



Das AOK-Forum für Politik, Praxis und Wissenschaft
Ausgabe 9/2015, 18. Jahrgang

GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

KOSTENEXPLOSION
Warum Qualität ein Ausweg ist

GEBURTSHILFE
Warum der Kaiserschnitt
kein Königsweg ist

Kanadisch Praktisch Gut

So kommt Gesundheit aufs
Land – Ideen aus der Nation
mit dem Ahornblatt

Die Pressestellen der AOK

Gesundheit ist unser Thema!

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

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

AOK-BUNDESVERBAND

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

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

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

AOK BADEN-WÜRTTEMBERG

Hauptverwaltung
Pressesprecher: Kurt Wesselsky

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

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

AOK BAYERN – DIE GESUNDHEITSKASSE

Zentrale
Pressesprecher: Michael Leonhart

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

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

AOK BREMEN/BREMERHAVEN

Pressesprecher: Jörn Hons

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

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

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN

Direktion
Pressesprecher: Ralf Metzger

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

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

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR NIEDERSACHSEN

Direktion
Pressesprecher: Carsten Sievers

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

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

AOK NORDOST – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecherin: Gabriele Rähse

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

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

Region Mecklenburg-Vorpommern
Pressereferent: Markus Juhls

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

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

AOK NORDWEST – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: Jens Kuschel

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

Tel. 0231/4193-10145

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

Tel. 0431/605-21171

AOK RHEINLAND/HAMBURG – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: André Maßmann

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

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

Region Hamburg: Pressesprecherin Antje Meyer

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

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

AOK RHEINLAND-PFALZ/SAARLAND – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressereferent: Jan Rößler

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

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

AOK PLUS – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR SACHSEN UND THÜRINGEN

Pressesprecherin: Hannelore Strobel

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

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

Sitz Erfurt
Stellvertretender Pressesprecher: Jürgen Frühauf

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

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

AOK SACHSEN-ANHALT – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: Andreas Arnsfeld

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

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

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

www.aok-presse.de

AOK
Die Gesundheitskasse.

Gesund beginnt im Mund

Seit 25 Jahren wirbt der Tag der Zahngesundheit für Prävention. Mit Erfolg, sagt **Dietmar Oesterreich**, Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer. Das zeige sich am Kariesrückgang. Schwachstellen seien allerdings die Gebisse der Jüngsten.

Ist Ihnen schon einmal aufgefallen, wie viele junge Menschen mittlerweile gesunde Zähne haben? Auch bei den Erwachsenen und Älteren sind nur noch selten Zahnlücken zu sehen. Das war nicht immer so. Noch vor 25 Jahren hatten Kinder, Erwachsene und Senioren schlechtere Zähne. Mittlerweile liegen wir international im Spitzenfeld, was die Kariesfreiheit angeht. Darauf können wir zu Recht stolz sein. Ein Beispiel: In den 80er Jahren hatten Zwölfjährige im Durchschnitt fast sieben kariöse Zähne (6,8).

2005 war es nicht mal mehr ein von Karies befallener Zahn bei Zwölfjährigen, sondern durchschnittlich nur noch 0,7 Zähne mit Karies. Das ist ein Rückgang von über 80 Prozent in den letzten 20 Jahren. Die Zahnmedizin hat damit in den medizinischen Fachbereichen Vorbildfunktion. Wie konnte das erreicht werden?

Unter anderem durch den Tag der Zahngesundheit. Dieser bundesweite Aktionstag wird jedes Jahr am 25. September begangen. Er soll bewusst machen, wie wichtig gesunde Zähne – eine gesunde Mundhöhle – für (Allgemein-)Gesundheit und Lebensqualität sind. Er soll auch zeigen, was man selbst dafür tun kann und welche Bedeutung die Prävention besitzt. Genau vor 25 Jahren wurde er initiiert, denn die Vorsorge wurde vormals noch nicht so groß geschrieben wie heute. Erst Ende der 1980er Jahre fand der Paradigmenwechsel von einer bis dahin kurativen und überwiegend auf Reparatur ausgerichteten Zahnheilkunde hin zu einer präventionsorientierten Sichtweise statt. Der Tag der Zahngesundheit sollte über die Chancen der Vorsorge aufklären.

Fest steht, dass die vier Säulen der Kariesvorbeugung – Fluoridanwendung (vor allem in Zahnpasten), zweimal täglich häusliche Mundhygiene, eine zahngesunde Ernährung und regelmäßige Zahnarztbesuche mit präventiven Maßnahmen – bei den meisten Menschen zu einer guten Mundgesundheit führen. Dies musste jedoch erst einmal breitenwirksam publik gemacht werden.

Heute ist dieses Wissen fast überall vorhanden. Das Bewusstsein in der Bevölkerung ist gestiegen und hat zu einer nachweisbaren Verbesserung der Mundgesundheit in allen Altersgruppen, insbesondere zu einer deutlichen Reduktion der Zahnkaries bei Kindern und Jugendlichen geführt. In bevölkerungsweiten Studien konnten wir feststellen, dass über 70 Prozent der Bevölkerung sich die Zähne nach eigenen Aussagen zweimal täglich putzt. Auch hat sich generell das Mundhygieneniveau in allen Altersgruppen verbessert.

Bei kleinen Kindern ist Karies die häufigste chronische Krankheit.

Dennoch gibt es noch etliche Schwachstellen und Herausforderungen, zum Beispiel bei den Kleinkindern. Frühkindliche Zahnschäden, die sogenannte Nuckelflaschenkaries, ist entgegen dem allgemeinen Kariesrückgang ein sogar wachsendes Problem. Bei kleinen Kindern gilt Karies als häufigste chronische Erkrankung. Auch bei Pflegebedürftigen, Hochbetagten und Menschen mit Behinderung ist die Mundgesundheit deutlich schlechter als beim Bevölkerungsdurchschnitt.

Gesundheitliche Chancengleichheit für Bevölkerungsgruppen in sozial schwierigen Lebenslagen und unter den Bedingungen einer Einwanderungsgesellschaft ist auch in der Zahnmedizin eine Herausforderung. Daher muss immer wieder an die Bedeutung der Mundgesundheit erinnert werden und für weitere Bevölkerungsgruppen die Prävention verbessert werden. Zahnarztpraxen, soziale Einrichtungen, Krankenkassen, Apotheken, Redaktionen, Länder, Städte und Gemeinden machen aus diesem Grund jedes Jahr am 25. September erneut darauf aufmerksam. Mit zahlreichen Aktionen, Spielen, speziellen Materialien, wie zum Beispiel großen begehbaren Kariestunneln oder Zahnputzbrunnen, richten sie sich an die ganze Bevölkerung: Spielerisch an die Kinder, spannend an Jugendliche, informativ an Erwachsene und Medien. Die Themen wechseln jährlich. Auch die Bekämpfung der Parodontitis (Zahnfleischentzündung) durch Prävention wird angesprochen. Immer unter dem Gesichtspunkt: Gesund beginnt im Mund. ■



Professor Dr. Dietmar Oesterreich, geboren 1955, praktiziert seit mehr als 30 Jahren als Zahnarzt in seiner Praxis in Mecklenburg-Vorpommern. Er ist Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer und Präsident der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern. Prävention ist für ihn ein Kernanliegen.

Kontakt: D.Oesterreich@bzaek.de

Pragmatisch in der Provinz



H.-B. Henkel-Hoving,
Chefredakteur

Wie die Zeit vergeht: Zwei Jahre ist es her, dass sich die Deutschen bei der Bundestagswahl 2013 zwischen Angela Merkel und Peer Steinbrück entscheiden durften. Die Hälfte der Legislatur ist rum – wie fällt die Halbzeitbilanz bei Gesundheit und Pflege aus?

Mein Eindruck ist durchwachsen. **Ganz oben auf der Habenseite von Hermann Gröhe, Karl Lauterbach und Co. steht**

ohne Zweifel der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff, durch den ab 2017 eine halbe Million Menschen – darunter zahlreiche Demenzerkrankte – erstmals von der Pflegeversicherung profitieren sollen. Ebenso richtig war es, Rechenfehler im Risikostrukturausgleich der Krankenkassen zu korrigieren und die Zusatzbeiträge neu zu justieren.

Weniger erfreulich fällt der Blick auf andere Werke der Großen Koalition aus. Die Klinikreform kommt die Versicherten in jedem Fall teuer zu stehen – und bringt ihnen hoffentlich mehr Behandlungsqualität. Das Versorgungsstärkungsgesetz enthält kluge Detailregelungen – doch ob am Ende wirklich mehr Ärzte aufs Land gehen, bleibt abzuwarten.

Um frische Ideen für die Medizin in dünn besiedelten Regionen zu bekommen, könnten die Gesundheitsexperten von Union und SPD eine Studienreise in die kanadische Provinz Ontario unternehmen. Dort leiten Pflegekräfte mit akademischer Ausbildung lokale Gesundheitszentren, Kliniken arbeiten eng vernetzt und die Politik bezieht die Bürger in gesundheitspolitische Entscheidungen ein – unsere Titelgeschichte macht deutlich, dass Pragmatismus weiterführt als Sektorendenken. Wäre das nicht auch ein gutes Motto für die zweite Halbzeit der GroKo?

Eine anregende Lektüre wünscht



Patientensicherheit ist ihr Metier: Prof. Dr. Tanja Manser von der Uni Bonn beim Interview mit G+G-Autor Thomas Rottschäfer (Seite 30).



14

Geburtsmedizin: Wie sich die Zahl der Kaiserschnitte senken lässt

MAGAZIN

14 EIN HAUCH VON KULTURWANDEL

Fast jedes dritte Baby erblickt per Kaiserschnitt das Licht der Welt. Medizinisch begründet ist das oftmals nicht und birgt Risiken für Mutter und Kind.

Von Jürgen Malzahn und Karola Schulte

16 KRANKENKASSE AUF WELTREISE

Globaler Einsatz für die soziale Krankenversicherung: Experten der Gesundheitskasse geben Kenntnisse und Erfahrungen an andere Länder weiter.

Von Thomas Rottschäfer

19 GESUNDHEIT IN DER LEHRE

Der neue Fehlzeiten-Report macht deutlich: Das Gros der Auszubildenden fühlt sich pudelwohl. Gleichzeitig klagen viele über gesundheitliche Beschwerden.

Von Joachim Klose und Markus Meyer

20 KOMMISSION WILL STÄRKER MITMISCHEN

Nutzenbewertung und Erstattungspreise für neue Arzneien sind bisher eine nationale Sache. Nun aber denkt Brüssel über ein gemeinsames Vorgehen nach.

Von Nils Franke

21 „SELBSTVERWALTUNG IST GROSSARTIG“

Besuch aus Nepal: Gesundheits-Staatssekretär Shanta Bahadur Shrestha informierte sich über die hiesige Gesundheitsversorgung. Auf die selbstverwaltete Krankenversicherung hält er große Stücke.

TITEL

22 GESUNDHEIT UNTERM AHORNBLATT

Lokale Gesundheitszentren, multiprofessionelle Teams, vernetzte Kliniken: Von Kanada lässt sich einiges abschauen, um die Versorgung auf dem Land zu sichern.

Von Michael Ewers, Doris Schaeffer und Kerstin Hämel

THEMEN

30 „BEI PATIENTENSICHERHEIT NICHT SPITZE“

Mehr Teamarbeit, bessere Ausbildung, praxisnahe Forschung – im G+G-Interview erklärt Tanja Manser vom Institut für Patientensicherheit der Uni Bonn, was auf dem Weg zu einer neuen Fehlerkultur noch fehlt.

34 LETZTE AUSFAHRT QUALITÄT

Teuer und überholt: Die Versorgungsstrukturen sind völlig veraltet und kosten immer mehr Geld. Höchste Zeit, die Qualität zum Maß der Dinge zu machen.

Von Tim Rödiger, Michael Neumann und Kristin Höfinghoff

RUBRIKEN

- 9 **Rundruf** Innovationsfonds: Mehr als ein Goldrausch?
- 13 **Kommentar** Freihandelsabkommen: Dunkle Materie
- 42 **Recht** Medizinprodukte: Firma muss Gerätetausch zahlen
- 44 **AOK-Notizen** Aktuelles aus Bund und Ländern
- 46 **Service** Bücher, Termine und mehr
- 48 **Debatte** Qualitätssicherung: Patientennutzen als Maßstab
- 49 **Nachlese** Briefe an die Redaktion
- 49 **Impressum** Wer steckt hinter G+G?
- 50 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen



22

Kanada: Wie die medizinische Versorgung in abgelegenen Regionen funktioniert



30

Interview mit Tanja Manser, Expertin für Patientensicherheit: Was es für eine neue Fehlerkultur braucht

34

Weitblick: Wie sich die Gesundheitsversorgung auf Dauer finanziell sichern lässt



VERSORGUNG

Jüngste Erstklässler anfälliger für ADHS

Bei Kindern, die ihren sechsten Geburtstag kurz vor dem Stichtag der Einschulung feiern und damit die Jüngsten ihrer Klasse sind, wird öfter eine Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) diagnostiziert als bei älteren Klassenkameraden. Zu diesem Ergebnis kommt der Versorgungsatlas, den Forscher der Ludwig-Maximilians-Universität München erstellt haben.

„Unsere Ergebnisse zeigen einen eindeutigen Zusammenhang zwischen ADHS-Diagnose- und Medikationshäufigkeit und der relativen Altersposition von Kindern in der Klasse“, so Studienautorin Professorin Amelie Wuppermann. Der Stichtag regelt den Beginn der Schulpflicht. Kinder, die bis dahin sechs Jahre alt werden, kommen nach den Sommerferien in die Schule, selbst wenn sie bei der Einschulung noch fünf Jahre alt sind. ■

ZUKUNFTSMONITOR

Keine Angst vor Medizintechnik 2.0

Roboter in der Pflege, Implantate für eine bessere Gedächtnisleistung – viele Bundesbürger haben nur wenige Berührungsängste, wenn es um visionäre Medizintechnik geht. Das zumindest legt der jetzt veröffentlichte ZukunftsMonitor „Gesundheit neu denken“ nahe – eine repräsentative Befragung, die das Bundesministerium für Bildung und Forschung in Auftrag gegeben hat. Rund ein Viertel der Befragten (26 Prozent) können sich demnach vorstellen, von Robotern gepflegt zu werden. ■



Schon schulreif? Die Einschulungspolitik kann die Diagnosehäufigkeit von ADHS im Kindesalter stark beeinflussen.

KOMMUNEN

Alle Generationen unter einem Dach

Das Bundesfamilienministerium will die Arbeit der Mehrgenerationenhäuser fortführen. Eine entsprechende Rahmenvereinbarung sei von den Kommunalen Spitzenverbänden Mitte Juni unterzeichnet worden, teilte die Bundesregierung mit. Im nächsten Jahr würden Fördergelder in Höhe von 14 Millionen Euro fließen. Im Zuge der Programmverlängerung sei eine Kofinanzierung durch die Länder und Kommunen geplant. Laut Familienministerium gibt es derzeit bundesweit rund 500 Häuser, die als Begegnungsorte für Alt und Jung dienen. ■

MEHR INFOS:

**Bundestagsdrucksache
18/5558**

KREBSREGISTER

Finanzierung sichergestellt

Das Land Brandenburg und die Krankenkassen haben sich für das laufende Jahr auf eine Finanzierung des klinischen Krebsregisters geeinigt.

Bis letztes Jahr wurde das Krebsregister, das es in Brandenburg bereits seit 1995 gibt, auf freiwilliger Basis von den Krankenkassen finanziert. Ab diesem Jahr übernimmt das Land zehn Prozent der Kosten. Im kommenden Jahr wollen Brandenburg und Berlin ein gemeinsames zentrales Krebsregister einrichten. ■

REFORM

Mehr Hilfen bei häuslicher Pflege

Das Bundeskabinett hat den zweiten Teil der Pflegereform verabschiedet. Kern des Pflegestärkungsgesetzes II ist ein neuer Pflegebegriff, der

Demenzkranken Anspruch auf dieselben Leistungen einräumt wie Menschen mit körperlichen Behinderungen. Um dies zu finanzieren, steigen die Pflegebeiträge um 0,2 Prozentpunkte. Im Kabinettsentwurf sind – anders als im Referentenentwurf vorgesehen – mehr Hilfen für Angehörige geplant. So sollen all jene gesetzlich rentenversichert werden, die eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit mindestens Pflegegrad zwei wenigstens zehn Stunden in der Woche pflegen. Die Pflege muss regelmäßig auf zwei Tage verteilt sein. Auch die von der Pflegeversicherung bezahlten Beiträge zur Arbeitslosenversicherung werden erweitert. ■

kurz & bündig

+++ RÜCKLAGEN: Gesetzliche Krankenkassen, Unfall- und Rentenversicherungsträger, die dem Bundesversicherungsamt (BVA) unterstehen, verfügten Ende 2014 über ein Anlagevermögen von insgesamt 63 Milliarden Euro, wie aus dem kürzlich vorgelegten Jahresbericht des BVA hervorgeht. Danach stieg das liquide Anlagevermögen im Vergleich zu 2013 weiter an – um 3,34 Milliarden Euro (5,6 Prozent). Besonders stark legten die Vermögensanlagen bei den Kranken- (plus 14,6 Prozent) und Rentenkassen (plus 4,3 Prozent) zu. **+++ UMSATZ:** Im ersten Halbjahr 2015 lag der Umsatz im deutschen Apothekenmarkt erstmals über 15 Milliarden Euro. Das ist im Vergleich zum Vorjahreszeitraum ein Zuwachs von 3,4 Prozent, wie aktuelle Marktzahlen zu Apothekeneinkäufen des Informationsdienstleisters Insight Health belegen.



Tiefer eintauchen!

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

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



G+G
Gesundheit und Gesellschaft



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



Viermal im Jahr:
G+G-Wissenschaft

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

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

www.kompart.de/shop



Name Ich bezahle per Bankeinzug Ich bezahle per Rechnung

Straße IBAN BIC

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

PLZ/Ort Datum, Unterschrift

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



LEBEN IM ALTER
Wohnzimmer statt Altenheim

Ein möglichst eigenständiges Leben im Falle von Pflegebedürftigkeit ist vielen Bundesbürgern offenbar sehr wichtig. Diesen Schluss legt eine kürzlich veröffentlichte Umfrage der Gesellschaft für Qualität unter rund 1.000 Verbrauchern nahe. Etwa die Hälfte der Befragten (48 Prozent) würde demnach im Alter bevorzugt einen Wohnkomplex mit professioneller Hilfe wählen. Auf Platz zwei folgt der Wunsch, in der eigenen Wohnung alt zu werden (37 Prozent). Gut ein Drittel kann sich vorstellen, den Lebensabend mit mehreren Generationen unter einem Dach zu verbringen. Weit hinten im Ranking rangiert hingegen das Pflegeheim (zwölf Prozent). Auch die Betreuung durch Familienangehörige in den eigenen vier Wänden schneidet bei der Befragung eher schlecht ab (20 Prozent). ■

Zitat des Monats

Ein Neurotiker ist ein Mensch, der ein Luftschloss baut. Ein Psychotiker ist der Mensch, der darin lebt. Und ein Psychiater ist der, der die Miete kassiert.

Jerome Lawrence (1914–2004), US-amerikanischer Autor

EVIDENZ
Anfrage zum Cochrane-Zentrum

Bedeutung und Finanzierung des Cochrane-Zentrums – einem globalen Netzwerk aus Ärzten, Forschern und Patientenvertretern – sind Gegenstand einer Anfrage der Linken-Bundestagsfraktion. Die Abgeordneten wollen wissen, welche Bedeutung die Regierung dem Zentrum bei der Entwicklung der evidenzbasierten Medizin beimisst und ob das Netzwerk finanziell und personell in der Lage ist, den Bedarf zu decken. Das 1993 gegründete

Cochrane-Zentrum ist benannt nach dem britischen Arzt und Epidemiologen Archibald Lemnan Cochrane. Ziel des Zentrums ist es, verlässliche Gesundheitsinformationen zu erstellen, die frei von jeder kommerziellen Förderung sind. Rund 30.000 Menschen aus etwa 130 Ländern wirken daran mit. ■

GELENKERSATZ
Rauchen schadet der Wundheilung

Dass Rauchen der Gesundheit schadet, ist bekannt. Jetzt haben Forscher der US-University of Iowa einen weiteren gesundheitsschädigenden Aspekt ausfindig gemacht: So sind Raucher, die ein künstliches Hüft- oder Kniegelenk erhalten, nach dem Eingriff anfälliger für Wundkomplikationen als Nichtraucher. Die Forscher analysierten die Krankheitsverläufe von insgesamt 78.191 Patienten. 82 Prozent waren Nichtraucher, acht Prozent ehemalige, zehn Prozent aktive Raucher. Die Analyse ergab für die ersten 30 Tage nach der Operation eine höhere Rate an Wundkomplikationen unter Aktivrauchern. Sie lag bei 1,8 Prozent verglichen mit 1,3 und 1,1 Prozent bei Ex- und Nichtrauchern. Tiefe Wunden traten bei Rauchern doppelt so oft auf. ■

STATISTIK
Kliniken behandeln mehr Patienten

Im Jahr 2014 wurden 19,1 Millionen Patienten im Krankenhaus behandelt, 1,9 Prozent Fälle mehr als im Vorjahr. Wie das Statistische Bundesamt mitteilte, lag die durchschnittliche Verweildauer bei 7,4 Tagen, 2013 waren es 7,5 Tage. In 1.980 Kliniken (2013 gab es 1.996 Häuser) standen wie im Vorjahr 500.700 Betten bereit. Nach wie vor befindet sich fast jedes zweite Bett (48 Prozent) in einem Krankenhaus eines öffentlichen Trägers, jedes dritte Bett (33,9 Prozent) gehört zu einem freigemeinnützigen Anbieter. Der Anteil privater Klinikbetten liegt bei 18,2 Prozent. Die Bettenauslastung lag mit 77,4 Prozent um 0,1 Prozentpunkte leicht über dem Niveau des Vorjahres. ■

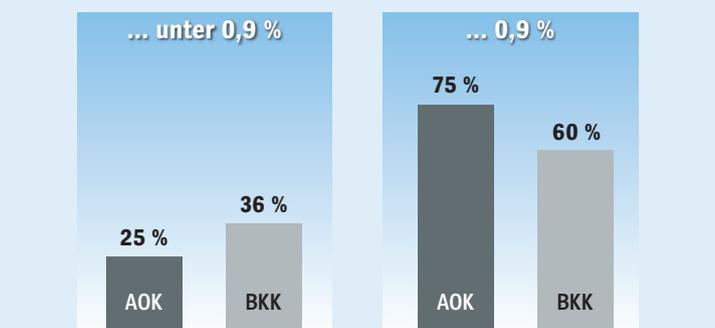
MEHR INFOS:
www.destatis.de >
Gesundheit

SELBSTVERWALTUNG
Pflegekammer im Norden beschlossen

Der Landtag in Kiel hat dem Gesetzentwurf zur Errichtung einer Pflegeberufekammer in Schleswig-Holstein zugestimmt. Eine solche Institution soll berufsrechtliche Anliegen der Pflegeprofis regeln und überwachen. Die im Deutschen Pflegerat zusammengeschlossenen Verbände begrüßten das Votum. „Das ist ein großartiger und wegweisender Schritt für die Selbstbestimmung der professionell Pflegenden“, sagte Franz Wagner, Vize-Präsident des DPR. Damit ende auch in Schleswig-Holstein die „Fremdbestimmung“ der Pflege. ■

Vorteil beim Zusatzbeitrag

Anteil der Mitglieder von AOKs und BKKs mit einem Zusatzbeitrag von ...



Die Diskussion um den Verteilungsmechanismus im Gesundheitsfonds nimmt wieder an Fahrt auf. Eine Reihe von Krankenkassen – insbesondere aus dem Bereich der Betriebskrankenkassen (BKK) – sehen sich durch die derzeitige Ausgestaltung benachteiligt. Doch die Höhe der Zusatzbeiträge zeichnet ein anderes Bild: Während 36 Prozent der Mitglieder aller BKKs einen unterdurchschnittlichen Zusatzbeitrag bezahlen, ist das bei 25 Prozent aller AOK-Mitglieder der Fall. Entsprechend sieht es beim durchschnittlichen Zusatzbeitrag aus: 75 Prozent aller AOK-Mitglieder zahlen den durchschnittlichen Zusatzbeitrag in Höhe von 0,9 Prozent und 60 Prozent aller BKK-Mitglieder.

Quelle: AOK-Bundesverband

Mehr als ein Goldrausch?

Der Innovationsfonds steht kurz vor dem Start. Kann der neue Fördertopf das Gesundheitswesen nachhaltig verändern oder droht ein Kommen und Gehen von Versorgungsprojekten?



PROFESSOR JOSEF HECKEN, *unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses*: Mit dem Innovationfonds besteht erstmalig die Chance, innovative Konzepte für eine bessere Patientenversorgung auf einer statistisch hinreichend großen Grundlage umzusetzen und zu evaluieren. So lässt sich auch die nötige Evidenz generieren, um verlässliche Aussagen zu erhalten, inwieweit diese Konzepte in die Regelversorgung aufgenommen werden sollten. Damit ist der Weg gebnet, nachhaltige Verbesserungen in der Gesundheitsversorgung zu erzielen. Aber zweifelsohne ließe sich die Durchschlagskraft des Innovationfonds deutlich steigern, wenn die Mittel – anders als in der jetzt vorgesehenen Regelung – auf das nächste Haushaltsjahr übertragbar wären.

PROFESSOR DR. AXEL EKKERNKAMP, *Ärztlicher Direktor am Unfallkrankenhaus Berlin*: Neue Versorgungsformen, mit denen sich die Trennung von stationär und ambulant überwinden lässt, sind dringend erforderlich. Die bestehende Versorgungsforschung wird zwar hoch gelobt, führt aber an den Universitäten, bei den medizinischen Fachgesellschaften und in den Kliniken bislang ein Dasein als Mauerblümchen. Vom Innovationsfonds erhoffe ich mir einen langfristigen Nutzen für unser Gesundheitssystem und begrüße ausdrücklich die großzügige Offerte. Dass man ein Angebot von insgesamt 1,2 Milliarden Euro schon im Vorfeld derart kritisch hinterfragt, hat mich doch sehr verwundert.



PROFESSOR DR. VOLKER AMELUNG, *Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes Managed Care*: Die Bundesregierung hat deutlich gemacht, dass es ihr mit dem Innovationsfonds vor allem um eine Verbesserung der Regelversorgung geht. Dieser Punkt ist ein wesentlicher Erfolgsfaktor. Wir brauchen keine neuen Pilotprojekte, sondern Ansätze, die in die Fläche wirken und skalierbar sind – so ist Nachhaltigkeit gewährleistet. Das muss bei der Auswahl der Förderprojekte bereits mitgedacht werden. Der zweite wichtige Erfolgsfaktor betrifft die Generierung von Evidenz. An die Evaluation müssen daher strenge Kriterien angelegt werden, sonst haben wir am Ende keinen echten Erkenntnisgewinn.

