



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

Arzt sucht Anschluss

Telemedizin und E-Card: Der lange Weg
zum digitalen Gesundheitssystem

REHABILITATION

Väter tanken auf

PRIVATVERSICHERUNG

Wechsel mit Hindernissen

Die Pressestellen der AOK

Gesundheit ist unser Thema!

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

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

AOK-BUNDESVERBAND

Stellvertretende Pressesprecherin: Gabriele Hauser-Allgaier
Pressereferent: Michael Bernatek
Pressereferentin: Christine Göpner-Reinecke

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

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

AOK BADEN-WÜRTTEMBERG

Hauptverwaltung
Pressesprecher: Kurt Wesselsky

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

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

AOK BAYERN – DIE GESUNDHEITSKASSE

Zentrale
Pressesprecher: Michael Leonhart

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

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

AOK BREMEN/BREMERHAVEN

Pressesprecher: Jörn Hons

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

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

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN

Direktion
Pressesprecher: Ralf Metzger

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

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

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR NIEDERSACHSEN

Direktion
Pressesprecher: Carsten Sievers

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

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

AOK NORDOST – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecherin: Gabriele Rähse

Region Mecklenburg-Vorpommern
Pressereferent: Markus Juhls

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

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

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

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

AOK NORDWEST – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: Jens Kuschel

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

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

Tel. 0231/4193-10145

Tel. 0431/605-21171

AOK RHEINLAND/HAMBURG – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: André Maßmann

Region Hamburg: Pressesprecherin Antje Meyer

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

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

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

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

AOK RHEINLAND-PFALZ/SAARLAND – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressereferent: Jan Rößler

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

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

AOK PLUS – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR SACHSEN UND THÜRINGEN

Pressesprecherin: Hannelore Strobel

Sitz Erfurt
Stellvertretender Pressesprecher: Jürgen Frühauf

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

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

Tel. 0351/4946-11144
Fax: 01802/471002-104*

Tel. 0361/6574-80021
Fax: 01802/471002-115*

AOK SACHSEN-ANHALT – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: Andreas Arnsfeld

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

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

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

www.aok-presse.de

AOK
Die Gesundheitskasse.

Vorfahrt für Kinderreiche

Ein oder zwei Kinder – mehr trauen sich die meisten Paare heute nicht zu. Das hat auch finanzielle Gründe, meint **Klaus Zeh**. Der CDU-Politiker fordert Entlastung für kinderreiche Familien bei Steuer und Sozialversicherung.

Rund 860.000 Familien in Deutschland leben mit drei und mehr minderjährigen Kindern und gelten damit als kinderreich. Während das in Frankreich üblich und ein Statussymbol ist, gilt Kinderreichtum in Deutschland als Stigma. Vor einem halben Jahrhundert waren auch hierzulande große Familien etwas vollkommen Normales.

Heute leben wir in einer individualistischeren Gesellschaft. Vor allem Familien der Mittelschicht entscheiden sich für höchstens zwei Kinder – zu groß ist die Sorge, einer größeren Familie finanziell nicht gewachsen zu sein. Dabei ist ein Ausweg aus der demografischen Krise – die uns alle betrifft – gar nicht denkbar ohne Menschen, die viele Kinder bekommen wollen. In Demografie-Strategien finden sie allerdings keine Beachtung.

Wer schon einmal versucht hat, mit drei Kindern auf dem Wohnungsmarkt zu bestehen, kennt die ablehnende Haltung der Vermieter und Nachbarn. Im Restaurant werden Familien mit mehreren Kindern gern in der hintersten Ecke platziert, oder die Tische sind plötzlich ausnahmslos reserviert. Was unsere Gesellschaft dringend braucht, ist ein positives Klima für alle Familien und besonders für Familien mit drei und mehr Kindern. Hier sehe ich nicht nur die Politik, sondern alle gesellschaftlichen Gruppen und die Medien in der Pflicht.

Eine nachhaltige Familienpolitik muss die Bedürfnisse Kinderreicher ernst nehmen und sie verlässlich durch die verschiedenen Lebensphasen begleiten. Denn ein Leben mit vielen Kindern ist bunt und vielschichtig: Schule, Kindergarten, Betreuung zu Hause – verschiedene Lebensabschnitte der Kinder laufen parallel. Die Familie steht vor großen finanziellen Herausforderungen: Neben Kleidung, Nahrung und Wohnraum müssen die Eltern auch Klassenfahrten und Schulmaterial bezahlen – für alle ihre Kinder. Von Windeln über Spielzeug bis zu Kleidung sind die meisten Waren für Kinder mit 19 Prozent Mehrwertsteuer belegt, was die Haushaltskasse zusätzlich belastet. Gerade

bei mittleren Einkommen rutschen kinderreiche Familien deshalb schnell unter die Armutsgrenze.

Umso wichtiger ist eine Politik, die Menschen Mut macht, drei und mehr Kinder zu bekommen. Dazu gehören echte Steuer- und Abgabegerechtigkeit und ein guter Familienleistungsausgleich. Das heißt: Auf das Existenzminimum von Kindern dürfen weder Einkommensteuer noch Beiträge zu den Sozialversicherungen erhoben werden. Der steuerliche Kinderfreibetrag muss auf die Höhe des Grundfreibetrages für Erwachsene angehoben (derzeit 8.130 Euro) und gleichzeitig das damit verbundene Kindergeld deutlich erhöht werden. Für die Sozialversicherungen gilt: Wer Kinder erzieht, muss bei den Beiträgen für Rente, Pflege und Krankenkasse deutlich entlastet werden. Der Deutsche Familienverband fordert dafür

Bei mittleren Einkommen rutschen Familien mit Kindern schnell unter die Armutsgrenze.

einen Kinderfreibetrag bei der Beitragsberechnung.

Bisher geht die Familienpolitik zu wenig auf die Bedürfnisse der Kinderreichen ein. Zu einseitig richtet sie sich aus auf Erwerbsarbeit, auf bruchlose Lebensläufe und eine Betreuung der Kinder außer Haus. In Mehrkind-Familien sind viele dieser Modelle nicht denkbar. Deshalb machen wir uns für eine echte Wahlfreiheit stark. Das heißt: Der Ausbau der Krippen ist wichtig. Genauso wichtig ist aber die finanzielle Anerkennung der Erziehungsarbeit von Müttern oder Vätern, die ihre kleinen Kinder zu Hause betreuen. Das betrifft besonders kinderreiche Familien. Unser Ziel ist ein Betreuungsbudget von monatlich 700 Euro für die ersten drei Lebensjahre eines Kindes – so viel kostet die öffentliche Förderung eines Krippenplatzes mindestens. Mit diesem Geld hätten Eltern wirklich eine Wahl: Ob Krippenplatz, Tagesmutter, Betreuung zu Hause oder ein Mix aus allem. Eine familiengerechte Arbeitswelt muss ermöglichen, dass vor allem Mütter von drei und mehr Kindern auch nach langen Erziehungszeiten wieder in den Beruf einsteigen können. In der Rente muss sich angemessen auszahlen, wenn Mütter viele Kinder erzogen haben. ■



Dr. Klaus Zeh (Jahrgang 1952) ist Präsident des Deutschen Familienverbandes. Zeh studierte in Dresden Informationstechnik und Ingenieurpädagogik, anschließend entwarf er Mikrochips. Seit der Wende engagiert sich Klaus Zeh in der Politik. Heute ist er Oberbürgermeister von Nordhausen und stellvertretender Landesvorsitzender der CDU Thüringen. Zuvor war er in Thüringen Finanzminister (1990 bis 1994), Familienminister (2003 bis 2008), Minister für Bundes- und Europaangelegenheiten und Chef der Staatskanzlei (2008 bis 2009). Klaus Zeh ist verheiratet und hat zwei Kinder.

Kontakt: www.deutscherfamilienverband.de

Auszeit für echte Kerle



H.-B. Henkel-Hoving,
Chefredakteur

Elly Heuss-Knapp war eine emanzipierte Frau. Die Lehrerin und Ökonomin arbeitete nach ihrer Heirat mit dem späteren Bundespräsidenten Theodor Heuss im Jahr 1908 einfach weiter. Sie brachte Familie und Beruf unter einen Hut, hielt wissenschaftliche Vorträge, engagierte sich politisch und ernährte ihre Lieben während der Naziherrschaft, als ihr Gatte Berufsverbot hatte:

Frühe Werbetexte von Nivea und Persil stammen von ihr. Als Elly Heuss-Knapp Anfang der 1950er Jahre das Müttergenesungswerk ins Leben rief, hatte sie die Not der vielen Mütter vor Augen, die nach dem Zweiten Weltkrieg als Trümmerfrauen und Kriegerwitwen Deutschland wieder aufbauten und zugleich den Haushalt führten und Kinder großzogen. Viele Frauen litten damals unter körperlicher und seelischer Erschöpfung, konnten sich aber keinen Erholungsurlaub, geschweige denn eine Kur leisten.

Dass auch einmal Väter unter der Doppelbelastung von Familie und Beruf so stark leiden könnten, dass sie einer Vorsorgemaßnahme bedürfen, hätte Elly Heuss-Knapp damals wohl nicht für möglich gehalten. Seit dem Jahr 2002 haben auch Männer Anspruch auf eine Vater- oder Vater-Kind-Kur.

Wie gut dem starken Geschlecht eine solche Rehamassnahme tut, haben G+G-Autor Kay Funke-Kaiser und Fotograf Werner Krüper bei ihrem Besuch im DRK-Kurzentrums Carolinensiel beobachten können. „Handfeste Kerle“ (O-Ton Funke-Kaiser) lockern nicht nur bereitwillig die Muskulatur der Lendenwirbel, sondern tauschen sich auch ganz selbstverständlich darüber aus, wie „mann“ Erziehungsprobleme löst. Elly Heuss-Knapp hätte das gewiss gut gefunden.

Eine anregende Lektüre wünscht Ihnen

MAGAZIN

12 BESTANDSKUNDEN STEHEN IM REGEN

Die Bundesregierung will mehr Wettbewerb in der privaten Krankenversicherung. Dafür muss aber auch ein Zurück in die gesetzlichen Kassen möglich sein.

Von Klaus Jacobs und Sabine Schulze

14 EIN MARKT FÜR ALLE

Die Trennung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung ist umstritten. Ein neues Rechtsgutachten zeigt auf, wie ein einheitlicher Markt aussehen kann.

Von Thomas Hommel

15 ARZNEIKOSTEN AUF NEUEM HÖHENTRIP

Den Krankenkassen droht ein neuer Rekord bei den Ausgaben für Medikamente. Die Prognose für 2014: ein Anstieg auf nahezu 32 Milliarden Euro.

Von Helmut Schröder und Carsten Telschow

16 VOR DEM HÜRDENSPRUNG

Die strukturierten Behandlungsprogramme für chronisch Kranke haben sich insgesamt bewährt. Es gibt aber noch Schwachstellen, die es zu beheben gilt.

Von Evert Jan van Lente

18 SPARZWANG MACHT ERFINDERISCH

In den Niederlanden steigen die Gesundheitskosten. Was das Königreich dagegen tut, machte eine Bildungsreise des Bundesverbandes Managed Care deutlich.

Von Bettina Nellen

20 ARBEIT KANN SÜCHTIG MACHEN

Alkohol, Amphetamine und Nikotin – wegen der Einnahme von Suchtstoffen fallen Beschäftigte im Job immer öfter aus, so der neue Fehlzeiten-Report.

Von Ralf Breitgoff

21 „WER SCHAUT DIE PARALYMPICS?“

Journalisten stilisieren Menschen mit Behinderungen häufig zu Opfern oder Helden, sagt Lilian Masuhr. Die Medienexpertin plädiert dafür, Normalität herzustellen statt auf das Handicap zu schauen.



Talkrunde mit Therapeutin: Im DRK-Kurzentrums Carolinensiel sprechen Väter offen über Erziehungsfragen.

THEMEN

22 TITEL: BAUSTELLE AUF DER DATENAUTOBAHN
Ob Diabetes oder Schlaganfall – die telemedizinische Versorgung von Patienten macht Fortschritte. Bei der elektronischen Gesundheitskarte aber klemmt es noch.
Von Philipp Grätzel von Grätz

30 ZEIT ZUM VATERSEIN
Sie stärken ihren Rücken, holen sich Rat bei Familienkonflikten, lassen mit ihren Kindern Drachen steigen: Im Kurzentrum Carolinensiel tanken Väter auf.
Von Kay Funke-Kaiser (Text) und Werner Krüper (Fotos)

38 GESUNDHEIT FÜR SURFER
Ob Gewichtsabnahme oder Nikotinentwöhnung – mit Internet-Programmen lassen sich auch jene Menschen erreichen, die herkömmliche Präventionskurse meiden.
Von Kai Kolpatzik

RUBRIKEN

- 3 **Einwurf** Vorfahrt für Kinderreiche
- 11 **Kommentar** Pflegenoten besser erklären
- 42 **Recht** Ambulante Sauerstoff-Therapie geht auf Kasse
- 44 **AOK-Notizen** Aktuelles aus Bund und Ländern
- 46 **Service** Bücher, Termine und mehr
- 48 **Debatte** Pro und Contra: Steuern auf Kalorienbomben?
- 49 **Nachlese** Briefe an die Redaktion
- 49 **Impressum** Wer steckt hinter G+G?
- 50 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen

Rein ins Internet: Mit App
und Web zu mehr Gesundheit



22 Auf in die Vernetzung:
Wo die Telemedizin heute steht



30 Raus aus der Tretmühle: Wie
sich Väter und Kinder bei einer
gemeinsamen Kur erholen



38

DEMOGRAFIE

Hundertjährige sind fitter denn je

Für die Lebensqualität und Zufriedenheit von hochbetagten Senioren sind eine optimistische Einstellung und der Lebenswille wichtiger als die geistige Leistungsfähigkeit oder Gesundheit. Das zeigt die zweite Hundertjährigen-Studie des Heidelberger Instituts für Gerontologie, für die in den vergangenen zwei Jahren 112 Hundertjährige aus Heidelberg und Umgebung sowie Kinder und andere ihnen nahestehende Menschen befragt wurden. Die Zahl der über Hundertjährigen hat sich in Deutschland seit dem Jahr 2000 von damals 6.000 auf heute rund 15.000 erhöht. Die Heidelberger Untersuchung, gefördert von der Robert-Bosch- und der Dietmar-Hopp-Stiftung, schließt an eine erste Studie dieser Art aus dem Jahr 2001 an. Heute sind gut die Hälfte der Hundertjährigen in der Lage, selbstständig zu essen, sich um ihr Aussehen zu kümmern, zu telefonieren, Mahlzeiten zuzubereiten oder Geldangelegenheiten zu regeln. Vor zehn Jahren waren dies nur 40 Prozent. Allerdings seien die Fortschritte nicht so ausgeprägt, dass sie sich in einer geringeren Pflegebedürftigkeit niederschlagen, sagte Studienleiterin Daniela Jopp. ■

FORSCHUNG

Ministerium fördert Nationale Biobanken

Die größte von fünf Nationalen Biomaterial- und Datenbanken, deren Aufbau das Bundesforschungsministerium seit dem Jahr 2010 plant, ist kürzlich in Würzburg eröffnet worden. In einhalb



Jahren Bauzeit wurden auf dem Gelände des Universitätsklinikums ein Tiefkühlager für 1,2 Millionen Proben und ein Speziallabor errichtet. Die Interdisziplinäre Biomaterial- und Datenbank Würzburg (ibdw) soll Blut-, Urin- und Gewebeproben von Patienten des Würzburger Uniklinikums aufbewahren und der Forschung zur Verfügung stellen. Die anderen vier Nationalen Biobanken entstehen in Aachen, Berlin, Heidelberg und Kiel. Am Ausbau der Würzburger Biobank, die von der Universität getragen wird, beteiligt sich das Bundesforschungsministerium mit rund 7,5 Millionen Euro. Der Verbund fünf Nationaler Biomaterialbanken sei für die medizinische Forschung von unschätzbarem Wert, erklärte Bundesforschungsministerin Johanna Wanka. Die Patienten müssen der Einlagerung ihrer Bioproben zustimmen. ■

MEHR INFOS:

www.ibdw.uk-wuerzburg.de

GESETZGEBUNG

Kriterien für neuen Versorgungsbereich

Die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung kommt langsam voran. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat im August konkrete Kriterien für die ersten Bereiche – Tuberkulose sowie Darmtumore und Tumore der Bauchhöhle – den Heilberufekammern und dem Bundesdatenschutzbeauftragten zur Stellungnahme

zugeleitet. Der GBA steuere weiterhin darauf zu, binnen Jahresfrist eine Beschlussfassung über diese Bereiche herbeizuführen, „damit der neue Versorgungsbereich im Laufe des ersten Halbjahrs 2014 endlich scharfgeschaltet werden kann“, erklärte die stellvertretende GBA-Vorsitzende Regina Klakow-Franck. ■

RESISTENTE KEIME

Spezialambulanz für Kinder gegründet

Das Universitätsklinikum Bonn hat eine Spezialambulanz für Kinder gegründet, die multiresistente Keime (MRSA) tragen. Diese erste MRSA-Ambulanz für Kinder in Nordrhein-Westfalen soll die Behandlung und Betreuung der mit MRSA infizierten Kinder sowie die Beratung von Eltern und niedergelassenen Kinderärzten verbessern. Die Beratung erfolgt auch telefonisch und per Mail. Ziel sei es, die betroffenen Familien zu entlasten und die Zahl von MRSA-positiven pädiatrischen Patienten zu senken, sagte Andreas Müller, Oberarzt am Bonner Zentrum für Kinderheilkunde. ■

MEHR INFOS:

www.kinderinfektiologie-bonn.de

kurz & bündig

+++ DEMENZ: Als Folge des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes erhalten rund 140.000 Demenzerkrankte ohne Pflegestufe in diesem Jahr erstmals Leistungen aus der Pflegeversicherung. Das schätzt der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes der Krankenkassen aufgrund der Pflegegutachten des ersten Quartals. **+++ ÄRZTE:** Die Zahl der in Deutschland niedergelassenen Ärzte mit eigener Praxis ist 2012 um 799 auf 123.213 gesunken. Laut Bundesärztekammer stieg aber die Zahl der im ambulanten Bereich angestellten Ärzte um 2.002 auf 20.845. **+++ PALLIATIVMEDIZIN:** In den Fachabteilungen für Palliativmedizin der Krankenhäuser wurden 2011 rund 27.500 Patienten behandelt. Das teilte die Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der Fraktion Die Linke mit. Rund 13.600 Patienten starben nach einer durchschnittlichen Verweildauer von zehn Tagen.



Tiefer eintauchen!

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

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



G+G
Gesundheit und Gesellschaft



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



Viermal im Jahr:
G+G-Wissenschaft

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

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

www.kompart.de/shop



Name Ich bezahle per Bankeinzug Ich bezahle per Rechnung

Straße BLZ Geldinstitut Konto-Nr.

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.



KARTELLAMT

Klinik-Übernahmen wieder häufiger

Das Bundeskartellamt hat in den zwei vergangenen Jahren 30 Fusionen von Krankenhäusern in Deutschland geprüft. Der Konzentrationsprozess habe sich wieder verstärkt, schreibt das Kartellamt in seinem Tätigkeitsbericht für die Jahre 2011 und 2012 (Bundestagsdrucksache 17/13675). Im Zeitraum 2009/2010 war die Zahl der angemeldeten Krankenhaus-Zusammenschlüsse auf 20 gesunken. Zuletzt seien neben den großen privaten Konzernen vermehrt öffentliche und freigemeinnützige Träger als Erwerber aufgetreten, so das Kartellamt. Bisher wurden nur zwei Krankenhausübernahmen untersagt: 2009 die Fusion der Gesundheitsholdings Nordhessen und Werra-Meißner und

Zitat des Monats

Zur Politik gehört auch die Gabe, selbst zu jammern, wenn man anderen auf die Füße tritt.

Henri Tisot (1937–2011), französischer Schauspieler

2012 die Übernahme des Agaplesion Hochstift Worms durch das Klinikum Worms. Erst nach längerer Prüfung und teilweise mit Auflagen hat das Kartellamt in diesem Jahr die Übernahme des Kreiskrankenhauses Bergstraße durch die Universitätsklinik Heidelberg, den Zusammenschluss der Kliniken des Main-Taunus-Kreises mit dem Klinikum Höchst und den Einstieg der Asklepios-Gruppe bei der Rhön-Klinikum AG genehmigt. ■

FORSCHUNG

Reha-Förderpreis ausgeschrieben

Auch in diesem Jahr schreibt die Celenus-Kliniken GmbH den mit 7.500 Euro dotierten rehabilitationswissenschaftlichen Förderpreis aus. „Es geht uns darum, die moderne Rehabilitation voranzubringen und dabei insbesondere den wissenschaftlichen Nachwuchs zu fördern“, sagt der Chef der Offenburger Reha-gruppe, Berthold Müller. Eingereicht werden dürfen im Jahr 2010 und später abgeschlossene wissenschaftliche Arbeiten, die sich auf sämtliche Bereiche der medizinischen Rehabilitation beziehen können. Die Abgabefrist endet am 16. Dezember 2013. Das Auswahlverfahren ist zweistufig. Der Preis wird auf dem nächsten Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium im Frühjahr 2014 in Karlsruhe verliehen. ■

MEHR INFOS:

www.celenus-kliniken.de >
über Celenus > Förderpreis

ARZNEIMITTEL

Versandapotheken wachsen langsam

Der Umsatz der Versandapotheken lag 2012 mit 1,38 Milliarden Euro – bei einem Gesamtmarkt von 45,45 Milliarden Euro – nur unwesentlich höher als im Vorjahr.

Nach Angaben des Bundesverbandes Deutscher Versandapotheken teilen sich 30 bis 40 „industrielle“ Versandapotheken rund 90 Prozent der Umsätze. 58 Prozent davon entfielen auf apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sowie damit im Wettbewerb stehende Gesundheitsmittel. Rezeptpflichtige Medikamente machten 24 Prozent, Kosmetik- und Körperpflegeprodukte elf Prozent und medizinischer Sachbedarf fünf Prozent der Umsätze aus. Die größten Versandhandelsanteile lägen bei Herz- und Kreislaufpräparaten sowie bei Mitteln für Blase- und Fortpflanzungsorgane. ■

PFLEGE

Verbände legen Reformskizze vor

Experten des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA) und der Friedrich-Ebert-Stiftung haben ihre Blaupause für eine umfassende Pflegereform vorgelegt. In ihrem Positionspapier „Gute Pflege vor Ort: Das Recht auf eigenständiges Leben im Alter“ fordern beide eine „altengerechte Infrastruktur“ in Deutschland. Zu ihr gehörten neue Formen des Wohnens und Zusammenlebens im Alter genauso wie Konzepte, die verhinderten, dass Menschen überhaupt pflegebedürftig werden. Städte, Landkreise und Kommunen seien bei der Vernetzung von Angeboten stärker als bisher in die Pflicht zu nehmen, sagte der KDA-Vorsitzende Jürgen Gohde. „Pflege muss vor Ort neu aufgestellt werden, nicht nur von den Pflegekassen, sondern auch von den Kommunen und der Zivilgesellschaft. Die Zukunft der Pflege liegt im Quartier.“ ■

Köpfe und Karrieren



+++ **IVOR PARVANOV**, 49, ist vom Verwaltungsrat der AOK Bayern zum alternierenden Vorsitzenden auf Arbeitgeberseite gewählt worden. Der Rechtsanwalt trat die Nachfolge von Dr. Claudia Wöhler an. Hauptberuflich ist Ivor Parvanov Geschäftsführer und Leiter der Zentralabteilung Sozial- und Gesellschaftspolitik bei der Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft. Zuvor war der Jurist von 2001 bis 2008 Referent im Bereich Wirtschaft und Soziales,

Internationales und Länderkoordinierung sowie Leiter des Büros der Hauptgeschäftsführung beim Verband forschender Arzneimittelhersteller. Dann wechselte er als Geschäftsführer zum Bundesverband der Deutschen Industrie. Alternierender Verwaltungsratsvorsitzender der AOK Bayern auf Versicherungenseite ist weiterhin Fritz Schösser.

+++ **FRANZ-JOSEPH BARTMANN**, 63, steht als Präsident weiterhin an der Spitze der Ärztekammer Schleswig-Holstein. Der promovierte Facharzt für Chirurgie und Oberarzt am St. Franziskus-Hospital Flensburg bekleidet dieses Amt seit dem Jahr 2001. Zudem gehört er dem Vorstand der Bundesärztekammer an. Neuer Vizepräsident der schleswig-holsteinischen Ärztekammer ist Dr. Henrik Herrmann. Der Facharzt für Innere Medizin ist Nachfolger von Dr. Hannelore Machnik, die nach zwölf Jahren im Amt nicht mehr kandidiert hatte.



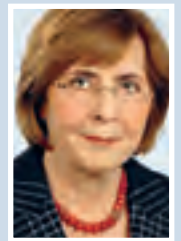
Genug Hilfe für die Selbsthilfe?

Die gesetzliche Krankenversicherung will Selbsthilfegruppen gezielter unterstützen und Gelder bedarfsgerechter verteilen. Die Basis bilden neue Grundsätze zur Selbsthilfeförderung ab 2014. Erfährt die Arbeit der Selbsthilfe ausreichend Unterstützung durch die Kassen?



DR. JUTTA HUNDERTMARK-MAYSER, stellvertretende Geschäftsführerin NAKOS-Kontaktstelle der Selbsthilfegruppen: Regelungen in den neuen Fördergrundsätzen, die eine Projektförderung von Selbsthilfekontaktstellen in allen Bundesländern ermöglichen, sind zu begrüßen. Neben Grundaufgaben können Selbsthilfekontaktstellen künftig die Entwicklung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe mit umschriebenen Maßnahmen gezielt fördern beispielsweise bei benachteiligten Bevölkerungsgruppen wie etwa Menschen mit Migrationshintergrund. Ein wichtiger Schritt ist ebenfalls die Öffnung der Fördermöglichkeiten für internetgestützte Selbsthilfeaktivitäten, die gerade für junge Menschen relevant sind.

PROFESSOR ERIKA GROMNICA-IHLE, Präsidentin der Deutschen Rheuma-Liga: Seit 2008 ist die Förderung nach Paragraph 20c Sozialgesetzbuch V Pflicht. Seither ist auf allen Ebenen eine Steigerung der Selbsthilfeförderung zu verzeichnen. Ausreichend ist die Unterstützung aber nicht. Die Aufgaben und Anforderungen an die Selbsthilfe steigen von Jahr zu Jahr. Eine höhere pauschale Förderung würde helfen, wesentliche Projekte umzusetzen. Zudem wird das Antragsverfahren immer weiter bürokratisiert: Um ein paar hundert Euro Förderung zu bekommen, sollen Ehrenamtliche der Selbsthilfegruppen vor Ort vier Seiten Antragsformular mit bis zu neun Anlagen einreichen. Das muss sich ändern!



KARIN STÖTZNER, Patientenbeauftragte des Landes Berlin: Die anfängliche als „Kann“-Vorschrift geregelte Förderung der Selbsthilfe hat der Gesetzgeber erfreulicherweise in eine Pflichtleistung umgewandelt. Die jährlich steigende Summe sorgt für eine ausreichende Unterstützung der Selbsthilfe, wengleich es auch in einzelnen Bundesländern noch Unterschiede bei der Mittelvergabe gibt. Sorge bereitet der Selbsthilfe eher die zunehmende Bürokratisierung dieser Unterstützung. So auch im neuen Leitfadens, der fast schon mit der Förderung für professionelle Sozialarbeit gleichzieht. Bei großen Organisationen ist das zumutbar, für manche kleine Gruppe dürfte es aber ein Grund sein, auf die Förderung ganz zu verzichten. Das wiederum hat der Gesetzgeber nicht gewollt.

KARL-HEINZ SCHÖNBACH, Geschäftsführer Versorgung beim AOK-Bundesverband: Die Selbsthilfe hat schon seit Jahren einen zuverlässigen Unterstützer ihrer Arbeit in den gesetzlichen Krankenversicherungen, und diese Sicherheit werden wir ihr weiterhin garantieren. Wir schätzen die Arbeit der Selbsthilfegruppen und -verbände sowie der Selbsthilfekontaktstellen sehr. 2013 werden den Selbsthilfezusammenschlüssen insgesamt 42,5 Millionen Euro zur Verfügung stehen. Allein das AOK-System leistet 14,8 Millionen Euro. Im Gegensatz zu anderen Förderern haben wir die finanzielle Unterstützung in den vergangenen Jahren gesteigert. Aus jahrelanger intensiver Zusammenarbeit wissen wir, welchen hohen Stellenwert Selbsthilfe als wichtige und notwendige Ergänzung der professionellen Angebote in der gesundheitlichen Versorgung hat.



