



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

GESUNDHEITSKOMPETENZ
Was Patienten mündig macht

KRANKENHÄUSER
Wie die Fallpauschalen wirken



Überlebt!

Und dann?

Wie Spätfolgen der Krebstherapie
Patienten belasten

Gesundheit ist unser Thema!

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

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

AOK-BUNDESVERBAND

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

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

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

AOK BADEN-WÜRTTEMBERG

Hauptverwaltung
Pressesprecher: Kurt Wesselsky

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

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

AOK BAYERN – DIE GESUNDHEITSKASSE

Zentrale
Pressesprecher: Michael Leonhart

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

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

AOK BREMEN/BREMERHAVEN

Pressesprecher: Jörn Hons

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

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

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN

Direktion
Pressesprecher: Ralf Metzger

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

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

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR NIEDERSACHSEN

Direktion
Pressesprecher: Carsten Sievers

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

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

AOK NORDOST – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecherin: Gabriele Rähse

Region Mecklenburg-Vorpommern
Pressereferent: Markus Juhls

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

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

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

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

AOK NORDWEST – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: Jens Kuschel

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

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

Tel. 0231/4193-10145

Tel. 0431/605-21171

AOK RHEINLAND/HAMBURG – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: André Maßmann

Region Hamburg: Pressesprecherin Antje Meyer

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

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

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

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

AOK RHEINLAND-PFALZ/SAARLAND – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressereferent: Jan Rößler

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

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

AOK PLUS – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR SACHSEN UND THÜRINGEN

Pressesprecherin: Hannelore Strobel

Sitz Erfurt
Stellvertretender Pressesprecher: Jürgen Frühauf

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

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

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

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

AOK SACHSEN-ANHALT – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: Andreas Arnsfeld

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

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

Rezepte für gesunde Kinder

Logopädie, Ergo- und Physiotherapie gleichen Erziehungsfehler nicht aus, meint Kinderarzt **Michael Hauch**. Statt zum Rezeptblock zu greifen, empfiehlt er Coaching für Eltern und Supervision für Lehrer.

Die Kinder in Deutschland sind so gesund wie noch nie. Dank der Fortschritte der Medizin überwinden sie die meisten Infekte schnell. Kinder mit chronischen Erkrankungen werden so gut betreut, dass sie ein fast normales Leben führen. Die meisten jungen Patienten überleben auch schwere Krankheiten wie Krebs oder Immundefekte. Allerdings haben wir Kinder- und Jugendärzte es seit einigen Jahren mit völlig neuen Krankheiten zu tun. Sie sind weder angeboren, noch werden sie durch Keime übertragen oder durch Unfälle verursacht.

Diese neuen Krankheiten entstehen durch mangelnde Anregung, durch Beziehungslosigkeit und Sprachlosigkeit in den Familien: Sprachstörungen, Störungen der Fein- und Grobmotorik, Wahrnehmungs-, Konzentrations- und Verhaltensstörungen. Solche Auffälligkeiten gab es schon immer. Neu ist ihre Häufigkeit. Und unsere Wahrnehmung: Das Kind ist nicht mehr schüchtern, mundfaul, ungeschickt oder unerzogen. Es ist krank. Wir erleben heute die massenhafte Medikalisierung pädagogischer Probleme. Nicht nur Eltern, auch Erzieherinnen und Grundschullehrerinnen haben diese Medikalisierung als bequeme Lösung erkannt und schicken uns ihre „schwierigen“ Kinder mit Diagnose und Therapieverschlagen: „Der spricht so undeutlich, der braucht dringend Logopädie.“ Meist kommt dieser Befund mit einer Therapeutenempfehlung daher: „Frau X. hat schon ganz vielen Kindern aus meiner Klasse geholfen.“

Die neuen Krankheiten sind ein Phänomen, das hauptsächlich Kinder aus sozial schwierigen Verhältnissen trifft. Aber auch Eltern aus der Mittelschicht sind der Meinung, dass es die Therapeuten schon richten werden. Ergotherapie, Logopädie oder Physiotherapie sollen das Kind fit machen für den Kampf um die besten gesellschaftlichen Positionen. Jede kleinste Macke soll glatt gebügelt werden. Es herrscht der grenzenlose Glaube, dass alles therapierbar sei, und zugleich großes Unwissen über die Bandbreite normaler kindlicher Entwicklung.

Therapien sollen jede kleinste Macke glatt bügeln.

Inzwischen bekommt mehr als jedes dritte Kind in Deutschland bis zum 15. Lebensjahr eine Behandlung aus dem Heilmittelkatalog. Langfristige Erfolge bleiben aus, wie die wenigen Studien zeigen, die dieser Frage gründlich nachgegangen sind. Wie sollen auch ein paar Stunden Therapie jahrelanges erzieherisches Versagen ausgleichen? Wenn von morgens bis abends die Glotze läuft, wenn die Eltern den Kindern keine Sicherheit, kein Vorbild, keine Werte geben können, wenn es weder gemeinsame

Mahlzeiten noch Gespräche gibt? Therapien können allenfalls der Familie einen Anstoß geben, ihr Leben zu ändern. Aber dazu braucht es die Bereitschaft der Eltern. Und es braucht die Einbeziehung der Eltern in die Therapie. An beidem mangelt es.

Kinder- und Jugendärzte verschreiben Therapien gegen Störungen, die keine Krankheiten sind. Sie tun sich schwer, den Eltern den Wunsch nach Therapie abzuschlagen. Warum? Kinder- und Jugendärzte sind vielfach unsicher, wenn es um die Entwicklungsbandbreite geht. In der Aus- und Weiterbildung sehen sie kaum längere Entwicklungsverläufe. Deshalb gehen viele Kinderärzte lieber auf Nummer sicher und greifen zum Rezeptblock – auch um möglichen Klagen wegen Behandlungsfehlern oder schlechten Bewertungen im Internet zu entgehen. Und aus Empathie: „Irgendetwas muss man doch tun. Und eine Therapie ist immer noch besser als wenn sich niemand um das Kind kümmert.“

Was muss sich ändern, um dem Verschreibungswahn Grenzen zu setzen? Kinder brauchen Förderung, Eltern brauchen Coaching. Heilpädagogen und Therapeuten können diese Aufgabe in Kitas und Schulen übernehmen. Erzieherinnen müssen besser ausgebildet und bezahlt werden, um insbesondere Kinder aus anregungsarmen Familien zu fördern. Medizin und Jugendhilfe müssen sich vernetzen, zum Beispiel durch Zusammenlegung von Familienzentren und Arztpraxen. Lehrer brauchen Supervision, damit sie mit problematischen Kindern nicht allein gelassen werden. ■



Dr. med. Michael Hauch, geboren 1957, praktiziert seit mehr als 20 Jahren als Kinder- und Jugendarzt in Düsseldorf. Zuvor arbeitete er in der Kinderonkologie und Kinderneurologie der Universitätskinderklinik in Düsseldorf. Er betreut das städtische „Kinderhilfzentrum Eulerstraße“. Im Frühjahr 2015 erscheint sein Buch „Kindheit ist keine Krankheit“.

Kontakt:
www.kinderarzt-hauch.de

Die Flieger machen's vor



H.-B. Henkel-Hoving,
Chefredakteur

Die Zeit will einfach nicht vergehen. Schon lange fliegt der Pilot mit seinem Kampfjet nachts allein über die Nordsee, alles ist Routine. Was tun? Der Mann beginnt, mit einem Schraubenzieher diverse Geräte im Cockpit aus- und wieder einzubauen – aus Langeweile. Da passiert es: Die Bastelei führt zu einem Kurzschluss. Doch der Schalter für den Neustart der Elektronik be-

findet sich direkt neben dem Knopf, mit dem sich im Notfall der Ausstieg vorbereiten lässt. Im dunklen Cockpit drückt der Pilot mit Glück den richtigen Schalter, fliegt nach Hause – und beichtet den Vorfall in einem anonymen Fehlermeldesystem. Der Hersteller zieht Konsequenzen, die beiden Schalter liegen bei neuen Jets nicht mehr nebeneinander.

Als ich diese wahre Geschichte im März 2003 während der Verleihung des Berliner Gesundheitspreises hörte, wurde mir schlagartig klar, dass sich mit Fehlern ganz anders umgehen lässt, als es lange Zeit nicht nur in Medizin und Pflege üblich war: lernen statt leugnen, sprechen statt schweigen. In der Tat hat sich in den vergangenen Jahren eine Menge im Gesundheitswesen in punkto Fehlerkultur getan, wie das neue G+G-Spezial zum Thema „Patientensicherheit“ deutlich macht. Anonyme Meldesysteme für Kliniken und Praxen etablieren sich zunehmend, Ärzte und Pflegekräfte sprechen in den Medien offen über Fehler und Irrtümer – nicht zuletzt ein Verdienst des Aktionsbündnisses Patientensicherheit, das nächstes Jahr seinen 10. Geburtstag feiert.

Der Umgang mit Fehlern hierzulande kann sich im internationalen Vergleich mittlerweile sehen lassen – und ist zugleich ein guter Grund, den Fliegern weiter nachzueifern.

Eine anregende Lektüre wünscht Ihnen

findet sich direkt neben dem Knopf, mit dem sich im Notfall der Ausstieg vorbereiten lässt. Im dunklen Cockpit drückt der Pilot mit Glück den richtigen Schalter, fliegt nach Hause – und beichtet den Vorfall in einem anonymen Fehlermeldesystem. Der Hersteller zieht Konsequenzen, die beiden Schalter liegen bei neuen Jets nicht mehr nebeneinander.



Liegt dieser Ausgabe bei: das neue G+G-Spezial zum Thema „Patientensicherheit“.



32 Krankenhäuser: In welche Richtung Planung und Vergütung gehen müssen

MAGAZIN

12 FAHRPLAN FÜR KLINIK-SANIERER

Eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe bereitet zurzeit eine Krankenhaus-Reform vor. Eine Herausforderung dabei ist die Investitionsfinanzierung.

Von Jürgen Malzahn

14 GUTACHTER RATEN ZU STRUKTUREREFORMEN

Honorarzuschlag für Landärzte, Gründung lokaler Gesundheitszentren – die Gesundheitsweisen zeigen Wege für eine bedarfsgerechte Versorgung auf.

Von Thomas Hommel

15 TRAUMSCHIFF MIT EINGEBAUTEM HOSPITAL

Medizinischer Notfall auf hoher See – um hierfür gewappnet zu sein, setzen große Kreuzfahrtschiffe inzwischen auch auf Telemedizin.

Von Christoph Fuhr

16 GESUNDHEITSTRAINING VIA APP

Personal Trainer und Berater – der digitale Gesundheitscoach hilft allen Altersgruppen, einen gesunden Lebensstil zu entwickeln und zu pflegen.

Von Benjamin Rohrer

18 SCHWESTER FÜR DIE SEELE

Mehr Patienten, mehr Ausgaben, mehr Reformdruck: Bei der Betreuung psychisch Kranker setzt Holland Fachkrankenschwestern in der Hausarztpraxis ein.

Von Hans-Bernhard Henkel-Hoving

19 „WIR TRAGEN ZUR TRANSPARENZ BEI“

Der Klinikalltag ist nicht frei von Missverständnissen zwischen Ärzten, Pflegekräften und Patienten. Dann ist Patientenführer Wolfgang Bartels gefragt. Er hört zu und vermittelt bei Konflikten.

TITEL

20 KREBSTHERAPIE: DER PREIS DES ÜBERLEBENS

Heute retten Ärzte das Leben von rund der Hälfte aller Krebspatienten. Aber Bestrahlung und Medikamente können viele Jahre später unerwünschte Folgen haben.

Von Katrin Zöfel

THEMEN

26 LÜCKEN BEIM GESUNDHEITSWISSEN

Vielen Patienten fehlt es an Gesundheitskompetenz, um Experten in eigener Sache zu sein. Dies zu ändern ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

Von Kai Kolpatzik

32 KLINIKEN IM UMBAU

Überangebot an Klinik-Leistungen, übermäßiger Anstieg der Kosten – die Krankenhaus-Planung muss sich stärker als bisher an der Qualität orientieren.

Von Alexander Geissler

RUBRIKEN

- 9 **Rundruf** Arzttermine: Kürzer Warten per Dekret?
- 11 **Kommentar** Licht ins Vorsorge-Dickicht
- 38 **Recht** Arzneimittel-Rabattverträge binden Apotheker
- 40 **AOK-Notizen** Aktuelles aus Bund und Ländern
- 42 **Service** Bücher, Termine und mehr
- 44 **Debatte** Mehr Personal für die Psychiatrie
- 45 **Nachlese** Briefe an die Redaktion
- 45 **Impressum** Wer steckt hinter G+G?
- 46 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen



20

Krebsbehandlung:
Mit welchen Spätfolgen
Patienten kämpfen



26

Gesundheitskompetenz:
Wo es Defizite gibt und wie
sie sich beseitigen lassen

AUSZEICHNUNG Kinderfreundliche Kommune

Die Stadt Hanau erhält als erste Stadt in Deutschland das Siegel „Kinderfreundliche Kommune“. Damit wird der Einsatz der Stadt für die Umsetzung der UN-Konvention über Kinderrechte gewürdigt. Gemeinsam mit Kindern und Jugendlichen hat die 90.000-Einwohner-Gemeinde in einer zweijährigen Pilotphase einen Aktionsplan erarbeitet. Dieser soll in den kommenden vier Jahren umgesetzt und regelmäßig überprüft werden. Hanau's Oberbürgermeister Claus Kaminsky sagte, Kinderrechte müssten im Leben und in der Politik der Stadt verankert sein. „Es ist deshalb wichtig, möglichst viele Einrichtungen in den Prozess der Umsetzung des Aktionsplanes einzubeziehen.“ Das Siegel vergibt der von UNICEF Deutschland und dem Kinderhilfswerk getragene Verein „Kinderfreundliche Kommunen“. ■

PFLEGE Grundausbildung für alle gleich

Eine breite Allianz von Verbänden hat sich dafür ausgesprochen, die in Deutschland bislang getrennten Pflegeausbildungen in einer gemeinsamen Grundausbildung zusammenzufassen. Eine generalistische Pflegeausbildung sei angesichts veränderter Anforderungen notwendig, heißt es in einer Pressemitteilung der Verbände der Caritas, der Diakonie sowie der 16 Mitgliedsorganisationen des Deutschen Pflegerates. Wegen kürzerer Verweildauern im Krankenhaus müssten immer mehr ältere Menschen in Hei-



Aktionsplan: Die Stadt Hanau setzt die UN-Konvention über Kinderrechte um.

men und von ambulanten Pflegedienste weiterversorgt werden. Gleichzeitig steige die Zahl älterer Patienten in den Kliniken. In der Akutversorgung seien daher mehr sozialpflegerische und gerontologische Kenntnisse gefragt. Darauf bereite eine generalistische Ausbildung ihre Absolventen umfassender vor als dies bislang der Fall sei. Die auf der gemeinsamen Ausbildung aufbauenden Spezialisierungen ermöglichten es Pflegekräften zudem, zwischen verschiedenen Tätigkeitsfeldern flexibel hin und her wechseln zu können. ■

GENPFLANZEN Anbau wird erschwert

Die Umweltminister der EU-Mitgliedsstaaten haben schärfere Regeln für die Zulassung von gentechnisch veränderten Pflanzen beschlossen. So soll es den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU) leichter fallen, nationale Anbauverbote für Genpflanzen

zu verhängen. Mit Ausnahme Belgiens und Luxemburgs, die sich bei der Abstimmung enthielten, votierten sämtliche EU-Staaten für die Neuregelung. Bislang müssen die europäischen Staaten für nationale Anbauverbote von Genpflanzen neue wissenschaftliche Erkenntnisse ins Feld führen, was unter Experten als recht schwierig gilt. Nach der neuen Regelung ist es unter anderem möglich, den Anbau von Genpflanzen mit Verweis auf eine ablehnende Haltung der Bevölkerung zu untersagen. ■

LUFTRETTUNG Kliniken warnen vor Engpässen

Vor Beeinträchtigungen in der Luftrettung hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) gewarnt. Hintergrund ist eine EU-Verordnung zu Technikvorschriften im Flugbetrieb, die im Herbst in Kraft treten soll. Darin sind auch nationale Zulassungsstandards für Hubschrauberlandeplätze an Krankenhäusern geregelt. Mit der Verordnung würden die Anforderungen an die Landeplätze derart verschärft, dass etwa die Hälfte der bisherigen Orte nicht mehr angefliegen werden könnte, sagte DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum. In der Konsequenz könnten Schwerstverletzte nur noch dann in die am besten geeignete Klinik gebracht werden, wenn der Landeplatz den neuen Bedingungen wie etwa der Hindernisfreiheit in einer definierten Einflugschneise entspräche. In dicht besiedelten Städten sei dies häufig nicht praktikabel. Auch der Transport eines Patienten von einem Krankenhaus der Regelversorgung in eine weiterversorgende Klinik hänge von der Umsetzbarkeit der Verordnung ab, da beide Häuser über einen geeigneten Landeplatz verfügen müssten. ■

kurz & bündig

+++ RENTE: Ein Ideenwettbewerb der „berufundfamilie gGmbH“, einer Initiative der gemeinnützigen Hertie-Stiftung, soll Arbeitgeber motivieren, eine Übergangsphase zwischen Erwerbsarbeit und Ruhestand zu schaffen. Noch bis 12. September können sich Arbeitgeber mit entsprechenden Projekten bewerben. Infos: www.arbeit-und-alter.eu **+++ STIFTUNGEN:** In Deutschland ansässige Stiftungen haben vergangenes Jahr rund 800 Millionen Euro für die Förderung von Gesundheit ausgegeben. Dies zeigt eine Umfrage des Bundesverbandes Deutscher Stiftungen, deren Ergebnisse Teil des StiftungsReports 2014 sind. **+++ URTEIL:** Unverheiratete Paare haben für eine künstliche Befruchtung keinen Anspruch auf Kostenerstattung durch die Krankenkasse. Dies entschied jetzt das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg in Potsdam.



Tiefer eintauchen!

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

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



G+G
Gesundheit und Gesellschaft



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



Viermal im Jahr:
G+G-Wissenschaft

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

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

www.kompart.de/shop



Name Ich bezahle per Bankeinzug Ich bezahle per Rechnung

Straße IBAN BIC

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

PLZ/Ort Datum, Unterschrift

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



E-HEALTH

Gröhe plant
Telemedizin-Gesetz

Nach jahrelangen Konflikten der Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen um die Ausgestaltung der Telematik-Infrastruktur schaltet sich nun die Politik ein. Noch 2014 werde er ein E-Health-Gesetz auf den Weg bringen, sagte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe beim „Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit“. Ziel sei es, medizinische Anwendungen mithilfe der Gesundheitskarte zu beschleunigen und die Arbeit der Ärzte zu erleichtern. Beispielhaft nannte Gröhe die Bereitstellung von Notfalldaten, die Kommunikation durch elektronische Entlassbriefe und Optionen zur Verbesserung der Sicherheit in der Arzneimitteltherapie. ■

Zitat des Monats

Je mehr Daten wir ins Netz übertragen, desto weniger haben wir sie im Griff.

Steve Wozniak,
US-amerikanischer Computeringenieur und Unternehmer

BEHANDLUNGSFEHLER
Mehr Gutachten

2013 haben sich mehr Patienten als sonst wegen eines möglichen Behandlungsfehlers an Krankenkassen oder Ärztekammern gewandt. Die Zahl bestätigter Fehler ging jedoch zurück, wie aus der aktuellen Behandlungsfehler-Statistik des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) hervorgeht. Danach erstellte der MDK im

vergangenen Jahr 14.600 Gutachten, 2.000 mehr als 2012. In 3.700 Fällen bestätigten die Gutachter die Verdachtsmomente, 2012 waren es 3.900. Die Schlichtungsstellen der 17 Ärztekammern fällten 7.922 Entscheidungen. In 2.243 Fällen fielen Fehler auf. Zu häufigen Diagnosen, die zu Behandlungsfehlervorwürfen führten, gehörten Knie- und Hüftgelenkarthrosen sowie Unterschenkel- und Sprunggelenkfrakturen. ■

BEFRAGUNG

Einzelpraxis kann
effizient sein

Hausärzte, die in einer Einzelpraxis arbeiten, stehen wirtschaftlich meist besser da als Kollegen, die in einer Gemeinschaftspraxis tätig sind. Bei Fachärzten verhält es sich meist genau umgekehrt. Zu diesem Ergebnis kommt das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) auf Basis einer Befragung von rund 5.000 Praxen. „Vielfach gelten Gemeinschaftspraxen per se als effizienter als Einzelpraxen“, sagte ZI-Geschäftsführer Dr. Dominik Graf von Stillfried. Doch welche Praxisform für die Inhaber wirtschaftlicher sei, müsse nach Versorgungsbereich und Fachrichtung differenziert werden. ■

GROSSBRITANNIEN

Hausärzte gesucht

Großbritanniens Hausärzterverband, das Royal College of General Practitioners (RCGP), schlägt Alarm: Auf der Insel fehlten derzeit mindestens 10.000 Hausärzte. Patienten könnten daher in vielen Gegenden des Landes keinen Allgemeinarzt mehr konsultieren, so der Verband. Die Mediziner warnen davor, dass es schon bald in weiten Teilen Großbritanniens „eine hausärztliche Versorgungswüste“ geben werde. Laut RCGP bestehen bereits heute große Qualitätsunterschiede zwischen den einzelnen Regionen. So kämen im vergleichsweise armen Bezirk Slough im Südosten Englands 22 Hausärzte auf 100.000 Patienten. Im wohlhabenden und ländlichen westlichen Devon seien es hingegen 60 Hausärzte pro 100.000 Patienten. ■

Köpfe und Karrieren



+++ UWE LAUE, 57, steht weiterhin als Vorsitzender an der Spitze des Verbandes der privaten Krankenversicherung (PKV). Der Vorstandsvorsitzende der Debeka Krankenversicherung bekleidet dieses Amt seit Sommer vergangenen Jahres. Als stellvertretende PKV-Vorsitzende bestätigt wurden Dr. Harald Benzing (Bayerische Beamtenkrankenkasse), Dr. Birgit König (Allianz Private Krankenversicherung), Ulrich Leitermann (Signal Krankenversicherung), Dr. Clemens Muth (Deutsche Krankenversicherung) sowie Professor Dr. Ernst-Wilhelm Zachow (Landeskrankenhilfe, Lüneburg).

+++ MARTIN ZENTGRAF, 53, hat den Vorstandsvorsitz des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie (BPI) übernommen. Der promovierte Mediziner und Geschäftsführer der Desitin Arzneimittel GmbH trat die Nachfolge von Dr. Bernd Wegener an, der den Verband über 14 Jahre lang leitete und weiterhin dem Vorstand angehört. Als stellvertretende Vorstandsvorsitzende wiedergewählt wurden Uwe Alter (B. Braun Melsungen), Dr. Richard Ammer (Medice Arzneimittel Pütter), Professor Dr. Michael Habs (Dr. Willmar Schwabe GmbH) sowie Professor Dr. Michael Popp (Bionorica).



+++ JÖRG WICZOREK, 51, ist neuer Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes der Arzneimittel-Hersteller (BAH). Er folgt in diesem Amt auf Hans V. Regenauer. Jörg Wiczorek gehört dem Verbands-Vorstand seit dem Jahr 2013 an und leitete als Vorsitzender den Ausschuss für Markt und Selbstmedikation. In der Pharmabranche ist er seit fast 30 Jahren tätig und leitet seit 2008 als Geschäftsführer die OTC-Sparte bei der Hermes Arzneimittel GmbH. OTC sind over-the-counter-Arzneimittel, die apothekenaber nicht verschreibungspflichtig sind.

Kürzer Warten per Dekret?

Lange Wartezeiten auf einen Facharzttermin rufen die Politik auf den Plan: Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen laut Koalitionsvertrag Servicestellen einrichten, über die Patienten binnen vier Wochen einen Termin erhalten. Ein vernünftiger Schritt?



PROFESSOR DR. GÜNTER NEUBAUER, Leiter des Instituts für Gesundheitsökonomik (IfG) in München: Für die kurzfristige Problemlösung sind Servicestellen der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung vorgesehen. Sie sollen Patienten helfen, innerhalb von vier Wochen einen Facharzt besuchen zu können. Sofern diese Servicestellen quasi als Notrufzentrale für Patienten fungieren, denen der Hausarzt keinen Termin organisieren konnte, ist die Vorgabe akzeptabel.

Keinesfalls jedoch dürfen die Servicestellen zu einer allgemeinen Beschwerdestelle verkommen. Wenig sinnvoll ist es, dass sich die Politik in eine typische Aufgabe der Selbstverwaltung populistisch einmischt.

