



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

Pflege ohne Gewalt

Wie Angehörige und
Profis besser mit
Aggressionen umgehen

QUALITÄT: Was der Gesundheitsweise Schreyögg Kliniken empfiehlt

ARZNEITHERAPIE: Wie Ärzte klüger verordnen

Die Pressestellen der AOK

Gesundheit ist unser Thema!

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

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

AOK-BUNDESVERBAND

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

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

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

AOK BADEN-WÜRTTEMBERG

Hauptverwaltung
Pressesprecher: Kurt Wesselsky

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

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

AOK BAYERN – DIE GESUNDHEITSKASSE

Zentrale
Pressesprecher: Michael Leonhart

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

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

AOK BREMEN/BREMERHAVEN

Pressesprecher: Jörn Hons

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

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

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN

Direktion
Pressesprecher: Ralf Metzger

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

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

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR NIEDERSACHSEN

Direktion
Pressesprecher: Carsten Sievers

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

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

AOK NORDOST – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecherin: Gabriele Rähse

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

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

Region Mecklenburg-Vorpommern
Pressereferent: Markus Juhls

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

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

AOK NORDWEST – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: Jens Kuschel

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

Tel. 0231/4193-10145

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

Tel. 0431/605-21171

AOK RHEINLAND/HAMBURG – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: André Maßmann

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

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

Region Hamburg: Pressesprecherin Antje Meyer

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

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

AOK RHEINLAND-PFALZ/SAARLAND – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressereferent: Jan Rößler

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

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

AOK PLUS – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR SACHSEN UND THÜRINGEN

Pressesprecherin: Hannelore Strobel

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

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

Sitz Erfurt
Stellvertretender Pressesprecher: Jürgen Frühauf

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

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

AOK SACHSEN-ANHALT – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: Andreas Arnsfeld

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

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

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

www.aok-presse.de

AOK
Die Gesundheitskasse.

Therapie für Huhn und Mensch

Gegen Salmonellen helfen gute Küchenhygiene und eine Legehennen-Impfung. Mit diesem Beispiel plädiert **Lothar H. Wieler**, Präsident des Robert Koch-Instituts, dafür, Infektionen fachübergreifend zu erforschen und zu bekämpfen.

Ob Masern, Grippe oder Malaria – Infektionskrankheiten machen häufig Schlagzeilen. Bei aller Aufmerksamkeit spielt der Ursprung der Erreger in der öffentlichen Wahrnehmung jedoch eine untergeordnete Rolle. Dabei ist er für die Bekämpfung von elementarer Bedeutung. Die häufigsten Infektionskrankheiten des Menschen sind Zoonosen – also Erkrankungen, deren Erreger von Tieren auf Menschen übertragbar sind und umgekehrt. Rund zwei Drittel aller bekannten Erreger gehören in diesen Bereich – insgesamt bisher rund 800, darunter beispielsweise FSME-Viren, Borrelien,>Listerien, Brucellen, Influenza-, Hepatitis-A-, MERS-Corona-, Ebola-Viren, Toxoplasmen und Spulwürmer.

Nicht-zoonotische Infektionskrankheiten wie Masern können durch konsequente Impfprogramme ausgerottet werden. In diesen Fällen sind ausschließlich Menschen sowohl Infektionsquelle als auch Patienten. Dies ist bei Zoonosen aufgrund der vielfältigen Infektionswege und -zyklen fast unmöglich. Aber auch hier reduzieren Impfungen die Verbreitung der Erreger und schützen Mensch und Tier vor den jeweiligen Krankheiten. Bei Lebensmittel-assoziierten Erregern wie *Campylobacter* oder Salmonellen schützt eine gute Küchenhygiene. Tatsächlich ist aber zum Beispiel die Impfung von Legehennen gegen Salmonellen der entscheidende Grund für den enormen Rückgang der humanen Salmonellose. Solche „One Health“-Ansätze, die die systemischen Zusammenhänge von Mensch, Tier, Umwelt und Gesundheit mit berücksichtigen, ermöglichen es, Menschen besser vor Zoonosen zu schützen. Ein weiteres Beispiel hierfür ist der konsequente Einsatz von Impfködern, der zur Ausrottung der Tollwut bei Füchsen führte (bei Fledermäusen kommen Tollwutviren aber noch vor).

Zur Bekämpfung von Zoonosen ist also nicht nur die Aufklärung der natürlichen Infektionsketten von Bedeutung, sondern auch die daraus folgende Entwicklung von Impfstoffen und deren strate-

gischer Einsatz. Grundlagenforschung und angewandte Wissenschaft sowie große Interdisziplinarität müssen hier Hand in Hand gehen, um Zoonosen erfolgreich einzudämmen.

Multiresistente Bakterien, wie etwa der Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) oder Extended-spectrum- β -Laktamase-(ESBL-)bildende Enterobakterien, finden sich sowohl bei Menschen als auch bei Tieren. Die erstmals in den 1970er Jahren beim Menschen nachgewiesenen hospital-assoziierten MRSA (HA-MRSA) werden seit Anfang dieses Jahrtausends auch bei Haustieren wie Hunden oder Katzen nachgewiesen. Die von diesen Erregern verursachten Krankheiten lassen sich nur schwer behandeln. Inzwischen werden die Erreger wechselseitig übertragen. Zudem haben sich in Nutztieren neue MRSA-Stämme entwickelt (LA-MRSA), mit denen sich Menschen infizieren können. Bezüglich der ESBL-Bildner ist die Situation noch komplexer.

Der gezielte und kontrollierte Einsatz von Antibiotika ist eine Grundvoraussetzung für die Reduktion multiresistenter Bakterien. Und nur eine ergebnisorientierte „One Health“-Forschung ohne gegenseitige Schuldzuweisungen wird zur Entwicklung von Prophylaxe- und Therapie-Verfahren führen, mit denen wir Zoonosen – ob sie resistent gegenüber Antibiotika sind oder nicht – wirksam entgegenreten können. Die biomedizinische Forschung allein kann hier nur Teilerfolge erzielen: Klima- und Umweltveränderungen sowie die Globalisierung erfordern transsektorale Forschungsanstrengungen unter Beteiligung von Experten aus vielen Wissenschafts- und Gesellschaftsbereichen. Was helfen die besten Impfstoffe, wenn sie nicht angewendet werden, was helfen Aufklärungskampagnen, wenn sie nicht umgesetzt werden, was helfen kluge Interventionsmaßnahmen, wenn der Öffentliche Gesundheitsdienst nicht genügend Ressourcen hat, um sie umzusetzen? Zoonosen sind nur eine von vielen „One-Health“-Herausforderungen – aber eine zentrale, die beispielgebend sein muss. ■

Die meisten Erreger infizieren sowohl Tiere als auch Menschen.



Prof. Dr. Lothar H. Wieler, geboren 1961 in Bonn-Beuel, leitet seit März 2015 das Robert Koch-Institut in Berlin. Wieler ist Professor an der Freien Universität Berlin und war dort zuvor Geschäftsführender Direktor des Instituts für Mikrobiologie und Tierseuchen. Sein Arbeitsgebiet sind Zoonosen. Seit 2010 ist Wieler Mitglied der „Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina“, Nationale Akademie der Wissenschaften.

Kontakt: WielerLH@rki.de

Pflege ohne Not



H.-B. Henkel-Hoving,
Chefredakteur

Meine Mutter hat meine Großmutter gerne gepflegt. Sie wollte ihr etwas zurückgeben für all die Jahre, in denen meine Oma sich um meine Schwester und mich gekümmert hatte. In denen eine helfende Hand einer Alleinerziehenden mit Vollzeit-Job mehr als willkommen war.

Doch trotz dieser hohen Motivation hat die Pflege der eigenen Mutter meine Mutter an die Grenzen ihrer Belastbarkeit geführt – manchmal auch darüber hinaus. So plagt sie noch heute das schlechte Gewissen, weil sie nach etlichen anstrengenden Nächten ein einziges Mal die volle Windel nicht sofort, sondern erst nach ein paar Stunden Schlaf gewechselt hat.

Ich ziehe bis heute meinen Hut davor, wie gut meine Mutter meine Oma knapp drei Jahre betreut hat. Vielleicht hätte ihr damals geholfen, einmal mit Fachleuten wie Gabriele Tammen-Parr zu sprechen. Die Sozialpädagogin arbeitet in der Beratungsstelle „Pflege in Not“ in Berlin, die Angehörige und Pflegeprofis dabei unterstützt, mit schwierigen Situationen zurechtzukommen und Konflikte in der Pflege nicht eskalieren zu lassen (siehe Interview auf Seite 27).

„Pflege in Not“ ist 2011 mit dem Berliner Gesundheitspreis ausgezeichnet worden. Bereits seit 20 Jahren fördern der AOK-Bundesverband, die Ärztekammer Berlin und die AOK Nordost mit dem bundesweiten Wettbewerb innovative Projekte. Mehr über die diesjährigen Preisträger erfahren Sie in dem G+G-Spezial, das dieser Ausgabe beiliegt. Eine spannende Rückschau auf zwei Jahrzehnte Berliner Gesundheitspreis gibt's zudem im Web unter www.berliner-gesundheitspreis.de – Nachdenkliches zum Thema Pflege inklusive.

Eine anregende Lektüre wünscht Ihnen

Doch trotz dieser hohen Motivation hat die Pflege der eigenen Mutter



Mehr Qualität im Krankenhaus – aber wie? Thomas Hommel traf Prof. Jonas Schreyögg (li.) vom Gesundheits-Sachverständigenrat zum G+G-Interview in der Uni Hamburg (Seite 28).



28

Interview: Was der Gesundheitswissenschaftler Jonas Schreyögg von der Krankenhausreform erwartet

MAGAZIN

12 PFLEGEHAUS VOR DER GRUNDSANIERUNG

Die Politik zündet die zweite Stufe der Pflegereform. Von dem neuen Begriff der Pflegebedürftigkeit sollen vor allem demenzkranke Menschen profitieren.

Von Thomas Hommel

14 DER UNSICHTBARE FEIND

Viele Antibiotika wirken nicht mehr. Ärzte und Forscher der Uniklinik Tübingen arbeiten daran, multiresistenten Keimen den Garaus zu machen.

Von Benjamin Rohrer

16 ARME SCHLUCKER

Ärzte diagnostizieren bei Hartz-IV-Bezieherinnen häufiger suchtbedingte Krankheiten als bei Beschäftigten. Doch Jobcenter lassen die Süchtigen allzu oft allein.

Von Dieter Henkel und Helmut Schröder

18 GROSSE KOALITION FÜR DIE GESUNDHEIT

Ärzte und Apotheker, Kassen und Kliniken, Politik und Wohlfahrt – sie alle ziehen in Hessen an einem Strang, um die Gesundheitsversorgung zu sichern.

Von Wilfried Borch

19 „DAS KONDOM WIRD ÖFTER WEGGELASSEN“

Sexuell übertragbare Krankheiten wie Syphilis und Tripper haben in Deutschland zugenommen. Patienten brauchen mehr Möglichkeiten, sich testen und beraten zu lassen, meint Epidemiologin Viviane Bremer.

TITEL

20 PFLEGE OHNE GEWALT

Schreien, schlagen oder fixieren – problematisches Verhalten in der Pflege ist ein Tabu. Aufklärung und Information helfen, Gewalt vorzubeugen.

Von Ralf Suhr

27 „ABHÄNGIGKEIT KANN AGGRESSIV MACHEN“

Einen Angehörigen zu Hause zu pflegen, ist oftmals eine Geduldsprobe, sagt Sozialpädagogin Gabriele Tammen-Parr. Das Beratungsangebot „Pflege in Not“ trägt dazu bei, dass Konflikte nicht eskalieren.

THEMEN

28 „NICHT JEDE KLINIK MUSS ALLES MACHEN“

Neue Qualitätsanreize für die Krankenhäuser, neue Gestaltungsspielräume für die Länder: Im Interview mit G+G gibt der Gesundheitssachverständige Jonas Schreyögg der geplanten Klinikreform gute Noten.

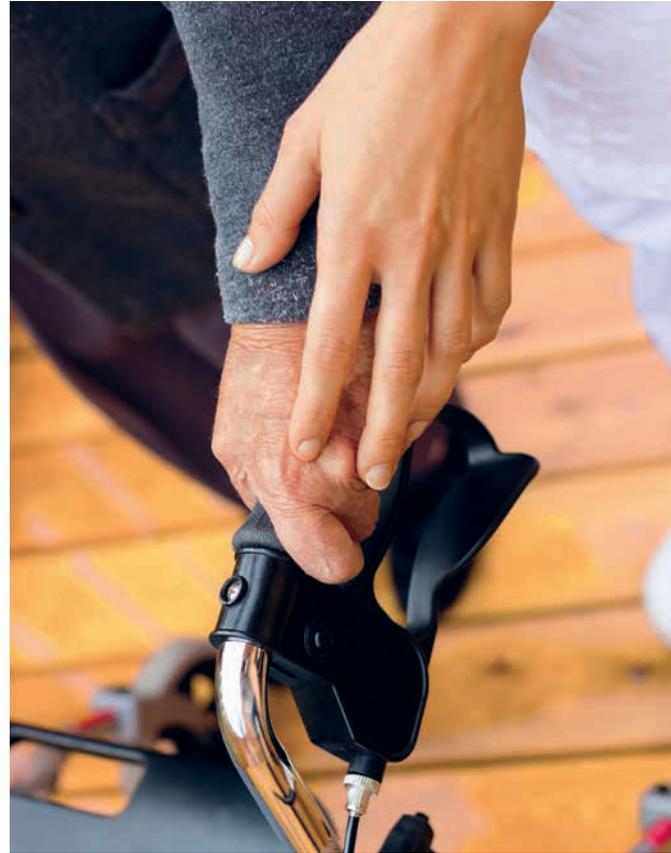
32 GUTE BERATUNG IST EIN GEWINN

Die Rechnung geht auf: Mithilfe der Arzneimittel-Beratung der AOK gelingt es Ärzten, Medikamente wirtschaftlich zu verordnen – ohne Qualitätsverlust.

Von Thomas Fiß, Gisbert W. Selke, Irene Langner, Ralf Neubauer, Antje Knobloch und Susanne Dolfen

RUBRIKEN

- 9 **Rundruf** Gesundheit ganz digital?
- 11 **Kommentar** Nicht alle Krankenhäuser überleben
- 38 **Recht** Blutspende-Verbot für Schwule bedingt zulässig
- 40 **AOK-Notizen** Aktuelles aus Bund und Ländern
- 42 **Service** Bücher, Termine und mehr
- 44 **Debatte** Peers haben Erfolg in der Prävention
- 45 **Nachlese** Briefe an die Redaktion
- 45 **Impressum** Wer steckt hinter G+G?
- 46 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen



20 Ausblick: Wie sich Gewalt in der Pflege verhindern lässt



32 Arzneimitteltherapie: Warum sich die pharmaunabhängige Beratung von Ärzten lohnt

UMFRAGE Generation Smartphone

Das Internet hat die Spielzimmer der Drei- bis Achtjährigen erobert. Dies ist das Ergebnis der 150-seitigen U9-Studie „Kinder in der digitalen Welt“, die das Deutsche Institut für Vertrauen und Sicherheit im Internet und das Sozialforschungsinstitut Sinus für das Bundesfamilienministerium erstellt hat. Gut 1.000 Kindern und mehr als 1.800 Eltern ist demnach klar, dass Laptop, Tablet und Smartphone hierzulande bereits von Kindesbeinen an genutzt werden. Bei Achtjährigen sind Spielen und Lernen am Rechner mehrheitlich eine Selbstverständlichkeit. 65 Prozent der Eltern sind laut Studie überzeugt davon, dass ihre Kinder digitale Kompetenz erwerben müssen, „um nicht von der Gesellschaft abgehängt zu werden“, sagte Familienministerin Manuela Schwesig bei der Präsentation der Studie. ■

ZAHNMEDIZIN Patienten wünschen Kostentransparenz

Patienten in Deutschland sind mehrheitlich zufrieden mit ihrem Zahnarzt. Dennoch stellen sie große Unterschiede zwischen einzelnen Praxen fest und sind teilweise unzufrieden, wie die Zahnmediziner über Kosten informieren. Das geht aus einer Auswertung von über 10.000 Zahnarztbewertungen im Arztvergleichsportale Weisse Liste und den darauf basierenden Portalen von AOK, BARMER GEK, Techniker Krankenkasse und Bertelsmann BKK hervor. Die Weisse Liste ist ein gemeinsames Projekt von Bertelsmann Stif-



Vater und Sohn am Tablet: Viele Eltern wünschen sich, dass ihre Kinder möglichst früh den Umgang mit neuen Medien erlernen.

tung und den Dachverbänden der größten Patienten- und Verbraucherorganisationen. Die Analyse zeigt: Etwa vier von fünf Patienten würden ihren Zahnarzt „bestimmt“ weiterempfehlen. Hingegen empfinden nur 62 Prozent der Patienten die Aufklärung über Kosten als komplett verständlich, 63 Prozent sehen die Kostenpläne immer als verlässlich an. Hinzu kommt: Fast jeder zehnte Patient nimmt eindeutig einen Verkaufsdruck wahr, fühlt sich also zu kostenpflichtigen Zusatzleistungen gedrängt. ■

ZUM AOK-ARZTNAVIGATOR:
www.aok.de/arztnavi

URTEIL Erfolg für Obama-Care

Die Gesundheitsreform von US-Präsident Barack Obama entspricht der Verfassung. Das oberste Gericht des Landes, der Supreme Court, bestätigte Ende Juni mit sechs zu drei Stimmen, dass staatliche Beihilfen für Krankenversicherte vom Gesetz

gedeckt seien. Die Gesundheitsreform gilt als Herzstück der Reformpolitik von Obama. Bei einem Scheitern hätten sechs Millionen Amerikaner ihren Versicherungsschutz verloren. Die Klage von vier Bürgern aus dem Bundesstaat Virginia richtete sich gegen eine unklare Formulierung im Gesetz. Danach sind US-Bürger förderungsberechtigt, wenn sie ihre Police über die von den Bundesstaaten eingerichteten Versicherungsmarktplätze abschließen. Das Portal healthcare.gov der Regierung wird dagegen nicht ausdrücklich erwähnt. Die Kläger argumentierten, bei Abschlüssen über das Regierungsportal dürfe keine Förderung fließen. ■

REPORT Viele Kliniken sehen Rot

Viele der rund 2.100 Krankenhäuser in Deutschland können keine ausgeglichenen Bilanzen vorweisen. Das geht aus einer beim Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit vorgestellten Studie hervor, die unter anderem vom Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) in Essen erstellt wurde. Danach war im Jahr 2013 jedes sechste Krankenhaus von der Insolvenz bedroht, jedes dritte schreibt rote Zahlen und fast jede zweite Klinik kann nicht ausreichend in neue Medizin-geräte oder Neu- und Umbauten investieren. ■

kurz & bündig

- +++ NACHWUCHS:** Derzeit absolvieren rund 360.000 Jugendliche eine Ausbildung im Bereich der Gesundheits-, Erziehungs- und Sozialberufe, teilte das Bundesinstitut für Berufsbildung in Nürnberg mit.
- +++ ORIENTIERUNGSHILFE:** Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin hat auf ihrem Online-Portal (www.dgpalliativmedizin.de) einen Wegweiser freigeschaltet, der einen niedrigschwelligen Zugang zu Angeboten der Hospiz- und Palliativversorgung ermöglichen soll.



Tiefer eintauchen!

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

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



G+G
Gesundheit und Gesellschaft



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



Viermal im Jahr:
G+G-Wissenschaft

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

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

www.kompart.de/shop



Name Ich bezahle per Bankeinzug Ich bezahle per Rechnung

Straße IBAN BIC

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

PLZ/Ort Datum, Unterschrift

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

KomPart
Ihr KommunikationsPartner

ARZTPRAXEN

Keine Extratermine für HIV-Patienten

Führende HIV/Aids-Organisationen in Deutschland haben ein Ende der Diskriminierung von Menschen mit HIV im Gesundheitswesen gefordert. „HIV-positive Patienten dürfen keine Nachteile bei Zugang und Versorgung haben“, hieß es. Ausgerechnet in Praxen und Kliniken würden Menschen mit HIV stigmatisiert. So erhielten sie beim Arzt oder Zahnarzt keinen oder nur den letzten Termin am Tag. Begründung: Nach ihrem Besuch seien besondere Desinfektionsmaßnahmen nötig. Für eine Sonderbehandlung gebe es aber keinen Grund, so Professor Dr. Georg Behrens, Präsident der Deutschen AIDS-Gesellschaft. Würden normale Hy-

Zitat des Monats

Das Älterwerden hält so interessante Dinge bereit wie das Knacken von Gelenken.

Erich Böhme (1930–2009), deutscher Journalist und Publizist

gienevorschriften eingehalten, sei eine HIV-Übertragung im medizinischen Alltag ausgeschlossen. „HIV-positive Patienten können behandelt werden wie alle anderen.“ ■

STATISTIK

Weniger Kliniken mit Apotheken

Im Jahr 2013 verfügten 393 Krankenhäuser über Apotheken, das entspricht einem

knappen Fünftel (19,7 Prozent) aller Kliniken. Etwa ein Viertel (100) der Apotheken, so das Statistische Bundesamt, diene ausschließlich der Selbstversorgung der Häuser, 293 versorgen sowohl das eigene Haus als auch andere Kliniken. Damit geht die absolute Zahl der Krankenhausa-
apotheken stetig zurück. Anfang der 90er Jahre lag ihre Zahl bei über 600, 2005 verfügten etwa 500 Kliniken über eigene Apotheken. ■

BRANDENBURG WHO würdigt Engagement

Brandenburg ist von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zum zweiten Mal als „Sichere Region“ ausgezeichnet worden. Voraussetzung ist ein besonderer Einsatz für die Prävention von Verletzungen durch Unfälle und Gewalt. Das Land Brandenburg ist seit fünf Jahren Mitglied im WHO-Netzwerk „Safe Communities“, in dem sich weltweit rund 350 Kommunen und Regionen das Ziel gesetzt haben, ihre Bürger durch zielgerichtete Prävention vor Unfällen, Gewalt und Selbstverletzungen zu schützen. In Deutschland ist neben dem Land Brandenburg die Stadt Delmenhorst als „Sichere Gemeinde“ ausgezeichnet. ■

MEHR INFOS: www.sicheres.brandenburg.de

KORRUPTION

Nachholbedarf bei Schutz vor Betrug

Das Gros der Krankenhäuser in Deutschland trifft keine effektiven Vorkehrungen gegen Korruption und Betrug. Das geht aus einer Umfrage des Fachportals „Bibliomed-Manager“ in Zusammenarbeit mit dem Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung, der Kanzlei Weimer/Bork sowie der Compliance-Beratung SCC hervor. Demnach haben nur 31 Prozent der befragten Häuser ein Compliance Management System (CMS) implementiert. Vor allem öffentlich-rechtliche Kliniken offenbaren laut Studie Nachholbedarf. Dort geben drei Prozent der Häuser an, über ein CMS zu verfügen. Bei freigemeinnützigen Häusern arbeiten sieben Prozent mit einem CMS. Anders bei den Privaten, deren Vertreter ausnahmslos angaben, auf dieses System zu setzen. ■

DEMOGRAFIE

Prävention vor Reha vor Pflege

Mit Blick auf die wachsende Zahl älterer Menschen in Deutschland hat Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe die Bedeutung des Grundsatzes „Prävention vor Rehabilitation vor Pflege“ betont. Gesundheitsförderung sei „in jeder Lebensphase“ wichtig, sagte der CDU-Politiker anlässlich des Kongresses „Prävention und Pflege“ in Berlin. Ein Ziel des Präventionsgesetzes sei es, ältere und pflegebedürftige Menschen verstärkt mit gesundheitsfördernden Leistungen zu erreichen. Deshalb erhielten die Pflegekassen einen eigenen gesetzlichen Auftrag zur Prävention in Heimen. ■

Köpfe und Karrieren



+++ EVA QUANTE-BRANDT, 55, ist neue Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz der Hansestadt Bremen. Die Sozialdemokratin verantwortete zuvor das Ressort Bildung und Wissenschaft. Die gebürtige Bremerin studierte Pädagogik, Germanistik und Sport für das Lehramt. Anschließend arbeitete sie zunächst als Geschäftsführerin der Bremer Arbeitslosen-Selbsthilfe. 1995 ging sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin an die Akademie für Arbeit

und Politik der Universität Bremen, promovierte 1996 und habilitierte 2003. Nach Vertretungsprofessuren in Bremen und Darmstadt wurde sie 2009 Direktorin der Akademie für Arbeit und Politik der Universität Bremen. Bevor sie 2012 Bremer Senatorin für Bildung und Wissenschaft wurde, war sie ein Jahr lang Staatsrätin für Bundes- und Europaangelegenheiten und Integration sowie Bevollmächtigte der Hansestadt beim Bund und für Europa.