BETRIEBLICHE GESUNDHEIT

Dienst-Telefonate stören Erholung

Um Mitarbeiter vor Überlastung durch ständige Erreichbarkeit zu schützen, sollten Unternehmen klare Regeln zum Umgang mit Handys und Computern schaffen. Das hat die Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) gefordert. In der iga arbeiten die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, der Verband der



Ersatzkassen, der AOK-Bundesverband und der Dachverband der Betriebskrankenkassen zusammen. Eine permanente Verfügbarkeit wirke sich negativ auf Erholung und Wohlbefinden aus, heißt es im iga-Report 23. Er enthält auf Grundlage wissenschaftlicher Studien, Experteninterviews und einer Unternehmensbefragung konkrete Handlungsempfehlungen. Für Arbeitnehmer bedeutet permanente Erreichbarkeit über Smartphone und Tablet-Computer eine deutliche Beeinträchtigung ihrer Erholungszeiten. Helfen könnten transparente Regeln, auch für Reaktionszeiten. Arbeitnehmer sollten wissen, dass sie nicht immer sofort auf einen Anruf oder eine eingehende-Mail reagieren müssen. ■

VERGÜTUNG

Neue Pauschalen für Haus- und Fachärzte

Vom 1. Oktober an gilt für Haus- und Kinderärzte ein neuer Abrechnungskatalog für Kassenleistungen. Der neue Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) stärkt nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und des GKV-Spitzenverbandes die Grundversorgung. Hausärzte dürfen längere Gespräche mit Patienten wieder gesondert abrechnen. Die Versichertenpauschale, die der Arzt einmal im Quartal pro Patient abrechnen kann, wird in fünf Altersklassen differenziert. Auch Fachärzte erhalten für die Grundversorgung ab Oktober eine Pauschale. ■

ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Kassen prüfen Krankengeld-Fälle

Jeder sechste Krankengeldbezieher ist gar nicht arbeitsunfähig. Das ergaben die Nachprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK) bei 1,47 Millionen Krankschreibungen im Jahr 2012. In gut 230.000 Fällen konnten die MDK-Prüfer keine Arbeitsunfähigkeit feststellen, teilte der GKV-Spitzenverband mit. Die GKV-Ausgaben für Krankengeld stiegen 2012 gegenüber dem Vorjahr von 8,5 auf 9,2 Milliarden Euro. Allerdings ergab eine repräsentative Forsa-Umfrage, dass mehr als jeder dritte Berufstätige trotz psychischer Probleme zur Arbeit geht. 65 Prozent der Befragten gaben an, dass ihnen ein Arbeitsausfall durch ein Seelenleiden unangenehmer sei als eine Krankschreibung wegen körperlicher Symptome. ■

ARBEITSMARKT

Gesundheitsbranche schafft neue Jobs

Bis zu 60.000 neue Arbeitsplätze können in diesem Jahr in der Gesundheitswirtschaft entstehen. Das ergab die Befragung von gut 700 Unternehmen durch den Deutschen Industrie- und Handelskammertag (DIHK) im Frühsommer. Die Branche sei ein Jobmotor der deutschen Wirtschaft, sagte der stellvertretende DIHK-Hauptgeschäftsführer Achim Dercks. Die meisten zusätzlichen Stellen würden in Einrichtungen wie Kliniken, Arztpraxen und Pflegeheimen entstehen. Aber auch in der Pharmaindustrie, der Medizintechnik und allen anderen Bereichen würden zusätzliche Arbeitsplätze eingerichtet. Dercks plädierte für mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen. Die Kassen sollten mit Leistungsanbietern individuelle Verträge schließen dürfen und die Beitragsatzautonomie als Zwi-



Des einen Leid, des anderen Freud: Krankheit sorgt für Arbeit.

schensschritt hin zu einem System lohnunabhängiger, pauschaler Prämien mit einem steuerfinanzierten Sozialausgleich für einkommensschwache Versicherte zurück-erhalten, schlug Dercks vor. ■

UMFRAGE

Ein Drittel geht zum Hautkrebs-Screening

Viele Menschen in Deutschland fürchten sich vor Hautkrebs. Dennoch hat nur rund ein Drittel der über 35-Jähri-

gen schon einmal eine Untersuchung zur Hautkrebsfrüherkennung in Anspruch genommen. Das ist Ergebnis einer Forsa-Umfrage im Auftrag des Dermatologenverbandes. Das Screening ist für Versicherte ab 35 Jahren eine Regelleistung der Krankenkassen. Das wussten von den im April 2013 befragten 1.000 über 18-jährigen gesetzlich Versicherten aber nur rund 50 Prozent. Mehr als 90 Prozent der Befragten hielten die Früherkennung für wichtig. ■

ÄRZTLICHER NOTDIENST

Psychotherapeuten gegen Bereitschaft

In Bayern sollen sich künftig alle Arztgruppen am hausärztlichen Bereitschaftsdienst beteiligen. Die Psychotherapeuten wollen gegen die neue Bereitschaftsdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung mit einer Postkartenaktion protestieren. Ärztliche Psychotherapeuten hätten zwar auch Medizin studiert, räumt der Vorstand ihres Landesverbands ein, doch liege das Studium oftmals Jahrzehnte zurück, und die meisten übten eine somatische ärztliche Tätigkeit schon lange nicht mehr aus. Deshalb waren sie bisher auch vom Bereitschaftsdienst befreit. Die neue Bereitschaftsdienstordnung sehe zwar eine Übergangsfrist von zwei Jahren vor, um praktische ärztliche Kompetenzen neu zu erwerben. Das sei jedoch neben der Arbeit als Psychotherapeut nicht zu bewerkstelligen. ■

SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH

„Mit ärztlicher Zweitmeinung Qualität stimulieren“

Versicherte der AOK PLUS können sich seit Kurzem bei bestimmten Diagnosen und Operationen die Meinung eines weiteren Mediziners einholen. Dazu Fragen an Iris Kloppich, Verwaltungsratsvorsitzende der Kasse.



G+G: Frau Kloppich, warum bietet die AOK PLUS ihren Versicherten bei lebensverändernden Diagnosen oder bestimmten Operationen an, einen weiteren Arzt zu konsultieren und dessen Meinung zu hören?

KLOPPICH: Eine Operation oder schwerwiegende Diagnose stellt für jeden Menschen eine schwere Herausforderung dar. Damit verbunden sind Unsicherheit, Fragen und Ängste. Wir möchten unseren Versicherten in dieser Situation zur Seite stehen und ihnen mit dem ärztlichen Zweitmeinungsverfahren mehr Sicherheit hinsichtlich verschiedener Therapiealternativen und der damit verbundenen Entscheidungsfindung geben. Dafür haben wir hochrangige Experten überwiegend aus Universitätskliniken in Sachsen und Thüringen gewinnen können.

G+G: Welche Vorteile ziehen Ärzte aus dem Zweitmeinungsverfahren?

KLOPPICH: Vertraglich eingebundene Mediziner profitieren dergestalt, dass sie als herausragende Fachleute auf einem bestimmten Fach-

gebiet verstärkt wahrgenommen werden. Aber da dieses Verfahren ja keinesfalls als Kritikverfahren konzipiert ist, profitiert auch der erstbehandelnde Arzt vom Austausch mit dem Experten.

G+G: Weniger Irrtümer in der Medizin kann ein Effekt des kollegialen Schulterblicks sein. Lässt sich durch das Verfahren der ärztlichen Zweitmeinung auch die Zahl unnötiger Operationen eindämmen?

KLOPPICH: Im Vordergrund stehen für uns die Versicherten, die sich im Vorfeld einer empfohlenen Therapie informieren und abwägen wollen. Obwohl wir zuletzt erhebliche Fallzahlsteigerungen besonders bei Gelenk-Implantationen und Wirbelsäulen-OPs verzeichnet haben, wollen wir nicht primär Mengenentwicklungen steuern. Zur Mengensteuerung sind andere Steuerungsinstrumente – nicht zuletzt die Krankenhausplanung – der zielführende Weg. Wir wollen mit dem Verfahren der ärztlichen Zweitmeinung vor allem Qualität stimulieren.

Pflegenoten besser erklären

Heime und ambulante Pflegedienste in Deutschland sollen strenger bewertet werden. Darauf haben sich Pflegekassen und Anbieter in einem Schiedsverfahren geeinigt. Die Kritik an den Zeugnissen hält jedoch unvermindert an. Zu Unrecht, meint Philipp Neumann.



DIE VERGABE VON NOTEN ist so eine Sache. Nach welchen Kriterien sie verteilt werden und wie gerecht es dabei zugeht – schon in der Schule sind sich Lehrer und Schüler selten darüber einig. Wirklich objektive Maßstäbe gibt es selten, vor allem dann, wenn Menschen im Spiel sind. So ist es auch bei den Pflegenoten, mit denen die Qualität von Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten bewertet werden.

Vier Jahre nach ihrer Einführung ist kaum jemand wirklich glücklich mit ihnen. Der Maßstab, die Gewichtung, überhaupt das ganze Prüfverfahren durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen: Alles könnte besser sein, sagen die Kritiker. Ja, könnte es. Sollte es auch. Aber trotzdem sind die Pflegenoten nicht so schlecht wie ihr Ruf.

Natürlich ist es absurd, dass jedes geprüfte Kriterium gleich stark in die Endnote einfließt. Jeder, der einen Test der Stiftung Warentest gelesen hat, weiß, dass die Verpackung einer Kaffeemaschine am Schluss anders gewichtet wird als ihre Bedienung und als die Qualität des Kaffees, den sie brüht. Ebenso absurd ist es, wenn ein Heim, das bei „Pflege und medizinischer Versorgung“ die Note 2,7 bekommt, obwohl dort unter anderem keine Vorsorge gegen Druckgeschwüre betrieben wird (Note 5) und weil das Pflegepersonal nicht ausreichend mit Ärzten zusammenarbeitet (Note 5). Dass dieses Heim schließlich sogar mit einer 1,7 ausgezeichnet wird und damit als „gut“, ist nicht nachvollziehbar.

Andererseits: Wer sich die Mühe macht und im Internet die Prüfberichte des Medizinischen Dienstes so genau anschaut, wie er vielleicht den Test über Kaffeemaschinen lesen würde, kann diese Schwächen sehr wohl erkennen. Sicher, die Pflege alter Menschen ist etwas völlig anderes als der Kauf einer Maschine. Aber dennoch gilt auch hier: Wer eine gute Leistung will, muss sich informieren. Und die wichtigsten Informationen stehen schon heute in den Prüfberichten.

Das Problem ist eher, sie zu finden und wirklich zu verstehen. Die Noten müssen deshalb noch einfacher im Internet zu entdecken sein, und sie müssen noch besser für Laien erklärt werden. Vier Internetplattformen, die auf dieselben Prüfberichte zugreifen, sind entbehrlich. Stattdessen muss mehr Aufklärung darüber stattfinden, was der Medizinische Dienst der Kassen geprüft hat, und weshalb das überhaupt wichtig ist. Dann können Pflegebedürftige und ihre Angehörigen auch mit den heutigen Pflegenoten schon viel anfangen. ■

Philipp Neumann ist Hauptstadt-Korrespondent des Nachrichtenmagazins FOCUS.

AUSBILDUNG

Medizinstudium in Stettin anerkannt

Die Klinikgruppe Asklepios und die Medizinische Universität Stettin bieten in diesem Jahr erstmals gemeinsam eine Mediziner Ausbildung an. Im Oktober sollen die ersten 30 Interessenten aus Deutschland mit einem dreijährigen vorklinischen Studium in Stettin beginnen. Darauf folgen in Asklepios-Kliniken in Deutschland zwei Jahre klinische Lehrveranstaltungen und ein Jahr klinisch-praktische Tätigkeit. Die Lehrveranstaltungen werden zunächst in Englisch angeboten, ab 2016 auch auf Deutsch. Das Programm sei im Mai 2012 vom polnischen Minister für Bildung und Hochschulwesen genehmigt worden und berechtige damit zur uneingeschränkten Ausübung des Arztberufs in Deutschland, teilte Asklepios-Konzerngeschäftsführer Kai Hangel mit. ■

MEHR INFOS:

www.asklepios.com/stettin

ORGANSPENDEN

Bund und Länder jetzt im Stiftungsrat

Seit Anfang September haben je zwei Vertreter des Bundesgesundheitsministeriums und der Bundesländer Stimmrecht in der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO). Im neuen 14-köpfigen Stiftungsrat sitzen außerdem wie bisher je zwei Vertreter der Bundesärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des GKV-Spitzenverbands sowie zwei statt bisher drei Vertreter der Deutschen Transplantationsgesellschaft. Zu den zwölf Mitgliedern kommen zwei

von diesen berufene Patientenvertreter, die kein Stimmrecht, aber Antrags- und volles Beteiligungsrecht haben. Die neue Besetzung des Stiftungsrates gewährleistet, dass öffentlich-rechtliche Rahmenbedingungen der Arbeit eingehalten werden, sagte DSO-Vorstand Rainer Hess. Bund und Länder sind nach der neuen DSO-Satzung auch stimmberechtigt im wissenschaftlichen DSO-Fachbeirat vertreten, der die genauen Verfahrensweisungen zum Ablauf der postmortalen Organspende erarbeitet. Die Bereitschaft der Bevölkerung zu Organspenden ist im ersten Halbjahr 2013 weiter gesunken. Die DSO verzeichnete einen Rückgang um 18,3 Prozent im Vergleich zum Vorjahreszeitraum. ■

ARZNEIMITTEL

Elf Pharmahersteller von Rabatt befreit

Die Europäische Kommission prüft, ob deutsche Pharmafirmen zu Unrecht von der Pflicht zur Gewährung von Herstellerabschlägen befreit worden sind. Das Bundesamt für Wirtschaft und Ausfuhrkontrolle hat nach eigenen Angaben von August 2010 bis Juli 2013 insgesamt elf Pharmahersteller ganz oder teilweise vom Zwangsabbau nach Paragraf 130a SGB V befreit. Für einen Hersteller wurde 2011 zudem für zehn Monate der bis Ende 2013 geltende Preisstopp aufgehoben. Nach Angaben der EU-Kommission hat sich ein anderes deutsches Pharmaunternehmen darüber beschwert. Die Kommission prüft jetzt, ob mit den Befreiungen marode Unternehmen mit staatlichen Mitteln über Wasser gehalten wurden. Das würde gegen EU-Beihilferecht verstoßen. ■

Bestandskunden stehen im Regen

Die Bundesregierung will mehr Wettbewerb in der privaten Krankenversicherung. Dafür muss aber nicht nur die Übertragbarkeit der angesparten Rücklagen möglich sein, sondern auch ein Zurück in die gesetzlichen Kassen, meinen **Klaus Jacobs** und **Sabine Schulze**.

Ich will mehr Wettbewerb in der privaten Krankenversicherung. So lautete die Überschrift eines Interviews mit Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung vom 8. Juli 2013. Danach soll nach der Bundestagswahl das Problem der Übertragbarkeit der Alterungsrückstellungen bei einem Wechsel des Krankenversicherers gelöst werden, um endlich auch in der privaten Krankenversicherung (PKV) Wettbewerb um alle Bestandsversicherten zu ermöglichen. Unterstützt wird dieses Vorhaben auch von der Union, wie Unionsfraktions-Vizechef Johannes Singhammer von der CSU gegenüber dem Handelsblatt vom 31. Juli 2013 erklärte: „Die PKV darf nicht so bleiben, wie sie ist.“

Zum besseren Verständnis dieser Aussagen muss man sich das Kalkulationsmodell der PKV vor Augen führen. Im Unterschied zur umlagefinanzierten gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden in der PKV Rücklagen für das Alter gebildet. Die Kapitaldeckung basiert auf drei Säulen: der aus Teilen der Versichertenbeiträge gebildeten Alte-

rungsrückstellung, den daraus erwirtschafteten Zinserträgen sowie einem seit dem Jahr 2000 gesetzlich vorgeschriebenen zusätzlichen Zehn-Prozent-Beitragszuschlag für Versicherte zwischen 20 und

Ohne Pflicht zur Aufnahme können faktisch nur Gesunde wechseln.

60 Jahren. Die PKV selbst spricht von einer „eingebauten Altersvorsorge“. Das Wettbewerbsproblem, das Daniel Bahr lösen will, resultiert dabei nicht aus der Kapitaldeckung als solcher, sondern aus ihrem „Einbau“ in die PKV-Kalkulation. Denn wechseln Versicherte zu einem anderen Krankenversicherer, können sie ihre angesparten Rücklagen nicht einfach mitnehmen, sondern müssen bei dem neuen Versicherer mit der Rücklagenbildung von vorn anfangen – sofern sie

aufgrund ihrer womöglich schlechter gewordenen Gesundheit überhaupt einen neuen Versicherer finden. Dies bedeutet im Ergebnis, dass Wettbewerb in der PKV weithin auf das Neugeschäft mit Versicherten begrenzt ist.

Früh die Finger in die Wunde gelegt.

Dieses gravierende Wettbewerbsdefizit der PKV und seine zentrale Ursache sind seit vielen Jahren bekannt. So hatte sich bereits 1996 die „Unabhängige Expertenkommission zur Untersuchung der Problematik steigender Beiträge der privat Krankenversicherten im Alter“ auf Initiative des Bundestags mit diesem Thema befasst. Einen Reformvorschlag legte sie aber nicht vor. Auch die knapp zehn Jahre später für das Bundesjustizministerium tätige „Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts“ (VVG-Kommission) konnte sich nicht auf einen Reformvorschlag verständigen, obwohl sie das Wettbewerbsproblem in ihrem Abschlussbericht 2004 klar beschrieben hatte: „Das Kalkulationsprinzip der PKV hat zur Folge, dass der Wechsel zu einem anderen Krankenversicherungsunternehmen mit längerer Vertragsdauer sowie steigendem Alter zunehmend erschwert oder praktisch unmöglich wird.“ Ebenfalls 2004 hatte der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung geurteilt: „Derzeit treten im PKV-System gerade wegen der dort praktizierten Art der Kapitaldeckung Wettbewerbs- und Effizienzdefizite auf. Aus diesem Grunde ist die dort gewählte Ausgestaltung der Kapitaldeckung abzulehnen. Dieses Urteil fiele anders aus, wenn auch für Bestandskunden die hohen Wechselhindernisse durch die Schaffung von portablen Alterungsrückstellungen beseitigt würden und somit der Wettbewerb intensiviert würde.“

Lesetipp

Das Nebeneinander von GKV und PKV steht seit geraumer Zeit in der Kritik. Wie aber sollte ein zukunftsfähiges Krankenversicherungssystem aussehen? Antworten auf diese Frage liefern namhafte Autoren in dem neuen Buch „**Krankenversicherung der Zukunft – Anforderungen an ein leistungsfähiges System**“. Es beleuchtet unter anderem die Ausprägung des derzeitigen Wettbewerbs zwischen GKV und PKV, Unterschiede in den Erwerbs- und Einkommensstrukturen der gesetzlich und privat Versicherten sowie Schwachstellen im Geschäftsmodell der PKV. Zudem analysiert das Buch Perspektiven der solidarischen Finanzierung, der vertragswettbewerblichen Versorgungssteuerung sowie Erfahrungen aus dem Ausland.



Klaus Jacobs, Sabine Schulze (Hrsg.):
Krankenversicherung der Zukunft – Anforderungen an ein leistungsfähiges System, 2013. 288 Seiten, 17,80 Euro zzgl. 2,50 Euro Versand. KomPart-Verlag, Berlin. Zu bestellen unter: www.kompart.de/shop

Vor diesem Hintergrund hatte die Große Koalition im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz festgelegt, dass ab 2009 alle neuen privaten Krankenversicherungsverträge wenigstens eine „teilweise Portabilität“ der Alterungsrückstellungen in Höhe des auf den Leistungskatalog der GKV normierten „Basistarifs“ vorsehen müssen. Das Bundesverfassungsgericht erklärte diese Vorschrift am 10. Juni 2009 für verfassungskonform. Die Urteilsbegründung wies zugleich auf zwei fortbestehende Wettbewerbshemmnisse hin. Zum einen verbliebe „bei einem Versichererwechsel ein erheblicher Anteil der gebildeten Alterungsrückstellung bei dem bisherigen Unternehmen“. Zum anderen würden „die Wechselchancen eines Versicherten mit erhöhtem Krankheitsrisiko auch durch die Mitgabe eines Teils der Alterungsrückstellungen nicht erheblich verbessert, weil der Betreffende in einem Normaltarif keinen aufnahmebereiten Versicherer finden wird“.

Risikoselektion droht. Damit ist auf ein grundsätzliches Problem verwiesen: Umfassende Wechseloptionen der PKV-Bestandsversicherten setzen nicht nur die möglichst uneingeschränkte Mitnahme der angesparten Alterungsrückstellungen voraus. Sie erfordern auch, dass wechselwillige Versicherte von einem anderen Versicherer selbst dann aufgenommen werden, wenn sich ihr Gesundheitszustand seit dem PKV-Eintritt verschlechtert hat. Eine Aufnahmeverpflichtung wie in der GKV gibt es derzeit nicht.

Die Lösung des Problems ist alles andere als trivial. Denn es droht in jedem Fall eine Risikoselektion von Versicherten: Ohne Aufnahmeverpflichtung könnten faktisch nur Gesunde wechseln – ein Problem für den abgebenden Versicherer; mit einer Aufnahmeverpflichtung würden womöglich vor allem (unzufriedene) Kranke wechseln – ein Problem für den aufnehmenden Versicherer. Daher kann laut VVG-Kommission „ein unternehmensübergreifendes Schadenausgleichssystem erforderlich sein, weil zufallsbedingt sich bei einzelnen Versicherern überdurchschnittlich viele Schwerstrisiken ansammeln können, was das Versicherungsunternehmen wegen des Kontrahierungszwanges nicht verhindern kann und auch nicht verhindern soll; dies aber würde die Kalkulationsbasis des



PKV-Unternehmens zerstören“. Nach anderen Reformvorschlägen ist ein PKV-weites Ausgleichssystem verzichtbar, wenn die portablen Alterungsrückstellungen den Gesundheitszustand eines Versicherten zum Wechselzeitpunkt berücksichtigen. Aber wer soll dies auf welcher Datenbasis festlegen? Und in Bezug auf welchen Leistungsumfang? Schon diese Fragen machen deutlich: Das Vorhaben von Daniel Bahr und Johannes Singhammer, die Alterungsrückstellungen mitnahmefähig zu gestalten, ist gewiss lobenswert. Aber das allein genügt nicht, um Wettbewerb um Bestandsversicherte in der PKV tatsächlich in Gang zu setzen.

Rückkehr zur Kasse muss möglich sein.

Das Vorhaben springt noch aus einem anderen Grund zu kurz. Umfassender Wettbewerb erfordert auch, den Privatversicherten die Möglichkeit einzuräumen, ihre Wahlentscheidung zugunsten der PKV zu revidieren und zur GKV zurückzukehren. Es kann doch nicht sein, dass man sich – wie Ulrich Wenner, Vorsitzender Richter am Bundessozialgericht, 2009 in der Zeitschrift „Soziale Sicherheit“ betont hat – in unserer Gesellschaft aus nahezu allen vor Jahrzehnten noch dauerhaften Bindungen lösen kann – „ob das die Beziehung zum Geldinstitut, zum Energieversorger, zur Kirche oder zum Ehepartner betrifft“ –, aber nicht aus der faktisch lebenslangen Bindung an einen privaten Krankenversicherer oder – in direkter Fortführung dieses Gedankens von Wenner – an das System der PKV.

Wenn aber die Alterungsrückstellungen bei einem Wechsel innerhalb der PKV mitnahmefähig wären, könnten sie bei einem „Systemwechsel“ genauso gut als „Eintrittsgeld“ für die Rückkehr zur GKV fungieren. Würden sie in den Gesundheitsfonds eingespeist, könnten GKV-interne Wettbewerbsverzerrungen infolge des beschriebenen Selektionsproblems von vornherein vermieden werden.

Nur Lippenbekenntnisse der Politik?

Natürlich zählt letztlich nicht, was Politiker vor einer Wahl ankündigen, sondern was sie danach tun. Wäre der derzeitigen Bundesregierung Wettbewerb zugunsten der Versicherten tatsächlich ein wichtiges Anliegen, wäre die Einführung des „Pflege-Bahr“, der steuerlich geförderten privaten Pflegevorsorge, wohl kaum ohne jegliche Übertragbarkeit der Alterungsrückstellungen und somit ohne jeden Wettbewerb um Bestandsversicherte erfolgt. Zweifel an der Ernsthaftigkeit der aktuellen Reformversprechen sind also erlaubt. Gleichwohl wird das Wettbewerbsproblem der PKV immer offensichtlicher, aber auch dessen begrenzte Lösungsfähigkeit bei Fortbestand des dualen Systems aus GKV und PKV. ■

Prof. Dr. Klaus Jacobs ist Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). **Sabine Schulze**, Diplom-Volkswirtin, ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im WIdO-Forschungsbereich Gesundheitspolitik/Systemanalysen.

Kontakt: Klaus.Jacobs@wido.bv.aok.de

Ein Markt für alle

Die Trennung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung ist umstritten. Ein neues Rechtsgutachten im Auftrag der AOK Baden-Württemberg zeigt nun erstmals detailliert auf, wie ein einheitlicher Krankenversicherungsmarkt aussehen kann. **Von Thomas Hommel**

Es ist fast ein Unikum auf der Welt: ein Krankenversicherungsmarkt, der aus zwei weitgehend abgeschotteten Systemen besteht – hier das der gesetzlichen (GKV), dort das der privaten Krankenversicherung (PKV). Außer Deutschland organisiert nur das lateinamerikanische Chile auf diese Weise die Absicherung seiner Bürger im Krankheitsfall. Unumstritten ist die Trennung von GKV und PKV nicht. Seit vielen Jahren wird intensiv über eine Reform diskutiert.

Plädoyer für die Einwohnerversicherung.

Ein Rechtsgutachten, das die renommierten Jura-Professoren Thorsten Kingreen und Jürgen Kühling im Auftrag der AOK Baden-Württemberg erstellt haben, bringt nun Klarheit in die Auseinandersetzung. „Derzeit herrscht eine eher unsachliche und stark ideologisch geprägte Debatte über Chancen und Risiken eines einheitlichen Versicherungsmarktes“, sagt der Vorstandsvorsitzende der Gesundheitskasse, Dr. Christopher Hermann. Das Gutachten solle zu einer Versachlichung der Diskussion beitragen.

In ihrer 120-seitigen Expertise sprechen sich die Wissenschaftler Kingreen und Kühling dafür aus, GKV und PKV in eine „monistische Einwohnerversicherung“ zu integrieren. Diese trägt das Adjektiv „monistisch, weil die Unterschei-

dung in gesetzliche und private Krankenversicherung hinfällig wird. Und sie nennt sich „Einwohnerversicherung“, weil die Krankenversicherung an den Wohnsitz des Versicherten und nicht mehr an seine Arbeitnehmereigenschaft oder einen sonstigen sozioökonomischen Status gekoppelt ist. „In einem solchen

Jeder kann sich seinen Krankenversicherungsanbieter frei aussuchen und regelmäßig wechseln.

System kann sich der Versicherte seinen Krankenversicherungsanbieter frei aussuchen, und er kann diesen Anbieter auch regelmäßig wechseln“, erläutert Kingreen das Modell. Sämtliche Krankenversicherer seien darin verpflichtet, alle Personen zu versichern. Die vom Versicherten zu zahlende Prämie dürfe nicht vom Alter oder Gesundheitszustand abhängig sein. „Damit würde ein dezidiert wettbewerbliches System entstehen – genau das Gegenteil der vielfach beschworenen ‚Einheitskasse‘“, ergänzt Kühling.

