



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

FRÜHERKENNUNG

Fischen mit feinem Netz

Warum Krebs-Screenings zu
Überdiagnostik führen können

ANALYSE: Was die häusliche Krankenpflege leistet
INTERVIEW: Was Sachsens Sozialministerin plant

Gesundheit ist unser Thema!

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

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

AOK-BUNDESVERBAND

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

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

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

AOK BADEN-WÜRTTEMBERG

Hauptverwaltung
Pressesprecher: Kurt Wesselsky

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

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

AOK BAYERN – DIE GESUNDHEITSKASSE

Zentrale
Pressesprecher: Michael Leonhart

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

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

AOK BREMEN/BREMERHAVEN

Pressesprecher: Jörn Hons

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

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

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN

Direktion
Pressesprecher: Ralf Metzger

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

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

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR NIEDERSACHSEN

Direktion
Pressesprecher: Carsten Sievers

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

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

AOK NORDOST – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecherin: Gabriele Rähse

Wilhelmstraße 1
10963 Berlin
presse@nordost.aok.de

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

AOK NORDWEST – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: Jens Kuschel

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

Tel. 0231/4193-10145

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

Tel. 0431/605-21171

AOK RHEINLAND/HAMBURG – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecherin: Antje Meyer

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

Tel. 0211/8791-1011

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

Tel. 040/2023-1401

AOK RHEINLAND-PFALZ/SAARLAND – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressereferent: Jan Rößler

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

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

AOK PLUS – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR SACHSEN UND THÜRINGEN

Pressesprecherin: Hannelore Strobel

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

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

AOK SACHSEN-ANHALT – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecherin: Anna-Kristina Mahler

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

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

Wegbereiter der Inklusion

Noch bevor in Rio das olympische Feuer brennt, feierten 4.800 Athletinnen und Athleten die Special Olympics Hannover 2016. Das Sportfest hilft, Vorurteile gegenüber behinderten Menschen abzubauen, meint **Bernhard Conrads**.

Wer Inklusion wünscht, sucht Wege, wer Inklusion ablehnt, sucht Gründe – dieser Satz machte nach der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention durch die Bundesrepublik Deutschland 2009 die Runde. Er hat sich bewahrheitet. Special Olympics Deutschland gehört zu jenen Organisationen, die Wege suchen. Über den (Um-)Weg des Sports beweist Special Olympics, dass Inklusion gelingen kann. Die vom Internationalen Olympischen Komitee offiziell anerkannte Sportbewegung rückt Athletinnen und Athleten mit sogenannter geistiger Behinderung ins Blickfeld der Öffentlichkeit – mit der Botschaft, dass auch diese Sportler etwas leisten können und Spaß daran haben. Oder durch das Konzept „Special Olympics Unified Sports“:

In den meisten der bei Special Olympics Deutschland betriebenen 26 Sportarten gibt es Unified Sport Teams, in denen Menschen mit und ohne Behinderung gemeinsam trainieren und an Wettbewerben teilnehmen. Inklusion vermittelt auch das Programm „Gesunde Athleten“. Darin können sich Sportlerinnen und Sportler von medizinischen Fachkräften beispielsweise auf ihre Zahn- oder Fußgesundheit checken oder Augen und Ohren untersuchen lassen. Dieses niedrigschwellige Angebot erleichtert vielen den Weg zum Haus- oder Facharzt im Heimatort.

Alle diese Angebote zwischen klassischem Wettbewerb und Gesundheitsprogramm waren lebendige und stark nachgefragte Elemente der Nationalen Spiele 2016 in Hannover, an denen kürzlich etwa 4.800 Athletinnen und Athleten teilnahmen. Sie haben wieder einmal gezeigt, dass im Sport das gleichberechtigte und gleichwertige Miteinander unterschiedlicher Menschen gelingen kann. Viele Helfer, Gäste und Besucher, die Special Olympics-Veranstaltungen erleben, werden nachdenklich. Sie hinterfragen ihre Vorurteile oder Berührungsängste gegenüber behinderten Menschen. Auf einmal erleben sie Jungen und Mädchen, Frauen und Männer, die trotz einer Beeinträchtigung gut drauf sind,

die sich an ihrer Leistung freuen. Viele Nicht-Behinderte erkennen, dass man auch dann viel Freude und Glück empfinden kann, wenn man in Teilbereichen seines Seins beeinträchtigt ist. So ändern sich Haltungen.

Dies ist entscheidend für das Gelingen von Inklusion: Bevor man Strukturen verändert und die erforderlichen Finanzquellen erschließt, ist es notwendig, Einstellungen zu entwickeln, die Behinderung anders sehen lassen. Vielleicht ist uns in Deutschland bei der Umsetzung des Inklusionsgedankens eine Unterlassungssünde unterlaufen. Artikel 8 der UN-Behindertenrechtskonvention ist mit „Bewusstseinsbildung“ überschrieben und zielt auf den Abbau von Vorurteilen.

Hier hat die Politik zu wenig investiert mit der Folge, dass sich die Gesellschaft mit der Inklusion im Bildungsbereich, im Arbeitsleben oder im gemeinsamen Wohnen außerhalb von klassischen Heimstrukturen schwer tut.

Zwar zeichnen sich auch in Deutschland erste Erfolge für die Inklusion ab. Allerdings ist der Weg noch lang, bevor man flächendeckend von einem angemessenen inklusiven Angebot bei Bildung, Arbeit oder Wohnen sprechen kann. Sport – und auch Kunst und Kultur – sind hierzu wirkungsvolle Wegbereiter, weil sie an der Wurzel anpacken: den Vorbehalten, die Menschen, die in irgendeiner Weise anders sind, entgegengebracht werden. Diese Vorbehalte sind zumeist unberechtigt und durchweg überwindbar.

Inklusion im Sport kommt nicht ohne Strukturveränderungen und angemessene Finanzen aus. Reguläre Sportvereine sollten ihre Strukturen und Trainingsangebote überdenken und beispielsweise behinderte Menschen in den Vorstand wählen oder ihre Übungsleiter entsprechend qualifizieren. Das eröffnet nicht nur die Chance, eine neue und starke Mitgliedergruppe zu gewinnen, sondern sorgt zudem für frischen Wind in den Vereinen. Special Olympics in Bund und den Ländern berät und begleitet Sportvereine auf dem Weg zur Inklusion. ■

Im Sport gelingt das gleichberechtigte Miteinander.



Dr. Bernhard Conrads, geboren 1944, hat Special Olympics Deutschland (SOD) im Jahr 1991 mitgegründet. Seit 2005 gehört er dem SOD-Präsidium an und ist seit 2011 Erster Vizepräsident. Der Diplom-Kaufmann war viele Jahre lang hauptberuflich Bundesgeschäftsführer der Bundesvereinigung Lebenshilfe und ehrenamtlich Vorstands- und Kuratoriumsmitglied der „Aktion Mensch“. Seine Themenschwerpunkte im SOD-Präsidium sind die Länder- und Verbandsentwicklung sowie die Umsetzung des Inklusionsgedankens.

Kontakt:
info@specialolympics.de
www.specialolympics.de

Wir bleiben Europa treu



H.-B. Henkel-Hoving,
Chefredakteur

Die Autoschlangen waren lang, die Zöllner guckten streng: Wenn unsere Familie Mitte der 1970er Jahre vom badischen Offenburg ins benachbarte Straßburg zum Einkaufen fuhr, dann war Geduld gefragt. Denn spätestens auf der Rückfahrt mit all den Einkäufen aus dem französischen Riesensupermarkt hieß es kurz vor der „Europabrücke“: warten, lächeln, Pässe zeigen! Immerhin: Die Francs- und Centimestücke, die die Erwachsenen nicht ausgegeben hatten, durften wir Kinder bis zum nächsten Besuch behalten. Münzen ließen sich bei der Sparkasse einfach nicht zurück in D-Mark tauschen.

Rund 40 Jahre ist das her – nach dem Brexit droht uns die Vergangenheit wieder einzuholen. Zwar werden vor allem die Bürger Großbritanniens unter dem EU-Ausstieg leiden, wie AOK-Europaexperte Evert Jan van Lente in einer ersten Analyse deutlich macht (ab Seite 12). So buhlen bereits mehrere Länder um den künftigen Sitz der Europäischen Arzneimittelagentur, die bislang in London residiert. Und Rentner aus dem Vereinigten Königreich fragen sich zu

Recht, wie lange sie ihren Lebensabend noch auf Mallorca verbringen können, weil sie künftig vielleicht nicht mehr wie selbstverständlich das spanische Gesundheitswesen in Anspruch nehmen dürfen. Doch am Ende zahlt ganz Europa die Zeche für ein Votum, das den Rechtspopulisten in die Hände spielt.

Meine Lehre als Journalist aus dem Debakel lautet: Äußere Kritik an vermeintlichen oder tatsächlichen Fehlentscheidungen der EU noch differenzierter, vermeide noch stärker als bisher ein Brüssel-Bashing, gib der europäischen Idee mehr Raum! Kurzum: G+G bleibt Europa treu. Versprochen.

In diesem Sinne Ihr


henkelhoving@kompact.de



36

Interview: Worauf Sachsens
Sozialministerin Barbara Klepsch setzt

MAGAZIN

12 BYE BYE BUSINESS AS USUAL

Der Schock über das Nein der Briten zu Europa sitzt tief. Die Folgen lassen sich zwar noch nicht absehen. Aber ein Weitermachen wie bisher geht nicht mehr.

Von Thomas Rottschäfer

14 HÜ UND HOTT BEI PSYCHIATRIE-PREISEN

Weg von einheitlichen Entgelten und zurück zu individuellen Budgets – bei der Vergütung von Psychiatrien plant Schwarz-Rot eine Kehrtwende.

Von Hans-Bernhard Henkel-Hoving

15 ARMIN SORTIERT DIE TABLETTENKISTE

Gestartet: In Sachsen und Thüringen arbeiten Ärzte, Apotheker und Gesundheitskasse eng zusammen, um die Medikation chronisch Kranker zu managen.

Von Thomas Hommel

16 ZUERST ZUM HAUSARZT LOHNT SICH

Weniger Komplikationen und seltener in die Klinik: Vor allem chronisch Kranke profitieren von der Hausarztzentrierten Versorgung, so eine neue Studie.

Von Thomas Hommel

18 WIE WUNDEN SCHNELLER HEILEN

Feste Ansprechpartner und regelmäßige Sprechstunden: Ein Projekt in Sachsen-Anhalt verkürzt das Leiden von Patienten mit chronischen Wunden.

Von Thomas Hommel

19 „KRANKHEIT MACHT ELTERN HILFLOS“

Kommen schwerkranke Kinder aus der Klinik nach Hause, steht die Familie Kopf. Der Verein Kinderlotse hilft Eltern, den Alltag zu bewältigen sagt Heiderose Killmer – und will das Angebot ausbauen.

TITEL

20 FISCHEN MIT FEINEM NETZ

Den Krebs aufspüren: Früherkennungsuntersuchungen galten lange als Königsweg im Kampf gegen bösartige Tumoren. Doch Zweifel wachsen und sind begründet.

Von Norbert Schmacke

THEMEN

26 „TEILZEITARBEIT AUCH FÜR OBERÄRZTE“

Überlange Arbeitszeiten, starre Hierarchien und Einzelkämpfer sind beim Medizinernachwuchs out. Gefragt sind mehr Teilzeitmodelle, sagt Bettina Pfeleiderer, neue Präsidentin des Weltärztinnenbundes.

30 KRANKENPFLEGE AUF RÄDERN

Schwer krank und daheim versorgt: Die häusliche Krankenpflege kann Klinikaufenthalte verkürzen. Bei der Qualität lässt sich aber noch manches verbessern.

Von Christiane Lehmacher-Dubberke

36 „DAS LAND ATTRAKTIVER MACHEN“

Mehr Geld für Pflegekräfte, eine bessere Arbeitsteilung zwischen Kliniken und unkonventionelle Projekte für eine gute Medizin auf dem Land – die sächsische Sozialministerin Barbara Klepsch will einiges ändern.

RUBRIKEN

- 9 **Rundruf** Fondsreserven anzapfen?
- 11 **Kommentar** Arzneitests: Mehr Zeit zum Nachdenken
- 38 **Recht** Kein Anspruch auf künstliche Brust
- 40 **AOK-Notizen** Aktuelles aus Bund und Ländern
- 42 **Service** Bücher, Termine und mehr
- 44 **Debatte** Hohe Arzneipreise sind anfangs sinnvoll
- 45 **Nachlese** Briefe an die Redaktion
- 45 **Impressum** Wer steckt hinter G+G?
- 46 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen



20 Bestandsaufnahme: Welchen Nutzen die Krebsfrüherkennung hat



26 Interview: Was Bettina Pfeleiderer vom Weltärztinnenbund bewegen will



30 Analyse: Wie es um die häusliche Krankenpflege bestellt ist

PRÄVENTION

Orthopäden warnen vor Handynacken

Orthopäden haben vor einem neuartigen Krankheitsbild, dem sogenannten Handynacken, gewarnt. Wer ständig den Kopf zu seinem Smartphone beugt, schädige auf Dauer seine Halswirbelsäule. Wie die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie mitteilte, belastet eine Neigung von 15 Grad den Rücken um zusätzlich 13 Kilogramm. Bei einer Neigung um 45 Grad – so krumm macht sich ein Handynutzer, der sich tief über sein Gerät beugt, – sind es nach Angaben der Experten bereits mehr als 20 Kilo. Bei einer häufigen und längeren Körperhaltung dieser Art – etwa beim Lesen eines E-Books oder beim Chatten und Spielen – strapaziert man nicht nur die Muskeln, sondern auch Sehnen und Bandscheiben, so die Fachgesellschaft. Die Experten empfehlen daher: regelmäßig Pausen einlegen, zwischendrin Lockerungsübungen machen und lieber die Augen zum Handy senken als den Kopf. ■

NEUE WEBSEITE

Patientenvertreter informieren online

Die Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) verfügen seit Kurzem über eine eigene Internetpräsenz. Das gab das Gremium, in dem Ärzte, Krankenkassen und Kliniken über die Erstattungsfähigkeit von Medikamenten und Therapien entscheiden, bekannt. Auf der Seite stehen alle wichtigen Informationen über die Arbeit der Patientenvertretung im GBA. Diese



Sieht entspannt aus, verursacht aber Druck auf die Halswirbelsäule: der Blick aufs Smartphone.

reicht von Benennungsverfahren und Mitberatungsrechten, dem Leitbild bis hin zu eingebrachten Anträgen. Im BITV-Test, einem Prüfverfahren der Barrierefreiheit von informationsorientierten Webangeboten, erhielten die Seiten das Prädikat „sehr gut“. ■

MEHR INFOS: <https://patientenvertretung.g-ba.de>

HAUSÄRZTE

Programm gegen Panikattacken

Ein neues Kurzprogramm soll die Behandlung von Patienten mit Panik- und Angststörungen durch Hausärzte verbessern. „Fast zehn Millionen Deutsche leiden an Panik- und Angststörungen. Für die meisten bleibt der Hausarzt der einzige Behandler. Wir wollten die Hausärzte dabei unterstützen, eine gute Versorgung für ihre leidenden Patienten anbieten zu können“, sagte Professor Dr. Jochen Gensichen, Direktor des Institutes für Allgemeinmedizin in Jena. In Zusammenarbeit mit Kollegen um Professor Dr. Jürgen Margraf von der Ruhr-Universität Bochum entwickelten die Jenaer

Allgemeinmediziner ein verhaltenstherapeutisches Programm, bei dem der Hausarzt den Patienten in vier Sitzungen schrittweise in die therapeutischen Expositionen einführt. Die Medizinische Fachangestellte in der Praxis unterstützt in regelmäßigen Telefonaten den Patienten bei speziellen Übungen. Dazu wurden Hausärzte und ihre Angestellten besonders geschult. Dass das Programm Wirkung entfaltet, belegt derweil eine Studie mit 419 Patienten aus 73 Hausarztpraxen: Die im Programm behandelten Patienten waren zwölf Monate nach Abschluss weniger ängstlich und weniger depressiv als die Patienten, die nicht am Programm teilnahmen. ■

GESETZENTWURF

Pflege(aus)zeit auch für Soldaten

Die Bundesregierung hat einen Gesetzentwurf „zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf“ für Beamte und Soldaten vorgelegt. Damit soll auch für diese beiden Gruppen ein Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit und Pflegezeit eingeführt werden. Beamte und Soldaten, die Familienpflegezeit oder Pflegezeit in Anspruch nehmen, sollen laut Vorlage einen Vorschuss zur besseren Bewältigung des Lebensunterhalts erhalten. ■

MEHR INFOS: Bundestagsdrucksache 18/8517

kurz & bündig

+++ TEILHABE: Die Assistenzleistungen für behinderte Menschen sollen verbessert und modernisiert werden. Das Bundeskabinett beschloss Ende Juni den Entwurf für ein Bundesteilhabegesetz. Ziel ist es, die Selbstbestimmung behinderter Menschen zu stärken. Sozialverbänden geht das Gesetz nicht weit genug. **+++ ORGANSPENDE:** 81 Prozent aller Bundesbürger stehen der Organ- und Gewebespender aufgeschlossen gegenüber. Nur ein Drittel trägt jedoch einen Organspendeausweis bei sich. Das sind erste Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. **+++ DROGENKONSUM:** Laut dem aktuellen Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung stieg die Zahl der polizeilich registrierten, drogenbedingten Todesfälle im Jahr 2015 um 18,8 Prozent auf 1.226. Im Vorjahr waren es 1.032.



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.



ABRECHNUNGSBETRUG Stärkere Kontrollen von Pflegediensten

Nach Berichten über Abrechnungsbetrug bei überwiegend russischstämmigen Pflegediensten soll es künftig stärkere Kontrollen in der Branche geben. Entsprechende Regelungen hat das Bundeskabinett beschlossen. Danach können auch Anbieter, die nur Krankenpflege leisten, überprüft werden. Bisher darf der Medizinische Dienst der Krankenkassen nur Pflegedienste in der Altenpflege kontrollieren. Die Prüfer können bei Verdacht unangemeldet kommen. Die Abrechnungen sind regelmäßig zu überprüfen. Die schärferen Kontrollen sind Teil des Pflegestärkungsgesetzes III. Das Gesetz sieht auch Modellvorhaben für mehr kommunale Pflegeberatung vor. ■ *Siehe auch „Selbstverwalter im Gespräch“ auf Seite 10.*

Zitat des Monats

**Auch die besessensten Vegetarier
beißen nicht gerne ins Gras.**

Joachim Ringelnatz (1883–1934), deutscher Schriftsteller

GESETZGEBUNG Neue Regeln für Gewebe-Einfuhr

Die Bundesregierung hat einen Gesetzentwurf zur Einfuhr und Kodierung menschlicher Gewebe und Geweb Zubereitungen beschlossen. Wie das Bundesgesundheitsministerium mitteilte, setzt das Kabinett damit zwei Richtlinien der Europäischen Union um. Das Gesetz soll die Sicherheit und Qualität importierten Gewebes garantieren und die Rückverfolgung zwischen Spendern und

Empfängern ermöglichen. Insbesondere sind Erleichterungen für die Einfuhr von Gewebe zur unmittelbaren Anwendung, für Blutstammzellen aus dem Knochenmark, dem peripheren Blut und dem Nabelschnurblut vorgesehen. ■

SELBSTKONTROLLE Pharmabranche legt Zahlungen offen

Die Pharmaindustrie hat 2015 rund eine halbe Milliarde Euro an Ärzte und Kliniken für Studien, Fortbildungen und Sponsoring gezahlt. Die Summe betrage insgesamt rund 575 Millionen Euro, teilte der Verband der forschenden Pharma-Unternehmen (vfa) mit. Die Zahlen stammen von 54 Firmen, die sich freiwillig im Rahmen des „Transparenzkodex“ zur Offenlegung von Zahlungen an Ärzte verpflichtet haben. Mit Umsetzung des Kodex schafften die Unternehmen „freiwillig weitreichende Transparenz“ darüber, wie Ärzte und Pharmahersteller zusammenarbeiten würden, sagte vfa-Hauptgeschäftsführerin Birgit Fischer. Aus der Politik wurden kritische Stimmen laut. Was die Pharmaindustrie als Selbstkontrolle und Transparenz verkaufe, sei „eher eine große Imagekampagne“, sagte die Gesundheitssprecherin der Bundestagsfraktion der Linken, Kathrin Vogler. ■

STATISTIK Mehr Todesfälle als Geburten

Vergangenes Jahr sind in Deutschland erneut mehr Menschen gestorben als Kinder geboren wurden. 738.000 Babys erblickten das Licht der Welt, 925.000 Menschen starben, wie das Statistische Bundesamt mitteilte. Seit 1972 übersteigt die Zahl der Todesfälle jedes Jahr die der Geburten. 2015 stieg die Geburtenzahl um 3,2 Prozent: 23.000 Kinder kamen mehr zur Welt als im Jahr zuvor. Die Zahl der Sterbefälle stieg um 6,5 Prozent. Den Bund der Ehe schlossen vergangenes Jahr rund 400.000 Paare. Das ist eine Steigerung um 3,6 Prozent (14.000) gegenüber 2014, wie aus den vorläufigen Ergebnissen der Statistiker hervorgeht. ■

MEHR INFOS:
www.destatis.de > Presse

UMFRAGE Roboter als Klinik- Assistenten?

Das Institut Arbeit und Technik an der Westfälischen Hochschule in Gelsenkirchen hat eine bundesweite Online-Umfrage zum Einsatz neuer technischer Möglichkeiten in Krankenhäusern gestartet. So erkundigen sich die Forscher danach, ob die Patientenversorgung in den Häusern von Robotern unterstützt wird und ob die Patientenakten noch in Papierform erstellt werden. Gefragt wird auch nach der Nutzung von Smartphones, etwa zur besseren Abstimmung im Ärzte- oder Pflegeteam. ■

MEHR INFOS:
www.socisurvey.de/
arbeitsreport-krankenhaus

Köpfe und Karrieren



+++ JÖRG-ANDREAS RÜGGEBERG, 65, ist neuer Präsident der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB). Der promovierte und niedergelassene Chirurg und Unfallchirurg arbeitet zudem als Vizepräsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen. Ihm zur Seite steht als neuer GFB-Vizepräsident Dr. Gundolf Berg, Kinder- und Jugendpsychiater sowie Vorsitzender des Berufsverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psycho-

therapie. Der GFB vertritt Fachärzte im ambulanten und stationären Bereich sowie in der Rehabilitation.

+++ HAN STEUTEL, 56, steht als neuer Vorstandsvorsitzender an der Spitze des Verbandes der forschenden Pharma-Unternehmen (vfa). Der bisherige Vorstandsvize hat die Position mit Dr. Hagen Pfundner getauscht, der als neuer stellvertretender Vorsitzender weiterhin im vfa-Vorstand tätig ist. Der Niederländer Han Steutel ist seit 2008 Geschäftsführer der deutschen Zentrale des US-amerikanischen Bio-Pharmaunternehmens Bristol-Myers Squibb Company. Zuvor leitete der studierte Anglist fünf Jahre lang die niederländische Zentrale dieses Unternehmens.



Fondsreserven anzapfen?

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe will im nächsten Jahr 1,5 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds entnehmen und zusätzlich an die Kassen geben. Ein guter Plan?



MARIA MICHALK, *gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion*: Aktuelle Entwicklungen stellen die Politik immer wieder vor die Situation, einerseits an ordnungspolitischen Grundsätzen festzuhalten. Danach sind Entnahmen aus dem Gesundheitsfonds nicht vorgesehen. Andererseits kann es gute Gründe geben, für eine vorübergehende Situation zeitlich befristet davon abzuweichen. Die Herausforderungen in der Versorgung der Flüchtlinge und einmalige

Investitionen zur Forcierung der Digitalisierung in unserem Gesundheitswesen sind gute Gründe, den Abwägungsprozess gesellschaftspolitisch zu beantworten. In diesem Kontext werden wir eine gute Antwort finden.

MARIA KLEIN-SCHMEINK, *gesundheitspolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen*: Der Griff in den Gesundheitsfonds ist unlauter. Die Behandlungskosten von Flüchtlingen zur Begründung heranzuziehen, ist sachlich falsch und deshalb schäbig. In Wahrheit will die Große Koalition im Wahljahr einen spürbaren Anstieg der von ihr selbst zu verantwortenden Zusatzbeiträge vermeiden. Diese steigen, weil die Koalition den allgemeinen Kostenanstieg im Gesundheitswesen ausschließlich den Versicherten aufbürdet. Die Union hat im Wahljahr offenbar Angst vor dem eigenen Konzept. Und die SPD spielt mit, anstatt sich wirklich für die Rückkehr zur Beitragsatzparität einzusetzen.



HILDE MATTHEIS, *gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion*: Grundsätzlich unterstütze ich das Ziel des Bundesgesundheitsministeriums, die Beitragslast für die Versicherten nicht weiter ansteigen zu lassen. Dafür hilft aber eine einmalige Finanzspritze aus dem Gesundheitsfonds nur eingeschränkt. Es bräuchte stattdessen die Rückkehr zur paritätischen Finanzierung der Beiträge zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern. Als Gründe für ihren Plan nennt das Ministerium die Übernahme von Flüchtlingen ins Krankenversicherungssystem, da liegen uns aber bisher keine genauen Zahlen vor. Übersteigen die Kosten tatsächlich die Einnahmen der Kassen, wäre eine Anpassung des Steuerzuschusses der bessere Weg.

Als Gründe für ihren Plan nennt das Ministerium die Übernahme von Flüchtlingen ins Krankenversicherungssystem, da liegen uns aber bisher keine genauen Zahlen vor. Übersteigen die Kosten tatsächlich die Einnahmen der Kassen, wäre eine Anpassung des Steuerzuschusses der bessere Weg.