EUGEN BRYSCH, Vorstand Stiftung Patientenschutz: Wartezeiten von zwei, drei oder mehr Monaten sind nicht die Ausnahme, wie die Bundesärztekammer meint. Sie sind die Regel. Wartezeiten sind seit Jahren ein Ärgernis der Menschen, die uns am Telefon erreichen. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe hat das Problem erkannt. Ob die geplanten Servicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen die Wartezeit auf vier Wochen begrenzen können, wird die Praxis zeigen. Bisher haben sich die Krankenkassen darum bemüht – das hat nicht gut funktioniert. Die Servicestellen können ihren Sicherungsauftrag aber ohne ein Druckmittel der Politik nicht gerecht werden.



AXEL RAMBOW, Vorstandsvorsitzender Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern: Wegen der Gefahr fehlerhafter Rezeptierungen sieht es die Bundesregierung als zwingend erforderlich an, dass vorher ein Arzt-Patienten-Kontakt nötig ist. Warum bei der Terminvergabe zum Facharzt andere Grundsätze gelten sollen, ist unverständlich. Daher halten wir am A- und B-Überweisungskonzept fest, bei dem die Dringlichkeit einer Behandlung stets vom Arzt und nicht vom Versicherten oder dem Mitarbeiter einer KV-Servicestelle eingeschätzt wird.

Damit machen wir sehr gute Erfahrungen. Und seit die AOK Nordost das Überweisungssystem mit einem Vertrag unterstützt, funktioniert es noch besser.

JOHANN-MAGNUS V. STACKELBERG, stellvertretender Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes: Wenn man Versorgungsqualität beansprucht, sind mehrmonatige Wartezeiten auf einen Facharzttermin problematisch. Denn notwendige Leistungen müssen auch zeitnah erbracht werden. Völlig inakzeptabel sind Wartezeiten, deren Länge allein dadurch bestimmt wird, ob der Patient gesetzlich oder privat versichert ist. Zur Erinnerung: Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen umfasst auch die zeitnahe Versorgung. Es ist daher richtig, dass die Große Koalition die Umsetzung dieses Auftrages einfordert und die Ärzte dazu verpflichtet, eine Facharztbehandlung innerhalb einer Frist von vier Wochen zu garantieren.



GLÜCKSSPIEL Regierung soll Regeln verschärfen

Die Grünen haben die Bundesregierung aufgefordert, strengere Regeln für Geldspielautomaten einzuführen. Laut Grünen-Bundestagsfraktion hatte zuvor bereits der Bundesrat schärfere Bestimmungen angemahnt und das Bundeswirtschaftsministerium eine einvernehmliche Lösung zugesagt. Die Prüfung des Ministeriums dauere inzwischen zehn Monate an, ein Ergebnis gebe es bisher nicht,



nungen im ersten Schritt auf Anzeichen möglicher Fehler angeschaut. Dies könnten zum Beispiel zu lange Liegezeiten bei einer vergleichsweise leichten Erkrankung sein. Im zweiten Schritt würden bundesweit rund elf bis zwölf Prozent aller Abrechnungen einer genauen Prüfung unterzogen. Für das Jahr 2012 habe sich gezeigt, dass mehr als 50 Prozent der geprüften Krankenhausabrechnungen nicht richtig gewesen seien, teilte der Kassenverband in Berlin mit. Im ersten Halbjahr 2013 seien nach vorläufigen Zahlen rund 53 Prozent der genau geprüften Rechnungen fehlerhaft gewesen. ■

RETTUNGSASSISTENTEN Sinnvoller Job – miese Organisation

Deutschlands Rettungsassistenten mögen ihren Beruf, verzweifeln aber häufig an Schichtarbeit und Organisationsmängeln. Zu diesem Schluss gelangt eine aktuelle Studie der Universität Freiburg im Auftrag des Deutschen Roten Kreuzes (DRK). Die Wissenschaftler um den Wirtschaftspsychologen Professor Dr. Hans-Eckart Klose begleiteten für ihre Analyse 41 Rettungskräfte in Emendungen bei Freiburg und legten diesen einen Fragebogen zum Umgang mit Belastungen im Job vor. Ergebnis war, dass die Notfall-Helfer ihre Einsätze als abwechslungsreich und sinnvoll empfinden, was wiederum eine hohe Identifikation mit der Arbeit zur Folge hat. Kopfzerbrechen hingegen bereiten den Rettungsassistenten unregelmäßige Arbeitszeiten, fehlender Einfluss auf die Urlaubsplanung sowie die Tatsache, dass auch in der Freizeit Einsätze nötig sind. ■

so die Grünen. Laut Suchtexperten liegt bei etwa 275.000 Bundesbürgern im Alter von 16 bis 65 Jahren ein problematisches und bei weiteren 264.000 Bundesbürgern ein krankhaftes Glücksspielverhalten vor. ■

KRANKENHÄUSER Kassen decken Rechnungsfehler auf

Laut GKV-Spitzenverband ist jede zweite der genauer geprüften Krankenhausrechnungen mit Fehlern behaftet. Die Kassen prüften die Klinikabrechnungen in einem zweistufigen Verfahren. Dabei würden die Abrech-

TIERMEDIZIN

Vierbeiner brauchen Sonnenschutz

Exzessives Sonnenbaden schädigt auch die Haut von Tieren. Besonders gefährdet seien Hunde und Katzen mit weißem Fell, wenig Behaarung, kurz geschorenem Fell oder bestimmten Vorerkrankungen, warnen Fachtierärzte der Veterinärmedizinischen Universität Wien. „Manche Tiere liegen besonders gerne auf dem Rücken in der Sonne. Die meist unbehaarte Bauchgegend ist dann exponiert und dem Sonnenlicht ausgesetzt. In diesem Fall ist auch diese Hautstelle als sonnenbrandgefährdet einzustufen“, berichtet die Tierdermatologin Christa Horvath-Ungerböck. Sonnenschutz sei vor allem bei den Hunderassen Dogo Argentino, weiße Bulldoggen, Dalmatiner, Boxer sowie bei weißen und mehrfarbigen Katzen mit weißem Fell im Kopfbereich wichtig. ■



Weißer Katzen sollten im Sommer schattige Plätze suchen.

CHRONIKER-PROGRAMME

Nutzen rückt ins Zentrum

Behandlungsprogramme für chronisch Kranke – Disease-Management-Programme (DMP) – sollen künftig kontinuierlich wissenschaftlich evaluiert werden. Dies hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) beschlossen. „Mit den neuen Anforderungen an die Evaluation von DMP ist der Fokus von einem auf Krankenkassen beziehungsweise auf Regionen bezogenen Vergleich auf die Weiterentwicklung der DMP verlagert worden“, sagte

Dr. Regina Klakow-Franck, Vorsitzende des GBA-Unterausschusses DMP, zur Begründung. Nunmehr stehe der Nutzen der Programme für Patienten im Mittelpunkt. Dieser solle auch im Vergleich zur Versorgung von Patienten, die nicht an einem DMP teilnehmen, untersucht werden. Zentrales Ziel der DMP ist die Verbesserung der Qualität der Versorgung von chronisch Kranken. Zuletzt waren rund 6,3 Millionen Versicherte in einem oder mehreren DMP eingeschrieben. Bundesweit sind aktuell mehr als 10.000 Programme zugelassen. ■

ÄRZTE OHNE GRENZEN

Hohes Risiko für Krisenhelfer

Helfer in Krisenregionen werden nach Angaben von „Ärzte ohne Grenzen“ immer häufiger Opfer schwerer Misshandlungen. Als Grund nannte Geschäftsführer Dr. Frank Dörner, dass die Helfer nicht mehr als unabhängige Personen wahrgenommen würden. Anlässlich der Vorstellung des Jahresberichts 2013 seiner Organisation appellierte der Arzt an die Bundesregierung sowie andere westliche Staaten, die humanitäre Arbeit zu respektieren und sie nicht für politische Zwecke zu instrumentalisieren. Besonders dramatisch sei die Lage in der Zentralafrikanischen Republik, im Südsudan und in Syrien. Hier komme es oft zu Entführungen und gezielten Angriffen. Patienten, Kliniken, Helfer wie auch die Menschen vor Ort würden gleichermaßen in Mitleidenschaft gezogen. ■

SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH



„Mittel der Beitragszahler nicht zweckentfremden“

Die Große Koalition will die Pflege ab 2015 in zwei Stufen reformieren. Wir sprachen darüber mit dem Verwaltungsratsvorsitzenden der AOK Hessen, Dr. Werner Scherer.

G+G: Herr Dr. Scherer, was unterscheidet die aktuell angekündigte Pflegereform von bisherigen Reformen in der Pflege?

SCHERER: Zentraler Punkt ist die Frage, wer überhaupt als pflegebedürftig gilt. Diese Definition ist ursprünglich eher körperlich ausgerichtet gewesen. Dadurch werden wesentliche Aspekte wie Kommunikation und soziale Teilhabe ausgeblendet und der Betreuungsbedarf für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz zu wenig berücksichtigt. Seit vielen Jahren besteht eine entsprechende Reformabsicht. In dieser Legislaturperiode soll nun ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt werden. Dies aber erst in der zweiten Reformstufe ab 2017. Wichtig ist, dass dies kostenneutral – und nicht on top – passiert.

G+G: Ab 2015 werden viele Pflegeleistungen angehoben oder verbessert. Der Beitragssatz steigt in zwei Stufen. Wie beurteilen Sie das?

SCHERER: Es mag sein, dass wir bei den Pflegeleistungen an der einen oder anderen Stelle nachjustieren müssen. Es geht jedoch nicht an,

dies kurzerhand durch eine Erhöhung der Beiträge – mit entsprechenden negativen Rückwirkungen auf die Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen und den Arbeitsmarkt – zu bewerkstelligen, ohne den Pflege- und Krankenkassen im Gesetzentwurf Anreize einzuräumen, die Mehrausgaben durch effizientere Bewirtschaftung aufzufangen.

G+G: Von der geplanten Einnahmeerhöhung sollen 0,1 Prozentpunkte in einen Pflegevorsorgefonds fließen, der von der Bundesbank verwaltet wird. Ist das notwendig?

SCHERER: Zunächst einmal ist es positiv zu bewerten, dass dieses ergänzende Element der Kapitaldeckung eingeführt wird, um künftige Belastungen durch den demografischen Wandel abzumildern. Es muss jedoch verhindert werden, dass die von den Beitragszahlern eingebrachten Mittel durch die Politik anderen als pflegerischen Zwecken zugeführt werden. Die Bewirtschaftung der Gelder durch die Bundesbank reicht dafür nicht aus, es bedarf einer zusätzlichen Absicherung.

Licht ins Vorsorge-Dickicht

Check-up-Untersuchung beim Allgemeinmediziner, Prophylaxe beim Zahnarzt, Haut-Screening beim Dermatologen: Die Liste der Vorsorgeuntersuchungen ist lang. Doch nicht alles, was draufsteht, macht Sinn, meint **Angelika Pentsi**.



VORSORGE IST GUT. Dieser Satz gilt in unserer durch-rationalisierten Gesellschaft in vielen Bereichen fast unhinterfragt und in der Medizin erst recht. Wir leben in dem Glauben, gesundheitliche Risiken mit wissenschaftlichen Methoden auf ein Minimum reduzieren zu können oder zu müssen – andernfalls sind wir selber schuld, wenn wir erkranken. Der

verantwortungsvolle Patient geht also einmal im Jahr zum Check-up beim Hausarzt, lässt sich die Zähne reinigen, die Brust oder die Prostata abtasten und ist vom schlechten Gewissen geplagt, wenn er das merkwürdige Muttermal auf der Schulter nicht sofort vom Hautarzt „screenen“ lässt. Und dann kommt ausgerechnet Ärztepräsident Frank Ulrich Montgomery daher, hinterfragt den Sinn mancher Tests und rüttelt an dem Vorsorge-Primat.

Richtig so. Ohne Zweifel gehört es zu den großen Errungenschaften der modernen Medizin, Krankheiten schon erkennen zu können, bevor sie sich ausbreiten und es zu spät ist für eine Hei-

lung. Vorsorge ist tatsächlich gut. Aber das heißt umgekehrt nicht, dass es sinnvoll ist, den Körper bis in den letzten Winkel zu durchleuchten. Studien zeigen, dass Nutzen und Schaden mancher Tests eng beieinander liegen. Was bringt es einem 73-Jährigen, wenn bei der Prostatakrebsuntersuchung etwas gefunden wird, das ihn nicht mehr krank gemacht hätte? Was ist mit den Fehldiagnosen, die riskante Folgeuntersuchungen oder unnötige Operationen nach sich ziehen? Vorsorgen, bis der Arzt kommt? Das kann es nicht sein. Andererseits sind schon viele Leben gerettet worden, weil etwa ein Tumor früh entdeckt wurde.

Das Problem ist: Der Kenntnisstand in Sachen Vorsorge ist lückenhaft. Es fällt schwer, sinnvolle von weniger sinnvollen Untersuchungen zu unterscheiden. Daher kann es nur gut sein, die Check-ups einem gründlichen Check-up zu unterziehen und Ordnung in das Vorsorge-Dickicht zu bringen. Was nützt wirklich? Was ist Geldmacherei? Das Argument, Patienten könnten dadurch verunsichert werden, verfängt nicht wirklich. Sie sind es zuallererst, die ein Interesse an der Qualität ihrer gesundheitlichen Versorgung haben. Und am Ende einer solchen Prüfung sind sie idealerweise in der Lage, eine besser begründete Entscheidung für oder gegen bestimmte Tests zu treffen. Ohne schlechtes Gewissen. ■

Angelika Pentsi ist Redakteurin im Ressort Brandenburg/Wirtschaft der „Märkischen Allgemeinen Zeitung“ aus Potsdam.

INSTITUT Grundstein für Demenzforschung

Bundesforschungsministerin Johanna Wanka (CDU) und ihre niedersächsische Amtskollegin Gabriele Heinen-Kljajic (Grüne) haben in Göttingen den Grundstein für ein neues Forschungszentrum im Bereich der Demenz gelegt. Die Wissenschaftler sollen untersuchen, wie genetische Veranlagungen im Zusammenspiel mit Umweltfaktoren das Risiko beeinflussen, an Alzheimer und Demenz zu erkranken. Damit wird sich das Zentrum als weltweit erstes Institut mit der Epigenetik von Hirnerkrankungen befassen. Die Kosten für die Forschungseinrichtung betragen 27,5 Millionen Euro. ■

REGISTER Wie oft gibt es Multiple Sklerose?

Die Datenlage zur Nervenkrankheit Multiple Sklerose (MS) ist laut Bundesregierung unzureichend. Die verfügbaren Zahlen erlaubten weder einen repräsentativen Rückschluss auf die Krankheitshäufigkeit (Prävalenz) noch auf die Neuerkrankungen (Inzidenz) oder regionale Besonderheiten. Die Datenlage entspreche in Deutschland derzeit „nicht unseren heutigen Bedürfnissen nach Informationen“, heißt es in einer Antwort der Regierung auf eine Anfrage der Bundestagsfraktion Die Linke. Seit 2001 gibt es den Angaben zufolge ein MS-Register, das vom Bundesverband der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft initiiert hat. Derzeit seien dort Daten von mehr als 39.000 Personen erfasst. Allerdings ließen sich

auch daraus keine bevölkerungsbezogenen Häufigkeitsaussagen ableiten. Die Jahrestherapiekosten liegen bei den gängigsten MS-Medikamenten zwischen rund 16.000 und gut 20.300 Euro, wie aus der Antwort weiter hervorgeht. Die Krankenkassen gaben für diese Arzneien 2012 rund 745.000 Euro aus. ■

MEHR INFOS:
Bundestagsdrucksache
18/1671

KOOPERATION Datenanalyse unterstützt Therapie

Versorgungslücken aufspüren und (Hoch-)Risikopatienten für eine optimale Behandlung identifizieren – das sind Ziele einer neuen Kooperation zwischen der AOK-Tochter gevko und der Elsevier Health Analytics. Dafür werden künftig anonymisierte Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung in Bezug auf wichtige, aus medizinischen Leitlinien abgeleitete Indikatoren analysiert. Diese sollen dann in der EDV der Arztpraxis verankert werden und dem Arzt in der konkreten Behandlungssituation gezielt Hinweise für Diagnostik und Therapie geben. „Wir bereiten aktuell bereits wirkungsvolle Angebote für Krankenkassen und Ärzte vor“, erläutert gevko-Geschäftsführer Professor Dr. Guido Noelle. Er geht davon aus, „dass wir gerade bei der Behandlung von multimorbiden Risikopatienten durch die aus den Analysen abgeleiteten Hinweise am ‚point of care‘, also direkt beim Patienten, zu besseren Behandlungsergebnissen beitragen können.“ ■

MEHR INFOS:
www.gevko.de

Fahrplan für Klinik-Sanierer

Bettenüberhang, Investitionsstau, rote Zahlen: Viele deutsche Krankenhäuser zeigen wirtschaftliche Schwächen. Eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe erarbeitet nun Eckpunkte für den Umbau der Kliniklandschaft. **Von Jürgen Malzahn**

Die Bilanzen zahlreicher Krankenhäuser waren im Jahr 2013 rot. Die Schuld für die Misere, die auch zu Personalabbau geführt hat, wird von vielen in erster Linie im Vergütungssystem gesucht. Doch eine vertiefte Ursachenanalyse zeigt, dass die Situation komplizierter ist. Die durchschnittliche Differenz zwischen Kosten und Erlösen müsste allen halbwegs wirtschaftlich arbeitenden Krankenhäusern eine auskömmliche Existenz sichern. Woher kommen also die Defizite? Sie sind im Wesentlichen auf zwei Faktoren zurückzuführen, die mit der Abrechnung nach Diagnosis Related Groups (DRGs) wenig zu tun haben. Zentral für die aktuelle Lage der Krankenhäuser sind das stetige Wegbrechen der Investitionsfinanzierung einerseits und Mängel in der Krankenhausplanung andererseits.

Arbeitsgruppe diskutiert über Qualität. Seit Ende Mai geht die Bund-Länder-Arbeitsgruppe Krankenhausreform den Missständen auf den Grund (siehe *Kasten „Teilnehmer der Reform-AG“*). Sie soll beispielsweise ausloten, wie Qualitätsaspekte in die Vergütung und Planung einfließen könnten. Zudem beschäftigt sie sich mit einer Reform der Notfallversorgung sowie damit, wie und ob mittels eines Strukturfonds Anpassungen der Krankenhausplanung unterstützt werden sollten. Auch ist unklar, ob sich der Bund an der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser beteiligen soll – und dann im Gegenzug bei der Krankenhausplanung mitreden darf.

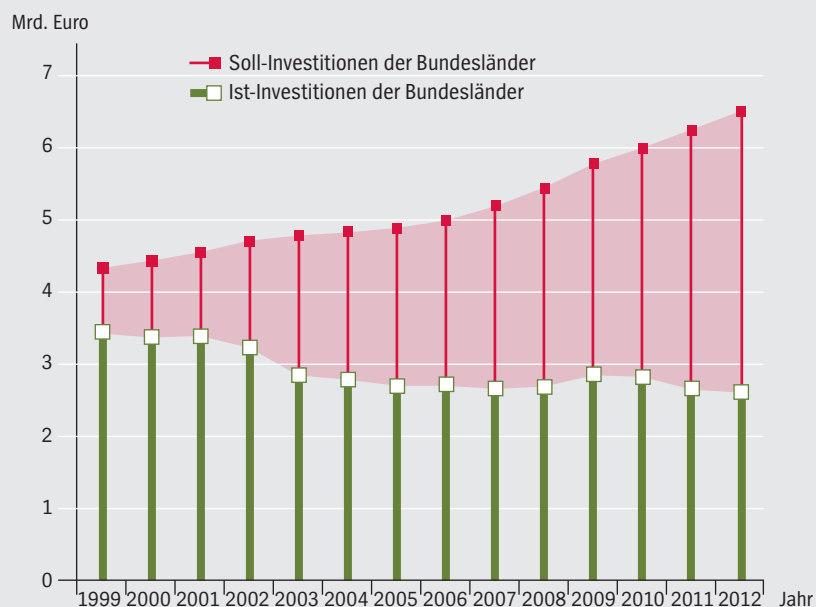
In Deutschland gilt nach wie vor das System der dualen Krankenhausfinanzierung: Die Kassen vergüten die Betriebskosten, für die Investitionen sind die Bundesländer verantwortlich. Doch die Investitionsfinanzierung schrumpft seit 20 Jahren. Wäre gemessen am Niveau

des Jahres 2000 nur die Inflation bei den Investitionen ausgeglichen worden, lägen die Investitionsausgaben der Länder heute um rund 40 Prozent höher. Viele Branchenexperten und auch die Berechnungen des Instituts für das Entgeltssystem im Krankenhaus weisen darauf hin, dass die Investitionsquote der Kliniken bei ungefähr zehn Prozent liegt. Den Einrichtungen fehlen demnach jährlich zwischen zwei und drei Milliarden Euro (siehe *Abbildung „Klinikinvestitionen: Die Finanzierungslücke wächst“*).

Ausgaben der Kassen steigen. Die Ausgaben der Krankenkassen für die stationäre Versorgung sind hingegen gestiegen. Die Zahlungen der Krankenversicherung an die Kliniken haben aber die fehlenden Investitionsmittel nicht ausgleichen können. Das hat negative Auswirkungen für die Beschäftigten. Vereinfacht gesagt: Der neue OP-Trakt oder Parkplatz werden gebaut, und jede freierwerdende Stelle erhält zur „Gegenfinanzierung“ einen monatelangen Sperrvermerk für die Wiederbesetzung.

Klinikinvestitionen: Die Finanzierungslücke wächst

Ist und Soll in der Investitionsförderung (in Milliarden Euro)



Den Krankenhäusern fehlen Milliardenbeträge für Neubau und Sanierung. Wären die Bundesländer ihrer Pflicht zur Investitionsförderung in vollem Umfang nachgekommen, hätten sie bei einer Investitionsquote von zehn Prozent – von der beispielsweise das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung ausgeht – im Jahr 2012 rund 6,5 Milliarden Euro an die Kliniken zahlen müssen. Tatsächlich flossen jedoch nur 2,6 Milliarden Euro. *Quelle: DKG, Destatis*

Die Politik reagierte in der Vergangenheit auf die periodischen wiederkehrenden Defizitanstiege der Krankenhäuser mit zeitlich befristeten Mehrausgaben durch die Krankenkassen. Dafür stehen exemplarisch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz, das im Jahr 2009 den historisch höchsten Ausgabenanstieg im Krankenhausbereich verursachte, und das Beitragsschuldengesetz, das die GKV-Ausgaben für den Krankenhausbereich im Jahr 2014 voraussichtlich um circa fünf Prozent erhöht. Die eigentliche Ursache, nämlich die Lücken in der Investitionsfinanzierung, blieb in der Vergangenheit stets unbearbeitet.

Überkapazitäten abbauen. Die zweite politische Großbaustelle ist eine Krankenhausplanung, die eher den Erfordernissen der regionalen Wirtschaftsförderung oder vermeintlichen Patientenwünschen gefolgt ist, als wirtschaftliche und planerische Notwendigkeiten zu berücksichtigen. Beispielsweise halten in Baden-Württemberg rund 50 Prozent der Krankenhäuser weniger als 150 Betten vor. Bei kleinen Krankenhäusern ist aber der Gemeinkostenanteil an den Betriebskosten deutlich ungünstiger als bei Kliniken ab einer Größe von 500 Betten.

Versäumnisse werden auch in der Kinderheilkunde deutlich. Laut Statistischem Bundesamt liegt die Auslastung pädiatrischer Stationen bei 63 Prozent, kinderchirurgische Abteilungen werden im Bundesdurchschnitt nur zu 59 Prozent belegt. Dass mit diesen Auslastungsgraden das wirtschaftliche Betreiben einer Abteilung zumindest ambitioniert ist, mag keinen Experten verblüffen – auch nicht, dass eine Kapazitätsauslegung für die geburtenstarken sechziger Jahre in diesem Umfang kaum aufrechterhalten werden kann. Eine bedarfsorientierte Krankenhausplanung müsste hier energisch handeln, auch wenn dies die Zahl der Arbeitsplätze im Krankenhaus vermindert. Freiwerdende Ärzte und Pflegekräfte werden in der ambulanten Versorgung benötigt. Würden die Sektoren-



Baustelle Kinderheilkunde:
Fast 40 Prozent der
Betten in pädiatrischen
Stationen bleiben leer.

grenzen aufgebrochen, könnten Krankenhäuser Engpässe in der ambulanten fachärztlichen Versorgung schließen und als ambulante Versorgungszentren weiter existieren. Dafür wäre der diskutierte Strukturfonds eine wirkungsvolle Unterstützung. Etliche Länder befürworten den Fonds nach wie vor und werden das Thema in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe erneut aufgreifen.