Neue Rechtsform wählen. Um auch den PKV-Unternehmen die Teilnahme an einem Wettbewerb mit einheitlichen rechtlichen Rahmenbedingungen zu ermöglichen, muss Kingreen und Kühling zufolge eine private Rechtsform für AOK, DKV & Co. gewählt werden. Die Organisation in sogenannten Versicherungsver-einen auf Gegenseitigkeit (VVaG) empfehle sich besonders. „Dadurch kann einerseits an eine in der PKV weit verbreitete Rechtsform angeknüpft und andererseits auch der traditionelle Selbstver-

waltungspfad der GKV beibehalten werden“, betont Kingreen.

Altersrückstellungen teilweise mitgeben.

Auch einen weiteren Stolperstein – die Frage, wie mit den Altersrückstellungen der Privatversicherten umzugehen ist – räumen die Wissenschaftler mit ihrem Modell aus dem Weg. „Die Einwohnerversicherung soll die Wahlfreiheit der Versicherten verbessern. Daher sollten den Bestandsversicherten in der PKV (*alle Privatversicherte mit einem vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossenen Versicherungsvertrag; d. Red.*) die zeitlich befristete Möglichkeit des Wechsels in die Einwohnerversicherung unter partieller Mitnahme der Altersrückstellungen eingeräumt werden.“ Der notwendige Risikoausgleich zwischen den in der PKV verbleibenden Bestandsversicherten und den Versicherten in der Einwohnerversicherung könne durch eine „alters-, geschlechts- und risikoadjustierte Verteilung der individualisierten Altersrückstellungen erfolgen“.

Höchste Zeit für eine Reform. Rechtliche Bedenken gegenüber einer monistischen Einwohnerversicherung sehen Kingreen und Kühling nicht. Das Modell sei mit verfassungs- wie europarechtlichen Vorgaben zu vereinen. AOK-Vorstandschef Hermann sieht deshalb die Politik am Zuge. „Sie ist aufgefordert, die Zeichen der Zeit richtig zu interpretieren und endlich zu handeln.“ Auch Kingreen und Kühling sehen politischen Handlungsbedarf. So schaffe der derzeitige sogenannte „Systemwettbewerb“ zahlreiche Fehlanreize. Einer davon sei, dass sich der Wettbewerb auf junge, gesunde Gutverdiener, nicht aber auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung kranker Menschen konzentriere. ■

Studie zum Nachlesen

Das Rechtsgutachten „**Monistische Einwohnerversicherung: Konzeptionelle und rechtliche Fragen der Transformation der dualen in eine integrierte Krankenversicherungsordnung**“ von Thorsten Kingreen und Jürgen Kühling ist kürzlich im Nomos Verlag erschienen und 120 Seiten lang. Eine Kurzfassung der Ergebnisse kann im Internet unter www.aok-bw.de > Presse heruntergeladen werden.

Arzneikosten auf neuem Höhentrip

Die Atempause war kurz. Den Krankenkassen droht ein neuer Rekord bei den Ausgaben für Medikamente. Die Prognose für das kommende Jahr: ein Anstieg um knapp neun Prozent auf nahezu 32 Milliarden Euro. **Von Helmut Schröder und Carsten Telschow**

Die gesetzlichen Krankenkassen haben im Jahr 2012 rund 29 Milliarden Euro für Arzneimittel ausgegeben. Das sind 2,6 Prozent mehr im Vergleich zu 2011, wie der Arzneiverordnungs-Report 2013 ausweist. Und der Trend geht weiter nach oben. Ein Grund: Ende dieses Jahres laufen der gesetzlich fixierte höhere Herstellerrabatt und das Preis moratorium für jene Medikamente aus, die keinem Festbetrag unterliegen. Dies allein führt zu einer Mehrbelastung der Kassen um bis zu zwei Milliarden Euro. Für das Jahr 2014 prognostiziert das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) einen Anstieg der Arzneimittelkosten um etwa neun Prozent auf knapp 32 Milliarden Euro, ohne dass sich die Gesundheitsversorgung der Patienten verbessert.

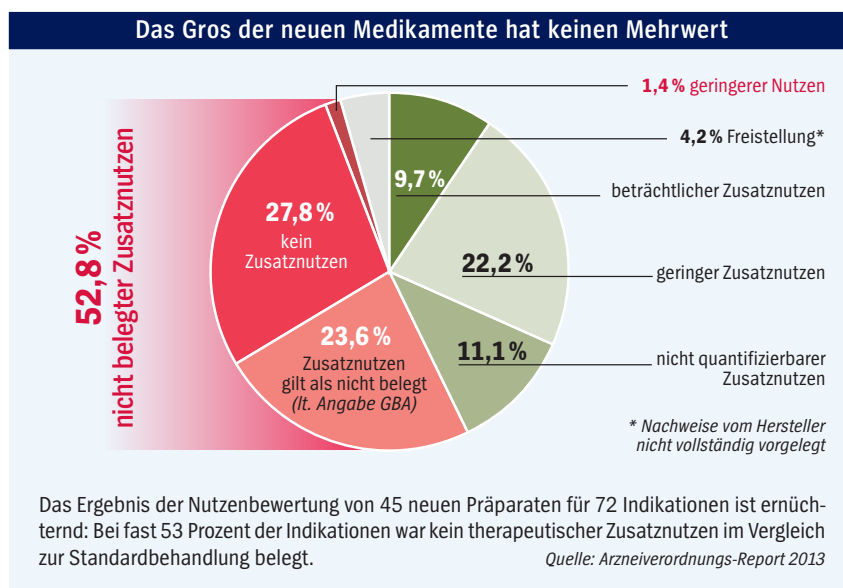
Weitere Kostentreiber sind nach wie vor die patentgeschützten Medikamente mit einem Umsatz von 13,4 Milliarden Euro im Jahr 2012. Die durchschnittlichen Kosten für eine Tagesdosis patentgeschützter Wirkstoffe sind weiter deutlich gestiegen. Sie liegen im Jahr 2012 bei 10,56 Euro – im Vergleich zu 2011 ein Plus von 24 Prozent.

Nutzenbewertung trägt erste Früchte. Um die Spreu vom Weizen zu trennen, haben seit dem Inkrafttreten des Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetzes die neu auf den Markt gekommenen Präparate ihren therapeutischen Zusatznutzen zu belegen. Bis Juni dieses Jahres sind 45 neue Wirkstoffe für 72 Indikationen

bewertet worden. Ergebnis: Nur bei rund zehn Prozent der Indikationen war ein beträchtlicher Zusatznutzen erkennbar, bei mehr als der Hälfte aber keiner (siehe Grafik). Für 17 Präparate mit festgestelltem Zusatznutzen haben GKV-Spitzenverband und Hersteller im Jahr 2012 einen Erstattungsbetrag vereinbart. Das

2014 eine Kostenentlastung um etwa 150 Millionen Euro. Damit summiert sich die zu erwartende finanzielle Entlastung im Jahr 2014 auf etwa 270 Millionen Euro.

Angepeilte Zielmarke verfehlt. Insgesamt macht der neue Report deutlich: Das Ziel des Gesetzgebers, mit der frühen Nut-



hat die Kassen um 25 Millionen Euro entlastet. Für 2014 prognostiziert der Report eine weitere Entlastung in Höhe von mindestens 121 Millionen Euro.

Alt-Patente kommen auf den Prüfstand. Mit der frühen Nutzenbewertung lassen sich mittelfristig aber nur dann höhere Einsparungen erzielen, wenn auch jene patentgeschützten Arzneimittel einbezogen werden, die vor dem Jahr 2011 auf den Markt gekommen sind (Bestandmarkt). Erste Schritte dazu sind gemacht. Nach dem Arzneiverordnungs-Report bringt die Nutzenbewertung der patentierten Präparate des Bestandmarktes im Jahr

zenbewertung neuer Arzneimittel und den verhandelten Erstattungsbeträgen jährliche Einsparungen in Höhe von zwei Milliarden Euro zu erzielen, ist weder im Jahr 2014 noch mittelfristig zu erreichen. Dafür braucht es einen langen Atem. Kurzfristig aber steht den gesetzlichen Krankenkassen erneut ein deutlicher Kostenanstieg in Milliardenhöhe ins Haus. ■

Helmut Schröder ist stellvertretender Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK. **Dr. Carsten Telschow** ist Leiter des Forschungsbereichs Arzneimittel. **Kontakt: Helmut.Schroeder@wido.bv.aok.de**

Lesetipp

Ulrich Schwabe/Dieter Paffrath (Hrsg.):
Arzneiverordnungs-Report 2013. Aktuelle
Daten, Kosten, Trends und Kommentare.
1.155 Seiten, 49,99 Euro. Springer Verlag,
Heidelberg, Berlin.

Vor dem Hürdensprung

Strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke sind aus der Versorgungslandschaft nicht mehr wegzudenken. Bevor jedoch neue Angebote aus der Taufe gehoben werden, sind bestehende Schwachstellen zu beseitigen. **Von Evert Jan van Lente**

Mit über sieben Millionen Teilnehmern sind die strukturierten Behandlungsprogramme für chronisch kranke Patienten – auch Disease-Management-Programme (DMP) genannt – ein fester Bestandteil der Versorgung in Deutschland geworden. Für eine bessere Strukturqualität sowie reibungslosere Versorgungsprozesse in den Arztpraxen einschließlich Patientenschulungen überwies die gesetzlichen Krankenkassen im vergangenen Jahr etwa 800 Millionen Euro zusätzliches Honorar an teilnehmende Ärzte.

In einem aktuellen Gutachten im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung stuft der langjährige Vorsitzende des Gesundheits-Sachverständigenrates, Professor Eberhard Wille von der Universität Mannheim, die DMP als notwendig ein und hebt ihre gesundheitspolitische Bedeutung hervor. Er stellt fest, dass der Nutzen der Programme zudem in mehreren wissenschaftlichen Studien nachgewiesen sei. Sie alle belegten einen klaren Vorsprung der Versorgung von chronisch kranken Patienten im Rahmen der DMP gegenüber der Regelversorgung.

Gleichwohl kann man nach mehr als zehn Jahren Laufzeit die kritische Frage stellen, ob die Ziele der Chronikerprogramme tatsächlich erreicht worden sind und ihr Vorsprung gegenüber der Regel-

versorgung nachhaltig ist. Um diese Frage zu beantworten, sind folgende Aspekte zu berücksichtigen: Erstens nehmen DMP unter den Selektivverträgen eine Sonderstellung ein. Dies hängt mit der Kopplung der Programme an den Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen zusammen. Dieser Umstand endete mit Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs zum 1. Januar 2009.

In einigen Arztpraxen ist eine gewisse DMP-Müdigkeit zu beobachten.

Zweitens werden DMP einheitlich und nach bundesweiten, evidenzbasierten Vorgaben umgesetzt. Für die Arztpraxen spielt es daher in der Regel keine große Rolle, bei welcher Kasse ein DMP-Teilnehmer versichert ist. Entsprechende Verträge wurden somit quasi zu Kollektivverträgen.

Potenzial noch nicht ausgeschöpft. Ein Hinweis darauf, dass die Versorgungsziele noch nicht erreicht wurden und das Potenzial der DMP nicht voll ausge-

schöpft wird, ist die weiterhin große Spannbreite in der Qualität der Versorgung von chronisch Kranken. Auch innerhalb der DMP-Versorgung belegen aktuelle Daten regionale Unterschiede.

Das bedeutet im Klartext: Viele Patienten – auch jene, die in ein DMP eingeschrieben sind – könnten besser versorgt werden, wenn alle Vorgaben für die Programme richtig umgesetzt würden. Und es bedeutet auch, dass die zusätzlichen DMP-Honorare teilweise für unterdurchschnittliche Qualität gezahlt werden.

Umsetzung bereitet Probleme. Es können verschiedene Gründe dafür identifiziert werden, warum die Versorgungsziele der Chronikerprogramme bislang nicht flächendeckend erreicht worden sind. In vielen Praxen gibt es Defizite in der Umsetzung der DMP. Die dafür vorgesehenen Honorare werden nicht zielgerichtet gezahlt. Sie sind weder an den tatsächlichen Aufwand für die Behandlung, noch an ein besseres Ergebnis gekoppelt. Es besteht somit kein Anreiz, die Qualität der Behandlung zu optimieren. Zudem ist in den Arztpraxen eine gewisse DMP-Müdigkeit zu beobachten. Das zeigt sich etwa in der schlechten Qualität der Dokumentation der Programme durch Ärzte und Praxispersonal.

Die DMP sind als „lernende Systeme“ konzipiert. Alle Beteiligten sollen kontinuierlich auf (Fehl-)Entwicklungen reagieren können. Anpassungen in der Arztpraxis sind jedoch aufgrund mehrerer Faktoren erschwert: Das Feedback auf Basis der Dokumentation kommt bei den Ärzten mit großer Verzögerung an. Das Qualitätscontrolling gegenüber den Medizinern erfolgt in der Regel in der „Gemeinsamen Einrichtung“. Federführend ist hier die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung (KV). Leider führt das oftmals

Lese- und Weptipps

- Eberhard Wille: **Wege zur Einbeziehung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) in die integrierte Versorgung.** Gutachten im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen, April 2013.
- Evert Jan van Lente: **Regionale Unterschiede und ihre Folgen aus Kassensicht,** Monitor Versorgungsforschung MVF-Special „Versorgung 2.0“, Mai 2012.
- Evert Jan van Lente, Peter Willenborg: **Das Alphabet der Versorgung,** in: G+G 1/2012, Seite 38–41.
- Roland Lindner et al: **Nutzen und Effizienz des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 2,** in: Deutsches Ärzteblatt vom 11. März 2011.

nicht dazu, dass sich die Qualität kontinuierlich verbessert. Die Qualitätssicherung wird eher als lästige Pflicht denn als Ansporn gesehen.

Es fehlt an Wettbewerb. KVen, die in fast allen Regionen Vertragspartner der Kassen bei den DMP sind, wissen, dass es für den Aufbau neuer Programme einen langen Atem braucht. Mehrere KVen weigern sich, Vertragsinhalte bei den Ärzten einzufordern und blockieren Vorschläge zur Verbesserung der Qualität.

Die Aktualisierung der Programme wird aufgrund einer umfangreichen Regulierung erschwert, der Prozess dauert zu lange. Schon wenige Anpassungen beanspruchen mittlerweile mehr Zeit als die Formulierung der gesamten Anforderungen an die DMP zum Start der Programme 2002 und 2003.

Bei der Zulassungsbehörde für DMP, dem Bundesversicherungsamt (BVA), führt das berechtigte Streben nach Rechtssicherheit zu versorgungspolitisch ungewollten Ergebnissen. So hat das BVA in der Anfangsphase der Programme beispielsweise versucht zu verhindern, dass eine elektronische Dokumentation eingeführt wird.

Die Patienten erfahren nicht hinreichend, dass sie sich an der Krankheitsbewältigung aktiv beteiligen müssen. So sollen sie von Ärzten bei den regelmäßigen Folgeuntersuchungen eine Kopie der Dokumentation erhalten, damit sie einen Überblick über den Verlauf ihrer Behandlung bekommen. Diese Kopien werden jedoch oft nicht ausgehändigt. Auch die Kassen sind bei der Motivation der Patienten zu einem gesünderen Lebensstil bisher nur teilweise erfolgreich gewesen.

Integration in IV-Verträge. Vorschläge für neue DMP sind aufgrund der genannten Probleme verfrüht. Zunächst müssen die Hürden überwunden werden, die bei bestehenden Programmen eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung verhindern. Der Gesundheitsexperte Eberhard Wille schlägt vor, DMP und Integrierte Versorgung in einer gemeinsamen gesetzgeberischen Regelung zusammenzufassen. Dabei müssten viele Regelungen zu den DMP aufgehoben werden, weil sie ihren Ursprung in der Anbindung an den alten Risikostrukturausgleich haben. Es sollte zum Beispiel möglich sein, neue DMP auch mit regional ansässigen Arzt-



netzen zu vereinbaren. Die Verpflichtung, in jedem Falle flächendeckende Angebote mit der KV zu machen, sollte dagegen entfallen. Die Programmkostenpauschale sollte – unter bestimmten Vor-

Die Kassen sollten die Patienten stärker zur Mitarbeit an der Therapie ihrer Erkrankung motivieren.

aussetzungen – auch für Integrierte Versorgungsverträge gezahlt werden. Für die Kombination von integrierter Versorgung mit DMP könnte es eine höhere Programmkostenpauschale geben.

Verträge auch mit Ärztenetzen. Darüber hinaus sind folgende Schritte sinnvoll, um die DMP zu optimieren:

- Der Gemeinsame Bundesausschuss sollte den Prozess der Aktualisierung der Programme beschleunigen, indem die Zahl der Sitzungen der Experten, die darüber beraten, begrenzt wird.
- Die Federführung der KVen bei den DMP hat sich oft als nicht zielführend für die Verbesserung der Versorgungsqualität erwiesen. Die Kassen müssen daher bessere Bedingungen erhalten, um

Verträge mit anderen Partnern wie Einzelpraxen oder Ärztenetzen zu schließen.

- Die Vergütung der Ärzte sollte sich stärker am tatsächlichen Aufwand und an der erzielten Qualität der Behandlung orientieren.
- Die Zulassungsverfahren des BVA sollten so umgestaltet werden, dass eine Umstellung auf Verträge mit anderen Partnern möglich wird, ohne dass alle DMP-Teilnehmer sich neu einschreiben müssen.
- Die Dokumentation sollte stärker als bisher als Basis für eine kurzfristige Qualitätsinformation an die Ärzte genutzt werden. Werden vereinbarte Ziele nicht erreicht oder die vertraglichen Verpflichtungen nicht erfüllt, sollten entsprechende Sanktionen vorgesehen sein.
- Die gesetzlichen Krankenkassen sollten ihre Aktivitäten intensivieren, um Patienten zur aktiven Mitarbeit an der Therapie ihrer chronischen Erkrankung zu bewegen.

Mithilfe der genannten Änderungen ließe sich das Potenzial, das in den DMP steckt, im Interesse der chronisch kranken Patienten weiter heben. Bevor neue Programme geschaffen werden, sollten Schwachstellen bei bestehenden DMP beseitigt werden. ■

Evert Jan van Lente ist stellvertretender Leiter der Geschäftsführungseinheit Versorgung beim AOK-Bundesverband.

Kontakt: Evertjan.vanlente@bv.aok.de

Sparzwang macht erfinderisch

Das Gesundheitswesen der Niederlande ist gut, aber auch teuer. Die Kosten kletterten in den letzten Jahren um bis zu zehn Prozent jährlich. Eine Entwicklung, die das Königreich zu Reformen zwingt. **Von Bettina Nellen**

Die Treppe ist zwar schön breit, aber auch ganz schön steil. „Ja, sie fordert körperliche Aktivität ein. Unsere Patienten sind das gewohnt und beschwerten sich nicht darüber“, antwortet Dr. Andreas Keck, Hausarzt im Reigersbos Primary Care Center in Amsterdam, auf das Erstaunen, dass jeder, der zu den Behandlungsräumen im ersten Stock gelangen möchte, erst diese Treppenstufen erklimmen muss. In den Niederlanden spielen Hausärzte als Gatekeeper eine zentrale Rolle in der Primärversorgung. Er versorge rund 2.300 Patienten, so Keck, bei durchschnittlich fünf Kontakten im Jahr und jeweils rund zehn Minuten pro Patient. Hausarzt, Apotheke und Physiotherapie bilden den Kern des Versorgungsangebotes in dem medizinischen Versorgungszentrum. Hinzu kommen weitere Disziplinen, zum Beispiel Hebammen, Sozialarbeiter, Psychologen, Pflegekräfte, ein Zahnarzt oder Diätassistentinnen, die Räume anmieten können. Trotz einer Arbeitszeit von rund 60 Stunden pro Woche und viel Bürokratie herrsche unter den Hausärzten eine hohe Zufriedenheit, und es gebe keinen Nachwuchsmangel, meint Keck. „Die Arbeitsbelastung steigt aber merklich, weil wir immer mehr Patientenkontakte zu bewältigen haben.“

Der Reformdruck nimmt zu. Und damit ist nicht die einzige Herausforderung benannt, der sich auch die Gesundheitssysteme anderer Industriestaaten annehmen müssen: alternde Gesellschaften, zersplitterte Versorgungsstrukturen, mangelnde Transparenz und steigende Kosten, um nur einige zu nennen. Dabei mangelt es nicht an Ideen. Wo stehen also die Niederlande mit ihren Reformbemühungen? Darüber konnten sich die Teilnehmer einer zweitägigen Studienreise informieren, die der Bundesverband Managed Care (BMC) in das Nachbarland organisiert hatte.

Lange Zeit wurden die steigenden Kosten aufgefangen, sagte Dr. Patrick Jeurissen, Koordinator für Strategie und

gewesen: So seien beispielsweise dank Einführung eines Fallpauschalensystems in den Krankenhäusern mehr Transparenz erreicht worden und die Preise gesunken. Problematisch seien aber nach wie vor die Mengenausweitungen in der stationären Versorgung – ein auch in Deutschland viel diskutiertes Problem.

Diese Mengenausweitung könne nicht im Sinne der Patienten sein. Visser stellte eine Untersuchung vor, nach der die gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient häufig zu weniger Diagnostik und Behandlungen führe. Auch Entscheidungshilfen unterstützten diesen Trend. Visser: „Dadurch sinken meist nicht nur die Kosten. Besonders wenn es um Entscheidungen über medizinische Maßnahmen am Lebensende geht, leben die Menschen in einzelnen Fällen ohne aggressive Therapie sogar besser und länger als mit Therapie.“

Die niederländischen Krankenhäuser gehen in die Menge.

Wissensmanagement im niederländischen Gesundheitsministerium. Dadurch gab es weder für Versicherer noch für Leistungserbringer einen Anreiz zu wirtschaftlichem Handeln. Kostensteigerungen bis zu zehn Prozent jährlich seien keine Seltenheit gewesen. Die Politik habe daher handeln müssen.

Schon mit der Gesundheitsreform von 2006, bei der die gesetzliche Krankenversicherung und die private Krankenvollversicherung zu einem gemeinsamen Markt integriert wurden, sollte die Produktivität eines ineffizienten Gesundheitssystems gesteigert werden, sagte Sander Visser, Direktor der Strategieberatungsfirma Booz & Company. Die Reform sei auch durchaus erfolgreich

Anreize richtig setzen. Eine Idee, die Kostensteigerungen ein Stück weit über bessere Kooperation aufseiten der Leistungserbringer in den Griff zu bekommen, ist das sogenannte kombinierte Budget (bundled payment). Dieses sektorübergreifende Vergütungssystem führten die Niederlande 2007 Schritt für Schritt ein. Seit 2010 ist es landesweit implementiert. Dr. Jeroen Struijs, Studienleiter beim Nationalen Institut für Public Health und Umwelt: „Im Mittelpunkt steht die Care Group, ein Zusammenschluss von Hausärzten, Spezialisten, Diätassistentinnen und Laborärzten.“ Sie handelt mit den Versicherern den Bundled-Payment-Vertrag frei aus und schließt Verträge mit den einzelnen Leistungserbringern innerhalb der Care Group. Welche Leistungen zu erbringen sind, wird über einen landesweit geltenden Versorgungsstandard definiert. Eine

Lesetipps

- Stefan Greß/Stephanie Heinemann/Willemijn Schäfer: **Niederlande – Reform auf Realitätskurs.** In: G+G 4/2013, Seite 32–37.
- Stephanie Heinemann/Stefan Greß: **Regulierter Wettbewerb in den Niederlanden – Eine Zwischenbilanz.** In: Klaus Jacobs, Sabine Schulze (Hrsg.): Die Krankenversicherung der Zukunft – Anforderungen an ein leistungsfähiges System, 2013. KomPart-Verlag, Berlin, Seite 263–283.



erste Auswertung hat ergeben, dass sich der Gesundheitszustand der Patienten in Care Groups verbessert, zum Beispiel in Bezug auf den HbA1C-Wert bei Diabetikern, Blutdruck und Blutfettwerten. Es zeigte sich allerdings auch, dass sich mit einem kombinierten Budget die Kosten für eine definierte Versichertengruppe nicht senken lassen. Obwohl in den Care Groups versorgte Patienten weniger Krankenhausaufenthalte benötigen, steigen die Kosten für diese Versicherten stärker als für eine Vergleichsgruppe, die herkömmlich versorgt wird. Struijs: „Die Vermutung liegt nahe, dass die frei werdenden Kapazitäten in den Krankenhäusern durch Mengenausweitungen wettgemacht werden.“

Auf mehr Prävention gesetzt. Jurriaan Pröpper, Partner bei der niederländischen Unternehmensberatung Adstrat, bestätigt, dass vor allem die im Krankenhausbereich seit 2007 immens steigenden Kosten die Notwendigkeit für Reformen verstärken. „Das Gesundheitsministerium hat entsprechend reagiert und fördert inzwischen populationsbezogene, sektorübergreifende Versorgungsansätze in neun offiziellen Pilotregionen.“ Bedeutend sei bei diesen Modellprojekten die Abkehr von den Ein-Jahresverträgen, die die Versicherungsunternehmen mit den Leistungserbringern abschließen, hin zu einer verlässlichen Finanzierung über mehrere Jahre, die es auch zulasse, dass Präventionsangebote mehr in den Fokus rückten.

Für mehr Prävention spricht sich auch Carl Verheijen, Direktor des Gesundheitszentrums De Nije Veste in Nijkerk, rund 100 Kilometer südöstlich von Amsterdam aus. Vor zwei Jahren wurde es von einer Wohnungsbaugesellschaft geplant und errichtet, die es wiederum an den

Betreiber, eine Stiftung, vermietet. Die Stiftung hat eine Managementgesellschaft beauftragt, die Versorgung zu organisieren.

Farben heben die Stimmung. Wie schon im Reigersbos Primary Care Center fällt in diesem noch recht neuen Gesundheitszentrum inmitten des großzügigen Eingangsbereichs die einladend wirkende weite Wendeltreppe auf. Sie bewegt

Auch Sozialarbeiter stehen den Patienten zur Seite.

Patienten dazu, statt erst nach dem Aufzug zu suchen, den ersten Stock zu Fuß zu erreichen. Farbenfrohe Freundlichkeit empfängt den Besucher schon im Erdgeschoss. Rote, grüne, blaue Lampenschirme hängen in unterschiedlicher Größe und Höhe von der Decke. So wie das Gesundheitszentrum gestaltet ist, scheint es alles vermeiden zu wollen, was Patienten daran erinnern könnte, sie seien nur hier, weil sie krank sind. In dem Zentrum arbeiten derzeit 105 Angestellte. Den Patienten stehen 22 medizinische, therapeutische und nichtmedizinische Disziplinen zur Verfügung. Besonders beeindruckend: die Integration von Gesundheitsversorgung und sozialer Betreuung. Sozialarbeitern stehen in dem Gesund-

heitszentrum wie selbstverständlich eigene Konsultationsräume zur Verfügung. Ebenso wie den fünf Nurse Practitioners, akademisch qualifizierten Pflegekräften, die sich zum Beispiel um COPD- oder ältere Patienten kümmern. Wiederum speziell ausgebildete Hausarztassistentinnen sind erste Anlaufstelle im Telefonservice und übernehmen die Triage. Zwei von drei Anrufern können sie so weit helfen, dass ein Arzt-Kontakt nicht mehr nötig ist. Verheijen: „Es reicht aber nicht, Ärzte, Therapeuten, Apotheker, Sozialarbeiter und weitere Dienstleister unter einem Dach zu vereinen. Die Zusammenarbeit muss organisiert, ein einheitliches IT-System installiert werden.“ Für diese Aufgaben erhält die Managementgesellschaft zwischen 20 und 25 Euro pro Patient und Jahr.

Blick über den Tellerrand. Um neue Ideen für die eigene Arbeit zu bekommen, sei es immens wichtig, immer wieder auch über den eigenen Tellerrand zu schauen, sagt der Ökonom Professor Dr. Volker Amelung, Vorstandsvorsitzender des BMC. „Schlüsselemente einer zukünftigen Versorgung auch in Deutschland sind nicht zu große, regionale Versorgungszentren, in denen die Hausärzte, Pflegekräfte, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter und andere Berufsgruppen gemeinsam die Basisversorgung abdecken“, fasst Amelung die Reise zusammen. ■

Bettina Nellen leitet das Ressort Wissenschaft und Medizin beim KomPart-Verlag.