MARTIN LITSCH, *Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes*: Die Ankündigung des Bundesgesundheitsministeriums, an die gesetzlichen Krankenkassen im nächsten Jahr 1,5 Milliarden Euro zusätzlich aus dem Gesundheitsfonds auszuschütten, um die Kassenbeiträge nicht steigen zu lassen, sieht doch sehr nach einem Wahlkampfmanöver aus. Die Reserven des Fonds anzupapfen, würde im Wahljahr 2017 zwar etwas Druck aus dem Kessel nehmen. Die strukturelle Lücke in der gesetzlichen Krankenversicherung – also die Lücke zwischen Einnahmen und Ausgaben der Krankenkassen – bliebe jedoch bestehen. Zudem würden erneut Beitragsgelder der Versicherten umgewidmet, um Aufgaben des Bundes zu refinanzieren.



ÄRZTEKAMMER Impfschutz ausbauen

Um einen besseren Impfschutz in Deutschland zu erreichen, sind laut Ärztekammer Westfalen-Lippe (ÄKW) gemeinsame Anstrengungen vieler Beteiligten notwendig. „Impflücken sind ein gesamtgesellschaftliches Problem“, sagte Kammerpräsident Dr. Theodor Windhorst anlässlich der Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen Ende

lich verpflichtende Mitgliedschaft. Diese habe auch das Bundesverfassungsgericht bislang immer bestätigt, unterstrich Kammer-Präsident Dr. Markus Mai. Nach derzeit geltender Auffassung der Karlsruher Richter soll mit der Übertragung hoheitlicher Aufgaben wie der Erstellung einer Berufsordnung auf Heilberufskammern das Fachwissen der jeweiligen Berufsgruppe stärkeren Eingang in die Qualitätsstandards finden, um die Versorgung der Bevölkerung zu sichern. ■

MEHR INFOS:

www.pflegekammer-rlp.de

EUROPA

Griechen fühlen sich am gesundesten

Knapp 74 Prozent der Europäer zwischen 24 und 65 Jahren fühlen sich gesund. Weniger als 20 Prozent schätzen ihre Gesundheit als mittelmäßig ein und keine sieben Prozent als schlecht oder sehr schlecht. Diese Zahlen veröffentlichte das Statistische Amt der Europäischen Union. Allerdings stellte sich auch heraus, dass der Bildungsstand einen nicht unerheblichen Einfluss hat. Während nur knapp über 60 Prozent der EU-Bevölkerung im besagten Alter mit niedrigem Bildungsstand ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut einschätzten, lag dieser Anteil bei Personen mit Hochschulabschluss bei 85 Prozent. Deutschland gibt sich ein wenig pessimistischer als der EU-Schnitt. Hier fühlen sich knapp 70 Prozent gesund. 23 Prozent mittelmäßig gesund und sieben Prozent schlecht oder sehr schlecht. Das zumindest gefühlt gesundeste Volk sind die Griechen. ■



Juni in Münster. Auch die Ärzteschaft stehe beim Thema Impfschutz in der Pflicht, betonte Windhorst. ■

SELBSTVERWALTUNG

Klage gegen Pflegekammer

Medienberichten zufolge planen mehrere Pflegekräfte, gegen die gesetzlich verpflichtende Mitgliedschaft in der Landespflegekammer in Rheinland-Pfalz Beschwerde beim Bundesverfassungsgericht einzureichen. Die Kammer war unlängst gegründet worden. Sie ist die erste dieser Art in Deutschland. Kammervertreter betonten, wie bei jeder Heilberufekammer gebe es auch für Pflegeprofis in Rheinland-Pfalz eine gesetz-

ADIPOSITAS**US-Metropole führt Zuckersteuer ein**

Beim Erwerb eines zuckerhaltigen Erfrischungsgetränkes müssen die rund 1,5 Millionen Einwohner der US-Großstadt Philadelphia künftig mehr zahlen. Gegen den Widerstand der Getränkeindustrie verabschiedete der Stadtrat eine Sondersteuer von rund 50 Cent pro Liter Limonade. Damit will die Stadt, in der 68 Prozent der Erwachsenen und 41 Prozent der Kinder übergewichtig sind, das Gesundheitsbewusstsein schärfen. Bürgermeister Jim Kenney sagte, das Votum sei ein großer Sieg. Die auf umgerechnet 80 Millionen Euro pro Jahr geschätzten Einnahmen sollen in Kindergärten, Schulen, Bibliotheken und öffentliche Freizeiteinrichtungen fließen. Die Steuer soll ab 2017 erhoben werden. Kritiker hatten moniert, die Limonadensteuer treffe vor allem arme Menschen. ■



Zu viel Süßes kann dick machen – die US-Millionenstadt Philadelphia verteuert deshalb die Limonade.

FRANKREICH**Strengere Auflagen für klinische Studien**

Auf Unternehmen, die in Frankreich klinische Studien erstellen, kommen höhere Anforderungen zu. Frankreichs Gesundheitsministerin Marisol Touraine stellte dazu einen 19-Punkte-Plan vor. Sie reagierte damit auf einen missglückten Medikamententest, bei dem Anfang 2016 in Rennes ein gesunder Pro-

band verstarb. Verschärft werden vor allem die Bedingungen für die Genehmigung klinischer Studien – besonders bei der ersten Anwendung am Menschen. So wird von jedem Generaldirektor der regionalen Gesundheitsbehörden verlangt, dass er in Abstimmung mit der Nationalen Agentur für die Sicherheit von Arzneimitteln alle Zentren in der Region inspiert, die klinische Studien genehmigen. ■

UMFRAGE**Patientenverfügung ist Frage des Alters**

Das Gros der Rentnerinnen und Rentner in Deutschland ist im Besitz einer Patientenverfügung. Laut einer kürzlich vorgelegten Umfrage für das Apothekenmagazin „Senioren Ratgeber“ haben 54 Prozent der 60- bis 69-Jährigen und 69,7 Prozent der über 70-Jährigen darin festgelegt, was mit ihnen am Lebensende geschehen soll, falls sie sich gegenüber Ärzten dazu selbst nicht mehr äußern können. Bei den Jüngeren dagegen haben nur wenige vorgesorgt: Von den 20- bis 29-Jährigen besitzen 12,9 Prozent eine Patientenverfügung, bei den 30- bis 39-Jährigen sind es 23,1 Prozent. Sie geben mehrheitlich an, sich über Themen wie Sterben und Sterbehilfe „noch keine Gedanken“ gemacht zu haben. Für die Umfrage befragte die GfK Marktforschung Nürnberg rund 2.000 Frauen und Männer ab 14 Jahren. ■

SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH**„Beratungsangebot sollte bei den Pflegekassen bleiben“**

Die Bundesregierung hat ihr drittes Reformpaket zur Pflege – das Pflegestärkungsgesetz III – auf den Weg gebracht. Dazu Fragen an **Georg Keppeler**, alternierender Verwaltungsratsvorsitzender der AOK NordWest.



G+G: Herr Keppeler, mit dem Pflegestärkungsgesetz III will die Koalition die Rolle der Kommunen bei der Beratung stärken. Macht das Sinn?

KEPPELER: Vor allem die geplanten Initiativrechte der Kommunen sehen wir kritisch. So sollen diese neue Beratungsstrukturen in Modellprojekten eigenständig erproben dürfen. Zugleich aber werden die Landesverbände der Pflegekassen verpflichtet, gemeinsam und einheitlich mit dem zuständigen Sozialhilfeträger entsprechende Vereinbarungen zu schließen. Auch müssen die Pflegekassen Personal sowie die Finanz- und Sachmittel verbindlich beisteuern. Das geht zu weit und läuft einem partnerschaftlichen Verhältnis der Beteiligten zuwider.

G+G: Drohen am Ende Doppelstrukturen in der Pflegeberatung?

KEPPELER: Ja, vor allem das Angebot der Pflegeberatung und der Pflegekurse sollte bei den Pflegekassen bleiben. Für eine bessere

Zusammenarbeit mit den Kommunen zum Wohle der Patienten sind vorhandene Strukturen besser zu nutzen und auszubauen anstatt Doppelstrukturen und Insellösungen zu schaffen. Außerdem ist der geplante Erprobungszeitraum für neue Beratungsstrukturen von fünf Jahren viel zu lang. Er sollte bei maximal zwei Jahren liegen.

G+G: Ist die Großbaustelle Pflege mit dieser dritten Reform beendet?

KEPPELER: Nein. In seiner heutigen Fassung bietet etwa der Pflege-TÜV keine Orientierungshilfe – weder für Pflegebedürftige noch für Heime. Hier brauchen wir jetzt einen echten Neustart. Ansonsten bekommen wir Akzeptanzprobleme. Der Pflege-TÜV bezieht sich bislang vor allem auf die Struktur und Abläufe eines Pflegeheims. Personalschlüssel, Zimmerzahl, Essensangebot – all das wird dokumentiert. Aussagen zur Pflegequalität sucht man jedoch vergeblich.

ALTER

Angst vor Demenz ist weit verbreitet

Zwei Drittel der über 65-jährigen Menschen in Deutschland haben Angst vor einer Demenz und dem damit einhergehenden Verlust ihrer Selbstständigkeit. Das geht aus einer Umfrage des Meinungsforschungs-Instituts Forsa im Auftrag der privaten Asklepios Kliniken hervor. Knapp 800 Senioren wurden zu Leben, Gesundheit und Umgang mit Krankheiten im Alter befragt. Von ihren Ärzten wünschen sich die Befragten: Sie sollen in der Nähe erreichbar sein, eine ganzheitliche Behandlung anbieten und bei unterschiedlichen Fachrichtungen besser zusammenarbeiten. ■

PRÄVENTION

Kampagne gegen Gewalt in der Pflege

Anlässlich des Welttages gegen die Misshandlung älterer Menschen am 15. Juni hat das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) eine Aufklärungskampagne gestartet. Unter dem Stichwort #PflegeOhneGewalt ruft das Zentrum in seinen sozialen Medien dazu auf, mit einem Post oder einer Videobotenschaft für eine gewaltfreie Pflege einzutreten. Zudem erhalten pflegende Angehörige und professionell Pflegenden im Internet kostenfreien Zugang zu praxisrelevanten Informationen rund um das Thema Gewalt in der Pflege. Dort ist auch eine Übersicht zu Notruf-Telefonnummern zu finden, falls Pflegesituationen eskalieren. „Gerade bei so einem komplexen und schwierigen Thema gilt es, das Sprech-Tabu zu brechen. Offener Diskurs ist Voraus-

setzung für gelingende Prävention. Eine Skandalisierung ist deswegen kontraproduktiv“, sagte Dr. Ralf Suhr, Vorstandsvorsitzender des ZQP. Schätzung der WHO zufolge ist weltweit jeder zehnte über 60-Jährige Opfer von Diskriminierung, finanziellem Missbrauch sowie körperlicher oder psychischer Gewalt. ■

MEHR INFOS:

www.pflege-gewalt.de

MARKTFORSCHUNG

Jeder Zweite offen für Health Tracking

Knapp die Hälfte der Bundesbürger (49 Prozent) steht der Nutzung von „Health-Trackern“ zur Kontrolle der Vitalfunktionen offen gegenüber. Zu solchen Trackern gehören etwa smartphone-fähige Blutzucker- und Blutdruck-Messgeräte oder ähnliche Produkte. Besonders groß ist das Interesse unter den 18- bis 29-Jährigen. In dieser Zielgruppe finden 61 Prozent vernetzte Gesundheitsprodukte ansprechend. Als ein Grund wird der Präventionsgedanke genannt. Zwei Drittel (66 Prozent) der Deutschen empfinden es als Vorteil, dass sie bei entsprechender Vernetzung im Falle von bedenklichen Vitalwerten direkt durch einen Arzt angesprochen werden könnten. Ebenfalls wird die Möglichkeit, Therapien anhand der Daten genauer auszurichten, von einer Mehrheit (64 Prozent) als Vorteil gesehen. Dies sind Ergebnisse einer Vorstudie zu der in diesem Juli startenden Studie „Internet 4.0: Smart Health & Smart Care“ des Marktforschungs- und Beratungsinstituts YouGov. Für die Vorstudie wurden 2.035 Personen befragt. ■

Mehr Zeit zum Nachdenken

Soll an Demenzzkranken umfassender geforscht werden, um allen Betroffenen besser zu helfen? Die Politik sollte bei dieser Frage nichts übers Knie brechen, rät **Florian Staeck**.



BUNDESGESUNDHEITSMINISTER Hermann Gröhe gilt als besonnener Politiker, der in medizinethischen Fragen wertkonservative Positionen vertritt. Auch haftet dem früheren CDU-Generalsekretär das Etikett an, dass er sein Haus zu organisieren weiß. Doch beim Vierten Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften ist das

gründlich schiefgegangen. Versteckt im Paragraphen 40b Absatz 4 Satz 2 Arzneimittelgesetz (AMG) ist ein Paradigmenwechsel geplant: Demenzzranke und andere nicht-einwilligungsfähige Erwachsene könnten auch dann an klinischen Studien teilnehmen, wenn dieser Test ihnen nicht persönlich zugutekommt, er also nur gruppennützig ist. Der Gesetzentwurf hat für Streit bis in die Fraktionsspitzen von Union und SPD gesorgt. Anfang Juni musste seine Beratung kurzfristig von der Tagesordnung des Bundestags genommen werden. Das ist gut so.

Denn offensichtlich sind weder im Bundeskanzleramt noch im Gröhe-Ministerium Warnlampen angegangen. Im Referentenentwurf war der strittige Passus noch nicht enthalten. Keine Silbe verliert die Kabinettsfassung darüber, warum dieser Kurswechsel nötig ist, welche Studien also in der Vergangenheit nicht aufgelegt werden konnten.

Im Gröhe-Ministerium sind die Warnlampen offenbar nicht angegangen.

Mehr noch: Die forschenden Pharmahersteller haben wiederholt erklärt, sie benötigten für ihre klinischen Studien keine Rechtsänderung.

Insbesondere Unionspolitiker horchten auf, als beide Kirchen Anfang Mai im Gesundheitsausschuss harsche Kritik übten. Gruppennützige klinische Studien bergen die Gefahr, dass „der Mensch zum Nutzen anderer instrumentalisiert, zum bloßen Objekt herabgestuft wird“. Die Patientenverfügung, die ohne Aufklärung und nur im Hinblick auf die Heilbehandlung verfasst wird, soll als – untaugliches – Vehikel für eine „Vorab-Forschungsverfügung“ dienen.

Rätselhaft bleibt, was Hermann Gröhe zu seinem Kurswechsel motiviert hat. Noch im Januar 2013 hat der Bundestag in einer fraktionsübergreifenden Entschliebung dafür votiert, dass bei klinischer Forschung an Nicht-Einwilligungsfähigen immer ein direkter Nutzen für die Probanden gegeben sein muss. Außerdem lässt es die EU-Verordnung ausdrücklich zu, höhere nationale Schutzstandards beizubehalten. Die Vertagung im Bundestag verschafft den Abgeordneten ein rares Gut: mehr Zeit zum Nachdenken. ■

Dr. Florian Staeck ist gesundheitspolitischer Redakteur der „Ärzte Zeitung“.

Bye bye business as usual

Der Schock über das Nein der Briten zur Europäischen Union sitzt tief. Die Folgen des Brexit sind zwar noch nicht abzusehen. Aber es ist an der Zeit, Europa neu zu denken – auch gesundheitspolitisch. **Von Thomas Rottschäfer**

Nein, mit dem Brexit hat Evert Jan van Lente nicht gerechnet. Der Ständige Vertreter der AOK in Brüssel war davon überzeugt, dass sich die Briten am 23. Juni für den Verbleib in der EU entscheiden – und sei es nur aus Sorge vor den möglichen Folgen des Austritts. Es ist anders gekommen. „Wir werden Europa neu denken müssen“, sagt van Lente. Aus Sicht des AOK-Europaexperten steht die Staatengemeinschaft jetzt vor der Entscheidung, ob sie sich zu einer Wirtschaftsunion zurückentwickelt oder am Ziel festhält, politisch weiter zusammenzuwachsen und die Lebensbedingungen anzugleichen.

Bürger bis auf Weiteres geschützt. Fast drei Millionen EU-Bürger leben derzeit in Großbritannien, darunter auch rund 133.000 Deutsche. Bis zum formalen Austritt des Vereinigten Königreichs in frühestens zwei Jahren ändert sich für sie und für die Briten in anderen EU-Ländern erst einmal nichts. „In Deutschland gesetzlich Krankenversicherte, die sich vorübergehend in Großbritannien aufhalten, genießen dort weiterhin den gesetzlichen Krankenversicherungsschutz und werden gegen Vorlage ihrer europäischen Versicherungskarte vom Arzt be-

handelt“, erläutert van Lente. Das derzeit geltende Europarecht – beispielsweise die Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit oder die Richtlinien zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung oder bei Arzneimitteln – bleibt bis zum Inkrafttreten des Austrittsabkommens in vollem Umfang gültig.

Neue Bleibe für Arzneimittelagentur?

Direkt betroffen vom Brexit sind die rund 840 Mitarbeiter der EU-Arzneimittelagentur EMA mit Sitz in London. Schweden, Dänemark, Italien und andere haben bereits ihr Interesse am künftigen EMA-Sitz angemeldet. Die nordrhein-westfälische Landesregierung hat Bonn als Stand-

ort ins Gespräch gebracht, weil dort das nationale Pendant der EMA, das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte mit vielen qualifizierten Mitarbeitern sitzt. „Großbritannien ist zudem ein Netto-Empfänger erheblicher EU-Forschungsmittel, gerade auch im Bereich Arzneimittel“, sagt van Lente. „Deshalb könnten viele Pharmaunternehmen ihren Forschungsstandort verlagern.“

Die um sich greifende Europamüdigkeit lastet der AOK-Vertreter in Brüssel nicht zuletzt den nationalen Regierungen an: „Die EU dient ihnen viel zu oft und häufig unberechtigt als Sündenbock. Ich wünsche mir ein klares Bekenntnis zur europäischen Sache.“ Die monatelange Brexit-Diskussion habe aber auch gezeigt,



Wie ein Austritt geregelt ist

Das Procedere eines EU-Austritts ist in **Artikel 50 des EU-Vertrages** geregelt. Danach muss Großbritannien dem Europäischen Rat der Regierungen den Austritt schriftlich mitteilen. Der Rat legt dann die **Leitlinien für die Austrittsverhandlungen** fest. Sie sind auf zwei Jahre begrenzt, können aber bei Zustimmung aller Staaten verlängert werden. **Dem ausgehandelten Abkommen muss das Europaparlament zustimmen.** Der Rat muss mit qualifizierter Mehrheit zustimmen (55 Prozent der Mitgliedstaaten oder Mitgliedstaaten mit zusammen mindestens 65 Prozent der EU-Bevölkerung). An Beratungen und Beschlüssen der EU-Gremien, die den Austritt betreffen, ist Großbritannien nicht beteiligt. **Die EU-Mitgliedschaft endet mit Inkrafttreten des Abkommens.** Bis dahin bleibt das Land Teil der Staatengemeinschaft – mit allen Rechten und Pflichten.

dass die Bürgerinnen und Bürger – weit über Großbritannien hinaus – keinen EU-Superstaat wünschen. Brüssel wird aus seiner Sicht künftig eher weniger Einfluss auf Bereiche nehmen, die besonders stark von nationalen Interessen und Besonderheiten bestimmt werden. Dazu gehören auch die Gesundheits- und die Sozialpolitik.

Augenmerk aufs Wesentliche. Diese Einschätzung hat EU-Gesundheitskommissar Dr. Vytenis Andriukaitis inzwi-

schen bestätigt. Sichtlich betroffen vom Brexit-Votum hat der Litauer angekündigt, die europäische Gesundheitspolitik werde sich jetzt auf jene Punkte konzentrieren, „die für alle Mitgliedsländer einen Mehrwert darstellen“. Dies betrifft laut Andriukaitis vor allem grenzüberschreitende Herausforderungen, zum Beispiel das gemeinsame Auftreten gegenüber global agierenden Arzneimittelkonzernen oder das gemeinsame Handeln beim Umgang mit multiresistenten Keimen oder bei Pandemien. Im Bereich E-Health gelte es, den Rahmen für einen europäischen Datenaustausch zu stecken. Und im Bereich Prävention stehe weiter eine bessere Kennzeichnung von Lebensmitteln auf der Tagesordnung.



Tschüss altes Europa, hallo neues Europa: Wohin die Reise nach dem Ausstieg Großbritanniens geht, ist ungewiss.

Wir schicken der EU jede Woche 350 Millionen Pfund. Lasst uns stattdessen unser nationales Gesundheitssystem unterstützen.

Brexit-Befürworter Boris Johnson vor dem Votum

Giftige Unwahrheiten, wie die, dass der britische EU-Beitrag für das nationale Gesundheitswesen verwendet werden soll, haben sich als Lügen erwiesen.

Dr. Vytenis Andriukaitis, EU-Gesundheitskommissar

Die nationalen Politiker müssen Europa jetzt ernst nehmen.

Dr. Peter Liese, Gesundheitspolitiker im EU-Parlament

Nein zum Normenwust. Auch van Lente ärgert sich, wenn die Brüsseler Kommission das Kompetenzstreben übertreibt. Wenn sich zum Beispiel das Europäische Normungsinstitut CEN mit dem Segen der Kommission daran mache, Gesundheitsdienstleistungen zu normen. „Das müssen wir wieder vom Tisch bekommen“, betont er. Aber dies ändere nichts an den vielen Vorteilen der gemeinsamen Gesundheits- und Sozialpolitik. „Vermutlich nehmen die Menschen die Fortschritte nicht mehr bewusst wahr, weil die

grenzüberschreitende Zusammenarbeit durch die oft kritisierten EU-Richtlinien und Verordnungen sehr gut geregelt wird“, schmunzelt der in Brüssel arbeitende AOK-Experte mit niederländischem Pass.

Ein Europa mit sozialem Antlitz. Die Vorteile der europäischen Gesundheitspolitik liegen für ihn klar auf der Hand: „Innerhalb der EU bekommen wir alle eine gesundheitliche Versorgung, ohne erst einmal die Kosten vorstrecken zu

müssen. Rentner, die ihren Ruhestand im EU-Ausland verbringen, bekommen ihre Rente oder Pflegegeldleistungen dorthin überwiesen.“ Das deutsche Gesundheitswesen profitiere durch Ärzte und Pflegekräfte aus anderen EU-Ländern. „Ich hoffe, dass der Brexit der Auftakt zu einem Neustart für ein stärkeres Europa ist“, sagt van Lente. ■

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

Hü und Hott bei Psychiatrie-Preisen

Die Große Koalition nimmt bei der Vergütung von Kliniken aus der Psychiatrie und der Psychosomatik eine Kurskorrektur vor. Statt eines einheitlichen Preissystems sollen künftig wieder individuelle Budgets gelten. **Von Hans-Bernhard Henkel-Hoving**

Es ist schon erstaunlich: Seit Mitte 2012 hält ein neues Vergütungssystem in psychiatrische und psychosomatische Kliniken Einzug, das nach dem Vorbild der Fallpauschalen (DRG) in den Akut-Krankenhäusern die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung von psychisch kranken Menschen erhöhen soll. Mittlerweile werden fast 60 Prozent aller Fälle in der Psychiatrie und Psychosomatik nach dem sogenannten PEPP-System

so der Vorwurf, werde den individuellen Behandlungsverläufen in der Psychiatrie nicht gerecht und sei mit großem Aufwand bei Dokumentation und Abrechnung verbunden. Darüber hinaus drohe ein Abbau von Pflegepersonal.

Budgetdeckel geplant. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe kommt den Kritikern mit einem neuen Gesetzentwurf nun entgegen. So soll das PEPP-System ab 2017 de facto nur noch dazu dienen, Abschlagszahlungen auf das zwischen Kassen und Kliniken individuell ausgehandelte Budget vorzunehmen – ein scharfes Abrechnungsschwert, das für Transparenz über das Leistungsgeschehen in den Kliniken sorgt, sieht anders aus. „Die Abkehr vom Preissystem PEPP ist ordnungspolitisch fragwürdig, weil damit die Selbstkostendeckungs-Mentalität wieder Aufwind bekommt“, moniert Jürgen Malzahn, Krankenhaus-Experte des AOK-Bundesverbandes. Hinzu komme, dass die Finanzlage der psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken insgesamt besser sei als die der Akutkliniken.

Immerhin: Potenziellen Ausgabenzuwächsen bei der Vergütungsumstellung versuchen Union und SPD mit Budgetobergrenzen einen Riegel vorzuschieben, so dass sich die Mehrkosten laut Gesundheitsministerium auf „nur“ rund 60 Millionen Euro jährlich für die Kassen belaufen sollen. Gegen allzu scharfe Budgetobergrenzen formiert sich jedoch bereits die ablehnende Haltung der Krankenhäuser und ihrer Verbände.

Personalstandards unklar. Neben anderen Abrechnungsregeln gelten künftig auch strikere Mindestvorgaben für die Personalausstattung. Zunächst wird die in diesem Jahr eigentlich auslaufende

Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) bis zum Jahr 2019 verlängert, ab dem Jahr 2020 sollen dann vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu entwickelnde Standards beim Personal greifen. Jürgen Malzahn hegt jedoch Zweifel, ob sich der gute Willen auch in die Tat umsetzen lässt: „Am Ende kommt es darauf an, wie gut das Einhalten der Personalstandards kontrolliert wird und welche Konsequenzen aus einer Nicht-Einhaltung für die Kli-

Die Selbstkostendeckung in den Kliniken bekommt wieder Rückenwind.

niken folgen.“ Schließlich könnten sich Kliniken und Kassen schon heute oft nicht darüber einigen, in welchem Ausmaß Personalvorgaben aus der Psych-PV erfüllt worden seien oder nicht – vielfach blieben die Häuser den Nachweis von Stellenbesetzungen schlicht schuldig, entsprechende Budgetkürzungen seien aber von den Kassen nur schwer durchzusetzen.

