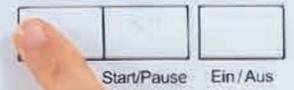




GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT



# Das volle Programm

Parteien, Positionen, Perspektiven:  
Das G+G-Paket zur Bundestagswahl

Die Pressestellen der AOK

# Gesundheit ist unser Thema!

Unter [www.aok-presse.de](http://www.aok-presse.de) bieten wir Ihnen:

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

## **AOK-BUNDESVERBAND**

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

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

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

## **AOK BADEN-WÜRTTEMBERG**

Hauptverwaltung  
Pressesprecher: Kurt Wesselsky

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

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

## **AOK BAYERN – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Zentrale  
Pressesprecher: Michael Leonhart

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

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

## **AOK BREMEN/BREMERHAVEN**

Pressesprecher: Jörn Hons

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

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

## **AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN**

Direktion  
Pressesprecher: Ralf Metzger

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

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

## **AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR NIEDERSACHSEN**

Direktion  
Pressesprecher: Carsten Sievers

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

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

## **AOK NORDOST – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Pressesprecherin: Gabriele Rähse

Wilhelmstraße 1  
10963 Berlin  
presse@nordost.aok.de

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

## **AOK NORDWEST – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Pressesprecher: Jens Kuschel

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

Tel. 02 31/4193-10145

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

Tel. 04 31/6 05-21171

## **AOK RHEINLAND/HAMBURG – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Pressesprecherin: Dr. Ellen von Itter

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

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

## **AOK RHEINLAND-PFALZ/SAARLAND – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Pressereferent: Jan Rößler

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

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

## **AOK PLUS – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR SACHSEN UND THÜRINGEN**

Pressesprecherin: Hannelore Strobel

Sternplatz 7  
01067 Dresden  
presse@plus.aok.de

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

## **AOK SACHSEN-ANHALT – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Pressesprecherin: Anna-Kristina Mahler

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

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

# Besser erstmal abwarten

Nicht bei jedem Schnupfen gleich den Rezeptblock zücken, rät Ärztin **Ragnhild Schweitzer**. Abwarten sei bei vielen Beschwerden die bessere Medizin, denn der Körper verfüge über wirksame Reparaturmechanismen.

**Er wollte mutig sein.** Er hatte sich geschworen, nicht mehr alles an Diagnostik auszuschöpfen, was möglich ist, sondern nur noch das Sinnvolle für seine Patienten zu tun. Doch dann schickte er die junge Frau wieder in die Klinik zur weiteren Abklärung, zur Schluck-Echokardiographie und zur Herzkatheter-Untersuchung. Obwohl er den Verdacht auf einen behandlungsbedürftigen Herzfehler eigentlich selbst ausschließen konnte. Der niedergelassene Kardiologe aus Gladbeck, der sich in seinem Artikel im Deutschen Ärzteblatt 2016 einen „hyperaktiven Apparate-mediziner“ nennt, ist kein Einzelfall. Viele Ärzte werfen heute nach dem Motto „viel hilft viel“ in den Praxen und Kliniken Apparate an und verordnen Behandlungen. Das Problem dabei: Jede diagnostische oder therapeutische Maßnahme kann potenziell schaden. Wenn das, was der Arzt tut, einen Nutzen für den Patienten hat, kann man diese Risiken in Kauf nehmen. Doch wenn der Nutzen nicht ausreichend nachgewiesen ist oder keine medizinische Notwendigkeit besteht, etwas zu tun, bleiben dem Patienten nichts als mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen. Deswegen ist weniger oft mehr – und Abwarten häufig die bessere Medizin.

Trotzdem passiert hierzulande meist das Gegenteil. Beispiel Antibiotika: Von allen Verordnungen dieser Medikamentengruppe war fast jede dritte unnötig, wie Krankenkassen-Daten zeigen. Viele niedergelassene Ärzte verschreiben Antibiotika sogar noch immer gegen Erkältungen. Dabei müssten sie längst wissen, dass die Mittel gegen die auslösenden Viren gar nicht helfen. Warum aber tun die Ärzte Dinge, die unnötig sind? Ein wichtiger Grund ist sicher, dass Abwarten in der Medizin kein gutes Image hat. Auch bei den Patienten: Viele fühlen sich erst gut versorgt, wenn der Doktor sie mit möglichst teuren Methoden untersucht und eine Therapie angeordnet hat. Schließlich haben sie ja nicht stundenlang im Wartezimmer gesessen, um dann zu hören: Da tun wir erst einmal nichts.

Ärzte werfen  
nach dem Motto  
„viel hilft viel“  
die Apparate an.

Einige Ärztinnen und Ärzte können diesem Druck nicht standhalten. Zudem haben sie häufig Angst vor Behandlungsfehlern und juristischen Konsequenzen, wenn sie etwas nicht tun. So erklärt sich auch das Ergebnis einer Umfrage der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin unter ihren aktiven Mitgliedern im Jahr 2016: Rund 70 Prozent gaben an, dass in ihrem Zuständigkeitsbereich überflüssige Leistungen mehrmals pro Woche oder sogar ein- bis zehnmal täglich vorkommen.

Ärzte müssen lernen, dem Druck der Patienten zu widerstehen, und ihnen verständlich erklären, warum es manchmal besser ist, nichts zu tun und abzuwarten. Dafür gibt es Argumentationshilfen. Von der Choosing-Wisely-Initiative zum Beispiel, einer amerikanischen Bewegung von wissenschaftsorientierten

Medizinern, die seit Jahren Top-5-Listen mit Maßnahmen veröffentlichen, die Ärzte in der Diagnostik und Behandlung nicht tun sollen. Sie hat in Deutschland die Initiative „Gemeinsam klug entscheiden“ inspiriert, die mit ausgewählten positiven und negativen Empfehlungen Ärzten helfen soll, gemeinsam mit den Patienten eine Entscheidung zu finden. „Gemeinsam“ ist dabei das entscheidende Stichwort. Wichtig ist, dass Arzt und Patient mehr miteinander reden. Mit einem ausführlichen Gespräch kann der Doktor häufig schon die richtige Diagnose stellen und sein Gegenüber darüber aufklären, dass viele Beschwerden ungefährlich sind und ohne Behandlung wieder verschwinden. Denn der Körper verfügt über hochwirksame Reparaturmechanismen. Patienten, die sich das bewusst machen, werden nicht mehr mit jedem Schnupfen gleich in die Praxis laufen (wenn sie keine Krankenschreibung brauchen). Und falls sie doch einmal im Sprechzimmer sitzen, werden sie kritische Fragen stellen. Etwa: Was passiert, wenn wir erst einmal gar nichts tun? Eine Frage, die dem Arzt zeigt, dass ihm jemand gegenüber sitzt, mit dem er sich gemeinsam dafür entscheiden kann, abzuwarten und zu beobachten. ■



**Dr. Ragnhild Schweitzer**, geboren 1972, arbeitete nach ihrem Medizinstudium als Ärztin und später als Redakteurin. Seit 2009 schreibt sie als freie Medizinjournalistin unter anderem für die ZEIT und Stern Gesund Leben. Gemeinsam mit ihrem Mann veröffentlichte sie das Buch „Fragen Sie weder Arzt noch Apotheker – Warum Abwarten oft die beste Medizin ist“.

**Kontakt:**  
**weder-arzt-noch-apotheker**  
**@gmx.de**

## Volles Programm



H.-B. Henkel-Hoving,  
Chefredakteur

Hermann Gröhe kann zufrieden sein. Vor vier Jahren noch ein gesundheitspolitischer Nobody, hat es der Christdemokrat jetzt auf Platz 1 der G+G-Umfrage zur Bundestagswahl geschafft: 42 Prozent unserer Leserinnen und Leser zeigen sich vom Bundesgesundheitsminister im besten Sinne beeindruckt. Damit liegt Gröhe sogar noch vor Karl Lauterbach. Der Sozialdemokrat kommt auf 37 Prozent Zustimmung.

Doch bei aller persönlichen Wertschätzung für prominente Köpfe der Großen Koalition: Uneingeschränkten Beifall zollen die 130 Leserinnen und Leser, die bei der Umfrage mitgemacht haben (siehe Seite 22), den schwarz-roten Reformprojekten nicht – im Gegenteil. So halten es über 90 Prozent der Teilnehmer für überfällig, dass Berlin mehr gegen hohe Preise bei neuen Medikamenten unternimmt – die jüngsten Arzneigesetze überzeugen offenbar nicht. **Drei Viertel der G+G-Leser bezweifeln zudem, dass die Bundesländer schlechte Kliniken und Abteilungen tatsächlich schließen** werden – dabei soll die milliardenschwere Klinikreform doch genau das ermöglichen. Mehr als 80 Prozent rechnen denn auch mit steigenden Zusatzbeiträgen nach der Bundestagswahl.

Auf den nächsten Gesundheitsminister oder die nächste Gesundheitsministerin wartet also, salopp gesprochen, das volle Programm. Wie er oder sie dabei – unabhängig von der Couleur – **möglichst wenig ins Schleudern kommt und zugleich gesundheitspolitische Schonwaschgänge vermeidet**, zeigen wir in dieser Ausgabe nebst mehreren Beilagen auf. Das volle Leseprogramm für einen hoffentlich schönen Sommer!

In diesem Sinne Ihr

P.S.: Die Gewinner der Leserumfrage benachrichtigen wir in den nächsten Tagen schriftlich.

## MAGAZIN

### 12 BEWEGUNG HILFT BEI INKLUSION

Eine Studie belegt: Behinderte Menschen, die in Werkstätten arbeiten, lassen sich effektiver fördern und sportlich aktivieren, als es üblicherweise geschieht.

Von Jörn Hons

### 14 GEMEINSAM GEGEN SÜSSES GIFT

Zu viel Zucker verursacht Karies, Übergewicht und schwere Krankheiten. Nun startete auf dem ersten Zuckerreduktionsgipfel eine Allianz gegen das Süße.

Von Thomas Rottschäfer

### 17 VORBILDER FÜRS MITEINANDER

Sie helfen Migranten, einen Job zu finden, und öffnen Türen zur medizinischen Versorgung: Dafür haben fünf Projekte den Berliner Gesundheitspreis erhalten.

Von Anne Töpfer

### 18 PRÄVENTION AUF SICHEM FUNDAMENT

Prävention und Gesundheitskompetenz spielen in der stationären Pflege und der Eingliederungshilfe kaum eine Rolle. Ein Förderprojekt soll das ändern.

Von Anke Tempelmann

### 20 ARZTBESUCH PER MAUSKLIK

Keine Anfahrt, kein volles Wartezimmer: Ärzte und Pflegeheimbewohner im westfälischen Bünde machen gute Erfahrungen mit der Online-Visite.

Von Thomas Hommel

### 21 „REGELN GUTER HÄNDEHYGIENE EINHALTEN“

Niedergelassene Mediziner können bei der Behandlung ihrer Patienten Krankheitserreger übertragen. Deshalb wirbt Hygiene-Experte Lutz Bader auch bei Ärzten in der Praxis, an der Aktion Saubere Hände teilzunehmen.

## RUBRIKEN

9 **Rundruf** Arbeitszeugnis für Schwarz-Rot

11 **Kommentar** Spielführer Gröhe

42 **Recht** Arzneimittel: Karlsruhe verneint Off-Label-Use

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

46 **Service** Bücher, Termine und mehr

48 **Debatte** Pflege kommt im Film schlecht weg

49 **Nachlese** Briefe an die Redaktion

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

50 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen



# 24

Wahlprogramme:  
Wie sich die Parteien die  
künftige Finanzierung der  
Krankenkassen vorstellen

## TITEL

### 24 ZUR KASSE BITTE!

Die Parteien haben sich programmatisch für die Bundestagswahl aufgestellt. Ihre Aussagen zur nachhaltigen Kassenfinanzierung sind aber spärlich.

Von Dietmar Haun und Klaus Jacobs

## THEMEN

### 22 DIE RECHNUNG KOMMT NACH DER WAHL

Die G+G-Umfrage zeigt: Hermann Gröhe hat positiv überrascht. Doch das Gros der Leser glaubt, dass die Reformen die Beitragszahler teuer zu stehen kommen.

Von Thomas Hommel

### 30 ZURÜCK IM ECHTEN LEBEN

Beim virtuellen Zocken ein Ende finden – eine Berliner Beratungsstelle hilft Jugendlichen und Eltern, sich dem Sog des Internets zu entziehen.

Von Kay Funke-Kaiser (Text) und Stefan Boness (Fotos)

### 36 KLARTEXT STATT RAUCHZEICHEN

Der Risikostrukturausgleich funktioniert so gut wie nie zuvor. Seine Kritiker aber versuchen, ihn zu diskreditieren – auf Kosten kranker Versicherter.

Von Timm Paulus



Reportage: Wie Laslo Pribnow den Weg aus der Computer-Spielsucht gefunden hat



Analyse: Was von der Kritik am Risikostrukturausgleich zu halten ist

## STUDIE

**Drei Tassen Kaffee schaden nicht**

Kaffeetrinker leben länger. Diesen Schluss zieht ein internationales Forscherteam, nachdem es Sterbedaten von mehr als einer halben Million Menschen aus zehn Ländern untersucht hat. Danach war die Wahrscheinlichkeit der Männer mit hohem Kaffeekonsum, während des Beobachtungszeitraumes von etwa 16 Jahren zu sterben, zwölf Prozent geringer als bei Nicht-Kaffeetrinkern (Frauen: sieben Prozent). Um die Effekte von Kaffee isolierter betrachten zu können, rechneten die Forscher Einflüsse wie Ernährung oder Rauchen heraus. Hauptautor Marc Gunter betonte aber: „Aufgrund der Grenzen beobachtender Forschung sind wir nicht an einem Punkt, eine Empfehlung für mehr oder weniger Kaffeekonsum auszusprechen.“ Dennoch sei ein moderater Kaffeegenuss von etwa drei Tassen am Tag offenbar nicht gesundheitsschädlich. ■

## VEREINIGTE STAATEN

**Trumpcare soll Obamacare ablösen**

Die Parteiführung der Republikaner hat im US-Senat einen Plan für eine umfassende Reform der Krankenversicherung vorgestellt. US-Amerikaner sollten „nicht länger gezwungen werden, Versicherungen zu kaufen, die sie nicht brauchen oder die sie sich nicht leisten können“, sagte der republikanische Mehrheitsführer im Senat, Mitch McConnell. Damit erfüllen die Republikaner ihr Wahlversprechen, die ihrer Ansicht nach bevormundende und überteuerte Gesundheitsreform des früheren demokratischen



**Wachmacher am Morgen:** Schon lange suchen Forscher nach einer Antwort auf die Frage, ob Kaffee gesund ist.

Präsidenten Barack Obama rückgängig zu machen. Obama selber verteidigte die Gesundheitsreform, die auch der von den regierenden Republikanern dominierte amerikanische Kongress abschaffen will. In einem Beitrag auf Facebook rief Obama beide Kammern zum Kompromiss auf. Es gehe um das Leben von Menschen. Außerdem sei das Thema „größer als Parteipolitik“. Obama schreibt weiter, die Reform sei nicht perfekt gewesen. Er wolle weiter jede Verbesserung unterstützen, die sich am Wohle der Menschen und an geringeren Kosten orientiere. ■

## FORSCHUNGSPROJEKT

**NS-Verstrickung der Gesundheitsressorts**

Das Bundesgesundheitsministerium hat ein Projekt zur Erforschung der Nachkriegsgeschichte der beiden deutschen Gesundheitsministerien beauftragt. Untersucht werden das Ministerium für Gesund-

heitswesen der DDR, das bereits seit 1949 bestand, und das Bundesministerium für Gesundheit, das 1962 gegründet wurde. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe wies daraufhin, dass während der Nazi-Diktatur auch Teile des Gesundheitswesens daran beteiligt gewesen seien, „die Würde der Menschen mit Füßen zu treten und Menschen zu vernichten“. Ziel des Forschungsprojektes sei es herauszufinden, wie beide Ministerien mit diesem Erbe umgegangen seien. ■

HAUPTSTADTKONGRESS  
**Streit über künftige Kassenfinanzierung**

Debatten über die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung haben den Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit Mitte Juni in Berlin geprägt. Der AOK-Bundesverband ist Partner der Veranstaltung. Die Gesundheitssprecherin der SPD-Bundestagsfraktion, Hilde Mattheis, sagte, ihre Partei wolle nach der Bundestagswahl im Herbst „die Weichen stellen für eine Bürgerversicherung“. Unions-Gesundheitssprecherin Maria Michalk sprach sich für den Fortbestand der privaten Krankenversicherung aus. „Die CDU/CSU-Fraktion ist die einzige, die an der Dualität festhält. Wir brauchen diesen Wettbewerb.“ Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe hatte der Bürgerversicherung bereits zum Auftakt des Kongresses eine Absage erteilt: Das „einzig Gute“ daran sei der Name. Weiterer Schwerpunkt der Veranstaltung war die Krankenhauspolitik. Finanz-Staatssekretär Jens Spahn kritisierte, die Bundesländer kämen nach wie vor ihren Verpflichtungen zur Finanzierung von Investitionen nicht hinreichend nach. ■

**kurz & bündig**

**+++ HAUTKREBS:** Die Zahl der Hautkrebsbehandlungen im Krankenhaus ist zwischen 2010 und 2015 um 17,1 Prozent gestiegen. Wie das Statistische Bundesamt mitteilte, wurden im Jahr 2015 insgesamt 100.400 Patienten mit dieser Erkrankung stationär versorgt. Dabei war bei Männern (57 Prozent) eine stationäre Behandlung häufiger nötig als bei Frauen (43 Prozent). **+++ SOCIAL MEDIA:** Wer häufig in sozialen Netzwerken unterwegs ist, muss deshalb nicht gleich vereinsamen. Einer Studie der Universität Stuttgart-Hohenheim zufolge regen die Internetaktivitäten sogar zu persönlichen Gesprächen an. Zudem seien die Social-Media-Nutzer etwas zufriedener mit ihrem Leben als andere. In die Studie flossen Antworten von 460 Frauen und Männern ein, die zwei Mal mit einem Abstand von einem halben Jahr befragt wurden.



# 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](http://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.



## WOHNEN IM ALTER Bauernhof statt Pflegeheim

Trotz der zunehmenden Verstädterung möchten viele Menschen aufs Land ziehen. Auch in der Altenpflege arbeiten Experten an der Realisierung dieses Traums. „Die ‚grüne Arena‘ eines Bauernhofes, mit ihren Tieren, dem Wald, der Natur und der Ruhe, kann hilfreich sein“, schreibt Nicole Prop in einem Essay zur neuen Landlust, über den das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) informiert. Prop ist Geschäftsführerin des Vereins Green Care Österreich. Viele Landwirte, so die Expertin, würden auf der Suche nach neuen Einkommensmöglichkeiten das Potenzial von Green Care-Angeboten

## Zitat des Monats

### Ich hätte lieber eine Pflegekraft an meinem Bett als einen Ökonom.

**Dr. Eckart von Hirschhausen**, Arzt, Autor, Kabarettist und TV-Moderator auf dem Hauptstadtkongress 2017

für sich entdecken. Claudia Busch vom Zukunftszentrum Holzminden-Höxter, die in einer Studie den „Lebensabend im Dorf“ untersucht hat, kommt indes zu dem Ergebnis, dass die bisherigen Seniorenangebote landwirtschaftlicher Betriebe in Deutschland derzeit noch etwas für Menschen mit Pioniergeist seien. Länder wie Norwegen seien weiter. ■

## G-20-GIPFEL

### Vorsorge weltweit verbessern

Die Staats- und Regierungschefs der 20 größten Industrie- und Schwellenländer haben bei ihrem Treffen in Hamburg Weichen für eine Verbesserung der weltweiten Gesundheitsvorsorge gestellt. Schwerpunkte sehen die Politiker insbesondere bei der internationalen Reaktionsfähigkeit bei ausbrechenden Gesundheitskrisen sowie bei der Bekämpfung von Antibiotika-Resistenzen. „Mit dem Bekenntnis zu einer engen Zusammenarbeit im Kampf gegen grenzüberschreitende Gesundheitskrisen und gefährliche Krankheitserreger setzen die G 20 ein starkes Zeichen der gemeinsamen Verantwortung für die Gesundheit weltweit“, betonte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe. ■

Clauß von der Münchner Redaktion des Spiegel für ihre Reportage „Meine Geburt gehört mir“ mit dem ersten Platz ausgezeichnet. Der zweite Preis ging an Lena Niethammer für ihren Beitrag „Täter und Opfer“, veröffentlicht im Magazin der Süddeutschen Zeitung. Den dritten Platz belegte Jan Stremmel mit seiner Reportage „K.o.“, erschienen in der Süddeutschen Zeitung. Den Sonderpreis ohne Altersbegrenzung sicherte sich Julia Friedrichs für ihren Beitrag „Der Preis der Hoffnung“, im ZEIT-Magazin. Der Fernsehpreis ging an Wolfgang Kerler und Vanessa Lünenschloß für die Sendung „Der hohe Preis des Alkohols“ (ARD-Plusminus). Den Hörfunkpreis erhielt Katharina Hübel-Gohr für ihren Beitrag über das Leben mit einer seltenen Erkrankung – gesendet vom Bayerischen Rundfunk. ■

## Köpfe und Karrieren



**+++ HEINER GARG**, 51, verantwortet in der neuen schleswig-holsteinischen Landesregierung das Ressort Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren. Der promovierte Volkswirt und FDP-Politiker bekleidete das Ministeramt schon einmal in den Jahren 2009 bis 2012. Er trat 1990 in die liberale Partei ein. Von 1995 bis 2000 war er wissenschaftlicher Mitarbeiter der FDP-Landtagsfraktion in Kiel.

Dem Kieler Landtag gehört er seit dem Jahr 2000 an. Zwischen 2003 und 2009 war er stellvertretender Fraktionsvorsitzender. Seit 2012 ist er Parlamentarischer Geschäftsführer seiner Fraktion, seit 2011 Vorsitzender der FDP Schleswig-Holstein und seit 2012 Mitglied im FDP-Bundesvorstand.

**+++ KARL-JOSEF LAUMANN**, 60, bisher Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten und Bevollmächtigter für Pflege, ist neuer nordrhein-westfälischer Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Der CDU-Politiker führte dieses Ressort schon einmal von 2005 bis 2010. Zuvor war er vier Jahre lang CDU-Fraktionsvorsitzender im Düsseldorfer Landtag, in den er erstmals 2005 einzog. In die Union trat der gelernte Maschinenschlosser 1974 ein. Seit 2004 ist er Mitglied im Präsidium der CDU Deutschland und seit 2005 Bundesvorsitzender der Christlich-demokratischen Arbeitnehmerschaft Deutschlands (CDA). Neue Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten und Bevollmächtigte für Pflege ist die Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium und CDU-Bundestagsabgeordnete **INGRID FISCHBACH**, 60.



## MEDIENPREIS

### AOK Bayern ehrt junge Journalisten

Zum 14. Mal hat die AOK Bayern den mit insgesamt 30.500 Euro dotierten Dr. Georg Schreiber-Medienpreis zusammen mit den Nachwuchsjournalisten in Bayern und der Deutschen Journalistenschule München verliehen. Bei einem Festakt in München wurde Anna

## ESSSTÖRUNGEN

### Heißhunger mitunter vorprogrammiert

Forscher am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München haben nachgewiesen, dass Heißhungerattacken, die auf Stress während der Schwangerschaft zurückzuführen sind, schon im Gehirn des Fötus programmiert werden. Entscheidend sei das Geschlecht des Kindes. Die Programmierung führe nicht zwangsläufig zum Auftreten der Essstörung, sie trete nur bei bestimmten Auslösern auf. Die Forscher fanden zudem heraus, dass sich der Ausbruch der Störung bei Heranwachsenden durch ausgewogene Ernährung verhindern lässt. Von Heißhungerattacken sind bis zu drei Prozent der Bevölkerung betroffen. ■

## Arbeitszeugnis für Schwarz-Rot

Nur noch wenige Wochen sind es bis zur nächsten Bundestagswahl. Höchste Zeit, um auch in der Gesundheitspolitik Bilanz zu ziehen. Was meinen Sie: Daumen hoch oder runter für die Große Koalition?



**DR. DORIS PFEIFFER**, *Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes*: Ob Krankenhaus, Arzneimittel, eHealth, ambulante Versorgung, Prävention oder Pflegeversicherung – die Liste der Reformen der Koalition ist lang. Aber die Menge ist bekanntermaßen nicht entscheidend. Wichtig ist, was die Veränderungen am Ende für die Patienten tatsächlich bringen und was das Ganze kostet. Es gibt sicher Pluspunkte, etwa in der Palliativversorgung und der Pflege. Kritisch sehe ich dagegen die Krankenhausreform. Hohe Kosten, aber die notwendige Strukturbereinigung ist nur halbherzig angegangen. Völlig überflüssig ist die Reform der Selbstverwaltung. Unter dem Strich also eine gemischte Bilanz.

**THOMAS REUMANN**, *Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft*: Die Bundesregierung hat wichtige und weitreichende Reformen beschlossen. Das Krankenhausstrukturgesetz ist nach Jahren von Kürzen, Schieben und Streichen ein Gesetz, das Perspektiven in der Betriebskostenfinanzierung bietet. Das Entscheidende ist jedoch, ob der Wille des Gesetzgebers in den Kliniken, bei den Mitarbeitern und damit am Bett ankommt. Zudem ist die finanzielle Lage der Kliniken nach wie vor angespannt. Das liegt vor allem daran, dass nach wie vor Kosten und Erlöse nicht zusammenkommen. Personalkostensteigerungen ohne Gegenfinanzierung, unzureichende Investitionsmittel durch die Länder und hohe Defizite in Notfallambulanzen sind und bleiben zentrale Probleme.



**ULRICH WEIGELT**, *Bundesvorsitzender des Deutschen Hausärzteverbandes*: Die Koalition hat erkannt, dass es ohne Stärkung der hausärztlichen Versorgung nicht gelingt, eine flächendeckende, hochwertige Versorgung sicherzustellen. Es wurden viele Maßnahmen in die Wege geleitet, die langfristig Wirkung zeigen – etwa im Bereich der Nachwuchssicherung. So wurde die Vergütung für Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin endlich an das Niveau in den Kliniken angepasst. Mit dem Masterplan Medizinstudium 2020 soll die Allgemeinmedizin fester Bestandteil der Ausbildung werden. Jetzt ist wichtig, all das mit Leben zu füllen und für eine vernünftige Finanzierung zu sorgen.

**ANDREAS WESTERFELLHAUS**, *Präsident des Deutschen Pflegeverbandes*: Die Koalition hat in dieser Legislaturperiode vor allem für den Bereich der Pflegeversicherung zahlreiche Gesetze vorgelegt. Weitgehend unberücksichtigt bleibt jedoch der Faktor Pflegepersonal. Nicht beantwortet wurde bei der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes die Frage, mit welchem Personal dieser umgesetzt werden soll. Das muss sich in Zukunft ändern. Wichtige erste Schritte ist man im Krankenhausbereich mit der geplanten Einführung von Personaluntergrenzen für die Pflege in pflegesensitiven Bereichen gegangen. Mehr wäre mit Blick auf die generalistische Ausbildung nötig gewesen. Diese kommt jetzt aber zumindest scheinbar.