+++ KATHARINA NEBEL, 51, hat erneut die Präsidentschaft des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken (BDPK) übernommen. Die promovierte Fachärztin für Orthopädie und Geschäftsführerin ihres eigenen Klinikunternehmens bekleidet das Amt seit dem Jahr 2009. Dem Vorstandsvorsitz gehört sie seit 2000 an. BDPK-Vizepräsidenten sind Dr. Ulrich Wandschneider, Vorsitzender der Asklepios Kliniken GmbH in Hamburg, und Dr. Michael Philippi, Vorstandsvorsitzender der Sana Kliniken AG in München.



Gesundheit ganz digital?

Mit dem E-Health-Gesetz will die Bundesregierung bei der elektronischen Gesundheitskarte Dampf machen. Sind die Weichen in Richtung digitales Gesundheitswesen richtig gestellt?



DR. KATJA LEIKERT (CDU), Mitglied im Bundestags-Gesundheitsausschuss: Mit dem Gesetz soll vor allem die Telematik-Infrastruktur – die sichere Internet-Verbindung für Gesundheitsdaten – ins Laufen gebracht werden. Das kann aber nur der Anfang sein, denn die Chancen der Digitalisierung im Gesundheitswesen müssen beim Patienten ankommen. Deswegen begrüße ich zwar die im Gesetzesentwurf vorgesehenen Regelungen zu Notfalldaten, Medikationsplan, eArzt- und eEntlassbrief. Dem aber sollten echte telemedizinische Anwendungen wie das Monitoring von Herzinsuffizienz-Patienten folgen. Auch sollte der Patient ein Recht darauf haben, jederzeit auf seine Daten in Form einer elektronischen Patientenakte zuzugreifen.

MICHAEL GANSER, Senior Vice President Zentral- und Osteuropa, Cisco: Die Digitalisierung bietet eine unglaublich große Chance für das Gesundheitswesen in Deutschland. Eine flächendeckende elektronische Gesundheitskarte ist ein erster und wichtiger Schritt. Mithilfe neuer Technologie und durch aktive Einbindung von Patienten bei der Heilung und von Gesunden bei der Prävention lassen sich die großen Herausforderungen meistern. Diese lauten Vernetzung und demografischer Wandel. Wichtig ist zudem, die Patientensicherheit, etwa durch die Automatisierung der Medikation in den Kliniken, zu erhöhen und so die Lebensqualität erheblich zu steigern.



KARIN STÖTZNER, Patientenbeauftragte des Landes Berlin: E-Health & Co. bergen enorme Möglichkeiten der schnellen und zielgenauen Kommunikation. Das Speichern und Weitergeben gesundheitsbezogener Daten birgt aber auch Missbrauchspotenzial. Auf Akzeptanz bei den Patienten kann man daher nur setzen, wenn nachweislich und kontrollierbar höchste Sicherheitsstandards gewährleistet sind. Nach Hackerangriffen auf scheinbar stark geschützte Bereiche wie den Bundestag ist die Sorge der Menschen groß. Volle Einsicht und Kontrolle der gespeicherten Daten durch die Betroffenen gehören deshalb zu den obersten Anliegen. Solche Konzepte zur Sicherheit der Patientenautonomie sind aber noch unzureichend kommuniziert.

FRANK MICHALAK, Vorstandsvorsitzender der AOK Nordost: Zum Nutzen der Patienten halte ich es für wichtig, dass eine leistungsstarke Telematik-Infrastruktur für digitale Gesundheitsanwendungen endlich vorangebracht wird. Insofern ist es gut, dass die Bundesregierung mit dem E-Health-Gesetz versucht, Tempo zu machen. Das Gesundheitswesen in Deutschland hat hier noch großen Nachholbedarf, während die Digitalisierung für viele Menschen im Alltag längst Wirklichkeit ist. Wir setzen uns daher für einen Schub in der digitalen Medizin ein, die einerseits sinnvoll und gut für unsere Versicherten ist und andererseits den notwendigen Datenschutz erfüllt.



EVIDENZ Hautkrebsscreening kritisch hinterfragt

Das Netzwerk für Internet-basierte Medizin (DNEbM) sieht die Sinnhaftigkeit des Hautkrebsscreenings nicht mit konkreten Zahlen hinterlegt. Das Nutzen-Schaden-Verhältnis des Verfahrens lasse sich weiterhin nicht quantifizieren, heißt es in einer



eHealth-Projekt 2015“ belegt. Die Initiative habe eine hohe Relevanz für die öffentliche Verwaltung, die Gesundheitsversorgung und das Bildungswesen und somit für die Gesellschaft, heißt es in der Laudatio. „Die Umsetzung wird das Leben von uns allen vereinfachen.“ Ziel von ARMIN ist es, Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung zu erhöhen. Voraussetzung für die Teilnahme von Arztpraxen an dem Projekt ist die Installation der S3C-Schnittstelle auf dem Praxisrechner. Entwickelt wurde die Schnittstelle von der AOK-Tochter gevko GmbH. ■

STUDIE Eheleute sammeln mehr Pfunde an

Verheiratete bringen mehr Pfunde auf die Waage und treiben weniger Sport als alleinstehende Menschen, glaubt man einer Studie der Uni Basel und des Max-Planck-Instituts für Bildungsforschung in Zusammenarbeit mit der Gesellschaft für Konsumforschung. Für ihre Studie verglichen die Forscher die Verbindung zwischen Familienstand und Body-Mass-Index (BMI). Dieser setzt das Körpergewicht in Relation zur Körpergröße. Ein zu hoher BMI kann chronische Erkrankungen begünstigen. Für die Erhebung nutzten die Wissenschaftler Daten von 10.226 Bürgern aus Österreich, Frankreich, Deutschland, Italien, den Niederlanden, Polen, Russland, Spanien und Großbritannien. Über alle Länder hinweg zeigte sich: Paare haben im Vergleich zu Alleinstehenden den höheren BMI. Ein normaler BMI liegt laut WHO zwischen 18,5 und 25. ■

Stellungnahme. Laut Krebsregisterdaten für Deutschland gebe es weder eine Abnahme der Mortalität noch der fortgeschrittenen Stadien des Melanoms. Das Hautkrebsscreening wurde 2008 eingeführt. Das Votum des Gemeinsamen Bundesausschusses für das Screening war damals unter der Bedingung getroffen worden, es wissenschaftlich zu evaluieren. ■

E-HEALTH Projekt ARMIN ausgezeichnet

Die gevko GmbH und die AOK PLUS haben mit dem Projekt ARMIN (Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen) beim eGovernment-Wettbewerb den dritten Platz in der Kategorie „Bestes

RAUCHEN

E-Zigaretten beliebt bei Jugendlichen

Für Jugendliche sind E-Zigaretten kein Fremdwort mehr. Das Gros der Zwölf- bis 17-Jährigen kennt diese Alternativen zu Zigaretten und Tabak, 15 Prozent haben sie schon ausprobiert. Das geht aus einer Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hervor. E-Shishas – eine Variante der E-Zigaretten, die zumeist bunt bedruckt sind und in verschiedenen Geschmacksrichtungen wie Apfel oder Mango verkauft werden – sind 73 Prozent der Jugendlichen bekannt. „Rauchen ist mehr und mehr out. Die aktuellen Daten der BZgA-Studie zeigen jedoch auch, dass bunte, peppige E-Shishas und E-Zigaretten eine große Anziehungskraft auf Kinder- und Jugendliche ausüben und diesen positiven Trend umkehren können“, warnte die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marlene Mortler. ■



Große Anziehungskraft: 15 Prozent der Zwölf- bis 17-Jährigen haben E-Zigaretten bereits ausprobiert.

EUROPÄISCHE UNION

Etliche Ausnahmen für Medizinprodukte

Die Regeln für die Zulassung von Medizinprodukten in der EU bleiben lasch. So sehen die Beschlüsse des EU-Ministerrates bei der Verpflichtung auf klinische Studien zu Sicherheit und Wirksamkeit zahlreiche Ausnahmen vor. Ebenso vom Tisch ist eine verpflichtende Haftpflichtver-

sicherung für Hersteller von Medizinprodukten. Auch eine zentrale Zulassungsstelle ist weiterhin nicht vorgesehen. Der AOK-Bundesverband nannte den Beschluss „halbherzig“. Es sei zu hoffen, dass in den anstehenden Verhandlungen zwischen Rat, Parlament und Kommission noch Verbesserungen für die Patientensicherheit bei Hochrisikomedizinprodukten erreicht würden, so der Verband. ■

NEUE ARZNEIMITTEL

Schnell auf dem Markt

Hersteller und Verbraucher von Arzneimitteln finden in Deutschland gute Bedingungen vor, so der Tenor einer Studie der Technischen Universität Berlin zum Vergleich der Arzneimittelversorgung in Europa. Nirgendwo sonst stünden neue Arzneimittel nach der Zulassung so schnell, umfassend und öffentlich erstattet zur Verfügung wie in Deutschland, so Studienautor Professor Dr. Reinhard Busse. Weiteres Alleinstellungsmerkmal sei die volle Erstattungspflicht der Kassen in den ersten zwölf Monaten nach Zulassung eines neuen Medikaments, für einen Zeitraum also, in dem noch keine Nutzenbewertung erfolgt sei. Jedoch gebe auch kein anderes Land in Europa so viel Geld für Arzneien aus. Um das Preis-Leistungs-Verhältnis zu verbessern, sei eine gezieltere Nutzensteuerung bei neuen Tabletten nötig. ■

SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH**„Prävention ist bei uns schon seit Jahren Programm“**

Gesundheitsvorsorge soll sich für bei der AOK Sachsen-Anhalt versicherte Familien künftig noch stärker auszahlen. Dazu Fragen an **Susanne Wiedemeyer**, Verwaltungsratsvorsitzende der Gesundheitskasse.

G+G: Frau Wiedemeyer, die AOK Sachsen-Anhalt baut ihre Gesundheitsvorsorge für Familien weiter aus. Warum?

WIEDEMEYER: Die Gesundheit der Kinder liegt uns besonders am Herzen. Deshalb bieten wir den Versicherten zahlreiche Satzungsleistungen wie etwa die Hebammenrufbereitschaft. Das gesunde Auf- und Heranwachsen von Kindern wird gefördert, indem wir Mütter und Väter sowie alle anderen Familienangehörigen in ihrer Erziehungs- und Gesundheitskompetenz stärken. Das kräftigt die gesundheitlichen Ressourcen der Familien.

G+G: Profitieren sollen die Versicherten auch von einem neuen Bonus-system. Was genau hat es damit auf sich?

WIEDEMEYER: Das zum 1. Juli neu geschaffene Bonussystem soll insbesondere die Gesundheitsförderung für Familien stärken. Im

Fokus steht die frühkindliche Gesundheitsvorsorge. Unsere Bonuswelt gibt Anreize zur Vorsorge in der Geburtsvorbereitung, bei Kinderuntersuchungen, Impfungen, in der Zahnvorsorge, zum Berufsstart und im betrieblichen Gesundheitsmanagement.

G+G: Auf Bundesebene steht ein Präventionsgesetz kurz vor dem Abschluss. Was erwarten Sie hier?

WIEDEMEYER: Es ist richtig und wichtig, die Prävention in den Lebenswelten der Bürger zu stärken. Prävention ist bei der AOK seit Jahren Programm. Keine andere Kasse lebt dieses Thema so wie wir. Allerdings hätte ich mir im Gesetz eine stärkere finanzielle Beteiligung von Ländern, Kommunen und privater Krankenversicherung gewünscht. Skeptisch sehen wir die Subventionierung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durch die Krankenkassen.

Nicht alle Häuser überleben

Die Große Koalition hat ihre Klinikreform auf den Weg gebracht. Die sei aller Ehren wert, meint **Jens Heitmann**. Doch nicht jedes Krankenhaus stehe am Ende als Gewinner da.



WENN DIE KRANKENHÄUSER SELBST LEIDEN, trifft das die Menschen an einem wunden Punkt. Hospitäler bieten auch dann noch Hoffnung, wenn der Hausarzt kapituliert. Selbst wenn Kranke und deren Angehörige manche Möglichkeiten der Hochleistungsmedizin inzwischen eher als Bedrohung wahrnehmen – so verstummen solche Diskussionen

abrupt, sobald dem kleinen Krankenhaus vor der eigenen Haustür die Schließung droht.

Dann reihen sich auch Lokal- und Landtagsabgeordnete in die langen Lichterketten ein, die sonst nie gemeinsam Position beziehen – und Mediziner, die bei Einweisungen längst entferntere Fachkliniken bevorzugen, entdecken den Wert kurzer Wege ebenso plötzlich neu wie ihre Patienten, die sonst auch wenig Vertrauen in die Heilkunst im Haus am Platz haben. Es sind auch solche Reflexe, die eine Sanierung der Krankenhäuser erschweren.

Die Große Koalition hat sich der Aufgabe dennoch angenommen und will erstmals die Anforderungen an die Qualität mit der Bezahlung medizinischer Leistungen verknüpfen. Dieser Ansatz ist über-

fällig und aller Ehren wert. Aktuell aber fehlt es den Kliniken schlicht an Geld. Dafür gibt es mehrere Gründe – der wichtigste ist zweifellos, dass die Bundesländer nur einen Bruchteil der von ihnen versprochenen Gelder für Gebäude und Großgeräte zahlen.

Viele Klinikchefs ahnen aber, dass sie auch dann nicht aus dem Schneider wären, wenn die Länder ihren Verpflichtungen nachkämen. Die zunehmende Spezialisierung der Medizin stellt die Häuser vor eine Herausforderung, die sie in ihrer jetzigen Struktur nicht bestehen können. Nicht jede Klinik wird künftig jede mögliche Leistung anbieten können: Wer auf dem Lande einen Herzinfarkt erleidet, benötigt schnelle Hilfe vor Ort – planbare Operationen aber gehören in die Hände von Experten. Auf diesem Weg wird es Gewinner und Verlierer geben.

Nicht alle rund 2.000 Kliniken können den Wandel überleben. Daher ist es für das Gelingen der Reform entscheidend, die richtigen Kriterien zugrunde zu legen. Dass die nachgewiesene Qualität der Behandlung mit darüber entscheiden soll, wie viel Geld fließt, ist nur eine Voraussetzung für den Erfolg. Darüber hinaus ist die ambulante Versorgung besser mit der stationären zu verzahnen. Vom Grundsatz her werden das viele unterschreiben. Die Widerstände warten in der Etappe. ■

Jens Heitmann ist Wirtschaftsredakteur der „Hannoverschen Allgemeinen Zeitung“.

PERSONALIE

Neuer Vorstand im AOK-Bundesverband

Überraschender Wechsel an der hauptamtlichen Spitze des AOK-Bundesverbandes: Nach der Trennung von den bisherigen Geschäftsführenden Vorständen Jürgen Graalmann und Uwe Deh haben vorübergehend der Vorstandsvorsitzende der AOK NORDWEST, Martin Litsch, und der Vorstandsvorsitzende der AOK Nordost, Frank Michalak, zusätzlich zu ihren Vorstandstätigkeiten die Funktion als Geschäftsführende Vorstände des AOK-Bundesverbandes übernom-

men. Der AOK-Bundesverband werde – unbenommen von den aktuellen personellen Veränderungen an seiner Spitze – weiterhin „engagierte und konstruktive Arbeit in den Gremien der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen“ leisten. „Mehr als 400 kompetente Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des AOK-Bundesverbandes stellen dies sicher“, so Michalak und Litsch. Der Blick der AOK-Familie richte sich nunmehr nach vorn. So werde eine vom Aufsichtsrat einberufene Findungskommission Ausschau nach Nachfolgern für Graalmann und Deh halten. „Für diese Aufgabe suchen



Stehen für einen starken AOK-Bundesverband: Die beiden Interims-Vorstände Frank Michalak (li.) und Martin Litsch.

men. Unterstützt werden sie von Norbert Kaufhold, der bis 2013 als Vorstandsvorsitzender die Geschicke der AOK Bremen/Bremerhaven lenkte. Michalak und Litsch betonten übereinstimmend, dass sie für einen „starken und verlässlichen AOK-Bundesverband“ stünden. Der Verband nehme innerhalb der AOK-Familie eine „wichtige regelnde und steuernde Funktion“ ein und betreibe nach außen „intensive gesundheitspolitische Lobbyarbeit“. Diese Arbeit orientiere sich an den Interessen der rund 24 Millionen bei der Gesundheitskasse versicherten Menschen.

wir jetzt die besten Personen.“ Nach dem offen zu Tage getretenen Konflikt an der Führungsspitze des AOK-Bundesverbandes sei ein „personeller Neustart“ unumgänglich gewesen, betonte Litsch. Die Entscheidung, sich von Graalmann und Deh zu trennen, sei daher von den elf AOK-Vorständen „einstimmig und in enger Absprache mit den beiden Aufsichtsratsvorsitzenden“ gefallen. „Dies zeigt, dass es keinen Streit im AOK-System gibt“, sagte Litsch. „Im Gegenteil: Das AOK-System hat seine Handlungsfähigkeit bewiesen.“ ■

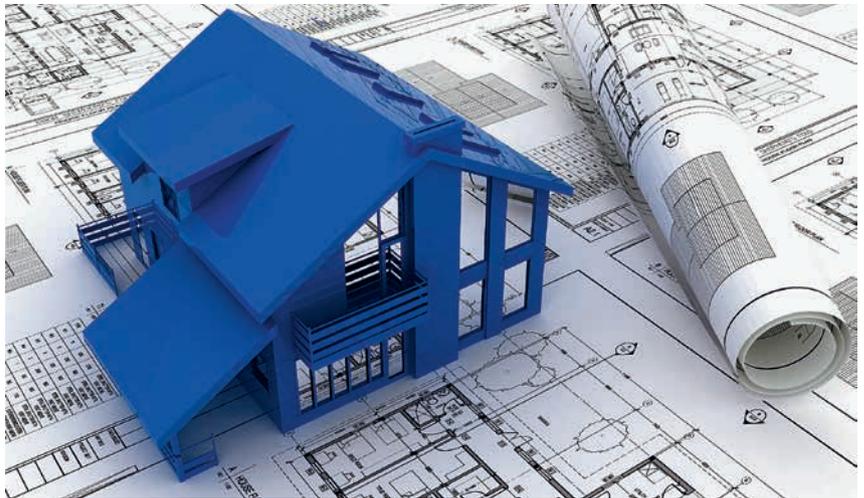
Pflegehaus vor der Grundsanierung

Die Bundesregierung hat ihren Entwurf für eine zweite Pflegereform vorgelegt. Kern ist ein neuer Begriff von Pflegebedürftigkeit. Vor allem an Demenz erkrankte Menschen sollen davon profitieren. **Von Thomas Hommel**

SPD-Urgestein Ulla Schmidt wollte ihn einführen. FDP-Mann Philipp Rösler mühte sich in mehreren „Pflegedialogen“ daran ab. Und auch sein Parteikollege Daniel Bahr schüttelte die Hände vieler Experten, um die Weichen für einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff zu stellen. Erfolglos blieben sie alle drei. Erst dem amtierenden Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe von der CDU dürfte es wohl vergönnt sein, am Ende dieser Legislatur sagen zu können: Ja, wir haben den Pflegebegriff modernisiert.

Mit dem Entwurf für das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) gießt die Bundesregierung den zweiten Teil ihrer Pflegereform in Paragraphen. Mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz (PSG I), das zum 1. Januar 2015 in Kraft getreten ist, wurden bereits neue Leistungen in der häuslichen Pflege eingeführt und bestehende Leistungen teils ausgeweitet und flexibilisiert.

Neue Pflegeformel. Kern der nun folgenden zweiten Reform ist ein neuer Begriff von Pflegebedürftigkeit. Die geltende Formel gilt seit Jahren als überholt, da sie einseitig somatisch, sprich auf körperliche Gebrechen eines pflegebedürftigen Menschen ausgerichtet ist und insbesondere



Konstruktion gelungen: Das zweite Pflegestärkungsgesetz entlastet Pflegebedürftige.

Demenzkranke bei den Leistungen der Pflegeversicherung vernachlässigt.

An die Stelle der bisherigen drei Pflegestufen sowie dem eingeschränkten Zugang zur Pflegeversicherung für Demenzkranke (Pflegestufe 0) treten fünf Pflegegrade. Die Frage, in welchem Grad ein Pflegebedürftiger kommt und wie viel Unterstützung er anschließend erhält, wird mithilfe des neuen Begutachtungs-Assessments (NBA) festgelegt. Dieses baut auf sechs Modulen auf, die alle „pflegerelevanten Bereiche“ – darunter Mobi-

lität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Selbstversorgung oder Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte – erfassen sollen. Der Vorteil: Das, was der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) begutachtet, ist erheblich weiter gefasst als bislang, Pflegebedürftigkeit lässt sich umfassender berücksichtigen und leistungsrechtlich besser abbilden. Zudem läutet der NBA einen Paradigmenwechsel ein, da nunmehr der Grad der Selbstständigkeit im Alltag eines Pflegebedürftigen Maßstab dafür ist, welche Leistungen er bezieht (siehe Abbildung „Grade statt Stufen“).

Pflegeausbildung: Eine für alle

Auch die Pflegeausbildung wird umgekrempelt: So sollen die bislang getrennten Ausbildungswege zur Gesundheits-, Alten- und Kinderkrankenpflege in einer generalistischen Pflegeausbildung zusammengeführt werden. An deren Ende steht nur noch ein Abschluss als „Pflegefachfrau“ oder „Pflegefachmann“. Dies sieht ein [Arbeitsentwurf für ein Pflegeberufegesetz](#) vor, den die Bundesregierung den Ländern vorgelegt hat. Die neue Pflegeausbildung soll wie die alte drei Jahre dauern. Für die [generalistische Ausbildung](#), so Befürworter, spreche, dass Ärzte wie Pflegekräfte in Kliniken immer mehr alte, mehrfach erkrankte Patienten versorgen. Zugleich steige in der stationären Altenpflege die Zahl derjenigen, die eine medizinisch orientierte Versorgung benötigen. Daher mache es keinen Sinn, bei den Versorgungssystemen zwischen alten und jungen Patienten zu unterscheiden und die Pflegeausbildung getrennt laufen zu lassen. Zudem mache die Generalistik die Pflegeberufe durchlässiger und erhöhe die Karrierechancen. Kritiker befürchten hingegen einen Kompetenzverlust, sollte die Altenpflegeausbildung in einer generellen Lehre aufgehen.

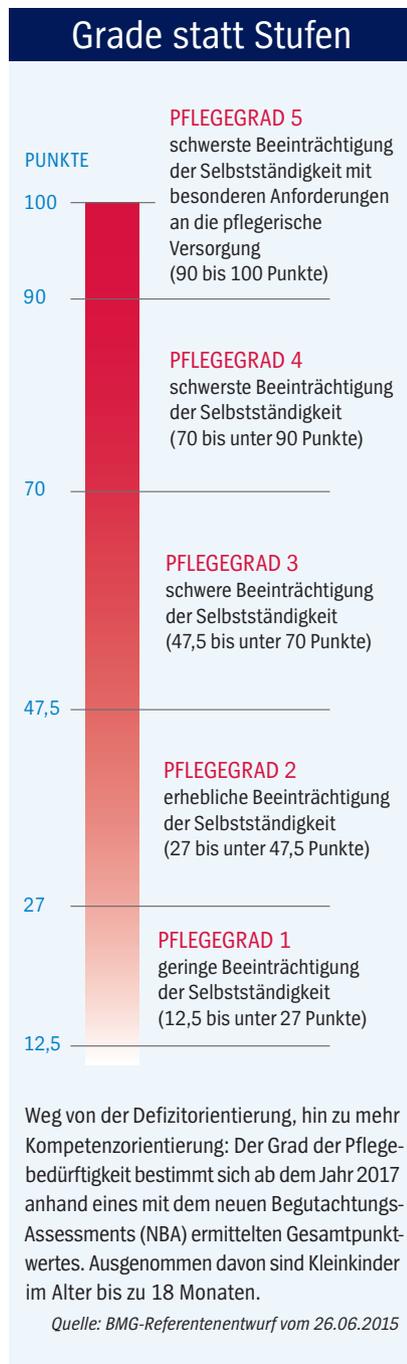
Regierung sagt Bestandsschutz zu. Heutige Leistungsbezieher werden automatisch in das neue Pflegesystem übergeleitet. Dabei bekommen Pflegebedürftige mit kognitiven Beeinträchtigungen einen doppelten Stufensprung – etwa von Pflegestufe 1 in Pflegegrad 3, körperlich beeinträchtigte Pflegebedürftige einen einfachen Stufensprung – zum Beispiel von Pflegestufe 1 in Pflegegrad 2. Eine Neubegutachtung entfällt. Eine vom Pfl-

gebedürftigen beantragte Neubegutachtung führt auch bei geringerer Einstufung nicht zur Beendigung des Bestandsschutzes. Das heißt: Es gilt lebenslang Bestandsschutz – außer die Voraussetzungen für Pflegebedürftigkeit entfallen.

Zudem soll der Eigenanteil bei einer Unterbringung im Heim nicht mehr wie bisher entsprechend der drei Pflegestufen steigen. Im neuen System gilt daher in den Pflegegraden 2 bis 5 ein gleich hoher, aber einrichtungsindividuell unterschiedlicher Betrag für den Eigenanteil. Derzeit bringen Heimbewohner – je nachdem, in welcher Pflegestufe sie sind – einen Eigenanteil zum Heimplatz zwischen 460 Euro und 900 Euro monatlich auf. Künftig soll der Eigenanteil laut Bundesgesundheitsministerium (BMG) bei durchschnittlich 580 Euro im Monat liegen.

