



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

PERSPEKTIVE

Wie die Politik Heil- und
Hilfsmittel aufwerten will

BILANZ

Warum der Klinikumbau
ins Stocken gerät

**Arzneimittel-
Stärkungsgesetz**

Etikettenschwindel

Warum die Arzneireform nicht hält,
was sie verspricht

Gesundheit ist unser Thema!

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

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

AOK-BUNDESVERBAND

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

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

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

AOK BADEN-WÜRTTEMBERG

Hauptverwaltung
Pressesprecher: Kurt Wesselsky

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

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

AOK BAYERN – DIE GESUNDHEITSKASSE

Zentrale
Pressesprecher: Michael Leonhart

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

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

AOK BREMEN/BREMERHAVEN

Pressesprecher: Jörn Hons

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

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

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN

Direktion
Pressesprecher: Ralf Metzger

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

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

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR NIEDERSACHSEN

Direktion
Pressesprecher: Carsten Sievers

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

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

AOK NORDOST – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecherin: Gabriele Rähse

Wilhelmstraße 1
10963 Berlin
presse@nordost.aok.de

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

AOK NORDWEST – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: Jens Kuschel

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

Tel. 0231/4193-10145

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

Tel. 0431/605-21171

AOK RHEINLAND/HAMBURG – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecherin: Antje Meyer

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

Tel. 0211/8791-1011

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

Tel. 040/2023-1401

AOK RHEINLAND-PFALZ/SAARLAND – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressereferent: Jan Rößler

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

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

AOK PLUS – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR SACHSEN UND THÜRINGEN

Pressesprecherin: Hannelore Strobel

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

Tel. 0800/10590-11144
Fax: 0800/1059002-104

AOK SACHSEN-ANHALT – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecherin: Anna-Kristina Mahler

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

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

Vom Heim zum Quartier

Bei Pflegebedürftigkeit sollten ambulante Wohnformen Vorrang haben, meint **Frank Schulz-Nieswandt**. Der Vorstandsvorsitzende des Kuratorium Deutsche Altershilfe sieht darin eine Voraussetzung für Teilhabe und Selbstbestimmung.

In vielen Leistungsbereichen des deutschen Sozialversicherungssystems gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“. Der Grund für diese Vorgabe ist rechtsphilosophischer Art und resultiert aus wissenschaftlichen Überlegungen, die die Natur des Menschen betreffen. Wir sprechen dem Menschen das Grundrecht auf Teilhabe, Selbstbestimmung und Selbstständigkeit zu. Seit der Französischen Revolution – unter dem Leitgedanken der Freiheit, Gleichheit und Solidarität – hat der Staat diese Grundrechte zu gewährleisten. Das macht den gesellschaftspolitischen Handlungsdruck zur Ambulantisierung und – umgekehrt – der De-Institutionalisierung beziehungsweise Ent-Hospitalisierung überaus deutlich. Dies ist eine der Hauptvisionen des

Die Ent-Hospitalisierung ist eine der Hauptvisionen des Inklusionsgedankens.

Inklusionsgedankens, der sich nicht nur auf Behinderungen beziehen lässt. Es geht vielmehr um den Abbau der sozialen Ausgrenzung überhaupt: von der frühen Kindheit bis zur Hochaltrigkeit, der Demenzversorgung und der Kultur des Sterbens, es geht um Menschen mit chronischen Erkrankungen, mit Pflegebedürftigkeit oder um sozio-ökonomische Armut. Es geht um die Frage des Gelingens eines Daseins als Homo patiens, als leidender Mensch.

Die rechtlichen Voraussetzungen sind nicht trivial. Sie stehen im Völkerrecht, im europäischen Recht, im Grundgesetz oder auch im Paragraf 1 Sozialgesetzbuch (SGB) I, der die Aufgaben des Sozialgesetzbuches beschreibt. Derzeit gestaltet der Gesetzgeber im Zuge der Wohn- und Teilhabegesetzgebungen der Länder rechtliche Fragen und die Frage der nachhaltigen Geschäftsmodelle für eine betriebsförmliche Umwandlung der regionalen Versorgungslandschaften. Vieles davon wird höchst kontrovers diskutiert.

Doch sind derartige rechtliche und wirtschaftliche Fragen ohnehin lediglich notwendige Voraussetzungen. Hinreichende Bedingung einer wirklichen Inklusion ist die kulturelle Offenheit für die Normalisierung des Wohnens der bislang oftmals stationär ausgegrenzten Menschen. Das ist ein

schwieriger sozialer Lernprozess voller Ambivalenzen und Zumutungen. Die psychodynamische Dimension des Problems ist nicht zu unterschätzen: Es geht um die soziale Fantasie eines gelingenden Miteinanders mit dem Anders- beziehungsweise Fremdartigen. Dabei spielen auch Gefühle wie Angst und Ekel eine Rolle.

Derzeit stehen häuslich-ambulante, zunehmend auch teilstationäre sowie stationäre Strukturen im SGB XI-Bereich nebeneinander. Die zwischen sozialen Gruppen und Generationen vermittelnden („alternativen“) Wohnformen im Alter, wie beispielsweise Wohngemeinschaften, gemeinschaftliches Wohneigentum oder Mehrgenerationenwohnen, zwischen privater Häuslichkeit einerseits und sich durchaus ausdifferenzierenden stationären Wohnformen andererseits sind in Deutschland immer noch unterentwickelt.

Ambulantisierung kann daher nur bedeuten, die Gewichte im Spektrum der Wohnformen im Alter zu verschieben (ambulant vor stationär). Die internationalen Erfahrungen zeigen, dass eine vollständige Auflösung stationärer Formen (ambulant statt stationär) kaum möglich ist. Ein fehlendes soziales Netzwerk macht einen Einzug ins Heim im Falle der Pflegebedürftigkeit heute wahrscheinlich. Umgekehrt kann daher eine De-Institutionalisierung nur gelingen, wenn das privat-häusliche oder gemeinschaftliche Wohnen im Alter im Rahmen von lokalen sorgenden Gemeinschaften als Hilfe-Mix sozialraumorientiert im Quartier oder Dorf gewährleistet wird. Das ist gesinnungsethisch die Norm. Verantwortungsethisch gesehen muss die De-Institutionalisierung aber auch gelingen, sonst drohen Vereinsamung und Verwahrlosung – das zeigen vielfache Erfahrungen.

So bleibt der Druck bestehen, alle Potenziale der De-Institutionalisierung zu verwirklichen und die verbleibenden stationären Strukturen im Geiste von Selbstbestimmung, Selbstständigkeit und Teilhabe des Menschen weiterzuentwickeln. ■



Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt, geboren 1958 in Bochum, Sozialwissenschaftler, ist seit April 2016 Vorstandsvorsitzender des Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA). Bereits seit 1998 engagiert sich Schulz-Nieswandt als Kurator des KDA. Er lehrt und forscht an der Universität zu Köln. Von 1996 bis 1998 war Schulz-Nieswandt beim Deutschen Zentrum für Altersfragen tätig, zuletzt als Wissenschaftlicher Direktor. In dieser Zeit war er Mitglied der Zweiten und Dritten Altenberichtscommission der Bundesregierung.

Kontakt: schulz-nieswandt@wiso.uni-koeln.de

Karte auf zwei Beinen



H.-B. Henkel-Hoving,
Chefredakteur

Ein alltäglicher Fall im deutschen Gesundheitswesen: Eine 81-jährige Dame will abends noch schnell etwas einkaufen, greift deshalb nur zum Gehstock statt zum Rollator. Auf dem Rückweg vom Supermarkt passiert prompt das Malheur – sie stürzt und zieht sich eine Fraktur des Beckenrings zu. Die Ärzte in der Notaufnahme geben zunächst Schmerzmittel und wollen sogleich

mehr über Vorerkrankungen der Patientin wissen. Aber wer ist der Hausarzt? Wo liegen die Krankenakten? Welche Medikamente nimmt die Frau ein?

Nur gut, dass es eine **elektronische Gesundheitskarte (eGK) auf zwei Beinen gibt – die Tochter der frisch eingelieferten Patientin**. Sie hat daheim alles stehen und liegen gelassen, ist 50 Kilometer zur Klinik gefahren und kann den Mediziner haargenau berichten, an was die Mutter alles krankt: Diabetes, Darmprobleme und Einschränkungen nach einem Schlaganfall. Informationen, die für die Behandlung – vorsichtig ausgedrückt – nicht unwichtig sind.

In dem oben geschilderten, realen Fall ist am Ende alles gut gegangen. Die menschliche eGK hat perfekt funktioniert – anders als die „echte“ Karte, deren Einführung seit Jahren auf sich warten lässt. Aber vielleicht ist das gar kein Unglück: Statt weiter Milliarden Euro in das Projekt eGK zu stecken, bekommen Angehörige künftig einfach von Kassen, Ärzten und Vater Staat einen **kleinen Obolus für das Führen der Patientenakte – plus Bonuszahlungen für eine leserliche Handschrift**.

In diesem – nicht ganz ernst gemeinten Sinne – verbleibt ein die Hoffnung auf digitalen Fortschritt nie aufgebender

Schmerzmittel und wollen sogleich



G+G-Leser kennen Stefan Boness' Bilder von Reportagen und Interviews. Doch der Fotojournalist zeigt in seinem jüngsten Buch eine andere Facette seiner Arbeit: die historische Architektur von Asmara, der Hauptstadt Eritreas. Einfach schön! www.jovis.de



Online-Trainer: Wie Eltern das Leben mit verhaltensauffälligen Kindern meistern können

MAGAZIN

12 COACH FÜR BRENZLIGE SITUATIONEN

Entspannter Leben mit einem Zappelphilipp: Ein neues Online-Programm hilft Eltern, den Alltag mit hibbeligen Kindern besser zu bewältigen.

Von Thomas Hommel

13 EIN GUTES MITEINANDER HÄLT GESUND

Arbeitsklima, Mitarbeiterorientierung und Co: Wie die Unternehmenskultur auf den Krankenstand wirkt, macht der neue Fehlzeiten-Report deutlich.

Von Markus Meyer

15 PAULI FÖRDERT DIE RÜCKKEHR IN DEN JOB

Das Reha-Programm PAULI fängt Arbeitnehmer mit psychischen Belastungen frühzeitig auf. Damit lassen sich lange Ausfallzeiten verhindern.

Von Susanne Werner

16 IDEEN ZUR INTEGRATION GESUCHT

Berliner Gesundheitspreis ausgeschrieben: AOK und Ärztekammer suchen gute Projekte, die Zuwanderern Wege in die Gesundheitsversorgung ebnet.

Von Anne Töpfer

17 „DEMENTZ FORDERT KLINIKEN HERAUS“

Demenzranke sind verwirrt, wenn sie in eine Klinik müssen. In einem Hannoveraner Krankenhaus stehen ihnen geschulte Begleiter zur Seite und geben ihnen ein wenig Geborgenheit, sagt Sigrid Müller-Zenner.

H.-B. Henkel-Hoving
henkelhoving@kompart.de

TITEL

18 VERÖFFENTLICHEN STATT VERBERGEN

Die Pharmaindustrie möchte ihre Arzneipreise unter der Decke halten. Das aber schadet dem Wettbewerb zwischen Herstellern und belastet die Beitragszahler.

Von Sabine Richard

THEMEN

24 THERAPIE MIT STOLPERFALLEN

Die Politik will die Heil- und Hilfsmittelversorgung verbessern. Ihr Reformvorhaben trifft teilweise ins Schwarze, schießt aber hier und da übers Ziel hinaus.

Von Bernd Faehrmann

32 KLINIKUMBAU MIT HINDERNISSEN

Seit Jahren bastelt der Gesetzgeber an neuen Krankenhausstrukturen. Doch auch die jüngste Reform lässt wichtige Fragen außen vor.

Von Jürgen Malzahn

RUBRIKEN

- 9 **Rundruf** Patientenverfügung: Mehr Klarheit im Ernstfall?
- 11 **Kommentar** Katastrophenfall: Schutzszenario mit Folgen
- 38 **Recht** Arzthaftung: Patientenwünsche haben Grenzen
- 40 **AOK-Notizen** Aktuelles aus Bund und Ländern
- 42 **Service** Bücher, Termine und mehr
- 44 **Debatte** Gute Pflege schließt Zähne ein
- 45 **Nachlese** Briefe an die Redaktion
- 45 **Impressum** Wer steckt hinter G+G?
- 46 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen



18

Arzneireform: Was gegen geheime Preise spricht



24

Heil- und Hilfsmittel: Welche Haken und Ösen die geplante Reform hat



32

Klinikreform: Warum der Umbau nur im Schneckentempo vorankommt

VERKEHRSTOTE

Ärzte empfehlen Handy-Diät

Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) betrachtet die vom Statistischen Bundesamt veröffentlichte Verkehrsunfallstatistik 2015 mit Sorge: 3.459 Menschen wurden danach vergangenes Jahr auf deutschen Straßen getötet – ein Anstieg um 2,4 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Die Bilanz zeige, dass Anstrengungen im Bereich der Unfallprävention nicht nachlassen dürften, so DGOU-Generalsekretär Professor Dr. Reinhard Hoffmann. Da viele der Unfälle auf eine Handy-Nutzung am Steuer zurückgingen, sei eine konsequente „Handy-Diät“ im Straßenverkehr nötig. „Wer bei Tempo 50 nur fünf Sekunden mit dem Handy beschäftigt ist, befindet sich mit seinem Auto 70 Meter im Blindflug.“ Der Griff zum Handy steigere das Unfallrisiko um das Fünffache, das Lesen und Schreiben von SMS um das Zehnfache. ■

BUNDESGERICHTSHOF

Klare Regeln für den letzten Willen

Schriftliche Verfügungen von Patienten, ob sie bei schweren Krankheiten weiterbehandelt werden möchten, müssen möglichst genau verfasst sein. Nur zu schreiben, dass „keine lebenserhaltenden Maßnahmen“ gewünscht sind, reiche nicht aus, entschied der Bundesgerichtshof. Bindend, so die Richter, seien die Festlegungen, wenn einzelne ärztliche Maßnahmen genannt oder Krankheiten und Behandlungssituationen klar genug beschrieben seien. ■
Siehe auch Rundruf Seite 9



Abgelenkt und aufgefahren: Simsen beim Autofahren erhöht das Unfallrisiko um das Zehnfache.