### DIGITALISIERUNG Computer fördern Teilhabe im Alter

Die Bertelsmann Stiftung hat Politik, Wirtschaft und Gesellschaft dazu aufgerufen, ältere Menschen beim Erwerb digitaler Kompetenzen zu unterstützen. Für Senioren bedeute Technikkompetenz nicht allein, „dass sie eine spezifische App bedienen können“, so Projektleiter Carsten Große Star mann mit Blick auf eine kürzlich veröffentlichte Studie der Stiftung zum Thema „Digitalisierung für mehr Optionen und Teilhabe im



Alter“. Vielmehr bedeute es, dass Senioren „mündiger und souveräner Teil einer immer digitaler werdenden Gesellschaft bleiben“. Dazu brauche es Assistenz-Infrastrukturen für diese Altersgruppe. Laut Bertelsmann Stiftung steigt die Zahl der über 80-Jährigen in Deutschland bis zum Jahr 2030 um rund zwei Millionen Menschen. Hinzu komme, dass die meisten Menschen selbstständig in den eigenen vier Wänden leben wollten. Als Hilfsmittel im Alter berichten die Forscher von einer Videosprechstunde mit dem

Hausarzt als Lösung in ländlichen Regionen. Zudem könnte eine „intelligente Medikamentenbox“ bei Dosierung und Einnahme von Tabletten helfen. ■  
*Siehe auch Bericht Seite 20.*

### TRANSPLANTATIONEN Weiter wenig Organspenden

Mit der geringen Zahl an Organspendern hat sich der Bundestags-Gesundheitsausschuss befasst. Laut Bundesgesundheitsministerium ist die Zahl der Organspenden „niedrig, aber stabil“. Sie bewege sich weiter unter dem Niveau des Jahres 2012. Damals waren an mehreren Kliniken Daten manipuliert worden, um Patienten bei der Vergabe von Spenderorganen zu bevorzugen. Seither ging die Zahl der Organspender deutlich zurück. Wie aus dem jüngsten Regierungsbericht über die Entwicklung in der Transplantationsmedizin hervorgeht, wurden 2015 insgesamt 877 postmortale Organspender registriert. Die Zahl der gespendeten Organe lag 2015 bei 2.901, das ist ein Rückgang um 2,9 Prozent gegenüber 2014. Mit weitem Abstand am häufigsten gespendet wurden Nieren (1.521), gefolgt von Leber (730), Herz (278) und Lunge (270). Wie aus dem Bericht weiter hervorgeht, standen Ende August 2016 in Deutschland 10.193 Patienten auf der Warteliste für ein Spenderorgan. 2016 hatte der Bundestag die Einrichtung eines Transplantationsregisters beschlossen, um die Organspendenpraxis transparenter zu machen. ■

**MEHR INFOS:**  
**Bundestagsdrucksache**  
**18/10854**

## UMFRAGE

## Klinikärzte klagen über viel Bürokratie

Viele angestellte Ärztinnen und Ärzte in Deutschland sind mit der Personalsituation in Kliniken unzufrieden und beklagen eine hohe Arbeitsverdichtung sowie zunehmende Belastung durch Verwaltungsarbeiten. Das geht aus dem MB-Monitor 2017 der Klinikärztegewerkschaft Marburger Bund hervor. Der Befragung zufolge moniert das Gros (66 Prozent) der Mediziner, zu wenig Zeit für die Behandlung der Patienten zu haben. Knapp die Hälfte der befragten Klinikärzte (46 Prozent) bezeichnet ihre Arbeitsbedingungen als „mittelmäßig, 19 Prozent als „schlecht“ und fünf Prozent sogar als „sehr schlecht“. An der Online-Befragung der Gewerkschaft beteiligten sich rund 6.200 Ärzte. ■

## MEHR INFOS:

[www.marburger-bund.de](http://www.marburger-bund.de) > Presse



Viel Papierkram: Zwei Drittel der angestellten Krankenhausärzte wünschen sich mehr Zeit für die Patienten.

## KRANKENHAUSINFEKTIONEN

## Patienten über Hygiene aufklären

Mit Blick auf die Hygieneprävention in Kliniken und Pflegeeinrichtungen sind neben den Mitarbeitern dort verstärkt auch Patienten, Pflegebedürftige sowie Angehörige einzubinden. Darauf haben die Initiatoren des Projekts „AHOI – Patient im Boot“ – darunter das Institut für Hygiene und Umweltmedizin an der Uniklinik

Greifswald – hingewiesen. Das Projekt AHOI wird von der Bundesregierung gefördert und hat sich zum Ziel gesetzt, die Hygienesituation in Gesundheitseinrichtungen zu verbessern. Dabei sollen Patienten und Heimbewohner ermutigt werden, sich an der Umsetzung von Hygienestandards zu beteiligen. Das Personal wiederum erhält spezielle Schulungen, wie es Patienten und Pflegebedürftige mit Hygienemaßnahmen vertraut machen kann. ■

## LEBENSERWARTUNG

## Zahl hochbetagter Menschen steigt

In diesem Jahr geborene Mädchen haben gute Chancen, im Schnitt 93 Jahre alt zu werden. Neugeborene Jungen haben eine durchschnittliche Lebenserwartung von 90 Jahren, wie das Statistische Bundesamt mitteilte. Voraussetzung ist, dass der Trend zu einem immer längeren Leben anhält. Vor 100 Jahren geborene Jungen und Mädchen hatten im Schnitt eine Lebenserwartung von 55 beziehungsweise 62 Jahren. Nur 54 Prozent der Männer und 65 Prozent der Frauen, die 1917 geboren wurden, sind mindestens 65 Jahre alt geworden. Von den 2017 Geborenen könnten dagegen bis zu 95 Prozent der Jungen und 97 Prozent der Mädchen dieses Alter erreichen. Eine Chance, 100 Jahre alt zu werden, haben bis zu 16 Prozent der 2017 geborenen Jungen und bis zu 22 Prozent der heute geborenen Mädchen. ■

## SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH

## „Ein klarer Beitrag für mehr Patientensicherheit“

Mehr Fälle, mehr Erfahrung: Mindestmengen können die Behandlungsqualität bei komplexen Operationen deutlich steigern. Dazu Fragen an den alternierenden Verwaltungsratsvorsitzenden der AOK NordWest, Johannes Heß.

**G+G:** Herr Heß, was spricht für Mindestmengen im Krankenhaus?

**Heß:** Mindestmengen sind ein bewährtes Instrument, um bei bestimmten operativen Eingriffen die Qualität zu sichern. Kliniken, die komplexe OPs häufiger durchführen, erzielen nachweislich bessere Behandlungsergebnisse. Das zeigt sich unter anderem in niedrigeren Komplikationsraten und Sterblichkeitsquoten. Deshalb halte ich den Nachweis eines festgelegten Umfangs an Erfahrung für unverzichtbar. Das leistet einen klaren Beitrag für mehr Patientensicherheit.

**G+G:** Wird das Instrument der Mindestmengen in Deutschland denn bislang konsequent angewendet?

**Heß:** Bisher gibt es hierzulande nur für sieben Leistungsbereiche solche Untergrenzen, die eine Klinik erreichen muss, um bestimmte Operationen vornehmen zu können. Die Ausweitung der Mindestmengenre-

gelung auf andere Bereiche ist zum Schutz der Patienten mehr als überfällig. Neben dem Kniegelenkersatz sind dies etwa Eingriffe an der Bauchspeicheldrüse und Speiseröhre oder auch die Geburtshilfe.

**G+G:** Klinikvertreter plädieren für Korridore bei der Mindestmenge, also für eine tolerierbare Abweichung nach unten. Akzeptabel?

**Heß:** Die Idee eines „Korridors“ bedeutet de facto eine weitere Absenkung der festgelegten Mindestmenge. Das darf nicht toleriert werden. Stattdessen sollten die Mindestmengen für bestimmte Eingriffe eher angehoben werden. Außerdem brauchen wir mehr Verbindlichkeit und Rechtssicherheit in der Umsetzung der Mindestmengen. Der Zusammenhang zwischen Eingriffshäufigkeit und Behandlungsqualität und damit Patientensicherheit ist vollkommen unstrittig.

## Spielführer Gröhe

Ein regelrechtes Feuerwerk an Gesundheitsreformen habe die Koalition in den vergangenen vier Jahren abgebrannt, meint **Andreas Mihm**. Doch der große Wurf fehle in der Bilanz.



**DIE GESUNDHEITSPOLITIKER** gehörten in dieser Wahlperiode wieder zu den fleißigsten Parlamentariern. Wohl kein anderer Ausschuss hat so viele Gesetze und Verordnungen beschlossen. Der Regulierungsbedarf in der Gesundheitspolitik bleibt groß. Das verwundert schon, verfügt Deutschland doch, oft beschworen, über „eines der besten Gesundheitssysteme der Welt“. Ganz nebenbei spricht das gesetz-

geberische Feuerwerk Bände über das Vertrauen, das die Politik in die Selbstverwaltung setzt. Dazu passt, dass die Selbstverwaltung selbst Gegenstand intensiverer Regulierung wurde.

Gesundheitsminister Hermann Gröhe beschrieb zuletzt Gesundheitspolitik gern als „Mannschaftssport“, etwa bei der Gründung der „Allianz für Gesundheitskompetenz“ mit Ärzten, Apothekern, Verbraucherschützern und Kassen im Juni. Mancher könnte ins Grübeln geraten, ob Spielführer Gröhe nicht im Namen des „Teamgeists“ Grenzen gegenseitiger Verantwortung und Zuständigkeit verwischt, die nicht nur historisch gewachsen, sondern auch inhaltlich gut begründet sind.

Die freundliche Übergriffigkeit der Politik wird, das ist sicher, auch in der nächsten Wahlperiode ein Faktum sein, dessen sich Krankenkassen und sogenannte Leistungserbringer zu erwehren haben. Ansonsten wird es darauf ankommen, ob die Wirtschaft weiter läuft wie geschmiert und das Gesundheitssystem im Geld baden kann. Um rund 35 Milliarden Euro werden die Ausgaben der Kassen in Gröhes erster Amtszeit gewachsen sein – von 195 Milliarden auf 230 Milliarden Euro. Darin sind die sechs Milliarden Euro mehr für die Pflegeversicherung noch nicht enthalten.

Anders als in der Pflege fehlte der Koalition in der Krankenversicherung der Mut – nicht die Stimmen oder das Geld – zu einer großen Reform. So wie die FDP in der Vorgängerregierung die Preisfindung für Arzneimittel reformiert hat, hätte diese Regierung eine Reform der Krankenhausstruktur beginnen müssen. Die Chance ist vertan. Gröhes Partei- und Regierungsauftrag war es, nicht Streit zu säen, sondern Ruhe zu bewahren. So betrachtet hat er einen guten Job gemacht. Die Aussichten, dass sich die nächste Regierung an eine Großreform heranwagt, sind gering. Dazu muss vermutlich erst einmal wieder eine Wirtschaftskrise kommen. Aber sollte man sich die wünschen? ■

**Andreas Mihm** ist Korrespondent der Frankfurter Allgemeinen Zeitung in Berlin.

### PFLEGEBERUFE

## Grünes Licht für Ausbildungsreform

Die Ausbildungen in der Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege werden weitgehend zusammengeführt. Nach dem Bundestag stimmte auch der Bundesrat dem Pflegeberufegesetz zu. Gesundheits-Staatssekretär Lutz Stroppe erklärte, der Umbau der Ausbildung stärke die Pflegekräfte und schaffe mehr Aufstiegschancen. Außerdem werde das Schulgeld in der Altenpflege „endlich“ überall abgeschafft. Mit der Reform erhalten alle Auszubildenden zwei Jahre lang eine gemeinsame, generalistisch ausgerichtete Ausbildung. Wer die generalistische Ausbildung fortsetzt, kann in allen Bereichen der Pflege eingesetzt werden und erhält den Berufsabschluss „Pflegefachfrau/Pflegefachmann“. Der Berufsabschluss wird europaweit anerkannt. Für das dritte Ausbildungsjahr ist für Auszubildende mit Vertiefungsbereich in der Pflege alter Menschen oder von Kindern und Jugendlichen ein Wahlrecht vorgesehen. Sie können für das letzte Ausbildungsdrittel eine Spezialisierung in der Altenpflege oder Kinderkrankenpflege mit gesondertem Berufsabschluss wählen. ■

### WHO

## Gewalt gegen alte Menschen nimmt zu

Jeder sechste Mensch über 60 Jahren wird laut aktuellen Schätzungen missbraucht oder schlecht behandelt. Betroffenen seien weltweit rund 141 Millionen Menschen, berichtete die Weltgesundheitsorganisation (WHO) anlässlich des „Welttages gegen die Misshandlung alter Men-

schen“, der am 15. Juni stattfindet. Frauen und Männer seien gleichermaßen betroffen. „Die Misshandlung alter Menschen nimmt zu“, sagte Alana Officer von der WHO. Einem Bericht des Fachmagazins „Lancet Global Health“ zufolge ziehen die Misshandlungen schwere Folgen nach sich: Die Opfer würden öfter krank, müssten öfter in Kliniken oder Heime eingewiesen werden und hätten ein höheres Sterberisiko. Die Forscher werteten insgesamt 52 Studien aus 28 Ländern aus. Demnach würden 11,6 Prozent der Menschen psychisch unter Druck gesetzt, 6,8 Prozent finanziell betrogen und 4,2 Prozent vernachlässigt. ■

### VERSORGUNG

## Rücken-OPs regional ungleich verteilt

Ob ein Patient bei Rückenschmerzen operativ im Krankenhaus oder konservativ behandelt wird, hängt vor allem vom Wohnort ab. Bandscheiben-OPs wurden im hessischen Landkreis Hersfeld-Rotenburg in den Jahren 2014 und 2015 fast sechsmal so oft vorgenommen wie im sächsischen Dresden, wie der aktuelle „Faktencheck Gesundheit“ der Bertelsmann Stiftung belegt. Die Zahl der Versteifungsoperationen war im Landkreis Fulda sogar 13-mal höher als in Frankfurt an der Oder. Medizinisch seien diese Diskrepanzen nicht zu erklären. Laut Bertelsmann Stiftung sind sie aber ein Indiz dafür, dass sich die Organisation der Versorgung und die Vorgehensweise bei Diagnostik und Therapie von Rückenbeschwerden stark unterscheiden. Operationen am Rücken haben in Deutschland zuletzt deutlich zugenommen. ■

# Bewegung hilft bei Inklusion

In Werkstätten beschäftigte Menschen mit Behinderungen lassen sich effektiver fördern und sportlich aktivieren, als es üblicherweise geschieht. Zu diesem Ergebnis kommt eine fünfjährige Studie der Universität Bremen. Von Jörn Hons

**Nicole Feichtmayer** ist ein bisschen außer Atem – sie ist eben mit zwölf anderen Kolleginnen und Kollegen eine ganze Weile in der Turnhalle im Kreis gelaufen. Aber sie strahlt jetzt über das ganze Gesicht: „Das macht mir super Spaß“, sagt die Beschäftigte der Werkstatt Bremen, mit rund 2.000 Mitarbeitern eine der größten Einrichtungen für behinderte Menschen in Deutschland. Und, hat sie das regelmäßige Training verändert? „Ja, sehr verändert“, überlegt sie kurz, „ich würde sagen, zum Guten.“ Das trifft auch auf die anderen zu, die an diesem Morgen – während einer Stunde ihrer normalen Arbeitszeit – in der Turnhalle mit Bällen kegeln oder ihre Arme kreisen lassen: „Schön“, findet Andrea Abeler, die durch ihre Spastik in Armen und Beinen nur wenige Schritte ohne den Rollator machen kann. „Das lockert mich ein bisschen auf, mit den Armen und so.“

**Studie belegt positiven Effekt.** Sport und Bewegung kann Menschen mit Behinderungen, die in Werkstätten arbeiten, deutlich effektiver fördern und aktivieren, als es üblicherweise geschieht. Das ist in einer fünfjährigen, bundesweit bisher einmaligen Studie der Universität Bremen mit der Einrichtung Martinshof/Werkstatt Bremen wissenschaftlich erforscht worden. Die Studie hat die AOK Bremen/Bremerhaven initiiert, begleitet und finanziert. Daran nahmen insgesamt 58 Beschäftigte der Werkstatt Bremen



Volltreffer: Kegel mit Bällen umzuwerfen, macht Spaß und verbessert die Koordination.

teil. Das Team um Professor Dr. Dietrich Milles, Dr. Ulrich Meseck und Joanna Wiese von der Universität Bremen (Socium Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik sowie Fachbereich Kulturwissenschaften) hat seine Erfahrungen auch in zwei Büchern zusammengefasst. Ein Band bewertet die Ergebnisse der Untersuchungen, ein zweiter Band bietet praktische Anleitungen für Betreuer, Gruppenleiter und Trainer, die mit behinderten Menschen arbeiten (*siehe Kästen „Lese- und Webtipps“*). Darin sind zum Beispiel 155 Spiele und Übungen enthalten, die zur Motivation, Aktivierung, Bewegung und Entspannung der Kursteilnehmer anleiten.

**Selbstwertgefühl gesteigert.** Einige der vielen Erkenntnisse: Wenn das regelmäßige Bewegungstraining auf die jeweilige Behinderung und die Entwicklungsmöglichkeiten der Teilnehmer abgestimmt ist, gibt es eindrucksvolle Fortschritte bei Ausdauer, Kraft, Koordination, Beweglichkeit und Reaktionsfähigkeit. So nahm etwa die Treffsicherheit beim Kegel-Abwerfen zu, die Laufstrecke wurde länger und die Sprungweite immer besser. Das wiederum wirkt sich positiv auf die Leistungsfähigkeit, das Selbstwertgefühl und die Zufriedenheit der behinderten Menschen an ihrem jeweiligen Arbeitsplatz aus. Ein Effekt, den auch der Geschäftsführer der Werkstatt Bremen, Ahlrich Weiberg, beobachtet hat: „Diese Mitarbeiter haben nach einiger Zeit nicht nur mehr Interesse an den Bewegungsangeboten entwickelt, sondern haben auch mehr Interesse an bestimmten Arbeitsaufgaben gezeigt und dies viel deutlicher als vorher geäußert.“

An der Studie nahmen Werkstatt-Beschäftigte teil, die Bewegung vorher

## Lese- und Webtipps

- Kurzfassung der Studie „Inklusion praktisch: Was durch Bewegung, Sport und Spiel alles möglich ist“: <https://blogs.uni-bremen.de/impulse>
- Dietrich Milles, Ulrich Meseck, Joanna Wiese: **Inklusion praktisch begründet. Sportliche Aktivierung in Werkstätten für behinderte Menschen.** Stürken Albrecht, Bremen 2017.
- Dietrich Milles, Ulrich Meseck, Joanna Wiese: **Sportliche Aktivierung in Werkstätten für behinderte Menschen. Ein Handbuch für die Praxis.** Stürken Albrecht, Bremen 2017.



Eine Wohltat für den Rücken: Entspannungsübungen in der Gruppe gehören ebenso zum Trainingsprogramm wie das Kreisen der Arme in der Luft.



eher vermieden hatten oder solche Angebote ganz ablehnten – und die ihre vorhandenen Fähigkeiten, wie sich im Laufe der Studie herausstellte, im Werkstattalltag bisher kaum oder gar nicht weiterentwickelt hatten. „Gerade bei geistig und mehrfach behinderten Menschen war es bisher schwierig, mehr zu erreichen als gute Versorgung. Unklar blieb, wie Inklusion eigentlich praktisch aussehen kann“, betont Gesundheitswissenschaftler Professor Dietrich Milles. „Unsere Studie hat gezeigt, dass wir auch diese Menschen – mit ihrer individuellen Behinderung – durch Bewegung, Spiel und Sport aktivieren können.“ Nicht zuletzt ließen sich viele Lernprozesse positiv beeinflussen. Die Teilhabe im Arbeitsprozess und in der Gemeinschaft werde insgesamt gezielt gefördert.

Für die Projektmitarbeiterin Joanna Wiese, die die Bewegungs- und Spielstunden mit konzipiert und in die Trainingspraxis umgesetzt hat, sind die Fortschritte der Einzelnen bemerkenswert. „Ich hätte zu Beginn nie gedacht, dass sich die Teilnehmer so toll motivieren lassen und sich so entwickeln können. Gerade weil wir viel Zeit und die Möglichkeit hatten, jede Woche gezielt und praktisch zu üben und zu spielen, haben wir diesen Projekterfolg erzielt.“ Allerdings: Gerade beim Start des Projekts seien Skepsis und Zurückhaltung groß gewesen. Schrittweise und kontinuierlich seien mit den Leistungen aber das Selbstbewusstsein und der Spaß der Teilnehmer an dieser speziellen Förderung gewachsen. Das wiederum habe sich schnell in der Werkstatt herumgesprochen – „und dann wollten auch andere mitmachen, die das vorher abgelehnt haben“.

**Gruppenleiter fortgebildet.** In der Werkstatt Bremen, die eine lange Tradition beruflicher Gesundheitsförderung hat, blieben die Effekte nicht unbemerkt. Kamen die Teilnehmer nach dem Sport an ihren Arbeitsplatz zurück, wirkten sie aktiver, selbstbewusster und motivierter, berichteten die Werkstatt- und Gruppenleiter dem Wissenschaftlerteam. „Die Werkstatt Bremen hält vielfältige Gesundheitsangebote vor, es gibt aber Personengruppen, die schwerer aktivierbar sind. Hier können wir durch unsere Beteiligung an der Studie einen deutlichen Nutzen sehen“, so Ahlrich Weiberg, Geschäftsführer der Werkstatt Bremen. Im

Zuge des Projekts sind deshalb auch 15 Gruppenleiter und Sportfachkräfte der Werkstatt fortgebildet worden, um die Mitarbeiter mit Behinderungen entsprechend aktivieren zu können.

#### Individuelle Fortschritte in der Gruppe.

Wichtig sei dabei, die individuellen Fortschritte in einer Gruppe zu ermöglichen, sagt Dr. Ulrich Meseck, Sportwissenschaftler an der Universität Bremen. „Individuelle Entwicklung in Gruppen ist kein Widerspruch. Auch wenn die Leistungen und Fähigkeiten der Teilnehmer unterschiedlich sind, lässt sich das so organisieren, dass alle Teilnehmer Fortschritte machen und etwas für ihre Gesundheit tun“, betont Meseck. Die gezielte sportliche Aktivierung sollte seiner Meinung nach dort stattfinden, wo sie sich anbiete, aber vor allem auch in den Einrichtungen, die behinderte Menschen beschäftigen.

Für die AOK Bremen/Bremerhaven war die Unterstützung der Studie eine Herzensangelegenheit. „Wir erfüllen hier einen gesetzlichen Auftrag und übernehmen gleichzeitig eine wichtige soziale Verpflichtung: Wirksame Prävention auch bei benachteiligten Gruppen zu leisten“, sagt Jörg Twiefel, Stellvertreter des Vorstands der AOK Bremen/Bremerhaven. „Mich freut persönlich sehr, dass wir mit der Studie nachweisen konnten, dass diese Prävention wirkt und den Menschen nützt.“ ■

**Jörn Hons** ist Pressesprecher der AOK Bremen/Bremerhaven. **Kontakt: Joern.Hons@hb.aok.de**

# Gemeinsam gegen süßes Gift

Die Deutschen essen zu viel Zucker. Die Folge: Karies, Übergewicht und Folgekrankheiten. Der 1. Deutsche Zuckerreduktionsgipfel in Berlin war der Startschuss für ein breites Bündnis, das den Kampf gegen den Dickmacher aufnimmt. **Von Thomas Rottschäfer**

**Ein Erwachsener sollte** laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) nicht mehr als zwölf Teelöffel Zucker am Tag verzehren. Tatsächlich kommt jeder im Schnitt auf 22. Selbst wer bewusst weniger Zucker zu sich nehmen will, hat schlechte Karten. Denn das Süße steckt in fast allen Fertigprodukten – mehr oder weniger offen deklariert und versteckt hinter 70 verschiedenen Begriffen wie Glucose, Dextrose oder Fructose. Vor allem den „versteckten Zucker“ haben Mediziner und Präventionsexperten im Visier, wenn sie auf die Zunahme von Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen und zahlreiche Folgekrankheiten verweisen.

**Viele Länder sind weiter.** Beim 1. Deutschen Zuckerreduktionsgipfel in Berlin diskutierten Vertreter aus Medizin und Wissenschaft, Politik, Verbänden und Wirtschaft auf Einladung des AOK-Bundesverbandes über Abhilfe. „In Sachen Zuckerreduktion ist Deutschland ein Entwicklungsland“, kritisierte eingangs Vorstandschef Martin Litsch. Die AOK will deshalb ein breites Bündnis schmieden: für klare und verbindliche Ziele zur schrittweisen Verringerung des



„Wir brauchen gesetzliche Vorgaben beim Gehalt von Zucker, Salz und Fett. Von einer freiwilligen Selbstverpflichtung der Industrie ist wenig zu erwarten.“

**Prof. Dr. Ilona Kickbusch** lehrt am Graduate Institute of International and Development Studies in Genf.

süßen Giftes. Die Deutsche Diabetes-Gesellschaft und der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte sind bereits mit im Boot.

Zum Start der Kampagne „Süß war gestern“ hatte der AOK-Bundesverband einen Pionier der „Action on Sugar“-Bewegung in Großbritannien eingeladen. Prof. Graham MacGregor nahm kein Blatt vor den Mund: „Zucker ist die einzige Ursache für Karies, hat großen Anteil an Fettleibigkeit und ist Risikofaktor ersten Ranges für Typ-2-Diabetes. Es ist lächerlich, dass wir es der Industrie erlauben, unsere Kinder damit vollzustopfen.“ Der Mediziner hatte genug davon, sich als Facharzt für kardiovaskuläre Erkrankungen nur mit den Folgen von zu viel

Fett, Salz und Zucker im Essen zu beschäftigen. Mit viel öffentlichem Druck auf die Politik sorgten er und viele Mitstreiter dafür, dass sich die britische Regierung unter David Cameron das Thema zu eigen machte und gesetzliche Regeln auf den Weg brachte. MacGregors Rat: „Begeistern Sie Frau Merkel für das Thema. Sonst wird das nichts.“ In seinem Land habe bereits die Ankündigung der Strafsteuer erste Hersteller dazu bewegt, den Zuckergehalt in Getränken und Essen unter die erst ab 2018 geltenden Grenzwerte zu drücken, so MacGregor.

