Vorgaben Leben retten könnten. „Wir reden hier ja nicht über graue Theorie, sondern über Fakten“, betonte Mansky und nannte als Beispiel die Niederlande. Die Mindestmenge für Speiseröhren-Operationen liege dort mit 20 Eingriffen pro Klinik und Jahr doppelt so hoch wie in Deutschland. Die mittlere Sterblichkeit falle aber nur halb so hoch aus.

Mehr Flexibilität. Bayerns Gesundheitsministerin Melanie Huml stufte die Mindestmengen denn auch als „sehr gutes Instrument“ zur Qualitätssicherung in Kliniken ein. Sie fügte aber hinzu, es sei nicht immer leicht zu entscheiden, „ab welcher Fallzahl es wirklich gut ist“. Mindestmengen dürften daher nicht „einzementiert“ werden, gefragt sei Flexibilität im Umgang damit. Zudem dürfe die Krankenhausplanung der Länder nicht über Qualitätsindikatoren ausgehebelt werden. Als Gesundheitsministerin eines

Eingriffe mit Mindestmengen

In Deutschland gibt es bisher für sieben Operationen Mindestmengen, das heißt Vorgaben einer Untergrenze an Eingriffen, die eine Klinik pro Jahr erreichen muss, wenn sie die Operation vornehmen will. Zu den Leistungsbereichen, für die der Gemeinsame Bundesausschuss Mindestmengen vorgegeben hat, gehören: Lebertransplantation (Mindestmenge 20), Nierentransplantation (25), Versorgung von Früh- und Neugeborenen unter 1.250 Gramm (14), komplexe Eingriffe an der Speiseröhre (10) sowie an der Bauchspeicheldrüse (10), Stammzellentransplantation (25) und Kniegelenk-Totalendoprothesen (50).

Flächenstaates müsse sie eine wohnortnahe Versorgung für alle dort lebenden Menschen sicherstellen.

SPD-Gesundheitsexpertin Sabine Dittmar sprach sich ebenfalls für mehr Flexibilität aus – jedoch mit anderer Zielrichtung: So sollten Mindestmengen nicht an den Kliniken, sondern an den Operateuren festgemacht werden. Schließlich sei es längst üblich, dass große Klinikbetreiber ihre Operationsteams an mehreren Standorten einsetzten.

Für die Kliniken stellte der Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Georg Baum, klar, dass weder die Häuser noch die DKG „geborene Gegner“ von Mindestmengen seien. Würden Mindestmengen „unverkrampt und mit Toleranzen versehen“ eingesetzt, ließe sich das Instrument auch „breiter“ anwenden. „Das kann sicher noch mehr werden.“ Baum warb für Mindestmengen mit einer eingebauten Abweichung nach unten um zehn Prozent.

AOK fordert Rechtssicherheit. Derartige „Korridore“ sind unter Experten umstritten. Bei einer festgelegten Mindestmen-

ge von beispielsweise 30 Eingriffen und einer zu tolerierenden Abweichung um zehn Prozent, liege die Mindestmenge de facto bei 27. Auf diese Weise, so die Kritik, würde das an sich scharfe Instrument stumpf gemacht.

Auch der Vorstandschef des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch, warnte davor, Regelungen zu Mindestmengen durch immer neue Ausnahmen und Abweichungen zu untergraben. Schließlich handele es sich um eine „einfache, klare und griffige Qualitätsmaßnahme“. Die Forderung nach „Korridoren“ lehne er deshalb ab. „Wir müssen die klare Datenlage auch in Deutschland einfach mal ernstnehmen“, betonte Litsch. Der Zusammenhang zwischen Eingriffshäufigkeit und Behandlungsqualität sei jedenfalls „vollkommen unstrittig“. Die AOK setze sich dafür ein, bestehende Mindestmengen-Regelungen auf Eingriffe bei Schilddrüsen- und Brustkrebs, Operationen zum Hüftgelenkersatz sowie die Geburtshilfe auszuweiten.

Geringeres Risiko für Patienten. Wolf-Dietrich Trenner, ehemaliger Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss, nahm den Gesetzgeber in die Pflicht. Die Politik mache sich beim Thema Mindestmengen mit vielen Ausnahmeregelungen einen „schlanken Fuß“, monierte Trenner, der Vater einer taubblinden Tochter ist, die als Frühchen zur Welt kam und inzwischen erwachsen ist.

Den Ärzten mache er keine Vorwürfe. Sie hätten alles getan, was sie gekonnt und gewusst hätten. Sie hätten damals aber leider noch zu wenig gekonnt und gewusst. „Mindestmengen verringern das Risiko“, betonte Trenner und verwies auf die Charité. Das Universitätsklinikum entlasse aus seiner Neonatologie heute kein einziges blindes Kind mehr. ■

Blick über die Chef-Schulter

Unterschiedliche Entwicklungen traten beim SIQ-Kongress zutage: Immer häufiger begutachten Ärzte die Arbeit anderer Ärzte – ein Fortschritt für Patienten. Stillstand herrscht dagegen bei der qualitätsorientierten Klinikplanung. **Von Hans-Bernhard Henkel-Hoving**

Als Professor Bruno Schneeweiß das erste Mal ein Peer-Review-Verfahren in einer Klinik miterlebt, da gleicht diese ganz spezielle Form der Chefarztvisite in den Augen vieler seiner Kollegen einem „Tribunal“. Dass leitende Mediziner die Fallakten von Ärzten aus einem anderen Krankenhaus unter die Lupe nehmen, Auffälligkeiten besprechen und sogar Verbesserungsvorschläge entwickeln, ist 2013 in Österreich eben noch völlig unüblich. Doch mittlerweile ist das anders.

Zum einen könne sich kein Spital in der Alpenrepublik der gesetzlichen Pflicht zur Teilnahme an den jährlichen Peer-Review-Verfahren entziehen, machte Schneeweiß in Berlin auf einem gemeinsam von der Stiftung Initiative Qualitätskliniken (SIQ) und dem AOK-Bundesverband ausgerichteten Kongress deutlich. Zum anderen hätten viele seiner chefarztlichen Kollegen erkannt, wie sehr das Über-die-Schulter-Schauen der eigenen Arbeit zugutekomme. Dazu trage auch das landesweit standardisierte und damit für alle Kliniken vergleichbare Prozedere bei.

Fonds fördert Evaluation. In Deutschland dagegen ist die Teilnahme an einem Peer-Review-Verfahren für Krankenhäuser freiwillig und die Anforderungen sind zudem höchst unterschiedlich, wie Prof. Dr. Jochen Strauß von den privaten Helios-Kliniken auf dem SIQ-Kongress deutlich machte. Dennoch seien die Erfolge von Peer-Review-Verfahren hierzulande bemerkenswert: Bei den Helios-Kliniken belaufe sich rechnerisch die Zahl der in einem Jahr bei bestimmten Indikationen durch Peer-Einsätze vermiedenen Todesfälle auf 790. Eine vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses geförderte Studie soll nun die Wirksamkeit von Review-Ver-



Von anderen lernen: Peer-Review-Verfahren nützen Ärzten und Patienten.

fahren weiter untermauern – allein bei den Kliniken der Initiative Qualitätsmedizin sind in diesem Jahr 200 geplant.

Durchwachsene Bilanz. Auch für den AOK-Bundesverband ist der Einsatz von Peers ein probates Mittel, um die Qualität der medizinischen Behandlung zu erhöhen, unterstrich Vorstandschef Martin Litsch. Zusammen mit Qualitätsmessungen auf der Basis von Routinedaten seien sie ein vielversprechender Weg zur Weiterentwicklung für Hospitäler, weil hier objektive Daten „mit den persönlichen und praktischen Erkenntnissen in der Klinik kombiniert“ würden. Doch so positiv die Bilanz von Litsch beim Thema Peer-Review und Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR) ausfiel, so verhalten fiel das Fazit des Verbandschefs knapp 1,5 Jahre nach Inkrafttreten der jüngsten Krankenhausreform aus.

Zwar seien die Ausgaben für die stationäre Versorgung 2016 um 3,8 Prozent gestiegen; für das laufende Jahr sei sogar mit einem Plus von vier Prozent zu rechnen. Mit diesem Ausgabenzuwachs gehe aber bislang kein messbarer Fortschritt bei der Qualität der Behandlung einher,

im Gegenteil. „Wir sehen ein großes Defizit bei der Umsetzung der qualitätsorientierten Krankenhausplanung, das wesentlich durch die Bundesländer zu verantworten ist“, kritisierte Litsch. Aus Informationen zu schlechter Qualität von Kliniken – etwa dem Unterschreiten von Mindestmengen für komplexe Operationen – zögen die Planungsbehörden nach wie vor leider kaum Konsequenzen.

Kluge Arbeitsteilung. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe ermunterte auf dem SIQ-Kongress denn auch seine Kollegen aus den Bundesländern, die Chancen der Klinikreform zu nutzen. Ziel müsse eine „intelligente, qualitätsgetriebene Arbeitsteilung“ zwischen den Krankenhäusern sein. Längere Fahrzeiten zum besseren Hospital nähmen Patienten gewiss in Kauf. Ausdrücklich unterstützte Gröhe das Konzept der Mindestmengen. Mehr Routine bei Ärzten und Schwestern senke die Zahl der Komplikationen. Schließlich wolle kein Patient „das Montagsauto auf dem OP-Tisch“ sein. ■

MEHR INFOS:
www.siq-kongress.de

Inspektion der Reformbaustellen

Die Große Koalition hat in den vergangenen vier Jahren im Gesundheitswesen ungewöhnlich viele Reformbaustellen eröffnet. Was aus ihnen geworden ist, inspizierten Gesundheitsexperten bei einer Tagung in Fulda. Von Karola Schulte

Querelen mit Handwerkern, Terminen, Kosten und Qualität: Man muss kein Haus gebaut haben um zu wissen, dass auf einer Baustelle nicht immer alles rund läuft. Ob die Substanz hält, was sie verspricht, stellt sich oft erst nach Jahren heraus. Dass das alles auch auf Reformen im Gesundheitswesen zutreffen kann, zeigten Experten bei der Tagung der Arbeitsgruppe Gesundheit und sozialstaatliche Infrastruktur des Forschungsverbundes für Sozialrecht und Sozialpolitik (FoSS) in Fulda. Bei ihrer Inspektion der Reformbaustellen der auslaufenden Legislaturperiode kamen sie zu dem Schluss, dass die Große Koalition zwar viel auf den Weg gebracht, aber die zentralen Strukturprobleme nicht in Angriff genommen habe.

Nur vorsichtige Korrekturen. „Eine so dichte Abfolge von Reformen habe ich in den vergangenen Jahrzehnten noch nicht erlebt“, fasste Prof. Dr. Thomas Gerlinger von der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld das „sehr breite Spektrum“ der Initiativen in sämtlichen Bereichen von ambulanter über stationärer Versorgung bis zu Pflege und Prävention zusammen. Die Koalition habe „geräuschlos, pragmatisch und unideologisch gearbeitet“. Dies sei durch detaillierte Absprachen im Koalitionsvertrag möglich gewesen und dadurch, dass Kostendämpfung in Zeiten guter Konjunktur keine große Rolle gespielt habe. Neue Gesetze hätten jedoch lediglich „vorsichtige Korrekturen von Fehlsteuerungen“ gebracht, so beim E-Health-, Pflegeberufe- und Hospizgesetz. Eine deutliche Zunahme von Selektivverträgen sei nicht zu beobachten gewesen. Fraglich sei die Wirksamkeit eingeführter Instrumente, etwa beim Thema Qualität. Er forderte, dass ordnungspolitische

Themen wie die Rückkehr zur Beitragsparität und die Beziehungen zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung auf die Agenda kommen.

Kaum etwas erreicht. Prof. Dr. Tanja Klenk, die an der Universität Kassel Theorie und Empirie des Gesundheitswesens lehrt, verwies auf die Probleme durch die

Wichtige Strukturprobleme hat die Politik erst gar nicht in Angriff genommen.

strikten Sektorengrenzen. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe habe wie schon seine Vorgänger versucht, die Trennung der Versorgungsbereiche und die Hürden zwischen den Professionen zu überwinden. Aber: „Hier ist fast gar nichts erreicht worden“, lautete ihre Bilanz. Überwiegend handele es sich um „kleinteilige, räumlich begrenzte Initiativen“, bei denen oft die Versorgung in strukturschwachen Regionen im Vordergrund stehe. Sie vermisste „Mechanismen und positive Anreize, um gewonnenes Wissen in die Fläche zu bringen.“ Selbst beim eigentlich positiven Klinik-Entlassmanagement erwarte sie angesichts des

Widerstands der Ärzte „nur minimale Effekte“ für bessere interprofessionelle Zusammenarbeit. Einer der wichtigsten Schritte Gröhes zur Reform der Versorgungsstrukturen sei der Innovationsfonds. Doch fürchte sie, dass er genauso wenig „nachhaltig positive Effekte“ bringe wie die Integrierte Versorgung, die seit Auslaufen der Anschubfinanzierung stagniere: „Die besonderen Versorgungsformen machen weniger als ein Prozent der Gesamtausgaben der Krankenkassen aus.“

Kosten erfordern Handeln. Die nächste Regierung wird sich nach Einschätzung von Prof. Dr. Stefan Greß mit den Themen Zusatzbeitrag, paritätische Finanzierung und Bürgerversicherung beschäftigen müssen. „Wenn alles bleibt wie es ist, müssen die Versicherten allein die steigenden Ausgaben finanzieren“, sagte der Leiter des Fachgebietes Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie an der Hochschule Fulda. Gesetzliche und private Krankenversicherung seien strukturell so aufgestellt, dass die „langfristige Reformperspektive Bürgerversicherung“ heiße. „Kurz- und mittelfristig wird das zwar an politischen Mehrheiten scheitern.“ Doch passieren müsse etwas. Diese Botschaft war unter den Experten einhellig – und fand sich vielleicht deshalb bereits im Titel der Tagung: „Nach den Reformen ist vor der Reform.“ ■

Studium: Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik verstehen

Wie lässt sich ein gerechter und bezahlbarer Zugang zu einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung gestalten und finanzieren? Wie sind Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Sozialrecht miteinander verwoben? Fragen wie diesen gehen Studierende im neuen Studiengang „Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik“ der Hochschule Fulda nach. In sechs Semestern, darunter einem Praxissemester, bereitet der Bachelor-Studiengang 45 Studierende auf die Tätigkeit unter anderem bei Sozialversicherungsträgern oder Spitzenorganisationen von Leistungserbringern im Gesundheitswesen vor. Start ist jeweils im Wintersemester.

Infos: Anja Lehmeyer, E-Mail: goep@pg.hs-fulda.de

Kassen wollen Rechtssicherheit

Europa bekommt ein einheitliches Datenschutzrecht. Ab Mai 2018 gilt die neue EU-Datenschutzgrundverordnung. Im deutschen Gesundheitswesen müssen dazu viele Spezialregelungen angepasst werden. **Von Thomas Rottschäfer**

Der Paragraph 284 ist so etwas wie der Lieblingsparagraf von Michael Rosche. Er stellt im Sozialgesetzbuch V (SGB V) Grundregeln auf, zu welchen Zwecken Krankenkassen Sozialdaten erheben, speichern und verarbeiten dürfen. Knapp 20 sogenannte Erlaubnistatbestände gibt es. „Erst einmal ist den Krankenkassen alles verboten – es sei denn, es wird ausdrücklich erlaubt“, sagt der Datenschutzbeauftragte des AOK-Bundesverbandes. Das deutsche Gesundheitswesen ist auch beim Datenschutz von vielen Spezialregelungen geprägt. Sie müssen jetzt mit der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) in Einklang gebracht werden. Ab 25. Mai 2018 ist sie europaweit geltendes Recht.

Nationaler Gestaltungsspielraum. Das neue „Datengrundgesetz“ der EU umfasst 99 Artikel. Hinzu kommen 173 „Erwägungsgründe“ zur verbindlichen Auslegung. Den Einzelstaaten bleibt aber Gestaltungsspielraum. So lässt Artikel 9 Sonderregelungen für Gesundheitsdaten zu. „Jetzt muss der Gesetzgeber entscheiden, ob und welche Spezialregeln er beibehalten will“, erläutert Rosche. Damit bietet die Reform aus Sicht des AOK-Bundesverbandes auch die Chance, Unklarheiten zu beseitigen. „Wir wollen unseren Versicherten Service und Dienstleistungen anbieten, die sie haben möch-



ten“, sagt der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch. „Für individuell zugeschnittene Angebote brauchen wir ebenso einen rechtssicheren Handlungsrahmen wie für unsere gesetzlichen Aufgaben und für die Versorgungsforschung.“

Das allgemeine deutsche Datenschutzrecht haben Bundestag und Bundesrat bereits an die EU-Vorgaben angepasst. Laut Bundesgesundheitsministerium (BMG) erfolgt jetzt die Anpassung von SGB I und SGB X mit allgemeinen Datenschutzregeln für alle Sozialversicherungen – darunter das Sozialgeheimnis. „Es geht über die EU-Definition hinaus, indem es auch Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse einschließt. Das soll laut Gesetzentwurf auch so bleiben“, sagt Michael Rosche. Für die Einzelregelungen der gesetzlichen Krankenversi-

cherung (SGB V) und der Pflegeversicherung (SGB XI) ist laut BMG angesichts der durch die Bundestagswahl knappen Zeit zunächst eine rein technische Anpassung an zwingende EU-Vorgaben geplant. Dabei sollen möglichst viele GKV-Spezialregelungen erhalten bleiben. Klarstellungen im Detail – etwa mit Blick auf Gesundheits-Apps – könnten dann erst im Laufe der nächsten Legislaturperiode folgen.

Risikoklassen für Versichertendaten.

Umso intensiver beschäftigen sich die Krankenkassen mit den Auswirkungen des neuen Datenschutzrechtes. Es beschert ihnen neue Pflichten. Dazu gehört der Aufbau eines geschlossenen Datenschutz-Managementsystems, das es bisher nicht gibt. Die Kassen müssen künftig jede Verwendung personenbezogener Daten begründen sowie Datenverarbeitung und Schutzvorkehrungen dokumentieren. Vorgeschrieben sind zudem eine Risikofolgenabschätzung und Maßnahmen zur Risikominimierung. Versichertendaten müssen in Risikoklassen eingeteilt werden – abhängig davon, ob es sich zum Beispiel um Marktforschung handelt oder ob Gesundheitsdaten über eine App erfasst werden. Knifflig wird es im Zusammenhang mit anonymisierten Daten. Bisher gilt: Wenn sich keine Person mehr identifizieren lässt, endet der Datenschutz. Das ist für die Kassen vor allem in der Versorgungsforschung und im Datenaustausch mit ihren Vertragspartnern wichtig. In der DSGVO findet sich dazu keine genaue Definition. „Das muss jetzt in der Umsetzung sauber geklärt werden“, betont Michael Rosche. ■

Europäischer Rahmen für den Datenschutz

Durch den Binnenmarkt und das soziale Zusammenwachsen schwillt der grenzüberschreitende Datenverkehr in der EU rasant an. Mit der Datenschutzgrundverordnung will die Staatengemeinschaft für ein **einheitliches Datenschutzniveau** sorgen. Für das Erfassen, Verarbeiten und den Austausch personenbezogener Daten durch staatliche Einrichtungen, die Wirtschaft und auch in der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Sozial- und Gesundheitswesen gelten ab Mai 2018 überall in der Union die gleichen Grundrechte und -regeln. Mit dem neuen Datenschutzrecht reagiert die EU nicht zuletzt auf technologische Entwicklungen und globalisierte Kommunikation. Mehr Infos: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/de/TXT/?uri=CELEX%3A32016R0679>

Thomas Rottschäfer ist freier Journalist mit Schwerpunkt Gesundheitspolitik.
Kontakt: info@satzverband.de

„Ganzheitlicher Ansatz führt zum Erfolg“

Betriebliches Gesundheitsmanagement geht über Rückenschule oder Raucherentwöhnung hinaus, meint Arbeitswissenschaftlerin **Nadine Pieck**. Auf einer neuen Stiftungsprofessur erforscht sie, wie Unternehmen für das Wohlbefinden ihrer Beschäftigten sorgen können.