BESTATTUNGSKOSTEN

Totenschein keine Kassenleistung

Die Feststellung des Todes eines Menschen ist keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Dies hat die Bundesregierung in einer Antwort auf eine Anfrage der Linksfraktion klargestellt. Die Linke hatte auf die gesetzliche Pflicht hingewiesen, einen Arzt zur Feststellung des Todes und zum Ausstellen des Totenscheins heranzuziehen. Die Regierung verweist darauf, dass das Bestattungswesen von den Ländern geregelt werde. Zumeist sei dies dahingehend geschehen, dass die Kosten der Leichenschau und der Ausstellung der Todesbescheinigung von denen zu tragen seien, die für die Bestattung zu sorgen haben. Kostenübernahme für Todesfeststellung und Bestattung gehörten daher nicht zu den Aufgaben der GKV. Bis 2003 sei das Sterbegeld von

den Kassen als Zuschuss zu den Bestattungskosten gezahlt worden. Das Sterbegeld habe jedoch eine versicherungsfremde Leistung dargestellt und sei daher 2004 aus dem GKV-Erstattungskatalog herausgestrichen worden. Grundlage für die Abrechnung einer Todesfeststellung sei die Gebührenordnung für Ärzte. ■

MEHR INFOS:

**Bundestagsdrucksache
18/9408**

MEDIZIN

Leitlinien können Qualität heben

Leitlinien in der Medizin können die Qualität der Patientenversorgung verbessern. Voraussetzung sei aber, dass die Empfehlungen von vielen Ärzten angewendet würden, heißt es in einem Bericht des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Zwar gebe es bislang kein Best-Practice-Modell für Deutschland, wohl aber eine ganze Reihe von Bedingungen und Maßnahmen, die die Umsetzung von Leitlinien in der medizinischen Versorgung befördern könnten: So sollten die Leitlinien etwa mit Evidenz hinterlegt und lokal anzuwenden sein. Außerdem könnten Schulungen und Erinnerungssysteme für Ärzte und andere Anwender solcher Leitplanken für gute Medizin hilfreich sein. Das IQWiG untersucht als unabhängiges wissenschaftliches Institut im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses Nutzen und Schaden von Therapien und informiert Patienten über Untersuchungs- und Behandlungsverfahren. ■

MEHR INFOS:

www.iqwig.de > Presse

kurz & bündig

+++ DROGENTOTE: Vergangenes Jahr sind in Deutschland 1.226 Menschen infolge des Konsums illegaler Drogen gestorben. An den Folgen des Tabak- und Alkoholkonsums starben zuletzt 121.000 beziehungsweise 74.000 Menschen, wie die Bundesregierung anlässlich des Nationalen Gedenktages für verstorbene Drogenabhängige am 21. Juli mitteilte. **+++ PFLEGE-AUSZEIT:** Rund 39.000 Beschäftigte in Deutschland haben seit Januar 2015 eine mehrmonatige berufliche Auszeit für die häusliche Pflege eines nahen Angehörigen genommen. Rund 13.600 Angehörige nahmen zudem die bis zu zehntägige Auszeit zur Regelung eines Pflegenotfalls. Das berichtet die „Berliner Morgenpost“ unter Verweis auf aktuelle Zahlen des Bundesfamilienministeriums.



Tiefer eintauchen!

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

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



G+G
Gesundheit und Gesellschaft



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



Viermal im Jahr:
G+G-Wissenschaft

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

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

www.kompart.de/shop



Name Ich bezahle per Bankeinzug Ich bezahle per Rechnung

Straße IBAN BIC

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

PLZ/Ort Datum, Unterschrift

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

KomPart
Ihr KommunikationsPartner

MUNDGESUNDHEIT Bürgern auf den Zahn geföhlt

Die Deutschen haben heute gesündere Zähne als noch vor 20 Jahren. Besonders bei Kindern macht sich Vorsorge bezahlt, wie aus der Fünften Mundgesundheitsstudie von Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung und dem Institut der Deutschen Zahnärzte hervorgeht. Danach sind acht von zehn der Zwölfjährigen (81,3 Prozent) inzwischen kariessfrei. Seit 1997 hat sich ihr Anteil fast verdoppelt. Nach Einschätzung von Annett Neukampf, Referentin für Zahnärztliche Versorgung beim AOK-Bundesverband, gehen die Erfolge in der Prävention von Karies bei Kindern und Jugendlichen auch auf das Engagement der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und somit auch auf die AOKs

Zitat des Monats

Obwohl wir sie nicht kaufen können, geben wir für die Gesundheit immer mehr Geld aus.

Peter F. Keller, Schweizer Schriftsteller

zurück. Allein 2015 habe die GKV insgesamt für vertragszahnärztliche Präventionsleistungen im Bereich der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen, Gruppen- und Individualprophylaxe sowie der Fissurenversiegelung rund 570 Millionen Euro bezahlt. „Davon hat allein die AOK 228 Millionen Euro übernommen“, so Neukampf. „Die Vorsorge funktioniert und die Bedeutung der Mundgesundheit bei den Patienten steigt“, betont auch BZÄK-Präsident Peter Engel. Problem sei, dass die Vorsorge

nicht alle Schichten erreiche. Menschen mit Pflegebedarf oder in sozial schwierigen Lebenslagen profitierten davon nicht genauso wie der Rest der Bevölkerung. ■

MEHR INFOS:

www.bundeszahnärztekammer.de > Presse

AUSBILDUNG

Pflegeberufe sind Frauensache

Rund 61.800 Jugendliche haben im Herbst 2014 eine Pflegeausbildung gestartet. Wie das Statistische Bundesamt mitteilte, werden Pflegeberufe nach wie vor überwiegend von Frauen erlernt. Von den neuen Lehrlingen seien 48.700 weiblich (79 Prozent) und 13.100 männlich (21 Prozent). ■

MENISKUSSCHÄDEN

Sporttherapie so gut wie Operation

Ein unter Aufsicht erfolgtes Sportprogramm zur Stärkung der Kniemusculatur erzielte in einer kürzlich im Britischen Ärzteblatt (BMJ 2016) veröffentlichten klinischen Studie an Patienten mit degenerativen Meniskusschäden gleich gute Ergebnisse wie eine arthroskopische Operation. Die sogenannte partielle Menisektomie gehört in westlichen Ländern zu den

häufigsten orthopädischen Operationen, obwohl ihr Vorteil gegenüber einer konservativen Behandlung nicht sicher belegt ist. Nur in einer von fünf bisherigen Studien waren die Schmerzen nach einem Jahr geringer als nach einer konservativen Behandlung. Ein Grund für die geringe Wirksamkeit könne darin bestehen, dass die OP die Auslöser der degenerativen Veränderungen nicht beseitigt, so die Forscher. ■

FINANZAUSGLEICH

Neues Gutachten zum Morbi-RSA

Der Vorstandschef des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch, hat das vom Bundesversicherungsamt (BVA) veröffentlichte Gutachten zur Berechnung der Krankengeld-Zuweisungen im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) begrüßt. „Das ist ein wissenschaftlich fundiertes Gutachten, das uns im Vergleich zu vielen anderen RSA-Expertisen auch voranbringt.“ Für die Krankengeldausgaben gebe es zwei Treiber, so Litsch. „Einkommenshöhe und Krankheitslast, also Dauer und Häufigkeit der Erkrankung.“ Das Gutachten des BVA mache deutlich, dass beides bei der Neujustierung der Zuweisungen zum Krankengeld im Morbi-RSA angemessen gewichtet werden müsse. „Damit ist aber auch klar: Die von einigen Kassen geforderte alleinige Berücksichtigung der Grundlöhne bei der Krankengeld-Berechnung führt in die Irre. Wir brauchen die richtige Balance.“ ■

MEHR INFOS:

www.aok-bv.de >
Hintergrund > Dossiers >
Morbi-RSA

Köpfe und Karrieren



+++ **RAINER SCHLEGEL**, 58, ist ab 1. Oktober neuer Präsident des Bundessozialgerichts (BSG). Der promovierte Jurist und Honorarprofessor an der Universität Gießen folgt auf Peter Masuch, der dem Gericht acht Jahre lang vorstand. Dr. Schlegel begann seine richterliche Laufbahn 1987 am Sozialgericht Stuttgart. Sieben Jahre später wechselte er an das Landessozialgericht Baden-Württemberg. Von 1994 bis 1996 war er an das Bundesverfassungsgericht abgeordnet.

Seine Ernennung zum Richter am BSG erfolgte 1997. Vorsitzender Richter wurde er 2008 und ein Jahr später Mitglied des Präsidiums. 2010 ging er ins Bundesarbeitsministerium und leitete dort die Abteilung Arbeitsrecht und Arbeitsschutz. 2014 kehrte er ans BSG zurück und wurde dessen Vizepräsident.

+++ **HELMUT KNEPPE**, 64, ist neuer Geschäftsführer des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA). Mit der Übernahme dieses Amtes beendet der diplomierte Kommunalbeamte seine 48-jährige Laufbahn im westfälischen Landkreis Siegen-Wittgenstein. Dort war er unter anderem Sozialamtsleiter, persönlicher Referent des Landrats und Sozialdezernent. Das KDA setzt sich für die Lebensqualität und Selbstbestimmung älterer Menschen ein.



Mehr Klarheit im Ernstfall?

Patientenverfügungen müssen präzise formuliert sein, damit sie für Ärzte bindend sind, so der Bundesgerichtshof (BGH). Sorgt das Urteil für mehr Sicherheit im Umgang mit den Dokumenten?



VOLKER LOESCHNER, *Fachanwalt für Medizinrecht*: Die Formulierung „dass keine lebenserhaltenden Maßnahmen“ gewünscht sind, stuft der BGH als zu unbestimmt ein. Das heißt zum Beispiel: Der Patient muss konkret regeln, dass er ein Verbot künstlicher Ernährung erteilt. Das ist für den Arzt transparenter. Der Laie kennt aber nicht alles, was er noch verbieten müsste, um sterben zu dürfen. Ein Ringen um die richtige Formulierung ist ein Streit um des Kaisers

Bart. Der Patient benötigt nun einen schriftlichen Nachtrag, obwohl sein mutmaßlicher Wille klar ist. Der Bevollmächtigte zögert, da er nicht weiß, ob er den tatsächlichen Willen umsetzt, wenn dieser nicht formuliert ist. Das ist fatal.

EUGEN BRYSCH, *Vorstand der Deutschen Stiftung Patientenschutz*: Schwammig formulierte Patientenverfügungen helfen keinem. Trotzdem sind sie weit verbreitet und wiegen die Verfasser in falscher Sicherheit. Am Patientenschutztelefon erleben wir die Fülle der Konflikte. Der Beschluss des Bundesgerichtshofs ist daher ein Weckruf. Weg mit Ankreuzformularen, vorgefertigten Dokumenten und Allgemeinplätzen. Es reicht nicht aus, pauschal lebenserhaltende Maßnahmen abzulehnen. Sowohl die Krankheitssituationen als auch die gewünschten Therapien müssen benannt werden. Mein Tipp: Ein individuelles Dokument braucht persönliche Beratung. Aber vorher klären, wie teuer das wird.



DR. MAX KAPLAN, *Präsident der Bayerischen Landesärztekammer*: Das Urteil fokussiert: Wer von seinen Angehörigen erwartet, dass sie für die Respektierung des eigenen Willens sorgen, muss möglichst konkret beschreiben, was sie oder er will und was nicht – zum Beispiel keine künstliche Beatmung und keine Ernährung. Dasselbe soll auch für die Krankheiten oder Behandlungssituationen gelten, in denen diese Maßnahmen nicht gewünscht sind, etwa der Ausfall vitaler Körperfunktionen dauerhaft – nicht akut – und ohne Aussicht auf eine Besserung oder schwerer Dauerschaden des Gehirns. Wer sich das nicht alleine zutraut, der sollte den Rat des Hausarztes einholen. „Keine lebensverlängernde Maßnahmen“ – das ist zu wenig konkret.

FRANK MICHALAK, *Vorstandsvorsitzender der AOK Nordost*: Unseren Versicherten kann ich nur empfehlen, sich schon früh mit diesem Thema auseinanderzusetzen. Denn mit der Patientenverfügung treffen wir Vorsorge für den Fall, dass wir nach einem Unfall oder infolge einer schweren Krankheit nicht mehr fähig sind, selbst über medizinische Behandlungen zu entscheiden. Das BGH-Urteil zeigt, wie wichtig es ist, in der Patientenverfügung sehr konkret zu formulieren. Aus eigener Erfahrung kann ich sagen, das ist alles andere als einfach. Orientierungshilfe oder sogar individuelle Unterstützung bei der rechtsverbindlichen Formulierung findet man in einer Broschüre des Bundesjustizministeriums oder beispielsweise unter: www.meinepatientenverfuegung.de



WESPENSTICHE Vorsicht beim Pflaumen-Verzehr

Zwetschgen sind bei den Deutschen sehr beliebt. Experten raten allerdings, das zuckersüße Obst vorsichtig zu verzehren, da sich auch Wespen davon stark angezogen fühlen. Zu empfehlen sei ein „Drei-Punkte-Plan für Genuss ohne Stress“: Achtsam sein, pflaumenhaltige Produkte im Freien abdecken und genau hinschauen, was man abbeißt oder im Glas zum Mund führt. Nach ei-



nem Wespenstich sollten Betroffene besonnen, aber zügig handeln. Sofortiges Kühlen und anschließendes Einreiben der Einstichstelle und ihrer Umgebung mit Zitronensaft oder einer Zwiebel könnten den Juckreiz mildern. Schwillt die Einstichstelle auf mehr als zehn Zentimeter Größe an, könne dies ein Zeichen für eine Infektion oder eine allergische Reaktion sein. Dann sollte sofort ein Arzt aufgesucht werden, um eine mögliche allergische Reaktion abzuklären. ■

MEHR INFOS: www.initiative-insektengift.de

DROGENBEAUFTRAGTE Online-Offline- Balance wahren

Anlässlich der Computerspielmesse „Gamescom“ in Köln hat die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marlene Mortler, vor einer exzessiven Nutzung von PC-Spielen, Internet und Smartphone gewarnt. Statistiken belegen, dass allein in Deutschland etwa 560.000 Menschen nicht mehr vom PC loskämen. Vor allem Online-Rollenspiele wiesen ein großes Suchtpotenzial auf. PC-Spiele könnten bereichernd sein, die Spieler müssten aber „immer die Kontrolle behalten“. Mortler empfahl Eltern, bei ihren Kindern auf eine „vernünftige Online-Offline-Balance“ zu achten. Auch Schulen sollten mehr über das Thema aufklären. ■

FACHWISSEN Ärzte setzen auf Printmedien

Fachärzte in Kliniken und Praxen nennen Fachzeitschriften als die von ihnen am meisten genutzte berufliche Informationsquelle. 71,6 Prozent greifen zum Print-Medium, wenn sie sich „intensiv“ informieren wollen. An zweiter Stelle stehen Tagungen und Kongresse, die von 64,7 Prozent der Befragten als häufige Wissensquelle genannt werden. An dritter Stelle folgen mit 62 Prozent Kollegengespräche. Das Internet liegt mit 32,9 Prozent auf Platz vier, wie aus der Facharztstudie 2016 der Arbeitsgemeinschaft LA-Med Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen hervorgeht. Befragt wurden 2.641 Fachärzte – darunter Dermatologen, Gynäkologen und HNO-Ärzte. ■

DEMOGRAFIE Senioren wollen beweglich sein

Die Generation 65 plus ist bis ins hohe Alter mobil. Dafür kaufen sie zum Beispiel Elektroräder (E-Bikes) und Neuwagen. Wie das Statistische Bundesamt mitteilte, besaßen sieben Prozent der Senioren-Haushalte im Jahr 2015 ein E-Bike, während es in Haushalten 18- bis 64-Jähriger nur drei Prozent waren. Auch Neuwagen sind bei der Generation 65 plus stärker verbreitet als bei Jüngeren: 42 Prozent der älteren Haushalte besaßen einen Neuwagen, aber nur 32 Prozent der jüngeren Haushalte. Bei Neuananschaffungen im Bereich der Unterhaltungselektronik ist die Generation 65 plus in Deutschland hingegen im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen eher zurückhaltend. Auch mit Computern waren die Haushalte der Älteren (72 Prozent) nicht so gut bestückt wie die der 18- bis 64-Jährigen (94 Prozent). Kommende



Hoch zu Rad: E-Bikes sind bei älteren Menschen angesagt.