Mehr Leistungsempfänger. Die Koalition feiert ihr Gesetzesvorhaben als umfassendste Modernisierung seit Einführung der Pflegeversicherung vor 20 Jahren. Mit der Reform kämen deutlich mehr Menschen in den Genuss von Leistungen, so Gesundheitsminister Gröhe, denn alle Pflegebedürftigen erhielten künftig gleichberechtigten Zugang zu Unterstützungsleistungen der Pflegeversicherung – egal, ob sie an Demenz oder körperlichen Einschränkungen litten. Unterm Strich erwartet die Bundesregierung, dass im Zuge des neuen Begutachtungsverfahrens die Zahl der Leistungsberechtigten der gesetzlichen und der privaten Pflegeversicherung um rund 500.000 Menschen von heute etwa 2,7 Millionen auf dann 3,2 Millionen steigt.

Koalition zapft die Rücklage an. Zur Finanzierung des PSG II sollen die Pflegebeiträge zum 1. Januar 2017 um 0,2 Prozentpunkte steigen. Die Anhebung führt laut Bundesgesundheitsministerium im Jahr 2017 zu Mehreinnahmen von rund 2,5 Milliarden Euro und bis zu 2,7 Milliarden Euro in den Folgejahren bis 2020. Dem stehen laut Referentenentwurf Mehrausgaben von rund 3,7 Milliarden Euro im Jahr 2017 und von 2,4 bis 2,5 Milliarden Euro in den Folgejahren gegenüber. Hinzu kommen Überleitungskosten in Höhe von 3,6 Milliarden Euro in den nächsten vier Jahren sowie einmalige Bestandsschutzkosten von 800 Mil-



lionen Euro. Um diese Kosten von zusammen 4,4 Milliarden Euro abzudecken, sollen die Rücklagen der Pflegeversicherung angezapft werden. Diese lagen zuletzt bei 6,8 Milliarden Euro. Gesetzlich vorgeschrieben sind 3,8 Milliarden Euro. Die Höhe des derzeitigen Beitragssatzes von 2,55 Prozent reicht laut Entwurf bis 2022.

Da das PSG II frühestens zum 1. Januar 2016 in Kraft treten kann, hat die Regierung mit dem im Juni vom Bundestag verabschiedeten Präventionsgesetz

bereits Vorschalt-Regelungen auf den Weg gebracht. Sie stellen sicher, dass der GKV-Spitzenverband bereits jetzt beauftragt werden kann, die Begutachtungsrichtlinie neu zu formulieren.

Reform der Qualitätsprüfungen. Mit dem PSG II soll auch das System der Qualitätsprüfungen und Qualitätsberichte reformiert werden. Laut Referentenentwurf sind bis Ende März 2017 die Instrumente für die Prüfung der Qualität der von den stationären Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und für die Qualitätsberichterstattung in der stationären Pflege zu entwickeln. Bis Ende Juni 2017 sollen die Instrumente für die Prüfung der Qualität der von ambulanten Pflegediensten erbrachten Leistungen sowie für die Qualitätsberichterstattung in der ambulanten Pflege stehen. Darüber hinaus wird die Pflegeberatung neu strukturiert und die Informationspflichten der Pflege- und Krankenkassen ausgeweitet.

Drei große Linien. Der AOK-Bundesverband spricht von „drei großen Linien“ im PSG II. „Dazu gehört der neue Pflegebegriff sowie die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und der Pflegeberatung“, erläutert die Abteilungsleiterin für Pflege, Nadine-Michèle Szepan. Insbesondere die Einführung eines umfassenderen, pflegfachlich fundierten Pflegebegriffs entspreche einer langjährigen Forderung der AOK. Profitieren würden vor allem Menschen mit gerontopsychiatrischen und kognitiven Einschränkungen, die einen besseren Zugang zu Pflegeleistungen erhielten. „Sie sind bislang oft im Nachteil, da der geltende Pflegebegriff ihren Bedarf an Unterstützung nicht genügend berücksichtigt.“

Darüber hinaus sei es aus Sicht der AOK wichtig, den gesetzlichen Anspruch auf Pflegeberatung auf Angehörige auszuweiten. Denn diese hätten einen ganz eigenen Beratungsbedarf, so Szepan. ■

Lese- und Webtipps

- Interview mit Professor Dr. Heinz Rothgang: „Eine Art Revolution in der Pflegewelt“, G+G 12/2014.
- Dossier zur Sozialen Pflegeversicherung: www.aok-bv.de > Gesundheit > Pflege

Der unsichtbare Feind

Für Patienten ist es eine bittere Nachricht: Viele Antibiotika sind bei bestimmten Keimen inzwischen wirkungslos. Am Universitätsklinikum Tübingen geben Forscher den Kampf gegen die multiresistenten Erreger aber nicht auf. **Von Benjamin Rohrer**

Als der Bakteriologe Alexander Fleming, gebürtiger Schotte, 1945 für die Entwicklung des Antibiotikums Penicillin den Nobelpreis erhielt, gab er der Nachwelt eine Warnung mit: „Eines Tages wird jeder Penicillin in Geschäften kaufen können. Der Unwissende könnte es dann zu niedrig dosieren und die Mikroben so resistent machen.“ 70 Jahre später ist Flemings Szenario Realität. Aufgrund massenhafter, teils fehlerhafter Anwendung von Antibiotika in der Human- und Veterinärmedizin sind viele Bakterien mutiert und haben quasi als Überlebensstrategie Resistenzen aufgebaut. Die Folge: Fast nichts hilft mehr dagegen.

Für Krankenhäuser ist das ein gravierendes Problem. Völlig unbemerkt können die Bakterien dort von Mensch zu Mensch wandern. Für die Betroffenen sind solche Infektionen die reinste Qual:

In der Hoffnung, nach der Operation bald wieder nach Hause zu dürfen, werden sie plötzlich von der Außenwelt abgeschirmt. Diagnose: resistenter Krankenhauskeim. Tage- oder wochenlang sehen die Patienten dieselben verummumten Pflegekräfte. Auch Angehörige dürfen sich nur mit Kittel, Mundschutz und Haube auf dem Kopfnäher – Berührungen ausgeschlossen. In einigen Fällen hilft kein bekanntes Antibiotikum mehr. Aus einer entzündeten Operationswunde kann sich eine Infektion des gesamten Beines, später sogar eine Blutvergiftung entwickeln.

Detektivische Arbeit. Um diesen Teufelskreislauf zu durchbrechen, kommt es darauf an, den Keimen möglichst schnell auf die Schliche zu kommen. Am Universitätsklinikum Tübingen (UKT) gleicht dieses Bemühen akribischer De-

tektivarbeit. Klinikhygieniker, Forscher und Ärzte arbeiten eng zusammen. Risikopatienten, die häufig Antibiotika einnehmen oder kürzlich in der Klinik waren, werden vor der Einweisung grundsätzlich auf Keimbefall hin untersucht.

Binnen einer Stunde informiert das Campus-eigene Labor Ärzte und Pflegekräfte der betreffenden Station, um welchen Keim es sich handelt und gegen welche Medikamente er resistent ist. Der Patient kann schnell isoliert, also von anderen Patienten getrennt werden.

Solche Bemühungen zahlen sich aus. Das UKT gehört zu den Kliniken in Deutschland, die den wohl bekanntesten Klinikkeim, den Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* – kurz MRSA genannt –, weitgehend im Griff haben. Der MRSA ist eine Antibiotika-resistente Form des Nasenkeims *Staphylococcus*

„Öffentliche und private Hand sollten zusammenarbeiten“



Professor Dr. Andreas Peschel ist leitender Forscher am Interfakultären Institut für Mikrobiologie und Infektionsmedizin des Universitätsklinikums Tübingen.

Herr Professor Peschel, warum gibt es kaum noch Medikamente, die resistente Keime besiegen?

Andreas Peschel: Pharmafirmen wollen nicht die Welt retten, sondern Geld verdienen. Die Herstellung von Antibiotika ist für sie uninteressant, weil sie schnell und gut wirken. Finanziell lukrativ sind Wirkstoffe gegen chronische Infektionen, weil die Medikamente länger angewendet werden.

Sollte ein Universitätsklinikum staatlich finanziert Arzneimittel erforschen und herstellen?

Peschel: Ja. Herstellung, Marketing und klinische Screenings können wir nicht leisten. Bei der Entwicklung von Medikamenten sollte es zu Kooperationen von öffentlicher und privater Hand kommen. Solche Public-Private-Partnerships tragen Früchte.

Was können Sie als Uniklinik dazu beitragen?

Peschel: Wir gehen grundsätzlichen Fragen nach: Warum

infizieren sich Menschen? Welche Eigenschaften haben resistente Erreger? Dabei stoßen wir oft zufällig auf Schwächen der Erreger. In einem Forschungsverbund haben wir zum Beispiel entdeckt, dass der MRSA durch Botenstoffe von Viren angreifbar ist. Daraus haben wir einen neuen Wirkstoff entwickelt.

Es gibt also neue Hoffnung im Kampf gegen MRSA?

Peschel: Ja. Konkret geht es um eine Salbe, die in der Nase angewendet wird und nach der klinischen Prüfung vielleicht in zwei Jahren auf dem Markt ist. Nach nur einem Anwendungstag ist die Nase keimfrei. Der Patient kann schneller nach Hause oder operiert werden und steckt niemanden an. So verkürzen sich Liegezeiten, das ist kostensparend. Bislang müssen MRSA-Patienten eine Woche warten, bis ihre Infektion mithilfe von Reserveantibiotika abklingt. ■

Die Fragen stellte Benjamin Rohrer.

aureus, der bei Gesunden keinen Schaden anrichtet, bei kranken Patienten aber tödlich enden kann. Im Schnitt sind etwa 20 Prozent aller in deutschen Kliniken gefundenen MRSA-Bakterien resistent. In Tübingen liegt die Quote bei fünf Prozent. Am UKT sind auch immer seltener Patienten mit MRSA besiedelt: Im Jahr 2005 wurden 246 Fälle registriert, 2010 gab es noch 203 MRSA-Patienten und in den vergangenen Jahren hatten rund 120 Menschen mit dem gefährlichen Keim zu kämpfen. In anderen Kliniken liegt die Zahl teils deutlich höher.

Vielversprechender Forschungserfolg.

Doch das Tübinger Uniklinikum kämpft nicht nur gegen bereits festgestellte Erreger. An anderer Front fahnden mehr als 50 Wissenschaftler nach unbekanntem Schwachstellen der Keime. Im Rahmen intensiver Grundlagenforschung am In-

Wissenschaftler fahnden nach den Schwachstellen der Keime.

terfakultären Institut für Mikrobiologie und Infektionsmedizin suchen sie nach Möglichkeiten, die Bakterien mit neuen Medikamenten angreifbar zu machen. Mit Erfolg: So hat das UKT mit zwei weiteren Universitäten einen Wirkstoff entwickelt, der den MRSA abtöten soll.

„Wir haben entdeckt, dass der MRSA durch Bakteriophagen angreifbar ist, also durch Botenstoffe von Viren“, erläutert Professor Dr. Andreas Peschel, leitender Forscher am Institut für Mikrobiologie und Infektionsmedizin des UKT. Der Vorteil des neuen Wirkstoffs, der als Nasensalbe zur Anwendung kommt: Das Medikament tötet den MRSA binnen 24 Stunden und damit deutlich schneller als gängige Not-Antibiotika – sogenannte Reserveantibiotika –, die beim Patienten mindestens eine Woche lang angewendet werden müssen. Liegezeiten im Krankenhaus ließen sich also mit Einsatz der Salbe deutlich verkürzen, Ansteckungen vermeiden. Peschel hofft nun, dass die Salbe die klinische Prüfung erfolgreich übersteht (siehe Interview).

Resistenzen breiten sich aus. Schon heute sind die Zahlen der Keim-Epidemie besorgniserregend: Es wird geschätzt, dass in Deutschland jedes Jahr bis zu 15.000 Menschen an den Folgen einer Krankenhausinfektion sterben. Wenn sich die Resistenzen weiter so verbreiten, könnten Infektionen erneut zur Todesursache Nummer eins aufsteigen, fürchten Experten. Forscher am Berliner Universitätsklinikum Charité prognostizieren, dass ab dem Jahr 2050 weltweit rund zehn Millionen Menschen jährlich daran sterben könnten. Auch die wirtschaftlichen Schäden wären verheerend. Für die Behandlung der Patienten und den Produktivitätsverlust geben die Staaten der EU laut European Center for Disease Control schon heute jährlich 1,5 Milliarden Euro aus. Tendenz: steigend.

Politik will Verschreibungspflicht. Nicht zuletzt deswegen hat auch die Politik das Thema weit oben auf die Agenda gesetzt. Bundeskanzlerin Angela Merkel setzte die Keime auf die Tagesordnung des G7-Gipfels im bayerischen Elmau. Die sieben teilnehmenden Nationen wollen den Kampf gegen die Erreger forcieren. So setzen sie sich etwa dafür ein, Antibiotika weltweit der Verschreibungspflicht zu unterstellen. Denn in vielen Ländern gibt es Antibiotika ohne Rezept. Die Folge: Der Einsatz läuft völlig unkontrolliert ab. Dass der weltweite Antibiotika-Verbrauch in den Jahren 2000 bis 2010 um 36 Prozent angestiegen ist, hat auch damit etwas zu tun.

Mehr Kontrolle wünscht sich die Politik auch beim Antibiotika-Einsatz in der Tierhaltung. Das Problem: Landwirte füttern ihre Tiere präventiv mit Penicillin, um Krankheitsausbrüche zu vermeiden. In Deutschland bekommen gesunde Tiere doppelt so viele Antibiotika wie kranke Menschen – im Jahr 2013 wurden mehr als 1.400 Tonnen verfüttert. Das Problem: Resistenzen gelangen über den Fleischverzehr von Tier zu Mensch.

Doch nicht überall sind MRSA ein so großes Problem wie in Deutschland. In Dänemark oder den Niederlanden etwa liegen die Infektionsraten niedriger. Sicherheitsvorkehrungen in der Klinikhygiene, also Isolationen und Untersuchungen auf Keimbefall, werden dort strikt befolgt – harte Konsequenzen

eingeschlossen. „Die Erreger werden meistens über das Klinikpersonal weitergegeben. In den Niederlanden werden Stationen sofort teilweise oder sogar ganz geschlossen, um eine Ausbreitung zu vermeiden“, erläutert UKT-Krankenhaushygieniker Dr. Jan Liese.

Viele Infektionen sind vermeidbar. Liese schätzt, dass sich hierzulande ein Drittel aller Infektionen durch konsequentere Hygiene vermieden ließen. „Schon regel-



Von der Hand an die Klinke: Keime im Krankenhaus sind durch konsequente Hygiene zu stoppen.

mäßiges Desinfizieren der Hände würde helfen.“ Doch Liese weist auch auf einen psychologischen Aspekt hin: „Erfolgs-erlebnisse treiben Menschen an. Bei der Hygiene gibt es kein direktes, positives Feedback wie bei einer Operation. Oft fällt es uns deshalb schwer, das Personal für präventive Aufgaben zu motivieren.“

Ein handfestes Problem sehen Peschel und Liese darin, dass sich Ärzte und Pflegekräfte aus berufsrechtlichen Gründen nicht auf Keime testen lassen dürfen. Dabei sind gerade sie die häufigsten Überträger der gefährlichen Erreger. ■

Benjamin Rohrer ist Redakteur beim KomPart-Verlag.

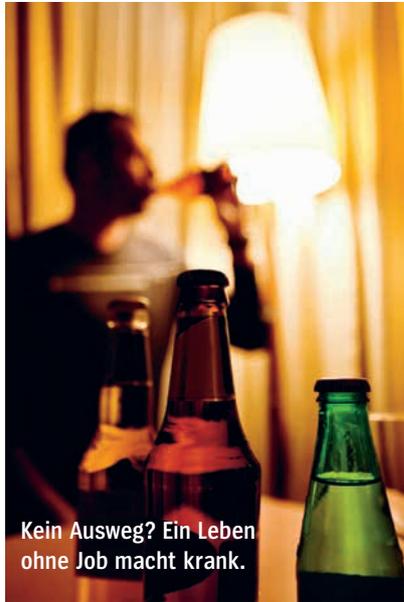
Arme Schlucker

Alkohol, Drogen, Nikotin – Ärzte diagnostizieren bei Hartz-IV-Beziehern wesentlich häufiger suchtbedingte Erkrankungen als bei Beschäftigten. Jobcenter lassen die Süchtigen aber allzu oft allein. **Von Dieter Henkel und Helmut Schröder**

Weltwirtschaftskrise 1929/1930: In Marienthal bei Wien hatten fast alle Bewohner durch den Konkurs des einzigen Spinn- und Webereibetriebes ihre Arbeitsplätze verloren. Damals erhoben Wissenschaftler empirisch, wie sich die Arbeitslosigkeit auf die Menschen in Marienthal auswirkte: Resignation, Verzweiflung und Apathie hielten Einzug in die Dorfgemeinschaft und das Nichtstun beherrschte ihren Tag (*siehe Lesetipps*).

Natürlich ist die damalige Situation nicht mit heute vergleichbar. Doch nach wie vor geht Arbeitslosigkeit mit gesundheitlichen Risiken einher. Das ist bekannt. Unklar ist jedoch, ob Arbeitslosigkeit das Krankheitsrisiko erhöht oder umgekehrt Krankheit die Gefahr, arbeitslos zu werden. Beides scheint zuzutreffen. Die Wechselwirkungen lassen sich nicht klar trennen.

Auch Beschäftigte erhalten Hartz IV. Obwohl zu vermuten ist, dass Suchterkrankungen die Rückkehr in die Beschäftigung erschweren, ist über die Suchtproblematik bei Empfängern von Hartz IV (offiziell Arbeitslosengeld II) wenig bekannt ist. Zwar gibt es Gesundheits- und Suchtsurveys aus verschiedenen Bundesländern. Danach zeigen Ar-



Kein Ausweg? Ein Leben ohne Job macht krank.

beitslose im Vergleich zu Erwerbstätigen eine deutlich höhere Prävalenz, zu Alkohol, Nikotin, illegalen Drogen oder Psychopharmaka zu greifen. Diese Befunde sind aber nicht ohne Weiteres auf die gesamte Hartz-IV-Gruppe übertragbar. Denn dazu gehören nicht nur Langzeitarbeitslose, sondern auch Menschen, die zum Beispiel in der Ausbildung sind oder Angehörige pflegen. Zudem erhalten Erwerbstätige und Bezieher von Arbeitslosengeld I (ALG I) Hartz IV, wenn ihr Einkommen beziehungsweise Arbeitslosengeld nicht zum Leben ausreicht. Das gemeinsame Merkmal der Hartz-IV-Empfänger ist also nicht die Arbeitslosigkeit, sondern ein Leben am Rande oder unterhalb des Existenzminimums. 2012 beispielsweise waren von den 4,4 Millionen Hartz-IV-Beziehern 43 Prozent arbeitslos und 29 Prozent erwerbstätig.

Routinedaten geben Aufschluss. Ob ALG-I- und ALG-II-Empfänger mehr suchtbedingte Erkrankungen haben, lässt

sich mithilfe der Routinedaten der Krankenkassen ermitteln. Bislang liegen nur zwei Studien vor, die diese Daten ausgewertet haben. Problematisch an diesen Studien aber ist, dass sich die Zuordnung von Sozial- beziehungsweise Erwerbsstatus auf den Jahresbeginn bezieht, die Diagnose hingegen auf einen Zeitpunkt während des Jahres. In dieser Zeit kann sich aber der Status verändert haben.

Jedes Quartal untersucht. Deshalb wurde diese Analyse quartalsweise vorgenommen. Der Auswertung liegen die anonymisierten Daten von 18- bis 64-jährigen durchgängig AOK-versicherten Patienten aus den Jahren 2007 bis 2012 zugrunde, die während dieser Zeit in mindestens einem Quartal ALG II oder ALG I bezogen haben oder sozialversicherungspflichtig beschäftigt waren. Die Suchtprävalenz dieser drei Gruppen wurde entsprechend den dokumentierten Diagnosen aus der ambulanten, voll- und teilstationären Behandlung analysiert – unabhängig davon, ob niedergelassene Ärzte oder Kliniken an der Dokumentation und/oder der medizinischen Versorgung beteiligt waren. Insgesamt konnten bei den Suchtdiagnoseraten in der Hartz-IV-Gruppe mehr als 28 Millionen Fälle und 173 Millionen Quartalsfälle ausgemacht werden.

Hartz IV birgt hohes Risiko. Im Ergebnis zeigt sich, dass Arbeitslose deutlich stärker von Suchterkrankungen betroffen sind als Erwerbstätige. Bei etwas mehr als zehn Prozent aller Quartalsfälle, in denen ein ALG-II-Bezug vorlag, wurde mindestens eine suchtbezogene Diagnose gestellt (*siehe Grafik*). Das ist fast dreimal soviel wie bei den Erwerbstätigen. Bei den ALG-I-Beziehern liegt der Wert um das fast Zweifache höher als bei den

Lesetipps

- Marie Jahoda, Paul Felix Lazarsfeld, Hans Zeisel: **Die Arbeitslosen von Marienthal.** Ein soziographischer Versuch über die Wirkungen langandauernder Arbeitslosigkeit. Hirzel, Leipzig 1933.
- Dieter Henkel, Helmut Schröder: **Suchtdiagnoseraten bei Hartz-IV-Beziehenden in der medizinischen Versorgung im Vergleich zu ALG-I-Arbeitslosen und Erwerbstätigen.** Eine Auswertung der Leistungsdaten aller AOK-Versicherten der Jahre 2007–2012, in: Suchttherapie 2015.

Beschäftigten. Ein so deutliches Gefälle zwischen Hartz-IV-Empfängern und Erwerbstätigen findet sich unabhängig von Alter und Geschlecht bei der Diagnose psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Opioide, Cannabis, Sedativa/Hypnotika und Tabak. Bei den Essstörungen hingegen sind die Werte nahezu gleich.

Mit dem Alter steigt das Suchtproblem.

Die aus anderen Studien bekannten Unterschiede zwischen den Altersgruppen und Geschlechtern belegt auch die aktuelle Auswertung. So haben Männer höhere Diagnoseraten bezüglich Alkohol, Tabak oder pathologischem Spielen als Frauen. Bei den Frauen gibt es mehr Diagnosen, die auf den Konsum von Sedativa oder Hypnotika hinweisen, sowie bei den Essstörungen. Mit steigendem Alter erhöht sich bei Männern und Frauen die Zahl der Diagnosen insbesondere bei Alkohol, Tabak oder Sedativa/Hypnotika. Im Vergleich dazu haben Ärzte psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain, andere Stimulanzien, Halluzinogene oder flüchtige Lösungsmittel kaum beziehungsweise gar nicht kodiert. Ob es hier Unterschiede zwischen den

Statusgruppen gibt, ist somit nicht feststellbar. Insgesamt macht die quartalsbezogene Auswertung deutlich: ALG-II-Bezieher haben das größte Risiko, eine Suchterkrankung diagnostiziert zu bekommen, und ALG-I-Empfänger wiederum ein höheres Risiko als Erwerbstätige.

Da bei Patienten mit Hartz IV der Anteil mit schweren und chronischen alkohol- und tabakassoziierten Krankheiten überproportional hoch ist, würden gerade sie davon profitieren, wenn Früherkennung (Screenings) und Kurzintervention in der primärmedizinischen Versorgung (Hausärzte, Allgemeinkrankenhäuser) ausgebaut und systematisch erfolgen würde. Die neue S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ weist auf den Vernetzungs- und Kooperationsbedarf zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sowie psychologischen und sozialen Einrichtungen hin.