Investitionsprobleme lösen. Trotz der beschriebenen Probleme im Krankenhausbereich sind Daten, die eine Verschlechterung der Behandlungsqualität in Deutschland belegen, schwer zu finden. Auch die gesetzliche Qualitätssicherung im Krankenhaus deutet nicht darauf hin. Die Lebenserwartung steigt beständig an. Die Messverfahren des AOK-Systems zeigen zwar erhebliche Unterschiede der Versorgungsqualität der Krankenhäuser – aber eben keine erd-

rutschartigen Verschlechterungen bei der Ergebnisqualität generell. Dennoch ist es richtig, die Qualität in den Fokus zu nehmen. Im Koalitionsvertrag hat sich Schwarz-Rot für eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung ausgesprochen. Wie und wann die Umsetzung stattfindet, ist eine wesentliche Frage in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe für eine Krankenhausreform. Es wird sich zeigen, ob sie genügend Mut aufbringt, beispielsweise die Behandlung von Krebspatienten auf nach den Standards der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierte Zentren zu reduzieren oder Leistungen, die in bestimmten Abteilungen mit qualitativ fragwürdigen Ergebnissen erbracht werden, auf andere Einrichtungen zu konzentrieren.

In der überversorgten und strukturell falsch aufgestellten Krankenhauslandschaft ist eine populationsbezogene Bedarfsplanung zwingend erforderlich. Dafür ist eine Orientierung am Leitbild der Qualität eine politisch kluge Antwort. Aber ohne die Lösung der Investitionsprobleme wird die Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung und -planung kaum gelingen. Es bleibt zu hoffen, dass die Politik diese Überlegungen bei ihren Beratungen berücksichtigt. ■

Teilnehmer der Reform-AG

Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe soll in den kommenden Monaten Eckpunkte für eine Reform der Krankenhaus-Versorgung in Deutschland erarbeiten. Neben Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe und der Vorsitzenden der Gesundheitsministerkonferenz, Cornelia Prüfer-Storcks, gehören der Arbeitsgruppe Vertreter der folgenden Bundesländer an: Bayern, Bremen, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Sachsen. An der Arbeitsgruppensitzung nehmen zudem Vertreter der Koalitionsfraktionen als Gäste teil.

Quelle: BMG

Jürgen Malzahn leitet die Abteilung Stationäre Versorgung, Rehabilitation in der Geschäftsführungseinheit Versorgung im AOK-Bundesverband. **Kontakt: Juergen.Malzahn@bv.aok.de**

Mehr zum Thema auf Seite 32–37 in diesem Heft

Gutachter raten zu Strukturreformen

Zuschläge für Ärzte, die aufs Land gehen, lokale Gesundheitszentren, die ambulante und stationäre Leistungen anbieten und Strukturreformen, die Überversorgung bändigen – das neue Gutachten des Sachverständigenrates setzt wichtige Impulse. **Von Thomas Hommel**

In deutschen Städten reiht sich oft Arztpraxis an Arztpraxis. Es gibt aber auch Gegenden, da gestaltet sich die Suche nach einem Doktor recht schwierig. In der Uckermark beispielsweise, einer Region nordöstlich von Berlin, fahren Patienten mitunter 20 Kilometer und mehr, um das Wartezimmer eines Arztes betreten zu können. Da sich Mediziner nicht wie Brötchen backen lassen, feilt die Politik seit Längerem schon an Konzepten, um den viel zitierten „Landarztmangel“ zu beheben – das Gros der im Versorgungsstrukturgesetz von 2012 enthaltenen Paragrafen widmet sich allein dieser Herausforderung.

Nach Ansicht des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) springen alle bisherigen Versuche, mehr Mediziner aufs Land zu locken, aber zu kurz. In ihrem aktuellen Gutachten empfehlen die Experten daher, deutlich stärkere Anreize für eine Tätigkeit in ländlichen Regionen zu setzen und zugleich Schritte zum Abbau von Überversorgung in Ballungsgebieten einzuleiten.

Kapazitäten besser verteilen. Konkret schlagen die Gesundheitsweisen einen Landarztzuschlag von 50 Prozent auf

ärztliche Grundleistungen in unterversorgten Gebieten vor. Dazu zählten Planungsbereiche mit einem Versorgungsgrad von unter 90 Prozent für Hausärzte und von unter 75 Prozent für grundversorgende Fachärzte, so der Vorsitzende des Gremiums, Professor Dr. Ferdinand M. Gerlach. Dort, wo es zu viele Mediziner

Es ist abwegig, immer mehr Geld in überholte Strukturen zu investieren.

gibt, müssten die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) frei werdende Arztsitze aufkaufen. Dies soll die Überversorgung in Ballungsräumen eindämmen.

Beim Blick auf die Kliniklandschaft sei ebenfalls ein Überangebot festzustellen – insbesondere in Ballungszentren. Gleichzeitig kämpften viele Krankenhäuser in dünn besiedelten Gebieten um ihr wirtschaftliches Überleben. Die Gutachter schlagen vor, die knappen Ressourcen im ländlichen Raum zu bündeln. Die Versorgung sei sektorenübergreifend zu planen und umzusetzen. Dies lasse sich in Gestalt lokaler Gesundheitszentren einlösen, die sich an Krankenhäusern ansiedeln und ambulante sowie stationäre Gesundheitsleistungen anbieten.

Sektorenübergreifend kooperieren. Wo die Versorgungsprobleme besonders groß seien, sollten nicht mehr alleine die KVen, sondern auch die Länder zuständig sein. Dies mache eine gemeinsam mit dem stationären Bereich geplante, sektorenübergreifende öffentliche Ausschreibung der Versorgung möglich. Auch bei der Notfallversorgung sollten niedergelassene Ärzte, Rettungsdienste und Notaufnahme der Kliniken miteinander koope-

rieren. Eine zentrale Leitstelle mit einheitlicher Notdienstnummer für alle Patientenanliegen könne entscheiden, welche Versorgung – Notfallpraxis, Hausbesuch, Notarztwagen oder Krankenhaus – für den jeweiligen Fall die passende sei. Die unnötige Inanspruchnahme etwa des Rettungsdienstes ließe sich so vermeiden.

Strukturreformen sollen dafür sorgen, dass höher spezialisierte Leistungen nur die Krankenhäuser erbringen, welche die gebotene Qualität tatsächlich sicherstellen können. Finanzielle Anreize könnten es Kliniken erleichtern, sich aus bestimmten Leistungsbereichen zurückzuziehen, in denen sie weder die erforderlichen Deckungsbeiträge noch die Qualitätsniveaus erreichen. Ein spezieller Fonds könne helfen, Reformen anzustoßen.

Patientenbedarf im Mittelpunkt. Als „wegweisend“ stuft der AOK-Bundesverband das Gutachten ein. „Dass bei der Lösungssuche der konkrete Bedarf der Patienten in den Mittelpunkt gestellt wird, ist genau richtig“, sagte Uwe Deh, Geschäftsführender Vorstand des Verbandes. „Gerade wegen der regional stark variierenden Angebotssituation brauchen wir eine konsequente Ausrichtung am Bedarf der Bevölkerung. Hier können die Länder mit einer Raumplanung für Gesundheit die Weichen für einen bedarfsgerechten Umbau der Versorgungsstrukturen stellen.“ Sinnvoll sei auch, die Versorgung auf dem Land unabhängiger von Sektoren zu entwickeln.

Die Vorschläge der Gesundheitsweisen dürften nicht in der Schublade verschwinden, sondern seien ernsthaft zu diskutieren, so Deh. „Es ist abwegig, immer mehr Geld in die historisch gewachsenen Strukturen zu investieren. Mit ihren Vorschlägen stellen die Experten die Debatte vom Kopf auf die Füße.“ ■

Politikberatung

Was den Wirtschaftspolitikern die Wirtschaftsweisen sind, ist Gesundheitspolitikern der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, kurz SVR. Aufgabe der sieben Mitglieder des Gremiums ist es, der Regierung in regelmäßigen Abständen gesundheitspolitische Vorschläge zu unterbreiten. 14 Jahre nach dem Gutachten der Gesundheitsweisen zur „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ legt die aktuelle Expertise den Fokus auf regionale Unterschiede in der Versorgung. **Das SVR-Gutachten zum Download unter www.svr-gesundheit.de**

Traumschiff mit eingebautem Hospital

Wenn Kreuzfahrtschiffe für mehrere Monate in See stechen, kann es auch mal zu einem medizinischen Notfall an Bord kommen. Um dafür gewappnet zu sein, setzen große Flotten inzwischen auch auf telemedizinische Anwendungen. **Von Christoph Fuhr**

Schiffsarzt Dr. Schröder sorgte in der ZDF-Fernsehserie „Das Traumschiff“ dafür, dass die medizinische Versorgung an Bord reibungslos funktioniert. 25 Jahre lang kurierte er kleine und große Wehwehchen, war Seelentröster und wurde von reifen Frauen verehrt. Dann verschafften ihm die Drehbuchschreiber einen genialen Abgang. Dr. Schröder heiratete die Schwester des Kapitäns – und packte in seiner letzten Folge glücklich verlobt seinen Arztkoffer.

Wenn es denn so einfach wäre mit der medizinischen Versorgung auf hoher See. Die Branche boomt. Reisen auf Kreuzfahrtschiffen liegen voll im Trend. An die 770.000 Urlauber waren im vergangenen Jahr allein auf den zehn Schiffen der Aida-Flotte unterwegs. „Unsere Passagiere sind zwischen sechs Monaten und weit über 90 Jahre alt. Wenn sie auf große Fahrt gehen, dann bleiben Krankheiten nicht aus“, sagt Dr. Jens Tülsner, Director Medical & Care von Aida Cruises. Pro Jahr weist die Statistik an die 100.000 Arztkontakte auf den Schiffen der Flotte aus, die Besatzungsmitglieder eingeschlossen.

Einmal am Tag wird's ernst. Je nach Größe des Schiffes sind zwei speziell geschulte Mediziner sowie zwei bis drei Krankenschwestern mit an Bord. Sie arbeiten in Wechselschichten und versorgen neben den Passagieren an Bord auch die eigene Besatzung.

Alle Schiffe verfügen über ein Hospital mit Krankenbetten und EKG, Sonografie, digitalem Röntgengerät und einem Labor für Blutbilduntersuchungen. „Sicherheit hat bei uns oberste Priorität“, sagt Tülsner. Deshalb kann es im Extremfall passieren, dass ein Ausschiffen kranker Passagiere unvermeidlich ist. Dann beispielsweise, wenn eine angemessene me-



Entspannt auf hoher See: Zur Gesundheitsversorgung der Passagiere reisen Ärzte und Krankenschwestern mit.

dizinische Betreuung mit den Möglichkeiten an Bord nicht mehr garantiert werden kann. Rechnet man alle Schiffe der Aida zusammen, passiert das immerhin einmal am Tag, erläutert Tülsner.

Der Landeplatz, von dem aus kranke Passagiere oder Crewmitglieder per Helikopter evakuiert werden können, ist die letzte Option. Nicht nur für solche Extremsituationen empfiehlt Aida jedem Urlauber daher vorher den Abschluss einer Auslandskrankenversicherung.

Patientendaten via Satellit in die Klinik.

Damit es gar nicht erst zur Ausschiffung kommt, benötigen die Ärzte an Bord externe Unterstützung für diagnostische und therapeutische Entscheidungen. Aida Cruises arbeitet mit dem Unfallkrankenhaus Berlin (ukb) zusammen, das über Jahre eine Sektion für Maritime Medizin aufgebaut hat. Gemeinsam mit den Schiffsärzten wurde ein telemedizinisches Verfahren entwickelt, um kardiologische Daten vom Schiff aus über einen Satellit ins Krankenhaus zu übertragen. 24 Stunden am Tag steht in Berlin ein Mediziner für die Auswertung der EKG-Daten zur Verfügung.

„Bei dieser Aufgabe geht es nicht nur um fachliche Kompetenz“, sagt der Me-

dizinische Leiter des Zentrums für Notfalltraining am ukb, Professor Dr. Olaf Schedler. Der jeweilige Arzt im ukb muss sich genaustens auf die Situation vor Ort einstellen können. Er benötigt dafür auch Daten über den aktuellen Kurs des Schiffes, um Empfehlungen abgeben zu können: „Vielleicht gibt es ein geeignetes Krankenhaus, das 160 Seemeilen entfernt liegt – und diese Entscheidung hätte dann Konsequenzen für das gesamte Schiff“, erläutert Schedler. Bislang wurden mehr als 330 EKG-Befunde zwischen Aida-Schiffen und dem Unfallkrankenhaus in Berlin ausgetauscht. Auch die Übermittlung von radiologischen Daten via Telemedizin soll schon bald funktionieren.

Schiffsarzt Dr. Schröder vom ZDF-„Traumschiff“ – gespielt von Horst Naumann – würde staunen über die neuen Versorgungswelten an Bord. Der Schauspieler war fast 85 Jahre alt, als er von den Autoren aus der Serie „herausgeschrieben“ wurde. In Boulevardblättern war zu lesen, die Versicherungen hätten für das gesundheitliche Risiko des Darstellers bei den Dreharbeiten auf hoher See nicht mehr aufkommen wollen. ■

Christoph Fuhr ist gesundheitspolitischer Redakteur der „Ärzte Zeitung“ (SpringerMedizin).

Gesundheitstraining via App

Eine Mischung aus Personal Trainer und Berater – der digitale Gesundheitscoach hilft Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen und Senioren dabei, einen gesunden Lebensstil zu entwickeln und zu pflegen. Eine Reha-Klinik nutzt ihn bereits. **Von Benjamin Rohrer**

Wir schreiben das Jahr 2025: Jens, 55 Jahre alt und zweifacher Familienvater, wird von seinem Sohn Vincent geweckt. Vincent hat gerade einen Job in den USA angenommen und ist nun in Lebensgröße und 3D vor Papas Bett in die Luft projiziert. „Hey Papa, wir wollten doch eine Tour durch den Central Park drehen!“

Seit seinem leichten Schlaganfall trainiert Jens regelmäßig mithilfe eines digitalen Präventionsassistenten, dem „Gesundheitscoach“. Der Coach ist in seinem iPhone 17s als App installiert und gibt ihm regelmäßig Gesundheitstipps, wie die virtuellen Radtouren auf dem Heimtrainer. Über die Handy-App erhält Jens auch personalisierte Empfehlungen für Kochrezepte. Rucola-Salat mit Putenbruststreifen steht heute auf dem Pro-

gramm. Die abgerissenen Kilometer und eingelösten Rezepte rechnet der Gesundheitscoach in Punkte um, mit denen Jens und Vincent virtuelle Medaillen gewinnen können.

Zwei Jahre lang erprobt. Was wie eine Szene aus einem Science-Fiction-Roman klingt, wurde anhand eines Prototypen bereits erprobt: Der Gesundheitscoach war zwei Jahre lang Gegenstand eines Forschungsprojektes des Innovationszentrums „Connected Living“, das neue Möglichkeiten der intelligenten Heimvernetzung erforscht. Zu den Projektbetreibern gehörten neben dem AOK-Bundesverband sechs Unternehmen und Forschungseinrichtungen wie die Deutsche Telekom und die TU Berlin. Das

Bundeswirtschaftsministerium hat das Projekt mit 2,4 Millionen Euro gefördert. Das Programm wurde durch das Deutsche Zentrum für Luft- und Raumfahrt als Projektträger begleitet und nun evaluiert. Der Coach sei ein neuartiges Konzept, das wertvolles Wissen für die Entwicklung individualisierter Versicherten-coaches liefere, heißt es in der Auswertung. Der AOK-Bundesverband konnte mit seinem beigesteuerten Fachwissen aus den Bereichen „Ernährung“ und „Bewegung“ laut Bericht alle anvisierten Ziele umsetzen.

Die Krankenkassen erhoffen sich durch digitale Präventionsangebote, dass insbesondere „Gesundheitsmuffel“ einen Zugang zu Gesundheitsthemen bekommen: „Mit neuen, digitalen Technologien

„Alle Altersgruppen können mitmachen“



Paul Zernicke,
Director of Application Center Health
im DAI-Labor an der TU Berlin

Was kann der Gesundheitscoach, das andere digitale Präventionsangebote nicht können?

Zernicke: Der Gesundheitscoach nutzt viele verschiedene Dienste, die erstmals Teil eines

integrierten Präventionsangebotes sind. Die Dienste decken Themen wie Ernährung, Bewegung oder Gesundheitskompetenz ab und können sowohl im Heimbereich als auch unterwegs genutzt werden. Die Innovation steckt auch in den Anwendungen selbst. Zum Beispiel gibt es spielerische Präventionsansätze wie das digitale Ernährungsquartett, sowie multimodale Interaktionen mit Licht, Sound und 3D-Grafik, gepaart mit innovativen Sensoren wie der Microsoft Kinect, der beim „Smart-Workout“ verwendet wird.

Für welche Zielgruppen macht denn so etwas Sinn?

Zernicke: Der Gesundheitscoach ist ein generationsübergreifendes

System: Alle Alters- und Zielgruppen sollen mitmachen können. Ein Großteil der Gesellschaft beschäftigt sich leider wenig mit dem eigenen Gesundheitsverhalten. Insbesondere für bisher nicht ausreichend motivierte Menschen ist der Gesundheitscoach ein großer Gewinn.

In der Medizin spricht man von Adherence, wenn es um die Motivation des Patienten geht, eine Therapie konsequent durchzuführen. Wie motiviert der Gesundheitscoach seine Nutzer dranzubleiben?

Zernicke: Der wichtigste Faktor ist die Rückmeldung, also das Feedback, das der Coach dem Nutzer zu seinen Leistungen gibt. Optional kann das Feedback auch an Freunde weitergegeben werden, wenn der Nutzer eines der Sportmodule im Wettbewerbsmodus betreibt. Im Coach gibt es diverse innovative, spielerische Feedback-Mechanismen wie etwa das Punktesystem, in dem Hanteln für Sportaktivitäten und Kochmützen für zubereitete Gerichte ergattert werden können. Zudem kommen dabei ansprechende zwei- und dreidimensionale Computergrafiken, ambientes Licht und Audio zum Einsatz. ■

Die Fragen stellte Benjamin Rohrer.

können wir das Thema Prävention bislang schwer erreichbaren, jedoch technikaffinen Zielgruppen näherbringen“, erklärt Kai Kolpatzik, Leiter der Präventionsabteilung im AOK-Bundesverband, unter dessen Verantwortung das Projekt stand. Auch alte oder kranke Menschen sowie Berufstätige könnten mithilfe solcher Technologien Prävention in den eigenen vier Wänden betreiben.

Programm erstellt individuelles Profil.

Im Prototypen des Gesundheitscoaches kamen daher Technologien für den Heimbereich zum Einsatz. Das Herzstück des Coaches ist eine Smartphone-App, die zunächst mit Daten gefüttert werden will: Der Nutzer muss unter anderem sein Alter und Gewicht angeben. Basierend darauf erstellt das Programm ein „Gesundheitsprofil“ und berechnet ein personalisiertes Ernährungsprogramm („Ernährungscoach“) und ein individualisiertes Trainingsprogramm („Aktivitätscoach“).

Ein Teil des Ernährungscoaches ist eine Rezeptsuche, mit deren Hilfe der Nutzer Gerichte findet, die das Programm auf Basis seines Gesundheitsprofils empfiehlt. Der Coach enthält auch Informationskomponenten, wie das „Ernährungs-Quartett“: ein digitales Kartenspiel, bei dem es um Nährwerte einzelner Lebensmittel geht. „Auf diese spielerische Weise sollen gerade jüngere Menschen lernen, was in den Lebensmitteln steckt“, erklärt Ulrike Marx, die das Projekt beim AOK-Bundesverband betreut.

Mit dem Rad virtuell auf Tour. Ein Teil des Aktivitätscoaches ist das „SmartBike“. Je nach Alter, Gewicht und Gesundheitszustand des Nutzers stellt der Heimtrainer Belastungsintensität und -dauer automatisch ein. Auf dem „SmartBike“ kann der Nutzer zum Beispiel Paris auswählen, um dann auf dem Fernsehbildschirm eine virtuelle 3D-Tour durch die Stadt zu drehen. Während der Fahrt erfährt er noch Wissenswertes über Sehenswürdigkeiten.

Zur Motivation des Nutzers definiert der Gesundheitscoach immer wieder neue Ziele. Zunächst gilt es, die Radtour zu beenden, um Punkte zu ergattern. Diese Punkte kann der Nutzer einsetzen, um virtuelle Medaillen zu gewinnen. Mit der Anzahl der gewonnenen Medaillen soll

letztendlich eine Verbesserung des Gesundheitszustandes einhergehen, beispielsweise eine Gewichtsreduktion. Marx weist darauf hin: „Wir wollen keinen in den Schlankeitswahn treiben. Der Coach kann Menschen aber dabei helfen, individuelle Gesundheitsziele zu definieren und zu erreichen.“

Dass man sich durch die Vorgaben des Coaches fremdbestimmt fühlen könnte, hält die AOK-Expertin für unwahrscheinlich: „Die Ziele werden nicht als alternativlose Befehle formuliert. Das Programm stellt den Nutzer vor Entscheidungen. Nutzer und Coach treten in eine Art virtuellen Dialog.“ So könnte der Coach beispielsweise fragen: „Möchtest du lieber zehn Kilometer Fahrrad fahren oder 30 Minuten laufen?“ Das Programm generiert die Fragen einerseits auf Basis der vom Nutzer eingegebenen persönlichen Daten zum Alter und Gewicht. Andererseits beruhen sie auch auf medizinischem Know-How. Ein 60-jähriger Mann mit Übergewicht bekommt demnach ein anderes Trainings- und Ernährungsprogramm als eine 30-jährige, sportliche und gesunde Frau.

Datenhoheit liegt beim Nutzer. Dass der Gesundheitscoach funktioniert, hat eine vierwöchige Testphase in einer aufgebauten Musterwohnung gezeigt. Insgesamt 122 Männer und Frauen probierten dabei alle Module des Prototypen aus. „Wir sind mit der Evaluation sehr zufrieden. Die Testpersonen gaben an, individualisierte Lösungen im Bereich ‚Gesundheit‘ zu schätzen“, so Marx. Wichtig sei den Testern auch die individuelle Datenhoheit gewesen: „Es kam gut an, dass die persönlichen Daten nicht weitergereicht und nur innerhalb des Systems zur Erstellung des Trainings- und Ernährungsprogramms verwendet werden.“

Die AOK will die gewonnenen Erkenntnisse nutzen, um ihren Versicherten digitale, zielgruppenspezifische Präventionsangebote zu machen. Dazu erklärt Jürgen Graalmann, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes: „Mit den Ergebnissen des Gesundheitscoaches wollen wir zum Beispiel neuartige Unterstützungsangebote für pflegebedürftige Menschen entwickeln.“ In Zukunft werde es immer mehr Technologien geben, die sich mit der Gesundheit der Menschen befassen. „Die AOK will diese Entwick-

lung mitgestalten“, so Graalmann. Laut Marx arbeitet die AOK auch daran, einzelne Komponenten des Coaches für die Internetseiten oder das App-Angebot der AOK nutzbar zu machen.

Einsatz in einer Reha-Klinik. In einer Region hat der Coach bereits Interesse geweckt. „Gemeinsam mit einer Reha-Klinik im nordrhein-westfälischen Bad Driburg planen wir, unseren Versicherten den ‚SmartWorkout‘ zur Verfügung zu stellen“, sagt Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender der AOK NORDWEST. Der „SmartWorkout“ war als eine Anwen-



Ob daheim oder unterwegs: Mit dem digitalen Gesundheitscoach lässt sich überall etwas für die Fitness tun.

derung des Aktivitätscoaches getestet worden und ist ein individualisiertes Gesundheitstraining, bei dem der Versicherte Übungen zur Förderung seiner Kraft, Beweglichkeit und Koordinationsfähigkeit macht. Über einen Bewegungsmelder registriert der Coach, wie der Nutzer die Übungen ausführt und macht Verbesserungsvorschläge. Litsch: „In Bad Driburg könnten die Patienten während ihres stationären Reha-Aufenthaltes mit dem ‚SmartWorkout‘ vertraut gemacht werden, um die in der Klinik erlernten Übungen zu Hause weiter unter Anleitung durchzuführen. Wir wollen damit vor allem die Qualität der Rehabilitationsnachsorge für die Versicherten weiter verbessern und erhoffen uns zugleich positive Kosteneffekte.“ ■

Benjamin Rohrer ist Redakteur beim KomPart-Verlag.

Schwester für die Seele

Mehr Patienten, steigende Ausgaben – Deutschland und die Niederlande müssen bei der Betreuung psychisch Kranker neue Wege gehen. Den Haag nutzt dabei die Kompetenz von Fachkrankenschwestern in Hausarztpraxen. **Von Hans-Bernhard Henkel-Hoving**

Ein Déjà-vu-Erlebnis bescherte der niederländische Wissenschaftler Peter Verhaak seinen deutschen Zuhörern bei einer Tagung des Bundesverbandes Managed Care in Berlin. Ähnlich wie in Deutschland steige in Holland die Zahl diagnostizierter psychischer Erkrankungen. Die Ausgaben für die Behandlung

Diese Pflegekräfte mit einer Ausbildung auf Fachhochschulniveau übernehmen einen Großteil der Gespräche mit Patienten, die wegen psychischer Störungen in die Praxis kommen. „Die Nurses müssen einen guten Überblick über die lokalen Angebote haben, um Patienten in die richtige Versorgungsebene steuern zu können“, erläuterte Verhaak.