Rentnergenerationen würden das Internet aber wohl intensiver nutzen, so die Statistiker, denn von den gegenwärtig 45- bis 64-Jährigen seien bereits 90 Prozent online. Im EU-Vergleich zeigt sich bei der Internetnutzung eine digitale Kluft in Europa. Vorreiter sind Senioren in Dänemark, Luxemburg und in den Niederlanden. Kaum online sind Senioren in Griechenland, Rumänien und Bulgarien. ■

SUBSTITUTION Pflegerkräfte wollen mehr Verantwortung

Der Deutsche Pflegerat hat für eine „sinnvolle“ Neuverteilung der Aufgaben im Gesundheitsbereich geworben. Dabei sei auch über Substitution – also die eigenverantwortliche Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch Pflegeprofis – nachzudenken, so DPR-Vize-Präsident Franz Wagner. „Die arztzentrierte

Verteilung von Aufgaben gehört der Vergangenheit an.“ Die Versorgung sei vom Patienten aus und nicht aus Sicht einzelner Berufsgruppen zu denken. Ärzteverbände lehnen eine Substitution ab und setzen stattdessen auf Delegation, bei der sie weiter die Verantwortung tragen. ■

ANGEHÖRIGE Beatmungspflege setzt psychisch zu

Wer sich um Angehörige oder Freunde kümmert, die so schwer krank gewesen sind, dass sie längere Zeit künstlich beatmet werden mussten, tut dies nicht ohne Risiko für die eigene Psyche. Eine Untersuchung aus Kanada zeigt, dass zwei Drittel derer, die nach der Entlassung eines Kranken dessen Pflege übernehmen und diesen bei der Rehabilitation unterstützen, von Depression geplagt sind. Fast jeder zweite Pflegendende leidet auch ein Jahr später noch unter depressiven Symptomen. ■

SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH



„Schwarzen Schafen in der Pflege das Handwerk legen“

In diesem Frühjahr gab es Berichte über einen teilweise bandenmäßig betriebenen Abrechnungsbetrug ambulanter Pflegedienste. Dazu Fragen an den Verwaltungsratsvorsitzenden der AOK Bayern, **Matthias Jena**.

G+G: Herr Jena, ein Abrechnungsbetrug in der Pflege im großen Stil löste kürzlich Besorgnis aus. Sind Konsequenzen gezogen worden?

JENA: Die Bundesregierung hat schnell reagiert. Im Dritten Pflegestärkungsgesetz sollen konkrete Schritte zur Prävention und Bekämpfung des Abrechnungsbetrugs umgesetzt werden. So soll etwa der Medizinische Dienst der Krankenkassen Leistungen der häuslichen Krankenpflege überprüfen können. Es bleibt aber noch einiges zu tun. Wir haben konkrete Forderungen an den Gesetzgeber.

G+G: Die da wären?

JENA: Wir brauchen ein bundesweites Zentralregister, das personenbezogen Betrugsfälle speichert. Es muss endlich zentral erfasst sein, wem wegen Abrechnungsbetrug die Zulassung entzogen und die Führung eines Pflegebetriebes untersagt wurde. Es ist doch völlig

untragbar, dass Betrüger einfach ein Bundesland weiterziehen und dort eine neue Zulassung beantragen können, ohne dass die Krankenkassen und Pflegekassen über die kriminelle Karriere informiert sind. Darüber hinaus müssen sich die Landesverbände der Pflegekassen als Zulassungsstellen der Pflegedienste von deren Inhabern, Führungskräften und ihren Stellvertretern Führungszeugnisse vorlegen lassen dürfen.

G+G: Stellt das die Pflegebranche nicht unter Generalverdacht?

JENA: Nein, keinesfalls. Uns geht es nicht um die Diffamierung einer Berufsgruppe. Wir wollen den schwarzen Schafen das Handwerk legen, die das Vertrauen der Kranken und Pflegebedürftigen ausnutzen. Das ist Betrug an allen Versicherten, nicht nur an den betroffenen Patienten. Und der Schaden summiert sich auf mehrere Millionen Euro jährlich.

Schutzszenario mit Folgen

Was hat die „Konzeption Zivile Verteidigung“ mit Ärzten und Kliniken zu tun? Viel, meint **Anno Fricke**. Der Katastrophenplan der Regierung könne sich auf die Bedarfsplanung auswirken.



RAVIOLI IM KELLER, ein Notfallvorrat an Wasser in jedem Haushalt: Die Vorschläge von Innenminister Thomas de Maizière, wie sich der Einzelne im Katastrophenfall verhalten soll, waren prima Stoff für Schlagzeilen im nachrichtenarmen Sommer. Die „Konzeption Zivile Verteidigung“ (KZV) ist damit aber noch lange nicht bei den Akten. Das Gesundheitswesen könnte durch sie in einen Interessenskonflikt geraten.

Warum? Nun, die Krankenhausplanung liegt bei den Ländern. Mit der KZV deutet der Bund jetzt an, dass er „im Rahmen einer verantwortungsvollen gesamtstaatlichen Sicherheitsvorsorge“ sich hier „konzeptionell“ Einfluss sichern will. Das Sicherheitskonzept setzt Auslastungsreserven in der stationären Versorgung voraus – auch bei Operationssälen und Intensivstationen.

Landflucht und demografischer Wandel machen das eine oder andere Krankenhaus beziehungsweise die eine oder andere Intensivstation für die Regelversorgung möglicherweise überflüssig. Lassen sich nun einfach Abteilungen schließen, ohne den Katastrophenschutz einzubeziehen? Diesen Konflikt müssen Gesundheits- und Innenpolitik lösen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA), der derzeit an den Bedingungen feilt, unter denen ein überflüssiges Krankenhaus mit einem Sicherheitszuschlag weiter betrieben werden könnte, hat mit dem Zivil- und Katastrophenschutz hier weitere Aspekte zu berücksichtigen. Äußern will man sich beim GBA während der laufenden Beratungen nicht. Die Länder und noch mehr die Kommunalfürsten haben mit dem Papier des Innenministers aber Argumente in die Hand bekommen, mit denen es sich trefflich für den Erhalt auch noch des abgelegensten „Sankt Walburga am Waldesrand“ streiten lässt.

Auch die Vertragsärzte sind betroffen. Sicherheitszuschläge für Kliniken sind vor allem dort geplant, wo Vertragsärzte fehlen. Ein Abbau von Kapazitäten kann nur klappen, wenn der für die Kassen günstigere ambulante Sektor flächendeckend präsent ist. Hier begegnen sich die Interessen von Krankenkassen und Vertragsärzten. Zu den Vorschlägen der Ärzte gehört schließlich auch, bis zu 500 Krankenhäuser zu schließen und durch von den Vertragsärzten organisierte Versorgungseinheiten mit angeschlossenem Mini-Hotelbetrieb zu ersetzen. Damit würden sie sich aber auch eine Rolle im Zivil- und Katastrophenschutz zuweisen, die sie bislang nicht spielen. ■

Anno Fricke ist Hauptstadtkorrespondent der „Ärzte Zeitung“ (SpringerMedizin).

KRANKENHÄUSER

Mehr Patienten, weniger Belegung

Mehr als 19 Millionen Patienten wurden vergangenes Jahr in Deutschland vollstationär im Krankenhaus behandelt. Im Vergleich zum Jahr 2010 (18 Millionen) stieg die Zahl der Patienten um 6,3 Prozent und im Vergleich zu 1991 (14,6 Millionen) um ein Viertel. Das geht aus der vorläufigen Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes hervor. Weiteres Ergebnis: Während die Zahl der Patienten stieg, sank ihre Aufenthaltsdauer. 2015 lag ein Patient im Schnitt 7,4 Tage im Krankenhaus. 2010 waren es 7,9 Tage, 1991 sogar 14 Tage. Das gilt auch für Berechnungs- und Belegungstage: Ihre Anzahl verringerte sich von 204 Millionen im Jahr 1991 auf 141 Millionen im Jahr 2015. ■

MEHR INFOS:

www.destatis.de > Presse > Gesundheit

STUDIE

Joggen ist gut für das Herz

Wer regelmäßig joggt, bremst die Alterung von Zellen und Organismus und schützt sich vor Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Das belegt eine Studie des Kardiologen Dr. Christian Werner vom Uniklinikum des Saarlandes Homburg/Saar. Die Studie liefere ein wichtiges Messverfahren zur genauen Bestimmung, „wie effektiv eine spezielle Trainingsform auf die Zellalterung“ beim Menschen wirke, lobte Professor Dr. Thomas Meinertz, Vorstandschef der Deutschen Herzstiftung, die noch unveröffentlichte Arbeit. ■

BRANDENBURG

Prävention und Reha vor Pflege

Pflegebedürftigkeit im Alter lässt sich laut Brandenburgs Gesundheitsministerin Diana Golze durch gezielte Prävention vermeiden, verzögern oder zumindest vermindern. „Voraussetzung für die Pflege der Zukunft sind deshalb vor allem präventive, rehabilitative Angebote“, sagte Golze bei der Vorstellung des ersten Zwischenberichts zur „Pfle-geoffensive Brandenburg“. In der Mark leben rund 103.000 pflegebedürftige Menschen. Ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung beträgt 4,2 Prozent und liegt damit deutlich über dem Bundesdurchschnitt von 3,3 Prozent. ■

SELBSTZÄHLERLEISTUNG

Nutzen von „Baby-Fernsehen“ unklar

Der Nutzen ergänzender Ultraschall-Untersuchungen in der Schwangerschaft sind laut IGel-Monitor des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes (MDS) unklar. Nach der Auswertung einschlägiger Studien lasse sich sagen: „Ergänzende Ultraschalluntersuchungen, die über die üblichen Vorsorgeleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen, schaden nicht“, so Dr. Michaela Eikermann, Leiterin des Bereichs Evidenzbasierte Medizin beim MDS. Wenn Eltern die Entwicklung ihres Kindes im „Baby-Fernsehen“ mitverfolgten, so sei das unbedenklich. Aber wer diese Selbstzahlerleistung nicht beanspruchen könne oder wolle, brauche kein schlechtes Gewissen zu haben. ■

MEHR INFOS:

www.igel-monitor.de

Coach für brenzlige Situationen

Wie können Eltern ihr Kind, das an einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung leidet, im Alltag unterstützen? Und was können Mütter und Väter für sich selber tun? Antworten gibt ein neues Online-Angebot. **Von Thomas Hommel**

Marlene, elf Jahre, elegant geflochtene Zöpfe, intelligent, interessiert, aber auch verspielt wie andere Mädchen in ihrem Alter. Marlene schaut gerne zum Himmel und beobachtet, wie im Herbst die Blätter von den Bäumen rieseln. In der Schule aber, da verhaut sie Note um Note und weiß nicht, wo Geodreieck und Schreibstift liegen. Mathe ist ihr ein Gräuel, die Konzentration auf stumme Zahlen fällt schwer. Marlenes Eltern sind in Sorge und suchen Rat beim Arzt. Der diagnostiziert bei dem Mädchen eine Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung, im Fachsprech ADHS genannt.

An der psychischen Störung sollen in Deutschland geschätzte zwei Millionen Menschen, vor allem Kinder, leiden. Ihr Problem: Sie sind sehr aufmerksamkeitsfähig, können die ganzen Informationen aber nicht verarbeiten. Typische Symptome der Krankheit: leichte Ablenkbarkeit, Impulsivität, Unruhe, Verträumtheit und andere Verhaltensauffälligkeiten.

Schnelle Hilfe im Alltag. Mit dem ADHS-Elterntainer hat die AOK jetzt ein neues Hilfsangebot gestartet, das sich an Mütter und Väter richtet und sie in schwierigen Erziehungssituationen unterstützt. Das wissenschaftlich erarbeitete Online-Programm bietet umfassende und kostenlose Hilfe für Eltern, die wegen der Verhaltensprobleme ihrer Kinder besonders belastet sind.

Das Angebot ist frei zugänglich und wurde in Kooperation mit Professor Dr. Manfred Döpfner, Leiter der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Uniklinikum Köln und Autor der deutschen Behandlungsleitlinie zu ADHS, erarbeitet. „Das Programm“, so Döpfner, „kann von Eltern selbstständig genutzt, aber auch als Ergänzung zu ärztlicher

Jungs häufiger betroffen

Einer aktuellen Auswertung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) zufolge erhielten 4,4 Prozent der bei der AOK versicherten Kinder und Jugendlichen im Jahr 2014 die Diagnose ADHS. **Damit ist die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung die häufigste psychische Diagnose im Kindesalter.** Bei etwa 6,4 Prozent der Jungen wurde ADHS in der Abrechnung der Ärzte dokumentiert. Jungen sind damit deutlich öfter von ADHS betroffen als Mädchen (2,2 Prozent).



oder therapeutischer Behandlung eingesetzt werden.“ Anhand von 44 Filmsequenzen zu typischen Situationen aus dem Familienalltag vermittelt das Trainingsprogramm einfache verhaltenstherapeutische Methoden. Eltern können sie bei Problemen schnell und unkompliziert anwenden. Die Filmsequenz „Wutanfall“ etwa zeigt den kleinen Toni und seine Mutter beim Einkauf. Da Toni es kaum ertragen kann, wenn er nicht bekommt, was er haben will, reagiert er trotzig und wütend. Er schreit herum, boxt seine Mama und schlägt sie sogar. Anhand der Sequenz können Eltern lernen, wie solche Situationen entstehen und wie sie sich

mithilfe bestimmter Verhaltensweisen verhindern lassen. Durch die filmische Art der Darstellung könnten gestresste Mütter und Väter die Informationen besonders gut aufnehmen und umsetzen, sagt ADHS-Experte Döpfner.

Neue Kraft tanken. „Mütter und Väter von Kindern mit ADHS sind häufig erschöpft und nicht selten der Verzweiflung nah“, sagt Martin Litsch, Vorstandschef des AOK-Bundesverbandes. „Sie können von unserem leicht zugänglichen Angebot profitieren. Es zeigt ihnen anschaulich, wie sie mit Verhaltensproblemen ihres Kindes umgehen und die Beziehung zu ihrem Kind wieder verbessern können.“ Ein weiteres Ziel sei, dass Eltern in schwierigen Phasen auch eigene Bedürfnisse wahrnehmen und für sich neue Kraft tanken könnten. Der Elterntainer vermittele zudem umfangreiches Wissen zum Krankheitsbild ADHS und könne auch von anderen Familien in ähnlich schwierigen Erziehungssituationen genutzt werden, so Litsch.

Zusatzangebot für AOK-Versicherte. Das Programm ist ab sofort ohne Registrierung nutzbar. Auf Wunsch können sich die Nutzer zusätzlich mit einer E-Mail-Adresse und einem selbst gewählten Passwort beim „ADHS-Elterntainer“ anmelden. Dann werden ihre Eingaben gespeichert, sodass sie beim nächsten Einloggen kontinuierlich im Programm weiterarbeiten können. Für AOK-Versicherte gibt es ein zusätzliches Angebot: Sie können sich von Experten aus dem Team um Professor Döpfner beraten lassen, wenn sie Fragen zur Anwendung der Methoden des Elterntainers haben. ■

MEHR INFOS:

www.adhs-elterntainer.de

Ein gutes Miteinander hält gesund

Wertschätzung und Vertrauen – die in einem Betrieb gelebte Kultur beeinflusst die Gesundheit der Beschäftigten. Dies belegt der neue Fehlzeiten-Report und zeigt Handlungsperspektiven auf. **Von Markus Meyer**

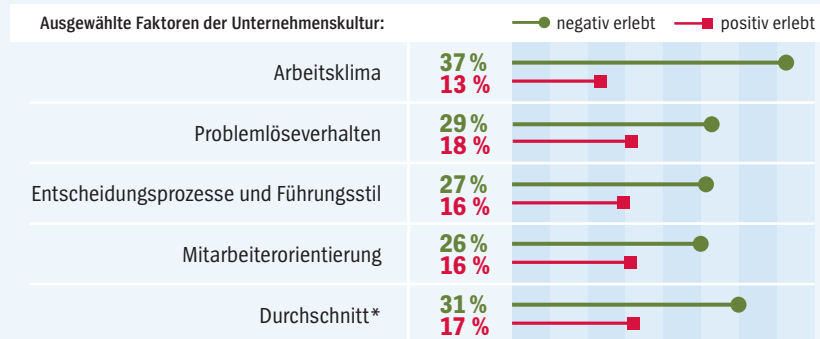
Sie gilt als DNA einer Firma: die Unternehmenskultur. Gemeinsame Regeln, Überzeugungen und Werte, ein kollegialer und respektvoller Umgang miteinander, eine wertschätzende und offene Kommunikation, Anerkennung der geleisteten Arbeit, konstruktive Kritik und ein kooperativer Führungsstil gehören ebenso zu einer guten Unternehmenskultur wie die gesundheitsorientierte Gestaltung von Arbeitsprozessen. Das fördert die Kreativität, die Freude an der Arbeit und die Identifikation der Mitarbeiter mit dem eigenen Unternehmen – allesamt Faktoren für den Erfolg am Markt.