Therapie zu Hause. Als Chance für eine bessere Versorgung von Patienten betrachtet Jürgen Malzahn das „Hometreatment“, mit dem der Gesetzgeber Kliniken erlaubt, Patienten auch zu Hause zu behandeln und so wiederkehrende stationäre Aufenthalte zu vermeiden. Der AOK-Krankenhausexperte: „Eine noch bessere Verzahnung von stationären, teilstationären und ambulanten Behandlungsformen sowie des Hometreatments haben das Potenzial dazu, Psychiatrie und Psychosomatik zum Musterbeispiel für eine funktionierende sektorenübergreifende Versorgung werden zu lassen.“ ■



Kehrtwende: Bei den Psychiatrie-Entgelten vollzieht die Große Koalition einen abrupten Richtungswechsel.

abgerechnet. Doch nun hat die Große Koalition fast eine Rolle rückwärts beschlossen: Statt des PEPP-Systems mit grundsätzlich gleichen Preisen für gleiche Leistungen über alle Kliniken hinweg sollen ab 2017 im Prinzip wieder individuelle Budgets für jedes einzelne Krankenhaus gültig sein.

Gesundheitspolitische Beobachter führen die Kehrtwende auf den nach wie vor großen Widerstand von Krankenhausverbänden und medizinischen Fachgesellschaften gegen das PEPP-System zurück. Ein pauschaliertes Entgeltsystem,

ARMIN sortiert die Tablettenkiste

Die Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen hat ihr elektronisches Medikationsmanagement für chronisch kranke Versicherte der AOK PLUS gestartet. Arzt und Apotheker arbeiten dabei eng zusammen – zum Vorteil der Patienten. **Von Thomas Hommel**

Viele Diagnosen, viele Medikamente, viele Akteure: Mit diesem Problem plagen sich vor allem chronisch kranke ältere Menschen herum. Fachkreise sprechen von „Polypharmazie“ oder „Multimedikation“ und meinen damit die regelmäßige Einnahme von fünf oder mehr Tabletten am Tag. Wegen möglicher Wechselwirkungen gleicht das Ganze einem Spiel mit dem Feuer – schon mancher Patient landete mit einem von mehreren Ärzten angesetzten und dann noch selbst ergänzten Tabletten-Cocktail in der Notaufnahme eines Krankenhauses.

Mit ARMIN, der Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen, gehen die AOK PLUS, die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) in Sachsen und Thüringen sowie die Apothekerverbände beider Bundesländer, das Problem an. Die Idee: Arzt und Apotheker kümmern sich gemeinsam um die Medikation.

Daten geschützt. Derzeit beteiligen sich rund 1.500 Ärzte und Apotheker in Sachsen und Thüringen an dem Modellprojekt. Zwei Jahre nach dem offiziellen Start schlägt nun auch das Herzstück von ARMIN: das IT-basierte Medikationsmanagement. Und das funktioniert so: Zunächst wird der Patient vom Hausarzt oder seinem Apotheker ins Projekt eingeschrieben. Dies geschieht freiwillig. Anschließend stellen Arzt und Apotheker auf einem gemeinsamen, gut geschützten Server eine möglichst komplette Liste der Medikation des Patienten zusammen. Für Dr. Annette Rommel, Vorstandsvorsitzende der KV Thüringen, liegt hier schon ein erster Vorteil: „Ohne ARMIN kennt der Hausarzt nur die Medikamente, die er dem Patienten selbst verschrieben hat oder von dem ihm der Patient vielleicht berichtet. Bei ARMIN hat er alles übersichtlich zusammen.“



Was passt, was passt nicht?
Mit ARMIN haben Apotheker
und Arzt den Überblick.

Das ermögliche dem Arzt, die Medikamentenliste zu überprüfen, Arzneimittel mit einem bestimmten Wirkstoff durch andere, bessere geeignete zu ersetzen, Unnützes auf der Liste zu streichen und Notwendiges zu ergänzen. Immer in enger Abstimmung mit dem Apotheker.

Ihren zusätzlichen Aufwand bekommen Arzt und Apotheker von der AOK PLUS gesondert vergütet. Für den Vorstandschef der Gesundheitskasse, Rainer Striebel, eine gute Investition. „Wir sind sicher, dass ARMIN die Lebensqualität der Patienten erhöht und die Zahl der Klinikeinweisungen verringert.“ Profitieren könnten rund 300.000 chronisch kranke Versicherte der AOK PLUS ab 18 Jahren, die gleichzeitig mindestens fünf Medikamente dauerhaft einnehmen. Ab 2017 haben auch andere Kassen die Möglichkeit, dem Projekt beizutreten.

Absolutes Neuland betreten. Die Macher von ARMIN sehen ihr Projekt als Vorreiter in Sachen Digitalisierung. ARMIN habe „bundesweite Vorbildwirkung“, sagt Dr. Klaus Heckemann, Vorstandsvorsitzender der KV Sachsen. Das Projekt gehe weit über die Anforderungen hinaus, die das E-Health-Gesetz an den Medikati-

onsplan stelle, ergänzt Thomas Dittrich, Vorstandsvorsitzender des Sächsischen Apothekerverbandes. Das Gesetz der Bundesregierung sehe nur eine Auflistung der Arzneimittel vor, nicht aber die Analyse der Medikamente und die gemeinsame Betreuung des Patienten durch Arzt und Apotheker.

Dittrichs Pendant auf Thüringer Seite, Stefan Fink, betont, dass die Initiatoren von ARMIN „inhaltlich und technisch absolutes Neuland betreten haben“. Die Maxime sei eine schlanke, anwenderfreundliche und sichere digitale Lösung zur Patientenbetreuung.

Signalwirkung für die Bundespolitik. Als wegweisend stuft die Landespolitik ARMIN ein. „Ich gehe davon aus, dass dieses Projekt Signalwirkung für die Bundespolitik hat“, betont Sachsens Sozialministerin Barbara Klepsch. ARMIN leiste bereits jetzt mehr als der im E-Health-Gesetz vorgesehene Medikationsplan ab 1. Oktober 2016, sagt Thüringens Sozialministerin Heike Werner. „Wir sind diesem Zeitplan faktisch voraus.“ ■

MEHR INFOS:
www.arzneimittelinitiative.de

Zuerst zum Hausarzt lohnt sich

Weniger Komplikationen und seltener in die Klinik: Vor allem chronisch kranke Menschen profitieren von der Hausarztzentrierten Versorgung im Südwesten, wie eine neue wissenschaftliche Untersuchung belegt. **Von Thomas Hommel**

Der Hausarzt als erste Anlaufstelle für den Patienten und Gesundheitslotse in der Versorgungswelt: Diese Philosophie steckt im Kern hinter der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV). Zwei Ziele sind damit im Wesentlichen verbunden: Die Versorgung soll qualitativ besser und zugleich effizienter werden.

Dass sich beides erreichen lässt, zeigt die nunmehr dritte Evaluation des HZV-Vertrages der AOK Baden-Württemberg, des dortigen Hausärzterverbandes und der Ärztevereinigung MEDI Baden-Württemberg. Die Studie haben die Professoren Ferdinand Gerlach von der Universität Frankfurt am Main und Joachim Szecsenyi von der Universität Heidelberg und deren wissenschaftliche Teams durchgeführt. Tenor der beiden Wissenschaftler: Die Hausarztverträge im Süd-

westen verbessern in Verbindung mit den Facharztverträgen nach Paragraph 73c Sozialgesetzbuch V die Versorgung, stärken die Rolle des Hausarztes als Gesundheitslotse im System und tragen überdies zum Abbau kostspieliger Über-, Fehl- und Unterversorgung bei. Zudem belegt die

Qualitätszirkel für Ärzte sind Bausteine der besseren Versorgung.

Studie: Die politische Vorgabe zur Umsetzung der HZV ist dann erfolgreich, wenn die Akteure vor Ort die Ausgestaltung selbst in die Hände nehmen und gemeinsam vorantreiben.

Mit dem AOK-Hausarztvertrag in Baden-Württemberg startete 2008 bundesweit der erste HZV-Vertrag. Derzeit nehmen rund 4.000 Haus- und Kinderärzte sowie mehr als 1.500 Fachärzte und Psychotherapeuten daran teil. Rund 1,4 Millionen Versicherte sind aktuell im AOK-Hausarztvertrag eingeschrieben, rund 520.000 Versicherte im gemeinsamen Facharztprogramm von AOK Baden-Württemberg und Bosch BKK.

Chronizität im Blick. Auf chronischen Krankheiten wie Diabetes oder Herzinsuffizienz sowie Mehrfacherkrankungen, die unter anderem wegen des demografischen Wandels (*siehe Kasten „Dreiklang für ein selbstständiges Leben im Alter“*) zunehmen, liegt in den Verträgen ein besonderer Fokus. Beispiel Diabetes. „Es

Dreiklang für ein selbstständiges Leben im Alter

Er ist längst da: der demografische Wandel. In Baden-Württemberg waren 2014 nach Angaben des Statistischen Landesamtes über 273.000 Menschen 85 Jahre oder älter. Damit hat sich die Zahl der Menschen in diesem Alter seit Anfang der 1970er-Jahre mehr als verfünffacht. Und der Wandel geht weiter. Laut Modellrechnungen steigt die Zahl der Pflegebedürftigen im südwestlichen Bundesland bis zum Jahr 2030 um etwa 35 Prozent auf rund 400.000 Menschen.

Ein Grund mehr für die AOK Baden-Württemberg, unter dem Motto „Alter plus 3“ zu einem Fachkongress nach Stuttgart einzuladen. Nicht nur der Veranstaltungstitel, auch die Vorträge belegten, dass im hohen Lebensalter drei medizinische Disziplinen wertvolle Unterstützung bieten – am besten Hand in Hand: Pflege, Rehabilitation und Prävention. Der Heidelberger Gerontologe Professor Dr. Andreas Kruse berichtete von dem AOK-unterstützten Projekt ORBIT (Organisation der Rehabilitation für Bewohner im Pflegeheim zur Verbesserung der Selbstständigkeit und Teilhabe). Eine Kombination aus Pflege und Reha bei Heimbewohnern bringe gute Erfolge, wie etwa die Verbesserung der Selbstständig-

keit oder der Selbstverantwortung. Das Konzept wirke nachweislich auch bei Schwerstpflegebedürftigen, Hochbetagten und Demenzerkrankten. Dr. Inga Krauß vom Tübinger HüftKonzept (THüKo) konnte belegen, dass THüKo mit sporttherapeutischer Intervention die Schmerzen von Patienten mit Coxarthrose verringert. Es wird auch präventiv eingesetzt, um etwa Operationen hinauszuzögern.

„Wichtig für Menschen jeden Alters sind vor allem drei Dinge: Selbstachtung, Selbstbestimmung und soziale Teilhabe“, wie Professor Dr. Wolfgang Schlicht von der Universität Stuttgart sagte und die Vizevorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen, Professor Dr. Ursula Lehr, bestätigte. Vor diesem Hintergrund nannte AOK-Chef Dr. Christopher Hermann den neuen Pflegebegriff einen „Paradigmenwechsel“, weil dieser sich nicht mehr an Defiziten orientiere, sondern an Teilhabe. Das wolle die AOK für ihre Versicherten erlebbar machen. ■

Ines Körver ist Redakteurin beim KomPart-Verlag.

zeigt sich nun erstmalig, dass in der HZV-Gruppe bei 119.000 Diabetikern im Verlauf von drei Jahren etwa 1.700 schwerwiegende Komplikationen wie Fußamputationen, Erblindungen oder Schlaganfälle vermieden werden können“, so Gerlach (siehe Grafik).

Laut Gerlach gibt es dafür zwei Gründe: Einerseits müssten Hausärzte für ihre Patienten Disease-Management-Programme (DMP) anbieten. Die DMP-Rate liege bei Diabetikern in der HZV in den Jahren 2011 bis 2014 im Mittel bei 77,8 Prozent und damit wesentlich höher als in der Vergleichsgruppe mit durchschnittlich 55,7 Prozent.

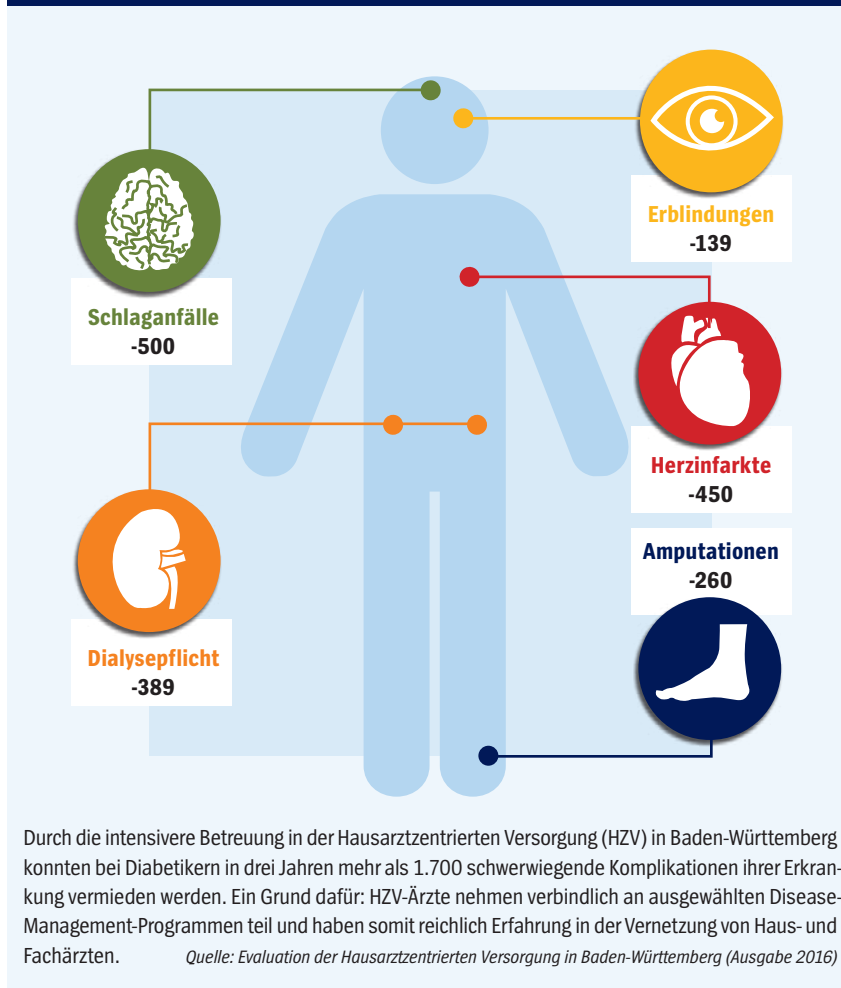
Andererseits gebe es einen „unabhängigen HZV-Effekt“, der bedingt durch mehrere Faktoren zu den positiven Ergebnissen beitrage. So müssten die Hausärzte regelmäßig an Qualitätszirkeln zur Pharmakotherapie teilnehmen. Der Einsatz von rund 2.000 Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAH) wiederum sorge für eine Entlastung des Hausarztes, was ihm mehr Zeit für die Patienten verschaffe.

Weniger Einweisungen ins Krankenhaus.

Durch die gestärkte Lotsenfunktion des Hausarztes konnte die Anzahl von potentiell vermeidbaren Krankenhauseinweisungen von HZV-Versicherten signifikant reduziert werden. Bezogen auf eine Million HZV-Versicherte sind dies rund 40.000 Fälle, denen der kostspielige „Drehtür-Effekt“ erspart geblieben ist. Von diesen 40.000 Fällen entfallen pro Jahr rund 3.900 Fälle auf Koronare Herzerkrankung und Herzinsuffizienz. „Ich führe den Rückgang eindeutig auf die intensivere und besser koordinierte Betreuung chronisch kranker Patienten in der Hausarztpraxis zurück“, betont Szecsenyi.

Die Rechnung geht auf. Ergebnis der Evaluation ist auch, dass die bessere Qualität in der HZV nicht im Widerspruch zur Wirtschaftlichkeit steht. „Hausarzt- und Facharztverträge sind seit jeher keine Sparverträge: Wir investieren konsequent in neue patientenorientierte Versorgungsstrukturen, und diese Rechnung geht zum Wohle unserer Versicherten auf“, so

Deutlich weniger Spätfolgen bei Diabetikern



Dr. Christopher Hermann, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg. Im vergangenen Jahr habe die AOK Baden-Württemberg 530 Millionen Euro in ihre Haus- und Facharztverträge investiert. „Im Ergebnis liegen die jährlichen Gesamtkosten für die Versorgung der teilnehmenden Versicherten damit 35 Millionen Euro niedriger als für eine entsprechende Vergleichsgruppe in der Regelversorgung“, rechnet Hermann vor.

Berufsstand aufgewertet. Als Pluspunkt der HZV nennt Dr. Berthold Dietsche, Vorsitzender des Hausärzterverbandes Baden-Württemberg, dass die Hausärzte neue Rahmenbedingungen vorfänden, „die unseren Beruf umfassend aufwerten“. Im „Ländle“ finde man kaum noch eine Hausarztpraxis, „der es ohne eine fest etablierte HZV gelingt, einen Nach-

folger zu finden“. „Die Ergebnisse der Forscher bestätigen unsere praktischen Erfahrungen“, betont auch MEDI-Vorstandschef Dr. Werner Baumgärtner. Den Haus- und Fachärzten in der Regelversorgung stünde gerade für ihre schwerkranken Patienten ein Budget zur Verfügung, „das schnell aufgebraucht“ sei. Die Folge: Die Patienten würden immer öfter in die Klinik abgeschoben.

In den Haus- und Facharztverträgen im Südwesten dagegen gebe es weder ein Budget noch Fallzahlbegrenzungen. Im Vordergrund stehe die koordinierte Behandlung der Patienten auf Basis gemeinsamer Leitlinien. „Dieses Konzept erklärt viele positive Ergebnisse unserer Evaluation“, so Baumgärtner. ■

MEHR INFOS:
www.neue-versorgung.de

Wie Wunden schneller heilen

Feste Ansprechpartner und regelmäßige Sprechstunden: Ein Versorgungsprojekt in Sachsen-Anhalt verkürzt die Leidensgeschichte von Patienten mit chronischen Wunden von durchschnittlich anderthalb Jahren auf rund drei Monate. **Von Thomas Hommel**

Chronische Wunden entstehen nicht von jetzt auf gleich. Sie entwickeln sich langsam. Oft verhindern Durchblutungsstörungen, Diabetes oder Immunschwäche die schnelle Heilung, was die Sache recht kompliziert macht. Die Wunden müssen regelmäßig inspiziert und fachgerecht verbunden werden. Für die Patienten ist das Ganze auch psychisch sehr belastend. Unter den ständigen Arztbesuchen und dem Gefühl, eine unschöne, mitunter übel riechende Wunde mit sich herumzutragen, leiden viele mehr als unter der Wunde selbst. Schätzungen zufolge ha-

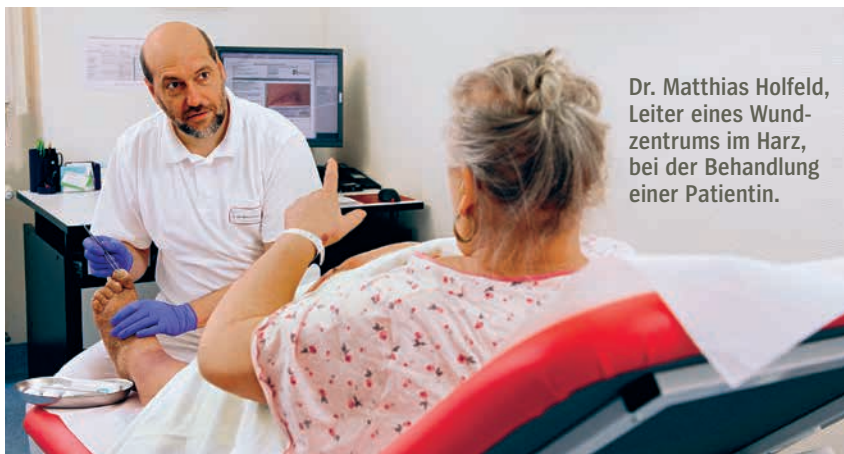
und Halle. Ende 2016 soll ein weiteres Zentrum in Dessau hinzukommen.

„Im Wundzentrum liegt die Gesamtverantwortung. Dort legen die Ärzte die Therapie fest und stimmen die Behandlungsabläufe mit spezialisierten Physiotherapeuten und Pflegediensten ab. Das alles geschieht leitliniengerecht“, sagt Andreas Goldmann, Referent für strategische Versorgungsplanung bei der AOK Sachsen-Anhalt.

Das größte Problem in der Behandlung chronischer Wunden sieht auch Goldmann in „mangelnder Kooperation

Mehr Lebensqualität als Ziel. Seit 2008 hätten mehr als 1.700 Versicherte mehr Lebensqualität durch die leitliniengerechte Behandlung im Versorgungsprojekt erfahren und von den kürzeren Zeiten bis zum Wundverschluss profitiert. „Das ist gut für die Patienten und günstiger für die Kasse“, sagt Goldmann. So fielen für die Behandlung einer chronischen Wunde in der Regelversorgung im Schnitt rund 20.000 Euro im Jahr an. Im Versorgungsprojekt der AOK Sachsen-Anhalt seien es etwa 20 Prozent weniger.

Ein Grund für die schnellere Wundheilung liegt laut Dr. Matthias Holfeld, Leiter des Wundzentrums am Harz-Klinikum Dorothea Christiane Erxleben in Quedlinburg, darin, dass der Patient im Wundzentrum einen festen Ansprechpartner habe. „Das erhöht die Compliance.“ Denn bei chronischen Wunden kommt es auf viele Dinge an, bei denen neben dem Pflegedienst auch die Patienten gefordert seien: Wechsel der Kompressionsverbände, Tragen der richtigen Strümpfe und Schuhe und vieles mehr. „Alle vier Wochen kommen die Patienten zu mir in die Praxis und wir besprechen weitere Schritte.“



Dr. Matthias Holfeld, Leiter eines Wundzentrums im Harz, bei der Behandlung einer Patientin.

ben in Deutschland rund 2,5 Millionen Menschen chronische Wunden. Das Problem besteht oft darin, dass sich zwar viele um die Patienten kümmern – Chirurgen, Gefäßspezialisten, Hautärzte, Internisten, Klinik- und Hausärzte sowie Pflegekräfte –, sich aber keiner als Hauptansprechpartner verantwortlich fühlt.

Zentrum trägt Gesamtverantwortung. In Sachsen-Anhalt hat die AOK daher vor acht Jahren einen Vertrag zur Integrierten Versorgung chronischer Wunden geschlossen. Partner sind vier Wundzentren in Wittenberg, Magdeburg, Quedlinburg

und Koordination der am Versorgungsprozess Beteiligten“. Die Therapie erfolge dann oft nur punktuell, sodass es lange dauere, bis eine Wunde wieder verheilt.

Anders im Projekt der Integrierten Wundversorgung in Sachsen-Anhalt. Hier ist es gelungen, die Zeiten für den Wundverschluss bei einem Großteil der Patientinnen und Patienten deutlich zu verkürzen. „Nach durchschnittlich 84 Tagen werden die Wunden bei den Teilnehmern an unserem Versorgungsvertrag geschlossen. In der Regelversorgung dauert es etwa 566 Tage“, erläutert AOK-Experte Goldmann.

Kontinuierliche Behandlung. Teilweise sind die Wunden 25 Zentimeter groß. Mitunter erstrecken sie sich über das halbe Gesäß oder den Unterschenkel. Einige Patienten haben offene Beine oder diabetischen Fuß. Im Sommer ist auch das heiße Wetter ein Thema. „Wundverbände zu tragen, ist dann nicht sonderlich angenehm“, so Holfeld. „Doch anders kriegen wir die Wunde nicht zu.“ Schon ein solcher Hinweis reiche, um die Patienten zu motivieren, am Ball zu bleiben. Rund 400 seien bislang im Wundzentrum in Quedlinburg versorgt worden. Bei rund 70 Prozent seien die Wunden abgeheilt. ■

„Krankheit macht Eltern hilflos“

Wenn Kinder mit schweren Erkrankungen aus der Klinik entlassen werden, steht die Familie Kopf. Der Verein Kinderlotse unterstützt Eltern darin, den Alltag in den Griff zu bekommen. Vorstandsvorsitzende **Heiderose Killmer** möchte das Angebot ausbauen.

Frau Killmer, vor welchen Herausforderungen stehen Eltern, wenn ihre kranken Kinder aus der Klinik nach Hause kommen?

Killmer: Wenn das Kind beispielsweise mit einem künstlichen Darmausgang, einem Beatmungsgerät oder einer Ernährungssonde aus der Klinik entlassen wird, müssen die Eltern mit einer völlig neuen Situation zurechtkommen. Die Erkrankung des Kindes stellt das ganze Leben der Familie auf den Kopf.

Welche Hilfe bekommen sie?

Killmer: Im Rahmen des Entlassmanagements prüft der Klinik-Sozialdienst, ob die Kinder beispielsweise häusliche Pflege und Pflegehilfsmittel brauchen. Die Eltern bekommen Anleitung darin, die Medikamente richtig zu geben. Aber die Frage ist, ob sie das zu Hause schaffen. Bei bestimmten Diagnosen besteht laut Sozialgesetzbuch ein Anspruch auf sozialmedizinische Nachsorge. Dann schaltet das Uniklinikum Eppendorf in Hamburg den Verein Kinderlotse ein.

Welche Lücke schließt der Verein?