Mehr und mehr empfehlen Allgemeinmediziner zudem internetbasierte Therapieangebote, etwa bei Depressionen.

Viele psychisch kranke Menschen nehmen keine Hilfe in Anspruch.

Zugleich setzen die Niederlande verstärkt auf Kurzzeittherapien und eine genauere Indikationsstellung durch die Hausärzte, nicht zuletzt um Klinikaufenthalte zu reduzieren. Ersten Analysen zufolge scheint das Konzept der Mental Health Nurses zu funktionieren. „Welche Auswirkungen die Reformen insgesamt auf die Qualität der Versorgung haben, ist aber noch unklar“, betonte Verhaak.

Verweildauer sinkt. Anders als in den Niederlanden haben gesetzlich Krankenversicherte hierzulande Anspruch auf eine umfangreiche Therapie bei einem niedergelassenen Therapeuten. Darüber hinaus hat es seit der Psychiatriereform in den 1970er-Jahren erhebliche Fortschritte bei der Betreuung von psychisch Kranken gegeben, wie die Ärztin Dr. Iris Hauth von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde deutlich machte: Mehr als die Hälfte aller Betten in der klassischen Psychiatrie sind verschwunden, die durchschnittliche Ver-

weildauer ist erheblich zurückgegangen. Doch bis heute mangle es an „Kooperation und Kontinuität“, so Hauth: Niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten, Akut- und Rehakliniken stimmten ihre Angebote nur unzureichend aufeinander ab. Und viele psychisch Kranke nähmen überhaupt keine Hilfe in Anspruch.

Wartezeit beträgt drei Monate. Ein Umstand, den auch Dr. Christina Tophoven von der Bundespsychotherapeutenkammer kritisierte. Menschen mit psychischen Problemen müssten im Schnitt drei Monate auf ein erstes Gespräch mit einem Psychotherapeuten warten: „In manchen ostdeutschen Landkreisen kann es mehr als ein halbes Jahr dauern.“ Verbesserungspotenzial erkennt Tophoven darüber hinaus bei der Qualitätssicherung: Bei 50 Prozent aller Patienten mit Depressionen sind die hausärztlichen Diagnosen unspezifisch, sodass eine angemessene Therapie nicht gesichert sei – von einer leitliniengerechten Behandlung ganz zu schweigen. Außerdem erhielten 60 Prozent der psychisch Kranken nur noch eine Kurzzeittherapie von höchstens 25 Stunden, die meist nicht einmal ausgeschöpft werden.

Dr. Thomas Uhlemann vom GKV-Spitzenverband mahnte eine bessere Verteilung niedergelassener Behandler an. Während in Berlin mehr als 1.000 Psychotherapeuten zu viel zugelassen seien, fehle in der Uckermark lediglich ein knappes Dutzend Therapeuten, um eine planerische „Normalversorgung“ zu erreichen. Bundesweit herrsche im Übrigen nur in fünf Prozent aller Planungsbereiche Unterversorgung. Um bestehende Defizite in den Griff zu bekommen, seien mehr Kurzzeit- und Gruppentherapien sinnvoll – Peter Verhaak wird es mit Interesse vernommen haben. ■



Wenn kein Trost mehr hilft: Bei Depressionen empfehlen Hausärzte in Holland auch Online-Therapien.

von Patienten mit seelischen Problemen hätten sich innerhalb von nur zehn Jahren verdoppelt, und die Versorgungsstrukturen seien auf diese Entwicklung nicht vorbereitet, so der Hochschullehrer von der Universität Groningen. Doch anders als Berlin hat Den Haag weitreichende Konsequenzen aus den Veränderungen gezogen. So können Hausärzte in den Niederlanden seit 2008 mit „Mental Health Nurses“ zusammenarbeiten.

„Wir tragen zur Transparenz bei“

Zwischen Ärzten, Pflegenden und Patienten kann es im Klinikalltag zu Missverständnissen kommen. Der ehrenamtliche Patientenführsprecher **Wolfgang Bartels** hält sein Ohr hin und vermittelt bei Konflikten.

Warum brauchen Klinikpatienten einen Führsprecher?

Bartels: Patienten ticken anders als ein Klinikbetrieb. Das war die Triebfeder für die Geschäftsführung am Klinikum Oldenburg, ehrenamtliche und unabhängige Patientenführsprecher als Vermittler einzusetzen. Es ist gut, wenn Patienten wissen, dass sie sich in der Klinik an eine neutrale Stelle wenden können, wenn sie etwas nicht mit dem Arzt oder der Pflegekraft besprechen wollen.

Warum haben Sie diese Aufgabe übernommen?

Bartels: Mir erscheint das als sehr sinnvoll. Ich bin neugierig und wollte wissen: Was passiert da, was kommen für Fragen auf mich zu? Worum geht es, wenn Patienten Kritik üben? Ich hatte in meinem Berufsleben mit ähnlichen Konfliktstellungen zu tun. Da lag es nahe, mich als Patientenführsprecher einzubringen.

Wie haben Sie sich darauf vorbereitet?

Bartels: Das Ohr kann jeder hinhalten. Man muss allerdings auch die Ansprechpartner kennen und die Anliegen einordnen können. Mir hilft, dass ich vorher bereits im ehrenamtlichen Besuchsdienst der Kinderklinik gearbeitet habe.

Wie häufig werden Sie angefordert?

Bartels: Im Moment selten. Ich sehe aber auch keine systematischen Missstände. Die Anfragen sind individueller Art. Patienten oder Angehörige rufen an, wenn sie in der Klinik sind, oder melden sich nach der Entlassung. In der Regel geht es bei Anfragen an uns um Mängel in der Kommunikation, nicht um die

Pflege oder die medizinische Versorgung. Beispielsweise erzählte uns eine Dame, deren Lebenspartner in der Herzchirurgie lag, sie sei für eine dringende Unterschrift in die Klinik bestellt worden, sei sofort dorthin geeilt, habe dann aber zwei Stunden auf der Station warten müssen. Da liefen Operationen, kein Mitarbeiter war

In welcher Situation konnten Sie einmal besonders gut helfen?

Bartels: Die Tochter einer Patientin meldete sich, weil sie mit der Situation auf der Intensivstation unzufrieden war. Wir haben eine Aussprache mit der leitenden Schwester und ihrem Stellvertreter orga-



Patienten ticken anders als ein Klinikbetrieb.

Wolfgang Bartels

abkömmlich. Sie dachte: Erst machen die so einen Stress und dann kümmert sich keiner um die Unterschrift. Da gibt es also Missverständnisse über die Abläufe, über zeitliche Verabredungen, die der Patient anders verstanden hat, als die Klinikmitarbeiter es meinten. Für uns ist wichtig, dass die Anrufer merken, dass wir ihr Anliegen ernst nehmen. Wir wimmeln sie nicht ab, sondern vermitteln.

Wie funktioniert die Zusammenarbeit mit den Klinikmitarbeitern?

Bartels: Wir gehen etwa zweimal im Jahr über die Stationen und tauschen uns kurz mit Pflegekräften und Ärzten aus. Dadurch entsteht eine gewisse Nähe. Wir sind gut eingebunden in das Netzwerk der Klinik, werden über die Abläufe informiert und haben unmittelbaren Zugang zur Geschäftsführung.

niert. Die Angehörige der Patientin hatte Gelegenheit, ihr Anliegen in Ruhe zu erläutern. Auch die Klinikmitarbeiter fanden es gut, dass ihnen in dieser Fragestellung der Spiegel vorgehalten wurde, dass sie sehen, wo sie im Einzelfall anders handeln müssen. Die Patientenführsprecher tragen zur Transparenz und zu einem offenen, freundlichen Umgang bei. ■

Das Interview führte Änne Töpfer.

Zur Person

Wolfgang Bartels war Diakonievorstand in Oldenburg und ist heute im Ruhestand. Gemeinsam mit Maria Niggemann, Sozialdezernentin a. D., arbeitet er als ehrenamtlicher Patientenführsprecher am Klinikum Oldenburg. In Niedersachsen steht es Kliniken frei, solche Stellen einzurichten. In einigen Bundesländern, wie Nordrhein-Westfalen, sieht das Landeskrankenhausgesetz es vor. **Mehr Infos:** www.klinikum-oldenburg.de

Der Preis



des Überlebens

Heute retten Ärzte das Leben von rund der Hälfte aller Krebspatienten. Der Triumph der Medizin hat eine Schattenseite: Strahlen und Medikamente können unerwünschte Folgen haben, die sich Jahre später zeigen. Darauf muss sich das Gesundheitssystem einstellen, wie **Katrin Zöfel** am Beispiel eines jungen Mannes deutlich macht.

Philipp Volkerts (*Name geändert*) ist sportlich, groß gewachsen, hat freundliche Augen und eine warme Stimme. Wer ihm auf der Straße begegnet, käme nicht auf die Idee, dass er eine lebensbedrohliche Krankheit hinter sich hat. Mit 19, im Jahr 2006, bekam er die Diagnose: ein Gehirntumor, direkt an der Hypophyse, der Hirnanhangdrüse. Die Therapie mit Bestrahlung, Medikamenten und Operation hat den Tumor besiegt. Das ist die gute Nachricht. Aber Volkerts ist nicht mehr in allem der Alte. Sein Gedächtnis lässt ihn oft im Stich, vor allem das Kurzzeitgedächtnis. „Ich habe oft Dinge nicht auf dem Schirm, die ich wissen sollte“, sagt er. Seine Schilddrüse macht immer wieder Schwierigkeiten, auch wenn er „bis jetzt zum Glück keine Medikamente als Ausgleich brauchte“. Was für ihn vielleicht am schwersten wiegt: Es ist unklar, ob er Kinder zeugen kann, denn im Bestrahlungsfeld lagen Hirnareale, die für die Steuerung der Sexualhormone zuständig sind. Keiner weiß, ob seine Hoden die Signale bekommen, die sie brauchen, um gesunde Spermien zu produzieren. Volkerts: „Das abzuklären, ist mir natürlich sehr wichtig, ich will wissen, ob ich mit meiner Freundin irgendwann eine Familie gründen kann.“

An einem Tag, an dem ihm selbst die langweiligste Vorlesung in seinem Sportstudium an der Uni Köln lieber wäre, macht er sich deshalb auf den Weg in die Reproduktionsmedizin an der Uniklinik Münster. Gedrängt dazu hat ihn nicht zuletzt die Onkologin, die 2006 seinen Tumor behandelt hatte, Gabriele Calaminus, die ebenfalls an der Uniklinik in Münster praktiziert. Zu ihr hat Volkerts über die Jahre ein enges Vertrauensverhältnis aufgebaut, sagt er: „Doktor Calaminus kennt mich und meine Geschichte, und sie kennt sich mit meiner Tumorform aus. Sie hat Erfahrung und weiß, worauf es ankommt.“ Volkerts wird auf ihren Rat hin eine Samenprobe abgeben, seine Blut- und Hormonwerte kontrollieren und seine Hoden abtasten lassen.

Harsche Therapie hinterlässt Spuren. Der junge Mann hat mit den Spätfolgen der Therapie zu tun, die ihm das Leben gerettet hat. Sie treten im Gegensatz zu Nebenwirkungen oder akuten Schäden fast immer erst fünf, zehn oder 15 Jahre nach Ende der Therapie auf. Spätfolgen sind die Kehrseite der immer größeren Heilungschancen bei Krebs (*siehe Kasten „Geschichte der Krebstherapie“ auf Seite 22*). Vier von fünf Kindern mit Krebs werden heute geheilt. Erwachsene und Kinder zusammen genommen,

überlebt jeder Zweite. In Deutschland leben nach Schätzungen des Robert Koch-Instituts rund 1,5 Millionen Menschen, die ihre Krebsdiagnose bereits vor fünf Jahren bekamen. Bei mehr als zwei Millionen Menschen sind es sogar zehn Jahre oder mehr. Rund 30.000 sind Überlebende einer Krebserkrankung im Kindes- und Jugendalter. Diese Menschen haben eines gemeinsam: Ihre Krebserkrankung liegt so lange zurück, dass sie merken, was eine harsche Therapie – neben den akuten Nebenwirkungen – langfristig in ihrem Körper auslöst. Sie sind vom Krebs geheilt, aber sie sind nicht immer gesund. Auch wenn jahrelang sämtliche Kontrollen nichts Beunruhigendes ergeben haben, können sich noch späte Folgen einer Krebstherapie einstellen oder offensichtlich werden. Oft drängt sich dann für Patienten und Ärzte der Zusammenhang zwischen Krebstherapie und aktuellen Symptomen nicht gerade auf. Nicht zuletzt sind Spätfolgen oft nur schwer von anderen, weit verbreiteten und durch Alter oder Lebensstil bedingten Beschwerden zu unterscheiden.

Lymphom-Studiengruppe sammelt Daten. Diese Problematik wird bisher weder von Ärzten noch von Gesundheitspolitikern ausreichend wahrgenommen. „Spätfolgen sind nach wie vor kein Thema, das in der breiten Öffentlichkeit oder in Fachkreisen im Vordergrund steht“, sagt Peter Borchmann, Professor für Onkologie an der Uniklinik Köln und Leiter der Arbeitsgruppe Survivorship der Deutschen Hodgkin-Lymphom Studiengruppe. Das liege daran, meint er, „dass es nach wie vor sehr viele

Krebsarten gibt, an denen die Patienten schnell sterben. Natürlich wird da die größere Not gesehen als bei einer Erkrankung wie dem Hodgkin-Lymphom, wo man sagen kann: Die Patienten werden ja sowieso fast alle geheilt, die sollen sich mal nicht so haben.“

Die Deutsche Hodgkin Studiengruppe erfasst als eine der wenigen Einrichtungen in Deutschland überhaupt Daten zur gesundheitlichen Situation von ehemaligen Überlebenden von Krebs im Erwachsenenalter. Ihre Mitarbeiter verfolgen die Lebenswege von insgesamt 15.000 ehemaligen Hodgkin-Patienten. Die Zahlen, die sie vorlegen, zeichnen ein düsteres Bild: 15 Prozent der Patienten leiden zehn bis 20 Jahre nach Therapieende an einer Herzschwäche. Jeder zweite Patient ist nach der Behandlung unfruchtbar. Viele Frauen kommen zu früh in die Menopause, abhängig von der Therapieform und dem Alter bei Therapie erkranken bis zu 20 Prozent an Brustkrebs. 15 bis 25 Prozent klagen über schwere Fatigue (Erschöpfungs-Syndrom). Jeder fünfte Patient berichtet von kognitiven Einschränkungen. Insbesondere die schwere Fatigue erschwert die soziale Re-Integration massiv. Das Leben nach dem Krebs wird nie mehr so, wie es vorher einmal war.

Register erleichtern die Forschung. Neben den Zahlen aus Köln gibt es weitere zu anderen Krebsarten, allerdings zeichnen sie längst kein vollständiges Bild. Keiner in Deutschland befragt bisher die vielen Überlebenden nach Brustkrebs. Keiner jene, die Darmkrebs oder Hodenkrebs überstanden haben. Eine Studie existiert immerhin zu Überlebenden nach einer akuten lymphatischen Leukämie, kurz ALL, initiiert von der Studiengruppe GMALL an der Universität Frankfurt am Main. Demnach zeigen vier von zehn Patienten Symptome in einem oder mehr Organsystemen.

Deutschland liegt, was die Forschung angeht, weit hinter anderen Ländern zurück. Peter Borchmann: „Das Wissen, dass es so etwas wie Spätfolgen überhaupt gibt, kommt vollständig aus anderen Ländern, nämlich aus Ländern mit Krebsregistern, wo Patienten lebenslang nachverfolgt werden. Solche umfassenden Register haben wir nicht. Wir liegen Lichtjahre zurück hinter den Benelux-Ländern, den nordischen Ländern oder den USA.“ Denn ohne flächendeckende klinische Register ist die Forschung zur Frage, wie es ehemaligen Krebspatienten geht, ungleich schwieriger. Die Datenlage ist also dünn. Wenn es überhaupt Daten zu Spätfolgen nach Krebs im Erwachsenenalter gibt, ist das der Initiative von akademischen Studiengruppen zu verdanken.

Kinderonkologen befragen Langzeitüberlebende. Es gibt nur eine echte Ausnahme: Das Deutsche Kinderkrebsregister in Mainz. „Wir erfassen systematisch deutschlandweit alle Krebserkrankungen bei unter 15-Jährigen, seit einigen Jahren bei unter 18-Jährigen. Wir haben mittlerweile eine Datenbasis, in der mehr als 50.000 Erkrankungsfälle mit ihren Daten bei uns gespeichert sind“, sagt Peter Kaatsch, Leiter der Einrichtung. Als das Register gegründet wurde, ging es vor allem um die Optimierung der Therapien, dann um die Registrierung von Rückfällen und Zweittumoren. Das Thema Spätfolgen kam

Geschichte der Krebstherapie

Paul Ehrlich prägte 1906 den Begriff Chemotherapie für den Einsatz von chemischen Substanzen bei Syphilis und anderen Infektionskrankheiten. 1942 wendeten amerikanische Ärzte das Prinzip zum ersten Mal auf Krebszellen an. Sie gaben einem Lymphom-Patienten Chlormethin, ein Abkömmling von Senfgas. Dessen Tumoren fielen in sich zusammen, wenn auch nur für wenige Wochen. Sechs Jahre später brachte der Kinderpathologe Sydney Farber akute lymphatische Leukämie bei Kindern zum Stillstand: mit Aminopterin und Amethopterin. Doch wieder nur für kurze Zeit, alle seine Patienten erlitten Rückfälle. Die Onkologin Jane C. Wright erreichte wenige Jahre später in New York mit Amethopterin (Methotrexat) zeitweise Remissionen bei Brustkrebs und einer bestimmten Hautkrebsform. **Die erste langfristige Heilung durch Chemotherapie gelang 1956 mit Methotrexat: bei Patientinnen mit einem seltenen, stark streuenden Tumor der Plazenta.** Seit 1965 setzte sich die Idee durch, verschiedene Chemotherapeutika miteinander zu kombinieren. Die Konsequenz: Seit den späten 1960er Jahren gelten viele Lymphome als langfristig heilbar. Seit Anfang der 1980er gilt das Gleiche für akute lymphatische Leukämie bei Kindern. **Die Chemotherapie wird von Anfang an ergänzt durch Strahlentherapie und Operationen, inzwischen auch durch Immuntherapie.** Diese soll das Immunsystem gegen den Tumor in Stellung bringen. Hinzu kommt heute die sogenannte gezielte Krebstherapie (targeted therapy), bei der neues Wissen über besondere Eigenschaften von Krebszellen als Angriffspunkt für die Entwicklung neuer Wirkstoffe genutzt wird. Diese sollen gezielter wirken als Chemotherapie. Die Statistik zeigt Heilungschancen von 50 Prozent – Tendenz steigend. *Katrin Zöfel*

später dazu. 30.000 der Registrierten zählen zu den Langzeitüberlebenden, sagt Kaatsch. Routinemäßig werden sie alle fünf Jahre befragt. Seit 1998 fließen in das Register Informationen aus dem Late Effects Surveillance System (LESS) ein, das unter Leitung des Kinderonkologen Thorsten Langer von der Uniklinik Lübeck Informationen über Spätfolgen bei ehemaligen Krebspatienten sammelt. Thorsten Langer hat zusammen mit Kollegen auch die erste Nachsorgerasterlinie zum Thema initiiert.

Gabriele Calaminus aus Münster leitet außerdem das Projekt VIVE. Darin wird sie in Zusammenarbeit mit Thorsten Langer und dem Kinderkrebsregister im Laufe dieses Jahres 10.000 ehemalige Patienten anschreiben und sie nach Spätfolgen, ihrer Lebenssituation und Lebensqualität befragen.

für krebskranke Kinder“ eingeworben hat. Ohne solche Spenden würde es nicht gehen, sagt der Mediziner. Ein weiteres Projekt dieser Art gibt es an der Uniklinik Mainz.

Spezi­alsprechstunde fängt Patienten auf. Ähnlich ist die Situation an der Uniklinik Freiburg: Dort initiierte Charlotte Niemeyer die Gründung einer Spätfolgensprechstunde, ebenfalls von Spenden getragen: „Wir haben damit das Angebot an alle ehemaligen Patienten, einmal im Jahr zu uns zu kommen. Dort bekommen sie ihre Vorsorge und ihre Nachsorge als Paket, plus die entsprechenden Informationen zu ihrer Erkrankung.“ Die Ärztin beobachtet ein Phänomen, das sie „Lost in Transition“ nennt: Die Patienten gehen spätestens an dem Punkt verloren,



Spätestens nach zehn Jahren fallen die Patienten aus dem Nachsorgeraster heraus.

Spezialisten gibt es kaum. Damit ist die Kinderonkologie der Erwachsenenonkologie, zumindest was die Datenlage angeht, gleich um mehrere Schritte voraus. Trotzdem kommen auch hier die Patienten spätestens nach zehn Jahren an einen Punkt, an dem sie aus dem Nachsorgeraster herausfallen. Für Philipp Volkerts zum Beispiel rückt dieser Punkt immer näher. Deshalb spricht seine Ärztin Gabriele Calaminus das Thema ihm gegenüber immer wieder an: „Wir müssen uns bald darum kümmern, dass wir den Übergang gut hinbekommen, wenn die Nachsorge hier bei mir für Dich vorbei ist.“ Volkerts würde gerne bei ihr bleiben, denn: „Was ich kommen sehe, ist der Verlust dieser Sicherheit, die ich mit ihr habe.“ Seinem Hausarzt traut er die Aufgabe nicht zu. Er würde sich gerne von seiner Ärztin einen Spezialisten empfehlen lassen, der sich mit seiner Erkrankung und den möglichen Spätfolgen der Therapie auskennt.

Solche Spezialisten gibt es in Deutschland bisher kaum. Es sind einzelne Kliniken und Ärzte, die die Initiative ergreifen und spezielle Anlaufstellen einrichten. Thorsten Langer hat an der Uniklinik Erlangen eine solche Sprechstunde mitbegründet. Anfang des Jahres rief er gemeinsam mit Kollegen an der Uniklinik Lübeck auch dort eine Sprechstunde für Spätfolgen ins Leben, finanziert durch Spenden, die der Verein „Lübeck-Hilfe

wo sie für die Kinderonkologie zu alt werden, in der Erwachsenenmedizin aber keinen entsprechenden Ansprechpartner finden. Sie plädiert deshalb dafür, dass das Modell, das sie in Freiburg entwickelt hat, flächendeckend etabliert wird.

Auch Peter Kaatsch, der Leiter des Deutschen Kinderkrebsregisters in Mainz, sieht Lücken im Versorgungssystem. „Die Situation ist heute so, dass die Patienten mit ihren Fragen, Sorgen und Ängsten alleine gelassen werden.“ Und die Konzepte, die in Erlangen, Freiburg oder Lübeck umgesetzt werden, gleichen sich. Die Ärzte arbeiten disziplinübergreifend zusammen. Je nach Erkrankung und Beschwerden werden Internisten, Orthopäden, Neurologen oder Hormonspezialisten, wenn nötig auch Psychologen, hinzugezogen. Die Patienten sollen, wenn möglich, sämtliche Untersuchungen an einem Tag absolvieren können. Wäre für den Patienten Philipp Volkerts eine solche Sprechstunde erreichbar, wäre ihm geholfen.

Europa erforscht die Therapiefolgen. Peter Kaatsch leitet nicht nur das Deutsche Kinderkrebsregister. Er koordiniert auch die Forschungsarbeiten in einer neuen europäischen Initiative, PanCare Life, ein Projekt das zu dem größeren Netzwerk Pancare gehört. Forscher, Ärzte aus der Kinderonkologie und Patienten

haben sich darin zusammengetan, um gemeinsam Fördergelder der Europäischen Union zu beantragen. Mit Erfolg: Ihr erstes großes Forschungsprojekt PancareSurfup sammelt Daten aus ganz Europa zu Herzschäden durch Krebstherapie, Zweitumoren und Sterblichkeit. Unter anderem sollen daraus europäische Therapieleitlinien abgeleitet werden. In Forschungsprojekt Nummer zwei, ENCCA, wird unter anderem eine Art Pass entwickelt, der jedem Patienten nach Ende der Krebstherapie ausgehändigt werden soll und Therapiedetails und Nachsorgeempfehlungen enthalten wird. PanCareLife, das dritte Projekt,



Deutschland
liegt in der Forschung
über Therapiefolgen
weit hinter anderen
Ländern zurück.

wird europaweit nicht nur Daten, sondern auch Gewebeproben sammeln und auswerten. Kaatsch: „Wir wollen genetische Untersuchungen machen, um festzustellen, welche krebskranken Kinder möglicherweise für bestimmte Spätfolgen prädisponiert sind, um dem frühzeitig entgegenwirken zu können. Womöglich können wir den Eltern oder den betroffenen Patienten selbst dann entsprechende Ratschläge geben.“ Die Ergebnisse könnten zukünftige Therapieentscheidungen prägen. Zunächst wollen sich die Forscher auf Schwerhörigkeit und Umfruchtbarkeit konzentrieren, doch das Prinzip gilt für viele Spätschäden. Die Forschung in Europa – und auch in Deutschland – nehme endlich an Fahrt auf, sagt Kaatsch.