MARTIN LITSCH, *kommissarischer Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes*: Geld alleine löst noch keine Strukturprobleme. Damit der Innovationfonds zum Schwungrad gut koordinierter Versorgung wird, sind einige Grundsätze einzuhalten: So muss klar sein, dass die Mittel nicht in Produktinnovationen fließen, sondern allein für echte Struktur- und Prozessinnovationen bereit stehen. Auch sind nur die Projekte zu fördern, die nach dem Auslaufen der Fördergelder eine gute Chance haben, weitergeführt zu werden. Und: Die Akteure im Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses müssen erst einmal unter Beweis stellen, dass sie nicht nur Hüter ihrer jeweiligen Einzelinteressen sind, sondern auch übergreifende Versorgungsansätze verfolgen.



DEMENZ

Angehörige häufig depressiv

Die Betreuung eines pflegebedürftigen Familienmitglieds macht Angehörige oft selber krank. Zu diesem Ergebnis gelangt eine Forsa-Studie für die private Pflegeberatung Compass, über die die „Passauer Neue Presse“ berichtet. 32 Prozent der 1.000 Befragten geben dem-



PROGNOSE

Alzheimer auf dem Vormarsch

Die Volkskrankheit Demenz breitet sich rasant aus. Heute erkrankt bereits alle 3,2 Sekunden irgendwo auf der Welt ein Mensch daran. Bis 2050 werde sich die Zahl der Betroffenen nahezu verdreifachen, teilten Forscher bei der Vorstellung des Welt-Alzheimer-Berichtes 2015 in London mit. Derzeit sind weltweit 46,8 Millionen Menschen an einer Form der Demenz erkrankt. 2030 werden es 74,1 Millionen sein, 2050 rund 131 Millionen. Die meisten Fälle (60 Prozent) treten in ärmeren Ländern auf. ■

DIAKONIE

Inklusion für psychisch Kranke

Wie finden Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen mehr Akzeptanz im Wohnquartier, in Kirchengemeinden oder Vereinen? Diesen Fragen geht ein Inklusionsprojekt der Diakonie nach. An insgesamt fünf Standorten – Bremen, Düsseldorf, Hörsel, Stuttgart und Wetzlar – werden ab diesem Herbst für eine Dauer von vier Jahren mit Volkshochschulen, Kleinbetrieben oder kulturellen Anbietern Projekte für beispielhaftes Zusammenleben entwickelt und umgesetzt. Ziel sei es, „gesellschaftliche Akzeptanz und Toleranz für Menschen mit schwer verlaufenden psychischen Erkrankungen zu schaffen“. Wer psychisch erkrankt sei, leide nicht nur unter der Krankheit, sondern werde von der Gesellschaft oft auch ausgegrenzt. ■

nach an, die Belastung durch Pflege habe sie vorübergehend depressiv gestimmt. Bei Menschen, die demenzkranke Angehörige betreuen, klagten sogar 40 Prozent über Phasen tiefer Niedergeschlagenheit. 60 Prozent engagieren sich laut Umfrage, weil sie sich dem Pflegebedürftigen „verpflichtet“ fühlen. Neun Prozent geben finanzielle Gründe an, da Alternativen wie etwa eine Pflege durch professionelle Dienste zu teuer seien. 50 Prozent fühlten sich schlecht über Entlassungsangebote informiert. ■

MEHR INFOS:
www.aok.de/pflege

MEHR INFOS:
www.diakonie.de

AIDS

Aufklärung
statt Ausgrenzung

Der Ausgrenzung von HIV-infizierten Menschen lässt sich laut Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe nur mit mehr öffentlicher Aufklärung entgegenwirken. „Dazu gehört auch, dass wir vorhandene Ängste und Unsicherheiten in der Bevölkerung ernst nehmen und weiter über die Krankheit und den Umgang mit HIV informieren“, sagte Gröhe beim Besuch der Geschäftsstelle der Deutschen AIDS-Hilfe in Berlin anlässlich des 30-jährigen Bestehens des Vereins. Die AIDS-Hilfe wird vom Bund derzeit mit fünf Millionen Euro im Jahr gefördert. ■

MEHR INFOS:

www.aidshilfe.de

STUDIE

Pille senkt Risiko für
Gebärmutterkrebs

Frauen, die die Antibabypille nehmen, tragen ein geringeres Risiko, an Gebärmutterkrebs zu erkranken. Dies behauptet ein internationales Forscherteam, das 36 Studien auswertete. Im Fachjournal „Lancet Oncology“ berichten die Experten, dass in den Industrienationen in den vergangenen 50 Jahren nach Einnahme der Pille etwa 400.000 Fälle von Gebärmutterkrebs bei Frauen verhindert wurden. Die Forscher griffen auf Informationen von rund 27.000 Frauen zurück, die an Krebs erkrankt waren, sowie auf Daten von etwa 115.000 Frauen, denen dieses Schicksal erspart blieb. Frauen, die in ihren Zwanzigern die Pille nahmen, profitierten noch im Alter von 50 Jahren und später von der Schutzwirkung der Pille. ■

Köpfe und Karrieren



+++ **GABRIELE SCHACKERT**, 62, steht als neue Präsidentin an der Spitze der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH). Mit der habilitierten Neurochirurgin und Direktorin der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie der Universitätsklinik Dresden übernahm erstmals eine Frau diese Spitzenposition in der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaft. DGCH-Vizepräsidenten sind die Professoren Peter M. Vogt von der Medizinischen Hochschule Hannover, Tim Pohlemann von der Uniklinik des Saarlandes in Homburg/Saar sowie Jörg Fuchs von der Uniklinik in Tübingen.

+++ **BAPTIST GALLWITZ**, 57, ist neuer Präsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG). Der stellvertretende Direktor der Medizinischen Klinik IV an der Eberhard-Karls-Universität Tübingen und habilitierte Internist folgt auf Privatdozent Dr. Erhard Siegel aus Heidelberg, der weiterhin dem Vorstand angehört. Professor Gallwitz zur Seite steht als Vizepräsident Professor Dirk Müller-Wieland von der Asklepios-Klinik St. Georg, Hamburg. Die DDG ist eine medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft, die nach eigenen Angaben über 8.600 Mitglieder hat.



+++ **MATTHIAS BORST**, 54, vertritt für weitere zwei Jahre als Vorstandsvorsitzender den Verband der Diagnostica-Industrie (VDGH). Der Geschäftsführer der Becton Dickinson GmbH für Deutschland, Österreich und die Schweiz bekleidet dieses Amt seit dem Jahr 2010. Dem Vorstand des Verbandes gehört er seit 2005 an. Stellvertretender VDGH-Vorstandsvorsitzender ist weiterhin Ulrich Schmid von A. Menarini Diagnostics. Dem VDGH gehören mehr als 90 Wirtschaftsunternehmen an, die Diagnostica herstellen oder vertreiben.

+++ **ULRICH BAUCH**, 50, hat die Geschäftsführung des Arbeiter-Samariter-Bundes Deutschland (ASB) übernommen. Der Diplom-Verwaltungswirt ist Nachfolger von Christian Reuter, der nach vierjähriger Amtszeit beim ASB im April dieses Jahres als Generalsekretär zum Deutschen Roten Kreuz gewechselt war. Ulrich Bauch arbeitete zuvor als Geschäftsführer der Bundesvereinigung Lebenshilfe und der Lebenshilfe gGmbH in Berlin. Der ASB ist ein politisch und konfessionell ungebundener Wohlfahrtsverband. Er zählt über einer Million Mitglieder sowie rund 37.000 hauptamtliche und über 15.000 ehrenamtliche Mitarbeiter.



Fotos: DGCH; BDDG; Henning Schacht/VDGH; ASB

SÜSSIGKEITEN

Diabetesverbände
fordern Werbeverbot

Gesundheitsexperten haben ein gesetzliches Verbot von an Kinder und Jugendliche gerichteter Werbung für ungesunde Lebensmittel gefordert, insbesondere der Werbung für Kindersüßigkeiten. Die freiwillige Selbstverpflichtung der Lebensmittelindustrie – der EU-Pledge – sei nicht ausreichend und in Wirklichkeit eine „Verbraucher-täuschung“, heißt es in

einer gemeinsamen Erklärung von Deutscher Adipositas Gesellschaft, Deutscher Diabetes Gesellschaft und Deutscher Diabeteshilfe. Viele Lebensmittelfirmen beteiligten sich überhaupt nicht an der Selbstverpflichtung zu verantwortungsvollem Marketing. Eine gesetzliche Regelung gelte dagegen für alle Anbieter. Ein Werbeverbot für süße und fettige Lebensmittel für Kinder sei deshalb notwendig, weil ungesunde Ernährung ein „Hauptrisikofaktor“ für die Entstehung

nichtübertragbarer Krankheiten wie Adipositas oder Diabetes mellitus sei. Im Jahr 2006 seien bereits rund 15 Prozent der in Deutschland lebenden Kinder und Jugendlichen übergewichtig und rund sechs Prozent adipös gewesen. Dicke Kinder blieben meist auch im Erwachsenenalter dick und trügen bereits ein erhöhtes Risiko für nichtübertragbare Krankheiten. ■

MEHR INFOS:

www.ddg.de > Presse

Ein Land, zwei Systeme?



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

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

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

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

Die WIdO-Reihe im KomPart-Verlag

Ja, ich bestelle ...

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



Die Krankenversicherung der Zukunft
Anforderungen an ein leistungsfähiges System

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

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

Lieferung gegen Rechnung per Bankeinzug

Vor- und Zuname

Straße, Haus-Nr.

PLZ

Ort

IBAN

BIC

Datum, Unterschrift

PRÄVENTION Kicker leben gefährlich

Mehr Prävention und Gesundheitsschutz im deutschen Profifußball hat die Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM) gefordert. Die Gesellschaft verweist in diesem Zusammenhang auf Daten der Verwaltungsberufsgenossenschaften. Danach liegt die Unfallquote im Profifußball bei über 2.000 Unfällen pro 1.000 Beschäftigten im Jahr. Das entspricht im Schnitt mindestens zwei Arbeitsunfällen pro Profi und Jahr. Im gewerblichen Bereich wäre eine solche Unfallquote „vollkommen inakzeptabel“, so die DGAUM. Bei Verwaltungs-



Hohe Verletzungsgefahr: Auch auf der Fußballwiese kommt es sehr häufig zu Unfällen.

berufsgenossenschaften sind alle Sportler versichert, die vom Verein rund 200 Euro monatlich erhalten. Im Bereich der Berufsgenossenschaften traten 2013 – bezogen auf 1.000 Vollzeitbeschäftigte – im Schnitt 22,5 meldepflichtige Arbeitsunfälle

auf. Die höchste Quote gab es neben dem Profifußball in der Bauwirtschaft mit im Schnitt 57 meldepflichtigen Unfällen je 1.000 Mitarbeitern. Die wenigsten Unfälle ereigneten sich mit etwa 13 meldepflichtigen Unfällen im Verwaltungsbereich. ■

DIGITALISIERUNG Gesundheit per App

Der Markt an digitaler Gesundheit boomt: Schon jetzt nutzen 57 Prozent der Bundesbürger ein solches Angebot. 29 Prozent planen den Gebrauch von Apps, mit denen sie ihre Ernährung optimieren können. 33 Prozent verwenden oder planen die Verwendung von Apps, die ihr Sporttraining unterstützen. Weniger im Fokus stehen bislang digitale Anwendungen zum Entspannen oder Apps, die an einen Termin beim Haus- oder Facharzt erinnern. Dies sind Ergebnisse einer Studie des Direktversicherers Hannoversche, der 1.000 Bundesbürger ab 18 Jahren befragte. ■

SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH

„AOK-Bundesverband bleibt Impulsgeber in der Hauptstadt“



Der AOK-Bundesverband steht vor einem Neuanfang an der hauptamtlichen Spitze. Dazu Fragen an den Aufsichtsratsvorsitzenden **Fritz Schösser**.

G+G: Die Amtszeit von Jürgen Graalman und Uwe Deh als Vorstände des AOK-Bundesverbandes ist zu Ende. Wie geht es nun weiter?

SCHÖSSER: Zunächst möchte ich den beiden ehemaligen Geschäftsführenden Vorständen Graalman und Deh für ihr Engagement und die Arbeit im Namen des AOK-Systems sowie meines Aufsichtsratskollegen Dr. Volker Hansen herzlich danken. Mit ihren Leistungen haben sie die AOK in den vergangenen Jahren nach vorne gebracht. Der manchmal neidische, auf jeden Fall aber respektvolle Blick darauf, wie wir die Entkörperschaftung der Altverbände gemeistert haben, ist vor allem ihr Verdienst. Nun macht sich eine Findungskommission, die sich aus den Reihen des Aufsichtsrates und der AOK-Vorstände bildet, daran, zwei für diese Spitzenpositionen geeignete Persönlichkeiten aus der Gesundheitsszene zu benennen. Das braucht Zeit. Bis dahin führen die Vorstandschefs der AOK NordWest und Nordost, Martin Litsch und Frank Michalak, die Geschäfte interimweise.

G+G: Seit rund sieben Jahren ist der AOK-Bundesverband in Berlin ansässig. Wie sieht Ihr Fazit aus?

SCHÖSSER: Es war absolut richtig, dass der AOK-Bundesverband seinen Sitz in die Hauptstadt verlegt hat: Hier wird Politik gemacht, hier muss man als Ansprechpartner bereitstehen. Aus meiner Sicht hat der Bundesverband diese wichtige Aufgabe seit dem Umzug noch erfolgreicher erledigt. Ich nenne nur für den Arzneimittelbereich das AMNOG, das es so ohne die AOK nie ins Gesetzblatt geschafft hätte. Oder

nehmen Sie den Morbi-RSA, der viele Gegner hat und ständig unter Beschuss ist, obgleich er für einen wenigstens ansatzweise fairen Wettbewerb sorgt. Der AOK-Bundesverband ist zugleich Dienstleister für seine Gesellschafter, die elf AOKs. Diese Aufgaben wurden ausgebaut und intensiviert. Alles in allem kann man sagen: Der Bundesverband behauptet seine Vorreiterrolle als Impulsgeber für Innovationen in der gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundeshauptstadt konsequent.

G+G: Welche Rolle spielt der AOK-Bundesverband in Zukunft auf dem Berliner Parkett?

SCHÖSSER: Er wird weiter sicherstellen, dass sich die Politik dafür interessiert, wie sich die AOK Versorgung im Jahr 2020 vorstellt. Unsere Expertise bleibt gefragt. Zentrales Feld wird die Digitalisierung sein, die sich gesamtgesellschaftlich immer mehr durchsetzt und auch vor den Krankenkassen nicht Halt macht. Wir sind gerüstet. Mit der Ausschreibung des AOK-Leonardo, einem Preis für digitale Prävention, setzen wir etwa auf das Potenzial des Digitalen für eine gesunde Lebensführung. Die Hauptaufgabe des Bundesverbands aber liegt darin, eine sinnvolle Verwendung der Versichertengelder sicherzustellen – und das rückt derzeit wieder stärker in den Fokus. Die Zeit hoher Kassenüberschüsse ist vorbei, die Finanzen drehen ins Minus und die Verteilungskämpfe im Gesundheitsbereich werden härter. Da kommt es auf einen schlagkräftigen Bundesverband an.

HANDELSABKOMMEN GKV soll von TTIP unberührt bleiben

Das geplante Freihandelsabkommen Transatlantic Trade and Investment Partnership zwischen Europa und den USA, kurz TTIP, soll Funktionsweise und Ausgestaltung der Sozialversicherungssysteme in Deutschland nicht beeinträchtigen. Dies hat die Bundesregierung in einer Antwort auf eine Anfrage der Grünen-Fraktion unterstrichen. Wie der Schutz im Einzelnen sichergestellt werden kann, sei aber „noch nicht abschließend“ zu klären. Die Regierung strebt in TTIP die gleiche Absicherung für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) an wie im Handelsabkommen CETA (Comprehensive Economic and Trade Agreement) mit Kanada. Für CETA liegt seit 2014 ein Vertragsentwurf vor, TTIP wird seit Juli 2013 verhandelt. Der Entwurf für CETA nimmt laut Bundesregierung GKV-Leistungen von der Pflicht zur Marktöffnung aus. Auch Fragen zu Erstattung oder Leistungspflicht einer Kasse für eine Heilbehandlung seien im Sozialgesetzbuch V geregelt und würden „durch CETA oder andere Handelsabkommen nicht beeinflusst“. Vertreter der Opposition sind dennoch skeptisch. Maria Klein-Schmeink, gesundheitspolitische Sprecherin der Grünen, kritisierte die „reinen Absichtserklärungen“ der Bundesregierung. Diese müsse „rote Linien“ ziehen, um sicherzustellen, dass es im Gesundheitswesen klare Ausnahmeregelungen gibt. Unklar sei, ob die Ausnahmen auch für GKV-Leistungen gelten würden, die nicht zum Kernbestand einer Sozialversicherung gehörten – wie et-

wa die Vermittlung von in Zusammenarbeit mit privaten Krankenversicherungen angebotene Zusatzversicherungen. Kritiker von TTIP befürchten, dass überall dort, wo auch private Anbieter in der Daseinsvorsorge tätig sind, die Regeln des Handelsabkommens dennoch gelten. Die Regierung entgegnet, im CETA-Abkommen sei klar formuliert, dass Spielräume zur Organisation der Sozialversicherungssysteme auch dort unberührt bleiben, „wo die GKV mit der PKV in Wettbewerb steht“. Zuvor hatten Vertreter der Kassen vor möglichen Folgen von TTIP gewarnt. Das Gesundheitssystem in Deutschland müsse weiter in der Lage sein, Instrumente zur Kostenkontrolle wie die Rabattverträge bei Arzneimitteln anzuwenden, so die Chefin des GKV-Spitzenverbandes, Dr. Doris Pfeiffer, in einem Brief an das Bundesgesundheitsministerium. ■

MEHR INFOS:
Bundestagsdrucksache
18/5620

NIEDERSACHSEN Patienten besser vor Gewalt schützen

Die Landesregierung in Niedersachsen hat eine Bundestratsinitiative zur Stärkung der Patientensicherheit beschlossen. Ziel ist es, kriminelles Handeln in Kliniken wenn möglich früher zu stoppen. Eine Tötungsserie, wie sie sich vor einigen Jahren in Niedersachsen ereignet hat, dürfe nie wieder geschehen, begründete Gesundheitsministerin Cornelia Rundt den Vorstoß. Ein Pfleger hatte damals in verschiedenen Kliniken des Landes mehrere Patienten vorsätzlich getötet. ■

Dunkle Materie

Über das Freihandelsabkommen zwischen Europa und den USA sind viele Gerüchte im Umlauf. Das sorgt auch im Gesundheitswesen für Misstrauen, meint **Rebecca Beerheide**.



DAS GEPLANTE ABKOMMEN zum Freihandel zwischen Europa und den USA, kurz TTIP, treibt immer wieder Tausende Demonstranten auf die Straßen. Auch bei den Akteuren im Gesundheitswesen werden die Sorgenfalten tiefer. Die Unsicherheit darüber, was zwischen der EU-Kommission und der US-Administration im Verborgenen ausgehandelt wird,

kreiert einiges an Misstrauen: Bleibt der Gesundheitsbereich bei den Verhandlungen wirklich außen vor, wie die Bundesregierung beteuert? Oder laufen die europäischen Sozialsysteme und mit ihnen die deutsche Krankenversicherung Gefahr, unter die Räder zu kommen?

Medizinprodukte und Arzneimittel sind bereits Verhandlungsthema. Werden aber erst einmal Rabattverträge oder die Festlegung von Preisen bei Arzneimitteln diskutiert, könnte relativ schnell der Wunsch wachsen, auch andere Bereiche des Gesundheitswesens in das Abkommen aufzunehmen. Das lässt Raum für Spekulationen, dass durch die Hintertür auch das Krankenversicherungssystem oder Standards bei den Gesundheitsberufen verändert werden könnten.

Bei solchen komplexen Verhandlungen wie bei TTIP stehen die Umwälzungen ja nicht explizit im Text. Es genügt, dass in einzelnen Bereichen Marktzugänge zugesichert und Konsequenzen daraus nicht berücksichtigt werden. Ein denkbares Beispiel: Versicherungsunternehmen könnten auf der jeweils anderen Seite des Atlantiks freien Zugang zum Markt bekommen. Entscheiden sich nationale Regierungen für Gesetzesänderungen, durch die sich Unternehmen beschränkt fühlen, könnte eine an sich demokratische Entscheidung vor nicht-öffentlichen Schiedsgerichten landen. Alles bloß Hirngespinnste?

Sicherlich mögen einige Ängste übertrieben sein, denn TTIP bietet auch Chancen: Mit einheitlichen Sicherheitsstandards bei Medizinprodukten oder Informationen über Nebenwirkungen bei Arzneimitteln könnten Kosten gesenkt, Patientenrechte gestärkt werden.

Aber guten Gewissens werben will derzeit keiner für das Abkommen. Wer legt schon seine Hand ins Feuer für ein Vertragswerk, bei dem mit solcher Akribie Geheimniskrämerei betrieben wird. Einblick in die Unterlagen bekommen wenige Regierungsbeamte. Es gibt nur hochgesicherte Leseräume in Brüssel oder der US-amerikanischen Botschaft in Berlin. Wer die Idee zu solchen Leseräumen hatte, muss sich nicht wundern, dass die, die nicht mitlesen dürfen, Verschwörungstheorien entwickeln. ■

**Nirgendwo wird so viel
Geheimniskrämerei
betrieben wie bei TTIP.**

Rebecca Beerheide ist Redakteurin beim Deutschen Ärzteblatt in Berlin.

Ein Hauch von Kulturwandel

Fast jedes dritte Kind kommt hierzulande per Operation zur Welt. Dabei wäre nur bei den wenigsten Geburten der Kaiserschnitt medizinisch zwingend: Wenn in Kliniken das Bewusstsein für die Risiken wächst, sinkt die Rate wieder. **Von Jürgen Malzahn und Karola Schulte**

Der medizinische Fortschritt hat Operationen in den vergangenen Jahrzehnten immer sicherer gemacht, der Kaiserschnitt erscheint deshalb oftmals als gute Alternative zur vaginalen Geburt. Doch Risiken bleiben, sowohl für die Mutter als auch fürs Kind. Und zwar kurz- wie langfristige. Dazu gehören übliche OP-Risiken wie Wund- und Narbenschmerzen, erhöhte Thrombosegefahr, aber auch Folgen wie Unfruchtbarkeit, Reißen der Gebärmutter und Verwachsungen. Neugeborene leiden nach dem Kaiserschnitt häufiger an Anpassungs- und Atemstörungen. Zudem beobachteten Wissenschaftler einen noch nicht geklärten Zusammenhang zwischen Kaiserschnitt und späterem Autismus, Asthma, Diabetes Typ 1 und Allergien.

Trotzdem stieg die Kaiserschnitttrate zwei Jahrzehnte lang in Deutschland unaufhörlich an, bis das Statistische Bundesamt 2012 erstmals einen leichten Rückgang um 0,4 Prozentpunkte auf 31,7 Prozent vermeldete. Im Folgejahr blieb sie fast gleich. Eine ähnliche Entwicklung ist bei den AOK-Versicherten zu beobachten (siehe Grafik „Hochplateau bei der Sectio“).

Insgesamt steht Deutschland in Europa bei der Kaiserschnitttrate immer noch mit an der Spitze. Aber schon das Ausbleiben eines weiteren Anstiegs stimmt Experten optimistisch und lässt sie auf mehr hoffen.

Dass es Spielraum bei den Raten gibt und wie groß er sein könnte, zeigt der Blick auf die Bundesländer. Daten des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDo) für die AOK-Versicherten zeigen: Während im Jahr 2014 im Saarland 38,8 Prozent der Babys per Kaiserschnitt zur Welt kamen, waren es in Sachsen nur 24,6 Prozent (siehe Grafik „Der Osten schneidet seltener“ auf Seite 15).

Klischees widerlegt. Im Faktencheck Kaiserschnitt der Bertelsmann Stiftung ging Prof. Dr. Petra Kolip von der Uni Bielefeld 2013 mit dem IGES-Institut auf der Grundlage von Daten der Barmer-GEK den Ursachen nach. Dabei sah die Expertin für Gesundheitsförderung weit verbreitete Ansichten widerlegt: So erklären weder das steigende Alter der Mütter, der Bildungsstand, die unterschiedliche Verteilung von Früh- und Mehrlings-

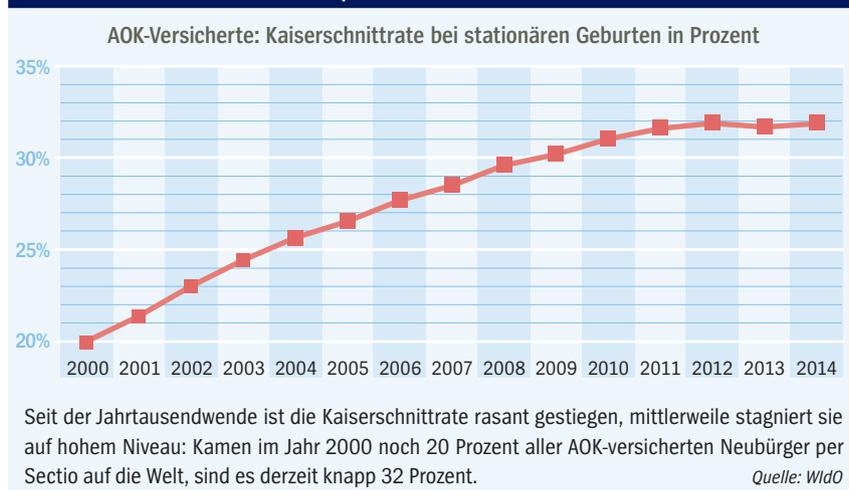
geburten noch Erkrankungen der Mutter oder der Wunschkaiserschnitt die hohe Rate und die regionale Verteilung.