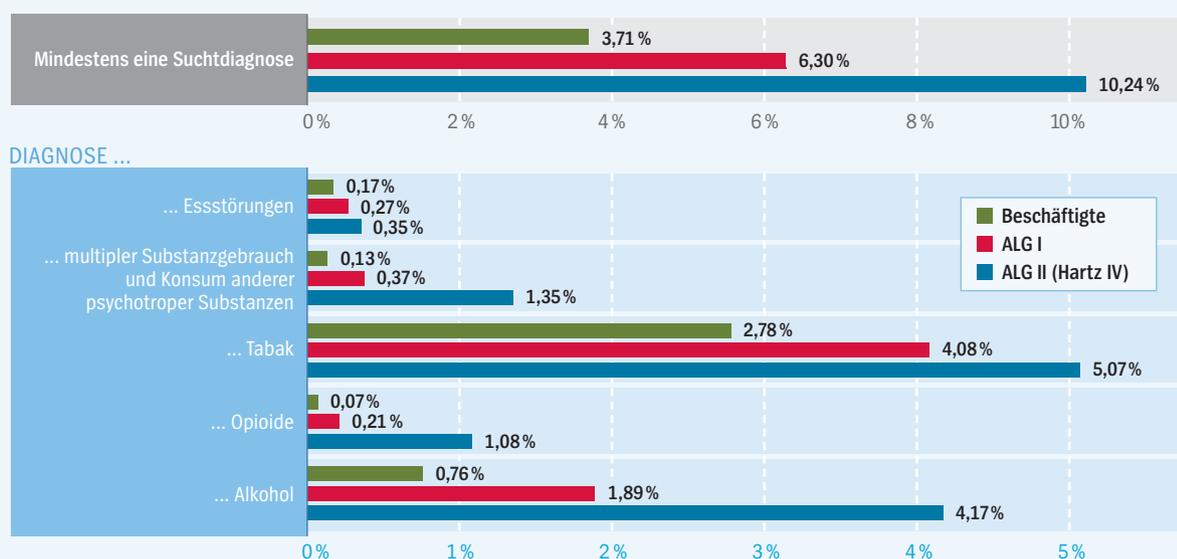
Nur wenige Jobcenter beraten. Auch die Jobcenter haben somit eine zentrale Bedeutung hinsichtlich der Gesundheit von Hartz-IV-Beziehern. Entsprechend dem Settingansatz, Gesundheit dort zu schaffen, wo gelebt wird, sollte gelten: Hat ein

Arbeitssuchender ein Suchtproblem, das seiner Eingliederung ins Erwerbsleben entgegensteht, sollten Jobcenter Suchtberatung und -hilfe vermitteln. Dies ist nach dem Sozialgesetzbuch II auch möglich. Allerdings kommen die Jobcenter dieser Aufgabe nur rudimentär nach. So wurden nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit im Jahr 2011 nur 8.800 suchtkranke Hartz-IV-Empfänger an die Suchthilfe vermittelt.

Suchtberatung kann helfen. Dies gilt es zu verbessern, um Hartz-IV-Empfängern Wege aus der Sucht und in eine existenzsichernde Erwerbstätigkeit zu eröffnen. Dadurch ließen sich nicht nur staatliche Transferleistungen reduzieren. Auch kann dies ein Stück dazu beitragen, der durch den demografischen Wandel bedingten schrumpfenden Zahl der Erwerbstätigen entgegenzuwirken. ■

Prof. Dr. Dieter Henkel ist Psychologe und unter anderem Mitglied des wissenschaftlichen Kuratoriums der Deutschen Hauptstelle für Suchtgefahren. **Helmut Schröder** ist stellvertretender Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). **Kontakt: Helmut.Schroeder@wido.bv.aok.de**

Unterschiede bei den Suchtdiagnosen



Wer Hartz IV bekommt, greift eher zu Suchtmitteln als Menschen, die ohne staatliche Hilfen auskommen. Über alle Quartale der Jahre 2007 bis 2012 hinweg diagnostizierten Ärzte bei zehn Prozent der Hartz-IV-Empfänger mindestens eine suchtbedingte Erkrankung. Bei den ALG-I-Beziehern waren es rund sechs und bei Erwerbstätigen vier Prozent. Ein Gefälle gibt es auch bei Suchtmitteln. Beispielsweise kodierten Ärzte bei über vier Prozent der Hartz-IV-Fälle alkoholbedingte Krankheiten, bei den ALG-I-Beziehern knapp zwei und bei Beschäftigten nicht einmal ein Prozent. *Quelle: Henkel/Schröder*

Große Koalition für die Gesundheit

Kassen und Kliniken, Ärzte und Apotheker, Politik und Wohlfahrt in einem Boot: In Hessen ist ein Gesundheitspakt geschmiedet, um eine gute medizinische Versorgung zu sichern und einem drohenden Mediziner-mangel auf dem Land vorzubeugen. **Von Wilfried Boroch**

Der demografische Wandel macht es erforderlich: Für eine gute und bedarfsgerechte medizinische Versorgung sind Kooperation und ein sektorenübergreifendes Versorgungsmanagement gefragt. Aktuelle Prognosen gehen davon aus, dass im Jahr 2050 ein Drittel der hessischen Bevölkerung 65 Jahre und älter sein wird. Die Menschen zieht es in die Ballungsräume, während in den ländlich geprägten Regionen die Bevölkerungszahl schrumpft. Angesichts dieser Entwicklung ist es dringend geboten, die gesundheitliche und pflegerische Infrastruktur zu verändern.

Hier setzt der für die Jahre 2015 bis 2018 unterzeichnete Hessische Gesundheitspakt 2.0 an. Er erweitert den ersten Pakt aus dem Jahr 2011 und umfasst nunmehr 28 Punkte, mit denen die Zusammenarbeit der Gesundheits- und Pflegeberufe verbessert und der Fachkräftenachwuchs gesichert werden sollen.

Den Kreis erweitert. Als Partner des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration sind alle wesentlichen Akteure des Gesundheitswesens mit dabei: von der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landesärztekammer bis hin zur Krankenhausgesellschaft und den hessischen Krankenkassen. Neu hinzugekommen sind unter anderem die Landesapothekerkammer sowie die Liga der freien Wohlfahrtspflege. Damit ist der Pakt nun breiter aufgestellt und bezieht stärker die

Arzneimittelversorgung und die Pflege mit ein. Der finanzielle Rahmen für die Jahre 2015 bis 2018 beträgt über vier Millionen Euro.

Bereits mit dem ersten Pakt konnten im Jahr 2011 wichtige Weichen gestellt werden. Zum einen wurden eine kleinräumigere Bedarfsplanung umgesetzt und zum anderen 50 Übernahmen von Arztpraxen im ländlichen Raum mit jeweils bis zu 50.000 Euro gefördert, um Umbauten vorzunehmen oder medizini-

Die Vertragspartner unterstützen angehende Mediziner, die es aufs Land zieht.

sche Geräte anzuschaffen. Bei der Fortschreibung des Paktes steht nun unter anderem die adäquate Versorgung von chronisch und mehrfach Erkrankten im Vordergrund. Auch Verbesserungen in der Pflege sowie die bessere gesundheitliche Versorgung von und durch Menschen mit Migrationshintergrund stehen auf der Agenda.

Regionale Gesundheitsreporte geplant.

Um Versorgungsdefizite zu vermeiden und Angebote bedarfsgerecht weiterzuentwickeln, wollen die Pakt-Partner regionale Gesundheitsreporte erstellen. Sie sollen das Leistungsgeschehen transparent machen und als Datengrundlage für die regionale Ausgestaltung einer vernetzten Versorgung dienen. Für eine sektorenübergreifende Versorgung fördert Hessen den Auf- und Ausbau von Gesundheitsnetzen. Auch sollen die regionalen Gesundheitskonferenzen weiter-

entwickelt werden. Das Ziel: Prävention, Rehabilitation, Arzneimittelversorgung und Leistungen von sozialen Einrichtungen verzahnen. Darüber hinaus setzen die Pakt-Partner auf den Auf- und Ausbau der Telematik-Infrastruktur.

Finanzmittel für künftige Landärzte. Um die ärztliche Versorgung in strukturschwachen Gebieten sicherzustellen, sollen Medizinstudierende, die ihre Famulatur (vorgeschriebenes Praktikum) in einer Landarztpraxis machen, dafür bis zu 600 Euro monatlich erhalten können. Hierfür stellt das Land insgesamt 200.000 Euro zur Verfügung. Als Anreiz für angehende Ärzte, frühzeitig und intensiv Erfahrungen in der ambulanten Versorgung zu sammeln, können Medizinstudierende ein Stipendium in Höhe von insgesamt 2.400 Euro erhalten, wenn sie sich im Rahmen ihres Praktischen Jahres für das Wahlfach Allgemeinmedizin, Pädiatrie oder allgemeine fachärztliche Versorgung in akademischen Lehrpraxen entscheiden. Die finanziellen Mittel stellen die Kassenärztliche Vereinigung Hessen sowie die Krankenkassen des Landes, darunter die hessische Gesundheitskasse, aus den Mitteln des Strukturfonds nach Paragraph 105 Sozialgesetzbuch V zur Verfügung.

Die AOK Hessen unterstützt den Gesundheitspakt 2.0. aktiv – nicht nur finanziell, sondern auch mit ihrem Know-how. Denn die gemeinsamen Anstrengungen sind auf die regionalen Bedürfnisse zugeschnitten. Dies stellt vielleicht auch einen gangbaren Weg für andere Bundesländer dar. ■

Dr. Wilfried Boroch leitet die Hauptabteilung Unternehmenspolitik, Kommunikation & Marketing bei der AOK Hessen.

Kontakt: Dr.Wilfried.Boroch@he.aok.de

Webtipp

Kostenloser Download des Gesundheitspaktes 2.0 auf der Homepage des hessischen Sozialministeriums unter www.soziales.hessen.de > Gesundheit > Gesundheitsversorgung > Hessischer Gesundheitspakt

„Das Kondom wird öfter weggelassen“

Seit es wirksame Therapien gegen HIV gibt, hat die Angst vor Ansteckung nachgelassen. So können sich auch andere sexuell übertragbare Krankheiten wie Syphilis und Tripper ausbreiten, warnt Epidemiologin **Viviane Bremer**. Sie fordert mehr Aufklärung – auch unter Ärzten.

Frau Dr. Bremer, wie häufig sind sexuell übertragbare Krankheiten (STI) in Deutschland?

Bremer: Zuverlässige Zahlen gibt es nur zu den meldepflichtigen Infektionen Syphilis und HIV. So haben sich die Syphilis-Meldungen seit 2009 mehr als verdoppelt – auf 5.722 im Jahr 2014. Auch bei HIV haben wir einen leichten Anstieg der Neudiagnosen. 2013 und 2014 war bei sechs Prozent der 15- bis 24-jährigen Frauen der Chlamydien-Test positiv. Chlamydien sind Bakterien, die die Genitalschleimhaut befallen.

Welche Bevölkerungsgruppen tragen ein besonders hohes Risiko für STI?

Bremer: HIV und Syphilis werden nach wie vor am häufigsten unter Männern festgestellt, die Sex mit Männern haben. Beide Erkrankungen kommen, wenn auch seltener, unter Sexarbeiterinnen vor, also bei Menschen, die sexuelle Dienste gegen Geld anbieten. In der Allgemeinbevölkerung sind dagegen Infektionen mit Chlamydien und Humanen Papillomviren, kurz HPV, weit verbreitet.

Wie gefährlich sind solche Infektionen?

Bremer: Werden die Erkrankungen spät festgestellt oder behandelt, kann das schwere Folgen haben, wie Unterleibsentzündungen und Unfruchtbarkeit. Bei Gonorrhö, umgangssprachlich Tripper, treten zudem vermehrt Antibiotika-resistente Erreger auf. Außerdem steigt die Gefahr, sich bei ungeschütztem Sex mit HIV anzustecken, wenn man sich schon mit einer STI infiziert hat.

Wie sind die hohen Zuwachsraten bei den STI zu erklären?

Bremer: Wir haben jahrelang erfolgreich über HIV aufklären können. Bei den Präventionskampagnen bleiben die STI allerdings meist außen vor. Nur wenige Menschen wissen daher gut Bescheid. Den meisten ist unbekannt, dass man sich, anders als bei HIV, auch beim Oralverkehr mit einer STI anstecken kann.

HIV auch andere STI. Ich hoffe, das zeigt Wirkung in der Bevölkerung.

Was ist darüber hinaus zu tun?

Bremer: Wir müssen mehr Ärztinnen und Ärzte für STI sensibilisieren, um ausreichend Möglichkeiten zu schaffen,



Nur wenige Allgemeinmediziner bieten Tests auf sexuell übertragbare Krankheiten an.

Dr. Viviane Bremer

Hinzu kommt, dass STI immer noch ein Tabuthema sind. Gleichzeitig ist die gefühlte Bedrohung durch HIV dank verbesserter Therapie nicht mehr die Gleiche wie vor 25 Jahren. Da wird das Kondom öfter mal weggelassen.

Wie lässt sich die Zunahme bremsen?

Bremer: Mit der HPV-Impfung und dem Chlamydientest haben wir zwei Instrumente. Leider nehmen Menschen in Deutschland die Angebote nicht ausreichend wahr. Die Aufklärung muss verstärkt werden, damit jeder weiß, wie er sich schützen kann und was bei Symptomen zu tun ist. Wichtig bleibt, beim Sex, auch beim Oralverkehr, ein Kondom zu benutzen und bei Beschwerden frühzeitig zum Arzt zu gehen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung fokussiert in ihrer Präventionskampagne neben

sich beraten und testen zu lassen. Dabei sind niedrigschwellige Angebote auch für Nicht-Versicherte wichtig. Gerade heterosexuellen Männern, die ungeschützten Sex haben, fehlen Ansprechpartner. Nur wenige Allgemeinmediziner beraten über STI und bieten Tests an. Wir haben 2013 mit der Deutschen STI-Gesellschaft Empfehlungen zu Diagnostik, Impfung und Behandlung erarbeitet und gezeigt, auf was es bei einer Beratung zur sexuellen Gesundheit ankommt. In Planung sind Fortbildungscurricula für Ärzte. ■

Das Interview führte Beate Ebberts.

Zur Person

Dr. med. Viviane Bremer, MPH, leitet am Robert Koch-Institut in Berlin das Fachgebiet „HIV/Aids und andere sexuell oder durch Blut übertragbare Infektionen“.

Pflege



ohne Gewalt

Einsperren, Missachten, Beschimpfen oder Schlagen: Pflege ist nicht immer nur von Liebe und Mitgefühl geprägt. Qualitätsexperte **Ralf Suhr** beschreibt Ursachen und Formen von Aggression in der Pflege und zeigt auf, wie sich Gewalt vermeiden lässt.

Konflikte und Gewalt können in allen Lebensbereichen auftreten – auch in der Pflege. Doch Gesellschaft und Fachöffentlichkeit fangen nur langsam an, Gewalt in diesem sensiblen Bereich wahrzunehmen und darüber zu diskutieren. Undenkbar und unsagbar erscheint vielen, dass es in der Pflege zu Gewalt, zu psychischen und körperlichen Schäden durch Machtausübung und Zwang gegen eine Person und ihren Willen kommen kann. Denn pflegebedürftige Menschen sollten doch unter besonderem Schutz stehen, da sie aufgrund ihrer Verletzlichkeit auf die Sorge und Hilfe Dritter angewiesen sind. Die Auseinandersetzung mit Gewalt in der Pflege beschränkte sich bisher weitestgehend auf die Extreme: Tabuisierung oder Skandalisierung, also den Tabubruch. Eine sachliche Diskussion und ein konstruktiver, die Gewaltprävention fokussierender Umgang mit dem komplexen Thema scheinen schwer zu sein.

Gewalt hat viele Gesichter. Ein Grund dafür: Der Begriff Gewalt ist im Pflegekontext unzureichend. Denn hierdurch besteht die Gefahr, das Phänomen zu eng als aktiven körperlichen Akt zu

verstehen. Gewalt fängt aber nicht erst beim Schlagen an. Gewalt in der Pflege zeigt verschiedene Ausprägungen und umfasst personelle, strukturelle und kulturelle Dimensionen. Der in der englischsprachigen Fachliteratur verwendete Begriff Missbrauch („abuse“) ist daher zur Beschreibung besser geeignet.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert diesen Missbrauch als „eine einmalige oder wiederholte Handlung oder das Unterlassen einer angemessenen Reaktion im Rahmen einer Vertrauensbeziehung, wodurch [einer Person] Schaden oder Leid zugefügt wird“ (WHO, 2002). Damit schließt diese Definition bewusst auch das Fehlen einer gebotenen Handlung ein und unterstreicht in besonderer Weise das bestehende Vertrauensverhältnis zwischen Täter und Opfer. Neben offensichtlichen Formen körperlicher Gewalt oder verbal aggressivem Verhalten fallen darunter ebenso die Missachtung der Intimsphäre, die finanzielle Ausbeutung oder die pflegerische Vernachlässigung. Auch Einschränkungen der Entscheidungs- oder Bewegungsfreiheit pflegebedürftiger Menschen, zum Beispiel durch Gurte oder durch nicht indizierte psychotrope Arzneimittel, stellen demnach Missbrauch beziehungsweise problematische oder sogar gewalttätige Handlungen dar (siehe Tabelle „Formen der

Gewalt in der Pflege“ auf dieser Seite). Gewalt in der Pflege ist facettenreich und nicht immer eindeutig: Das Verständnis, was Gewalt ist, hängt von vorherrschenden gesellschaftlichen Normen ab und steht zudem in kulturellem und historischen Kontext. Nicht zuletzt spielen darüber hinaus auch persönliche Grenzen sowie die individuelle Bewertung eine wichtige Rolle bei der Frage, was als problematische Handlung, was als aggressiv oder als gewalttätig empfunden wird.

Studienlage ist mangelhaft. Eine exakte Angabe, wie viele Menschen in Pflegebeziehungen in Deutschland Gewalt erleben, ist nicht möglich. Dies liegt unter anderem daran, dass es nur wenige Studien zum Thema Gewalt in Pflegebeziehungen gibt. Zudem sind diese nur eingeschränkt vergleichbar, da zum Beispiel verschiedene Gewaltdefinitionen und Erhebungsinstrumente zugrunde liegen. Als gesichert kann jedoch gelten, dass in Pflegebeziehungen ein erhöhtes Risiko für aggressionsgeladene oder gar gewalttätige Situationen besteht. Wenn Gewalt in der Pflege stattfindet, dann ganz überwiegend im nicht-öffentlichen Raum. Es ist daher von einer hohen Dunkelziffer auszugehen.

In einer aktuellen repräsentativen Bevölkerungsbefragung des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) gab ein Drittel der interviewten Frauen und Männer mit eigener Pflegeerfahrung an, sich schon einmal problematisch gegenüber einem Pflegebedürftigen verhalten zu haben. 40 Prozent der Befragten haben selbst aggressives oder gewalttätiges Verhalten seitens pflegebedürftiger Menschen erlebt (*siehe Abbildung „Am häufigsten fallen harte Worte“ auf Seite 24*).

Die Bedeutung des Themas wird durch Schätzungen der WHO aus dem Jahr 2011 unterstrichen. Die WHO geht auf-

grund der Studienlage davon aus, dass von den über 60-jährigen Menschen in Europa ein Fünftel psychische, knapp drei Prozent körperliche und rund ein Prozent sexualisierte Gewalt erfahren. Die Häufigkeiten für pflegebedürftige Menschen dürften dabei noch höher liegen. Bei einer Untersuchung zu ambulanten Pflegediensten in Deutschland gaben beispielsweise fast 40 Prozent der befragten Mitarbeiter an, sich innerhalb der letzten zwölf Monate mindestens einmal problematisch gegenüber Pflegebedürftigen verhalten zu haben. Von Formen körperlicher Gewalt berichteten hierbei insgesamt acht Prozent der Befragten (Görge et al., 2012, *siehe Web- und Lesetipps*).

Aggressionen haben meist eine Vorgeschichte. Die Gründe, die letztendlich zur Entstehung von problematischen beziehungsweise gewalttätigen Situationen führen, sind vielfältig und individuell verschieden. Jedoch kommt es nur selten plötzlich und ohne Vorzeichen zu Eskalationen. Vielmehr haben in den allermeisten Fällen Aggression und Gewalt eine längere Vorgeschichte.

Zudem ist eine Reihe von sich gegenseitig bedingenden Faktoren bekannt, die das Risiko für das Auftreten von Gewalt in Pflegezusammenhängen erhöhen. Diese Faktoren können zum einen auf Seiten des Pflegebedürftigen liegen. Beispielsweise zählen ein hoher Grad an Pflegebedürftigkeit, kognitive oder psychiatrische Störungen sowie ausgeprägte Unruhe oder Aggressivität, wie sie bei demenziell erkrankten Menschen vorkommen, zu diesen Risikofaktoren.

Aber auch auf Seiten der pflegenden Angehörigen oder professionellen Pflegekräfte gibt es Umstände, die Gewalt begünstigen. Hierzu gehören beispielsweise Überlastung, vor allem bei der Pflege von Menschen mit Demenz, eine schlechte gesundheitliche Verfassung oder Alkoholmissbrauch.

**Überlastung
begünstigt Gewalt
in der Pflege.**

Formen der Gewalt in der Pflege (Beispiele)

| | |
|---|---|
| Unmittelbare körperliche Gewalt | Schlagen, Schütteln, Kratzen · Mechanische Fixierungen · Entzug von Hilfsmitteln wie dem Rollator |
| Medikamentenmissbrauch | Nicht indizierte oder nicht ärztlich verordnete Medikamentengabe, meist zur Ruhigstellung |
| Sexueller Missbrauch | Missachtung der Intimsphäre · Nicht einvernehmliche Intimkontakte · Sexuelle Andeutungen |
| Emotionale oder psychische Gewalt | Verbale Aggression, Schreien, Schimpfen · Missachten · Soziale Isolation · Handeln gegen den Willen · Androhung körperlicher Gewalt · Demütigungen und Beleidigungen · Manipulation · Missbrauch der Machtposition · Missachtung der Privatsphäre |
| Finanzielle oder andere Ausnutzung | Unbefugtes Verfügen über persönliches Vermögen · Überredung/Nötigung zu Geldgeschenken · Entwenden von Geld/Wertgegenständen |
| Vernachlässigung | Unterlassen von notwendigen Hilfen im Alltag · unzureichende medizinische Versorgung · mangelhafte Pflege, zum Beispiel schlechte Hygiene · Nahrungs- oder Flüssigkeitsentzug |

Quelle: ZQP

Daneben gelten problematische zwischenmenschliche Beziehungen als Risikofaktoren für eine gewalttätige Eskalation. Ein fehlendes unterstützendes Netzwerk gehört darüber hinaus zu Umgebungsfaktoren, die mit einem erhöhten Risiko für problematisches oder gewalttätiges Handeln einhergehen können.

Wirksamkeit von Prävention erforschen. Das Zentrum für Qualität in der Pflege hat im Jahr 2013 die Arbeitsgruppe um Professorin Dr. Gabriele Meyer, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, beauftragt, den Stand der Forschung zur Prävention von Gewalt in der Pflege zu untersuchen und wirksame sowie nachhaltige Methoden und Ansätze zur Gewaltprävention zu identifizieren (siehe Interview auf dieser Seite). Neben einer systematischen Literaturrecherche nach internationalen, kontrollierten Studien und systematischen Übersichtsarbeiten in verschiedenen Fachdatenbanken recherchierten die Wissenschaftler auch Initiativen und wissenschaftlich evaluierte Projekte in Deutschland. Angesichts der Relevanz des Themas waren die Ergebnisse ernüchternd. Zwar fand die Arbeitsgruppe auf nationaler Ebene wissenschaftlich begleitete Projekte zur Gewaltprävention. Auch spürte sie etablierte Initiativen mit wichtigen Unterstützungsangeboten für Pflegebedürftige und sowohl pflegende Angehörige als auch professionelle Pflegekräfte auf. Die wissenschaftliche Literaturrecherche erbrachte jedoch keine Wirksamkeitsnachweise für Ansätze zur Prävention von Gewalt in der Pflege. Lediglich eine kontrollierte Studie befasste sich mit einer konkreten Intervention zur Gewaltprävention – ein Gruppenschulungsprogramm im Pflegeheim. Das Ergebnis dieser Untersuchung aus Taiwan erwies sich jedoch als nicht auf die Situation in Deutschland übertragbar. Es besteht also ein grundsätzlicher Forschungsbedarf zu wirksamen Ansätzen der Gewaltprävention sowohl im häuslichen Umfeld als auch in der stationären Langzeitpflege.

Freiheitseinschränkung vermeiden. Einzig für die Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen (FEM) liegen auf Wirksamkeit und Nachhaltigkeit untersuchte Programme vor, die sich für die Pflegepraxis eignen. Bei der Auseinandersetzung mit problematischem beziehungsweise gewalttätigem Verhalten in der Pflege wird die Anwendung von FEM als eine Form der Gewalt kontrovers diskutiert. Als FEM bezeichnen Experten bestimmte Vorrichtungen, Materialien, Gegenstände oder Medikamente, die Menschen gegen ihren Willen in ihrer Fortbewegungsfreiheit behindern. Die Beeinträchtigung ist nicht ohne fremde Hilfe zu überwinden. Zu den FEM gehören Bettgitter, Gurte, Stecktische, Körperfesseln, Einsperren, komplizierte Schließmechanismen an Türen oder hoch angebrachte Knäufe, Schlafmittel oder Psychopharmaka oder die Wegnahme von notwendigen Hilfsmitteln wie Brille und Rollator. Nach Erkenntnissen von Pflegewissenschaftlerin Gabriele Meyer sind beidseitige Bettgitter die mit Abstand am häufigsten angewendeten FEM. Stecktische am Stuhl oder gar Fixiergurte werden demnach viel seltener eingesetzt. Das Wegnehmen von Hilfsmitteln zur Fortbewegung fällt nach außen hin weniger auf, daher wissen Forscher kaum etwas über die Häufigkeit dieser Form von Gewalt.

Interview



„Pflege gelingt ohne Freiheitsentzug“

Prof. Dr. Gabriele Meyer
leitet das Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

Warum schränken Pflegekräfte mit Bettgittern oder Fixiergurten die Freiheit von pflegebedürftigen Menschen ein?