Versorgung hängt von Eigeninitiative ab. Die Kinderonkologie könnte dank solcher Projekte eine Vorreiterrolle für die Erwachsenenonkologie übernehmen. Denn je nach Erkrankungsalter

und Heilungschancen liegen die Dinge bei erwachsenen Krebsüberlebenden gar nicht so anders. Menschen, die als Erwachsene an Krebs erkranken, sind nach Ende der Therapie und der zugehörigen Nachsorge noch mehr sich selbst überlassen. Ob sie gut versorgt werden, hängt von ihrer Eigeninitiative und nicht zuletzt vom Glück ab, also davon, ob sie auf gute Ärzte stoßen oder nicht. Beispiel akute lymphatische Leukämie, kurz ALL: Dort liegt das mittlere Erkrankungsalter bei 39 Jahren, die Überlebenschancen bei um die 40 Prozent, die Therapie ist je nach Verlauf oft harsch, mit entsprechenden Folgen. Holger Bassarek, heute 46, hat diese Form der Leukämie überlebt. Das Thema Spätfolgen war von Anfang an präsent: „Das war mir immer sehr bewusst, das mit den Langzeitwirkungen, man bekommt ja zu jeder Behandlung einen Behandlungsplan. Darin steht auch, welche Folgen das Ganze haben kann. Da wird's einem schon ein bisschen anders.“ Erkrankung und Therapie liegen bei Holger Bassarek inzwischen 16 Jahre zurück. Geblieben sind ihm eine Gefühllosigkeit in den Fingerspitzen, Gedächtnislücken, mehrere Knocheninfarkte, die Fatigue und der Verlust seiner Fruchtbarkeit. Nur weil er vor der Therapie durchgesetzt hat, dass Samen eingefroren werden, ist er heute Vater zweier gesunder Kinder.

Selbsthilfe schließt Lücken. Von Anfang an hat sich Bassarek in der Selbsthilfe engagiert. Einige Zeit nachdem er die Leukämie überstanden hatte, wurde klar: „Es ist schon ein Unterschied, ob man akut von der Leukämie oder ob man von Langzeitfolgen betroffen ist. Da ist dann irgendwann keine gemeinsame Basis für Selbsthilfe mehr da. Für akut Betroffene ist es zwar sehr hilfreich, sich mit Patienten auszutauschen, die die Akutphase lange hinter sich haben. Patienten mit Langzeitfolgen finden so aber kaum Gesprächspartner, mit denen sie sich über ihre Probleme austauschen können.“ Deshalb hat Bassarek schließlich die Internet-Selbsthilfe-Gruppe „Leukämie-Phoenix“ (www.leukaemie-phoenix.de) gegründet. „Nach einer Leukämiebehandlung ist man ein bisschen wie dieser Phoenix, der aus der Asche wieder aufsteigt, man ist verbrannt, flügelahm und ziemlich gerupft, aber man versucht wieder neu zu erstehen. Deshalb der Name.“ Bassarek kennt viele andere Überlebende. Vielen, sagt er, gehe es noch deutlich schlechter als ihm. Sie tauschen sich aus, versuchen miteinander zu klären, ob ein bestimmtes Symptom, ein bestimmtes Handicap von der Therapie stammen kann oder nicht, rätseln, welcher Spezialist womöglich weiterhelfen kann. Zumindest ein Stück weit können sie so die Lücke schließen, die zwischen ihren Bedürfnissen und der momentanen Versorgung klappt.

Philipp Volkerts hat nach einigen Wochen die Ergebnisse aus der Reproduktionsmedizin bekommen. Er kann Kinder zeugen, seine Hormonwerte und seine Spermien sind in Ordnung. Das beruhigt ihn und lässt ihn nach vorne schauen. Wie er auf Dauer dafür sorgen soll, dass er die medizinische Versorgung und Vorsorge bekommt, die zu ihm passt – diese Frage ist und bleibt aber offen. ■

Katrin Zöfel ist Diplom-Biologin und arbeitet als Wissenschaftsjournalistin unter anderem für den Deutschlandfunk. **Kontakt: K.Zoefel@gmx.de**

„Krebs wird oft chronisch“

Wenn Ärzte einen bösartigen Tumor entdecken, beherrscht Patienten zunächst meist die Angst. Heute lassen sich viele Krebserkrankungen jedoch heilen. Wie der JaVita-Patienten-Begleitservice der AOK Rheinland/Hamburg bei der Nachsorge hilft, erläutert dessen Leiterin **Nadine Weinand**.

Mit welchen Fragen wenden sich Patienten an JaVita?

Nadine Weinand: Viele Menschen melden sich kurz nach der Diagnosestellung Krebs, weil dann viel Unsicherheit besteht. Sie wollen wissen, ob es zur vorgeschlagenen Therapie Alternativen gibt oder welche Klinik für die Behandlung infrage kommt. Im Verlauf der Erkrankung haben Patienten Fragen zu Chemotherapie oder Bestrahlung. Oder es geht um Leistungen der Krankenkassen, beispielsweise Fahrtkostenübernahme oder Perückenversorgung. Auch Fragen zur Reha, zu Ernährung und Bewegung gehen bei uns ein. Wir vermitteln beispielsweise Termine bei Fachärzten oder Psychoonkologen und versorgen Patienten mit Informationen.

Welche Rolle spielen bei JaVita Nachsorge und Spätfolgen der Krebsbehandlung?

Weinand: Um Fragen zur Nachsorge und Spätfolgen kümmern sich Ärztinnen aus unserem Team. Beispielsweise haben viele Brustkrebs-Patientinnen Probleme mit der Antihormontherapie. Die Ärztinnen von JaVita erklären, warum die weiterführende Therapie notwendig ist und fördern so die Compliance. Um die Spätfolgen der Behandlung machen sich Patienten in der Akutphase dagegen weniger Gedanken. Im Vordergrund steht häufig die Angst vor dem Tod. Dabei sind viele Krebserkrankungen heute gut zu behandeln – Krebs wird deshalb oft zu einer chronischen Erkrankung. JaVita betreut viele Brustkrebs-Patientinnen mittlerweile seit mehr als zehn Jahren. Brustkrebs-Patientinnen haben oft Fragen zur Ernährung, weil sie durch die antihormonelle Therapie zunehmen. Viele Patienten mit Tumoren an den Verdauungsorganen brauchen Ernährungstipps, damit sie nicht abnehmen oder um Lebensmittelunverträglichkeiten ausgleichen zu können. Auch haben viele Anrufer Fragen zu komplementärmedizinischen, also ergänzenden Therapien. In unserer Patienten-Zeitschrift JaVita greifen wir alle diese Aspekte auf.

Warum wenden sich Patienten mit solchen Fragen nicht an den behandelnden Arzt?

Weinand: In Praxis und Klinik bleibt für ausführliche Gespräche oft wenig Zeit. Patienten können häufig nicht alle Informationen des Arztes sofort aufnehmen. Wir geben Tipps für das Gespräch: sich jemanden mitzunehmen, Fragen vorher aufzuschreiben.

Die Ärztinnen von JaVita überlegen gemeinsam mit dem Patienten, was er mit seinem behandelnden Arzt besprechen sollte. Wir ermutigen die Patienten dazu, ihre Fragen, Ängste oder mögliche Unzufriedenheit beim Arzt offen anzusprechen.

Was haben die Krankenkassen im Bereich Krebsnachsorge zu bieten?

Weinand: Die Krankenkassen zahlen für die medizinisch notwendigen Untersuchungen, wie beispielsweise die Mammographie in der Brustkrebsnachsorge. Auch die Lymphdrainage gegen Ödeme nach Operationen wird von den Kassen übernommen. Rehasport und psychoonkologische Versorgung gehören

Nadine Weinand leitet den JaVita-Patienten-Begleitservice der AOK Rheinland/Hamburg. JaVita übernimmt eine Lotsenfunktion für krebskranke Menschen und ihre Familien (www.javita.de).



ebenfalls zum Leistungsspektrum. Die Krankenkassen fördern außerdem die Selbsthilfe finanziell. Sie ist ein wichtiger Aspekt der Nachsorge: Dort haben Erkrankte und Angehörige die Möglichkeit, sich mit anderen Betroffenen über den Umgang mit der Krankheit und über ihre Erfahrungen auszutauschen.

Immer mehr Patienten überleben Krebs. Wie wirkt sich das auf das Angebot von JaVita aus?

Weinand: Durch den intensiven Kontakt zu Patienten können wir uns auf deren Bedürfnisse einstellen und strukturelle Änderungen in die Wege leiten. Bei JaVita laufen alle Fragen zum Thema Krebs zusammen. Aktuell beschäftigen wir uns beispielsweise mit der beruflichen Wiedereingliederung. Wir wollen herausfinden, welche Probleme dabei bestehen: Brauchen Arbeitgeber oder Arbeitnehmer Unterstützung? Wenn nötig passt die AOK Rheinland/Hamburg ihre Beratung entsprechend an. ■

Das Interview führte Änne Töpfer.

Evolute

FETT

ZUCKER

SALZ

NEBENWIRKUNGEN: Schläfrigkeit, Reaktionsfähigkeitsverminderung, Müdigkeit, Muskelschwäche, Schwindel, Schläfrigkeit, Zittern, Kopfschmerzen, Erregung, Veränderungen in der Verdauung, Wahnvorstellungen, besonders zu Behandlungsbeginn, Verstopfung, Blasenentleerungsstörungen, Blasenentleerungsreaktionen

NO
N
C



1027	1028	1029	1030	1031	1032
1033	1034	1035	1036	1037	1038
1039	1040	1041	1042	1043	1044
1045	1046	1047	1048	1049	1050
1051	1052	1053	1054	1055	1056
1057	1058	1059	1060	1061	1062
1063	1064	1065	1066	1067	1068
1069	1070	1071	1072	1073	1074
1075	1076	1077	1078	1079	1080

Lücken beim Gesundheitswissen

Ob Leistungsanbieter, Kostenträger oder Politik – den informierten und mündigen Patienten wünschen sich alle. Doch viele Bürger haben nicht die Kompetenzen, um Experten in eigener Sache zu sein. Dieses Manko zu beheben, ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die nicht allein das Gesundheitswesen lösen kann, meint **Kai Kolpatzik**.

Täglich müssen Menschen Entscheidungen für ihre Gesundheit treffen. Ob es eine Information über ein Krankheitsbild, eine Impfung oder die Entscheidung über einen Arztbesuch ist – all dies erfordert bestimmte Fähigkeiten. Für einen verantwortungsvollen Umgang mit der Gesundheit sowie mit medizinischen Leistungen müssen Informationen gefunden, verstanden, beurteilt und angewendet werden. Mit dem Health Literacy-Ansatz (siehe Kasten „Was Health Literacy bedeutet“ auf Seite 29) lässt sich die Gesundheitskompetenz adäquat erfassen und daraus individuelle Strategien ableiten.

US-amerikanische und kanadische Forscher widmen sich bereits seit 1970 diesem Thema. Mittlerweile ist Health Literacy im Gesundheitswesen der USA und Kanadas fest verankert. 2010 hat das Gesundheitsministerium in Washington einen „Nationalen Aktionsplan zur Steigerung von Health Literacy“ herausgegeben (siehe Kasten „Webtipps“ auf Seite 30). Zahlreiche Handlungshilfen und Curricula für Ausbildungszwecke in der Schul- und Erwachsenenbildung sind entwickelt worden und im Einsatz. China hat im Mai dieses Jahres einen Nationalen Aktionsplan zur Steigerung der Health Literacy verabschiedet, der in den nächsten sechs Jahren umgesetzt werden soll.

Brüssel hat Gesundheitskompetenz erfasst. Auch in Europa gewinnt Health Literacy an Bedeutung. Ein internationales Forscherteam untersuchte im Auftrag der Europäischen Kommission, wie es um die Gesundheitskompetenz bestellt ist. Dieser European Health Literacy Survey (HLS-EU; siehe Webtipps) wurde mithilfe eines Fragebogens in acht europäischen Ländern durchgeführt: in Bulgarien, Griechenland, Irland, den Niederlanden, Österreich, Polen, Spanien und Deutschland, hier allerdings nur in Nordrhein-Westfalen. Die Ergebnisse veröffentlichte die Kommission Ende 2011. Danach haben rund zwölf Prozent der Befragten eine unzureichende Fähigkeit, Gesundheitsinformationen und -angebote zu finden, zu verstehen und adäquat umzusetzen. Weitere 35 Prozent haben Probleme mit gesundheitsbezogenen Entscheidungen. Eine ausreichende Kompetenz zeigten knapp 37 Prozent, eine ausgezeichnete nur 17 Prozent. Die in Nordrhein-Westfalen erhobenen Werte sind ähnlich: Knapp elf Prozent hatten eine unzureichende und 35 Prozent eine problematische Gesundheitskompetenz.

Österreich und Schweiz sind initiativ. Im deutschsprachigen Ausland gibt es bereits Initiativen und Maßnahmen, um die Gesundheitskompetenz zu erhöhen. So beschlossen in Österreich

die Bundesgesundheitskommission und der Ministerrat die „zehn Rahmen-Gesundheitsziele“ (siehe *Webtipps*). Diese bilden einen gemeinsamen Handlungsrahmen für die nächsten 20 Jahre. Er dient dazu, die Gesundheit aller in Österreich lebenden Menschen unabhängig von Bildungsstatus, Einkommenssituation oder Lebensumständen zu verbessern, zu erhalten und nicht erst auf Krankheiten zu reagieren. Als Gesundheitsziel Nummer drei wurde definiert: „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“.

Die Schweiz hat schon im Jahr 2007 repräsentative Daten über die Gesundheitskompetenz in drei Sprachregionen erhoben und veröffentlicht. 2010 gründete sich dort die Allianz Gesundheitskompetenz (siehe *Webtipps*). Darin haben sich Akteure des Gesundheitswesens, der Wissenschaft, Bildung, Politik, Wirtschaft und Medien zusammengetan mit dem Ziel, die Gesundheitskompetenz der Schweizer Bevölkerung zu fördern.

Erste bundesweite Untersuchung zeigt Mängel auf. In Deutschland wurde Health Literacy bislang eher stiefmütterlich behandelt. Eine systematische Forschung dazu gab es bis vor kurzem nicht. Nun haben der AOK-Bundesverband und das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) die erste bundesweit repräsentative Untersuchung zur Gesundheitskompetenz in Deutschland vorgelegt (siehe *WIdO-monitor 2/2014, der dieser G+G-Ausgabe beiliegt; im Internet unter www.wido.de/widomonitor.html*). Auf Basis der Kurzform des standardisierten

europäischen Fragebogens (HLS-EU 16) wurden 2.010 gesetzlich Krankenversicherte telefonisch befragt. Die Befragung bestätigt in ihren Kernergebnissen die 2011 auf europäischer Ebene veröffentlichten Zahlen. Nach der standardisierten HLS-EU-Skala weisen in der bundesweiten Repräsentativ-Umfrage 14,5 Prozent der GKV-Versicherten eine unzureichende, 45 Prozent eine problematische, 33,5 Prozent eine ausreichende und sieben Prozent eine ausgezeichnete Gesundheitskompetenz auf. Hatten 2011 rund 47 Prozent der in Nordrhein-Westfalen Befragten eine unzureichende oder problematische Gesundheitskompetenz, sind es in der GKV-Stichprobe 2014 fast 60 Prozent. Die Gesundheitskompetenz unterscheidet sich dabei signifikant nach Alter, Geschlecht, Bildung und Einkommen.

Ergänzend zu dem standardisierten EU-16-Fragebogen untersuchten AOK-Bundesverband und WIdO sieben weitere Aspekte aus der Langfassung des EU-Fragebogens, welche die Gesundheitskompetenz und Verhaltensweisen der Bevölkerung näher beschreiben (siehe *Tabelle „Vielen fehlt der Durchblick“*). Ergebnis: Knapp einem Viertel der Befragten fällt es schwer zu entscheiden, ob sie sich gegen Grippe impfen lassen sollen, obwohl mehr als 83 Prozent Impfungen für notwendig halten. Auch mit der Suche von Informationen zu Vorsorgeuntersuchungen oder Impfungen tut sich jeder Fünfte schwer. Bezogen auf den Arbeitsplatz hat sogar jeder dritte Erwerbstätige Schwierigkeiten damit, sich über Angebote zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz zu informieren. Bemerkenswert auch: Rund 59

Vielen fehlt der Durchblick

Teilaspekte von Gesundheitskompetenz

Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach ...	sehr schwierig	schwierig	einfach	sehr einfach	weiß nicht	keine Angabe
... Informationen über empfohlene Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen zu finden?	2,4%	18,1%	55,4%	21,9%	1,9%	0,2%
... zu verstehen, warum Sie Impfungen brauchen?	2,9%	12,1%	49,3%	34,0%	1,1%	0,5%
... zu entscheiden, ob Sie sich gegen Grippe impfen lassen sollten?	5,9%	18,8%	42,2%	30,6%	2,1%	0,4%
... sich über Angebote zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz zu informieren?*	5,5%	26,8%	44,1%	20,5%	2,5%	0,6%
... Angaben auf Lebensmittelpackungen zu verstehen?	14,7%	44,0%	28,2%	11,3%	1,5%	0,2%
... einem Sportverein beizutreten oder einen Sportkurs zu belegen, wenn Sie das wollen?	3,9%	10,0%	38,6%	45,4%	1,5%	0,5%
... sich für Aktivitäten einzusetzen, die Gesundheit und Wohlbefinden in Ihrer Umgebung zu verbessern?	3,3%	30,0%	48,6%	14,7%	3,1%	0,3%

n = 1.959 GKV-Versicherte
* n = 1.173 Erwerbstätige

Die erste bundesweite Repräsentativ-Umfrage unter gesetzlich Krankenversicherten zeigt: Mehr als 20 Prozent der Befragten fällt es schwer bis sehr schwer, Informationen über empfohlene Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen zu finden. Für fast 60 Prozent sind Angaben auf Lebensmittelpackungen unverständlich.

Quelle: WIdO 2014

Was Health Literacy bedeutet

Health Literacy lässt sich am ehesten mit **Gesundheitskompetenz** übersetzen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Health Literacy als **Gesamtheit aller kognitiven und sozialen Fertigkeiten**, welche die Menschen motivieren und befähigen, ihre Lebensweise gesundheitsförderlich zu gestalten. Zu diesen Fertigkeiten gehören der **Zugang zu, das Verstehen von sowie ein konstruktiver Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen**. Health Literacy gilt als ein **Schlüssel für gesundheitsförderndes Verhalten**. Für die Politikwissenschaftlerin Professor Ilona Kickbusch ist Gesundheitskompetenz die Fähigkeit des Einzelnen, **im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken** – zu Hause, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft allgemein.

Prozent der Befragten verstehen die Nährwert-Angaben auf den Lebensmittelpackungen nicht. Dieser Wert macht deutlich: Eine Diskussion um die Kennzeichnung von Lebensmitteln beispielsweise mithilfe von Ampelfarben ist noch lange nicht vom Tisch.

Schlechte Werte bei der Prävention. Betrachtet man die Bereiche Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung, zeigt sich, dass hinsichtlich der Krankheitsbewältigung zwar 54,3 Prozent der Befragten gute Kompetenzen haben. Problematisch oder unzureichend sind sie aber bei 45,7 Prozent. Im Bereich Prävention haben sogar 59,6 Prozent der GKV-Versicherten Schwierigkeiten, Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und umzusetzen. Lediglich 40,3 Prozent der Befragten fühlen sich hier kompetent. Bei der Gesundheitsförderung ist das Bild zwar ein wenig besser. Aber über ein Viertel der Befragten hat angegeben, in diesem Bereich unzureichend kompetent zu sein (*siehe Tabelle „Viele fühlen sich nicht fachkundig“ auf Seite 30*). Wie bereits angemerkt, spielen nach der aktuellen Repräsentativ-Umfrage soziale Einflussfaktoren wie Einkommen und Bildung eine Rolle, sind aber für sich allein genommen nicht ausschlaggebend für die Gesundheitskompetenz. Interessanterweise finden sich im Gegensatz zu anderen Voruntersuchungen höhere Kompetenzen bei älteren Menschen. Weiteres Ergebnis: Bei Frauen ist die Gesundheitskompetenz besser als bei Männern.

Geringe Kompetenz erhöht die Kosten. Insgesamt machen die Ergebnisse der bundesweiten Befragung deutlich, dass Handlungsbedarf in punkto Gesundheitskompetenz besteht. Internationale Studien belegen, dass eine geringe Health Literacy hohe zusätzliche Gesundheitskosten verursachen kann. Nach Schätzungen der WHO beläuft sich der Anteil der Gesundheitsausgaben durch eine unzureichende Gesundheitskompetenz auf drei bis fünf Prozent. Schweizerische und kanadische Untersuchungen kommen auf einen ähnlichen Wert. Allein für Deutschland würde dies etwa neun bis 15 Milliarden Euro bedeuten.

Ebenfalls zeigen internationale Studien, dass Gesundheitsstatus und -kompetenz zusammenhängen. Geringe Gesundheitskompetenz ist mit einem risikoreicheren Verhalten verbunden. Präventionsangebote sowie Früherkennungsunter-



Viele fühlen sich nicht fachkundig

n = 1.959 GKV-Versicherte

Ausprägung	Gesundheitskompetenz gesamt	Krankheitsbewältigung	Gesundheitsförderung	Prävention
unzureichend	14,5%	11,8%	27,6%	23,4%
problematisch	45,0%	33,9%	20,5%	36,2%
ausreichend	33,4%	40,0%	45,4%	33,9%
ausgezeichnet	7,0%	14,3%	6,5%	6,4%

Nach der bundesweiten Repräsentativ-Umfrage haben nur sieben Prozent der gesetzlich Krankenversicherten eine ausgezeichnete Gesundheitskompetenz. Bei fast 60 Prozent ist der Kenntnisstand problematisch bis unzureichend. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei dem Themenbereich Prävention (problematisch und unzureichend: 59,6 Prozent). Ein wenig besser sieht es im Bereich „Krankheitsbewältigung“ aus: Hier haben rund 46 Prozent der Befragten Probleme beim Finden, Verstehen, Beurteilen und Umsetzen von Informationen.

Quelle: WIdO 2014

suchungen werden seltener in Anspruch genommen und Krankheiten erst später diagnostiziert. Auch ist das Risiko erhöht, ins Krankenhaus zu müssen. Weitere negative Folgen einer geringen Gesundheitskompetenz sind mangelnde Therapietreue (Compliance/Adherence), ein schlechteres Selbstmanagement der Patienten sowie ein erhöhtes Sterblichkeitsrisiko.

Alle gesellschaftlichen Bereiche gefordert. Will man die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung steigern, ist eine breit angelegte, strukturierte, langfristige und zielgruppengerechte Strategie erforderlich. Diese zu entwickeln, ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die auf individueller, gesellschaftlicher, institutioneller und politischer Ebene anzugehen ist.

Eine wichtige Rolle spielen natürlich die Akteure im Gesundheitswesen. Verständliche und verlässliche Gesundheitsinformationen sowie eine Sensibilisierung in den Gesundheitsorganisationen und -einrichtungen aber auch eine Verbesserung der Kommunikationskompetenz der Gesundheitsberufe bilden den Anfang. Dabei müssen die Maßnahmen auf die unterschiedlichen Bedürfnisse, Fähigkeiten und Kompetenzniveaus der Menschen zugeschnitten sein.

Aber nicht allein das Gesundheitswesen ist gefordert, sondern auch das Bildungssystem. Hier gilt es, gesundheitsbezogene Kompetenzen in der Vorschul-, Schul- und Erwachsenenbildung sowie in der außerschulischen Jugendarbeit aufzubauen und zu stärken. Die Elternbildung in Bezug auf die Entwicklung von Kleinkindern gehört ebenso dazu wie das lebenslange Lernen. Dabei müssen die Maßnahmen und Angebote im Bildungsbereich ineinandergreifen.

Medienkompetenz fördern. Ein weiteres Feld sind Print- und elektronische Medien. Sie dienen vielen Menschen als wichtige Informationsquelle und können gesundheitsbezogene Entscheidungen stark beeinflussen. Gefragt sind Navigationshilfen wie etwa die Gesundheitsnavigatoren und Entscheidungshilfen der AOK sowie Maßnahmen zur Steigerung der Medienkompetenz.

Familien, Freundes- und Bekanntenkreis, Stadtteil und Gemeinde bilden einen weiteren Ansatzpunkt für ein gesundheitsförderndes und -kompetentes Verhalten. Arbeitsplatz und Betriebe stellen ebenfalls einen geeigneten Ort dar, um die Gesundheit der Arbeitnehmer über die Wissensvermittlung, betriebliche Gesundheitsförderung und Arbeitsschutzmaßnahmen zu steigern und zu einer höheren Health Literacy beizutragen.