Arbeit kann süchtig machen

Alkohol, Tabak, Aufputzmittel – wegen der Einnahme von Suchtstoffen fallen Beschäftigte im Job immer öfter aus. Das geht aus dem neuen Fehlzeiten-Report des Wissenschaftlichen Instituts der AOK hervor. **Von Ralf Breitgoff**

Mehr Versorgungsforschung und mehr Anwendungsforschung zu Suchterkrankungen – der Geschäftsführende Vorstand des AOK-Bundesverbandes Uwe Deh fordert klare Konsequenzen aus dem Fehlzeiten-Report 2013 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO). Demnach sind die Fehltagelänge aufgrund von Sucht in den vergangenen zehn Jahren um rund 17 Prozent angewachsen. „Wir wissen immer noch zu wenig über die wirksame Vermeidung von Suchterkrankungen. Die Forschung in diesem Bereich ist in den letzten Jahren vernachlässigt worden“, kritisierte Deh kürzlich bei der Vorstellung des Reports.

Massive Folgen für die Wirtschaft. Im Jahr 2002 waren es noch 2,07 Millionen Fehltagelänge. Für das Jahr 2012 zählt der aktuelle Report 2,42 Millionen. Arbeitnehmer mit einer Krankschreibung aufgrund einer Suchterkrankung fallen laut WiDO dreimal länger aus als Beschäftigte, die aus anderen Gründen krankgeschrieben wurden. Alkohol und Zigaretten sind laut Report die Hauptursachen. „Sucht ruiniert nicht nur die Gesundheit. Sie hat auch massive Folgen für die Wirtschaft. Allein die Kosten von Alkohol- und Tabaksucht belasten die deutsche Wirtschaft jährlich mit etwa 60,25 Milliarden Euro“, resümierte AOK-Vorstand Deh.



Spielen eine größere Rolle am Arbeitsplatz: leistungssteigernde Medikamente.

Experten sehen gleichzeitig einen Trend zur verstärkten Einnahme von leistungssteigernden Mitteln. Das „Gehirndoping“ sei erkennbar auf dem Vormarsch. „Damit wir diesem Trend wirksam Einhalt gebieten können, müssen wir noch besser verstehen, welche Präventionsprogramme tatsächlich Wirkung zeigen“, sagte Deh. Die Politik habe bisher zu sehr auf Grundlagenforschung gesetzt. Für praxisnahe Präventions- und Versorgungsforschung fehle der politische Rückenwind.

Eine Befragung des WiDO im Frühjahr 2013 bestätigte die Analysen des Fehlzeiten-Reports. „Um berufliche Stresssituationen zu bewältigen, haben nach unserer Befragung immerhin fünf Prozent der Arbeitnehmer in den letzten zwölf Monaten Medikamente zur Leistungssteigerung eingenommen. Bei den

unter 30-Jährigen trifft dies sogar auf jeden Zwölften zu“, erläuterte Helmut Schröder, stellvertretender Geschäftsführer des WiDO und Mitherausgeber des Reports. Das WiDO hatte über 2.000 Erwerbstätige befragt.

Mehr Aufklärung über neue Süchte. „In der betrieblichen Prävention müssen künftig verstärkt psychische Probleme und Suchtproblematiken als Reaktion auf Belastungen in den Fokus gerückt werden“, ergänzte Schröder. Die aktuelle Befragung zeige, dass mehr als 15 Prozent der Arbeitnehmer ein Übermaß an innerer Getriebenheit an den Tag legen. Die Entspannung außerhalb der Arbeit falle schwerer. Für den AOK-Bundesverband ist das ein Alarmsignal. Auch wenn aktuell nur etwa 1,5 Prozent aller Beschäftigten regelmäßig zu leistungssteigernden Substanzen griffen, müssten Amphetamine und Co. künftig stärker im Präventionsleitfaden des GKV-Spitzenverbandes berücksichtigt werden. „Die Zahl scheint nicht so groß zu sein. Allerdings dürfte es eine erhebliche Dunkelziffer geben“, warnte Deh. Das Suchtpotenzial dieser Drogen werde gerade in jüngeren Altersgruppen oft unterschätzt.

Partner für Betriebe. Zugleich verwies Deh auf das bereits bestehende Angebot der AOK zur betrieblichen Gesundheitsförderung. „Unsere große Stärke ist, dass wir regional aufgestellt sind: Überall in Deutschland finden die Betriebe bei der Gesundheitskasse kompetente Ansprechpartner zum Thema betriebliche Gesundheitsförderung.“ Hier wolle die AOK auch bei den „neuen Süchten“ verstärkt Aufklärungsarbeit leisten. ■

Ralf Breitgoff ist stellvertretender Chefredakteur Aktuelles und Internet beim KomPart-Verlag.

Lesetipp

Bernhard Badura/Antje Ducki/Helmut Schröder/Joachim Klose/Markus Meyer (Hrsg.): **Fehlzeiten-Report 2013. Verdammnis zum Erfolg – die süchtige Arbeitsgesellschaft?** Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. 504 Seiten, 49,99 Euro. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg.

„Wer schaut die Paralympics?“

Journalisten stilisieren Menschen mit Behinderungen häufig zu Opfern oder Helden, sagt **Lilian Masuhr**. Die Medienexpertin rät dazu, Normalität herzustellen und den Fokus statt auf das Handicap auf gesellschaftliche Fragen zu richten.

Was sind behindernde Phrasen?

Masuhr: Menschen mit Behinderungen erscheinen in den Medien oft entweder als Opfer oder als Helden. Das unterstreichen Phrasen wie: Er ist an den Rollstuhl gefesselt, er meistert sein Schicksal, er leidet an einer Behinderung. Behinderte Menschen werden auf ihre Beeinträchtigung reduziert, statt zu zeigen, wofür sie stehen, was sie zu sagen haben. Viele Journalisten wissen nicht, wie sie das besser machen könnten.

Wie hilft Leidmedien.de Journalisten aus den sprachlichen Fallen?

Masuhr: Auf unserer Homepage finden Journalisten Alternativen. Wir bieten neue Perspektiven: Welche Themen sind interessant? Wie kann man ein Interview führen? Wir veröffentlichen Artikel als Beispiele, positive wie negative. Wir haben Gastbeiträge von Journalisten, die selbst eine Behinderung haben. Eine Paralympics-Sportlerin schreibt, wie über sie berichtet wurde und was sie sich anders wünscht. Über Twitter und Facebook besprechen wir neue Artikel. Da diskutieren viele Leute mit, die sich vorher nicht mit dem Thema beschäftigt haben.

Beispiel Paralympics, die Olympiade behinderter Menschen: Wie würden Sie einen Bericht darüber aufziehen?

Masuhr: Ich würde die Sportart, den Alltag, die Person dahinter darstellen. Die Paralympics-Teilnehmer wollen in erster Linie als Sportler wahrgenommen werden und nicht als behindert. Wir haben gerade auf Facebook eine Diskussion darüber, ob Menschen mit Behinderungen in unserer Leistungsgesellschaft das Gefühl haben, mehr als andere schaffen zu

müssen, um überhaupt wahrgenommen zu werden. So eine Debatte ist interessant. Oder zu fragen: Wer schaut die Paralympics? Muss ich mir das anschauen, wenn ich selbst eine Behinderung habe? Man kann auch tolle Fotos machen, die Leute vorstellen, Normalität herstellen: Das ist ein Sportler wie jeder andere auch. Die

samkeit. Dabei leben in Deutschland zehn Millionen Menschen mit einer Behinderung, 1,6 Millionen Menschen fahren Rollstuhl. Sie müssen in den Medien sichtbar werden.

Wie können Journalisten die Inklusion fördern?



Die Story ist nicht, dass jemand ohne Beine schwimmt, sondern dass er eine Medaille gewonnen hat.

Lilian Masuhr

Story ist nicht, dass jemand ohne Beine schwimmt, sondern dass er eine Medaille gewonnen hat.

Wie weit ist Deutschland bei der Inklusion, der Teilhabe behinderter Menschen an der Gesellschaft?

Masuhr: Da ist ein Blick in die Schulen aufschlussreich: Je höher der Bildungsgrad, desto weniger Schüler mit Behinderungen sind beteiligt. Das muss sich unbedingt ändern – auch wegen der in Deutschland dringend benötigten Fachkräfte. Zwar gibt es Unternehmen, die Inklusion fördern, SAP und Auticon zum Beispiel, die Menschen mit Autismus beschäftigen, weil sie deren Talent schätzen. Aber es gibt sehr viele Unternehmen, die lieber die Ausgleichsabgaben zahlen. Die Politik widmet den Problemen behinderter Menschen zu wenig Aufmerk-

Masuhr: Sie können die Perspektive ändern: Im Fokus steht dann ein Musiker, Schauspieler, Politiker und nicht seine Behinderung. Journalisten können neue Bilder in den Köpfen hervorrufen. So machen sie Unternehmer dafür stark, jemanden einzustellen, der eine Behinderung hat. Oder Kinder empfinden es als völlig normal, dass sie behinderte Mitschüler haben. Da haben Journalisten eine große Verantwortung. ■

Die Fragen stellte Änne Töpfer.

Zur Person

Lilian Masuhr (28) studiert Kulturwissenschaft und Französische Philologie an der Universität Potsdam und hat beim Jugendsender Fritz vom Rundfunk Berlin-Brandenburg gearbeitet. Sie leitet das Projekt Leidmedien.de, ein Internetangebot mit sprachlichen Tipps für Journalistinnen und Journalisten.



Gesundheitskarte

Johann Schmidt
640079566
A638760122

GAP

4 1
2 1
3 3
4 3
5 3
6 3
7 3
8 3
9 3
10 3
11 3
12 3
13 3
14 3
15 3
16 3
17 3
18 3
19 3
20 3
21 3
22 3
23 3
24 3
25 3
26 3
27 3
28 3
29 3
30 3
31 3
32 3
33 3
34 3
35 3
36 3
37 3
38 3
39 3
40 3
41 3
42 3
43 3
44 3
45 3
46 3
47 3
48 3
49 3
50 3
51 3
52 3
53 3
54 3
55 3
56 3
57 3
58 3
59 3
60 3
61 3
62 3
63 3
64 3
65 3
66 3
67 3
68 3
69 3
70 3
71 3
72 3
73 3
74 3
75 3
76 3
77 3
78 3
79 3
80 3
81 3
82 3
83 3
84 3
85 3
86 3
87 3
88 3
89 3
90 3
91 3
92 3
93 3
94 3
95 3
96 3
97 3
98 3
99 3
100 3

63

Dauerbaustelle auf der Datenautobahn

Über das Internet fließen Informationen in wachsender Menge und mit steigendem Tempo hin und her. Ärzte, Patienten, Kliniken und Krankenkassen könnten davon profitieren, wie die Telemedizin beispielsweise in Schlaganfall-Netzen zeigt. Die elektronische Gesundheitskarte dagegen sorgt als Dauerbaustelle weiterhin für Stau auf der Datenautobahn. Eine Analyse von [Philipp Grätzel von Grätz](#)

Die Argumente für eine digitale Vernetzung im Gesundheitssystem sind oft niedergeschrieben worden. Tragen wir trotzdem die Eulen noch einmal nach Athen. Wenn Ärzte von Anfang an alle relevanten Informationen über einen Patienten haben, erspart das Zeit, Nerven und manchmal sogar nicht angezeigte Untersuchungen oder Therapien. Digital vorliegende Informationen können zudem einfacher und schneller für wissenschaftliche Zwecke ausgewertet werden. Auf organisatorischer Seite sorgen IT-Lösungen für Prozessoptimierung. Es ist kein Zufall, dass private Klinikketten und einige Medizinische Versorgungszentren zu den Vorreitern bei der Digitalisierung gehören. In ländlichen Regionen werden medizinische Fachkräfte knapp. Ärzte spezialisieren sich immer stärker, die Technisierung von Diagnostik und Therapie schreitet voran. Beides begünstigt medizinische (Schwerpunkt-)Einrichtungen eher größerer Reichweite. Dass sich deren Kompetenzen durch den Einsatz von Informationstechnologie in der Fläche verfügbar machen lassen, etwa durch Telekonsultationen (*siehe Glossar auf Seite 24*), liegt auf der Hand.

Elektronische Patientenakten gewinnen Anhänger in Europa. Die Probleme durch Kostendruck, Landflucht und Fachkräftemangel haben in den letzten Jahren in vielen Ländern Europas zu einem wahren Boom der digitalen Vernetzung im Gesundheits-

wesen geführt, und zwar sowohl im Bereich Infrastruktur als auch im Bereich Telemedizin. In Schweden wird in einem zentralistischen Ansatz seit 2009 eine nationale elektronische Patientenakte (National Patient Summary) aufgebaut, die sämtliche medizinischen Leistungserbringer vernetzt. Im Herbst 2012 ging die letzte der 21 Regionen Schwedens ans Netz. Auf der Kommunikationsplattform werden die Daten nicht als Pdf-Dateien, sondern als strukturierte und damit auswertbare Datensätze abgelegt. In Österreich, wo Patienten-Smartcards seit mehreren Jahren im Einsatz sind, wurde die nationale Infrastruktur zunächst nur für administrative Zwecke genutzt. Das ändert sich gerade. Anfang 2013 trat dort ein Gesetz zur Ein-

Web- und Lesetipps

- Ergebnisse der „Planungsstudie Interoperationalität“ unter: https://publicwiki-01.fraunhofer.de/Planungsstudie_Interoperabilitaet/index.php/Hauptseite
- <http://telemedizin.fokus.fraunhofer.de> Das Deutsche Telemedizin Portal ist ein Angebot im Rahmen der eHealth-Initiative des Bundesgesundheitsministeriums. Es soll sinnvollen Anwendungen der Telemedizin den Weg in die Regelversorgung und damit zu den Patienten bahnen.
- www.gematik.de Homepage der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte

Doctor-2-Doctor-Telemedizin Elektronische Kommunikation zwischen Ärzten beziehungsweise medizinischen Einrichtungen (Telekonsultation). Zur Doctor-2-Doctor-Telemedizin gehören beispielsweise die Teleradiologie und telemedizinische Schlaganfallnetze. Telekonsultationen können sowohl zwischen stationären als auch zwischen ambulanten Einrichtungen stattfinden. In Deutschland ist überwiegend die stationäre Telekonsultation etabliert, weil sich dafür einfacher Abrechnungsmodelle finden lassen.

Doctor-2-Patient-Telemedizin Bei der Doctor-2-Patient-Telemedizin (Telehealth) interagieren Ärzte und Patienten auf elektronischem Weg. Beim Telemonitoring übermitteln chronisch kranke Patienten mithilfe von Mess- und Übertragungsgeräten regelmäßig Vitalwerte. Das Telemonitoring durchläuft derzeit eine technische Erneuerungsphase: Immer häufiger werden mobile Messgeräte eingesetzt, die ihre Werte mit Hilfe einer Smartphone-App übertragen. In etwas weiterem Sinne gehören auch Online-Sprechstunden von Ärzten in den Bereich der Doctor-2-Patient-Telemedizin (Beispiel: „DrEd“ in London).

Telematikinfrastruktur (TI) wird die im Aufbau befindliche elektronische Kommunikationsinfrastruktur im deutschen Gesundheitswesen genannt. Die TI sollte ursprünglich im Januar 2006 eröffnet werden. Die ersten Feldtests im Jahr 2008 scheiterten. Derzeit wird ein neuer Anlauf unternommen. Entwickelt wird die TI von der Gematik, einer Organisation der Selbstverwaltung mit rund 200 Mitarbeitern, in der Kostenträger und Leistungserbringer je 50 Prozent der Stimmen innehaben.

Elektronische Patientenakte In der Regel werden darunter elektronische Aktenlösungen verstanden, auf die unterschiedliche medizinische Einrichtungen zugreifen können. Typische Einsatzgebiete sind regionale Versorgungsnetze. In Deutschland haben sich in den letzten anderthalb Jahren drei Varianten der elektronischen Patientenakte herauskristallisiert: die fallbezogene Patientenakte (Elektronische FallAkte, EFA), die persönliche einrichtungsübergreifende Patientenakte (PEPA) und die einrichtungsübergreifende elektronische Patientenakte (eEPA).

Elektronische FallAkte (EFA) Derzeit wichtigster Vertreter der elektronischen Patientenakten in Deutschland. Die EFA geht zurück auf eine Initiative der privaten Klinikketten, der sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft angeschlossen hat. Technisch entwickelt wird sie vom Fraunhofer FOKUS. Das Spezifikum der EFA ist ihre Fallbezogenheit: Sie ist keine lebenslange, universelle Akte, sondern wird in einem definierten Kontext angelegt. Dazu gehört auch, dass die Patientendaten gelöscht werden, wenn der Behandlungsfall beendet ist. Die EFA-Entwickler haben unter anderem im Bereich der IT-Umsetzung von Patienteneinwilligungen wegweisende Konzepte entwickelt.

Interoperabilität bezeichnet den Grad der Vernetzbarkeit von unterschiedlichen IT-Lösungen. Hohe Interoperabilität bedeutet, dass die IT-Lösungen problemlos Daten austauschen können. Ob ein IT-System interoperabel ist, hängt im Wesentlichen davon ab, ob gängige Standards eingesetzt werden oder nicht. Ein Marker für die Interoperabilität bei IT-Systemen im Gesundheitswesen sind die IHE-Profile. Sie beschreiben für spezifische Szenarien, etwa die Anbindung eines Klinik-IT-Systems an eine elektronische Patientenakte, welche Standards wie genutzt werden sollten. Es gibt Gesundheitssysteme, die fast durchgängig IHE-konform arbeiten, beispielsweise in den skandinavischen Ländern und in Österreich. Deutschland hinkt hier deutlich hinterher. Im ambulanten Sektor wird IHE bislang komplett ignoriert.

führung einer elektronischen Gesundheitsakte in Kraft (ELGA-Gesetz). Dabei stellt die Patienten-Smartcard, in Österreich E-Card genannt, den Schlüssel dar. ELGA ist ein dezentrales Informationssystem, das es Ärzten, die die Karte ihrer Patienten einlesen, vier Wochen lang erlaubt, auf Patientenbefunde zuzugreifen, die an anderer Stelle gespeichert sind, etwa in Labors, Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen. Alle Patienten sollen ab Anfang 2014 Zugang zum ELGA-System bekommen. Öffentliche Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen müssen ab 2015 teilnehmen, Vertragsärzte und Apotheken ab 2016.

Großbritannien baut Telemedizin aus. Auch bei der Telemedizin gibt es in Europa teilweise weitreichende Projekte, sowohl im Bereich der Doctor-2-Doctor-Telemedizin als auch bei der Doctor-2-Patient-Telemedizin, auch Telehealth oder Telemonitoring genannt (siehe Glossar). So verfügt das Flächenland Norwegen über einen vor über zehn Jahren gestarteten Tele-EKG-Service in der Rettungsmedizin, der in über 100 (teils nicht ärztlich besetzten) Rettungswagen im Einsatz ist. Eine landesweite Abdeckung wird angestrebt.

Das Gesundheitsministerium in Großbritannien hat im Jahr 2011 die 3-million-lives-Kampagne ausgerufen. Sie will erreichen, dass innerhalb von fünf Jahren drei Millionen Briten unter Einsatz von Telehealth-Diensten medizinisch versorgt werden. Die Folge ist, dass die regionalen National Health Service Trusts zunehmend umfangreiche Telemonitoring-Programme aufsetzen. So wird in Cornwall gerade eine Telemedizininfrastruktur für 10.000 Patienten aufgebaut. In Nordirland werden bereits 2.000 Patienten in diesem System betreut. 20.000 sollen es werden. In der Regel geht es bei diesen Projekten darum, dass Hausärzte (General Practitioners) eine Möglichkeit haben, den Gesundheitszustand von chronisch kranken Patienten auch von fern zu überwachen.

Schreiten die europäischen Nachbarn in der digitalen Medizin also zügig voran, während Deutschland nur im Schnecken-tempo weiterkommt? Ganz so ist es nicht. Zum einen gibt es in Europa nicht nur Erfolge, sondern auch einige heftige Fehlschläge. Und umgekehrt passiert in Deutschland bei der IT-Vernetzung des Gesundheitswesens mehr, als auf den ersten Blick erkennbar. So sind auf Länderebene in den letzten Jahren zahlreiche ambitionierte Gesundheits-IT-Projekte entstanden. Auch Ärzte und Krankenkassen treiben IT-Projekte voran (siehe Kasten „AOK ist Pionier in der Telemedizin“ auf Seite 28 und 29).

Deutsche Schlaganfallnetze als Vorreiter. Beginnen wir mit der Telemedizin. Deutschland hat sich hier zumindest im Bereich der Doctor-2-Doctor-Telemedizin auf Ebene der Krankenhäuser zu einem Vorreiter in Europa entwickelt. Maßgeblichen Anteil daran haben die Schlaganfall-Telenetze, die es in zahlreichen Bundesländern gibt. In diesen Netzwerken werden Krankenhäuser mit neurologisch besetzter Stroke Unit (überregionale Schlaganfall-Spezialstation) mit regionalen Krankenhäusern per Videokonferenzsystem verknüpft. In den „Satelliten-Kliniken“ liegt die Schlaganfallversorgung in der Regel bei Internisten. Schlaganfallpatienten, die genau definierte Kriterien erfüllen, werden dem Neurologen im überregionalen Zentrum vor-

gestellt. Der Neurologe hat Zugriff auf die Computertomografie(CT)-Bilder und unterstützt den Arzt in der Satelliten-Klinik über eine Kamera bei der klinischen Untersuchung. Werden die von der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft festgelegten Qualitätskriterien eingehalten, dann erreicht die Versorgung in der Satelliten-Klinik annähernd das Niveau einer Stroke Unit. Nachgewiesen werden konnte das in klinischen Studien, die vor allem aus dem bayerischen TEMPiS-Netzwerk kommen. Dieses Netz geht zurück auf die Initiative des Neurologen Heinrich Audebert. Träger von TEMPiS ist die Städtische Kliniken München GmbH. Das Projekt wurde lange Jahre über Zusatzvereinbarungen mit diversen Krankenkassen finanziert.

Vergütung im stationären Bereich ist möglich. Mittlerweile haben die Bundesländer bei der Schlaganfall-Telemedizin das Zepter in die Hand genommen. Unter anderem in Bayern, Sachsen, Thüringen, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern gibt es entsprechende Netzwerke in ländlich geprägten Regionen. Meist erhalten sie von den Landesregierungen eine Anschubfinanzierung. Der laufende Betrieb kann mittlerweile über eine im Jahr 2011 in den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) eingeführte Ziffer finanziert werden. Voraussetzung dafür ist unter anderem, dass sich im überregionalen Zentrum ein Neurologe ausschließlich um die Telemedizin kümmert.

Das Ende der Fahnenstange ist bei der Schlaganfall-Telemedizin noch nicht erreicht. So hat das TEMPiS-Netz gerade für ein Forschungsprojekt vom Land Bayern 355.000 Euro erhalten. Dabei geht es um die Entwicklung einer an das Telemedizinnetz angekoppelten Videobrille. Sie kann Augenbewegungen besser übertragen als die konventionelle Kamera und leistet so unter anderem bei der Differenzialdiagnose zwischen Schlaganfall und akutem Schwindel Hilfestellung. Die Schlaganfall-Telemedizin öffnet sich damit einer breiteren Teleneurologie.

Kliniken tauschen Röntgenbilder aus. Eines der ehrgeizigsten innerärztlichen Projekte mit telemedizinischem Fokus in Deutschland ist die im Jahr 2012 gestartete Telekooperations-

plattform der Unfallchirurgen (TKmed). Es handelt sich um die erste bundesweite Telemedizinplattform, die auf die Initiative medizinischer Fachgesellschaften zurückgeht. Initiiert wurde sie von der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) gemeinsam mit der Deutschen Röntgen-Gesellschaft (DRG). Betreiber ist die Akademie der Unfallchirurgie, ein Tochterunternehmen der DGU. Finanziert wird die Plattform über Beiträge der angeschlossenen Kliniken. Primär geht es bei TKmed darum, dass die im Rahmen der regionalen Trauma-Netzwerke kooperierenden Krankenhäuser besser elektronisch kommunizieren können. Röntgenbilder, CT-Serien, OP-Berichte und andere Dokumente sollen digital ausgetauscht werden, um Verzögerungen bei der Versorgung und Verlegung Schwerverletzter zu verhindern. Nach einer Testphase in zwei Pilotregionen läuft das von den Unternehmen Pegasus und Chili installierte Netz mittlerweile im Echtbetrieb. Rund 40 Häuser sind derzeit angeschlossen. Mehr als 80 stehen kurz davor. Es gibt bereits erste Szenarien, bei denen die Plattform für teleradiologische Zwecke genutzt wird, die über die Unfallchirurgie hinausgehen. Möglicherweise entsteht hier so etwas wie eine Keimzelle für eine bundesweite teleradiologische Infrastruktur, die die existierenden regionalen Teleradiologienetze, etwa den Teleradiologieverbund Ruhr oder das Teleradiologienetz Baden-Württemberg, ergänzt. Allerdings: Auch wenn die DRG an der Initiierung von TKmed beteiligt war, sind nicht alle Radiologen glücklich darüber, dass eine radiologisch genutzte Plattform von Unfallchirurgen betrieben wird.

Ambulante Abrechnung bleibt schwierig. Die Abrechnung teleradiologischer Leistungen zwischen den beteiligten Kliniken, beispielsweise im Teleradiologienetz des Berliner Unfallkrankenhauses, das teleradiologische Dienstleistungen für zahlreiche Kliniken in den neuen Bundesländern übernimmt, funktioniert im Alltag weitgehend geräuschlos. Teilweise werden klassische Konsile in Rechnung gestellt, teilweise erfolgt die Bezahlung im Rahmen von Kooperationsverträgen im Zusammenhang mit Nacht- und Wochenenddiensten. Dennoch bleibt die Finanzie-

Wo Ärzte Informationstechnologie regelmäßig einsetzen

	Global	USA	Kanada	Großbritannien	Frankreich	Deutschland	Singapur	Spanien	Australien
Notizen aus Konsultationen elektronisch erfassen	66 %	78 %	44 %	64 %	68 %	77 %	52 %	73 %	64 %
Elektronisches Rezept	21 %	65 %	8 %	12 %	7 %	4 %	49 %	33 %	6 %
Elektronische Patientenakte: klinische Ergebnisse eintragen	54 %	62 %	41 %	60 %	37 %	50 %	49 %	63 %	67 %
Zugriff auf klinische Daten außerhalb der eigenen Praxis/Einrichtung	47 %	45 %	44 %	54 %	34 %	39 %	49 %	69 %	42 %

Ärzte in Deutschland zeigen sich aufgeschlossen gegenüber den Möglichkeiten der Informationstechnologie in der Medizin. In einer Online-Umfrage der Unternehmensberatung Accenture unter jeweils rund 500 Haus- und Fachärzten in acht Ländern gaben Ende 2012 77 Prozent der in Deutschland Befragten an, Notizen aus Patientengesprächen regelmäßig elektro-

nisch zu erfassen. Im Durchschnitt der acht Länder waren es 66 Prozent. Nach Ergebnissen der Umfrage haben 39 Prozent der Ärzte in Deutschland Zugriff auf elektronische Gesundheitsinformationen aus anderen Gesundheitseinrichtungen (zum Beispiel Krankenhaus, Labor). In Spanien waren es 69 Prozent, in Großbritannien 54 Prozent.

Quelle: Accenture 2013



Qualität geht vor Schnelligkeit

Die Chancen sind groß: Notwendige medizinische Interventionen sollen durch Telemedizin frühzeitiger und gezielter ermöglicht werden. Zudem könnte Telemedizin insbesondere in strukturschwachen Regionen einen Beitrag zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung leisten. Doch es gilt der bewährte Spruch „Qualität vor Schnelligkeit“. Natürlich muss gewährleistet sein, dass

der Patient weiterhin von einem Arzt unmittelbar behandelt wird. Technik ersetzt nicht den persönlichen Arzt-Patient-Kontakt. Weiterhin muss die Migrationsfähigkeit in das Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen, zum Beispiel mittels KV-SafeNet, gewährleistet sein, denn es bietet die Basis für den sicheren Datenaustausch.