Frau Professorin Pieck, Beschäftigte wollen gesund bleiben, Betriebe den Krankenstand senken. Warum tun sich beide mit dem Gesundheitsmanagement manchmal dennoch schwer?

Pieck: Das betriebliche Gesundheitsmanagement wird häufig auf Rückenschulen, Ernährungsberatung oder Raucherentwöhnung reduziert. Aber es geht um mehr: darum, dass Menschen die Bedingungen ihrer Gesundheit selbst gestalten können. Darauf müssen sich die Beteiligten einlassen. Ein weiteres Hindernis ist die Abgrenzung von Gesundheitsförderung und Prävention. Ich vertrete ein ganzheitliches Verständnis: Es geht um die Frage, ob die Ressourcen zur Bewältigung der Anforderungen ausreichen.

Wer trägt dieses ganzheitliche Verständnis in die Betriebe hinein?

Pieck: Große Betriebe beschäftigen mitunter Gesundheitswissenschaftlerinnen oder Arbeitspsychologen, die dieses Verständnis mitbringen. Auch im Arbeitsschutz vertreten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein erweitertes Präventionsverständnis. Der ganzheitliche Ansatz im Gesundheitsmanagement bringt Bewegung ins System.

Das betriebliche Gesundheitsmanagement ist also auf einem guten Weg?

Pieck: Die Voraussetzungen sind gut. Der Erfolg hängt aber davon ab, ob die Betriebe eine Kultur des Dialogs und der Reflektion etablieren. Unsere Studien zeigen, dass sich die Chefs Zeit für das Thema nehmen müssen. Wenn sie einen Problemdruck spüren, etwa eine hohe Fluktuation, hohe Fehlzeiten oder Schwächen in der Produktivität, überlegen sie,

ob das Gesundheitsmanagement helfen kann, den Betrieb besser zu organisieren.

Welche Rolle spielen finanzielle Mittel?

Pieck: Das Geld ist da, wird aber nicht immer an der richtigen Stelle investiert. So schulen etwa manche Unternehmen

Potenzial entfalten kann: Gibt es eine Steuerungsgruppe, ist die Leitung daran interessiert mitzuarbeiten, wird der Prozess moderiert? Wenn diese Voraussetzungen fehlen, ist das Instrument wirkungslos.

Warum sind die Krankenkassen im Gesundheitsmanagement gefragt?



Unternehmen müssten bereit sein, vorab für die Reflektion des geplanten Vorgehens Geld zu investieren.

Prof. Dr. Nadine Pieck

ihre Führungskräfte für das Gesundheitsmanagement, ohne vorab die strategische Ausrichtung zu klären. Sie müssten bereit sein, vorab für die Reflektion des geplanten Vorgehens Geld zu investieren. Manche Betriebe stürzen sich direkt in eine Mitarbeiter-Befragung, erschrecken über die Ergebnisse und brechen den Prozess ab, bevor er richtig begonnen hat. Die Unternehmen müssen wissen, dass eine Mitarbeiterbefragung den Handlungsbedarf ermittelt, aber keine Lösungen liefert.

Welche Konzepte und Instrumente wirken besonders gut?

Pieck: Ein ganzheitlicher Ansatz führt zum Erfolg – dass er funktioniert, lässt sich belegen. Um beispielsweise die Wirksamkeit eines Gesundheitszirkels zu untersuchen, schauen wir, ob er unter Voraussetzungen stattfindet, unter denen er sein

Pieck: Die Krankenkassen waren Vorreiter bei der Entwicklung der Gesundheitsförderung nach einem ganzheitlichen Ansatz. Sie sind zudem im betrieblichen Wiedereingliederungsmanagement gefragt, damit Krankheiten sich nicht chronifizieren. Außerdem spielen sie eine große Rolle bei der Sensibilisierung für Gesundheitsthemen und erreichen Menschen dabei auch über die Betriebe. ■

Das Interview führte Änne Töpfer.

Zur Person

Prof. Dr. Nadine Pieck hat die neue Professur „Gesundheitsförderung und Prävention im Betrieb“ an der Hochschule Magdeburg-Stendal übernommen, die die AOK Sachsen-Anhalt gestiftet hat. Die Professur ist Teil eines Kooperationsprojektes zwischen AOK und Hochschule, das neue Wege finden soll, die Gesundheit in den Betrieben weiter zu verbessern.

Mehr Lebensraum für



Großstadtpflanzen

Abgase, Lärm, viel Asphalt und wenig Grün: Der Autoverkehr drückt den Städten seinen Stempel auf und kann Menschen krank machen. Präventionsexperte **Wolfgang Schlicht** empfiehlt, die Gesundheitswissenschaften in Planungsprozesse einzubeziehen, um die Lebensqualität von Stadtbewohnern zu verbessern.

Der Aufenthalt zwischen Bäumen, Hecken und Büschen stärkt das Immunsystem. Das schließt Qing Li von der Nippon Medical School in Tokio aus einer Studie, die er bereits 2010 in der Zeitschrift „Environmental Health and Preventive Medicine“ veröffentlichte. Der Experte für die Heilkraft des Waldes empfiehlt deshalb, sich möglichst oft ins Grüne zu begeben. Ein Großteil der Menschen in Deutschland lebt jedoch in Städten, in denen Bäume, Hecken und Büsche häufig Häusern, Straßen und Parkplätzen weichen müssen. In der Folge sind Stadtbewohnerinnen und -bewohner vermehrt Lärm und schlechter Luft ausgesetzt. Sie haben weniger Möglichkeiten, sich im Alltag zu bewegen. Das kann die Gesundheit der Menschen in der Stadt gefährden.

Foto: iStockphoto/ippba

Menschen streben in Ballungsräume. Seit Beginn der Industrialisierung drängen Menschen zum Wohnen in die Städte. Der Trend hält seit mehr als 100 Jahren an. Im Jahr 2030 werden nach Schätzungen der Vereinten Nationen weltweit 60 Prozent der Menschen in Städten leben, in Deutschland sogar mehr als 80 Prozent. Ein wachsender Anteil der Stadtbewohner wird älter als 65 Jahre alt sein. Angesichts der Urbanisierung, des demografischen Wandels und der Klimaveränderung rückt die Gesundheit städtischer Bevölkerungen stärker in den Fokus der Wissenschaft. So beschäftigt sich etwa Rainer Fehr, Gesundheitswissenschaftler an der Universität Bielefeld, mit der „Stadt-Gesundheit“. Er knüpft damit an das international etablierte Arbeitsfeld der „Urban Health“ an. Darin arbeiten Experten an der Frage, wie sich Mensch und gebaute Umwelt wechselseitig beeinflussen und wie sich das auf das Verhalten, die Gesundheit und das Wohlbefinden auswirkt. Die Idee der Urban Health/ Stadt-Gesundheit spiegelt sich beispielsweise im Healthy Cities-Netzwerk wider: Seit 1987 kooperieren Städte weltweit, in Deutschland seit 1989 im Gesunde Städte-Netzwerk, um ein lebenswertes, gesundes Umfeld für die Bewohnerinnen und Bewohner zu schaffen (siehe Interview auf Seite 29). Zu den Herausforderungen der Stadtgesundheit gehören beispielsweise Mobilität, Vegetation, Alltagshektik und Stadtklima.

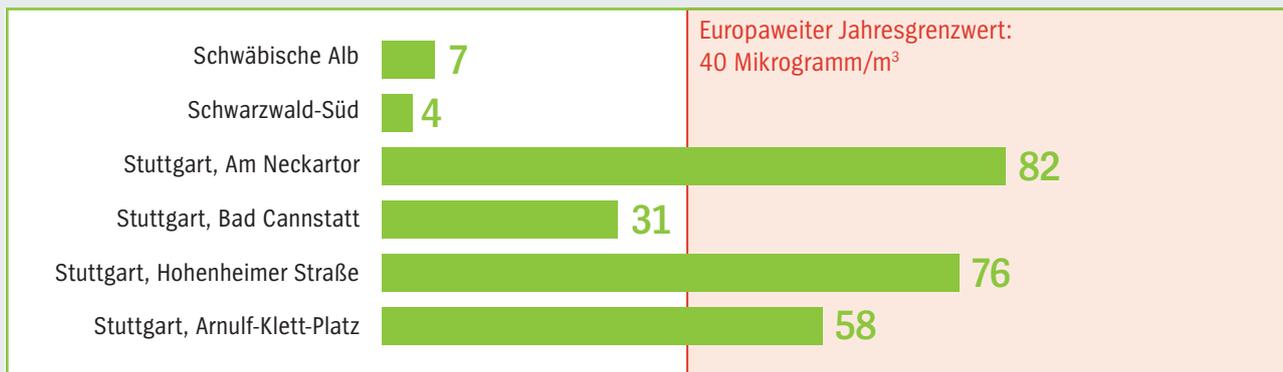
Stadtgestalt beeinflusst Gesundheit. Die Stadtgestalt und das Alltagsverhalten können die Gesundheit der Menschen stärken, schwächen oder ruinieren. Zur Stadtgestalt gehören Elemente wie die Einwohnerdichte, die Landnutzung oder die Verfügbarkeit und Lage von Freizeiteinrichtungen, Verkehr und Infrastruktur einerseits und die Ausstattung, das bauliche Erscheinungsbild, die Mischung von Flächen und Gebäuden, Nutzung und Zugang zu Freiräumen und Personennahverkehr andererseits. Diese Elemente haben starken Einfluss auf das Alltagsver-

halten. Vor rund hundert Jahren war städtisches Leben körperlich anstrengend. Im Handwerk und in der Industrie verlangten Arbeitsvorgänge Kraft und Ausdauer. Im Alltag waren Menschen meistens zu Fuß unterwegs. Heute sitzt das Gros der Stadtbewohnerinnen und -bewohner stundenlang und nutzt das Auto oder ein anderes motorisiertes Verkehrsmittel, um von einem zum anderen Ort zu gelangen. Arbeitsvorgänge sind durch Maschineneinsatz erleichtert. Inaktivität und sitzende Lebensweise bedrohen die Gesundheit: Sie fördern Übergewicht und Fettleibigkeit, bedingen chronische Erkrankungen wie Diabetes Typ 2, Schlaganfälle, Koronare Herzkrankheit und eine Reihe von Krebserkrankungen.

Planung für den Autoverkehr. Die Gestalt moderner Städte ist zurückzuführen auf die „Charta von Athen“, an der sich der Wiederaufbau nach dem zweiten Weltkrieg orientierte. Die Stadt wurde zergliedert: hier arbeiten, dort wohnen, da einkaufen und an anderer Stelle sich erholen. Mit Blick auf den zunehmenden motorisierten Verkehr verfolgten die Planer das Ziel der autogerechten Stadt. Wo Flächen und Funktionen streng einander zugeordnet und strikt voneinander getrennt werden, müssen täglich Wege zurückgelegt werden, um von der Wohnung zur Arbeitsstätte zu gelangen, um einzukaufen oder um sich von der Alltagsbelastung zu erholen. Nach Analysen des Statistischen Bundesamts entfielen im Jahr 2010 mehr als die Hälfte aller Wege und mehr als drei Viertel aller Transportleistungen auf Autos oder motorisierte Zweiräder. In der autogerechten Stadt soll sich der motorisierte Individualverkehr mit einer Geschwindigkeit von 50 Kilometern pro Stunde bewegen können. Dieser Planungsmaßstab erzeugt mehr Autoverkehr und verbraucht Platz. Ein mit 50 km/h fahrendes Auto benötigt 140 Quadratmeter Straßenraum, ein Radfahrer hingegen rund 40 und ein Fußgänger sogar nur einen Quadratmeter.

Dicke Luft: Stadtbewohner atmen mehr Stickoxide ein

Jahresmittelwerte Stickstoffdioxid (NO₂) 2016 in Mikrogramm pro Kubikmeter



In Großstädten ist die Luft deutlich schlechter als auf dem Land. Das zeigt sich am Beispiel von Stickstoffdioxid in Stuttgart und zwei ländlichen Regionen in Baden-Württemberg: So lag der Jahresmittelwert von NO₂ an einer Hauptverkehrsstraße in der Landeshauptstadt bei 82 Mikrogramm pro Kubikmeter Luft und damit doppelt so hoch wie der europäische Grenzwert. Im südlichen Schwarzwald hingegen lag der NO₂-Wert bei vier Mikrogramm pro Kubikmeter. Stickoxide sind Bestandteil der Autoabgase. Sie belasten Herz und Kreislauf und können Asthma auslösen.

Quelle: Umweltbundesamt 2017



Kopenhagen soll in zehn Jahren klimaneutral sein und hat bereits viele Straßen und Viertel für den Autoverkehr gesperrt.

Schadstoffe überschreiten Grenzwerte. Autos und Lastwagen stoßen Stickoxide, Feinstaub und weitere Schadstoffe aus, die die Luft in den Städten vergiften. Außerdem erschwert der motorisierte Verkehr eine gesunde Lebensweise. Menschen sollten in der Stadt zu Fuß gehen, mit dem Rad fahren, sich auf öffentlichen Plätzen begegnen oder unter freiem Himmel spielen können, ohne dabei ihre Gesundheit zu gefährden. Was im Leitbild der autogerechten Stadt gut gedacht war, also die Trennung der Funktionen Wohnen, Arbeiten, Einkaufen oder Erholen, erweist sich im Alltag als gesundheitlich riskant, weil der motorisierte Verkehr zunimmt und die Innenstädte veröden.

In Stuttgart beispielsweise wird dem Auto viel Raum gewährt, denn die Wirtschaftskraft der gesamten Region hängt an der Automobilindustrie. Die Einwohner Stuttgarts müssen die gesundheitlichen Konsequenzen der Autostadt allerdings täglich ertragen. Stuttgarts Politik arbeitet dagegen, aber Schadstoffe wie Stickoxide und Feinstaub werden dort – ebenso wie in anderen europäischen Metropolen – trotz aller Bemühungen um Luftreinhaltung auch im Jahr 2030 die Grenzwerte vermutlich überschreiten. Zum Schutz der menschlichen Gesundheit gilt für Stickstoffdioxid europaweit ein Jahresgrenzwert von 40 Mikrogramm pro Kubikmeter Luft. Nach Angaben des Umweltbundesamtes lag die Stickstoffdioxid-Konzentration im Jahr 2016 an zwei innerstädtischen Messstationen in Stuttgart jedoch bei durchschnittlich 82 beziehungsweise 76 Mikrogramm Kubikmeter – also doppelt so hoch wie der europäische Grenzwert (siehe Abbildung „Dicke Luft“ auf Seite 24). Bei Inversionswetterlagen sehen sich die Städter zudem häufiger mit Feinstaubalarm konfrontiert.

Mehr Schlaganfälle bei schlechter Luft. Dreckige Luft führt zu Krupphusten, verschlimmert die Symptome von Asthmatikern, raubt Patienten mit Chronisch obstruktiver Lungenerkrankung den Atem und verursacht Lungen- und Bronchialkrebs sowie Schlaganfälle und Herz-Kreislauf-Probleme. In einer Meta-Analyse, 2015 im „British Medical Journal“ veröffentlicht, haben

Anoop S.V. Shah und Kollegen von der University of Edinburgh 94 Studien aus 28 Ländern ausgewertet. Mit jeder Zunahme von Stickoxiden und Feinstaubpartikeln erhöhten sich die Zahl der Klinikeinweisungen aufgrund von Schlaganfall und die Zahl der Sterbefälle. Das Schlaganfall-Risiko war noch Tage nach der stärksten Luftverschmutzung erhöht. Auch eine Gruppe von Wissenschaftlern um Barbara Hoffmann von der Universität Düsseldorf berichtete 2015 im Deutschen Ärzteblatt von Ruhrgebietsstädten, in denen die Häufigkeit von Schlaganfällen mit der Luftverschmutzung zunimmt.

Schlechte Luft kann zudem schon krankhafte Veränderungen hervorrufen, bevor die eigentliche Erkrankung ausbricht. So zeigt eine von Rachel S. Wallwork und Kollegen 2017 im „American Journal of Epidemiology“ veröffentlichte Arbeit, dass Männer über 75, die einer erhöhten Schadstoffbelastung in einer Region mit erhöhter Lufttemperatur (Sommersmog) ausgesetzt waren, ein metabolisches Syndrom riskieren (mehr Bauchfett, erhöhter Blutzucker, Bluthochdruck und schlechte Blutfettwerte). Damit laufen sie Gefahr, an Diabetes Typ 2 zu erkranken oder vorzeitig an Koronarer Herzkrankheit zu sterben.

Sind die Folgen für die körperliche Gesundheit bereits dramatisch, zeigt eine Studie von Hong Chen und Kollegen – 2017 in „The Lancet“ veröffentlicht –, dass Luftschadstoff auch Demenz fördert. Für Menschen im Alter von 55 bis 85 Jahren, die näher als 200 Meter an einer verkehrsreichen Straße wohnten, war im Beobachtungszeitraum von zehn Jahren das Risiko, an Demenz zu erkranken, um vier Prozent erhöht.

Weniger Diabetes in grünen Quartieren. Luftschadstoff ist krankmachende Folge einer Stadtgestalt, die den motorisierten Verkehr fördert. Besser für die Gesundheit wäre es, man plante „Orte für und mit Menschen, dann gewönne man menschenfreundliche Orte“, wie es Fred Kent sinngemäß formuliert hat. Er ist Gründer und Präsident von „Project for Public Spaces“, einer US-amerikanischen Organisation, die das städtische Gemeinwesen

und soziale Leben über die Gestaltung öffentlicher Räume stärken will. Dass sich Investitionen ins Stadtgrün lohnen, belegen Untersuchungen wie beispielsweise eine im Jahr 2016 von Scott C. Brown und Kollegen im „American Journal of Preventive Medicine“ veröffentlichte Studie: Dort, wo Bäume, Büsche und niedriges Gehölz wuchsen, berichteten Menschen über weniger chronische Erkrankungen, als jene, die in einer weniger grünen Umgebung wohnten. Nahm der Wert für das Ausmaß der Vegetation um nur eine Standardabweichung vom Mittelwert zu, fanden sich 49 Krankheitsindikatoren weniger und eine um drei Jahre längere Lebensdauer. Gleichzeitig litten in grünen Quartieren 14 Prozent weniger Menschen an Diabetes Typ 2, 13 Prozent weniger an Bluthochdruck und zehn Prozent weniger an erhöhten Blutfettwerten. Auch Marc Berman von der Universität Chicago berichtet über den Effekt, der sich auf eine einfache Formel bringen lässt: Je grüner die gebaute Umwelt, desto gesünder sind die Menschen und desto länger leben sie.