Anstrengungen bündeln. Last but not least muss die Politik Rahmenbedingungen schaffen, welche die Chancengleichheit verbessert und die Kompetenzen erhöht, im Alltag eigenverantwortliche Gesundheitsentscheidungen zu treffen. Gefragt ist eine „Health in All Policies“. Denn nur durch gebündelte Anstrengungen in allen Politikfeldern lässt sich die Gesundheitskompetenz gezielt verbessern. Die EU-Mitgliedstaaten haben mit den 2012 verabschiedeten gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen dem Thema Health Literacy eine Schlüsselfunktion für die Gesundheit in Europa bis zum Jahr 2020 zugesprochen. Die WHO (Sektion Europa) hat in diesem Jahr mit der Veröffentlichung der „Solid Facts“ zu Health Literacy die aktuellen Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt, durch die Gesundheitsbehörden und andere öffentliche Einrichtungen und Akteure die Gesundheitskompetenz in unterschiedlichen Umfeldern stärken können, unter anderem im Bildungsbereich, am Arbeitsplatz, im Gesundheitswesen, in den Medien und in den verschiedenen politischen Feldern.

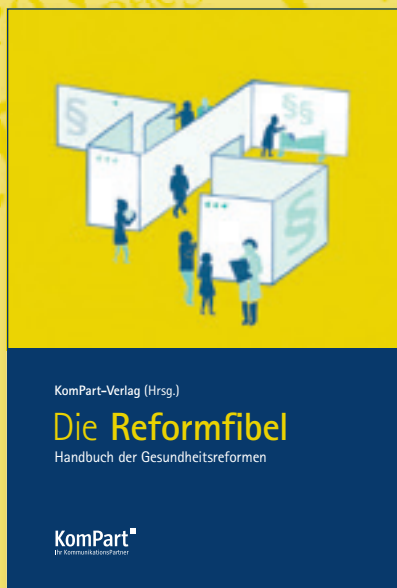
Jetzt ist es an der Zeit, hierzulande gemeinsam daran zu arbeiten, die Gesundheitskompetenz zu steigern – eine Investition, die am Ende mehr Gesundheit für alle bringt. ■

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

Webtipps

- European Health Literacy Survey: <http://ec.europa.eu/eahc/news/news162.html>
- Gesundheitsnavigatoren und Entscheidungshilfen der AOK: www.aok-gesundheitsnavi.de
- Internetseite des AOK-Bundesverbandes zu Health Literacy: www.aok-bv.de/gesundheitskompetenz/index.html
- Rahmen-Gesundheitsziele Österreichs: www.gesundheitsziele-oesterreich.at > Die 10 Ziele
- Schweizer „Allianz Gesundheitskompetenz“: www.allianz-gesundheitskompetenz.ch
- Solid Facts Health Literacy der Weltgesundheitsorganisation Region Europa: www.euro.who.int > Gesundheitsthemen > Umwelt und Gesundheit > Gesundheit in der Stadt > Publications
- U.S. Department of Health and Human Services: National Action Plan to Improve Health Literacy, 2010: www.health.gov > Health Communication, Health Literacy & e-Health > Health Literacy

Handbuch mit Aha-Effekt



Die Reformfibel
Handbuch der Gesundheitsreformen
KomPart-Verlag (Hrsg.)
1. Auflage 2012, 96 Seiten, Klappenbroschur,
16,80 Euro zzgl. 2,50 Euro Verpackung und Versand
ISBN 978-3-940172-26-6

Sie wollen Fakten und die Story dahinter? Die Reformfibel bietet beides: die Inhalte der wichtigsten Gesundheitsgesetze seit 1989 zum Nachschlagen und Texte mit Aha-Effekt zum Nachlesen. Von GRG bis VStG – Abkürzungsverzeichnis inklusive.

Wer hat die Praxisgebühr eingeführt? Wie hoch war das Krankenhaus-Notopfer? Getrennt nach den Themenfeldern Ärzte, Kliniken, Kassen und Versicherte finden sich in der Fibel zentrale Inhalte von 23 Reformgesetzen. Stichwortartig und schnörkellos.

Doch damit aus Fakten Wissen wird, bedarf es mehr. Hintergrundtexte zeichnen Legislaturperiode für Legislaturperiode ein prägnantes Bild von der jeweiligen gesundheitspolitischen Bühne und ihren Akteuren. Von Norbert Blüm bis Daniel Bahr.

Die Reformfibel – 96 Seiten mit Aha-Effekt. Und historischen Karikaturen von Horst Haitzinger mit Schmunzelgarantie.

Ja, ich bestelle ...

Die Reformfibel
Handbuch der Gesundheitsreformen

— **Exemplar(e) zum Preis von 16,80 Euro**
(zzgl. 2,50 Euro Verpackung und Versand)

Die Reformfibel – Handbuch der Gesundheitsreformen
KomPart-Verlag (Hrsg.)
1. Auflage 2012, 96 Seiten, Klappenbroschur, 16,80 Euro
ISBN 978-3-940172-26-6

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



Lieferung gegen Rechnung per Bankeinzug

Vor- und Zuname

Straße, Haus-Nr.

PLZ

Ort

IBAN

BIC

Datum, Unterschrift

VERGÜTUNGSREFORM

Kliniken



im Umbau

Seit Krankenhäuser ihre Leistungen über diagnoseorientierte Fallpauschalen abrechnen, hat sich die Liegedauer verkürzt und die Transparenz erhöht. Aber noch ist die Angebotspalette vieler Häuser zu groß und die Ausgaben steigen übermäßig. Neue Planungsinstrumente und eine bessere Qualitätssicherung sollten das Vergütungssystem deshalb flankieren, empfiehlt **Alexander Geissler**.

Seit mehr als zehn Jahren rechnen die Kliniken in Deutschland ihre Leistungen auf Basis von Diagnosis Related Groups (DRGs) ab. Wie kaum eine andere Reform zuvor hat das neue Vergütungssystem Spuren in der Krankenhauslandschaft hinterlassen. Nach wie vor stehen die Fallpauschalen im Mittelpunkt gesundheitspolitischer Diskussionen. So machen beispielsweise die Kliniken das Vergütungssystem maßgeblich für die Ökonomisierung in der Medizin verantwortlich. Die Kassen wiederum führen Mengenausweitungen bei potenziell erlössteigernden Behandlungen auf die Fallpauschalen zurück.

Der Gesetzgeber führte mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem ein. Das DRG-System bildet

den Schweregrad der Erkrankungen sowie die Begleiterkrankungen eines Patienten mit praktikabler Differenzierung ab. Durchgängig heißt dabei, dass das Abrechnungssystem alle stationären Leistungen eines Krankenhauses einbezieht und dass alle Patienten unabhängig von ihrem Versichertenstatus gleichermaßen behandelt werden. Leistungsorientiert bedeutet, dass für die Rechnungshöhe nicht mehr ausschlaggebend ist, wie lange der Patient in der Klinik lag, sondern welche Leistungen das Krankenhaus für ihn erbracht hat. Pauschalierend besagt, dass gleichartige Behandlungsfälle zu Fallgruppen, den DRGs, zusammengefasst und gleich vergütet werden. Auf Grundlage der durchschnittlichen Behandlungskosten aller Fälle einer Gruppe ist jeder Fall pauschal zu vergüten, das heißt unabhängig von den anfallenden Selbstkosten des Krankenhauses.

Gutachter schaffen Klarheit

Kontinuierliche Mengenausweitungen von jährlich rund drei Prozent und überhöhte Preise haben laut GKV-Spitzenverband dazu geführt, dass seit 2005 die Krankenhausaussgaben um 27 Prozent auf rund 62 Milliarden Euro im Jahr 2012 gestiegen sind. Mit dem Inkrafttreten des Psychiatrie-Entgeltgesetzes am 1. August 2012 hat der Gesetzgeber den GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und den Verband der Privaten Krankenversicherung beauftragt, die Mengenentwicklung im stationären Bereich wissenschaftlich analysieren zu lassen. **Ziel des Forschungsauftrages ist es, die Leistungsentwicklung und bestehende Einflussgrößen zu untersuchen sowie gemeinsame Lösungsvorschläge zu erarbeiten.** Lösungsoptionen sollen sowohl hinsichtlich der Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung als auch hinsichtlich finanzieller Auswirkungen bewertet werden. Insbesondere soll eine Prüfung von Alternativen zur Berücksichtigung zusätzlicher Leistungen beim Landesbasisfallwert erfolgen. Darüber hinaus sind Möglichkeiten der Stärkung qualitätsorientierter Komponenten in der Leistungssteuerung zu entwickeln. Den Zuschlag für den Forschungsauftrag bekam im Juli 2013 das Hamburg Centre for Health Economics der Universität Hamburg (Projektleitung Professor Dr. Jonas Schreyögg). Kooperationspartner ist das Fachgebiet Management im Gesundheitswesen der TU Berlin unter Leitung von Professor Dr. Reinhard Busse. Die Ergebnisse des Forschungsauftrages sind Anfang Juli veröffentlicht worden.

Quelle: GKV-Spitzenverband,

Download: www.gkv-spitzenverband.de > Presse > Pressemitteilung vom 10.7.2014

Selbstverwaltung entwickelt Abrechnungssystem. Der Gesetzgeber hatte den GKV-Spitzenverband, den Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft beauftragt, auf Grundlage eines bereits existierenden DRG-Systems ein deutsches DRG-System zu entwickeln. Vor allem wegen der vergleichsweise guten Schweregrad-Differenzierung wählten Kliniken und Kassen die Australian Refined Diagnosis Related Groups als Basis für das deutsche DRG-System. Schrittweise passte das im Mai 2001 von den Selbstverwaltungspartnern gegründete Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) das System an die Anforderungen in Deutschland an. Seither veröffentlicht das InEK jährlich einen aktualisierten und verbindlichen DRG-basierten Fallpauschalenkatalog auf Grundlage von zuvor erhobenen Kosten- und Leistungsdaten der Krankenhäuser. Diese sind dazu verpflichtet, dem InEK alle Leistungsdaten (zum Beispiel Diagnosen und Prozeduren) auf Patientenebene zu übermitteln. Zusätzlich liefern rund 250 Krankenhäuser freiwillig Kostendaten für jeden behandelten Fall nach einem vom InEK zur Verfügung gestellten Kostenrechnungssystem.

Strukturwandel steht aus. Einige Ziele hat die Reform bereits erreicht. Dazu gehört die Vergütung mit Leistungsbezug: Heute vereinbaren Krankenhäuser und Krankenkassen die jährlichen Krankenhausbudgets auf Grundlage des Case-Mix, also der Summe aller erbrachten Leistungen eines Jahres. Auch haben die DRGs zu mehr Transparenz bei den Leistungen geführt. Eine DRG fasst Patienten mit ähnlichen Diagnosen und Proze-

duren zu einer Gruppe zusammen, deren Behandlung einen vergleichbaren Ressourcenaufwand (Kosten) nach sich zieht. DRG-Systeme sind also medizinisch-ökonomische Klassifikationssysteme, die Patienten jeweils genau einer Fallgruppe zuordnen. Um diese Zuordnung zu ermöglichen, haben die Krankenhäuser seit Einführung der DRGs massiv Kapazitäten für medizinisches Controlling aufgebaut. In den gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsberichten der Krankenhäuser werden die wichtigsten Kennzahlen der Versorgung jährlich veröffentlicht, zumeist über die Webseiten der Einrichtungen. Daneben stellen statistisches Bundesamt und InEK Daten des Leistungsgeschehens zur Verfügung. Damit hat sich die Transparenz erhöht: Heute wissen wir genau, welche Krankenhäuser welche Erkrankungen behandeln und wie sich die Behandlungskosten entwickelt haben. Auch die Verweildauer der Patienten im Krankenhaus hat sich mit den DRGs wie beabsichtigt verkürzt. Dabei stellt sich allerdings die Frage, welcher Anteil der Verkürzung direkt auf die Vergütungsreform zurückzuführen ist. Die durchschnittliche Verweildauer war schon in den Jahren vor DRG-Einführung rückläufig, zum Beispiel aufgrund des medizinisch-technologischen Fortschritts.

Andere Ziele, wie die Förderung von fachlicher Spezialisierung einzelner Krankenhäuser im Wettbewerb, die Stabilisierung der Ausgaben durch Erschließung von Effizienzreserven sowie ein Strukturwandel in der Krankenhauslandschaft, liegen noch in der Ferne. Dies ist zum Teil auf Besonderheiten des deutschen Gesundheitssystems zurückzuführen. Insbesondere die duale Krankenhausfinanzierung (die Krankenkassen kommen für den laufenden Betrieb auf, die Länder für die Investitionen) erschwert die Krankenhausplanung, da die Länder zwar die Krankenhauskapazitäten planen, aber für die mit der bereitgestellten Kapazität erstellten Leistungen nicht aufkommen müssen. Aber auch die Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung mit ihren unterschiedlichen Planungsinstanzen und Finanzierungssystemen steht den genannten Zielen bislang entgegen.

Kliniken steigern ihre Effizienz. An die sich jährlich ändernden Fallpauschalen passen sich die Krankenhäuser stetig an. Sie versuchen die Differenz zwischen Pauschale und Selbstkosten zu maximieren, um positive Deckungsbeiträge zu erwirtschaften. Das DRG-System gibt den Kliniken also wie beabsichtigt den Anreiz, die individuelle Behandlung eines Patienten auf das medizinisch Notwendige zu beschränken und die internen Abläufe so zu optimieren, dass sich der Klinikaufenthalt nicht unnötig verlängert. Damit steigern sie letztlich die Effizienz der Leistungserbringung.

Kliniken können verschiedene Strategien zur Erlössteigerung, Kostenreduktion und Verweildaueroptimierung wählen, um Defizite zu vermeiden (siehe Abbildung „Wie Krankenhäuser mit Fallpauschalen schwarze Zahlen schreiben“ auf Seite 35). Eine Erlössteigerung können die Einrichtungen beispielsweise durch Mengenausweitungen in profitablen Leistungsbereichen erreichen. Eine Kostenreduktion erzielen sie vor allem durch eine Ausrichtung der Behandlungsprozesse auf das medizinisch Notwendige. Das geht mit der Veränderung des Personal- und Technologieeinsatzes

einher. Eine derartige Prozessoptimierung führt auch zur kürzeren Verweildauer der Patienten im Krankenhaus.

Neben den wünschenswerten Effekten einer effizienten Behandlung können gleichzeitig aber je nach Patientenklassifikationssystem und Bemessung der zugeordneten Fallpauschalen Fehlanreize entstehen. Insbesondere können Kliniken sich veranlasst sehen, das Leistungsvolumen ohne medizinische Indikation auszuweiten, Patienten gezielt auszuwählen (Vermeidung von behandlungsaufwendigeren Fällen innerhalb einer DRG) oder Leistungen in geringerer Qualität zu erbringen (zum Beispiel durch Einbau einfachster Implantate), wenn sie dadurch finanzielle Vorteile erzielen können. Diese Fehlanreize lassen sich gegebenenfalls durch Zu- oder Abschläge, flankierende Vergütungsmechanismen und -bestandteile (fixierte Budgets, qualitätsorientierte Vergütung, Pauschalen für standardisierte Leistungen wie bildgebende Verfahren, Labortests oder Transportleistungen) sowie externe Qualitätskontrollen vermeiden.

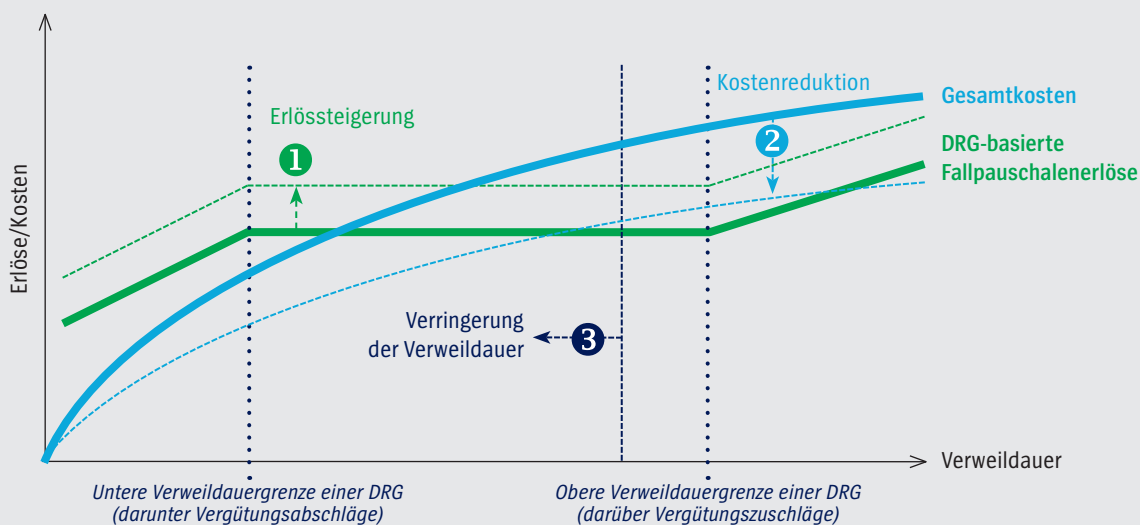
Mengenausweitung in der Chirurgie. Im Vorfeld der DRG-Einführung erwarteten Kritiker Qualitätseinbußen aufgrund von unangemessen frühen Entlassungen oder der Vorenthaltung medizinischer Leistungen. Ebenso schienen Leistungsverlagerungen in den ambulanten Sektor oder die Rehabilitation möglich, wenn sich Krankenhäuser strikt anreizkonform verhielten. Die gesetzlich vorgeschriebene DRG-Begleitforschung hat diese Befürchtungen nicht bestätigt. Allerdings scheinen Krankenhäuser insbesondere in den chirurgischen Disziplinen eine aktive Mengenausweitung betrieben zu haben. So stieg in den vergangenen Jahren zum Beispiel die Zahl der Hüft-, Knie- und Wirbelsäulen-Operationen stetig (siehe Web- und Lesetipps

auf Seite 37: *Krankenhaus-Report 2013*). Diese Entwicklung stellt die medizinische Notwendigkeit dieser Eingriffe und den Mechanismus zur Mengenbegrenzung im DRG-System infrage. In der Diskussion über die Qualität stationärer Leistungen sollte daher in den Blick genommen werden, welchen Schaden eine in Teilbereichen vorhandene Überversorgung anrichtet.

Die Zahl der Klinikbetten ist in Deutschland wie in vielen anderen Ländern gesunken, jedoch von einem sehr hohen Niveau und relativ langsam. Zugleich stiegen die Fallzahlen im internationalen Vergleich überdurchschnittlich stark an. Aufgrund des demografischen Wandels galt dies in Deutschland meist als unvermeidbar. Andere Länder (beispielsweise Dänemark, Italien, Niederlande) zeigen allerdings, dass in alternden Gesellschaften gegensätzliche Entwicklungen möglich sind. Vormalig stationäre Leistungen sind dort in größerem Umfang in den ambulanten Bereich verlagert worden. Daraus ließe sich schließen, dass die bei Einführung der DRGs bestehenden Überkapazitäten deutscher Krankenhäuser den unerwünschten Anreiz zur Mengenausweitung verstärkt haben. Die Ursachen für diese Überkapazitäten sind zahlreich und weitgehend bekannt (beispielsweise Krankenhausplanung in Landeshand, doppelte Facharztvorhaltung ambulant und stationär). Sie sind aber nur schwer aufzubrechen in einem Gesundheitssystem, das maßgeblich von der Selbstverwaltung über Verhandlungslösungen gesteuert wird.

Mehrerlös-Ausgleich greift zu kurz. Verschiedene Studien zeigen, dass zum Teil erhebliche Kostenunterschiede zwischen den Krankenhäusern bestehen. Diese scheinen teilweise systematisch zu sein, da sie über unterschiedliche Krankheitsbilder hinweg auftreten. Krankenhäuser, die ineffizient arbeiten, sollten mit

Wie Krankenhäuser mit Fallpauschalen schwarze Zahlen schreiben



Um Defizite zu vermeiden, können Krankenhäuser im DRG-System verschiedene Strategien zur Erlössteigerung (1), Kostenreduktion (2) und Verweildaueroptimierung (3) wählen. Die Erlöse können sie beispielsweise durch Mengenausweitungen in profitablen Leistungsbereichen steigern. Die

Kosten können sie dadurch senken, dass sie die Behandlung auf das medizinisch Notwendige beschränken. Mit dieser Prozessoptimierung verkürzt sich zudem die Verweildauer der Patienten im Krankenhaus.

Quelle: Geissler 2014

Was Fallpauschalen leisten können

Stärken des DRG-Systems

- ↑ Transparenz und Dokumentation
- ↑ Leistungsbezogene einheitliche Vergütung
- ↑ Hohe Trennschärfe
(bildet Heterogenität der Behandlungsfälle gut ab)
- ↑ Präzision der Kostenkalkulation durch einheitliches und wohldefiniertes Kostenerfassungssystem
- ↑ Transparentes, lernendes System (Vorschlagsverfahren)

Schwächen des DRG-Systems

- ↓ Keine Berücksichtigung der Qualität in der Vergütung
- ↓ Geringe Berücksichtigung von regionalen Unterschieden bei den Kosten
(nur auf Landesebene über Landesbasisfallwert)
- ↓ Zunehmende Komplexität durch jährliche Anpassungen des Systems
- ↓ Kleine und sich jährlich ändernde Kostendatenstichprobe
- ↓ Schwache Instrumente zur Begrenzung des Mengenvachstums

Quelle: Geissler 2014

Einführung der DRGs motiviert werden, zumindest das durchschnittliche Kostenniveau aller Krankenhäuser zu erreichen oder die Leistungserbringung in Teilbereichen einzustellen. Damit sollte der Kapazitätsüberhang zugunsten der Effizienz abgebaut werden. Offensichtlich haben die DRGs dieses Ziel bisher verfehlt: Einige Krankenhäuser bieten immer noch Leistungen in Bereichen an, in denen sie nicht kosteneffizient arbeiten.

Dies ist teilweise auf die dem DRG-System entgegenstehende landesbasierte Krankenhausplanung zurückzuführen. Die Länder vergeben Abrechnungslizenzen für Krankenhausleistungen, müssen aber die Rechnungen nicht begleichen. Außerdem haben Kliniken die Möglichkeit, bei vorhandenen Überkapazitäten mithilfe von Mengenausweitungen zusätzlich Geld zu verdienen. Das liegt daran, dass die Mechanismen des Mehrerlösausgleichs (Krankenhäuser zahlen bei Überschreitung des vereinbarten Budgets 65 Prozent der Erlöse im Folgejahr zurück) und des Mehrleistungsabschlags (Erlöse aus bereits im Budget geplanten Mehrleistungen eines Krankenhauses werden pauschal um 25 Prozent gekürzt) nicht ausreichend greifen. Dass dies neben einer Reihe anderer Faktoren nicht im Sinne einer qualitätsorientierten Versorgung sein kann, zeigen internationale Studien, in denen Deutschland beispielsweise bei der Sterblichkeit nach Operationen oder in der Patientensicherheit nicht in der Spitzengruppe zu finden ist (siehe Web- und Lesetipps auf Seite 37: Pearse et al. und Krankenhaus-Report 2014).

Stichprobe liefert Kostendaten. Neben patientenbezogenen Daten haben Kostendaten für die Weiterentwicklung der DRGs große Bedeutung. Jede Patientengruppe (DRG) wird mit ihren durchschnittlichen Behandlungskosten bewertet. Wenn DRGs unterschiedliche Kosten zwischen Patientengruppen oder Leistungen nicht ausreichend oder nicht trennscharf genug widerspiegeln, können aufwendige Behandlungen zu gering und weniger komplexe Fälle zu hoch vergütet werden. Als Folge könnten Krankenhäuser versuchen, komplexe Behandlungsfälle zu vermeiden, Patienten ungerechtfertigt in höher bewertete Gruppen einzustufen oder aber zu früh zu entlassen.

Der deutsche DRG-Katalog wird mithilfe von Kostendaten einer Krankenhausstichprobe und auf Basis eines standardisierten Kostenerfassungssystems jährlich überarbeitet. Das System zerlegt die Gesamtkosten jedes Patienten nach Kostenarten (Personal-, Sach- und Infrastrukturkosten) und Kostenstellen (Bettenführende Bereiche beziehungsweise Untersuchungs- und Behandlungsbereiche) in insgesamt 99 Kostenträger. Für das deutsche DRG-System 2013 stellten 244 Krankenhäuser (rund 15 Prozent aller Kliniken) mit 97.231 Betten (rund 22 Prozent) Kostendaten über 4.075.155 Fälle (22 Prozent) zur Verfügung. Tendenziell scheinen größere Krankenhäuser ihre Kostendaten zu liefern. Da die Kliniken freiwillig an der Stichprobe teilnehmen, ist zu vermuten, dass eher ineffiziente Häuser Daten zur Verfügung stellen – so können sie ihre vergleichsweise hohen Durchschnittskosten verteidigen. Effiziente Häuser mit geringeren Kosten hingegen würden sich bei einer Teilnahme an der Kalkulation selbst schaden, da die Durchschnittskosten und damit der Gewinn dieser Häuser sinken könnten. Andererseits würden effiziente Kliniken, wenn sie geschlossen zur Kalkulationsdatenbasis beitragen, durch sinkende Kostenniveaus erheblichen Druck auf ineffiziente Häuser ausüben.