Ärzte wägen Risiko ab. Bei ihren Abrechnungen begründen die Kliniken im Schnitt nur einen von zehn Kaiserschnitten mit einer absoluten Indikation: Mit der Operation wenden die Mediziner Lebensgefahr für Mutter oder/und Kind ab. Beim Rest, also in 90 Prozent der Fälle, handelt es sich um eine relative Indikation. Liegt das Kind beispielsweise mit dem Po nach unten, muss es nicht zwingend per Kaiserschnitt zur Welt kommen. Dasselbe wie für die Beckenendlage gilt unter anderem auch für vorangegangene Kaiserschnitte und Zwillingsgeburten. Die Ärzte wägen die Risiken des jeweiligen Geburtswegs ab und entscheiden gemeinsam mit den Eltern. Auch die Angst der Mutter kann ein Grund sein, diesen Weg zu wählen.

Unterschiedliche Gebärkulturen. In diesem Entscheidungsspielraum sieht Kolip den Haupteinfluss auf die Kaiserschnitttrate: „In den Kliniken herrscht eine sehr unterschiedliche Gebärkultur.“ Viel oder wenig Erfahrung bei schwierigeren Spontangeburt, Angst vor juristischen Auseinandersetzungen, Planbarkeit der Geburt, das Sicherheitsbedürfnis werdender Eltern – jeder Arzt, jede Klinik geht anders damit um.

Angesichts der Risiken für Mutter und Kind empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation WHO, sich nur bei eindeutigen Vorteilen für den Kaiserschnitt zu entscheiden. Die von ihr 1985 empfohlene Quote von maximal 15 Prozent halten jedoch weder Kolip noch Prof. Dr. Klaus Vetter, Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin, für angemessen. „Entscheidend ist, dass die

Hochplateau bei der Sectio



Rate zu unseren Verhältnissen passt“, sagt Vetter. Während er Spielraum fürs Absenken um etwa fünf Prozent sieht, hält Kolip gut zehn Prozent für machbar – ein Wert, von dem Sachsen heute schon nicht sehr weit entfernt ist.

Aufklärung senkt Rate. Doch was ist zu tun, damit auch andere dorthin gelangen? Vetter sieht als früherer Chefarzt der Geburtsmedizin im Vivantes Klinikum Neukölln in Berlin die Hauptaufgabe in der frühen, intensiven Aufklärung und Beratung der Schwangeren über Nutzen und Risiken. Gerade der Ermessensspielraum bei relativen Indikationen erfordert aus seiner Sicht zudem viel Praxis: „Wer viel Erfahrung hat, greift nicht gleich ein.“ Die Angst vor juristischen Folgen dürfe die Medizin nicht beherrschen. Um eine hohe Qualität in der Geburtshilfe zu garantieren, ist aus seiner Sicht langfristig die Konzentration auf spezialisierte Kliniken unumgänglich.

Bessere Aufklärung und mehr Rechtsicherheit strebt die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) mit Leitlinien zu vaginaler Geburt und Kaiserschnitt an. Die beiden



Gesund und munter? Nach einem Kaiserschnitt haben mehr Babys Probleme als nach einer vaginalen Geburt.

S3-Leitlinien, die auch als Patientenleitlinie geplant sind, sollen Ende 2016 fertig sein. Mit im Boot sind unter anderem die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft und die Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin. „Jeder wird auf die Informationen zugreifen können. So weiß jeder, was in welchen Situationen hilfreich ist und was nicht“, sagt DGGG-Vorstandsmitglied Prof. Dr. Frank Louwen. Die beiden Leitlinien würden von allen getragen, um die Geburtshilfe positiv zu beeinflussen.

Bewusstsein wandelt sich langsam. Von vielen getragen werden auch Initiativen für natürliche Geburt. So gaben in Bremen die Chefarzte und -ärztinnen von Kliniken gemeinsam mit Kinderärzten und -ärztinnen, Hebammen, Berufsverbänden und Kassen „Empfehlungen zur Unterstützung der natürlichen Geburt“ heraus. Im Sommer sprach das vom Gesundheitssenator und der Landesbeauftragten für Frauen gestartete Bündnis die Öffentlichkeit mit Plakataktionen und Radiospots an. Drei Jahre nach dem Auftakt sei bereits „Bewegung“ in Kliniken und Praxen zu spüren, sagt Angelika Zollmann, eine der Koordinatorinnen. „Es gibt eine Tendenz zu mehr natürlichen Geburten.“

Das Bewusstsein in der Breite zu ändern, sei schwierig aber richtig, meint Martin Litsch, kommissarischer Geschäftsführender Vorstand des AOK-Bundesverbandes: „Die Geburt soll möglichst risikoarm für Mutter und Kind sein. Deshalb darf die Wahl nur auf den Kaiserschnitt fallen, wenn es dafür medizinisch gute Gründe gibt.“

Gespäch beim Chef. Diesen Maßstab legt das Werner Forßmann Krankenhaus in Eberswalde im Alltag konsequent an. Mit dem Ergebnis, dass die Kaiserschnitt-rate bei etwa 600 Geburten im Jahr stabil bei etwa 20 Prozent liegt und damit weit unter dem brandenburgischen Durchschnitt von 30 Prozent. Dabei ist der Druck von außen sehr groß: Bei vielen Kollegen, in den Medien und bei den Frauen gelte der Kaiserschnitt oft „als Allheilmittel“, sagt Chefarzt Dr. Thomas Michel.

Dem setzt er mit seinem Team eine intensive persönliche Aufklärung entgegen: Schon beim Elterninformationsabend „wollen wir den Eltern die Angst vor der Spontangeburt nehmen“. Bei der Kreißsaalvorstellung in der 35. Woche sei Zeit für lange Gespräche und individuelle Beratung. „Wenn Frauen sich einen Kaiserschnitt aus Angst wünschen oder eine fragwürdige relative Indikation gestellt wird, werden diese Paare automatisch zum Gespräch bei mir oder einem Oberarzt vorgestellt.“ Die zurückhaltende Einstellung der Eberswalder Geburtshelfer zum Kaiserschnitt hat sich herumgesprochen. „Mittlerweile kommen schon Schwangere aus anderen Städten zu uns, die ihr Kind aus der Beckenendlage oder nach einem vorangegangenen Kaiserschnitt vaginal zur Welt bringen möchten.“ ■

Jürgen Malzahn leitet die Abteilung stationäre Versorgung, Rehabilitation im AOK-Bundesverband. **Kontakt:** juergen.malzahn@bv.aok.de
Karola Schulte ist freie Journalistin in Berlin. **Kontakt:** redaktion@karola-schulte.de

Der Osten schneidet seltener

AOK-Versicherte: Kaiserschnitt-rate bei stationären Geburten im Jahr 2014



In Ostdeutschland erblicken weniger Kinder das Licht der Welt per Kaiserschnitt als im Westen – medizinische Gründe allein erklären den Unterschied nicht. *Quelle: WlD0*

Krankenkasse auf Weltreise

Die soziale Krankenversicherung ist ein Exportschlager: Experten der Gesundheitskasse geben ihre Kenntnisse und Erfahrungen an andere Länder weiter. Die AOK International Consulting koordiniert die Beratung. **Von Thomas Rottschäfer**

Im Frühjahr haben schwere Erdbeben Nepal erschüttert. Die Naturkatastrophe hat den Himalaja-Staat in seiner Entwicklung zurückgeworfen. Zahlreiche internationale Experten haben wochenlang ihren eigentlichen Job ruhen lassen und sich als Helfer engagiert. Ein halbes Jahr später hat sich die Lage etwas entspannt, die Reformen laufen wieder an. Dazu gehört der Aufbau einer sozialen Krankenversicherung. Dabei lässt sich Nepal von der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) beraten.

Delegation besucht Deutschland. Das ärmste Land Südasiens richtet den Blick besonders auf das deutsche Modell einer Krankenkasse. Im Auftrag der GIZ organisierte deshalb die AOK International Consulting für eine hochrangig besetzte Delegation aus Nepal eine Studienreise nach Deutschland (siehe Interview auf Seite 21 in diesem Heft). „Die Gruppe um den Staatssekretär aus dem

nepalesischen Gesundheitsministerium hat sich vor allem für das System der Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen interessiert“, erläutert Karin Dobberschütz, Leiterin von AOK International Consulting. Sie plant Studien-

**Beispiel Klinikvergütung:
Oft ist im Ausland
ganz spezielles
Know-how gefragt.**

aufenthalte, wie den für die Delegation aus Nepal, und organisiert die Termine mit wichtigen Akteuren: Bundesgesundheitsministerium, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Gemeinsamer Bundesausschuss, AOK-Bundesverband. Seit 1998 hilft die AOK beim Aufbau und bei der Entwicklung von Krankenversiche-

rungen in anderen Ländern. Dazu vermittelt AOK International Consulting Expertinnen und Experten der AOK-Gemeinschaft insbesondere an international tätige Organisationen. Inzwischen sind auf der Projekt-Weltkarte mehr als 40 Länder verzeichnet.

Interesse an Qualitätsbewertung. „Das deutsche Krankenversicherungssystem gilt nach wie vor weltweit als vorbildlich“, sagt der kommissarische Geschäftsführende Vorstand des AOK-Bundesverbandes, Frank Michalak. „Das sollten wir uns trotz all der notwendigen und berechtigten Diskussionen hierzulande immer wieder klar machen.“ Zunehmend aber gilt das Interesse aus Asien, Afrika oder Südamerika nicht nur dem stabilen Solidarsystem an sich. „Oft geht es um ganz spezielle Fragen wie Qualitätsbewertung und -sicherung, Steuerung von Leistungen, das Krankenhaus-Entgeltsystem oder die Fort- und Weiterbildung“, berichtet Dobberschütz. Deshalb baut sie auf Anfrage das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) oder das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) in den Tourplan ein. Auf Wunsch organisiert sie spezielle Themen-Workshops. Das Gästebuch liest sich wie eine Reise um den Globus: Abu Dhabi, Chile, China, Kambodscha, Kasachstan, Kenia, Indonesien, Laos, Marokko, Pakistan, Russland, Tansania, Vietnam, die Mongolei, Nepal und Namibia.

Lebensbedingungen verbessern. Karin Dobberschütz engagiert sich seit mehr als 15 Jahren für das internationale Beratungsgeschäft der AOK-Gemeinschaft. Sie brennt für diese Aufgabe. „Die Lösung liegt in den Ländern selbst“, schlägt sie eine Brücke zu den aktuellen Flüchtlings-

Expertenpool für internationale Einsätze

AOK International Consulting: Seit 1998 beraten Fachleute der AOK in Zusammenarbeit mit verschiedenen Partnerorganisationen politische Entscheidungsträger, Krankenversicherungen und Krankenversicherungsprojekte im Ausland. Neben der Vermittlung von Gesundheitssystem-Experten in internationale Projekte bietet AOK International Consulting Studienreisen nach Deutschland sowie Gruppen-Workshops für Institutionen anderer Länder an. Anfang 2015 wurde der Bereich neu aufgestellt und organisatorisch der AOK-Tochtergesellschaft KomPart angegliedert. Geleitet wird er von Karin Dobberschütz (k.dobberschuetz@kompart.de.)

Mehr Infos: www.kompart.de/international

Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit: Die Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) ist Ende 2010 aus dem Zusammenschluss der Deutschen Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit mit dem Deutschen Entwicklungsdienst und der InWEnt – Internationale Weiterbildung und Entwicklung gGmbH hervorgegangen. Das Bundesunternehmen arbeitet hauptsächlich im Auftrag des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. Die GIZ ist in mehr als 130 Ländern tätig und beschäftigt fast 17.000 Mitarbeiter, davon etwa 70 Prozent Einheimische. Die Projekte sind darauf angelegt, Selbsthilfefräfte zu stärken und die Lebensbedingungen vor Ort zu verbessern. Im Bereich Gesundheitsversorgung arbeitet die GIZ eng mit der AOK International Consulting zusammen. **Mehr Infos:** www.giz.de

„Zum Nachdenken über Reformen anregen“



Paul Rückert

leitet bei der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) das Programm zur Förderung des Gesundheitssektors in Nepal.

Womit sind Sie in Nepal gerade beschäftigt?

Rückert: Nach dem Erdbeben im April 2015 beschäftigen wir uns neben dem Routineprogramm mit dem Wiederaufbau von zerstörten Gesundheitseinrichtungen.

Warum setzt die GIZ auf die Zusammenarbeit mit der AOK?

Rückert: Die AOK ist ein sehr verlässlicher und kompetenter Partner, wenn es darum geht, Erfahrungen mit der Krankenversicherung in Deutschland für unsere Partner in Entwicklungsländern aufzuarbeiten und als Beispiel für ein funktionierendes System vorzustellen.

Was können die Einsätze der AOK-Experten vor Ort bewegen?

Rückert: Erstaunlich viel. Allein die Tatsache, dass die gesetzliche Krankenversicherung den Deutschen seit 130 Jahren – trotz Krieg und anderer Veränderungen in Europa – einen guten Schutz bietet, beeindruckt unsere Partner. Es hilft uns, sie von der Stabilität eines solchen Systems zu überzeugen.

Wie nehmen Ihre Partner im Ausland das deutsche Gesundheitswesen wahr?

Rückert: Die meisten unserer Partner kennen eher das britische System, das sie seit Jahrzehnten in abgewandelter Form in ihren Ländern einrichten wollen. Dass das deutsche Gesundheitssystem funktioniert, ohne dass der Staat der größte Versorger ist, stößt auf großes Interesse und regt in vielen Ländern das Nachdenken über mögliche Reformen an. ■

Die Fragen stellte Thomas Rottschäfer.

dramen. „Es ist eine tolle Sache, wenn wir dazu beitragen können, vor Ort lebenswerte Umstände zu schaffen – und dazu gehört die Finanzierbarkeit von Gesundheit mit an erster Stelle.“

Ausdauer ist nötig. „Erfolge stellen sich oft erst nach Jahren ein, aber dann umso deutlicher“, sagt Paul Rückert von der GIZ (siehe Interview oben). Als Beispiel nennt er das Engagement in Indonesien. Als sich vor zwölf Jahren erstmals eine Delegation aus Indonesien mit Unterstützung der AOK in Deutschland informierte, waren nur rund elf Prozent der Indonesier krankenversichert. „Dank einer neuen Gesetzgebung haben inzwischen mehr als 70 Prozent aller Indonesier eine Krankenversicherung – also mehr als 180 Millionen Menschen“, so Rückert. Aktuell leitet er in Nepal das Projekt zur Förderung des Gesundheitssystems: „Alles fängt wieder von vorne an – hoffentlich mit einem ähnlich guten Ergebnis.“

Sprachkenntnisse fürs Fachgebiet. Die AOK-Experten sind in der Regel für ein bis zwei Wochen im Einsatz. Langzeiteinsätze, bei denen die Familie mit von der Partie ist, sind die Ausnahme. Kenntnisse über Geschichte, Wirtschaft, Kultur, Religion und Geografie des Einsatzgebietes sind von Vorteil. Absolute Voraussetzung für den Auslandseinsatz sind jedoch Sprachkenntnisse. Sie müssen auch der Fachkommunikation standhal-

ten. Hinzu kommt organisatorisches und strategisches Geschick bei Aufbau und Umsetzung eines Projektes.

Zeit für ein touristisches Begleitprogramm bleibt allerdings fast nie. „Zeitdruck und Arbeitsbelastung sind in der Regel größer als daheim. Aber unvergessliche Eindrücke der Zusammenarbeit in internationalen Teams, wertvolle Kon-

Freundschaften und Kontakte machen den Stress eines Einsatzes mehr als wett.

takte und bisweilen auch dauerhafte Freundschaften machen den Stress mehr als wett“, betont Dobberschütz. Die 43-Jährige weiß, wovon sie spricht: Sie selbst war an Projekten im Senegal und in der Ukraine beteiligt. Vier Jahre lang hat sie als Teilprojektleiterin mit ausländischen und einheimischen Experten an einem EU-Vorhaben in China und Vietnam zusammengearbeitet.

Auslandsaufenthalt fördert Flexibilität.

Unter anderen Rahmenbedingungen am Aufbau oder an der Verbesserung eines Gesundheitssystems mitzuwirken, fördert Flexibilität, Mobilität, Belastbarkeit und Abstraktionsvermögen. Der Auslandsein-

satz verändert auch den Blick auf das deutsche Gesundheitssystem. „Unsere Mitarbeiter sind ja nicht nur als Repräsentanten des deutschen Krankenversicherungssystems unterwegs“, sagt AOK-Vorstand Frank Michalak. „Sie bringen von ihren Einsätzen wertvolle persönliche und fachliche Erfahrungen und neue Ideen mit. Das hilft uns dabei, ausgetretene Pfade zu verlassen.“ Zudem könnten die elf AOKs und der AOK-Bundesverband besonders motivierten und qualifizierten Mitarbeitern eine einzigartige Personalentwicklungsmaßnahme bieten. Michalak wundert sich deshalb, dass die AOK sich immer noch als einzige deutsche Krankenkasse international einbringe – zumal für die Auslandseinsätze der AOK International Consulting kein Geld aus Mitgliedsbeiträgen fließe. Die Finanzierung erfolge über die Auftraggeber.

Ein Auslandseinsatz steht grundsätzlich allen AOK-Beschäftigten offen. „Wir sind immer auf der Suche nach engagierten Kolleginnen und Kollegen“, betont Karin Dobberschütz. „Häufig werden Fachleute für die Themen Finanzen, Statistik und Controlling sowie Qualitätssicherung und Vertragsgestaltung gesucht. Aber auch Experten für Verwaltung, Personalwesen, Aus- und Weiterbildung, IT oder Medizin sind gefragt.“ ■

Thomas Rottschäfer ist freier Journalist mit dem Schwerpunkt Gesundheitspolitik.

Kontakt: info@satzerstand.de

Ich mach's mit Erfahrung.

Man ist nie zu alt für Kondome. mach's mit.

GIB AIDS KEINE CHANCE

STI
Sexuell Übertragbare Infektionen

Informier dich:
www.machsmits.de
Telefonberatung 0221-892031

Eine Aktion der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), mit Unterstützung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V., gefördert durch die Bundesrepublik Deutschland.

BZgA
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

PKV
Verband der Privaten Krankenversicherung



Gesundheit in der Lehre

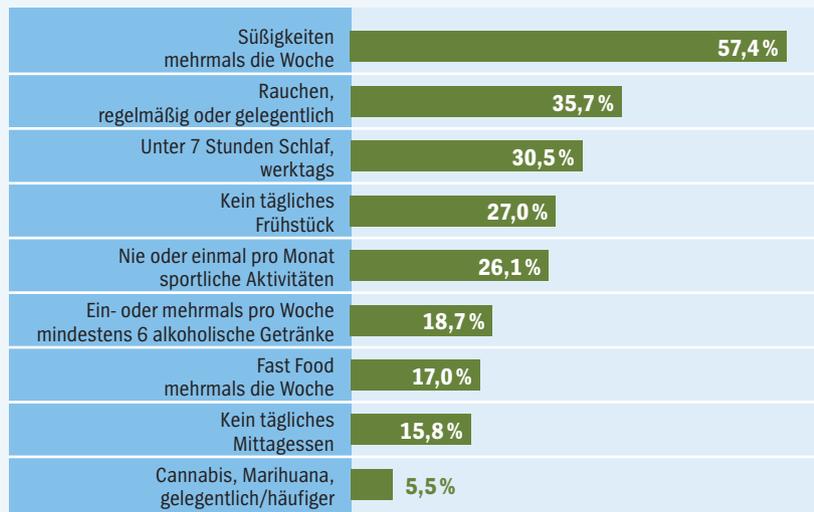
Der neue Fehlzeiten-Report belegt: Die meisten Auszubildenden fühlen sich gut. Zugleich aber klagen viele über Kopfweg, Erschöpfung oder Rückenschmerzen. Ihre Gesundheit zu fördern, stärkt Betriebe im Wettbewerb. Von Joachim Klose und Markus Meyer

Ob kleiner Handwerksbetrieb oder großes Unternehmen – viele Firmen werben vergeblich um Nachwuchs. Ende 2014 blieben rund 37.000 Ausbildungsstellen unbesetzt. Umso wichtiger sollte die Gesundheit der 1,4 Millionen Auszubildenden sein. Wie es darum bestellt ist, zeigt der neue Fehlzeiten-Report des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO), der Universität Bielefeld und der Beuth Hochschule für Technik Berlin. Danach schätzen 84 Prozent der Auszubildenden ihren Gesundheitszustand selbst als gut oder sehr gut ein. Dies ergab die repräsentative Befragung durch das WiDO. Allerdings berichten über 50 Prozent über körperliche und fast die Hälfte über psychische Beschwerden. So klagt jeder vierte Auszubildende über häufige Kopfschmerzen (26 Prozent) und mehr als jeder Fünfte über Rückenschmerzen und Verspannungen. Zudem leidet über ein Drittel unter Müdigkeit, Mattigkeit oder Erschöpfung. Ausgebrannt fühlen sich 15 Prozent, über Reizbarkeit klagen elf und über Schlafstörungen zehn Prozent.

Viele verhalten sich ungesund. Zugleich deckt die Befragung Defizite im Gesundheitsverhalten auf (siehe Grafik „Ansatzpunkte für die Prävention“). So treibt ein Viertel der Auszubildenden kaum Sport. Auch beim Essen verhalten sich viele nicht gesundheitsbewusst: Mehr als jeder vierte Befragte frühstückt nicht regelmäßig. 16 Prozent lassen das Mittagessen teilweise ausfallen. Mehrmals die Woche

Ansatzpunkte für die Prävention

Anteile von Auszubildenden mit negativen Verhaltensausrägungen in Prozent



Zu viel Süßkram und Nikotin, zu wenig Bewegung und Schlaf: Der Anteil der Auszubildenden, die ungesund leben, ist hoch. So greifen beispielsweise über 57 Prozent der Befragten mehrmals wöchentlich zu Süßigkeiten und fast 36 Prozent zur Zigarette. Und über ein Drittel geht unausgeschlafen zur Arbeit. Regelmäßiger Sport ist auch nicht gerade angesagt. *Quelle: Fehlzeiten-Report 2015*

verzehren 17 Prozent Fast Food und 57 Prozent Süßigkeiten. Zudem geht knapp ein Drittel der Auszubildenden nach weniger als sieben Stunden Schlaf zur Arbeit. Mehr als jeder Dritte raucht und fast jeder Fünfte trinkt regelmäßig viel Alkohol.

Passgenaue Angebote gewünscht. Gegenüber betrieblichen Gesundheitsangeboten zeigen sich die Auszubildenden aufgeschlossen. Fast drei Viertel halten sie für gut. Rund zwei Drittel würden speziell auf sie zugeschnittene Angebote bevorzugen. Betriebe, die für ihre Auszubildenden entsprechende gesundheitsförderliche Angebote entwickeln, können Fehlzeiten früh begegnen und langfristig die Gesundheit ihrer Fachkräfte stärken.

Der neue Fehlzeiten-Report gibt aber nicht nur Aufschluss über die gesundheitliche Situation von Auszubildenden. Er informiert auch umfassend über die Entwicklung des Krankenstandes in der Wirtschaft und beleuchtet dabei detailliert einzelne Branchen. Zugleich zeigt er Wege für ein zielgruppengerechtes und qualitätsorientiertes betriebliches Gesundheitsmanagement auf. ■

Joachim Klose leitet den Forschungsbereich Ambulante Versorgung, Pflege, Betriebliche Gesundheitsförderung im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO). **Markus Meyer** ist dort für den Bereich Betriebliche Gesundheitsförderung zuständig. **Kontakt: Joachim.Klose@wido.bv.aok.de, Markus.Meyer@wido.bv.aok.de**

Lesetipp

Badura/Ducki/Schröder/Klose/Meyer (Hrsg.): **Fehlzeiten-Report 2015.** Neue Wege für mehr Gesundheit – Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement. Springer Verlag, Berlin.

Kommission will stärker mitmischen

Eine verbindliche Nutzenbewertung und Erstattungspreise für Medikamente festzulegen, sind bislang nationale Angelegenheiten. Nun aber fordern die Europäische Kommission und auch deutsche Politiker ein gemeinsames Vorgehen. **Von Nils Franke**

Seit Jahren schon wünscht sich die Europäische Kommission, mehr Kompetenzen in der Gesundheitspolitik zu erhalten. Nun aber hat Gesundheitskommissar Vytenis Andriukaitis erstmals davon gesprochen, die EU-Verträge zu ändern. Auch in Deutschland äußerte sich der SPD-Bundestagsabgeordnete und stellvertretende Fraktionsvorsitzende Professor Dr. Karl Lauterbach in dieser Richtung und forderte eine gemeinsame europäische Preispolitik.

Grundsätzlich ist die Brüsseler Kommission der entscheidende Initiator. Denn nur sie und nicht das Europäische Parlament und der Rat sind zur Gesetzesinitiative befugt. „Bislang ist das Feld, auf dem die Kommission legislativ in der Gesundheitspolitik aktiv werden kann, eher begrenzt“, erklärt der Vertreter des AOK-Bundesverbandes in Brüssel, Evert Jan van Lente. Das liegt am Subsidiaritätsprinzip, wonach die Mitgliedstaaten



ihre Kompetenzen behalten, solange sie nicht explizit der Staatengemeinschaft übertragen worden sind.

Im Gesundheitsbereich obliegt der Kommission die Arzneimittelzulassung, und sie hat Kompetenz bei Medizinprodukten. Die von der Kommission erarbeitete europäische Medizinprodukteverordnung befindet sich auf der Zielgeraden und soll spätestens Anfang 2016 verabschiedet sein. Sie tritt dann nach einer Übergangsfrist – in diesem Fall drei Jahre – in allen Mitgliedstaaten in Kraft, muss also nicht mehr in nationales Recht umgesetzt werden.

Europa will einheitliches Vorgehen. In den Arzneimittelbereich ist nun auf europäischer Ebene Bewegung gekommen. Einige Mitgliedstaaten haben vorgeschlagen, dass die EU nicht nur bei der Zulassung von Medikamenten eine wichtige Rolle spielen soll – zuständig ist die europäische Arzneimittelagentur in Kooperation mit den nationalen Behörden –, sondern auch bei der Nutzenbewertung von neuen Medikamenten. Zudem wollen sie ein gemeinsames europäisches Vorgehen bei der Entscheidung über die Erstattungspreise. „Zum einen waren diese Punkte bisher Tabu, zum anderen stößt Gesundheitskommissar Vytenis

Andriukaitis in eine ganz neue Debatte vor, indem er jetzt davon spricht, die Verträge zu ändern“, sagt van Lente. Ein Grund für den Sinneswandel sei die Preispolitik einiger Pharmahersteller. „Sie lassen eine soziale Verantwortung vermissen. Unternehmen setzen zum Teil ihre durch Patent erhaltenen Monopole ein, um maximale Renditen für die Anteilseigner zu generieren“, kritisiert van Lente. Dies gefährde die Finanzgrundlage der Gesundheitssysteme.