**Tabakkampagne als Vorbild.** Inzwischen führten bereits sieben EU-Länder Steuern oder gesetzliche Zielvorgaben ein. Deutschland belässt es bislang dagegen bei reinen Absichtserklärungen und setzt auf freiwillige Selbstverpflichtung der Industrie. Doch davon sei wenig zu erwarten, betonte neben Prof. MacGregor auch Prof. Ilona Kickbusch. Die Expertin für Public Health erinnerte an jahrzehntelange Auseinandersetzungen mit der Tabakindustrie. Angesichts der Werbeamilliarden für Fastfood oder Süßigkeiten seien Aufklärungskampagnen aussichtslose Unterfangen. Sie forderte die Abkehr von der Verhaltens- hin zur Verhältnisprävention mit gesetzlichen Vorgaben für Zucker-, Salz- oder Fettgehalt. Doch

## Weniger Zucker: zwei Unternehmen, zwei Strategien

Einzelne Unternehmen sind weiter als ihre Branchenverbände. Marketingmanager Jan Bock vom **Discounter Lidl** und Michael Lessmann, Westeuropa-Marketingchef des **US-Konzerns Kraft/Heinz**, erläuterten in Berlin ihre Initiativen zur Verringerung von Salz, Zucker und Fett. So setzt Lidl bei den Eigenmarken (Umsatzanteil 80 Prozent) darauf, Zusatzzucker und Salz bis 2025 schrittweise und für die Verbraucher **unmerklich um 20 Prozent zu verringern**. Dagegen favorisiert der Ketchup-Riese Kraft/Heinz das Produkt-Nebeneinander: Kunden können zwischen dem Normalprodukt und einer Flasche mit **50 Prozent weniger Zucker und Salz** wählen. Beide betonten, dass für ihre Unternehmen das Kennzeichen „weniger Zucker“ inzwischen ein Wettbewerbsvorteil sei. Der Lidl-Sprecher ließ gleichwohl durchscheinen, dass dem in 30 Ländern aktiven Discounter mit Blick auf die grenzüberschreitende Produktion **europaweit einheitliche Vorgaben** nicht unrecht wären. „**Gesetzliche Zielvereinbarungen** sorgen nicht zuletzt für gleiche Wettbewerbsbedingungen für alle Hersteller“, schlussfolgerte AOK-Vorstandschef Martin Litsch.

nicht ein Element allein führe zum Erfolg: „Wir brauchen eine Reihe von Maßnahmen in den verschiedenen Lebenswelten der Menschen. Lebenswelten sind Konsumwelten.“ Dem Beschwören der Konsumentensouveränität kann auch Dr. Dietrich Garlichs nichts mehr abgewinnen. „Damit erreichen wir nur die ohnehin Gesundheitsbewussten“, sagte der Geschäftsführer der Deutschen Diabetes Gesellschaft. Aktuell gebe es sieben Millionen Typ-2-Diabetiker. „Neben dem Leid des Einzelnen sind die volkswirtschaftlichen Kosten enorm. Allein die Behandlung des Diabetes und seiner Folgeerkrankungen kostet rund 35 Milliarden Euro pro Jahr.“

**Ohne Gesetz kein Erfolg.** Mehrfach wurde beim Gipfel gefragt, warum das Thema gesunde Ernährung nicht dem Gesundheitsministerium, sondern dem eher an den Interessen der Nahrungsmittelindustrie orientierten Landwirtschaftsministerium zugeordnet sei. Mit der von CSU-Minister Christian Schmidt nach mehrjährigem Vorlauf erst im Juli – zu spät für den Bundestag, aber rechtzeitig zum Wahlkampf – ins Bundeskabinett gebrachten Reformulierungsstrategie ist selbst Fraktionskollege Dietrich Monstadt (CDU) unzufrieden. Der Unions-Gesundheitsexperte versprach, sich in der nächsten Legislaturperiode für eine ressortübergreifende Zucker-Initiative einzusetzen: „Ich glaube, dass wir ohne gesetzgeberische Maßnahmen nicht weiterkommen.“ Das sieht auch Martin Litsch so: „Die freiwillige Selbstverpflichtung der Industrie bringt nullkommanull. Das gilt für die Nahrungsmittelkennzeichnung ebenso wie für einen Verzicht auf gezielte Lebensmittelwerbung für Kinder“, betonte er in der Diskussion mit Monstadt und dessen MdB-Kolleginnen Kordula Schulz-Asche (Grüne) und Elvira Dobrinsky-Weiß (SPD).

Zum Thema „Kindermarketing“ lieferte Dr. Thomas Effertz von der Universität Hamburg die wissenschaftlichen Belege. Er analysierte das Marketing der Süßwaren- und Nahrungsmittelindustrie. Sein Fazit: Trotz einer freiwilligen Selbstverpflichtung der Industrie auf EU-Ebene haben die Werbeprofis Kinder nach wie vor im Visier. Mit lustigen Comics, Onlinespielen oder Apps üben sie auf allen für die Zielgruppe verfügbaren



Informationskanälen Kaufdruck aus. Dass die Marketingstrategien nicht nur bei kleinen Kunden verfangen, zeigen die beim Zuckerreduktionsgipfel erstmals vorgestellten Ergebnisse einer Studie des Max-Planck-Instituts für Bildungsforschung in Berlin und der Universität Mannheim. Danach unterschätzen Eltern den Zuckergehalt in Lebensmitteln erheblich. Die Wissenschaftler evaluierten das unter anderem am Beispiel eines handelsüblichen 250-Gramm-Fruchtjoghurts. „92 Prozent der befragten Eltern lagen daneben. Sie gingen im Mittel von vier Stück Würfelzucker aus. Tatsächlich sind es elf“, sagte Institutsdirektor Prof. Ralph Hertwig. Mit dem Grad der elterlichen Fehleinschätzung steige zudem die Wahrscheinlichkeit von Übergewicht bei den Kindern.

#### **Lebensmittel deutlich kennzeichnen.**

AOK und Diabetes-Gesellschaft sehen sich dadurch in ihrer Forderung nach einer laienverständlichen Lebensmittelkennzeichnung bestätigt. Der AOK-Bundesverband setzt sich weiter für die 2010 am Lobbydruck auf EU-Ebene gescheiterte Lebensmittelampel ein. Unterstützung dafür kommt auch vom Bundesverband der Verbraucherzentralen. Der Adipositasexperte Prof. Berthold Koletzko vom Universitätsklinikum München sagte: „Wir müssen es Eltern so leicht wie möglich machen, das Richtige für ihre Kinder auszuwählen.“

Ausdrücklich hatte die AOK auch Vertreter der Lebensmittelverbände eingeladen. „Wir können nur erfolgreich sein, wenn wir an einem Strang ziehen“, sagte AOK-Präventionsexperte Dr. Kai Kolpatzik. Doch viele Lobbyvertreter kniffen. Nicht so Günter Tissen, Hauptgeschäftsführer der Wirtschaftlichen Vereinigung Zucker. Sein Credo: Nicht der Zucker macht dick, die Kalorien sind schuld. Eine Argumentation, die Prof. Koletzko aus medizinischer Sicht in Zweifel zog.

**Kalorienbombe Fastfood.** Als Vertreter der Zuckerwirtschaft warnte Tissen vor dem „Reformulieren“. Denn dies bedeute nichts anderes, als „guten Rübenzucker“ (Saccharose) durch nicht weniger gesundheitsgefährdende Fructose oder chemiekünstliche Süßstoffe zu ersetzen. Seinem Argument, dass man Übergewicht vor allem mit mehr Bewegung beikomme, hatte Graham MacGregor allerdings schon zuvor Luft abgelassen: „Um ein einziges BigMac-Menü abzutrainieren, muss man schon einen Halbmarathon laufen.“ ■

**Thomas Rottschäfer** ist freier Journalist mit Schwerpunkt Gesundheitspolitik.

**Kontakt:** [info@satzverband.de](mailto:info@satzverband.de)

*Lesen Sie zu diesem Thema auch das beiliegende G+G-Spezial. Weitere Infos zum Zuckerreduktionsgipfel unter [www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Pressemitteilungen > AOK schmiedet Allianz für weniger Zucker*

ins-netz-gehen.de

Online sein mit Maß und Spaß.

Die Abwehr **steht** bereit.

Aber Paul **sitzt** lieber am PC.



Und du? Check dich selbst unter  
[www.ins-netz-gehen.de](http://www.ins-netz-gehen.de).

BZgA

Bundeszentrale  
für  
gesundheitliche  
Aufklärung

# Vorbilder fürs Miteinander

Sie bieten berufliche Orientierung für Migrantinnen und Migranten, öffnen Türen zur medizinischen Versorgung und stiften Gemeinschaft: Dafür haben fünf Projekte den Berliner Gesundheitspreis 2017 bekommen. Von Anne Töpfer

**Du kannst Fische** in ein Wohnzimmer integrieren – aber Du brauchst ein Aquarium: Comedian Benaissa Lamboural, geboren in Marokko, aufgewachsen in Neuss, brachte die Gäste bei der Verleihung des Berliner Gesundheitspreises Mitte Juni in Berlin mit seinem Bild von Integration zum Lachen und Nachdenken. Für Migrantinnen und Migranten könnte eine Arbeitsstelle in diesem Sinne ein „Aquarium“ sein – ein Lebensumfeld, das individuelle Bedürfnisse berücksichtigt und Integration ermöglicht.

So berichtete Regine Kracht, Pflegepädagogin an der Klinikum Itzehoe Akademie, von einem Intensivpfleger aus Syrien, der eine Stelle im Krankenhaus bekommen hat und ihr schrieb: „Ich bin glücklich. Jetzt bin ich in Deutschland angekommen.“ Das Klinikum Itzehoe bietet geflüchteten Menschen einen sechsmonatigen beruflichen Orientierungskurs und hat damit einen der beiden ersten Preise der Kategorie II beim Berliner Gesundheitspreis 2017 gewonnen.

**Nachahmer erwünscht.** Ein weiterer erster Preis für Projekte, die den Zugang zu Gesundheitsberufen fördern, ging an den Verein Alkawakibi aus Berlin für sein Projekt „Ärzte helfen Ärzten“. Dr. Rainer Katterbach ist einer der ehrenamtlichen Mitarbeiter des Mentoren-Netzwerks, das vorrangig Medizinern und Apothekern aus Syrien beim Ankommen in Deutschland hilft. „Wir hoffen, mit dem Preis weitere Mentoren gewinnen zu können“, so Katterbach. Beide Projekte erhalten 10.000 Euro. Ebenfalls in dieser Kategorie hat der Bonner Verein für Pflege- und Gesundheitsberufe den dritten Preis und 5.000 Euro gewonnen. Der Verein unterstützt Mütter mit Migrationshintergrund beim Einstieg in einen Pflegeberuf. „Die Frauen sind lernbe-

rig und hochmotiviert. Für sie ist der Beruf ein Teil der Selbstverwirklichung“, so Pflegepädagogin Shilan Fendi. „Ein Paradebeispiel dafür, was Mütter leisten können“, fand Laudator Frank Michalak, Vorstand der AOK Nordost.

Querfeld den mit 15.000 Euro dotierten ersten Preis der Kategorie I des Berliner Gesundheitspreises entgegen. „Wir sehen es als unsere humanitäre Pflicht an, dort zu helfen, wo noch Lücken im System bestehen“, so Skarabis-Querfeld. In Kate-



Eine große Gemeinschaft: Preisträger, Jury, Preisstifter und Laudatoren bei der Festveranstaltung zur Verleihung des Berliner Gesundheitspreises 2017.

Insgesamt 80 Projekte hatten sich um den Berliner Gesundheitspreis 2017, ausgelobt von AOK-Bundesverband, Ärztekammer Berlin und AOK Nordost, beworben. „Das ist eine gute Botschaft und zeigt, wie groß das Engagement in unserer Gesellschaft ist“, sagte Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes. Diesem Engagement wünschte bei der Preisverleihung Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe weitere Nachahmer: „Das alles lebt davon, dass Menschen vor Ort etwas tun.“

**Lücken schließen.** Wie etwa der Berliner Verein „Medizin Hilft“: Rund 120 Ehrenamtliche, darunter Ärzte und Pflegekräfte, ermöglichen geflüchteten Menschen, Migranten und Menschen ohne Krankenversicherung einen Zugang zum Gesundheitssystem. Dafür nahm Dr. Pia Skarabis-

gorie I hatten sich Projekte beworben, die den Zugang zur Gesundheitsversorgung fördern. InterAktiv gewann den zweiten Preis und 10.000 Euro. Der Verein berät türkischstämmige Familien, die Angehörige mit einer Behinderung haben. „Die Arbeit von InterAktiv hat mich besonders beeindruckt“, sagte Dr. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin. „Von Ihrer nachhaltigen Netzwerkarbeit können wir lernen“, so Jonitz bei der Übergabe des Preises an Vereinsgründerin Sevgi Bozdağ. Vielleicht lässt sich so erreichen, was Staatsministerin und Migrationsbeauftragte Aydan Özoğuz, ebenfalls Laudatorin bei der Preisverleihung, als Ziel formuliert: für alle Menschen in Deutschland, unabhängig von ihrer Herkunft, Sprache oder Religion gleiche Chancen auf gesellschaftliche und politische Teilhabe zu schaffen. ■

# Prävention auf sicherem Fundament

Prävention und Gesundheitskompetenz spielen in der stationären Pflege und Eingliederungshilfe bislang kaum eine Rolle. Ein Förderprojekt des Gesundheitsministeriums soll das ändern. **Von Anke Tempelmann**

**Kinder, die in der Kita** gemeinsam Obst für den Nachmittagsnack schnippeln. Erwachsene, die zwischendurch bei der Arbeit an einem Rückentraining teilnehmen: Wenn es um Prävention und Gesundheitsförderung geht, lässt das unmittelbar an Programme und Aktionen für Kitas, Schulen und Betriebe denken. Gedanken an alte, pflegebedürftige Menschen oder solche mit Behinderungen drängen sich bei diesen Stichwörtern dagegen nicht gleich auf. Dabei wurden schon unmittelbar mit der Gründung der Pflegeversicherung präventive Ansätze in der stationären Pflege verankert. Auch definieren das Konzept der aktivierenden Pflege sowie viele Expertenstandards schon seit Langem Qualitätskriterien für präventives Handeln im Pflegeprozess.

**Kaum wissenschaftliche Nachweise.** Mit dem Inkrafttreten des Präventionsgesetzes 2015 wurden die Pflegekassen aufgefordert, zusätzliche Präventionsleistungen für Pflegebedürftige in Pflegeeinrichtungen zu erbringen. Der Gesetzgeber setzte hier sogar einen Mindestausgabewert von 0,30 Euro pro Versichertem fest, das sind immerhin 21 Millionen Euro Ausgaben für die gesetzlichen Pflegekassen.

Mit dem Ziel der Qualitätssicherung erarbeiteten die Krankenkassen mit dem GKV-Spitzenverband 2016 auch einen Leitfaden zum Thema „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen“ (*siehe*



In Deutschland arbeiten rund eine Viertelmillion Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe. Für sie soll das Förderprojekt Qualitätskonzepte entwickeln.

*Lese- und Webtipps*). Doch stehen die darin formulierten Empfehlungen zu einzelnen Handlungsfeldern auf noch dünnem Eis, da bislang kaum wissenschaftlich fundierte Evidenz für Gesundheitsförderung und Prävention in der Lebenswelt der stationären Pflege vorliegt.

Insgesamt gibt es also zwar viele Bemühungen und Aktivitäten, doch fehlt es an erwiesenermaßen guten Maßnahmen in der Fläche genauso wie an Qua-

litätsstandards und Wissen darüber, was wirklich wirksam und nachhaltig ist. Dabei sollte das in Pflegeheimen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe genauso selbstverständlich sein wie in Kitas, Schulen, Unternehmen und Organisationen oder Kommunen. Immerhin leben rund 800.000 Menschen in Pflegeeinrichtungen, wo sie von 730.000 Beschäftigten versorgt werden (*siehe Grafik „Pflege ist Frauenthema“*). Hinzu kommen mehr als eine Viertelmillion Menschen mit Behinderungen, die in Werkstätten beschäftigt sind. Tausende Menschen von speziell ausgebildeten Handwerkern über Sonderpädagogen bis zu Therapeuten sorgen in den Einrichtungen dafür, dass sie in geschützter Umgebung am Arbeitsleben teilhaben können und auf den ersten Arbeitsmarkt vorbereitet werden.

## Lese- und Webtipps

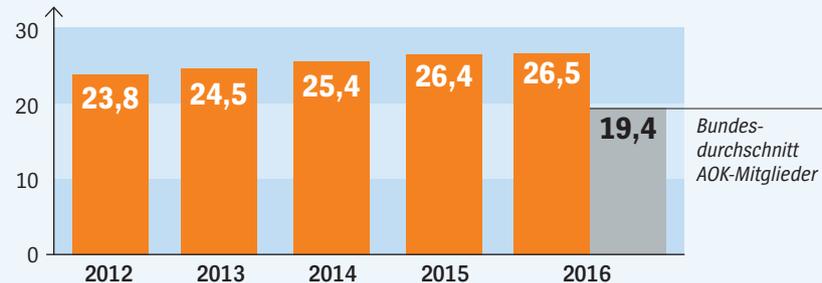
- Blättner, Beate 2017; 5. Bundeskongress „Gesund und aktiv älter werden“, Kongressbeitrag „Gesundheitsförderung in der Pflege unter Berücksichtigung der Qualitätsentwicklung“, Berlin
- [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de) > Krankenversicherung > Prävention, Selbsthilfe, Beratung > Leitfaden Prävention
- [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de) > Pflegeversicherung > Prävention > Leitfaden Prävention
- [www.bmas.de](http://www.bmas.de) > Service > Medien > Publikationen > Suche: Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen in Deutschland

Mit einem Förderprojekt will das Bundesgesundheitsministerium nun für diese Lebenswelten qualitätsorientierte Gesundheitsförderung und Prävention fördern und vorantreiben. Erreicht werden soll das über Qualitätsstandards und Qualitätskonzepte, die insbesondere auch die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit fördern sollen. Beteiligt sind neben Kranken- und Pflegekassen der GKV-Spitzenverband und Einrichtungen selbst. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe begrüßte den Startschuss für das Projekt, „das die Gesundheitsförderung in Pflegeeinrichtungen umfassend und nachhaltig in den Blick nimmt.“

**Konzepte erproben.** Der AOK-Bundesverband bekam den Auftrag, das Projekt federführend umzusetzen. Die Laufzeit beträgt vier Jahre. Es verfolgt für teil- und vollstationäre Einrichtungen der Pflege und Eingliederungshilfe drei wesentliche Ziele: Es soll zum einen die Qualität von Prävention und Gesundheitsförderung sichern und entwickeln helfen. Darüber hinaus soll in dem Projekt ein Rahmenkonzept erstellt werden, um die Gesundheitskompetenz zu fördern. Und schließlich wird es auch um die Qualitätsentwicklung der betrieblichen Gesundheits-

## Hohe Belastung – steigender Krankenstand

Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage von AOK-versicherten Beschäftigten in Pflegeheimen



Wie belastend die Arbeit in der Pflegebranche ist, lässt sich an den Fehltagen ablesen: Die Krankheitstage bei den Beschäftigten in Pflegeheimen nahmen in den vergangenen Jahren nicht nur stetig zu, sondern sie liegen auch weit über dem Bundesdurchschnitt. Pflegekräfte fehlen mittlerweile sieben Tage mehr als der Durchschnitt aller ganzjährig versicherten AOK-Mitglieder.

Quelle: WlD0

förderung in diesen Einrichtungen gehen. Die Qualitätskonzepte sollen für alle Kranken- und Pflegekassen sowie Einrichtungen passend und anwendbar sein. Zunächst nehmen die Experten in der ersten Phase dafür systematisch unter die Lupe, welche Qualitätsindikatoren es bereits gibt. Dazu wird es eine umfassende Daten- und Literaturrecherche geben. Im Anschluss werden die Qualitätsindikatoren für sämtliche Zielbereiche und Lebenswelten bewertet und weiter entwickelt – bei Bedarf auch neue. Für die dritte Phase ist vorgesehen, Qualitätskonzepte und -instrumente zu erstellen, um sie dann in der Praxis zu erproben. Formate wie Workshops und ein Expertenbeirat sorgen dafür, dass das Projekt partizipativ ausgerichtet ist.

**Kein Ersatz von Leistungen.** Dabei ist auch klar: Neue Leistungen sollen bestehende Leistungen der aktivierenden Pflege keineswegs ersetzen, sondern ergänzen und bestenfalls zusätzliche Synergien erzeugen. Sie sollen wirtschaftlich, qualitätsorientiert und wirksam sein sowie zu den Qualitätskriterien der Einrichtungen passen. Das Ziel, die Gesundheitskompetenz zu verbessern, gilt für alle Beteiligten in den Einrichtungen vom Bewohner über die Mitarbeiter bis zur Organisation selbst. Sie alle sollen letztlich mithilfe entsprechender Maßnahmen besser in der Lage sein, Entscheidungen

zu treffen, die sich positiv auf ihre Gesundheit auswirken oder Erkrankungen verhindern helfen.

**Gute Ansätze erforderlich.** Wie stark Pflegefachkräfte belastet sind, spiegelt sich unter anderem in den Fehltagen wieder. Sie liegen bei den Beschäftigten in den Pflegeheimen nicht nur deutlich über dem Bundesdurchschnitt, sondern stiegen in den vergangenen fünf Jahren auch permanent an, bei den AOK-Mitgliedern um mehr als drei Tage (siehe Grafik „Hohe Belastung – steigender Krankenstand“). Der demografische Wandel und der damit einhergehende Pflegekräftemangel verschärfen das Problem weiter.

Auch im Bereich der Werkstätten gibt es Zahlen und Trends, die den Bedarf verdeutlichen: Nach einem jahrelangen kontinuierlichen Anstieg waren im Jahr 2014 in den mehr als 2700 Betriebsstätten gut eine Viertelmillion Menschen beschäftigt. Der Anteil der über 50-Jährigen steigt bei ihnen stark an, außerdem leiden sie häufig unter psychischen Erkrankungen. Nach Ablauf von vier Jahren wird sich das Projekt messen lassen müssen: Ein Erfolg ist es dann, wenn die Qualitätskonzepte nachhaltig und so gestaltet sind, dass alle sie nutzen können. ■

**Anke Tempelmann** ist Projektleiterin in der Abteilung Prävention im AOK-Bundesverband.  
**Kontakt:** [Anke.Tempelmann@bv.aok.de](mailto:Anke.Tempelmann@bv.aok.de)

## Pflege ist Frauenthema

Die stationäre Pflege ist weiblich geprägt. Von ...

... 800.000 Pflegebedürftigen sind

70 % Frauen

... 730.000 Beschäftigten sind

84 % Frauen

Von den 2,9 Millionen Pflegebedürftigen leben weniger als ein Drittel in den 13.000 stationären Pflegeeinrichtungen (27 Prozent). Schon jetzt ist klar, dass die Zahl der Pflegebedürftigen weiter stark steigen wird – und damit der Bedarf an Pflegekräften.

Quelle: Statistisches Bundesamt

# Arztbesuch per Mausklick

Keine vollen Wartezimmer, keine langen Anfahrtswege: Im westfälischen Städtchen Bünde machen Ärzte und Pflegeheimbewohner seit einem Jahr gute Erfahrungen mit der elektronischen Visite. Jetzt steht das Modellprojekt vor dem Rollout. **Von Thomas Hommel**

**Gerda Maier** (*Name geändert*) hat es sich in ihrem Ohrensessel gemütlich gemacht. Gemeinsam mit ihrer Pflegerin wartet die 90-Jährige, die ein Zimmer einer Seniorenresidenz im westfälischen Städtchen Bünde bewohnt, auf ihren Arzt Dr. Hans-Jürgen Beckmann. Pünktlich um 10.30 Uhr bittet der Facharzt für Chirurgie die alte Dame zur Visite – allerdings nicht in seiner Praxis, sondern per Videokonferenz.

Bundesweit finden solche Online-Sprechstunden bislang noch recht selten statt – auch wenn die gesetzlichen Krankenkassen das Angebot seit Kurzem vergüten (*siehe Kasten*). In Bünde dagegen haben Haus- und Fachärzte bereits Erfahrungen mit dem Arztbesuch per Mausklick machen können. Vor gut einem Jahr starteten 15 im Ärztenetz Medizin und Mehr eG in Bünde zusammengeschlossene Mediziner das Projekt elektronische Visite in Pflegeheimen – kurz eVi. Nach der erfolgreichen Testphase soll das Projekt nun schrittweise auf andere Praxisnetzregionen in Westfalen-Lippe ausgeweitet werden. Der Vertrag dazu wurde kürzlich von der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe

(KVWL) und der AOK NORDWEST unterzeichnet. AOK-Vorstandschef Tom Ackermann ist von den Entwicklungsmöglichkeiten der elektronischen Arztvisite überzeugt: „Das Projekt hat großes Potenzial und trägt dazu bei, die medizinische Versorgungsqualität älterer Men-

## Medikation, Wundverlauf oder Therapieoptionen: All das kann in Ruhe besprochen werden.

schen weiter zu verbessern.“ Ziel der AOK NORDWEST sei es, beim Thema Telemedizin voranzugehen und die elektronische Arztvisite zunächst exklusiv für ihre Versicherten kostenfrei anzubieten. Dazu würden in den nächsten Monaten einzelne Arztnetze und Pflegeheime angesprochen. Im weiteren Verlauf sollen auch ambulante Dienste ins Projekt eingebunden werden. Und damit möglichst viele Patienten von eVi profitieren können, will die AOK weitere Kassen ins Boot holen.

### Live-Schalte zwischen Praxis und Heim.

KVWL-Vorstandsmitglied Thomas Müller freut sich, dass mit der AOK ein starker Partner für das Versorgungsprojekt gefunden wurde. „eVi hat bewiesen, dass telemedizinische Anwendungen in Zeiten einer älter werdenden Gesellschaft Ärzte bei der Arbeit entlasten können – und das bei gleichbleibend hoher Qualität. Deshalb wollen wir eVi gemeinsam mit der AOK NordWest und den Ärztenetzen flächendeckend im Zusammenhang mit regionalen Pflegeheimverträgen einführen“, sagt Müller. In dem Modellprojekt führen die teilnehmenden Arzt-

praxen auf Anfrage der Pflegekräfte in bislang 13 Pflegeheimen eine elektronische Arztvisite durch: Der niedergelassene Arzt und die verantwortliche Pflegekraft halten dabei über ein webbasiertes Videokonferenzsystem per Tablet oder PC eine elektronische Visite ab, um Unklarheiten, Medikationsanfragen, Beurteilungen chronischer Wunden oder Therapieempfehlungen zu besprechen. Dabei gibt es eine Live-Schaltung zwischen der Arztpraxis und dem Pflegeheim.

Die elektronische Visite lässt sich bei Bedarf um die Erfassung von Vitalparametern wie Herzrhythmus, Sauerstoffspannung, Körpertemperatur oder Blutzuckerwert des Patienten ergänzen. Diese werden in Echtzeit über Messgeräte erhoben und sind dem Arzt sofort zugänglich. Datenschutz- und Qualitätsstandards sind erfüllt.

**Schnelle und konkrete Hilfe.** Freilich könne eVi nicht jeden Arztbesuch ersetzen, betonen AOK-Chef Ackermann und KVWL-Vorstandsmitglied Müller. Aber dank der modernen Technik könnten die Mediziner schnell sehen, wie es dem Patienten geht und konkret helfen.

Zudem ließen sich mithilfe der elektronischen Visite Klinikeinweisungen in der Nacht oder am Wochenende reduzieren. Auch die Zahl nicht zwingend erforderlicher Arztbesuche könne gesenkt werden. Dies entlaste die niedergelassenen Ärzte – insbesondere in ländlichen Regionen. Der Arzt spare Zeit und könne gleichzeitig öfter beim Patienten sein.

Bislang hätten im Rahmen des Projekts mehr als 600 elektronische Visiten stattgefunden, so KVWL-Vorstandsmitglied Müller. Die Ergebnisse seien „sehr ermutigend“ und würden auch einer wissenschaftlichen Evaluation unterzogen. ■

### Weg frei für Internet-Konsultationen

Online im Gespräch mit dem Haus- oder Facharzt? Seit dem 1. April 2017 ist dieses Szenario ein Stück realistischer geworden. Denn mit Inkrafttreten des E-Health-Gesetzes sind Video-Sprechstunden Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung. Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen in bestimmten Fällen die Kosten für die medizinischen Internet-Konsultationen. Voraussetzungen: Es muss sich um einen Nachsorgetermin bei festgelegten Indikationen handeln, und der Patient muss sich zuvor persönlich in der Arztpraxis vorgestellt haben.

# „Regeln guter Händehygiene einhalten“

Ärzte können beispielsweise bei einer körperlichen Untersuchung oder beim Verbandwechsel Krankheitserreger auf Patienten übertragen. Hygiene-Experte **Lutz Bader** wirbt daher auch bei den niedergelassenen Medizinerinnen für die Teilnahme an der Aktion Saubere Hände.

Herr Dr. Bader, sollten Ärzte und Patienten in Klinik und Arztpraxis auf das Händeschütteln verzichten?