Killmer: Die Kinderlotsen, meist Kinderkrankenschwestern mit Fortbildung zur Casemanagerin, leiten Eltern zu Hause im Umgang mit dem kranken Kind an, geben ihnen Hilfetipps, damit sie den Alltag gestalten können. Wenn der Arzt häusliche Pflege verordnet hat, werden wir unter Umständen parallel aktiv. Die Pflegekraft zeigt den Eltern beispielsweise den Umgang mit dem Beatmungsgerät. Wir sind dafür zuständig, der Familie Alltagskompetenz zu vermitteln, mit den Eltern gemeinsam zum Kinderarzt zu gehen oder eine Pflegeberatungsstelle

aufzusuchen. Die Eltern wollen nicht nur wissen, ob der Verband richtig sitzt oder ob das Gewicht des Kindes stimmt. Sie haben auch ganz andere Probleme: Wie sie zum Arzt kommen, wenn sie kein Geld für ein Busticket haben, sie suchen einen Kindergartenplatz fürs Geschwisterkind oder haben Fragen zur Jugendhilfe.

den Hausärzten gehen wir mit den Familien und sprechen beispielsweise über Verordnungen von Medikamenten.

Wie viele Familien nutzen das Angebot?

Killmer: Wir betreuen rund 150 Familien jährlich, jeweils zwölf Wochen lang. Das



Die Kinderlotsen sind ein Bindeglied zwischen stationärer und ambulanter Versorgung.

Heiderose Killmer

Warum haben Sie den Verein gegründet?

Killmer: Das Uniklinikum Eppendorf konnte manche Kinder nicht entlassen, weil das häusliche Umfeld es nicht zuließ. Vorbild für die Kinderlotsen war der Bunte Kreis Augsburg, ein Nachsorgemodell für Familien mit chronisch, krebs- und schwerstkranken Kindern. Zur Zielgruppe gehören bei uns Frühgeborene sowie Kinder, die beispielsweise nach Operationen am Herzen, mit schweren Missbildungen, Stoffwechselerkrankungen oder nach Transplantationen entlassen werden.

Wie läuft die Zusammenarbeit mit Ärzten und Pflegekräften?

Killmer: Die Kinderlotsen sind ein Bindeglied zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Wir haben regelmäßige Treffen mit den Klinikärzten. Zu

sind knapp fünf Prozent der aus dem Uniklinikum Eppendorf entlassenen Kinder. Von den betreuten Familien brauchen etwa 20 Prozent nach zwölf Wochen weitere Unterstützung. Die Krankheit des Kindes macht die Eltern hilflos. Diesen Familien wollen wir gern ein längerfristiges Programm bieten. ■

Das Interview führte Änne Töpfer.

Zur Person und zum Projekt

Heiderose Killmer, Krankenschwester, ist Vorstandsvorsitzende des Vereins Kinderlotse. Der Verein mit rund 20 ehrenamtlichen, sieben hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie 15 Kinderkrankenschwestern des Uniklinikums Eppendorf als Honorarkräfte übernimmt sozialmedizinische Nachsorge nach dem Sozialgesetzbuch V. Die Kinderlotsen finanzieren sich zu etwa 25 Prozent über Spenden. **Mehr Infos:** www.kinderlotse.org

A close-up photograph of a large, brown crab caught in a red fishing net. The net is tangled with thick blue ropes. The crab is the central focus, with its large carapace and legs visible. The background is filled with the intricate mesh of the red net and the texture of the blue ropes.

Fischen mit

feinem Netz

Dem Krebs auf der Spur: Lange Zeit galten Früherkennungsuntersuchungen als Königsweg im Kampf gegen bösartige Tumoren. Doch die begründeten Zweifel wachsen. Eine kritische Bestandsaufnahme von **Norbert Schmacke**

Früh erkannt – Gefahr gebannt. Diese Volksweisheit findet in der Medizin in großem Stil Anwendung. Die Idee ist einfach: Nicht abwarten, bis Krankheitszeichen aufgetreten sind, sondern schon nach Krankheiten Ausschau halten, wenn Frau und man sich noch gesund fühlen. Dazu gehört vor allem der sogenannte Krankheits-Check-Up, bei dem ab einem bestimmten Alter danach gefahndet wird, ob unabhängig von einem konkreten Anlass für das Aufsuchen einer Ärztin oder eines Arztes Probleme vorliegen, die sich noch nicht bemerkbar gemacht haben: Ein erhöhter Blutdruck, die Überschreitung von Grenzwerten für Blutfette oder Blutzucker sind Klassiker hierfür. Damit hat sich über die Jahrzehnte der trügerische Eindruck entwickelt, es gebe so etwas wie einen Ärzte-TÜV.

Bei einer anderen Form der Früherkennung werden bereits Erkrankte in festgelegten Zeitabständen untersucht, um Folgeerkrankungen zu verhindern oder zu verzögern. So wird heute beispielsweise bei Diabetikern regelmäßig der Augenhintergrund gespiegelt, weil man das Fortschreiten bestehender Netzhautveränderungen durch Laserbehandlung aufhalten kann.

Verführerische Idee. Darüber hinaus gibt es spezielle Früherkennungsprogramme, für die mit groß angelegten Kampagnen gezielt geworben wird. Es geht um Krebs, und im Fall von Brustkrebs werden alle Frauen zwischen 50 und 69 Jahren regelmäßig von einer speziell dafür eingerichteten Untersuchungsstelle zu einer Röntgenuntersuchung der Brust (Mammographie) eingeladen. Screening heißt: Mit einem möglichst feinen Netz nach frühen Krankheitsstadien fischen. Die verführerische Idee:

Krebs im Frühstadium entdecken und dann erfolgreich behandeln zu können, ohne dass sich Metastasen in anderen Organen gebildet haben. Jede und jeder kennt mit zunehmendem Alter Bekannte oder Kolleginnen und Kollegen, von denen gesagt wird: Die Krankheit war schon zu weit fortgeschritten, als sie entdeckt wurde – da war nichts mehr zu machen. Und daran knüpft sich immer die Frage: Hätte Früherkennung das nicht verhindern können?

Nehmen wir das Beispiel Brustkrebs. Es gibt zahlreiche Fragen, die mit Ja beantwortet werden müssen, damit ein Screening für gesunde Menschen als nützlich betrachtet werden kann:

- Steckt hinter jedem verdächtigen Befund einer Mammographie tatsächlich Krebs?
- Gelingt es, den Anteil kleiner Krebsgeschwulste durch das Screening deutlich zu erhöhen und den Anteil großer Tumoren, die zum Teil schon gestreut haben, zurückzudrängen?
- Gibt es auch Gefahren durch die regelmäßige Teilnahme?
- Sterben Frauen, die regelmäßig am Brustkrebs-Screening teilnehmen, später als Frauen, die nicht zur Mammographie gehen?
- Sind sich Wissenschaftler und Mediziner einig, was den Einsatz des Brustkrebs-Screenings anbelangt?

Um eines vorweg zu nehmen: Wenn Frau vertieft in diese Fragen eintauchen will, dann braucht es Ruhe und Zeit. Nicht alles ist auf den ersten Blick leicht zu verstehen, und manches lässt sich wie oft im Leben von zwei Seiten aus betrachten.

Die Röntgenuntersuchung der weiblichen Brust ist bislang die zuverlässigste Methode, um krebsverdächtige Veränderungen festzustellen. Gewebe aus verdächtigen Bezirken der Brust lässt

sich durch eine sogenannte Feinnadelbiopsie entnehmen und dann unter dem Mikroskop untersuchen. Insofern eignet sich die Mammographie prinzipiell am ehesten für eine Früherkennung von Brustkrebs. Durch die moderne Bildgebung gelingt es in der Tat, bei Frauen, die regelmäßig am Screening teilnehmen, mehr kleine Tumoren zu entdecken als früher.

In einer Reihe von Untersuchungen wurde nun über längere Zeiträume erforscht, wie das Schicksal von Frauen aussieht, die regelmäßig am Screening teilnehmen, im Vergleich zu Frauen, die die Mammographie nicht machen lassen. Es gibt acht Studien, bei denen Frauen nach dem Zufallsprinzip einem Screening zugeteilt wurden oder nicht – man nennt diesen Studientyp „randomisierte kontrollierte Studie“. Sie liefert die zuverlässigsten Aussagen über Nutzen und Risiken einer medizinischen Maßnahme. Nachdem publiziert wurde, dass Frauen unter Inanspruchnahme des Screenings seltener an Brustkrebs sterben, haben viele Länder derartige Programme eingeführt. So auch Deutschland, wo der Bundestag einstimmig für die Einführung des Screenings votierte.

Wissenschaft diskutiert den Nutzen. Aber schon von Beginn an gab es innerhalb der Wissenschaft eine Diskussion darüber, ob der gemessene Nutzen durch Screening so groß ist, dass er die Nachteile aufwiegt. Dass Screening auch Nachteile haben kann, ist unstrittig, über den Umfang und die Bedeutung wird heftig

gestritten. Das Problem lässt sich wie folgt beschreiben. Es gibt unterschiedlich bösartige Formen von Brustkrebs: Im schlimmsten Fall schreitet die Erkrankung so rasch fort, dass sie schwer aufzuhalten ist. Im anderen Extremfall wachsen bestimmte kleine Tumoren so langsam, dass sie die Lebenserwartung der betreffenden Frau nicht beeinträchtigen.

Zuviel Diagnostik und Therapie sind schädlich. Wenn nun alle im Screening auffälligen Brustgewebeveränderungen, bei denen bei der Gewebeuntersuchung Krebszellen gefunden worden sind, Anlass zu einer medizinischen Behandlung geben, dann werden auch Frauen behandelt, bei denen ohne Screening niemals Brustkrebs diagnostiziert worden wäre. Man spricht von Überdiagnostik und von Übertherapie.

Welche Zahlen „richtig“ sind, um Nutzen und Schaden gegenüberzustellen, ist in der Fachwelt umstritten. Dies betrifft sowohl die Schätzungen des maximal erwartbaren Nutzens als auch die Zahlen für Überdiagnostik und Übertherapie. Im staatlichen britischen Gesundheitswesen wurde erstmals gemeinsam mit anspruchsberechtigten Frauen eine Broschüre entwickelt (<http://www.uhs.nhs.uk/Media/SUHTInternet/Services/BreastImagingUnit/NHS-Breast-Screening-helping-you-decide.pdf>), die helfen soll, Nutzen und Schaden für die persönliche Entscheidung auszubalancieren. In der aktuellen Broschüre „Informationen zum Mammographie-Screening“ des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA; siehe Kasten „Entscheidungshilfen für Frauen und Männer“ auf Seite 24) wurde folgende Darstellung gewählt:

- Die Mammographie kann Brustkrebs im Frühstadium entdecken. Dadurch erhöht sich die Chance, dass erkrankte Frauen geheilt werden:

Wenn 1.000 Frauen über zehn Jahre am Mammographie-Screening teilnehmen, werden etwa ein bis zwei von ihnen vor dem Tod durch Brustkrebs bewahrt. Bei Frauen mit einem erhöhten Brustkrebs-Risiko kann diese Zahl etwas höher liegen.

- Diesem Vorteil steht ein erheblicher Nachteil gegenüber: Die Mammographie kann zu unnötigen Brustkrebs-Diagnosen führen. Wie schon erwähnt, können Tumoren und verdächtige Zellveränderungen entdeckt werden, die sich aber nicht zu einer Bedrohung entwickeln und nie Probleme machen würden. Von 1.000 Frauen, die zehn Jahre lang regelmäßig am Mammographie-Programm teilnehmen, erhalten etwa fünf bis sieben eine Überdiagnostik und in der Folge unnötige Behandlungen.

Weniger Sterbefälle durch bessere Behandlung. Es gibt noch weitere diskussionswürdige Befunde. So sinkt die Brustkrebssterblichkeit in allen Ländern mit guten Gesundheitssystemen unabhängig von der Existenz von Screening-Programmen (Autier/Boniol 2013). Noch verwirrender: Am stärksten geht die Brustkrebssterblichkeit bei Frauen unter 50 Jahren zurück, die fast überall von systematischen Screenings ausgeschlossen waren (Autier et al. 2010).

Es mehren sich Studien, die nahelegen, dass der anfänglich vorhandene, wenn auch überschätzte Nutzen durch die Teilnahme an einem Screening-Programm im vergangenen Jahrzehnt immer geringer zu Buche schlägt, weil die Behandlungsmetho-

Hintergrund

Krebshäufigkeit und Sterbefälle

In Deutschland erkranken jedes Jahr etwa 480.000 Menschen neu an Krebs. Bei 60.000 Menschen werden bösartige Tumoren des Dickdarms festgestellt, 26.000 sterben daran. Brustkrebs ist mit etwa 70.000 Fällen und fast 17.500 Todesopfern jährlich die häufigste Krebserkrankung bei Frauen. Prostatakrebs ist mit 26 Prozent die häufigste Krebserkrankung und mit zehn Prozent die dritthäufigste Krebstodesursache bei Männern in Deutschland (12.500 Todesfälle pro Jahr).

Quelle: Zentrum für Krebsregisterdaten/Robert Koch-Institut, www.krebsdaten.de

Leistungen der Kassen

Welche Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung die Kassen übernehmen, ist in der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) verankert (www.g-ba.de > Richtlinien). Dazu gehören unter anderen Untersuchungen auf Brust-, Dickdarm- und Prostatakrebs.

- **Brustkrebs:** ab dem Alter von 30 Jahren einmal jährlich Abtastung der Brüste und der Achselhöhlen; ab 50 bis einschließlich 69 Jahren alle zwei Jahre Einladung zur Mammographie
- **Dickdarmkrebs:** im Alter von 50 bis 54 Jahren einmal jährlich Test auf verborgenes (okkultes) Blut im Stuhl; ab dem 55. Lebensjahr insgesamt zwei Dickdarmspiegelungen (Koloskopien)
- **Prostatakrebs:** ab dem Alter von 45 Jahren einmal jährlich Abtastung der Prostata vom Enddarm aus, Untersuchung des äußeren Genitales und Abtastung der Lymphknoten in der Leiste.

Quelle: GBA

Zusammenstellung: G+G-Redaktion

den für Frauen mit Brustkrebs in den vergangenen 20 Jahren massiv besser geworden sind. Das heißt: Der vor drei oder vier Jahrzehnten möglicherweise noch nennenswerte Vorteil einer Teilnahme am Mammographie-Screening könnte inzwischen durch die verbesserten Behandlungsmethoden viel kleiner geworden sein. Das führt noch einmal zu der nicht ohne Weiteres einleuchtenden Aussage: Niemand kann einer Frau im Vorfeld sagen, ob sie zu den „Lottogewinnerinnen“ gehört, denen die Früherkennung das Leben retten kann, oder zu denjenigen, die ohne Grund verängstigt und im schlimmsten Fall unnötig operativ und/oder mit Strahlen und Chemotherapie behandelt worden sind.

Dass solche dramatischen Probleme in einem Screening-Programm überhaupt auftreten können, damit rechnen viele Menschen nicht. Denn es verstößt gegen die Grundannahme, dass eine von den privaten und gesetzlichen Krankenkassen bezahlte medizinische Maßnahme letztlich doch vorteilhaft sein müsse. Es ist in diesem Licht ein enormer Fortschritt, dass der GBA das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) beauftragt hat, für das Brustkrebs-Screening endlich eine ausführliche Entscheidungshilfe zu entwickeln.

PSA-Test ist nicht harmlos. Wie beim Brustkrebs-Screening besteht auch bei der Früherkennung von Prostatakrebs eine ähnliche Problematik. Aber hier steht ein vermeintlich einfacher Bluttest zur Verfügung, der technisch ungleich unproblematischer und weniger belastend ist als die Röntgenuntersuchung der weiblichen Brust. Jedenfalls auf den ersten Blick. Die Rede ist vom Prostata-spezifischen-Antigen (PSA). Warum dies aber keine unproblematische Blutuntersuchung ist, lässt sich im Grunde leicht verstehen. Hierzu gibt es auch gute und kurz gefasste schriftliche Berichte, zum Beispiel in der Gesundheitsinformation des IQWiG oder auch auf einer Plattform, die gemeinsam vom Krebsforschungszentrum in Heidelberg, der Universität Bremen und dem AOK-Bundesverband entwickelt worden ist (siehe Kasten „Entscheidungshilfen für Frauen und Männer“ auf Seite 24). Hier kann „man“ erfahren, dass ein erhöhter PSA-Wert nicht von vornherein Anlass zur Unruhe sein muss, da die Prostata auch nach körperlichen Anstrengungen oder auch bei gutartigen Tumoren vermehrt PSA absondert. Beliebte ist der Hinweis auf die Massage der Prostata durch Fahrradfahren: Wer sich testen lassen will, soll nicht unmittelbar vorher eine ausgiebige Radtour unternehmen.

Das alles trifft aber nicht den Kern des Problems. Deshalb ist es nötiger, „vom Ende her“ zu denken und zu fragen: Profitieren Männer, die regelmäßig ihren PSA-Wert bestimmen lassen, von dieser Untersuchung? Man darf sich von dieser Frage nicht durch den Hinweis abbringen lassen, dass es ja keine Screening-Alternative zum PSA-Test gebe (Urologen bemühen das Argument nur allzu gern).

Abwarten kann sinnvoll sein. Und jetzt wird es spannend: Ist Nichts-Tun oder genauer gesagt das Warten auf erste Krankheitsanzeichen für Prostatakrebs und anschließende Entscheidung über Behandlungsmöglichkeiten vielleicht besser als

Früherkennung? Nur diese radikale Frage hilft, die Problematik des PSA-Tests zu verstehen. Liegt ein PSA-Wert über bestimmte Zeiträume oberhalb eines festgelegten Höchstwertes (zu diesem Höchstwert gibt es abweichende Empfehlungen), dann empfehlen Ärzte Männern, durch Nadelbiopsien – ähnlich wie im Fall auffälliger Röntgenbefunde in der weiblichen Brust – Gewebe aus verschiedenen Regionen der Vorsteherdrüse zu entnehmen, das dann unter dem Mikroskop auf Krebszellen untersucht wird. Je mehr solcher Gewebeproben pro Untersuchung gewonnen werden und je älter die Männer sind, umso größer wird die Wahrscheinlichkeit, Krebszellen zu finden. Übertrieben lässt sich sagen: Je älter die Männer sind und je



gewissenhafter der Untersucher ist, umso seltener „entkommt“ der Mann der Diagnose „Prostatakrebs“. Dies ist vor allem deshalb so bedeutsam, weil Prostatakrebs häufig, aber nicht immer, ein langsam wachsender Tumor ist, der umso weniger Schaden anrichtet, je älter die betroffenen Männer sind.

Nutzen massiv überschätzt. Welche Antworten kann nun die Wissenschaft zur entscheidenden Frage geben: Welchen Nutzen und welchen Schaden haben Männer, die regelmäßig ihren PSA-Wert untersuchen lassen? Die Antwort der größten europäischen randomisierten kontrollierten Studie (Schröder et al. 2014) wirkt auf den ersten Blick wie eine Befürwortung des PSA-Tests. Die Studie wurde 1993 begonnen und umfasst mehr als 160.000 Männer zwischen 50 und 74 Jahren. Der Studienleiter von der Erasmus-Universität in Rotterdam errechnete einen Rückgang der prostata-spezifischen Sterblichkeit um 17 Prozent, für 55- bis 69-jährige Männer sogar um 21 Prozent. Diese Zahlen relativieren sich aber drastisch, da das Prostatakarzinom mit 427 von insgesamt 18.251 Todesfällen im Screeningarm (und 610 von 21.992 Todesfällen in der Kontrollgruppe) eine relativ seltene Todesursache war. Die meisten Teilnehmer starben aus anderen Gründen. Ein Einfluss auf die Gesamtsterblichkeit war auch nach 13 Jahren nicht erkennbar.

Nebenwirkungen nicht unbedeutend. Weiteres Argument: 40 Prozent der nach dieser Langzeituntersuchung entdeckten Karzinome sind für die betreffenden Männer unbedeutend, da sie ihre Lebenserwartung nicht beeinträchtigen. Im Fachjargon

heißt das Überdiagnose. Zudem führt die Behandlung für alle Männer in einem hohen Maß zu Nebenwirkungen, darunter vor allem Inkontinenz der Blase und Impotenz. Wörtlich der Studienleiter: „Die Zeit für ein bevölkerungsweites Screening ist nicht gekommen. Weitere Forschung ist dringend erforderlich, um Wege zu finden, die Überdiagnostik vor allem durch unnötige Biopsien zu vermeiden. Es geht darum, die große Zahl von Männern zu verringern, die gescreent, biopsiert und behandelt werden müssen, um einigen wenigen Patienten zu helfen.“ Und weiter: „Im Moment geht es darum, Männern gut abgewogene Informationen an die Hand zu geben, einschließlich zu den Schäden, die im Screening durch Überdiagnostik und Überbehandlung entstehen.“

Das Für und Wider abwägen. Nun gibt es vielleicht immer noch Fragen, die es Männern erleichtern könnten, sich für einen PSA-Test zu entscheiden:

• **Frage 1: Können besonders aggressiv verlaufende Fälle von Prostatakrebs von weniger beeinträchtigenden Formen unterschieden werden?** Hierzu werden Scores (Punktwerte) eingesetzt. Die größten Erwartungen richten sich dabei neben der klassischen Stadienfeststellung (vor allem zur Feststellung der Ausdehnung jenseits der Kapsel der Prostata durch bildgebende Verfahren) auf eine Einschätzung des Grades der Bösartigkeit anhand der Bewertung der Zellformen in den Gewebestanzeln. Dieser Score erlaubt zwar in gewissem Umfang eine Aussage über den Grad der Bösartigkeit des Tumors, eine einfache Entscheidungshilfe für die Frage „radikales Vorgehen“ gegenüber „Abwarten“ ist er aber nicht (Brimo 2013). Wie sich ein festgestellter Prostatakrebs entwickelt, ist im Einzelfall nicht sicher vorherzusagen.

• **Frage 2: Gibt es Unterschiede zwischen den Behandlungsformen bezüglich der Nebenwirkungen?** Diese Frage wird mit Blick auf die behandlungsbedingte Beeinträchtigung von Sexualität und Kontinenz immer wieder gestellt. Männer, die sich gut informiert haben, suchen nach Kliniken, die angeben, besonders „nervenschonend“ und weniger aggressiv zu behandeln. Die Erwartungen werden weithin enttäuscht: Auch Kliniken, die für sich in Anspruch nehmen, die entscheidenden Nervenbahnen durch vorsichtigeres Operieren weniger zu verletzen, verursachen beachtlich hohe Raten an Impotenz und Inkontinenz.

Ob die ebenfalls mit dem Argument beworbene Brachytherapie (eine Strahlentherapie, bei der die Strahlungsquelle in den Körper eingebracht wird – in diesem Fall direkt in die Prostata) weniger Nebenwirkungen erzeugt, bleibt trotz positiver Berichte umstritten. Besonders große Hoffnungen richteten sich auf die Protonentherapie, die mit dem Argument befürwortet wird, die Protonenstrahlen seien besonders zielgenau auf das Krebsgewebe zu lenken, so dass die befürchteten Nebenwirkungen fast nicht auftreten würden. Die Studienlage sagt jedoch etwas ganz anderes (Mouw et al 2013).

Darum ist es für Interessierte außerordentlich kompliziert, sich ein realistisches Bild von dem erwartbaren Umfang an beeinträchtigenden Folgeschäden zu machen. Alle Behandlungsverfahren sind nach sämtlichen Erfahrungen mit einem erheblichen Prozentsatz an bleibender Einschränkung der Potenz und

der Kontinenz verbunden. Die berichteten Raten sind vermutlich eher zu niedrig. Das liegt daran, dass es früher nicht üblich war, verlässliche Befragungsinstrumente zur Patientenzufriedenheit einzusetzen. Erst seit wenigen Jahren wird über die Notwendigkeit derartiger Messungen überhaupt intensiv nachgedacht (Efficace et al. 2013).

Schließlich landet der Mann bei Frage 3: *Was soll ich denn nun machen?* Nachdem jahrzehntelang die unterschiedlichen Operations- und Bestrahlungsverfahren nebeneinander her mit unterschiedlicher Güte der Begleitforschung zum Einsatz gekommen sind, hat der GBA im Jahr 2010 erstmals ein Studienkonzept eingefordert, bei dem der Nutzen dieser unterschiedlichen Verfahren für das lokal begrenzte Prostatakarzinom einschließlich der Option „aktive Beobachtung“ in einer mehrarmigen randomisierten kontrollierten Studie untersucht wird. Man mag sich wundern, dass die urologischen Fachgesellschaften weltweit nicht schon eher einen solchen Vergleich angestrebt haben.

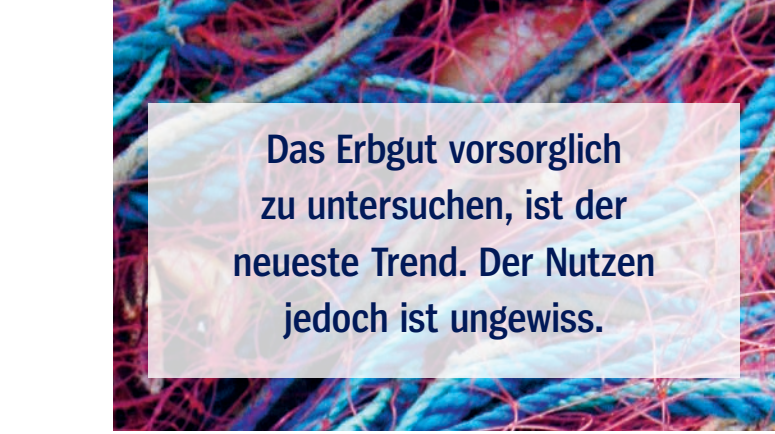
Die sogenannte PREFERE-Studie (Stöckle et al. 2014) arbeitet mit einem modifizierten Ansatz der Gewinnung der erkrankten Männer: Diese werden darüber informiert, dass in der Studie der Nutzen von radikaler Prostataentfernung, äußerer Strahlentherapie, Brachytherapie und aktiver Beobachtung vergleichend untersucht werden soll und dass sie die Möglichkeit haben, ein oder zwei dieser Verfahren abzuwählen, wenn sie diese auf gar keinen Fall für sich akzeptieren. Die Zufallszuweisung erfolgt dann zu einem der verbleibenden Behandlungsarme. Die Ergebnisse könnten in etwa 15 Jahren vorliegen – wenn nicht die Urologen diese Studie mehr oder weniger verdeckt boykottieren: Danach sieht es heute aus (der Autor irrt sich gern).