EU-Gesundheitskommissar Vytenis Andriukaitis scheint entschlossen, den Ball ins Rollen zu bringen. Ob die Europäische Kommission am Ende neue Kompetenzen erhält, ist zum jetzigen Zeitpunkt schwer absehbar. Erforderlich dafür wäre die Zustimmung sämtlicher Mitgliedstaaten. Das Bundesgesundheitsministerium ist bisher dagegen. Das Europäische Parlament in Straßburg würde wohl dafür votieren. Viele Europaparlamentarier haben sich bereits zu der Initiative „Zugang zu Arzneimitteln“ zusammengeschlossen.

Hohe Standards sind ein Muss. „Entscheidend ist, dass hohe Standards für die Zulassung und die Nutzenbewertung garantiert sind“, fordert van Lente. Die letztendliche Entscheidung über die Erstattung und die Preise muss weiterhin auf nationaler Ebene fallen. „Ein gemeinsames Auftreten auf EU-Ebene gegenüber den global agierenden Unternehmen scheint allerdings fast unumgänglich. Die Nervosität bei den Pharmaunternehmen, wenn es um dieses Thema geht, zeigt, dass auch sie wissen, dass eine gemeinsame EU-Position ihre Stellung deutlich schwächen würde“, sagt van Lente. ■

Nils Franke ist Pressereferent im AOK-Bundesverband. **Kontakt: Nils.Franke@bv.aok.de**

Was die Kommission kann

Welche gesundheitspolitischen Kompetenzen die Europäische Kommission hat, regelt vor allem **Artikel 168 des Vertrages über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV)**. Demnach ist der Gesundheitsschutz eine Querschnittsaufgabe aller Politikfelder. Wie die einzelnen Mitgliedsländer ihr Gesundheitswesen ausgestalten, ist ihre Angelegenheit. **Die Kommission ergänzt lediglich die Politik der Mitgliedstaaten**, fördert ihre Zusammenarbeit und unterstützt sie bei der Bekämpfung weit verbreiteter schwerer Krankheiten, gegen Tabakkonsum oder Alkoholmissbrauch. **Sie kann nur in wenigen gesundheitspolitischen Feldern durch Verordnungen und Richtlinien Recht setzen.** Gesundheitspolitisch am bedeutsamsten sind die Qualitäts- und Sicherheitsstandards für Arzneimittel und Medizinprodukte (Artikel 168 Absatz 4 c AEUV).

„Selbstverwaltung ist großartig“

Bei einem Besuch in Brüssel und Berlin informierten sich nepalesische Gesundheitsexperten über die medizinische Versorgung in Europa. Vorbildlich für Nepal sei beispielsweise die Krankenversicherungs-Pflicht, meint Staatssekretär **Shanta Bahadur Shrestha**.

Wie ist die Lage in Nepal nach den starken Erdbeben im Frühjahr?

Shanta Bahadur Shrestha: Etwa 9.000 Menschen starben, über 20.000 wurden schwer verletzt. Rund acht Millionen Nepalesen waren betroffen, etwa weil ihre Häuser unbewohnbar wurden. In entlegenen Berggebieten werden noch Menschen vermisst. Obwohl schon viel erreicht ist: Das Erdbeben ist und bleibt ein nationales Trauma.

Welchen Eindruck haben Sie von europäischen Gesundheitssystemen?

Shrestha: In Nepal haben wir zwar Versicherungen, aber bisher keine Krankenversicherung. An deren Einführung arbeiten wir aktuell. In diesem Jahr startet unser Modellversuch dazu. Deshalb hat mich beeindruckt, dass in Deutschland die gesetzliche Krankenversicherung seit 1883 besteht und dass nahezu jeder hier krankenversichert ist. In Brüssel fand ich faszinierend, dass die Staaten europaweit so vieles koordinieren und regeln.

Wenn Sie unsere gesundheitspolitischen Debatten verfolgen: Welche Probleme überraschen Sie?

Shrestha: Dass Sie offenbar Schwierigkeiten haben, Ärzte zu motivieren, in entlegenen Gebieten zu arbeiten – und das, obwohl den Medizinern sogar mehr Geld dafür geboten wird. Interessant fand ich in diesem Zusammenhang, dass sich vor allem die Kassenärztlichen Vereinigungen darum kümmern, welcher Arzt wo arbeitet, und nicht etwa der Staat.

Laut Internet-Quellen gehen 90 Prozent der Nepalesen zu Schamanen, also Geistesbeschwörern, wenn sie krank sind.

Shrestha: Die Zahl ist sicher nicht korrekt. Es stimmt allerdings, dass man eine Art Zeitreise ins Mittelalter macht, wenn man in entlegene Gebiete kommt. In der Stadt ist die Medizin recht modern. Unser Ziel ist es, eine gute medizinische Versorgung in allen Ecken des Landes mit Hilfe sogenannter Health Posts zu gewährleisten. Allerdings gibt es noch nicht in jedem

Handhabe dagegen. Ein weiteres Problem: Jeder hat zwar ein Recht auf medizinische Grundversorgung, es ist aber nicht definiert, worin die besteht. Wir arbeiten gerade an einer Art Sozialgesetzbuch, in dem das geregelt werden soll.

Nehmen Sie für dieses Gesetz auch Anregungen aus Deutschland mit?



Wir arbeiten gerade an einer Art Sozialgesetzbuch.

Shanta Bahadur Shrestha

Health Post einen Arzt. Wir haben deshalb die Parole ausgegeben: Ein Dorf – ein Doktor. Wir werden in diesem Jahr damit anfangen, dieses Motto umzusetzen. Außerdem stocken wir die Zahl der Mitarbeiter in Health Posts von mindestens drei auf sechs auf und bauen in den Gemeinden, in denen es noch keine Kliniken gibt, staatliche Krankenhäuser.

Können sich Patienten in Nepal den Gang zum Arzt überhaupt leisten?

Shrestha: Die Basisversorgung in Health Posts ist kostenlos. Für Behandlungen in Distriktkrankenhäusern sind Zuzahlungen fällig, von denen Arme ausgenommen sind. Es sind vor allem die Betreiber privater Krankenhäuser, die die Hand aufhalten und Patienten dabei manchmal übers Ohr hauen. Wir haben kaum eine

Shrestha: Ja, zum Beispiel die Versicherungspflicht. Wir müssen außerdem einen Leistungskatalog und Qualitätsstandards für die Leistungen definieren. Nepal hat bisher keine guten Erfahrungen mit der Delegation von Verantwortung auf die Akteure gemacht. Aber wenn wir die rechtlichen Voraussetzungen klug definieren, bin ich dafür. Selbstverwaltung ist etwas ganz Großartiges. ■

Das Interview führte Ines Körver.

Mehr zum Thema auf Seite 16/17

Zur Person

Shanta Bahadur Shrestha ist Staatssekretär des Gesundheitsministers in Nepal. Im Juli 2015 besuchte er mit einer Delegation von Experten Europa. Den Besuch organisierte die AOK International Consulting by KomPart (**mehr Infos: K.Dobberschuetz@kompart.de**).



Gesundheit unterm Ahornblatt

Lokale Gesundheitszentren, multiprofessionelle Teams, vernetzte Krankenhäuser – darauf setzt die kanadische Provinz Ontario, um die medizinische Versorgung ihrer Landbevölkerung zu sichern. Ein Modell, von dem sich Deutschland etwas abschauen kann, sind **Michael Ewers, Doris Schaeffer und Kerstin Hämel** überzeugt.

Viele ländliche Regionen Deutschlands durchlaufen einen Strukturwandel. Während es jüngere Menschen und die mittlere Generation in Städte zieht, bleiben die meisten älteren und oft auch chronisch kranken oder pflegebedürftigen Menschen am angestammten Ort zurück.

Dies wirft neue Versorgungsprobleme auf, zumal in wirtschaftlich benachteiligten Regionen unseres Landes – insbesondere im Nordosten – die Infrastrukturen ausdünnen. Es mangelt an wohnortnahen Einkaufsmöglichkeiten, sozialen oder kulturellen Einrichtungen. Ebenso fehlt es an Arztpraxen, Apotheken, Krankenhäusern oder Pflegediensten. Dadurch ist keineswegs mehr überall und jederzeit eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung gewährleistet.

Noch wird diese Entwicklung hierzulande überwiegend mit isolierten Einzelmaßnahmen beantwortet – etwa mit finanziellen Anreizen für Ärzte, die sich auf dem Land niederlassen. Welche strukturellen Veränderungen jedoch möglich wären, zeigt ein Blick in die kanadische Provinz Ontario, die bevölkerungsreichste Region des Landes.

In Kanada leben knapp 35 Millionen Einwohner auf einer Fläche von fast zehn Millionen Quadratkilometer. Allein die Provinz Ontario ist dreimal so groß wie Deutschland. Allerdings wohnen dort gerade einmal 13 Millionen Menschen. Wegen seiner geringen Siedlungsdichte und wenig ausgeprägter Infra-

struktur auf dem Land ist zwar insbesondere der nordwestlich der großen Seen gelegene Teil der Provinz kaum mit Deutschland vergleichbar. Aber rund um die Metropolen Ottawa, Toronto oder London sind in einem Radius von 100 bis 200 Kilometern Bedingungen anzutreffen, die den ländlichen Regionen Deutschlands nicht unähnlich sind.

Ländliche Gebiete dünnen weiter aus. Die insgesamt wachsende und vergleichsweise junge Bevölkerung im Einwanderungsland Kanada konzentriert sich auf die urbanen und prosperierenden Zentren, während ländliche Regionen zusehends „ergrauen“ und ausdünnen. Zwar liegt der Altenquotient leicht unterhalb des OECD-Durchschnitts. Aktuell kommen in ländlichen Regionen auf 100 Menschen im erwerbsfähigen Alter 23 im Rentenalter (in Deutschland sind es 34). In Ontario soll sich jedoch Prognosen zufolge bis zum Jahr 2041 die Zahl der über 65-Jährigen von derzeit 2,1 Millionen auf 4,5 Millionen verdoppeln – und das vor allem auf dem Land. Dabei ist die Landbevölkerung schon heute überdurchschnittlich häufig gesundheitlich und sozial belastet. Erkrankungen wie zum Beispiel erhöhter Blutdruck, Rheuma und Depressionen treten im Vergleich zur städtischen Bevölkerung deutlich häufiger auf. Große Unterschiede zeigen sich zudem bei der Arbeitslosigkeit, dem Einkommen, dem Bildungsstand und anderen sozialen Faktoren – stets zum Nachteil der Landbevölkerung.



Family Health Teams versorgen Jung und Alt auch in abgelegenen Regionen.

Wenig Ärzte auf dem Land. Die ohnehin schwierige gesundheitliche und soziale Lage der ländlichen Bevölkerung wird durch einen Mangel an Versorgungsangeboten verschärft. Nur etwa 17 Prozent der Allgemeinärzte und etwa vier Prozent der Fachärzte Kanadas praktizieren auf dem Land. Auch fehlt es an Pflegekräften, Therapeuten oder Apothekern. Währenddessen schreitet die Konzentration von Versorgungsangeboten und Leistungserbringern rund um die Metropolen voran. Die daraus resultierenden Probleme wurden um die Jahrtausendwende herum in vielen Provinzen Kanadas unübersehbar und zum Gegenstand zahlreicher gesundheits- und sozialpolitischer Initiativen – so auch in Ontario.

Lokale Netzwerke planen mit. Die in vielen Provinzen als Lösungsansatz favorisierte Regionalisierung der Gesundheitsversorgung hat Ontario erst mit einiger Verspätung forciert. Im Jahr 2006 entstanden 14 sogenannte Local Health Integration Networks (LHINs). Sie sind für eine große Spannweite an Aufgaben zuständig, angefangen bei der Planung der Krankenhaus- und Notfallversorgung über die psychiatrische Gesundheitsversorgung, die öffentlichen Gesundheitsdienste und Labore bis hin zur stationären und ambulanten Langzeitversorgung.

Die Finanzierung der ärztlichen Leistungen übernimmt traditionell das Gesundheitsministerium der Provinz. Die Bedarfsplanung und Steuerung in diesem Bereich erfolgt jedoch in enger Abstimmung mit den lokalen Gesundheitsnetzwerken, um so die Integration der verschiedenen Versorgungsangebote zu fördern. Die Einführung dieser neuen Behörden ist politisch nicht unumstritten. Sie haben aber strukturelle Veränderungen zur Beantwortung der Krise der ländlichen Gesundheitsversorgung auf den Weg bringen können, die auch für Deutschland anregend sind.

Von Daten zu Taten. Großen Wert legt Ontario darauf, dass Entscheidungen datengestützt erfolgen. Sie basieren auf differenzierten Informationen über die gesundheitliche und soziale Lage in den einzelnen Landesteilen sowie über die dort vorhandenen Einrichtungen. Die Leistungen, das Nutzungsverhalten sowie die Ergebnisse werden regelmäßigen Qualitätsprüfungen

unterzogen. „Von Daten zu Taten“ heißt das Motto der Behörden, Krankenhäuser, Ärzte und anderen Gesundheitsberufe, um nachhaltige Reformen zu fördern.

Informationen öffentlich zugänglich. Selbstverständlich ist, dass alle Daten öffentlich zugänglich gemacht und den vor Ort lebenden, von den Entscheidungen betroffenen Menschen, den Leistungsanbietern (Krankenhäuser, Ärzte, Pflegende etc.), Land- und Stadträten, Parteien, Bürgervertretungen und Patientenorganisationen kommuniziert werden. Deren Information und Einbindung soll die Akzeptanz der Umgestaltung fördern. Ökonomische Reformmotive spielen – trotz der auch in Ontario klammen Kassen – keine dominierende Rolle im öffentlichen Diskurs um die ländliche Versorgung. Vielmehr besteht Konsens darüber, dass die Grundversorgung auf- und ausgebaut werden muss, um dem zuvor erhobenen Bedarf auf Seiten der Bevölkerung entsprechen zu können.

Alle bisher genannten Faktoren werden hierzulande in ihrer Bedeutung noch häufig unterschätzt: die datengestützte Herangehensweise, die Einbindung der regionalen Bevölkerung und der örtlichen Anbieter und Interessenvertreter sowie die Schaffung reformfreundlicher Bedingungen etwa durch eine ideelle oder finanzielle Förderung der Provinzregierung zum Beispiel für neue Versorgungsmodelle oder auch die Schaffung rechtlicher Freiräume unter anderem bei der Vertragsgestaltung. Für eine zielkonforme und nachhaltige Umsetzung von Reformen für eine bedarfsgerechte Versorgung in ländlichen Regionen sind diese Faktoren von großer Bedeutung.

Gesundheitszentren als Eintrittspforte. Mit verschiedenen Initiativen versucht Ontario, dem Rückzug gesundheitlicher und sozialer Dienstleister aus der Fläche entgegenzuwirken. Auch der Landbevölkerung soll eine niederschwellige, jederzeit verfügbare, bedarfsgerechte und nutzerzentrierte Gesundheits- und Sozialversorgung garantiert werden. Dazu wurden die Familien- und Allgemeinmedizin politisch gefördert, beginnend mit Imagekampagnen über den Ausbau von Ausbildungskapazitäten an den Hochschulen bis hin zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Verdienstmöglichkeiten – solche eher konservativen Anstrengungen werden auch hierzulande unternommen.

In Ontario geht man aber noch weit darüber hinaus, um das Angebot an traditionellen (Land-)Arztpraxen zu erweitern. Seit Jahren werden dort ergänzend multiprofessionelle Familiengesundheitsteams (Family Health Teams FHT) und lokale Gesundheitszentren (Community Health Centres CHC) als zentrale Eintrittspforte in das Gesundheitssystem gestärkt und ausgebaut. Diese Gesundheitsteams und Zentren konzentrieren sich auf die Allgemein- und Grundversorgung der Landbevölkerung. Sie betreuen alle Patientengruppen mit den unterschiedlichsten gesundheitlichen Anliegen: Schwangere ebenso wie Säuglinge und Kleinkinder, Jugendliche und erwachsene Frauen und Männer mit akuten oder chronischen Gesundheitsproblemen, ältere Patienten oder auch Menschen am Lebensende.

Seit 2005 sind in über 200 Gemeinden Ontarios 184 Familiengesundheitsteams gegründet worden. 68 davon versorgen

Für Jedermann und förderal: Kanadas Gesundheitswesen

Das föderal strukturierte Kanada unterhält ein öffentliches Gesundheitssystem (Medicare) mit **einheitlicher Rahmengesetzgebung** (Canada Health Act 1984). Über Medicare versichert sind kanadische Bürger und Ausländer mit bewilligtem Einwanderungsantrag (permanent residence status). Wer temporär in Kanada lebt, muss sich privat krankenversichern. Allerdings bieten einige Provinzen Medicare-Leistungen auch für bestimmte Gruppen von Ausländern ohne permanent residence status an.

70 Prozent der Gesundheitsausgaben werden aus Steuermitteln finanziert. Dies ermöglicht allen Bürgern einen ungehinderten Zugang zu einer gesundheitlichen Grundsicherung. Anders als in Deutschland müssen keine zusätzlichen Sozialversicherungsbeiträge entrichtet werden. Allerdings wird im Krankheits- oder Pflegefall die individuelle Bedürftigkeit geprüft. Auch besteht ein **hohes Maß an Eigenverantwortung**. 30 Prozent der Gesundheitsausgaben müssen die Bürger selbst aufbringen zum Beispiel Zahnarztkosten, Zuzahlungen für Medikamente, Hilfsmittel oder spezielle Krankenhausleistungen. **Viele Kanadier haben hierfür eine Privatversicherung abgeschlossen.**

Die Gesundheitsversorgung vor Ort wird durch **Transferzahlungen der Bundesregierung unterstützt, jedoch von den Provinzen verantwortet** und in vielen Punkten uneinheitlich ausgestaltet. Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention, der akutstationären Versorgung oder auch der Langzeitversorgung und Pflege legen die Provinzen fest. **Die ärztliche Versorgung in Ontario plant und steuert das Gesundheitsministerium.** Die übrige Versorgung verantworten dagegen die regionalen Behörden vor Ort, da sie mit den Problem- und Bedarfslagen in den einzelnen Landesteilen vertrauter und folglich eher als die Bundes- oder Provinzregierung in der Lage sind, bedarfsgerechte Lösungen zu finden.



Bevölkerungszahl

35,4

Millionen, davon
13,3 Millionen
in Ontario

Zahlen, Daten, Fakten

Gesamtausgaben für Gesundheit pro Kopf (2011)	4.552 US-Dollar
Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (2011)	11,2 Prozent
Arzneimittelausgaben pro Kopf (2011)	701 US-Dollar
Anteil der Arzneimittelausgaben am Bruttoinlandsprodukt (2011)	1,9 Prozent
Anteil der stationären Versorgung an den Gesamtausgaben für Gesundheit	20 Prozent
Anteil der ambulanten Versorgung an den Gesamtausgaben für Gesundheit	35 Prozent
Krankenhausbetten je 1.000 Einwohner insgesamt (2010)	2,75
Krankenhausbetten je 1.000 Einwohner für die Akutversorgung (2010)	1,73
Verweildauer im Krankenhaus (akutstationäre Versorgung) (2010)	7,7 Tage
Anzahl der praktizierenden Ärzte je 1.000 Einwohner (2011)	2,44
Anzahl der praktizierenden Pflegenden je 1.000 Einwohner (2011)	9,25
Anzahl der aktiven Familien-/Allgemeinmediziner (2013)	39.392
Anzahl der aktiven Fachärzte (2013)	38.282
Anzahl registrierter Pflegefachkräfte (Registered Nurses) (2014)	293.205
<i>darunter:</i> akademisch ausgebildete Nurse Practitioner	3.966

Siedlungsdichte

3,2

Einwohner pro Quadratkilometer

**28 Prozent der Bevölkerung
leben auf dem Land –
auf 96 Prozent der
Landesfläche**

Quellen: OECD (2013): *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*, OECD Publishing; CIHI – Canadian Institute for Health Information (2013): *Supply, Distribution and Migration of Canadian Physicians*; CIHI - Canadian Institute for Health Information (2015): *Regulated Nurses 2014. Report*



Weg vom Land und ab in die City: Während Toronto und andere Metropolen Kandas hohe Anziehungskraft haben, ergrauen immer mehr strukturschwache Regionen.



Menschen in ländlichen Regionen und 42 sind in abgelegenen nördlichen Gemeinden angesiedelt. Aktuell sind über drei Millionen Bürgerinnen und Bürger Ontarios in FHTs eingeschrieben. Demgegenüber bestehen von den insgesamt 101 lokalen Gesundheitszentren in Ontario einige bereits seit über 40 Jahren. Viele davon unterhalten Satelliteneinrichtungen an unterschiedlichen Standorten. Aktuell werden etwa 500.000 Bürgerinnen und Bürger Ontarios von diesen Einrichtungen versorgt. Bis zum Jahr 2020 sollen es eine Million sein.

Patienten schätzen Einschreibemodell. Üblicherweise arbeiten die Teams und Zentren nach einem Einschreibemodell: Patienten binden sich an einen dort tätigen Primärversorger aus der Medizin oder Pflege. Dem sind sie dann mit ihrem sozialen Umfeld (oft über lange Zeit) persönlich bekannt. Entsprechend individuell und kontinuierlich können die Patienten auch betreut werden. Zwar besteht auch in Kanada das Recht auf freie Arztwahl. Die Patienten schätzen aber die mit dem Einschreibemodell einhergehende Verbindlichkeit. Im Bedarfsfall können sie sich darauf verlassen, dass sie an Spezialisten in den urbanen Zentren weitergeleitet oder Telekonsultationen genutzt werden, um ihre Behandlung zu sichern. Dies soll insbesondere alten und chronisch kranken Patienten weite Wege mit dem Auto ersparen, zugleich aber die vor Ort nicht verfügbare fachärztliche Expertise einbinden.

Vergütungsmix geschaffen. Vorteilhaft für die Patienten ist auch die multiprofessionelle Ausrichtung der Zentren. Neben Ärzten und Pflegenden treffen sie dort Diätologen, Ergo- und Physiotherapeuten, Pharmazeuten und andere Berufsgruppen an, die für eine umfassende und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung benötigt werden. Die Finanzierung der Familiengesundheitsteams und der lokalen Gesundheitszentren speist sich aus unterschiedlichen Quellen (Gesundheits- und Sozialministerium, lokale Behörden) und kann sowohl Einzelleistungsvergütungen, Fallpauschalen oder erfolgsorientierte Prämien umfassen.

Die Förderung von Familiengesundheitsteams und Gesundheitszentren knüpft an lange zurückreichende Forderungen der Weltgesundheitskonferenz von Alma Ata im Jahr 1978 zum Ausbau einer wohnortnahen Primärversorgung an. Ontario entwickelte vorhandene regionale Initiativen kontinuierlich weiter und passte sie schrittweise an die sich verändernden Ge-

sundheitsprobleme der Bevölkerung an. In seinem letzten Gutachten von 2014 hat der deutsche Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen empfohlen, diesem Vorbild zu folgen. Auch hierzulande sollten künftig multiprofessionelle lokale Gesundheitszentren aufgebaut und diese wichtige Säule der Versorgung gestärkt werden.

Qualifizierte Pflegekräfte leiten „Praxen“. Um angesichts des auch in Ontario verbreiteten Arztmangels die Gesundheitsversorgung der Landbevölkerung zu sichern, werden weitere, für Deutschland ungewöhnliche Wege beschritten – etwa mit der Einrichtung von „Nurse Practitioner Led Clinics“ (NPLCs). Anders als der Name vermuten lässt, handelt es sich dabei um ambulante Einrichtungen, die von ihrem Erscheinungsbild her Arztpraxen ähneln. Allerdings werden sie von speziell qualifizierten Pflegenden mit Master-Abschluss (Nurse Practitioner) geleitet, die sich auf die Diagnose, Behandlung und Begleitung vorwiegend chronisch kranker Patienten konzentrieren. In akuten oder kritischen Fällen arbeiten sie eng mit traditionellen Arztpraxen oder Krankenhäusern zusammen.

Ausschreibung funktioniert. Die Einrichtung dieses auch für die Provinz Ontario neuartigen Angebots erfolgte im Rahmen einer modellhaften Ausschreibung durch die regionalen Gesundheitsbehörden (LHINs), um 40.000 Patienten aus ansonsten unterversorgten Regionen erreichen zu können. Neben dem Nachweis des Bedarfs in der jeweiligen Region wurden in einem zweistufigen Verfahren die Einhaltung von im Vorfeld festgelegten Ausbildungs- und Qualitätsstandards sowie die vorgelegten Betriebskonzepte überprüft. Den Zuschlag gab es schließlich für das qualifizierteste und wirtschaftlich überzeugendste Angebot.

Inzwischen gibt es in 24 Gemeinden der Provinz Ontario 26 Nurse Practitioner Led Clinics. Die Finanzierung der Personal- und Betriebskosten stellen die LHINs durch eine Pauschalvergütung sicher. Das soll kostentreibende Effekte verhindern, wie sie etwa mit der Einzelleistungsvergütung im ärztlichen Bereich beobachtet wurden (zum Beispiel Mengenausweitungen). Die Pflegeexperten können ihren Kompetenz- und Verantwortungsbereich erweitern und sich weiter professionalisieren. Die ländliche Bevölkerung profitiert von einem ungehinderten Zugang zu einer qualifizierten Primärversorgung.



Keine Hightechmedizin in kleinen Krankenhäusern. Um dem schrittweisen Rückzug der Leistungsanbieter aus der Fläche entgegenzuwirken, setzt Ontario zugleich auf den Erhalt von kleinen Landkrankenhäusern. Dabei wird berücksichtigt, dass diese Häuser der zumeist älteren und chronisch kranken Bevölkerung vielfach Sicherheit geben. Sie sind aber weniger Einrichtungen der technikintensiven Hochleistungsmedizin als vielmehr Anlaufstelle rund um die Uhr und gewährleisten in den strukturschwachen Regionen eine wohnortnahe und niederschwellige Grundversorgung.

Kleinsthospitäler sind eng vernetzt. Damit diese Klein- und Kleinstkrankenhäuser – einige haben gerade einmal zwölf Betten – überhaupt erhalten und wirtschaftlich geführt werden können, fördern die regionalen Gesundheitsbehörden deren Verknüpfung zu regionalen Netzwerken. Hierzu werden zum Beispiel entsprechende Verhandlungen mit den Trägern geführt oder finanzielle Anreize für die überwiegend staatlich finanzierten Einrichtungen gesetzt. Als Teil eines ländlichen Krankenhausnetzes können sich die kleinen Häuser auf einzelne Problemlagen konzentrieren, sich bei Überlastung gegenseitig unterstützen und Einrichtungen zur Diagnostik oder Therapie gemeinschaftlich nutzen. Zudem stimmen diese Netze die Notfallversorgung der Region untereinander ab.