Dr. Andreas Köhler ist Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Telemedizin ergänzt Patientenkontakt

Kostenträger und Leistungsanbieter müssen sich der Telemedizin öffnen und zulassen, dass sich damit auch die Zusammenarbeit der Akteure verändert. Telemedizin muss als Assistenzsystem den Patientenkontakt der betreuenden Ärzte und Pflegenden sinnvoll ergänzen. Ziel ist die Schaffung eines eng vernetzten Versorgungssystems über ambulante und stationäre Grenzen hinaus – nicht die einfache Übermittlung von Daten. Der Einsatz von Telemedizin ermöglicht die zielgerichtete Intervention und Delegation von Leistungen an Personal vor Ort. Andererseits muss Telemedizin durch kontextbezogene Informationen das Selbst-Management des Patienten mit einer chronischen Erkrankung stärken. Dadurch lernt der Patient, mit seiner Erkrankung besser umzugehen, Veränderungen früher zu erkennen und geeignete Unterstützung in Anspruch zu nehmen.



Dr. Ralf von Baer ist Geschäftsführer bei der Robert Bosch Healthcare GmbH.



Technologien pragmatisch anwenden

Der Einsatz von Telemedizin – also von IT zur ärztlichen Diagnostik und Therapie über große Entfernungen hinweg und wenn Arzt und Patient nicht am selben Ort sind – wird in Zukunft sicherlich an Bedeutung gewinnen. Eine Finanzierung dieser Maßnahmen muss dabei aber immer berücksichtigen, wie groß der entstandene Nutzen ist und bei wem der Nutzen entsteht. Was der Telemedizin

aber den größten Schub geben könnte, sind keine neuen Großprojekte oder Finanzierungsfragen, sondern eine pragmatische Anwendung moderner Kommunikationstechnik. Wir alle kennen und nutzen sie in unserem Alltag: vom Daten- und Bildaustausch mittels Smartphone, E-Mail oder MMS bis zur Video-Konferenz. Hier hat das Gesundheitswesen noch Nachholbedarf.

Uwe Deh ist Geschäftsführender Vorstand des AOK-Bundesverbandes.

rung in den meisten Telemedizin-Szenarien doch der große Hemmschuh.

Spätestens wenn niedergelassene Ärzte einbezogen werden sollen, wird es schwierig. So ist es beispielsweise bisher nicht möglich, ambulante (Doctor-2-Doctor-)Telekonsultationen sinnvoll abzurechnen. Genauso wenig existiert bisher ein befriedigendes Modell für die Finanzierung der Doctor-2-Patient-Telemedizin im ambulanten Umfeld, also des Telemonitorings. Zwar hat das Bundesgesundheitsministerium im Versorgungsstrukturgesetz den Bewertungsausschuss beauftragt, Erstattungsoptionen für die ambulante Telemedizin zu schaffen. Das Ministerium hat durchblicken lassen, dass es sich – analog zu der Erstattung von Ultraschalluntersuchungen – eine Art Abrechnungsziffer für telemedizinische Leistungen vorstellen kann. Dass sich damit telemedizinische Servicecenter finanzieren lassen, darf bezweifelt werden.

Die parlamentarische Opposition hat es bedauert, dass das Versorgungsstrukturgesetz nicht auch andere „Einfallstore“ für eine Finanzierung geöffnet hat. So brachte die Vorsitzende des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestags, Carola Reimann (SPD), eine Erstattung telemedizinischer Leistungen über den Hilfsmittelbegriff ins Spiel. Das Ministerium opponiert in diesem Punkt nicht mehr grundsätzlich, möchte aber zuerst sehen, was der Bewertungsausschuss zustande bringt. Es bleibt abzuwarten, ob nach der Bundestagswahl neuer Schub in dieses Thema kommt.

Widersprüchliche Studien zum Nutzen. Insgesamt war die Zahl der ambulanten Telemedizinprojekte nach dem Auslaufen der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung rückläufig. Erschwerend hinzu kamen mehrere große, randomisiert-kontrollierte Studien, die – im Widerspruch zu älteren Studien – bei den jeweils untersuchten Patientenkollektiven keinen Zusatznutzen des Telemonitorings bei der Indikation Herzinsuffizienz nachweisen konnten. Eine dieser Studien mit negativem Resultat, die TIM-HF-Studie, fand in Deutschland statt. Sie hat eine neue Studie im Raum Berlin-Brandenburg nach sich gezogen, die unter anderem vom Bundesforschungsministerium gefördert wird. Die FONTANE-Studie konzentriert sich auf den ländlichen Raum und versucht, die Zielgruppe für die Fernüberwachung von Herzpatienten genauer zu definieren als bisher. Ergebnisse sind nicht vor 2014 zu erwarten. Die AOK Nordost plant, diese Studie zu unterstützen.

Trotz der insgesamt unbefriedigenden Situation erproben und evaluieren auch andere Krankenkassen das Telemonitoring. Im Bereich Herzinsuffizienz gilt das HerzAs-Projekt der AOK NORDWEST als eines der nachhaltigsten Telemonitoringprojekte in Deutschland (siehe Kasten „AOK ist Pionier in der Telemedizin“ auf Seite 29). Die zwei anderen relevanten Indikationen für Telemonitoring in Deutschland sind Diabetes und die COPD. Die AOK Bayern hat im November 2012 ein großes COPD-Projekt gestartet. Ihr Partner SHL Telemedizin strebt an, mehrere tausend Patienten einzubeziehen. Das Honorar für den Telemedizinanbieter hängt vom wirtschaftlichen Erfolg ab. Insgesamt stehen die deutschen Krankenkassen dem Telemonitoring nach wie vor recht positiv gegenüber.

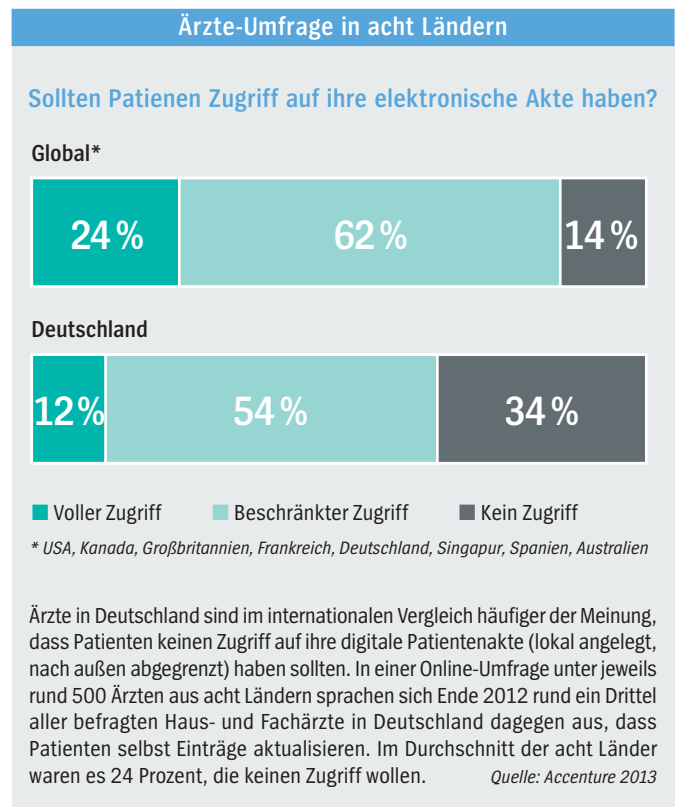
Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte forciert. Auch wenn die Telemedizin in den letzten zwei Jahren gesundheitspolitisch stark in den Vordergrund gerückt wurde: Nicht minder wichtig bleiben die bereits sieben Jahre andauernden Bemühungen um eine digitale Kommunikationsinfrastruktur für das Gesundheitswesen, meist Telematik-Infrastruktur (TI, siehe Glossar) genannt. Zuständig für die TI ist weiterhin die Selbstverwaltung. Sie hat mit der Gematik eine Betreiberorganisation geschaffen, die von Krankenkassen und Ärzten dominiert wird.

Nach den gescheiterten ersten Feldtests für die elektronische Gesundheitskarte (eGK) rief der damalige Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler 2009 ein Moratorium aus. Es führte zu einer Neuausrichtung des eGK-Projekts. Sie bestand im Wesentlichen darin, „heikle“ eGK-Anwendungen wie elektronische Patientenakten oder elektronische Rezepte hintanzustellen. Übrig blieb die durch eine Malus-Regelung für die Krankenkassen erfolgreich forcierte Ausgabe der eGK, die bis Ende des Jahres 2013 weitgehend abgeschlossen sein dürfte.

Update und Signatur gehen in den Feldtest. Der nächste Schritt sind jetzt die Feldtests für die beiden prioritären Anwendungen der TI, das Online-Update der Versichertendaten auf der Karte (Online-VSD) und die elektronische Signatur der Leistungserbringer. Der Online-VSD soll künftig einmal im Quartal in den Arztpraxen stattfinden. Der Versicherte gibt am Empfang seine Karte ab. Sie wird in ein Lesegerät geschoben, das über eine Art gesicherte DSL-Box, den sogenannten Konnektor, eine Verbindung zur TI und dort zu dem entsprechenden Dienst der Krankenkassen aufbaut. Die Versichertendaten werden online überprüft und gegebenenfalls aktualisiert. Spannend ist das nicht so sehr bei Adressdaten, sondern vor allem bei veränderlichen Daten wie dem Zuzahlungsstatus.

Die elektronische Signatur der Leistungserbringer ist eine rechtskräftige digitale Unterschrift, die der Arzt mit einer Chipkarte, dem elektronischen Heilberufsausweis, erstellt. Sie wird benötigt, um beispielsweise Arztbriefe, Befunde oder elektronische Rezepte zu signieren. Bei den anstehenden Tests wurden die Arztbriefe und die elektronischen Rezepte allerdings explizit ausgeklammert. Sie sind Bestandteil der nächsten Projektphase. Damit ist im Moment nicht klar, welche Dokumente im Rahmen der Testphase von den Ärzten digital unterzeichnet werden. Denkbar wären beispielsweise Kontrastmittelbestellungen nach Röntgenverordnung, Einweisungsscheine oder auch Dummy-Dokumente, was allerdings die Gematik vehement ablehnt.

Ausschreibungen in dreistelliger Millionenhöhe. Unter ihrem neuen Geschäftsführer Arno Elmer startete die Gematik für die Tests von Online-VSD und elektronischer Signatur ein Ausschreibungsverfahren, an dem sich mehr Industriekonsortien beteiligen, als erwartet worden war. Auch internationale Konsortien sind im Rennen. Im Frühsommer 2013 hatte die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) noch einmal mit dem Ausstieg aus der Gematik gedroht beziehungsweise deren Auflösung angeregt. Im Juni hat die KBV dann doch die Entscheidung der Gesellschafterversammlung der Gematik mitgetragen, konkrete Angebote einzuholen.



Rückblickend wirkt es so, als sei das lautstarke Poltern der KBV eher innerärztliches Imponiergehabe als ernsthafte Drohung gewesen. Wie auch immer: Der Weg zu den Online-Tests ist damit praktisch unumkehrbar. Mit einer Vergabe der Aufträge, deren Gesamtvolumen in der Branche auf einen mittleren dreistelligen Millionenbetrag geschätzt wird, ist im Laufe des Herbstes zu rechnen. Schon jetzt ist klar, dass es zwei Testregionen geben wird: eine Region Nord-West (Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz) und eine Region Süd-Ost (Bayern und Sachsen). Pro Region sollen mindestens 500 Leistungserbringer teilnehmen. Im Idealfall könnten die Tests für das Online-Update Ende 2013, die Tests der qualifizierten Signatur im Laufe des Jahres 2014 beginnen.

Der Schlichter steht bereit. Überraschungen werden dabei nicht erwartet. Das Online-Update ist technisch unkompliziert. Mehrere Krankenkassen erproben es bereits in ihren Filialen. In der Testphase findet das Online-Update in Arztpraxen statt. Da der Arzt selbst dafür keine eigene Karte stecken und der Patient keine PIN eingeben muss, dürfte das Handling klappen. Die entscheidende Frage ist, ob es gelingt, den „allergrößten Teil der Online-Aktualisierungsfälle“ innerhalb von 13 Sekunden zu erledigen und auch im ungünstigen Fall nicht länger als 30 Sekunden zu brauchen. So hatte es die Gematik angekündigt.

Interessanter als die Testphase wird der im Anschluss daran geplante Online-Rollout, bei dem die Arztpraxen deutschlandweit mit dem viel zitierten Konnektor an die TI angebunden werden. Abgesehen davon, dass spätestens an dieser Stelle wieder Datenschutzdiskussionen aufbrechen dürften, ist gegenwärtig

AOK IST PIONIER IN DER TELEMEDIZIN

Die **AOK NordWest** erprobt in Schleswig-Holstein eine **elektronische Patientenakte** für Versicherte aus Disease-Management-Programmen Diabetes, die am integrierten Versorgungsvertrag „**Diabetisches Fußsyndrom**“ teilnehmen. Dabei handelt es sich um eine IT-gestützte sektorenübergreifende Standarddokumentation. An dem Projekt beteiligen sich Hausärzte, Diabetologen, Wundambulanz, Kliniken, Fachärzte innerhalb der fünf vorhandenen Fußnetze und die



Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein. Aktuell sind 115 Ärzte eingeschrieben. Mit Hilfe der elektronischen Akte können sich Therapeuten aller Behandlungsebenen über den aktuellen Behandlungsstand informieren, Befunde dokumentieren und an virtuellen Fallkonferenzen teilnehmen. Das Ziel ist die Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Krankenhauseinweisungen sowie die Verringerung der Zahl von Amputationen. Nach einer zweijährigen Pilotphase, die im Dezember 2013 endet, soll die elektronische Patientenakte im Versorgungsalltag etabliert werden.

Die **AOK Bayern** hat eine Vereinbarung zu **telemedizinischen Dienstleistungen für Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD)** getroffen. Das Modellvorhaben nach Paragraph 63 Sozialgesetzbuch V läuft seit November 2012 noch bis Ende Mai 2017. Medizintechnische



Geräte messen im häuslichen Umfeld des Versicherten beispielsweise Lungenfunktionsparameter, die automatisch an ein telemedizinisches Zentrum übertragen werden, das gegebenenfalls den behandelnden Arzt informiert. Das Modellvorhaben untersucht, inwiefern telemedizinische Dienstleistungen die Effizienz der Versorgung verbessern, insbesondere im Hinblick auf die Vermeidung stationärer Aufenthalte und die Erhöhung der Compliance. Das Modellvorhaben wird von der Uni Hamburg begleitet. Projektpartner ist die SHL Telemedizin GmbH (Düsseldorf). Derzeit nehmen rund 382 niedergelassene Haus- und Fachärzte und rund 680 Versicherte teil. Die Vergütung ist erfolgsabhängig durch Einsparungen bei der Vermeidung von Klinikaufhalten.

Die **AOK Rheinland/Hamburg** hat befristet bis März 2014 einen IV-Vertrag zur **videounterstützten Parkinsontherapie** abgeschlossen. Bislang nehmen rund 150 Patienten mit Parkinson-Syndrom teil. Kooperationspartner sind die Unis Köln und Düsseldorf sowie niedergelassene Neurologen. Die Patienten erhalten Kamera, Drucker/Fax und Handbuch, um 30 Tage lang täglich mindestens vier zweiminütige Videos von einstudierten und im Handbuch vorgegebenen Übungen aufzunehmen. Die Bedienung ist einfach. Die Videos werden dem



Neurologen per Telefonleitung übermittelt, der dadurch detaillierten Einblick in die alltäglichen Bewegungsprofile bekommt. Von der engmaschigen Begleitung der Therapie und Anpassung der Medikation verspricht sich die AOK eine Verbesserung der Lebensqualität der Patienten und eine Optimierung der Behandlungsqualität. Wenn Klinikaufhalte vermieden werden, sinken gegebenenfalls die Kosten. Ergebnisse der internen Evaluation sind für Ende 2013/Anfang 2014 zu erwarten. Die Vergütung erfolgt als Pauschale (extrabudgetär) an das jeweilige Krankenhaus, das aus dieser Pauschale die beteiligten niedergelassenen Neurologen bezahlt. Einen IV-Vertrag zur videounterstützten Parkinsontherapie hat auch die **AOK Bayern** mit der Schön Klinik München Schwabing abgeschlossen.

die Finanzierung dieses Rollouts völlig unklar. Dass Ärzte die nötige Technik aus eigener Tasche bezahlen, gilt als unwahrscheinlich. Mit Blick sicherlich auch auf dieses Thema hat das Bundesgesundheitsministerium Ende 2012 mit Stefan Winter wieder einen Telematik-Schlichter eingesetzt, nachdem der Posten nach dem Tod von Klaus-Theo Schröder für knapp ein Jahr vakant war. Rein technisch geht die Gematik davon aus, dass der Online-Rollout noch im Jahr 2014 starten könnte. Politisch erscheint das zumindest ehrgeizig.

Viele Einzelprojekte passen technisch nicht zusammen. Der spannende Teil des TI-Projekts beginnt nach dem Online-Update. Dann geht es darum, jene Anwendungen zu testen und umzusetzen, die in der ersten Testphase gescheitert sind: die elektronische Kommunikation der Leistungserbringer, die elektronischen Notfalldaten, die elektronische Arzneimitteldokumentation und schließlich elektronisches Rezept und elektronische Patientenakte. Die Schwierigkeit dieser Anwendungen liegt zum einen darin, dass sie die Praxisabläufe unmittelbar beeinflussen. Das ist beim Online-VSD nicht der Fall. Das zweite Problem könnte gravierender sein: Die politisch verur-

sachte Verzögerung der letzten Jahre hat dazu geführt, dass Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenhäuser, aber auch bundesweite Fachgesellschaften, eigene Vernetzungsprojekte vorangetrieben haben, die alle auf unterschiedlichen technischen Standards aufbauen. Besonders ausgeprägt ist diese Problematik auf KV-Seite, wo gefühlt alle paar Monate ein neuer Kommunikationsstandard ins Rennen geschickt wird, mit kryptischen Kürzeln wie D2D, KV SafeNet, KV FlexNet oder KV Connect. Letzterer soll die drei erstgenannten zusammenführen oder ablösen. Bisher existiert das alles nebeneinander. Und kein einziger dieser Kommunikationsstandards wurde im Hinblick auf die TI entwickelt.

Auf Krankenseite ist die Situation etwas günstiger. Dort nimmt man sich seit mehreren Jahren jener einrichtungübergreifenden elektronischen Patientenakten (*siehe Glossar*) an, die Philipp Rösler bei seiner eGK-Inventur erst einmal aussortiert hatte. Bei der Gesundheits-IT-Messe conhIT im April 2013 haben die Krankenhäuser gemeinsam mit der IT-Industrie die aktuelle Spezifikation 2.0 der Elektronischen FallAkte (EFA, *siehe Glossar*) vorgestellt, die komplett auf internationale Standards setzt. Die Anbindung der FallAkte (und ähnlicher Akten-

TeleHerz ist ein telemedizinisches Programm der **AOK Bremen/Bremerhaven** im Rahmen eines Vertrages zur integrierten Versorgung (IV). Zielgruppe sind Versicherte mit **Herzinsuffizienz**. Auf elektronischem Wege übermitteln die Patienten täglich Blutdruckwerte und Körpergewicht (das Gewicht schwankt bei Herzinsuffizienz durch Wassereinlagerungen teilweise erheblich). Die Teilnehmer erhalten individuelle telefonische Schulung und Beratung. Das Ziel ist eine höhere Compliance und die Vermeidung von Krankenhausaufenthalten. TeleHerz startete im Januar 2013 und soll vier Jahre laufen. Vertragspartner ist das Institut für angewandte Telemedizin (Bad Oeynhausen). Das Projekt wird intern evaluiert.



HerzAs der **AOK NordWest** in Westfalen-Lippe hat einen ähnlichen Aufbau und dieselben Ziele wie TeleHerz (Erhöhung der Compliance, Befähigung zum Selbstmanagement der Krankheit, Vermeidung von Klinikaufenthalten) und wird zudem evaluiert. Das Programm wendet sich an Patienten, die wegen einer strukturellen Herzerkrankung mit Symptomen der Herzinsuffizienz bereits stationär behandelt wurden. Partner ist die Gesellschaft für

Patientenhilfe (München), Laufzeit: bis Dezember 2014. Aktuell nehmen rund 2.400 Patienten teil.

Mit **AOK-Curaplan Herz Plus** hat die **AOK Nordost** ein Projekt für Hochrisiko-Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz aufgelegt. Wie in vergleichbaren Projekten anderer AOKs übermitteln die Patienten Messwerte elektronisch und werden mit dem Ziel besserer Compliance und Vermeidung von stationären Aufenthalten telefonisch mitbetreut. Das Programm läuft unbefristet seit 2006. Die AOK Nordost finanziert und evaluiert es. Zu den Partnern gehören die Gesellschaft für Patientenhilfe und das Unfallkrankenhaus Berlin. Die **AOK Bayern** setzt das Programm unter dem Namen Cordiva ebenfalls seit 2006 um. Dort nehmen aktuell rund 6.500 Versicherte teil. Die **AOK Niedersachsen** bietet ein Herzinsuffizienz-Versorgungsmanagement gemeinsam mit dem externen Partner almeda GmbH an. Mehr als 10.000 Versicherte haben bereits daran teilgenommen.

Bei der **AOK Baden-Württemberg** läuft seit 2006 mit **HeiTel** ein IV-Vertrag zur telemedizinischen Betreuung von Patienten mit Herzinsuffizienz. Insgesamt nehmen bislang 350 Versicherte teil. Partner ist die Uniklinik Heidelberg. Patienten, die stationär wegen einer schweren Herzinsuffizienz

behandelt wurden, erhalten Messgeräte, die die erhobenen Daten täglich an ein Telemedizinisches Zentrum weiterleiten. Ziele sind die Vermeidung von stationären Aufenthalten und die Verkürzung der Verweildauer. Die Evaluation durch AOK und Uniklinik ist noch nicht abgeschlossen.

Die **AOK PLUS** bietet unter dem Namen **AOK-HerzAktiv** seit Januar 2011 ein Monitoring-Programm für Patienten mit Herzinsuffizienz an. Die Teilnehmer (aktuell rund 560) tragen ihre Messwerte täglich in ein Tagebuch ein. Versicherte mit mittelschwerer Herzinsuffizienz erhalten eine individuelle telefonische Betreuung, Patienten mit schwerer Herzinsuffizienz zusätzlich eine telemedizinische Betreuung. Medizinische Fachkräfte des Projektpartners 4sigma (telemedizinischer Dienstleister) rufen die Patienten regelmäßig zu Hause an, erkundigen sich nach dem Befinden und besprechen die Messwerte. Bei der telemedizinischen Betreuung erhalten die Patienten eine Waage zur elektronischen Übermittlung des Körpergewichts. Ziel ist es, Verschlechterungen des Gesundheitszustandes frühzeitig zu erkennen, damit entsprechende Therapien eingeleitet werden. Notfälle und Klinikaufenthalte sollen vermieden werden. Erste Ergebnisse der Evaluation liegen frühestens Ende 2014 vor.

typen) an die Telematikinfrastruktur wird dadurch deutlich vereinfacht. Nicht umsonst ist die FallAkte das erste und bisher einzige externe IT-Netz, für das bereits heute die Migration in Richtung Telematikinfrastruktur konkret bearbeitet wird.

Studie zur Interoperabilität liegt vor. In der politischen Diskussion steht die Interoperabilität (*siehe Glossar*) der konkurrierenden IT-Netze ganz oben an. An welchen Stellen die Defizite liegen, ist kein großes Geheimnis. Dennoch hat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) im Herbst 2012 bei Bearing Point und Fraunhofer FOKUS (wo auch die Architekten der FallAkte angesiedelt sind) eine Studie zur Interoperabilität in Auftrag gegeben (*siehe Web- und Lesetipps auf Seite 23*). Daraus sind jetzt erste Empfehlungen und Lösungsansätze abgeleitet worden, die allerdings auf Kritik stoßen. Zum einen wird ein Verfahren vorgeschlagen, bei dem eine unabhängige Instanz über die in Deutschland eingesetzten Standards für elektronische Patientenakten „wacht“. Etwas Ähnliches gibt es in anderen Feldern des E-Government unter dem Namen SAGA-Verfahren. Die Selbstverwaltung müsste dabei massiv Kompetenzen abgeben und ist entsprechend wenig amüsiert.

Die Alternative wäre eine Stärkung der Gematik, die zu einer Art Zertifizierungsbehörde für Patientenakten-Standards werden könnte. Hier müsste allerdings verhindert werden, dass die ewigen Zankereien der Gesellschafter die Arbeit an Patientenakten über Jahre verzögern. Zudem gibt es das Problem, dass die Gematik im Wesentlichen kassenfinanziert ist, die Patientenakte aber eher ein Ärzte- und Krankenhausthema darstellt.

Trotz der hitzigen Diskussionen hat sich das BMG darauf festgelegt, die Studie bis Ende September abzuschließen und zu veröffentlichen. Das „neue“ Ministerium wird dann (endlich) Handlungskompetenz beweisen müssen und den Weg aufzeigen, den Deutschland bei den elektronischen Patientenakten gehen soll. Nicht nur der Industrieverband BITKOM sähe es gerne, wenn das Thema Interoperabilität Bestandteil der gesundheitspolitischen 100-Tage-Agenda der neuen Bundesregierung würde. ■

Philipp Grätzel von Grätz ist Fachjournalist für Medizin und Gesundheits-IT in Berlin. Er schreibt unter anderem für Springer Wissenschaft sowie für das Magazin E-Health-Com und ist Chefredakteur des Healthcare-IT-Magazin HIMSS Insights. **Kontakt: philipp@dukla.de**



Zeit zum Vatersein

Innerhalb von drei Jahren sterben sein Vater und sein Großvater, er trennt sich von seiner Frau und muss Job und Kinder unter einen Hut bringen: Hohe Belastungen für Benjamin Rennwanz. Im Kurzentrum des Roten Kreuzes in Carolinensiel erholen sich Männer wie er vom Stress in Familie und Beruf. Szenen einer Vater-Kind-Kur von Kay Funke-Kaiser (Text) und Werner Krüper (Fotos)



Kleine Bewegungen: Mit dem Gymnastikball mobilisieren die Männer ihre Wirbelsäule. Beim Liegestütz ist dann auch der Bizeps gefragt (rechte Seite).



Große grüne Gymnastikbälle sind nicht das natürliche Spielzeug von echten Kerlen. Sieben dieser Fitnesskugeln warten jedoch unübersehbar in Raum 5 darauf, 30 Minuten lang von Männern bewegt zu werden. Damit optisch attraktiv einen Bizeps leerzupumpen, erscheint auf den ersten Blick schwierig. Der entsprechende Kommentar lässt nicht lange auf sich warten. „Rückbildungsgymnastik?“, fragt Bastian Genesch. „Das sind immer ganz interessante Kommentare“, kontert die Physiotherapeutin Sandra Uber. Die Aufgabe klingt grundsätzlich nicht sehr abenteuerlich: Die Väter sollen auf dem Ball liegen und sich dann auf den Händen nach vorne bewegen, und zwar so weit, bis nur noch die Füße auf dem Ball liegen. In dieser simplen Ausführung eine recht schwerfällige Watschelei von einer Hand auf die andere. Doch erfreulicherweise entdeckt der Sportlichste der Männer den Ball im Gymnastikball und bringt damit etwas Schwung und Witz in die Übung: Er hockt sich hinter den Ball, stößt sich kraftvoll ab und schießt über den Ball rasant nach vorne, um kurz vor dem Kopf der Physiotherapeutin mit einem unwiderstehlichen „Halloooo“ zu stoppen. Das langgestreckte „oooo“ ist dabei tief betont, damit es ein schwer erotisches Timbre hat.