Gabriele Meyer: Sturzprävention ist die am häufigsten genannte Begründung. Doch nicht alle Pflegeeinrichtungen setzen freiheitseinschränkende Maßnahmen – FEM – in gleichem Umfang ein. Unter den 30 Pflegeheimen, die an einer von uns geleiteten Studie teilgenommen haben, gab es Einrichtungen, in denen lediglich fünf Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner FEM ausgesetzt waren, während es in anderen Häusern bis zu 60 Prozent waren.

Welche Rolle spielen dabei personelle und finanzielle Ressourcen?

Meyer: Die in unserer Studie erfassten Menschen waren in ähnlichem Maße pflegebedürftig, die Personalausstattung der Einrichtungen und andere mögliche Einflussgrößen waren ebenfalls vergleichbar. Daraus schließe ich, dass Pflege auch ohne Freiheitsentzug gelingt. Wir haben die Verantwortlichen in den Heimen mit niedriger FEM-Rate gefragt, was sie anders machen. Manche Einrichtungen haben Bettgitter in den Keller verbannt, andere haben ihre Mitarbeiter geschult, Fallkonferenzen eingeführt oder die FEM-freie Pflege zum Unternehmensziel erklärt. Ein Standardrezept gab es nicht.

Was ist das Ziel der von Ihnen maßgeblich mit entwickelten Leitlinie?

Meyer: Die Leitlinie stellt die wissenschaftliche Beweislage zu FEM, zum Nutzen-Schaden-Verhältnis, zu den rechtlichen Voraussetzungen sowie zu potenziellen Alternativen strukturiert dar. Ein multiprofessionelles Expertenteam hat daraus Empfehlungen abgeleitet. Die Leitlinie ist Grundlage eines Schulungs- und Informationsprogramms, das sich neben anderen Bausteinen der Intervention in einer klinischen Studie mit rund 4.500 Bewohnerinnen und Bewohnern in 36 Pflegeheimen als FEM-reduzierend und sicher erwiesen hat. Aktuell prüfen wir im Rahmen einer weiteren Studie mit 120 Einrichtungen die Praxistauglichkeit einer aktualisierten Fassung.

Wie kann es gelingen, den Einsatz von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der Pflege weiter zu verringern?

Meyer: Die Vermeidung von FEM beginnt in den Köpfen der Pflege-Verantwortlichen. Pflegenden erkennen zunehmend ihre professionelle Verantwortung und verstehen FEM vielerorts nicht mehr als ein Angebot der Regelversorgung. Es bleibt zu hoffen, dass die Anzahl der Einrichtungen ohne FEM weiter zunimmt. Voraussetzung dafür sind entsprechende pflegfachliche Schulungen. Pflegenden und Leitungspersonen müssen erkennen, welche Verantwortung sie in der Gestaltung einer humanen Pflege haben und die Spielräume einer FEM-freien Pflege wahrnehmen. ■

Am häufigsten fallen harte Worte

„Kam es schon einmal vor, dass Sie sich selbst in einer Belastungssituation unangemessen verhalten haben, als Sie eine Person gepflegt haben beziehungsweise bei Ihrer jetzigen Pflege?“

Nein, noch nie

62 %

Ja, mehrmals

14 %

Ja, einmal

21 %

Nur Befragte mit eigener Pflegeerfahrung (n=503)

„In welcher Weise haben Sie sich aus Ihrer Sicht problematisch verhalten?“

Ich habe unangemessene Dinge gesagt

79 %

Ich habe erforderliche Hilfen oder Aufmerksamkeit entzogen

26 %

Ich bin körperlich aggressiv geworden

6 %

spontan: laut/wütend/aufgeregt geworden, geschimpft

5 %

spontan: ungeduldig geworden

1 %

Nur Befragte, die angaben, sich mindestens einmal im Kontext der Pflege unangemessen verhalten zu haben (n = 177)

Eine Umfrage des Zentrums für Qualität in der Pflege zeigt: Rund ein Drittel (35 Prozent) aller Menschen mit Pflegeerfahrung bekennt sich dazu, sich gegenüber Pflegebedürftigen schon mindestens einmal unangemessen verhalten zu haben. Sechs Prozent der Befragten nannten als Beispiel dafür körperliche Aggressionen, 79 Prozent gaben an, unangemessene Dinge gesagt zu haben.

Quelle: ZQP-Bevölkerungsbefragung 2014

FEM stellen einen erheblichen Eingriff in die durch das Grundgesetz garantierte Freiheit des Einzelnen dar. Ihre Anwendung ist deshalb in Deutschland gesetzlich geregelt und bedarf eines richterlichen Beschlusses.

Keine Belege für Sturzprävention. Pflegekräfte begründen die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen oftmals damit, Stürze und Verletzungen eines Pflegebedürftigen vermeiden zu wollen. Jedoch finden sich keine wissenschaftlichen Belege dafür, dass FEM Stürze tatsächlich wirksam vermeiden helfen. Vielmehr zeigten Elizabeth Capezuti und Kollegen bereits 1998 in einer Studie mit Bewohnern US-amerikanischer Pflegeeinrichtungen, dass der Verzicht auf FEM die Sturzhäufigkeit oder die Zahl der Sturzverletzungen nicht ansteigen lässt. Andere Studien belegen, dass deren Anwendung sogar vermehrt zu Stürzen und zu Gleichgewichts- und Koordinationsproblemen führt (Evans, Wood et Lambert, 2003). Evans et al. (2003) wiesen zudem nach, dass durch FEM das Todesfallrisiko, die Gefahr ernsthafter Verletzung und die Dauer von Krankenhausaufenthalten steigen. Bei Menschen mit Demenz kann eine Einschränkung der Bewegungsfreiheit auch die Entwicklung von Halluzination sowie erhöhte Unruhe und Aggressivität begünstigen, wie der Hamburger Psychiater und Demenzexperte Dr. Jan Wojnar in einer Studie 2007 nachwies.

Zudem gibt es darüber hinaus robuste wissenschaftliche Belege dafür, dass FEM durch komplexe Interventionen – von Schulungen über Alarm- und Signalsysteme bis hin zu Musik- oder Tiertherapie – vermieden werden können, ohne dass die Sturzhäufigkeit in stationären Pflegeeinrichtungen zunimmt, mehr psychotrope Medikamente benötigt werden oder die (Personal-)Kosten einer Einrichtung steigen (Köpke et al., 2012).

Bewegungsfreiheit ist elementares Bedürfnis. Allein im Jahr 2012 genehmigten Richter bundesweit über 85.000 freiheitsentziehende Maßnahmen in der Pflege. Neben der wissenschaftlichen Erkenntnislage zeigen auch die deutlichen Unterschiede in der Fixierungspraxis in Pflegeheimen bei vergleichbarer Bewohnerstruktur, dass sich der Einsatz freiheitsentziehender Maßnahmen oftmals vermeiden ließe. Pflegeheime, die FEM viel seltener einsetzen oder darauf sogar weitestgehend verzichten, gelingt dies unter anderem durch speziell an die Bedürfnisse der Bewohner angepasste Änderungen im Tagesablauf, Mitarbeiterschulungen und vor allem durch einen internen Bewusstseinswandel. Gezieltes Muskel- und Gehtraining, die Beseitigung von Sturzfallen oder eine bessere Beleuchtung stellen zudem wirksame pflegfachliche Maßnahmen zur Sturzprophylaxe dar. Gezielte Beschäftigung, persönliche Zuwendung und sinnliche Angebote, wie Musik- oder Aromatherapie oder Kontakt mit Tieren, wirken der Ruhelosigkeit demenziell erkrankter Menschen merklich entgegen.

Stürze oder ruheloses Verhalten können und müssen nicht um jeden Preis verhindert werden. Vielmehr sollten Pflegeexperten nach bedürfnisgerechten, kreativen Lösungen suchen, die beispielsweise Menschen mit Demenz und ihrer besonderen Lebenslage entsprechen. Denn die Bewegungsfreiheit gehört zu den elementaren Bedürfnissen und Rechten eines Menschen.

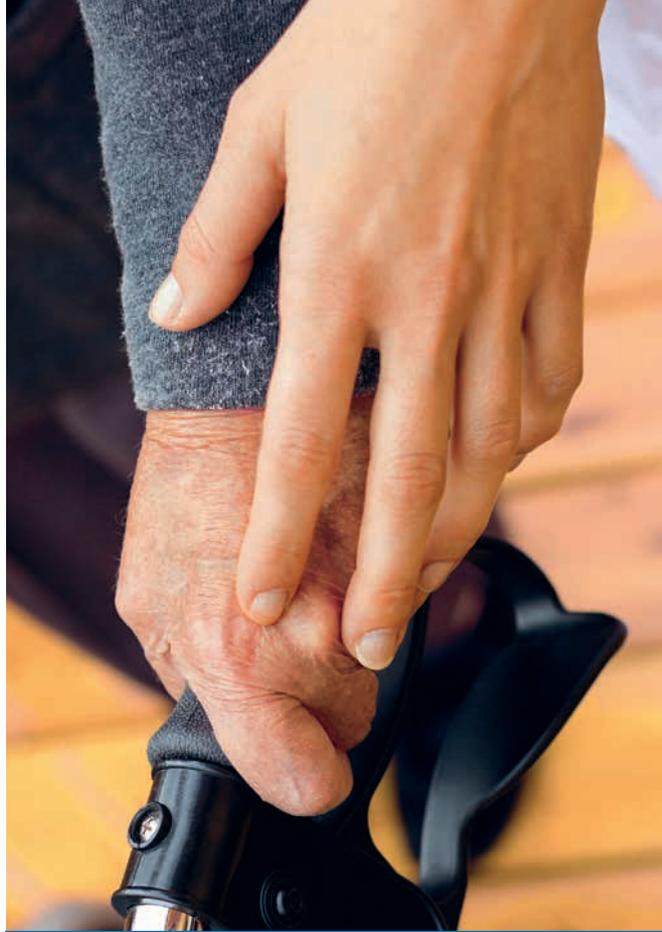
Sie zu begrenzen, ist ein immenser und – vor allem angesichts der wissenschaftlichen Erkenntnislage – oftmals unangemessener Eingriff.

Leitlinie gegen Bettgitter. Eine Gruppe von 16 Wissenschaftlern unter Leitung von Professorin Dr. Gabriele Meyer, Universität Halle, und Professor Dr. Sascha Köpke, Universität Lübeck, hat zwischen 2007 und 2010 eine Praxisleitlinie zur Vermeidung von FEM erstellt. Dazu recherchierte sie nach verfügbaren Leitlinien und einschlägiger Literatur, bezog Bewohnervertreter ein und entwickelte ein Schulungsprogramm. Die Expertengruppe hat die Leitlinie 2015 aktualisiert und prüft derzeit in 120 Einrichtungen, wie sich die Anwendung der aktualisierten Fassung auswirkt. Bereits im Jahr 2012 hatte eine randomisierte kontrollierte Studie in 36 Alten- und Pflegeheimen in Hamburg und Nordrhein-Westfalen mit rund 4.500 Bewohnern ergeben, dass die Leitlinie und die daraus resultierenden Empfehlungen FEM vermeiden helfen. Die leitliniengestützte Intervention führte nach Angaben der Autoren dazu, dass bei deutlich weniger Heimbewohnern FEM angewandt wurden: Die Zahl der Bewohner mit mindestens einer FEM sank in sechs Monaten um 6,5 Prozent. Im Vergleich zur Ausgangserhebung sank die FEM-Häufigkeit in der Interventionsgruppe von 31,5 Prozent auf 22,6 Prozent, während sie in der Kontrollgruppe von 30,6 Prozent auf 29,1 Prozent fiel (Zusammenfassung der Studie aus dem Jahr 2012 unter www.leitlinie-fem.de).

Mehr Bewusstsein schaffen. Aggression und Gewalt sind niemals hinnehmbar. Es ist ein zentrales, individuelles Recht, nicht durch Gewalt beeinträchtigt zu werden – vor allem dann, wenn ein Mensch hilfebedürftig und in besonderer Weise auf den Schutz und die Sorge Dritter angewiesen ist. Im Rahmen der Versorgung pflege- und hilfebedürftiger Menschen kommen wirksamen Ansätzen zur Gewaltprävention daher eine herausragende Rolle zu. Neben der Erforschung und der Umsetzung nachhaltiger pflegfachlicher Interventionen (Schulungen) bedarf es jedoch zudem eines anderen gesellschaftlichen Umgangs mit dem Phänomen. Denn aktuell ist Gewalt in der Pflege noch zu wenig im gesellschaftlichen Bewusstsein. Während Gewalt gegen Kinder, Frauen oder Menschen mit Migrationshintergrund längst die angemessene Aufmerksamkeit bekommen, wird über Aggressionen in Pflegebeziehungen weitestgehend geschwiegen. Dieses Schweigen gilt es zu brechen, um Gewalt in der Pflege vorbeugen zu können.

Information statt Kriminalisierung. Es bedarf zuallererst einer umfassenden und differenzierten Aufklärung und Sensibilisierung zum Thema Gewalt in der Pflege. Diese müssen dem komplexen Phänomen gerecht werden. Sie dürfen weder skandalisieren noch stigmatisieren, sondern sollen sachlich, aber dennoch kritisch reflektieren. Deshalb darf dabei nicht die Schuldfrage im Mittelpunkt stehen und die Beteiligten sollten nicht kriminalisiert werden, soweit sie nicht absichtlich böswillig und verbrecherisch handeln.

Zu der erforderlichen Aufklärung will auch das Zentrum für Qualität in der Pflege einen Beitrag leisten. In Studien lässt das



Die Freiheit zu begrenzen,
ist oft unangebracht. Zuwendung
wirkt bei Demenz besser.

ZQP beispielsweise die Einstellungen und die Bedürfnisse der Menschen zur Gewalt in der Pflege untersuchen. Die Erkenntnisse stehen Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen, Pflegekräften und Pflegeeinrichtungen, Entscheidungsträgern sowie der interessierten Öffentlichkeit zur Verfügung. Darüber hinaus bietet das Zentrum Aufklärungs- und Schulungsveranstaltungen für professionell Pflegenden, pflegende Angehörige und ehrenamtliche Kräfte zu dem Thema an.

Plattform für Hilfesuchende. Zur Unterstützung Rat- und Hilfesuchender hat das ZQP zudem im Jahr 2014 ein Internetportal zur Gewaltprävention in der Pflege (www.pflege-gewalt.de) entwickelt. Dieses stellt allen an der Pflege Beteiligten zielgruppenspezifische und qualitätsgesicherte Informationen zur Verfügung. Es gibt darüber hinaus sowohl pflegenden Angehörigen als auch professionell Pflegenden spezifische Handlungsempfehlungen zum Umgang mit herausfordernden Pflegesituationen an die Hand. Dazu gehören beispielsweise Tipps, wie sich Krisensituationen erkennen und möglichst vermeiden lassen, oder wie Menschen ihre Aggressionspotenziale identifizieren und abbauen können. Zudem finden sich Hinweise für Zeugen von

Kinder sind stärker im Blick

„Gewalt kann sich gegen unterschiedliche Gruppen richten: Aufgabe des Staates ist es unter anderem, die Gefährdeten durch vorbeugende Maßnahmen zur Verhinderung von Gewalt zu schützen. In welchen der folgenden Bereiche wird dabei Ihrer Meinung nach zu wenig getan?“

Wo besteht also aus Ihrer Sicht noch dringend Handlungsbedarf?“

Vermeidung von Gewalt gegen Kinder

70 %

Vermeidung von Gewalt gegen Frauen

41 %

Vermeidung von Gewalt gegen alte Menschen

34 %

Vermeidung von Gewalt gegen Tiere

34 %

Vermeidung von Gewalt gegen Migranten

23 %

Vermeidung von Gewalt gegen Behinderte

20 %

Vermeidung von Gewalt gegen Homosexuelle

14 %

Vermeidung von Gewalt gegen Demenzkranke

10 %

keiner davon, es wird ausreichend getan

5 %

(n = 2.521)

Das gesellschaftliche Bewusstsein für Gewalt in der Pflege scheint ausbaufähig zu sein: 34 Prozent der vom Zentrum für Qualität in der Pflege befragten Menschen sehen dringenden Handlungsbedarf zur Vermeidung von Gewalt gegen alte Menschen. Dagegen meinen 70 Prozent der Befragten, dass zur Gewaltprävention gegenüber Kindern zu wenig getan wird. *Quelle: ZQP-Bevölkerungsbefragung 2014*

gewalttätigen Übergriffen und für Opfer von Gewalt. Ratsuchende finden eine Übersicht zu bundesweit bestehenden Hilfsmöglichkeiten. Für akut Hilfesuchende wird die Telefonnummer eines Krisentelefon angezeigt. Anlässlich des World Elder Abuse Awareness Day am 15. Juni 2015 hat das ZQP einen durch das Bundesfamilienministerium geförderten Themenreport „Gewaltprävention in der Pflege“ (siehe Web- und Lesetipps) veröffentlicht. Darin kommen führende Experten zu Wort und beleuchten unter anderem differenziert für die verschiedenen Erscheinungsformen von Gewalt die aktuelle Erkenntnislage. Der Untersuchung zufolge fehlt es an gesellschaftlichem Problembewusstsein: Danach gefragt, für welche Bevölkerungsgruppen bezüglich der Vermeidung von Gewalt staatlicher Handlungsbedarf besteht, nannten nur 34 Prozent „alte Menschen“, 70 Prozent hingegen „Kinder“. Gegenüber der besonders gefährdeten Gruppe der Demenzkranke hielten es sogar nur zehn Prozent der Befragten für notwendig, Gewalt aktiv vorzubeugen (siehe Grafik auf dieser Seite).

Beratung ist Schlüssel zur gelungenen Pflege. Damit Pflegesituationen nicht eskalieren, trägt die Stiftung zur breiteren Bekanntmachung von Beratungsangeboten für pflegende Angehörige bei. Denn: Beratung stellt aus Sicht des ZQP einen wichtigen Schlüssel für eine gelingende Pflege dar. Allerdings ist das Wissen um die bestehenden vielfältigen Angebote in der Bevölkerung noch unzureichend. Die vom ZQP entwickelte Online-Übersicht ermöglicht die themenbezogene kostenlose, wohnortnahe Suche nach über 4.500 bundesweiten Beratungsangeboten rund um das Thema Pflege für hilfe- und pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige (www.bdb.zqp.de). Insgesamt muss das Thema Gewalt in der Pflege enttabuisiert und entmarginalisiert werden. Gewaltprävention im Kontext Pflege gehört ganz oben auf die Agenda – in der pflegerischen Fachpraxis, aber auch gesamtgesellschaftlich. ■

Dr. Ralf Suhr ist Vorsitzender des Vorstands des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP). Zuvor arbeitete er im Public Health Team einer internationalen Strategieberatung sowie als Mediziner in Klinik und Forschung.

Kontakt: Ralf.Suhr@zqp.de

Web- und Lesetipps

- www.pflege-gewalt.de Portal des Zentrums Qualität in der Pflege, dort zum Beispiel: ZQP-Themenreport „Gewaltprävention in der Pflege“ (Juni 2015) und Übersicht über Krisentelefone
- www.leitlinie-fem.de Homepage der Initiative zur Vermeidung freiheits-einschränkender Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege
- Jacobs, K.; Kuhlmeier, A.; Greß, S.; Schwinger, A. (Hrsg.): **Pflege-Report 2015. Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit**, Schattauer
- Görgen, T.; Herbst, S.; Kotlenga, S.; Nägele, B.; Rabold, S.: **Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben älterer Menschen**. Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse einer Studie zu Gefährdungen älterer und pflegebedürftiger Menschen. BMBF (Hrsg.), 2012
- WHO – World Health Organization (Hrsg.): **European report on preventing elder maltreatment**. Genf: WHO, 2011

„Abhängigkeit kann zu Aggression führen“

Geduld statt Gewalt – das fällt pflegenden Angehörigen unter der Last des Alltags oft schwer, weiß **Gabriele Tammen-Parr**. Mit dem von der AOK Nordost geförderten Beratungsangebot „Pflege in Not“ trägt sie dazu bei, dass Konflikte nicht eskalieren.

Frau Tammen-Parr, wie kommt es zu Konflikten zwischen pflegebedürftigen Menschen und ihren pflegenden Angehörigen?

Gabriele Tammen-Parr: Die meisten Menschen fangen sehr liebevoll und engagiert an zu pflegen. Konflikte entstehen beispielsweise durch die lange Pflegedauer. Es geht nicht um Wochen oder Monate, sondern um Jahre und Jahrzehnte – eine enorme körperliche und emotionale Herausforderung. Eine weitere Ursache für Konflikte ist der Rollentausch, der häufig schwerfällt. Kinder übernehmen in der Pflegesituation ein Stück weit die Führung, was Eltern sich nicht unbedingt gefallen lassen. Der wichtigste Punkt ist unserer Erfahrung nach aber die Beziehungsgeschichte. In der extremen Belastungssituation kommen alte, nicht verzeihene, totgeschwiegene Konflikte hoch, die Auslöser für Wut, Hass und Verzweiflung sein können. Auch die Abhängigkeit kann zu Aggression und Gewalt führen.

Geht die Gewalt eher von den Pflegenden aus?

Tammen-Parr: Aggressionen sind keine Einbahnstraße. Hochbetagte, bettlägerige Menschen können ihre Angehörigen scheuchen oder schikanieren. Aber die direkte Gewaltausübung geht eher von Pflegenden aus. Es gibt allerdings kaum Untersuchungen zur häuslichen Gewalt. Sie findet hinter verschlossenen Türen statt. Bekannt ist lediglich, dass Frauen – 80 Prozent der pflegenden Angehörigen – eher psychische Gewalt ausüben, wie beispielsweise Schreien, Drohen oder Entwerten.

Wie kommt es in der professionellen Pflege zu Konflikten?

Tammen-Parr: Äußere Rahmenbedingungen tragen dazu bei – schlechte Bezahlung, fehlende Anerkennung, hohe Arbeitsbelastung. Die fachlichen und menschlichen Fähigkeiten entscheiden darüber, ob jemand diesen Beruf stemmen kann. Aber das wichtigste ist die Führung. Die Führungskräfte bestimmen, welcher Umgangston unter den Mitarbeitern, mit den Bewohnern und Angehörigen herrscht. Wenn sich ein ruppiger Umgangston in einen Wohnbereich eingeschlichen hat, ist der kaum noch rauszukriegen. Zur Prävention sollte jede Führungskraft einmal im Jahr ein längeres Coaching erhalten.

Aber im Heim sind die Türen ja offen – Gewalt müsste dort doch viel eher aufgedeckt werden, als im häuslichen Umfeld.

Tammen-Parr: Die meisten Mitarbeiter sagen, sie haben Angst, damit jemandem Unrecht zu tun. Sie wollen keine Nestbe-

schmutzer sein. Sie befürchten, dass sie gemobbt und ausgestoßen werden. Es gibt also viele Hemmungen, bei Gewalt in der Pflege kritisch hinzusehen.

Wie lassen sich in der häuslichen Pflege Konflikte verhindern?

Tammen-Parr: Pflegenden Angehörigen müssen sich zunächst eingestehen, Wut zu empfinden, und sich nicht dafür schämen. Im nächsten Schritt sollten sie mit jemandem darüber reden, am besten mit einer neutralen Gesprächspartnerin, wie beispielsweise bei Pflege in Not. Wir bewerten nicht, sondern überlegen, warum jemand sauer wird oder explodiert. Sind es Einzelsituationen, die zu Aggressionen führen, oder zieht sich der Ärger durch den Tag wie ein roter Faden? Bei einer Einzelsituation kann man überlegen, ob ein Pflegedienst helfen kann. Wenn



Gabriele Tammen-Parr, Sozialpädagogin und Mediatorin, hat 1999 in Berlin die Beratungsstelle „Pflege in Not“ gegründet. Sie arbeitet dort gemeinsam mit Psychologin Dorothee Unger, Krankenschwester und Mediatorin Kristiane Arlt sowie Krankenpfleger Frank Schumann. Das Projekt erhielt 2011 den Berliner Gesundheitspreis. Mehr Infos: www.pflege-in-not.de

sich das durch den Tag zieht, kann sich die pflegende Angehörige fragen: Will ich überhaupt noch pflegen? Brauche ich Unterstützung? Wir ermuntern Frauen, die überlastet sind, Pflege nicht als Lebensaufgabe zu verstehen, und sagen: Nicht jeder Mensch kann und muss zu Hause gepflegt werden.

Wie finanziert sich Ihre Arbeit?

Tammen-Parr: Wir bekommen Geld vom Senat Berlin und von der AOK Nordost. Ab nächstem Jahr können wir eine vierte Stelle finanzieren. Das Thema Gewalt in der Pflege wird uns erhalten bleiben und sich sogar zuspitzen. Deshalb wollen wir Pflege in Not auch in Mecklenburg-Vorpommern anbieten. ■

Das Interview führte Änne Töpfer.

A full-page portrait of Professor Dr. Jonas Schreyögg, a man with short brown hair and a light beard, wearing a dark blue suit jacket over a light blue button-down shirt and dark trousers. He is standing in a modern, brightly lit interior space with a glass railing and a blue decorative bar in the top right corner. The background is a blurred architectural space with white columns and a light-colored wall.