Im Jahr 2030 werden
in Deutschland mehr als
80 Prozent aller Menschen
in Städten leben.



Die Umwelt begünstigt riskantes Verhalten. Die positiven Effekte des Stadtgrüns erwiesen sich vor allem dort als robust, wo Menschen mit schlechteren Zugangschancen zu Bildung und Arbeit wohnten. Mit Blick auf die soziale Ungleichheit bei den Gesundheitsrisiken sind die Befunde eindrücklich: Menschen mit niedriger Bildung, niedrigem Berufsstatus und niedrigem Einkommen sind kränker und sterben früher als jene, die auf der Sonnenseite des Lebens stehen. Ein Grund dafür ist, dass unter sozial benachteiligten Menschen riskantes Verhalten stärker verbreitet ist: Sie rauchen öfter, trinken häufiger zu viel Alkohol, essen mehr Fastfood und trinken mehr Süßgetränke, bewegen sich aber weniger. Wichtig dabei: Die Umwelt begünstigt riskantes Verhalten in größerem Maße, als gemeinhin angenommen. Der Umwelteinfluss zeigt sich zum einen darin, dass sich Menschen nur schwer motivieren lassen, ihr Verhalten zu ändern: beispielsweise sich so zu ernähren und so aktiv zu sein, dass sie Übergewicht vermeiden. In nahezu allen Industrienationen steigt die Häufigkeit von Übergewicht und die Zahl der Menschen mit Diabetes Typ 2 wächst, denn energiereiche Nahrungsmittel sind immer und überall verfügbar. Gleichzeitig behindert die städtische Umgebung aber häufig aktives Alltagsverhalten, macht körperliche Aktivität nahezu überflüssig und fördert das Stillsitzen.

Gehfreundliche Quartiere fördern die Alltagsaktivität. Doch es geht auch anders: Eine Studie von Maren Reyer und Kollegen, 2014 im „Journal of Environmental Research and Public Health“ veröffentlicht, zeigt – wie eine Reihe weiterer Arbeiten –, dass die Gehfreundlichkeit eines Stadtquartiers Anzahl und Dauer der zu Fuß zurückgelegten Wege von älteren Menschen erhöhen kann. Die Wissenschaftler berechnen aus den Entfernungen zu Geschäften, zu Dienstleistern wie beispielsweise Arztpraxen, zu Behörden, aus dem Vorhandensein von Gehwegen und den Verbindungen zwischen Wegen einen „Walkability-Index“. Bewohner von Quartieren mit hohem Walkability-Index gehen häufiger und legen längere Strecken zu Fuß zurück, als jene in Quartieren mit niedrigeren Index-Werten. Steigt die Walkability um nur einen Punkt auf der Skala, gehen die Bewohner 90 Meter weiter zu Fuß, um Besorgungen zu machen. Die Gehzeit außerhalb der Wohnung ist um das dreifache höher.

Die Alltagsaktivität reduziert das Risiko für nicht-ansteckende chronische Erkrankungen vor allem bei älteren Menschen. Vor diesem Hintergrund ist der aktivitätsfördernde Effekt eines Quartiers, das Funktionen mischt, Geschäfte, Dienstleister, Behörden in Wohnungsnähe verfügbar hat und das durch komfortable Gehwege, Zugang zu Grünanlagen und Vernetzung von Wegen für Fußgänger ansprechend gestaltet ist, für die Prävention und Gesundheitsförderung enorm wichtig.

New York, Barcelona und Kopenhagen machen es vor. Wie diese Aktivierung aussehen kann, haben Sarah Wolf und Kollegen 2015 im „Journal of Urban Health“ am Beispiel New York beschrieben: Die Stadt sperrte in den Sommermonaten an drei Samstagen insgesamt elf Kilometer Straße für den Autoverkehr. Damit hatten die Menschen die Möglichkeit, auf den Straßen zu spazieren, Rollschuh oder Rad zu fahren, zu tanzen und an-

Runter vom Gas, rauf aufs Rad

Fahrräder stoßen keine Abgase aus und machen keinen Lärm. Je mehr Menschen sich aufs Rad statt ins Auto setzen, desto stärker profitieren Klima und Umwelt in der Stadt. Radfahren wirkt sich damit positiv auf die Gesundheit der Menschen aus. Die AOK hat deshalb gemeinsam mit dem Allgemeinen Deutschen Fahrrad-Club (ADFC) vor 16 Jahren die Aktion „Mit dem Rad zur Arbeit“ ins Leben gerufen. Wer zwischen Mai und August eines Jahres an mindestens 20 Tagen zur Arbeit radelt, hat Aussicht auf Preise wie ergonomische Sättel und Helme sowie Städtereisen. Allein im vergangenen Jahr haben mehr als 154.000 Menschen an der Aktion teilgenommen. „Jeder Teilnehmer gewinnt, denn durch die Bewegung wird das Wohlbefinden gestärkt und das Krankheitsrisiko minimiert“, sagt Annette Schmidt, Koordinatorin der Aktion beim AOK-Bundesverband. Im Rahmen von „Mit dem Rad zur Arbeit“ wollen ADFC und AOK gemeinsam mit regionalen Partnern aus Wirtschaft, Verbänden und Politik die Vorteile einer fahradbezogenen Alltagsmobilität praktisch erfahrbar machen. Die Idee, einmal mehr mit dem Rad zur Arbeit zu fahren, soll weder eine Eintagsfliege sein, noch ein Wettbewerb um sportliche Höchstleistungen, sondern will zum langfristigen, kontinuierlichen Radfahren anregen. (G+G)

www.mit-dem-rad-zur-arbeit.de

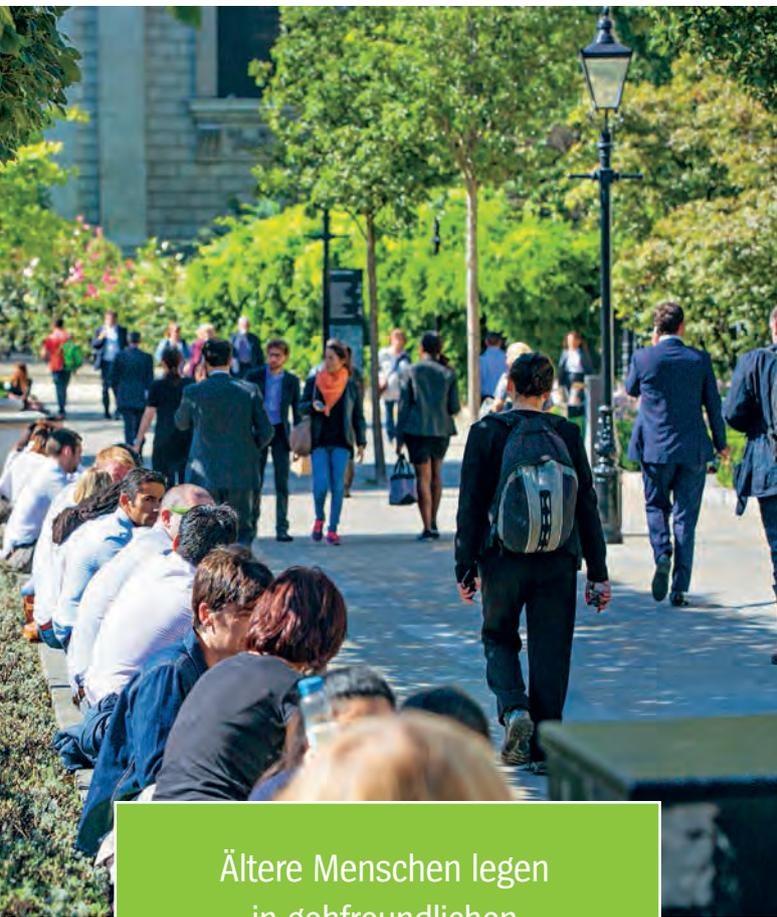


deres mehr. Ein Viertel der Menschen, die den öffentlichen Freiraum während der Sperrung körperlich aktiv nutzten, war ansonsten inaktiv. Sie investierten aber von knapp einer halben Stunde bis zu einer guten Stunde in moderat intensive Bewegung, als sie eine dafür geeignete Umwelt vorfanden. Da jeglicher Zuwachs an Aktivität das Risiko an Stoffwechselstörungen und Herzerkrankungen mindert, eröffnet sich schon mit einer eintägigen Aktion eine wirksame und kostengünstige Variante der öffentlichen Gesundheitsvorsorge. Auch München sperrt Straßen befristet für den Autoverkehr und öffnet sie stattdessen für Zufußgehen und Radfahren. Straßenzüge dauerhaft für den motorisierten Verkehr zu sperren und sie – wie Barcelonas Bürgermeisterin Janet Sanz Cid es in der New York Times vom 21. Juni 2016 sagte, „für die Bürger zurück zu gewinnen“, ist eine nachhaltige Investition in die Gesundheit. Bis 2018 sollen in Barcelona fünf „Superblocks“ autofrei gestaltet werden, sodass sie die Bewohner dazu motivieren, die Räume für Begegnungen und Aktivitäten zu nutzen. Radikaler wird derzeit die dänische Hauptstadt Kopenhagen umgebaut. Fußwege, Fahrradwege, Fahrrad-Schnellstraßen und attraktive Quartiere entstehen. Kopenhagen soll in zehn Jahren klimaneutral sein und hat bereits 1.000 Kilometer Straße für den Autoverkehr gesperrt. In Kopenhagen wird für eine Fortbewegungsgeschwindigkeit von fünf bis 15 Stundenkilometern geplant – das ist die Geschwindigkeit, mit der Fußgänger und Radfahrer unterwegs sind.

Bebauung beeinflusst Sozialverhalten. Die gebaute Umwelt beeinflusst aber nicht nur das Aktivitäts-, sondern auch das Sozialverhalten. Verwahrloste Quartiere begünstigen normabweichendes (deviantes) Verhalten. Der Sozialpsychologe

Philip Zimbardo hat vor Jahren in der New Yorker Bronx und in Palo Alto, Kalifornien, für ein Experiment einen Wagen am Straßenrand geparkt, die Nummernschilder demontiert, die Motorhaube geöffnet und es so stehengelassen. Der Umgang der Anwohner mit dem Wagen war an beiden Standorten unterschiedlich: In der Bronx zerlegten Passanten den Wagen binnen kurzem; in Palo Alto stand das Auto länger als eine Woche unbehelligt. Erst als Zimbardo die Scheiben eingeschlagen hatte, schlachteten Menschen auch dort den Wagen aus. Experten diskutieren das Ergebnis als „Broken-Windows-Phänomen“. Der Grad der Verwahrlosung eines Quartiers beeinflusst das Verhalten der Bewohner. Belege dafür lieferte jüngst der Soziologe Sebastian Kurtenbach von der Universität Bielefeld. Er beobachtete das Verhalten in einer Kölner Sozialsiedlung. In drei Gebieten mit identischer Sozialstruktur war abweichendes Sozialverhalten dort am höchsten, wo das Areal am stärksten heruntergekommen war. Deviantes Verhalten beeinträchtigt nicht nur die Bewohner des Quartiers, die sich nicht (mehr) sicher fühlen und ihre Wohnung nur noch ungern verlassen und so ihre Alltagsaktivität reduzieren. Deviantes Verhalten macht letztlich auch die Abweichler selbst krank.

Gute Nachbarschaft steigert Wohlbefinden. Für den amerikanischen Soziologen Robert Putnam ist (gute) Nachbarschaft „soziales Kapital“. Wer viel davon hat, fühlt sich wohler und lebt länger. Nette Nachbarn halten Menschen gesund, böse machen krank. Eine Nachbarschaft, die sich gegenseitig unterstützt und die sozio-ökonomisch stabil ist (beispielweise geringe Arbeitslosenrate, kaum Fluktuation), reduziert Risikoverhalten wie Rauchen oder Inaktivität und senkt das Risiko für Herz-Kreis-



Ältere Menschen legen
in gehfreundlichen
Stadtvierteln längere Strecken
zu Fuß zurück.

lauferkrankungen. Nicht zuletzt steigert eine Nachbarschaft, der man sich zugehörig fühlt, das psychische Wohlbefinden.

Eine Arbeitsgruppe um Andreas Mayer-Lindenberg vom Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim hat die psychische Gesundheit von Stadt- und Landbewohnern verglichen. Das Resultat der Studie: Das Leben in der Stadt macht irre. Demnach wächst das Risiko an Schizophrenie zu erkranken, für Stadtbewohner mit jedem Jahr, das sie länger in der Stadt leben. Je größer die Stadt, desto größer das Risiko. Ähnliche Resultate hat Mazda Adli mit seiner Arbeitsgruppe der Berliner Charité gefunden. Der krankmachende Effekt scheint von stadttypischen Stressoren wie Lärm, Luftschadstoffen und vielfältigen Sinneseindrücken auszugehen.

Gesund aufwachsen und leben in der Stadt. Urban Health und Stadtplanung verfolgen die gleichen Ziele. Sie wollen den Bewohnern der Stadt ein gesundes Aufwachsen und Leben ermöglichen. Wesentliche Bedeutung hat die Gestalt des städtischen

Quartiers. Nach allen bekannten Fakten profitiert die Gesundheit der Bewohnerinnen und Bewohner von Quartieren, in denen Versorgungswege kurz, die funktionsgemischt und begrünt sind. Außerdem steigt die Lebensqualität in Vierteln, in denen sich keine Zeichen von Verwahrlosung finden.

Wichtig ist zudem eine Nachbarschaft, in der sich die Bewohner gegenseitig unterstützen. Solche Quartiere motivieren Menschen, sich zu Fuß oder mit dem Fahrrad zu bewegen und sich im öffentlichen Raum, außerhalb der Wohnung, zu begegnen. Eine derartige Stadtgestalt leistet einen wesentlichen Beitrag zu Wohlbefinden und Krankheitsprävention. Sie stärkt die Gesundheit vor allem verletzlicher Gruppen wie Kinder oder älterer Menschen.

Jeder Baum ist eine Investition in die Gesundheit. Gesundheit ist ein Thema, für das nicht nur die städtischen Gesundheitsressorts zuständig sind. Gesundheit ist im Sinne der Helsinki Konferenz der WHO „Health in all Policies“ (2013) eine fachgebietsübergreifende Aufgabe. Stadtgestaltung hat immer auch einen Einfluss auf die öffentliche Gesundheit: Jeder Baum, der in der Stadt gepflanzt wird, ist eine Investition in die Gesundheit der Anwohnerinnen und Anwohner. In einem vernetzten Planungsprozess – etwa im städtebaulichen Wettbewerb – sollten deshalb neben Architekten, Stadt-, Raum- und Verkehrsplanern auch Gesundheitswissenschaftler mitwirken, um gesundheitliche Folgen präventiv zu kalkulieren, Risiken für die Gesundheit zu beseitigen oder doch wenigstens zu minimieren und Gesundheit zu fördern. Das nützt nicht nur den Menschen in der Stadt unmittelbar, sondern zahlt sich schon auf mittlere Sicht auch ökonomisch aus, weil es die Sozialbudgets entlastet. ■

Prof. Dr. Wolfgang Schlicht studierte Politik-, Sportwissenschaft und Psychologie. Er ist Inhaber des Lehrstuhls für Sport- und Gesundheitswissenschaften an der Universität Stuttgart. Zu seinen Arbeitsschwerpunkten gehören Urban Health, Alltagsmobilität, Gesundheit sowie Autonomie im Alter. **Kontakt: Wolfgang.Schlicht@inspo.uni-stuttgart.de**

Lesetipps

- www.autonom-mobil.de Website einer Forschungsgruppe unter Leitung von Wolfgang Schlicht, die sich mit älteren Menschen in ihrer Wohnumwelt und mit dem lokalen Klima beschäftigt.
- Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen: **Leitfaden Gesunde Stadt**. 2016. Download: www.lzg.nrw.de > Service > Publikationen und Downloads
- www.pastaproject.eu Das von der EU gegründete Projekt PASTA (Physical Activity Through Sustainable Transport Approaches) hat zum Ziel, Mobilität und Gesundheit in Städten zu verbinden. PASTA fördert beispielsweise das Zu-Fuß-Gehen und Fahrradfahren.
- www.umweltbundesamt.de > Themen > Luft > Luftschadstoffe im Überblick > Stickoxide Informationen zu den Quellen, den Wirkungen und den Messwerten von Stickoxiden
- Weltgesundheitsorganisation: **Our Cities, our Health, our Future, 2008**. Der Bericht erläutert die Zusammenhänge, die Herausforderungen und den Handlungsbedarf im Bereich der Bevölkerungsgesundheit in Städten.

„Menschen sollten ihre Gesundheit selbst beeinflussen können“

Stadtbewohner brauchen mehr Platz zum Gehen und Radfahren und ausreichend Grünflächen, sagt **Hans Wolter**. Der Koordinator des Gesunde Städte-Netzwerks erläutert, wie sich die Gesundheit im urbanen Umfeld fördern lässt.

Herr Dr. Wolter, wohnen Sie in der Stadt oder auf dem Land?

Hans Wolter: Ich wohne seit 40 Jahren mitten in Frankfurt. Wir haben unsere Kinder hier großgezogen, Elterninitiativen gegründet und in Umweltinitiativen mitgewirkt. Auch die kulturelle Vielfalt Frankfurts ist uns wichtig.

Und welche Nachteile haben Städte?

Wolter: Mit drei oder vier Jahren war ich auf dem Dorf König über einen Quadratkilometer. Meine Kinder sind im gleichen Alter in der Stadt nicht über den eigenen Wohnblock hinausgekommen. Für mehr Bewegungsfreiheit mussten wir etwas unternehmen und sind auf Hindernisse gestoßen. Die Alltagsaktivität wie etwa das Radfahren ist eingeschränkt. Zwar hat Frankfurt einiges für den Radverkehr getan, trotzdem waren wir immer in Sorge, wenn unsere Kinder auf Rädern unterwegs waren.

Schlechte Luft, Lärm, Straßen und Bebauung gefährden die Gesundheit von Stadtbewohnern. Was lässt sich dagegen tun?