Muskelkater überall. Der männliche Ball und die weibliche Gymnastik – zwei Welten begegnen sich an diesem Mittwochmorgen um 11.45 Uhr in der Vater-Kind-Kur in Carolinensiel, hinter dem Deich an der Nordseeküste. Vier Männer wollen wieder in Bewegung kommen, Muskeln spüren. „Ein Mann und drei Heranwachsende“, korrigiert der Athletische unter den Vieren. Als er die Kamera sieht, ruft er grinsend: „Jungs! T-Shirt aus! Es wird fotografiert!“ Das Muskelmessen und die Fopperei täuschen anfangs darüber hinweg, wie sehr sich die Väter während dieser dreiwöchigen Auszeit von Beruf und Alltag gegenseitig helfen. „Auf den Rücken legen, die Beine auf den Ball und leicht hin und her schaukeln.“ Was die Väter gerade machen, nennt sich im Fachjargon: Mobilisation der Lendenwirbelsäule. Die Ansage der Physiotherapeutin klingt erheblich praktischer: „Gesäß anspannen und unteren Rücken auf den Boden drücken.“ Bastian Genesch stellt schmunzelnd fest: „Hier macht man oft ganz kleine Bewegungen, und am nächsten Tag stehst du auf, streckst dich und – Autsch! – tut da doch etwas weh.“ Die Männer kriegen Muskelkater an ungewohnten Stellen, aber selbstverständlich nicht nur dort: „Das sind ja Muskeln“, kommentiert ein Vater den Oberarm eines anderen beim Liegestütz. „Habe ich erst seit zwei Wochen“, antwortet der Kerl, der sich in die Höhe stemmt. „So lange schon“, frotzelt ein Dritter. Einmal die Woche erproben die Väter die Gymnastikbälle während der dreiwöchigen Kur.

Die Psyche schlägt Alarm. Bastian Genesch, Müllwerker, ist Vater von drei Kindern: Nils, zehn Jahre, Rieke, acht Jahre, und Birte, das Nesthäkchen, wird bald ein Jahr alt. Nils und Rieke sind mit in der Kur und gerade im Kinderhaus, während der Vater sich gymnastisch ins Zeug legt. Nils kann sich schlecht konzentrieren, ist ein Hans-Guck-in-die-Luft und leicht abzulenken. „Nils mag keine Ungerechtigkeiten, er ist ein sehr sozialer Mensch“, erzählt Bastian Genesch. „Letzte Woche ist er bei einem Streit dazwischen gegangen. Da hat ihn einer der streitenden Jungen in seiner Wut in den Arm gebissen. Nils hat weder zurückgeschlagen noch zurückgebissen.“ Dafür ist sein Vater stolz auf ihn. Kommt halt ganz darauf an, worauf man achtet, wenn man sein Kind ansieht.

Bei Bastian Genesch waren psychosomatische Alarmzeichen der Anlass, eine Kur zu beantragen. Seine Frau sagte: „Passt mir



„Man guckt sich hier mal an, wie andere mit ihren Kindern umgehen.“ Zwischen Benjamin Rennwanz und seinem Sohn Leon herrscht ein entspanntes Verhältnis.



Nach dem Sport nimmt sich Bastian Genesch Zeit für seine Kinder. „Nils mag keine Ungerechtigkeit“, sagt der Vater des Zehnjährigen.

In der Kur tun sich Pausen auf, die Väter wie Mütter im Alltag vermissen.



zwar nicht, aber mach mal.“ Der 38-Jährige ist der Väter voran-Botschafter unter den 17 Männern, die im Kurzentrum des Deutschen Roten Kreuzes (DRK) in Ostfriesland ihre Bandscheiben oder Kniegelenke auf Vordermann bringen und Gehirnsperren zur Seite räumen: „Väter machen keine Kur. Väter sind doch Männer, und die machen so etwas nicht.“

„Die Atmosphäre ist im DRK-Zentrum Carolinensiel wesentlich entspannter, wenn auch Väter da sind“, stellt Sozialpädagogin Doris Apetz fest. Die Männer seien ein „harmonisierendes Element“ im Kuralltag. Das liege an der klaren Ansprache, die sie häufiger bei Konflikten pflegten, aber auch an einer großen Bereitschaft, über Schwierigkeiten und Schwächen zu reden. „In den Einzelgesprächen wird offen über Partnerschaft und Sexualität gesprochen“, berichtet Apetz. Womit die Väter auch noch auffallen ist, dass sie abends deutlich mehr als die Mütter mit dem Nachwuchs unternehmen.

Alles bricht zusammen. Benjamin Rennwanz ist mit seinen beiden Kindern da: Leon, acht Jahre, und Yasmin, fünf Jahre. Die vergangenen drei Jahre waren nicht ohne: Erst starb der Großvater, dann trennte er sich von seiner Frau, schließlich noch der Tod des Vaters – ausreichend Fliehkraft im Leben, um aus der Kurve zu krachen. Dass es Kuren auch für Väter gibt, wusste er nicht, bis der Hausarzt ihm eine vorschlug. „Man guckt sich hier mal an, wie andere mit ihren Kindern umgehen“, erzählt der 31-Jährige. „Wann sind sie streng, wann nicht.“ „Du bist doch gar nicht streng“, fällt ihm Bastian Genesch, der mit am Tisch sitzt, ins Wort. Benjamin Rennwanz lacht und nickt: „Ja, ich lasse viel durchgehen.“ Viel verkehrt scheint er allerdings nicht zu machen. Seine Kinder sind alles andere als verzogene Nervensägen. Das Gespräch mit Vater und Kindern verläuft vielmehr entspannt und friedlich. Leon und Yasmin sitzen am Nebentisch, hören zu, trinken Fenchel-Tee, stehen auf, lehnen sich an Vaters Schulter oder setzen sich auf seinen Schoß und kehren wieder an ihren Tisch zurück. Die drei sind sich mühelos nah. Was an der Kur am besten ist? „Dass ich nicht einkaufen muss“, entgegnet



Ein gutes Team: Bastian Genesch und seine Tochter Rieke lassen im Nordseewind Drachen steigen.

Wie bringt man Kinder zum Aufräumen, ohne in der „Brüllfalle“ zu landen? In der Gesprächsrunde mit Psychotherapeutin Helga Horn (Foto links) tauschen Eltern ihre Erfahrungen aus.

Benjamin Rennwanz postwendend. In der Kur tun sich Pausen auf, die Väter wie Mütter im Alltag vermissen. Plötzlich kommen sie selbst in ihrem Leben wieder vor. Zu Hause heißt es Beruf und Kinder und die tausend Kleinigkeiten, die immer zu erledigen sind, unter einen Hut zu kriegen. Viel schiefgehen darf da nicht. „Meist sind es viele kleine Baustellen, auf denen ständig was los ist“, stellt Benjamin Rennwanz fest, „und dann kommt eine große Baustelle dazu – und alles bricht zusammen.“

Wie schaffen Eltern eine freundliche Atmosphäre? Für fünf Väter und eine Mutter beginnt der Tag heute mit einer zweistündigen Erziehungsberatung. Eine Situation, die gerne und häufig schiefgeht, beschreibt Psychotherapeutin Helga Horn: Das Kind soll aufräumen. Der Vater fordert das Kind vier bis fünf Mal im freundlichen Ton dazu auf und das Kind antwortet vier bis fünf Mal: „Ja“, „Gleich“ oder „Ich mach das hier nur fertig“. An der Ordnung im Kinderzimmer ändert sich dann aber weder in den nächsten Minuten noch in den folgenden Stunden etwas. Der elterliche Ton wird daraufhin gereizter und lauter. Väter landen nicht selten in der Brüllfalle. Doch selbst Brüllen führt keineswegs immer dazu, dass ein Kinderzimmer aufgeräumt wird. Im Film, den die Väter vergangene Woche zusammen sahen, brüllen die Kinder einfach zurück. „Kinder übernehmen das Verhalten der Eltern“, erläutert die Psychotherapeutin. Womit aber immer noch nicht klar ist, wie der Nachwuchs ohne eine ruinierte Familienatmosphäre zum Befolgen elterlicher Anweisungen zu bewegen ist.

Simple Dinge ausprobieren. In den zwei Stunden diskutieren die Väter angeregt, wie sie die Bomben, die in ihnen platzen, entschärfen. „Schlecht hören kannst du gut“, sagt ein Vater zur Tochter und die Tochter weiß dann inzwischen, dass sie dabei ist, den Bogen zu überspannen. Ein anderer Vater beendet die Diskussionen mit seiner Tochter mit einem „Aufräumen. Punkt.“ „Sonst diskutiert sie endlos weiter“, erzählt er, wobei sein Augenrollen verrät, wie überlegen sie ihm im ausgedehnten Gedankenaustausch ist. Ein dritter Vater zählt seine Kinder schließlich an: „Ab ins Bett. Eins, zwei, ...“ Selbst aufgeräumt haben auch schon einige Väter, weil sie die Unordnung und den Streit einfach nicht mehr ertragen haben.

Die Väter erörtern die verschiedenen erzieherischen Legosteine, die helfen, zu Hause eine bessere Atmosphäre zu schaffen. Die Psychotherapeutin rät, simple Dinge zu probieren: „Die Aufforderung nicht von weitem rufen.“ Zum Kind hingehen und damit überhaupt in der kindlichen Welt auftauchen. Augenkontakt herstellen. Dabei vielleicht sogar in die Knie gehen. „Änderungen gelingen nicht von alleine“, unterstreicht Helga Horn. „Etwas Neues zu tun, fällt schwer.“ Gar nicht mehr zu brüllen sei häufig utopisch, weniger zu brüllen dagegen machbar. Sich nur eine Sache vorzunehmen und sie eine Woche lang zu verfolgen, sei ein erfolgversprechender Vorsatz. „Geduld auch mit sich selbst zu haben. Jeden Tag zu überlegen: Wie hat es heute geklappt?“ Ein neues Verhalten zu trainieren, sei durchaus sinnvoll. „Fehler macht jeder“, stellt einer der Väter später fest. „Hier kann man drüber reden.“



Justin ist „schlau und witzig“. Sein Vater Bernd Varlemann bringt gute Eigenschaften seines Sohnes in der ADHS-Gruppe zu Papier. Und Justin weiß, was der Vater kann: „Gut reparieren.“

Platz für Väter: DRK-Kurzentrums Carolinensiel

Ursprünglich war das Müttergenesungswerk einziger Anbieter von stationärer medizinischer Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter. Heute gehört ein großer Teil der Einrichtungen mit diesem Angebot privaten Trägern. Unter dem Dach des Müttergenesungswerks stehen 78 Einrichtungen der Wohlfahrtsverbände. Eines dieser Häuser ist das **DRK-Kurzentrums Carolinensiel**. Die Einrichtung an der Nordseeküste bietet im Jahr 2013 sechs Termine für Väter und Kinder. Zur Zeit der G+G-Reportage nahmen 16 Väter mit ihren Kindern teil. Die Hälfte von ihnen ist bei der AOK versichert. Zu den therapeutischen Angeboten gehören Stressbewältigung, Stärkung des Selbstbewusstseins, Ernährungsberatung, Rückenschule, Asthma-therapie, Raucherentwöhnung, Erziehungsberatung sowie eine Gruppe für Kinder mit Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS, „Zappelphilipp-Syndrom“). Väter, Mütter und Kinder werden von einem Team aus Ärzten, Psychologen, Sozialpädagogen, Physiotherapeuten, Krankenschwestern und Erziehern betreut.

Mehr Infos: www.drk-kurzentrums-carolinensiel.de,
www.muetergenesungswerk.de

Väter sind mutiger geworden. Zu den häufigsten körperlichen Gründen, weshalb die Väter ins DRK-Kurzentrums Carolinensiel kommen, gehören: Rückenleiden, Atemwegserkrankungen, Hauterkrankungen, Stoffwechselstörungen und Übergewicht. Die wichtigsten seelischen Gründe sind: schwere Erschöpfung und „Störungen der Eltern-Kind-Interaktion“.

„Für viele Familien ist das alltägliche Leben schwerer geworden“, stellt Marianne Menzel, Geschäftsführerin des DRK-Kurzentrums fest. Arbeitslosigkeit, finanzielle Probleme, die Doppelrolle in Beruf und Familie und fehlende Anerkennung dafür, was Väter und Mütter leisten, können sie körperlich und seelisch aus der Bahn werfen. Seit 2003 nutzen auch Väter in Carolinensiel die Chance, wieder in die Spur zu kommen. „Väter sind mutiger geworden“, berichtet die Geschäftsführerin. „Väter sollten deshalb auch die Chance bekommen, sich Hilfe zu holen und beraten zu lassen.“

Den Chef auf seiner Seite. Männer kennen sich mit Entspannung erheblich besser aus als gedacht, so die Erfahrung der Therapeutinnen im Kurzentrums. Die Väter machen dafür nicht unbedingt Atemübungen oder Yoga, sondern sie frotzeln über Gymnastikbälle, über sich selbst und jeden, der ihnen über den Weg läuft. Im Alltag geht dieses sich und andere Auf-den-Arm-nehmen bloß zu oft unter. Für Guido Schumacher, LKW-Fahrer und seit sechs Jahren alleinerziehender Vater, beginnt der Tag um sechs Uhr morgens. Frühstück mit der elfjährigen Tochter und sie zur Schule bringen. Dann ist er bis 19 Uhr mit dem LKW unterwegs. Um 16 Uhr holt eine Tagesmutter die Tochter von der Schule ab. Um 19 Uhr essen Vater und Tochter zusammen zu Abend und um 20 Uhr bringt er das Mädchen ins Bett. Für beide ein langer Tag. Zu lang für die Tochter, aber im Moment einfach nicht zu ändern. Woran beide noch mehr zu tragen haben, ist, dass vergangenes Jahr Schumachers Frau, von der er getrennt lebte, verstorben ist. Das zu verarbeiten, blieb auf der Strecke. „Die Kur hat sehr gut getan“, sagt der 42-Jährige, „der Austausch mit den anderen Vätern.“ Was der Arbeitgeber gesagt habe? „Der fährt die drei Wochen doppelte Schichten“, sagt Guido Schumacher. Das Unternehmen besteht nur aus seinem Chef und ihm. Als er seinem Chef von der Kur erzählte, habe der nur geantwortet: „Mach das.“ Es gibt auch Knüppel, die einem nicht in den Weg geworfen werden.

Malen mit Papa und Mama. „Da sieht man sich jeden Tag und muss doch erst einmal genau hinsehen, um mitzukriegen, welche Augenfarbe der andere hat“, sagt Imke Hinrichs, die den Kurs für Eltern mit ADHS-Kindern leitet. Alle Kinder in dieser Gruppe sind überdurchschnittlich unruhig oder können sich schwerer konzentrieren als andere. Alle nehmen deshalb Medikamente. „Ich kann ein Gesicht auch nicht so malen, dass es aussieht wie in der Realität“, ermuntert die Erzieherin die Eltern und Kinder. Auf dem Boden liegen 14 große Bogen Papier. Justin und sein Vater haben sich schon darauf gelegt und jeweils einen Umriss voneinander gezeichnet. Jetzt lautet die Aufgabe,



„Ich kann nicht still sitzen, wenn ich keine Tabletten nehme“, sagt Justin. In der ADHS-Gruppe aber bleibt er ruhig und konzentriert am Ball.

den Kopf mit einem Gesicht auszumalen. „Du kannst das viel besser als ich“, stellt Justin, sieben Jahre, fest. Ein großer fröhlicher Mund prägt das gezeichnete Gesicht des Sohnes. Justin war ein Schreikind, brüllte, ohne dass die Eltern herausbekamen warum. Später entwickelte Justin einen großen Bewegungsdrang, die Ärzte diagnostizierten „Hyperaktivität“ und ein „Aufmerksamkeitsdefizit“. „Ich rede viel, kann nicht still sitzen, wenn ich keine Tabletten nehme“, erklärt Justin. In der Schule wollen einige Kinder deshalb nichts mit ihm zu tun haben. Seine Krankheit macht ihn zum Außenseiter. Hieß es früher „Spiel nicht mit den Schmutzkindern“, so heißt es heute oft „Spiel nicht mit den ADHS-Kindern“.

Eltern und Kinder loben sich. Zweimal die Woche haben die Kinder einen Kurs ohne Eltern. Ziel ist, dass die Kinder besser in der Schule klarkommen. Ihr Problem sind häufig nicht die Noten, sondern wie sie mit ihren nicht einfachen Eigenschaften angenommen werden. Also lernen die Kinder in Carolinensiel:

Zahlen, Daten, Fakten

Die stationäre medizinische Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter (umgangssprachlich: Mutter-/Vater-Kind-Kur) ist seit April 2007 Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Nach Paragraph 24 beziehungsweise 41 Sozialgesetzbuch V sind medizinische Gründe Voraussetzung. Mütter und Väter können entweder allein oder gemeinsam mit ihren Kindern behandelt werden. Kinder haben entweder selbst eine Indikation oder begleiten ihre Eltern ohne eigene Diagnose. Im Jahr 2012 gab die GKV insgesamt rund 323 Millionen Euro für stationäre Vorsorge und Reha für Mütter und Väter aus. Das entspricht einem Anstieg von 15 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Nach Änderung der Begutachtungsrichtlinie ist die Ablehnungsquote im Jahr 2012 auf unter 20 Prozent gesunken. In den Jahren zuvor lag die Quote bei um die 30 Prozent. Bei der AOK lagen im Jahr 2012 annähernd 39.000 Anträge auf stationäre medizinische Vorsorge oder Rehabilitation für Mütter und Väter vor. Rund drei Prozent der Anträge kamen von Vätern. Einige Einrichtungen bieten Termine ausschließlich für Väter an, andere nehmen parallel zu speziellen Vater-Kind-Terminen auch Mütter auf. In der Regel dauern die Aufenthalte drei Wochen. Wenn es medizinisch erforderlich ist, kann die Krankenkasse auf Antrag der Ärzte der Einrichtung einer Verlängerung zustimmen.

Quellen: AOK-Bundesverband, Müttergenesungswerk, Bundesgesundheitsministerium

Wie schaffe ich es, länger sitzen zu bleiben? Wie störe ich nicht die anderen Kinder? Aber auch: Was habe ich heute für einen Plan? Was habe ich mir für heute vorgenommen. Welche Termine habe ich? „Je besser die Dosierung der Medikamente ist, desto besser gelingt es den Kindern, diese Ratschläge umzusetzen“, stellt die Erzieherin fest.

Nach dem Gesicht ist jetzt der Bauch an der Reihe. Eltern und Kinder sollen mindestens drei gute Eigenschaften in den Bauch des anderen schreiben. Die Buntstifte stehen mitten im Raum. Es herrscht ein reges Hin und Her zwischen dem Stiftekasten und den Zeichnungen. Alle sind konzentriert bei der Sache. Justin ist „schlau, witzig, ein guter Junge“, schreibt Vater Bernd Varlemann. Sein Sohn schreibt ihm in den Bauch: „unternehmenslustig, ein guter Vater, kennt sich mit Technik aus, repariert gut.“ Je mehr Zeit verstreicht, desto länger werden die Listen mit den Eigenschaften. Zum Schluss sollen Eltern und Kinder sich in die Augen sehen und sich die Eigenschaften für alle hörbar gegenseitig sagen. „Das sagt man sich sonst nur, wenn man sich wieder vertragen hat“, sagt eine Mutter. Die Eltern bekommen aber auch mit, wie sehr die Kinder ihre Unterstützung schätzen: „Kümmert sich gut um mich“ und „Hilft in schwierigen Situationen“ steht nicht nur auf einem Blatt.

Zappelphilipp kommt zur Ruhe. Das Erstaunlichste an diesem letzten Kurs des Tages ist aber: Es ist gar nicht mehr zu spüren, dass alle Kinder eine ADHS-Diagnose haben. Zwei Jungen gehen zwischendurch auf Toilette, aber nicht ohne vorher höflich um Erlaubnis zu fragen. Es herrscht eine entspannte Atmosphäre. Das ist zwar nicht immer so, berichtet Erzieherin Imke Hinrichs. Im vergangenen Kurs begann ein Mädchen zwischendurch Rolle rückwärts zu machen und hörte damit eine halbe Stunde lang nicht mehr auf.

Doch die 90 Minuten zeigen auch, was möglich ist. Wie sich ADHS-Kinder benehmen, wenn sie sich aufgehoben fühlen, weil ihre Eltern ihnen aufmerksam und wohlwollend begegnen. Jetzt muss es nur noch gelingen, dieses friedliche Miteinander im Alltag nach der Kur nicht zu vergessen. ■

Kay Funke-Kaiser ist freier Journalist in Berlin.

Kontakt: kay.funke-kaiser@t-online.de

Werner Krüper ist freier Fotograf in Bielefeld. Kontakt: post@blickweise.de

„Die Krankenkassen finanzieren eine gesellschaftliche Aufgabe“

Erschöpfung, Rückenschmerzen, Übergewicht: Für eine Mutter- oder Vater-Kind-Kur muss ein medizinischer Grund vorliegen. Das Angebot soll aber auch die Familien stärken – eine soziale Aufgabe, deren Finanzierung die Politik den Krankenkassen zugeschoben hat, sagt Reha-Expertin Ute Polak.

Die Zahl der Mütter und Väter, die eine Kur antreten, ist gestiegen. Ein Zeichen für die Überforderung von Familien?

Polak: Diese Vorsorge- und Reha-Leistungen sind ein Ventil für den Druck, der durch gesellschaftliche Veränderungen entsteht. Die beruflichen Anforderungen an Mobilität und Flexibilität haben zugenommen. Angebote der Kinderbetreuung entlasten Eltern nur teilweise. Deshalb leiden insbesondere Mütter oft unter Müdigkeit und Erschöpfung. So ein Tag mit Kindern ist neben dem Job, aber auch ohne Berufstätigkeit sehr anstrengend. Die steigenden Zahlen sind aber zum Teil auf politische Intervention zurückzuführen: Seit der Änderung der Begutachtungsrichtlinie werden soziale Faktoren noch stärker gewichtet, was zu einer höheren Bewilligungsquote führt. Der Anteil der Anträge von Vätern hat sich übrigens nach der AOK-Statistik über die Jahre nicht verändert und liegt bei lediglich drei Prozent.

Was leistet eine Mutter- oder Vater-Kind-Kur für die Gesundheit?

Polak: Die stationäre Vorsorge und Rehabilitation soll Gesundheitsprobleme aufgreifen und eine Chronifizierung verhindern. Gleichzeitig ist das Ziel, Müttern und Vätern bei der Bewältigung ihres Familienalltags, bei Erziehungsproblemen zu helfen. Eltern, die vorher wissen, worauf sie sich einlassen, profitieren am meisten. Friederike Otto von der Medizinischen Hochschule Hannover hat Frauen zum Zeitpunkt des Antrags und sechs Monate später befragt. Sie kommt zu dem Schluss, dass die Angebote die gesundheitliche Lage kurz- und mittelfristig deutlich verbessern. Insgesamt gibt es bisher wenig wissenschaftliche Erkenntnisse zu den Wirkungen – die Effekte sind schwer zu messen.

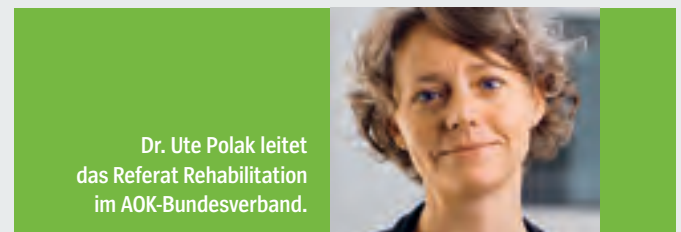
Und was kommt nach der Kur?

Polak: Sie kann den Anstoß geben, den Lebensstil zu verändern. Die Eltern müssen selbst motiviert sein, sich passende Angebote zu suchen. Dafür werden sie während des Aufenthaltes gestärkt. Die Einrichtungen sollten den Weg zur ambulanten Nachsorge weisen. Dazu kann Erziehungsberatung, Psychotherapie oder der Eintritt in den Sportverein gehören. Mehrere AOKs finanzieren Portale, über die Therapeuten aus der Einrichtung mit den

Versicherten Kontakt halten, nachfragen, wie es klappt mit der Umsetzung der Nachsorge. Das Rehasonanz-Portal hat 2012 den AOK-Leonardo-Preis für digitale Prävention gewonnen.

Welche Mütter und Väter haben Anspruch auf die Leistungen?

Polak: Die Vorsorge- und Rehaleistungen für Mütter und Väter sind im Sozialgesetzbuch V verankert. Deshalb muss ein medizinischer Grund vorliegen. In circa 80 Prozent aller Anträge von AOK-Versicherten stehen Diagnosen aus dem psychischen Be-



Dr. Ute Polak leitet das Referat Rehabilitation im AOK-Bundesverband.

reich, wie Unwohlsein und Erschöpfung. Entscheidend ist, dass die Mutter oder der Vater einen Vorsorge- oder Rehabedarf hat. Die Änderung der Begutachtungsrichtlinien vor zwei Jahren hat die Schwelle zur Bewilligung herabgesetzt. Das Angebot hat auch eine soziale Funktion, das lässt sich von medizinischen Aspekten nur schwer trennen. Letztlich finanzieren die Krankenkassen hier eine gesellschaftliche Aufgabe.

Wie lässt sich die Qualität der Angebote sichern?

Polak: Das QS-Reha-Verfahren der gesetzlichen Krankenversicherung soll ab 2015 auch in Mutter-Kind-Einrichtungen laufen. Es erfasst die Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität. Die AOK Bayern hat zudem ein eigenes Qualitätssiegel für Mutter-Kind-Angebote entwickelt. Die meisten AOKs begehnen die Einrichtungen regelmäßig und haben ein wachsames Auge auf Versichertenbeschwerden. ■

Die Fragen stellte Anne Töpfer.



Gesundheit für Surfer

Ob am Strand, in der Straßenbahn, im Supermarkt oder im Wartezimmer – viele Menschen sind überall online. Die gesundheitliche Prävention sollte diesen Trend nutzen, meint **Kai Kolpatzik**. Mit Internet-Programmen zur Gewichtsabnahme oder zum Nichtrauchen erreicht die AOK Zielgruppen, die an herkömmlichen Kursen nicht teilnehmen.

Herr M. macht als Familienvater zweimal pro Woche einen Großeinkauf. Sein Smartphone hat er sowieso immer bei sich. Deshalb kann er die neue AOK-Einkaufen-App gleich ausprobieren. Der 45-Jährige achtet sehr auf den Süßigkeiten-Konsum in seiner vierköpfigen Familie und kann nun prüfen, ob er bei der Lebensmittel-Auswahl insgesamt richtig liegt. In der App stellt er die Funktion „Neue Liste“ ein und hält den Scanner auf die Barcodes der Verpackungen. Auf dem Display des Smartphones kann er sehen, wie viel Fett, Salz und Zucker die einzelnen Produkte enthalten. Am Ende seines Einkaufs speichert er alle gescannten Produkte. Bei der ersten Anwendung der App ist Herr M. überrascht: In der Gesamtbewertung zeigt sich ein roter Balken beim Salz und bei den gesättigten Fettsäuren. Mit Hilfe der App schaut er nach, welche Produkte besonders dazu beigetragen haben. Bei zuckerhaltigen Produkten hielt sich Herr M. schon für einen bewussten Einkäufer, aber bei fett- und salzhaltigen Produkten will er künftig stärker aufpassen. Da ist ihm der Zusammenhang mit seinem kürzlich festgestellten hohen Blutdruck bewusst geworden. Nun nutzt Herr M. die rund zwanzig Salzspartipps der App.

Zahl gesundheitsbezogener Apps steigt. Die AOK-App „Bewusst Einkaufen“ ist ein Beispiel für die Möglichkeiten der digitalen Prävention. Anwendungen der Informations- und Kommunikationstechnologie können die Qualität, Effizienz und Akzeptanz der Gesundheitsversorgung erhöhen und Menschen einen besseren Zugang zu gesundheitsfördernden Angeboten verschaffen. In der digitalen Prävention geht es um Information, mobile Hilfen sowie individuelles Coaching. Die bedarfsorientierten Angebote sollen die Gesundheitskompetenz schwer erreichbarer Zielgruppen stärken.

Prävention ist seit jeher ein weitgefasseter Begriff. Im allgemeinen Verständnis fallen darunter Vorsorgeuntersuchungen, Screenings zur Früherkennung von Krankheiten, Vorbeugung vor Krankheiten, Impfen und Wellness, aber auch Naturheilverfahren und vieles mehr. Experten unterscheiden Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention sowie Gesundheitsförderung (siehe Kasten „Wie Experten Prävention definieren“ auf Seite 40). Diese Vielseitigkeit findet ihr Abbild im Internet und zunehmend in den Apps (Applikationen) für mobile Endgeräte wie Smartphones und Tablet-Computer. Bei den Apps handelt es sich um Anwendungs-Software beispielsweise für Spiele, Ratgeber oder Navigation. Inzwischen sind weltweit über 1,2 Millionen Apps verfügbar. Der damit erzielte Umsatz steigt kontinuierlich mit Wachstumsraten von jährlich fast 80 Prozent. Damit werden die Apps für Entwickler und entsprechende Geschäftsmodelle interessanter. In Deutschland stieg die Zahl der App-Downloads bei mobilen Endgeräten von 386 Millionen im Jahr 2010 auf

962 Millionen im Jahr 2011. Zugleich wuchs der Umsatz mit den Applikationen von 94 Millionen Euro auf 210 Millionen Euro. Jede sechste App weltweit oder über 200.000 Anwendungen kommen aus dem Bereich Gesundheit und Lifestyle (siehe Abbildung „Große Nachfrage nach Gesundheits-Apps“ auf Seite 41). Daneben existieren zahlreiche Angebote der digitalen Prävention, die auf herkömmliche Art über das Internet die Gesundheit der Nutzer schützen und stützen wollen.