Beschäftigte befragt. Inzwischen haben viele Firmen die Unternehmenskultur als wichtiges Entwicklungs- und Strategiefeld identifiziert. Wie die von Arbeitnehmern erlebte Unternehmenskultur mit ihrer Gesundheit zusammenhängt, ist bislang aber kaum untersucht. Diese Lücke schließt der neue Fehlzeiten-Report des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO), der Universität Bielefeld und der Beuth Hochschule für Technik. Die im Report veröffentlichte repräsentative Befragung von 2.007 Beschäftigten im Alter von 16 bis 65 Jahren zeigt ein differenziertes Bild bei den Faktoren Entscheidungsprozesse, Führungsstil, Mitarbeiterorientierung, Problemlöseverhalten und Arbeitsklima, die unter anderem zur Unternehmenskultur gehören.

Im Ergebnis stellen die Befragten den Unternehmen ein gutes Zeugnis aus, wenn es darum geht, Ziele und Erwartungen zu definieren. Knapp 65 Prozent erleben das so. 60 Prozent bezeichnen das Verhältnis zu ihren direkten Vorgesetzten als gut. Allerdings haben 45 Prozent den Eindruck, dass das Unternehmen nicht wirklich hinter ihnen steht. Nach den Befragungsergebnissen besteht ein deut-

Schlechte Unternehmenskultur verursacht lange Fehlzeiten

Anteil der Befragten, die im Jahr 2015 mehr als 15 Tage krankheitsbedingt gefehlt haben



* alle Faktoren der Unternehmenskultur

Die Befragung zeigt: Lange Fehlzeiten von mehr als 15 Tagen treten besonders dann auf, wenn die Beschäftigten die Unternehmenskultur negativ bewerten. Ist dies der Fall, sind im Durchschnitt 31 Prozent von ihnen länger als zwei Wochen krank. Nehmen hingegen die Mitarbeiter die Unternehmenskultur als positiv wahr, ist der Anteil mit rund 17 Prozent deutlich niedriger.

Quelle: Fehlzeiten-Report 2016

licher Zusammenhang zwischen der Unternehmenskultur und der Gesundheit der Mitarbeiter. Zufriedene Mitarbeiter haben deutlich weniger körperliche und psychische Beschwerden. Sie leiden seltener an Rücken- oder Herz-Kreislauf-Beschwerden, Lustlosigkeit, Konzentrationsproblemen oder Schlafstörungen. Vor allem ein schlechtes Arbeitsklima macht gesundheitlich zu schaffen. Empfinden die Beschäftigten die Unternehmenskultur als positiv, fehlen sie auch seltener krankheitsbedingt (siehe Grafik).

Gesundheitsmanagement tut gut. Insgesamt sprechen die Befragungsergebnisse dafür, dass der Erfolg von Unternehmen nicht nur von innovativer Technik und effizienten Arbeitsabläufen abhängt, sondern auch von der Unternehmenskultur. Hier zu investieren, lohnt sich. Im Rahmen des Betrieblichen Gesundheits-

managements lassen sich psychosoziale Risikofaktoren identifizieren, reduzieren und gegebenenfalls deren Entstehung vorbeugen – angesichts der zunehmenden psychischen Belastungen und des Fachkräftemangels eine wichtige Komponente für den Unternehmenserfolg. ■

Markus Meyer ist Projektleiter im Forschungsbereich Betriebliche Gesundheitsförderung, Heilmittel und ambulante Bedarfsplanung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO).
Kontakt: Markus.Meyer@wido.bv.aok.de

Lesetipp

Badura, B./Ducki, A./Schröder, H./Klose, J./Meyer, M. (Hrsg.): **Fehlzeiten-Report 2016.** Unternehmenskultur und Gesundheit – Herausforderungen und Chancen. 512 Seiten. 54,99 Euro. Springer-Verlag, Heidelberg.

SPENDEN
SIE, WO IHRE HILFE DIREKT
WIRKT



© Sebastian Bolesch

MIT IHRER HILFE RETTET ÄRZTE OHNE GRENZEN LEBEN.

WIE DAS DER KLEINEN ALLERE FREDERICA AUS DEM TSCHAD: Das Mädchen ist plötzlich schwach und nicht mehr ansprechbar. Sie schläft zwar unter einem Moskitonetz. Dennoch zeigt der Schnelltest, dass sie Malaria hat – die von Mücken übertragene Krankheit ist hier eine der häufigsten Todesursachen bei kleinen Kindern. ÄRZTE OHNE GRENZEN behandelt die Zweijährige, bis sie wieder gesund ist und nach Hause kann. Wir hören nicht auf zu helfen. Hören Sie nicht auf zu spenden.



Geprüft + Empfohlen!

SPENDENKONTO:

BANK FÜR SOZIALWIRTSCHAFT

IBAN: DE 72 3702 0500 0009 7097 00

BIC: BFSWDE33XXX

WWW.AERZTE-OHNE-GRENZEN.DE/SPENDEN



MEDECINS SANS FRONTIERES
ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V.

Träger des Friedensnobelpreises

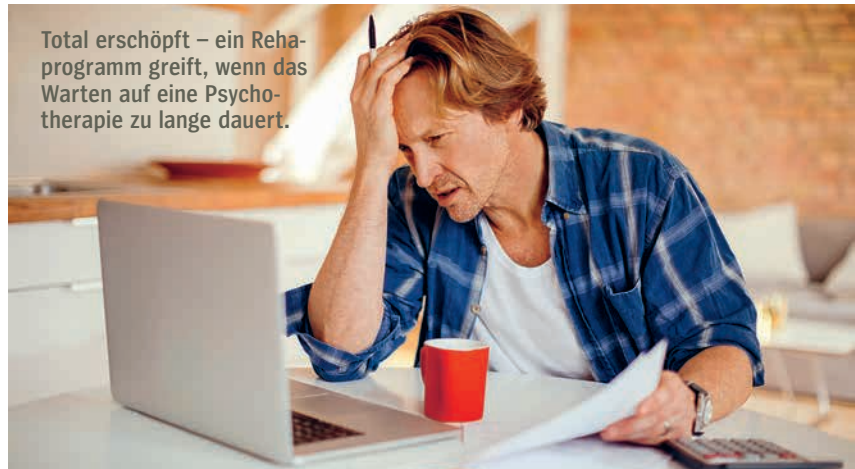
Pauli fördert die Rückkehr in den Job

Mit dem Reha-Konzept PAULI fängt die AOK gemeinsam mit der Deutschen Rentenversicherung psychisch belastete Arbeitnehmer frühzeitig auf. Das hilft ihnen, sich zu stabilisieren und in den Beruf zurückzukehren. **Von Susanne Werner**

Er war gerade 44 Jahre alt geworden, als er spürte, dass mit ihm irgendetwas nicht stimmte. Als Mittdreißiger hatte Oliver Schmidt (*Name geändert*) noch regelmäßig mit seinen Freunden Tennis gespielt, jetzt ging er nicht mal mehr ans Telefon, wenn sie sich meldeten. Selbst an den Ausflügen mit der Familie hatte er keinen Spaß mehr. Er fühlte sich zu erschöpft.

Oliver Schmidt ist einer von rund sechs Millionen Deutschen, die nach Angaben des Robert Koch-Instituts (RKI) im Laufe eines Jahres an einer affektiven Störung leiden. Psychische Erkrankungen rangieren mittlerweile weit oben bei den Krankschreibungen und ziehen insbesondere lange Phasen der Arbeitsunfähigkeit nach sich. Bei zwei Drittel der Betroffenen treten laut RKI die Beschwerden immer wieder auf und chronifizieren sich. Statistiken der Deutschen Rentenversicherung (DRV) zeigen, dass viele Betroffene bereits sieben Leidensjahre hinter sich haben, wenn sie erstmals eine Rehabilitation antreten.

Erst Training, dann Reha. Oliver Schmidt wandte sich schließlich an seinen Hausarzt. Der hat ihm PAULI empfohlen, ein Programm, das die AOK Rheinland/Hamburg und Rheinland-Pfalz/Saarland gemeinsam mit der DRV anbieten. Die Abkürzung steht für „Psychosomatik – Auffangen, Unterstützen, Leiten und Integrieren“. Mit dem Konzept wollen AOK und DRV psychisch belastete Patienten frühzeitig erreichen und damit lange Arbeitsunfähigkeiten vermeiden. PAULI greift insbesondere, wenn die ambulante Versorgung nicht ausreicht oder das Warten auf einen Psychotherapie-Platz zu lange dauert. Die Betroffenen sollen spätestens nach der Lohnfortzahlung durch ihren Arbeitgeber (sechs Wochen), idealerweise sogar früher bei PAULI einsteigen.



Total erschöpft – ein Reha-programm greift, wenn das Warten auf eine Psychotherapie zu lange dauert.

Es beginnt mit einem intensiven Behandlungs- und Trainingsprogramm über insgesamt 20 Tage. Ein Team aus Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern sowie Ergo- und Sporttherapeuten klärt gemeinsam mit den Betroffenen die medizinischen und sozialen Probleme. Hat sich die Lage nach dieser ersten Phase stabilisiert, kann der Patient sofort an seinen Arbeitsplatz zurückkehren. Falls die Erkrankung jedoch weiter fortgeschritten ist, folgt als zweite Phase eine mehrwöchige Rehabilitation. Die Gruppensitzungen und Einzeltermine zu Beginn übernimmt die AOK, die medizinische Rehabilitation sowie Leistungen zur beruflichen Integration die DRV vor Ort. „Die Kombination der akuten Intervention zu Beginn mit der nahtlosen Überleitung in eine medizinische Rehabilitation und einer Integration am Arbeitsplatz ist das Erfolgsrezept“, sagt Ulrich Theißen, Fachbereichsleiter bei der DRV Rheinland. Mittlerweile haben, so Theißen, rund 500 Patienten am Programm teilgenommen. Jeder zweite davon ist an den Arbeitsplatz zurückgekehrt, etwa zwei Drittel wurden mit Integrationsleistungen der DRV unterstützt.

Strukturierte Prozesskette. Auch Oliver Schmidt hat beide Phasen durchlaufen und ist danach stufenweise wieder in den Beruf eingestiegen. Mittlerweile arbeitet er Vollzeit, kann sich besser abgrenzen und sorgt mit Entspannung für Ausgleich zum Job. Auch das Tennisspielen hat er wieder angefangen. Rund drei Viertel der bei der AOK Rheinland/Hamburg versicherten PAULI-Patienten waren sechs Monate nach Abschluss des Programms wieder arbeits- und leistungsfähig. Das ist nicht nur gut für die Patienten, sondern ein Beleg dafür, dass die strukturierte Prozesskette gut funktioniert und allen Beteiligten nützt. „Das abgestimmte Vorgehen verkürzt die Wartezeit der Versicherten deutlich und sorgt dafür, dass sich die Erkrankung nicht chronifiziert“, sagt Jan Rößler, Pressesprecher der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Dort ist PAULI 2015 an den Start gegangen, nachdem das Programm im Jahr zuvor in Düsseldorf, Köln, Aachen und Essen unter der Federführung der AOK Rheinland/Hamburg implementiert und getestet worden war. ■

Susanne Werner ist freie Journalistin in Berlin.
Kontakt: info@susannewerner.net

Ideen zur Integration gesucht

Migration und Gesundheit stehen im Zentrum des 11. Berliner Gesundheitspreises. Aussicht auf insgesamt 50.000 Euro haben Konzepte, die Zuwanderern Wege in die Gesundheitsversorgung ebnen – sei es als Fachkräfte oder als Patienten. **Von Anne Töpfer**

Sprachkurse für ausländische Ärztinnen und Ärzte, Übersetzungs-Apps, muttersprachliche Beraterinnen und Berater – in der gesundheitlichen Integration von Migranten ist bereits einiges in Bewegung gekommen. Um Menschen, die aus vielen Ländern der Welt nach Deutschland kommen, den Zugang zum Gesundheitssystem zu erleichtern, suchen nun AOK-Bundesverband, Ärztekammer Berlin und AOK Nordost für den Berliner Gesundheitspreis 2017 nach vorbildlichen Projekten und Initiativen. Der Wettbewerb steht diesmal unter dem Motto „Migration und Gesundheit – Integration gestalten“.

Preis soll Projekte bekannt machen.

Dabei geht es insbesondere um zwei Aspekte: um eine gleichermaßen gute Gesundheitsversorgung für Menschen mit Migrationshintergrund und um die Integration von Migranten in Berufe des Gesundheitswesens. „Deutschland ist ein Einwanderungsland. Für unser Gesundheitswesen ergeben sich daraus viele Herausforderungen und Chancen“, sagt Frank Michalak, Vorstandsvorsitzender der AOK Nordost anlässlich der Ausschreibung des Preises. „Schon heute gibt es viele gute Ideen, wie die medizinische

Versorgung für Menschen mit Migrationshintergrund verbessert werden kann. Diese Initiativen und Projekte wollen wir bekannt machen und sie bei der Umsetzung im Alltag unterstützen“, so Frank Michalak.

Allen gleiche Chancen geben. Warum das dringlich ist, erklärt Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundes-



BERLINER
GESUNDHEITSPREIS
2017

verbandes: „Studien zeigen, dass Menschen mit Migrationshintergrund oft nicht in gleichem Maße von der Gesundheitsversorgung profitieren wie die übrige Bevölkerung. Sie finden sich weniger gut in unseren Versorgungsstrukturen zurecht, haben Verständigungsschwierigkeiten und wissen weniger über das Leistungsangebot. Unsere Maxime muss es aber sein, allen Menschen die gleichen Chancen zu geben, auch im Gesundheitswesen. Der Berliner Gesundheitspreis greift dieses Anliegen auf.“

Im Ideenwettbewerb gefragt sind aber auch Projekte, die eine berufliche Integration von Menschen mit Migrationshintergrund zum Ziel haben. „Fachkräfte mit Migrationshintergrund bereichern unser Gesundheitswesen. Sie können sprachliche Barrieren und kulturelle Unterschiede leichter überwinden, was für die Patienten ein riesiger Vorteil ist“, erläutert Dr. Günther Jonitz, Präsident der Berliner Ärztekammer. Deshalb sei ihre schnelle und erfolgreiche berufliche Integration wichtig.

Bis Ende November bewerben. Die Initiatoren des Berliner Gesundheitspreises suchen innovative Projekte, die beispielsweise gesundheitsbewusstes Verhalten und entsprechende Versorgungsangebote kultursensibel vermitteln und deren Akzeptanz fördern oder die den Zugang zu wissenschaftlich fundiertem, evidenzbasiertem Wissen in verständlicher Sprache anbieten. Zum Spektrum möglicher Wettbewerbsbeiträge gehören zudem Konzepte, die ausländische Fachkräfte durch kollegialen Austausch und das Miteinander der Gesundheitsberufe innerhalb der Einrichtungen des Gesundheitswesens unterstützen.