Mehr Behandlungen – aber nahezu konstante Sterberate. Wenn man in die USA blickt, wo der PSA-Test im Vergleich zu anderen Ländern schon seit Jahrzehnten vermutlich am intensivsten beworben wird, dann fragt man sich, wie sich dort die Sterblichkeit an Prostatakrebs entwickelt hat. Die Häufigkeit der Todesfälle durch Prostatakrebs hat sich praktisch nicht verändert. Die Mortalitätskurven in Ländern mit hohen und niedrigeren Screening-Raten unterscheiden sich nicht auffällig. Die Zahl der Behandlungen aber ist vor allem in den USA dramatisch gestiegen: von 1986 bis 2005 um mehr als eine Millionen Männer, die operiert oder bestrahlt wurden (Welch/Albertsen 2009).

Entscheidungshilfen für Frauen und Männer

Damit Patientinnen und Patienten das Für und Wider von Früherkennung und Screening abwägen können, bieten sowohl der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) als auch die AOK Entscheidungshilfen:

- Informationen des GBA zum Mammographie-Screening, zur Darmkrebs-Früherkennung und anderen Vorsorgeuntersuchungen: www.g-ba.de > Service > Publikationen/Merkblätter > Merkblätter und U-Hefte > Patientinnen und Patienten
- Informationen der AOK zur Krebsvorsorge: www.aok.de/krebsvorsorge und zu PSA-Tests: www.aok.de > Suchwort Entscheidungshilfen



Das Erbgut vorsorglich zu untersuchen, ist der neueste Trend. Der Nutzen jedoch ist ungewiss.

Die aufmerksame Lektüre dieser Daten liefert die beste Erläuterung, was mit den blassen Begriffen „Überdiagnostik“ und „Übertherapie“ gemeint ist.

Beim Darm überwiegt der Nutzen. Hinsichtlich der Früherkennung von Dickdarmkrebs ist die Mehrheit der Experten davon überzeugt, dass ein systematisches Screening die Sterblichkeit an dieser Erkrankung senkt. In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht im Alter von 50 bis 54 Jahren ein Anspruch auf jährliche Teilnahme an einem Stuhltest und anschließender kompletter Darmspiegelung (Koloskopie), wenn dieser Test auffällig ist, sowie ab dem Alter von 55 Jahren alternativ auf Stuhltests oder insgesamt zweimaliger kompletter Darmspiegelung. Der Grund für die befürwortende Grundhaltung gegenüber dem Darm-Screening: Das Verhältnis von Nutzen (Senkung der Dickdarmkrebs-Sterblichkeit) zu Risiken (vor allem die seltenen aber brisanten Verletzungen des Darms) wirkt angemessen. In den meisten Ländern wird die „kleine“ Darmspiegelung (Sigmoidoskopie) bevorzugt, für die Daten zu Nutzen und Risiken durch randomisierte kontrollierte Studien vorliegen – der Nutzen überwiegt. Die in der GKV eingesetzte vollständige Darmspiegelung könnte der Sigmoidoskopie noch überlegen sein; Daten dazu liegen aber erst in einigen Jahren vor.

Diese Früherkennungsuntersuchung funktioniert wohl deshalb so gut, weil bei der Koloskopie die Vorformen von Krebs, die sogenannten Polypen, oft vollständig entfernt werden können: Das Risiko ist damit tatsächlich beseitigt – aus der Früherkennung ist eine Vorbeugung geworden. Und der Charme dieser Früherkennungsuntersuchung liegt darin, dass bereits eine einmalige Spiegelung diese positiven Ergebnisse erzielen kann.

Weniger Koloskopien möglich? Eine Bremer Forschergruppe hat vorgeschlagen, in einer dreiarmligen randomisierten kontrollierten Studie zu untersuchen, ob eines der drei eingesetzten Verfahren (Stuhltest plus dem eigenen Ermessen überlassene Darmspiegelung, kleine Darmspiegelung, große Darmspiegelung) tatsächlich deutlich zu bevorzugen ist (Brüchert et al. 2014). Das ist insofern ein interessanter Vorschlag, als damit möglicherweise eine Menge Darmspiegelungen eingespart werden könnten, die doch deutlich aufwendiger und auch unangenehmer sind als der (oft ja ausschließlich vorgeschaltete) Stuhltest. Die Plausibilität spricht sicher für die vollständige Spiegelung: Aber gute Daten sind natürlich trotzdem das beste Argument. Zum Dickdarmkrebs-Screening soll in Kürze ebenfalls eine Entscheidungshilfe des IQWiG vorliegen – mit Darstellung aller verfügbaren Daten zu Nutzen und Schaden der

Spiegelungen, und vor allem nach allen Regeln einer informierten Entscheidung erarbeitet, wozu auch gehört: für Frauen und Männer in einem eigenen Format.

Manager in die Röhre geschickt. Es gibt nicht nur die kritische Debatte um einzelne Früherkennungsverfahren. Es gibt auch eine Welt des Kommerzes, die frei von allen wissenschaftlichen Untersuchungen Menschen einen Rundum-Gesundheitscheck andient. Dies ist für eine Vielzahl von Großunternehmen belegt, die solche Untersuchungen ihren Spitzenmanagern finanzieren (Komaroff 2009). Dabei geht es nicht etwa nur um „Kleinigkeiten“ wie Hör- und Sehtests oder die oben geschilderte Krebsfrüherkennung. Da werden Manager komplett „durch die Röhre geschoben“, eine massive unnötige Strahlenbelastung, die ihrerseits mit einer Erhöhung des Krebsrisikos verbunden ist. Solche „Fürsorge“ funktioniert am besten in den USA, wo auch der Enthusiasmus für die Krebsfrüherkennung am größten ist (Schwartz et al. 2004). Dies ist schlimm genug, doch ist das Ganze freilich auf eine Minderheit der Bevölkerung beschränkt, die ihren Betrieben gut und teuer ist.

Gen-Screening vor der Tür. Eine ganz andere Dimension aber scheint am Horizont nach der Entschlüsselung des menschlichen Genoms auf (Guttmacher/Collins 2003). Es erscheint wieder einmal einleuchtend, dass eine Patentlösung bereit liegt: nun in Form der Erstellung individueller Gesundheitsrisiken. Es ist zurzeit noch weitgehend Fiktion, dieser neuen Ära folgend neue Screening-Programme für die Gesamtbevölkerung zu entwickeln. Aber allein schon die Debatte um die familiäre Häufung von Krebserkrankungen, vermittelt mit den einprägsamen Bildern prominenter Schauspielerinnen, deutet an: Hier entsteht ein neuer Suchtstoff, dessen „Einnahme“ aufs Neue erschweren wird, sich auf die Perlen zu konzentrieren, die das Zeitalter der Genomik und Proteomik (Untersuchung aller Proteine; das Proteom ist im Gegensatz zum Genom hochdynamisch und unterliegt ständigen Veränderungen in Konzentration, Zusammensetzung und Funktion) ohne Frage bieten wird.

Den Verheißungen nicht einfach glauben. Nichts spricht gegen die Nutzung dieser neuen Phase des medizinischen Fortschritts, wenn wir wissen, wem er in welchen Konstellationen tatsächlich hilft. Je billiger die Genomentschlüsselung wird, umso größer wird freilich der Druck auf die Kostenträger, die Finanzierung immer umfassenderer Risikoprofile der Versicherten zu übernehmen. Je besser eine Gesellschaft mit den „klassischen“ Screening-Themen umgehen kann, umso besser wird sie gegen Illusionen des Genomzeitalters gewappnet sein.

Der Weg ist weit, man denke an die ausstehende Entscheidungshilfe zum Hautkrebs-Screening, aber er ist im Falle der Krebs-Früherkennungsuntersuchungen jetzt nach langen Jahren schlichter Werbekampagnen endlich eingeschlagen. ■

Prof. Dr. Norbert Schmacke, Internist und Gesundheitswissenschaftler, arbeitet am Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen. **Kontakt: Norbert.Schmacke@nord-com.net**

Literatur beim Verfasser



Zur Person

Prof. Dr. Dr. Bettina Pfeleiderer ist seit Ende Juli 2016 Präsidentin des Weltärztinnenbundes, den sie drei Jahre lang leiten wird. Der 1919 gegründeten Dachorganisation nationaler Verbände gehören Ärztinnen aus 90 Nationen an. Der Weltärztinnenbund arbeitet unter anderem mit der Weltgesundheitsorganisation und den United Nations zusammen. Bettina Pfeleiderer studierte zunächst Chemie und arbeitete nach ihrer Promotion von 1990 bis 1995 am Massachusetts General Hospital der Harvard Medical School in Boston/USA. Anschließend studierte sie in Münster Medizin. Parallel dazu arbeitete sie als Wissenschaftlerin weiter am Institut für Klinische Radiologie der Westfälischen Wilhelms-Universität, seit 1997 als Professorin. 2004 erhielt sie die Approbation als Ärztin und übernahm die Leitung der Forschungsgruppen „Cognition & Gender“ und geschlechtersensible medizinische Lehre in Münster. Bettina Pfeleiderer hat zwei erwachsene Töchter, eine studiert ebenfalls Medizin.

„Teilzeitarbeit muss auch für Oberärzte möglich sein“

Lange Arbeitszeiten, starre Hierarchien und Einzelkämpfer sind in Kliniken und Praxen heute nicht mehr gefragt, sagt **Bettina Pfeleiderer**. Die neue Präsidentin des Weltärztinnenbundes wirbt für Teilzeitmodelle, um die Medizin für den Nachwuchs attraktiver zu machen.

Frau Professorin Pfeleiderer, Männer hören nicht zu und Frauen parken schlecht ein. Was halten Sie von solchen Klischees?

Pfeleiderer: Das klingt als Buchtitel toll und verkauft sich blendend. Aber es trifft nicht zu. Seriöse wissenschaftliche Studien widerlegen solche Stereotypen. Ich finde es schade, wenn man Menschen von vornherein in solche Schubladen steckt. Das kann dazu führen, dass sie scheitern, weil sie sich nichts zutrauen.

Sie beschäftigen sich mit Unterschieden im Gehirn von Frauen und Männern. Welche haben Sie gefunden?

Pfeleiderer: Ich beschäftige mich nicht nur mit Unterschieden, sondern mit Gemeinsamkeiten, die genauso wichtig sind. Zu den Unterschieden gehört beispielsweise, dass Frauen Sprache mehr im Bereich des Stirnhirns und Männern eher auf der Höhe der Ohren verarbeiten. Dieser Unterschied kann wichtig werden, wenn jemand einen Schlaganfall hat. Wenn eine Blutung das Gehirn bei Männern beispielsweise auf der Höhe der Ohren schädigt, haben sie mehr Wortfindungsstörungen als bei Blutungen im Stirnhirn. Bei Frauen ist es umgekehrt. Das zu wissen, kann wichtig für die Rehabilitation sein.

Sie erforschen aber nicht nur geschlechtsspezifische Unterschiede im Gehirn, sondern haben auch Brustimplantate aus Silikon untersucht. Was hat das miteinander zu tun?

Pfeleiderer: Das hat etwas mit meinem Werdegang zu tun. Ich bin physikalische Chemikerin und habe mich in den USA mit der Alterung von Silikon beschäftigt. Da ich wissen wollte, was mit dem Silikon im Körper passiert, habe ich Medizin studiert. Inzwischen erforsche ich das Gehirn, mache Studien über Schmerzen und Ängste. Dabei zeigt sich, dass bestimmte Botenstoffe je nach Geschlecht anders auf die Gehirnfunktion wirken. Das hat mich fasziniert, und es war mein Einstieg in die Gendermedizin, die sich damit beschäftigt, welche Bedeutung das Geschlecht in der Medizin hat. Ich bin als Ärztin also breit aufgestellt. Das hilft mir auch sehr in meiner Arbeit beim Weltärztinnenbund, wo es um eine große Themenvielfalt geht.

Welche Aufgaben warten auf Sie als Präsidentin des Weltärztinnenbundes?

Pfeleiderer: Wir feiern 2019 unser 100-jähriges Bestehen und schlagen eine Brücke von der Vergangenheit bis in die Gegenwart. Mein Oberthema heißt: Medical Women Ambassadors of Change, also Ärztinnen als Botschafterinnen des Wandels. Mir geht es beispielsweise um die Bedürfnisse der jüngeren Ärztesgeneration: Work-Life-Balance, Teilzeitarbeit und ähnliches. Ein weiteres Thema wird das Übergewicht und seine Folgekrankheiten sein. Wir diskutieren im Weltärztinnenbund globale Probleme, bei denen wir voneinander lernen können. Wir

„Frauen studieren Medizin, weil sie helfen wollen. Vom Berufsalltag sind sie oft sehr enttäuscht.“



verstehen uns als Ideengeber, geben unser Wissen weiter und vernetzen uns mit anderen Ländern.

Warum muss es neben einem Weltärztebund einen Weltärztinnenbund geben?

Pfleiderer: Weil auf der Leitungsebene des Weltärztebundes zu wenig Ärztinnen vertreten sind – aktuell eine Frau unter neun Männern. Viele Frauen tun sich schwer damit, solche Funktionen zu übernehmen, weil sie dann einem großen Druck ausgesetzt sind. Wenn sie in Führungspositionen eigene Meinungen vertreten, heißt es leicht: Die ist zickig. Wir setzen uns im Weltärztinnenbund deswegen auch dafür ein, dass Ärztinnen bei Gesundheitsthemen ihre Perspektive einbringen können.

Welche Bedeutung hat das Geschlecht denn in der Medizin? Was macht Frauen beispielsweise krank, im Unterschied zu Männern?

Pfleiderer: Wirtschaftliches Ungleichgewicht, eine geringere Schulbildung oder Abhängigkeitsverhältnisse, aus denen sie nicht herauskommen, können Frauen krank machen. Männer leiden eher unter Konkurrenz im Job oder wenn sich Aufgaben ändern. Burnout – oft eine verborgene Depression oder durch zu viel Stress im Beruf ausgelöst – wird deshalb öfter bei Männern diagnostiziert. Bei Frauen kann der Anspruch, Familie, Kinder und Beruf unter einen Hut zu bringen, zu Angsterkrankungen und Depressionen führen.

Und was hält Frauen gesund?

Pfleiderer: Frauen gehen häufiger zum Arzt als Männer. Deswegen chronifizieren sich bestimmte Erkrankungen bei ihnen seltener. Zum Beispiel bei psychischen Symptomen trauen sich Frauen eher als Männer, Ärzte zu konsultieren. Zu sagen: Mir geht es nicht gut, ich bin reizbarer als sonst, verträgt sich mit dem Rollenbild von Männern nicht so gut. Männer bekämpfen ihre Symptome lieber auf eigene Faust, vielleicht mit Alkohol. Außerdem gehen sie seltener als Frauen zu Vorsorgeuntersuchungen. Deshalb sollten Präventionskampagnen geschlechtsspezifische Unterschiede berücksichtigen.

Gibt es weitere Beispiele, wo die Medizin Unterschiede zwischen Frauen und Männern stärker berücksichtigen sollte?

Pfleiderer: Viele Menschen halten Depressionen für eine typische Frauenkrankheit. Aber Männer bekommen sie gleichermaßen, zeigen nur eine andere Symptomatik. Auch die Osteoporose, eine Knochendichteminderung, gilt als Frauenkrankheit und wird deshalb bei Männern leicht übersehen. Ein anderes Beispiel ist die Magersucht, die Ärztinnen und Ärzte eher Mädchen zuordnen. Inzwischen haben aber auch viele Jungen eine Essstörung. Dafür sollten die Verantwortlichen in der Gesundheitsversorgung sensibel sein.

Wie könnte das Gesundheitssystem geschlechtsspezifischen Unterschieden besser gerecht werden?

Pfleiderer: Wir müssen diese Themen in die medizinische Lehre einbringen, und zwar nicht als Extra-Angebot, sondern als Bestandteil in jedem Fach. Außerdem gehört die Gendermedizin in die ärztliche Fort- und Weiterbildung. Da bewegt sich inzwischen etwas: Die Ärztekammer Westfalen-Lippe hat in diesem Jahr zum ersten Mal die Gendermedizin in eine Fortbildungswoche aufgenommen. Bei der Ärztekammer Nordrhein habe ich auf einer Fortbildung dazu vorgetragen. Das Thema stößt auf großes Interesse.

Auch bei den männlichen Kollegen?

Pfleiderer: Die Frauen waren in der Zuhörerschaft in der Mehrheit. Ich glaube, das liegt auch an Vorurteilen. Beim Stichwort Gender denken die meisten, es geht um Gleichberechtigung von Frauen und Männern beispielsweise beim Zugang zu Krankenhausbehandlungen oder zur privaten Krankenversicherung. Das ist ein Teil von Public Health oder von Geschlechterforschung in der Medizin. Es ist aber nicht das, was die Gendermedizin beschäftigt. Wir erforschen, wie wir Männer und Frauen besser behandeln können, indem wir die Ursachen ihrer Erkrankungen verstehen.



Im Medizinstudium sind Frauen inzwischen in der Mehrheit. Was macht für sie das Studium so attraktiv?

Pfleiderer: Das Medizinstudium ist auch für Männer attraktiv, aber Mädchen haben bessere Abiturnoten und bekommen deshalb leichter einen Studienplatz. Die Motive, Medizin zu studieren, unterscheiden sich bei Männern und Frauen. Männer studieren häufig Medizin, weil sie als Arzt gut verdienen und ein hohes soziales Prestige haben. Frauen wollen Menschen helfen und wählen oft Fachrichtungen aus der sprechenden Medizin wie Psychiatrie. Wenn sie den ärztlichen Berufsalltag kennenlernen, sind Frauen oft sehr enttäuscht. Sie erleben einen großen Bruch zwischen ihrem Ideal und dem, was möglich ist. Deswegen kehren Frauen auch häufiger als Männer der kurativen Medizin den Rücken.

Vielleicht verändern Frauen, wenn sie jetzt im Studium in der Mehrheit sind, künftig die Abläufe im Medizinbetrieb.

Pfleiderer: Ich denke, sie werden auf lange Sicht etwas ändern. Aber momentan beträgt der Frauenanteil in Klinik und Praxis erst 42 Prozent. Wir sind noch nicht in der Mehrzahl. Und wir sind oft nicht in Positionen, wo wir etwas entscheiden und verändern können. Unter Oberärzten, Chefärzten und Professoren sind Frauen immer noch in der absoluten Minderheit.

Wie kommen Frauen in Führungspositionen?

Pfleiderer: Wenn mehr Frauen Medizin studieren, bleibt es nicht aus, dass sie auch Führungspositionen übernehmen. Krankenhäuser haben jetzt schon Probleme, ihre Stellen adäquat zu besetzen. Sie müssen als Arbeitgeber für Frauen und Männer attraktiver werden, Strukturen verändern, auf die Bedürfnisse der jüngeren Generation eingehen. Da sehe ich schon positive Signale.

Meinen Sie Kliniken, die Kindergärten einrichten?

Pfleiderer: Ja, durchaus. Aber ich möchte das nicht immer auf die Kinderbetreuung begrenzen. Egal ob Mann oder Frau, mit Kindern oder ohne: Viele Ärztinnen und Ärzte wollen heute nicht dauernd mehr als 40 Stunden arbeiten. Ich finde, es muss möglich sein, eine Oberarztstelle zu teilen, weil man nicht 80 Stunden pro Woche arbeiten möchte. Für die Entscheidung für eine Teilzeitstelle sollte sich niemand rechtfertigen müssen.

Sind Teilzeitarbeitsmodelle in der Medizin umsetzbar, ohne dass die Patientinnen und Patienten darunter leiden, weil sie wechselnde Ansprechpartner haben?

Pfleiderer: Wenn mehrere Ärztinnen und Ärzte einer Praxis oder Klinik den Patienten kennen, kann das sogar von Vorteil sein, weil sie unterschiedliche Sichtweisen auf Krankheitsbild und Therapie haben. Voraussetzung dafür ist eine gute Kommunikation. Meine Tante war Hausärztin auf dem Dorf. Sie hatte jede Nacht Dienst, war immer verfügbar, auch am Wochenende. Das ist heute nicht mehr sinnvoll. Wir haben eine andere Medizin, können viel mehr behandeln, haben kompliziertere Krankheitsbilder. Das kann ein Einzelner gar nicht mehr auffangen, ohne dass er oder sie zusammenbricht.

Um Teilzeitmodelle zu ermöglichen, braucht die Medizin ausreichend Nachwuchs. Wie lässt er sich gewinnen?


Pfleiderer: Ärztinnen, die der Medizin den Rücken gekehrt haben, sollten leichter wieder in den Beruf einsteigen können. Atmosphäre und Strukturen in Kliniken sollten wir so verändern, dass Frauen in der kurativen Medizin bleiben. Dem Chefarzt alter Garde würden die heutigen Ärztinnen davonlaufen. Wenn ihnen eine Stelle nicht gefällt, bewerben sie sich woanders. Deshalb strengen sich Kliniken heute an, um Nachwuchs zu gewinnen und zu halten. Außerdem sollten wir die sprechende Medizin besser honorieren sowie Ärztinnen und Ärzte aus anderen Ländern besser integrieren.

Zum Schluss nochmal eine Frage an Sie als Präsidentin des Weltärztinnenbundes: Was können Ärztinnen in Deutschland von Ärztinnen anderer Länder lernen?

Pfleiderer: Wir können lernen, wie sich im kulturellen Kontext Krankheiten und Symptome verändern, beispielsweise bei Flüchtlingen und Migranten. Wir können von Versorgungsmodellen anderer Länder lernen: Wie machen die das, was sind die Vor- und Nachteile? Ich finde es sehr wichtig, Ärztinnen aus der ganzen Welt kennenzulernen, ihnen freundschaftlich zu begegnen. Das hilft, Vorurteile und Ängste abzubauen, die wir anderen Kulturen gegenüber haben. ■

Das Interview führte Änne Töpfer.

Krankenpflege auf Rädern

A close-up, low-angle shot of a car's front wheel, showing the tire and the hubcap. The wheel is in motion, as indicated by the blurred background of a road and trees. The car's body is white and visible on the left side of the frame.

Ambulant vor stationär – um diesem Grundsatz gerecht zu werden, übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung die Kosten für häusliche Krankenpflege. Was mobile Pflegedienste heute leisten und wie es um die Patientensicherheit bestellt ist, skizziert **Christiane Lehmacher-Dubberke**.

Bis vor rund 40 Jahren war die Pflege kranker Menschen zu Hause fast ausschließlich Familiensache. Die Entwicklung der häuslichen Krankenpflege als Dienstleistung begann in Deutschland Ende der 60er Jahre mit gemeinnützigen Krankenpflege- oder Dorfhelferstationen, angebunden an Kirchengemeinden, geleitet häufig von Ordensschwestern. Die Pflege leisteten Frauen vorwiegend ehrenamtlich oder geringfügig entlohnt. Das Leistungsspektrum war auf einfachere behandlungspflegerische Maßnahmen und pflegerische Hilfen begrenzt, wie beispielsweise Verbandswechsel und Körperpflege.

Seit den Anfängen der häuslichen Krankenpflege hat sich mit dem medizinischen Fortschritt und den gewandelten Lebensstilen die ambulante Versorgungssituation entscheidend verändert. Bekamen damals im Vergleich zu heute nur wenige Menschen in ihrer Wohnung Hilfe von einem professionellen Pflegedienst, finanziert heute die Kranken- und Pflegeversicherung Leistungen nach dem Grundsatz ambulant vor stationär. Das kommt vielen Menschen entgegen: Rund 2,5 Millionen kranke und pflegebedürftige Versicherte erhalten in ihren eigenen vier Wänden Unterstützung durch ambulante Pflegedienste. Die Versorgung umfasst in den meisten Fällen Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung, wie Grundpflege und hauswirtschaftliche Dienste, sowie Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung – die häusliche Krankenpflege.

Angebot hat sich ausdifferenziert. Bundesweit übernehmen rund 13.000 Pflegedienste ein großes Spektrum an behandlungspflegerischen Leistungen zur Unterstützung und Sicherstellung der ärztlichen Behandlungsziele. In den vergangenen 15 Jahren hat sich das Angebot in der ambulanten Pflege stark ausdifferenziert, entsprechend den speziellen Anforderungen beispielsweise von Ärzten oder Krankenhäusern an eine behandlungspflegerische Versorgung.

Die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) zur Abrechnung von stationären Leistungen hat den Prozess der Ambulantisierung ebenfalls gefördert. Die häusliche Krankenpflege hat ihren Beitrag dazu geleistet. Die durchschnittliche Krankenhaus-Verweildauer hat sich seit 1992 fast halbiert: von 13,3 Tagen auf 7,5 Tage im Jahr 2013, mit einer weiter sinkenden Tendenz als Folge des medizinischen Fortschritts, aber eben

auch wegen verbesserter vor- und nachstationärer ambulanter Versorgung.