Wenig angestellte Klinikärzte. Vielfach leiten Pflegemanager diese kleinen stationären Einrichtungen. Angestellte Ärzte sind selten anzutreffen. Vielmehr wird die medizinische Behandlung im Belegarztsystem von niedergelassenen Ärzten oder Familiengesundheitsteams sichergestellt. Das fördert ganz nebenbei die Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung und damit eine integrierte Versorgung.

Die Finanzierung der ländlichen Krankenhausnetze speist sich aus unterschiedlichen Quellen. Die ärztliche Versorgung bezahlt das Gesundheitsministerium, den Betrieb inklusive aller Personal- und Sachkosten die regionalen Gesundheitsbehörden. Die Grundstücke und Gebäude der Landkrankenhäuser stellen oft Träger- und Fördervereine oder die Gemeinden zur Verfügung, was deren Verantwortung für diese Einrichtungen unterstreicht.

Die Liste der Initiativen und Modelle zur Versorgung der Landbevölkerung ließe sich noch ergänzen. Stattdessen sollen

aber an dieser Stelle zusammenfassend einige der leitenden Prinzipien herausgestellt werden, mit denen Ontario auf die Probleme der ländlichen Gesundheitsversorgung reagiert.

Prävention großgeschrieben. Reformanstrengungen in Ontario sind nicht darauf beschränkt, jederzeit und überall einen niederschweligen Zugang zu einer (allgemein)medizinischen und zumeist kurativen Versorgung zu ermöglichen. Vielmehr setzt die Provinz auch auf Gesundheitsförderung, Verhaltens- und Verhältnisprävention. Die Gesundheit der Landbevölkerung soll möglichst lange erhalten, Gesundheitsrisiken begrenzt und dem Eintritt von Krankheiten oder sozialen Problemen vorgebeugt werden. Dabei wird entweder die Gesamtbevölkerung einer Region mit ihren Lebensbedingungen in den Blick genommen oder bestimmte Bevölkerungsgruppen, beispielsweise Landwirte, die wegen ihrer Arbeit dem Risiko ausgesetzt sind, Allergien oder Atemwegserkrankungen zu entwickeln. Hervorzuheben ist zudem, dass gesundheitsförderliche Initiativen nicht isoliert organisiert, sondern von den Gesundheitszentren gemeinsam mit den örtlichen Verantwortungsträgern entwickelt und umgesetzt werden.

Alles aus einer Hand. Gesundheitsversorgung auf dem Land muss von der Geburt bis ins hohe Alter reichen. Sie muss bei akuter Krankheit, bei chronischen Erkrankungen, bei der Rehabilitation, in der Langzeitpflege wie auch am Lebensende sichergestellt sein und ein Höchstmaß an Verbindlichkeit und Kontinuität bieten. Dies verlangt nach einer generalistischen Perspektive und danach, neben der üblichen Diagnostik und Therapie auch psycho-soziale und rehabilitative Unterstützung, Information und Beratung, Gesundheitsbildung, Selbstmanagementförderung sowie anderes mehr anzubieten. Dies alles möglichst in einer Anlaufstelle anzusiedeln – zum Beispiel in einem lokalen Gesundheitszentrum –, ist insbesondere in strukturschwachen ländlichen Regionen und für ältere, bewegungseingeschränkte Menschen von Vorteil.

Kooperation statt Zunftdenken. Landärzte sind auch in Ontario wichtig, allerdings sind darüber hinaus Pflegende, Therapeuten (Ergo-, Physiotherapie, Logopädie), Diätologen, Apotheker und andere Berufsgruppen aktiv und verantwortlich an den Reforminitiativen beteiligt. Vor allem die akademisch qualifizierten



Lokale Gesundheitsnetzwerke und nachbarschaftliche Hilfe sind die Schlüssel zum Erfolg.

Pflegekräfte werden als wichtige Akteure angesehen, um kooperativ und auf Augenhöhe mit den anderen Gesundheitsprofessionen und vor allem in gemeinsamer Verantwortung mit ihnen die regionalen Gesundheitsprobleme lösen zu können. Teambasierte multiprofessionelle Versorgungsmodelle gelten daher in Ontario als Schlüssel zum Erfolg, wenn es um bedarfsgerechte Antworten auf die vielfältigen und komplexen Anforderungen in der Gesundheitsversorgung der ländlichen Bevölkerung geht.

Bürger engagieren sich. Die Bevölkerung mit ihrem Bedarf, ihren Präferenzen und kulturellen Besonderheiten ist Ausgangs- und Zielpunkt aller Reformen. Nutzerfreundlichkeit und Patientenorientierung werden nicht nur propagiert, sondern bei der Reform des Versorgungssystems, bei der Gestaltung von Versorgungsangeboten und nicht zuletzt bei individuellen Behandlungsentscheidungen konsequent umgesetzt.

Damit dies auch gelingt, werden Information, Beratung und Gesundheitsbildung als gemeinsamer Auftrag angesehen und auf vielfältige Weise realisiert. Ontario unterstützt Selbstorganisation, nachbarschaftliche Hilfe und bürgerschaftliches Engagement und verknüpft sie mit der professionellen Versorgung, um ein patientenzentriertes, auf Mitbestimmung und Mitwirkung angelegtes Gesundheitswesen zu fördern. Beispiele für das bürgerschaftliche Engagement sind nachbarschaftlich organisierte Fahrdienste oder auch das von einem Diätberater und zahlreichen Ehrenamtlichen organisierte gemeinsame Mittagessen für ältere Alleinlebende in einem Gemeindegesundheitszentrum.

Auch in Deutschland werden die Herausforderungen der ländlichen Gesundheitsversorgung immer offensichtlicher. Die hiesige Diskussion beschränkt sich allerdings noch vielfach einseitig auf die Sicherstellung der individuellen Krankenbehandlung in Form der (haus- und fach-)ärztlichen Einzelpraxis. Hingegen können die Beobachtungen aus Ontario dazu dienen, den Blick zu weiten und die Suche nach Lösungsansätzen für eine dem Bedarf der Landbevölkerung und den regionalen Bedingungen entsprechende Gesundheitsversorgung zu intensivieren.

Nicht alles ist rosarot. Dabei soll nicht verschwiegen werden, dass auch die Provinz Ontario längst nicht alle Probleme gelöst hat. Insbesondere gibt es relativ lange Wartelisten für Routineeingriffe oder auch Leistungskürzungen – etwa bei der Pflege. Gleichzeitig sehen sich die Leistungserbringer mit begrenzten Zuwendungen, einem wachsenden Effizienzdruck sowie begrenzten Einkommenserwartungen konfrontiert. Höhere Gehälter in den nahe gelegenen USA oder auch ein attraktiveres Lebensumfeld in den Metropolen sind und bleiben ein Problem für die ländlichen und strukturschwachen Gemeinden. Dem allein durch den stundenweisen Einsatz berenteter Ärzte und Pfleger, familienfreundliche Arbeitsbedingungen und eine Willkommenskultur auf dem Land begegnen zu wollen, wird wohl nicht ausreichen.

Chancen für Profis. Trotz alledem: Das Beispiel der kanadischen Provinz Ontario zeigt, welche Chancen mit einer niederschweligen, wohnortnahen, integrierten und kontinuierlichen, multiprofessionellen und partizipativ angelegten Gesundheitsversorgung verbunden sind – nicht nur für die Landbevölkerung sondern auch für die verschiedenen Leistungserbringer. Diese Möglichkeiten sollten daher auch hierzulande intensiver genutzt werden, um den Problemen bei der Gesundheitsversorgung der ländlichen Bevölkerung zu begegnen. Die Forderung des Sachverständigenrats für das Gesundheitswesen nach lokalen Gesundheitszentren in der Primär- und Langzeitversorgung speziell für ländliche Regionen zügig umzusetzen, wäre ein erster Schritt in diese Richtung. ■

Prof. Dr. Michael Ewers ist Gesundheits- und Pflegewissenschaftler und seit 2009 Direktor des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin. **Prof. Dr. Doris Schaeffer** lehrt Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld und leitet dort die AG 6 Versorgungsforschung/Pflegewissenschaft sowie das Institut für Pflegewissenschaft. **Prof. Dr. Kerstin Hämel** ist Gesundheitswissenschaftlerin mit Schwerpunkt Pflegerische Versorgungsforschung an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld.

Kontakt: m.ewers@charite.de

Lese- und Webtipps

- Schaeffer D, Hämel K, Ewers M (2015): **Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen.** Anregungen aus Finnland und Kanada. Weinheim: Beltz Juventa.
- Zu den Familiengesundheitsteams: Rosser WW, Colwill JM; Kasperski J, Wilson L (2011): **Progress of Ontario's Family Health Team Model: A Patient-Centered Medical Home.** Annals of Family Medicine 9 (2), 165–171
- Zu den lokalen Gesundheitszentren: Collins PA, Resendes SJ, Dunn JR (2014): **The Untold Story: Examining Ontario's Community Health Centres' Initiatives to Address Upstream Determinants of Health.** Healthcare Policy 10 (1), 14–29
- Umfassende Informationen zum kanadischen Gesundheitssystem auf der Homepage von Health Canada: www.hc-sc.gc.ca
- Homepage des Gesundheitsministeriums Ontario: www.health.gov.on.ca



Hilfe für Flüchtlinge Jetzt spenden!

Millionen Menschen sind weltweit auf der Flucht vor Krieg, Hunger, Gewalt und Verfolgung. Die Hilfsorganisationen von Aktion Deutschland Hilft lassen die Menschen nicht im Stich und helfen dort, wo Flüchtlinge dringend Hilfe brauchen. **Helfen auch Sie - mit Ihrer Spende!**



Spendenkonto (IBAN): DE62 3702 0500 0000 1020 30

Stichwort: Hilfe für Flüchtlinge

Online spenden unter: www.Aktion-Deutschland-Hilft.de





Zur Person

Prof. Dr. Tanja Manser hat in Freiburg Psychologie studiert. Nach dem Diplom 1998 promovierte und habilitierte sie in Zürich zu arbeitspsychologischen Themen mit dem Schwerpunkt Patientensicherheit. Bis zur Berufung zur Direktorin des Instituts für Patientensicherheit der Universität Bonn im Juni 2014 hatte die 42-Jährige eine Förderprofessur des Schweizerischen Nationalfonds an der Universität Fribourg inne. Forschungsaufenthalte führten sie an die University of Aberdeen (Schottland) und an die Stanford University (USA). Die Einrichtung ihres Lehrstuhls für Patientensicherheit wurde durch eine Stiftungsprofessur des Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) möglich. Ab 2017 übernimmt die Universität Bonn die Finanzierung. Das Institut für Patientensicherheit gibt es bereits seit 2009. Die vom APS geförderte Einrichtung ist das deutschlandweit einzige Forschungsinstitut zu diesem Thema. Tanja Manser leitet dort ein interdisziplinäres Team von acht Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

„Bei der Patientensicherheit sind wir keinesfalls spitze“

Mehr Teamarbeit, bessere Ausbildung, praxisnahe Forschung – im G+G-Interview erklärt **Tanja Manser** vom Institut für Patientensicherheit der Uni Bonn, was auf dem Weg zu einer neuen Sicherheitskultur im Gesundheitswesen noch fehlt.

Frau Professor Manser, Sie sind von Haus aus Arbeitspsychologin. Wie kommen Sie zum Thema Patientensicherheit?

Tanja Manser: Nach dem Studium bin ich mit einem Projekt zu Fehlern im Operationsaal in Berührung gekommen. Das Thema hat mich fasziniert und nicht mehr losgelassen. Als Arbeitspsychologin möchte ich Arbeitsbedingungen so gestalten, dass es Menschen leichter fällt, einen guten Job zu machen, und sie lange und gesund im Beruf bleiben können. Ein gutes Arbeitsklima ist dafür eine wesentliche Voraussetzung. Das gilt besonders im Gesundheitswesen, dem zunehmend Fachkräfte fehlen. Gutes Arbeiten im Team motiviert nicht nur Mitarbeiter, sondern nützt auch den Patienten. Hier müssen wir Synergien nutzen.

Vor zehn Jahren wurde das Aktionsbündnis Patientensicherheit gegründet. Seitdem hat sich doch beim Thema Fehler in der Medizin und der Pflege viel getan. Oder täuscht dieser Eindruck?

Manser: Auf gesundheitspolitischer Ebene sind wir relativ weit. Wenn ich dagegen in die Klinik gehe und auf einer Station mit Pflegekräften rede, ist von einer neuen Fehlerkultur leider noch wenig zu spüren. Deshalb halte ich es für riskant, dass im Moment sowohl in Teilen der Politik als auch bei einigen Ärzten, Kliniken und Krankenkassen der Eindruck vorherrscht, das Thema Patientensicherheit sei abgehakt. Das ist ein absoluter Trugschluss. Die neuere Forschung zeigt, dass im Gesundheits-

wesen ein nachhaltiges Umsetzen einer neuen Sicherheitskultur sehr schwierig ist. Nehmen Sie als Beispiel die „Checkliste Sichere Chirurgie“. Das ist ja keine Software, die man einfach herunterlädt und dann läuft das. Da geht es um soziale Innovation: Arbeitsprozesse müssen verändert, Hierarchien abgeflacht und neue Kommunikationswege gefunden werden. Es geht um einen echten Kulturwandel. Dabei helfen uns natürlich öffentlichkeitswirksame Aktionen wie der 1. Internationale Tag der Patientensicherheit mit Veranstaltungen in ganz Deutschland.

Wo steht Deutschland denn in Sachen Patientensicherheit im internationalen Vergleich?

Manser: Ich halte wenig von Benchmarking, da man sich dabei immer am Mittelwert ausrichtet. In der Qualität der Messung sind wir sicher vorne dabei. Bei der Umsetzung dagegen sind wir keinesfalls spitze. Deutschland ist wie auf zwei Zeitschienen unterwegs: Die Politik glaubt, sehr weit zu sein. Sie hat ja auch viele Vorstöße gemacht, wie zum Beispiel das Patientenrechtsgesetz. Die Praxis ist dagegen in Vielem hintendran.

Das heißt: Auf der formalen Ebene läuft es, aber im Kopf hat es noch nicht „klick“ gemacht?

Manser: Ich vergleiche das gerne mit der Einführung des Sicherheitsgurtes im Auto. Der Gurt wurde vor mehr als 30 Jahren

Pflicht. Aber es hat sehr lange gedauert, bis das Anlegen völlig selbstverständlich wurde. Der Aspekt der Patientensicherheit muss deshalb von Anfang an Bestandteil in der Ausbildung der Gesundheitsberufe sein. Die Ausbildung muss zugleich viel stärker interprofessionell ausgerichtet werden. Ich halte keine Vorlesung zur Patientensicherheit. Ich möchte vielmehr gemeinsam mit den Chirurgen und Anästhesisten, mit den Palliativmedizinern und Hausärzten genau das unterrichten, was für die Praxis relevant ist.

Wo liegen aus Ihrer Sicht die größten Baustellen beim Thema Patientensicherheit?



jenige, der die Arbeit macht, ist der Experte. Es zählt nicht, wie ein Prozess im Handbuch beschrieben ist, sondern wie er wirklich läuft – am Wochenende oder frühmorgens um vier Uhr. Das ist die Messlatte.

Mit der geplanten Krankenhausreform rückt die Bundesregierung die Qualität der Behandlung in den Fokus. Ist das auch eine Chance für mehr Patientensicherheit?

Manser: Natürlich überlappen sich die Themen Qualität und Sicherheit. Aber im Qualitätsmanagement geht es vor allem um Standardisierung und darauf aufbauend um Dokumentation von Aufgaben. In Sachen Patientensicherheit kommen wir damit



Manser: Wenn ich das Ganze betrachte, sind das in erster Linie die Schnittstellen zwischen der stationären und ambulanten Versorgung. Wir müssen aufpassen, dass Patientensicherheit kein separates Thema der klinischen Versorgung wird. Probleme entstehen aber auch durch die immer komplexer werdenden Versorgungsprozesse mit einer zunehmenden Spezialisierung im ärztlichen Bereich. Hier gilt es, Konzepte zu entwickeln, die das Ganze und nicht den Teilausschnitt im Blick haben. Wichtig ist es vor allem, die Klinikärzte einzubeziehen. Beim Aufbau des Qualitätsmanagements ist viel daran gescheitert, dass man sie nicht ausreichend beteiligt hat. Wer nicht einbezogen wird, wird die Veränderung nicht mittragen.

Sie setzen sich für eine bessere Grundlagenforschung ein. So wie Sie es schildern, fehlt es aber eher an der praktischen Umsetzung der Erkenntnisse.

Manser: Das ist kein Gegensatz. Mir geht es um bessere Implementationsforschung: Wie schaffen wir es, Forschungsergebnisse in die Praxis zu bringen? So helfen zum Beispiel Checklisten wenig, wenn die Einführung nicht mit einer Schulung verbunden ist und Prozesse sich nicht ändern. Wir müssen verstehen, was wirklich in der Klinik oder in der Praxis passiert. Da hat es sich die Forschung bisher ein bisschen zu einfach gemacht. Mein Ansatz: Wir müssen dahingehen, wo die Arbeit passiert. Der-

nur bedingt weiter. Ein wesentlicher Teil der Medizin ist das Unerwartete. Wir reden von Behandlungsfehlern, wenn nicht nach den anerkannten Standards gearbeitet wurde. Für manche Situationen gibt es aber keinen Standard. Deshalb wird im Moment unter Patientensicherheitsexperten viel über Resilienz diskutiert – also die Fähigkeit, mit Unerwartetem, mit Überraschungen flexibel umgehen zu können und einen sicheren Weg zu finden. Es spricht viel dafür, dem Bauchgefühl wieder mehr Wert beizumessen. Wir brauchen eine Balance zwischen Standardisierung und der ärztlichen Fähigkeit, Unerwartetes zu bewältigen. Da, wo es intensiv auf gute Zusammenarbeit ankommt und wo es wahnsinnig schnell gehen muss, wenn etwas passiert – Intensivstation, Geburtshilfe oder der pädiatrische Bereich – da verschwinden auch die Grenzen zwischen den Professionen schneller. Das zeigen insbesondere die sehr erfolgreichen Teamtraining-Projekte „SimparTeam“ für die Geburtshilfe und „PAEDSIM“ für die Kindernotfallhilfe.

Krankenhauskeime sind einer der größten Unsicherheitsfaktoren für Patienten. Die Krankenkassen zahlen den Kliniken bis 2020 rund 365 Millionen Euro zusätzlich für ein Hygiene-Sonderprogramm. Trotzdem scheint sich wenig zu verbessern.

Manser: Nimmt man die Infektionsraten, kann man diesen Eindruck bekommen, dass es mit der Hygiene eher schlechter

geworden ist. Aber wir können heute auch viel genauer messen als noch vor zehn Jahren. Zudem schauen wir genauer hin. Zugleich nimmt die Komplexität der Behandlungen zu, mit denen mehr Fehler einhergehen können. Dass sich einige Qualitätsindikatoren in den vergangenen zehn Jahren eher verschlechtert als verbessert haben, ist also auch auf veränderte Messmethoden und die wachsende Komplexität der Medizin zurückzuführen. Hinzu kommt: Gute Projekte kommen ohne lokale Anpassung bei Personal und Patienten nicht an. Es wird gespart, wo es richtig teuer werden kann: bei kontinuierlichen Schulungen und Baumaßnahmen, die eine sichere Behandlung fördern, zum Beispiel separate Räume zur Vorbereitung der Medikation.

natürlich immer noch Situationen, wo sich Patienten nicht trauen, Ärzten und Pflegekräften zu sagen „Können Sie sich bitte die Hände desinfizieren“. Für solche Selbstverständlichkeiten sollte man eigentlich als Patient nicht all seinen Mut aufbringen müssen.

In puncto Patientensicherheit geht es fast immer nur ums Krankenhaus. Welche Rolle spielt das Thema im ambulanten Bereich?

Manser: Wir haben gerade ein Projekt zum ambulanten Operieren beendet: Patientenidentifikation und Markieren des Eingriffsortes. Es geht darum, das für den Krankenhausbereich entwickelte in den ambulanten Bereich zu übertragen. Hier ist der



„Checklisten helfen wenig, wenn es keine Schulung für Ärzte und Pflegekräfte gibt.“

Fehlt der Handlungsdruck?

Manser: Leider tut es den Krankenhäusern bei uns noch nicht ausreichend weh, wenn sie sich nicht engagieren. International sind diejenigen Länder sehr weit, in denen es für ein Haus das Aus bedeuten kann, wenn es als Organisation für eine Patientenschädigung mit belangt werden kann. Das heißt aber nicht, dass ich mir eine klagefreundlichere Gesellschaft wünsche. Aber man muss schon überlegen, ob es nicht Konsequenzen haben sollte, wenn machbare Dinge bewusst unterlassen werden. Ich habe den Eindruck, dass in Deutschland viele darauf setzen, dass das Thema Patientensicherheit wieder verschwindet. Aber es bleibt, so lange es Patienten gibt. Wir müssen uns aber auch als Gesellschaft überlegen, wie viel uns Sicherheit wert ist. Eine Klinik, die möglichst wenige Schadensfälle haben will, könnte alle riskanten Bereiche schließen. Das geht aber nicht, weil wir eine möglichst flächendeckende Versorgung wollen.

Im Gesundheitswesen wird viel über die Patienten geredet. Sprechen Sie auch mit den Patienten?

Manser: Unser Institut bezieht die Patientenperspektive mit ein. Zum Beispiel, indem wir Patienten befragen, wie sie die Sicherheitskultur erlebt haben. Diese Aussagen fließen dann in das interne Feedback für die Krankenhäuser ein. Patienten informieren sich heute mehr, sie organisieren sich mehr. Aber es gibt

Umgang mit dem Thema Patientensicherheit noch mehr als im Krankenhaus auf die Initiative Einzelner angewiesen. In der Breite ist es noch nicht angekommen. Aber es gibt immer mehr niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, die in ihrem Qualitätszirkel Sicherheitsfragen ansprechen oder über Fehler diskutieren.

Das Thema Datenschutz spielt im Gesundheitswesen eine große Rolle. Viele Versorgungsforscher fühlen sich ausgebremst. Behindern die strengen Auflagen auch die Anstrengungen für mehr Patientensicherheit?

Manser: Tatsächlich werden wir mit der nachträglichen Analyse von Patientenakten ein Problem bekommen. Hier macht ein streng ausgelegter Datenschutz eine aussagekräftige Forschung unmöglich. Denn wir dürfen nur Patienten einbeziehen, die in der Lage sind, ihr Einverständnis zu geben. Vorgaben auf europäischer Ebene untersagen es zudem, Patientenakten zu analysieren, wenn man nicht direkt an der Versorgung beteiligt ist. Ausnahmen gibt es hier nur für die Qualitätssicherung. Die Datenschutzbeauftragten der Bundesländer werden klären müssen, ob es auch Ausnahmen für die Versorgungsforschung geben sollte. Ich kann das nur dringend empfehlen. ■

Die Fragen stellte **Thomas Rottschäfer**, freier Journalist mit dem Schwerpunkt Gesundheitspolitik. **Kontakt: info@satzerstand.de**



Letzte Ausfahrt Qualität

Veraltete Versorgungsstrukturen schlucken immer mehr Geld. Darunter leiden Patienten, Kliniken, Ärzte und Krankenkassen. Der Ausweg: ein qualitätsbasierter Strukturwandel, meinen
Tim Rödiger, Michael Neumann und Kristin Höfinghoff.

Nachdem die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) über geraume Zeit Rücklagen bilden konnte, verbucht sie neuerdings wieder Defizite in Milliardenhöhe. Und das trotz Einnahmen auf Rekordniveau. Die steigenden Ausgaben lassen sich auch bei starker Konjunktur nicht mehr kompensieren. Denn das Geld fließt in Strukturen, die dem Bedarf der Versicherten und Patienten nicht gerecht werden.

Diese Diagnose ist nicht neu: Bereits im Jahr 2001 initiierte der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen mit seinem Gutachten zur Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit eine Diskussion um die Über-, Unter- und Fehlversorgung. Die Politik hat seither einiges unternommen, um die Gesundheitsversorgung stärker am Bedarf zu orientieren. So führte der Gesetzgeber beispielsweise den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) ein. Dieses Verfahren sorgt dafür, dass Krankenkassen keine Anreize haben, Versicherte mit

hohem Versorgungsbedarf zu diskriminieren. Zudem gab er den Kassen mit Wahlтарifen und Satzungsleistungen mehr Möglichkeiten für bedarfsgerechte Angebote an die Hand. Ein Schwerpunkt der Reformen betraf die Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern. Möglichkeiten für Verträge zur Integrierten Versorgung, Freiräume für Selektivverträge und die gesetzliche Vorgabe, Hausarztverträge abzuschließen, sollten den Strukturwandel hin zu einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung fördern.

Leistungsversprechen in Gefahr. Allerdings ist der Erfolg dieser Reformen bis heute begrenzt. Die vom Sachverständigenrat diagnostizierten Strukturdefizite bleiben bestehen. Hinzugekommen sind neue Probleme, wie die Sicherstellung der Versorgung in ländlichen Regionen oder die Zunahme von medizinisch nicht begründeten Operationen. Die Frage nach dem Strukturwandel stellt sich umso dringlicher, als die Ausgaben immer

stärker steigen. Die Gemengelage aus Strukturdefiziten und rasanter Ausgabenentwicklung gefährdet das zentrale Leistungsversprechen einer bedarfsgerechten und gleichzeitig bezahlbaren Versorgung für alle gesetzlich Versicherten. Die nachhaltige Finanzierbarkeit dieses Versprechens ist nur mit einem Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung möglich. Der dafür notwendige Strukturwandel kann mit einer umfassenden Qualitätsorientierung bei Bedarfsplanung, Zulassung und Vergütung von medizinischen Leistungen gelingen.

Ausgaben von Einnahmen entkoppelt. Im Jahr 2014 lagen die GKV-Ausgaben erstmals über der Grenze von 200 Milliarden Euro: Nach vorläufigen Zahlen des Bundesgesundheitsministeriums haben die Krankenkassen 205 Milliarden Euro ausgegeben – zehn Milliarden Euro mehr als im Vorjahr. Von 2012 bis 2014 betrug die Steigerungsrate 5,5 Prozent pro Jahr. Rein theoretisch ergäbe sich bei diesem Tempo im Jahr 2030 ein Finanzierungsbedarf von fast 500 Milliarden Euro.