**Bader:** Tatsächlich können beim Händeschütteln Krankheitskeime übertragen werden. Doch auf dieses Ritual zu verzichten, empfinden Menschen oft als Distanzierung. Ärzte sollten Patienten deshalb über die Gründe informieren. Für mich viel wesentlicher ist aber, dass Ärzte und Assistenzpersonal in allen medizinischen Bereichen die Regeln guter Händehygiene konsequent einhalten. Dazu gehört die hygienische Händedesinfektion vor jedem Patientenkontakt, insbesondere vor medizinischen Maßnahmen wie einer körperlichen Untersuchung oder einem Verbandwechsel. Auch Patienten sollte die Möglichkeit zur Händedesinfektion angeboten werden, nicht nur im Sanitärbereich im Krankenhaus, sondern beispielsweise auch im Eingangsbereich einer Arztpraxis.

Im Krankenhaus hat die Aktion Saubere Hände (ASH) Resonanz gefunden. Wie bekannt ist sie bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten?

**Bader:** Mittlerweile beteiligen sich rund 1.100 Krankenhäuser sowie mehr als 700 Arztpraxen und Dialyse-Einrichtungen an der ASH. Die ASH ist eine bundesweite Aktion zur Förderung der hygienischen Händedesinfektion in der Medizin: weniger Händewaschen mit Wasser und Seife, mehr alkoholische Händedesinfektion, die schneller und viel wirksamer gegen die Erreger und viel verträglicher für die Hände ist. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns wirbt seit Jahren bei den niedergelassenen Ärzten für die Teilnahme an der ASH. Es wäre schön, wenn weitere Organisationen und Berufsver-

bände noch mehr als bisher auf diese Aktion hinweisen.

Warum sollten auch niedergelassene Ärzte an der ASH teilnehmen?

**Bader:** Aus Studien wissen wir, dass etwa ein bis zwei Prozent der stationär aufge-

nommenen Patienten mit MRSA, dem wesentlichsten multiresistenten Erreger besiedelt sind. Diese Menschen werden von niedergelassenen Ärzten versorgt. Die hygienische Händedesinfektion schützt auch in der ambulanten Versorgung vor Erregerübertragungen auf andere Patienten und das medizinische Personal. Seit 2012 haben niedergelassene Ärzte zudem die Möglichkeit, Patienten mit bestimmten Risikofaktoren auf MRSA zu testen, MRSA-Träger zu behandeln, nachzukontrollieren und das auch abzurechnen – allerdings nur bei Patienten, die einen mehrtägigen stationären Aufenthalt hinter sich haben. Genauso wichtig wäre es, wenn niedergelassene Ärzte vor einer planbaren Klinikaufnahme Patienten auf Kosten der Krankenkassen untersuchen und sanierend behandeln könnten. MRSA-Infektionen und -Übertragungen wären so besser zu verhindern.

Wie lassen sich Hygiene und Infektionsprävention in den Arztpraxen verbessern?

**Bader:** Die niedergelassenen Ärzte haben großes Interesse an optimalen Hygienebedingungen in ihren Praxen. Sie gewährleisten hohe Standards auch auf



Die niedergelassenen Ärzte haben großes Interesse an optimalen Hygienebedingungen in ihren Praxen.

Dr. Lutz Bader

diesem Gebiet und haben die Verpflichtung, die gesetzlichen Anforderungen genauso wie die Kliniken zu erfüllen. Der Patient hat das Recht auf gleiche Sicherheit in der Arztpraxis wie im Krankenhaus. Während der Gesetzgeber aber den Kliniken Millionenbeträge zur Verbesserung der Krankenhaushygiene anbietet, gibt es Vergleichbares für den ambulanten Bereich nicht. Hier ist die Gesundheitspolitik gefordert. ■

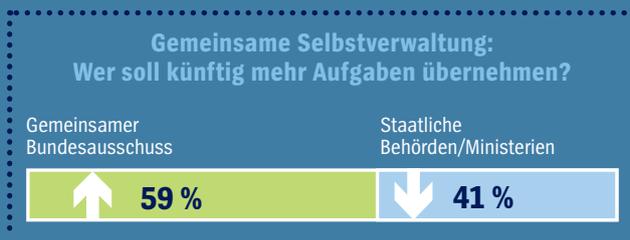
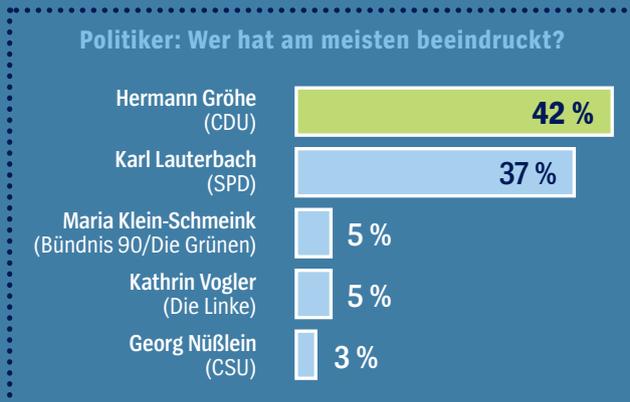
Das Interview führte Änne Töpfer.

## Zur Person

**Dr. med. Lutz Bader** ist Facharzt für Mikrobiologie, Krankenhaushygieniker und Fachreferent Hygiene bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.  
**Kontakt:** Lutz.Bader@kvb.de  
**Mehr Infos:** www.aktion-sauberehaende.de

# Die Rechnung kommt nach

Die G+G-Umfrage zur Bundestagswahl zeigt: Gesundheits-Newcomer Hermann Gröhe hat positiv überrascht. Doch eine Mehrheit der Leser meint auch: Die Reformen von Union und SPD könnten die Beitragszahler schon bald teuer zu stehen kommen. Von Thomas Hommel



**Mehr Infos:**  
Ein PDF mit allen Umfrageergebnissen finden Sie unter [www.kompart.de](http://www.kompart.de)

**Emsig wie eine Biene** und fleißig wie kaum ein anderes Ressort hat das Bundesgesundheitsministerium in den vergangenen vier Jahren gearbeitet. Egal, ob Pflege, Pillen, Krankenhaus oder Heil- und Hilfsmittel – nahezu jede Ecke des Gesundheitswesens wurde ausgeleuchtet und neu vermessen.

Solchen Fleiß goutiert auch die G+G-Leserschaft, wie unsere Umfrage zur Bundestagswahl im kommenden Herbst zeigt. Insgesamt beteiligten sich 130 Leserinnen und Leser an der Umfrage. 42 Prozent zeigen sich mit Blick auf die Gesundheitspolitik von Ressortchef Hermann Gröhe „am meisten beeindruckt“. Dass der CDU-Politiker die Nase vorne hat – sogar vor Gesundheits-Urgestein Karl Lauterbach (37 Prozent) von der SPD – hat wohl auch damit zu tun, dass Gröhe zu Beginn der Legislatur ein gesundheitspolitischer Neuling war und ihm nur wenige einen solchen Reformeifer zugetraut haben.

Für seine Partei wirkt sich das gute Abschneiden in der Gunst der G+G-Leserschaft allerdings nicht positiv aus: 26 Prozent äußern sich „enttäuscht“ über die CDU, 15 Prozent über die CSU. Tröstlich für die Union: Der Koalitionspartner schneidet nicht besser ab: Jeder Vierte ist unzufrieden mit der gesundheitspolitischen Arbeit der SPD.

**Eifriger Minister, teure Reformen** – auf diese Formel lässt sich ein weiteres Ergebnis der Umfrage bringen. So sind 81 Prozent der Leserinnen und Leser von G+G überzeugt, dass die Zusatzbeiträge der Krankenkassen spätestens nach der Bundestagswahl steigen werden. Den Nutzen der Reformen der „GroKo“ sehen viele hingegen skeptisch. Beispiel Krankenhausreform: Nur 75 Prozent glauben, dass die angestrebte Qualitätsoffensive tatsächlich kommt und die Länder beispielsweise Kliniken oder Abteilungen aufgrund schlechter Qualität schließen. Dabei hält die große Mehrheit (82 Prozent) weniger Standorte bei mehr Qualität für vertretbar.

Mit Blick auf die Arzneimittelpolitik sieht das Gros (92 Prozent) der G+G-Leserinnen und -Leser noch Nachbesserungsbedarf. So seien Mondpreise der Pharmaindustrie für neue, patentgeschützte Medikamente längst nicht aus der Welt.

# der Wahl

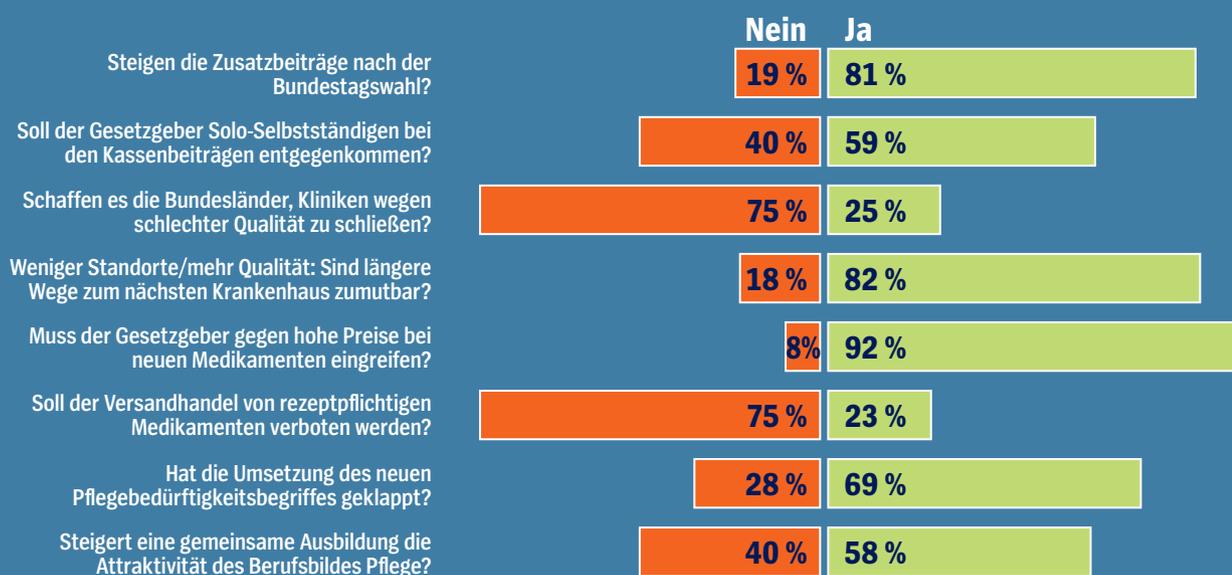


Bei der Frage, ob die Politik privat krankenversicherten Solo-Selbstständigen bei der Bewältigung ihrer Beitragslast beibringen soll, scheiden sich die Geister: 59 Prozent meinen, der Gesetzgeber sei zum Handeln gezwungen – 40 Prozent verneinen das. Gute Noten gibt es für die Pflegepolitik: Die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes im Zuge des Pflegestärkungsgesetzes II sehen jedenfalls knapp 70 Prozent der G+G-Leserinnen und Leser als gelungen an.

**Mehr Selbstverwaltung oder mehr Staat?** Das Votum der G+G-Leserinnen und -Leser zu dieser Frage fällt gespalten aus: 59 Prozent meinen, der Gemeinsame Bundesausschuss als das wichtigste Organ der gemeinsamen Selbstverwaltung aus Ärzten, Kassen, Kliniken und Patientenvertretern solle künftig mehr Aufgaben übernehmen. 41 Prozent wünschen

zusätzliche Aufgaben dagegen bei staatlichen Behörden und Ministerien angesiedelt. Konkret nachgefragt, setzen beim Thema eHealth 55 Prozent der G+G-Leserinnen und -Leser auf den Gesetzgeber, 45 Prozent auf die Selbstverwaltung. Ein Meinungsbild, das sich wohl auch als Ausdruck der Enttäuschung über die gegenseitigen Blockaden von Ärzten und Krankenkassen bei der Ausgestaltung der elektronischen Gesundheitskarte deuten lässt. ■

## Von A wie Arzneimittelpolitik bis Z wie Zusatzbeiträge – das meint die G+G-Leserschaft



Mehr als 80 Prozent der G+G-Leserinnen und -Leser gehen davon aus, dass spätestens nach der Bundestagswahl die Zusatzbeiträge steigen. Skepsis herrscht beim Thema Qualität vor: Dass Kliniken etwa wegen Mängeln geschlossen werden, glaubt nur eine Minderheit.



OLIVER WEISS

# Zur Kasse bitte!

Schwächelnde Beitragsbasis:  
Trotz aktueller Überschüsse ist die  
Finanzsituation der gesetzlichen  
Krankenversicherung auf Dauer nicht  
so rosig, wie sie derzeit scheint.  
Was die Parteien gegen die sich  
abzeichnende Finanzierungslücke  
tun wollen, steht in ihren Wahl-  
programmen – oder auch nicht.  
Eine kritische Bestandsaufnahme  
von **Dietmar Haun** und **Klaus Jacobs**

**D**ie Bundestagswahl am 24. September 2017 wirft ihren Schatten voraus. Die Parteien positionieren sich in ihren Wahlprogrammen für die nächste Legislaturperiode – auch zu gesundheitspolitischen Themen. In vergangenen Wahlkämpfen hatte die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) meist eine prominente Rolle gespielt. „Bürgerversicherung oder Kopfpauschale“ – an diese Alternative erinnern sich gewiss noch viele, auch wenn das mittlerweile schon zwölf Jahre zurückliegt.

Angesichts vieler anderer, vor allem auch internationaler Themen spielt die Gesundheitspolitik im Wahlkampf 2017 vermutlich keine derart herausragende Rolle. Dennoch verdienen die Aussagen der Parteien zur Finanzierung der GKV Beachtung – nicht nur wegen ihrer konkreten Inhalte, sondern auch wegen ihrer „Nicht-Inhalte“, wie im Folgenden gezeigt werden soll. Dazu ist es allerdings erforderlich, zunächst einen Blick auf den Status quo der GKV-Finanzierung zu werfen, um den Handlungshintergrund für mögliche Reformen aufzuzeigen.

**Feld vordergründig gut bestellt.** Auf den ersten Blick scheint alles bestens bestellt zu sein. Als Gesundheitsminister Hermann Gröhe im März die Finanzergebnisse für das Jahr 2016 verkündete, stellte er mit Zufriedenheit fest, dass die GKV mit Reserven von 25 Milliarden Euro weiterhin auf einer guten finanziellen Grundlage stehe und sich Panikmache als falsch erwiesen habe. Notwendige Verbesserungen, etwa bei der Prävention oder im Krankenhaus, seien mit Augenmaß und stets mit Blick auf ihre langfristige Finanzierbarkeit auf den Weg gebracht worden.

## Lese- und Webtipps

Die Wahlprogramme der einzelnen Parteien im Internet unter

- Union: [www.cdu.de](http://www.cdu.de) > Regierungsprogramm 2017 – 2021
- SPD: [www.spd.de](http://www.spd.de) > Programm > Unser Regierungsprogramm
- Bündnis 90/Die Grünen: [www.gruene.de](http://www.gruene.de) > Wahlprogramm 2017+
- Die Linke: [www.die-linke.de](http://www.die-linke.de) > Wahlen > Wahlprogramm
- FDP: [www.fdp.de](http://www.fdp.de) > Menü > Was uns bewegt > Wahlprogramm
- AfD: [www.afd.de](http://www.afd.de) > Programm > Bundestagswahlprogramm

Was die langfristige Finanzierbarkeit der GKV angeht, sieht die Entwicklung aber keineswegs rosig aus. Das liegt an der seit Langem bekannten „strukturellen Einnahmeschwäche“ (siehe Grafik „Lücke in der Kassenfinanzierung“ auf Seite 27). Viele Jahre lang haben sich die GKV-Ausgaben weitgehend parallel zum Bruttoinlandsprodukt (BIP) entwickelt. Entsprechend lag ihr Anteil am BIP weitgehend konstant bei durchschnittlich 6,5 Prozent. Das war keineswegs ein Selbstläufer, sondern bedurfte einer Reihe von ausgabenbegrenzenden Maßnahmen, die nicht immer auf ungeteilten Beifall stießen. Dennoch wird kaum jemand ernsthaft behaupten können, dass der GKV-Leistungskatalog substanzielle Einbußen erfahren hätte – abgesehen vom Zahnersatz, für den die GKV nur noch einen Festzuschuss zahlt, und der Herausnahme der rezeptfreien Arneien und Sehhilfen.

**Beitragsbasis wächst langsamer.** Das zentrale Problem der GKV liegt nicht auf der Ausgabenseite, sondern in der Entwicklung ihrer Finanzierungsbasis, also im Wesentlichen der Arbeitseinkommen und Renten bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Seit vielen Jahren bleibt das Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder weit hinter der Entwicklung der Wirtschaftskraft zurück (siehe Grafik). Die Ursachen:

- Rückgang der Lohnquote am Volkseinkommen bei gleichzeitiger Zunahme der Bedeutung von Einkommen aus anderen Quellen wie Vermietung oder Vermögen,
- die jahrelange Abwanderung einkommensstarker Erwerbsgruppen, Selbstständiger und abhängig Beschäftigter in die private Krankenversicherung sowie
- die Nichtberücksichtigung von Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze.

All dies hat dazu geführt, dass der GKV-Beitragsatz kontinuierlich gestiegen ist, obwohl sich die Kassenausgaben im Vergleich zur Wirtschaftskraft keineswegs überproportional entwickelt haben und von der gelegentlich beschworenen „Kostenexplosion“ keine Rede sein kann.

**Politik der freigiebigen Hand.** Gleichzeitig ist seit rund fünf Jahren die Kontrolle über die Ausgabenentwicklung ein Stück verloren gegangen. Seither übertrifft der Ausgabenanstieg regelmäßig das Wirtschaftswachstum, und der Anteil der GKV-Ausgaben am BIP hat die Sieben-Prozent-Schwelle mittlerweile überschritten. Das hatte es zuvor nur im Ausnahmejahr 2009 gegeben, als das BIP während der globalen Finanzkrise um fünf Prozent absackte. Nun zeigen sich dagegen die Auswirkungen einer „lockeren“, nur wenig auf Wirtschaftlichkeit und Ausgabenbegrenzung bedachten Politik, die das in dem Gröhe-Zitat reklamierte Augenmaß keineswegs immer erkennen lässt.

Diese Entwicklung, die bereits gegen Ende der vorausgegangenen Legislaturperiode unter FDP-Minister Daniel Bahr begonnen hatte – Stichwort: Abschaffung der Praxisgebühr als offenkundiges (wenn auch erfolgloses) Wahlgeschenk –, hat sich in der zu Ende gehenden Regierungszeit der Großen Koalition unvermindert fortgesetzt. Die Folge: steigende kassenindividuelle Zusatzbeiträge, die allein die GKV-Mitglieder zu tragen haben. Zwar ist der Anstieg des durchschnittlichen Zusatzbeitrags seit 2015 bislang mit zwei Zehntel Prozentpunkten im Vergleich zu

weit ungünstigeren Prognosen noch einigermaßen moderat verlaufen. Dennoch stellt sich die Frage, warum es in Zeiten wirtschaftlicher Prosperität überhaupt zu steigenden Kassenbeiträgen kommen muss. Schließlich sind die ökonomischen Rahmenbedingungen für die GKV-Finanzierung ausgesprochen günstig. So hat sich die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten zwischen 2004 und 2016 von 26,5 auf 31,4 Millionen erhöht. Auch die Bruttoentgelte der Beschäftigten zeigen seit Beginn dieses Jahrzehnts einen stabilen Aufwärtstrend. Dennoch rechnet selbst der keineswegs zur Panikmache neigende GKV-Spitzenverband damit, dass der durchschnittliche Zusatzbeitrag in den nächsten Jahren weiter steigen wird.

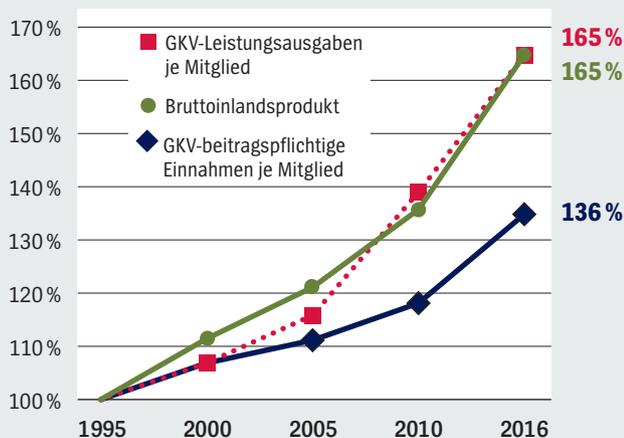
**Kassenausgaben legen weiter zu.** Damit sind zwei Dimensionen der Finanzierungsproblematik identifiziert, auf die es in den Wahlprogrammen nach Antworten zu suchen gilt: die strukturelle Wachstumsschwäche der GKV-Beitragsbasis und der überproportionale Ausgabenanstieg seit gut fünf Jahren. Eine weitere Dimension kommt noch hinzu, über die lebhaft gestritten wird: die Frage der Beitragsgerechtigkeit. Dabei sind zwei Aspekte zu unterscheiden: zum einen die gerechte Belastung der einzelnen Beitragszahler. Hier spielen Fragen wie die Abgrenzung des Einkommensbegriffs sowie die Höhe der Beitragsbemessungsgrenze eine wichtige Rolle. Zum anderen betrifft diese Frage auch das duale System der Krankenversicherung in Deutschland, also das europaweit einzigartige Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung (PKV). Dass Selbstständige und gutverdienende Arbeitnehmer nach individuellem Kalkül darüber entscheiden können, ob es sich für sie lohnt, der Solidargemeinschaft der GKV anzugehören oder nicht, ist seit vielen Jahren Gegenstand heftiger Debatten.

**Kontroversen um paritätische Finanzierung.** Relativ neu ist dagegen die Auseinandersetzung um die paritätische Finanzierung der GKV durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Diese hatte die damalige rot-grüne Bundesregierung 2004 abgeschafft. In den Folgejahren mussten die GKV-Mitglieder einen Sonderbeitrag von 0,9 Prozentpunkten allein entrichten. Im Unterschied zur damaligen Regelung ist der Arbeitgeberbeitrag heute jedoch bei 7,3 Prozentpunkten festgeschrieben. Somit sind alle künftigen Beitragssatzsteigerungen allein von den GKV-Mitgliedern zu tragen. Neben der damit verbundenen Frage der Beitragsgerechtigkeit wird diese Regelung auch deshalb kritisiert, weil sie zu einem verminderten Interesse der Arbeitgeber an einer kontrollierten Ausgabenentwicklung in der GKV führen könnte.

**Bürgerversicherung oder duales System?** Doch nun zu den Aussagen der Parteien zur Bundestagswahl 2017. Wie schon in vergangenen Wahlkämpfen gibt es hinsichtlich der Systemfrage einen grundsätzlichen Dissens zwischen den Unionsparteien und der FDP auf der einen Seite sowie SPD, Bündnis 90/Die Grünen und Linkspartei auf der anderen Seite. Letztere sind sich darin einig, das duale System der Krankenversicherung zugunsten eines einheitlichen Versicherungssystems für die gesamte Bevölkerung abzuschaffen. CDU, CSU und FDP lehnen eine solche Bürgerversicherung rigoros ab, zumeist unter Verweis auf

## Lücke in der Kassenfinanzierung

Prozentuale Entwicklung (Indexjahr 1995 = 100 Prozent)



Das Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder ist im Zeitverlauf deutlich hinter den Kassen-Ausgaben zurückgeblieben. Diese entwickelten sich lange Zeit parallel zum Bruttoinlandsprodukt. Doch seit etwa fünf Jahren wachsen die Ausgaben Jahr für Jahr schneller als das Bruttoinlandsprodukt.

Quelle: WIdO eigene Berechnungen, Daten: Bundesgesundheitsministerium und Destatis

vermeintliche Vorteile des „Systemwettbewerbs“ zwischen GKV und PKV. Soweit wenig Neues, könnte man sagen. Doch es lohnt sich, die Positionen der Parteien genauer zu betrachten.

### SPD: Schritt für Schritt zur paritätischen Bürgerversicherung.

Bei den Befürwortern einer Bürgerversicherung gibt es in den Wahlaussagen deutliche Unterschiede im Hinblick auf das Ausmaß der Reformen und der Umsetzungsschritte. Und noch etwas fällt auf: Die Kommunikationsstrategien der Parteien haben sich gegenüber früheren Wahlkämpfen verändert. SPD, Grüne und Linke befürworten die Einführung einer Bürgerversicherung in der Kranken- und Pflegeversicherung mit paritätischer Finanzierung durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Die SPD stellt die Forderung nach Parität in ihrem Wahlprogramm sogar in besonderem Maße in den Vordergrund und spricht explizit von einer „paritätischen Bürgerversicherung“. Die Umgestaltung soll schrittweise erfolgen, indem alle Neuversicherten obligatorisch in die Bürgerversicherung aufgenommen werden. Privatversicherte sollen freiwillig in die Bürgerversicherung wechseln können. Für Beamte soll ein beihilfefähiger Tarif in der Bürgerversicherung geschaffen werden. Die öffentlichen Arbeitgeber sollen wählen können, ob sie an der Beihilfe festhalten oder stattdessen einen Arbeitgeberbeitrag entrichten wollen. Parallel zur Einführung der Bürgerversicherung soll eine einheitliche Honorarordnung für Ärzte geschaffen werden, um die bevorzugte Behandlung von Privatversicherten zu beseitigen.

**Grüne: Beiträge auf Kapitaleinkünfte.** Die wahlprogrammatischen Vorstellungen von Bündnis 90/Die Grünen zur Bürgerversicherung unterscheiden sich bis dahin kaum von denen der SPD.

Hinzu kommt jedoch der Hinweis, dass Beiträge zur Bürgerversicherung auch auf Aktiengewinne und Kapitaleinkünfte erhoben werden sollen. Auffällig ist, dass sich weder Grüne noch SPD zu einer möglichen Höherbelastung von Besserverdienenden als Folge einer Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, zum Beispiel auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung, äußern. Das mag auch mit den Erfahrungen aus dem Wahlkampf 2013 zu tun haben, als die von vielen Bürgern befürwortete Grundidee der Ausweitung des an der solidarischen Finanzierung beteiligten Versichertenkreises wegen der gleichzeitig geforderten Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auch bei der eigenen Klientel auf ein geteiltes Echo stieß. Der Eindruck, dass für Gutverdiener die Einführung der Bürgerversicherung mit höheren Beitragskosten verbunden ist, soll im Wahlkampf 2017 offenbar gar nicht erst aufkommen.

**Linke: Sofortiges Ende der Dualität.** Das gilt allerdings nicht für das Reformprogramm der Linkspartei. Ihre Vorstellungen zur Einführung einer Bürgerversicherung sind deutlich klarer formuliert und inhaltlich radikaler – auch wenn mittlerweile gar nicht mehr von einer Bürgerversicherung die Rede ist, sondern von einer „solidarischen Gesundheitsversicherung“. Diese soll für alle Bürger obligatorisch zu einem Stichtag eingeführt werden und das bisherige duale Krankenversicherungssystem ablösen. Der PKV bliebe dann nur noch das Geschäft mit Zusatzversicherungen. Alle Einkommensarten, also auch Kapitaleinkünfte und Mieteinnahmen, sollen in die Beitragsbemessung einbezogen werden. Eine Beitragsbemessungsgrenze soll es nicht mehr geben. Sämtliche Zuzahlungen auf medizinische Leistungen sollen abgeschafft werden ebenso wie die höheren privatärztlichen Vergütungen. Die Linkspartei geht davon aus, dass dadurch der Beitragssatz auf unter zwölf Prozent sinken könnte – angeblich sogar dauerhaft.