Der Gesetzgeber hat den Anspruch auf häusliche Krankenpflege 1988 in Paragraph 37 Sozialgesetz (SGB) V geregelt und 1997 die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege als eigenständige Rechtsvorschrift in Paragraph 132a SGB V übernommen. Nach Inkrafttreten des Krankenhausstrukturgesetzes Anfang 2016 haben Versicherte zusätzlich einen Anspruch auf eine Übergangsvorsorgung zum Beispiel nach einem Krankenhausaufenthalt oder bei einer schweren Erkrankung, wenn sie nicht pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung sind. Die Leistungen umfassen die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Damit schließt der Gesetzgeber eine Lücke, wenn beispielsweise Angehörige oder Nachbarn die Versorgung nicht übernehmen können.

Ausgaben haben sich verdreifacht. Zum Umfang der häuslichen Krankenpflege gehören neben Standard-Leistungen wie Injektionen unter die Haut (beispielsweise Insulin für Diabetes-Patienten) oder Medikamentengaben inzwischen vermehrt komplexe medizinisch-pflegerische Behandlungen. Pflegedienste mit besonderen Konzepten für die Versorgung von Kindern oder Menschen mit Behinderung sowie hochspezialisierte Pflegedienste übernehmen die ambulante Versorgung von schwerstkranken und technikabhängigen pflegebedürftigen Patienten. Beispielsweise werden in Deutschland geschätzt bis zu 20.000 künstlich beatmete Patienten in ihrer Wohnung versorgt. Dazu gehören Babys und Kinder ebenso wie Erwachsene. Das war vor 40 Jahren undenkbar.

Web- und Lesetipps

- www.aok-gesundheitspartner.de > Pflege > Häusliche Krankenpflege > Praxiswissen Quickcheck zur Verordnung häuslicher Krankenpflege
- Michael Ewers, Christiane Schaepe, Jennifer Hartl: **Luft fürs Leben daheim.** G+G 3/2016, Seite 20–25; Artikel über die **SHAPE-Studie** zur „Sicherheit in der häuslichen Versorgung beatmeter Patienten“
- <http://shape.charite.de> Homepage zur SHAPE-Studie mit Infos zur Patientensicherheit bei häuslicher Beatmung
- Thomas Hommel: **Mission Lebensqualität.** G+G 3/2016, Seite 26–31. Reportage über die Arbeit einer Praxis für außerklinische Beatmung

Mit der Ausdifferenzierung des Angebotes stiegen auch die Kosten in der ambulanten Krankenpflege. Experten der Krankenkassen veranschlagten für die häusliche Pflege – das heißt Haushaltshilfe und Krankenpflege – 1989 Ausgaben von jährlich 6,4 Milliarden D-Mark (rund 3,3 Milliarden Euro). 2014 betragen die Kosten für die häusliche Krankenpflege 4,8 Milliarden Euro. Hinzu kamen die Ausgaben der Pflegeversicherung für die ambulante Versorgung mit 3,9 Milliarden Euro. Die Ausgaben für ambulante Pflege haben sich in den vergangenen 25 Jahren demnach nahezu verdreifacht.

Hohe Anforderungen an die Qualität. Der hohe Grad der Spezialisierung hat ihren Preis. Die häusliche Krankenpflege sucht zunehmend Fachkräfte, die komplexe behandlungspflegerische Leistungen erbringen können. Insbesondere für die technologieabhängige Versorgung werden speziell weitergebildete Pflegefachkräfte, wie Fachkrankenschwestern/-pfleger für Intensivpflege/Anästhesie, Dialyse oder Atmungstherapeuten benötigt. Zudem bindet die Pflege im Hause der Patienten mehr personelle Kapazitäten als in anderen Versorgungsformen. In stationären Einrichtungen kann eine Pflegefachkraft mehrere Patienten gleichzeitig betreuen.

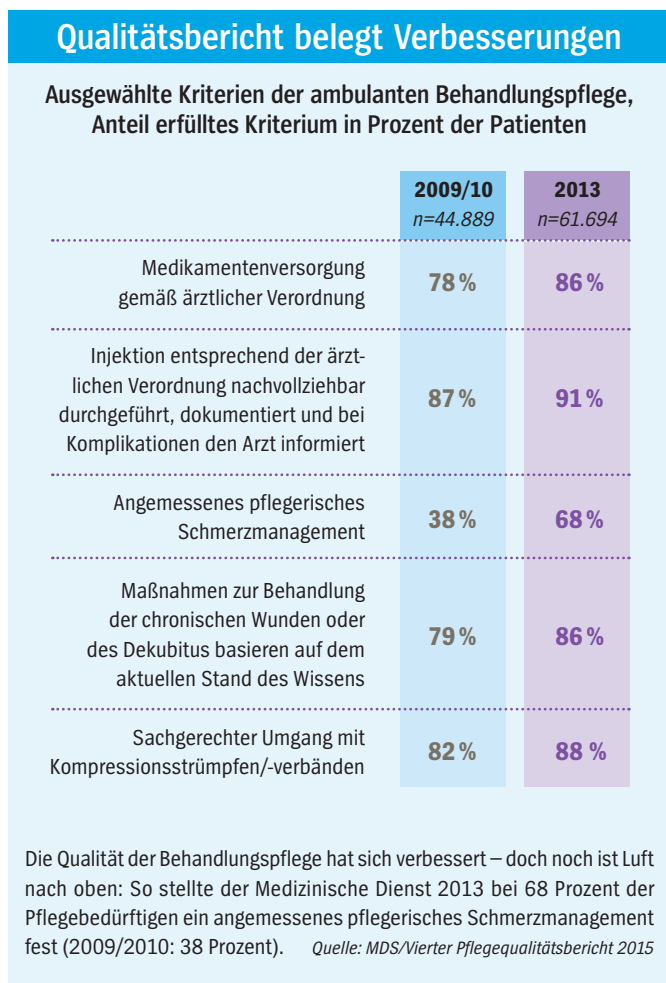
Daneben ist der Aufbau eines angemessenen Versorgungsumfelds häufig eine große Herausforderung. Die Pflege findet

statt im Zusammenspiel mit Angehörigen und mitunter unter ungünstigen wohnlichen Voraussetzungen, wie enge Räume, schlechte Hygiene oder veraltete sanitäre Anlagen. Insbesondere bei komplexen medizinisch-pflegerischen Anforderungen an den Pflegedienst braucht dieser gute Bedingungen hinsichtlich der räumlichen Bedingungen und der Tagesabläufe im Haushalt der Pflegebedürftigen. Unabhängig von den strukturellen Voraussetzungen führt eine mangelnde Compliance von Pflegebedürftigen und Angehörigen – wenn sie also Anweisungen des Arztes oder des Pflegedienstes bewusst oder unbewusst nicht einhalten – mitunter zu Problemen.

Ärzte müssen Umsetzung der Verordnung prüfen. Bei derart komplexen Anforderungen ist eine wirksame Qualitätssicherung unabdingbar. Aber wie ist es darum in Deutschland bestellt? In der häuslichen Krankenpflege verordnet der behandelnde Arzt die notwendigen Leistungen. Er muss sich davon überzeugen, ob der Pflegedienst entsprechend seiner Verordnung arbeitet und ob die Behandlungsqualität seinen Vorstellungen entspricht. So der Idealfall – die Realität sieht oft anders aus. Der Pflegedienst berichtet dem behandelnden Arzt zwar in der Regel über den aktuellen Stand der Versorgung. Ärztliche Hausbesuche finden aber eher selten statt.

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) prüft stichprobenartig die Qualität der pflegerischen Versorgung. 2013 hat er bundesweit 29.215 Patienten in die Qualitätsprüfungen einbezogen. Aus dem Pflegequalitätsbericht des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) von 2015 (Download unter www.mds-ev.de > Themen > Pflegequalität) geht hervor, dass 2013 insgesamt 635.824 Versicherte Leistungen der häuslichen Krankenpflege erhielten. 287.172 Patienten bezogen gleichzeitig Leistungen der Pflegeversicherung. Nur aus dieser Gruppe konnten rund zehn Prozent der Versicherten in die Qualitätsprüfungen einbezogen werden. Für die übrigen 348.652 Patienten, die ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege bezogen, und für 190.332 „Hilfe-zur-Pflege“-Empfänger, bei denen der Sozialhilfeträger die Leistungen finanzierte oder die Selbstzahler waren, schreibt der Gesetzgeber keine Qualitätsprüfungen vor. In den meisten Fällen bleibt also die Beurteilung der Qualität in der häuslichen Krankenpflege den Pflegebedürftigen, den Angehörigen und den Pflegediensten überlassen.

Medizinischer Dienst deckt Mängel auf. Nach Ergebnissen des MDS-Berichts von 2015 lag bei 47 Prozent der 29.215 in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen eine ärztliche Verordnung zur Medikamentengabe vor. Bei 86 Prozent der Pflegebedürftigen mit einer Medikamentenverordnung erfolgte die Medikamentengabe exakt nach den ärztlichen Angaben (siehe Tabelle „Qualitätsbericht belegt Verbesserungen“ auf dieser Seite). Bei 14 Prozent dieser Pflegebedürftigen wurden aber beispielsweise Medikamente, für die keine ärztliche Verordnung vorlag, oder Medikamente mit falscher Wirkstoffkonzentration verabreicht. 5,5 Prozent (3.407) der in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen hatten eine chronische Wunde oder einen Dekubitus und es lag eine ärztliche Verordnung zur Wundver-



sorgung vor. Bei diesen Pflegebedürftigen prüfte der Medizinische Dienst, ob die Wundversorgung nach dem aktuellen Stand des Wissens erfolgte. Bei 86 Prozent der betroffenen Pflegebedürftigen entsprach die Wundversorgung dem aktuellen Wissensstand, bei 14 Prozent war dies nicht der Fall – zum Beispiel beachteten Pflegedienste hygienische Grundsätze nicht oder legten trotz Erfordernis keinen feuchten Wundverband an.

Bei 15 Prozent (9.456) der Pflegebedürftigen, bei denen die MDK-Mitarbeiter die Versorgungsqualität in der ambulanten Pflege geprüft haben, war die Gabe von Schmerzmedikamenten erforderlich. Aufgabe des Pflegedienstes ist es, bei diesen Patienten eine systematische Schmerzeinschätzung vorzunehmen, um dem Arzt bei Bedarf konkrete Hinweise zur Anpassung der Schmerztherapie geben zu können. Bei 68 Prozent der betroffenen Versicherten haben Pflegekräfte diese Schmerzeinschätzung vorgenommen, bei 32 Prozent dieser Pflegebedürftigen lag eine entsprechende Schmerzeinschätzung nicht vor.

Der MDS-Qualitätsbericht von 2015 belegt in vielen Bereichen Verbesserungen gegenüber der vorherigen Erhebung mit Daten aus den Jahren 2009/2010 (siehe Tabelle auf Seite 32). Doch bestehen eben weiterhin Verbesserungspotenziale.

Patientensicherheit nicht erfasst. Ein weiterer Aspekt der Versorgungsqualität ist die Patientensicherheit. Dabei ist nicht allein entscheidend, ob die medizinisch-pflegerische Versorgung gesichert ist. Vielmehr fallen darunter alle Faktoren, die die Versorgung in ihrem Gesamtzusammenhang infrage stellen. Bietet der Haushalt ein Umfeld, in dem der Patient leben kann, ohne gefährdet zu sein? Dies ist nicht immer gegeben – beispielsweise, wenn die Wohnung vermüllt, feucht oder stark verschmutzt ist. Neben der objektiven Patientensicherheit muss auch die subjektive Sicherheit betrachtet werden. Hat der Patient das Gefühl, gut versorgt zu werden, kann er der Pflegekraft vertrauen oder bestehen Bedenken zum Beispiel hinsichtlich der Fachlichkeit oder Ängste im zwischenmenschlichen Kontakt? Dabei ist insbesondere zu berücksichtigen, ob Patienten allein leben und keine Angehörigen mehr haben. Denn dann sind sie primär auf den Pflegedienst und auf die menschliche Zuwendung der Pflegekräfte angewiesen und befinden sich damit in einem direkten Abhängigkeitsverhältnis.

Die MDK-Qualitätsprüfungen liefern keine umfassenden Erkenntnisse zur Patientensicherheit. Zwar bewerten die Prüfärzte Kriterien wie den Umgang mit Ernährungsrisiken und die Qualität behandlungspflegerischer Maßnahmen oder Prophylaxen. Doch sieht die Systematik der MDK-Prüfungen keine eigenen Kriterien zur Prüfung der Patientensicherheit in der häuslichen Versorgung vor.

Beatmungsstudie Shape als Vorbild. Während Deutschland in der Erfassung und wissenschaftlichen Erforschung der Patientensicherheit in der häuslichen Krankenpflege Nachholbedarf

Die ambulante
Pflege hilft,
Klinikaufenthalte
zu verkürzen.

hat, legten in Kanada Wissenschaftler 2013 die Studie „Safety at Home: A Pan-Canadian Home Care Study“ vor. Darin kamen sie zu dem Ergebnis, dass es bei zehn bis 13 Prozent aller im häuslichen Umfeld gepflegten Patienten zu unerwünschten Ereignissen während der Versorgung kommt. Dazu gehören laut Studie beispielsweise Stürze, Infektionen oder falsche Medikamentengaben, unter anderem als Folge mangelnder sektorenübergreifender Einbindung des Pflegeteams, schlechter Standardisierung

von Prozessen, schlechter Ausrüstung und insbesondere „riskanten“ Entscheidungen von Patienten und Pflegekräften, die die Patientensicherheit gefährden.

Der Patientensicherheit in der häuslichen Krankenpflege hat sich erstmalig in Deutschland das Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Berliner Charité gewidmet. In dem Projekt „Safety in Home Care for ventilated Patients (Shape)“ geht es um die Erforschung und Analyse der Erfahrungen und des Sicherheitsempfindens von beatmeten Patienten und ihren Angehörigen in der häuslichen Versorgung. Ziel ist es, patientenzentrierte Sicherheitsleitlinien und Risikomanagementstrategien weiterzuentwickeln. Shape läuft seit November 2013 noch bis Oktober 2016, erste Zwischenergebnisse sind kürzlich erschienen (siehe Web- und Lesetipps auf Seite 31). Das Forschungsprojekt beschäftigt sich mit einer bisher noch kleinen verletzlichen Patientengruppe. Nach Schätzungen betreuen Pflegedienste rund 20.000 beatmungspflichtige Patienten in ihrer Häuslichkeit. Diese Patientengruppe hatte in den vergangenen Jahren eine jährliche Zuwachsrate von bis zu 15 Prozent. Auch in den kommenden Jahren ist mit deutlich wachsenden Patientenzahlen zu rechnen. Die Shape-Studie lässt zudem Rückschlüsse auf andere Versorgungssituationen vergleichbarer Patientengruppen in der häuslichen Krankenpflege zu.

Grenzen der häuslichen Pflege neu definieren. Vor dem Hintergrund der weiter zunehmenden Ambulantisierung der Gesundheitsversorgung und der Spezialisierung in der häuslichen Krankenpflege sollten Ergebnisse von Forschungsprojekten wie Shape auf ihre Bedeutung für die Versorgungsrealität geprüft werden. So könnten standardisierte Prozesse und Risikomanagementstrategien besonders verletzliche Patientengruppen vor kritischen Versorgungsumständen bewahren. Zudem sollten sich die Verantwortlichen kritisch mit dem Wunsch nach der absoluten Machbarkeit von ambulanter Versorgung auseinandersetzen. Gegebenenfalls müssen die Grenzen der häuslichen Krankenpflege neu definiert werden, um die medizinisch-technische und pflegerische Entwicklung der vergangenen Jahre sowie die gesellschaftlichen Veränderungen zu berücksichtigen. ■

Christiane Lehmacher-Dubberke ist Referentin in der Abteilung Pflege/Geschäftsführungseinheit Versorgung im AOK-Bundeverband.

Kontakt: Christiane.Lehmacher-Dubberke@bv.aok.de

Mehr zum Thema auf den Seiten 34 und 35

Die Schwester kommt

Schleim absaugen, Sauerstoffzufuhr überwachen, Schmerzen lindern – die häusliche Krankenpflege stellt hohe Anforderungen an die Fachkräfte.

Wie die AOK die Qualität der Leistungen sichert, beschreibt **Anne Töpfer** anhand von drei Beispielen.

Ein frühgeborenes Baby, ein künstlich beatmeter alter Mann, eine krebskranke Frau – Menschen mit starken gesundheitlichen Einschränkungen haben Anspruch auf häusliche Krankenpflege. Die AOK sorgt mit speziellen Verträgen sowie Fallmanagerinnen und Beratern dafür, dass die im Sozialgesetzbuch V festgeschriebene Unterstützung bei den Versicherten ankommt.

So arbeiten beispielsweise bei der AOK Hessen vier Pflegefachkräfte mit intensivmedizinischer Weiterbildung, um den Anspruch auf häusliche Krankenpflege fachgerecht umzusetzen. Eine von ihnen ist Beatrix Urian, die auch eine pädiatrische Weiterbildung hat und sich daher insbesondere um die häusliche Kinderkrankenpflege kümmert. „Ein Schwerpunkt der häuslichen Kinderkrankenpflege liegt darin, Eltern zu befähigen, ihre kranken Kinder zu Hause zu versorgen“, erläutert Urian. Bei frühgeborenen Kindern beispielsweise gehe es darum, Eltern die notwendige Sicherheit zu geben, um die Pflege irgendwann selbstständig zu übernehmen. Die Kinder haben oft Schwierigkeiten mit der Atmung, haben Sauerstoffbedarf und müssen überwacht werden. Die Eltern lernen den Umgang mit den Geräten und die Früherkennung von Komplikationen. „Der Pflegedienst kommt anfangs vielleicht 20 bis 30 Stunden pro Woche und dann nach und nach weniger, je nachdem, wie schnell die Eltern in der Lage sind, mehr Verantwortung zu übernehmen und wie gut die kinderärztliche Versorgung ist“, erklärt Urian.

Netzwerkarbeit mit regelmäßigem Austausch. Gemeinsam mit den entlassenden Kliniken und den weiterversorgenden Pflegediensten überlegen die AOK-Fachkräfte, welche Unterstützung für Eltern und Kinder sinnvoll ist und koordinieren die Leistungen. Mitte März 2016 bezogen 18 bei der AOK Hessen versicherte Kinder Leistungen der häuslichen Kinderkrankenpflege mit gesonderten Vergütungen und individuell vereinbarten Zeitumfängen. In Hessen bieten nur wenige Pflegedienste

häusliche Kinderkrankenpflege an. „Wir arbeiten mit Pflegediensten zusammen, die über die entsprechende fachliche Qualifikation verfügen“, betont Beatrix Urian. „Wir tauschen uns regelmäßig mit den Pflegediensten, den behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie den Kliniken aus und machen bei Bedarf Hausbesuche bei den Versicherten.“ Mit dieser Netzwerkarbeit, ergänzt durch eine Beratung über Leistungen der Pflegeversicherung, bietet die AOK ein „Komplettpaket, das sehr förderlich für die Gesundheit der kleinen Patienten ist“.

Von der Beatmung loskommen. Auch die AOK Nordost koordiniert Leistungen der häuslichen Intensivkrankenpflege im Sinne ihrer Versicherten. Das übernimmt der Geschäftsbereich spezialisierte Programme und spezialisierte Pflegeangebote unter Leitung von Sabine Hochstadt. „Im Team Intensivversorgung arbeiten Fallmanager, die eine Qualifikation zum Pflegeberater beziehungsweise Casemanager haben und zum Teil

Pflege sichert ärztliches Behandlungsziel

Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen können häusliche Krankenpflege (HKP) beanspruchen, wenn eine notwendige Krankenhausbehandlung nicht möglich ist, sich mit HKP eine stationäre Behandlung vermeiden beziehungsweise verkürzen lässt oder die HKP das Ziel der ärztlichen Behandlung sichern soll. **Verordnet wird die HKP vom Hausarzt. Sie umfasst Leistungen der Behandlungspflege, der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung.** Das Leistungsverzeichnis wird ständig erweitert und überarbeitet. So können Ärzte seit Mai 2014 unter bestimmten Voraussetzungen Maßnahmen zur Beseitigung von resistenten Keimen im Rahmen der HKP veranlassen. Zudem können seit Dezember 2015 Krankenhausärzte für bis zu sieben Kalendertage im Anschluss an einen stationären Aufenthalt HKP verordnen.

Quelle: www.aok-gesundheitspartner.de > Pflege > Häusliche Krankenpflege

ins Haus



Erfahrungen aus der Intensivpflege mitbringen. Wenn die Versicherten es wünschen, besprechen unsere Experten direkt mit ihnen die Versorgung“, so Hochstadt. Zudem betreibt die AOK Nordost für Menschen mit einem Tracheostoma – einem Luftröhrenschnitt, der von einer Kanüle offengehalten wird – seit Januar 2014 eine Praxis für außerklinische Beatmung, deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Patientinnen und Patienten zu Hause besuchen. „Die Atmungstherapeuten der Praxis schauen sich die Versorgung an und besprechen mit den Pflegediensten, ob alles gut läuft und was man besser machen kann“, erläutert Roland Wagner, Teamleiter „Pflege-Vertragsmanagement Intensivversorgung“ bei der AOK Nordost. „Die Praxis für außerklinische Beatmung sucht den Kontakt zu den Versicherten und deren Angehörigen, zum Krankenhaus, Pflegedienst oder Hilfsmittelanbietern“, so Wagner. „Wenn die Patienten aus dem Krankenhaus entlassen werden und sofort eine koordinierte Versorgung bekommen, haben sie eher die Chance, von Beatmung und Kanüle loszukommen.“

Fallmanager machen sich selbst ein Bild. Menschen mit schweren Atemwegserkrankungen, die mit einem Tracheostoma aus dem Krankenhaus entlassen werden, brauchen meist eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung. „Es muss immer jemand da sein, damit sie nicht ersticken, falls die Kanüle mit Schleim verstopft“, erklärt Sabine Hochstadt. Der Anspruch auf Intensivkrankenpflege begründet sich aus dem unvorhersehbaren Interventionsbedarf. Manchmal können nach einer Anleitung auch Angehörige Aufgaben übernehmen. Der größte Teil der Leistungsempfänger mit Tracheostoma lebt jedoch in einer Pflege-Wohngemeinschaft.

Bei der AOK Nordost beziehen in der Regel rund 1.000 Versicherte im Jahr – auch mit Erkrankungen wie Schlaganfall, Querschnittslähmung, Parkinson oder Multiple Sklerose – Leistungen der Intensivkrankenpflege. Die Zahl steigt jährlich um fünf bis zehn Prozent. Für die Intensivkrankenpflege bringt die AOK Nordost pro Versicherten zwischen 12.000 und 25.000 Euro im Monat auf. Mit rund 100 Pflegediensten hat sie spezielle Verträge für diesen Bereich abgeschlossen. In der Intensivversorgung dürfen nur examinierte Kräfte arbeiten. Es muss eine fachliche Leitung vorhanden sein, die über den Expertenkurs für außerklinische Intensivversorgung verfügt. Die übrigen Fachkräfte müssen einen Basiskurs für außerklinische Intensivpflege absolviert haben. „In den Ergänzungsvereinbarungen haben wir Fortbildungsvoraussetzungen festgelegt, um die Patientensicherheit zu erhöhen“, sagt Roland Wagner. „Darüber hinaus prüfen wir stichprobenartig, welches Personal in den Pflegediensten angestellt ist. Sofern die Möglichkeiten vorhan-

Ist die Kanüle frei von Schleim? Fachkräfte der häuslichen Intensivkrankenpflege – beispielsweise aus einer Berliner Praxis für außerklinische Beatmung – sorgen dafür, dass Patienten mit Luftröhrenschnitt zu Hause sicher leben können.

den sind, machen sich unsere Fallmanager, gerade auch in Pflege-Wohngemeinschaften, selbst ein Bild von der Versorgung.“

Weiterbildung in Palliativ Care. Besonderes Augenmerk auf Qualität legt auch die AOK Rheinland/Hamburg. Seit 2006 schließt sie gemeinsam mit den anderen Krankenkassen im Bereich Nordrhein spezielle Verträge zur ambulanten Palliativversorgung ab. Der „Strukturvertrag nach Paragraph 73 a SGB V zur qualifizierten allgemeinen Palliativversorgung“ der Primärkassen bezieht sich auf Haus- und Fachärzte sowie qualifizierte Palliativ-Ärzte (QPÄ). Sie müssen eine 40-stündige Weiterbildung absolvieren (QPÄ: 160 Stunden). Der Vertrag sieht weiterhin vor, dass die beteiligten Ärztinnen und Ärzte mit Pflegediensten kooperieren. Diese Pflegedienste müssen mindestens vier Mitarbeiter beschäftigen, die 160 Stunden Weiterbildung in Palliativ Care haben. „Bevor wir einen Vertrag nach Paragraph 132a SGB V mit einem Palliativpflegedienst schließen, muss er nachweisen, dass er die Qualitätskriterien erfüllt“, betont Robin Fink, bei der AOK Rheinland/Hamburg für Selektivverträge im Bereich der ambulanten Palliativversorgung zuständig.

Vordenker in der Versorgung. Im Fokus der Verträge steht die Begleitung von schwerkranken Menschen, deren Lebenszeit auf Tage, Wochen oder Monate begrenzt ist, und die zu Hause sterben wollen. Den knapp 1.900 Ärzten und rund 72 Pflegediensten, die an den Verträgen in Nordrhein teilnehmen, stehen alle Mittel der ambulanten Palliativversorgung zur Verfügung, um ihren Patienten die letzte Lebensphase zu erleichtern. Im Rahmen des Strukturvertrags wurden in Nordrhein 2014 GKV-weit 24.500 schwerstkranken Menschen begleitet. „Die Zahlen steigen weiter an, auch infolge des demografischen Wandels“, so Robin Fink. Mit den Verträgen habe die Gesundheitskasse dem Gesetzgeber Impulse gegeben. „Was die AOK im Rheinland seit 2006 macht, hat der Gesetzgeber im Vorfeld des Hospiz- und Palliativgesetzes teilweise nachgeholt: Ärzte werden seit Oktober 2013 über die Gebührenordnung für palliativmedizinische Leistungen extra honoriert. Pflegedienste bekommen jetzt über die Richtlinie zudem die Möglichkeit, gesondert Palliativpflege abzurechnen.“ ■

„Wir müssen das Land attraktiver machen“

Mehr Geld für Pflegekräfte, eine bessere Arbeitsteilung zwischen den Kliniken und unkonventionelle Projekte für eine gute Medizin auf dem Land – Sachsens Sozialministerin **Barbara Klepsch** hat sich einiges vorgenommen.