Kalkulationsbasis verbreitern? Wenn die Kosten aller Krankenhäuser in die DRG-Kalkulation einfließen, lassen sich diese Effekte verhindern. In England beispielsweise sind alle Krankenhäuser verpflichtet, ihre Kostendaten für die Aktualisierung der DRG-Gewichte zur Verfügung zu stellen. Dies ist für eine realitätsnahe DRG-Kalkulation von Vorteil, insbesondere bei seltenen stationären Behandlungen. Statt die Kostendaten aller Kliniken zu erfassen, könnten in Deutschland immer die gleichen Häuser in die Stichprobe einbezogen werden. Die daran teilnehmenden Krankenhäuser sollten dann Mittel erhalten, die ihnen eine präzise und verlässliche Kostenrechnung erlauben.

Je stärker DRGs und je weniger individuelle Budget- oder Preisverhandlungen (zum Beispiel für Frühchenversorgung oder innovative Versorgungsmodelle) den Erlös eines Krankenhauses bestimmen, desto präziser sollten DRG-basierte Entgelte den tatsächlichen Ressourcenverbrauch widerspiegeln. Ob im deutschen DRG-System besser die Kalkulationsbasis verbreitert oder die Kostenrechnung präzisiert werden sollte, hängt von gesundheitspolitischen Entscheidungen ab. Wenn die Krankenkassen ausgewählte Leistungen einkaufen und die Kliniken in einen Qualitätswettbewerb einsteigen, bietet sich eher eine Präzisierung der Kostenrechnung an. Weil dann Kassen und Kliniken die Preise verhandeln, würden die Krankenhäuser ohne eine präzise



Diagnosis Related Groups können allein keinen Strukturwandel in der Kliniklandschaft herbeiführen.

Kostenerfassung für die DRGs einen Informationsvorteil haben. Sollte jedoch die derzeitige Situation weiter bestehen, ist eine größere Krankenhausstichprobe sinnvoll.

Forschung braucht Zugang zu Kostendaten. In Deutschland lässt sich bisher nicht unabhängig prüfen, ob die DRGs den Ressourcenverbrauch sachgerecht abbilden, denn die zur Weiterentwicklung des DRG-Systems verwendeten Kostendaten sind nicht öffentlich zugänglich. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ist vertraglich nicht ermächtigt, die Daten zum Beispiel an Forschungseinrichtungen für wissenschaftliche Analysen weiterzugeben. Das ist außergewöhnlich: Auf Antrag gewähren sonst die zuständigen Einrichtungen (wie statistisches Bundesamt oder einzelne Krankenkassen) für wissenschaftliche Auswertungen den Zugang zu anonymisierten Daten des Gesundheitswesens. In manchen anderen Ländern (so beispielsweise in England oder Frankreich) haben Forschungseinrichtungen Zugang zu administrativen Kostendaten, stehen im wissenschaftlichen Wettbewerb und tragen somit aktiv zur Weiterentwicklung der nationalen DRG-Systeme bei.

Qualitätsabhängige Vergütung wirft Fragen auf. Immer wieder diskutieren Experten, wie sich das DRG-System auf die Qualität der Versorgung auswirkt. Nachdem die DRG-Begleitforschung in den letzten Jahren keine nennenswerten Qualitätseinbußen beobachtet hat, rückt derzeit die Frage nach einer qualitätsorientierten Vergütung in den Vordergrund. Das deutsche DRG-System enthält bisher keine Mechanismen, die es erlauben, Leistungen nach der Qualität zu vergüten oder schlechte Qualität auch nur ansatzweise zu sanktionieren. Voraussetzung dafür wäre, dass sich Qualität objektiv und trennscharf bewerten lässt. Zwar gibt es eine Vielzahl von Qualitätsinitiativen. Doch Kassen und Kliniken erkennen diese Verfahren nicht einhellig an. Falls es in der Bewertung der Qualität

stationärer Leistungen zu einem Konsens kommen sollte, stellt sich zudem die Frage, wie unterschiedliche Qualitätsstufen vergütet werden sollen. Zuschläge für gute Qualität könnten beispielsweise zu einer zu starken Spezialisierung einzelner Häuser führen. Bei Abschlägen für unzureichende Qualität würden Kliniken mit geringen Kosten möglicherweise auch bei geringer Versorgungsqualität Deckungsbeiträge erwirtschaften. Ein Ausschluss von Kliniken könnte die medizinische Versorgung insbesondere in strukturschwachen Regionen verschlechtern. Angesichts dieser vielschichtigen Problemlage wäre eine strukturelle Reform der Krankenhauslandschaft mit geringeren Kapazitäten bei gleichbleibender Zahl an Ärzten und Pflegenden sowie unter stärker spezifizierten strukturellen Qualitätsvorgaben (beispielsweise eingebunden in Krankenhauspläne) ein gangbarer Weg hin zu einer höherwertigeren Versorgung.

System weiterentwickeln. Rund zehn Jahre nach Einführung von DRGs zur pauschalierten Vergütung von Krankenhausleistungen lässt sich eine gemischte Bilanz ziehen. Mit dem neuen Vergütungssystem konnten Kostenträger und Kliniken nicht alle der angestrebten Ziele erreichen. Dies liegt daran, dass DRGs in erster Linie der Patientenklassifikation dienen. Sie sind ein Werkzeug zur Dokumentation und schaffen Transparenz im Leistungsgeschehen in Krankenhäusern. Die DRGs allein können keinen Strukturwandel in der Krankenhauslandschaft herbeiführen. Daher ist es nun an der Zeit, das Vergütungssystem weiterzuentwickeln und mit neuen Instrumenten der Krankenhausplanung und Qualitätssicherung zu flankieren. ■

Dr. Alexander Geissler, Dipl.-Ing., ist wissenschaftlicher Mitarbeiter des Fachgebiets Management im Gesundheitswesen an der Technischen Universität Berlin. Er ist Mitverfasser eines aktuellen Gutachtens zur Mengentwicklung im Krankenhaus (Forschungsauftrag nach Paragraph 17b Abs. 9 Krankenhausfinanzierungsgesetz). **Kontakt: A.Geissler@tu-berlin.de**
Mehr zum Thema Krankenhausreform in diesem Heft auf Seite 12–13

Web- und Lesetipps

- www.aok-gesundheitspartner.de > Krankenhaus
- www.g-drg.de Website des deutschen DRG-Systems
- Jürgen Malzahn: **Revolution auf der Rechnung**. In: G+G 1/2013, S. 32–41
- Rupert M. Pearce, Rui P. Moreno, Peter Bauer et al. (2012): **Mortality after surgery in Europe: a 7 day cohort study**. Lancet, Volume 380, S. 1059–1065
- Jürgen Klauber, Max Geraedts, Jörg Friedrich, Jürgen Wasem (Hrsg.): **Krankenhaus-Report 2014. Schwerpunkt: Patientensicherheit**. Schattauer Verlag, 2014.
- Jürgen Klauber, Max Geraedts, Jörg Friedrich, Jürgen Wasem (Hrsg.): **Krankenhaus-Report 2013. Schwerpunkt: Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen?** Schattauer Verlag, 2012.
- Alexander Geissler, David Scheller-Kreinsen, Wilm Quentin, Reinhard Busse: **DRG-Systeme in Europa: Anreize, Ziele und Unterschiede in zwölf Ländern**. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 55, 2012, S. 633–642

Rabattverträge binden Apotheker

Krankenkassen dürfen Apothekern die Vergütung vollständig verweigern, wenn sie ihrer Pflicht zur Substitution eines Medikaments durch ein günstigeres Rabattarzneimittel nicht nachkommen. Dies verletzt nicht das Grundrecht auf Berufsfreiheit und Eigentum, entschied das Bundesverfassungsgericht. **Von Anja Mertens**

Beschluss vom 7. Mai 2014
– 1 BvR 3571/13, 1 BvR 3572/13 –
Bundesverfassungsgericht

Den Karlsruher Richtern lagen die Verfassungsbeschwerden zweier Apotheker gegen Urteile des Bundessozialgerichts (BSG, 2. Juli 2013, Aktenzeichen B 1 KR 49/12 R und B 1 KR 5/13 R) vor. Die obersten Sozialrichter hatten in beiden Fällen entschieden, dass Apotheken bei der Abgabe von Arzneimitteln an gesetzlich Krankenversicherte die von Kassen mit Pharmaherstellern geschlossenen Rabattverträge beachten müssen. Anderenfalls seien jegliche Vergütungsansprüche gegenüber den Krankenkassen ausgeschlossen.

Die zwei Apotheker hatten im Jahr 2007 jeweils ein Medikament an Versicherte abgegeben, das in der ärztlichen Verordnung mit der Maßgabe „aut idem“ bezeichnet war. Die Apotheker konnten also das verordnete Medikament durch ein wirkstoffgleiches preisgünstigeres Präparat ersetzen. Die Krankenkasse hat für das jeweils abgegebene Arzneimittel keinen Rabattvertrag mit dessen Hersteller geschlossen, wohl aber für andere, hiermit austauschbare Medikamente. Aus diesem Grund vergütete die Krankenkasse den jeweils abgerechneten Betrag in Höhe von 17,49 Euro beziehungsweise 47,08 Euro am Ende nicht.

Sozialgerichte geben Kasse Recht. Daraufhin verklagten die Apotheker die Krankenkasse. In dem einen Fall verurteilte das Sozialgericht die Kasse dazu, dem Apotheker die geforderten 17,49 Euro zu zahlen. Die Kasse legte Sprungrevision beim BSG ein. Die obersten Sozialrichter hoben das erstinstanzliche

Urteil auf und gaben der Kasse Recht. In dem anderen Ausgangsverfahren hatte bereits die erste Instanz die Klageforderung des Apothekers in Höhe von 47,08 Euro ab- und das BSG die Revision des Apothekers zurückgewiesen. Die Apotheker hätten das in Paragraph 129 Absatz 1 Satz 3 Sozialgesetzbuch V (SGB) und im Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Deutschen Apotheker-

Apotheker haben es selbst in der Hand, ihre Vergütungsansprüche zu sichern, so die Verfassungsrichter.

verband geltende Substitutionsgebot für das jeweils „aut idem“ verordnete Arzneimittel missachtet, so die obersten Sozialrichter. Der Verstoß gegen das Substitutionsgebot schließe jegliche Vergütung für die Abgabe des Arzneimittels aus („Retaxation auf Null“). Einen Anspruch auf Wertersatz oder auf Kostenerstattung für die Beschaffung der Mittel könnten die Apotheker nicht geltend machen.

Substitution ist Pflicht. Gegen diese Entscheidung reichten die beiden Apotheker Verfassungsbeschwerden in Karls-

ruhe ein. Sie rügten insbesondere die Verletzung von Artikel 3 (Gleichheit vor dem Gesetz), Artikel 12 (Berufsfreiheit) sowie Artikel 14 (Eigentumsrecht) des Grundgesetzes. Hierfür aber sah Karlsruhe keinerlei Anhaltspunkte und nahm die Verfassungsbeschwerden nicht zur Entscheidung an. Die vom BSG vorgenommene Auslegung des Paragraphen 129 SGB V und des Rahmenvertrages zwischen GKV-Spitzenverband und Deutschem Apothekerverband sei nicht zu beanstanden. Es gebe keinerlei Hinweise dafür, dass das BSG durch den vollständigen Vergütungsausschluss unverhältnismäßig in die von Artikel 12 des Grundgesetzes gewährleistete Berufsfreiheit eingegriffen habe. Die Bindung der Apotheker an das Substitutionsgebot diene dem Gemeinwohl und sichere die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Dieses Ziel könne einen Eingriff in die Berufsfreiheit rechtfertigen.

Vergütungsausschluss ist zumutbar. Die Auffassung der Apotheker, die pauschale Null-Retaxation sei nicht erforderlich, weil es mildere und differenziertere Mittel gebe, um den Abgabevorschriften Wirksamkeit zu verleihen, überzeugte die Verfassungsrichter nicht. Es wäre zwar milder, den Apothekern im Falle der Abgabe eines Nicht-Rabattvertragsarzneimittels die „Sowiesokosten“ (Differenz zum Rabatt-Präparat) zuzusprechen. Aber dieser Weg sei nicht in gleicher Weise

TIPP FÜR JURISTEN



Öffentliche Unternehmen und die Haftung ihrer Organe (Vorstand und Aufsichtsrat), der Europäische Gerichtshof als Superrevisionsinstanz – diese und viele weitere Themen behandelt der **70. Deutsche Juristentag**. Er findet vom 16. bis 19. September in Hannover statt. Veranstalter ist der Deutsche Juristentag e.V. Mehr Infos: www.djt.de

geeignet. Im Gegenteil: Der Ausschluss jeglicher Vergütung zeige wegen der weitergehenden Nachteile für die Apotheken stärkere Wirkungen für die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots. Auch ist es nach Ansicht der Verfassungsrichter zumutbar, jegliche Vergütung bei einem Verstoß gegen das Substitutionsgebot auszuschließen. Schließlich hätten es die Apotheker selbst in der Hand, ihre Vergütungsansprüche durch ein pflichtgemäßes, dem Substitutionsgebot entsprechendes Abgabeverhalten zu verdienen und für sich zu sichern.

Willkür ist nicht erkennbar. Auch teilte Karlsruhe nicht die Auffassung der Apotheker, die BSG-Entscheidungen würden gegen das in Artikel 3 Absatz 1 Grundgesetz enthaltene Willkürverbot verstoßen. Willkürlich sei ein Richterspruch nur dann, wenn eine offensichtlich einschlägige Rechtsnorm nicht berücksichtigt oder in krasser Weise missdeutet werde, so die Verfassungsrichter. Dies sei aber bei den angegriffenen BSG-Urteilen nicht der Fall. Außerdem hätten die Apotheker nicht schlüssig dargelegt, dass sie durch die Retaxation auf Null schlechter gestellt seien als andere Vergleichsgruppen wie Vertragsärzte, Leistungserbringer außerhalb der GKV sowie anderen gesetzlichen Krankenkassen und somit gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz verstoßen würde. Ebenso wenig schlossen sich die Verfassungsrichter der Auffassung der Beschwerdeführer an, der Vergütungsausschluss verletze die Eigentumsgarantie des Grundgesetzes. Sie hätten nicht substantiell dargelegt, dass die zu einem vollständigen Ausschluss der Vergütung führende Auslegung durch das BSG verfassungsrechtlich zu beanstanden sei. ■

Kommentar: Mit seiner Entscheidung bestätigt das Bundesverfassungsgericht, dass Apotheker Arzneimittelrabattverträge beachten und ihr Abgabeverhalten daran ausrichten müssen. Halten sie sich nicht daran, gehen sie bei der Rezeptabrechnung leer aus. Diese Strafe ist ein wesentlicher Beitrag zu mehr Wirtschaftlichkeit und zur finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung.

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

	INHALT	AKTUELLER STAND	
GESUNDHEITSBERUFE	Entwurf eines Gesetzes über den Beruf des Operationstechnischen Assistenten und zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, Bundestags-Drucksache 18/1581	Der Bundesrat hat am 11.4.2014 beschlossen, den Gesetzentwurf erneut in die parlamentarische Beratung einzubringen.	
KASSEN-FINANZIERUNG/QUALITÄT	Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz, GKV-FQWG), Bundestags-Drucksache 18/1307	Zweite und dritte Lesung im Bundestag war am 5.6.2014. Der Bundesrat hat am 11.7.2014 beschlossen, den Vermittlungsausschuss nicht anzurufen.	
PFLEGE	Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Leistungsausweitung für Pflegebedürftige, Pflegevorsorgefonds (Fünftes SGB XI-Änderungsgesetz, 5. SGB XI-ÄndG), Bundestags-Drucksache 18/1798	Erste Stufe: Anhebung des Beitragssatzes zum 1.1.2015 um 0,3 Prozent und im Laufe der Wahlperiode um weitere 0,2 Prozent; Erhöhung der Leistungsbeträge um 4 Prozent (2,67 Prozent für die mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz neu eingeführten Leistungen); Ausbau der Unterstützungsleistungen (Kurzzeit-, Verhinderungs- sowie Tages- und Nachtpflege); zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen (z. B. für Hilfe im Haushalt); Erhöhung der Zahl von Betreuungskräften in Pflegeheimen; Aufbau eines Pflegevorsorgefonds. Zweite Stufe: neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff ab 2017.	Erste Lesung im Bundestag war am 4.7.2014. Der Bundesrat hat am 11.7.2014 Stellung genommen.
RETTUNGSDIENST	Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) – Gesetzliche Krankenversicherung – Bundestags-Drucksache 18/1289	Herausnahme des Rettungsdienstes (Notfallrettung, qualifizierter Krankentransport) aus dem Leistungsbereich Fahrkosten (Paragraf 60 SGB V) und Regelung als eigenständiger Leistungsbereich; Möglichkeit der landesrechtlichen Einbeziehung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes in das System der Rettungsleitstellen.	Der Bundesrat hat am 14.3.2014 beschlossen, den Gesetzentwurf erneut in die parlamentarische Beratung einzubringen.

Stand: 11.7.2014



Internet-Tipp

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

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

BUNDESVERBAND

Partnerschaft
mit Handballern

Die AOK ist neuer exklusiver Gesundheitspartner des Deutschen Handballbundes (DHB). In den nächsten Jahren wollen sich beide Partner für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen stark machen. „Deutscher Handballbund und AOK sind regional fest verwurzelt. Beide engagieren sich seit Jahren in unzähligen Kindergärten, Schulen und Vereinen. Diese Kräfte bündeln wir, um in gemeinsamen Präventionsprojekten für einen gesunden Lebensstil und mehr Bewegung in der Familie zu werben“, sagte **Jürgen Graalmann**, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes. Im Rahmen der Kooperation hielten beide Partner Werte wie Teamgeist, Solidarität und Toleranz hoch. „Ich bin mir sicher, dass uns gemeinsam ein großer Wurf gelingt“, so Graalmann. DHB-Präsident **Bernhard Bauer** nannte die AOK „einen innovativen und verlässlichen Partner“. Die Partnerschaft gebe dem Handballbund die Möglichkeit,



Hand in Hand für gesunde Kinder: AOK-Vorstandsvorsitzender Jürgen Graalmann (l.) und DHB-Präsident Bernhard Bauer (M.v.) stellen das neue Trikot der Handballer vor.

neue Akzente zu setzen. „Gemeinsam mit der Gesundheitskasse wollen wir den Kinder- und Schulsport stärker fördern und den Amateur- und Breitensport zur Prävention attraktiver gestalten.“ Erfreut zeigte sich AOK-Chef Graalmann, dass die deutschen Handballer bei der Weltmeisterschaft 2015 in Katar per Wildcard mit von der Partie sind. „Das ist sehr wichtig für diese Sportart, die über Großereignisse noch populärer wird.“ Die Partnerschaft mit dem Deutschen Handballbund sei daher langfristig angelegt und werde insbesondere auch Aspekte des Jugend- und Breitensports umfassen. ■

NORDOST

Spanier starten
Praktikum

Mehrere junge Spanier haben ein dreimonatiges Berufspraktikum bei der AOK Nordost mit der Aussicht auf einen anschließenden Ausbildungsplatz begonnen. Die Praktikanten hatten im Vorfeld an einer Sprachschule auf Mallorca im Rahmen eines von der Bundesregierung geförderten Programms für arbeitslose junge Fachkräfte intensiv Deutsch gelernt. „Unsere Versicherten werden immer internationaler, und auch viele unserer Mitarbeiter haben ausländische

Wurzeln. Insgesamt beschäftigen wir Menschen aus 15 Nationen. Das gibt uns die Möglichkeit, uns nicht nur sprachlich besser mit den Versicherten zu verständigen, sondern auch auf deren kulturell bedingte Bedarfe besser eingehen zu können. Die jungen Spanier können uns dazu unterstützen“, sagte **Frank Michalak**, Vorstandsvorsitzender der AOK Nordost. Die spanischen Interessenten wurden über Bewerbungsgespräche via Skype ausgewählt. Ihr Praktikum führt sie in die AOK-Service-Center, aber auch zur Service-Hotline sowie in den Bereich des Ethnomarketings. ■

AOK aktuell

Umdenken beim Thema Organspende gefordert

Ein Umdenken bei der geltenden Entscheidungslösung zu Organspenden in Deutschland hat die AOK Rheinland/Hamburg angemahnt. Trotz der vor zwei Jahren eingeführten Entscheidungslösung gehe die Zahl der Organspenden weiter zurück, konstatierte die Gesundheitskasse aus Anlass des Organspendetages am 7. Juni. „Die Haltung zur Organspende muss verpflichtender werden“, sagte **Rolf Buchwitz**, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der AOK Rheinland/Hamburg. „Es reicht nicht aus, dass mit der sogenannten Entscheidungslösung jeder nur nach seiner Einstellung zur Organspende gefragt wird. Neben der sachlichen Aufklärung ist es erforderlich, dass sich die Menschen entscheiden.“ Alle gesellschaftlichen Akteure sollten sich verstärkt für Organspende einsetzen,

damit mehr Menschen als bisher eine Chance auf Leben erhalten, sagte Buchwitz. „Die Sinnhaftigkeit der Organspende muss mehr im Bewusstsein der Bevölkerung verankert werden. Die Politik ist gehalten, die jetzige Lösung auf den Prüfstand zu stellen.“ Derzeit warten etwa 11.000 Menschen in Deutschland auf ein Spenderorgan. Zwar sind laut einer repräsentativen Befragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 68 Prozent der Bundesbürger zur Organspende bereit. Doch nur 28 Prozent haben ihre Entscheidung in einem Ausweis festgehalten. ■



Hilfe für junge Rauschtrinker

Gesundheitsministerium, Krankenkassen und die Landesstelle für Suchtfragen in Schleswig-Holstein haben eine Rahmenvereinbarung für das Präventionsprojekt HaLT – Hart am Limit geschlossen. Diese sieht eine finanzielle Förderung durch die Kassen bis Mitte 2016 vor. Das Projekt unterstützt Jugendliche, die nach einem Rauschtrinken in eine Klinik eingeliefert werden mussten. Landesgesundheitsministerin **Kristin Alheit** betonte, das Projekt HaLT erreiche Jugendliche und ihre Familien auf direktem Wege. „Zum einen mit persönlicher Beratung, wenn Jugendliche mit Alkoholvergiftungen in der Klinik behandelt werden. Zum anderen präventiv durch die Vernetzung und Schulung beteiligter Akteure.“ **Martin Litsch**, Vorstand der AOK NORDWEST, betonte: „Wir bieten jungen Menschen gute Chancen, ihr eigenes Suchtverhalten zu reflektieren und unterstützen sie, es zu verändern.“ Mit HaLT liege ein wirksamer Ansatz vor, um Rauschtrinkern zu helfen sowie die Präventionsarbeit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe in den Kommunen zu stärken, betonte **Armin Tank**, Leiter der vdek-Landesvertretung. ■

BADEN-WÜRTTEMBERG

Direktverträge als Zugpferd

Für Ärzteverbände und AOK in Baden-Württemberg stellt die Frage der Praxisnachfolge insbesondere auf dem Land kein eindimensionales Thema dar. „Wenn die Infrastruktur in



Sommer, Party und zu viel Alkohol: Das Präventionsprojekt HaLT klärt Jugendliche und ihre Eltern seit Jahren frühzeitig auf.

einzelnen ländlichen Regionen ausdünn, ist die Schwierigkeit, einen Hausarztfolger zu finden, nur eines von weiteren Problemen. Deshalb müssen hier alle Beteiligten ihren Beitrag leisten“, sagte der Chef des Hausärzterverbandes im Land, **Dr. Berthold Dietsche**. Sein Verband habe daher zusammen mit der AOK Baden-Württemberg und weiteren Beteiligten eine Initiative gestartet, um angehende Hausärzte nicht nur in den Universitäten anzusprechen, sondern auch mit Gemeinden und Landkreisen Lösungswege aufzuzeigen. „Zugpferd ist der Hausarztvertrag, den wir mit MEDI Baden-Württemberg und AOK vor sechs Jahren erfolgreich auf den Weg gebracht haben.“ Nach Angaben der Gesundheitskasse sind bereits 1,2 Millionen AOK-Versicherte freiwillig in den Vertrag eingeschrieben. „Unser Hausarztvertrag hat einen wesentlichen Anteil daran, auch weiterhin die hausärztliche Versorgung überall im Land dauerhaft zu erhalten und ist mit den heute 3.800 teilnehmenden Hausärzten das Rückgrat einer nachhaltigen Versorgungssicherheit unserer Versicherten“, sagte der Vorstandsvorsitzende

der AOK Baden-Württemberg, **Dr. Christopher Hermann**. Diese Form der Zusammenarbeit ist einmalig in Deutschland: „Für die teilnehmenden Hausärzte ist dies die beste Voraussetzung, dass die Attraktivität ihrer Praxen, insbesondere in ländlichen Gebieten, langfristig gesichert ist“, unterstrich auch der Chef von MEDI, **Dr. Werner Baumgärtner**. ■

SACHSEN/THÜRINGEN

Projekt zur Tabakentwöhnung

Das vor einem Jahr von der AOK PLUS gestartete Modellprojekt zur Tabakentwöhnung in Sachsen und Thüringen stößt auf eine positive Resonanz. Die Zufriedenheit bei teilnehmenden Ärzten wie Patienten mit Inhalten und Ablauf des Programms sei ausgesprochen hoch, teilte die Gesundheitskasse in Dresden mit. Konzipiert worden ist das Projekt für AOK-Versicherte, die an der Chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) erkrankt sind oder entsprechende Frühsymptome aufweisen. Sämtliche Kosten übernimmt die AOK PLUS.