Zur Person

Professor Dr. Jonas Schreyögg (39) ist Inhaber des Lehrstuhls für Management im Gesundheitswesen am Hamburg Center for Health Economics (HCHE) der Universität Hamburg. Von 1996 bis 2000 studierte der gebürtige Nürnberger Betriebs- und Volkswirtschaftslehre an der Technischen Universität Berlin, wo er zunächst im Fachgebiet Finanzwissenschaft und Gesundheitsökonomie seine Promotion machte (2001 bis 2003) und anschließend habilitierte (2004 bis 2008). Im vergangenen Jahr legte Schreyögg zusammen mit dem Berliner Gesundheitsökonom Professor Dr. Reinhard Busse ein viel beachtetes Gutachten zur Mengenentwicklung in deutschen Krankenhäusern vor. Im Januar 2015 wurde Jonas Schreyögg von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe in den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen berufen. Jonas Schreyögg ist verheiratet und lebt mit seiner Frau und seinen zwei Kindern in Hamburg.

„Nicht jede Klinik muss alles machen“

Neue Qualitätsanreize für die Krankenhäuser, neue Gestaltungsspielräume für die Länder: Im G+G-Interview gibt der Gesundheitsweise **Jonas Schreyögg** der geplanten Klinikreform der Bundesregierung überwiegend gute Noten. Sein Wunsch: Eine stärkere Arbeitsteilung zwischen kleinen Kliniken auf dem Land und großen Häusern in Ballungszentren.

Herr Professor Schreyögg, Zweibettzimmer, zertifizierte Pflege, Ärzte, die nicht hetzen müssen, schmackhaftes Essen aus der Kantine – was zeichnet ein gutes Krankenhaus aus?

Schreyögg: (lacht) Die Qualität der Mahlzeiten sollten Sie nicht unterschätzen. Ein Zweibettzimmer kann im Vergleich zum Mehrbettzimmer der Heilung durchaus zuträglich sein. Entscheidend aber sind gute Medizin und Pflege. Indikationsqualität – die Frage also, ob eine Diagnose gut gestellt wird und ein bestimmter Eingriff erforderlich ist –, Prozess- und Ergebnisqualität unterscheiden die guten von den weniger guten Häusern.

Dann passt es ja, dass Kliniken künftig danach bezahlt werden sollen, wie gut sie Patienten behandeln. So jedenfalls sieht es das Krankenhaus-Strukturgesetz vor. Warum aber soll der Qualitätsaspekt erst jetzt so dick ins Gesetz hineingeschrieben werden?

Schreyögg: Entscheidend ist, dass es jetzt getan wird. Deshalb sollten wir die Reform auch nicht gleich wieder schlechtreden. Bis jetzt gibt es in der stationären Versorgung kaum Anreize, eine hohe Qualität zu erbringen. Auch bietet die Reform die Grundlage dafür, Kliniken oder bestimmte Leistungsbereiche bei schlechter Qualität aus dem Krankenhausplan zu nehmen.

Verschlafen hat die Politik also nichts?

Schreyögg: Natürlich hätte man sich manches früher gewünscht, zumal es seit Jahren international gängige Praxis ist. Dazu gehört beispielsweise die Philosophie des Pay for Performance, also die Regelung, über Ab- und Zuschläge für eine bessere Versorgungsqualität auf den Krankenhausstationen zu sorgen.

Warum Abschläge? Wenn mein Auto kaputt ist und meine Werkstatt bei der Reparatur pfuscht, zahle ich ihr nichts, denn sie hat nicht gehalten, was sie versprochen hat.

Schreyögg: Da stimme ich Ihnen zu. Sie müssen Pay for Performance intelligent ausgestalten. Wir brauchen im Krankenhausbereich positive Honorierung und nicht negative Sanktionierung. Das gibt das geplante Gesetz auch her.

Und wie honoriert man Kliniken positiv?

Schreyögg: Durch Vorabzug für alle Krankenhäuser, sagen wir in Höhe von zwei Prozent bei den Leistungsvergütungen, und dann nur noch Ausschüttung von Zuschlägen. Das käme einem Abschlag für die Kliniken gleich, die sich die zwei Prozent nicht über Qualitätszuschläge wiederholen. Die USA machen dieses Modell erfolgreich vor.

Die Krankenhausmanager würden Sturm dagegen laufen.

Schreyögg: Das denke ich nicht. Für problematisch hielte ich ein System, wie es beispielsweise Südkorea praktiziert, wo kein Vorabzug erfolgt, sondern nur Zu- oder Abschläge gezahlt werden. Das wäre nicht sehr sinnvoll, denn wir wollen ja keine schlechte Qualität per se produzieren, die dann auch noch das Label „schlechte Qualität“ trägt. Zudem kommt ein psychologischer Aspekt hinzu. Aus der Literatur ist bekannt, dass Zuschläge durchaus einen positiven Anreiz zur Verbesserung der Qualität bieten können. Gleichzeitig wissen wir jedoch, dass Abschläge kein geeignetes Mittel zur Verbesserung der Qualität darstellen.

Namhafte Gesundheitsexperten haben als Ziel der Reform ausgegeben: weniger Kliniken und weniger Operationen, dafür mehr Qualität. Gibt es zu viele Krankenhäuser in Deutschland?

Schreyögg: Von der Diskussion, dass wir zu viele Kliniken haben und deshalb mit dem Rasenmäher da drüber gehen müssen, halte ich nicht viel. Das ist wenig sachgerecht. Wir haben primär das Problem, dass viele Kliniken meinen, alles machen zu müssen. Aber nicht jedes Haus muss alles machen. Das gilt insbesondere für kleine Kliniken auf dem Land. Schwere Schlaganfälle zum Beispiel sollten ländliche Kliniken nicht behandeln. Sie sollten die Patienten stabilisieren und dann per Hubschrauber in benachbarte Ballungsräume ausfliegen. Dort werden die

Und was passiert, wenn der GBA die Frist reißt?

Schreyögg: Natürlich ist das Thema Qualität vielschichtig, deswegen delegiert es der Gesetzgeber an die gemeinsame Selbstverwaltung. Aber theoretisch könnte das Bundesgesundheitsministerium per Ersatzvornahme einschreiten – so wie zu Beginn der Einführung des Fallpauschalen-Systems.

Den Bundesländern kommt bei der Reform eine Schlüsselrolle zu. Per Landesrecht können sie die für die Krankenhausplanung relevanten Qualitätsindikatoren des GBA teilweise oder ganz kippen und eigene Standards entwickeln. Riskiert man da nicht einen Flickenteppich mit 16 verschiedenen Qualitätsmustern?



„Die Länder kriegen neuen Spielraum bei der Klinikplanung. Den nicht zu nutzen, wäre fahrlässig.“

Patienten in spezialisierten Krankenhäusern weiterbehandelt. Eine solche Arbeitsteilung wäre effektiver und aus Systemsicht deutlich kostengünstiger.

Aber die vielen neuen Hubschrauber und Landeplätze, die man dafür benötigt, dürften eine Stange Geld kosten.

Schreyögg: Diesen Einwand höre ich häufig. Aber ein falsch behandelter Schlaganfall – um bei dem Beispiel zu bleiben – kostet das Gesundheitssystem deutlich mehr als ein neuer Rettungshubschrauber. Behandlungsqualität zahlt sich immer aus – auch in Euro und Cent.

Der Weg hin zur qualitätsorientierten stationären Versorgung dürfte dennoch ein langer sein: So soll der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) die Leitplanken für gute Kliniken setzen und Qualitätsstandards erarbeiten. Das kann und darf laut Gesetz Jahre dauern. Kommt die Reform im Schnecken tempo daher?

Schreyögg: Die Gefahr besteht, zumal die Frist für die Vorlage der Qualitätsstandards noch einmal verlängert worden ist. Der GBA ist nicht eben für schnelle Entscheidungen bekannt, was auch an der Vielzahl unterschiedlicher Interessen liegt, die dort vertreten sind. Es wäre wohl besser gewesen, dass Krankenhäuser und Krankenkassen sich direkt darüber verständigen, wie Qualitätsstandards aussehen sollen.

Schreyögg: Einen Flickenteppich haben wir heute schon in der Krankenhausplanung. Deren Praxis ist von Bundesland zu Bundesland verschieden und teilweise auch intransparent. Es sollte eine nachfrageorientierte Planung gemacht werden – und die wird nicht gemacht. Aber mit der Reform bekommen die Länder die Möglichkeit, entlang der Qualität zu planen. Nordrhein-Westfalen und Hamburg wollen das seit Langem, konnten es bislang aber nicht. Jetzt kriegen die Länder neuen Spielraum bei der Klinikplanung. Den nicht zu nutzen, wäre fahrlässig.

Wie ließen sich etwaige Qualitätskriterien in die Krankenhausplanung der Länder integrieren?

Schreyögg: Die Krankenhausplanung könnte sich vor allem auf Strukturindikatoren stützen. Es wäre zu prüfen, inwieweit ein Krankenhaus notwendige Infrastrukturmerkmale erfüllt oder nicht. Ein Beispiel: Für bestimmte neurologische Leistungen sind Computertomografen zwingend Voraussetzung. Will die Klinik diese Leistungen erbringen, muss sie die Geräte vorhalten oder diese den Patienten zumindest in Kooperation mit ambulanten Praxen zur Verfügung stellen. Weiteres Beispiel: Will eine Klinik intensivmedizinische Leistungen erbringen, braucht es dafür zwingend Intensivbetten. Allein schon mit diesen beiden Kriterien ließe sich die Krankenhausplanung stärker entlang der Richtschnur der Qualität aufstellen.

Für das Dilemma, dass einige Bundesländer ihrer Verpflichtung zur Finanzierung der anstehenden Investitionskosten in den Kliniken nicht nachkommen, bietet die geplante Krankenhausreform keine Lösung. Haben Sie eine?

Schreyögg: Tatsächlich stecken die Kliniken seit Jahren in einem milliardenschweren Investitionsstau fest. Die Folge ist auch ein ständiges Umlenken von Einnahmen, die eigentlich für den laufenden Betrieb gedacht sind. Daran wird sich nichts ändern. Ich bin ja ein recht optimistischer Mensch. Aber in dieser Hinsicht habe ich keine Hoffnung. Wir haben derzeit sprudelnde Steuerüberschüsse. Trotzdem passiert nichts. Daher sollten wir überlegen, wie wir über intelligente Lösungen die Finanzierung



absichern können, ohne ad hoc Notopfer mit der Gießkanne verteilen zu müssen. Mein Vorschlag wäre, mit den Investitionskosten durch die Länder Schluss zu machen und das Ganze zu einer monistischen Krankenhausfinanzierung umzubauen. Also Finanzierung und Planung durch die Krankenkassen. Die Bedarfsplanung wäre dabei eng zu verknüpfen mit den Investitionen und zwischen Ländern, Kassen und Kliniken abzustimmen.

Die Finanzierungslast würde dadurch komplett auf den Schultern der Beitragszahler abgeladen.

Schreyögg: Natürlich ist der Anreiz, den Weg der Monistik oder einer teilweisen Monistik zu gehen, nicht allzu groß. Die Details wären in jedem Fall sorgfältig auszuarbeiten. Wir könnten damit aber zu einer effektiveren Kliniklandschaft kommen, bei der am Ende die Häuser an der Versorgung beteiligt sind, die gute Qualität vorhalten und die für die Versorgung auch wirklich gebraucht werden. Das entlastet langfristig die Kassen.

Bund und Länder loben ihre Krankenhausreform als einen großen Schritt nach vorne. Wann kommt die erste strukturelle Neuerung des Gesetzes spürbar beim Patienten an?

Schreyögg: Ich denke, dass wir bald etwas sehen werden. Gerade im Bereich der Qualitätssicherung müssen sich die Krankenhäuser besser rüsten. Das gilt zumindest für die, die bei dem

Thema nicht an vorderster Front stehen und Sorge haben müssen, dass sie nicht gut abschneiden. Wir wissen aus Evaluationen zu Reformen, dass es den Announcement-Effekt gibt.

Sobald etwas angekündigt wird, ändert sich auch etwas?

Schreyögg: Richtig. Nehmen Sie etwa die Qualitätsberichte der Krankenhäuser. Die Dokumente sollen künftig patientenfreundlicher und aussagekräftiger gestaltet sein. Besonders erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang, dass laut Klinikreform sofort Sanktionen ausgelöst werden sollen, sobald die Dokumentationsrate eines Hauses bei den jeweiligen Indikatoren unter 100 Prozent liegt. Bisher lag die zu erbringende Dokumentationsrate bei 95 Prozent, was die Aussagekraft der Indikatoren deutlich eingeschränkt hat, da sich fünf Prozent der Fälle mit schlechter Qualität legal abschneiden ließen. Auch in Sachen Personal wird sich im Zuge der Reform schnell was tun, das der Patient spürt.

Inwiefern?

Schreyögg: Die Personalkosten sollen im DRG-System künftig stärker berücksichtigt werden. Das soll die Betreuungsintensität der Pflege erhöhen, was überfällig ist. Denn erstens ist die Zahl der Pflegekräfte in deutschen Krankenhäusern im internationalen Vergleich gering. Und zweitens liegen eine Reihe von Studien aus den USA vor, die belegen, dass die Anzahl der Pflegekräfte sowie deren Qualifikation pro Bett oder pro Fall großen Einfluss auf die Ergebnisqualität haben. Kalifornien hat deshalb eine fallgebundene „Minimum Nursing Ratio“ für Kliniken festgelegt, die nicht unterschritten werden darf.

Und wie lange hat die Krankenhausreform Bestand?

Schreyögg: Ich glaube fest daran, dass wir bald eine neue Krankenhausreform erleben. Aber nicht in dem Sinne, dass irgendein Punkt der jetzigen Reform rückgängig gemacht wird, sondern dass noch mal nachgelegt wird – insbesondere beim leidigen Thema der ausbleibenden Investitionskosten. ■

Die Fragen stellte Thomas Hommel.



Gute Beratung ist ein Gewinn

Medikamente wirtschaftlich verordnen, ohne die Qualität der Versorgung zu schmälern – das gelingt Ärzten mit der Arzneimittelberatung der AOK. Warum sich das Konzept rechnet, erklären **Thomas Fiß, Gisbert W. Selke, Irene Langner, Ralf Neubauer, Antje Knobloch und Susanne Dolfen.**

Jahr für Jahr geben die Krankenkassen viel Geld für Arzneimittel aus. Nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums beliefen sich die Ausgaben im Jahr 2014 auf rund 35 Milliarden Euro. Und der Trend geht weiter nach oben. Das liegt zu einem guten Teil an den Kosten für neue, zum Teil extrem teure Arzneimittel, beispielsweise die im letzten Jahr auf den Markt gekommenen Mittel gegen Hepatitis C.

Um die neuen Therapien auch in Zukunft allen Patienten zur Verfügung stellen zu können, muss die Versorgung effizienter als bisher gestaltet werden. Mit zahlreichen Gesundheitsreformen hat die Politik dieses Ziel in Angriff genommen – teils mit mehr, teils mit weniger Erfolg. Unabhängig davon zeigt sich in Deutschland und in anderen Ländern, dass die makroökonomischen Ansätze politischer Reformen durch individuelle Maßnahmen ergänzt werden müssen, um die Versorgungspraxis des einzelnen Arztes effizienter zu gestalten.

International hat sich ein Vorgehen herausgebildet, das nachweislich wirkt: die individuelle Pharmakotherapieberatung. Speziell ausgebildete Fachleute zeigen dem Arzt Reserven für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit auf. Im individuellen Gespräch finden sie Lösungen für die Frage, wie sich das Verordnungsverhalten wirtschaftlicher gestalten lässt.

Beratung ist Kassenaufgabe. Die Beratung der Ärzte durch die Krankenkassen über wirtschaftliche Alternativen hat der Gesetzgeber auch ausdrücklich vorgesehen (Paragrafen 73a und 305a Sozialgesetzbuch V). Allerdings kommen die Kassen ihrer Aufgabe bisher in sehr unterschiedlichem Umfang nach. Um dem Arzt eine Orientierung hinsichtlich der wirtschaftlichen Verbesserung seines Verordnungsverhaltens zu geben, bietet die AOK bundesweit Beratungsgespräche an, die mit der eigens dafür entwickelten Software pharmPRO® umfassend auf den Bedarf des einzelnen Arztes zugeschnitten sind.



Auch wenn die Arzneimittelberatung aufwendig ist – unterm Strich liegt der Ertrag deutlich über der Investition.

Schwerpunkte der Arzneimittelberatung

- Alternativpräparate; zweckmäßige Vergleichstherapien; Rabattverträge
- Multimedikation; Polypragmasie (unkoordinierte und oft sinnlose Therapien auch mit zahlreichen Arzneimitteln, sodass sich das Risiko für Wechsel- und Nebenwirkungen erheblich erhöht, nach Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO ab fünf Medikamenten pro Patient); Patientenschutz
- Einsatz von Arzneimitteln, deren Nutzen nicht nachgewiesen ist
- Arzneimitteltherapiesicherheit
- Wechselwirkungen und Unverträglichkeiten mit anderen Arzneimitteln oder Nahrungsmitteln
- Neue Studienergebnisse zu bekannten Arzneimitteln
- Neue Arzneimittel
- Wechselnde Themenschwerpunkte, zum Beispiel Diabetes oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Der individuelle Ansatz hat jedoch seinen Preis: Die Vorbereitung und die eigentliche Beratung sind personalintensiv und teuer. Für Entscheider stellt sich daher immer wieder die Frage, ob die Beratung auch betriebswirtschaftlich zu rechtfertigen ist. Ob sich das Beratungsangebot auf der Grundlage von pharmPRO durch die erzielten Einsparungen selbst finanzieren kann, haben die AOK Nordost und das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) exemplarisch für die Region Brandenburg untersucht. Dort bietet die Gesundheitskasse Ärzten seit 1993 eine freiwillige Beratung auf Basis ihres individuellen Ordnungsverhaltens an. Im persönlichen Gespräch erörtert der dafür ausgebildete beratende Apotheker der AOK mit dem Arzt konkrete Wirtschaftlichkeitsreserven. Dabei verfolgt die Beratung im Wesentlichen das Ziel, die Qualität der Arzneimittelversorgung bei gleich bleibenden oder gar sinkenden Kosten zu erhöhen.

Um den Effekt individueller Beratungen zu bewerten, wurde die Entwicklung bei 147 Hausärzten und hausärztlich tätigen Internisten statistisch analysiert. Diese Ärzte wurden durch acht Apothekerinnen im Jahr 2013 beraten. Um externe, marktbedingte Einflüsse zu kontrollieren, wurde für die Analyse die sogenannte Fallwertmethode angewendet. Hierfür wird die Entwicklung der Kennzahlen auf die Anzahl der Fälle bezogen und zu der entsprechenden Entwicklung bei der ganzen ärztlichen Fachgruppe in Relation gesetzt. Außerdem sind statistische Ausreißer herausgenommen, um zufällige Verzerrungen der Ergebnisse nach oben oder unten zu vermeiden.

Um das Ziel Kostensenkung zu überprüfen, wurden zunächst die Netto-Verordnungskosten des Arztes herangezogen, also die Kosten zu Apotheken-Abgabepreisen abzüglich der Hersteller- und Apothekenrabatte sowie der Zuzahlungen der Patienten. Nicht berücksichtigt sind kassenindividuell ausgehandelte Rabatte. Um Anhaltspunkte für die Qualität der Arzneimitteltherapie zu gewinnen, wurde die in Tagesdosen (DDD) gemessene Arzneimittelmenge insgesamt ermittelt. Ebenfalls untersucht ist die DDD-Menge von Arzneimitteln der PRISCUS-Liste

(Katalog von Medikamenten, die für Patienten über 65 Jahre ungeeignet sind) sowie von Me-too-Präparaten (patentierete Arzneimittel-Wirkstoffe, die nur geringfügige Molekülvariationen bereits bekannter Wirkstoffe enthalten und pharmakologisch gleiche oder ähnliche Wirkungen besitzen wie die Originalpräparate). Weil die Beratung auch darauf zielt, Multimedikation zu reduzieren, wurden zudem die Änderungen in der Anzahl der verschriebenen Wirkstoffe je Patient untersucht.

Kosten gehen zurück. Die Analyse zeigt, dass die Netto-Verordnungskosten aller beratenen Ärzte im Vergleich zu den nicht beratenen Ärzten über die drei auf die Beratung folgenden Quartale um 1,8 Prozent zurückgingen. Auch je beratenen Arzt sanken diese Kosten (siehe Grafik „Was die Beratung bewirkt“). Der Effekt flachte aber im dritten Quartal nach der Beratung deutlich ab. Über die Gründe lässt sich nur spekulieren. Eine Ursache könnte möglicherweise die hohe Kontaktfrequenz der Ärzte mit dem Außendienst der pharmazeutischen Industrie sein. Um den Beratungseffekt zu verlängern, bietet die AOK Nordost im dritten Quartal eine telefonische Nachberatung an.

Dem Beratungseffekt steht ein Umsetzungsaufwand von etwa fünf bis sechs Stunden je Gespräch gegenüber. Hierin enthalten sind die eigentliche Beratung sowie Vor- und Nachbereitung, Dokumentation und Fahrzeiten. Nach internen Berechnungen liegt der Return on Investment (Verhältnis von Investition zu Ertrag) bei etwa 1 zu 4. Damit sind die Beratungen betriebswirtschaftlich nicht nur vertretbar, sondern geradezu geboten.

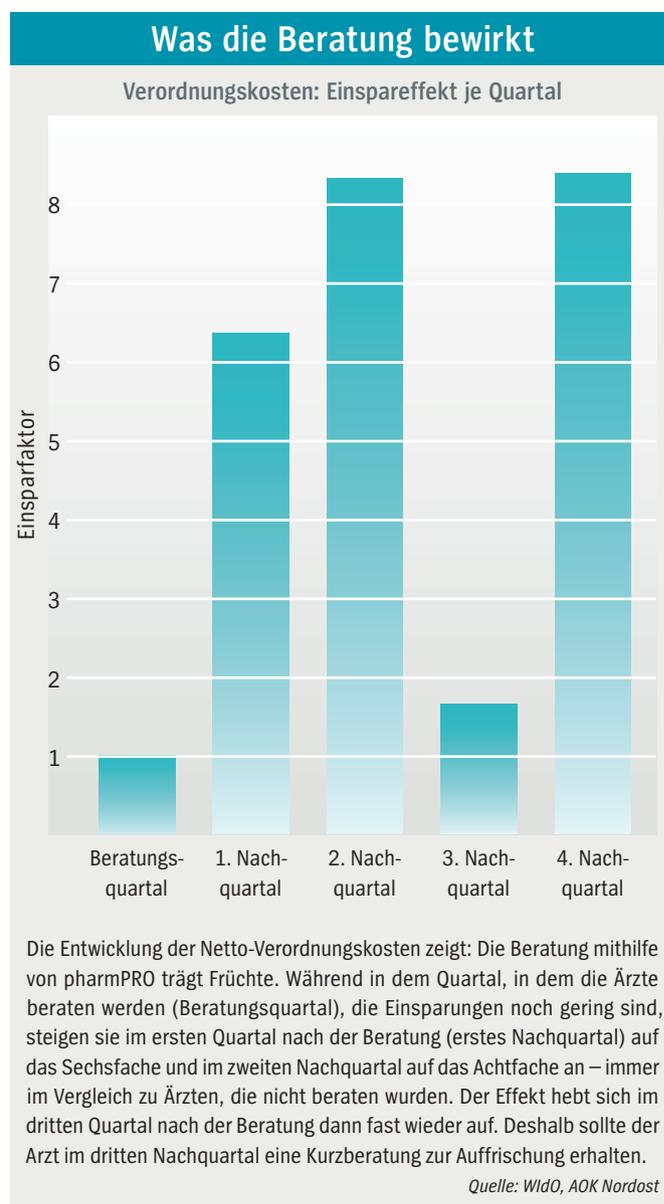
Im Unterschied zum Kosteneffekt bleibt der Mittelwert der gesamten DDD-Mengen in den drei Nachberatungsquartalen gegenüber dem früheren Status praktisch unverändert. Die Menge der verordneten Me-too-Präparate reduziert sich bei den beratenen Ärzten im Vergleich zu den nicht beratenen Ärzten über die drei auf die Beratung folgenden Quartale um 1,9 Prozent. Bei den PRISCUS-Verordnungen liegt der Rückgang in einer ähnlichen Größenordnung (1,6 Prozent). Bei der durchschnittlich je Patient verordneten Anzahl an Wirkstoffen konnte kein Effekt gemessen werden.

Ärzte wünschen pharmaunabhängige Informationen. Dass die Beratung qualitativ hochwertig ist und die Ärzte diese auch wünschen, macht eine Befragung aus dem vergangenen Jahr deutlich. Bei einem Rücklauf von 75 Fragebögen gaben 93 Prozent der Ärzte an, die Beratungsinhalte umsetzen zu wollen. Und 84 Prozent würden die Beratung einem Kollegen weiterempfehlen.