Wolter: Die Kommunen und die Stadtplaner müssen die Gesundheit im Blick behalten. Sie sollten beispielsweise etwas für die Bewegungsfreiheit von Fußgängern und Radfahrern tun und dafür sorgen, dass materiell schlechter gestellte Menschen nicht unter ungünstigeren Umweltbedingungen leben müssen. Gute Beispiele sind der interkulturelle Permakulturgarten in Hamburg-Langenhorn, der Travertinpark auf einem alten Industriegelände in Stuttgart oder neue Aufenthalts- und Spielbereiche in Leipzig-Grünau, wo viele benachteiligte Kinder wohnen.

Auf Initiative der WHO gründete sich 1989 in Deutschland das Gesunde Städte-Netzwerk. Was hat das Netzwerk erreicht?

Wolter: Als Erfolg sehe ich an, dass 42 von 80 deutschen Großstädten mit über hunderttausend Einwohnern ins Netzwerk eingetreten sind. Nach wie vor ist die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung eine große Impulsgeberin. Dass die Städte sich davon inspirieren lassen, nützt den Einwohnerinnen und Einwohnern. Das Netzwerk will die Gesundheitskompetenz

nicht nur beim Einzelnen, sondern auch auf kommunaler Ebene erhöhen und die Lebensqualität und das gesundheitliche Wohlbefinden fördern. Die Messzahlen dafür muss man erarbeiten. Deshalb ist eine Gesundheitsberichterstattung auch auf kommunaler Ebene wichtig. Wir brauchen Daten, an die wir Konzepte der Stadtteil-Gesundheitsarbeit anknüpfen können.



Dr. Hans Wolter ist bundesweiter Koordinator des Gesunde Städte-Netzwerks und Mitarbeiter der Stadtverwaltung Frankfurt. www.gesunde-staedte-netzwerk.de

Welche Hürden gilt es zu überwinden?

Wolter: Wir werben dafür, dass Sozial-, Bildungs- und Umweltpolitik mehr auf Gesundheitsfragen und Verhältnisprävention fokussieren. Fachpolitik hat die Tendenz zur Abschottung. Um aber die Gesundheit der Menschen im Alltag – Soziologen sagen: in Lebenswelten – zu fördern, muss die Politik über den Tellerrand eines Ressorts hinausschauen. Ein weiteres Hindernis ist die übermäßige Betonung der Krankheitsbekämpfung, in die das meiste Geld fließt. Was Menschen täglich individuell und in ihrem Gemeinwesen an Gesundheit herstellen können, wird zu wenig berücksichtigt. Gesundheit findet dort statt, wo wir leben, spielen und arbeiten. Menschen sollten sie selbst beeinflussen können, dann haben sie bessere Chancen, gesund zu bleiben. Das ist Prävention im besten Sinne. ■

Die Fragen stellte Anne Töpfer.



Zur Person

Professor Josef Hecken (57) ist seit Juli 2012 Unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses, der sich aus Vertretern von Ärzten, Kliniken, Krankenkassen und Patienten zusammensetzt. Hecken studierte Jura in Würzburg und Trier und startete 1988 als Referent für Wasser- und Abfallrecht der Bezirksregierung Koblenz ins Arbeitsleben. 1990 wurde er Büroleiter des Mainzer Innenministers Rudi Geil. Von 1991 bis 1998 leitete Hecken das Büro von Bundesarbeitsminister Norbert Blüm. Nach einem kurzen Abstecher zum Handelskonzern Metro als politischer Berater wurde er 1999 Staatssekretär der saarländischen Sozialministerin Regina Görner und 2004 dort selbst Minister für Justiz, Gesundheit und Soziales. Von 2008 bis zu seinem Wechsel als Staatssekretär ins Bundesfamilienministerium im Jahr 2009 leitete er das Bundesversicherungsamt. Hecken ist verheiratet und hat drei Kinder.

„Die Hemmschwelle ist gesunken“

Zu behäbig, zu intransparent, zu undemokratisch: Kritiker gehen mit Deutschlands wichtigstem Selbstverwaltungsorgan – dem Gemeinsamen Bundesausschuss – nicht zimperlich um. **Josef Hecken**, Unparteiischer Vorsitzender des Gremiums, weist die Vorwürfe im G+G-Interview zurück – und nennt Reformbaustellen, die ohne die gemeinsame Selbstverwaltung nicht gelingen.

Herr Professor Hecken, der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) entscheidet, welche Therapien die gesetzlichen Kassen erstatten, nach welchen Kriterien Klinikqualität bewertet wird und wie viele Ärzte es braucht. Entscheidungen des Gremiums wirken sich demnach auf rund 70 Millionen Bundesbürger aus. Dennoch fliegt der GBA weit unter dem öffentlichen Radar.

Josef Hecken: Das ist für mich ein Beleg dafür, dass wir trotz manch strittiger Entscheidungen im Großen und Ganzen relativ geräuschlos agieren und auch vernünftige Entscheidungen treffen. Der GBA arbeitet nicht im Rampenlicht, sondern im Maschinenraum der Sozialpolitik. Unser Job ist es nicht, für Schlagzeilen zu sorgen, sondern zu definieren, was angemessen, wirtschaftlich und zweckmäßig in der Versorgung ist. Je sachorientierter und vernünftiger das geschieht, umso weniger kommen wir in die öffentliche Wahrnehmung.

Kritiker werfen dem GBA aber vor, seine Arbeit sei zu intransparent. Wäre ein bisschen lauter da nicht besser?

Hecken: Diejenigen, die uns fehlende Transparenz oder eine Closed-Shop-Politik vorwerfen, wissen offensichtlich nicht, dass es eine Webseite g-ba.de gibt, auf der tagesaktuell alle Beschlüsse und ausführliche Beschlussbegründungen, Wortprotokolle von Stellungnahmeverfahren etc. nachzulesen sind. Eine mangelnde Transparenz ist deshalb nicht mein Thema. Was mich

mehr umtreibt, ist die Diskussion um die demokratische Legitimation des GBA.

Inwiefern?

Hecken: Weil es diese Diskussion früher so nicht gegeben hat. Die soziale wie die gemeinsame Selbstverwaltung wurden jahrzehntelang als ein historisch gewachsener Wert geschätzt – von der Politik, der Judikatur, den Bürgern. Alle haben es als einen sehr hohen Wert angesehen, dass nicht irgendwelche staatsmedizinischen Bürokratien das Leistungsgeschehen der gesetzlichen Krankenversicherung bestimmen.

Aber wenn ein Senat des Bundesverfassungsgerichtes die Frage nach der demokratischen Legitimation des GBA stellt, ...

Hecken: ... dann nimmt man das natürlich ernst. Ich hielte es jedoch für fatal, den GBA und mit ihm die gemeinsame Selbstverwaltung zur Disposition zu stellen, ohne eine bessere Alternative zu kennen. Es darf nicht etwas kaputt geschlagen werden, ohne zu wissen, was danach kommt. Dass staatsdirigistische Vorgaben für die Versorgung besser wären, wage ich jedenfalls ernsthaft zu bezweifeln.

Immerhin: Die Politik hat der Selbstverwaltung den Rücken gestärkt und ein gleichnamiges Gesetz auf den Weg gebracht.



nur Fleißkärtchen vergeben werden können. In unserer Schulzeit bekam man ja Hochglanzbildchen und sonstige Dinge, wenn man bestimmte quantitative Vorgaben erfüllte. Die Koalition hat aber einige Dinge implementiert, die tatsächlich qualitativ die Versorgung verbessern können. Ein Beispiel ist sicherlich der Krankenhausbereich.

Die stärkere Qualitätsorientierung der Kliniken kommt mit der jüngsten Krankenhausreform also voran?

Hecken: Dass sich die Krankenhausplanung der Länder auch an der Qualität der Leistungen orientieren soll, ist jedenfalls

„Ich hielte es für fatal, den GBA und mit ihm die gemeinsame Selbstverwaltung infrage zu stellen, ohne eine bessere Alternative zu kennen.“

Hecken: Titel und Inhalt des Gesetzes – jedenfalls des ersten Entwurfes – waren schlichtweg eine Provokation. Das hatte mit Stärkung überhaupt nichts zu tun. Hier waren Einzelfallweisungen gegenüber dem GBA vorgesehen. Das heißt: Der Rubikon von der legitimen, absolut korrekten Rechtsaufsicht des Gesundheitsministeriums über den GBA zur inhaltlichen Fachaufsicht war eindeutig überschritten.

Die Große Koalition hat ihren Gesetzentwurf nachgebessert.

Hecken: Das stimmt. Dennoch macht der Vorgang deutlich: Die Hemmschwelle in der Politik, übergreifend zu werden und Grundfeste der Selbstverwaltung infrage zu stellen, ist gesunken. Würde man den GBA aber der Fachaufsicht der Politik unterstellen, dann bräuchten wir hier nicht in langen Beratungszyklen Beschlüsse zu fassen, die anschließend im Ministerium von einem Referenten für Makulatur erklärt werden könnten. Dann können wir den Betrieb hier einstellen, denn es wäre nur eine „Pseudo-Selbstverwaltung“ als Feigenblatt.

Die laufende Legislaturperiode neigt sich dem Ende zu. Gesundheitspolitisch betrachtet waren Union und SPD fleißig. Aber hat die Koalition die Weichen auch richtig gestellt?

Hecken: Als Unparteiischer Vorsitzender des GBA steht es mir nicht an, die Politik – den Souverän – zu beurteilen.

Aber als ein mit dem Gesundheitswesen unmittelbar konfrontierter Staatsbürger dürfen Sie das.

Hecken: (lacht) Gut. Dann sage ich als gesundheitspolitisch interessierter Staatsbürger, dass am Ende dieser Wahlperiode nicht

ein ganz wichtiger Schritt. Viele Länder würden ihre Klinikplanung gerne ändern, scheitern aber daran, dass sich – bildlich gesprochen – Landtagsabgeordnete und Oberbürgermeister vor ihre Kliniken werfen, wenn die Schließung einer Abteilung droht. Einen Hebel zu haben, um beim Unterschreiten qualitativer Mindeststandards Abteilungen oder Häuser schließen zu können, ist überfällig.

Viele Patienten dürften aber nicht begeistert sein, wenn ein Krankenhaus in der Nähe dicht macht. Der Saarländer etwa möchte vom Balkon aus seine Klinik sehen.

Hecken: (lacht) Es gibt auch Saarländer, die einen Grill, eine nahegelegene Autobahnauffahrt und vom Balkon aus den Blick auf drei Krankenhäuser haben möchten. Diese Einschätzung kann ich mittlerweile, da sich mein Horizont geweitet hat, aber auf weite Teile Deutschlands übertragen. Viele Menschen haben noch nicht realisiert, dass es mit zunehmender Komplexität von Behandlungen eine Abwägung braucht: Nehme ich längere Wegezeiten in Kauf, um in spezialisierten Einheiten eine qualitativ hochwertige Behandlung zu bekommen? Oder orientiere ich mich lieber daran, dass die Klinik um die Ecke liegt, das Essen gut und das Fernsehen umsonst ist. Ich meine: Komplexere Behandlungsprozesse machen unter qualitativen Gesichtspunkten eine Spezialisierung notwendig.

Und die Krankenhausträger ziehen da mit?

Hecken: Auch Klinikmanager haben inzwischen ein Interesse an Spezialisierung. Denn die hat den Vorteil, dass sie über gezielte

Leistungsangebote Vorhaltekosten senken und somit ökonomischer arbeiten können. Und sie hat den Vorteil, dass es einen Zusammenhang zwischen Menge und Qualität gibt.

Eine weitere Reform bezieht sich auf den Arzneimittelbereich. Bestandteil der Reform ist das Arzteinformationssystem, mit dem Ärzte besser über den Nutzen neuer Medikamente informiert werden. Die Frage, wie die Informationen in der Praxissoftware abgebildet sind, hat der GBA zu lösen. Keine leichte Aufgabe.

Hecken: Gewiss – das ist sehr anspruchsvoll. Aber die Aufgabe ist extrem wichtig, denn viele Ergebnisse unserer Nutzenbewer-

chen. In vielen Therapiebereichen wird die Therapie immer individueller und komplexer. Für die eine Subgruppe gibt es einen Zusatznutzen, für die andere keinen und die dritte einen nicht quantifizierbaren. Dies alles ist in dem möglichst kurz zu haltenden Informationssystem unterzubringen. Zudem möchte der Gesetzgeber, dass wir auch Wirtschaftlichkeitssignale an die Ärzte senden. Diese Signale können sich aber täglich ändern, weil neue Wirkstoffe auf den Markt kommen. Also eine hochanspruchsvolle Aufgabe, die auch große rechtliche Brisanz hat.

Warum hat das denn große rechtliche Brisanz?



tungen spiegeln sich leider nicht immer in der Versorgung wider. Das hat auch etwas mit der fehlenden Information des verordnenden Arztes zu tun. Unser Ziel ist es daher, die therapeutischen Entscheidungen des Arztes mit evidenzbasierten und praxistauglichen Informationen zu unterstützen. Wobei der Bedarf sich weniger auf den Einsatz von Nischenprodukten, die von vornherein eine sehr enge Zulassung haben, bezieht.

Es geht demnach um die hausärztliche Grund- und Regelversorgung?

Hecken: Ja. Der normale Arzt, der vom Herzkranken über den Erkältungs-Patienten bis zum Diabetiker ein breites Spektrum an Beschwerden und Erkrankungen in der Praxis zu Gesicht bekommt, hat keine Zeit, unsere langen Beschlüsse zum Nutzen und zur Wirtschaftlichkeit neuer Wirkstoffe zu lesen. Diese Beschlüsse sind im Übrigen so umfangreich, damit sie rechtssicher sind. Den zentralen Ergebnissen eine andere Verpackung zu geben – und zwar eine, die den Arzt in seiner Verordnungspraxis und beim Patientengespräch unterstützt und zugleich vor Gerichten standhält –, ist alles andere als einfach.

Was macht die Sache so komplex?

Hecken: Oft haben wir unterschiedliche Nutzenergebnisse – zum Beispiel, weil Wirkstoffe in der gleichen Wirkstoffklasse unterschiedlichen Vergleichstherapien gegenübergestellt werden. Hinzu kommt, dass man wegen des medizinischen Fortschritts nicht mehr umhinkommt, die Nutzenbewertung neuer Wirkstoffe auf bestimmte Subgruppen von Patienten herunterzubre-

Hecken: Weil sich die Wirtschaftlichkeitshinweise für den Arzt wahrscheinlich genauso wie ein Verordnungsausschluss lesen und auswirken. Wenn wir schreiben, dieser Wirkstoff ist unwirtschaftlich, dann ist das zwar de jure kein Verordnungsausschluss – dafür wäre eine gesonderte Beschlussfassung notwendig. Aber kein Arzt wird seinem Patienten einen als unwirtschaftlich eingestuften Wirkstoff mehr verordnen, denn er weiß, damit kommt der Regress so sicher wie das Amen in der Kirche. Deshalb ist genau zu überlegen, wie wir das Arzteinformationssystem rechtssicher ausgestalten.

Wie viel Zeit bleibt dem GBA für die Umsetzung des neuen Systems?

Hecken: Sobald die entsprechende Rechtsverordnung vorliegt, haben wir zwölf Monate Zeit, das Informationssystem in den Arztpraxen zum Laufen zu bringen.

Sind Sie zuversichtlich, dass dies auch gelingt?

Hecken: Ja! Die gemeinsame Selbstverwaltung kann einmal mehr unter Beweis stellen, dass sie für die Umsetzung von Reformen gebraucht wird. Aber wir arbeiten zuverlässig und haben gerade in der laufenden Wahlperiode viele an kurze Fristen gebundene Aufgaben gemeistert. Mit den Vorbereitungen am Arzteinformationssystem haben wir bereits begonnen. Die sind umfangreich. Wie gesagt: Unter dem Strich muss das System dem Arzt nützen – und es muss rechtssicher sein. ■

Die Fragen stellte Thomas Hommel.

Weg frei für mehr Wissen

Informationen zum Nutzen neuer Arzneimittel sollen künftig ohne Umwege in der Arztpraxis ankommen. Sabine Beckmann und Ulf Maywald skizzieren, wie das Arzteinformationssystem gestaltet sein sollte – und welche Hürden auf dem Weg dorthin zu überwinden sind.

Katja S. sitzt im Sprechzimmer ihres Arztes, vor ein paar Minuten hat sie die Diagnose Hautkrebs bekommen. Gemeinsam besprechen die beiden, wie es weitergeht: Dr. Müller teilt ihr mit, dass es für sie verschiedenste Medikamente gibt, darunter ein ganz neues. Natürlich möchte die Patientin das für sie beste verschrieben bekommen. Aber ist das neueste Medikament tatsächlich das beste? Dr. Müller kann sich mit ein paar Klicks orientieren, wie der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) den Nutzen der verschiedenen Medikamente für das Therapiegebiet Hautkrebs bewertet. Dazu gibt er am Computer in die Suchmaske des Arzteinformationssystems (AIS) den Namen des neuen Arzneimittels ein, das er für Frau S. im Kopf hat. Binnen weniger Augenblicke weiß er mehr: Das AIS zeigt ihm, dass für andere Ausprägungen der Erkrankung das neueste das beste gewesen wäre, S. selbst aber mit einem bewährten Präparat mindestens

genauso gut versorgt ist. Dr. Müller weiß, dass er sich auf die Informationen verlassen kann, denn das Arzteinformationssystem ist stets auf dem aktuellen Stand: Regelmäßig und in kurzen Abständen werden die Beschlüsse des GBA zur Nutzenbewertung von Medikamenten in die Software eingespeist – und das in übersichtlicher und gut verständlicher Form. Gleichzeitig kann Dr. Müller sehen, wie viel das Arzneimittel kostet.

Rechtsverordnung soll es regeln. Bei dem hier geschilderten Ablauf handelt es sich um Zukunftsmusik – noch. Denn im Zuge des Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetzes (AM-VSG) hat der Gesetzgeber im März das Arzteinformationssystem beschlossen. Endlich. Das AIS – auch wenn es am Ende vielleicht im Detail anders als im skizzierten Beispiel aussehen mag – ist lange überfällig: Ärzte müssen so schnell wie möglich Zugriff auf den aktuellen Stand des Wissens haben, um ihre Patienten



Glossar

Arztinformationssystem (AIS): Als Oberbegriff steht AIS für Softwareprodukte, mit denen Ärzte den Betrieb ihrer Praxis und ihrer ärztlichen Tätigkeit im eigentlichen Sinne organisieren. Je nach Ausstattung können sie damit nicht nur elektronische Patientenakten führen, sondern auch ihre Dokumentation verbessern, Termine und Abrechnungen organisieren. Module unterschiedlicher Anbieter müssen über passende Schnittstellen angedockt werden. AIS wird gleichbedeutend mit Begriffen wie Praxissoftware, Arztsoftware oder Praxisverwaltungssystem verwendet. Derzeit gibt es etwa 170 verschiedene Systeme, die in den Praxen im Einsatz sind. Das mit dem Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz beschlossene AIS im engeren Sinne ist ein flächendeckend geplantes Angebot, das allen Praxen dieselben Informationen zur Verfügung stellt. Damit die Praxen sie nutzen können, müssen Standards definiert werden.