Die Ausschreibung richtet sich unter anderem an Einrichtungen aller Gesundheitsberufe, Migrations- und Patientenorganisationen, Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche Initiativen, wissenschaftliche Einrichtungen und Hochschulen sowie Bildungseinrichtungen. Bewerbungsschluss ist der 30. November 2016. Der Berliner Gesundheitspreis ist mit insgesamt 50.000 Euro dotiert. Über die Preisvergabe entscheidet eine unabhängige Jury (siehe Kasten). ■

Die Jury: Fachleute aus Politik, Wissenschaft und Praxis

- **Dr. Volker Hansen**, Vorsitzender des Aufsichtsrates des AOK-Bundesverbandes
- **Dr. med. Albert Jäggle**, Oberarzt, DRK Kliniken Berlin
- **Dr. Günther Jonitz**, Präsident der Ärztekammer Berlin
- **Rainer Knerler**, Vorsitzender des Verwaltungsrates der AOK-Nordost
- **Staatsministerin Aydan Özoguz**, Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration
- **Prof. Dr. Doris Schaeffer**, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld
- **Prof. Dr. Jalid Sehoul**, Direktor der Klinik für Gynäkologie, Charité Berlin
- **Staatssekretär Lutz Stroppe**, Bundesministerium für Gesundheit
- **Enrico Triebel**, Rechtsanwalt Sozial- und Pfl gerecht, Gründungsmitglied des Deutsch-Polnischen Gesundheits- & Sozialverbandes e.V., Lehrbeauftragter an der BTU Cottbus-Senftenberg

MEHR INFOS:

www.berliner-gesundheitspreis.de

„Demenz fordert Kliniken heraus“

Warum bin ich hier und wer steht da an meinem Bett – ein Klinikaufenthalt bringt Menschen mit Demenz durcheinander. Das Vinzenzkrankenhaus in Hannover stellt ihnen deshalb jetzt speziell geschulte Begleiter an die Seite. Demenzbeauftragte **Sigrid Müller-Zenner** erläutert ihre Arbeit.

Frau Müller-Zenner, welche besonderen Bedürfnisse haben Menschen mit Demenz im Krankenhaus?

Müller-Zenner: Die Demenz führt dazu, dass sie sich schlechter orientieren können. Das ist eine echte Herausforderung für Kliniken. Wir bieten Patientinnen und Patienten Sicherheit, vermitteln ein Gefühl der Geborgenheit, helfen bei der Orientierung und ermöglichen Mobilität.

Wie ist es möglich, in einem Krankenhaus auf diese Bedürfnisse einzugehen?

Müller-Zenner: Das ist zunächst schwierig. Deswegen wollen wir uns zum demenzsensiblen Krankenhaus entwickeln. Meine Kollegin Susann Schwanebeck und ich haben im April mit unserer Arbeit als Demenzbeauftragte angefangen. Von uns geschulte ehrenamtliche Demenzbegleiterinnen besuchen Patienten in ihrem Krankenzimmer, beschäftigen sie, gehen mit ihnen spazieren oder lesen ihnen vor. Sie machen kurze Gedächtnisübungen, die sogenannte Zehn-Minuten-Aktivierung, zum Beispiel indem sie die Patienten Sprichwörter ergänzen lassen.

Was war der Auslöser für die Initiative?

Müller-Zenner: Weil die Gesellschaft altert, wächst die Zahl der Menschen mit Demenz. Das Vinzenzkrankenhaus liegt zudem in einem Stadtteil mit zahlreichen Altenheimen, aus denen viele unserer Patienten kommen. Wir wollen diesen Menschen Gehör verschaffen und gut für sie sorgen. Ein weiterer Aspekt ist die Vermeidung akuter Verwirrheitszustände, die durch eine Klinikeinweisung ausgelöst werden können. Für Menschen mit Orientierungsschwierigkeiten ist die Gefahr des sogenannten Delirs größer.

Welche Fähigkeiten brauchen ehrenamtliche Demenzbegleiter?

Müller-Zenner: Kommunikativ sollten sie sein und Einfühlungsvermögen mitbringen. Wir folgen den Demenzkranken in ihre Welt und konfrontieren sie nicht ständig mit unserer Realität.

Müller-Zenner: Das Thema Demenz ist ja nicht neu. Aber dass sich Krankenhäuser auf die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz einstellen müssen, spricht sich nur langsam herum. Die Alzheimer Gesellschaft will mit ihrem Preis der Idee des demenzsensiblen Krankenhauses Nachhaltigkeit verleihen. Mit dem Preis-



Wir vermitteln Patientinnen und Patienten mit Demenz ein Gefühl der Geborgenheit.

Sigrid Müller-Zenner

Welche Aufgaben übernehmen Sie als Demenzbeauftragte?

Müller-Zenner: Meine Kollegin und ich übernehmen die Schulung von Ehrenamtlichen sowie von Klinikmitarbeiterinnen und -mitarbeitern. Zudem stelle ich beispielsweise Kisten mit Büchern, Kuschtieren und Materialien zusammen, um Menschen mit Demenz individuell zu beschäftigen. Außerdem gehe ich möglichst zweimal pro Woche durch die Stationen, um die Patienten mit Demenz kennenzulernen. Ich koordiniere die Arbeit der Demenzbegleiterinnen. Fünf bis zehn Prozent aller Patienten haben kognitive Einschränkungen und können von unserem Angebot profitieren.

Die Alzheimer Gesellschaft Niedersachsen hat das Konzept ausgezeichnet. Was machen Sie mit dem Preisgeld?

geld werden wir Beschäftigungsmaterialien anschaffen, ehrenamtliche Begleiterinnen schulen und zwei weitere Pflegekräfte zur Demenzbeauftragten fortbilden lassen, die auf den Stationen als Multiplikatoren wirken sollen. ■

Das Interview führte Änne Töpfer.

Zur Person und zum Projekt

Sigrid Müller-Zenner, Diplom-Pflegewirtin, ist Demenzbeauftragte am Vinzenzkrankenhaus in Hannover. Gemeinsam mit ihrer Kollegin Susann Schwanebeck hat sie sich auf diese Tätigkeit in einer 160 Stunden umfassenden Fortbildung der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen vorbereitet. Mit der Ernennung von zwei Demenzbeauftragten begibt sich das Vinzenzkrankenhaus auf den Weg zum demenzsensiblen Krankenhaus. Im Juni 2016 erhielt es dafür einen Preis der Alzheimer Gesellschaft Niedersachsen.

Veröffentlichen statt verbergen

Die Pharmaindustrie möchte ihre Preise für Arzneimittel am liebsten verschleiern. Damit stößt sie bei der Politik auf offene Ohren. Und das, obwohl geheime Preise dem Wettbewerb zwischen den Herstellern schaden und die Beitragszahler belasten. Eine Analyse des geplanten

Arzneimittel-Gesetzes von **Sabine Richard**

Als eines der letzten Reformvorhaben der Bundesregierung in dieser Legislaturperiode steht nun die Arzneimittelversorgung auf der Tagesordnung: ein Gesetz zur Stärkung der Arzneimittelversorgung. Die Wahl des Namens überrascht, denn Ausgangspunkt waren die Ergebnisse des sogenannten Pharmadialogs, und dort ging es vor allem um Standort- beziehungsweise Erlösfragen der pharmazeutischen Industrie. Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen, der Ärzte und der Patienten waren als Dialogpartner nicht beteiligt. Die Versorgung von Patienten stand nicht im Mittelpunkt. Bei der einzigen in diesem Dialog tatsächlich wesentlichen Versorgungsfrage – die derzeitigen Versorgungsengpässe bei lebensnotwendigen Arzneimitteln – bleiben die Ergebnisse des Dialogs und die gesetzliche Umsetzung weit hinter den Erwartungen zurück. Anstatt die Industrie in die Pflicht zu nehmen, beschränkt man sich auf allgemeine Appelle.

Insofern reflektiert das Gesetzgebungsverfahren bisher nur einen Teil der derzeitigen Diskussion um die Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Es fehlen Antworten auf das drängende Problem der immer schneller steigenden Arzneimittelpreise für patentgeschützte Arzneimittel und der Sicherung der Finanzierbarkeit von wirklichen Therapiefortschritten. Im Gegenteil: Die vorgesehenen Maßnahmen bergen nicht unerhebliche finanzielle Risiken, die allerdings bisher nicht ausreichend ausgewiesen sind. Die vage angedeuteten Einsparmöglichkeiten werden sich als Mogelpackung herausstellen.

Preise in Zukunft intransparent. Bleibt das Reformvorhaben in der jetzigen Form bestehen, dann haben sich die Arzneimittelhersteller mit einem ihrer wichtigsten Anliegen durchgesetzt: Die Preise ihrer Arzneimittel sind künftig intransparent. Die Industrie hatte mit ihrer Preisgestaltung bei Medikamenten gegen Krebs und Hepatitis C hierzulande wie im Ausland eine hitzige Diskussion über angemessene Arzneimittelpreise losgetreten. Selbst die deutsche Ärzteschaft positionierte sich auf dem

diesjährigen Ärztetag in bislang nicht gekannter Deutlichkeit pharmakritisch. So wundert es nicht, dass aus Industriesicht das Verschleiern von Preisen nun allerhöchste Priorität hat: Geheime Preise machen eine gesellschaftliche Diskussion über ihre Angemessenheit unmöglich. Außerdem bekommen Ärzte, die den Preis des Arzneimittels nicht kennen, kein klares Signal mehr, ob sie wirtschaftlich verordnen. Da sie mit ihrem Ordnungsverhalten die Erlöse des Herstellers zentral beeinflussen, ist auch hier der geheime Preis aus Sicht der Industrie so wichtig.

Versprechen bleiben vage. Aber natürlich argumentiert die Industrie öffentlich anders. Demnach sind geheime Preise nötig, weil die offiziellen deutschen Listenpreise Grundlage für die Preisfindung in anderen Ländern sind. Senkt man – so die Argumentation – hierzulande den bislang öffentlich einsehbaren Listenpreis auf das Niveau des Betrages, der als Erstattungsbetrag verhandelt wurde, reduziert sich auch die Gewinnspanne für den Hersteller in anderen Ländern. Einen geheimen Preis müssten die deutschen Beitragszahler nach Ansicht der Hersteller dagegen gar nicht fürchten, gleichzeitig hätte die Pharmaindustrie aber einen Nutzen davon. Warum? In anderen Ländern könnten die Hersteller höhere Preise verlangen, da dort auch die tatsächlich bezahlten Preise in der Regel geheim gehalten werden. Im Inland seien dagegen im Gegenzug niedrigere Erstattungspreise denkbar, da, so die Industrie, durch die Vertraulichkeit der Preise insgesamt mehr Verhandlungsspielraum zugunsten der Beitragszahler in Deutschland entstehe. Im Klartext bedeutet dieses vage Versprechen: Weil sie in anderen Ländern dann mehr verdienen, könnten die Hersteller in Deutschland umso mehr Nachlass gewähren.

Mangelnde parlamentarische Kontrolle. Gemäß dieser Argumentation der Pharmaindustrie ist geplant, dass die erst 2014 eingeführte öffentliche Listung der Erstattungsbeiträge wieder beendet wird. Künftig darf „der Erstattungsbetrag nur noch solchen Institutionen mitgeteilt werden, die ihn zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben benötigen“, lautet der Gesetzesvor-

Umsatzschwelle ist zu hoch

Neuzulassungen ab 2011

95 Arzneimittel gesamt

über 250 Millionen Euro Umsatz
im ersten Jahr nach der
Zulassung: 3 Arzneimittel



über 150 Millionen Euro:
4 Arzneimittel



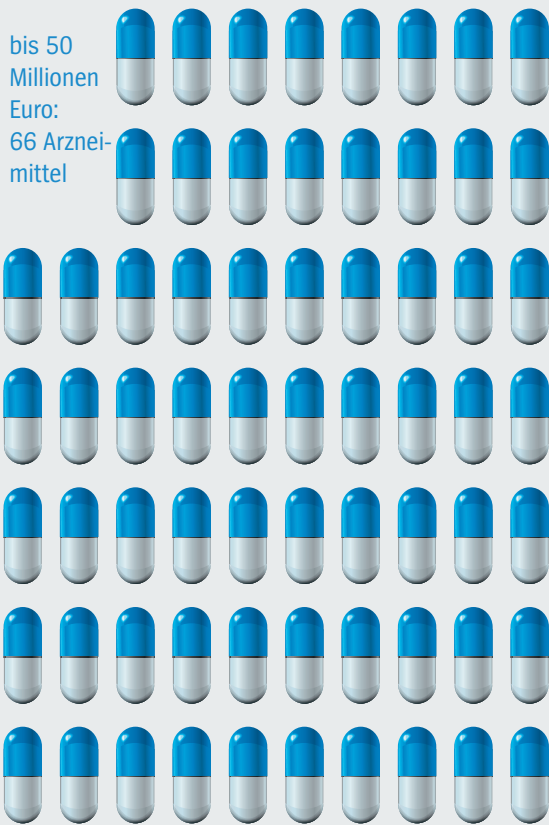
über 100
Millionen Euro:
7 Arzneimittel



über 50
Millionen Euro:
15 Arzneimittel



bis 50
Millionen
Euro:
66 Arznei-
mittel



Eine Umsatzschwelle von 250 Millionen Euro bliebe praktisch folgenlos: Seit 2011 überschritten diesen Wert nur drei von 95 Arzneimitteln im ersten Jahr nach der Zulassung. Nur bei diesen drei Präparaten hätte also das geplante Rückwirken des Erstattungspreises gegriffen und zu Einsparungen zugunsten der Kassen geführt.

Quelle: WIdO 2016

schlag. Dabei kann es sich theoretisch um Krankenkassen und andere Kostenträger genauso handeln wie um Apotheken und Ärzte oder auch Versicherte. Wie eine solche Kombination aus Information und Verschleierung organisiert werden könnte, bleibt vorerst offen. Denn der Referentenentwurf bleibt konkrete Regelungsvorschläge schuldig. Stattdessen sollen Gesundheits- und Wirtschaftsministerium eine Rechtsverordnung dafür erlassen, womit Abstimmungen im Bundestag umgangen werden können.

Rechtlich unsichere Abrechnung. Doch selbst dieser Umgang mit Informationen geht den Herstellern bereits zu weit. Die Liste der möglichen Institutionen ist ihnen zu lang, die Einsicht in die Preise haben könnten. Sie möchten, dass nur die Hersteller und die Krankenkassen darüber informiert sind. Der Verband forschender Arzneimittelhersteller (vfa) fordert dazu allen Ernstes, für den gesamten Patentmarkt einen zusätzlichen Abrechnungsstrang für die verschleierte Erstattungsbeträge aufzubauen – zwischen jeder Krankenkasse und jedem einzelnen Hersteller. Die Folgen sind neuer bürokratischer Aufwand, rechtliche Unsicherheit und Mehrkosten. Der Plan: Neben dem bewährten digitalen Abrechnungsverfahren über die Apotheken soll es künftig eine nicht-digitalisierte Zweitabrechnung geben, mit der die Krankenkasse den zuviel gezahlten Differenzbetrag aus Listen- und tatsächlich erstattetem Preis beim Hersteller zurückfordert. Eine vertragliche Grundlage gibt es hierfür nicht. Im Ergebnis müssten die Krankenkassen sämtliche Risiken dieses Verfahrens wie rechtliche Streitigkeiten oder ausbleibende Zahlungen tragen. Nur so könnten nach Vorstellung der Industrie die Preise effektiv geheim gehalten werden.

Sonderkonditionen helfen zu verschleiern. Aus dem gleichen Grund fordert die Industrie sogenannte Preis-Mengen-Vereinbarungen. Hier wird erst dann ein Rabatt gezahlt, wenn eine bestimmte Höchstmenge für das jeweilige Arzneimittel erreicht wurde. Das heißt, der tatsächliche Preis steht erst im Nachhinein fest. Damit geht das transparente Preissignal bezogen auf die Packung beziehungsweise die Jahrestherapiekosten verloren. Für jedes Produkt wären dann aufwändige Nacherstattungen durchzuführen.