**Union: Kein Wort zur Finanzierung.** Kommen wir nun zu den Gegnern einer Bürgerversicherung, voran die Unionsparteien. Ihr Regierungsprogramm enthält gleich zu Beginn des gesundheitspolitischen Teils eine klare Absage an die Einführung einer Bürgerversicherung. Wer allerdings eigene Vorstellungen zur Zukunftssicherung der Finanzierung in GKV und PKV erwartet hätte, wird enttäuscht. Denn dazu findet sich kein einziges Wort. Ob sich die beiden Schwesterparteien nicht einigen konnten? Die im Vorfeld innerhalb der Fachgremien von CDU und CSU erstellten Positionspapiere wiesen jenseits der Ablehnung einer Bürgerversicherung nämlich durchaus gewisse Unterschiede auf (siehe Übersicht „Was sich die Anhänger der dualen Krankenversicherung vorstellen“ auf Seite 29). So hatte sich der CDU-Fachausschuss Gesundheit und Pflege gegen Änderungen an den Regelungen zum Zusatzbeitrag ausgesprochen. Eine Anpassung des allgemeinen, von Arbeitnehmern und Arbeitgebern gemeinsam zu tragenden Beitragssatzes soll erst dann erfolgen, wenn die allein von den Arbeitnehmern über den Zusatzbeitrag zu tragenden Belastungen zusammen mit dem Bundeszuschuss zur GKV einen Betrag von 40 Milliarden Euro erreichen. Dies entspricht in etwa den Aufwendungen der Arbeitgeber für die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall.

Diese auch von den Arbeitgeberverbänden vertretene Interpretation von Parität ist alles andere als unumstritten. Denn es gibt auch die Auffassung, dass die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall eine arbeitnehmerseitig in Jahrzehnten erkämpfte und rechtlich abgesicherte originäre Aufgabe der Arbeitgeber ist und deshalb nicht einfach mit den Beitragsbelastungen der GKV-Mitglieder „verrechnet“ werden darf. Davon ganz abgesehen haben die Versicherten Zuzahlungen in einer Größenordnung von rund vier Milliarden Euro zu entrichten, die bei einer Gesamtbetrachtung wohl auch nicht ganz unter den Tisch fallen sollten. Der gesundheits- und pflegepolitische Arbeitskreis der CSU hatte sich jedenfalls dagegen ausgesprochen, dass die Anteile von Arbeitnehmern und Arbeitgebern am gesamten GKV-Beitragsatz weiter auseinanderdriften.

**Schwesterparteien anfangs uneins.** Die strukturelle Einnahmeschwäche der GKV war von beiden Unionsparteien auch schon zuvor nicht speziell als Problem adressiert worden. Laut CDU-Fachausschuss verfügen GKV und Gesundheitsfonds durch die gute Beschäftigungslage über genügend Mittel und hohe Rücklagen. Die CSU hatte immerhin eine Stärkung der solidarischen Krankenversicherung über eine Ausweitung der Steuerfinanzierung für gesamtgesellschaftliche Aufgaben ins Gespräch gebracht. Entsprechend hatte sich die bayerische Gesundheitsministerin Melanie Huml für einen deutlich höheren Bundeszuschuss ausgesprochen. „Wenn alle versicherungsfremden Leistungen aus Steuern bezahlt würden, so wie das eigentlich sein müsste, gäbe es heute rechnerisch keine Zusatzbeiträge“, wurde sie im Mai im Tagesspiegel zitiert. Dabei verwies sie auch auf die Belastung der GKV aufgrund nicht kostendeckender Beitragspauschalen für Hartz-IV-Empfänger. Im Wahlprogramm der Union kommt dies alles nicht mehr vor.

**Liberaler: Verfechter des freien Wettbewerbs.** Die FDP, die in der vergangenen Legislaturperiode mit Philipp Rösler und Daniel Bahr gleich zwei Gesundheitsminister stellte, aktuell aber nicht im Bundestag vertreten ist, bekennt sich in ihrem Wahlprogramm ausdrücklich zu mehr Wettbewerb innerhalb der beiden Versicherungssysteme GKV und PKV, aber auch zwischen ihnen. Deshalb sollen alle Bürger unabhängig von ihrem Einkommen ein freies Wahlrecht zwischen GKV und PKV erhalten, das ausdrücklich auch „Rückwege“ aus der PKV zur GKV einschließt. Die PKV soll verpflichtet werden, jeden Antragsteller zu versichern. Die Mitnahme von Altersrückstellungen bei einem Wechsel innerhalb der PKV soll erleichtert werden. Was das alles für die solidarische Finanzierung in der GKV bedeutet, wird nicht weiter thematisiert. Denkt die FDP zum Beispiel an einen systemübergreifenden Solidarausgleich? Bezeichnend für die Unbestimmtheit im FDP-Wahlprogramm ist auch die Aussage, dass „die Finanzierung von sogenannten versicherungsfremden Leistungen aus Bundeszuschüssen (...) für alle Versicherten gelten (muss) oder für keinen“. Damit sollen gesetzlich und privat Versicherte gleich behandelt werden – bloß wie? Mit oder ohne Bundeszuschuss? Das würde man schon gern erfahren.

**AfD: Allgemeinplätze statt Lösungen.** Schließlich noch ein Blick auf das Wahlprogramm der AfD, die mittlerweile in 13 von 16 Landesparlamenten vertreten ist. Zur Finanzierung der Krankenversicherung finden sich im AfD-Wahlprogramm zwei Textstellen. Im gesundheitspolitischen Kapitel wird auf zwei vermeintlich grundlegende Finanzierungsprobleme verwiesen, ohne jedoch Lösungen anzubieten: zum einen die angeblich von den Kassen zu tragenden und aus dem Ruder laufenden Gesundheitskosten für Migranten, Flüchtlinge und Asylbewerber (die es nicht gibt) und zum anderen die verfehlte Zinspolitik der

## Was die Befürworter der Bürgerversicherung wollen

Parteien	SPD	Bündnis 90/ Die Grünen	Die Linke
Quellen	„Es ist Zeit für mehr Gerechtigkeit“ Regierungsprogramm 25. Juni 2017	„Zukunft wird aus Mut gemacht“ Bundestagswahlprogramm 18. Juni 2017	„Sozial. Gerecht. Frieden. Für alle.“ Bundestagswahlprogramm 11. Juni 2017
System	Bürgerversicherung	Bürgerversicherung	Bürgerversicherung
GKV-Beitrag	Parität, kein Zusatzbeitrag	Parität, kein Zusatzbeitrag	Parität, kein Zusatzbeitrag
Konkrete Ausgestaltung der Bürgerversicherung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obligatorisch für alle Neuversicherten</li> <li>• Wahlrecht für Privatversicherte</li> <li>• Beihilfefähige Tarife und Wahlrecht für Dienstherrn zwischen Beihilfe und Arbeitgeberbeitrag</li> <li>• Einheitliche Honorarordnung Ärzte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schrittweise Einführung</li> <li>• Einbezug Beamte, Selbstständige und Gutverdiener</li> <li>• Beiträge auf Kapitaleinkünfte</li> <li>• Einheitliche Honorarordnung Ärzte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unmittelbare Einführung</li> <li>• Beiträge auf alle Einkommensarten</li> <li>• Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze</li> <li>• Geringere Beitragssätze für alle</li> <li>• Abschaffung privater Honorare</li> </ul>
Zusätzlich	Geringere Mindestbeiträge für Selbstständige mit geringen Einkommen	Geringere Mindestbeiträge für Selbstständige, Beitragsschulden erlassen	–

Weg von der dualen hin zur einheitlichen Krankenversicherung: SPD, Grüne sowie Linkspartei setzen sich für eine Bürgerversicherung und für die paritätische Finanzierung ein. Unterschiede gibt es aber bei der Ausgestaltung und beim Ablauf ihrer Einführung. *Zusammenstellung: Haun/Jacobs*

## Was sich die Anhänger der dualen Krankenversicherung vorstellen

Parteien	CDU	CSU	FDP
Quellen	Bundesausschuss Gesundheit und Pflege Stand 3/2017	Gesundheits- und Pflegepolitischer Arbeitskreis Stand 3/2017	„Schauen wir nicht länger zu“ Bundestagswahlprogramm 30. April 2017
System	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erhalt des dualen Systems GKV/PKV</li> <li>• Keine staatliche Einheitsversicherung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erhalt des dualen Systems GKV/PKV</li> <li>• Ablehnung Zwei-Klassen-Medizin</li> </ul>	Freie Wahl zwischen GKV/PKV für alle Bürger in beide Richtungen
Beitragsatz	Fortbestand von Zusatzbeitrag und Festschreibung Arbeitgeberbeitrag	Keine weitere Spreizung der paritätischen Beitragserhebung	Keine Aussage
PKV	Verhinderung von extremen Prämiensteigerungen	Weiterentwicklung der Gebührenordnung Ärzte	Mitnahme von Altersrückstellungen bei PKV-Wechseln
Zusätzlich	Sachgerechte Beiträge für Selbstständige in der GKV	Steuerfinanzierung von versiche- rungsfremden Leistungen	Mehr Selbstbeteiligungstarife mit Härtefallregelungen

Union und FDP setzen auf das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Bei der Beitragserhebung waren sich CDU und CSU nicht ganz einig. In ihrem gemeinsamen Regierungsprogramm fehlt das Thema völlig.

Zusammenstellung: Haun/Jacobs

Europäischen Zentralbank, die die Kapitaldeckung der PKV erschwere. Angesichts dieser dürftigen Aussagen erscheint es schon überraschend, dass im sozialpolitischen Kapitel für die Wiedereinführung der paritätischen Beitragsfinanzierung plädiert wird. Offenbar gilt dies als besonders populäre Forderung, die SPD, Linke und Grüne somit nicht exklusiv haben.

**Einnahmeschwäche weitgehend ausgeblendet.** Vor dem Hintergrund der eingangs dargestellten Problemlagen bei der Finanzierung der GKV hinterlassen die Wahlprogramme der Parteien zur Bundestagswahl 2017 eine gute Portion an Ratlosigkeit. So wird das seit vielen Jahren nicht nur hinlänglich bekannte, sondern in seinem Ausmaß ständig wachsende Problem der strukturellen Einnahmeschwäche der GKV von der größeren Regierungspartei, der Union, überhaupt nicht thematisiert. Vergessen scheint das Konzept der Gesundheitsprämie mit steuerfinanziertem Einkommensausgleich, das mit der Einführung des Gesundheitsfonds ab 2009 offenbar zu den Akten gelegt worden ist.

Dabei hat der Gesundheitsfonds lediglich zu einer Veränderung der Zahlungsströme innerhalb der GKV geführt, aber nichts am Umfang der aufgebrachten Finanzmittel verändert. Deshalb stehen Stabilisierung und Ausweitung der Grundlagen der solidarischen Finanzierung als wichtige Aufgabe unverändert an – ob nun mit oder ohne „Kopfpauschale“. Das scheint zumindest die CSU erkannt zu haben, die sich für mehr Steuerfinanzierung stark macht – ein realistischer Weg?

Die Bürgerversicherung adressiert das grundsätzliche Problem der strukturellen Einnahmeschwäche. Davon können auch Diskreditierungen ihrer Gegner – so spricht etwa die FDP von einer „getarnten staatlichen Zwangskasse“ – nicht ablenken. Als ob Deutschlands Gesundheitssystem in Europa der einzige Hort der Freiheit wäre! Hierüber dürften zum Beispiel die Nieder-

länder oder die Schweizer mit ihren wettbewerblichen Krankenversicherungen für alle Einwohner nur lachen.

Aber auch die Befürworter einer Bürgerversicherung scheint der Mut verlassen zu haben. Bloß keinem wehtun – so lautet zumindest bei SPD und Bündnis 90/Die Grünen die Devise, denn zur konkreten Ausgestaltung der schrittweise einzuführenden Bürgerversicherung halten sie sich doch sehr bedeckt. In den Vordergrund rücken sie stattdessen die Frage der paritätischen Finanzierung, die die wachsenden Beitragsbelastungen möglicherweise etwas erträglicher macht – aber nicht verhindert. Denn die paritätische Finanzierung allein würde an der unzureichenden Beitragsbasis der GKV noch nichts ändern.

**Wenig Konkretes zur Ausgabensteuerung.** Etwas ratlos und entsprechend sorgenvoll machen aber nicht nur die entweder vollständig fehlenden oder eher vage bleibenden Programmaussagen der Parteien zur Zukunftssicherung der solidarischen Finanzierung in der GKV. Dass sich die Beitragssätze – seit 2015 in Gestalt der kassenindividuellen Zusatzbeiträge – selbst in Zeiten sozialversicherungspflichtiger Rekordbeschäftigung und ordentlicher Einkommenslage nach oben bewegen, scheint keine Partei sonderlich zu sorgen. Insbesondere fehlen hinreichend klare ordnungspolitische Konzepte zur Versorgungs- und Ausgabensteuerung, die mehr als Formelcharakter aufweisen. Doch solange die Gesundheitspolitik vor allem danach beurteilt wird, ob die Regierung fleißig ist und viele Gesetze produziert, wird sich daran vermutlich auch in der nächsten Legislaturperiode nichts ändern. ■

**Prof. Dr. Klaus Jacobs** ist Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). **Dietmar Haun** arbeitet als wissenschaftlicher Mitarbeiter im Forschungsbereich Gesundheitspolitik/Systemanalysen.

**Kontakt: Dietmar.Haun@wido.bv.aok.de**



# JACKPOT: LEBEN

Beratung für Glücksspielsüchtige und  
ihre Angehörige

# JACKPOT: LEBEN

Beratung für Angehörige von  
Glücksspielsüchtigen

„Ich übernehme keine  
Verantwortung,  
spiele nicht mehr mit!“

Marie St. John  
Erfahrene Glücksspielsüchtige

Café Bergquelle  
Dietrich-Straße 10 | 22 73 00 12 000 | 04 70 66 74 070  
Bismarckstraße 1 | 10803 Berlin-Kreuzberg  
www.cafe-bergquelle.de | 030 20 84 66 33 | 9 51



Laslo Pribnow, 29, war süchtig  
nach dem Kick im Internet.  
Heute sagt er: „Echtes Leben  
ist toller als jedes Spiel.“

# ◀ Zurück im echten Leben

Zocken ohne Ende – als Jugendlicher hat Laslo beim Computerspielen die Kontrolle über sein Leben verloren. Heute ist er trocken. Die Berliner Beratungsstelle „Lost in Space“ hilft ihm, den Rechner aus zu lassen. Seine Erfahrungen gibt Laslo weiter an Eltern, die fürchten, dass ihre Kinder in die Sucht abgleiten. Eine Reportage von **Kay Funke-Kaiser** (Text) und **Stefan Boness** (Fotos)

**A**nfangs hört es sich so an, als seien ausschließlich die Jungs das Problem. Auf die Frage, um wen sich die Eltern sorgen, antworten sie fast gleichlautend: „Um meinen Sohn, 17 Jahre.“ – „Sohn, 17 Jahre.“ – „Sohn, 15 Jahre.“ – „Sohn, 17 Jahre“ – „Sohn, 20 Jahre. Ich möchte, dass er wieder zur Schule geht.“ Der Grund für die Sorge ist immer derselbe: Die Jungs „hängen nur noch am Rechner“. Sie finden in ihren Abenteuern und Kämpfen im Cyberspace kein Ende und keinen Ausgang. Sie schlafen nachts nicht mehr, sondern verfolgen gebannt und manchmal wie rasend auf die Tastatur hämmernd das Spiel ihrer Mannschaft. Sie kommen morgens nicht mehr aus dem Bett und schmeißen Schule und Ausbildung, weil sie dort längst abgehängt sind. Alle Eltern, die sich an diesem Dienstagabend um 18 Uhr in der Caritas-Beratungsstelle in Berlin-Kreuzberg treffen, machen sich massive Sorgen um ihre Kinder und haben die eine dringende Frage: „Was kann ich machen, damit er wieder aufhört?“

**Eltern sind mit ihrem Latein am Ende.** „Absprachen sind nicht mehr möglich“, berichtet eine Mutter. „Immer ist er mitten wo drin und kann gerade nicht aufhören.“ Eine andere Mutter änderte deshalb schon das Passwort am Computer ihres Sohnes. „Jetzt hasst er mich“, stellt sie resigniert fest. „Ich habe sogar die IP-Adresse geändert“, erzählt eine weitere Mutter und erntet verwunderte Blicke, weil alle anderen Eltern gar nicht wissen, wie das geht. „Hat alles nichts genutzt“, winkt die Mutter ab. „Hat sich eine neue besorgt.“ Ein Vater war nahe davor, „das Ding einfach aus dem Fenster zu schmeißen“.

Alle Eltern sind mit ihrem Latein am Ende. Als bereits viele ihre Hilflosigkeit geschildert haben, melden sich eine Mutter und ein Vater und berichten, dass sie ihrer Tochter schon sechs Handys weggenommen haben. Mit dem Handy habe sie Nacktfotos von sich gemacht und diese im Internet gepostet. In Chats habe sie Kontakte zu älteren Männern aufgenommen. Das Entsetzen aller Eltern ist jetzt mit den Händen zu greifen.

**Das Problem offiziell machen.** Unter den Zuhörern ist auch Laslo Pribnow, 29 Jahre, seit 950 Tagen aus der Klinik. Laslo spielte mehr als zehn Jahre lang intensiv am Computer. Jetzt zollt er den Eltern erst einmal Respekt: „Weil sie sich sorgen und sich kümmern. Weil sie ihre Kinder nicht aufgeben und hier und heute Rat suchen.“ Aber auch weil sie damit ihre Ratlosigkeit zugeben und durch ihren Besuch „das Problem offiziell machen“. Sie gestehen sich ein, dass sie nicht mehr weiter wissen, geben aber ihre Kinder nicht auf, sondern suchen professionellen Rat. Der erste Rat des Ex-Zockers klingt in den Ohren der Eltern jedoch erst einmal sehr verblüffend: „Wenn Sie sich zwischen Ihr Kind und den Rechner stellen, sind Sie nicht mehr Mutter und Vater, sondern ein Hindernis.“

Laslo, 29 Jahre, weiß wovon er spricht, denn seine Mutter war ein solches Hindernis. Der Streit mit seiner Mutter eskalierte so, dass er mit 17 Jahren auszog. Mit „dem Kontrollwahn von Mutti“ war damit Schluss. Mit der Computerspielsucht noch lange nicht. Laslo verteidigte mit dem Spiel allerdings auch etwas, was er bis dahin noch nicht erlebt hatte: „Das erste Mal, als ein gegnerischer Spieler fluchte, weil ich so verdammt gut war, weil ich besser war als er, das war eines der schönsten Gefühle, die ich jemals hatte.“

**Das Suchtmittel verbannen.** Gordon Schmid, Leiter der Berliner Caritas-Beratungsstelle „Lost in Space“, kennt diese Kicks des Internets, die süchtig machen und besonders junge Menschen aus der Bahn werfen können. Die Jugendlichen, die süchtig werden, beginnen mit dem Computerspiel meist in der Pubertät. Es dauert dann aber häufig rund zehn Jahre, bis sie selbst in die Beratungsstelle kommen. Das Durchschnittsalter der rund 280 Computerspieler, die im vergangenen Jahr Rat und Hilfe bei „Lost in Space“ suchten, lag bei 27 Jahren. 85 Prozent von ihnen waren Männer.

Laslo ist „trocken“, wie es bei Alkoholikern heißen würde, er hat das Suchtmittel aus seinem Leben verbannt. Bei ihm ist es halt der Rechner und nicht die Flasche. Laslo kommt allerdings weiterhin zu einem monatlichen Beratungsgespräch, um die Erfolge der Therapie zu stabilisieren. Claudius Boy, Sozialarbeiter, führt das Gespräch mittels eines Bildes. Das Bild ist eine Ampel, die auf Rot, Gelb oder Grün stehen kann. „Wann steht die Ampel bei dir auf Rot?“, will der Sozialarbeiter von Laslo wissen. „Ich war anfangs zu optimistisch. Ich dachte erst, ich kann den Rechner noch nutzen, um Musik zu machen oder kurz etwas auf Wikipedia nachzuschlagen. Oder Serien gucken. Ich dachte, die Ampel auf Gelb zu stellen, reicht aus.“ Doch das mit dem „ein bisschen Internet“ ging schief, der Computer beschäftigte ihn wieder länger, als gut war. „Deshalb hab ich die Ampel inzwischen auf Rot geschaltet, wenn es um den Rechner geht.“

**Enttäuschung nach einem Rückfall.** Laslo versuchte den Computer kontrolliert zu nutzen. Irgendwann kam der Moment, in dem er dachte: „Nur mal kurz spielen, das habe ich doch jetzt im Griff.“ Laslo hätte sich kaum stärker selbst täuschen können. Er lag im Bett und vibrierte vor Angst: „Geht jetzt alles wieder von vorne los?“ Das Spiel sollte nur eine Stunde dauern, es dauerte aber acht. Die Haltlosigkeit war sofort wieder dagewesen,



In der Caritas-Beratungsstelle „Lost in Space“ in Berlin sollen alle offline bleiben – Jugendliche, aber auch ihre Eltern.

die Sehnsucht danach, sich wieder im Spiel zu verlieren. Laslo kannte das Gefühl nur zu gut und erkannte: „Das ist ein Rückfall! Das darf nicht passieren!“ Der Rückfall „tat tierisch weh“, berichtet er heute. Der erneute Kontrollverlust „war eine riesige Enttäuschung“. Das erdrückende, vernichtende Gefühl: „Ich bin hilflos, ich habe keine Willenskraft.“

So hilflos, wie er sich in dieser Situation fühlte, war Laslo schließlich aber nicht. In der Therapie hatte er diesen Moment besprochen. Er schrieb an seinen besten Freund eine SMS: „Ich hatte einen RÜCKFALL!“ Aber er schrieb schon „hatte“. Laslo wirft eine Rettungsleine und zieht sich wieder ans Ufer. Am nächsten Morgen bringt er seinen Rechner zu seinem Freund, ein halbes Jahr später verschenkt er ihn ganz. Seither ist klar: „Ich werde nie kontrolliert Computer spielen können.“ Darum lautet heute sein Ziel: Abstinenz. Deshalb hat er die Ampel für den Rechner auf Rot geschaltet.

**Behandlung in der Klinik.** Laslo war zwar zur Suchtbehandlung in der Klinik. Der Grund dafür war zunächst jedoch gar nicht die Internetsucht, sondern seine Abhängigkeit von Alkohol und Cannabis. Eine Ärztin fragte ihn allerdings auch, ob und wie häufig er am Computer spielt. „Anfangs galt Internetsucht noch als exotisch“, erklärt Lost in Space-Leiter Schmid. „Inzwischen erkundigen sich Ärzte und Psychotherapeuten nicht mehr allein nach dem Konsum von Alkohol und Medikamenten, sondern auch nach anderen Süchten. Auch Kinderärzte fragen nach, wenn Kinder psychisch auffällig sind.“

„Kiffen ist auch auf Rot“, sagt Laslo. „Das habe ich in der Klinik gelernt.“ Laslo weiß inzwischen, dass er aufpassen muss, mit allem, was ihm großen Spaß macht. „Serien schauen war deshalb lange Zeit auf Knallorange. Kinofilme haben ein Ende, Serien aber häufig einen Cliffhanger. Du weißt nicht, wie es im nächsten Moment weitergeht und musst einfach die nächste Folge anschauen.“ Laslo kennt inzwischen die Warnsignale, die Anzeichen dafür, dass ihm sein Leben aus dem Ruder zu laufen

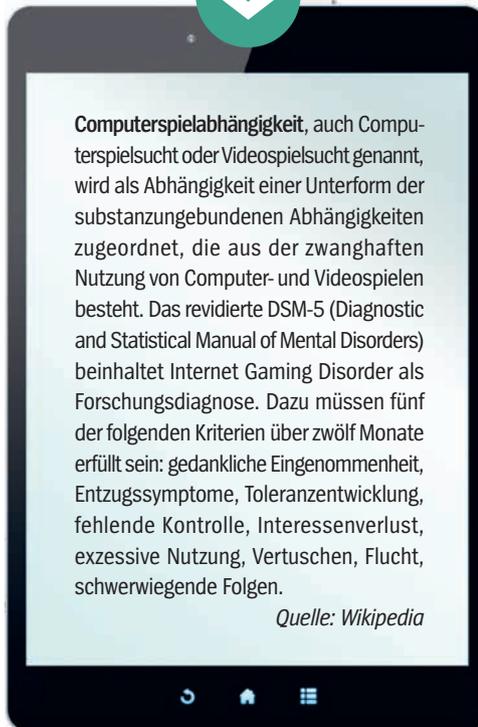


Laslo (l.) zollt den Müttern und Vätern zockender Kinder beim Caritas-Elternabend Respekt, „weil sie sich sorgen und kümmern.“ Gordon Schmid (m.), Leiter der Caritas-Beratungsstelle, lässt sie nicht aus der Verantwortung: „Ein Computer im Kinderzimmer ist so, als würden Sie da täglich einen Kasten Bier reinstellen.“

droht. Er beginnt, wieder Termine zu verpassen, vergisst, sich bei seinem Kumpel zu melden. Laslo nennt das seinen „Scheißegal-Modus“. Enorm wichtig seien auch die regelmäßigen Treffen in der Selbsthilfegruppe: „Dadurch kann ich nicht vergessen, dass ich süchtig bin.“

Laslo testete viele Spiele, Spiele mit viel Pixelpower und auch ganz einfache. Er begann die Schule zu schwänzen und nach der Schule für einen Euro in der Stunde in einem Internetcafé zu zocken. Im Spiel war er schnell gut und erfolgreich, Gildenführer von 40 Leuten, die auf das hörten, was er sagte. Die Spiele boten ein einfaches Ranking, das zeigte, wie erfolgreich er war. Der Nachteil: „Wenn du zwei Tage nicht im Spiel warst, hatten dich 30 Leute überholt und du warst nicht mehr unter den 100 Top-Leuten.“

**Emotionale Kicks machen süchtig.** Die Abhängigkeit von Computerspielen gehört zu den Verhaltenssuchten. Süchtig nach ihnen machen die emotionalen Kicks, die entstehen, wenn das Gehirn Erfolge feiert. „Computerspiele können das Gehirn verändern“, erklärt Gordon Schmid. „Die Synapsen geben sich nicht mehr mit normalen Reizen zufrieden, sie wollen mehr.“ Gordon Schmid hebt drei Anzeichen für eine Computerspielsucht hervor: Erstens verliert der Spieler die Kontrolle, er kann



dem Spiel kein Ende mehr setzen. Zweitens spürt der Spieler ein starkes Verlangen. Andere Aktivitäten erscheinen ihm neben dem Spielen nur noch zweitrangig. Beispielsweise sind ihm Freunde nicht mehr wichtig. „Jugendliche, die sich noch mit ihren realen Freunden zum Zocken verabreden, sind meiner

## Net-Piloten: Prävention unter Gleichaltrigen

**Ein Mittwoch im April 2017.** Projekttag an der Hein-Brand-Schule in Berlin. Rund ein Dutzend Jungs aus der 7. bis 9. Klasse lassen sich zum „Net-Piloten“ ausbilden. Sie diskutieren zunächst ihren eigenen Computer- und Internetgebrauch und lernen dann, wie sie andere Schüler, die exzessiv am Computer spielen oder ständig vor dem Rechner sitzen, helfen und beraten können. Die Net-Piloten wollen klarmachen, welche Risiken dabei bestehen, damit möglichst keiner süchtig wird. Das Projekt startete 2015 auf Initiative der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Net-Piloten sollen jährlich etwa 3.000 Schülerinnen und Schüler im Alter zwischen zwölf und 16 Jahren erreichen.