Interoperabilitätsverzeichnis: Mit dem E-Health-Gesetz wurde die Gesellschaft für Telematik beauftragt, bis Ende Juni 2017 ein solches Verzeichnis zu erstellen. Es soll die verschiedenen Standards der IT-Systeme auflisten, die im Gesundheitswesen im Einsatz sind. Dahinter steht das Ziel, dass die Systeme in der Lage sein sollen, miteinander zu kommunizieren. Neue Anwendungen sollen nur noch dann von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden, wenn sie den Empfehlungen des Verzeichnisses folgen. Die Bestimmungen finden sich im Paragraf 291e SGB V.

Zusatznutzen: Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft innerhalb von sechs Monaten nach Marktzugang eines neuen Arzneimittels, ob es Patienten einen zusätzlichen Nutzen gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie bringt. Das Ergebnis dieser Bewertung wirkt sich auf die Preisverhandlungen aus: Ist kein Zusatznutzen nachweisbar, wird das neue Medikament einer Festbetragsgruppe zugeordnet. Ist dies nicht möglich, wird ein Erstattungsbetrag vereinbart, bei dem die Jahrestherapiekosten nicht höher sein dürfen als die der zweckmäßigen Vergleichstherapie.

Zweckmäßige Vergleichstherapie: Für die frühe Nutzenbewertung eines Arzneimittels benennt der GBA eine (meist medikamentöse) Therapie, mit der sich das neue Arzneimittel messen muss. Der Hersteller muss hierzu ein Dossier vorlegen, mit dem er einen Zusatznutzen gegenüber dieser Therapie nachweist.

Quellen: BMG, IQWiG

bestmöglich versorgen zu können. Auf dem Weg zur Umsetzung des AIS gilt es aber nun in der nächsten Zeit, viele offene Fragen zu klären und widerstreitende Interessen auszugleichen. Denn: Wie genau das AIS inhaltlich, technisch und organisatorisch gestaltet sein soll, hat der Gesetzgeber offen gelassen. Das soll nun eine Rechtsverordnung regeln.

Fest steht bislang im Wesentlichen eins: Das Informationssystem wird sich aus den frühen Nutzenbewertungen des GBA speisen, die den Wissensstand zu einem Arzneimittel transparent machen. Diese Bewertung geschieht wiederum auf der Basis der Evidenz, die der Hersteller zum Zeitpunkt der Zulassung vorgelegt hat. Zwar sollen auch Leitlinien Eingang in die Praxissoftware finden. Diese bilden jedoch oftmals erst verspätet den aktuellen Wissensstand in einem Therapiegebiet ab. Auch deshalb wird den GBA-Informationen, die im Praxisalltag gut zu nutzen sind, große Bedeutung zukommen.

Bewertungen bislang nur schwer nutzbar. Zu den Aufgaben, die auf dem Weg dorthin zu bewältigen sind, gehört die Aufbereitung der GBA-Beschlüsse. Die Beschlüsse bieten zwar fundierte Informationen, sind aber inhaltlich sehr anspruchsvoll und dabei nicht einfach zu lesen. In einem recht unübersichtlichen PDF-Dokument mit vielen Seiten fassen sie die Informationen aus verschiedenen Bereichen zusammen: So finden sich hier die Informationen zu Anwendungsbiotiken, zur zweckmäßigen Vergleichstherapie (zVT), der vorliegenden Evidenz aus Studien, der Bewertung zum Zusatznutzen gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie und Patientenzahlen sowie Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Anwendung und Kosten. Für den Arzt, der sich für einen Patienten, der vor ihm sitzt, innerhalb kurzer Zeit über die bestmögliche Therapieoption informieren will, sind die Informationen in der bisherigen Darstellung kaum handhabbar. So verwundert es nicht, wenn die GBA-Ergebnisse bislang unzureichend in der Versorgungspraxis ankommen.

Wie aber sollen nun diese detaillierten Informationen möglichst aktuell und verständlich umgesetzt werden, damit der Arzt sich sachgerecht informieren kann? Statt eine Antwort im Gesetz darauf zu geben, muss die geplante Rechtsverordnung nun die entsprechenden Vorgaben definieren. An der Formulierung dieser Inhalte sollen neben Ärzten und Krankenkassen auch die Pharmahersteller beteiligt sein. Dabei sind die Interessen durchaus unterschiedlich: Während Ärzte vor allem die Hoffnung hegen, nicht mehr über die Wirtschaftlichkeit einer Verordnung nachdenken zu müssen, befürchten die Krankenkassen einen zu starken Einfluss der Pharmaindustrie. Diese wiederum möchte eine kritische Darstellung der Bewertungsergebnisse zu ihren Präparaten verhindern.

Leichtere Meinungsbildung für den Arzt. Überlagert werden die unterschiedlichen Interessen zusätzlich durch die aktuelle Diskussion über einen Beschluss des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg zu Mischpreisen – und damit der Frage der wirtschaftlichen Verordnung. Den Beschluss hatte der GKV-Spitzenverband gegen eine Entscheidung der Schiedsstelle für die Arzneimittelpreise erwirkt. Dabei geht es um Folgendes: Stellt der GBA bei einem Arzneimittel für eine Untergruppe von Patienten einen Zusatznutzen fest, für eine andere Untergruppe jedoch nicht, gilt bislang trotzdem über alle Gruppen hinweg ein einheitlicher Erstattungspreis – der Mischpreis. Der Beschluss berührt die intensiv diskutierte Frage, wann der Einsatz eines solchen Arzneimittels wirtschaftlich ist. Niemand – auch nicht die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) – schließt aus, dass

ein solches Arzneimittel auch in den Anwendungsgebieten ohne Zusatznutzen angemessen sein kann. Vielmehr muss sich der Arzt im Einzelfall eine Meinung bilden: Reicht die kostengünstigere Vergleichstherapie hier aus? Oder gibt es einen Grund für die Verordnung des neuen, teureren Arzneimittels, beispielsweise wegen Kontraindikationen? Bei dieser Meinungsbildung und auch der Dokumentation für die Gründe der Verordnung kann und muss das AIS helfen. Denn die Pflicht des Arztes zur differenzierten Betrachtung beziehungsweise Meinungsbildung im Einzelfall sollte – im Sinne der Beitragszahler, aber auch der Patienten – nicht durch abstrakte Regelungen im Gesetz ersetzt werden wie den Verweis, dass ein Arzneimittel mit Mischpreis „immer und für jeden wirtschaftlich“ ist. Endgültig lösen lässt sich das Mischpreisthema aber wohl nur über subgruppenspezifische Preise beziehungsweise Abschläge. Dafür wären Anpassungen im Sozialgesetzbuch V (SGB V) erforderlich, die ergänzend die verschlüsselte Übermittlung der codierten Subgruppen an die GKV im Rahmen der ärztlichen Abrechnung ermöglichen.

Standards und Strukturen festlegen. Vor diesem Hintergrund ist nun zu klären, welche Aspekte bei der praktischen Umsetzung des Arztinformationssystems eine Rolle spielen werden. An erster Stelle steht die Praktikabilität: Nur wenn der Arzt die relevanten Informationen in kurzer Zeit erfassen kann, ist das System für ihn eine Hilfe. Hierzu müssen sie so aufbereitet sein, dass sie sich problemlos in die etwa unterschiedlichen 170 Softwaresysteme einspeisen lassen, die die Praxen deutschlandweit nutzen. Dazu müssen standardisierte Funktionen, einheitliche und strukturierte Datenformate sowie eine Datenschnittstelle für die GBA-Beschlüsse bestimmt und in der Rechtsverordnung fixiert werden. Geklärt werden müssen beispielsweise Fragen wie diese: Welche Informationen bekommt der Arzt unmittelbar ohne weitere Mausclicks angezeigt? Welche Suchmasken sind

Statement



„Versorgungsrealität digital abbilden“

Michael Hennrich ist Obmann im Gesundheitsausschuss des Bundestages für die CDU/CSU-Fraktion.

Mit dem Arztinformationssystem wollen wir Medikamente noch zielgenauer einsetzen und Ärzten die Informationen der frühen Nutzenbewertung noch schneller zur Verfügung stellen. Wir wollen dabei die Therapiefreiheit erhalten und Ärzte nicht einem hochregulierten Wirtschaftlichkeitsdiktat aussetzen. Vielmehr haben wir das Ziel, IT und Arzneimittel noch enger zusammenzuführen, um quasi die Versorgungsrealität digital abzubilden. Aus dieser Verschmelzung von Versorgung und Forschung können wir langfristig Informationen zur weiteren Verbesserung der Medikation erhalten – vor allem im Sinne einer qualitativ hochwertigen Versorgung der Patienten. Das Heft des Handelns liegt nun beim Bundesgesundheitsministerium. Es muss eine entsprechende Rechtsverordnung erarbeiten. Ich bin froh zu sehen, dass dabei alle relevanten Akteure mit am Tisch sitzen. Bisher ist mein Eindruck, dass hier ein guter Dialog entstanden ist. Insofern bin ich zuversichtlich, dass wir vielleicht sogar schon im Laufe dieses Jahres auch öffentlich erste Eckpunkte diskutieren werden. ■

vorhanden? Wie sind die Antworten bei Suchanfragen strukturiert? So muss der GBA zum Beispiel Subgruppen definieren, damit Ärzte auf Ausnahmen oder Sonderfälle hingewiesen werden nach dem Prinzip: „Folgende Information gilt nur bei ICD-10 xyz, wenn der Patient zusätzlich das Medikament xy einnimmt.“ Die Struktur des AIS muss so angelegt sein, dass diese Einblendung nur bei Patienten erscheint, auf die genau das zutrifft.

Software-Module müssen miteinander sprechen. Neben der Standardisierung innerhalb des Systems ist es wichtig, dass die Software problemlos mit weiteren Modulen kommunizieren kann. Wenn beispielsweise strukturiert Leitlinien abgebildet werden sollen, braucht es dafür ebenfalls Schnittstellen, Definitionen und Verantwortlichkeiten. Dafür müssen viele Fragen beantwortet werden, wie zum Beispiel: Wie lassen sich Leitlinien und Ergebnisse des GBA so miteinander kombinieren, dass für den Arzt leicht erfassbare, schlüssige Aussagen entstehen? Wer ist dafür zuständig? Welche Standards gelten dafür? Wer prüft Qualität und Nutzbarkeit? Die Rechtsverordnung wird dabei auf das Interoperabilitätsverzeichnis nach Paragraf 291e SGB V referenzieren müssen, das in Zukunft Transparenz über die verschiedenen genutzten IT-Standards im Gesundheitswesen schaffen soll.

Frühe Nutzenbewertung schon heute abbildbar

Mit einer speziellen Schnittstelle für die ärztliche Praxissoftware kann die AOK-Tochter gevko GmbH bereits heute Beschlüsse zur frühen Nutzenbewertung strukturiert und übersichtlich abbilden. Die S3C-Schnittstelle erreicht schon jetzt 85 Prozent aller niedergelassenen Ärzte, ist also in deren Praxissoftware integriert. Über die Abbildung von Bewertungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) hinaus gibt es zahlreiche weitere Möglichkeiten, mit der der Arzt über die Schnittstelle unterstützt werden kann: So kann sie die Aktualität von Beschlüssen innerhalb eines Indikationsgebietes bis auf die Ebene der Patientensubgruppen ebenso wie deren Preisangemessenheit darstellen. Neben der direkten Übernahme von Präparaten auf das Rezept besteht für den Arzt die Möglichkeit, sich Therapiealternativen und deren Bewertungen im Rahmen des Ordnungsprozesses anzeigen zu lassen. „Als Arzt weiß ich, wie wichtig es ist, im Alltag schnell auf gut handhabbare und verständliche Informationen zugreifen zu können. Eine gute Praxissoftware ist dafür unerlässlich“, sagt gevko-Geschäftsführer Prof. Dr. Guido Noelle. „Die Praxissoftware kann mithilfe dieser Schnittstelle leicht und flexibel die künftigen Anforderungen umsetzen, die die Rechtsverordnung mit sich bringt.“ www.gevko.de



„Ärzten dürfen keine Mehrkosten entstehen“

Dr. Sibylle Steiner leitet den Geschäftsbereich Ärztliche und veranlasste Leistungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV).

Die Bewertung des Zusatznutzens von neuen Arzneimitteln erfolgt in erster Linie, um einen Erstattungsbetrag zu vereinbaren. Darüber hinaus bietet sie die Möglichkeit, eine evidenzorientierte Verordnung zu unterstützen. Die KBV veröffentlicht Zusammenfassungen der Bewertungen auf ihren Internetseiten. Die Erfahrung zeigt, dass die Information direkt bei der Verordnung und mit unterschiedlicher Informationstiefe verfügbar sein sollte. Auf der ersten Ebene sollte wirkstoffbezogen ein kompakter Überblick zum Anwendungsgebiet, Ergebnis der Zusatznutzenbewertung gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie sowie zu den Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Anwendung bereitgestellt werden. Auf nachfolgenden Ebenen sollte eine Zusammenfassung der Studienebene bis hin zu den Beschlussdokumenten des Gemeinsamen Bundesausschusses verfügbar sein. Perspektivisch könnte auch die Einbindung von evidenzbasierten Leitlinien erfolgen.

Allerdings sind auch die Limitationen dieser Informationen zu sehen. So stellen die Bewertungen nur eine Momentaufnahme der vorliegenden Evidenz dar. Sie können medizinische Leitlinien und Behandlungspfade nicht ersetzen und dienen als zusätzliche Information für die Ärzte. Diskutiert wurde auch, dass zukünftig Ärzte bei der Verordnung dokumentieren sollen, in welche Subgruppe und damit Zusatznutzenkategorie der Patient fällt. Dies ist aus ärztlicher Sicht weder sachgerecht noch zumutbar. Es ist darauf zu achten, dass aus Information nicht faktische Verordnungsausschlüsse oder gar kassengesteuerte Verordnungskontrolle mit einer Verschärfung der Regressbedrohung und Einschränkung der Therapiefreiheit werden. Einführung und Pflege der Arztinformationssysteme darf für die Vertragsärzte nicht zu Mehrkosten führen. Hierfür ist gegebenenfalls eine Finanzierungsregelung erforderlich. ■

Auswahlfragen grenzen Suche ein. Für eine hohe Qualität des Arztinformationssystems reicht es allerdings nicht aus, dass es leicht nutzbar ist. Gleichzeitig ist großer Wert auf die Kontextsensitivität der Informationen zu legen. Warum das wichtig ist, wird deutlich, wenn man sich die Beschlusspraxis des GBA und die Codierungen der Ärzte anschaut. Während der GBA die Patientengruppen recht frei und unabhängig davon definiert, ob es für diese Patientengruppe eine ICD-10-Diagnose gibt, dokumentiert der Arzt in der Regel nach genau dieser Klassifikation. Wie aber lassen sich für den jeweiligen Patienten im Einzelfall die relevanten von den irrelevanten Informationen trennen? Dafür wird es notwendig, die GBA-Aufteilung der Subgruppen als Basis für die Überführung der Beschlüsse in die Praxissoftware zu nehmen. Am Beispiel Harvoni® wird deutlich warum: Bei dem neuen Arzneimittel zur Behandlung der chro-

nischen Hepatitis C wurden aus der einzelnen ICD10-Codierung B18.2, die für die Gesamtgruppe „chronische Virushepatitis C“ steht, insgesamt sieben Anwendungsgebiete – differenziert nach den Virus-Genotypen, der Vortherapie sowie weiteren Erkrankungen der Patienten. Neben geeigneten Filtern könnten kurze Auswahlfragen dem Arzt dabei helfen, zu einem Informationsangebot der GBA-Ergebnisse zu gelangen, das auf seinen jeweiligen Patienten und die Behandlungssituation abgestimmt ist.

Informationssystem muss flexibel reagieren. Neben einer leicht handhabbaren Umsetzung und der Kontextsensitivität wird die Qualität des AIS schließlich auch maßgeblich davon abhängen, wie gut es den Stellenwert von Arzneimitteln für ein bestimmtes Therapiegebiet einordnen kann – und zwar inhaltlich und



zeitlich. Mit Blick darauf wird es nicht weiterhelfen, einen oder gar mehrere Beschlüsse für ein Arzneimittel lediglich abzubilden, zumal wenn die Information lediglich auf die Aussagen „mit Zusatznutzen“ oder „ohne Zusatznutzen“ reduziert sind. Was das für das Arztinformationssystem bedeuten kann, zeigt das Beispiel der Therapie des metastasierten Hautkrebses. Mit den BRAF-Hemmern kam für die Erkrankung eine neue Stoffklasse auf den Markt. Der erste Vertreter dieser Klasse, Vermurafenib, war so viel besser als der alte Standard DTIC, dass er unmittelbar und mit beträchtlichem Zusatznutzen zum Therapiestandard wurde. Der zweite Vertreter der selben Stoffklasse war Dabrafenib. Er kam wenig später dazu, erhielt aber keinen Zusatznutzen – das aber nur, weil er vom GBA nicht mehr gegen DTIC, sondern gegen den ersten Vertreter der neuen Klasse verglichen wurde. Damit sind für die Behandlung von Patienten zwei gleich wirksame Präparate vorhanden, wobei Dabrafenib weniger kostet. Ohne die Information über diesen Kontext würde der Arzt jedoch automatisch glauben, der erste Vertreter sei wegen des Zusatznutzens besser als der zweite. Zumal die Information „mit Zusatznutzen“ oder „ohne Zusatznutzen“ nicht für alle Zeiten gelten muss: Während manche Arzneimittel in der Vergangenheit erst bei einer Folgebewertung mit einem Zusatznutzen überzeugen konnten, gibt es auch gegenteilige Fälle. So kann es bei einer Folgebewertung genauso zu einer Abwertung der Beurteilung kommen. Ebenso führen Änderungen bei der Zulassung zu ergänzenden (detaillierten) Bewertungen für einen Wirkstoff. Und schließlich wirkt sich auch der Wissensfortschritt nicht nur auf die Bewertung des Arzneimittels selbst aus, sondern der GBA kann angesichts der neuen

Erkenntnisse auch die aktuelle zweckmäßige Vergleichstherapie für dieses Anwendungsgebiet ändern. Das heißt zum Beispiel: Für Diabetes gilt möglicherweise in zehn Jahren eine andere Therapie als optimal als das heute der Fall ist. Auch darauf muss sich ein AIS einstellen können.