Intransparente Preise sind entgegen der Rhetorik der Hersteller nicht zum Nulltarif zu haben. Die direkten Mehrkosten für die Krankenkassen und deren Beitragszahler sind in den vergangenen Monaten schon häufig aufgezählt worden: Durch die nötigen Rückerstattungen entsteht eine falsche Bezugsbasis in der Apotheke. Daraus ergeben sich für Apotheken und Pharmagroßhandel überhöhte Handelsspannen, zu hohe Umsatzsteueranteile sowie überhöhte Aufsatzzpunkte bei Festbeträgen und bei zukünftigen AMNOG-Verfahren. Den Kassen entstehen Liquiditätsnachteile durch Rabattzahlungen erst nach mehreren Monaten. Darüber hinaus bringen verschleierte Preise alle Ansätze für Preiswettbewerb zwischen den Herstellern zum Erliegen. Denn Preiswettbewerb setzt Preistransparenz voraus, und genau die soll ja zukünftig gegenüber den verordnenden Ärzten nicht mehr hergestellt werden. Das macht die derzeitige Wirtschaftlichkeitsprüfung unmöglich.

Front gegen vertrauliche Preise. Grundsätzlich bleibt unklar, wer für Mehrkosten aufkommen soll. Die in Aussicht gestellten Preisspielräume, die angeblich durch die geheimen Preise entstehen sollen, müssten als Kompensation bei den Herstellern schon verbindlich einzufordern sein. Das ist aber nicht vorgesehen. Der geplante Weg über die Rechtsverordnung bedeutet, dass sich dieser schwerwiegende Eingriff völlig der parlamentarischen Kontrolle entzieht. Selbst die Verfasser des Referentenentwurfs scheinen an die Möglichkeit eines Ausgleichs nicht wirklich zu glauben, denn sie zitieren in der Begründung zum Entwurf recht distanziert die Argumente der Hersteller und erhoffen sich einen „dämpfenden Effekt auf die Ausgabenentwicklung“. Dieser wird aber nicht eintreten. Und das unabhängig davon, welche Form der Verschleierung kommt: Die GKV wird in höhere Bürokratiekosten investieren und höhere Ausgaben durch eingeschränkte Steuerungsinformationen wie zum Beispiel das wirtschaftliche Verschreiben von Ärzten hinnehmen müssen. Insofern ist es zu begrüßen, dass sich gegen dieses systemsprengende Vorhaben eine breite Ablehnung formiert.

Die Reform spielt der Pharmaindustrie in die Hände.

Höhere Preise für Produkte ohne Zusatznutzen. Neben der Preistransparenz gibt der Gesetzentwurf ein ganz wesentliches Prinzip des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) auf, was neben finanziellen Risiken auch Rechtsunsicherheit bescheren wird. Seit Einführung des AMNOG im Jahr 2011 dürfen neue Arzneimittel, die keinen nachgewiesenen Zusatznutzen gegenüber bisherigen Therapien haben, auch nicht mehr kosten als diese. Künftig haben nach den Plänen der Großen Koalition die Verhandlungspartner nun einen sehr großen Spielraum, um davon abzuweichen. Als Begründung dazu heißt es, dass dies in Einzelfällen nötig sei. Diese Fälle werden jedoch weder konkretisiert noch begründet. Deshalb ist schon jetzt abzusehen, dass Hersteller für ihre Produkte ohne belegten Zusatznutzen generell versuchen werden, sich darauf zu berufen. Eine einvernehmliche Lösung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Hersteller ist unwahrscheinlich. Die Schiedsstelle und Sozialgerichte werden künftig konkretisieren müssen, wann und ob Gründe für einen Preiszuschlag vorliegen. Diese Regelung zu Erstattungspreisen löst also kein Problem, schafft aber viele neue.


Umsatzschwelle ist nur Alibi. Anders als in allen anderen Ländern genießen die pharmazeutischen Unternehmen hierzulande bislang immer noch das Privileg, ihre Preise für neue patentgeschützte Arzneimittel im ersten Jahr nach der Einführung in den Markt frei festsetzen zu können. Das gilt auch dann, wenn ein Wirkstoff eine neue Nutzenbewertung durchlaufen muss, weil er beispielsweise für weitere Therapiegebiete eingesetzt werden soll. Weil dann von ihm mehr Patienten als bisher profitieren, bedeutet das in der Regel, dass der Erstattungsbetrag

gesenkt wird – aber wie bei der Neueinführung gilt das auch in diesem Fall erst nach zwölf Monaten.

Die Krankenkassen und viele andere Akteure fordern, dass die verhandelten Erstattungsbeträge generell bereits rückwirkend ab Markteintritt beziehungsweise dem Zeitpunkt gelten, ab dem Wirkstoffe für zusätzliche Therapiegebiete eingesetzt werden. Diesen Schritt geht die Politik jedoch nicht. Sozusagen als Friedensangebot an die Industrie will sie stattdessen die sogenannte Umsatzschwelle einführen. Danach soll der Erstattungsbetrag künftig tatsächlich rückwirkend in Kraft treten – aber nur, wenn der Wirkstoff binnen der ersten zwölf Monate nach Markteinführung einen Umsatz von 250 Millionen Euro überschritten hat. Kommt ein Medikament beispielsweise im Januar auf den Markt, und überschreitet der Umsatz im September den Wert, gilt erst ab Oktober der Erstattungspreis. Ein solcher Umsatz binnen des ersten Jahres wurde seit Einführung des AMNOG allerdings erst dreimal erreicht (*siehe Grafik „Umsatzschwelle ist zu hoch“ auf Seite 20*). Damit ist klar: Es geht lediglich um das Kappen absoluter Auswüchse im ersten Jahr und nicht um das allgemeine Eindämmen überhöhter Preise.

Dabei wird auch nicht zwischen Arzneimitteln mit oder ohne Zusatznutzen differenziert. Insofern ist das im Gesetzentwurf angenommene Einsparpotenzial durch die Umsatzschwelle in Höhe eines „mittleren zweistelligen Millionenbetrages im Durchschnitt pro Jahr“ eine mehr als optimistische Einschätzung. Damit ist der Forderung der Krankenkassen nach grundsätzlicher Rückwirkung des Erstattungsbetrages nicht im Mindesten Rechnung getragen. Es handelt sich um nicht ernst gemeinte Symbolpolitik, mit der der Gesetzgeber der Industrie nicht auf die Füße treten will. Bis hierher wird bereits deutlich, wozu das Gesetzgebungsverfahren in erster Linie beiträgt: Es steigert die Erlöse der pharmazeutischen Hersteller statt reale Versorgungsprobleme zu lösen. Wichtige Steuerungsprinzipien werden dabei über Bord geworfen.

Verhandlungsbedingungen ändern. Wer mit wem und unter welchen Bedingungen die Erstattungsbeträge verhandelt, regelt der Paragraph 130 b des SGB V. Mit dem Reformvorhaben wird er zwar runderneuert. Trotzdem wird es damit nicht gelingen, von den Herstellern geforderte Mondpreise bei Arzneimitteln zu verhindern. Denn: Ein wesentlicher Webfehler des Gesetzentwurfs ist, dass sich der Erstattungsbetrag eines Arzneimittels nach wie vor am Preisniveau „vergleichbarer Arzneimittel“ zu orientieren hat. Vergleichbare Arzneimittel sind patentgeschützte Konkurrenzarzneimittel, die für dieses Therapiegebiet bereits auf dem Markt sind. Diese sind nicht zu verwechseln mit der zweckmäßigen Vergleichstherapie. Ein Folgeanbieter kann sich so für sein Produkt aus derselben Substanzklasse auf den Preis des Erstanbieters berufen. Dies unterbindet jeden Preiswettbewerb und trägt dazu bei, dass sich die Therapiekosten immer weiter hochschaukeln. Es ist deshalb zu fordern, dass die Preise vergleichbarer Arzneimittel bei der Preisfindung nicht mehr berücksichtigt werden. Stattdessen wäre für Analogpräparate gesetzlich ein Preisabschlag festzulegen. Diese Maßnahme würde den Erstanbieter effektiv belohnen und die finanziellen Ressourcen der GKV zu den echten Innovationen lenken.



Zulassungsstandards für neue Präparate zu senken, kann Patienten schaden.

Weniger Sicherheit durch frühes Vermarkten. Neben den zahlreichen Änderungen bei der Arzneimittelpreisgestaltung sind im aktuellen Gesetzgebungsverfahren einige Änderungen bei der Nutzenbewertung geplant. Hervorzuheben ist hier vor allem eine Änderung der Nutzenbewertungsverordnung unter dem Stichwort Evidenztransfer. Evidenztransfer steht für eine Strategie der europäischen Arzneimittelzulassungsbehörde EMA: Sie lässt immer häufiger Arzneimittel auch für Patientengruppen zu, die in den klinischen Studien gar nicht vertreten waren, für die also keine eigene Evidenz vorliegt. Dieses Prinzip soll nun auch in der nationalen Nutzenbewertung möglich sein. Die Anforderungen an eine Arzneimittelzulassung und an Zuerkennung eines Zusatznutzens werden damit weiter abgesenkt. Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft sieht in ihrer Stellungnahme durch den Evidenztransfer eine „berechtigte Gefahr einer relevanten Sicherheitslücke“. Denn: Das AMNOG sollte die Hersteller eigentlich motivieren, durch gute Studien die erforderlichen Belege dafür zu liefern, dass ihr neues Arzneimittel überlegen ist. Der Evidenztransfer schwächt diesen Anreiz nun. Die neue Regelung fördert selektive Zulassungsstrategien, die die Nutzenbewertung unterminieren. Für die Hersteller bedeutet das: Sie können die Kosten für die Forschung deutlich senken und wesentlich früher mit der Vermarktung beginnen.

Qualitätseinbußen verhindern. Der Evidenztransfer ist nur ein Baustein im Programm der EMA, die sich zunehmend am Primat der schnellen Verfügbarkeit von Arzneimitteln orientiert – auf Kosten der Arzneimittelsicherheit. Gerade hat die EMA ihren Ergebnisbericht zu den sogenannten „adaptive pathways“ vorgelegt. Mit diesem Verfahren soll der Marktzugang auf geringerer Evidenzbasis weiter beschleunigt werden. Diese „Pfade“ verlagern Studien dabei immer mehr auf den Zeitraum nach der Zulassung, und zwar auf Kosten ihrer Qualität. Nicht nur das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), auch Experten in ganz Europa kritisierten diesen Ansatz bereits. Die deutsche Politik kann diesen Trend nicht länger ignorieren und muss darauf reagieren: Bislang ist Deutschland nicht auf solche „Light-Zulassungen“ vorbereitet,

denn sind Arzneimittel hier einmal zugelassen, dürfen sie ungefiltert in die Versorgung. Die „Light“-Zulassungen dagegen erfordern, dass der Einsatz dieser Arzneimittel nach Marktzutritt nur unter besonderen Bedingungen erfolgen kann. Die EMA spricht in ihrem Bericht explizit von notwendigen „prescription controls“, also von einer Steuerung der ärztlichen Verordnung. Das kann beispielsweise wie in vielen europäischen Staaten bedeuten, dass die Arzneimittel zunächst nur in bestimmten Zentren und für definierte Patientengruppen eingesetzt werden dürfen. In der GKV gibt es jedoch bisher keine Möglichkeit, den Einsatz dieser Arzneimittel zu kanalisieren. Daher müssen gesetzliche Regelungen für die besonderen Bedingungen der Versorgung mit Arzneimitteln, die beschleunigt zugelassen sind, geschaffen werden. Außerdem sind wegen ihres niedrigen Sicherheitsprofils Abschläge auf den Erstattungsbetrag nötig.

Preismoratorium löchrig. Bei aller Kritik fällt die Bewertung des Entwurfs in einem Punkt etwas positiver aus: So ist die Verlängerung des Preismoratoriums konsequent. Allerdings sollte es anders als geplant ohne jegliche Einschränkungen fortgesetzt werden. Das Einfrieren der Preise wird angewendet auf Arzneimittel, die keiner Nutzenbewertung und keiner Preisverhandlung unterliegen. Als Ausgleich für dieses Privileg werden die Preise vor allem des sogenannten Bestandsmarktes auf das Niveau vor dem AMNOG festgeschrieben. Der vorgeschlagene Inflationsausgleich ab dem Jahr 2018 ist jedoch abzulehnen, weil er dieses Segment in den kommenden Jahren weiter verteuert. Das Wahljahr 2017 ist davon noch nicht betroffen, da die Politik hier wohl noch das Risiko der steigenden Kassenbeiträge vermeidet. Das Bundesgesundheitsministerium schätzt die Mehrkosten ab 2018 auf 150 bis 200 Millionen Euro pro Jahr. Diese Kosten entfallen auf renditestarke Arzneimittel und wirken somit rein erlössteigernd. Dies bedeutet: Das Geld der Beitragszahler für den Inflationsausgleich ist schlecht investiert, denn eine gezielte Förderung von wirklichen Innovationen im Sinne der behaupteten Ziele des Pharmadialoges geht von dieser Maßnahme nicht aus. Deshalb sollte das Preismoratorium ohne Einschränkungen fortgeführt werden.

Wirtschaftlichkeit in Gefahr. Alles in allem hat das Reformvorhaben das Etikett „Versorgungsstärkungsgesetz“ nicht verdient – zumindest nicht, soweit damit die Versorgung von Patienten gemeint ist. Es schwächt wichtige Steuerungsprinzipien, die erst vor wenigen Jahren mit dem Arzneimittel-Neuordnungsgesetz eingeführt wurden. Für Arzneimittel wird die GKV in Zukunft noch mehr ausgeben müssen, doch nicht unbedingt für eine bessere Arzneimittelversorgung, sondern für Bestandsmarkt-arzneimittel, für Arzneimittel ohne belegten Zusatznutzen und für Arzneimittel mit einem schlechteren Risikoprofil. Hinzu kommt, dass die von der Industrie angestrebte Verschleierung der Preise die Wirtschaftlichkeit der gesamten Versorgung mit Arzneimitteln gefährdet. ■

Dr. Sabine Richard, Diplom-Volkswirtin, ist Geschäftsführerin der Geschäftsführungseinheit Versorgung im AOK-Bundesverband.

Kontakt: Sabine.Richard@bv.aok.de



Würdesäule.

Bildung ermöglicht Menschen,
sich selbst zu helfen und aufrechter
durchs Leben zu gehen.

brot-fuer-die-welt.de/bildung

Mitglied der **actalliance**



Würde für den Menschen.



DANVER, MEXICO

www.illustration.com

Therapie mit Stolperfallen

Patienten, die Hilfsmittel nur gegen Aufpreis angeboten bekommen; eine Produktliste, die nicht mehr up to date ist; Therapeuten, die ihre Arbeit aufgewertet sehen möchten – die Politik will zu Recht die Qualität der Heil- und Hilfsmittelversorgung vorantreiben. Doch das Reformvorhaben hat auch Haken und Ösen.

Von Bernd Faehrmann

Die Versorgung von Patienten mit Hilfsmitteln wie Inkontinenzprodukten, Rollstühlen, Gehhilfen oder Anti-Dekubitusmatratzen sowie mit Heilmitteln wie Physiotherapie oder Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie stehen selten im Fokus der gesundheitspolitischen Diskussion. Medien und der Patientenbeauftragte der Bundesregierung hatten Qualitätsmängel und Aufzählungen (siehe Glossar auf Seite 26) insbesondere in der Inkontinenzversorgung sowie veraltete Standards des Hilfsmittelverzeichnisses mehrfach problematisiert. Daraufhin fasste das Bundesgesundheitsministerium im Herbst 2015 den Reformbedarf in einem Eckpunkte-Papier zur Weiterentwicklung der Qualität in diesem Bereich zusammen. Nun hat das Bundeskabinett den Entwurf für ein Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz, kurz HHVG, auf den Weg gebracht.