Die Einschreibung erfolgt durch die teilnehmenden pneumologischen Fachärzte. Seit Herbst vergangenen Jahres wurden bereits neun Kurse durchgeführt. Aktuell laufen vier, sechs weitere Kurse sind in Vorbereitung. Das Programm beinhaltet eine fachärztliche Diagnostik und eine umfassende Beratung vor Kursbeginn. Es folgt ein Intensivkurs in der Gruppe mit drei Schulungsterminen in der Facharztpraxis über maximal zwei Monate. ■

BAYERN

Auszeichnung für junge Journalisten

Zum elften Mal hat die AOK Bayern in Kooperation mit den Nachwuchsjournalisten in Bayern und der Deutschen Journalistenschule München den mit 25.500 Euro dotierten Dr. Georg Schreiber-Medienpreis verliehen. **Ann-Kathrin Eckardt** wurde für ihre in der Zeitschrift Neon erschienene Reportage „Das Geschäft mit dem Burn-out“ mit dem ersten Preis ausgezeichnet. Der zweite Preis ging an **Maria Gerhard** für ihren Beitrag „Der Fall Josef Ruml“ im „Münchner Merkur“. Den dritten Platz belegte **Franziska Holzschuh** für ihre Reportage „Die Wunschkinde aus der Erlanger Samenbank“ (Nürnberger Nachrichten). Den Sonderpreis sicherte sich **Sebastian Kempkens** für seinen Beitrag „Wischiwischi“ (taz). Der Hörfunkpreis ging an **Christiane Hawranek** und **Marco Maurer** für ihre Sendung „Die Krankenschlepper“ (Bayerischer Rundfunk). Den Ehrenpreis für herausragendes publizistisches Engagement erhielt die Bayerische Krebsgesellschaft für ihre Informationsbroschüren. ■

Demenz Die Ressourcen im Blick

Schon heute leiden rund eine Millionen Patienten an einer Demenz. Jährlich kommen etwa 250.000 Neuerkrankungen hinzu. Bis zum Jahr 2050 wird sich die Zahl der Betroffenen nahezu verdoppeln. Menschen



mit Demenz auch künftig gut zu begleiten und zu versorgen, ist eine der zentralen Herausforderungen unserer Gesellschaft. Zu der umfangreichen Literatur über Demenz fügt Brigitta Schröder nun ein Werk hinzu, das durch seine Sichtweise besticht. Sie will ihre Leser anregen, die eigene Blickrichtung zu ändern und

das Besondere im Umgang mit Demenzkranken zu erkennen: Das, was von diesen Patienten zu lernen ist. Die Krankenschwester, Diakonisse, Supervisorin, Lebens- und Trauerbegleiterin breitet ihren reichen Erfahrungsschatz aus, den sie im Kontakt mit Patienten in vielen Jahren gesammelt hat. In unzähligen, oft wenigen Zeilen langen Geschichten erzählt sie anrührende Erlebnisse, gibt hilfreiche Hinweise, streut bekannte und weniger bekannte Gedichte und Sinnsprüche ein und stellt Materialien für gemeinsame Aktivitäten zusammen. Auch schwierigen Themen weicht sie nicht aus. So widmet Brigitta Schröder dem Umgang mit Sexualität und Körperlichkeit der Erkrankten ein eigenes Kapitel und beschreibt darin, wie Nähe und Distanz zu wahren sind. Gerne werden sich Begleitende, Angehörige und Interessierte in das Buch vertiefen, bietet es doch Trost und Rat zugleich.

Brigitta Schröder:
Blickrichtungswechsel. 2014.
124 Seiten. 16,99 Euro.
Kohlhammer-Verlag, Stuttgart.

Gesundheitssystem Beim Wettbewerb noch nicht am Ziel

Das System der gesetzlichen Krankenkassen will einerseits die Solidarität unter den Versicherten gewährleisten, andererseits den Wettbewerb unter den Leistungserbringern ermöglichen. Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz wurde 1993 der ordnungspolitische Rahmen geschaffen, um mehr Markt im Gesundheitswesen zuzulassen. Unter dem Titel „Solidarische Wettbewerbsordnung“ fragen jetzt renommierte Beobachter der Gesundheitspolitik systematisch nach, wie sehr sich das GKV-System dem Wettbewerb geöffnet hat und welche Instrumente ausgestaltet sind. Sie liefern einen fundierten Überblick, in dem sie den Versicherungsmarkt mit Risikostrukturausgleich, Beitrags- und Versorgungsmanagement ebenso analysieren wie den Leistungsmarkt mit Selektivverträgen und Preis- und Leistungswettbewerb. Das Fazit: Es ist bislang nur in einzelnen Bausteinen gelungen, Wettbewerbselemente im GKV-



System zu integrieren. Der Gesetzgeber reguliert in Teilbereichen – zum Beispiel Selektivverträge – nach wie vor zu viel und verhindert einen Wettbewerb gerade dort, wo er sich entfalten könnte. Das Stichwort Wettbewerb kommt auch im aktuellen Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD kaum vor. Dass darin jedoch unzählige Details beschrieben werden, führt aus Sicht der Experten eher zurück zur Dominanz einer administrativen Steuerung des Versorgung.

Dieter Cassel, Klaus Jacobs, Christoph Vauth, Jürgen Zerth (Hrsg.): **Solidarische Wettbewerbsordnung.** 2014.
358 Seiten. 79,99 Euro.
Medhochzwei Verlag, Heidelberg.

SEMINARE | TAGUNGEN | KONGRESSE

<p>■ 13. EUROPÄISCHER GESUNDHEITSKONGRESS</p>	<p>Hausarztverträge, qualitätsorientierte Vergütung, Flexibilisierung der GKV-Beitragsätze</p>	<p>30.9.–1.10.2014 München</p>	<p>WISO S.E. Consulting GmbH Organisation: Interplan AG Landsberger Straße 155 80687 München</p>	<p>Tel.: 0 89/54 82 34 50 Fax: 0 89/54 82 34 43 info@gesundheitskongress.de www.gesundheitskongress.de</p>
<p>■ 19. HANDELSBLATT JAHRESTAGUNG „HEALTH 2014“</p>	<p>GKV-Finanzierung, Pflege-reform, Arzneimittel-Bewertung, Krankenhaus-Finanzierung</p>	<p>28.–29.10.2014 Berlin</p>	<p>Euroforum Deutschland Prinzenallee 3 40549 Düsseldorf</p>	<p>Tel.: 02 11/96 86–3647 Fax: 02 11/96 86–4000 dana.knabbe@euroforum.com www.health-jahrestagung.de</p>
<p>■ BETRIEBLICHES GESUNDHEITSMANAGEMENT</p>	<p>Politischer und rechtlicher Rahmen, Initiativen der Krankenkassen, neue Konzepte</p>	<p>29.–30.10.2014 Köln</p>	<p>MCC – The Communication Company Scharnhorststraße 67a 52351 Düren</p>	<p>Tel.: 0 24 21/1 21 77–0 Fax: 0 24 21/1 21 77–27 mcc@mcc-seminare.de www.mcc-seminare.de > Veranstaltungen</p>
<p>■ INTERNATIONALES SYMPOSIUM „HEALTH LITERACY“</p>	<p>Stärkung der Nutzer-kompetenz und des Selbstmanagements bei chronischer Krankheit</p>	<p>30.–31.10.2014 Bielefeld</p>	<p>Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften Universitätsstraße 25 33615 Bielefeld</p>	<p>Tel.: 05 21/1 06–3361 annett.horn@uni-bielefeld.de www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/nuv/symposium2014.html</p>
<p>■ 5. NATIONALER FACHKONGRESS TELEMEDIZIN</p>	<p>Strategien Bund und Länder, Telemedizin im stationären und ambulanten Sektor, Vernetzung</p>	<p>6.–7.11.2014 Berlin</p>	<p>Deutsche Gesellschaft für Telemedizin; Organisation: MCALL GmbH Marketing & Vertrieb Rhinstraße 84, 12681 Berlin</p>	<p>Tel.: 0 30/55 15 69 62 Fax: 0 30/55 15 69 63 info@mcall-gmbh.de www.telemedizinikongress.de</p>

Finanzkrise

Programme mit Nebenwirkungen

Die US-amerikanischen Epidemiologen David Stuckler und Sanjay Basu wollten herausfinden, wie sich die Wirtschaftskrise auf den Gesundheitsstatus der Bevölkerung in den betroffenen Staaten ausgewirkt hat. Am Beispiel von Island und Griechenland erläutern sie, mit welchen unterschiedlichen Konzepten die von der Finanzkrise schwer betroffenen Länder reagierten. Island ging den ungewöhnlichen Weg und kürzte kaum im Sozial- und Gesundheitsbereich, um den Staatshaushalt



auszugleichen. Griechenland, sowie Spanien und Italien hingegen minderten angesichts der engen Sparauflagen die Leistungen im eigenen Sozialsystem. Unterm Strich, so die Autoren, hat sich der sanfte Weg Islands ausgezahlt – finanziell und auch gesundheitlich. Die Isländer sind, so Stuckler und Basu, laut Statistik sogar gesünder als vor der Krise. Sie rauchen seltener, trinken weniger Alkohol und ernähren sich im Durchschnitt auch gesünder. Anders hingegen die südlichen Staaten: Griechenland beispielsweise senkte 2009 den Gesundheitsetat von 24 auf 16 Milliarden Euro und erlebte in der Folge,

dass die Kindersterblichkeit um 40 Prozent anstieg. In Italien kam es angesichts von Rezession und Sparprogrammen zu vermehrten Suiziden und Suizidversuchen. In Spanien stieg die Zahl derjenigen, die täglich Antidepressiva einnahmen, innerhalb von zwei Jahren um 17 Prozent. Die Autoren appellieren an die politischen Verantwortlichen: Gerade in Krisen können Investitionen in Gesundheit, Soziales und Arbeit das Wirtschaftswachstum befördern, die Menschen aktivieren und gesund erhalten.

David Stuckler, Sanjay Basu:
Sparprogramme töten.
2014. 220 Seiten. 19,90 Euro.
Verlag Klaus Wagenbach, Berlin.

Krankenversicherung Beständig ist nur der Wandel

Die Patientenversorgung kann nur dann exzellent sein, wenn sich das System der gesetzlichen Krankenversicherung beständig wandelt. Dies ist die Kernthese des GKV-Lesezeichens 2014, das der GKV-Spitzenverband jetzt erstmals veröffentlicht hat. Die Herausgeber wollen damit Politiker und Selbstverwaltungspartner erreichen. Knapp zwei Dutzend Autorinnen und Autoren, allesamt beschäftigt beim GKV-Spitzenverband, zeigen



Wege auf, wie das System weiter zu entwickeln und die Patientenversorgung zu verbessern wäre. Sie widmen sich unter anderem der Versorgungsplanung, der Neuordnung am Arzneimittelmarkt, den Medizinprodukten und der Patientensicherheit, der Qualität in der Pflege und deren Abbildung in der Pflegeversicherung

sowie der ärztlichen Vergütung. Die Analysen bestätigen erneut: An klugen Ideen im Gesundheitswesen mangelt es nicht.

Doris Pfeiffer, Johann-Magnus von Stackelberg, Gernot Kiefer (Hrsg.): **GKV-Lesezeichen 2014.**
2014. 279 Seiten. 24,80 Euro.
GKV-Spitzenverband, Berlin.

Zeitschriftenschau

■ Selbstverwaltung: Online-Wahl erhöht die Legitimation

Die Selbstverwaltung ist nach Ansicht von Professor Dr. Leonhard Hajen ein Beispiel für „Good Governance“. Allerdings bestehe aufgrund der schwachen Beteiligung der Bürger an den Sozialversicherungswahlen Reformbedarf. Er bedauert, dass der schwarz-rote Koalitionsvertrag nicht den Vorschlag des Bundeswahlbeauftragten aufgegriffen habe, verbindlich die Urwahl einzuführen. Um die Legitimationsbasis zu erhöhen, plädiert der Volkswirt für die Einführung von Online-Wahlen.

Die Sozialgerichtsbarkeit 5/14, Seite 229–236

■ Kliniken: Neue Behandlungsmethoden unterliegen einem Vorbehalt

In der ambulanten Versorgung dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) nur dann auf Kassenkosten erbracht werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) diese in den Leistungskatalog aufgenommen hat (Paragraf 135 SGB V, Erlaubnisvorbehalt). Krankenhäuser dagegen können neue Methoden auf Kassenkosten anwenden. Allerdings gibt es auch hier einen Vorbehalt. So ist nach Ansicht der Hamburger Rechtsprofessorin Dagmar Felix in Paragraf 137c SGB V klar geregelt, dass der GBA die Anwendung auf Kassenkosten im Nachhinein untersagen kann. Zudem müssten die Kliniken nach gängiger Rechtsprechung das Qualitätsgebot beachten und den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse berücksichtigen.

Medizinrecht (2014) 32: 283–290

■ Behandlungsfehler: Verjährungsfrist ist knapp bemessen

Bei Behandlungsfehlern können Geschädigte binnen drei Jahren Schadensersatzansprüche geltend machen. Die Verjährungsfrist beginnt mit dem Ende des Jahres zu laufen, in dem der Patient Kenntnis vom Schaden und vom Schädiger hat oder grob fahrlässig nicht erlangt hat. Die Hamburger Rechtsanwälte Matthias Teichner und Dr. Birgit Schröder stellen anhand von Praxisbeispielen dar, wie knapp die Zeit bemessen ist. Es sei schwierig, Gerichte davon zu überzeugen, dass in der Regel eine Falschbehandlung und die Kenntnis darüber zeitlich auseinanderfallen. Kenntnis oder grob fahrlässige Unkenntnis ließe sich erst annehmen, wenn Geschädigten ein Fachgutachten über die Tatsache eines Behandlungsfehlers und dessen Ursächlichkeit für den Schaden vorliege.

ZMGR – Zeitschrift für das gesamte Medizin- und Gesundheitsrecht 2/2014, Seite 79–84

■ Brustimplantate-Skandal: Urteil geht zu wenig auf die Prüfpflichten ein

Nach dem Skandal um die mit Industriesilikon gefüllten Brustimplantate der französischen Firma PIP hatte das Handelsgericht Toulon am 14. November 2013 den TÜV Deutschland und den TÜV France gesamtschuldnerisch zu Schadenersatz verurteilt (siehe G+G 2/2014, Seite 38–39). Rechtsanwältin Véronique Fröding übt Kritik an der Urteilsbegründung. Darin sei mehr auf die Umstände und die Pflichtverletzungen des Herstellers abgestellt als auf die europarechtlich vorgegebenen Pflichten der Prüfstellen.

MPR – Zeitschrift für das gesamte Medizinprodukterecht 1/2014, Seite 1–7

Mehr Personal für die Psychiatrie

Psychosomatische und psychiatrische Kliniken brauchen mehr Fachkräfte, damit sie Patienten leitliniengerecht behandeln können. Das zeigten Ergebnisse einer Befragung, meint **Rainer Richter**, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer.

Psychisch kranke Menschen wissen häufig nicht, welche Behandlung ihnen ein Krankenhaus anbieten kann. Sie erhalten keine verlässlichen Informationen dazu, ob sie in der Klinik vor allem Medikamente oder Psychotherapie oder beides bekommen und ob dies dem aktuellen Stand der Wissenschaft entspricht. Die Behandlungsqualität in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern ist für die Patienten vorab kaum zu beurteilen. Ein Patient kann so nicht mitentscheiden, wie er behandelt werden möchte.

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) hat mit Unterstützung des IGES Instituts 1.500 Psychotherapeuten, die in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern arbeiten, dazu befragt, wer dort mit welcher Diagnose wie behandelt wird. Krankenhäuser verfügen danach über zu wenig und teilweise nicht ausreichend qualifiziertes Personal. Psychisch kranke Menschen, die an einer Schizophrenie oder einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) leiden, können nicht davon ausgehen, dass sie so behandelt werden, wie es den Empfehlungen von Leitlinien entsprechen würde.

Zu wenig Psychotherapie bei Schizophrenie. In Deutschland wurden im Jahr 2012 fast 130.000-mal Patienten aufgrund einer schizophrenen Erkrankung in eine Klinik eingewiesen. Das entspricht knapp 18 Prozent aller psychiatrischen Fälle. Nach den Empfehlungen evidenzbasierter Leitlinien (zum Beispiel Leitlinie 2014 des US-amerikanischen National Institute for Health and Care Excellence) soll Patienten mit Schizophrenie neben einer medikamentösen Behandlung in allen Phasen der Erkrankung – auch in der Akutphase – eine psychotherapeutische Behandlung angeboten werden. In nahezu allen Kliniken (94 Prozent) gaben die befragten Psychotherapeuten an, dass alle Patienten mit einer Schizophrenie medikamentös behandelt werden. Aber nur in 46 Prozent der Einrichtungen wird auch allen Patienten eine Psychotherapie angeboten. In elf Prozent der Häuser fehlt Psychotherapie vollständig im Behandlungsangebot und in weiteren 42 Prozent wird Psychotherapie nur einem Teil der Patienten angeboten.

Behandlungsdauer bei Borderline zu kurz. An einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden etwas mehr als drei Prozent der stationär behandelten Patienten (23.000 Fälle im Jahr 2012). Für die Behandlung einer BPS gibt es verschiedene störungsspezifische Psychotherapiemethoden, deren Wirksamkeit wissenschaftlich gut belegt ist. Es haben sich die übertragungsfokussierte und mentalisierungsbasierte Psychotherapie als psychodynamische Methoden sowie die dialektisch-behaviorale Therapie als verhaltenstherapeutische Methode gut bewährt. Bei allen Methoden handelt es sich um intensive Psychotherapieprogramme mit einer hohen Anzahl an Einzel- und Gruppensitzungen. Die Programme sehen vor, dass sich die stationäre Behandlung in der Regel über zwölf Wochen erstreckt und danach ambulant weitergeführt wird. Die tatsächliche stationäre Behandlungsdauer betrug im Jahr 2012 bei diesen Patienten aber nur durchschnittlich drei Wochen. Weder Behandlungszeit noch -intensität reichen aus, um in den Kliniken die genannten evidenzbasierten Behandlungen umzusetzen. Auch die dringend notwendige ambulante Weiterbehandlung erfolge häufig nicht, so die befragten Psychotherapeuten.

Ambulante Weiterbehandlung sicherstellen. Die Bundespsychotherapeutenkammer fordert deshalb, für eine angemessene Personalausstattung der Kliniken zu sorgen. Psychisch kranke Menschen haben ein Recht auf eine Versorgung nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse. Der Gemeinsame Bundesausschuss erarbeitet bis Ende 2016 Empfehlungen für die Ausstattung von psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken mit therapeutischem Personal. Empfehlungen allein sichern aber keine ausreichende Strukturqualität. Aus den Empfehlungen müssen dafür verbindliche Mindestanforderungen werden. Dies muss der Gesetzgeber klarstellen. Außerdem ist es aus Sicht der BPtK notwendig, die ambulante Weiterbehandlung nach einem stationären Aufenthalt sicherzustellen. ■

Professor Dr. Rainer Richter ist Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer. **Kontakt: info@bptk.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, vormals DOK,
erstmals erschienen: 1914

Herausgeber	AOK-Bundesverband
Redaktion	Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin Telefon: 0 30 2 20 11-0 Telefax: 0 30 2 20 11-105 E-Mail: gug-redaktion@kompart.de www.kompart.de
Chefredakteur	Hans-Bernhard Henkel-Hoving
Artdirection	Anja Stamer
Chefin vom Dienst	Gabriele Hilger
Chefreporter	Thomas Hommel
Verantw. Redakteurin	Änne Töpfer
Titel	Gettyimages
Verlag	KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, 10178 Berlin, AG Berlin-Charlottenburg HRA 42140 B Postanschrift: wie Redaktion
Marketing Vertrieb	KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin Telefon: 0 30 2 20 11-0 Telefax: 0 30 2 20 11-105
Repro und Druck	Buch- und Offsetdruckerei H. Heenemann GmbH & Co. KG Berlin
Anzeigen	KomPart Verlagsgesellschaft mbH Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin Telefon: 0 30 2 20 11-0 Telefax: 0 30 2 20 11-105 Ansprechpartner: Christian Lindenberg, Telefon: -161 Verantwortlich für den Anzeigenteil: Werner Mahlau

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

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



G+G 6/2014

Pferdefuß beim Pflegefonds

Der Pflegefonds ist eine unsichere Bank

Detailliert legen die Autoren des Beitrags „Pferdefuß beim Pflegefonds“ in der G+G-Juniausgabe dar, warum der Vorsorgefonds sein Ziel verfehlen wird. Heute schon mal anfangen zu sparen, wenn in 15 bis 20 Jahren die geburtenstarken Jahrgänge ins pflegebedürftige Alter kommen, klingt auf den ersten Blick plausibel. Aber was ist denn bitteschön in 20 Jahren noch davon übrig? Zurzeit erlebt doch jeder Sparer, welchen Wertverlust sein Erspartes erfährt. In Zeiten der Quasi-Nullverzinsung wird auch im Pflegevorsorgefonds kaufkraftbereinigt in 20 Jahren vermutlich weniger drin sein, als heutige und künftige Beitragszahler jemals eingezahlt haben. Und das Spekulieren an der Börse ist mit erheblichen Risiken verbunden. Haben wir außerdem eigentlich schon einmal von Reservepolstern gehört, die nicht irgendein findiger Finanzminister in Notlagen in den Dienst der „guten Sache“, sprich, des eigenen Haushalts gestellt hätte? Wolfgang Schäuble hat es ja gerade erst vorgemacht, indem er kurzerhand den Steuerzuschuss zum Gesundheitsfonds empfindlich gedrosselt hat, um endlich die langersehnte schwarze Null anzusteuern. Selbst wenn eine andere Verwendung der Fonds-Mittel gesetzlich ausgeschlossen wird – wer bitte hindert die Politik daran, das wieder gesetzlich zu ändern, wenn es gilt, Haushaltslöcher

zu stopfen. Selbst die Bundesbank, bei der der Vorsorgefonds angelegt sein soll, zweifelt an der Nachhaltigkeit einer kollektiven Vermögensbildung unter staatlicher Kontrolle. Zu Recht, denn wer lässt schon einen Hund auf den Würstervorrat aufpassen.

B. G., Offenburg

G+G 6/2014

Skandinavien: Gesundheit unterm Nordlicht

Kein Paradies für Patienten

Wartelisten, kaum Wahlfreiheit und staatliche Regie im Gesundheitswesen – alle weitgehend Vergangenheit im nord-europäischen Medizinbetrieb? Glaubt man dem Autor Uwe Preusker, dann sind Dänemark, Schweden, Norwegen und Finnland für Patienten ein Paradies. Doch leider sieht der Alltag im weitgehend staatlich organisierten Versorgungssystem meistens anders aus. Moderne Medikamente, freie Wahl des Krankenhauses und fachärztliche Behandlung auf Wunsch des Patienten gibt es kaum. Stattdessen werden Kranke über einen Kamm geschert, und von einer individuellen Therapie kann keine Rede sein. Natürlich sind nach eigenem Erleben die Bürger in Skandinavien nicht besonders anspruchsvoll – aber warum soll dieses System für Deutschland ein Vorbild sein? Wahrscheinlich nur aus einem Grund: Es soll gespart werden – notfalls auch zu Lasten der Versicherten.

A. H., Bonn

BECKs Betrachtungen



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

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

Ist die neue Pille auch die bessere?

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

The New York Times



Ja, ich bestelle ...



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

Marcia Angell **Der Pharma-Bluff**

Wie innovativ die Pillenindustrie wirklich ist

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

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

(zzgl. 2,50 Euro Verpackung und Versand)

Lieferung gegen Rechnung per Bankeinzug

Vor- und Zuname

Straße, Haus-Nr.

PLZ

Ort

IBAN

BIC

Datum, Unterschrift

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

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

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

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



AOK

Die Gesundheitskasse.



Gesunde
Kinder
gesunde
Zukunft

Die besten Tipps für eine gesunde Kindheit

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

Gesundheit in besten Händen

www.aok.de/familie