Transparenz schaffen. Mit Blick auf Wissensfortschritt, Therapien und Zulassungen sind verschiedene Konstellationen denkbar: So können Arzneimittel mit Zusatznutzen künftig die neue zweckmäßige Vergleichstherapie stellen, indem sie die bisherige ergänzen oder sogar ersetzen. Für den Arzt ist es wichtig, dass er auf einen Blick erkennen kann, welchen Stellenwert ein Arzneimittel aktuell im Therapiegebiet einnimmt. Hierzu ist es hilfreich, die Bewertungen der Präparate gegenüber der zuletzt



vom GBA herangezogenen zweckmäßigen Vergleichstherapie zu kennen. Sollte eine solche Bewertung nicht vorliegen, müsste dies im Arztinformationssystem entsprechend gekennzeichnet werden. Diese Darstellung stellt jedoch im Einzelfall eine hohe Anforderung dar und wird – soweit der GBA an seiner bestehenden Beschlusspraxis festhält – auch perspektivisch nicht immer einfach abzubilden sein. Das gilt beispielsweise dann, wenn die zVT selbst nicht einheitlich zu bewerten ist. So hatte der GBA im April 2017 bei der Bewertung eines neuen Onkologikums für die Behandlung des Nierenzellkarzinoms als zweckmäßige Vergleichstherapie die Wirkstoffe Nivolumab und Everolimus benannt. Beide sind jedoch nicht als gleichwertige Optionen anzusehen: Denn im Vorjahr erst hatte der GBA im gleichen Anwendungsgebiet Nivolumab im Vergleich zu Everolimus einen Hinweis auf einen beträchtlichen Zusatznutzen zugesprochen. Dem neuen Onkologikum wurde im Vergleich zu Everolimus anschließend ein Anhaltspunkt auf einen nicht quantifizierbaren Zusatznutzen zugesprochen.

Ein gut durchdachtes und gut umgesetztes Arztinformationssystem kann den Arzt bei seiner Therapieentscheidung unterstützen. Dasselbe gilt auch für die Bewertung der Kosten: Es kann ihn darüber informieren, ob bereits ein angemessener Preis ausgehandelt wurde oder nicht. Das ist vor allem bei Arzneimitteln ohne Zusatznutzen relevant: Ihre Kosten sind oftmals unangemessen hoch, bevor der Erstattungsbetrag festgelegt wird.

System muss lernfähig bleiben. Alles in allem ist die Aufgabe komplex, ein Arztinformationssystem zu schaffen. Eine Erfolgsgeschichte – so viel steht fest – kann es nur werden, wenn die

Statement



„AMNOG-Daten sind keine Therapiehinweise“

Birgit Fischer ist Hauptgeschäftsführerin des Verbandes forschender Pharma-Unternehmen (vfa).

Das geplante Arztinformationssystem zur frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln wird die Qualität der Behandlung von Patienten in Deutschland stark prägen: Die Art der Darstellung eines Medikamentes in der Computer-Software hat großen Einfluss darauf, was Ärzte verschreiben und was nicht. Nach der Zulassung unterzieht der Gemeinsame Bundesausschuss neue Arzneimittel einer Zusatznutzenbewertung, um qualifizierte Preisverhandlungen zu ermöglichen. Die auf der Grundlage des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) gewonnenen Daten bilden aber nur einen Teilausschnitt dessen ab, was ein Medikament kann. Auf Basis der AMNOG-Daten kann nicht für jede spätere Therapie-situation entschieden werden, ob ein Medikament verschrieben werden sollte oder nicht. AMNOG-Daten sind eben keine Therapiehinweise.

So sind Medikamente mit „nicht belegtem Zusatznutzen“ in der Patientenversorgung wichtig: Manchmal braucht man sie als Therapiealternative, weil eine andere Therapie nicht wirkt oder aufgrund persönlicher Besonderheiten des Patienten nicht angewendet werden kann. So ist es oft in der Neurologie oder bei MS-Medikamenten. Eine Diskriminierung dieser Arzneimittel in einem Arztinformationssystem, etwa durch einen Warnhinweis oder einen bestimmten Farbcode, würde die Versorgung der Patienten deutlich verschlechtern.

Nur wenn die AMNOG-Daten in den Kontext der aktuellen evidenzbasierten Therapieleitlinien der Fachgesellschaften gestellt werden, beginnen sie über therapeutische Qualität zu „sprechen.“ Und nur dann können sie den Arzt unterstützen, seine Therapie an den Bedürfnissen der Patienten auszurichten. ■

Ärzte es akzeptieren. Damit das gelingt, empfiehlt es sich, das Eingeführte immer wieder zu überprüfen, zu verbessern und sich der Akzeptanz der Ärzteschaft zu vergewissern. Dass diese komplexe Aufgabe lösbar ist, zeigt bereits ein Beispiel aus der Praxis. So präsentierte die AOK-Tochter gevko GmbH kürzlich auf der Fachmesse für Gesundheits-IT conhIT in Berlin ein Software-Modul, das GBA-Beschlüsse schon jetzt praktikabel und kontextsensitiv in der Praxissoftware abbilden kann (siehe Kasten „Frühe Nutzenbewertung“ auf Seite 37). Die IT-Fachleute bereiten gerade den Einsatz dieses Moduls im Alltag vor: Zunächst soll es im Rahmen von Selektivverträgen eingesetzt werden. ■

Sabine Beckmann leitet die Abteilung Arznei-, Heil- und Hilfsmittel im AOK-Bundesverband.

Dr. Ulf Maywald ist Bereichsleiter Arzneimittel bei der AOK PLUS.

Kontakt: sabine.beckmann@bv.aok.de; ulfr.maywald@plus.aok.de

„Das Land muss die Planungshoheit behalten“

Eine einheitliche Ausbildung für Pflegekräfte, mehr Tempo bei der Digitalisierung und ein gerüttelt Maß an föderalem Selbstbewusstsein – die rheinland-pfälzische Sozialministerin **Sabine Bätzing-Lichtenthäler** (SPD) bezieht im G+G-Interview Position.

Frau Ministerin Bätzing-Lichtenthäler, die Krankenhauslandschaft steht vor einem Umbruch. Mehr Qualität und weniger Standorte ist das Prinzip der jüngsten Klinikreform. Geht Rheinland-Pfalz diesen Weg mit?

Sabine Bätzing-Lichtenthäler: Ja. Denn Qualität ist absolut wichtig. In Rheinland-Pfalz stehen wir schon gut da. Und die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) verstärken dies nochmal. Wir wollen aber die Qualitätsindikatoren nicht automatisch in Kraft treten lassen, sondern erst nach einem transparenten Beratungsprozess im Landtag und im Ausschuss für Krankenhausplanung, in dem die Krankenkassen, die Kammern, die Krankenhausgesellschaft, die Kommunen und Patientenorganisationen vertreten sind.

Das hört sich ein bisschen so an wie Qualitätsindikatoren gerne, aber bitte dann, wenn sie passen ...

Bätzing-Lichtenthäler: Nein, so ist das nicht. Mir ist aber wichtig, dass wir als Land die Planungshoheit in der Hand behalten. Mit den Vorgaben des GBA können erhebliche Konsequenzen verbunden sein für den Fall, dass Krankenhäuser oder Krankenhausabteilungen die Kriterien dauerhaft verfehlen. Diese Häuser oder Abteilungen könnten dann nicht mehr im Landeskrankenhausplan ausgewiesen werden und dürften die Leistungen nicht mehr erbringen. Die Landesregierung trägt Verantwortung für eine qualitativ hochwertige, bedarfsgerechte und zugleich wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen sowie qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern. Wir bereiten derzeit einen neuen Landeskrankenhausplan auf der Basis einer umfassenden Bedarfs- und Situationsanalyse vor, der 2018 beschlossen werden soll. Im Übrigen haben bisher schon Qualitätssicherung und

-verbesserung in unserer Krankenhausplanung und auch bei den Kliniken selbst eine große Rolle gespielt. Dabei setzen wir auf Krankenhausverbünde und die Spezialisierung von Kliniken. Und hier sind wir schon ein gutes Stück vorangekommen. Ein weiterer Baustein ist die Entwicklung von Krankenhäusern in Gesundheitszentren. In Neuerburg streben wir solch ein Modell an. An sieben weiteren Standorten sind wir in einem Beratungsprozess, wobei es hier fast ausschließlich um Standorte geht, die weiter als Krankenhaus in Betrieb bleiben. Und durch eine bessere Verzahnung der Sektoren können wir die Versorgung in allen Teilen unseres Landes sicherstellen. Ich möchte, dass die Menschen in der Eifel genauso gut versorgt sind wie in Mainz.

Experten kritisieren immer wieder, dass die Länder nicht genug Geld für Klinik-Investitionen bereitstellen. Ab 2019/2020 greift die Schuldenbremse – können die Kliniken vor diesem Hintergrund überhaupt auf mehr Geld von den Ländern hoffen?

Bätzing-Lichtenthäler: Den besagten Investitionsstau kann ich für Rheinland-Pfalz so nicht bestätigen. Wir haben die Mittel um drei Millionen auf 66 Millionen Euro aufgestockt. Auch stellen wir dieses Jahr wieder 51,2 Millionen für die Pauschalförderung bereit. Zudem fließen in den nächsten Jahren zusätzlich an die Kliniken 24 Millionen Euro aus dem Strukturfonds, den das Land kofinanziert. Wir sind das erste Land, das Geld aus diesem Fonds beantragt und bewilligt bekommen hat.

Kommen wir zur Pflege. Wie ist aus Ihrer Sicht die Umstellung auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff gelaufen?

Bätzing-Lichtenthäler: Gut. Wir haben zwar einen hohen Beratungsbedarf festgestellt. Aber mit unseren 135 Pflegestützpunkten sind wir sehr gut aufgestellt.



Sind denn damit alle Probleme für die Versicherten gelöst?

Bätzing-Lichtenthäler: Natürlich nicht. Es ist gut, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff die Versorgung von Menschen mit Demenz verbessert und die ambulante Pflege stärkt. Wegen des demografischen Wandels und des steigenden Pflegebedarfs müssen wir über künftige Strukturen nachdenken. Deshalb verstärken wir beispielsweise die Beratung mit persönlichen Pflegemanagern in den Pflegestützpunkten und setzen mit dem Projekt der Gemeindegewerkschaften^{plus} noch mehr auf Prävention.

Stichwort Pflegepersonal: Gute Pflege braucht auch genügend Fachkräfte.

Bätzing-Lichtenthäler: Deshalb haben wir 2013 die Fachkräfteinitiative Pflege gestartet. Damit konnten wir die prognostizierte Fachkräftelücke um 65 Prozent senken. Und kürzlich haben wir die Fachkräfteinitiative 2.0 mit den Schwerpunkten Ausbildung und Beschäftigungsbedingungen aufgelegt. Wir müssen erreichen, dass Pflegekräfte motiviert und gesund bleiben. Dafür brauchen sie gute Arbeitsbedingungen. Und die vom Bund geplante Personaluntergrenze für die stationäre Krankenpflege ist ein erster Schritt. Wir brauchen aber für alle Pflegebereiche eine Untergrenze und eine Personalbedarfsmessung.

Würde die umstrittene einheitliche Pflegeausbildung im Kampf gegen den Fachkräftemangel helfen?

Bätzing-Lichtenthäler: Davon bin ich überzeugt. Sie kann die Attraktivität des Berufes und die Vergütung der Pflegekräfte erhöhen. Aber nicht nur das. Sie steigert letztlich auch die Versorgungsqualität. Im Diakonissen-Krankenhaus in Speyer-Mannheim läuft die generalistische Ausbildung längst. Die Auszubildenden sind begeistert. Und die Pflegeeinrichtungen sagen, das sind qualitativ hochwertige Kräfte, die können wir gut integrieren.

Braucht die Pflege mehr Akademisierung, um wie in anderen Ländern Aufgaben von Ärzten übernehmen zu können?

Bätzing-Lichtenthäler: Ja. Die Akademisierung ist eine Voraussetzung dafür. Und ich kann mir eine Substitution mancher ärztlicher Leistungen gut vorstellen.

Zur Person

Sabine Bätzing-Lichtenthäler, 42, geboren im rheinland-pfälzischen Altenkirchen, macht nach ihrem Abitur 1994 eine Ausbildung zur Diplom-Verwaltungswirtin (FH). Danach arbeitet sie bis 2002 in der Verwaltung Altenkirchen. 1994 tritt sie in die SPD ein. 1999 wird sie Abgeordnete im Kreistag Altenkirchen. 2002 erringt sie ein Bundestagsmandat und ist von 2005 bis 2009 Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Rheinland-pfälzische Ministerin für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie ist sie seit 2014. Dem Landtag in Mainz gehört sie seit 2016 an. Sabine Bätzing-Lichtenthäler ist verheiratet und hat zwei Kinder.

Ein Rezept gegen den Fachkräftemangel in Medizin und Pflege, soll, wie immer zu hören ist, die Digitalisierung sein. Ist das so?

Bätzing-Lichtenthäler: Digitalisierung und Telematik helfen, bei bestimmten Krankheitsbildern Gesundheitsdaten zu erfassen, beispielsweise die Blutdruckwerte eines Herzpatienten. Digitalisierung ist aber nur ein Zusatz und kann den persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt nicht ersetzen. Wir dürfen uns jetzt nicht zurücklehnen und sagen, jetzt kommt die Digitalisierung, die Man- und Womanpower brauchen wir nicht mehr. Vielmehr müssen wir in unseren Bemühungen um mehr Ärzte auf dem Land und um mehr Pflegekräfte weitermachen.

Bei der elektronischen Gesundheitskarte geht es seit zehn Jahren nicht voran. Was erwarten Sie hier von der nächsten Bundesregierung, was von der gemeinsamen Selbstverwaltung?

Bätzing-Lichtenthäler: Von der Selbstverwaltung erwarte ich vor allem, dass sie zusammenarbeitet, damit das Projekt endlich umgesetzt wird. Und der Bund muss dranbleiben und darf sich nicht von ein bisschen Gegenwind in die Knie zwingen lassen. Er muss gegenhalten. Noch mal eine Zehn-Jahre-Hängepartie können wir uns nicht erlauben. ■

Das Interview führte Hans-Bernhard Henkel-Hoving.

Klinik haftet nach Fenstersturz

Springt ein verwirrter dementer Patient aus einem Krankenhausfenster, muss die Klinik für erlittene Schäden haften. Denn bei Demenzkranken ist von einem unberechenbaren Verhalten auszugehen, und das Krankenhaus hat Sicherheitsvorkehrungen treffen. Dies hat das Oberlandesgericht Hamm entschieden. **Von Anja Mertens**

Urteil vom 17. Januar 2017
– 26 U 30/16 –
Oberlandesgericht Hamm

Ein stationärer Aufenthalt ist für niemanden leicht, erst recht nicht für Menschen mit Demenz. Denn anders als Patienten ohne Demenzerkrankung können sie sich meist nur schwer oder gar nicht mehr auf neue und veränderte Situationen einstellen. Die ungewohnte Umgebung kann sehr belastend sein und im schlimmsten Fall die Behandlung erschweren und den Genesungsprozess verlangsamen. Damit sich Demenzkranke während ihres stationären Aufenthalts nicht zusätzlich verletzen, sollten Krankenhäuser Vorkehrungen treffen. Im Fall einer inzwischen verstorbenen demenzkranken Frau war dies nicht geschehen.

Krankenzimmer von außen blockiert. Die Patientin war im Januar 2011 wegen eines Schwächeanfalls in ein Krankenhaus eingewiesen worden. Während des Klinikaufenthalts war sie unruhig, aggressiv, verwirrt und desorientiert. Sie zeigte Weglauftendenzen und wollte immer wieder die Station verlassen. Zwar erhielt sie Neuroleptika, konnte damit aber nicht ruhiggestellt werden. Um zu verhindern, dass die Patientin weglief, verstellten die Pflegekräfte die Tür ihres Zimmers von außen mit einem Krankenbett. Am späten Abend des dritten Behandlungstages kletterte die Patientin unbemerkt aus dem Zimmerfenster und stürzte auf ein circa fünf Meter tiefer liegendes Vordach. Dabei erlitt sie erhebliche Verletzungen, unter anderem Rippenbrüche, zudem eine Lendenwirbel-, eine Oberschenkel- und eine Beckenringfraktur. Die Brüche wurden in einem

anderen Krankenhaus operiert. Von dort aus kam die Patientin in ein Pflegeheim, in dem sie im März 2011 verstarb. Für die unfallbedingte Heilbehandlung und das unfallbedingt gezahlte Krankenhaus-tagegeld wandte die private Krankenversicherung der Patientin rund 93.300 Euro auf. Diese Summe wollte sie vom erstbehandelnden Krankenhaus ersetzt bekom-

Krankenhäuser müssen dafür sorgen, dass sich Patienten beim stationären Aufenthalt nicht verletzen können.

men. Die Klinik habe ihre Fürsorge- und Sicherungspflichten verletzt. Zudem hätte die Medikation umgestellt werden müssen, weil die gegebenen Neuroleptika nicht angeschlagen hätten. Sie verklagte die Klinikträgerin vor dem Landgericht.

Das Landgericht wies jedoch die Klage ab. Ein Fehler bei der Medikation lasse sich nicht feststellen. Mit einer Flucht durch das Fenster sei nicht zu rechnen gewesen. Gegen dieses Urteil legte die Krankenversicherung Berufung beim Oberlandesgericht (OLG) ein und hatte Erfolg. Der Klägerin stünden die gegen die Beklagte geltend gemachten

Ansprüche zu (Paragrafen 611, 278, 280, 823, 831, 249 ff. Bürgerliches Gesetzbuch in Verbindung mit Paragraf 86 Versicherungsvertragsgesetz), urteilten die zweitinstanzlichen Richter. Eine fehlerhafte Medikation sei allerdings nicht ersichtlich. Der angehörte medizinische Sachverständige habe bestätigt, dass das verwendete Arzneimittel Melperon das Mittel der Wahl gewesen sei. Auch habe die Dosierung den Leitlinien entsprochen. Zudem könne dem Krankenhaus nicht vorgeworfen werden, kein anderes Medikament verabreicht zu haben. Der Sachverständige habe überzeugend dargelegt, dass Neuroleptika in der Wirkungsweise so ähnlich sind, dass bei Nichtwirken eines Produkts auch die anderen Mittel versagen.

Gegen Behandlungsvertrag verstoßen. Zugleich aber stellte das OLG fest, dass das Krankenhaus gegen die Pflichten aus dem Behandlungsvertrag verstoßen und ihrer Verkehrssicherungspflicht nicht nachgekommen ist. Mit der stationären Aufnahme eines Patienten habe eine Klinik nicht nur die Aufgabe, ihn entsprechend des medizinischen Standards zu behandeln. Ihr oblägen auch Obhuts- und Schutzpflichten. Das Krankenhaus müsse Patienten im Rahmen des Möglichen und Zumutbaren vor Schäden und Gefahren bewahren, wenn es ihre körperliche oder geistiger Verfassung gebiete.