Insgesamt belegt die Analyse, dass das mit der pharmPRO-basierten Beratung verfolgte Ziel, die Arzneimittelversorgung effizienter zu machen, erreicht wird und nicht zulasten der Qualität geht. Ob die Beratung zu mehr Qualität führt, lässt sich allerdings noch nicht eindeutig nachweisen. In jedem Fall aber können die dadurch erzielten Einsparungen investiert werden, um andere Bereiche der Gesundheitsversorgung zu verbessern. Weiteres Plus: Die Beratungstätigkeit der AOK wirkt sich positiv auf die Versicherten anderer Krankenkassen aus. Da nicht davon auszugehen ist, dass ein Arzt Medikamente je nach Kassenzugehörigkeit des Patienten verordnet, erzeugt die Ge-

sundheitskasse mit der von ihr finanzierten Beratung eine Effizienzsteigerung innerhalb der gesamten gesetzlichen Krankenversicherung. Deshalb sollte die Beratung kassenartenübergreifend mit einer gemeinsamen Datenbasis ausgebaut werden. In manchen Regionen geschieht dies bereits.

Aufwand gerechtfertigt. Dass sich die Arztberatung positiv auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung auswirkt, bestätigt auch die internationale Literatur. So bescheinigt die Cochrane-Collaboration (internationales Netzwerk von Wissenschaftlern und Ärzten, das sich an den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin orientiert) der fachbezogenen Beratung einen wesentlichen Einfluss auf das Verschreibungsverhalten. Auch belegt die Literatur, dass weniger ressourcenintensive Ansätze wie briefliche Kontakte einen deutlich niedrigeren Wirkungsgrad erreichen. Die Auswertung der pharmPRO-Beratung belegt diese Hinweise. Der Aufwand lohnt sich also.





Pharmaunabhängige Beratung von Ärzten, Festbeträge, Nutzenbewertung, Rabattverträge – dieser Mix macht die Arzneimittelversorgung wirtschaftlicher.

Webkonferenzen mit Landärzten. Um die pharmPRO-Beratung organisatorisch effizienter zu machen und ihre Reichweite zu erhöhen, bietet die AOK Nordost nun auch Webkonferenzen für Ärzte speziell in ländlichen Regionen an. Dabei ist es selbstverständlich, dass die Beratungspapotheker der Gesundheitskasse strikt den Datenschutz einhalten und die Beratung im geschützten Raum stattfindet. Um die Akzeptanz der Ärzte für die industrieunabhängige Beratung zu erhöhen, sollten individuelle Beratungsgespräche zu einem festen Bestandteil der ärztlichen Fortbildung werden. Die AOK Nordost hat diesbezüglich bei lokalen Ärztekammern angefragt. Noch aber bestehen speziell für die individuelle Beratung bürokratische Hürden.

Unabhängig davon steht der wirtschaftliche Nutzen der Beratung außer Frage. Auch wenn die aufgezeigten Netto-Einsparungen bei den Arzneimittelkosten nicht einfach auf alle Ärzte übertragbar sind, weil sie aufgrund ihrer Patientenstruktur nicht gleich hohe Effizienzreserven haben, lässt sich mithilfe der pharmPRO-Beratung die Verordnung individuell steuern. Zugleich bildet das Beratungsangebot die gesamte therapeutische Kette ab. So werden auch Ärzte in Krankenhäusern und Pflegeheimen sowie Arztnetze beraten.

Die Mischung macht's. Die Beratung ist ein Bestandteil des reichhaltigen Katalogs, um die vom Gesetzgeber vorgegebenen Ziele Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu erreichen. Erfahrungen auch aus anderen Ländern zeigen, dass nur ein facettenreiches Vorgehen Aussicht auf Erfolg hat. Mikroökonomische Ansätze wie beispielsweise das individuelle Medikamentenmanagement, das einige AOKs anbieten, oder die Verordnungsoptimierung in Hausarztnetzen müssen mit makroökonomischen Steuerungen Hand in Hand gehen.

Die allgemeinen Rahmenbedingungen gibt die Bundespolitik vor und gelten für alle Krankenkassen gleichermaßen. So führte zum Beispiel der Ausschluss verschiedener Multikombinationspräparate aus der Erstattungsfähigkeit dazu, dass viele irrationale Mischungen, die früher oft verordnet wurden, mittlerweile praktisch vom Markt verschwunden sind.

Eines der wichtigsten Instrumente zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit stellen seit über 25 Jahren die Festbeträge für Arzneimittel dar. Sie sorgen seit ihrer Einführung 1989 für eine vorher in Deutschland unerhörte Preisstabilität im Bereich der patentfreien Arzneimittel. Sie werden seit 2011 mit der durch das Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) eingeführten Nutzenbewertung für neue Medikamente ergänzt. Diese trägt erheblich dazu bei, explodierende Preise auf ein

faireres Maß zurückzuführen. Darüber hinaus stellen die Arzneimittelrabattverträge eine geglückte Mischung aus politischer Rahmenvorgabe und kassenindividueller Gestaltungsmöglichkeit dar. Sie ermöglichen es den Krankenkassen, die Arzneimittelversorgung ihrer Versicherten effizienter zu steuern, ohne die Qualität und den Umfang der Versorgung in irgendeiner Weise zu kompromittieren. So ist denn auch der Einsatz von Festbetrags- und Rabattarzneimitteln fester Bestandteil der individuellen pharmPRO-Beratung.

All diese Steuerungsinstrumente tragen zu einer wirtschaftlichen und qualitativ hochwertigen Arzneimitteltherapie bei. Und die dadurch eingesparten Mittel lassen sich an anderer Stelle einsetzen, um die Versorgung der Patienten auf hohem qualitativem Niveau zu sichern. ■

Dr. Thomas Fiß ist Apotheker und war bis vor kurzem bei der AOK Nordost für die pharmazeutische Beratung und Versorgungsprojekte zur Arzneimittelsteuerung zuständig. **Gisbert W. Selke** leitet den Forschungsbereich Arzneimittelinformationssysteme und Analysen im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIDO). **Irene Langner** ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im WIDO-Forschungsbereich Arzneimittelinformationssysteme und Analysen. **Ralf Neubauer** ist Softwareentwickler im WIDO-Forschungsbereich Arzneimittelinformationssysteme und Analysen. **Antje Knobloch** ist Apothekerin und betreut bei der AOK Nordost die Konzeption und Umsetzung der pharmPRO-Beratung. **Susanne Dolfen** ist Apothekerin und leitet bei der AOK Nordost den Bereich Arzneimittel.

Kontakt: Gisbert.Selke@wido.bv.aok.de.

Web- und Lesetipps

- Langner I, pharmPRO: Mehr Transparenz bei der Verordnung. Deutsches Ärzteblatt PRAXiS 3/2005, Seite 16–19. Kostenloser Download unter www.wido.de > Arzneimittel > pharmPRO > WIDO Literaturdatenbank
- Thürmann PA, Weniger wäre tatsächlich mehr – die Arzneimittelversorgung alter Menschen. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2013; 107 (2): 148–152 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.zefq.2013.02.007>)
- O'Brien MA, Rogers S., Jamtvedt G, Oxman AD, Odgaard-Jensen J, Kristoffersen DT, Forsetlund L, Bainbridge D, Freemantle N, Davis DA, Haynes RB, Harvey EL., Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4. Art. No.: CD000409. DOI: 10.1002/14651858.CD000409

Ein Land, zwei Systeme?



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

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

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

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

Die WIdO-Reihe im KomPart-Verlag

Ja, ich bestelle ...

Die Krankenversicherung der Zukunft
Anforderungen an ein leistungsfähiges System

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

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

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

Blutspende-Verbot bedingt zulässig

Der Ausschluss homosexueller Männer von der Blutspende kann gerechtfertigt sein, wenn mit ihrer Spende ein erhöhtes HIV-Risiko für Empfänger verbunden ist. Die Mitgliedsländer der Europäischen Union müssen aber prüfen, ob der Schutz der Empfänger nicht auch mit milderem Mitteln erreichbar ist. Das entschied der Luxemburger Gerichtshof. **Von Anja Mertens**

Urteil vom 29. April 2015
– C-528/13 –
Europäischer Gerichtshof

Beim Umgang mit Blut ist äußerste Vorsicht geboten. Denn das Risiko, sich mit lebensgefährlichen Viren zu infizieren, ist hoch. Wegen eines erhöhten HIV-Risikos dürfen in Frankreich, Deutschland und anderen europäischen Ländern homosexuelle Männer kein Blut spenden. Ob dieses grundsätzliche Verbot mit dem Europarecht in Einklang steht, hat jetzt der Europäische Gerichtshof (EuGH) geprüft. Auslöser ist die Klage eines französischen Mannes vor dem Verwaltungsgericht Straßburg (Tribunal administratif de Strasbourg). Vor mehr als fünf Jahren hatte ihm der Arzt eines Blutspendezentrums in der Stadt Metz die Spende mit der Begründung untersagt, er habe eine sexuelle Beziehung zu einem Mann gehabt. Nach französischem Recht dürfe er deshalb kein Blut spenden.

Wegen Diskriminierung geklagt. Gegen dieses Verbot hat der Mann geklagt. Er sieht einen Verstoß gegen die Europäische Richtlinie 2004/33/EG und das Diskriminierungsverbot. Die Richtlinie regelt die Anforderungen für Blut und Blutbestandteile. Das Verwaltungsgericht Straßburg setzte den Rechtsstreit aus und wandte sich an den EuGH. Die französischen Richter wollten von ihren Luxemburger Kollegen wissen, ob der prinzipielle Ausschluss homosexueller Männer von der Blutspende mit dem Europarecht vereinbar ist.

In ihrem Urteil weisen die Luxemburger Richter zunächst darauf hin, dass zwischen einem Ausschluss und einer Rückstellung von der Blutspende zu un-

terscheiden ist (Nummer 2.1 des Anhangs III der Richtlinie 2004/33/EG). Der Ausschluss von der Blutspende betreffe Menschen, deren Sexualverhalten ein „hohes Risiko“ für die Übertragung von schweren Infektionskrankheiten aufweise. Die Rückstellung hingegen beziehe sich auf ein geringeres Risiko. Bei der Beurteilung, ob ein hohes Übertragungsrisiko besteht, müsse die epidemiologische Situation in Frankreich berücksich-

Die europäische Grundrechte-Charta verbietet explizit die Diskriminierung wegen sexueller Ausrichtung.

tigt werden. Aus den Daten des Instituts für Gesundheitsüberwachung (Institut français de veille sanitaire) gehe hervor, dass von 2003 bis 2008 fast alle HIV-Infektionen auf eine sexuelle Beziehung zurückzuführen seien und homosexuelle Männer die am stärksten betroffene Bevölkerungsgruppe stellten. 48 Prozent der Neuansteckungen betrafen Männer, die Sex mit anderen Männern hatten. Die Ansteckungsrate in dieser Gruppe sei 200 Mal höher als in der heterosexuellen Bevölkerung des Landes. Auch habe das Europäische Zentrum für Prävention und Kontrolle von Krankheiten festgestellt,

dass von allen Staaten Europas Frankreich die meisten HIV-Fälle aufweise. Ob aber diese Daten nach den aktuellen medizinischen, wissenschaftlichen und epidemiologischen Erkenntnissen belastbar und nach wie vor relevant seien, müsse das französische Gericht klären, so die Luxemburger Richter. Selbst wenn ein hohes Übertragungsrisiko für Männer mit sexuellen Beziehungen zu anderen Männern festgestellt werde, reiche das allein nicht aus, um sie pauschal von der Blutspende auszuschließen. Artikel 21 Absatz 1 der Grundrechte-Charta der Europäischen Union verbiete explizit die Diskriminierung wegen der sexuellen Ausrichtung. Unter Umständen könne der Ausschluss homosexueller Männer von der Blutspende eine Diskriminierung darstellen. Deshalb, so die Luxemburger Richter weiter, müsse geprüft werden, ob die in Artikel 52 Absatz 1 der Grundrechte-Charta aufgestellten Bedingungen erfüllt seien. Danach dürfen Grund- und Freiheitsrechte nur dann eingeschränkt werden, wenn dies für das Gemeinwohl und den Schutz der Rechte und Freiheiten anderer unbedingt erforderlich ist.

Die Mittel müssen verhältnismäßig sein.

Der im französischen Recht vorgesehene Ausschluss homosexueller Männer von der Blutspende zielt darauf ab, das Risiko der Übertragung einer Infektionskrankheit zu minimieren und einen hohen Gesundheitsschutz sicherzustellen. Dies verstoße aber möglicherweise gegen den

TIPP FÜR JURISTEN



Neues Bundesteilhabegesetz, Ansprüche für Leistungsberechtigte, Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Rehabilitation, Verbraucherschutz in der Rehabilitation – diese und weitere Themen behandelt der „9. Deutsche REHA-Rechtstag“. Er findet am 2. Oktober in Berlin statt. Veranstalter ist die Deutsche Anwalt Akademie. Mehr Informationen: www.anwaltakademie.de > Seminare > Sozialrecht

Grundsatz der Verhältnismäßigkeit. Das Blutspende-Verbot für homosexuelle Männer sei nur dann verhältnismäßig und zulässig, wenn es keine weniger belastenden Alternativen gebe. Dies könnten zum Beispiel neue Testmethoden für Blutspenden sein. Bislang würden zwar alle Blutspenden auf HIV getestet. HIV-Antikörper ließen sich aber erst mehrere Wochen nach der Infektion nachweisen. Ob sich diese diagnostische Lücke durch neue Testverfahren umgehen lasse und eine systematische Quarantäne für Blutspenden homosexueller Männer den geforderten Gesundheitsschutz für die Spendenempfänger sicherstellen kann, müsse das Verwaltungsgericht in Straßburg prüfen.

Risikoverhalten abfragen. Als weitere mildere Alternative zum dauerhaften Ausschluss aller homosexuellen Männer von der Blutspende nennen die Luxemburger Richter eine genauere Befragung der Spender. Qualifizierte Angehörige der Gesundheitsberufe könnten anhand eines Fragebogens und in einem persönlichen Gespräch das Risikoverhalten genauer identifizieren – beispielsweise durch spezifische Fragen nach den letzten sexuellen Kontakten oder der praktizierten Verhütung. Inwiefern eine veränderte Befragung jedoch den angestrebten Gesundheitsschutz der späteren Empfänger von Blutspenden tatsächlich gewährleisten kann, hat der EuGH nicht beurteilt. Auch dies müsse das Verwaltungsgericht in Straßburg tun. Komme am Ende heraus, dass sich mithilfe dieser milderer Alternativen ein hoher Gesundheitsschutz der Empfänger von Blutspenden sicherstellen lässt, dann dürften homosexuelle Männer nicht dauerhaft von der Blutspende ausgeschlossen werden, so die Luxemburger Richter. ■

Kommentar: Der Europäische Gerichtshof hat mit dieser Entscheidung noch nicht abschließend geklärt, ob das Blutspende-Verbot für homosexuelle Männer mit europäischem Recht vereinbar ist. Nicht nur Frankreich, sondern auch EU-Mitgliedstaaten mit entsprechenden Verbotregelungen wie Deutschland müssen jetzt mögliche Alternativen prüfen.

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

| | INHALT | AKTUELLER STAND |
|---|--|--|
| AMBULANTE VERSORGUNG | | |
| Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG), Bundestags-Drucksache 18/4095 | Terminservicestellen bei KVen; Patienten-Anspruch auf Zweitmeinung vor geplanter Operation; Anspruch Pflegebedürftiger und Behinderter auf zahnmedizinische Vorsorge; Förderung von Praxisnetzen und MVZ; Anreize zur Niederlassung von Ärzten in unterversorgten Regionen; Fonds (300 Millionen Euro/Jahr) für innovative Projekte und Versorgungsforschung. | Zweite und dritte Lesung im Bundestag war am 11.6.2015. Der Bundesrat hat am 10.7.2015 zugestimmt. |
| E-HEALTH/GESUNDHEITSKARTE | | |
| Entwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen, Bundestags-Drucksache 18/5293 | Gesetzlich festgelegte Vergütung der Kliniken für das Erstellen elektronischer Entlassbriefe und der Ärzte für das Einlesen dieser Entlassbriefe als Anschubfinanzierung; Förderung Telemedizin; Ärzte-Pauschale für die sichere Übermittlung elektronischer Briefe; Öffnung der Gesundheitskarte für weitere Anwendungen und Gesundheitsberufe. | Erste Lesung im Bundestag war am 3.7.2015. Der Bundesrat hat am 10.7.2015 Stellung genommen. |
| KRANKENHÄUSER | | |
| Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG), Bundestags-Drucksache 18/5372 | Qualitätszu- und -abschläge bei Vergütung; Entwicklung von Qualitätsindikatoren durch GBA für Krankenhausplanung der Länder; Mindestmengenregelung; Pflegestellen-Förderprogramm; Möglichkeit befristeter Krankenhausindividueller Zuschläge; Zuschläge für Häuser mit Notfallversorgung; Halbierung des Investitionsabschlages für Kliniken bei ambulanter Vergütung auf fünf Prozent; neue Korridor Grenzen für die Spannweite der Landesbasisfallwerte; Strukturfonds für Umbau der Kliniklandschaft. | Erste Lesung im Bundestag war am 2.7.2015. Der Bundesrat hat am 10.7.2015 Stellung genommen. |
| PALLIATIVVERSORGUNG | | |
| Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG), Bundestags-Drucksache 18/5170 | Palliativversorgung als GKV-Regelversorgung; im ambulanten Bereich Vereinbarung zusätzlich vergüteter Leistungen durch gemeinsame Selbstverwaltung; GBA-Richtlinie zu Leistungen; Erhöhung Mindestzuschuss der Kassen an Hospize; krankenhaushausindividuelle Entgelte für Palliativstationen; Pflicht der Kassen zur Versichertenberatung; Kooperationsverträge Pflegeheime und Ärzte. | Der Bundesrat hat am 12.6.2015 Stellung genommen. Erste Lesung im Bundestag war am 17.6.2015. |
| PRÄVENTION | | |
| Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG), Bundestags-Drucksache 18/4282 | Neben Krankenkassen Einbindung der Pflege-, Renten- und Unfallversicherung; nationale Präventionskonferenz; Anhebung der Leistungen der Kassen je Versicherten/Jahr auf 7 Euro; gesundheitsfördernde Rehabilitation in Pflegeheimen. | Zweite und dritte Lesung im Bundestag war am 18.6.2015. Der Bundesrat hat am 10.7.2015 zugestimmt. |

Stand: 10.7.2015



Internet-Tipp

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

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

NORDOST

Flagge für mehr Toleranz gehisst

Am 4. Juli haben die Organisatoren des neunten Christopher Street Day (CSD) in Schwerin unter dem Motto „Homophobie raus aus den Köpfen! Wissen schafft Akzeptanz.“ auf die Situation homo-, bi- und transsexueller Menschen in Mecklenburg-Vorpommern aufmerksam gemacht. Die AOK Nordost unterstützte die Veranstaltung in der Landeshauptstadt und hisste vor ihrem dortigen Verwaltungsgebäude die international bekannte Regenbogenfahne, um ein Zeichen für mehr Toleranz zu setzen. „Mit ihrem Engagement will sich die Gesundheitskasse auch als weltoffenes Unternehmen präsentieren und für ein tolerantes Miteinander in der Gesellschaft werben“, so **Frank Ahrend**, Landesgeschäftsführer der AOK Nordost in Mecklenburg-Vorpommern. Auch vor ihren Berliner Gebäuden zeigte die Gesundheitskasse als Mitglied im „Bündnis gegen Homophobie“ Flagge. Zudem engagiert sich die Dreibänderkasse seit vielen Jahren auch in Netzwerken wie „Tolerantes Brandenburg“ gegen Intoleranz und Rassismus. ■



Regenbogenfahne zum CSD: Die AOK zeigt sich solidarisch.

BREMEN/BREMERHAVEN

Auszeichnung für nachhaltiges Bauen

Bremens ehemaliger Gesundheitssenator **Dr. Hermann Schulte-Sasse** sowie Bremerhavens Oberbürgermeister **Melf Grantz** haben den Neubau der AOK-Hauptgeschäftsstelle in Bremerhaven offiziell eröffnet. Das Verwaltungsgebäude wurde von dem Berliner Architekten **Max Dudler** entworfen und bietet insgesamt 62 Büro- und Sitzungsräume für rund 180 Beschäftigte von gleich zwei gesetzlichen Krankenkassen, da die AOK Niedersachsen als Mieter mit knapp 30 Mitarbeitern eben-

falls in den Neubau eingezogen ist. Die Gesundheitskasse habe großen Wert auf eine wirtschaftliche, nachhaltige sowie energieeffiziente Bauweise gelegt, betonte der Vorstandsvorsitzende der AOK Bremen/Bremerhaven, **Olaf Woggan**. Diese Anstrengungen honorierte die Gesellschaft für Nachhaltiges Bauen mit einer Auszeichnung. AOK-Verwaltungsratsvorsitzender **Wolfgang Söller** erklärte, die neue AOK-Zentrale in Bremerhaven passe sehr gut in diese Zeit. „Das Gebäude ist hanseatisch zurückhaltend und zukunftsweisend zugleich – genau das, was viele Menschen mit der AOK verbinden“, sagte Söller. ■

RHEINLAND/HAMBURG

Über Organspende weiter aufklären

Erstmals seit drei Jahren hat die Zahl der Organspender in Deutschland wieder leicht zugenommen. Hatten laut Stiftung Organtransplantation im Jahr 2013 nur 230 und 2014 nur 204 Bundesbürger Organe gespendet, so ist die Zahl im ersten Quartal 2015 auf 242 Spender gestiegen. Die AOK Rheinland/Hamburg spricht von einer Trendumkehr, warnt jedoch zugleich davor, das gesellschaftlich wichtige Thema Organspende aus dem Blick zu verlieren. „Wir dürfen nicht nachlassen, die Menschen mit Aufklärung und Aktionen für diese essenzielle Frage zu sensibilisieren. Jeder sollte abwägen und persönlich entscheiden, ob er Spender werden möchte oder nicht, aber jeder sollte eine Entscheidung treffen“, sagte **Rolf Buchwitz**, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der AOK Rheinland/Hamburg. Die Gesundheitskasse setze daher auch künftig auf umfassende Information der Versicherten. Bis heute hat die Kasse eigenen Angaben zufolge im Rheinland und in Hamburg über fünf Millionen Organspendeausweise verteilt. ■

AOK aktuell

Exklusiv-Partnerschaft mit Handballern

Die AOK NordWest ist ab der neuen Handballsaison 2015/2016 exklusiver Gesundheitspartner des Handball-Bundesligisten THW Kiel. Das gaben beide Partner in Kiel bekannt. In den nächsten zwei Jahren wollen sich die Gesundheitskasse und der THW gemeinsam für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein stark machen. AOK-Landesdirektor **Thomas Haeger** sieht dafür beste Voraussetzungen. „Der THW und die AOK sind zwei leistungsstarke Partner und regional fest verwurzelt. Beide engagieren sich seit Jahren in unzähligen Kindergärten, Schulen und Vereinen im nördlichsten Bundesland.