Wettbewerb eingeführt. Die Versorgung mit Hilfsmitteln hatte die Politik mit der letzten großen Reform im Jahr 2010 stärker wettbewerblich ausgerichtet. An die Stelle der bis dahin üblichen kassenindividuellen Zulassung zum Beispiel von Sanitätshäusern oder Hörgeräteakustikern trat ein Präqualifizierungsverfahren (siehe Glossar) sowie ein striktes Vertragsprinzip. Seitdem dürfen Versicherte nur noch von Leistungserbringern versorgt werden,

die mit ihrer Krankenkasse einen Vertrag geschlossen haben. Diese Versorgungsverträge kommen entweder durch Ausschreibungen, durch Verhandlungen mit Organisationen wie Innungen oder mit einzelnen Leistungserbringern zustande. Zudem ist das Verfahren zur Aufnahme eines Hilfsmittels in das Verzeichnis des GKV-Spitzenverbandes (siehe Grafik auf Seite 27) stringenter geregelt. Der GKV-Spitzenverband listet neue Produkte mit CE-Kennzeichen, für die der Hersteller die Funktionstauglichkeit und Sicherheit nachgewiesen hat, meist ohne weitergehende Prüfung. Die Aufnahme erfolgt in der Regel innerhalb von drei Monaten. Sind die Verträge im Rahmen einer Ausschreibung zustandegekommen, versorgt der Gewinner der Ausschreibung die Patienten mit dem benötigten Hilfsmittel.

Webtipps

- Informationen für Anbieter von Heil- und Hilfsmitteln: www.aok-gesundheitspartner.de, Stichworte Heilberufe sowie Hilfsmittel
- Zahlen und Berichte zur Entwicklung der Heilmittelversorgung: www.wido.de > Heilmittel
- Informationen zum Hilfsmittelverzeichnis und zur Präqualifizierung: www.gkv-spitzenverband.de > Krankenversicherung > Hilfsmittel

Glossar

Hilfsmittel: Produkte wie zum Beispiel Rollstühle, Gehhilfen oder Schlafapnoe-Therapiegeräte, die den Erfolg einer Krankenbehandlung sichern, einer drohenden Behinderung vorbeugen oder eine Behinderung ausgleichen.

Hilfsmittelverzeichnis: Eine vom GKV-Spitzenverband erstellte Liste der verordnungsfähigen Hilfsmittel. Die Aufnahme eines Produkts erfolgt auf Antrag des Herstellers, wenn er Funktionstauglichkeit und Sicherheit sowie im Einzelfall weitere besondere Qualitätsanforderungen nachgewiesen hat (siehe auch Grafik auf Seite 27). Im Hilfsmittelverzeichnis können auch die zusätzlich bei der Abgabe zu erbringenden Dienstleistungen festgelegt werden. Das Hilfsmittelverzeichnis ist keine Positivliste.

Präqualifizierung: Allgemeine Eignungsprüfung, bei der potenzielle Lieferanten wie Sanitätshäuser oder Apotheken ihre Fachkunde und Leistungsfähigkeit unabhängig von einem konkreten Vertragsabschluss vorab bei einer autorisierten Prüfstelle nachweisen. Nur geeignete Anbieter können mit Krankenkassen Verträge abschließen.

Zuzahlung: Gesetzlich festgelegte Eigenbeteiligung, die der Versicherte direkt an den Leistungserbringer zu zahlen hat. Für Hilfsmittel beträgt die Zuzahlung zehn Prozent (mindestens fünf und höchstens zehn Euro). Bei Pflegehilfsmitteln, zum Beispiel ein Pflegebett, muss der Versicherte zehn Prozent zuzahlen, aber höchstens 25 Euro. Bei Heilmitteln sind es zehn Euro je Verordnung plus zehn Prozent des Abgabepreises.

Aufzahlung: Zusätzliche, frei kalkulierte Forderung des Anbieters, wenn ein Patient ein Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen wünscht, die über das medizinisch Notwendige hinausgehen (zum Beispiel ein besonders kleines Hörgerät). Diese Mehrkosten muss der Versicherte selbst tragen.

Heilmittel: Von qualifizierten nicht-ärztlichen Therapeuten persönlich erbrachte medizinische Leistungen der Physio- und Ergotherapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie der Podologie (Behandlung des diabetischen Fußes).

Preisuntergrenze: Preisuntergrenzen sollen die für ein Heilmittel in den verschiedenen Krankenkassenverträgen bestehenden Preisunterschiede zugunsten der Therapeuten reduzieren. Dafür werden ab dem Jahr 2016 die jeweils zum Stichtag 1. April gültigen Preise ermittelt. Danach abgeschlossene Preisvereinbarungen sind mindestens auf den Vergütungssatz anzuheben, der sich aus dem niedrigsten Preis zuzüglich zwei Drittel der Differenz zum höchsten Preis im jeweiligen Bundesland ergibt.

Ausschreibungen senken Preise. Bislang gibt es nur wenige Ausschreibungsverträge zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen. Sie schlagen bei den Hilfsmittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nur mit circa zehn Prozent zu Buche – bei einem Gesamtausgabenvolumen von 7,7 Milliarden Euro im Jahr 2015 (2011: 6,3 Milliarden). Dennoch standen diese Verträge immer wieder im Mittelpunkt der Kritik von Leistungserbringern. Dabei dominierten zunächst eher formale Fragen, die dazu dienten, die Zulässigkeit einer Ausschreibung rechtlich auszuloten. Danach trat eine gewisse Lernphase ein: Leistungserbringer wie ausschreibende Krankenkassen bauten Erfahrungswissen über den Verfahrensablauf und den Aufbau von Ausschreibungsverträgen auf. Die mit einem neuen Vertrag verbundenen Herausforderungen, zum Beispiel bei der Umstellung bereits versorgter Versicherter auf jenen Anbieter, der die Ausschreibung gewonnen hatte, werden zunehmend professionell gemeistert. So beschaffen Krankenkassen beispielsweise Elektrostimulationsgeräte – diese dienen der Nerven- und Muskelstimulation – mittlerweile regelhaft durch Ausschreibungen. Das hat die Preise um über 50 Prozent gesenkt, ohne dass sich die Qualität der Versorgung verschlechterte oder Versicherte sich beschwerten.

Anbieter drängen teure Produkte auf. Die Ausschreibung für andere Hilfsmittel, insbesondere aufsaugende Inkontinenzprodukte wie Windeln, ist hingegen in Verruf geraten. Der Grund: Manche geschäftstüchtige Ausschreibungsgewinner nutzten ihr Alleinversorgungsrecht aus und drängten Kunden zu einer zusätzlichen privaten Aufzahlung (siehe Glossar). So berichteten Patienten darüber, dass sie von Leistungserbringern nur eine knapp bemessene Menge einfachster Produkte als Sachleistung angeboten bekommen hätten und die gewohnte Qualität und Menge künftig nur noch gegen Aufpreis erhalten könnten.

Wegen derartiger, eindeutig nicht zu akzeptierender Vorkommnisse fordern Patientenorganisationen sowie bei der Ausschreibung unterlegene Leistungserbringer, komplett auf Ausschreibungen zu verzichten. Die gewachsenen Beziehungen zwischen Lieferant und Patient sollten nicht gestört und die Wahlfreiheit der Versicherten in den Vordergrund gestellt werden.

Hilfsmittelverzeichnis veraltet. Auch die Kassen haben Nachbesserungen angemahnt, um die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Hilfsmittelversorgung zu erhöhen. Dabei wäre es aber geradezu kontraproduktiv, auf das zur Effizienzsteigerung bewährte Instrument der Ausschreibung zu verzichten. Denn nicht die Ausschreibungen als solche haben zu einer unzureichenden und überteuerten Versorgung geführt, sondern verkrustete Rahmenbedingungen und unzureichende Kontrollmöglichkeiten. So bleiben derzeit Produkte im Hilfsmittelverzeichnis gelistet, die längst nicht mehr dem Stand der Technik entsprechen. Solche Hilfsmittel dürfen die Kassen bei ihren Verträgen nicht ausschließen. Leistungserbringer können darauf pochen, dass ihre Produkte zu berücksichtigen sind, solange sie den Mindeststandards des Hilfsmittelverzeichnisses (Funktionstauglichkeit, Sicherheit, Qualität, Nutzen) genügen. Eine Aktualisierung des Verzeichnisses ist daher dringend geboten.

Aufzahlungen eindämmen. Die Kassen haben der Politik Vorschläge unterbreitet, um die Qualität der Versorgung zu verbessern, die Aktualität des Hilfsmittelverzeichnisses zu erhöhen und die Versicherten besser zu informieren und zu beraten. Insbesondere die aufzahlungsfreie Versorgung sollte wieder der Normalfall sein. Die derzeit gesetzlich verankerte Möglichkeit (Paragraf 33 Absatz 1 Satz 5 SGB V), dem Versicherten zusätzliche oder über das Maß des Notwendigen hinausgehende Leistungen gegen Aufpreis zu verkaufen, nutzen mittlerweile einige Leistungserbringer so offensiv, dass ein Missbrauch nahe liegt. Versicherte bekommen derartige IGeL-Leistungen nicht nur bei farblich besonders schicken Kompressionsstrümpfen oder Hörgeräten mit Komfortverbesserung angeboten. Auch bei Standardprodukten wie zum Beispiel Schuheinlagen verlangen Lieferanten wie selbstverständlich eine Aufzahlung. Der dabei erweckte Eindruck, die Kassenleistung sei quasi nur ein begrenzter und nicht ausreichender Zuschuss, der stets durch eine private Aufzahlung zu ergänzen ist, bedarf dringend einer gesetzlichen Korrektur.

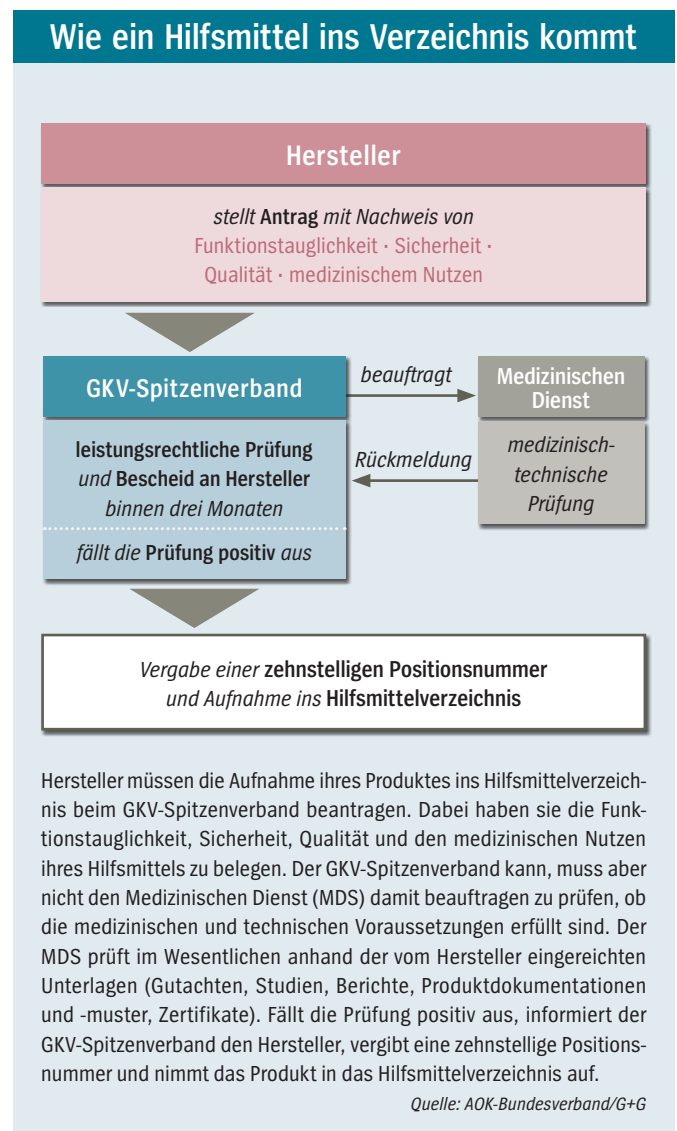
Politik will Defizite abstellen. Mit dem HHVG will die Politik die Defizite bereinigen. So soll der GKV-Spitzenverband das Hilfsmittelverzeichnis innerhalb von zwei Jahren grundlegend aktualisieren. Für ein qualitätsgesichertes Präqualifizierungsverfahren (siehe Glossar) ist beabsichtigt, die Deutsche Akkreditierungsstelle (DAkkS) einzubinden. Die Kassen haben künftig die Leistungserbringer hinsichtlich der Einhaltung ihrer gesetzlichen und vertraglichen Pflichten stärker zu kontrollieren. Leistungserbringer und Kassen sollen die Versicherten über aufzahlungsfreie Versorgungsmöglichkeiten beraten. Versicherte können künftig stets zwischen verschiedenen mehrkostenfreien Hilfsmitteln wählen. Mit den Versicherten vereinbarte Mehrkosten müssen Leistungserbringer bei der Abrechnung mit den Kassen offenlegen. Bei Ausschreibungen sollen neben dem Preis auch Kriterien wie Qualität und Lieferbedingungen mit mindestens 40 Prozent in die Wertung eingehen.

Aufzahlungsfreie Hilfsmittel gehören ins Angebot. All dies ist zu begrüßen. Zu Recht betont der Gesetzentwurf die aufzahlungsfreie Versorgung als GKV-Standard. Private Mehrkosten sind sicherlich dann berechtigt, wenn Versicherte Sonderwünsche ohne höheren Nutzen haben. Sie dürfen aber kein Regelfall sein. Die Anbieter künftig zu verpflichten, die Aufzahlungen offenzulegen, schafft mehr Transparenz und ermöglicht es den Krankenkassen, auffällig teure Anbieter unter die Lupe zu nehmen.

Keine Abstriche an der Qualität. Kritisch zu hinterfragen ist die geplante Verpflichtung, bei Ausschreibungen neben dem Preis weitere Kriterien wie Qualität oder Lieferbedingungen mit mindestens 40 Prozent zu werten. Diese vordergründig der Qualitätsverbesserung dienende Vorschrift kann dazu führen, dass Leistungserbringer diese Parameter nicht mehr zu 100 Prozent erfüllen und durch besonders niedrige Preise kompensieren. Für die Qualitätssicherung ist vielmehr erforderlich, die Leistungserbringer zu verpflichten, die Anforderungen des

Hilfsmittelverzeichnisses einzuhalten. Auch unter vergaberechtlichen Aspekten ist die jetzt im Gesetzentwurf gefundene Lösung ein Schritt in die richtige Richtung, dass die Aufteilung 60 Prozent Preis und 40 Prozent Qualitätsaspekte dann nicht erforderlich ist, wenn die qualitativen Anforderungen in der Leistungsbeschreibung verbindlich festgelegt werden.

Neutrale Stelle für die Akkreditierung. Zu begrüßen ist, dass künftig die unabhängige nationale Akkreditierungsstelle DAkkS die Präqualifizierungsstellen – diese prüfen die Eignung eines Anbieters auf der Basis von Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes und erteilen entsprechende Zertifikate – benennt und überwacht. Das sorgt für Neutralität. Offen aber ist die Überwachung der Leistungserbringer. Hier fehlt es an einem verbindlichen Verfahren zur Rücknahme von nicht mehr aktuellen Zertifikaten, zum Beispiel nach dem Ausscheiden des fachlichen Leiters. Offensichtlich fehlerhafte Zertifikate müssten von dem GKV-Spitzenverband oder einer anderen Prüfinstanz direkt geändert oder für ungültig erklärt werden können.