Frau Klepsch, lassen Sie uns ein wenig über die Schulter schauen auf den Alltag der Ministerin in dieser Woche. Was stand an?

Barbara Klepsch: Das Ministerium ist breit aufgestellt, es umfasst auch den Verbraucherschutz. Deshalb standen Weinkontrollen zur Qualität des sächsischen Weines auf der Tagesordnung. Ein ganz anderes Thema ist der Sächsische Altershilfepreis. Da bin ich die Schirmherrin. Der Preis wurde an das Demenznetz der Stadt Chemnitz vergeben. Hier geht es um ein bedeutsames Thema mit vielen Facetten: das gute Leben im Alter.

Was macht Ihr Amt spannend?

Klepsch: Es ist meine Aufgabe, nah dran zu sein an den Menschen, die Themen und Fragen aufzugreifen, die sie bewegen und die sie vor Ort stellen. Wenn ich im Land unterwegs bin und mit den Menschen ins Gespräch komme: Das ist eine unheimliche Bereicherung. Diese Begegnungen machen das Amt spannend.

Sie waren lange Kommunalpolitikerin. Hilft das?

Klepsch: Ohne Zweifel sind die Erfahrungen in der Kommunalpolitik wichtig. Als Oberbürgermeisterin ist man verantwortlich für alle Bereiche – vom Straßenbau bis zur Friedhofsverwaltung. Diese Themenvielfalt kennzeichnet auch die Gesundheitspolitik. Das betrifft die Menschen von der Wiege bis zur Bahre. Zudem ist als Landesministerin die Kommunikation in mehrere Richtungen nötig, der Austausch mit der Bundesebene und die Rückkopplung zur kommunalen Ebene sind zwingend geboten.

Stichwort Gesundheitspolitik. Was ist hier die zentrale Herausforderung in Sachsen?

Klepsch: Es gilt, für den gesamten Freistaat eine zuverlässige und hochwertige medizinische Versorgung sicherzustellen: sowohl auf dem Land als auch in der Großstadt, sowohl ambulant als

auch stationär. Das ist kein Selbstläufer. Denn die demografische Entwicklung macht nicht halt.

Hat das auch Konsequenzen für die Klinikstruktur?

Klepsch: Wir sollten uns vor Augen führen, wie die Krankenhäuser 1989 aufgestellt waren und wie sich die Kliniklandschaft seitdem entwickelt hat. Da hat es enorme Verbesserungen gegeben. Wir haben eine moderne und abgestufte Krankenhauslandschaft mit gegenwärtig 79 Häusern. Vergleichen Sie das mal mit anderen Bundesländern. Diese schlanke Struktur trägt auch dazu bei, die Beiträge der Krankenkassen stabil zu halten. Aber zurücklehnen können wir uns nicht. Mit der kommenden Krankenhausplanung wollen wir die Weichen stellen. Wir brauchen weiterhin eine wohnortnahe Grundversorgung, aber auch Kliniken, die zusätzlich spezialisierte Leistungen anbieten, sowie eine noch bessere Verzahnung von stationärer und ambulanter Versorgung.

Ist das Krankenhaus Emmaus Niesky, das zu einem Gesundheitszentrum weiterentwickelt wird, ein Modell? Der Träger, die Diakonissenanstalt Dresden, hat dazu ja einen entsprechenden Vertrag mit der AOK PLUS geschlossen.

Klepsch: Das ist ein gutes Beispiel. Denn wir müssen auch neue Wege gehen, um die medizinische Versorgung im ländlichen Raum zukunftssicher zu machen. Die stationäre Versorgung in Niesky wird angepasst, bleibt aber erhalten. Gleichzeitig werden mit einem Medizinischen Versorgungszentrum ambulante Strukturen aufgebaut. Dies ist wichtig, da mehr als ein Drittel der Hausärzte älter als 60 Jahre ist.

Wie kann es gelingen, mehr junge Mediziner zu gewinnen?

Klepsch: Wir als Freistaat vergeben jedes Jahr 20 Stipendien für angehende Allgemeinmediziner auf dem Land. Auch die Kassen-



Zur Person

Barbara Klepsch (50) ist seit November 2014 Staatsministerin für Soziales und Verbraucherschutz in Sachsen. Zuvor war die CDU-Politikerin 13 Jahre lang Oberbürgermeisterin ihrer Geburtsstadt Annaberg-Buchholz im Erzgebirge. Bevor die Verwaltungs-Betriebswirtin in die Politik ging, arbeitete sie von 1988 und 1993 als Leiterin für Finanzen im Kreiskrankenhaus Annaberg und anschließend als Kämmerin der Stadt. Seit November 2013 ist sie stellvertretende Vorsitzende der CDU Sachsen. Ihre knapp bemessene Freizeit verbringt Barbara Klepsch gerne mit ihrer Enkeltochter und hält sich mit Joggen fit.

ärztliche Vereinigung fördert mit dem Programm „Studieren in Europa – Zukunft in Sachsen“ jedes Jahr 20 Studenten, die an der Universität Péces in Ungarn ein gebührenpflichtiges Studium absolvieren. Danach arbeiten sie als Hausärzte außerhalb der großen Städte. Das sind wichtige Bausteine. Aber wir müssen weiter denken. Etwa an Medizinische Versorgungszentren in kommunaler Trägerschaft. Wir müssen den ländlichen Raum insgesamt attraktiver machen.

Der Freistaat Sachsen hat sich dagegen entschieden, die Gesundheitskarte an Flüchtlinge auszugeben. Warum?

Klepsch: Ich sehe, dass in anderen Flächenländern die Einführung stockt. Für alle war die medizinische Versorgung der ankommenden Flüchtlinge eine Herausforderung. Wir haben dabei gesagt: Die Gesundheitskarte ist für uns nicht das Thema, im Gegenteil – wir haben auf international besetzte Flüchtlingspraxen gesetzt. Sie wurden in den großen Städten Dresden, Chemnitz und Leipzig eingerichtet. Die Flüchtlinge kommen gezielt in diese Praxen. Damit lassen sich viele Probleme anderer Praxen vermeiden, etwa dass keine Dolmetscher zur Verfügung stehen. In den internationalen Praxen werden zum Teil auch Ärzte eingesetzt, die aus den betreffenden Ländern kommen. Mit dem Modell haben wir eine gute medizinische Versorgung für Flüchtlinge sichergestellt. Das ist beispielgebend. Wir werden das vertiefen und auch im ländlichen Raum kleinere Praxen mit einem ähnlichen Konzept einrichten.

Ein großes Thema mit vielen Baustellen ist die Pflege ...

Klepsch: ... auch hier würde ich nicht mit den Baustellen anfangen. Vielmehr sollten wir den Blick auf die Frage lenken „Wie sahen die Pflegeheime zur Wende aus, wie ist es heute?“ Hier hat sich vieles positiv entwickelt.

Aber idyllisch ist es sicher nicht.

Klepsch: Ich nenne eine wichtige Aufgabe. Wir bilden im Freistaat jährlich rund 1.500 Pflegekräfte in der Altenpflege aus, weit über unseren eigenen Bedarf. Es muss uns gelingen, die Pflegekräfte vor Ort zu halten. Dazu hat es die Vereinbarung „Pro Pflege Sachsen“ mit den Trägern und den Pflegekassen gegeben, in der sich die Beteiligten dazu bekennen, dass die Rahmenbedingungen

stimmen müssen. Dazu gehört die faire Entlohnung. Denn so lange andere Bundesländer mehr bezahlen, wechseln Pflegekräfte. Wir zahlen einen Ausbildungszuschuss. Das ist ein gutes Zeichen, um Pflegekräfte hier auszubilden und zu halten.

Die beschlossenen Pflegereformen sind noch nicht alle umgesetzt, schon wird das Pflegestärkungsgesetz III vorbereitet, das eine stärkere Rolle der Kommunen vorsieht. Wie schätzen Sie das ein?

Klepsch: In Sachsen haben wir es abgelehnt, Pflegestützpunkte einzurichten, sondern wir haben Pflegekoordinatoren in den Landkreisen etabliert. Der Freistaat finanziert sie mit. Wir halten diesen Weg für den richtigen. Die eigentliche Pflegeberatung übernimmt dabei die Pflegekasse, denn sie hat die Fachleute. Bei den Koordinatoren laufen alle Informationen etwa über die Angebote zusammen, die vor Ort zur Verfügung stehen und die Pflegebedürftige und ihre Angehörigen benötigen. Eine entsprechende Internetplattform wird jetzt überarbeitet, sie wird noch benutzerfreundlicher. Ich halte es für wichtig, dass wir das wohnortnahe Pflegenetz in Sachsen konsolidieren und immer besser machen, anstatt alles immer wieder umzugestalten. ■

Das Interview führte Wigbert Tocha,
Chef vom Dienst der AOK-Mitarbeiterzeitung :intro.

Kein Anspruch auf künstliche Brust

Frauen, die infolge einer genetisch bedingten Erkrankung keine Brüste entwickelt haben, können von ihrer Krankenkasse nicht die Kostenübernahme für eine künstliche Brust verlangen. Die fehlende Brustanlage ist für sich genommen keine behandlungsbedürftige Krankheit, entschied das Bundessozialgericht. **Von Anja Mertens**

Urteil vom 8. März 2016
– B 1 KR 35/15 R –
Bundessozialgericht

Die Brust ist eines der sichtbarsten Attribute der Weiblichkeit. Entwickelt sie sich gar nicht oder kommt es zu Fehlbildungen, ist das sehr belastend für Frauen. Die Folge können massive psychische Probleme sein. So im Fall einer 1984 geborenen gesetzlich krankenversicherten Patientin.

Die 32-Jährige leidet an dem Camurati-Engelmann-Syndrom (CES). Dabei handelt es sich um eine seltene Erbkrankheit, die im Wesentlichen mit einer Knorpeldysplasie einhergeht. Durch das CES verzögerte sich bei ihr die Pubertät deutlich, und sie erhielt ab dem 20. Lebensjahr ein Hormonersatzpräparat. Dennoch entwickelte sich bei ihr keine Brust. Lediglich die Mamillen (Brustwarzen) entsprechen denen einer erwachsenen Frau.

Kostenübernahme abgelehnt. Schließlich entschloss sie sich zu einer Operation und beantragte am 30. Juli 2012 bei ihrer Krankenkasse die Kostenübernahme für eine Brustvergrößerung. Sie legte ihrem Antrag die Stellungnahme einer Universitätsklinik bei. Danach sollte eine Brustbildung mittels Implantaten vorgenommen werden. Von einem Brustaufbau mittels körpereigenem Gewebe rieten die Klinikärzte wegen der Erbkrankheit ab. Auch enthielt der Antrag eine Stellungnahme ihres Internisten, der das Einsetzen von Brustimplantaten ebenfalls befürwortete. Die Krankenkasse der Patientin lehnte es jedoch ab, die Kosten für die Operation zu übernehmen. Zuvor hatte der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) den Fall nach

Aktenlage begutachtet. Er war zu dem Schluss gekommen, dass kein krankhafter Befund vorliegt, sondern nur eine kosmetische Indikation. Nachdem die Patientin vergeblich Widerspruch bei ihrer Kasse eingelegt hatte, klagte sie vor dem Sozialgericht (SG) und bekam dort Recht. Eine vollständig fehlende Brust sei eine behandlungsbedürftige Krankheit, weil das geschlechtsspezifische Erscheinungsbild der Frau schwer beein-

Nicht jede körperliche Anomalie ist behandlungsbedürftig, so die Bundesrichter.

trächtigt sei. Frauen, denen krankheitsbedingt keine Brust gewachsen sei, dürften nicht anders behandelt werden als Brustkrebspatientinnen, denen nach einer Brustamputation die Kassen die Rekonstruktion der Brust bezahlten. Dies gebiete der allgemeine Grundsatz der Gleichbehandlung (Artikel 3 Absatz 1 des Grundgesetzes).

Gegen das erstinstanzliche Urteil legte die Krankenkasse Sprungrevision beim Bundessozialgericht ein. Die obersten Sozialrichter hoben das Urteil auf und gaben der Kasse Recht. Versicherte könnten die Kostenübernahme nur dann verlangen, wenn eine Behandlung notwen-

dig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (Paragraf 27 Absatz 1 Sozialgesetzbuch V). Krankheit sei ein vom Leitbild des gesunden Menschen abweichender Körper- oder Geisteszustand, der ärztlich behandelt werden müsse oder den Betroffenen arbeitsunfähig mache. Aber nicht jede körperliche Unregelmäßigkeit sei eine Krankheit im rechtlichen Sinne. Die Korrektur einer anatomischen Abweichung müsse eine Krankenkasse nur dann bezahlen, wenn Körperfunktionen beeinträchtigt seien oder die anatomische Abweichung den Menschen stark entstelle, so die Kasseler Richter.

Patientin nicht entstellt. Die Patientin leide zwar an einer Krankheit, weil sie keine Brust mit Drüsengewebe habe und deshalb nicht stillen könne. Mit der Operation ließe sich aber diese Beeinträchtigung nicht beheben. Die gewünschte Brust-OP verändere nur ihr Erscheinungsbild. Da aber die Patientin nicht entstellt sei, müsse sie auch nicht behandelt werden. Nicht jede körperliche Unregelmäßigkeit sei eine Entstellung. Vielmehr müsse es sich um eine erhebliche Auffälligkeit handeln, sodass Betroffene ständig viele Blicke auf sich ziehen und sich deshalb aus dem Leben in der Gemeinschaft zurückziehen und zu vereinsamen drohen. Im vorliegenden Fall aber könnten außenstehende Dritte eine als

TIPP FÜR JURISTEN



Neues Vergaberecht, Besonderheiten bei Arzneimittelrabattverträgen, der Hilfsmittelversorgung und Integrierten Versorgung – diese und weitere Themen behandelt das Seminar „Vergabe im Gesundheitsmarkt“. Es findet am 7. Oktober in Mannheim statt. Veranstalter ist die Deutsche Anwalt Akademie. Mehr Infos: www.anwaltakademie.de > Veranstaltungen > Seminare > Medizinrecht/Arztrecht

Entstellung zu bewertende körperliche Auffälligkeit nicht erkennen. Als Beispiele für eine Entstellung nannten die obersten Sozialrichter das Fehlen von natürlichem Kopfhair bei Frauen oder Narben im Lippenbereich. Hingegen falle beispielsweise eine Fehlanlage eines Hodens bei Männern nicht darunter. Im Übrigen würde selbst eine psychische Belastung wegen des Erscheinungsbildes keinen operativen Eingriff auf Kosten der Kasse rechtfertigen.

Gleichheitsgrundsatz nicht verletzt.

Ohne Erfolg blieb auch die Forderung der Patientin nach einer Gleichbehandlung mit Brustkrebspatientinnen und Transsexuellen. Der Gleichbehandlungsgrundsatz sei dann verletzt, wenn eine Gruppe im Vergleich zu einer anderen anders behandelt wird, obwohl zwischen beiden Gruppen keine großen Unterschiede bestehen. Dies aber treffe im vorliegenden Fall nicht zu.

Müsste bei einer Brustkrebspatientin eine oder beide Brüste abgenommen werden, gehe es anschließend darum, den vorherigen Zustand möglichst wieder herzustellen. Die Brustrekonstruktion bei Krebspatientinnen mit körpereigenem Material oder mit Implantaten sei fester Bestandteil der ärztlichen Behandlung. Diese Fälle unterschieden sich grundlegend von Eingriffen in einen nicht behandlungsbedürftigen natürlichen Körperzustand, um das nicht entstellte äußere Erscheinungsbild zu ändern.

Die Patientin könne für ihr Begehren auch nichts aus Entscheidungen des Bundessozialgerichts zum Anspruch transsexueller Männer auf Brustvergrößerung ableiten. Der Gesetzgeber habe bei Transsexualität eine absolute Ausnahme anerkannt, sodass die diesbezügliche Rechtsprechung auf andere Sachverhalte nicht übertragbar sei. ■

Kommentar: Das Bundessozialgericht setzt seine Rechtsprechung konsequent fort. Danach können psychische Probleme einen Anspruch auf eine Operation zum Brustaufbau nicht begründen. Anders bei Brustkrebspatientinnen: Hier gehören solche Operationen zur Gesamtbehandlung.

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

	INHALT	AKTUELLER STAND
ARZNEIMITTEL		
Entwurf eines Vierten Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften, Bundestags-Drucksache 18/8034	Umsetzung der EU-Verordnung über klinische Arzneimittelprüfungen; Pflicht, alle Ergebnisse klinischer Arzneimittelstudien zu veröffentlichen; Speicherung detaillierter Zusammenfassungen in öffentlich zugänglicher EU-Datenbank; Abgabe rezeptpflichtiger Präparate nur noch dann, wenn das Rezept bei Arztbesuch ausgestellt wurde.	Erste Lesung im Bundestag war am 14.4.2016. Der Bundesrat hat am 22.4.2016 Stellung genommen.
CANNABIS		
Entwurf eines Gesetzes zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften, Bundestags-Drucksache 18/8965	Möglichkeit für Schwerstkranke, getrocknete Cannabisblüten und -extrakte auf ärztliche Verschreibung in Apotheken zu erhalten, wenn keine Therapiealternative besteht; Übernahme der Kosten für Cannabis als Medizin von den Krankenkassen.	Der Bundesrat hat am 17.6.2016 Stellung genommen. Erste Lesung im Bundestag war am 7.7.2016.
PFLEGE		
Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III) (www.bmg.bund.de > Presse > Pressemitteilung vom 28.6.2016)	Anpassung SGB XII (Hilfe zur Pflege) und Bundesversorgungsgesetz an neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff; Möglichkeit der Länder, regionale und sektorenübergreifende Pflegeausschüsse einzurichten, in denen die Kassen mitarbeiten; Initiativrecht der Kommunen zur Einrichtung von Pflegestützpunkten; Prüfrecht des Medizinischen Dienstes bei Häuslicher Krankenpflege, um gegen Abrechnungsbetrug vorgehen zu können.	Das Bundeskabinett hat am 28.6.2016 beschlossen, den Gesetzentwurf in die parlamentarische Beratung einzubringen.
PFLEGEAUSBILDUNG		
Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG), Bundestags-Drucksache 18/7823	Zusammenführung der drei Ausbildungen in der Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu einem Berufsbild; Aufhebung der Dreigliederung der Pflegeberufe; Ausbildung für Auszubildende kostenlos; neue Finanzierungsgrundlagen zur Lastenverteilung auf ausbildende und nicht ausbildende Einrichtungen.	Der Bundesrat hat am 26.2.2016 Stellung genommen. Erste Lesung im Bundestag war am 18.3.2016.
TRANSPLANTATIONSREGISTER		
Entwurf eines Gesetzes zur Errichtung eines Transplantationsregisters, Bundestags-Drucksache 18/8209	Errichtung eines bundesweiten Transplantationsregisters; Auftrag an GKV-Spitzenverband, Bundesärztekammer und Deutsche Krankenhausgesellschaft, Verträge mit geeigneten Einrichtungen zur Errichtung einer Transplantationsregisterstelle und einer unabhängigen Vertrauensstelle zu schließen; Übermittlung und Speicherung von Daten von Organempfängern und lebenden Organspendern nur nach deren Einwilligung.	Der Bundesrat hat am 13.5.2016 Stellung genommen. Zweite und dritte Lesung im Bundestag war am 7.7.2016.

Stand: 8.7.2016



Internet-Tipp

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

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

SACHSEN/THÜRINGEN

Kreativwettbewerb für Schüler

Unter dem Motto „Bei uns zu Hause – so leben wir!“ hat die AOK PLUS Schüler und Grundschulklassen zu einem Kreativwettbewerb eingeladen. Die Kinder können malen, basteln oder andere kleine Kunstwerke selber gestalten. Einsendeschluss ist der 2. September 2016. Jeder Teilnehmer des Wettbewerbs erhält eine Hörspiel-CD zu einem der Henrietta-Kindertheaterstücke der Gesundheitskasse. Der Gewinner darf sich über einen Familienbesuch im Freizeitpark Plohn freuen. Ab 16. September werden die fünf schönsten Kunstwerke der Einzeleinsendungen unter www.facebook.com/aokplus veröffentlicht.

Hier kann jeder bis zum 30. September für seinen Favoriten abstimmen. Die AOK PLUS führt den Kreativwettbewerb seit 2011 durch. Er nimmt immer Bezug auf die Inhalte des AOK-Kindertheaters „Henrietta“. Dieses Jahr thematisiert das Stück das Zusammenleben in Familien und geht auch auf die Flüchtlingsproblematik ein. ■ **Infos:** www.aokplus.de/henrietta



Mit Pinsel und Farbe: Kreativwettbewerb der AOK PLUS für Grundschulen nimmt Bezug auf das Henrietta-Kindertheater.

BADEN-WÜRTTEMBERG

Pharma-Urteil als Freibrief

Mit völligem Unverständnis hat die AOK Baden-Württemberg auf eine Entscheidung des Oberlandesgerichts (OLG) Düsseldorf reagiert, wonach ein Pharmahersteller sein Medikament im Ausschreibungsverfahren gratis anbieten darf und die AOKs die Schenkung annehmen müssen. „Damit legitimiert das Gericht Preisdumping“, sagte der Vorstandschef der AOK Baden-Würt-

temberg und Verhandlungsführer für die Arzneimittelrabattverträge der AOK, **Dr. Christopher Hermann**. Mit dem OLG im Rücken könnte ein Pharmaunternehmen sein „dreistes Geschäftsmodell“ verwirklichen und damit Marktverdrängung betreiben, was einem fairen Wettbewerb zuwiderlaufe. Das Unternehmen könne jetzt mit „OLG-Freibrief ihre Gratis-Offerte über einen Rabattvertrag mit allen AOKs in den Markt drücken. „Genau solche Auswüchse sollte das Vergaberecht verhindern“, so Hermann. ■

RHEINLAND-PFALZ/SAARLAND

Gesundheitspreis für Unternehmen

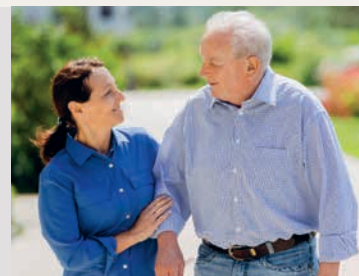
Neue Anforderungen an die Beschäftigten rücken das Thema „Gesundheit am Arbeitsplatz“ in den Fokus betrieblicher Personalpolitik. Um die Bedeutung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements hervorzuheben, hat die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland einen Gesundheitspreis für Unternehmen unter dem Titel „AOK-MehrWert 2016“ ins Leben gerufen. Beim Innovationswettbewerb können Projekte eingereicht werden, die das Thema Gesundheit nachhaltig im Betrieb verankert haben und zum erfolgreichen Gesundheitsmanagement beitragen. Beim zusätzlichen Ideenwettbewerb können die Firmen Vorschläge einreichen, deren Ziel es ist, die Gesundheit der Beschäftigten zu erhalten und zu fördern. Voraussetzung ist, dass die Betriebe ihren Stammsitz oder eine Niederlassung in Rheinland-Pfalz und im Saarland haben und ihre Initiativen bereits umgesetzt haben oder derzeit planen. Anmeldeschluss: 31. Oktober 2016. ■ **Infos:** www.mehrwert.aok-rps.de

AOK aktuell

Mit dem Nachbarn in die Arztpraxis

Für viele Bundesbürger genießt die nachbarschaftliche Hilfe einen hohen Stellenwert. 69 Prozent würden ihre Nachbarn bei Bedarf bei einem Arztbesuch begleiten, 66 Prozent sie bei der Kinderbetreuung unterstützen. Das geht aus einer aktuellen Umfrage des Marktforschungsinstituts Emnid im Auftrag der AOK Rheinland/Hamburg hervor. Emnid befragte telefonisch 1.002 deutschsprachige Personen ab 14 Jahren. 60 Prozent gaben an, dass sie sich an Nachbarn wenden würden, wenn sie kurzfristig Hilfe bräuchten. Verwandte (64 Prozent) und Freunde (63 Prozent) spielen keine sehr viel größere Rolle. „Sozialer Kontakt, Teilhabe und Einbindung sind für jeden von uns wichtig“, kom-

mentierte der Vorstandschef der AOK Rheinland/Hamburg, **Günter Wältermann**. Ein Gespräch über den Gartenzaun und andere vermeintlich kleine Dinge seien gut für das Wohlbefinden und damit auch für die Gesundheit. Die Umfrage ist Teil der Aktion „Gesunde Nachbarschaften“, die die AOK Rheinland/Hamburg zusammen mit dem Netzwerk Nachbarschaft initiiert hat. Mehr zum Projekt und zum aktuell laufenden Videowettbewerb „Gesunde Nachbarschaften – weil wir uns am nächsten sind ...“ unter: www.aok-gesunde-nachbarschaften.de ■



Fotos: iStockphoto

Alkoholsucht nicht bagatellisieren

„Nein zum Alkohol“ sagen immer mehr Jugendliche und junge Erwachsene in Schleswig-Holstein. Das geht aus einer Auswertung der AOK NORDWEST hervor. Danach wurden in Schleswig-Holstein 2015 insgesamt 223 junge Menschen im Alter von 12 bis 20 Jahren mit einer Alkoholvergiftung ins Krankenhaus eingeliefert – et was weniger als im Vorjahr (225). 2013 landeten noch 234 Jugendliche und junge Heranwachsende wegen exzessiven Alkoholkonsums in der Klinik. „Grund zur Entwarnung ist das nicht. Denn mit einer hohen Dunkelziffer bleibt Alkohol Suchtmittel Nummer eins bei Jugendlichen und darf daher nicht bagatellisiert werden“, sagte der Vorstandsvorsitzende der AOK NORDWEST, **Tom Ackermann**. Der Kampf gegen Alkoholsucht sei Aufgabe der ganzen Gesellschaft. ■

Junge Talente ausgezeichnet

Zum 13. Mal hat die AOK Bayern den mit 30.500 Euro dotierten Dr. Georg Schreiber-Medienpreis in Kooperation mit den Nachwuchsjournalisten in Bayern und der Deutschen Journalistenschule München verliehen. Bei einem Festakt im Bayerischen Rundfunk (BR) in München wurden **Frederik Obermaier** und **Philipp Grüll** für ihre in der Süddeutschen Zeitung erschienene Serie „Bayern-Ei-Affäre“ mit dem ersten Platz ausgezeichnet. Der zweite Preis ging an **Thomas Radlmaier** für seinen Beitrag „Ein Leben für Susi“ im



Volltrunken am Boden: Präventionsangebote wie das AOK-Programm „AlcoMedia“ zielen auf Aufklärung junger Menschen.