Eine Ursache für den rasanten Anstieg ist eine veränderte Ausgabenpolitik seit dem Jahrtausendwechsel. Bis dahin hatten sich die GKV-Ausgaben grundsätzlich an den Einnahmen zu orientieren. Auch wenn das nicht immer gelang, bewegten sie sich doch im Rahmen der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. Die Reformdiskussion drehte sich vornehmlich um eine Stärkung der Einnahmenseite. Höhepunkt der gesundheitspolitischen

Auseinandersetzung war der Streit um Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie.

Mittlerweile hat sich die Ausgabenpolitik verändert. Zwar gilt weiterhin der Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Die Ausgaben richten sich aber nicht mehr nur nach der Entwicklung von Gehältern, Renten und anderen Einkommen der GKV-Mitglieder, sondern werden maßgeblich von den erbrachten Leistungen beeinflusst. So tragen die Krankenkassen in den beiden wichtigen Leistungsbereichen der ambulanten (seit 2009) und der stationären Versorgung (seit 2004) verstärkt das Risiko für Mehrausgaben, wenn in der Versichertengemeinschaft der Versorgungsbedarf steigt (Morbiditätsrisiko). Die Politik reagierte damit unter anderem auf Forderungen der Ärzteschaft, die jahrelang kritisiert hatte, dass der tatsächliche Versorgungsbedarf bei der Vergütung nicht ausreichend berücksichtigt wurde. Die Umstellung entkoppelte die Ausgaben nicht nur von der Entwicklung der Einkommen der GKV-Mitglieder, sondern von der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. Folglich hat die GKV inzwischen ein Ausgabenproblem (*siehe Abbildung „Die Gesundheitsausgaben steigen rasant“ auf dieser Seite*). Dass diese Entwicklung nicht schon längst zu einem deutlichen Defizit geführt hat, ist insbesondere auf die gute Arbeitsmarktlage, einen hohen gesetzlich festgeschriebenen Beitragssatz und Ansätze zur Kostendämpfung im Zuge der Finanzkrise zurückzuführen.

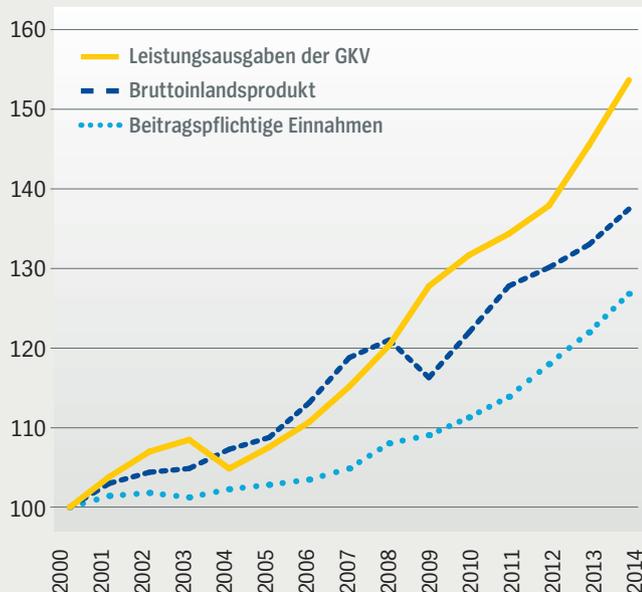
Rücklagen werden auf Mindestmaß schrumpfen. Die Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung haben sich aufgrund der positiven Entwicklung am Arbeitsmarkt in den letzten Jahren deutlich verbessert. Allein im letzten Jahr sind sie um sieben Milliarden Euro gestiegen. Dennoch kann das Einnahmenplus den gleichzeitigen Ausgabenanstieg von zehn Milliarden Euro nicht ausgleichen. Die jährliche Finanzierungslücke von aktuell drei Milliarden Euro wird sich vergrößern, sobald sich die Dynamik bei den Einnahmen abschwächt, wie es aktuelle Arbeitsmarktdaten vermuten lassen.

Die Lücke lässt sich mit den Rücklagen von Gesundheitsfonds und Krankenkassen kaum über einen längeren Zeitraum schließen, zumal die Reserven auch aus anderen Gründen schrumpfen. Im Jahr 2015 senkt der Bund seinen Zuschuss zum Gesundheitsfonds um 2,5 Milliarden Euro. Zudem sind zur Finanzierung von Struktur- und Innovationsfonds weitere Mittel aus der Reserve bereits eingeplant. Auch führen etliche Gesetzesvorhaben zu zusätzlichen Belastungen. So werden nach Berechnungen des GKV-Spitzenverbandes Präventionsgesetz, GKV-Versorgungsstrukturgesetz, Krankenhausstrukturgesetz, eHealth-Gesetz sowie Hospiz- und Palliativgesetz bis 2019 zusätzliche Kosten von insgesamt mehr als elf Milliarden Euro verursachen. Damit werden die Rücklagen der GKV schnell auf das gesetzlich vorgesehene Mindestmaß schrumpfen.

Das Ausgabenproblem betrifft alle. Steigen die Ausgaben weiter ungebremst, erhöhen sich auch die Zusatzbeiträge der Kassenmitglieder. Der GKV-Spitzenverband schätzt, dass sich der heutige Zusatzbeitrag von 0,9 Prozent auf bis zu 1,8 Prozent im Jahr 2019 verdoppeln wird. Die Gesamtbelastung nähert sich damit perspektivisch der gesetzlichen Rentenversicherung an.

Gesundheitsausgaben steigen rasant

Angaben in Prozent, Indexjahr 2000 = 100 Prozent



Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Gesundheitsleistungen steigen schneller als die beitragspflichtigen Einnahmen (BPE) und das Bruttoinlandsprodukt. Während sich die Gesundheitsausgaben zwischen 2013 und 2014 um 5,6 Prozent erhöhten, legten die BPE im gleichen Zeitraum nur um 3,9 Prozent zu.

Quelle: eigene Berechnungen auf Basis von Zahlen des BMG

Um die Belastung der Beitragszahler zu begrenzen, kommen gesetzliche Eingriffe zulasten der Leistungserbringer infrage. Entsprechende Beispiele aus der jüngeren Vergangenheit sind die Anhebung der Herstellerabschläge bei Arzneimitteln, bei der die Pharmaindustrie der GKV erhöhte Rabatte auf ihre Produkte einräumen muss, und die Einführung von Mehrleistungsabschlägen für Krankenhäuser (Abschläge für Leistungen, die Krankenhäuser im Vergleich zum jeweiligen Vorjahr zusätzlich vereinbaren). Offen ist, wen es von den Leistungserbringern künftig wie stark trifft.

Auch Patienten könnten bei weiter steigenden Ausgaben wieder gefordert werden, beispielsweise mit erhöhten Zuzahlungen oder dem Ausschluss von Leistungen. Betroffen davon wären vor allem kranke und einkommensschwache Kassenglieder. Allerdings würde selbst die politisch unpopuläre Wiedereinführung der Praxisgebühr die jährlichen Ausgabensprünge kaum auffangen können. Höhere Zuzahlungen oder umfassende Leistungskürzungen widersprechen zudem der gesetzlichen Zielsetzung einer umfassenden und gleichzeitig bezahlbaren Gesundheitsversorgung, weil Krankheitsrisiken auf den Patienten verlagert werden.

Die Baustellen sind bekannt. Die Bevölkerung wird solche Schritte kaum akzeptieren, erst recht nicht angesichts der zahlreichen Defizite in der Versorgung. Medizinisch nicht erklärbare Mengensteigerungen bei bestimmten Operationen, Doppeluntersuchungen, kritische Wechselwirkungen von Medikamenten, Ärztemangel auf dem Land oder ein fehlendes Entlassungsmanagement nach dem Krankenhausaufenthalt führen nicht nur zu schlechter Versorgungsqualität, sondern auch zu unnötigen Ausgaben. Die Baustellen sind seit langem bekannt. Mehr Patientenorientierung, eine sektorenübergreifende Planung der Kapazitäten und Messung der Qualität, eine stärkere Spezialisierung und und bessere Rahmenbedingungen für Direktverträge stehen seit Jahren auf der Agenda. In der Versorgung sind sie bisher vielfach nicht angekommen. Für die Versicherten bleiben unter dem Strich schnell steigende Ausgaben bei ungeklärten Versorgungsproblemen.

Kliniken landen im Investitionskosten-Dilemma. Exemplarisch für diesen Befund steht der stationäre Bereich. Die Krankenhäuser haben im Jahr 2014 3,5 Milliarden Euro mehr erhalten als im Jahr zuvor. Laut der Deutschen Krankenhausgesellschaft schreiben trotzdem 40 Prozent der Häuser rote Zahlen, Tendenz steigend. Nach aktuellen Daten refinanzieren die Länder nur rund die Hälfte des jährlichen Investitionsbedarfs der Krankenhäuser. Die Kliniken versuchen, die Investitionslücke auf anderem Wege zu schließen. Auf Platz eins der Maßnahmen rangiert laut Umfrage des Beratungsunternehmens Roland Berger die Steigerung der Erlöse (Restrukturierungsstudie 2015). Die Kliniken finanzieren die Investitionen mit Betriebsmitteln und weiten dazu vor allem Leistungsangebot und -erbringung aus. Vorhalte- und Investitionsbedarf steigen, weil die Krankenhäuser weitere Kapazitäten aufbauen. Lag der Investitionsbedarf 2002 noch bei 4,7 Milliarden Euro, betrug er 2012 schon 6,5 Milliarden – eine Steigerung um 38 Prozent. Die Investitions-

Krankenhaus-Strukturreform

Mit dem „Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung“ KHSG, dessen Entwurf Bundestag und Bundesrat im Juli 2015 erstmals beraten haben und das zum Januar 2016 in Kraft treten soll, will die Bundesregierung Qualität als Kriterium in der Krankenhausplanung verankern. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) soll Qualitätsindikatoren entwickeln, die sich als Kriterien und Grundlage für Planungsentscheidungen der Länder eignen. Dabei wird der GBA vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) unterstützt, das sich im Aufbau befindet. Kliniken, die die Qualitätsvorgaben dauerhaft nicht einhalten, müssen damit rechnen, aus dem Krankenhausplan des Landes zu fallen. Die Bundesländer sollen ergänzend eigene Qualitätsvorgaben machen dürfen. Zudem sieht der Gesetzentwurf Zuschläge und Abschläge für Leistungen vor, „die in außerordentlich guter oder unzureichender Qualität erbracht werden“. Krankenkassen und Bundesländer sollen jeweils 500 Millionen Euro in einen Strukturfonds einzahlen. Mit dem Geld sollen zum Beispiel Krankenhäuser in Gesundheits- oder Pflegezentren umgewandelt werden, um stationäre Überversorgung abzubauen. **Mehr Infos:** <http://dipbt.bundestag.de> > **Dokumente** > **Drucksache 18/5372** (Quelle: *ams-Thema 2/2015*)

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) definiert als Unterversorgung die teilweise oder gänzliche Verweigerung einer Versorgung trotz individuellen, professionell, wissenschaftlich und gesellschaftlich anerkannten Bedarfs, obwohl an sich Leistungen mit hinreichend gesichertem Netto-Nutzen und bei medizinisch gleichwertigen Leistungsalternativen in effizienter Form, also wirtschaftlich, zur Verfügung stehen. Als Überversorgung bezeichnet der SVR eine Versorgung über die Bedarfsdeckung hinaus, das heißt eine Versorgung mit nicht indizierten Leistungen, oder mit Leistungen ohne hinreichend gesichertem Nutzen oder mit Leistungen mit nur geringem Nutzen, der die Kosten nicht mehr rechtfertigt, oder in ineffizienter, also unwirtschaftlicher Form erbracht werden. Fehlversorgung ist laut SVR jede Versorgung, durch die ein vermeidbarer Schaden entsteht.

(Quelle: *SVR-Gutachten 2000/2001*)

Qualitätssicherung mit Routinedaten

Anhand der Häufigkeit von Komplikationen und Folgebehandlungen bewertet das Messverfahren „Qualitätssicherung mit Routinedaten“ (QSR) die Qualität von Krankenhausbehandlungen. Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) wertet dazu gemeinsam mit dem AOK-Bundesverband administrative und Abrechnungsdaten von Kliniken und der AOK aus. Die Qualitätsindikatoren sind von medizinischen Experten speziell für diese Daten entwickelt. Routinedaten sind ohne zusätzlichen Erhebungsaufwand für das Krankenhaus verfügbar und berücksichtigen Behandlungsergebnisse langfristig, das heißt über den Tag der Klinikentlassung hinaus. So lassen sich unerwünschte Ereignisse analysieren, die innerhalb eines Jahres nach der Entlassung des Patienten auftreten. Das ist hierzulande bislang einzigartig. **Mehr Infos:** www.qualitaetssicherung-mit-routinedaten.de

lücke resultiert also nicht nur aus dem Rückgang der Investitionsmittel der Länder, sondern hauptsächlich aus dem gestiegenen Investitionsbedarf der Krankenhäuser (siehe Abbildung „Klinik-Investitionen: Bedarf steigt, Mittel sinken“ auf dieser Seite). Das führt zu einer paradoxen Situation: Um die mangelhafte Ausstattung mit Investitionsmitteln zu kompensieren, verändern die Krankenhäuser ihr Angebot so, dass letztlich neuer Investitionsbedarf entsteht. Die Investitionslücke steigt an, was den Druck weiter erhöht. Die Krankenhäuser landen im Investitionskosten-Dilemma.

Krankenhäuser stehen unter Mengendruck. Ein Beispiel hierfür sind Wirbelsäulen-Operationen. Das Wissenschaftliche Institut der AOK hat sie genauer unter die Lupe genommen: Mehr als 950 Krankenhäuser in Deutschland haben für das Jahr 2013 DRG-Fallpauschalen im Bereich der Wirbelsäulen-Operationen vereinbart. Sie benötigen neben dem entsprechenden Verbrauchsmaterial nicht nur erfahrene Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten, um die rund 240.000 OPs zu leisten. Zusätzlich müssen die Häuser in die bauliche Infrastruktur und in medizinische Geräte investieren. Allein für die Wirbelsäulen-OPs sind das über 120 Millionen Euro im Jahr. Da die Investitionskosten nur zur Hälfte von den Bundesländern finanziert werden, stehen die Krankenhäuser unter einem enormen Mengendruck, damit sie ihre Vorleistungen refinanziert bekommen. Ein Fünftel der Krankenhäuser hat aber weniger als 16 solcher Fälle mit den Kassen vereinbart. Das heißt: 190 Krankenhäuser, die Wirbelsäulen-OPs anbieten, haben nur einen Fall in drei Wochen.

Gerade Häuser mit geringen Fallzahlen laufen Gefahr, die betriebswirtschaftlich notwendigen Mengen nicht zu erreichen. Für diese Häuser wird aus dem Mengendruck ein Kostendruck und sie landen im Minus. Eine weitere unerwünschte Folge ist eine überhöhte Nachfrage nach Ärzten, weil nur sie die „Menge machen“, sprich: operieren können. Das befördert den Ärztemangel. Gleichzeitig ist eine Verschiebung in der Personalausstattung von Pflegekräften hin zu Ärztinnen und Ärzten festzustellen. Laut Statistischem Bundesamt stieg im Zeitraum von 2003 bis 2013 die Zahl der vollbeschäftigten Ärzte im Krankenhaus um 28 Prozent. Die Zahl der Pflegekräfte sank gleichzeitig um ein Prozent. Die daraus entstehende Arbeitsverdichtung bei den Pflegekräften hat wiederum Folgen für die Patienten: zu wenig Zuwendung, Hygienemängel oder Behandlungsfehler. Unter dem Investitionskosten-Dilemma leiden also nicht nur die Krankenhäuser selber, sondern die Beschäftigten und vor allem die Patienten. Und die Länder haben das Problem, dass der Investitionsbedarf immer weiter ansteigt. Einfach mehr Geld der Beitragszahler in die bestehende Struktur zu geben, löst strukturelle Probleme wie das Investitionskosten-Dilemma nicht.

Qualitätsorientierung schützt Patienten. Sobald aber die bestehenden Strukturen infrage gestellt werden, beispielsweise bei Schließungsplänen für Krankenhäuser, regt sich viel Widerstand bei Ärzten, Funktionären, Politikern und in der Bevölkerung. Eine Ursache liegt darin, dass bisherige Ansätze für einen Strukturwandel vor allem kostenorientiert waren und somit der Eindruck entstand, dass medizinische Aspekte eine geringe oder

Klinik-Investitionen: Bedarf steigt, Mittel sinken



Die Lücke zwischen Ist und Soll bei den Investitionen der Krankenhäuser resultiert nicht nur aus sinkenden Landesmitteln. Vielmehr steigt der Investitionsbedarf der Kliniken: Er lag 2013 bereits bei 6,7 Milliarden Euro (bei einer Investitionsquote von zehn Prozent im Verhältnis zu den Krankenhausaussgaben der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung). Die Länder stellten in dem Jahr jedoch nur insgesamt 2,7 Milliarden Euro bereit. Die Finanzierungslücke beträgt demnach vier Milliarden Euro.

Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft, Statistisches Bundesamt

gar keine Rolle spielten. Ängste vor Rationierung erschweren Veränderungsprozesse im Gesundheitswesen. Gegen solche Ängste hilft Qualität: Werden Qualitätsmerkmale der Versorgung zur Entscheidungsgrundlage bei Veränderungsprozessen, so verändert sich auch die Perspektive der Beteiligten. Nicht die Kostenersparnis steht dann im Vordergrund, sondern das Ziel, die Behandlungsqualität zu verbessern – durch Spezialisierung, optimierte Behandlungswege oder alternative Versorgungsformen in ländlichen Regionen. Wird die Qualität zum Ausgangspunkt der Überlegungen zu einem Strukturwandel, haben Patienten und Mitarbeiter im Gesundheitswesen eine gemeinsame Grundlage und die Sicherheit, dass es nicht darum geht, auf ihre Kosten zu sparen. Das hilft, die Akzeptanz für Veränderungen zu erhöhen. Anhand einer transparenten und verständlichen Qualitätsbewertung können die Betroffenen Strukturanpassungen leichter nachvollziehen und sie eher als gerechtfertigt empfinden.

Ein eindrückliches Beispiel liefert die Versorgung von Frühchen mit weniger als 1.250 Gramm Geburtsgewicht. Die Wahrscheinlichkeit, dass diese Babys sterben, liegt bei Kliniken mit weniger als 15 Fällen pro Jahr um 87 Prozent höher als bei Krankenhäusern, die mehr als 45 Frühchen pro Jahr versorgen (Pressemitteilung des AOK-Bundesverband und des WIdO zum Krankenhaus-Report 2014). Das ist sowohl für die Kommunal- und Landespolitik als auch für die Bevölkerung ein nachvollziehbares Argument.

Ein struktureller Umbau, der sich nur an den Kosten orientiert, erzeugt bei vielen Menschen das Gefühl, dass sich die medizinische Versorgung zunehmend ökonomisiert. Bei einem qualitätsorientierten Umbau steht dagegen der Patientennutzen im Mittelpunkt. Das Städtische Klinikum München könnte vormachen, wie ein qualitätsbasierter Umbau abläuft. Nachdem zunächst zwei kostenorientierte Sanierungskonzepte scheiterten, entwickelte die Stadt gemeinsam mit der Boston Consulting Group ein Konzept, das auf Qualitätsindikatoren beruht (siehe Interview „Blaupause für andere Kliniken“ auf Seite 40).

Erfahrungen anderer Länder nutzen. Immer mehr Länder berücksichtigen Qualitätskriterien bei der Planung und Vergütung von Krankenhäusern und Ärzten. Professor Jonas Schreyögg, Mitglied im Sachverständigenrat, verweist im G+G-Interview (Ausgabe 7-8/2015, Download unter www.aok-bv.de > Mediathek > G+G) auf ein Modell für Qualitätszuschläge, das die USA erfolgreich umsetzen. Nach einem Vorabzug von der Vergütung, dem zunächst alle Krankenhäuser unterliegen, erhalten nur die Häuser Zuschläge, die gute Qualität nachweisen. Übertragen auf das deutsche Gesundheitssystem bedeutet das beispielsweise für den Einsatz von künstlichen Kniegelenken folgendes: Zunächst würde die Vergütung von durchschnittlich 7.500 Euro für alle Krankenhäuser, die den Eingriff vornehmen, auf 7.000 Euro gesenkt. Im Jahr 2011 haben 925 Krankenhäuser Patienten künstliche Kniegelenke eingebaut. Wenn nun die 20 Prozent der Kliniken mit der schlechtesten Behandlungsqualität keinen Zuschlag erhielten, wären das 185 Häuser. Alle anderen Kliniken bekämen für die Operation 7.700 Euro. Das Gesamt-Vergütungsvolumen für den Kniegelenkersatz bliebe gleich. Anders



**BEI EINEM QUALITÄTSORIENTIERTEN
UMBAU STEHT DER NUTZEN FÜR
DEN PATIENTEN IM MITTELPUNKT.**

als heute bestünde für die Kliniken aber ein Anreiz, die Behandlungsqualität sukzessive zu verbessern.

Auf die Stärken konzentrieren. Krankenhäuser mit schlechterer Qualität müssten überlegen, wie sie es schaffen, ihre medizinischen Ergebnisse zu verbessern. Andernfalls sollte es sich für sie nicht mehr lohnen, bestimmte Operationen anzubieten. Häuser, die nicht davon ausgehen können, Qualitätszuschläge zu erhalten, würden das Angebot nicht mehr vorhalten. Das leitet einen Strukturwandel ein, der die Ausrichtung der Krankenhäuser auf Qualität befördert. Hingegen würde ein Ansatz, bei dem zum Abbau von Überkapazitäten ganze Krankenhäuser geschlossen werden, nicht nur auf starke Widerstände stoßen, sondern könnte sinnvolle Angebotsstrukturen zerstören. Denn oft schwankt die Behandlungsqualität nicht nur von Klinik zu Klinik, sondern auch von Abteilung zu Abteilung.

Sollten die Kliniken daraufhin ihr Angebot eines bestimmten Eingriffs so stark einschränken, dass Patienten zu lange darauf warten müssen, könnte der Vorabzug gesenkt werden. Denn es geht nicht darum, dass möglichst viele Kliniken auf bestimmte Versorgungsangebote verzichten, sondern dass die wenigen Häuser mit schlechter Qualität in einem bestimmten Bereich sich auf ihre Stärken konzentrieren.

Geld für Qualitätsmessung steht bereit. Weltweit werden zur Zeit Standards zur Qualitätsmessung etabliert und für die Anpassung der Versorgungsstrukturen genutzt (mehr dazu im *Debattenbeitrag auf Seite 48 in diesem Heft*). Auch Deutschland möchte diesen Weg gehen. Das neu geschaffene IQTIG beschäftigt sich mit der Messung und Auswahl von qualitätsbezogenen Kriterien auf wissenschaftlicher Basis. Weitere Initiativen, wie beispielsweise der Krankenhausnavigator der AOK auf Basis des QSR-Verfahrens (Qualitätssicherung mit Routinedaten, siehe *Glossar auf Seite 37*), sorgen bereits für mehr Transparenz bei der Behandlungsqualität. Darüber hinaus stellt der neue Innovations-



„Blaupause für andere Kliniken“

Dr. Benjamin Grosch
ist Partner und Managing Director
bei The Boston Consulting Group (BCG).

Das Städtische Klinikum München wird nach einem Konzept Ihres Beratungsunternehmens saniert. Zuvor waren zwei andere Sanierungspläne gescheitert. Woran?

Benjamin Grosch: Ein wichtiger Grund für das bisherige Scheitern sind unrealistische Wachstumsannahmen. Eine Sanierung über Wachstum hat mit den aktuellen Strukturen des Städtischen Klinikums München nicht funktioniert. Hinzu kommt, dass richtige Vorschläge im Bereich Strukturanpassung und Kostensenkung nicht oder nur halbherzig umgesetzt wurden.

Nach dem aktuellen Sanierungskonzept soll rund ein Viertel der Stellen wegfallen. Was hat das mit einem qualitätsorientierten Umbau zu tun?

Grosch: Unser Konzept ist darauf ausgerichtet, Qualitätszentren um erfolgreiche Abteilungen herum zu bilden – beispielsweise Onkologische und Herz-/Gefäß-Zentren in Bogenhausen und Neuperlach sowie Mutter/Kind-Zentren in Schwabing und Harlaching. Dafür werden Abteilungen zusammengelegt. Es ist nicht sinnvoll, an allen vier Standorten, die sehr nahe beieinander liegen, nahezu alle Leistungen anzubieten. Ein Großteil des Stellenabbaus entfällt auf Nebenbereiche wie Küche, Hausdienste und Verwaltung. Durch die neuen Fachzentren erhöhen wir die Versorgungsqualität für die Patienten und steigern gleichzeitig die Effizienz im Klinikbetrieb.

Wie wird Qualität bei der Sanierung des Klinikums München gemessen?

Grosch: Die Qualität wird über die gesetzlich vorgegebenen Indikatoren gemessen. Wir würden uns wünschen, dass die Qualitätsmessung im deutschen Gesundheitswesen stark ausgebaut wird – vor allem durch patientenrelevante Parameter, die langfristig gemessen werden. Die Messung kann nicht an der Klinikpforte enden.

Wie reagieren Klinikmitarbeiter und Kommunalpolitik auf Ihr Konzept?

Grosch: Es herrscht Verunsicherung, wie immer bei großen Transformationen. Viele haben aber erkannt, dass die Sanierung überfällig war. Die Ärzteschaft lobt das medizinische Konzept und erachtet es für sinnvoll.

Inwiefern setzt die Münchner Sanierung Maßstäbe für andere Kliniken?

Grosch: Die Städtischen Kliniken München stellen sicher eine Blaupause für andere Kliniken in ähnlicher Situation dar: Das Schaffen von Behandlungszentren erhöht die Qualität bei gleichzeitiger Kostenreduktion. Das wird für Patienten und Personal zu spürbaren Verbesserungen führen.

Die Fragen stellte Änne Töpfer.

fonds 75 Millionen Euro für die Versorgungsforschung bereit. Damit könnten systematisch Daten zu patientenrelevanten Behandlungsergebnissen auf breiter Basis und über längere Zeiträume – auch nach Ende der Krankenhausbehandlung – erhoben werden.