Am Projekttag fordert Andreas Nigggestich, Leiter des Net-Piloten-Modellprojekts in Berlin, als erstes alle diejenigen Jungs auf aufzustehen, „die ein Smartphone haben“. Es ist keine Überraschung, dass daraufhin alle aufstehen. Keiner bleibt sitzen. **Ein Handy hat heute so gut wie jeder Schüler. Das Handy liegt nie weit weg, ist fast immer griffbereit.** Ohne Handy fühlt sich mancher Schüler fast nackt. „Fast die ganze Schule spielt Handyspiele“, berichtet Karl, 13 Jahre. „Handyspiele sind ideal für ein paar Minuten in der Pause oder immer dann, wenn man gerade nicht weiß, was man tun soll.“ Das Handy ist aber auch einfach wichtig, um „mitreden zu können“, zu wissen, „wovon die anderen reden“, was sie gut finden oder worüber sie sich den Mund zerreißen. Karl spielt auch an der Konsole. Die steht allerdings im Wohnzimmer, damit die Eltern mitkriegen, wie oft und lange er spielt.



**„Handyspiele sind nicht mehr mein Ding“, sagt Jason, 15 Jahre.** „Aus dem Alter bin ich raus“. Jason mag lieber „Actionreicheres“ auf PC oder Konsole. Diese Spiele fressen Zeit. Bei einem Schultag bis 16 Uhr bleibt ihm jedoch nicht viel freie Zeit. Immer stehen Pflichten an, Hausaufgaben oder Müll wegbringen, Geschirrspüler ausräumen, „solche Sachen halt“. Zwischendurch sieht er sich gerne Videos an, bei denen er anderen Spielern zuschauen kann, wie sie gemeinsam gegen andere antreten. Oder er sieht sich Trailer und Kommentare zu aktuellen Spielen an. „Lieber nicht zu viel spielen, sonst leidet die Schule drunter“, sagt Jason und klingt erstaunlich vernünftig. Bei ihm geht es bald darum, in welchem Betrieb er sich um eine Ausbildungsstelle bewirbt. „Süchtig ist, wer täglich spielt“, meint Karl. „und wer Verabredungen absagt.“ – „Man vergisst schnell, wie lange man schon spielt“, sagt er. „Im Kino sind auch zwei Stunde ruckzuck rum“, erzählt Jason. „Ein Computerspiel hat oft kein Ende.“ Deshalb sorgen bei beiden die Eltern dafür, dass sie ein solches Ende finden. Jason: „Wenn mein Vater sagt: ‚Mach aus‘, dann muss ich auch ausmachen.“

*Kay Funke-Kaiser*

**Mehr Infos:** [www.multiplikatoren.ins-netz-gehen.de](http://www.multiplikatoren.ins-netz-gehen.de) > Net-Piloten

Einschätzung nach nicht besonders gefährdet“, erläutert Schmid. „Gibt jemand aber diese Freunde auf und hat nur noch Kontakt zu den anderen Spielern im Internet, dann ist dies ein Warnsignal.“ Drittens nimmt der Spieler seine Zukunftschancen nicht mehr wahr. Schule und berufliche Ausbildung sind bei ihm gefährdet.

Fast alle Jugendlichen nutzen das Internet. Längst nicht alle werden abhängig. Insgesamt gelten rund vier Prozent der 14- bis 16-Jährigen „mit hoher Wahrscheinlichkeit“ als internetabhängig (Ergebnisse der Studie „Prävalenz der Internetabhängigkeit – Diagnostik und Risikoprofile“, Universität Lübeck, 2013). Dabei ist der Anteil der Mädchen und Frauen (4,9 Prozent) deutlich höher als der Jungen und Männer (3,1 Prozent). Die Mädchen und Frauen nutzen intensiver als die Jungs soziale Netzwerke. Sie sind ständig per Handy mit anderen in Kontakt, überprüfen immerzu, ob neue Nachrichten vorliegen, oder checken die „Likes“ ihres Persönlichkeitsprofils. Anders als die Jungs fallen sich damit aber nicht so auf. Ein Blick aufs Handy ist kurz und schnell vorbei. Trotzdem kann der Blick aufs Handy genauso unkontrollierbar werden wie das Starten eines Computerspiels.

**Internet und Computerspiele gehören zur Jugendkultur.** Die Zahlen sagen aber auch: Die allermeisten Jugendlichen, die das Internet nutzen, sind nicht süchtig. Internet und Computerspiele gehören zur derzeitigen Jugendkultur. Das Internet ist das Medium, dass die meisten Jugendlichen als gemeinsame Beschäftigung teilen. Junge Menschen greifen Neuerungen schneller auf als die älteren. Bisher haben noch alle neuen Medien die älteren Generationen den Untergang des Abendlandes befürchten lassen. Am Ende des 18. Jahrhunderts verbreitete sich beispielsweise fast epidemisch das „Viellese“. Pädagogen und Kulturkritiker beklagten das lesende Frauenzimmer auf dem Sofa, Romane verschlingend, verloren an Erregungen und Fantasien, die einzig und alleine auf dem Papier existieren. Die Vielleser waren abgetaucht in künstlichen Welten würden wir heute sagen. Sich in imaginierten Welten zu verlieren, war schon lange vor dem Internet möglich.

Bei den Computerspielen kann der Spieler sogar eigene Geschichten schreiben. Der Verlauf der Handlung hängt davon ab, mit wem er redet oder für was er sich entscheidet. Gordon Schmid sorgt sich dabei nicht so sehr um die Gewalt und die Brutalität der Ego-Shooter, sondern die Endlosigkeit auch vieler einfacher Spiele. „Viele Online-Spiele gehen weiter, wenn der Spieler nicht am Rechner ist“, sagt er. „Das müssen gar keine großen Abenteuer in fernen Welten sein. Auch die Notwendigkeit, auf einem Internet-Bauernhof Pflanzen zu gießen und Tiere zu füttern, kann zum Vernachlässigen der realen Welt führen.“

**Grenzen gelten für die ganze Familie.** „Könnten Sie bitte das Handy ausmachen“, fordert Gordon Schmid einen Vater auf, der sich Anregungen des Elternabends in der Caritas-Beratungsstelle auf seinem Smartphone notiert. Der Vater guckt etwas verdutzt, weil er doch gar nicht spielt, sondern sich sogar Ratschläge notiert. Auch für ihn ist handyfreie Zeit noch etwas Neues – Offline-Tage, die Familien verabreden können, an die sich dann aber alle halten müssen, nicht nur die Jugendlichen.

„Auch bei Alkohol war es wichtig, durchzusetzen, dass Wasser auf dem Tisch normal ist“, erläutert Schmid. Nebenbei macht er den Eltern klar, wie sehr sie mit ihrem Vorbild das Verhalten ihrer Kinder prägen.

„Was können wir tun?“ bleibt die große Frage der Eltern an diesem Abend. „Letzten Endes verlieren wir doch immer“, klagt eine Mutter. „Dranbleiben, nicht aufgeben, weiter unbequem sein“, rät Lost-in-Space-Leiter Schmid. „Auf Spielzeiten einigen oder auch vorgeben. Da bekommen Sie auch Widerstand.“ Gordon Schmid kennt die Sorgen der Eltern nur zu gut. Für nichts anderes legen sich Eltern so ins Zeug wie für ihren Nachwuchs. Nichts anderes bringt sie deshalb so aus der Fassung wie Kinder, die sich selbst gefährden. Trotzdem zeigt er weiter die Dinge auf, die Eltern besser lassen: „Ein Computer im Kinderzimmer ist so, als würden Sie da täglich einen Kasten Bier reinstellen.“ Gordon Schmid lässt die Eltern nicht aus ihrer Verantwortung, auch wenn er weiß, dass solche Ratschläge nicht alle Probleme lösen. Manchmal verlieren Eltern ihre Kinder an den Rechner. Das ist sehr selten, aber kommt vor. Auch klare Regeln sind keine Gewähr dafür, dass sie von den Kindern nicht hintergangen werden. Doch für die Eltern an diesem Abend bleibt dies eine schier unerträgliche Vorstellung: Ihre Kinder ins Unglück rennen zu sehen und nichts tun zu können.

**Von den Sinnfragen erdrückt.** Eine Mutter berichtet, dass sie mit ihrem Sohn verabredet hatte: „Nach zwei Stunden ist Schluss.“ Doch die Verabredung war das eine, dass Schlussmachen nach zwei Stunden etwas ganz anderes. „Er ist selbst dann noch eklig, wenn es eine ganz klare Regel ist“, beschwert sich die Mutter. Schmid fragt Laslo: „Hast du gelogen?“ – „Klar, immer“, antwortet Laslo und ergänzt. „Lügendespinnste gab es allerdings schon vorher in meinen Leben.“ – „War an deine Vernunft zu appellieren?“ fragt Schmid nach. – „Nein, mit Reflexion hatte ich es damals nicht so.“

„Kinder, die keine Einsicht mehr zeigen? Das ist Pubertät!“, sagt Sabine Schäfer von der Erziehungsberatung Berlin-Mitte, die mit in der Runde sitzt: „Pubertät ist eine harte Zeit für Eltern, in der sie nicht geliebt werden. Jugendliche fühlen sich schnell bestraft, wenn es um Regeln geht.“ In kaum einer anderen Entwicklungsphase brauchen die Eltern so viel Geduld und Ausdauer wie in der Pubertät. Die Jugendlichen sortieren sich neu. Sie sind unterwegs in inneren Landschaften und nicht selten auch in ihrer Familiengeschichte. Auf der großen Suche nach sich selbst und dem Sinn, der doch in allem stecken muss. Laslo erdrückten diese Fragen: „Wofür mache ich das hier eigentlich alles? Schule, Studium, Erwachsenwerden. Möchte ich in dieser Welt überhaupt leben? Überall herrscht doch nur Kapitalismus und Krieg. Warum nicht Hartz IV und ständig zocken?“

**Ansprechbar bleiben.** Laslo hatte die Pubertät längst hinter sich, als er sich gegen die Sucht entschied. Zu dieser Entscheidung gehörte nicht nur, „dass ich das nicht mehr so wollte, das Leben, das ich als Computersüchtiger führte“. Das hatte ihm schon ein paar Mal gedämmert. Was dann hinzukam, war die Erkenntnis: „Ich schaffe es nicht alleine, einen Ausweg zu finden. Ich brauche Hilfe.“ Zu dieser Entscheidung und Erkenntnis hat ihm allerdings nicht seine Mutter verholten, sondern sein bester



Sozialarbeiter Claudius Boy nutzt in der Beratung von Internet-süchtigen das Bild von der Ampel. Laslo hat die Ampel beim Rechner auf Rot gestellt: „Ich habe den Computer verschenkt.“

Freund: „Der hat mich anderthalb Jahre bearbeitet.“ Heute weiß Laslo: „Echtes Leben ist toller als jedes Spiel.“ Sein Ziel ist, „ein ganz normales Leben zu führen“. Dazu gehört: „Einen Platz zum Leben zu haben, regelmäßig zu essen, Freunde zu haben, zu wissen, wo ich Hilfe bekomme, eine berufliche Perspektive zu haben.“ Schrecklich normal, ein solches Leben, aber eben ein eigenes Leben, ein Leben, in dem er entscheiden kann, was er tut oder lässt. Inzwischen nimmt Laslo viel genauer wahr, wann er wieder Gefahr läuft, „Treibholz zu werden“. Er lebt bewusster und kriegt mit: „Was belastet mich? Gab es einen Konflikt? Was kommt auf mich zu?“ Laslo rät den Eltern: „Drüber reden, was gerade passiert. Für alles ansprechbar bleiben.“ Wichtig sei auch, „die Zeiten, die die Kinder am Rechner verbringen dürfen, nicht von Schulnoten abhängig zu machen“.

Der Abend in der Caritas-Beratungsstelle ist schneller vorbei, als den meisten Eltern lieb ist. Gordon Schmid bietet den Eltern einzeln weitere Termine an, an denen sie mit ihm ihre Situation genauer beraten können. Andere Eltern tauschen Telefonnummern aus. Schließlich ergreift Laslo noch einmal das Wort. „Vielleicht helfen Ihnen für die nächste Zeit zwei Sätze“, sagt er: „Erstens: Es ist nicht Ihre Schuld. Zweitens: Es ist auch nicht die Schuld Ihrer Kinder.“ ■

**Kay Funke-Kaiser** ist freier Journalist in Berlin.

**Stefan Boness** ist freier Photojournalist in Berlin.

**Kontakt:** [www.iponphoto.com](http://www.iponphoto.com)

## Webtipps

- [www.multiplikatoren.ins-netz-gehen.de](http://www.multiplikatoren.ins-netz-gehen.de)
- [www.erstehilfe-internetsucht.de](http://www.erstehilfe-internetsucht.de)
- [www.stiftung-kind-und-jugend.de](http://www.stiftung-kind-und-jugend.de) > Projekte > BLIKK-Studie
- [www.f-foundation.org](http://www.f-foundation.org) Zusammenschluss von Menschen, die unter einer Sucht gelitten haben und die ihre Erfahrungen zu Zwecken von Prävention und Aufklärung an andere weitergeben möchten

# Klartext statt Rauchzeichen



Der Risikostrukturausgleich funktioniert so gut wie nie zuvor. Dennoch versuchen seine Gegner ihn schlechtzureden. **Timm Paulus** entlarvt ihre Botschaften als Wunsch, auf Kosten der Versicherten in veralteten Geschäftsmodellen zu verharren.

**W**ettbewerb und Solidarprinzip – der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) verbindet beides. Doch er hat sich zum Zankapfel entwickelt: Der Morbi-RSA verhindert Wettbewerb und mache die Menschen kränker als sie sind, lassen Kritiker verlauten.

Die dunklen Rauchwolken ihrer Botschaften vermitteln den Eindruck, das fein austarierte Modell sei vollständig ausgebrannt. Doch mit dem Rauch wollen sie Versäumnisse an anderer Stelle verdecken, denn ihre Geschäftsmodelle sind überholt. Der Morbi-RSA hingegen funktioniert acht Jahre nach seiner Einführung so gut wie nie zuvor. Damit das so bleibt, hat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) aktuell zwei Sondergutachten in Auftrag gegeben.

**Änderungen gehören zum Programm.** Von Beginn an wurde der Morbi-RSA als lernendes System konzipiert: Der Gesetzgeber hat festgelegt, ihn jährlich zu prüfen und bei Bedarf anzupassen. Über die Änderungen entscheidet das Bundesversicherungsamt (BVA), unterstützt von einem Wissenschaftlichen Beirat (*siehe Glossar auf Seite 38*). Die Krankenkassen sind in diesen Anpassungsprozess eingebunden. Sie dürfen Änderungen vorschlagen sowie die Vorschläge des BVA und des Wissenschaftlichen Beirats bewerten. Seit 2009 hat der Morbi-RSA unzählige Anpassungen erlebt. Sie reichen von der Aktualisierung einzelner Diagnosekodes (Verschlüsselung von Krankheiten) bis hin zu komplexeren Änderungen bei der Abbildung von Lebererkrankungen, die jüngst wegen neuer Arzneimitteltherapien bei Hepatitis C erforderlich waren.

Viele dieser Änderungen sind weitgehend geräuschlos erfolgt. Erst der Streit um die Korrektur des Berechnungsfehlers – dabei geht es um die Verrechnung der Ausgaben für im Laufe eines Jahres verstorbene Versicherte (*siehe Glossar*) – und das folgende Gerichtsurteil haben dazu geführt, dass sich einige Krankenkassen bei der Verteilung der Mittel als Verlierer fühlen.

**Weiterentwicklung auf wissenschaftlicher Basis.** Dabei hat die Politik auf die Korrektur des Berechnungsfehlers mit dem GKV-Finanzstruktur und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) – systematisch richtig – reagiert. Denn sie hat Änderungen beim Morbi-RSA in zwei weiteren Bereichen initialisiert, in denen der wissenschaftliche Evaluationsbericht aus dem Jahr 2011 (*siehe Web- und Lesetipps auf dieser Seite*) ebenfalls Weiterentwicklungsbedarf aufgezeigt hat: bei Krankengeld und Auslandsversicherten. Die hierzu mit dem GKV-FQWG eingeführten Übergangslösungen sollen durch wissenschaftlich erarbeitete Verfahren ersetzt werden. Dazu liegen bereits erste Expertisen vor. Hierauf aufbauend sollen zwei Folgegutachten bis spätestens Ende 2019 konkrete, umsetzungsfähige Vorschläge erarbeiten, um die Übergangsregelung abzulösen. Dieses Vorgehen wurde vor kurzem mit dem Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) festgelegt. Die Politik stellt die Morbi-RSA-Weiterentwicklung also weiterhin auf ein wissenschaftliches Fundament. Dieser Weg ist richtig und hat sich bewährt.

#### Web- und Lesetipps

- **Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich**, Gutachten im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums, November 2004, **Download:** [www.bundesversicherungsamt.de](http://www.bundesversicherungsamt.de) > Risikostrukturausgleich > Weiterentwicklung > Auswahl eines Versichertenklassifikationsmodells
- **Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich**, Endfassung Juni 2011, **Download:** [www.bundesversicherungsamt.de](http://www.bundesversicherungsamt.de) > Risikostrukturausgleich > Wissenschaftlicher Beirat > Evaluationsbericht 2011
- [www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Presse > ams-Politik Juni 2017 > Dokumentation des AOK-Papiers zum HHVG: **Vorgaben für Diagnose-Dokumentation einheitlich umsetzen**
- [www.morbi-rsa.de](http://www.morbi-rsa.de) Informationen der AOK zum Morbi-RSA, Download des AOK-Positionspapiers zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA

# Glossar

**Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich:** Der Morbi-RSA ist Anfang 2009 aus dem seit 1994 für die GKV geltenden Risikostrukturausgleich hervorgegangen. Die Mittel aus dem Gesundheitsfonds werden nach den Regeln des Morbi-RSA an die Krankenkassen verteilt. Um Anreize zur Risikoselektion zulasten bestimmter Versicherter zu verringern und eine wirtschaftliche Mittelverwendung zu fördern, ist die Höhe der Zuweisungen nicht nur an Alter, Geschlecht oder Erwerbsminderung, sondern auch an das Vorliegen von zurzeit 80 ausgewählten Krankheiten gekoppelt.

**Berechnungsfehler:** Ein systematischer Fehler bei der Berücksichtigung der Leistungsausgaben für im Laufe eines Jahres verstorbene Versicherte hatte dazu geführt, dass die Zuweisungen an die Krankenkassen für alte und kranke Versicherten zu niedrig ausfielen. Das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen ordnete mit seinem Urteil vom 4.7.2013 die Korrektur des Berechnungsfehlers an, da sich GKV, BVA und BMG – trotz eindeutiger Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats – nicht auf eine Anpassung im Rahmen der jährlichen Weiterentwicklung des Morbi-RSA verständigen konnten.

**Prävalenzgewichtung und Krankheitsauswahl:** Für das Morbi-RSA-Verfahren werden rund 360 Krankheiten unterschieden. Das Gesetz sieht allerdings vor, dass der Morbi-RSA mindestens 50 und höchstens 80, insbesondere kostenintensive chronische Krankheiten und Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf berücksichtigt. Bei der Auswahl spielt eine Rolle, wie häufig eine Krankheit bei den Versicherten auftritt (Prävalenz). Je nachdem, nach welcher Formel die Prävalenz dabei gewichtet wird, kommen eher seltene und teure Krankheiten oder eher häufige und im Einzelfall vergleichsweise nicht so teure Krankheiten in die Auswahl. Werden alle Krankheiten berücksichtigt, spricht man von einem Morbi-RSA-Vollmodell.

**Regionaldimension:** Die Ausgaben der Krankenkassen und die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds weisen räumliche Unterschiede auf. Diese sind aber mit Einführung des Morbi-RSA deutlich kleiner geworden, da die Morbiditätsorientierung die Ursachen für höhere oder niedrigere Ausgaben der Versicherten abbildet. In der aktuellen Debatte fordern einige Kassen, die verbleibenden Unterschiede durch Einführung einer Regionaldimension auszugleichen – beispielsweise indem für Versicherte, die in Kreisen mit einer höheren Dichte an Kliniken und Arztpraxen wohnen, höhere Zuweisungen bereitgestellt werden.

**Risikoselektion:** Beschreibt das Verhalten von Krankenkassen, gezielt Menschen anzuwerben, die vergleichsweise geringe oder keine Ausgaben verursachen („Rosinenpicken“). Bei diesen Versicherten übersteigen die Einnahmen die Ausgaben – die Kassen machen also Gewinn. Im Nachteil sind dadurch alte und kranke Menschen. Deshalb unterbindet der Gesetzgeber durch den Morbi-RSA die Anreize zur Risikoselektion.

**Wissenschaftlicher Beirat:** Für die Auswahl der Krankheiten und die Entwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Morbi-RSA ist beim BVA ein Wissenschaftlicher Beirat aus Medizinern, Ökonomen und Pharmazeuten eingerichtet worden. Die Empfehlungen des Beirats bilden die Grundlage für die jährlichen Anpassungen des Morbi-RSA. Aktuell erstellt der Beirat im Auftrag des BMG zwei Sondergutachten zum Morbi-RSA. Dafür wurde er von sieben auf neun Mitglieder erweitert.

Timm Paulus

Gleichzeitig hat der Gesetzgeber mit dem HHVG jede Form der Einflussnahme der Krankenkassen auf die ambulanten ärztlichen Diagnosen unterbunden und Zuwiderhandlungen mit neuen Sanktionen belegt. Das begrüßt die AOK ausdrücklich: Die Diagnosestellung und Dokumentation ist Aufgabe des Arztes, die Krankenkassen dürfen sie nicht beeinflussen (*siehe Web- und Lesetipps*). Krankenkassenvorstände hatten sich selbst und andere bezichtigt, Ärzte angehalten zu haben, die Versicherten auf dem Papier kränker zu machen als sie sind. Auch damit verfolgten sie das Ziel, den Morbi-RSA zu diskreditieren. Mit dem HHVG ist dieser Rauch verflogen.

**Die Gewinne beruhen auf einem effizienten Mitteleinsatz.** Losgelöst von der systematischen Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs führen die Krankenkassen gegenwärtig hitzige Debatten darüber, was alles noch am Morbi-RSA zu ändern sei. Doch wenn man genauer hinschaut, erkennt man schnell, dass diese Änderungsvorschläge nur ein Ziel haben: Geld aus dem Gesundheitsfonds so zu verteilen, dass die eigene Krankenkasse mehr und die Wettbewerber weniger Zuweisungen erhalten. Zu diesen Forderungen gehört, nur noch seltene und sehr teure Krankheiten im Morbi-RSA zu berücksichtigen oder die höhere Krankheitslast von Erwerbsminderungsrentnern auszublenden.

Wissenschaftlich ist das nicht zu begründen. Deshalb versuchen einzelne Krankenkassen, den Morbi-RSA zu diskreditieren: Sie unterstellen, er führe zu Verwerfungen im Wettbewerb und sei dafür verantwortlich, dass einige Kassenarten Verluste aufweisen, während die AOK Überschüsse erzielt. Doch die Gewinne der AOK sind nicht auf den Morbi-RSA zurückzuführen, sondern auf einen effizienten Mitteleinsatz in der Gesundheitsversorgung. Das erfordert Anstrengungen in allen Unternehmensbereichen – von A wie Arzneimittelrabattverträge bis Z wie Zweitmeinung. Damit setzt sich die AOK von anderen Geschäftsmodellen in der gesetzlichen Krankenversicherung ab.

**Der Beirat prüft Änderungswünsche der Kassen.** Vielleicht hat die heftige Morbi-RSA-Debatte ihren Ursprung in der gerichtlichen Entscheidung zur Korrektur des Berechnungsfehlers. Wichtig und richtig ist aber, dass die Politik dessen ungeachtet entschieden hat, den Morbi-RSA auf der Grundlage wissenschaftlicher Expertise weiterzuentwickeln.

Was geschieht also nun mit den vielen Morbi-RSA-Änderungswünschen der Krankenkassen? Diese Frage soll der Wissenschaftliche Beirat des BVA in zwei Sondergutachten klären. Bis Ende September 2017 soll das erste Gutachten vorliegen. Zwei ausgewiesene Experten für RSA und Wettbewerb unterstützen den Beirat bei dieser Aufgabe: Professor Wynand van de Ven von der Erasmus University Rotterdam und Professor Achim Wambach vom Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung in Mannheim. Der Beirat kann auf Daten aller Krankenkassen zurückgreifen und auch die Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Vorschlägen untersuchen. Damit ist eine umfassende wissenschaftliche Evaluation des Morbi-RSA möglich. Bei der Themenvorgabe hat sich das BMG eng an den Änderungswünschen der Krankenkassen orientiert:

- Prävalenzgewichtung und Krankheitsauswahl (*siehe Glossar*)
- Ausgleich von Morbiditätsrisiken (unter anderem Streichung des Risikomerkmals „Erwerbsminderungsrentner“ und der DMP-Pauschale)
- Unterschiedliche Ausgabenstrukturen
- Unterschiedliche Varianten zur Einführung eines Risikopools
- Manipulationsresistenz des RSA
- Präventionsanreize im RSA
- Berücksichtigung von Verwaltungsausgaben
- Wechselseitige Abhängigkeiten der verschiedenen Vorschläge

Das zweite Sondergutachten des Beirats soll bis Ende April 2018 fertig gestellt sein und die räumliche Verteilung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds untersuchen. Ein gesonderter Gutachtenauftrag ist notwendig, da die erforderlichen Informationen zum Wohnort (Gemeinde) der Versicherten erst ab August 2017 vorliegen. Die Erhebung dieser Daten wurde ebenfalls mit dem HHVG geregelt. Demgegenüber fehlt ein Gutachtenauftrag zur Berücksichtigung von sozio-ökonomischen Faktoren für den Morbi-RSA, da hierfür keine Daten erhoben werden. Der Gesetzgeber ist deshalb gefordert, auch für diese Fragestellung die datentechnischen Voraussetzungen für wissenschaftliche Gutachten zu schaffen.

**Anreize zur Risikoselektion verringern.** Der Beirat wird die vielen Änderungsvorschläge auf der Grundlage eigener Analysen bewerten. Dabei muss er die gesetzlichen Ziele des Morbi-RSA im Blick behalten. Sie sind in Paragraph 268 Sozialgesetzbuch V festgelegt: Die Weiterentwicklung des Morbi-RSA muss zu einer Reduzierung von Risikoselektionsanreizen führen (Solidaritätsziel) und eine nicht gerechtfertigte Leistungsausweitung vermeiden (Wirtschaftlichkeitsziel). Eine Änderung des RSA ist nur dann sinnvoll, wenn die messbare Zielgenauigkeit des RSA auf der Ebene von Versicherten und Versichertengruppen steigt, das heißt: Risikoselektionsanreize zulasten bestimmter Versichertengruppen werden verringert beziehungsweise ausgeschlossen und Wirtschaftlichkeitsanreize werden gestärkt.

Heute wird die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA überwiegend mit Hilfe statistischer Kennzahlen bewertet. Doch der Wissenschaftliche Beirat hat in seinem Evaluationsbericht von 2011 (*siehe Web- und Lesetipps*) gezeigt, wie wichtig es ist, Anreize zur Risikoselektion in Bezug auf bestimmte Versichertengruppen zu untersuchen. Dazu hat er unter anderem die Ausgabendeckung nach Alter und Geschlecht oder der Art der Erkrankung analysiert. Dieser Ansatz hat sich in den Niederlanden etabliert. Die Frage, wie gut der Morbi-RSA funktioniert, wird dort mit Blick auf die Ausgabendeckung bei Versicherten mit Diabetes und vielen anderen Versichertengruppen beantwortet. Dieses Konzept eignet sich besser zur Bewertung des Morbi-RSA als statistische Kennzahlen, denn es ermöglicht nachvollziehbare und belastbare Aussagen zur Veränderung von Anreizen zur Risikoselektion.