TIPP FÜR JURISTEN



Patientenentschädigungs- und Härtefallfonds, Schadensprävention im Krankenhaus, qualitätsabhängige Zu- und Abschläge in der Krankenhausfinanzierung – diese und weitere Themen behandelt das „6. Dresdner Medizinrechtssymposium“ am 29. und 30. September in Dresden. Veranstalter ist die DIU Dresden International University. Mehr Infos unter www.di-uni.de > Studium und Weiterbildung > Rechtswissenschaften im interdisziplinären Kontext

Maßgebend sei, ob ernsthaft damit zu rechnen ist, dass sich ein Patient selbst schädigen könnte. Damit niemand zu Schaden komme, müssten alle erforderlichen und zumutbaren Vorkehrungen getroffen werden. Das beklagte Krankenhaus habe seine Pflichten verletzt. Die getroffenen Maßnahmen hätten nicht genügt. Die Patientin sei desorientiert gewesen. Ausweislich der Pflegedokumentation („Zimmer verstellt, damit sie nicht flüchtet“) sei die Fluchtgefahr gesehen worden. Auch die Medikation zum Ruhigstellen habe nicht gewirkt. Somit hätte das Krankenhauspersonal einen Fluchtversuch durch das Fenster in Betracht ziehen müssen.

Sicherheitsvorkehrungen ungenügend.

Ausweislich der Ermittlungsakten sei das Fenster des Krankenzimmers für die Patientin über einen davor stehenden Tisch und einen Stuhl zu erreichen und über einen nicht verschließbaren Fenstergriff zu öffnen gewesen. Ein demenzkranker und körperlich nicht übermäßig eingeschränkter Patient könne ohne Weiteres quasi stufenweise zum Fenster gelangen. Und weil sich das Fenster fünf Meter über einem Vordach befände, wäre bei einem eventuellen Fenstersturz mit erheblichen Verletzungen zu rechnen gewesen. Eine effektive Sicherung sei möglich und zumutbar gewesen. Bereits das Entfernen von Tisch und Stuhl hätte eine Flucht durchs Fenster erschwert. Eine Verriegelung oder ein verschließbarer Griff wäre effektiv und zumutbar gewesen. Falls dies nicht möglich gewesen sein sollte, müsse sich das Haus ein Organisationsverschulden vorhalten lassen. Die Patientin hätte nicht auf dieser Station aufgenommen werden dürfen, sondern als Notfall auf eine geschlossene geriatrische Station oder in eine ebenerdig gelegene Abteilung verlegt werden müssen. ■

Kommentar: Die Entscheidung des Oberlandesgerichts Hamm überzeugt. Zwar handelt es sich um einen Einzelfall. Aber es ist davon auszugehen, dass die Haftungsgrundsätze große praktische Relevanz bei der stationären Behandlung demenzkranker Patienten haben werden.

Anja Mertens ist Rechtsanwältin (Syndikusrechtsanwältin) im Justitiariat des AOK-Bundesverbandes.

Kontakt: Anja.Mertens@bv.aok.de

ARZNEI-THERAPIEN

Entwurf eines Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebesubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften
Bundestags-Drucksache 18/11488

INHALT

Anpassung der Vorschriften für Blut- und Gewebesubereitungen und für Arzneimittel für neuartige Therapien an wissenschaftliche und technische Entwicklungen; Frist für erstmalige Überprüfung der fallbezogenen Krebsregisterpauschale durch den GKV-Spitzenverband bis Ende 2019 verlängert; Änderungen bei den im Pflegestärkungsgesetz III vorgesehenen Modellvorhaben zur kommunalen Pflegeberatung; Möglichkeit für Sozialhilfeträger, auf eigene Pflegeberatungsstellen zu verzichten und Vereinbarungen mit Pflegekassen zu treffen.

AKTUELLER STAND

Der Bundesrat hat am 31.3.2017 Stellung genommen. Zweite und dritte Lesung im Bundestag war am 1.6.2017.

INFEKTIONSSCHUTZ/PFLEGEPERSONAL

Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten
Bundestags-Drucksache 18/10938

Einrichtung eines elektronischen Melde- und Informationssystems für übertragbare Krankheiten durch das Robert Koch-Institut; Erweiterung der Meldepflichten bei Krankenhausinfektionen; Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen in Klinikbereichen; Pflicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des GKV-Spitzenverbandes, bis 30.6.2018 Pflegepersonaluntergrenzen zu vereinbaren; Informationspflicht der Kliniken gegenüber den für die Krankenhausplanung zuständigen Behörden über die Einhaltung der Personaluntergrenzen; Vergütungsabschläge für Krankenhäuser bei Nichteinhalten der Personaluntergrenze; Ergänzung des Pflegezuschlags für Krankenhäuser um die Mittel des Pflegestellenförderprogramms ab 2019.

Der Bundesrat hat am 10.2.2017 Stellung genommen. Zweite und dritte Lesung im Bundestag war am 1.6.2017.

PFLEGEAUSBILDUNG

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

Einheitliche Ausbildung für Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege; Aufhebung der Dreigliederung der Pflegeberufe; Ausbildung für Auszubildende kostenlos und Finanzierung über Ausbildungsfonds auf Landesebene durch Länder, Krankenhäuser, stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen sowie Pflegeversicherung; neue Finanzierungsgrundlagen zur Lastenverteilung auf ausbildende und nicht ausbildende Einrichtungen; Möglichkeit der Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen, ihre Beiträge über Ausbildungszuschläge bzw. über die Berücksichtigung in den allgemeinen Pflegeleistungen zu refinanzieren; Einführung eines generalistisch ausgerichteten Pflegestudiums an Hochschulen.

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

Stand: 9.6.2017



Web-Tipp

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

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

NORDWEST

Aufgepasst beim Grillen

Zu Beginn der Grillsaison hat die AOK NORDWEST vor Magen-Darm-Infektionen gewarnt, die insbesondere beim Grillen von rohem Geflügel entstehen könnten. Knapp 300 Erkrankungen an Salmonellose und fast 2.300 Fälle von Campylobacter-Enteritiden seien allein im vergangenen Jahr in Schleswig-Holstein gemeldet worden, teilte die Gesundheitskasse auf Basis aktueller Zahlen des Robert-Koch-Instituts in Berlin mit. Die genannten Keime sind typische Krankheitserreger, die sich hauptsächlich in Fleisch und Produkten aus rohen Eiern befinden und teils heftige Durchfallerkrankungen, Fieber und Erbrechen auslösen können. „Damit der Grillgenuss nicht krank macht, sollte das Grillgut stets gut durchgegart sein“, betonte AOK-Vorstandschef **Tom Ackermann**. Außerdem seien ein paar Hygieneregeln zu beachten. Dazu gehöre, sich die Hände gründlich zu waschen. ■



Zum Start der Grillsaison raten Experten dazu, Geflügel und Fleisch gut durchzugaren.

SACHSEN-ANHALT

Mobilität in Heimen stärken

Ein neues Programm zur Bewegungsförderung der AOK Sachsen-Anhalt und der IKK gesund plus will die Mobilität von Pflegeheimbewohnern steigern und Stürze vermeiden helfen. Betreuungskräfte, Ergo- oder Physiotherapeuten werden dabei unter Anleitung

von Experten befähigt, in ihrem Heim selbst Kraft- und Balance-Trainings nach einem speziellen Konzept vorzunehmen. „Mobilität heißt Lebensqualität. Denn wer nicht spazieren gehen kann oder auf Hilfe angewiesen ist, fühlt sich schnell isoliert“, so **Ralf Dralle**, Vorstand der AOK Sachsen-Anhalt. Bewegungsangebote könnten einen Teil der Mobilität bei Senioren wieder herstellen, die Lebensqualität verbes-

sern und Stürze vermeiden. „Ziel ist es, dass langfristig mehr Bewegungsangebote in den stationären Pflegeeinrichtungen in Sachsen-Anhalt angeboten werden.“ Mithilfe des Bewegungstrainings lernten die Pflegeheimbewohner, „wieder Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten aufzubauen“, ergänzte **Uwe Schröder**, Vorstand der IKK gesund plus. ■

BAYERN

Schüler lernen gesunde Ernährung

Die AOK Bayern fördert seit Kurzem das Schulprogramm „GemüseAckerdemie“, das sich an Grund- und weiterführende Schulen der 3. bis 8. Jahrgangsstufe richtet. Im Mittelpunkt stehen Themen wie gesunde Ernährung, nachhaltiger Konsum und Wertschätzung von Lebensmitteln. Dazu wird zunächst an zwölf Schulen ein Schulgarten als interaktiver Lernort eingerichtet. Ziel ist es, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten sowie die sozialen Kompetenzen von Schülern zu stärken. ■

AOK aktuell

Ärzte verordnen weniger Antibiotika für Kinder

In Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern sind die Antibiotikaverordnungsraten bei Kindern und Jugendlichen im Zeitraum 2010 bis 2016 um 31 Prozent zurückgegangen. Das belegen aktuelle Forschungsergebnisse für den ersten Kinderreport der AOK Nordost. Der stark rückläufige Trend zeige sich in allen Altersgruppen und gelte für beide Geschlechter, wobei Mädchen einen etwas höheren Antibiotika-Verbrauch hätten als Jungen, sagte der Geschäftsführer des Gesundheitswissenschaftlichen Instituts Nordost (GeWINO) der AOK Nordost, **Professor Dr.-Ing. Thomas P. Zahn**. Die östlichen Landkreise Vorpommern-Greifswald in Mecklenburg-Vorpommern, Märkisch-Oderland in Brandenburg und der Berliner Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg mit dem höchsten Antibiotikagebrauch im Jahr 2010 weisen nach den Analysen auch die stärksten

Reduktionen bei der Verordnungshäufigkeit auf, liegen jedoch auch 2016 noch an der Spitze. Die Versorgungsforscher des GeWINO werteten anonymisierte Abrechnungsdaten von rund 218.000 bei der AOK Nordost versicherten Kindern und Jugendlichen (0 bis 16 Jahre) aus. Auf der Basis ihrer Ergebnisse stellen die Forscher kleinräumig Kennzahlen zur Verordnung systemischer Antibiotika bei Kindern und Jugendlichen im Nordosten für Landkreise, kreisfreie Städte und Berliner Bezirke zur Verfügung. Sie sollen als Grundlage für Best-Practice-Ansätze in der Verordnung von Antibiotika durch Ärzte dienen. ■



Mehr Leistungen bei Fehlsichtigkeit

Mehr Menschen, die stark fehsichtig sind, profitieren ab sofort von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Im Zuge des neuen Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung beteiligten sich „die Kassen jetzt auch an den Brillengläsern für Patienten mit einer Kurz- oder Weitsichtigkeit von mehr als sechs Dioptrien oder für Patienten mit einer Hornhautverkrümmung mit mehr als vier Dioptrien“, erläuterte **Kyriake Mastroyannis**, Referatsleiterin Hilfsmittel bei der AOK Baden-Württemberg. „Dioptrie“ ist die Maßeinheit, mit der die Fehlsichtigkeit eines Auges gemessen wird. Bisher wurden die Kosten für Brillengläser und Kontaktlinsen nur für Kinder und Jugendliche übernommen. Für volljährige Versicherte war eine Kassenleistung nur möglich, wenn sie auf beiden Augen eine erhebliche Sehbeeinträchtigung hatten und mit einer Brille maximal 30 Prozent Sehvermögen erreichten. ■

Hilfe für Alkoholiker

Die AOK PLUS engagiert sich gegen Alkoholmissbrauch. Im vergangenen Jahr begaben sich über 3.800 Versicherte der Gesundheitskasse zu Entgiftung und Entzug in stationäre Behandlung. Dafür wendete die AOK PLUS knapp 5,5 Millionen Euro auf. Hinzu kommen weitere Millionen Euro für die Behandlung alkoholbedingter Erkrankungen. Zudem fördert die Kasse mehr als 100 Selbsthilfe-Projekte im Bereich Sucht. ■



Mehr Durchblick: Der Leistungsanspruch gesetzlich Versicherter bei starken Beeinträchtigungen des Sehvermögens wird wieder erweitert.

Arzneimittelkosten unter der Lupe

Mit den zehn umsatzstärksten Arzneimitteln im Jahr 2016 wurden 4,1 Milliarden Euro netto umgesetzt. Das entspricht rund zwölf Prozent des gesamten Nettoumsatzes der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Fertigarzneimittel. Dieser lag im Jahr 2016 bei 33,6 Milliarden Euro. Gleichzeitig hatten diese zehn Arzneien bei den verordneten Tagesdosen nur einen Marktanteil von 1,1 Prozent, wie aus dem GKV-Arzneimittelindex des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIDo) hervorgeht. Unter den zehn Medikamenten, die mit einem Durchschnittswert von 9,35 Euro je Tagesdosis mehr als elfmal teurer als der Durchschnitt aller Arzneimittel waren, befindet sich demnach auch das umsatzstärkste Arzneimittel Humira®. „Im März hat die europäische Zulassungsbehörde das erste Biosimilar zu Humira® genehmigt. Das lässt auf eine künftige Entlastung bei den Arzneimittelkosten hoffen“, sagte **Helmut Schröder**, stellvertretender Geschäftsfüh-

rer des WIDo. Das Institut analysiert seit 1981 mithilfe des GKV-Arzneimittelindex den hiesigen Arzneimittelmarkt, um zu einer qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen Arzneitherapie beizutragen. **Infos: www.wido.de > Themen > Arzneimittel** ■

Neue Ideen für Betriebe gesucht

Der von der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland ausgelobte Gesundheitspreis für Unternehmen „AOK-Mehrwert“ geht in die nächste Runde. Im Rahmen des sogenannten Innovationswettbewerbs können Firmen Projekte einreichen, die das Thema Gesundheit nachhaltig im Unternehmen verankern und damit zu einem erfolgreichen betrieblichen Gesundheitsmanagement beitragen. Beim zusätzlichen Ideenwettbewerb können die Betriebe Ideen einreichen, deren Ziel es ist, die Gesundheit der Beschäftigten zu erhalten und zu fördern. Teilnehmen können alle Unternehmen, die in Rheinland-Pfalz sowie im

Saarland ihren Stammsitz oder eine Niederlassung haben und bei denen Gesundheitsinitiativen für ihre Beschäftigten schon umgesetzt oder aber in Planung sind. Bereits 2016 von der Gesundheitskasse prämierte Projekte sind von der Teilnahme ausgeschlossen. Anmeldeschluss ist der 31. Oktober 2017. **Infos: www.mehrwert.aok-rps.de** ■

Telegramm

+++ Unter dem Motto „Süß war gestern“ veranstaltet der AOK-Bundesverband am 28. Juni in Berlin den **1. Deutschen Zuckerreduktionsgipfel**. Ein großes Problem stelle der künstlich zugesetzte Zucker in etlichen Lebensmitteln dar, so Verbandschef Martin Litsch. Eine Folge sei die Zunahme von Übergewicht und Diabetes. Im Rahmen der Veranstaltung wolle die AOK gemeinsam mit Vertretern aus Politik, Wissenschaft, Verbraucherschutz, Medizin und Lebensmittelindustrie Möglichkeiten zur Zuckerreduktion diskutieren. +++ Die AOK Nordost übernimmt ab sofort die Kosten für **sportmedizinische Untersuchungen**. Die erweiterte Leistungsdiagnostik biete darüber hinaus einen Leistungscheck mittels einer Belastungsuntersuchung sowie eine Laktatbestimmung zur besseren Trainingssteuerung für Breitensportler, teilte die Gesundheitskasse mit.

Innovationsfonds Übersicht über geförderte Projekte

Der Landkreis Vorpommern-Greifswald richtet seine notfallmedizinische Versorgung neu aus. Kernelement ist, die Bevölkerung zu ermutigen und darin zu schulen, schwerverletzte Menschen selbst zu reanimieren. Medizinisch geschulte Ersthelfer sollen zu-



dem mit Smartphones ausgestattet werden, damit sie in kurzer Zeit an den Einsatzort gelotet werden können. Weiter ist ein Telenotarzt-System geplant sowie die engmaschige Vernetzung des Rettungsdienstes, der Notaufnahmen

an Krankenhäusern und des ärztlichen Bereitschaftsdienstes. Wie diese Ziele erreicht werden, klärt die Universitätsmedizin Greifswald im Rahmen einer Evaluation. Dieses Vorhaben gehört zu jenen Modellprojekten, die aus Mitteln des Innovationsfonds gefördert werden. Wer sonst noch beteiligt ist, lässt sich in dem Buch nachlesen, das Versorgungsforscher Professor Volker Amelung, Optimedis-Vorstand Helmut Hildebrandt und BKK-Chef Franz Knieps mitherausgegeben haben. Die darin aufgelisteten Themen lesen sich wie der Handlungsplan der künftigen Gesundheitspolitik: Neben der stark vertretenen Notfallmedizin geht es beispielsweise auch um Antibiotika-Resistenz, Patientensicherheit, Flüchtlingsversorgung, Delegation von Pflegeleistungen und den Einsatz digitaler Technologien.

Volker E. Amelung, Susanne Eble et al.: Innovationsfonds. Impulse für das deutsche Gesundheitssystem. 2017. 426 Seiten. 69,95 Euro. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Daseinsvorsorge Auswüchse der Privatisierung

Steigende Kosten für Energie, Verkehr und Wohnraum, ein Land der Dichter und Denker, das sich zum Land der Stifter und Schenker entwickelt – für den Sozialwissenschaftler Tim Engartner sind dies Auswüchse einer beispiellosen Privatisierungswelle in Deutschland, die vor mehr als 30 Jahren ihren Anfang nahm. „Im Glauben, dass Privatisierungen Dienstleistungen besser, billiger und bürgernäher machen, schüttelt Vater Staat seine Aufgaben ab wie ein Baum seine Blätter: Seit 1982 trennte sich der Bund von rund 90 Prozent seiner Beteiligungen.“ Welche Folgen diese „Vermarktlichung“ für unsere Gesellschaft hat, schildert Engartner an sieben exemplarischen Bereichen – darunter Bildung, Gesundheit, Verkehr und kommunale Versorgung. So nutzten beispielsweise Unternehmen und Wirtschaftsverbände die Finanznot der Schulen aus, um Einfluss auf die Lehrinhalte zu gewinnen. Krankenhäuser würden geschlossen, Bahn-



strecken stillgelegt, weil sie nicht rentabel sind. Engartneres Weckruf: Wenn wir keine Ellbogenmentalität wollen, muss die „Verbetriebswirtschaftlichung“ der Daseinsvorsorge ein Ende finden. Dazu müsse jedoch die öffentliche Hand finanziell besser ausgestattet werden, zum Beispiel durch die Anhebung des Spitzensteuersatzes und der Erbschaftsteuer sowie durch eine Reform der Unternehmenssteuer.

Eva Richter, freie Journalistin in Rösrath

Tim Engartner: Staat im Ausverkauf. Privatisierung in Deutschland. 2016. 268 Seiten. 22,95 Euro. Campus Verlag, Frankfurt/Main.