Münchner Merkur. Den dritten Platz belegte **Christiane Fritz** für ihre in der Nürnberger Zeitung veröffentlichte Reportage „Das lange Warten auf den ersten Kuss“. Den bundesweiten Sonderpreis ohne Altersbegrenzung sicherte sich **Jana Simon** für ihren Beitrag „Heile Welt“ im ZEIT-Magazin. Der Fernsehpreis ging an **Sebastian Meinberg**, **Lisa Altmeier** und **Ariane Alter** für ihre Sendung zur Frage, was es heißt, Transgender zu sein – ausgestrahlt vom BR. Den Hörfunkpreis erhielt **Veronika Wawatschek** für ihren Beitrag „Wenn Mama giftige Sachen nimmt und Papa ins Gefängnis muss“, ebenfalls produziert vom BR. Der Online-Preis wurde **Maximilian Wachter** und seinem Team der Mittelbayerischen Zeitung zugesprochen für die Serie „Die Retter“. ■

Gezielt gegen Schmerzen

Anlässlich des bundesweiten Aktionstages gegen Schmerz hat die AOK Nordost auf ihre

Versorgungsprogramme zu Kopf- und Rückenschmerzen hingewiesen. „Gerade bei chronischen Schmerzen reicht es nicht aus, Symptome zu lindern. Um eine wirkliche Verbesserung herbeizuführen, müssen Ursachen bekämpft werden“, so **Pramono Supantia**, Unternehmensbereichsleiter Versorgung bei der Kasse. So werden sowohl beim Programm KopfschmerzSPEZIAL als auch beim Programm RückenSPEZIAL Ursachen sowie mögliche Einflussfaktoren der Schmerzen einbezogen. Das Programm KopfschmerzSPEZIAL hat die AOK Nordost gemeinsam mit den Spezialisten der Neurologischen Klinik und Hochschulambulanz der Berliner Charité implementiert. Im Programm RückenSPEZIAL werden betroffene Versicherte, die sich vor einer geplanten Operation eine ärztliche Zweitmeinung einholen wollen, von der AOK Nordost an ein Expertenteam vermittelt und erhalten binnen weniger Tage einen Facharzttermin in einem der kooperierenden Rückenzentren in Berlin, Brandenburg oder Mecklenburg-Vorpommern. ■

Pionierarbeit für gesunde Betriebe

Mit einem Festakt hat die AOK Rheinland/Hamburg das 20-jährige Bestehen seines Instituts für Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) im AOK-Bildungszentrum in Grevenbroich gefeiert. Vor Vertretern aus Wirtschaft, Politik und Wissenschaft würdigte **Christel Bayer**, Abteilungsleiterin im nordrhein-westfälischen Arbeitsministerium, im Namen von Arbeitsminister **Rainer Schmelzer** das Engagement des Instituts in den Bereichen Präventionsforschung und gesundes Arbeitsumfeld. In seiner Laudatio unterstrich **Professor Dr. Holger Pfaff**, Direktor des Instituts für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Universität Köln, den Stellenwert des BGF-Instituts für nachhaltiges Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM): „Das Institut leistet Pionierarbeit.“ Anerkennung und Dank zollten Verwaltungsratsvorsitzender **Wolfgang Ropertz**, Vorstandschef **Günter Wältermann** und Vorstandsvize **Rolf Buchwitz** den rund 50 Instituts-Mitarbeitern. Sie trügen zur Gesundheitskompetenz bei. Bei einer Podiumsdiskussion waren sich **Dr. Beate Beermann** von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, **Emanuel Beerheide** vom NRW-Landesinstitut für Arbeitsgestaltung, Unternehmensvertreter **Wolfgang Görres**, Arbeitnehmervertreter **Norbert Kemper** und Instituts-Geschäftsführerin **Dr. Julia Schröder** einig: Angesichts des demografischen Wandels und der Digitalisierung profitieren Arbeitgeber und Arbeitnehmer gleichermaßen vom BGM. ■

Krankenhaus Geschäft auf Kosten der Gesundheit

Deutsche Kliniken stehen unter einem hohen finanziellen Druck. Laut aktuellem Klinik-Report des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung schreibt nahezu jedes zweite Haus in öffentlich-rechtlicher Träger-



schaft und jedes fünfte der Frei-Gemeinnützigen rote Zahlen. Unter den Privatkliniken sind es vier Prozent, die Verluste einfahren. Auch die Politik macht Druck und will künftig Häuser mit guter Qualität belohnen und jene mit schlechten Werten mit Ab-

schlagen bestrafen. Das Gesetz wird das Kernproblem aus Klinik-sicht nicht lösen. Da die Bundesländer seit Jahren keine Fördermittel mehr zahlen, kämpfen viele Häuser mit einem immensen Investitionsstau. Die komplexe Schiefelage im Kliniksektor ist der Hintergrund der Erzählung von Professor Ulrich Hildebrandt. Für seine Story entwirft er das Schicksal eines fiktiven Patienten. Hans-Peter, 32 Jahre alt und IT-Spezialist, muss wegen eines Darmpolyps operiert werden. Und dazu arbeitet er sich akribisch durch Qualitätsberichte und Ranglisten, sinniert über die Feminisierung in der Medizin und die Gesundheitswirtschaft. Vieles davon wirkt konstruiert. Die Geschichte wird zum reinen Vehikel, um die Folgen der Privatisierung öffentlicher Krankenhäuser zu brandmarken. Denn den modernen Klinikmanager, so Hildebrandt, gehe es eher um gesunde Zahlen als um gesunde Menschen.

Ulrich Hildebrandt: Die Krankenhausverdiener. 2016. 384 Seiten. 16,99 Euro. Schwarzkopf & Schwarzkopf Verlag, Berlin.

Schmerzen Real erlebter Dauerstress

Birgit Schmitz schreibt keine fiktive Story, sondern erzählt aus ihrem realen Leben. Und das ist – trotz des schwierigen Themas – unglaublich packend. Eine bedrückende Geschichte, in deren Mittelpunkt der Schmerz steht. Etwa drei Millionen Menschen gibt es in Deutschland, die unter chronischen Spannungskopfschmerzen leiden. Die 45 Jahre alte Frau wird eine von ihnen, nach dem sie wegen einer Fistel an der Hirnhaut mehrfach operiert werden musste. Eindrücklich beschreibt sie, wie sie danach immer wieder von Schmerzen geplagt wird und wie sie zunehmend verzweifelt. Sie wird zunächst mit ihrer Wahrnehmung nicht ernst genommen und läuft von Arzt zu Arzt. Sie erzählt vom Unbehagen, Schmerzpillen in hoher Dosis einzunehmen. Mehr und mehr lernt sie, dass der Schmerz eine eigenständige Krankheit ist und dass für die Therapie mehrere Bausteine zusammenzufügen sind. Erst nach Jahren zeigt sich, dass ihr



ein Antidepressivum am besten hilft. Schmitz verwebt auf gelungene Weise ihre persönlichen Erfahrungen als Patientin mit neuestem medizinischem Wissen. Die Leser gehen so auch mit auf eine spannende Reise durch die Schmerzgeschichte. Am Ende ist klar, dass das richtige Medikament ebenso wichtig ist wie der Kontext. Entscheidend ist, einen Arzt zu finden, der kompetent und verbindlich den Patienten begleitet und zum Weiterleben ermutigt.

Birgit Schmitz: Der Schmerz ist die Krankheit. 2016. 224 Seiten. 16,99 Euro. Rowohlt-Verlag, Reinbek.

SEMINARE | TAGUNGEN | KONGRESSE

■ DATENSCHUTZ IN DER KRANKENVERSICHERUNG	Nutzung von Routinedaten, EU-Datenschutz-Grundverordnung, Digitalisierung und Datenschutz	20.–21.9.2016 Leipzig	Gesundheitsforen Leipzig Hainstraße 16 04109 Leipzig	Tel.: 03 41/9 89 88–339 alissa.weiss@gesundheitsforen.net www.gesundheitsforen.net/datenschutz
■ DEUTSCHER KONGRESS FÜR VERSORGENGSFORSCHUNG	Nutznachweis, Gesundheitsinformationen, Qualitätswettbewerb, regionale Versorgungsplanung	5.–7.10.2016 Berlin	Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung c/o m:con, Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim	Tel.: 06 21/4 10 63 01 Fax: 06 21/4 10 68 03 01 ana.toshkova@mcon-mannheim.de www.dkvf2016.de
■ 15. EUROPÄISCHER GESUNDHEITSKONGRESS	Krankenhausplanung, Digitalisierung, Wettbewerb als Innovationstreiber, Arzneimittelverordnungen	20.–21.10.2016 München	WISO S.E. Consulting GmbH c/o 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
■ NATIONALER FACHKONGRESS TELEMEDIZIN	Europäische Dimension, e-Health Gesetz, Innovationsfonds, elektronische Gesundheitskarte	3.–4.11.2016 Berlin	Deutsche Gesellschaft für Telemedizin Rhinststraße 84 12681 Berlin	Tel.: 0 30/54 70 18 21 Fax: 0 30/54 70 18 23 info@dgtelemed.de www.dgtelemed.de > Veranstaltungen
■ 10. NATIONALER QUALITÄTSKONGRESS	Qualitätsindikatoren für Krankenhausplanung, Zu- und Abschläge der Krankenhausentgelte	1.–2.12.2016 Berlin	Gesundheitsstadt Berlin GmbH Schützenstraße 6 a/Charlottenstraße 77 10117 Berlin	Tel.: 0 30/7 00 11 76 00 Fax: 0 30/7 00 11 76 04 kongress@qualitaetskongress-gesundheit.de www.qualitaetskongress-gesundheit.de

Pflegereform Übersicht und Orientierung

Die Pflege ist eines der dynamischsten gesundheitspolitischen Handlungsfelder. Eine ganze Reihe von Reformen hat der Gesetzgeber in den vergangenen Jahren auf den Weg gebracht. Eine der wichtigsten davon ist das Pflegegestärkungsgesetz II (PSG II), das Ende 2015 verabschiedet worden ist. Es sieht die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zum Jahr 2017 vor, mit dem körperliche, psychische und geistige Beeinträchtigungen bei der Pflegebegutachtung gleichgestellt werden.



Ziel ist es, die Menschen in ihrer Lebenswelt wahrzunehmen und alle relevanten Beeinträchtigungen zu berücksichtigen. Neu ist auch, dass die entsprechenden Einschränkungen zukünftig in fünf Pflegegraden gemessen und damit die bisherigen drei Pflegestufen abgelöst werden. Ein weiteres zentrales Element des PSG II ist der Ausbau der Pflegeberatung. Demnach müssen die Pflegekassen seit Jahresbeginn einen Pflegeberater namentlich benennen, der für den Versicherten und seine Angehörigen zuständig ist. Das Buch des Juristen Ronald Richter will vor allem eine erste Orientierung bieten und dabei unter-

stützen, das leistungsrechtliche Potenzial der neuen Pflegeversicherung zu erschließen. Es besticht durch seinen übersichtlichen Aufbau und die zahlreichen Praxishinweise zu den verschiedenen gesetzlichen Neuregelungen.

Ronald Richter: **Die neue soziale Pflegeversicherung – PSG II.**
2016. 324 Seiten. 38 Euro.
Nomos Verlag, Baden-Baden.

Steuerung Gelder effizienter verteilen

Im Jahr 2015 haben die Sozialversicherungen nach Angaben des Statistischen Bundesamtes insgesamt 577,3 Milliarden Euro an Einnahmen verbucht. Die Ausgaben beliefen sich auf insgesamt 576 Milliarden Euro. Trotz dieses Überschusses reicht das Geld nicht. Allein in der gesetzlichen Krankenversicherung gab es laut der amtlichen Statistik ein Defizit von 3,1 Milliarden Euro. Wie können Gesundheitsgüter und -dienstleistungen effizient bereitgestellt, verteilt und in Anspruch genommen werden? Mit dieser Frage befasst sich die Gesundheitsökonomie. Professor Markus Lungen von der Hochschule Osnabrück und Guido Büscher, Diplom-Statistiker bei einem Verband



der gesetzlichen Krankenkassen, betonen in ihrem Band die gesundheitsökonomischen Zusammenhänge im Gesundheitswesen. Ein Schwerpunkt ist, die gesundheitspolitischen Entscheidungen und deren ökonomischen Folgen im System darzustellen und zu analysieren. Jeweils am Ende eines

Kapitels diskutieren sie aktuelle Fragen der Steuerung. Dies macht den Band auch für Kenner des Gesundheitswesens hochinteressant.

Markus Lungen, Guido Büscher: **Gesundheitsökonomie.**
2015. 180 Seiten. 35 Euro.
Verlag Kohlhammer, Stuttgart.

Zeitschriftenschau

■ **Arzthaftungsprozess: Plädoyer für Ausbildung zum Sachverständigen**

Ob der Gerichtssachverständige im Arzthaftungsprozess ein „Gehilfe“ des Gerichts oder doch eher ein „Richter in Weiß“ ist, untersucht Irem Scholz, Fachanwältin für Medizinrecht. Untersuchungen hätten ergeben, dass Richter in über 90 Prozent der Fälle dem Standpunkt des Sachverständigen folgen würden. Um dessen Neutralität zu sichern, seien neben Qualitätsmanagement und -kontrolle auch Fortbildungen zum Thema „Aus Fehlern lernen“ erforderlich. Auch sollten nur solche Ärzte vom Gericht bestellt werden, die eine Ausbildung zum Sachverständigen absolviert haben.

Versicherungsrecht 10/2016, Seite 625–641

■ **Rehabilitation: Kritik an der Belegungspraxis von Kassen**

Die Belegungspraxis von Krankenkassen bei Rehabilitationseinrichtungen nimmt die Hannoveraner Professorin Frauke Brosius-Gersdorf unter die Lupe. Diese erfolge nach der Vergütungshöhe. Scheiterten die Preisverhandlungen, blieben Einrichtungen außen vor. Nach Ansicht der Sozialrechtlerin ist dieses auf dem Wirtschaftlichkeitsgebot beruhende Vorgehen der Kassen rechtswidrig. Zudem verstießen Nichtbelegungen gegen den verfassungsrechtlichen Anspruch der Häuser auf einen chancengleichen Zugang zur Versorgung der Versicherten.

Neue Zeitschrift für Sozialrecht 10/2016, Seite 367–373

■ **Ehrenamtliche Flüchtlingshilfe: Grenzen der Unfallversicherung**

Viele Bundesbürger engagieren sich ehrenamtlich für Flüchtlinge. Der Münchner Jurist Dr. Konrad Leube geht der Frage nach, ob dieses bürgerschaftliche Engagement im Falle eines Unfalls von der gesetzlichen Unfallversicherung abgedeckt ist oder nicht. Seiner Meinung nach sind nur jene Helfer unfallversichert, die für ein Wohlfahrtsunternehmen arbeiten, das über ein Mindestmaß an Organisation verfügt. Einzelpersonen und Kleinstgruppen blieben unversichert.

Die Sozialgerichtsbarkeit 5/2016, Seite 260–266

■ **Neuartige Behandlung: Mit Nutzenbewertung zu mehr Patientensicherheit**

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz ist die Bewertung des Nutzens neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Hochrisiko-Medizinprodukten in der stationären Versorgung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss eingeführt worden (Paragraf 137h Sozialgesetzbuch V). Für die Sozialrichter Professor Ernst Hauck und Dr. Britta Wiegand steht außer Frage, dass diese Norm europarechts- und verfassungskonform ist. Sie sei aber nur ein erster Schritt auf dem Weg zu mehr Patientensicherheit. Nicht erreicht sei das vom Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen empfohlene Ziel, nur solche Methoden in die Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung aufzunehmen, die ein positives Nutzen-Schadens-Verhältnis aufweisen. Im Interesse einer umfassenden Patientensicherheit müsse der Gesetzgeber weitere Schritte folgen lassen.

Kranken- und Pflegeversicherung (KrV) 1/2016, Seite 1–10

Hohe Preise sind anfangs sinnvoll

Die Pharmaindustrie hat die Aufgabe, die Bevölkerung mit wirksamen Medikamenten zu bezahlbaren Preisen zu versorgen, meint Moraltheologe **Eberhard Schockenhoff**. Doch muss sie über den Verkauf neuer Präparate ihre Forschungsinvestitionen refinanzieren können.

Für eine einzige Tablette 700 Euro verlangen – das erscheint vielen Menschen unangemessen und hat die Debatte über die Arzneimittelpreise angefacht. Da aber die Entwicklung von Arzneimitteln sehr kostenintensiv ist, müssen die von den Pharmaunternehmen aufgebrauchten Forschungsinvestitionen über den späteren Verkauf neuer Medikamente wieder reingeholt werden. Daran ist nichts Unmoralisches. Auch müssen die großen Pharmakonzerne Gewinne machen, damit sie ihre Aufgaben im Dienst des Gemeinwohls – sichere Arbeitsplätze für hochqualifizierte Fachkräfte zu schaffen und wirksame, nebenwirkungsarme Medikamente zur Bekämpfung von Krankheiten anzubieten – auf Dauer erfüllen können.

Doch darf die Entwicklung der Arzneimittelkosten den Rahmen nicht sprengen, der das Gesundheitssystem insgesamt bezahlbar macht. Deshalb bewertet in Deutschland das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen den Zusatznutzen eines neuen Medikamentes hinsichtlich Wirksamkeit und Verträglichkeit gegenüber einer bereits eingeführten Standardtherapie. Ein Richtwert lautet dabei: Ein Medikament, das einem Schwerkranken eine zusätzliche Lebenszeit von zwölf Monaten bei zuträglicher Lebensqualität ermöglicht, sollte nicht mehr als 30.000 Euro pro Jahr kosten. Damit wird nicht, wie oft irreführend behauptet wird, der Wert eines Menschenlebens beziffert, sondern eine Vergleichsgröße für die Bewertung des Zusatznutzens benannt.

Flexible Packungsgrößen für den tatsächlichen Bedarf. Die Pharmaindustrie hat die Aufgabe, die Bevölkerung mit wirksamen Medikamenten zu bezahlbaren Preisen zu versorgen. Dass neue Produkte im Anfang durch Patente geschützt sind und daher einen hohen Marktpreis erzielen können, ist für eine

begrenzte Zeit sinnvoll und notwendig. Schwer zu verstehen ist aber, warum das gleiche Medikament in Frankreich deutlich weniger kostet als in Deutschland. Auch gibt es in unserem Nachbarland flexiblere Verpackungsgrößen, die dem tatsächlichen Bedarf eines Patienten besser angepasst sind. Auch das spart Geld, das an anderer Stelle dringend benötigt wird.

Therapieentscheidungen am Patientenwohl orientieren. Wer teure Medikamente einnehmen muss, weil sie zur Behandlung seiner Krankheit erforderlich sind, muss gegenüber der Versicherungsgemeinschaft kein schlechtes Gewissen haben. Es ist der Sinn einer Solidargemeinschaft, dass sie dem Einzelnen Lebensrisiken abnimmt und diese auf die ganze Versicherungsgemeinschaft verteilt. Wer als regelmäßiger Beitragszahler an dieser Solidargemeinschaft teilhat, muss sich im Notfall auf sie verlassen können.

Eine öffentliche Debatte um die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen sollte auf Transparenz zielen und bei allen Beteiligten – den Ärzten, der Krankenhausverwaltung, aber auch den Patienten und Versicherten – das Bewusstsein wecken, dass das Wirtschaftlichkeitsgebot nicht im Widerspruch zu einer guten und gerechten medizinischen Versorgung steht, denn auch die Verschwendung knapper medizinischer Güter ist ungerecht. Ein stärkeres Ressourcenbewusstsein, das bei medizinischen Entscheidungen Beachtung finden sollte, ist aber kein Selbstzweck. Wo Einsparungen möglich sind, sollten sie erfolgen, damit wir auch in Zukunft ein leistungsfähiges Gesundheitssystem gewährleisten können. An dem Grundsatz, dass sich ärztliche Therapieentscheidungen am Patientenwohl orientieren und jeder Anspruch auf eine ausreichende, angemessene und gute medizinische Versorgung hat, dürfen keine Abstriche gemacht werden.

Die theologische Ethik beteiligt sich intensiv an den öffentlichen Debatten über die Ziele des ärztlichen Handelns und eine gerechte Verteilung knapper medizinischer Güter. Dabei geht es darum, die Würde des kranken Menschen im Blick zu behalten und die ethischen Prinzipien des Patientenwohls, des Respektes vor der Selbstbestimmung kranker Menschen, der Achtung vor dem Leben und der Verteilungsgerechtigkeit zu beachten. ■

Prof. Dr. Eberhard Schockenhoff ist Professor für Moraltheologie an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg und gehörte bis April 2016 dem Deutschen Ethikrat an.

Kontakt: Eberhard.Schockenhoff@theol.uni-freiburg.de

Leserforum



Ihre Meinung ist gefragt.

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

Oder schreiben Sie uns:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



G+G 6/2016

Leichtes Gepäck für Klinikpatienten

Eine Lanze für die Krankenhäuser

Die Kritik am Entlassmanagement, die in weiten Teilen Ihrer Berichterstattung mitschwingt, kann ich so nicht unterschreiben. Die weitaus meisten Kliniken engagieren sich seit Langem intensiv dafür, Patienten den Übergang von der Klinik in die ambulante Versorgung so einfach wie möglich zu machen. Dort, wo es scheitert, hat es nicht selten mit mangelhafter Finanzierung durch Krankenkassen und Bundesländer zu tun. Wer soll das für ein gutes Entlassmanagement nötige Personal denn bezahlen? Sollen die Klinik-Beschäftigten im Akkord durch Deutschlands Fußgängerzonen laufen und mit der Spendensammelbüchse Cent für Cent das nötige „Kleingeld“ zusammenklauben? Ein weiteres Ärgernis ist die nach wie vor zu beobachtende Genehmigungspraxis der Krankenkassen. Immer wieder kommen Hilfsmittel wie Rollstühle nicht rechtzeitig zuhause an, weil wieder irgendeine Genehmigung fehlt beziehungsweise zu lange braucht. Beim Thema Entlassmanagement klappt vieles, weil sich zahlreiche Frauen (und ein paar Männer) in den Kliniken bei dem Thema engagieren. Und das ein oder andere funktioniert nicht, weil es an Geld oder Stellen fehlt und zu viel Bürokratie im Spiel ist. Ich bin gespannt, was Kassen, Kliniken und Ärzteschaft in den nächsten Jahren aus den neuen rechtlichen Rahmen-

bedingungen machen. Mal sehen, wer sich tatsächlich für Patienten einsetzt und wer nicht. Wetten, dass es an den Krankenhäusern und den Medizinern nicht scheitert?

A. M., Celle

G+G 6/2016

Leichtes Gepäck für Klinikpatienten

Ohne ihre Angehörigen sind viele aufgeschmissen

Vielen Dank für Ihre Berichterstattung zum Thema Entlassmanagement. Einmal mehr wird deutlich: Vieles beim Übergang vom Krankenhaus in nachsorgende Einrichtungen oder nach Hause läuft nicht. Ohne ihre Angehörigen wären viele Patienten aufgeschmissen. Am eigenen Leib musste ich das erfahren, nachdem ich von meinem Hausarzt zur Schmerztherapie ins Krankenhaus überwiesen wurde. Dort pumpte man mich (77-jährig, alleinstehend) drei Wochen lang mit Medikamenten voll, bis ich nicht mehr stehen und laufen konnte. Dem Einsatz meiner beiden Kinder habe ich es zu verdanken, dass ich nicht an einem Freitag nach Hause entlassen wurde, sondern an einem Montag in eine Reha-Einrichtung. Dort päppelte man mich langsam wieder auf. Ach ja: Ein Arzt des Krankenhauses, das mir drei Wochen nicht helfen konnte, gab meinem Sohn noch mit auf den Weg: „Seit Freitagnachmittag kriegen wir für Ihre Mutter keinen Cent mehr.“

A. M., Kassel

BECKs Betrachtungen



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

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

Ist die neue Pille auch die bessere?

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

The New York Times



Ja, ich bestelle ...



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

Marcia Angell **Der Pharma-Bluff**

Wie innovativ die Pillenindustrie wirklich ist

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

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

(zzgl. 2,50 Euro Verpackung und Versand)

Lieferung gegen Rechnung per Bankeinzug

Vor- und Zuname

Straße, Haus-Nr.

PLZ

Ort

IBAN

BIC

Datum, Unterschrift

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

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

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

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

Nähe ist, wenn immer jemand für mich da ist

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

Gesundheit in besten Händen

www.aok.de