**Prüfung auf Ebene von Versichertengruppen.** Am Beispiel der Krankheitsauswahl wird dies besonders deutlich. Würde man 80 sehr seltene und teure Krankheiten für den Morbi-RSA berücksichtigen, verschlechtern sich die statistischen Kennzahlen des Morbi-RSA-Modells gegenüber dem Status Quo. Sie verbessern sich hingegen, wenn man alle Krankheiten berücksichtigt (Vollmodell).

## Interview



### „Wir gestalten die Weiterentwicklung des RSA gerne mit“

**Martin Litsch** ist  
Vorstandsvorsitzender des  
AOK-Bundesverbandes.

**Herr Litsch, was erwarten Sie von der kommenden Bundesregierung in Sachen Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, kurz Morbi-RSA?**

**Martin Litsch:** Wir erwarten eine sachliche Diskussion auf der Basis wissenschaftlicher Expertise. Dabei muss es darum gehen, wie der Morbi-RSA Risikoselektion zulasten der Versicherten verhindert – und nicht darum, unterschiedliche Geschäftsergebnisse zwischen den Krankenkassen auszugleichen. Das muss die kommende Regierung klarstellen und umsetzen. Diesen Weiterentwicklungsprozess gestalten wir gerne mit, damit der Risikostrukturausgleich auch in Zukunft seine Aufgabe erfüllen kann, Solidarität und Wettbewerb miteinander zu vereinbaren. Änderungen am Morbi-RSA sind nur dann sinnvoll, wenn sie im Einklang mit dessen sozialpolitischen Zielen stehen.

**Was versprechen Sie sich dabei von dem Sondergutachten, das der Gesetzgeber beim Wissenschaftlichen Beirat des Bundesversicherungsamtes in Auftrag gegeben hat und das im Herbst vorliegen soll?**

**Litsch:** Wir sind gespannt auf das Gutachten, vor allem darauf, wie die vielen Änderungsvorschläge zusammenwirken, denn eine isolierte Betrachtung einzelner Vorschläge macht keinen Sinn. Interessante Impulse erwarten wir von den beiden Wissenschaftlern, die den Beirat zusätzlich unterstützen. Mit Blick auf Holland – Professor Wynand van de Ven kommt von der Erasmus University Rotterdam – gibt es gute Ideen für den Morbi-RSA zu diskutieren. Auch Professor Achim Wambach hat sich bereits in einem früheren Gutachten mit dem Morbi-RSA befasst.

**Stichwort Manipulationsresistenz: Wie bewerten Sie die Regelungen des Heil- und Hilfsmittelstärkungsgesetzes (HHVG) zur Kodierung ambulanter Diagnosen?**

**Litsch:** Die gesetzlichen Regelungen sind richtig und wichtig. Doch sie müssen auch durchgesetzt werden. Deshalb hat das AOK-System eine klare Festlegung getroffen, dass die AOKs die Regeln eins zu eins umsetzen werden. Das erwarten wir auch von den anderen Krankenkassen. Das Bundesversicherungsamt überprüft übrigens alle Kassen in Bezug auf die Diagnosen im Morbi-RSA – unabhängig davon ob Bund oder Länder für die Aufsicht zuständig sind. Wer das HHVG nicht umsetzt, muss also mit spürbaren Sanktionen rechnen. ■

## Krankheitsauswahl: Vollmodell ist zielgenau

Ausgabendeckung auf Ebene von Versichertengruppen:  
Je näher sie an 100 Prozent liegt,  
desto geringer sind die Anreize zur Risikoselektion

Versichertengruppen (prospektiv)	Morbi-RSA mit 80 seltenen und teuren Krankheiten	Aktueller Morbi-RSA mit 80 Krankheiten (2017)	Morbi-RSA mit allen Krankheiten (Vollmodell)
Gesunde	137 %	122 %	106 %
Multimorbide (mehr als fünf unterschiedliche Krankheiten)	93 %	96 %	99 %
Mit Asthma bronchiale	85 %	95 %	100 %
Mit psychischen Erkrankungen	86 %	99 %	101 %
Mit einer der zehn seltensten Krankheiten	87 %	79 %	99 %

Wenn der Morbi-RSA alle Krankheiten berücksichtigt, erfüllt er sein Ziel besser als mit 80 seltenen und teuren Krankheiten. Das zeigt ein Vergleich auf der Ebene von Versichertengruppen. So beträgt die Ausgabendeckung etwa bei gesunden Versicherten im Vollmodell 106 Prozent. Werden hingegen 80 seltene und teure Krankheiten berücksichtigt, steigt die Überdeckung der Ausgaben auf 137 Prozent deutlich an.

Quelle: AOK-Bundesverband (Datengrundlage 2014/2015)

Noch deutlicher wird der Unterschied aber, wenn man die Ausgabendeckung für einzelne Versichertengruppen betrachtet. Das Modell mit 80 sehr seltenen und teuren Krankheiten führt zu einer klaren Verschlechterung der Zielgenauigkeit bei fast allen Versichertengruppen: Die bestehenden Überdeckungen (Krankenkassen erhalten mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds als sie für die Versorgung brauchen) bei gesunden Versicherten und Unterdeckungen bei kranken Versicherten nehmen erheblich zu. Die Anreize zur Risikoselektion vergrößern sich also deutlich. Anders beim Vollmodell: Der Einbezug aller Krankheiten in den Morbi-RSA verringert die Fehldeckungen und damit die Anreize zur Risikoselektion in beachtlichem Umfang (siehe

Tabelle „Krankheitsauswahl: Vollmodell ist zielgenau“ auf dieser Seite).

**Forderungen begünstigen Fehlentwicklungen.** Diese Ergebnisse sind entlarvend: Sie zeigen, dass die Forderung einzelner Kassen nach einer Konzentration des Morbi-RSA auf 80 teure und seltene Erkrankungen die ohnehin deutlichen Überdeckungen („Gewinne“) für gesunde Versicherte noch weiter vergrößert. Gleichzeitig werden Risikoselektionsanreize zulasten von kranken Versicherten verschärft. Die Krankenkassen, die davon profitieren, könnten dann ihre alten, bis zur Einführung des Morbi-RSA erfolgreichen und auf Risikoselektion basierenden Geschäftsmodelle weiterpflegen. Eine Umsetzung würde zu einem volkswirtschaftlich sinnlosen GKV-Wettbewerb um junge, gesunde Versicherte führen („Rosinenpicken“-Wettbewerb). Auch viele weitere Änderungsvorschläge würden eine solche Fehlentwicklung begünstigen. So geht es beispielsweise bei der Forderung, das Merkmal Erwerbsminderungsrente nicht mehr im Ausgleich zu berücksichtigen, nur darum, mehr Geld für Gesunde aus dem Gesundheitsfonds zu bekommen, wobei der besondere Versorgungsbedarf dieser Versicherten ignoriert wird. Gleiches gilt für die Forderung, Volkskrankheiten wie beispielsweise Diabetes oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen aus dem Ausgleich herauszunehmen, weil sie vermeintlich durch Prävention zu verhindern seien.

**Kein Anknüpfungspunkt für eine Regionalisierung.** Auch die von einigen Krankenkassen gewünschte Einführung einer Regionaldimension (siehe Glossar) im Morbi-RSA dient nur dazu, dass mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds in die Städte fließt, wo sie über einen höheren Marktanteil verfügen. Dabei gibt es aus heutiger Sicht keinen Anknüpfungspunkt für eine Regionalisierung im Morbi-RSA. Die kausalen Zusammenhänge, die Über- und Unterdeckungen auf beispielsweise der Landkreisebene erklären könnten, sind bislang unerforscht. Es ist nicht nachgewiesen, dass versichertenindividuelle Ausgaben überhaupt mit räumlich zusammengefassten Merkmalen erklärt werden können. Die Idee einer Versorgungsstrukturkomponente für Kreise mit besonders vielen Krankenhausbetten oder einer sehr hohen Facharztdichte macht allein schon deshalb keinen Sinn,

## So lässt sich der Risikostrukturausgleich weiter verbessern

Vorschläge der AOK zur systematischen Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA):

### Sofortmaßnahmen

- Einheitliche Kodierrichtlinien einführen und Validität der Datengrundlagen für den Morbi-RSA sicherstellen
- Alle Krankheiten im Morbi-RSA berücksichtigen
- Sonderregelungen für Pro-Kopf-Zuweisungen im RSA beenden

### Kurzfristige Reformperspektive

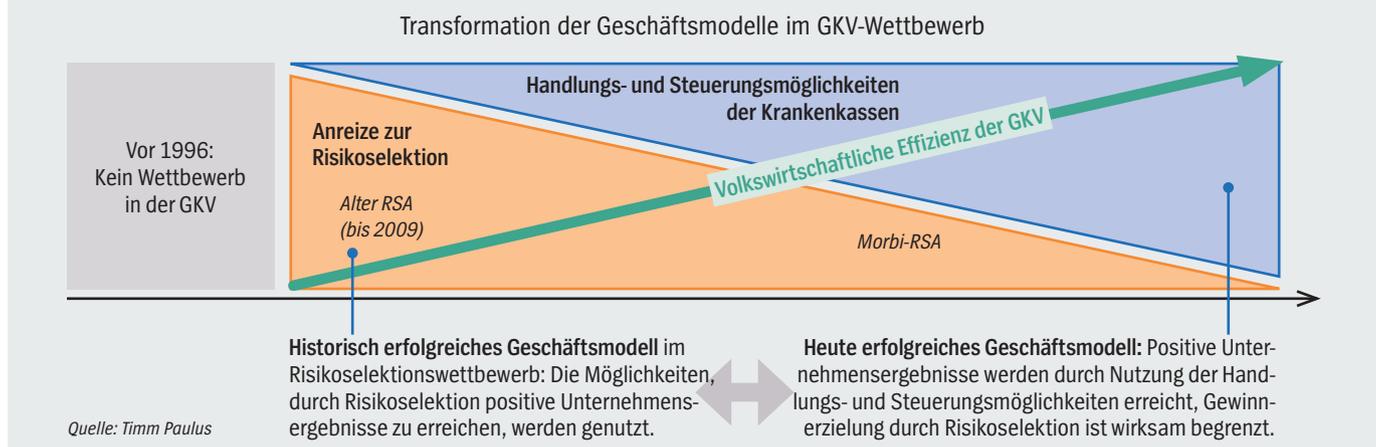
- Morbiditäts- und Einkommensorientierung bei Krankengeldzuweisungen einführen
- Auslandszuweisungen konsequent an standardisierten Leistungsausgaben ausrichten
- Berücksichtigung von sozio-ökonomischen Informationen prüfen

### Morbi-RSA als lernendes System

- Umgang mit Hochkostenfällen prüfen
- Kein Anknüpfungspunkt für eine Regionalisierung im RSA

Das AOK-Positionspapier zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA als Download:  
[www.morbi-rsa.de](http://www.morbi-rsa.de)

## Versorgungssteuerung statt Risikoselektion: Wie die Krankenkassen im Wettbewerb gewinnen



weil die Planung der Gesundheitsinfrastruktur geradezu darauf ausgelegt ist, dass Versorgungsangebote auch von Versicherten in einem größeren Einzugsgebiet genutzt werden. Die fortschreitende Spezialisierung und Digitalisierung der Leistungserbringung wird dies noch verstärken.

**Handlungsspielräume erweitern.** Die Krankenkassen sollten sich vor Ort und flächendeckend für eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung einsetzen. Dazu gehört die Gestaltung einer wirtschaftlichen Krankenhausversorgung genauso wie die effiziente Verknüpfung ambulanter und stationärer Versorgungsangebote. Eine Regionalisierung im Morbi-RSA würde hingegen bestehende Über-, Unter- und Fehlversorgungen zementieren statt abbauen. Politik, Krankenkassen, Kliniken und Ärzterevertreter sind aufgefordert, ihre Hausaufgaben bei der Strukturberreinigung in übertersorgten Regionen zu machen – sie dürfen sich nicht darauf verlassen, dass höhere Ausgaben auch höhere Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds bedeuten. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass die Politik die Handlungsspielräume der Krankenkassen zur Versorgungssteuerung sukzessive erweitert und nicht beschränkt, damit die Wirtschaftlichkeit der Mittelverwendung in der Praxis steigt.

**Wettbewerb erhöht die Qualität.** Die AOK verfolgt mit ihren Vorschlägen zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA das Ziel, Anreize zur Risikoselektion zulasten bestimmter Versicherten-gruppen weiter zu reduzieren – idealerweise auszuschließen – und Wirtschaftlichkeitsanreize zu stärken (siehe Interview auf Seite 39 und Kasten „So lässt sich der Risikostrukturausgleich weiter verbessern“ auf Seite 40). Der Morbi-RSA und der vollständige Einkommensausgleich sind unverzichtbare Voraussetzungen des wettbewerblich orientierten Solidarsystems. Doch Wettbewerb in der GKV ist kein Selbstzweck. Er soll vielmehr zu einem wirtschaftlich verantwortungsvollen Umgang mit den Beitragsgeldern der Versichertengemeinschaft führen. Das lässt sich am besten mit einer solidarischen Wettbewerbsordnung erreichen. Die Krankenkassen sollten die positiven Handlungs- und Steuerungspotenziale des Wettbewerbs nutzen, um Effizienz und

Qualität der Gesundheitsversorgung sowie der Serviceleistungen zu verbessern. Die Qualität von Versorgungsangeboten und Serviceleistungen der Kassen sind dabei zentrale Leistungs- und Wahlkriterien für GKV-Mitglieder.

**Geschäftsmodelle substanziell ändern.** Seit seiner Einführung vor fast 25 Jahren hat sich der Wettbewerb in der GKV kontinuierlich weiterentwickelt. Diese Veränderung wird aus zwei Richtungen getrieben: der sukzessiven Erhöhung der Zielgenauigkeit des RSA und der Erweiterung der Handlungs- und Steuerungsmöglichkeiten der Krankenkassen. Je zielgenauer der Morbi-RSA und je größer die Möglichkeiten der Kassen, desto erfolgreicher sind die Geschäftsmodelle, die sich auf einen effizienten Mitteleinsatz in der Versorgung und im Service konzentrieren – volkswirtschaftlich betrachtet das anzustrebende Optimum. Seit Einführung des Morbi-RSA, spätestens mit der Korrektur des Berechnungsfehlers, funktioniert der Risikostrukturausgleich so zielgenau, dass Strategien zur Risikoselektion allein nicht mehr zum Erfolg im Wettbewerb führen. Das erfordert von allen Krankenkassen substanzielle Änderungen ihrer Geschäftsmodelle (siehe Abbildung „Versorgungssteuerung statt Risikoselektion“ auf dieser Seite). Dieser Anpassungsprozess gelingt offensichtlich nicht allen Kassen rechtzeitig oder gleich gut. Deshalb versuchen einige, die Wettbewerbsbedingungen so zu verändern, dass die alten, auf Risikoselektion basierenden Geschäftsmodelle wieder funktionieren. Sie versuchen, den Morbi-RSA zu diskreditieren und fachen das Feuer der RSA-Debatte mit falschen Behauptungen an, um von ihren Interessen und Versäumnissen abzulenken. Doch der aufsteigende Rauch ist kein Zeichen dafür, dass es schlecht um den Morbi-RSA bestellt ist. Das Gegenteil ist der Fall. Und für die wissenschaftlich fundierte, sachlich begründete Weiterentwicklung des Morbi-RSA ist mit den aktuellen Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirats ein konstruktiver Weg vorbereitet. ■

**Timm Paulus** ist Stellvertretender Geschäftsführer in der Geschäftsführungseinheit Finanzen beim AOK-Bundesverband.

**Kontakt:** [Timm.Paulus@bv.aok.de](mailto:Timm.Paulus@bv.aok.de)

# Karlsruhe verneint Off-Label-Use

Nur bei einer akuten Lebensgefahr können Patienten die Kostenübernahme einer Behandlungsmethode einfordern, die nicht im Leistungskatalog der Krankenkassen steht. Besteht keine Notlage, gibt es keinen verfassungsrechtlich einklagbaren Leistungsanspruch. Das entschied das Bundesverfassungsgericht. **Von Anja Mertens**

Beschluss vom 11. April 2017  
– 1 BvR 452/17 –  
Bundesverfassungsgericht

**Die Frage, ob und wann** Krankenkassen die Kosten für eine Behandlung mit Arzneimitteln übernehmen müssen, die außerhalb der zugelassenen Indikation verordnet werden (Off-Label-Use), beschäftigt immer wieder die Gerichte. Erst kürzlich hatte das Bundessozialgericht (BSG) diese Frage in dem Fall einer Patientin verneint (*siehe G+G 5/2017, Seite 42–43*.) Nun hat das Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe dieses BSG-Urteil bestätigt und die Verfassungsbeschwerde der Patientin nicht zur Entscheidung angenommen.

**Notfallset gegen Erstickungsgefahr.** Die Patientin hat seit Jahren einer Autoimmunerkrankung der Haut und der inneren Organe (systemischer Lupus erythematoses, SLE). Die Betroffenen leiden unter schmerzhaften Entzündungen. Schließlich manifestierte sich bei der Patientin eine Urtikaria-Vaskulitis. Es bildeten sich Ödeme, und ihre Zunge schwellte an. Wegen der Erstickungsgefahr musste sie stets ein Notfallset bei sich tragen. Zur Behandlung begab sie sich in die Immunologische Ambulanz der Hautklinik eines Universitätskrankenhauses. Die Krankenkasse sollte die Kosten einer ambulanten intravenösen Immunglobulin-Therapie (IVIg) mit dem Präparat Intratect übernehmen. Doch die Kasse lehnte dies ab. Das Fertigarzneimittel sei nicht zur Behandlung von SLE zugelassen. Für einen Off-Label-Use fehlten die Voraussetzungen, so die Kasse. Das Sozialgericht sah dies anders: Die Gefahr der Zungenschwellung könne

zum Erstickungstod führen. Das Leben der Patientin sei bedroht. Das Landesozialgericht (LSG) wies die Berufung der Kasse zurück. Die Patientin habe Anspruch auf eine teilstationäre Behandlung. Auf die Revision der Kasse hin hob das BSG die Urteile der Vorinstanzen auf und wies die Klage der Patientin ab (Ur-

**Karlsruhe hält es für nicht geboten, die Grundsätze für den Off-Label-Use auszuweiten.**

teil vom 13. Dezember 2016, Aktenzeichen B 1 KR 1/16 R). Sie könne die Kostenübernahme von ihrer Krankenkasse schon allein deshalb nicht verlangen, weil sie keine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung habe. Auch könne sie sich nicht auf einen Seltenheitsfall berufen. Zudem bestehe kein Anspruch auf die IVIg-Therapie im Rahmen einer teilstationären Behandlung. Eine teilstationäre Behandlung müsse medizinisch erforderlich sein. Ließe sich der Gesundheitszustand insbesondere durch eine ambulante Therapie erreichen, könne eine (teil-)stationäre Behandlung nicht beansprucht werden.

Daraufhin legte die Frau Verfassungsbeschwerde in Karlsruhe ein. Ihre Grund-

rechte (Artikel 2 des Grundgesetzes, freie Entfaltung der Persönlichkeit und Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit) in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip seien verletzt. Zu Unrecht hätten LSG und BSG verneint, dass sie an einer lebensbedrohlichen und seltenen Erkrankung leide, für die es keine etablierten Behandlungsmethoden, insbesondere keine zugelassenen Arzneimittel gebe. Sie habe einen verfassungsunmittelbaren Anspruch auf die IVIg-Therapie. Im Ernstfall das Notfallset einzusetzen, käme einer intensivmedizinischen Behandlung gleich und sei daher nicht zumutbar – zumal das im Set enthaltene Epinephrin (Adrenalin) ein in der Notfallmedizin angewandtes Medikament darstelle. Vor Beginn der erfolgreichen IVIg-Therapie habe sie das Notfallset zweimal benötigt. In einem Fall habe sie sich das Epinephrin nicht mehr selbst geben können, sondern sei auf die Hilfe ihrer Schwester angewiesen gewesen. Im Übrigen ließe sich das Set schon in alltäglichen Situationen wie dem Duschen nicht sofort erreichen.

**Beschwerde abgewiesen.** Das Bundesverfassungsgericht erklärte die Beschwerde für unzulässig und nahm sie nicht zur Entscheidung an. Zwar bekräftigten die Karlsruher Richter, dass ein verfassungsunmittelbarer Anspruch auf Krankenversorgung bestehen kann. Dies sei aber nur dann der Fall, wenn es bei einer

## TIPP FÜR JURISTEN



Medizinproduktehaftung, Verjährung in Arzthaftungssachen, aktuelle Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs zum Befunderhebungsmangel – diese und weitere Themen behandelt der „18. Deutsche Medizinrechtstag“. Er findet am 15. und 16. September in Berlin statt. Veranstalter ist der Medizinrechtsanwälte e.V. Mehr Informationen unter [www.medizinrechtsanwaelte.de/fachtagungen](http://www.medizinrechtsanwaelte.de/fachtagungen)

lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung keine vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) umfasste Behandlungsmethoden gebe und die vom Patienten gewählte Therapie eine auf Indizien gestützte, nicht ganz fernliegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf verspricht. Den Leistungsanspruch hatte Karlsruhe im Jahr 2005 aus dem Sozialstaatsprinzip und dem Grundrecht auf Leben abgeleitet (Beschluss vom 6. Dezember 2005, Aktenzeichen 1 BvR 347/98).

**Anspruch nur in Ausnahmefällen.** Im vorliegenden Fall aber stellten die Verfassungsrichter fest, dass es dem Ausnahmeharakter eines solchen Leistungsanspruchs nicht gerecht werde, wenn dieser in großzügiger Auslegung des Grundgesetzes erweitert würde. Eine für den Anspruch erforderliche Gefährdungslage liege erst in einer notstandsähnlichen Situation vor, in der ein erheblicher Zeitdruck und akuter Handlungsbedarf besteht, um das Leben zu erhalten. Anknüpfungspunkt sei deswegen allein das Vorliegen einer durch nahe Lebensgefahr gekennzeichneten individuellen Notlage. Die Fachgerichte hätten zu Recht einen verfassungsrechtlichen Leistungsanspruch verneint. Mit dem Notfallset habe die Patientin ein Mittel, das lebensbedrohliche Komplikationen zuverlässig genug verhindern könne. Außerdem ließe sich der Beschwerdebegründung nicht entnehmen, dass die Bewertung der Sozialgerichte unvertretbar wäre oder deutliche Fehler aufweise. Ein Grundrechtsverstoß sei nicht substantiiert genug dargelegt worden. Auch habe die Patientin ungenügend erläutert, inwiefern die Sozialgerichte verkannt hätten, dass bei ihr ein Seltenheitsfall vorliegt. ■

**Kommentar:** Die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts sorgt für Rechtssicherheit. Explizit stellt Karlsruhe klar, dass ein verfassungsunmittelbarer Leistungsanspruch nur dann in Betracht kommt, wenn die lebensgefährdende Situation nicht anders abwendbar ist.

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

**Kontakt:** [Anja.Mertens@bv.aok.de](mailto:Anja.Mertens@bv.aok.de)

## ARZNEI-THERAPIEN

Gesetz zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften  
Bundestags-Drucksache 18/11488

## INHALT

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

## AKTUELLER STAND

Zweite und dritte Lesung im Bundestag war am 1.6.2017. Der Bundesrat hat am 7. Juli 2017 beschlossen, den Vermittlungsausschuss nicht anzurufen.

## INFEKTIONSSCHUTZ/PFLEGEPERSONAL

Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten  
Bundestags-Drucksache 18/10938

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

Zweite und dritte Lesung im Bundestag war am 1.6.2017. Der Bundesrat hat am 7. Juli 2017 zugestimmt.

## PFLEGEAUSBILDUNG

Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz, PflBerfG)  
Bundestags-Drucksache 18/7823

Mindestens zweijährige generalistische Ausbildung für Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege; mögliche einjährige Vertiefung in der Kinderkranken- und Altenpflege; differenzierte Abschlüsse möglich; Ausbildung für Auszubildende kostenlos; Finanzierung über Landesausbildungsfonds, an denen alle Akteure des Pflegebereichs über ein bundesweites Umlageverfahren finanziell beteiligt sind; Vergütung der Auszubildenden durch Ausbildungsträger; Einführung eines generalistischen, primärqualifizierenden, mindestens drei Jahre dauernden Pflegestudiums an Hochschulen sein, das theoretische und praktische Unterrichtsanteile sowie praktische Ausbildungsanteile enthalten soll.

Zweite und dritte Lesung im Bundestag war am 22.6.2017. Der Bundesrat hat am 7. Juli 2017 zugestimmt.