Schon heute verwenden Krankenhäuser die Routinedaten zur Qualitätsmessung. Die Ergebnisse sind teilweise Bestandteil der erfolgsabhängigen Vergütungen von Führungskräften. Professor Thomas Mansky, Leiter des Fachgebietes Strukturentwicklung und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen an der TU Berlin, prognostiziert: „Die Sicherung und Verbesserung der Qualität werden für die Kliniken zukünftig wesentliche Mittel sein, um sich im Wettbewerb zu behaupten.“

Der Aufwand lohnt sich. Dass sich der Aufwand für die Versicherungsgemeinschaft lohnt, zeigen mehrere Untersuchungen. Krankenhäuser mit besserer Behandlungsqualität arbeiten wirtschaftlicher, weil zum Beispiel Komplikationsraten geringer ausfallen und Patienten schneller gesund werden. Die Kosten für einen Hüftgelenkersatz liegen in einem qualitativ überdurchschnittlichen Krankenhaus etwa 500 Euro unter den Kosten eines unterdurchschnittlichen Hauses. Berücksichtigt man auch das Folgejahr nach dem Eingriff, liegt die Differenz sogar bei insgesamt mehr als 1.000 Euro (Krankenhaus-Report 2012).

Im Gesundheitswesen spart über die gesamte Behandlungskette betrachtet mehr Qualität häufig Geld. Für Patienten ist gute Behandlungsqualität besser als schlechte. Und Gesundheit ist günstiger als Krankheit. Wird zum Beispiel bei der Entfernung der Prostata wegen Tumorbefall das umliegende Gewebe weniger beschädigt, sinkt die Wahrscheinlichkeit von Inkontinenz und Impotenz. Untersuchungen zu Knie- und Hüftgelenkoperationen zeigen: Sinkt die Komplikationsrate, verringern sich auch die Kosten, weil die Patienten schneller mobil werden. Bessere Qualität verkürzt nicht nur die Leidenszeit mit krankheitsbedingten Einschränkungen und Schmerzen. Bessere Qualität verkürzt auch die Behandlungs- und Rehabilitationszeit. Trotz dieser Befunde spielt Behandlungsqualität für die Zulassung von Leistungserbringern und die Vergütung von Leistungen heute so gut wie keine Rolle.

Rückenwind für einen Strukturwandel. Bundesländer und Kommunen stehen vor der Herausforderung, ihre Haushalte weiter zu konsolidieren. Mit der jetzt auf den Weg gebrachten Krankenhausreform wagt die Politik einen ersten Schritt in Richtung Strukturwandel. Gelingt es den Bundesländern und Kommunen, darauf aufbauend einen qualitätsbasierten Strukturwandel einzuleiten, profitieren beide. Die Länder können den Anstieg des Investitionsbedarfs begrenzen und in der Folge ihre Investitionsquote stabilisieren. Weichen sie dagegen deutlich von den geplanten Qualitätsvorgaben ab, können sie zwar die notwen-

**SINKT DIE RATE
DER KOMPLIKATIONEN,
VERRINGERN SICH
AUCH DIE KOSTEN.**

Patientennutzen spielt bisher keine Rolle

Wie weit schöpft der Gesetzgeber seine Möglichkeiten aus, Rahmenvorgaben für eine Orientierung am Patientennutzen zu machen?

	Flächendeckende Qualitätsmessung	Transparenz und Verständlichkeit der Informationen	Konsequenz bei Zulassung und Vergütung
Stationäre Versorgung			
Ambulante Versorgung			

- Voll ausgeschöpft
- Größtenteils ausgeschöpft
- Teilweise ausgeschöpft
- Geringfügig ausgeschöpft
- Gar nicht ausgeschöpft

Maßstab für die Gesundheitsversorgung sollte der Patientennutzen sein. Bisher hat der Gesetzgeber jedoch seine Möglichkeiten, Rahmenvorgaben für eine Orientierung am Patientennutzen zu machen, kaum genutzt. Das zeigt sich beispielsweise an den Qualitätsberichten der Kliniken: Hier mangelt es an Transparenz und Verständlichkeit der Informationen. Zudem haben die Ergebnisse keine Konsequenzen für die Zulassung und Vergütung.

Quelle: eigene Darstellung

digen Strukturanpassungen hinauszögern. Dafür bleiben sie aber im Investitionskosten-Dilemma aus Mengenausweitung und steigendem Investitionsbedarf stecken.

Zugleich gehen sie das politische Risiko ein, für schlechte Ergebnisse der Krankenhäuser mit verantwortlich gemacht zu werden. Dieses Risiko gilt auch für die Kommunen als Träger von Krankenhäusern. Besonders kommunale Häuser stehen aufgrund der Investitionskostenproblematik unter einem hohen Erlös- und Kostendruck. Für sie ist es wegen der geringeren Betriebsgrößen schwieriger, die notwendigen Synergie- und Spezialisierungseffekte für positive Betriebsergebnisse zu erzielen. Sie bilden daher unter den defizitären Krankenhäusern den größten Block. Rund ein Drittel befindet sich nach Angaben des Krankenhausrating-Reports 2015 in Insolvenzgefahr. Und defizitäre kommunale Krankenhäuser belasten wiederum die Haushalte der Kommunen.

Qualität ist für alle attraktiv. Ländern und Kommunen fällt es auf Basis einer stärkeren Qualitätsorientierung leichter, Krankenhäuser, Ärzte und die Bevölkerung nicht nur von der Notwendigkeit, sondern vom Sinn des Strukturwandels zu überzeugen. Krankenhausträger, die ihre Strategie konsequent auf Qualität ausrichten, werden besser in der Lage sein, den Strukturwandel für sich zu nutzen. Nachweislich gute Behandlungsqualität ist sowohl für Ärzte und Pflegekräfte als auch für die Patienten attraktiv. Ohne die Zustimmung dieser Gruppen hat jedes Krankenhaus Schwierigkeiten, auf Dauer wirtschaftlich erfolgreich zu sein. Versorgungsqualität muss dabei aus der Perspektive der Patienten, zum Beispiel mithilfe patientenrelevanter Ergebnisse, erfasst und sinnvoll verbessert werden.

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz unternimmt die Politik einen ersten Schritt in die richtige Richtung. Der qualitätsori-

enterte Strukturwandel in der Gesundheitsversorgung könnte vom stationären Sektor ausgehen. Jetzt kommt es darauf an, dass Länder, Krankenhausträger, Ärzte- und Krankenhausverbände gemeinsam mit den Krankenkassen die Möglichkeiten zu einem solchen Umbau nutzen. Zu hoffen bleibt, dass bessere Behandlungsqualität bei der Zulassung, Erstattungsfähigkeit und Vergütung auch in den anderen Sektoren des Gesundheitswesens mehr Bedeutung bekommt. Bei der sektorenübergreifenden Bewertung der Behandlungsqualität steht das deutsche Gesundheitssystem noch am Anfang (siehe Abbildung „Patientennutzen spielt bisher keine Rolle“ auf dieser Seite). Für die Messung von Kosten und Nutzen der Behandlung im Sinne des Patienten ist die sektorenübergreifende Qualitätsbewertung aber unerlässlich. Denn erst auf ihrer Basis lässt sich entscheiden, was das Beste für Patienten ist.

Bedarf der Patienten muss im Mittelpunkt stehen. Der Gesetzgeber hat in den vergangenen Jahren begonnen, mit einer veränderten Ausgabenpolitik die Bedarfsgerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung zu erhöhen. Doch es reicht nicht, sich an den abgerechneten Leistungen zu orientieren. Der tatsächliche Bedarf der Patienten muss im Mittelpunkt stehen. Als Ausgangspunkt dafür bietet sich der Krankenhausbereich an. Deswegen sollte der Gesetzgeber beim Krankenhausstrukturgesetz an der vorgesehenen Qualitätsorientierung festhalten. Sonst bleiben nur die klassischen Instrumente der Kostendämpfung als Antwort auf das rasante Ausgabenwachstum. Auf dem Weg dorthin ist ein qualitätsbasierter Strukturwandel die letzte Ausfahrt. Wir sollten den Blinker setzen. ■

Tim Rödiger ist Abteilungsleiter Unternehmensentwicklung im AOK-Bundesverband. **Dr. Michael Neumann** ist Referent für Gesundheitspolitik im AOK-Bundesverband. **Kristin Höfinghoff** ist Trainee im Bereich Politik/Unternehmensentwicklung im AOK-Bundesverband.
Kontakt: Tim.Roediger@bv.aok.de, Michael-John.Neumann@bv.aok.de, Kristin.Hoefinghoff@bv.aok.de,

Web- und Lesetipps

- www.aok-krankenhausnavigator.de
- www.aok-bv.de > Presse > ams-Thema 2/2015: Reformjahr 2015, mit Beiträgen zum Krankenhaus-Strukturgesetz
- www.ichom.org Das International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) ist eine Non-Profit-Organisation, die zum Ziel hat, Gesundheitssysteme weltweit weiterzuentwickeln, indem sie patientenrelevante Ergebnisse misst und veröffentlicht.
- AOK-Bundesverband: **Voraussetzungen für einen qualitätsorientierten Strukturumbau aus Sicht der AOK.** Arbeitspapier zur Krankenhausreform der Großen Koalition. September 2014.
 Download unter www.reform-aktuell.de
- Jürgen Klauber, Max Geraedts, Jörg Friedrich, Jürgen Wasem (Hrsg.): **Krankenhaus-Report 2015; Schwerpunkt: Strukturwandel.** Schattauer-Verlag (Stuttgart)
- G+G-Wissenschaft 3/2015: **Schwerpunkt Qualität und Wettbewerb.** Download einzelner Aufsätze unter www.wido.de

Firma muss für Gerätetausch zahlen

Hersteller von Herzschrittmachern und implantierten Elektroschockern fürs Herz haften umfassend für ihre Produkte. Stammen einzelne Geräte aus einer fehlerhaften Produktserie oder Modellreihe, muss der Hersteller die Kosten für deren operativen Austausch tragen. Dies hat der Bundesgerichtshof nun endgültig entschieden. **Von Anja Mertens**

Urteile vom 9. Juni 2015
– VI ZR 284/12 und VI ZR 327/12 –
Bundesgerichtshof

Wer einen Herzschrittmacher hat, muss einiges beachten: Er sollte sich zum Beispiel nicht unter Hochspannungsleitungen aufhalten. Starke elektrische oder magnetische Felder können die Funktion des Gerätes beeinträchtigen. Manchmal liegt die Ursache eines Fehlers auch am Herzschrittmacher selbst. Dann muss er durch ein anderes Gerät ausgetauscht werden. Was aber ist, wenn das Implantat selbst keine Mängel aufweist, aber aus einer Produktgruppe oder -serie stammt, bei der ein erhöhtes Ausfallrisiko festgestellt worden ist? Muss dann der Hersteller die Kosten für den operativen Austausch übernehmen? Diese Frage hat der Bundesgerichtshof bejaht. Vorausgegangen war ein jahrelanger Rechtsstreit zwischen Krankenkassen und der Vertriebsgesellschaft eines US-amerikanischen Herstellers von Herzschrittmachern und implantierbaren Cardioverter Defibrillatoren, der neben den deutschen Gerichten auch den Europäischen Gerichtshof (EuGH) beschäftigt hatte.

Hersteller weist auf Mängel hin. In den konkreten Fällen hatte der Hersteller Sicherheitswarnungen herausgegeben: Bei den Herzschrittmachern könne die Batterie ausfallen und bei den Defibrillatoren ein Magnetschalter hängen bleiben, sodass im Ernstfall kein lebensrettender Schock abgegeben werden könnte. Er empfahl Ärzten, ihre Patienten darauf hinzuweisen und zu erwägen, die Herzschrittmacher auszutauschen beziehungsweise bei den Defibrillatoren die Magnetfunktion zu deaktivieren. Daraufhin

ließen sich gesetzlich krankenversicherte Patienten die Geräte operativ entfernen und durch andere ersetzen. Ihre Krankenkassen bezahlten zunächst die Eingriffe, verlangten aber von dem Unternehmen, die Kosten für die Operationen zu erstatten. Dies lehnte das Unternehmen ab, weil im Nachhinein nicht mehr geklärt werden könne, ob die implantierten Geräte tatsächlich fehlerhaft waren. Daraufhin klagten die Krankenkassen.

Patienten müssen nicht nachweisen, dass ihr individuelles Implantat fehlerhaft ist.

Sie bekamen in erster und zweiter Instanz Recht. Das Unternehmen legte gegen die Berufungsurteile des Landes- und Oberlandesgerichts Revision beim Bundesgerichtshof (BGH) ein. Weil es für die Bundesrichter entscheidend darauf ankam, wie die Begriffe Fehler und Schaden nach der europäischen Produkthaftungsrichtlinie 85/374/EWG und dem nationalen Produkthaftungsgesetz auszulegen sind, setzten sie die Verfahren aus, um diese Frage vom EuGH klären zu lassen (siehe dazu *G+G 10/2013, Seite 38–39*). Die Luxemburger Richter entschieden

im März dieses Jahres, dass Hochrisiko-Produkte bereits dann als fehlerhaft einzustufen sind, wenn sie aus einer potenziell fehlerhaften Produktserie oder Modellreihe stammen. Der Schadensersatzanspruch umfasse alles, was erforderlich ist, um die Schadensfolgen zu beseitigen und das Sicherheitsniveau wieder herzustellen (C-503/13 und C-504/13; siehe dazu *G+G 4/2015, Seite 38–39*).

Ausfallrisiko deutlich erhöht. Dem hat sich der BGH nun angeschlossen. Wie der Luxemburger Gerichtshof wiesen auch die Bundesrichter auf die lebenswichtige Funktion der Geräte und die damit verbundene besondere Verletzlichkeit der Patienten hin. Die Vorinstanzen hätten zu Recht angenommen, dass sämtliche Produkte aus einer Gruppe oder Serie als fehlerhaft gelten können, wenn ein nennenswert erhöhtes Ausfallrisiko oder eine Fehlfunktion festgestellt worden ist. Nach dem vorgelegten Sachverständigengutachten sei die Ausfallwahrscheinlichkeit der betreffenden Herzschrittmacher bis zu 20-mal höher als üblich. Ob die ausgetauschten Geräte tatsächlich Fehler gehabt hätten, müsse nicht in jedem Einzelfall nachgewiesen werden.

Sicherheitsstandards nicht eingehalten. Auch könne sich das Unternehmen nicht darauf berufen, dass bei Markteinführung der Produkte im Jahr 1999 der Feh-

TIPP FÜR JURISTEN



Rechtsprechung zur UN-Behindertenrechtskonvention, Bundesteilhabegesetz, Reform von Teilhabeleistungen – diese und weitere Themen behandelt die Tagung „Inklusion von Menschen mit Behinderung als Querschnittsaufgabe des Sozialrechts“ des Deutschen Sozialrechtsverbandes. Sie findet am 8. und 9. Oktober in Hamburg statt. Mehr Informationen: www.sozialrechtsverband.de > Termine

ler nach wissenschaftlichem und technischen Stand nicht erkennbar gewesen sei und deshalb keine Ersatzpflicht bestehe (Paragraf 1 Absatz 2 Nummer 5 Produkthaftungsgesetz). Denn nach dem vorgelegten Sachverständigengutachten hätten die eingebauten Teile zur hermetischen Versiegelung der Geräte schon bei Markteinführung nicht den geltenden und notwendigen Sicherheitsstandards entsprochen. Bereits damals wäre es möglich gewesen, bei einer höheren Qualität der Materialien oder Fertigungsprozesse sichere Bauteile zur hermetischen Versiegelung herzustellen.

Patientenschutz großgeschrieben. Zudem, so der BGH weiter, handle es sich bei den Operationskosten für den Austausch der Geräte um einen durch Körperverletzung verursachten Schaden. Der EuGH habe bindend entschieden, dass der in der europäischen Produkthaftungsrichtlinie verwendete Begriff des „durch Tod und Körperverletzung verursachten Schadens“ zum Schutz der Verbraucher weit auszulegen sei. Der Schadensersatz bei fehlerhaften Medizinprodukten schließe die Kosten im Zusammenhang mit dem Austausch mit ein.

Noch Klärungsbedarf beim Defibrillator. Den Fall des ausgetauschten Defibrillators verwies der BGH an das Oberlandesgericht zurück. Zwar stehe unzweifelhaft fest, dass das Produkt aus einer Serie mit einem fehlerhaften Bauelement stamme. Im Unterschied zu den Herzschrittmachern habe der Hersteller jedoch lediglich empfohlen, den Magnetschalter zu deaktivieren. Ob dies zum Schutz des Patienten ausgereicht hätte, müsse die Vorinstanz noch klären. ■

Kommentar: Die beiden Grundsatzentscheidungen des Bundesgerichtshofs zum Fehlerbegriff im Produkthaftungsrecht sind wohl nicht nur auf Herzschrittmacher und Defibrillatoren anwendbar, sondern auf sämtliche Medizinprodukte der Risikoklassen IIb und III (Hochrisikoprodukte). Zudem ist davon auszugehen, dass Patienten und Kostenträger künftig zügiger ihre Schadensersatzansprüche bei fehlerhaften Produktserien durchsetzen können.

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

	INHALT	AKTUELLER STAND
E-HEALTH/GESUNDHEITSKARTE		
Entwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen, Bundestags-Drucksache 18/5293	Gesetzlich festgelegte Vergütung der Kliniken für das Erstellen elektronischer Entlassbriefe und der Ärzte für das Einlesen dieser Entlassbriefe als Anschubfinanzierung; Förderung Telemedizin; Ärzte-Pauschale für die sichere Übermittlung elektronischer Briefe; Öffnung der Gesundheitskarte für weitere Anwendungen und Gesundheitsberufe.	Erste Lesung im Bundestag war am 3.7.2015. Der Bundesrat hat am 10.7.2015 Stellung genommen.
KORRUPTION		
Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen, Bundesrats-Drucksache 360/15	Einführung der Straftatbestände der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen im neuen Paragrafen 299a beziehungsweise 299b Strafgesetzbuch; drei bis fünf Jahre Haft je nach Schwere der Tat; alle Heilberufe einbezogen.	Das Bundeskabinett hat am 29.7.2015 beschlossen, den Gesetzentwurf in die parlamentarische Beratung einzubringen.
KRANKENHÄUSER		
Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG), Bundestags-Drucksache 18/5372	Qualitätszu- und -abschläge bei Vergütung; Entwicklung von Qualitätsindikatoren durch GBA für Klinikplanung der Länder; Mindestmengenregelung; Pflegestellen-Förderprogramm; Möglichkeit befristeter Krankenhausindividueller Zuschläge; Zuschläge für Häuser mit Notfallversorgung; Halbierung des Investitionsabschlags für Kliniken bei ambulanter Vergütung auf fünf Prozent; neue Korridor Grenzen für Landesbasisfallwerte; Strukturfonds für Umbau der Kliniklandschaft.	Erste Lesung im Bundestag war am 2.7.2015. Der Bundesrat hat am 10.7.2015 Stellung genommen.
PALLIATIVVERSORGUNG		
Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG), Bundestags-Drucksache 18/5170	Palliativversorgung als GKV-Regelversorgung; im ambulanten Bereich Vereinbarung zusätzlich vergüteter Leistungen durch gemeinsame Selbstverwaltung; GBA-Richtlinie zu Leistungen; Erhöhung Mindestzuschuss der Kassen an Hospize; krankenhausesindividuelle Entgelte für Palliativstationen; Pflicht der Kassen zur Versichertenberatung; Kooperationsverträge Pflegeheime und Ärzte.	Der Bundesrat hat am 12.6.2015 Stellung genommen. Erste Lesung im Bundestag war am 17.6.2015.
PFLEGE		
Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) Bundesrats-Drucksache 354/15	Neuer Pflegebegriff; fünf Pflegegrade; Erfassung der körperlichen, geistigen und psychischen Einschränkungen bei der Begutachtung; höhere Leistungsbeträge; Beratungsanspruch pflegender Angehöriger gegenüber Pflegekassen; Beitragszahlungen der Pflegekassen für Angehörige, die Pflegebedürftige zu Hause pflegen, in die Arbeitslosen- und Rentenversicherung.	Das Bundeskabinett hat am 12.8.2015 beschlossen, den Gesetzentwurf in die parlamentarische Beratung einzubringen.

Stand: 4.9.2015



Internet-Tipp

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

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

HESSEN

Betriebe setzen auf Gesundheitslotsen

Laut Prognosen des Statistischen Bundesamtes leben in Deutschland im Jahr 2060 noch knapp 65 Millionen Menschen. Sie sind dann im Schnitt deutlich älter als heute – ein Befund, der auch viele Arbeitgeber beschäftigt. Denn schon jetzt ist fast jeder dritte Arbeitnehmer über 50 Jahre alt. Betriebe sind deshalb immer stärker auf ältere Mitarbeiter angewiesen. Das Regionalmanagement Nordhessen, die AOK Hessen und die Evangelische Kirche von Kurhessen-Waldeck reagieren auf diese Entwicklung mit den „Gesundheitslotsen“: Sie können von kleinen und mittelständischen Firmen eingesetzt werden und fungieren als zentrale Ansprechpartner beim Thema Gesundheit. Ziel: Die Beschäftigten sollen möglichst gesund altern. Davon haben sie selber wie auch ihre Familien und ihre Arbeitgeber etwas. „Nur wer in Sachen betrieblicher Gesundheitsförderung ausgebildet ist und weiß, wie man existierende Probleme angehen kann, hilft den Be-



Neues Projekt: Gesundheitslotsen stehen Mitarbeitern für Fragen rund die Gesundheit bereit.

trieben auch weiter“, betonte **Dirk Handschuh**, verantwortlich für betriebliche Gesundheitsförderung bei der AOK Hessen. Die Gesundheitskasse unterstützt als Kooperationspartner die Ausbildung der Gesundheitslotsen und bringt über ihren Service „Gesunde Unternehmen“ wichtiges Know-how mit ein. ■

NORDWEST

Gründe für Klinikaufenthalte

Kreislaufkrankungen waren 2014 der häufigste Grund für einen Krankenhausaufenthalt in Schleswig-Holstein. Mehr als 30.600 Versicherte der AOK mussten deshalb statio-

när behandelt werden. Dahinter lagen als Ursache für den stationären Aufenthalt Krankheiten des Verdauungssystems (17.614) und psychische Störungen (17.015). Zudem wurden Patienten wegen Verletzungen (16.257), Krankheiten des Bewegungsapparates (15.757) und Neubildungen von Krebs (15.672) in der Klinik aufgenommen. ■

BADEN-WÜRTTEMBERG

Krankenhäuser bekommen genug

Forderungen, den Krankenkassen bei den Betriebskosten der Kliniken noch stärker in die Tasche zu greifen, hat die AOK Baden-Württemberg eine klare Absage erteilt. Das von den Kassen aufgewendete Finanzvolumen sei ausreichend, wenn es nicht teils für Investitionen zweckentfremdet, sondern vollumfänglich zur Deckung der Betriebskosten verwendet würde. Vorrangig gehe es um mehr Qualität im System. Allein in Baden-Württemberg erhalten die Häuser dieses Jahr rund acht Milliarden Euro von den Kassen, mehr als 3,6 Milliarden Euro trägt die AOK. ■

AOK aktuell

Hausarztvertrag für Hamburg unterzeichnet

Der Hausärzterverband Hamburg und die AOK Rheinland/Hamburg haben einen neuen Vollversorgungsvertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung geschlossen. Der Vertrag tritt am 1. Oktober in Kraft. Die Teilnahme daran ist für Versicherte und Hausärzte in der Hansestadt freiwillig. Festgelegt wurde, dass der Hausarzt den gesamten Behandlungsprozess des Patienten koordiniert, was zu einer weiteren Steigerung der Qualität in der Versorgung führen soll. Die Vergütungsstruktur sieht feste Pauschalen vor sowie Zuschläge für das Vorhalten einer Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH). Auch Einzelleistungen wie Haus- oder Heimbefuche werden finanziell berücksichtigt. „Der HZV-Vertrag

ist ein weiterer Schritt, um die Qualität der Versorgung der Patientinnen und Patienten in Hamburg zu verbessern und gleichzeitig den Hausärztinnen und Hausärzten eine angemessene Vergütung zu garantieren“, sagte **Dr. Frank Stüven**, 1. Vorsitzender des Hausärzterverbandes Hamburg. Auch **Matthias Mohrmann**, Vorstandsmitglied der AOK Rheinland/Hamburg, zeigte sich erfreut. „Durch die ausgesprochen konstruktive Zusammenarbeit in der Vertragsgestaltung ist es gelungen, Inhalte und Lösungen zu schaffen, die sich an den Bedürfnissen unserer Versicherten orientieren.“ ■



Unterstützung für Hospizdienste

Der Wunsch, im Falle einer sehr schweren Erkrankung in Würde und ohne Angst und Schmerzen zu sterben, hat offenbar einen unverändert hohen Stellenwert für viele Menschen – trotz oder vielleicht gerade wegen der aktuellen Debatte um die Sterbehilfe. Dieses Resümee zieht die AOK Niedersachsen aus den Daten des vergangenen Jahres für das ambulante Hospizwesen. Danach stieg allein die Zahl der ehrenamtlichen Sterbebegleiter im Vergleich zum Vorjahr 2013 um fast 7,7 Prozent auf 3.174 Frauen und Männer. Die Zahl der Sterbebegleitungen nahm um fast 15 Prozent auf 3.424 Einsätze zu. Gesetzliche Krankenkassen und neuerdings auch private Krankenversicherer unterstützen die Arbeit der ambulanten Hospizdienste. Der rückwirkend gezahlte Förderbetrag beläuft sich für ganz Niedersachsen auf knapp 4,5 Millionen Euro, wovon die AOK rund 1,4 Millionen Euro trägt. ■

Stiftungslehrstuhl hat sich bewährt

Der vor sechs Jahren von der AOK Bayern und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) geschaffene Stiftungslehrstuhl für Allgemeinmedizin an der Technischen Universität München hat sich laut Initiatoren als feste Einrichtung in der Aus- und Weiterbildung von Hausärzten etabliert. Zum 1. Juli 2015 ist der Stiftungslehrstuhl daher in einen ordentlichen Lehrstuhl umgewandelt worden. AOK



Zuwendung für sterbensranke Menschen: Die Krankenkassen unterstützen die Arbeit ambulanter Hospizdienste.