SEMINARE | TAGUNGEN | KONGRESSE

■ DEMOGRAFIEKONGRESS 2017	Pflegestärkungsgesetze und Kommunen, innovative Projekte für Demenzkranke, Prävention in der Pflege	31.8.–1.9.2017 Berlin	WISO S.E. Consulting GmbH c/o Kongress- und Kulturmanagement GmbH Postfach 3664, 99407 Weimar	Tel.: 0 36 43/24 68–141 office@der-demografiekongress.de www.der-demografiekongress.de
■ SYMPOSIUM „INNOVATIONEN DURCH DIGITALISIERUNG“	Chancen für gesetzliche Krankenversicherung, Innovation in der Versorgung, Gesundheitsapps	18.9.2017 Leipzig	Gesundheitsforen Leipzig GmbH Hainstraße 16 04109 Leipzig	Tel.: 03 41/9 89 88–338 Fax: 03 41/9 89 88–9301 walter@gesundheitsforen.net www.gesundheitsforen.net/digitalisierung
■ 13. GESUNDHEITSWIRTSCHAFTSKONGRESS	Digitalisierung, neue Kooperationsformen, strukturierte Behandlungsprozesse	20.–21.9.2017 Hamburg	WISO HANSE management GmbH c/o Agentur WOK GmbH Palisadenstraße 48 10243 Berlin	Tel.: 0 30/49 85 50 31 Fax: 0 30/49 85 50 30 info@gesundheitswirtschaftskongress.de www.gesundheitswirtschaftskongress.de
■ 16. EUROPÄISCHER GESUNDHEITSKONGRESS	Digitalisierung, Qualität als Vergütungskriterium, innovative Notfallmedizin, Pflegeforum	12.–13.10.2017 München	WISO S.E. Consulting GmbH c/o Kongress- und Kulturmanagement, Karl-Liebknecht-Straße 17–21, 99423 Weimar	Tel.: 0 36 43/24 68–118 Fax: 0 36 43/24 68-31 info@gesundheitskongress.de www.gesundheitskongress.de
■ REHAFORUM 2017	Sektorenübergreifende Versorgung, Versorgungsqualität, Digitalisierung in der Reha	6.–7.11.2017 Düsseldorf	MCC – The Communication Company Scharnhorststraße 67a 52351 Düren	Tel.: 0 24 21/1 21 77–0 Fax: 0 24 21/1 21 77–27 mcc@mcc-seminare.de www.mcc-seminare.de > Gesundheit

Altersmedizin Gesundheit als Querschnittsaufgabe

Raimund Schmid, der seit Jahren als Fachjournalist die Gesundheitspolitik beobachtet, wählt drastische Worte. So nennt er den wachsenden Anteil der Alten in der Bevölkerung einen „demografischen Tsunami, der auf uns zurollt“. Und der geriatrische Patient ist in seinen Augen für viele Professionelle „nur eine Last“. Das so gezeichnete Szenario ruft beim Lesen zunächst sämtliche Ängste hervor. Erst beim Weiterlesen des umfassend recherchierten Buches zeigt sich, dass Schmid durchaus den Finger in die richtigen



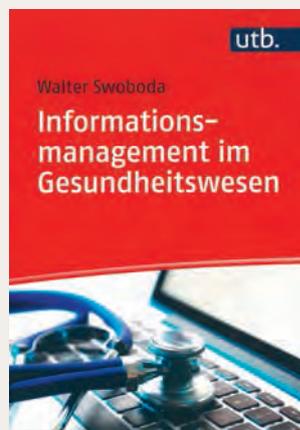
Wunden legt, in der Beurteilung der Missstände Augenmaß bewahrt und vor allem auch Lösungswege aufzeigt: Die Geriatrie ausbauen, Hausärzte stärken, Mangel an Pflegekräften abwenden, neue Berufe wie etwa Versorgungsassistenten integrieren und innovative Strukturen überregional ausbauen. In seine Betrachtung schließt er auch die Rehabilitation sowie das kommunale Setting mit ein. Auch das ist gut. Gesundheit muss endlich als Querschnittsaufgabe erkannt und akzeptiert werden. Allein beim Übergang von der Reha in das eigene Heim ließen sich in der Altersmedizin Pflegekosten

sparen, wenn Hilfsdienste vor Ort nahtlos unterstützen würden. Wenn dann sektorenübergreifend zusammengearbeitet wird, würde dies zudem die Lebensqualität der Betroffenen deutlich steigern.

Raimund Schmid:
Wehe Du bist alt und wirst krank.
2017. 264 Seiten. 19,95 Euro.
Beltz Verlag, Weinheim.

Informationstechnik Schnittstellen für die Medizin

Informationen können im Gesundheitswesen Leben retten. Umso bedeutsamer ist, dass wichtige Patientendaten und komplexes medizinisches Wissen sicher und verlässlich an der richtigen Stelle zu jeder Zeit abrufbar bereitstehen. Wie dies funktionieren kann und wie eine solche Informationsarchitektur aufzubauen ist, erklärt Professor Walter Swoboda. Der Arzt und Diplom-Informatiker leitet an der Hochschule Neu-Ulm den Studiengang „Informationsmanagement im Gesundheitswesen“. Er hat ein grundlegendes Arbeitsbuch vorgelegt, das zwei ausdifferenzierte Systeme und deren Sprachen zusammenführt. Es erklärt die zentralen Begriffe Information und Kommunikation, Datenschutz und -sicherheit, Daten-



modellierung, Architekturen und Schnittstellen, Projekt-, Prozess- und Qualitätsmanagement vor dem Hintergrund des Gesundheitswesens. Die Informationen sind so aufbereitet, dass sie zum Nachdenken anregen und dazu ermutigen, deren Anwendung gedanklich vorwegzunehmen. Die Zielgruppen sind insbesondere Studierende der Ge-

sundheits- und Pflegewissenschaften und der Medizin sowie jene, die die Digitalisierung und Vernetzung in Medizin und Gesundheitsversorgung besser verstehen wollen.

Walter Swoboda:
Informationsmanagement im Gesundheitswesen. 2017.
187 Seiten. 24,99 Euro. UVK
Verlagsgesellschaft, Konstanz.

Zeitschriftenschau

■ Eingriff am gesunden Körper: Anspruch auf Amputation

Jeder Mensch ist froh, wenn er alle gesunden Gliedmaßen hat. Es gibt aber Menschen, die an einer Körper-Integritäts-Identitäts-Störung (Body Integrity Identity Disorder, BIID) leiden und sich wünschen, dass gesunde Körperteile amputiert werden, weil sie diese als Fremdkörper empfinden. Antonia Reitter und Stephan Seiwert von der Universität Bonn gehen der Frage nach, ob diese Patienten einen Anspruch auf Amputation zulasten der Krankenkassen haben. Sie meinen ja. Wegen des hohen Leidensdrucks bestünde die Gefahr der Selbstamputation. Die BIID erfülle den sozialgesetzlichen Krankheitsbegriff. **Die Sozialgerichtsbarkeit 3/2017, Seite 126–193**

■ Ganzkörpertransplantation: Rechtlich nicht verboten

Der italienische Neurochirurg Sergio Canavero will noch in diesem Jahr den Beweis führen, dass die Transplantation eines lebenden Kopfes auf einen Spenderkörper medizinisch möglich ist. Nach Ansicht der Juristin und Doktorandin am Lehrstuhl für Bürgerliches Recht und Wirtschaftsrecht der Universität Siegen, Jana Heene, könnte die Ganzkörpertransplantation bald Realität werden. Diese sei bislang rechtlich nicht verboten. Die Juristin geht aber davon aus, dass die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer solchen Transplantationen nicht zustimmen würde. **Medizinrecht (2017) 35: 286–293**

■ Patientenakte: Einsichtnahme ist beschränkbar

Patienten haben das Recht, ihre vollständige Patientenakte einzusehen. Dies kann ihnen nur dann verwehrt werden, wenn erhebliche therapeutische Gründe oder Rechte Dritter dagegen sprechen (Paragraf 630g Bürgerliches Gesetzbuch, BGB). Der Münchner Jurist Thomas Bayer vertritt die Auffassung, dass die Einsichtnahme auch zum Schutz des Behandelnden verweigert werden darf. Über den Grundsatz von Treu und Glauben könne das Recht des Patienten auf ein zumutbares Maß beschränkt werden. **Medizinrecht (2017) 35: 211–214**

■ Krankenhäuser: Planbetten begrenzen Leistungsansprüche

Weist ein Krankenhausplan Planbetten aus, begrenzt ihre Anzahl quantitativ den Versorgungsauftrag. Kliniken steht für sogenannte Schwarzbetten kein Vergütungsanspruch zu. Weshalb gibt es bei Überbelegungen keine Rückforderungen der Kostenträger? Dies liegt nach Ansicht des Rechtsanwalts Dr. Enno Burk daran, dass im Nachhinein kaum feststellbar sei, ob die Leistung in einem Schwarz- oder einem Planbett erbracht wurde. Kapazitätsüberschreitungen seien jedoch bezogen auf das gesamte Kalenderjahr nachweisbar, weil die Belegungstage bekannt seien. Auf dieser Grundlage ließen sich Rückforderungsansprüche berechnen. Dabei könne auf den Zeitpunkt der Aufnahme eines Patienten abgestellt und geprüft werden, ob bereits alle Planbetten belegt waren oder nicht. **Neue Zeitschrift für Sozialrecht 6/2017, Seite 212–217**

Weltfremde Träumerei

Das Geschäft mit der Gesundheit muss ein Ende finden, schrieb Sozialwissenschaftler Tim Engartner in der G+G-Märzausgabe. **Thomas Bublitz** vom Bundesverband Deutscher Privatkliniken entgegnet nun: Fordern kann man vieles – doch wer finanziert das?

Zugegeben, Sozialwissenschaftler haben es auch nicht leicht: Meistens lehren sie fernab von politischer Gestaltungsmöglichkeit. Als Autoren von Büchern, Artikeln oder Teilnehmer in Talkshows suchen sie den Weg in die Öffentlichkeit. Was haben viele dieser Beiträge gemeinsam? Sie kritisieren und provozieren, kratzen an der Oberfläche und lassen die Leserinnen und Leser oft ratlos mit der Forderung zurück, dass der Staat diese oder jene Aufgabe zu übernehmen und zu finanzieren habe. Tim Engartners Artikel in G+G 3/2017 ist ein Paradebeispiel dafür.

Natürlich lässt sich Gesundheit nicht mit Geld aufwiegen. Tatsache ist aber: Kein Arzt, kein Therapeut, keine Pflegekraft und kein Apotheker ist bereit, für kranke Menschen unentgeltlich zu arbeiten, obwohl das ethisch geboten wäre. Ein Gesundheitswesen fernab von Geld und ökonomischen Zwängen bleibt eine weltfremde Träumerei.

Marktwirtschaftliche Modelle sind überlegen. Wie soll bei einer Abkehr von einem wettbewerblich und marktwirtschaftlich orientierten Gesundheitswesen der steigende Bedarf an medizinischer Versorgung für eine älter werdende Bevölkerung sichergestellt und finanziert werden? Gibt es doch in unserer Gesellschaft künftig immer weniger junge Menschen – sei es, um im Krankenhaus zu arbeiten oder als Beitragszahler anfallende Kosten zu finanzieren. Die planwirtschaftlichen Modelle haben sich in der Vergangenheit als nicht besonders wirkungsvoll erwiesen, wenn es um die Bereitstellung und Verteilung knapper Güter und Ressourcen für möglichst viele Menschen zu tragbaren Preisen geht. Marktwirtschaftliche Systeme sind deutlich überlegen, um Patientenorientierung, medizinischen Fortschritt und rationierungsfreien Zugang für alle Bevölkerungsschichten zu ermöglichen.

Wer behauptet, dass Dumpingpreise und schlechte medizinische Qualität eine Folge der Wettbewerbsorientierung sind, hat schlecht recherchiert. Denn im deutschen Gesundheitswesen gibt es in allen medizinischen Bereichen feste Preisvereinbarungen. Und dass die Qualität der ärztlichen Versorgung als Ergebnis wirtschaftlicher Zwänge schlechter geworden ist, lässt sich mit Fakten widerlegen. Menschen sterben seltener an schweren Krankheiten. Frühgeborene Kinder mit einem Geburtsgewicht von unter 800 Gramm sind heute überlebensfähig und können später oft ein normales Leben führen. Ältere und hochbetagte Menschen haben die Chance, mit neuen Gelenken oder Herzklappen länger zu leben. Krankenhauspatienten infizieren sich seltener mit multiresistenten Keimen, Sterblichkeitsraten und die Zahl der Behandlungsfehler sinken.

Hätten nicht private Träger die insolventen Kliniken der öffentlichen Hand übernommen, gäbe es diese Häuser gar nicht mehr. Aus privatem Kapital wurden Millionenbeträge in neue Gebäude und leistungsfähige Medizintechnik investiert. Es entstanden moderne Krankenhäuser mit qualifizierten Arbeits- und Behandlungsplätzen, bei denen steigende Patientenzahlen Ausdruck besserer Versorgungsqualität sind.

Private Träger stellen Versorgung auf dem Land sicher. Es mag stimmen, dass in Deutschland mittlerweile 35 Prozent aller Krankenhäuser von der öffentlichen Hand an private Betreiber übergeben wurden. Damit befindet sich zwar jedes dritte Krankenhaus in privater Trägerschaft, aber nur jedes fünfte Krankenhausbett. Das heißt, dass Kommunen vor allem die kleinen Krankenhäuser in ländlichen Regionen privatisiert haben. Die verbliebenen öffentlichen Häuser befinden sich in attraktiven Ballungszentren. Die Versorgung der Patienten auf dem Lande wird demnach zuallererst durch private Krankenhäuser sichergestellt. Tatsächlich gelangen Kliniken hierzulande zunehmend an die Grenze ihrer Leistungsfähigkeit und Kapazitäten. Wettbewerb und Privatisierung sind aber nicht der Grund dafür. Vielmehr ist es das Ergebnis politischen Handelns: Trotz jährlich steigender Patientenzahlen reduzieren die Bundesländer die Zahl der verfügbaren Krankenhausbetten.

Gute Patientenversorgung lässt sich nicht zuletzt an der fachlichen Kompetenz des Arztes, der Ausführlichkeit seiner Diagnose, der Art der Vermittlung und der Therapie festmachen. Ich denke, darauf kommt es an. ■

Thomas Bublitz ist Hauptgeschäftsführer des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken. **Kontakt: bublitz@bdpk.de**

Leserforum

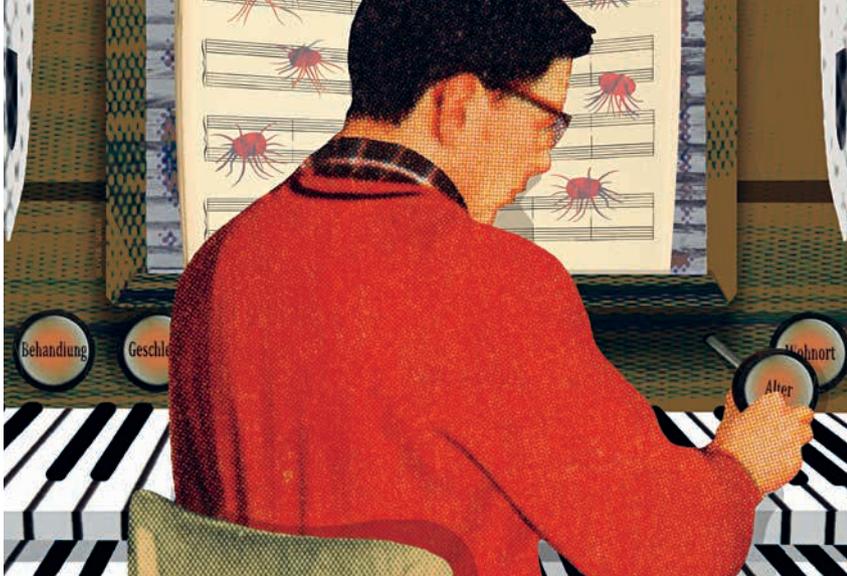


Ihre Meinung ist gefragt.

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@kompakt.de



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

Herausgeber AOK-Bundesverband

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

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

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

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

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

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

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

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

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



G+G 4/2017

Bei Krebs alle Register ziehen

Anmerkungen zu den Krebsregistern

Mit Interesse habe ich Ihren Artikel „Bei Krebs alle Register ziehen“ in der G+G-April Ausgabe gelesen. Gestatten Sie mir dazu drei kurze Anmerkungen: In dem historischen Abriss fehlt leider die flächendeckende Krebsregistrierung in der DDR (wo man mit einem einheitlichen Register in diesem Punkt weiter war als die alte Bundesrepublik) – in den östlichen Bundesländern wurde dieses Register auch weitergeführt. Darauf bauen die dort jetzt neu strukturierten klinischen Krebsregister teilweise auf. In Bezug auf die vollumfängliche Erfüllung der Förderkriterien werden die Krebsregister der Länder bis zum 31. Dezember 2017 nicht von Prognos sondern von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen überprüft. Der GKV-Spitzenverband hat an Prognos lediglich den Auftrag zur Entwicklung eines Prüfungskonzepts vergeben. Mit dessen Fertigstellung rechnen wir bis Ende Juli, sodass in den Ländern genügend Zeit bleibt, innerhalb der gesetzten Frist die Prüfungen vorzubereiten und durchzuführen. Mit dem Gesetz zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebzubereitungen ist nicht die Frist für die Erfüllung der Förderkriterien geändert worden – der letzte Zeitpunkt hierfür bleibt der 31. Dezember 2018. Geändert wurde lediglich das Datum, zu dem die Registerpauschale (derzeit 125 Euro) grundsätzlich neu berechnet werden muss. Nur diese

Aufgabe wurde wegen der fehlenden Datengrundlage prolongiert und ist vom GKV-Spitzenverband nun bis zum 31. Dezember 2019 zu erfüllen.

Dipl.-Med. H.-W. P., GKV-Spitzenverband, Berlin

G+G 5/2017

Mehr Routine, weniger Schnitzer

Qualitätsdarstellung ist verbesserungsbedürftig

Vieles mag für das Mindestmengen-Konzept sprechen, einiges auch dagegen. Würden Krankenhäuser jedoch die Qualität ihrer medizinischen Ergebnisse nach wissenschaftlich fundierten Verfahren messen und die Qualitätsergebnisse so veröffentlichen, dass Laien sie verstehen, wären Mindestmengen vielleicht sogar überflüssig. Doch noch immer ist die Qualitätsmessung und -darstellung für Nicht-Fachleute verbesserungsbedürftig. Sicher – es gibt Qualitätsberichte, einsehbar im Internet (man muss sie nur auf der Homepage finden). Und sie enthalten auch durchaus einige wertvolle Informationen über die Strukturen der jeweiligen Klinik. Doch Angaben zu den medizinischen Ergebnissen fehlen häufig oder sind für Laien schwer nachvollziehbar. Ob es allerdings überhaupt möglich ist, Klinik-Qualitätsberichte für Nicht-Mediziner aufzudröseln, bleibt fraglich. Umso wichtiger ist die Rolle der einweisenden Ärztinnen und Ärzte: Sie müssen Qualitätsinformationen der Kliniken kennen, interpretieren und ihren Patientinnen und Patienten vermitteln können. K. M., Celle

BECKs Betrachtungen



Wie schnell einen Musik in andere Welten versetzt! Kaum spielt mein Nachbar (volle pulle) Simply Red, zieht es mich in die Kneipe.

B
E
K



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.



Wir sind da, wo Eltern auf Nummer sicher gehen wollen

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

Gesundheit in besten Händen

aok.de