Millionen besuchen Kassen-Kurse. Die gesundheitliche Prävention hat in der Öffentlichkeit einen hohen Stellenwert und erfährt eine hohe individuelle Aufmerksamkeit. Das geht aus dem Präventionsbericht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) 2012 hervor (siehe Web- und Lesetipps). Demnach besuchten im Berichtsjahr 2011 knapp 1,7 Millionen Menschen die Präventionskurse der Krankenkassen. Die Bewegungsförderung stand dabei im Vordergrund (73 Prozent der Kurse). Stressreduktion und Entspannung war in 20 Prozent der Kurse ein Schwerpunkt. In Schulen, Kindergärten und Stadtteilen (Settings) nahmen allein an den gesundheitsfördernden Programmen der AOK rund 8,5 Millionen Menschen teil. Die Zahl der an betrieblicher Gesundheitsförderung teilnehmenden Arbeitnehmer stieg im Jahr 2011 um 19 Prozent auf insgesamt 800.000.

Lücken in der Vorsorge und beim Impfschutz. Auf den ersten Blick scheinen die GKV-Angebote zur Prävention also weite Teile der Bevölkerung zu erreichen. Doch es lohnt sich, die Zahlen genauer anzuschauen. Die Ergebnisse aus dem Präventionsbericht 2012 zeigen, dass die Teilnahme an präventiven und gesundheitsfördernden Angeboten geschlechts- und altersspezifisch ist. Demnach sind Frauen in den primärpräventiven Kursen der GKV mit 79 Prozent überdurchschnittlich stark vertreten. In praxisorientierten Kursen liegt der Anteil der jüngeren Versicherten (bis 29 Jahre) mit 14 Prozent deutlich unter dem anderer Altersgruppen. Männer wie Frauen haben offenbar geringes Interesse an Früherkennungsuntersuchungen (Check-ups): Nur 23 Prozent der gesetzlich versicherten Frauen und 22 Prozent der Männer nutzen diese Angebote. An der Krebsfrüherkennung

Web- und Lesetipps

- www.aok-bv.de > Gesundheit > Vorsorge > Präventionsbericht 2012
- www.pwc.de > Gesundheitswesen und Pharma > Studie Mobile Health
- Weltgesundheitsorganisation (WHO): mHealth. **New horizons for health through mobile technologies.** Global Observatory for eHealth series – Volume 3, 2011
- G+G-Spezial 3/2013: **Aktiv älter werden mit App und Web.** AOK Leonardo 2013. PDF unter: www.aok-bv.de > Mediathek > G+G-Spezial

nehmen Frauen dagegen deutlich häufiger als Männer teil (48 Prozent versus 24 Prozent). Nicht nur bei den Vorsorgeuntersuchungen, sondern auch beim Impfen sind noch hohe Potenziale zu heben. Wie der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS) des Robert Koch-Instituts 2006 zeigte, bestehen beim Impfschutz gegen Masern, Mumps und Röteln (MMR-Impfung) große Lücken. Nur 30 Prozent der Kinder erhielten demnach die wichtige zweite MMR-Impfung vor Schuleintritt.

Alle Altersgruppen rüsten mit Elektronik auf. Neuere gesellschaftliche und technologische Entwicklungen könnten helfen, die beschriebenen Lücken zu schließen. Immer mehr Menschen haben nicht nur zu Hause einen oder mehrere PCs und Internetzugang, sondern nutzen das World Wide Web unterwegs mit Smartphone und Tablet-PC. Der Markt an mobilen Endgeräten wächst so stark wie noch nie. Die Entwicklung von Anwendungen und Softwarelösungen geht dabei laut der Studie Developer Economics 2012 immer stärker in Richtung von Smartphones, gefolgt von Tablet-PCs. Acht von zehn Deutschen besitzen ein Handy, bei den unter 30-Jährigen sind es 96 Prozent (BITKOM 2011). Nach Ergebnissen der JIM-Studie 2012 des Medienpädagogischen Forschungsverbands Südwest verfügen 47 Prozent der Jugendlichen zwischen zwölf und 19 Jahren über ein Smartphone, jeder von ihnen hat im Durchschnitt 23 Apps geladen. Und die ältere Generation zieht nach. Ergebnissen des ONLI-

NER Atlas 2012 zufolge nutzen 28 Prozent der über 70-jährigen das Internet. Hier bieten Telemedizin und Ambient Assisted Living (selbstbestimmtes Leben durch innovative Technik) neue Chancen, um diese Zielgruppe zu erreichen. In dieser Altersgruppe nimmt die Nutzung von Tablet-PCs am stärksten zu.

Verschiedene Erhebungen zeigen, dass sich Menschen mit Migrationshintergrund in der Ausstattung mit digitalen Medien von Deutschen ohne Migrationshintergrund kaum unterscheiden. Nach Angaben der ZDF/ARD-Studie „Migranten und Medien 2011“ beträgt die Reichweite des Internets unter Migranten pro Tag 39 Prozent (in der Gesamtbevölkerung 43 Prozent). Digitale Medien sind selbstverständlicher Bestandteil des Alltags – wir sind ständig, immer und überall mobil.

Digital mehr Zugang zu Männern. Über digitale Zugangswege kann sich die gesundheitliche Prävention bisher schwer erreichbare Zielgruppen erschließen. So haben viele Männer – die sich seltener als Frauen für herkömmliche Gesundheitskurse anmelden – großes Interesse an Informations- und Kommunikationstechnologien und damit auch an gesundheitsbezogenen Anwendungen. Auch Schichtarbeiter, Mitarbeiter mit viel Reisetätigkeit oder Versicherte in strukturschwachen Regionen haben via Internet leichteren Zugang zu Präventionsangeboten. Außerdem bieten digitale Medien die Möglichkeit, eigene Daten mit Durchschnittsdaten oder Zielwerten zu vergleichen. Das erhöht die Attraktivität von Präventionsangeboten, denn persönliche Erfolge wirken motivierend.

Wenn Männer sich mit Hilfe digitaler Technik gesund halten können, stehen sie dem weiblichen Geschlecht in nichts nach. Jeder fünfte Mann und jede fünfte Frau in Deutschland nutzen bereits Gesundheits-Apps wie Schrittzähler, Einkaufsratgeber oder ähnliches. Während bei den Männern 42 Prozent der Nutzer sagen, dass sie sich dadurch gesundheitsbewusster verhalten, sind es bei den Frauen 30 Prozent. Dies ergab eine aktuelle Forsa-Umfrage im Auftrag des AOK-Bundesverbandes.

Jüngere sind durchweg vernetzt. Die Zeit ist also reif für die digitale Prävention. Die hier skizzierten Entwicklungen, die niederschwellige Verfügbarkeit und Verbreitung neuer Informations- und Kommunikationstechnologien haben zu einem gesellschaftlichen und kulturellen Wandel geführt, der sich durch alle Altersgruppen und Schichten zieht. John Palfrey und Urs Gasser prägten den Begriff der „Digital Natives“. Damit meinen sie „Menschen [...], die nach 1980 direkt in das digitale Zeitalter hineingeboren wurden, als Technologien wie Internetforen online gingen. Sie sind durchweg vernetzt und mit den neuen digitalen Medien und Möglichkeiten bestens vertraut.“ Im Unterschied dazu sind mit „Digital Immigrants“ Menschen gemeint, die digitale Technologien erst im Erwachsenenalter kennengelernt haben. Eine Welt ohne digitale Helfer ist für die Digital Natives unvorstellbar. Die digitalen Medien und deren Nutzung haben Einzug in den Alltag der Menschen gefunden und sind sowohl auf der Ebene der sozialen Interaktion wie auch der individuellen Nutzung nicht mehr wegzudenken – insbesondere für Digital Natives. Diese neuen Zugangswege müssen deshalb für sie berücksichtigt und integriert werden. Aber digi-

Wie Experten Prävention definieren

Prävention beinhaltet gesundheitspolitische Strategien und Maßnahmen, die darauf abzielen, Krankheiten zu verhüten und einen schlechteren Gesundheitszustand zu vermeiden. Durch **Primärprävention** werden die Ursachen von Erkrankungen bekämpft. In der **Sekundärprävention** sollen Krankheiten im Frühstadium erkannt und ihr Fortschreiten durch gezielte Behandlungen verhindert werden. Die **Tertiärprävention** will Folge- und Spätschäden eines bereits eingetreten Leidens verzögern, begrenzen oder verhindern.

Die **Verhältnisprävention** soll Gesundheitsrisiken durch die Gestaltung der Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen mindern. Die **Verhaltensprävention** verfolgt das Ziel, Krankheitsrisiken durch die Beeinflussung des individuellen menschlichen Verhaltens abzubauen, vor allem durch Aufklärung und Beratung.

Präventionspolitik hat eine **Vielzahl von Trägern**, deren wichtigste die Sozialversicherungen sowie die Länder und Kommunen sind. Die gesetzliche Krankenversicherung bietet neben medizinischen Vorsorgeleistungen wie Schutzimpfungen, Leistungen zum Mutterschutz, zur Zahnprophylaxe und zur Früherkennung von Krankheiten satzungsmäßige Leistungen zur primären Prävention an. Gesundheitswissenschaftler sind sich weitgehend einig darin, dass Prävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, die ein gemeinsames Handeln der Sozialversicherungsträger und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes erfordert. Der GKV-Spitzenverband hat unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen der Primärprävention beschlossen (GKV-Leitfaden). Um Leistungen der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung angemessen zu fördern, hat der Gesetzgeber einen Richtwert für die Ausgaben der Krankenkassen in diesem Bereich eingeführt. Er wird jährlich angepasst und beträgt im GKV-Durchschnitt 2,94 Euro je Versicherten (Stand: 2012). Im Jahr 2012 gab die AOK 107,3 Millionen Euro für Leistungen in der Primärprävention aus.

Quelle: AOK-Bundesverband, www.aok-bv.de > Lexikon

tale Präventionsassistenten sind für alle Altersgruppen auf unterschiedlichen Gerätetypen hochrelevant. Vielleicht stehen wir vor einer neuen Chance, diese Dinge zu vereinigen – im Sinne eines digitalen Schweizer Messers, das wir immer bei uns tragen. Bereits als Kinder haben wir es als den Alleskönner angesehen, und auch im Erwachsenenalter ist es eine verlässliche Hilfe. Mit den Smartphones tragen wir Werkzeuge mit uns herum, die es uns ermöglichen, die Gesundheitsförderung in den Alltag einzubauen. Ein Beispiel dafür ist der individuelle Gesundheitscoach, der uns Empfehlungen auf Basis der bisherigen Aktivitäten gibt und uns über realistische und an den eigenen Präferenzen ausgerichtete Zielvereinbarungen kontinuierlich motiviert. So schließt man beispielsweise mit sich selbst in dem Programm oder mit seiner Community einen Deal, im nächsten Monat tausend Treppenstufen zu steigen. Die im Smartphone enthaltene Sensorik dokumentiert, wie weit das Vorhaben gedeutet ist. Ein digitaler Vorsorgemanager wiederum erinnert uns an Impftermine und Vorsorgeuntersuchungen.

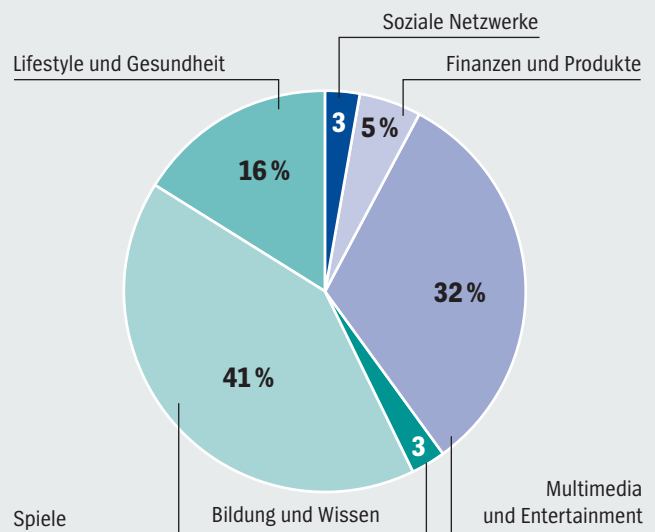
Online zur kleineren Kleidergröße. Dieser Herausforderung stellt sich die AOK mit derzeit 18 kostenlosen gesundheitsbezogenen Apps, Forschungsprojekten, Online-Coaching-Programmen sowie dem digitalen Präventionspreis AOK-Leonardo. Mit Erfolg, wie beispielsweise die Evaluation des AOK-Online-Coaching-Programms „Abnehmen mit Genuss“ zeigt: Zwischen 2006 und 2010 reduzierten die 45.000 Teilnehmer ihr Gewicht innerhalb von sieben bis zwölf Monaten um durchschnittlich 4,4 Kilogramm (Frauen) beziehungsweise 5,9 Kilogramm (Männer). Der Body Mass Index (BMI, ein proportionenbezogener Messwert fürs Körpergewicht) sank um 1,6 beziehungsweise 1,9. Der Taillen-Hüft-Quotient verringerte sich auf 0,58 (Frauen) beziehungsweise 0,60 (Männer). Dies entspricht jeweils einer Kleidergröße. Bei dem verhaltensbasierten und ortsunabhängigen Gewichtsmanagement-Programm, das mittlerweile auch komplett online läuft, wird das Ess- und Bewegungsverhalten über Ernährungstagebücher und Fragebögen zum Lebensstil erfasst und ausgewertet. Basierend auf den persönlichen Angaben werden computergestützt fünf individuelle Beratungsbriefe mit persönlichen Trainingsempfehlungen generiert. Teilnehmerforen und eine programmbegleitende individualisierte Betreuung runden das Angebot ab.

Seit 2004 bietet die AOK zudem das Internet-Programm „Ich werde Nichtraucher“ an. Fast zwei Drittel aller Teilnehmer waren jünger als 40 Jahre. Das Programm führte bei 60 Prozent der Teilnehmer zu einer positiven Veränderung des Rauchverhaltens und erreichte bei 36 Prozent eine Abstinenz. Sonst schwer zugängliche Zielgruppen, wie junge Männer und Hochrisikogruppen mit tabakassoziierten Erkrankungen machten von dem Online-Angebot rege Gebrauch.

Sucht und Vereinzelung als Risiko. Trotz aller positiven Erfahrungen: Die digitale Prävention birgt auch gewisse Risiken. Permanentes Überwachen des Gesundheitszustandes oder die ständige Erreichbarkeit sind zwei Beispiele. Wenn Menschen ständig online sind, vernachlässigen sie möglicherweise das direkte Gespräch mit persönlichem Kontakt in der realen Welt

Große Nachfrage nach Gesundheits-Apps

Verteilung des weltweiten Gesamtumsatzes an Apps nach Sparten



Apps aus dem Bereich Lifestyle und Gesundheit machen ein Sechstel (16 Prozent) des weltweiten Umsatzes mit den Anwendungsprogrammen für Smartphones aus. Von den Ende 2012 auf dem Markt angebotenen rund 1,3 Millionen Apps bezogen sich rund 200.000 auf gesundheitsrelevante Themen. *Quelle: Booz & Company, 2012*

und das soziale Miteinander. Auch der Datenschutz und das Risiko von Onlinesucht gilt es im Blick zu behalten.

Der Markt für die Apps entwickelt sich rasant, und ein Überangebot an Apps verwirrt die Nutzer. Zukünftig wird es deshalb darauf ankommen, qualitätsgestützte Hinweise und Empfehlungen für Apps zu geben. Bei medizinischen Apps besteht schon heute die Gefahr von Fehldiagnosen – das wurde am Beispiel von Apps zur Entdeckung von Hautkrebs nachgewiesen.

Mensch geht vor Technik. Das Ziel muss deshalb sein, leicht zugängliche, nutzerfreundliche, alltagstaugliche, seriöse und verständliche Dienste zu entwickeln, die sich an den Bedürfnissen und Interessen der jeweiligen Zielgruppe orientieren. Dabei ist zudem wichtig, dass das Nutzenversprechen der jeweiligen Anwendung klar dargestellt wird und sie wissenschaftlich solide begründbar ist. Eine Evaluation der Angebote ist anzustreben. Gesundheitsinformationen müssen qualitativ abgesichert und verlässlich sein. Für eine hohe Verbreitung und einen einfachen Zugang sind weltweit einheitliche Standards nötig sowie verknüpfbare Technologien und offene System-Architekturen. Wichtige Richtschnur bei der Entwicklung von Anwendungen sollten Akzeptanz und Nutzbarkeit sein. Denn der Mensch steht im Mittelpunkt und nicht die Technik – auch in Zukunft. ■

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

Sauerstoff-Therapie geht auf Kasse

Droht Diabetikern als Folge ihrer Krankheit die Amputation eines Fußes, können die Krankenkassen zur Kostenerstattung für eine ambulante Sauerstoffüberdrucktherapie verpflichtet sein. Dies hat das Bundessozialgericht entschieden und damit einer zuckerkranken Frau Recht gegeben. **Von Anja Mertens**

Urteil vom 7. Mai 2013
– B 1 KR 44/12 R –
Bundessozialgericht

In dem Fall ging es um eine 1960 geborene Typ I-Diabetikerin mit einem Verschluss der Unterschenkelgefäße im oberen Sprunggelenk. Im Februar 2009 bildeten sich trockene Nekrosen an den Zehen des linken Fußes. Vom 23. März 2009 bis 1. April 2009 wurde sie in der Gefäßchirurgie einer Universitätsklinik stationär behandelt. Sie unterzog sich einer diagnostischen Angiographie des linken Beines, bei der die Arterie des Fußrückens freigelegt wurde. Bei dem Eingriff zeigten sich massive arteriosklerotische Veränderungen. Die Frau litt an einem diabetischen Fußsyndrom mit dem Schweregrad „Wagner III“, das mit einer Wundheilungsstörung und tiefen Geschwüren einherging. Sie erhielt Antibiotika, die aber nicht wirkten. Eine Bypass-implantation war nicht möglich.

Ambulante Behandlung nicht genehmigt. Wegen der drohenden Amputation ihres Unterschenkels setzte die Diabetikerin ihre Hoffnung auf die Hyperbare Sauerstoff-Therapie (HBO-Therapie). Hierbei sitzen Patienten in einer Überdruckkammer und atmen 100 Prozent reinen medizinischen Sauerstoff ein. Durch den Druck von zwei bis zweieinhalb Bar nimmt das Blut vermehrt Sauerstoff auf. Dadurch sollen die Selbstheilungskräfte des Körpers angeregt werden.

Die Patientin beantragte im Mai 2009 bei ihrer Kasse die Kostenübernahme der HBO-Therapie. Diese sei ihre letzte Chance, eine Amputation im Unterschenkelbereich zu vermeiden. Ihr diabetisches Fußsyndrom sei im Übergang

zum Stadium Wagner III. Wegen ihres ansonsten guten Allgemeinzustandes brauche sie aber keine stationäre, sondern nur ambulante HBO-Behandlungen. Die Kasse lehnte den Antrag ab. Nach dem Beschluss des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (jetzt Gemeinsamer Bundesausschuss GBA) vom April 2000 dürfe die HBO-Therapie nicht als ambulante vertragsärztliche Leistung erbracht werden, sondern nur stationär. Dennoch unterzog sich die Patientin zehn stationären und 36 ambulanten HBO-

Medizinische Gründe gibt es nicht, die Sauerstoff-Therapie nur stationär anzuwenden, so die Bundesrichter.

Behandlungen. Ihre Kasse übernahm die Kosten für die stationäre Therapie, nicht aber die 6.949 Euro für die ambulante.

Die Patientin verklagte ihre Kasse vor dem Sozialgericht, hatte aber keinen Erfolg. Sie legte Berufung beim Landessozialgericht (LSG) ein und unterlag auch dort. Das LSG stellte fest, dass neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung nur dann vorgesehen seien, wenn gemäß Paragraph 135 Absatz 1 Satz 1 SGB V der GBA in seinen Richtlinien nach Paragraph 92 Absatz 1 Nummer 5 SGB V eine positive

Empfehlung über den diagnostischen und therapeutischen Nutzen der Methode abgegeben habe. Dies aber sei nicht der Fall. Dass die Kassen die Kosten einer stationären HBO-Therapie unter bestimmten Voraussetzungen übernehmen, führe nicht zur Zahlungspflicht für die ambulante Therapie. Ambulant dürften neue Methoden nur auf Kassenkosten angewendet werden, wenn der GBA Nutzen und Wirtschaftlichkeit geprüft und gestattet habe (Erlaubnisvorbehalt nach Paragraph 135 SGB V). Im stationären Bereich dürften die Kassen die Leistung nur dann nicht übernehmen, wenn der GBA neue Verfahren nach Prüfung explizit ausgeschlossen habe (Verbotsvorbehalt des Paragraphen 137c SGB V).

Auch sei die drohende Amputation keine notstandsähnliche Extremsituation im Sinne der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts. Zwar komme ein Anspruch auf Kostenerstattung neuer Behandlungsmethoden nicht nur bei lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden, sondern auch bei schwerwiegenden Erkrankungen in Betracht. In ihrem Fall aber sei eine dem medizinischen Stand entsprechende stationäre multimodulare Behandlung mit einer HBO-Therapie als Ergänzung nicht ausgeschlossen gewesen.

Kostenerstattung zu Recht verlangt. Gegen diese Entscheidung legte die Patientin Revision beim Bundessozialgericht (BSG) ein – mit Erfolg. Anders als

TIPP FÜR JURISTEN



Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung thematisiert die Konferenz „§ 116b: Die ersten krankheitsbezogenen Richtlinien verlassen die Werkstatt des GBA“. Sie findet am 11. Oktober in Berlin statt. Veranstalter ist die ZENO Veranstaltungen GmbH. Mehr Infos: www.zeno24.de > Veranstaltungen

die Vorinstanzen entschied das BSG, dass die Patientin die Kostenerstattung der ambulanten HBO-Therapie von ihrer Kasse verlangen könne. Die ambulante Behandlung sei zur Heilung ihres diabetischen Fußsyndroms im Stadium Wagner III notwendig gewesen. Für ihre Indikation habe die neue Behandlungsmethode ausnahmsweise wegen Systemversagens keiner positiven Empfehlung des GBA und keiner Aufnahme in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab bedurft.

Therapielücke droht. Der GBA habe gegen höherrangiges Recht verstoßen, weil er objektiv willkürlich das sektorenübergreifende Prüfverfahren nicht auf eine Empfehlung der Methode für die genannte Indikation für die vertragsärztliche Versorgung erstreckt habe. Sein rechtmäßig zur Krankenhausbehandlung gefasster Beschluss besage, dass die ergänzende HBO-Anwendung im genannten Indikationsbereich nach generellen sektorenübergreifenden Kriterien dem sozialrechtlichen Qualitätsgebot (Paragraf 2 Absatz 1 Satz 3 SGB V) genüge. Zu Unrecht habe der GBA nicht berücksichtigt, dass es keine durchgreifenden medizinischen Gründe dafür gibt, die HBO-Therapie bei der Indikation diabetisches Fußsyndrom Stadium Wagner III lediglich stationär anzuwenden. Ohne Empfehlung des GBA drohe eine mit dem Qualitätsgebot unvereinbare Therapielücke. Weiter führte das BSG aus, dass sich die Patientin die Leistung selbst beschafft habe, weil ihre Kasse die erforderliche Leistung abgelehnt hatte. Hierdurch sei die Klägerin auch einer rechtsgültigen Zahlungsverpflichtung ausgesetzt gewesen. Der von ihr geltend gemachte Kostenerstattungsanspruch sei in vollem Umfang begründet. ■

Kommentar: Das Bundessozialgericht rügt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss die HBO-Therapie für die hier in Rede stehende Indikation nicht für den vertragsärztlichen Bereich empfohlen hat. Dem ist zuzustimmen. Denn offenbar gibt es keine medizinischen Gründe dafür, beim diabetischen Fußsyndrom die HBO-Therapie im ambulanten Bereich anders zu bewerten als im stationären Bereich.

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

Anzeige



Bildung ändert alles.

Helpen auch Sie mit einer Spende
oder Patenschaft. Damit Kinder
weltweit lernen, ihr Leben selbst in
die Hand zu nehmen.

Kindernothilfe. Gemeinsam wirken.

Bank für Kirche und
Diakonie eG – KD-Bank
Spendenkonto 45 45 40
BLZ 350 601 90
IBAN: DE92 3506 0190 0000 4545 40

**kinder
not
hilfe**

www.kindernothilfe.de

HESSEN

Grünberg ist Sieger beim Fitness-Test

Die Theo-Koch-Schule aus der Fachwerkstadt Grünberg bei Gießen ist Sieger des diesjährigen „AOK moves you“-Contests der Gesundheitskasse in Hessen. Die Schüler des Gymnasiums sammelten die meisten Punkte beim finalen Fitness-Test. Ihren Sieg durften sie im Rahmen einer großen „School's Out Summer Party“ feiern. Im Herbst vergangenen Jahres hatte die AOK Hessen ihren Aufruf zur Teilnahme beim „AOK moves you“-Contest gestartet. Über 1.000 Schüler aus 100 Schulen registrierten sich daraufhin beim Online-Quiz und beantworteten Fragen zu Entertainment, Wissen und Sport. 20 Schulen konnten sich für das Finale qualifizieren. Für einen Tag kam dabei das AOK-Team zu jedem der Finalisten auf den Schulhof und brachte nicht nur einen umgebauten US-Schulbus, sondern auch Trainer des Hessischen Leichtathletik-Verbandes mit. Für jeweils 40 Schüler der teilnehmenden Schulen hieß es anschließend: Raus aus der



Strahlende Gewinner: Schülerinnen und Schüler der Theo-Koch-Schule aus dem hessischen Grünberg freuen sich über den Siegerpokal beim „AOK moves you“-Contest.

Klasse und ab zum Fitness-Parcours. Dieser umfasste Stationen wie Slackline – eine Trendsportart ähnlich dem Seiltanzen –, Speedbiathlon oder Basketball. ■

SACHSEN/THÜRINGEN

Auszeichnung für Leistung und Service

Für ihren ausgewogenen Mix aus Servicequalität und Leistungsumfang ist die AOK

PLUS ausgezeichnet worden. Das Deutsche Institut für Service-Qualität untersuchte im Auftrag des Nachrichtensenders n-tv von April bis Juni 2013 insgesamt 20 gesetzliche Krankenkassen. Aus der Kundenperspektive heraus wurden Servicequalität und Leistungsspektrum der Krankenkassen unter die Lupe genommen. Die Servicequalität wurde mithilfe von Telefon- und Mail-Tests, Internet-Nutzerbetrachtungen sowie einer Inhaltsanalyse der Website

untersucht. Das Leistungsangebot wurde auf Aspekte wie Mehrleistungen, Wahltarife, Bonusprogramme und Gesundheitsförderung hin ausgewertet. Die AOK PLUS konnte sich im Gesamtergebnis auf Rang zwei platzieren. Bei der Analyse der Servicequalität wurde insbesondere der Internetauftritt und die sehr gute und kompetente telefonische Beratung der Gesundheitskasse gelobt. Eine überdurchschnittlich schnelle Mail-Bearbeitung rundete den guten Service ab. ■

AOK aktuell

Kostenübernahme für Schutz vor Rotaviren

Die AOK Niedersachsen übernimmt ab sofort die Kosten für die Schluckimpfung von Säuglingen gegen Rotaviren. Eltern, die mit ihrem Kind zwischen der sechsten und der 26. Lebenswoche zur Schluckimpfung gehen, bekämen die Auslagen in Höhe von rund 150 Euro für Impfstoff und ärztliche Leistung voll erstattet, teilte die Gesundheitskasse in Hannover mit. Die Rotaviren-Impfung gehört nicht zu den Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Rotaviren sind hochgradig ansteckende Erreger, die zu Erbrechen und schwerem Durchfall führen können. Der Name leitet sich vom runden, radförmigen Aussehen der Viren ab. Bis zum dritten Lebensjahr steckt sich fast jedes Kind mit Rotaviren an. Vor allem bei Säuglingen hat die Infektion lebensbedrohliche Folgen, wenn es zu einer Austrocknung des Körpers kommt.