Bayern und KVB hatten den Stiftungslehrstuhl jeweils mit über 930.000 Euro finanziert. Besonderer Dank gelte dem Lehrstuhlinhaber **Professor Dr. Antonius Schneider**. Er und sein Team hätten „mit viel Pioniergeist, großem Enthusiasmus und neuen Ideen eine solide Basis für die Etablierung des Lehrstuhls geschaffen“, erklärten die beiden Verwaltungsratsvorsitzenden der AOK Bayern, **Ivor Parvanov** und **Fritz Schösser**. Dabei erstreckten sich die Forschungsthemen nicht allein auf den hausärztlichen Bereich. ■

Mangel an Spendern von Stammzellen

Rund 5,6 Millionen Bundesbürger sind derzeit als Stammzellenspender registriert. In zehn Jahren wird ein Großteil der Spender aus den Datenban-

ken gelöscht sein, da sie die Altersgrenze erreicht haben. Neue Spender können nur über „Typisierungen“ aufgenommen werden. Diese Arbeit aber ist auf Spendengelder angewiesen. Um mehr Typisierungsaktionen im Land zu finanzieren, haben die Krebsgesellschaft Sachsen-Anhalt, der Verein Miteinander-Füreinander und die AOK jetzt ein Spendenkonto eingerichtet. Eine Typisierung brauche wenig Zeit, koste aber meist etwa 50 Euro pro Person. Dies verhindere große Typisierungsaktionen, so **Sven Weise** von der Krebsgesellschaft Sachsen-Anhalt. „Wir möchten nicht, dass ein vergleichsweise geringer Betrag über Leben und Tod von Blutkrebskranken entscheidet. Daher haben wir gemeinsam mit unseren Partnern ein Spendenkonto eingerichtet“, so **Traudel Gemmer**, Vorsitzende des Landesverbandes für Krebs-selbsthilfe Sachsen-Anhalt e.V. „Miteinander-Füreinander“. ■

Neues Wundzentrum eröffnet

Vor allem ältere Menschen leiden an chronischen Wunden, die oft über Monate und sogar Jahre nicht verheilen. Auf drei bis vier Millionen wird die Zahl der Betroffenen in Deutschland geschätzt. Im Berliner Centrum für Gesundheit (CfG) hat die AOK Nordost deshalb für ihre Versicherten ein neues Wundzentrum eröffnet, das auf die Behandlung offener Beine spezialisiert ist. Geleitet wird das Zentrum, das zweimal in der Woche umfangreiche Sprechzeiten anbietet, vom Facharzt für Allgemeinmedizin und Gefäßkrankungen **Dr. Ullrich Katz**. Mithilfe einer umfassenden Anamnese sollen im Wundzentrum mögliche Ursachen für Wundheilungsstörungen aufgenommen werden, um darauf aufbauend ein individuelles Therapiekonzept für den Patienten zu erstellen. **Infos: www.cfg-berlin.de** ■

Telegramm

+++ Die AOK Bremen/Bremerhaven und das Rotes Kreuz Krankenhaus Bremen haben in Kooperation mit der Firma Panolife ein computergestütztes 360-Grad-**Panorama-Schulungsprogramm für Krankenhausmitarbeiter** zum Thema Hygiene entwickelt. Hintergrund ist eine verbreitete hohe Zahl resistenter Krankenhauskeime, die seit Jahren schwere Erkrankungen oder gar Todesfälle verursachen. +++ Die AOK-Gemeinschaft setzt ihre erfolgreichen **Arzneimittelrabattverträge** fort: Ende Juli veröffentlichte die AOK Baden-Württemberg für alle AOKs die Ausschreibung der mittlerweile 15. Tranche im Europäischen Amtsblatt. Sie umfasst 117 Wirkstoffe und Wirkstoffkombinationen, aufgeteilt in 119 Fachlose. Das AOK-Umsatzvolumen für die betreffenden Arzneimittel lag zuletzt bei 2,2 Milliarden Euro.

Kindergesundheit
Die Abschaffung der Kindheit

Rennen, Toben, Plappern, Balgen – all das sind natürliche Impulse von Kindern. Sie zeugen von ihrer Lebensfreude und Neugier. Immer häufiger aber wird das, was ein Kind ausmacht, als Krankheit defi-



niert. Beate Frenkel und Astrid Randerath haben recherchiert, warum aus einem verträumten Kind zuweilen schnell ein krankes wird. In den vergangenen 20 Jahren sind die Verordnungen von Medikamenten gegen die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) um mehr als das 40-Fache in die Höhe

geschwunden. Probleme scheinen per Rezept lösbar zu sein. Das erhöht den Druck auf alle Beteiligten. Eltern sorgen sich rund um die Uhr darum, dass ihre Kinder keine Chance auf eine spätere Karriere verpassen. Erzieherinnen und Lehrer wollen nichts übersehen und melden jede Auffälligkeit. Ärzte glauben, mit Diagnose und Verordnung helfen zu können. Dieser Druck in unserer Gesellschaft, sich in allen Lebensbereichen zu optimieren, kann schnell auf Kosten der Kinder gehen. Etwa wenn Wirkstoffe in den ADHS-Arzneien die gesamte Hirnleistung dämpfen und betroffene Kinder dann ihrer natürlichen Entwicklung beraubt werden. Die besseren Rezepte wären kreative Angebote im Bildungswesen. An der Evangelischen Schule Berlin Zentrum beispielsweise gibt es Schulfächer, die „Herausforderung“ oder „Verantwortung“ heißen. Die Kinder können dort ihre Gestaltungskraft wieder spüren.

Beate Frenkel, Astrid Randerath: Die Kinderkrankmacher. 2015. 272 Seiten. 19,99 Euro. Herder Verlag, Freiburg im Breisgau.

Ökonomisierung
Ärzte werden zu Managern

Der Perspektivwechsel geht subtil vonstatten. Die Ökonomisierung im Gesundheitswesen fördert ein Denken, das die ärztliche Tätigkeit aushöhlt. Der Medizinethiker Giovanni Maio analysiert, wie sich die fortlaufenden kostendämpfenden Reformen auswirken: Ärzte werden zu Managern von ausgefeilten, messbaren Prozeduren. Die zunehmend naturwissenschaftliche Ausrichtung der Medizin hatte sie zuvor für alles Messbare verführbar gemacht. Sie sollen pflichtgemäß handeln, sich jedoch nicht persönlich engagieren. Der Patient wird als mündiger Kunde definiert, der selbst in gesundheitlichen Krisen rational entscheiden kann. Das entscheidende Kriterium der Gesundheitsindustrie ist, ob sich mit dem Kranken satte Gewinne oder derbe Verluste einfahren lassen. Die Krankenkassen sind zur zentralen Steuerungsmacht geworden, aber vernachlässigen ihre Aufgabe, für jene Rahmenbedingungen zu sorgen,



die eine gute Medizin ermöglichen. Sie kontrollieren die Ärzte in ihren Inhalten und normieren streng, welche Leistungen der Patient wie lange erhält. Die medizinische Hilfe ist vor allem, so Giovanni Maio, eine Investition in den Bewusstseinsprozess des Patienten und das Gespräch der Kern der ärztlichen Tätigkeit. Erst aus der Beziehung zwischen Arzt und Patient entwickeln sich neue Sichtweisen und die passenden Behandlungswege. Ökonomisches Denken ist notwendig, aber muss die Grenzen erkennen.

Giovanni Maio: Geschäftsmodell Gesundheit. 2014. 164 Seiten. 8,99 Euro. Suhrkamp Verlag, Berlin.

SEMINARE | TAGUNGEN | KONGRESSE

■ DEUTSCHER KONGRESS FÜR VERSORGFORSCHUNG	Innovation im Gesundheitswesen, Evaluation von Versorgungsstrukturen und -konzepten	7.–9.10.2015 Berlin	Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V. Organisation: m:con, Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim	Tel.: 06 21/4 10 63 01 Fax: 06 21/4 10 68 03 01 ana.toshkova@mcon-mannheim.de www.dkvf2015.de
■ FACHSYMPOSIUM „INNOVATIONEN DURCH DIGITALISIERUNG“	Chancen und Nebenwirkungen der digitalisierten Medizin, Rolle der Kassen, Best-Practice-Modelle	8.10.2015 Leipzig	Gesundheitsforen Leipzig GmbH Hainstraße 16 04109 Leipzig	Tel.: 03 41/9 89 88–332 Fax: 03 41/9 89 88–9199 pollak@gesundheitsforen.net www.gesundheitsforen.net
■ 13. GESUNDHEITSPFLEGE-KONGRESS	Digitalisierung in der Pflege, Entlastung pflegender Angehöriger, Patientenorientierung, Pflegeberufegesetz	9.–10.10.2015 Hamburg	Springer Medizin Organisation: Urban & Vogel GmbH Heidelberger Platz 3 14197 Berlin	Tel.: 0 30/8 27 87–5510 Fax: 0 30/8 27 87–5511 andrea.tauchert@springer.com www.gesundheitskongresse.de
■ BETRIEBLICHES GESUNDHEITSMANAGEMENT	Psychische Gefährdungsbeurteilung, Ursachen von Stress, Burnout und Depression, Gesundheits-Apps	27.–28.10.2015 Köln	MCC – The Communication Company Scharnhorststraße 67a 52351 Düren	Tel.: 0 24 21/1 21 77–0 Fax: 0 24 21/1 21 77–28 mcc@mcc-seminare.de www.mcc-seminare.de > Gesundheit
■ 20. HANDELSBLATT-JAHRESTAGUNG „HEALTH 2015“	Reformgesetze, GKV-Finanzierung, Kassenwettbewerb, Pflege, Arzneimittelversorgung, E-Health	4.–5.11.2015 Berlin	Handelsblatt Organisation: Euroforum Deutschland, Postfach 11 12 34 40512 Düsseldorf	Tel.: 02 11/96 86–35 77 Fax: 02 11/96 86–40 40 anmeldung@euroforum.com www.health-jahrestagung.de/anmeldung

Technische Assistenz Marktpotenzial der Pflegebedürftigen

Rund 2,6 Millionen Pflegebedürftige gibt es bereits, bis 2030 wird nochmals eine Million hinzukommen. Bislang werden rund zwei Drittel der Pflegebedürftigen zu Hause versorgt – zum Großteil durch die Angehörigen selbst. Nur etwa 600.000 nehmen punktuell professionelle ambulante Dienste in Anspruch. Einige Pflegebedürftige haben bereits Messgeräte zu Hause – etwa für den Blutzucker. Andere vertrauen auf einen Hausnotruf. Manche schützen sich und ihr Haus durch Sensoren in der



Küche. GesundheitsökonomInnen sehen in der großen Zahl von Pflegebedürftigen ein „Marktpotenzial“ für die Gesellschaft: Altersgerechte Assistenzsysteme können, so die Logik, den Alltag in den eigenen vier Wänden erleichtern und den Informationsaustausch mit Ärzten und Pflegenden verbessern. Nutznießer seien die Pflegebedürftigen selbst, da die Technik die Betreuungszeit verkürze und sie weniger auf die Hilfe Dritter angewiesen wären. Arbeitgeber und Kassen könnten angesichts von Fachkräftemangel und hohen Versorgungskosten profitieren. Uwe Fachinger, Klaus-Dirk Henke und ihre Mitautoren

haben in ihrer Studie das Potenzial dieses neuen Gesundheitsmarktes untersucht und räumen Anbietern sowie Dienstleistern Chancen ein, zumindest eine zahlungsbereite Zielgruppe zu erreichen. Auch erscheint es ihnen denkbar, dass bestimmte Assistenzsysteme langfristig in die Regelversorgung überführt werden könnten.

Uwe Fachinger, Klaus-Dirk Henke et al.: **Gesund altern: Sicherheit und Wohlbefinden zu Hause.** 2015. 242 Seiten. 59 Euro. Nomos Verlag, Baden-Baden.

Kapitalismus-Kritik Fürsorge in Zeiten der Krise

Die Wachstumsraten steigen und mit ihnen die prekären Lebensverhältnisse: Unser profitorientiertes Wirtschaftssystem fördert jedoch nicht die allgemeine Lebensqualität, sondern treibt die gesamte Gesellschaft ins Hamsterrad. Gabriele Winker betrachtet das Gesundheitswesen im Kontext der andauernden Finanzkrise, die durch ein Anhäufen des Kapitals und dessen mangelnde Verwertung ausgelöst wurde. Fürsorgende Tätigkeiten haben darin keinen Wert. Während sich aus ärztlichen Leistungen noch Gewinne ziehen lassen, werden pflegende



und fürsorgende Tätigkeiten aus der Solidarität verabschiedet und ins Private übergeben. Hoffnung macht, dass der Kapitalismus selbst den Wandel in dieser Handlungslogik auf die Agenda setzt, denn das System braucht gesunde, qualifizierte und motivierte Fachkräfte. Am Beispiel von

mehreren Initiativen, die die zwischenmenschlichen Beziehungen ins Zentrum ihrer Aufmerksamkeit stellen, macht das Buch auch Mut, die Verhältnisse neu zu gestalten.

Gabriele Winker: **Care Revolution.** 2015. 208 Seiten. 11,99 Euro. transcript Verlag, Bielefeld.

Zeitschriftenschau

■ Künstliche Befruchtung: Eingeschränkte Kostenübernahme ist rechtens

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen nur bei Ehepaaren mit unerfülltem Kinderwunsch 50 Prozent der Kosten für eine künstliche Befruchtung. Christiane von der Tann untersucht, ob die Ungleichbehandlung von nichtehelichen Lebensgemeinschaften, gleichgeschlechtlichen Partnerschaften und Alleinstehenden mit der Verfassung vereinbar ist. Entsprechende Leistungen Eheleuten vorzubehalten, stellt nach Ansicht der Anwältin für Medizinrecht keinen Verstoß gegen den Gleichheitsgrundsatz des Grundgesetzes dar. Die Leistungen der Krankenversicherung seien gesetzlich festgelegt, und die Kassen könnten den Leistungskatalog auch nicht im „Alleingang“ ausweiten.

Neue Juristische Wochenschrift 26/2015, Seite 1850–1854

■ Pille danach: Werbeverbot ist europarechtlich bedenklich

Nachdem die Europäische Kommission die Rezeptpflicht für die „Pille danach“ (ellaOne®, Wirkstoff: Ulipristal) aufgehoben hat, können Frauen auch in Deutschland Notfallkontrazeptiva verschreibungsfrei beziehen. Rechtsanwalt Dr. Christian Tillmanns aus München geht der Frage nach, ob das im Heilmittelwerbegesetz verankerte Werbeverbot für die „Pille danach“ mit dem Europarecht und dem Grundgesetz vereinbar ist. Seine Antwort: Nein. Zudem sei das Verbot unverhältnismäßig.

Arzneimittel & Recht 2/2015, Seite 74–78

■ Krankenhausabrechnung: Vergütungsstruktur begünstigt Fehler

Der Münchner Universitätsprofessor für Strafrecht und Kriminologie Ralf Kölbl stellt die Ergebnisse einer Studie aus den Jahren 2010 bis 2013 über Abrechnungsverstöße im Krankenhaus dar. Abrechnungsfehler seien bereits in der Vergütungssystematik angelegt. Diagnostisch-therapeutische Uneindeutigkeiten im Fallpauschalen-System spielten eine große Rolle, sodass es zu einem „Hochrechnen“ durch die Krankenhäuser und einem „Runterprüfen“ durch die Kassen käme. Da ein strafrechtlich relevantes manipulatives Abrechnungsverhalten Krankenkassen wirtschaftlich schädigt, sollten in Betrugsfällen häufiger als bisher strafrechtliche Ermittlungen aufgenommen werden, um so Druck auf die selbstregulativen Prozesse der Kliniken auszuüben.

Zeitschrift für Medizinstrafrecht (medstra) 1/2015, Seite 4–10

■ Klinikkosten: Mehrleistungsabschluss verfehlt Wirkung

Um Ausgabensteigerungen im stationären Sektor zu verringern, hat der Gesetzgeber unter anderem einen Mehrleistungsabschluss in Höhe von 25 Prozent vorgesehen (Paragraf 4 Absatz 2a Krankenhausentgeltgesetz). Die zahlreichen gesetzlich vorgesehenen Ausnahmetatbestände führen jedoch nach Ansicht der Rechtsanwälte Dr. Reimar Buchner und Dr. Jan-Peter Spiegel zu Rechtsunsicherheit und zum Streit zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern und relativierten die Steuerungswirkung des Abschlags. Um dem entgegenzuwirken, müssten die Ausnahmetatbestände eng ausgelegt und in ihrem Anwendungsbereich klar voneinander abgegrenzt werden.

ZMGR – Zeitschrift für das gesamte Medizinrecht 3/2015, Seite 181–189

Patientennutzen als Maßstab

Mehr medizinische Leistungen bringen nicht unbedingt mehr Gesundheit, meint **Detlev Michael Albrecht**. Der Klinikvorstand empfiehlt, das System am Patientennutzen zu messen. Referenz ist für ihn das US-amerikanische Konzept Value-based healthcare.

Die hochwertige medizinische Versorgung in Deutschland ist angesichts der demografischen Entwicklung und steigenden Kosten im Gesundheitssystem gefährdet. Hohe Gesundheitsausgaben führen nicht automatisch zu hoher Versorgungsqualität und -effektivität. So bestehen im deutschen Gesundheitssystem Effizienzverluste durch die starre sektorale Trennung, durch fehlendes Wissen über die Effektivität von Interventionen unter Routinebedingungen und durch eine häufig unzureichende oder zu zögerliche Umsetzung kosteneffektiver Innovationen in die Regelversorgung. Die Politik ist herausgefordert, die Gesundheitsversorgung durch eine bessere Koordination der Strukturen über die Sektorengrenzen hinweg und durch eine strukturierte Arbeitsteilung zwischen Medizin und Pflege zu verbessern und zukunftssicher zu machen.

Ergebnisse gemeinsam verantworten. Um dieses Ziel zu erreichen, lohnt ein Blick auf das vom US-amerikanischen Ökonomen Michael Porter beschriebene Prinzip der „Value-based healthcare“. Vor dem Hintergrund des notwendigen Strukturwandels im deutschen Gesundheitssystem bietet Value-based healthcare Ansätze für eine sektoren- und berufsübergreifende, am Patientennutzen orientierte Gesundheitsversorgung. Aus Patientenperspektive geht es um ein Mehr an Gesundheit, nicht um ein Mehr an medizinischer Versorgung. Value-based healthcare erklärt die Maximierung des Nutzens für die Patienten als grundlegendes Ziel eines Gesundheitssystems. Dieser Nutzen wird – in der Sprache der Wirtschaftswissenschaften – als Qualität der Behandlungsergebnisse je Patient relativ zu den anfallenden Gesamtkosten des vollständigen Versorgungszyklus definiert. Der Nutzen bemisst sich über den vollständigen Versorgungszyklus, der sich über ambulante und stationäre

Leistungserbringer von der Prävention bis hin zur Rehabilitation erstreckt. Es bedarf daher einer besseren Koordination der Leistungen und der Leistungserbringer, die die Behandlungsergebnisse und -kosten gemeinsam verantworten.

Qualitätsdaten veröffentlichen. Um in Deutschland eine nutzenorientierte und kosteneffiziente Gesundheitsversorgung sicherzustellen, müssen die Abläufe sektoren- und berufsübergreifend abgestimmt werden. Fragmentierte Strukturen innerhalb der Behandlungskette und daran geknüpfte Einzelinteressen gilt es abzubauen. Eine weitere Voraussetzung ist, die Ergebnisqualität und die Kosten auf Patientenebene über den gesamten Versorgungszyklus hinweg aussagekräftig zu messen.

Im Sinne einer Value-based healthcare ist die derzeitige gesundheitspolitische Intention weg von einer ausschließlich internen Nutzung und Berichterstattung von Qualitätsdaten, hin zu deren öffentlichen Darstellung auf Ebene der Ärzte und Kliniken und einer damit verbundenen qualitätsorientierten Vergütung zu begrüßen. Dazu müssen Qualitätsindikatoren eine hohe Güte und Aussagekraft aufweisen. Gültigkeit, Verlässlichkeit und Interpretierbarkeit sind jedoch für die derzeit in Deutschland eingesetzten Qualitätsindikatoren weitestgehend unbekannt. Es ist daher zu begrüßen, dass über die freiwillige Initiative „Qualitätssicherung mit Routinedaten“ (QSR) des Wissenschaftlichen Instituts der AOK hinaus in der gesetzlichen Qualitätssicherung sektorenübergreifende Qualitätsindikatoren angewendet werden.

Netzwerke fördern. Die derzeit übliche Qualitätsmessung auf Ebene eines Leistungserbringers reicht nicht aus. Alle am Behandlungsprozess beteiligten Ärzte und Kliniken sollten gemeinsam Verantwortung dafür tragen, das bestmögliche Ergebnis zu erzielen. In sektorenübergreifenden Netzwerken, wie beispielsweise dem Carus Consilium Sachsen, ist dies gängiges Prinzip. Solche Netzwerke sollten gefördert, die starre sektorale Trennung aufgelöst und damit ein seit langem bestehender Strukturfehler des deutschen Gesundheitssystems überwunden werden. Eine stärkere Verzahnung der vorhandenen ambulanten und stationären Strukturen verringert überdies die Gefahr einer regionalen medizinischen Unter- beziehungsweise Überversorgung. ■

Prof. Dr. Detlev Michael Albrecht ist Medizinischer Vorstand am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der TU Dresden und Erster Vorsitzender des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands.
Kontakt: info@uniklinikum-dresden.de

Leserforum



Ihre Meinung ist gefragt.

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

Oder schreiben Sie uns:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



G+G 7-8/2015

Pflege ohne Gewalt

Pflege zwischen Macht und Ohnmacht

Mit großem Interesse habe ich ihren Beitrag über Gewalt in der Pflege gelesen. Besonders erstaunt hat mich die Auflistung unterschiedlicher Formen von Gewalt, die zum Beispiel bewusste Nichtbeachtung oder das finanzielle Ausnutzen umfasst. Nun mag man darüber streiten, ob „Gewalt“ im engeren Sinne für diese Formen von Geringschätzung eine zutreffende Begriffsdefinition ist. Vor Augen führt indes eine solche Betrachtung beziehungsweise Auflistung, wie sehr Macht und Ohnmacht in der Pflege beieinander liegen. Ähnlich wie bei der Erziehung von Kindern sollten sich Pflegenden bewusst machen, wie rasch sie bei Pflegebedürftigen Ohnmachtsgefühle hervorrufen können und wie Wut und Enttäuschung zum „Missbrauch“ der eigenen (Macht-)Position führen können. Dieser bewusste Umgang mit der eigenen pflegerischen Rolle scheint das Erfolgsrezept von Frau Tammen-Parr von der Beratungsstelle „Pflege in Not“ zu sein. Rollenabstand und das Vermeiden von eigener Überforderung gehören zu einem aufgeklärten Verständnis von Pflege dazu. Männer tun sich damit übrigens nach meiner Beobachtung leichter als Frauen. Sie bauen als Angehörige viel selbstverständlicher als Frauen Pausen in ihren Alltag ein – das entlastet und hilft, Aggressionen zu vermeiden. Nicht erstaunt bin ich darüber hinaus über die Rangfolge der Dringlichkeit, mit der sich die Gesellschaft um einzelne, besonders schutzbedürftige Gruppen kümmern

soll. Dass hier Kinder vor Senioren rangieren, ist angesichts zahlreicher Missbrauchsskandale in den letzten Jahren für jeden halbwegs aufmerksamen Zeitungsleser nachvollziehbar.
B. G.-S., Offenburg

G+G 6/2015

Der schönste Beruf sucht Nachwuchs

Tagein, tagaus in der Praxis

Wir müssen alle Hebel in Bewegung setzen, um auch in zehn, zwanzig oder mehr Jahren genug Ärztinnen und Ärzte für die ambulante Grundversorgung zu haben. So schön es ist, dass sich viele Frauen für ein Medizinstudium entscheiden, und so schön es ist, dass nicht nur sie, sondern auch die Männer mehr Zeit für Familie haben wollen, so schwierig ist es für die Patienten. Eine mögliche Folge des Wunsches nach Work-Life-Balance, den auch Ärzte haben, ist der Ausbau von Gemeinschaftspraxen, in denen angestellte Ärztinnen und Ärzte in Teilzeit arbeiten können. Das Problem: Ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis kann so kaum wachsen. Kommt ein Patient mit akuten Beschwerden, ist „seiner“ Ärztin vielleicht gerade nicht da. Ihr Kollege hat zwar alle Unterlagen, kann die aber auf die Schnelle kaum sichten. Das verlängert entweder das Anamnese-Gespräch, oder wichtige Informationen über den Patienten bleiben außen vor. Manchmal sehne ich mich zurück nach dem guten alten Hausarzt, der tagein, tagaus in seiner Praxis von sieben bis 19 Uhr Patienten empfing. Und in der Mittagspause notfalls auf Hausbesuch kam.
A. M., Celle

BECKs Betrachtungen



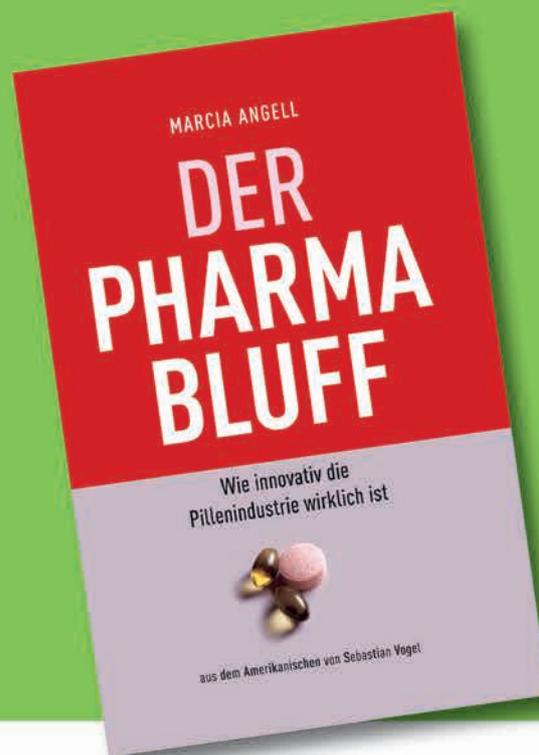
Der gebürtige Leipziger BECK studierte Architektur und Grafik, bevor er durch Veröffentlichungen in der »taz«, im »Eulenspiegel« und in der »Zeit« als Cartoonist und Illustrator bekannt wurde. Nach »Meister der komischen Kunst: BECK« (Verlag Antje Kunst-

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

Ist die neue Pille auch die bessere?

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

The New York Times



Ja, ich bestelle ...



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

Marcia Angell **Der Pharma-Bluff**

Wie innovativ die Pillenindustrie wirklich ist

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

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

(zzgl. 2,50 Euro Verpackung und Versand)

Lieferung gegen Rechnung per Bankeinzug

Vor- und Zuname

Straße, Haus-Nr.

PLZ

Ort

IBAN

BIC

Datum, Unterschrift

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

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

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

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



Das gesündeste Lieblingsgericht: Gemeinsamgekochtes

Kochen macht Spaß – auch Ihren Kindern. Gemeinsam kneten, würzen und anrichten – das fördert die Lust, Neues zu probieren. Sterneköchin Sybille Schönberger, Philipp Lahm und die AOK-Ernährungsexperten zeigen Ihnen kinderleichte Rezepte und praktische Tipps, wie aus gesund lecker wird.

Gesundheit in besten Händen

www.aok.de/familie