Stand: 7.7.2017



## Web-Tipp

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

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

## BADEN-WÜRTTEMBERG

## Apotheker-Beratung bei Schmerzmitteln

Mehr als die Hälfte der Menschen in Baden-Württemberg schaut sich den Beipackzettel rezeptfreier Schmerzmittel nicht genau an. Vor allem Männer scheinen sorglos mit dem Kleingedruckten umzugehen. Von ihnen verzichten über 70 Prozent auf eine genaue Lektüre. Dies ist das Ergebnis einer repräsentativen Befragung des Forschungsinstituts forsa im Auftrag der AOK Baden-Württemberg. Umso wichtiger sei daher die persönliche Beratung in der Apotheke, betonte **Andreas Pfaff**, Apotheker bei der AOK Baden-Württemberg. „Wenn Verbraucher schon den Beipackzettel links liegen lassen, sollten sie sich zumindest die Zeit nehmen, ihrem Apotheker zuzuhören und seine Empfehlungen auf- und ernstzunehmen.“ Schließlich besitze man mit Deutschlands Apotheken eine hohe Versorgungssicherheit und eine große fachliche Qualität. Die Apotheker-Ausbildung gehöre hierzulande zu den besten der Welt. „Auch



**Kleingedrucktes: Auch bei Einnahme von Schmerzmitteln ist der Beipackzettel zu lesen oder der Apotheker zu fragen.**

rezeptfreie Schmerzmittel müssen deshalb zwingend an den Ausgabeort Apotheke gebunden bleiben.“ ■

## SACHSEN/THÜRINGEN

## Arbeitslosigkeit als Krankheitsrisiko

Das Jobcenter Mühlhausen und die gesetzlichen Kassen in Thüringen – darunter die AOK PLUS – haben landes-

weit die erste Kooperationsvereinbarung für eine engere Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung unterzeichnet. Ziel ist es, erwerbslosen Menschen dabei zu helfen, die oft als belastend empfundene Lebenssituation besser zu meistern. Zugleich soll Betroffenen der Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt erleichtert werden. „Nachhaltige und erfolgreiche Integration in Arbeit funktioniert nur, wenn auch die gesundheitliche Verfassung

stabil ist“, so **Ingrid Richter**, Geschäftsführerin des Jobcenters Unstrut-Hainich-Kreis, wo das neue Beratungs- und Vermittlungsprojekt gestartet ist. Arbeitslose sollen damit für Angebote zur Stressbewältigung, zur gesunden Ernährung und zur Bewegung sensibilisiert und zur Teilnahme motiviert werden. Arbeitsuchende, die Interesse zeigen, können an einem eigens für die Zielgruppe entwickelten Präventionskurs teilnehmen, bei dem die Stärkung der Selbstverantwortung für die eigene Gesundheit im Vordergrund steht. Die Teilnahme ist freiwillig, die Kosten tragen die Kassen. „Als Vertreter der gesetzlichen Krankenversicherung geht es uns darum, die Menschen zu motivieren, aktiver zu sein und ohne Scheu Angebote der Gesundheitsförderung wahrzunehmen, damit der Kreislauf zwischen Arbeitslosigkeit und Krankheit aufgebrochen wird“, sagte **Thomas Fabisch**, Regionalgeschäftsführer der AOK PLUS. Ausgangspunkt für das neue Angebot in Thüringen war ein ähnliches Modellprojekt der Bundesagentur für Arbeit und des GKV-Spitzenverbandes. ■

## AOK aktuell

## Kleine Pflege-Auszeiten entlasten Angehörige

Pflege ist Schwerarbeit und wird zu einem Großteil von Angehörigen erledigt. Umso wichtiger sei es, dass pflegende Angehörige sich zur bevorstehenden Urlaubssaison auch einmal eine Auszeit gönnen, so der Rat der AOK Sachsen-Anhalt. Dort werden derzeit 40.000 der insgesamt 63.000 bei der Kasse versicherten Pflegebedürftigen von der Familie gepflegt. Vielen Menschen sei oft nicht bewusst, welche Angebote zur Entlastung von der Pflegekasse bezahlt werden, so die AOK Sachsen-Anhalt. Für alle Pflegebedürftigen ab dem Pflegegrad 2 gebe es beispielsweise das Angebot der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege. Für sechs Wochen im Jahr werde der pflegebedürftige Angehörige weiterhin versorgt, wenn die Pflegeperson einen Urlaub benötigt, selbst erkrankt oder wichtige Termine

wahrnehmen müsse. Bei der Kurzzeitpflege wiederum könnten Angehörige den Pflegebedürftigen für maximal acht Wochen im Jahr in einer vollstationären Einrichtung betreuen lassen. Dafür zahle die Pflegekasse einen Zuschuss von je bis zu 1.612 Euro. Die Zuschüsse der Pflegekasse würden für die Kosten der pflegerischen Versorgung, der medizinischen Behandlungspflege sowie für die soziale Betreuung gelten. Hinzu kämen bei der Kurzzeitpflege noch Kosten für Unterkunft und Verpflegung, welche der Versicherte aber selbst übernehmen müsse. **Weitere Infos: [www.san.aok.de/pflege](http://www.san.aok.de/pflege)** ■



## Viele Entbindungen per Kaiserschnitt

In Schleswig-Holstein kommen wieder mehr Kinder auf die Welt. Allein bei den Versicherten der AOK NORDWEST wurden vergangenes Jahr 5.800 Babys in Kliniken geboren. Das waren gut 13 Prozent mehr als noch ein Jahr zuvor, als 5.119 Geburten gezählt wurden. Allerdings ist auffällig, dass fast jedes zweite Kind per Kaiserschnitt zur Welt kommt. Im vergangenen Jahr lag die Rate bei 45,7 Prozent und damit etwas niedriger als 2015 mit 46,6 Prozent. Dennoch: „Der Anteil der Kaiserschnitt-Entbindungen ist nach wie vor viel zu hoch und muss deshalb gesenkt werden. In vielen Fällen gibt es dafür keine medizinisch vertretbare Begründung“, sagte AOK-Vorstandschef **Tom Ackermann**. Experten raten zum Kaiserschnitt, wenn die Gesundheit von Mutter und Kind durch eine natürliche Entbindung gefährdet sind. Nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe hat sich in den letzten 20 Jahren die Rate der Kaiserschnitte mehr als verdoppelt. Doch nur zehn Prozent der Kaiserschnitte seien tatsächlich notwendig, um das Leben von Mutter und Kind zu retten. ■

### AOK BAYERN

## Unterstützung für Betriebe

Das Angebot der AOK Bayern in der betrieblichen Gesundheitsförderung stößt auf reges Interesse: Mehr als 3.200 Unternehmen hat die Kasse vergangenes Jahr mit insgesamt 8.760 Aktivitäten in diesem



Nachwuchs: Fast jedes zweite Baby in Schleswig-Holstein kommt per Kaiserschnitt auf die Welt.

Bereich unterstützt. „Das ist ein Zuwachs von gut zehn Prozent im Vergleich zum Vorjahr“, sagte **Hubertus Råde**, stellvertretender Vorstandschef der Gesundheitskasse. Bundesweit begleitete die AOK Bayern mehr als jedes fünfte Projekt im betrieblichen Gesundheitsmanagement der gesetzlichen Krankenversicherung. Ziel sei es, auf Basis einer Bedarfsanalyse möglichst passgenaue Angebote für die Betriebe zu entwickeln, so Råde. ■

### RHEINLAND/HAMBURG

## Mit Organspende auseinandersetzen

Sich bewusst mit dem Thema Organspende auseinandersetzen – diesen Appell hat die AOK Rheinland/Hamburg anlässlich des „Tages der Organspende“ am ersten Samstag im Juni an die Öffentlichkeit gerichtet. Denn nach wie vor sei die Zahl der Organspenden in Deutschland niedrig, so die Gesundheitskasse: 212 Menschen hätten im ersten Quartal 2017 nach ihrem Tod Organe

für schwer kranke Patienten gespendet. Im Vergleichszeitraum 2016 seien es 209 gewesen. Demgegenüber stünden über 10.000 Patienten auf Wartelisten, die dringend auf ein Spenderorgan angewiesen seien. „Wir dürfen nicht nachlassen, die Menschen durch Aufklärung und Aktionen für diese essentielle Frage zu sensibilisieren. Jeder sollte abwägen und dann für sich persönlich entscheiden, ob er Spender werden möchte oder nicht, aber jeder sollte eine Entscheidung treffen“, so **Rolf Buchwitz**, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der AOK Rheinland/Hamburg. Die AOK bietet zum Thema Organspende auch eine interaktive Entscheidungshilfe an. **Infos: [www.aok.de](http://www.aok.de) > Organspende** ■

### NORDOST

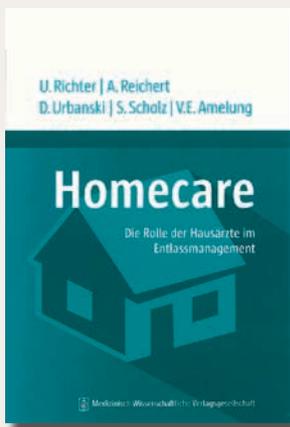
## Heldenstaffel für Darmkrebs-Vorsorge

Mehr als 4.000 Teilnehmer haben beim diesjährigen Potsdamer Schlösserlauf auf die Krebsvorsorge aufmerksam ge-

macht. Die AOK Nordost unterstützt den Schlösserlauf bereits seit Langem. Die Aktion ist mittlerweile der größte Volkslauf in Brandenburg. In diesem Jahr war die Gesundheitskasse mit zwei „AOK-Heldenstaffeln“ am Start. In den Staffeln sind auch Läufer aktiv, die Brustkrebs, Fettleibigkeit und Alkoholsucht überwunden haben. Beim Schlösserlauf wollen die Heldenstaffeln vor allem auf das Thema Krebsvorsorge aufmerksam machen. Mit ihrer Aufklärungsaktion #hosenrunter macht sich die AOK Nordost derzeit vor allem dafür stark, dass Männer mehr für ihre Gesundheit tun und etwa Krebsvorsorgeuntersuchungen regelmäßig wahrnehmen. Beim Schlösserlauf lag deshalb ein besonderer Fokus auf dem Krankheitsbild Darmkrebs, über das vor Ort auch die Landesarbeitsgemeinschaft Onkologische Versorgung Brandenburg informiert. Deren Sprecher **Dr. Andreas Becker** hob die Bedeutung der Vorsorge hervor. „Je früher beispielsweise Darmkrebs erkannt wird, desto höher sind die Heilungschancen.“ ■

## Entlassmanagement Übergang aus einer Hand

In der Theorie überzeugt das Homecare-Konzept sofort: Es sieht vor, dass noch im Krankenhaus ein speziell geschulter Mitarbeiter eines Homecare-Unternehmens mit dem Patienten Kontakt aufnimmt. Steht dessen Entlassung kurz bevor, geht es darum, gemein-



sam mit ihm und seinen Angehörigen die anschließende ambulante Versorgung zu besprechen und vorzubereiten. Ziel ist es, eine weitere notwendige ärztliche Behandlung sowie eine eventuelle pflegerische Betreuung zu sichern und nahtlos

fortzusetzen. Homecare sorgt für die Koordination und Abstimmung mit den unterschiedlichsten Dienstleistern – vom niedergelassenen Arzt über die ambulante Pflege bis hin zum Sanitätshaus vor Ort. Der Homecare-Ansatz erschöpft sich nicht in der Sorge um eine entsprechende therapeutische Dienstleistung, sondern organisiert auch die Auswahl und Bereitstellung von passenden Medizinprodukten. Diesem Idealbild von einem gelingenden Übergang an der Schnittstelle von stationär zu ambulant stehen in der Praxis noch viele Hürden im Weg. Dies liegt nicht zuletzt daran, so die Ergebnisse der Versorgungsstudie, dass die Leistungserbringer unterschiedlichen Vorgaben unterliegen und bislang sehr unterschiedliche Vorstellungen davon haben, wie ein Versorgungsprozess optimal zu organisieren ist.

*Udo Richter, Anika Reichert et al.:*  
**Homecare. Die Rolle der Hausärzte im Entlassmanagement.**  
2017. 109 Seiten. 29,95 Euro.  
Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

## Arbeitsgesellschaft Abschied vom alten Denken

Die Arbeitswelt im 21. Jahrhundert steht vor einem grundsätzlichen Wandel. Dies liege daran, dass die Wirtschaftswelt nun die wahre Natur des Menschen anerkenne, so die Autoren eines Buches über Unternehmenskultur. Denn dieser ist von Natur aus ein „Kooperationsvirtuose“. Menschen brauchen einander, um zu wachsen und sich zu entwickeln. Sie streben nach Zugehörigkeit und sinnvoller Betätigung. Das eigene Tätigsein wird zu einer der wichtigsten Ressource von Gesundheit in der Arbeitsgesellschaft des 21. Jahrhunderts. Steile Hierarchien, Misstrauenskulturen, Druck, Angst und Sanktionen haben als überkommene Relikte aus der Industriegesellschaft ausgedient. Die heute gut ausgebildeten Beschäftigten lassen sich dadurch nicht zu den komplexen Leistungen motivieren, die es in einer digitalisierten Welt braucht. Moderne Unternehmen arbeiten vielmehr an ihrer Kultur, die auf gemeinsamen Werten



basiert, die Beschäftigte einbindet und ihnen auch Selbstorganisation und die Übernahme von Verantwortung ermöglicht. Auf Unternehmen übertragen heißt dies: Das Sozialkapital – Führungsstil, Unternehmenskultur, Betriebsklima – beeinflusst entscheidend die Gesundheit, Bindungsfähigkeit und den Bildungserfolg der Beschäftigten. Denn die Qualität der Arbeit und der Erfolg des Unternehmens basieren auf motivierten Mitarbeitern. Ein lesenswertes Buch.

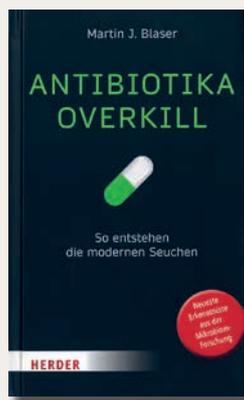
*Bernhard Badura (Hrsg.):*  
**Arbeit und Gesundheit im 21. Jahrhundert.** 2017.  
209 Seiten. 39,99 Euro.  
Springer-Verlag, Berlin.

### SEMINARE | TAGUNGEN | KONGRESSE

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

## Resistenzen Schutz noch vor dem ersten Schrei

Gegen Antibiotika resistente Bakterien zählen zu den größten Problemen in der heutigen Medizin. Schließlich droht damit, dass herkömmliche Therapien versagen und längst vergessene Infektionskrankheiten zurückkehren. Der Wissenschaftler Martin J. Blaser zeigt auf, wie viele Mikroorganismen in unserem Körper und in unserer Umwelt leben. In ihrem natürlichen Zusammenspiel können sie wie ein Schutzschild wirken. Schließlich werden bereits im Mutterleib unsere Abwehrkräfte programmiert. Und wie



ein Baby auf die Welt kommt, beeinflusst über den Bakterienmix die Grundkonstitution des Säuglings. Eine natürliche Geburt läuft nicht keimfrei ab. Vielmehr erhält das Neugeborene noch im Vaginalkanal eine gute Dosis an Lactobazillen, die schädliche Bakterien abwehren. Durch das erste Saugen direkt nach der Geburt gelangen die Lactobazillen und andere Antikörper in den Darm des Babys und sorgen für dessen Funktionieren. So wird der Säugling nach und nach mit guten Bakterien ausgestattet, die die Organe stärken. Beim Kaiserschnitt hingegen fällt dieser natürliche Schutz weg.

Die hohe Rate an Kaiserschnitt-Geburten zu senken, gehört für Martin J. Blaser daher mit zu den Mitteln, um die Gefahr der Antibiotika-Resistenzen zu reduzieren.

*Martin J. Blaser:*  
**Antibiotika-Overkill. So entstehen die modernen Seuchen.**  
2017. 352 Seiten. 24,99 Euro.  
Verlag Herder, Freiburg/Breisgau.

## Gehirn Depression als Nebenwirkung

Das eigene Denken hat gravierende Risiken. Das ist die zentrale These der Psychologin Valerija Sipos und des Facharztes Ulrich Schweiger vom Uniklinikum Schleswig-Holstein. Psychische Störungen als Nebenwirkungen unseres Denkapparats zu deuten, mag zunächst verwundern. Doch in der Tat führt ein ständiges Abwägen von Verhaltensweisen leicht zum Dauergrübeln. Fortlaufende Angstszenarien können den eigenen Gestaltungsradius deutlich einschränken. Die Beobachtungen und Erkenntnisse der beiden Autoren lassen in der Tat den Rückschluss zu, dass Menschen mit Depressionen eben gerade nicht „geistig gestört“ sind. Vielmehr verfügen sie über ein hoch entwickeltes, feinfühliges und sehr aktives Gehirn. So



gesehen sind psychische Beschwerden weniger als Krankheiten zu verstehen, sondern als der Dauereinsatz einer hochentwickelten Kompetenz, die Nebenwirkungen hervorruft. Sipos und Schweiger legen mit ihrem Buch eine Art psychotherapeutische Hausapotheke vor. Sie beschreiben auf erzählerische Weise die Funktionen unseres Gehirns und klären

über dessen Fallstricke auf. Wertvoll sind zudem die Hinweise und Anleitungen, wie Betroffene aus der depressiven Dauerschleife wieder herausfinden können.

*Valerija Sipos, Ulrich Schweiger:*  
**Glauben Sie nicht alles, was Sie denken.** 2017.  
304 Seiten. 19,99 Euro.  
Verlag Herder, Freiburg/Breisgau.

## Zeitschriftenschau

### ■ Nasenspülung: Hirnhautentzündung durch kontaminiertes Wasser

Es gibt Berichte, dass Nasenspülungen zu Hirnhautentzündungen geführt haben, die tödlich verlaufen sind. Auslöser war die Wasseramöbe *Naegleria fowleri*. Sie lebt in Süßwasserseen, kann aber auch in Wasserleitungen vorkommen. Bekannte Risikogebiete sind die USA, Australien und Frankreich. Auch wenn das Risiko in Deutschland deutlich geringer ist, weist das Robert Koch-Institut auf die Gefahr hin. Die US-amerikanische Lebensmittelüberwachungs- und Arzneimittelzulassungsbehörde FDA empfiehlt, Leitungswasser für Nasenspülungen zuvor drei bis fünf Minuten abzukochen.  
*Ärzte Zeitung online, 12.4.2017*

### ■ Forschung: Narbengewebe der Leber wiederbelebt

Wissenschaftlern der Medizinischen Hochschule Hannover ist es bei Mäusen gelungen, mithilfe von vier genetischen Faktoren und inaktivierten Adenoviren Leber-Narben in gesundes und wieder funktionierendes Gewebe umzuwandeln. Ziel der Forscher ist es nun, Zellen, die zum Beispiel der Haut eines Leber-Patienten entstammen, im Labor in Leberzellen umzuwandeln und dann dem Patienten zur Heilung der Leber zurückzugeben.  
*Cell Stem Cell 2016; 18 (6): 797-808*

### ■ Schwangerschaft: Lakritz-Konsum kann Kind schädigen

Finnische Forscher warnen davor, in der Schwangerschaft viel Lakritz zu essen. Dies könne sich negativ auf die Entwicklung des Kindes auswirken. Die Wissenschaftler zeichneten auf, ob und wie viel Lakritz eine Gruppe schwangerer Frauen aß. Acht Jahre später untersuchten sie deren Kinder. Hatten die Mütter viel Lakritz gegessen, waren die Kinder weniger intelligent und wiesen mehr Verhaltensauffälligkeiten wie ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung) auf. Dies erklären sich die Forscher damit, dass Glycyrrhizin (Lakritz-Inhaltsstoff) die Plazenta durchlässiger für das Stresshormon Cortisol macht. Bei den Kindern, deren Mütter viel Lakritz konsumiert hatten, war der Cortisol-Wert dreimal höher.  
*American Journal of Epidemiology 2017, online 3. Februar*

### ■ Typ-2-Diabetes: Nur eine Frage des Lebensstils?

Kürzlich bezeichnete der angesehene britische Arzt Sir Muir Gray Diabetes mellitus Typ 2 als „Walking Deficiency-Syndrom“. Er führt die Krankheit primär auf einen ungesunden Lebensstil zurück. Demnach birgt die nicht-medikamentöse Therapie ein großes Potenzial, dem zu wenig Beachtung geschenkt wird. Eine kleine Studie mit 29 Patienten hat bereits ergeben, dass eine achtwöchige Fastenkur mit 600 Kalorien täglich bei 87 Prozent der Probanden zu normalen Blutzuckerwerten führte, wenn ihre Diabetes weniger als vier Jahre bestand. Britische Forscher wollen nun untersuchen, ob ein Gewichtsmanagement-Programm in der Hausarztpraxis die Blutzuckerwerte dauerhaft normalisieren kann.  
*Ärzte Zeitung online, 23.5.2017*

# Pflege kommt im Film schlecht weg

Fortschrittsfeindlich und von minderer Bedeutung – die Fernsehserie *Charité* verpasst der Pflege ein schlechtes Image, meinen **Susanne Kreutzer** und **Karen Nolte**. Sie empfehlen den Filmproduzenten, sich für die zweite Staffel pflegegeschichtlich beraten zu lassen.

Die Fernsehserie *Charité* unterrichtete im Frühjahr 2017 ein großes Publikum zur Geschichte des Berliner Krankenhauses im 19. Jahrhundert. Die Darstellung von Pflegenden in der Serie ist jedoch nicht nur historisch fehlerhaft, sondern wertet die Bedeutung ihrer Arbeit systematisch ab. Gleich zu Beginn des Films werden protestantische Diakonissen als Gegenpol zum medizinischen Fortschritt eingeführt. Oberschwester Berta, eine Kaiserswerther Diakonisse, beklagt den „Ungeist des Fortschritts“ im Krankensaal. Zweifelsohne teilten die Diakonissen ein christliches Verständnis von Krankheit, das nur schwer mit Vorstellungen der naturwissenschaftlichen Medizin zu vereinbaren war. Allerdings gehörten sie zu dem am besten ausgebildeten Pflegepersonal und wurden deshalb von den Ärzten sehr geschätzt. Diese Kompetenz und Wertschätzung wird in der Serie an keiner Stelle sichtbar.

**Gute Pflege verlängert das Leben.** Was der Filmfigur Schwester Berta als Wissenschaftsfeindlichkeit in den Mund gelegt wird, stellt sich aus Sicht einer Pflege- und Medizinhistorikerin als nicht so unverständlich dar. Die erfolgreiche Behandlung der Tuberkulose war erst ab Mitte des 20. Jahrhunderts mit der industriellen Herstellung des Antibiotikums möglich. Bis dahin, das macht der Film nicht deutlich, trug eine gute Pflege und persönliche Hygiene wesentlich zur Verlängerung des Lebens Infizierter bei. Die Abwertung der historischen Bedeutung der Pflege Schwerkranker erstaunt vor dem Hintergrund, dass die palliative Pflege bei unheilbar Kranken derzeit wieder große Aufmerksamkeit genießt.

Mit dem „Ungeist des Fortschritts“ dürfte Schwester Berta eher gewerkschaftliche Bestrebungen von Pflegenden gemeint haben, die als eine bedeutende Bewegung unter Pflegenden

charakterisiert wird. Tatsächlich begannen jedoch nur männliche Pflegenden sich gewerkschaftlich zu organisieren. Ihnen ging es nicht nur um eine bessere soziale Absicherung. Vielmehr wollten sie Zugang zur Pflegeausbildung und zu Leitungsfunktionen erhalten – beides Privilegien, die bis dahin den in Schwesternschaften organisierten Frauen vorbehalten waren. Für die in der Serie auftretenden Diakonissen lag der Gedanke einer gewerkschaftlichen Organisation in der Tat fern – nicht weil sie rückständig waren, sondern weil sie einer Gemeinschaft angehörten, die im Falle von Krankheit, Arbeitsunfähigkeit und Alter gut für ihre Mitglieder sorgte. Dieser Aspekt wird in der Serie nicht erkennbar.

Auch die Tatsache, dass Pflege in der *Charité*-Serie als rein weiblicher Beruf erscheint, wird der historischen Realität nicht gerecht. Schließlich waren Männer zahlreich als Hilfspfleger tätig. Die Figur der Krankenschwester rein weiblich zu denken, fügt sich in das gängige Erzählmuster deutscher Krankenhausserien ein, in denen das Verhältnis von Krankenschwester und Arzt als hierarchische Geschlechterbeziehung zelebriert wird. Hauptfigur Ida Lenzen wird in Beziehung zum väterlichen Emil von Behring gesetzt. In der Serie wird sie zur besten Krankenschwester der *Charité*, ohne auch nur einen einzigen Tag Pflegeausbildung absolviert zu haben. Pflege, so lernen wir, scheint eine weibliche Gabe zu sein und keine Tätigkeit, die eine systematisch zu erwerbende Qualifikation voraussetzt.

**Klischee verunsichert Patienten.** Ida Lenzen betont dann auch bald: „Ich möchte den Menschen aber wirklich helfen und nicht nur pflegen.“ So geht sie nach Zürich, um Medizin zu studieren. Mit dieser Drehbuchentscheidung, die aus ärztlicher Sicht beste Pflegerin mit einem Medizinstudium zu adeln, folgt die Serie einem Klischee, über das sich Pflegenden schon bei anderen Serien wie der „Schwarzwaldklinik“ oder „Für alle Fälle Stefanie“ ärgern mussten. Eine gute Krankenschwester zu sein, reicht offenbar nicht, um die Anerkennung des Publikums zu verdienen. Diese Botschaft entwertet pflegerische Qualifikationen. Sie vermittelt ein Bild, als ob Pflegenden scheinbar beliebig durch ungelernetes Personal ersetzt werden können, und verunsichert damit nicht zuletzt Patienten. Für die zweite Staffel der Serie sei den Filmemachern dringend angeraten, sich nicht nur medizin-, sondern auch pflegegeschichtlich beraten zu lassen. ■

**Prof. Dr. Susanne Kreutzer** und **PD Dr. Karen Nolte** sind Vorstandsvorsitzende der Fachgesellschaft Pflegegeschichte e. V.  
Kontakt: [kreutzer@fh-muenster.de](mailto:kreutzer@fh-muenster.de)

## Leserforum



### Ihre Meinung ist gefragt.

Im G+G-Weblog [www.reformblock.de](http://www.reformblock.de) können Sie mit uns diskutieren.

Oder schreiben Sie uns:

**Gesundheit und Gesellschaft**, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin,  
E-Mail: [gug-redaktion@kompart.de](mailto:gug-redaktion@kompart.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/AndreyPopov  
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 Lindenberg  
Telefon: -160  
Verantwortlich für den  
Anzeigenteil: Werner Mahlau

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

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

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



G+G 6/2017

**Arzneimittel: Weg frei für mehr Wissen**

## Arztinformationssystem braucht viel Hirnschmalz

Prinzipiell ist zu begrüßen, dass verordnende Mediziner künftig die Ergebnisse der Nutzenbewertung neuer Arzneimittel mithilfe eines Arztinformationssystems abrufen können. Das erleichtert erheblich die Auswahl des bestmöglichen Medikaments. Dafür muss ein solches System aber einfach aufgebaut und die Informationen schnell erfassbar sein. Denn sitzt ein Patient im Behandlungszimmer, kann der Arzt nicht ewig lang in seinem Computer nachlesen, welches Präparat er am besten verschreibt. Denn dann geht ihm wertvolle Zeit für das Gespräch mit dem Patienten verloren. Aber nicht nur das. Auch dürfte es nicht gerade das Vertrauen des Patienten in seinen Arzt stärken, wenn dieser erst viele Computerseiten lesen muss, um sich für das eine oder andere Medikament zu entscheiden. Und wie soll ein Arzt entscheiden, wenn seine Praxissoftware zwei Präparate mit Zusatznutzen ausspuckt, eines mit einem Beleg für einen geringen Zusatznutzen, ein anderes mit einem Anhaltspunkt für einen beträchtlichen Zusatznutzen? Ist ein niedriger Zusatznutzen, der aber als belegt gilt, höher einzustufen als ein beträchtlicher Zusatznutzen, für den es nur einen Anhaltspunkt gibt? Es lässt sich erahnen, dass ein Arztinformationssystem – falsch aufgesetzt – auch dazu führen kann, die Entscheidungsfindung zu verkomplizieren. Und wie ist es mit der Aktualität von Nutzenbewertungen?

Die Forschung zu einem neuen Präparat hört ja nicht mit der Festlegung eines Zusatznutzens durch den Gemeinsamen Bundesausschuss auf. Erkenntnisse über Langzeitwirkung, Toxizität, etc. zeigen sich ja oft erst Jahre nach der Zulassung. Fragen über Fragen, auf die es Antworten zu finden gilt. Es dürfte ein hartes Stück Arbeit werden, um ein Informationssystem zu schaffen, dass Ärzte wirklich bei ihrer Therapieentscheidung unterstützt. Und dafür ist wohl noch viel Hirnschmalz erforderlich.

E. B., Bonn

G+G 6/2017

**Interview mit Josef Hecken**

## Selbstverwaltung braucht Gestaltungsspielraum

Glückwunsch zu dem Interview mit Josef Hecken! Dem Chef des Gemeinsamen Bundesausschusses kann ich nur zustimmen, wenn er für die Selbstverwaltung mehr Gestaltungsspielraum reklamiert. Denn wer glaubt, dass staatliche Behörden und Bürokratien klüger und schneller sind, wenn es um das Bewältigen gesundheitspolitischer Herausforderungen geht, dem sei ein Blick auf staatlich organisierte Bereiche im hiesigen Gesundheitswesen empfohlen. Oder fehlen in den Gesundheitsämtern und bei der Bundeswehr etwa nicht zahlreiche Ärzte? Stöhnen viele Beamte etwa nicht über die Behäbigkeit der Beihilfestellen? Mehr Staat, weniger Selbstverwaltung – das ist keine Zukunftsformel.

B. S.-G., Offenburg

# 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](http://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](mailto:verlag@kompart.de)

Marcia Angell **Der Pharma-Bluff**

**Wie innovativ die Pillenindustrie wirklich ist**

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

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

(zzgl. 2,50 Euro Verpackung und Versand)

Lieferung gegen Rechnung  per Bankeinzug

Vor- und Zuname

Straße, Haus-Nr.

PLZ

Ort

IBAN

BIC

Datum, Unterschrift

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

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

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

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



# Wir sind da, wo Hoffnung ist

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

**Gesundheit in besten Händen**

**aok.de**