Diese Kräfte bündeln wir nun, um in gemeinsamen Präventionsprojekten für einen gesunden Lebensstil und mehr

Bewegung in der Familie zu werben. THW-Geschäftsführer **Thorsten Storm** betonte, die AOK sei ein zuverlässiger und kompetenter Partner mit langjähriger Erfahrung. „Das Paket unserer Zusammenarbeit zeichnet sich durch individuelle Lösungen aus und gibt uns die Möglichkeit, neue Akzente zu setzen.“ ■



AOK zählt Schäfchen

Jeder zweite der rund 10,6 Millionen Menschen in Baden-Württemberg hatte schon Schwierigkeiten, abends einzuschlafen. Zu diesem Ergebnis kommt eine repräsentative Forsa-Umfrage, die die AOK Baden-Württemberg aus Anlass des „Tag des Schlafes“ am 21. Juni beauftragt hatte. Frauen haben demnach häufiger Probleme, in den Schlaf zu finden (56 Prozent), als Männer (48 Prozent). 16 Prozent der Befragten gaben an, sehr häufig oder häufig unter Einschlafproblemen zu leiden. Weiteren 36 Prozent fällt dies zumindest ab und zu schwer. Offenbar besteht ein Zusammenhang zwischen Schlafdauer und Einschlafschwierigkeiten: Wer weniger als sieben Stunden pro Nacht schläft, hat deutlich öfter Probleme als „Langschläfer“ mit mehr als acht Stunden Schlafdauer. „Wenn seit über einem Monat drei Nächte oder mehr in der Woche kein durchgehender, erholsamer Schlaf gefunden werden kann, und man sich am Tag müde und kraftlos fühlt, kann dies auf eine chronische Schlafstörung hinweisen“, sagte **PD Dr. Sabine Knapstein**, Ärztin und Psychotherapeutin der AOK. **Infos:** www.aok-bw.de/schlafen ■

BAYERN

Medientalente ausgezeichnet

Zum zwölften Mal hat die AOK Bayern den mit insgesamt 30.500 Euro dotierten Dr. Georg Schreiber-Medienpreis in Kooperation mit den Nachwuchsjournalisten in Bayern und der Deutschen Journalistenschule München



Einschlafprobleme: Treten sie dauerhaft auf, kann es sich um eine chronische Störung handeln.

verliehen. Bei einem Festakt im Haus des Bayerischen Rundfunks (BR) in München wurde **Anna Schmid** für ihre im Magazin BISS veröffentlichte Reportage „Eine Frage der Ehre“ mit dem ersten Platz ausgezeichnet. Der zweite Preis ging an **Lara Fritzsche** für ihren Beitrag „Unguter Hoffnung“, veröffentlicht im Magazin der Süddeutschen Zeitung. Den dritten Platz belegten **Nina Bautz** und **Christina Meyer** für ihre in der tz veröffentlichte Serie „Die Stadt der Gegensätze“. Den bundesweiten Sonderpreis ohne Altersbegrenzung sicherte sich **Nataly Bleuel** für ihren Beitrag „Herzenssache“, geschrieben für Die Zeit. Der Fernsehpreis ging an **Philipp Grüll** für die Sendung „Palliativmedizin – Zu wenig ambulante Sterbebegleitung“, ausgestrahlt vom Bayerischen Rundfunk. Den Hörfunkpreis nahmen **Christiane Hawranek** und **Nadine Ahr** für den Beitrag „Tests mit Nebenwirkungen“ im BR entgegen. Der Ehrenpreis für herausragendes publizistisches Engagement erhielt das Regionalzentrum für Selbsthilfegruppen Mittelfranken für das Magazin kiss. ■

HESSEN

Gesundheits-Oscar geht an DAVET

Für ihre gemeinsame Vorsorge- und Kommunikationskampagne DAVET sind die AOK Hessen und die Türkisch-Deutsche Gesundheitsstiftung (TDG) mit dem diesjährigen dfg-Award geehrt worden. Der Preis gilt bundesweit als eine der bekanntesten Auszeichnungen für Kampagnen und Projekte in der Gesundheitsbranche. Von den Veranstaltern wird er sogar als „Gesundheits-Oscar“ bezeichnet. Herzstück von DAVET sind barrierearme und kultursensible Informationen über Gesundheit und Früherkennung speziell für türkischstämmige Bürger im Raum Dietzenbach in Südhessen. ■

BUNDESVERBAND

Starker Journalismus

Der amtierende Bundesratspräsident, Hessens Ministerpräsident **Volker Bouffier**, hat in

Berlin die Sieger des Schülerzeitungswettbewerbs der Länder 2015 ausgezeichnet. Vergeben wurde in der Länderkammer auch der Sonderpreis der AOK. Für ihre Beiträge zum Thema „Fallen gelassen – gelassen Fallen. Leben mit gesundheitlichen Einschränkungen“ erhielten die Redaktionen von „Ätzkalk“ an der Jakob-Mankel-Schule in Weilburg in Hessen und „Schulgeflüster“ am Friedrich-Albert-Lange-Berufskolleg in Duisburg gemeinsam den ersten Preis. ■

Telegramm

+++ Die Fußballvereine TSG Neustrelitz und Hertha BSC haben gemeinsam mit der AOK Nordost ein Benefizspiel veranstaltet. Der Erlös kam der **Stiftung Ernährung - Bildung - Gesundheit (yume)** zugute, die ihre Arbeit vor Ort in der Halbpause vorstellte. Die Stiftung setzt sich für gesunde Ernährung von Kindern und Jugendlichen ein und unterstützt dafür Projekte in Kitas und Schulen. +++ Kürzlich gastierte die **AOK-Theatertour Möhren, Kinder, Sensationen** im Anhaltischen Theater Dessau-Roßlau. In zwei Veranstaltungen konnten Kinder, Eltern und Pädagogen live erleben, was ein gesundes Kinder- und Familienleben positiv beeinflusst. +++

Kinder- und Jugendmedizin Nicht immer gleich an Krankheit denken

Tills Mutter ist irritiert. Die Grundschullehrerin hatte ihr den Gang zum Kinderarzt ans Herz gelegt. Till komme im Unterricht zwar gut mit, aber an seiner Feinmotorik mangle es. Er halte den Stift falsch,



könne keine Kreise malen, das Schreiben falle ihm schwer und seine Konzentration lasse ab der Mitte des Unterrichts nach. Vielleicht leide er ja an ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung). Kinderarzt Michael Hauch, den Tills Mutter aufsucht, ist überrascht. Für ihn ist der Erstklässler ein völlig normaler

Junge, der neugierig der Welt begegnet. Das Drängen der Mutter auf ein Rezept lehnt er ab und telefoniert am nächsten Tag mit der Lehrerin. Diese, so stellt sich heraus, plagte vor allem die Angst, etwas zu versäumen und sich im Nachhinein die Vorwürfe der Eltern einzuhandeln. Tills Geschichte ist nur eine von vielen, die der Kinderarzt aus Düsseldorf in seinem lesenswerten Buch zusammengetragen hat. Darin beschreibt er, wie der Druck auf allen Seiten wächst und Kinder darunter leiden. Eltern bangen, ob ihr Kind mithalten kann, und Lehrerinnen fürchten, Anzeichen für eine Krankheit zu übersehen. Kinderärzte aber wollen keine „Rezeptautomaten“ sein, die geringe Abweichungen als Krankheiten diagnostizieren sollen. Jedes Kind ist ein „Unikat“. Kinderärzte brauchen viel Erfahrung, um Entwicklungsstufen richtig einzuschätzen, und zuweilen Mut, dem Druck anderer Instanzen standzuhalten.

Michael Hauch/Regine Hauch:
Kindheit ist keine Krankheit.
2015. 320 Seiten. 14,99 Euro.
S. Fischer Verlag, Frankfurt/Main.

Ärztliche Praxis Wandel durch Kommerzialisierung

Der niedergelassene Arzt bewegt sich im Spannungsfeld zwischen Patientenorientierung und Eigennutz. Er gerät zunehmend unter Rechtfertigungsdruck. Je weniger eindeutig eine medizinische Indikation ist, desto mehr ist eine zusätzliche Intervention zu begründen. Fabian Karsch geht der Frage nach, wie der Diskurs um die Kommerzialisierung ärztlicher Handlungsfelder geführt wird. Am Beispiel der individuellen Gesundheitsleistungen, die vor allem Patienten mit einem guten Einkommen angeboten bekommen, wird deutlich, wie sehr das Solidarsystem zu erodieren droht. Denn aus dieser Praxis heraus wächst das Unverständnis vieler, nach welchen Kriterien Behandlungen im Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung ein- oder ausgeschlossen werden. Ärztfunktionäre verweisen auf gesundheitspolitische Fehlsteuerungen, die die Kommerzialisierungen hervorrufen. Zugleich geben sie Tipps, wie sich ärztliche



Angebote über rein therapeutische Ziele hinaus erweitern lassen. Der Leidensdruck der Patienten wird als das zentrale Argument angeführt – sowohl gegen die Beschränkungen wie auch für zusätzliche Angebote. Die Grenze zwischen medizinischer Notwendigkeit und Lifestyle-Medizin verwischt zusehends. Ärzte und Patienten werden künftig gemeinsam entscheiden, ob eine ergänzende Leistung sinnvoll ist. Einzig die medizinische Professionalität kann dann regulativ wirken, damit die Marktgesetze nicht vollends durchschlagen.

Fabian Karsch: **Medizin zwischen Markt und Moral.**
2015. 256 Seiten. 32,99 Euro.
transcript Verlag, Bielefeld.

SEMINARE | TAGUNGEN | KONGRESSE

| | | | | |
|---|--|----------------------------|--|---|
| ■ DATENSCHUTZ IM GESUNDHEITSWESEN | eHealth-Gesetz, (Sozial-)Datenschutz und IT-Sicherheit, Patientenschutz | 24.9.2015 Leipzig | Gesundheitsforen Leipzig GmbH Hainstraße 16 04109 Leipzig | Tel.: 03 41/9 89 88-339 Fax: 03 41/9 89 88-9199 alissa.weiss@gesundheitsforen.net www.gesundheitsforen.net/datenschutz |
| ■ 1. PALLIATIV-KONGRESS RUHR | Flächendeckende Palliativversorgung, Selbstbestimmung, Sterbegleitung, Palliativ Care | 25.-26.9.2015 Bochum | Palliativnetz Bochum e.V. Organisation: smart-Q Kongresse Universitätsstraße 136 44799 Bochum | Tel.: 02 34/60 60 07 57 Fax: 02 34/60 60 07 62 info@smart-q.de www.palliativkongress-ruhr.de |
| ■ WEARABLE TECHNOLOGIES & DIGITAL HEALTH | Quantified-Self-Bewegung und Gesundheitssystem, technische und rechtliche Möglichkeiten | 29.-30.9.2015 Bonn | Euroforum Deutschland Postfach 11 12 34 40512 Düsseldorf | Tel.: 02 11/96 86-35 77 anmeldung@euroforum.com www.euroforum.de/wearables |
| ■ 14. EUROPÄISCHER GESUNDHEITSKONGRESS | Krankenhausfinanzierung, Zusammenarbeit ambulanter und stationärer Sektor, personalisierte Medizin | 30.9.-1.10.2015 München | WISO S.E. Consulting GmbH Organisation: Interplan AG Landsberger Straße 155 80687 München | Tel.: 0 89/54 82 34 50 Fax: 0 89/54 82 34 43 info@gesundheitskongress.de www.gesundheitskongress.de |
| ■ BETRIEBLICHES GESUNDHEITSMANAGEMENT | Psychische Gefährdungsbeurteilung, Ursachen von Stress, Burnout und Depression, Gesundheits-Apps | 27.-28.10.2015 Köln | MCC – The Communication Company Scharnhorststraße 67a 52351 Düren | Tel.: 0 24 21/1 21 77-0 Fax: 0 24 21/1 21 77-27 mcc@mcc-seminare.de www.mcc-seminare.de > Gesundheit |

Studien

Wie Medien auf die Gesundheit wirken

Jeder Deutsche sitzt im Durchschnitt täglich 242 Minuten vor dem Fernseher. Diese Zeit fehlt dann, um aktiv etwas für die eigene Gesundheit zu tun. Mehrstündige körperliche Inaktivität erhöht jedenfalls das Risiko, Übergewicht zu entwickeln und an Herz-Kreislauf-erkrankungen zu leiden. Belegt ist, dass das Sitzen spezifische pathophysiologische Prozesse auslöst, die insbesondere den Fettstoffwechsel ungünstig beeinflussen. Ob und wie sehr übermäßiger Medienkonsum schadet oder nicht, ist jedoch



nicht nur vom Zeitrahmen, sondern auch von vielen weiteren Faktoren wie etwa der jeweiligen Lebensphase abhängig. Unter Dreijährige beispielsweise können Informationen via Bildschirm gar nicht adäquat aufnehmen, weil ihre Hirnfunktionen noch nicht ausgereift sind. Sind hingegen Formate und Inhalte auf die Zielgruppe abgestimmt – wie dies beispielsweise bei der Fernsehserie „Sesamstraße“ der Fall ist –, können Vorschulkinder durch Fernsehen ihre kognitiven Fähigkeiten trainieren. Bei Jugendlichen dreht sich der gesundheitliche Einfluss wiederum ins Negative: Teenager, die sich von Filmen

berieseln lassen, in denen geraucht, getrunken und mit Autos gerast wird, tendieren dazu, sich auch im Alltag riskant zu verhalten. Diese und andere Forschungsergebnisse finden sich im „Handbuch Gesundheitskommunikation“. Es gibt einen guten Überblick über aktuelle Studien in diesem Themenfeld.

Klaus Hurrelmann/Eva Baumann:
Handbuch Gesundheitskommunikation. 2014.
536 Seiten. 59,95 Euro.
Verlag Hans Huber, Bern.

Rechtskommentar Überblick zur Gesetzeslage

Die Gesundheitspolitik zeichnet sich durch seine dauerhaften Reformbaustellen aus. 2014 wurden entscheidende Gesetze auf den Weg gebracht, die 2015 in Kraft getreten sind. Wie zum Beispiel das Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG), mit dem der allgemeine Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung von 15,5 Prozent auf 14,6 Prozent abgesenkt wurde. Oder das erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I), das die Leistungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen erweitert und zusätzliche Be-



treuungskräfte in den stationären Pflegeeinrichtungen vorzusehen. Auch das Pflegezeitgesetz und das Familienpflegezeitgesetz des Bundesministeriums, die die Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf erleichtern sollen, gehören dazu. Der Kommentarband „Gesundheitsrecht“ berück-

sichtigt all diese Reformen und schafft einen aktualisierten Überblick in diesen dynamischen Rechtsgebieten.

*Josef Berchtold/Stefan Huster/
Martin Rehborn:*
Gesundheitsrecht. 2015.
2.952 Seiten. 198 Euro.
Nomos Verlag, Baden-Baden.

Zeitschriftenschau

■ HIV-Infektion: Früher Therapiestart senkt Sterberisiko

Ein sofortiger Therapiebeginn nach der Diagnose HIV senkt sowohl die Sterblichkeit als auch das Risiko, mit der Infektion einhergehende Krankheiten zu entwickeln. Beides sinkt um mehr als die Hälfte, wie die vom US-amerikanischen Nationalen Institut für Allergien und Infektionskrankheiten veröffentlichte internationale START-Studie (Strategic Timing of Antiretroviral Treatment) zeigt. An der Studie nahmen über 4.500 HIV-Infizierte teil. Eine Gruppe hatte sofort eine antiretrovirale Therapie erhalten. Bei der Kontrollgruppe wurde mit der Behandlung erst begonnen, als das Immunsystem bereits geschwächt war.

www.niaid.nih.gov > News > 27. Mai 2015

■ Krankenhauspatienten: Schulungen verhindern Stürze

Bei stationären Aufenthalten kommt es immer wieder zu Stürzen. Australische Wissenschaftler untersuchten, ob individuelle Patientenschulungen durch Physiotherapeuten vorbeugen können. An der Studie nahmen 3.600 Krankenhauspatienten teil, die durchschnittlich 81 Jahre alt waren. Sie erhielten acht Schulungseinheiten. Dadurch ging die Sturzrate um 40 Prozent zurück. Stürze mit Verletzungen verringerten sich um 35 Prozent. *Lancet*, online 9. April 2015 ([http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61945-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61945-0))

■ Globale Gesundheit: Menschheit immer älter und kränker

Nur einer von 20 Menschen weltweit hatte im Jahr 2013 keine gesundheitlichen Probleme. Das geht aus einer Analyse des Institute for Health Metrics and Evaluation der Universität Washington hervor. Bei einem Drittel der Weltbevölkerung lagen mehr als fünf Diagnosen vor. Für ihren Bericht „Global Burden of Disease“ werteten die Forscher 35.620 Quellen aus 188 Ländern aus. Nach Angaben der Autoren basiert die Analyse zwar auf sehr heterogenen Daten mit unterschiedlichen Definitionen, Tests, Instrumenten und Erhebungen. Aber die Richtung sei eindeutig: Wegen der zunehmenden Lebenserwartung sind immer mehr Menschen chronisch krank und leiden unter anderem an Depressionen, Rückenschmerzen und Blutarmut durch Eisenmangel. *Lancet*, online 7. Juni 2015 ([http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60692-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60692-4))

■ Digitale Gesundheit: Diabetes-Apps fallen bei älteren Patienten durch

Wissenschaftler der Technischen Universität Dresden haben 32 Diabetiker im Alter von durchschnittlich 69 Jahren Diabetes-Apps testen lassen. 34 Prozent der Teilnehmer zeigten sich sehr interessiert an einer App. 53 Prozent standen der neuen Technologie offen gegenüber. Allerdings bemängelten 90 Prozent, die Apps seien nicht intuitiv bedienbar. Zwei Drittel fühlten sich unsicher bei der Navigation durch das Menü. 38 Prozent konnten nicht erkennen, wo neue Daten – etwa zur Medikation – zu speichern und wiederzufinden sind. Rund ein Drittel kritisierten, dass die Apps irrelevante Features enthalten. 38 Prozent vermissten wichtige Funktionen wie die Erinnerung an die Einnahme von Medikamenten und die Messung des Blutzuckers. *Medicine* 2.0, 2015; 4 (1): e1

Peers haben Erfolg in der Prävention

Abends in der Stadt oder auf Festivals sprechen junge Menschen Gleichaltrige auf die Gefahren des Alkoholkonsums an. So bleibt Prävention am Puls der Zielgruppe, meint **Heidrun Thaiss**, Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Alkohol? Kenn dein Limit: Fast jeder in Deutschland hat schon einmal ein Plakat oder einen Kinospot mit diesem Slogan gesehen. Mit der gleichnamigen Kampagne wendet sich die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), unterstützt vom Verband der Privaten Krankenversicherung, an Jugendliche. Viele ihrer Bausteine wirken in deren Lebenswelt, um Aufmerksamkeit für den verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol zu wecken. Wie die repräsentative Untersuchung „Alkoholsurvey 2014“ der BZgA zeigt, kennen über 80 Prozent der jungen Menschen die Kampagne. Nahezu jeder befragte Jugendliche unterstützt ihr Ziel, für einen risikoarmen und verantwortungsbewussten Alkoholkonsum einzutreten. Über die Massenmedien hinaus spielen die Onlineangebote in der Kampagne eine wichtige Rolle. Eine Facebook-Seite ermöglicht den direkten Austausch mit der Zielgruppe.

Guter Zugang zu Jugendlichen. Doch die Kampagne entfaltet ihre Kraft auch dort, wo Jugendliche ihren Alltag verbringen. So sind vor kurzem 50 sogenannte Peers auf ihre Aufgabe vorbereitet worden, Jugendliche in ihrer Freizeit anzusprechen und mit ihnen in Innenstädten oder auf Festivals Gespräche über Alkohol zu führen und für die Risiken des Alkoholkonsums zu sensibilisieren. Die Peers haben einen besonders guten Zugang zu jungen Menschen, da sie nur unwesentlich älter als die Zielgruppe sind. Die Ergebnisse einer Evaluation bestätigen, dass sich Jugendliche, die mit den Peers Kontakt hatten, stärker mit dem Thema auseinandersetzen und Alkohol in bestimmten Situationen eher ablehnen.

Kinotage für Schulklassen. Die Schule ist ein zentraler Lebensort Jugendlicher. Im Rahmen der schulischen Suchtprävention hat

sich der „KlarSicht-MitmachParcours zu Tabak und Alkohol“ bewährt, der den Schülern die Möglichkeit zur interaktiven Beschäftigung mit dem Thema bietet. Angesichts der großen Nachfrage hat die BZgA eine Koffervariante des Parcours entwickelt. Wichtig für den erfolgreichen Einsatz ist die Schulung für Multiplikatoren. Mit den „JugendFilmTagen: Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier“ bietet die BZgA darüber hinaus Ländern und Kommunen ein Forum für eine handlungsorientierte schulische Suchtprävention. Die Filmtage finden in regionalen Kinos und in Kooperation mit kommunalen Fachleuten der Suchtprävention statt, beinhalten ein Fortbildungsangebot für Lehrkräfte sowie zwei Kinotage mit themenbezogenen Filmvorführungen und Mitmach-Aktionen für Schulklassen.

Bessere Vernetzung in Modellkommunen. Darüber hinaus unterstützt die BZgA die bessere Vernetzung von Experten auf kommunaler Ebene, so beispielsweise das Projekt „Gemeinsam initiativ gegen Alkoholmissbrauch – GIGA“ der Landeskoordinierungsstelle Suchtvorbeugung NRW mit dem Landschaftsverband Rheinland in sechs Modellkommunen. Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass sich die Vernetzung verbessert hat. Länderkonferenzen zu „Kommunalen Ansätzen der Alkoholprävention“ dienen ebenfalls dem Austausch der beteiligten Partner und Institutionen, die gemeinsam die Konzepte weiterentwickeln, die sich auf der kommunalen Ebene als Erfolg versprechend erwiesen haben.

Kampagne setzt auf mehreren Ebenen an. Diese Breite der Kampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ ist notwendig, da Prävention nur dann erfolgreich sein kann, wenn sie auf verschiedenen Ebenen ansetzt. Die Ansprache der Zielgruppe in ihrer unmittelbaren Lebenswelt und die Unterstützung von Fachkräften in ihrer Arbeit sowie die Verstärkung der Kooperation sind zentrale Bestandteile. Um die Wirkung der Kampagne nachzuweisen, werden die Bausteine der Kampagne im Sinne der Qualitätssicherung regelmäßig überprüft. Rückmeldungen und Befragungsergebnisse von Jugendlichen spielen eine besondere Rolle bei der Weiterentwicklung. Denn nur so kann es gelingen, immer am Puls der Zielgruppe zu sein, und damit die positive Entwicklung eines derzeit rückläufigen Alkoholkonsums von Jugendlichen in Deutschland zu stützen. ■

Dr. med. Heidrun Thaiss leitet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). **Kontakt: leitung@bzga.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



Auf Augenhöhe mit dem Arzt:
Mehr Durchblick bei der Gesundheit gibt's
unter www.aok.de/faktenboxen.

G+G 6/2015

Durchblick im Info-Dschungel

Faktenboxen eignen sich eher für Mediziner

Bislang fehlen einfache, knappe, laienverständliche und zugleich qualitätsgesicherte Gesundheitsinformationen, heißt es in Ihrem Artikel. Wohl wahr. Ob aber nun die neuen Faktenboxen Abhilfe schaffen, bleibt abzuwarten. Mögen sie auch qualitätsgesichert sein – unter einfach und laienverständlich stelle ich mir etwas anderes vor, als das, was Sie am Beispiel Eierstock-Ultraschall darstellen. Auf den ersten Blick erscheint diese Faktenbox zwar komplex, aber durchaus strukturiert und logisch. Beim näheren Hinschauen frage ich mich: Wie kommt bei den Frauen ohne Früherkennung die Diagnose Eierstockkrebs zustande? Und was ist ein auffälliger Befund im Unterschied zur Diagnose Eierstockkrebs? Welche Rolle spielt in diesem Zusammenhang die Tastuntersuchung zur Früherkennung? Am Schluss bin ich eher verwirrt und beunruhigt als überzeugt davon, dass ich ab jetzt auf die Ultraschalluntersuchung verzichten sollte. Und ob ich das dann wirklich mit dem Arzt oder der Ärztin diskutieren, also die Argumente aus der Faktenbox wiedergeben könnte, – ich glaube kaum. Vielleicht, wenn wir gemeinsam ins Internet schauen. Vielleicht eignen sich die Faktenboxen doch eher zur Aufklärung von Mediziner als von Laien. Und vielleicht liegt das ganz einfach daran, dass Gesundheit und Medizin nun mal nicht einfach zu verstehen, sondern eine ungeheuer komplexe Materie sind.

B. G., Offenburg

G+G 5/2015

Einwurf „Streber beim Schulesen“

Da dreht sich mir der Magen um

Dass sich Bundesernährungsminister Christian Schmidt für die Qualität des Speisenangebots in Schulen stark macht, ist löblich. Ob es mit dem von ihm angekündigten „Schülerwettbewerb“ aber getan ist, muss bezweifelt werden. Denn das, was in vielen Kindertagesstätten, Schulen und auch in Pflegeheimen täglich auf dem Esstisch landet, lässt an Vielfalt und Qualität zu wünschen übrig. Belege dafür lieferte jüngst die RTL-Sendung „Team Wallraff“, die sich mit dem Essen aus Großküchen beschäftigte. Dabei standen die Mahlzeiten für Kitas, Schulen und Pflegeheime besonders im Fokus, da das Immunsystem von Kindern und alten Menschen bekanntlich sehr sensibel ist. Sie benötigen deshalb hochwertiges Essen. Doch die Wirklichkeit sieht oftmals anders aus: Das Reporterteam fand bei einem Großcaterer verschimmelte Lebensmittel und Produkte mit weit überschrittenem Haltbarkeitsdatum. Der Caterer bereitet nach Angaben des Senders 25.000 Essen pro Tag zu. In einer anderen Großküche, die Mahlzeiten für 600 Kinder herstellt, wurde überhaupt nicht mehr gekocht. Stattdessen wurde ein bisschen Pulver mit Leitungswasser zur Soße angerührt, abgepacktes Convenience-Essen hinzugefügt und an Schulen verteilt. Das Fleisch kam von weit her – billig halt. Sollte all das unter dem Prädikat „Streber beim Schulesen“ laufen, dann dreht sich bei mir nur noch der Magen um.

A. W., Bonn

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 Anne Töpfer

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

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

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

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

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

Es gilt die Anzeigen-
preisliste Nr. 17
vom 1.1.2015
ISSN 1436-1728



BECKs Betrachtungen

Gewinner bei „Schluss mit lustig?“ 2015



Der gebürtige Leipziger BECK studierte Architektur und Grafik, bevor er durch Veröffentlichungen in der »taz«, im »Eulenspiegel« und in der »Zeit« als Cartoonist und Illustrator bekannt wurde. Mit dem obenstehenden Cartoon gewann Beck im Juli 2015 einen

ersten Preis in einer der vier Kategorien des Karikaturen-Wettbewerbs „Schluss mit lustig?“, ausgelobt vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen.

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.



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

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

Gesundheit in besten Händen

www.aok.de/familie