Das Virus wird meist durch Schmierinfektion, aber auch verunreinigtes Wasser und Lebensmittel übertragen. Für Kinder reichen bereits kleinste Mengen des Erregers aus, um die Erkrankung hervorzurufen. Die Rotavirus-Schluckimpfung kann beim Arzt noch nicht über die Krankenkassenkarte abgerechnet werden. Die Eltern bezahlen daher den Impfstoff in der Apotheke sowie die ärztliche Leistung zunächst selbst. Die AOK erstattet anschließend die Kosten gegen Vorlage der Originalquittung. ■



Für gesunde Zähne bei Kleinkindern

Ein neues Modellvorhaben zur Zahngesundheit bei Kleinkindern in Hamburg hat die AOK Rheinland/Hamburg zusammen mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung und dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf gestartet. Dabei werden Eltern bereits vor der Geburt und anschließend gemeinsam mit dem Kind in den ersten drei Lebensjahren vom Zahnarzt und seinem Team betreut. Das Konzept umfasst die gezielte Beratung über das richtige Verhalten zur Pflege der Milchzähne sowie ein intensives Training möglichst beider Elternteile beim Pflegen des eigenen Gebisses. Teilnahmberechtigt sind Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg, die ein Kind erwarten, oder die Eltern eines Kindes sind, das zum Zeitpunkt der Einschreibung nicht älter als ein Jahr ist. „Zwar haben auch jüngere Kinder Anspruch auf Zahnarztbesuche, jedoch ist nur wenigen Eltern bewusst, dass im frühen Alter Zahnprophylaxe notwendig ist“, sagte **Thomas Bott**, stellvertretender Regionaldirektor der AOK in Hamburg. ■

Plädoyer für Qualitätswettbewerb

Ärzte und AOK in Baden-Württemberg sehen nach der Bundestagswahl dringenden gesundheitspolitischen Handlungsbedarf. Flächendeckend seien die strukturellen Voraussetzungen zu schaffen, um die Behandlungsqualität zu steigern und die Versorgung der Patienten zu verbessern, for-



Damit das Putzen Spaß macht: Neues Modellvorhaben bietet Kleinkindern von Geburt an Betreuung durch den Zahnarzt.

dernten die Gesundheitskasse, der Hausärzteverband und die Ärztevereinigung MEDI auf einer gemeinsamen Pressekonferenz in Berlin. „Reformmeier statt Reformstau ist jetzt gefragt“, sagte **Dr. Christopher Hermann**, Vorstandschef der Kasse. Die Versorgung sei konsequent an Qualität, Wettbewerb und Wirtschaftlichkeit auszurichten, so wie es bei den Haus- und Facharztverträgen im Südwesten bereits der Fall sei. Die Verträge sorgten bei Ärzten wie Patienten für hohe Zufriedenheit, würden jedoch politisch konterkariert. So verlange der Gesetzgeber einen Nachweis des Erfolgs von Hausarztverträgen gleich zu Beginn ihrer Laufzeit. Diese sogenannte Refinanzierungsklausel widerspreche jeder ökonomischer Logik. „Direktverträge sind keine Schnellschüsse, sondern entfallen ihre Wirkungen sukzessive“, sagte Hermann. Das Refinanzierungsgebot behindere Innovationen und müsse deshalb zurückgenommen werden. „Die Klausel ist Gift für Investitionen und Fortschritt in unserem Versorgungssystem.“ ■

Kooperation geht in die Verlängerung

Die AOK Nordost hat ihre Partnerschaft mit dem Fußballverein F.C. Hansa Rostock um zwei Jahre verlängert und ausgebaut. Künftig wird die Gesundheitskasse den Verein als Co-Partner unterstützen und bei Projekten wie dem AOK-Jugendtrainingstag zusammenarbeiten. Zur ersten Spieltags-Pressekonferenz gaben Vorstand Sport **Uwe Vester**, der Leiter der Nachwuchsakademie des F.C. Hansa Rostock, **Juri Schlünz**, und der Geschäftsführer der Landesdirektion Mecklenburg-Vorpommern der AOK Nordost, **Frank Ahrend**, die Vertragsverlängerung bekannt. „Wir haben die Zusammenarbeit ausgeweitet, weil wir Fans und Bevölkerung mit einer transparenten und glaubwürdigen Kommunikation über Gesundheitsthemen aufklären wollen“, so Ahrend. Hansa Rostock sei dafür der „ideale Partner“, da der Verein die Menschen in Mecklenburg-Vorpommern erreiche. ■

Mehr Kompetenz bei Gesundheit

Die Gesundheitskompetenz der etwa 350.000 Menschen mit Migrationshintergrund in Schleswig-Holstein soll verbessert werden. Das ist Ziel einer gemeinsamen Initiative der AOK NordWest und der Selbsthilfekontaktstellen im Land. „Mit unserem Projekt möchten wir Selbsthilfegruppen für Bürgerinnen und Bürger mit Migrationshintergrund im Land initiieren und damit die gesundheitliche und soziale Situation von Betroffenen und deren Angehörigen deutlich verbessern“, sagte **Dr. Dieter Paffrath**, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der AOK NordWest. Schirmherrschaft für das Projekt hat die Gesundheitsministerin von Schleswig-Holstein, **Kristin Alheit**, übernommen. ■

Gegen Mythen über Medizinprodukte

Hochrisiko-Medizinprodukte sind nicht weniger gefährlich als Arzneimittel, Flugzeuge oder Züge. Dennoch können sie in Europa bislang ohne belastbare Studien und Zulassung angewendet werden. Dagegen wenden sich die Spitzenverbände der gesetzlichen Kassen, darunter der AOK-Bundesverband. Sie haben ein Argumentationspapier erarbeitet, das die Öffentlichkeit über Medizinprodukte und ihren richtigen Einsatz informieren soll. Die bisherigen Vorgaben zu ändern, sei ein Anliegen von Patientenorganisationen, Ärzten und Kassen – und sollte auch ein Anliegen der Industrie sein“, heißt es in dem Papier. ■

Gentechnik
Monitor bewertet Risiken als gering

Der Einsatz gentechnischer Verfahren in der Pflanzenzucht, die sogenannte grüne Gentechnik, ist in Deutschland äußerst umstritten. Meldungen über die spontane Entstehung von Krebs bei Ratten,



die mit Genmais gefüttert worden sind, wirken immer noch nach, auch wenn sich die Studien als nicht stichhaltig erwiesen haben. In Umfragen sprechen sich bis zu 90 Prozent der Verbraucher dafür aus, gentechnisch veränderte Lebensmittel deutlich zu kennzeichnen. Ein besonderes Thema bilden die Antibiotika-Resistenzgene, die zum Bei-

spiel der Kartoffel Amflora eingepflanzt wurden – und die deshalb in Deutschland nicht kommerziell angebaut wird. Theoretisch lassen sich diese Gene, wie die interdisziplinäre Arbeitsgruppe „Gentechnologiebericht“ der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften in ihrem gerade abgeschlossenen dritten Monitor-Bericht schreibt, zwar auf Bodenbakterien und Bakterien, die Krankheiten auslösen, übertragen. Die Wahrscheinlichkeit für einen solchen Gentransfer werde jedoch als extrem niedrig eingeschätzt. Zudem seien in der Landwirtschaft nur Resistenzgene zugelassen, die für die Medizin von geringer Bedeutung seien. Der Bericht liefert eine breite Darstellung der rasanten Entwicklung in der grünen Gentechnik und spart auch ethische Fragen nicht aus.

Bernd Müller-Röber, Mathias Boysen, Lilian Marx-Stöltzing, Angela Osterheider (Hrsg.): Grüne Gentechnologie. 2013. 288 Seiten, 39,90 Euro. Brandenburgische Akademie der Wissenschaften, Forum W – Wissenschaftlicher Verlag, Dornburg.

Unterhaltung
Trostbuch für Kranke

Manchmal bringt eine Krankheit auch Schönes hervor. Man denke etwa an die tröstenden Worte der Familie, die den Kranken daran erinnern, dass er stärker ist als die Erkrankung. Und dass Humor gute Medizin sein kann. Der Fernsehmoderator und Entertainer Jürgen von der Lippe und seine ehemalige Mitarbeiterin Gaby Sonnenberg bei der TV-Sendung „Geld oder Liebe“, haben aus all dem ein Buch gestrickt. Als sich Gaby Sonnenberg wegen Leukämie einer Chemotherapie unterziehen muss, schickt sie per E-Mail vom Krankenbett aus Grüße an ihren Ex-Chef. Jürgen von der Lippe schreibt zurück und wünscht viel Kraft. Die Korrespondenz geht weiter. Herausgekommen ist ein „Trostbuch für Kranke“. Etwas, das man in Buchhandlungen bislang vergeblich gesucht hat. Es ist eine Mischung aus Lebensweisheiten, klugen Gedanken, Zuspriech und Witzen – auch solchen unterhalb der Gürtellinie. „Positive Gedanken sind



in einer schlimmen Lebenssituation sicherlich das Wichtigste, um gesund zu werden“, schreibt Gaby Sonnenberg. Will sagen: Auch Kranke können und sollen ruhig herzlich lachen – etwa bei der Lektüre dieser Frage: „Woran erkenne ich einen guten Arzt und, noch viel wichtiger, woran erkenne ich einen schlechten Arzt?“ Die Antwort: „Wenn Ihr Arzt bei einer Halskatheterverlegung darauf hingewiesen wird, dass er das Skalpell falsch herum hält, sollten Sie ins Grübeln kommen!“

Jürgen von der Lippe, Gaby Sonnenberg: Der Krankentröster. 2013. 319 Seiten, 16,99 Euro. Albrecht Knaus Verlag, München.

SEMINARE TAGUNGEN KONGRESSE				
■ 12. EUROPÄISCHER GESUNDHEITSKONGRESS	Finanzierung des Gesundheitssystems, Prävention vor Reha, Selektivverträge, Kooperationen	10.–11.10.2013 München	WISO S. E. Consulting GmbH Organisation: Interplan AG Landsberger Straße 155 80687 München	Tel.: 0 89/54 82 34 50 Fax: 0 89/54 82 34 43 info@gesundheitskongress.de www.gesundheitskongress.de
■ 5. QUALITÄTSSICHERUNGSKONFERENZ DES GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSSES	Stationäre und ambulante Qualitätssicherung, Qualitätsmessung mit Routinedaten, Mindestmengen	14.–15.10.2013 Berlin	Gemeinsamer Bundesausschuss Organisation: 370° – Die Agentur Fahrenheitstraße 3 12207 Berlin	Tel.: 0 30/22 49 80 70 Fax: 0 30/22 49 80 77 anmeldungen@370grad.de www.g-ba.de > Öffentliche Sitzungen
■ 12. DEUTSCHER KONGRESS FÜR VERSORGENGSFORSCHUNG	Über-, Unter-, Fehlversorgung; Qualitätsmanagement, Evaluation von Leitlinien	23.–25.10.2013 Berlin	Intercongress GmbH Wilhelmstraße 7 65185 Wiesbaden	Tel.: 06 11/9 77 16-0 Fax: 06 11/9 77 16-16 dkvf@intercongress.de www.intercongress.de > Kongresse
■ REHA-FORUM 2013	Sozialmedizinische Begutachtung, Vergütung, Reha-Budget, Case Management in der Nachsorge	4.–5.11.2013 Köln	MCC – Management Center of Competence 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 > Health
■ 24. EAHM CONGRESS HOSPITAL MANAGEMENT IN TIMES OF CRISIS	Strategische Leitlinien, Umgestaltung der Betriebsprozesse, neue Technologien	28.–30.11.2013 Luxemburg	Fédération des Hôpitaux de Luxembourg 5, rue des Mérovingiens L – 8070 Luxembourg	Sekretariat des Kongresses Tel.: 0 03 52/42 41 42-11 contact@eahm-luxembourg2013.lu http://eahm-luxembourg2013.lu/web/eahm/

Medizinethik Wenn die Utopie zur Realität wird

Mit der rasanten Entwicklung der Medizintechnik rückt vieles in den Bereich des Möglichen, was früher nur in der Mythologie oder in der Literatur denkbar war: Chimärenwesen wie der Minotauros, ein Mensch mit Stierkopf, oder ein künstlich erschaffener Mensch wie Homunkulus in Goethes Faust, dem allerdings kein langes Leben beschert war. Die Züchtung menschlichen Gewebes wird bereits von den Krankenkassen bezahlt, therapeutisches Klonen von menschlichen Zellen ist nach der Europäischen Bioethik-Konvention von 1997 zurzeit



verboten, aber offenbar im Bereich des Möglichen. Ethisch sind diese Entwicklungen nicht unumstritten. Vor vier Jahren versammelten sich am Zentrum für interdisziplinäre Forschung (ZiF) in Bielefeld 15 Juristen und Bioethiker aus dem In- und Ausland, um die moralische Akzeptabilität neuartiger medizinischer Technologien zu untersuchen. Innerhalb eines Jahres organisierte die Forschungsgruppe acht große Tagungen. Die Ergebnisse sind jetzt in einem dicken Handbuch mit dem Titel „Menschenwürde und Medizin“ nachzulesen. Die 50 Kapitel enthalten grundsätzliche

Überlegungen, aber auch Bewertungen aller neuen Medizin- und Gentechniken.

Jan C. Joerden, Eric Hilgendorf, Felix Thiele (Hrsg.): **Menschenwürde und Medizin**. 2013. 1.135 Seiten, 98,90 Euro. Verlag Duncker & Humblot, Berlin.

Nachschlagewerk Es geht auch ohne Juristen-Deutsch

Gesetzentwürfe und ihre Begründungen sind in der Regel schwer verdauliche Kost, insbesondere wenn es sich um Regelungen für die Bereiche Arbeit, Soziales oder Gesundheit handelt. Erstaunlich, dass die gleichen Autoren die Gesetzeslage ganz ohne Juristen-Deutsch und für jeden gut verständlich darstellen können. 50 Beamte aus Berliner und Bonner Ministerien, ein Bundessozialrichter, ein Direktor der Rentenversicherung und eine Ministerialrätin des Bundesrechnungshofes haben an der zum zehnten Mal erschienen „Übersicht über das Sozialrecht“ mitgearbeitet, allein 20 an den 177 Seiten zum Sozialgesetzbuch V. Gesetzestexte sucht man in den 27 Kapiteln vergeblich. Dafür werden alle Sachverhalte samt ihrer Entstehungsgeschichte vorbildlich dargelegt. Nicht nur die zwölf Sozialgesetzbücher



sind ausführlich behandelt, sondern auch alle anderen Regeln der Sozialen Sicherung – so die für Landwirte, Selbstständige, Kriegsopfer und Spätaussiedler. „Fachkompetent, präzise, aktuell – der schnellste Überblick über unser Sozialrecht“, so das Urteil von Josef Hecken vom Gemeinsamen Bundesausschuss.

900 Stichwörter und die beiliegende CD-ROM mit dem gesamten Inhalt des Buches erleichtern das Auffinden jedes Themas.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): **Übersicht über das Sozialrecht**. 2013. 1.128 Seiten, 36 Euro. Verlag Bildung und Wissen, Nürnberg.

Zeitschriftenschau

■ Krankenhausinfektion: Beweislast für Behandlungsfehler trägt der Patient

Nach erlittenen Infektionen im Krankenhaus vermuten Patienten häufig eine fehlerhafte Behandlung, erhalten aber nur selten eine Entschädigung dafür. Für Dr. Alexander Walter, Richter am Landgericht Koblenz, ist eine Infektion nicht per se ein Zeichen für einen Behandlungsfehler. Völlige Keimfreiheit sei nicht erreichbar. Trotz Patientenrechte- und Infektionsschutzgesetz (IfSG) läge die Beweislast bei den Betroffenen und nicht bei den Behandlern. Beweiserleichterungen ließen sich nicht aus Paragraph 23 Absatz 3 Satz 2 IfSG ableiten. Danach gelte die Vermutung, dass der Stand der medizinischen Wissenschaft eingehalten worden ist, wenn die Hygiene- und Präventionsempfehlungen des Robert Koch-Instituts beachtet wurden.

Medizinrecht (2013) 31: 294–297

■ Behindertenrechtskonvention: Schutz nicht erweitert

Die von Deutschland ratifizierte Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) nimmt der Oldenburger Rechtsprofessor Dr. Ernst-Wilhelm Luthe unter die Lupe. Ihre Schutzwirkung gehe nicht über das deutsche Recht hinaus. Das Diskriminierungsverbot sei im Grundgesetz verankert (Artikel 3). Viele Normen der UN-BRK seien zu unbestimmt und konkrete Rechtsansprüche nicht enthalten. Auch wären sozialgesetzliche Leistungsbeschränkungen gegenüber behinderten Menschen zulässig – vorausgesetzt, diese gelten für alle.

Die Sozialgerichtsbarkeit 7/2013, Seite 391–395

■ Apotheken: Versandhandel mit selbst hergestellten Mitteln birgt Gefahren

Apotheker, die eine Erlaubnis zum Versand von apothekenpflichtigen Medikamenten haben, dürfen auch mit selbst hergestellten Defekturzneimitteln Versandhandel betreiben. Eine Zulassung dieser Medikamente nach Paragraph 21 Arzneimittelgesetz ist nicht notwendig, entschied der Bundesgerichtshof im April 2011. Dieses Urteil hält die Fachanwältin für Medizinrecht, Dr. Kerstin Brixius, für bedenklich. Qualitätsmängel könnten zu schwerwiegenden und irreversiblen Folgen bei den Verbrauchern führen.

Zeitschrift für das gesamte Medizin- und Gesundheitsrecht 3/2013, Seite 151–155

■ Ambulante spezialfachärztliche Versorgung: Zulassung mit Besonderheiten

Bei komplexen, schwer therapierbaren Krankheiten können Kliniken ambulante spezialfachärztliche Leistungen erbringen (Paragraph 116b SGB V). Haben sie ihre Teilnahme beim Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen angezeigt und innerhalb einer Zwei-Monats-Frist keinen negativen Bescheid erhalten, sind sie zugelassen (Genehmigungsfiktion). Nach Ansicht des Vorsitzenden Richters am Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen a.D., Professor Dr. Volker Wahrendorf, haben die Kliniken einen Anspruch darauf, sich vom Landesausschuss die Genehmigungsfiktion bescheinigen zu lassen. Auch Behörden oder Konkurrenten könnten eine solche Bescheinigung verlangen.

Medizinrecht (2013) 31: Seite 425–429

Steuern auf Kalorienbomben?

Literweise süße Limo, Berge von Pommes mit Ketchup und Mayo – wer viel Junkfood isst, trägt ein hohes Risiko, dick und krank zu werden. Müssen fett- und zuckerreiche Lebensmittel deshalb mehr kosten?

Was Ernährungswissenschaftler als optimale Ernährung empfehlen, entspricht dem Geschmack der oberen Mittelklasse: eine leichte, mediterran angehauchte Küche mit vielen frischen Zutaten, abgeschmeckt mit einer Prise Askese. Diese Vorstellungen von einem guten Essen und Leben sollen im Namen der Gesundheit schichtübergreifend und milieübergreifend durchgesetzt werden. Wo dies durch Bildung allein nicht gelingt, soll mit finanziellen Sanktionen nachgeholfen werden. Die Voraussetzung für eine ausgewogene und abwechs-

Übergewicht ist ein gesundheitliches Problem der Wohlstandsstaaten, das die Gesellschaft mit den Folgekosten erheblich belastet. Die Ursachen sind vielfältig. Um es auf einen Nenner zu bringen: Wir sind für Mangel und Lebenskampf genetisch gut aufgestellt, nicht aber für Überfluss und Bequemlichkeit. Auf stark verarbeitete, energiereiche Lebensmittel in Mengen wie Zuckerzeug, Chips und Limo sind wir nicht vorbereitet. Fett und Zucker ermöglichen der Nahrungsmittelindustrie, weniger wertvolle Lebensmittel aufzupumpen und lecker zu



„Für den kalorienarmen Luxus bleibt so noch weniger Geld.“

Friedrich Schorb
ist Soziologe und arbeitet am Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen.



„Gesundes Essen ist nicht unbedingt eine Einkommensfrage.“

Dagmar von Cramm,
Diplom-Oecotrophologin, arbeitet als freie Publizistin und schrieb das Buch „Dagmars Aldidente Diät 2.0“.

lungsreiche Ernährung sind ausreichende Geldmittel. Die von der Bundesregierung empfohlene optimierte Mischkost lässt sich aber mit Arbeitslosengeld II oder vergleichbaren Niedriglöhnen nicht finanzieren, wie unabhängige Studien zeigen. Durch zusätzliche Steuern die Konsummöglichkeiten von Menschen mit geringem Einkommen weiter einzuschränken, um sie auf diese Weise dazu zu zwingen, vermeintlich gesündere, sprich: weniger fett- und zuckerhaltige Lebensmittel einzukaufen, hätte fatale Folgen. Auf den Kaloriengehalt bezogen sind fett- und zuckerreiche Lebensmittel immer günstiger als es kalorienarme Lebensmittel je sein können. Fett- und Zuckersteuern werden also nur dazu führen, dass die Auswahl beim Einkaufen für Menschen mit geringem Einkommen noch kleiner wird. Für den kalorienarmen Luxus bleibt so weniger Geld. Die Forderung nach alimentärer Teilhabe für alle, verstanden als Möglichkeit aus einer großen Palette von Lebensmitteln auswählen zu können, darf nicht an den Zwang zu angepasstem Essverhalten geknüpft werden. Vielmehr sollte Essen wieder daran gemessen werden, ob es satt macht und schmeckt. Denn das ist entscheidender für das allgemeine Wohlbefinden und die Gesundheit als die Frage, ob die Pizza vom Bringservice, aus der Mikrowelle oder dem eigenen Ofen kommt und wie viel Salz, Fett und Kalorien sie enthält. ■

machen. Die Folge: Viele Menschen essen mehr von diesen ungünstigen Produkten. Studien zeigen: Eine Steuer kann nur helfen, wenn sie empfindliche Preiserhöhungen nach sich zieht und wenn damit gesunde Lebensmittel wie zum Beispiel frisches Gemüse und Obst subventioniert werden. In Wohlstandsstaaten wäre das laut der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) die effizienteste Maßnahme, den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu verbessern. Aber auch heute ist gesundes Essen nicht unbedingt eine Einkommensfrage. Das konnte ich anhand eines Speiseplans für eine Familie nachweisen, die pro Kind täglich mit unter drei Euro auskam. Beim Discounter preiswert einkaufen, ein gesundes Gewicht erreichen und sich vollwertig zu ernähren, ist machbar. Am billigsten ist es, mit Grundnahrungsmitteln selber zu kochen, alles ohne Reste zu verwerten und preisbewusst einzukaufen. Das erfordert aber Alltagsbildung. Ein Teil der Steuern sollte deshalb dort investiert werden, wo Kindern Kompetenz vermittelt wird – in Kindertagesstätten und Schulen. Ganz abgesehen von diesen Möglichkeiten: Schon die Diskussion um die Steuern auf fett- und zuckerreiche Lebensmittel veranlasst die Industrie und den Handel, Produkte und deren Präsentation zu optimieren – im Sinne des Verbrauchers. Von allein bewegt sich da erfahrungsgemäß wenig. ■

G+G 7+8/2013

Neue Rolle für die Pflege

Kassen und Ärzte wollen einfach nicht

Der Beitrag über die „neue Rolle für die Pflege“ lässt tief blicken: Schon das Schaubild zu den Voraussetzungen für Modellvorhaben zur Heilkundeübertragung lässt erahnen, wie kompliziert die Materie ist. Oder sollte ich besser sagen: Wie kompliziert sie von den Beteiligten gemacht worden ist? Zumindest Ärzteschaft und Krankenkassen scheinen kein ernsthaftes Interesse an einer offiziellen Übertragung heilkundlicher Aufgaben auf die Pflege zu haben. Während die Kassen eine neue Gruppe von Leistungserbringern zu fürchten scheinen, die als besonders qualifizierte Pflegekräfte selbstbewusst Honorar- und Gehaltsforderungen stellen könnten, fürchten die Mediziner um ihren Alleinvertretungsanspruch bei der Versorgung Kranker. Kein Wunder also, dass sowohl die entsprechenden Paragraphen im Sozialgesetzbuch als auch die darauf aufbauende Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses möglichst viele Einschränkungen und Hürden enthalten. Jede halbwegs selbstbewusste Pflegekraft kann daher nur folgenden Eindruck gewinnen: „Die wollen uns nicht!“ Das ist mehr als schade. Denn woher sollen die motivierten und gut ausgebildeten Pflegerinnen und Pfleger kommen, die wir so dringend benötigen: Aus den Philippinen, Spanien oder Griechenland? Ausländische Fachleute sind gewiss willkommen. Doch das kann keine Dauerlösung sein. Wer gute Abiturienten für die Pflege be-

geistern will, muss Aufstiegschancen und Handlungsspielräume wie in den USA bieten: Mit einem Master in Nursing gehören Pflegekräfte dort zu den Entscheidern im Krankenhaus, an denen meist schon in der Notaufnahme im wahrsten Sinne des Wortes kein Patient mehr vorbeikommt. Das macht nicht nur stolz auf die eigene Profession, sondern sorgt auch für eine bessere Bezahlung in der Pflege insgesamt.

H. K., Oberkirch

G+G 7-8/2013

Votum für die Pflege

Geteilte Verantwortung

Das Ergebnis der G+G-Leserumfrage macht deutlich: Die FDP-Versprechen und -Ansagen bestanden aus heißer Luft. Und dies blieb nicht unbemerkt. Nach Patzern wie dem Pflege-Bahr und dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz ist das Versagen der Liberalen nicht länger nur Gerede in linken Kreisen, sondern auch gut dokumentiert. Dass die Partei Klientelpolitik betreibt und im Wahlkampf für sozial nicht zu begründende Extras für Reiche und für die private Krankenversicherung wirbt, ist nicht überraschend. Verwunderlich ist allerdings das moderate Abschneiden von CDU/CSU in der G+G-Umfrage. Das Überlassen eines Ministeriums an den kleinen Koalitionspartner kann nicht als Abgabe jeglicher Verantwortung gelten. Die Liberalen bieten aber eine so große Angriffsfläche, dass die Union dahinter gemächlich in Deckung gehen kann.

I. S., Hamburg

Gesundheit und Gesellschaft
Das AOK-Forum für Politik, Praxis und Wissenschaft, vormals DOK, erstmals erschienen: 1914

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

Nachdruck nur mit Genehmigung des Verlages. Dies gilt auch für die Aufnahme in elektronische 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 Anzeigenpreisliste Nr. 15 vom 1.1.2013
ISSN 1436-1728



Leserforum



Ihre Meinung ist gefragt.

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

Oder schreiben Sie uns:

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

BECKs Betrachtungen



Ab und zu sollte man sich mal gründlich durchscrollen lassen... K C E B



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

ter der komischen Kunst: BECK“ (Verlag Antje Kunstmann, erschienen im Juni 2011), Preise und Ausstellungen folgten. Seit 2003 veröffentlicht BECK täglich einen Cartoon auf www.schneeschnee.de

Ist die neue Pille auch die bessere?

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

The New York Times



Ja, ich bestelle ...



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

Marcia Angell **Der Pharma-Bluff**

Wie innovativ die Pillenindustrie wirklich ist

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

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

(zzgl. 2,50 Euro Verpackung und Versand)

Lieferung gegen Rechnung per Bankeinzug

Vor- und Zuname

Straße, Haus-Nr.

PLZ

Ort

Konto-Nr.

BLZ

Geldinstitut

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.



Fragen zu Ihrer Krankenversicherung?

**Wir sind rund um die Uhr
für Sie da.**

Bei allen Fragen rund um Ihre Versicherung sind wir Tag und Nacht am Telefon für Sie erreichbar – sieben Tage in der Woche. Sprechen Sie mit uns. Wir sind für Sie da. AOK – immer in Ihrer Nähe.

Gesundheit in besten Händen

www.aok.de