Einheitliche Zuzahlung sinnvoll. Mit den vielfältigen Maßnahmen zur Information, Beratung, Dokumentation und Kontrolle werden allerdings auch neue bürokratische Pflichten geschaffen. Diese sollten auf das Notwendige beschränkt bleiben. Auch wäre es sinnvoll klarzustellen, dass die Kommunikation und Abrechnung zwischen Hilfsmittelerbringern und Krankenkassen vollständig papierlos erfolgen soll. Und die schwer zu vermittelnden unterschiedlichen Zuzahlungsregelungen für Hilfsmittel der Kranken- und der Pflegeversicherung sollten vereinheitlicht werden.

Kein Reformstau bei Heilmitteln. Im Unterschied zum Hilfsmittelbereich hat der Gesetzgeber die Heilmittelversorgung jüngst mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) grundlegend reformiert. Bei schweren, dauerhaften, funktionellen Schäden, beispielsweise nach einem Schlaganfall, können die Kassen seit 2011 medizinisch notwendige und auf Dauer benötigte Heilmittel für mindestens ein Jahr genehmigen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat eine Liste von Diagnosen beschlossen, die kassenübergreifend als eindeutige Indikation

für einen langfristigen Heilmittelbedarf gelten. Diese Verordnungen des Arztes sind von der Wirtschaftlichkeitsprüfung ausgenommen. Sie belasten sein Budget also nicht, regressrelevante Richtgrößen gehören der Vergangenheit an. Auch sind die Kassen seit dem GKV-VSG nicht mehr verpflichtet, Vereinbarungen über neue Preise der zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen. Zudem ist de facto eine Preisuntergrenze (siehe Glossar) eingeführt. Etliche Regelungen des GKV-VSG treten im Laufe dieses Jahres und ab 2017 in Kraft.

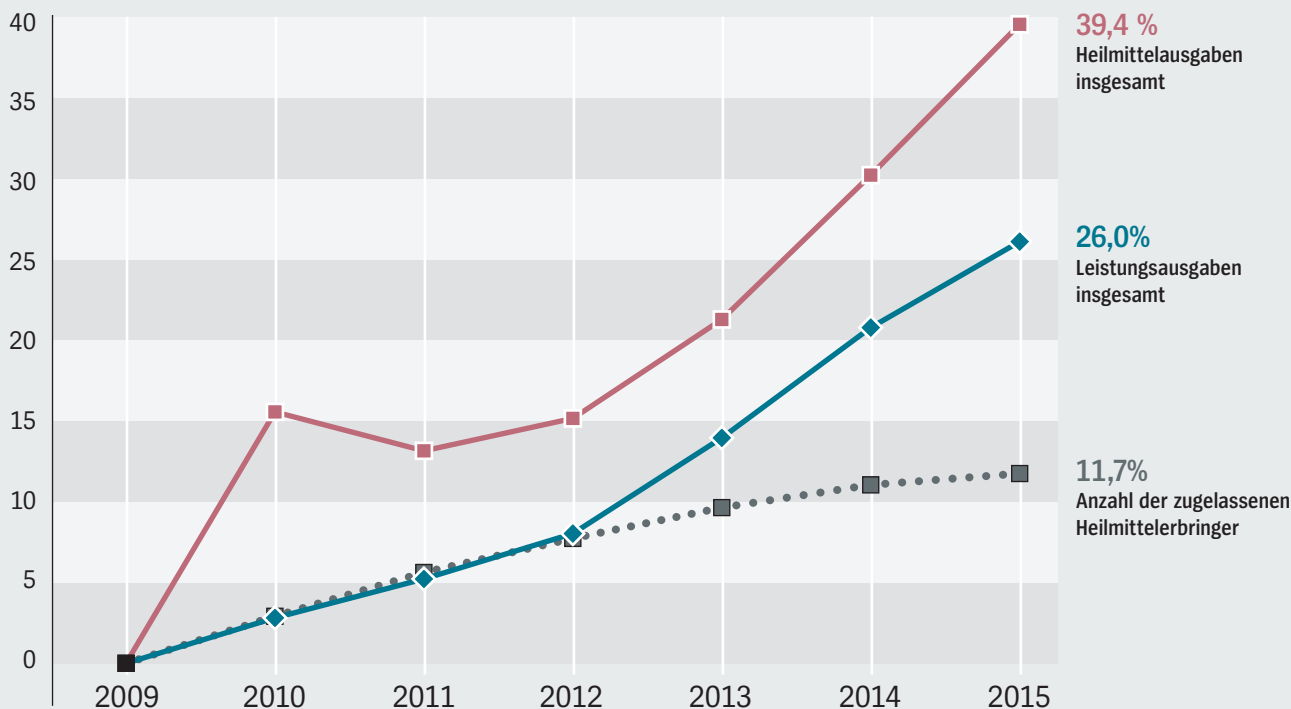
Branche floriert. Von einem Reformstau im Heilmittelbereich kann also überhaupt keine Rede sein. Und dass der Heilmittelbereich boomt, machen die GKV-Ausgaben überaus deutlich. Sie stiegen von 2009 bis 2015 um 39 Prozent, und die Zahl der Heilmittelpraxen nahm im gleichen Zeitraum um fast 12 Prozent zu (siehe Grafik „Boom bei den Heilmitteln“) zu.

Trotzdem wollen Therapeuten mehr Geld. Ihre Argumentation: Sie bräuchten höhere Preise, um die in Heilmittelpraxen angestellten Therapeuten besser vergüten zu können und so den Beruf attraktiver zu machen und einem drohenden Nachwuchs-

Boom bei den Heilmitteln

Entwicklung der gesamten Leistungs- sowie der Heilmittelausgaben der Krankenkassen sowie der Anzahl der zugelassenen Heilmittelerbringer von 2009 bis 2015

(Angaben in Prozent; Indexjahr 2009=100 Prozent)



Die Versorgung der Patienten mit Heilmitteln wie beispielsweise Physio- oder Sprachtherapie verteuert sich von Jahr zu Jahr. So sind die Heilmittelausgaben der Kassen von 2009 bis 2015 um fast 40 Prozent gestiegen und beliefen sich 2015 auf rund sechs Milliarden Euro. Im Vergleich dazu entwickelten sich die Gesamtausgaben der GKV moderater. Sie nahmen bis 2015 um 26 Prozent auf rund 202 Milliarden Euro zu. Auch die Zahl der zugelassenen Heilmittelerbringer legt stetig zu – bis zum Jahr 2015 um 12 Prozent.

Quellen: KJ 1 der Jahre 2009–2015; Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)

mangel vorzubeugen. Gleichzeitig fordern sie eine größere Eigenständigkeit bei der Behandlung. Sie setzen sich dafür ein, dass Ärzte nur noch das Heilmittel verordnen und die Therapeuten Art, Menge und Dauer der Behandlung bestimmen (Blankoverordnung) oder der Patient ohne vorherige ärztliche Diagnose und Verordnung zum Therapeuten gehen kann (Direktzugang).

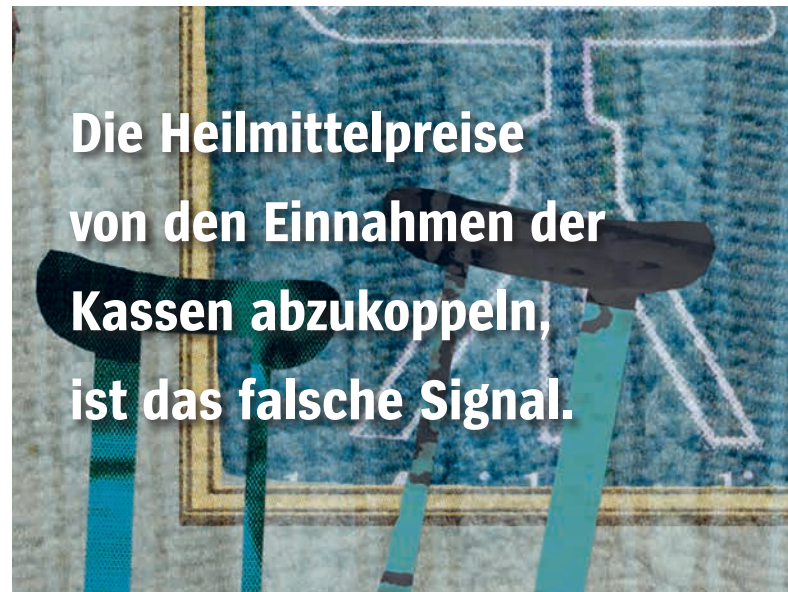
Ausbildungsniveau unterschiedlich. Aus Kassensicht ist anderes notwendig: Qualität und Wirtschaftlichkeit sowie fachliche Kompetenz und therapeutische Handlungsfreiheit müssen im Einklang stehen. Insbesondere bei der Physiotherapie ist das Ausbildungsniveau wegen unterschiedlicher Landesregelungen äußerst heterogen. Zudem vermittelt die Ausbildung längst nicht alle für den Berufsalltag notwendigen Qualifikationen. Nahezu 50 Prozent des Umsatzes physiotherapeutischer Heilmittel entfallen mittlerweile auf Leistungen, für die der Therapeut eine spezielle Weiterbildung benötigt. Eine Novellierung der Ausbildung ist daher vordringlich, um die tatsächlich benötigten Qualifikationen zu vermitteln.

Stabile Kassenbeiträge in Gefahr. Im HHVG-Entwurf ist vorgesehen, in den Jahren 2017 bis 2019 die Heilmittelpreise von der Entwicklung der Grundlohnsumme (Summe der beitragspflichtigen Löhne und Gehälter, aus denen Krankenversicherungsbeiträge zu leisten sind) abzukoppeln. Außerdem soll es flächendeckend Modellversuche zur Blankoverordnung und Fristen für Schiedsverfahren nach gescheiterten Vertragsverhandlungen geben. Auch besteht die Möglichkeit, Heilmittelerbringer kassenartenübergreifend zuzulassen.

Das Argument der Heilmittelerbringer, für die Preisbildung sei ein größerer Spielraum notwendig und deshalb müsse die Anbindung an die Entwicklung der Grundlohnsumme wegfallen, kann angesichts des kräftigen Anstiegs der GKV-Heilmittelausgaben in den vergangenen Jahren nicht überzeugen. Im Gegenteil: Eine Abkoppelung läuft dem für die Finanzierung der GKV wesentlichen Grundsatz der Beitragssatzstabilität zuwider – zumal die ab der zweiten Jahreshälfte 2016 greifenden Preisuntergrenzen insbesondere in den neuen Bundesländern zu weiteren erheblichen Zuwächsen führen und für eine Ost-West-Preisangleichung sorgen.

Auch das Argument, höhere Preise seien für eine angemessene Bezahlung der angestellten Therapeuten unerlässlich, kann nicht greifen. Denn die Bezahlung angestellter Therapeuten ist Sache zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern und nicht der Kassen. Zudem zeigen die steigenden Zulassungszahlen, dass der Therapeutenberuf nach wie vor attraktiv ist.

Projektergebnisse abwarten. Zu der diskutierten Blankoverordnung laufen bereits zwei wissenschaftlich begleitete Modellprojekte. Deren Ergebnisse liegen aber noch nicht vor. Daher ist kaum nachvollziehbar, warum nun in jedem Bundesland flächendeckend Modellvorhaben starten sollen. Dies würde die Blankoverordnung quasi zur Regelversorgung machen. Statt jetzt überall weitere gleichartige Projekte aufzulegen, sollten erst einmal die laufenden Modelle abgeschlossen und ausgewertet



sein. Außerdem ist es ja im Rahmen des Innovationsfonds möglich, neue Versorgungsformen zu erproben. Und auch das derzeitige Recht sieht längst Modellvorhaben für Physio- oder Ergotherapie vor.

Schnellere Schiedsverfahren, weniger Bürokratie. Positiv zu werten ist, dass der Gesetzgeber Schiedsverfahren nach gescheiterten Vertragsverhandlungen beschleunigen will. Darüber hinaus könnte der Gesetzgeber auch in einem anderen Bereich Bürokratie reduzieren. So erzeugt die gesetzliche Pflicht der Krankenkassen, die Fortbildung von Heilmittelerbringern zu prüfen, für alle Beteiligten einen hohen Aufwand, dem kein nachhaltiger Nutzen gegenübersteht. Da sich die Fortbildungspflicht nur auf den fachlichen Leiter und nicht auf die in der Praxis arbeitenden Therapeuten bezieht, ist nicht gewährleistet, dass die Erkenntnisse auch tatsächlich in der Behandlung ankommen. Diese Prüfpflicht könnte daher ersatzlos gestrichen werden.

Weniger wäre mehr. Insgesamt weist das geplante HHVG Licht und Schatten auf. Die bei den Hilfsmitteln geplanten Änderungen sind grundsätzlich geeignet, um die Qualität und Transparenz der Versorgung zu erhöhen und den Wildwuchs bei den Aufzahlungen zu beenden. Das ist ganz im Sinne der Patienten.

Die Reformansätze im Heilmittelbereich hingegen sind kontraproduktiv und orientieren sich fast ausschließlich an den Interessen der Leistungserbringer. Ihnen höhere Vergütungen und ein Mehr an Eigenständigkeit ohne entsprechende Mehrleistung und wirtschaftliche Verantwortung einzuräumen, kann nicht überzeugen. Hier wäre weniger mehr. Bleibt zu hoffen, dass der Gesetzgeber dies im Laufe der parlamentarischen Beratungen noch korrigiert. ■

Bernd Faehrmann leitet die Abteilung Arznei-, Heil- und Hilfsmittel im AOK-Bundesverband. **Kontakt: Bernd.Faehrmann@bv.aok.de**

Heil- und Hilfsmittel: Was bringt die geplante

Die Hilfsmittel- und Homecare-Unternehmen, die sich im Bundesverband Medizintechnologie (BVMed) zusammengeschlossen haben, unterstützen die Ziele der Reform: vor allem die zeitnahe Aktualisierung und kontinuierliche Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses sowie die Sicherstellung einer individuellen, medizinisch notwendigen und qualitätsorientierten



**„Mehr Wettbewerb
um Qualität“**

Joachim M. Schmitt,
*Geschäftsführer und Vorstandsmitglied des
Bundesverbandes Medizintechnologie*

Versorgung mit Hilfsmitteln. Wir sehen aber Anpassungsbedarf bei zahlreichen Umsetzungsfragen. Dies gilt insbesondere für die Verfahrensordnung zur Aufnahme von Hilfsmitteln und zur Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses sowie für die Rahmenempfehlungen zum Vertragscontrolling.

Es ist sicherzustellen, dass die Anforderungen zur Umsetzung der Neuregelungen für alle Beteiligten transparent, eindeutig und umfassend sowie verbindlich gestaltet werden. Dazu müssen die maßgeblichen Hersteller- und Leistungserbringerverbände von Anfang an aktiv und verbindlich in die Neugestaltung der Prozesse einbezogen werden. Der BVMed sieht das Vertragscontrolling als wichtigen Bestandteil für die Qualitätssicherung und befürwortet daher, dies gesetzlich zu etablieren. Um eine einheitliche Umsetzung dieser Regelung zu garantieren und unnötigen bürokratischen Aufwand zu vermeiden, ist es notwendig, das Verfahren und die Einzelheiten bundeseinheitlich und verbindlich für alle Krankenkassen festzulegen.

Wenn die Vertragspartner die Ziele des Gesetzgebers umsetzen, wird sich die Hilfsmittelversorgung für die Patienten spürbar verbessern. Das gilt insbesondere für die Praxis der Ausschreibungen durch die Krankenkassen, da künftig nicht mehr der günstigste Preis entscheidet. Im Sinne der Patienten brauchen wir keinen Preis-, sondern einen Qualitätswettbewerb. ■

Unter rein ökonomischen Gesichtspunkten kann eine Krankenkasse von einer unzureichenden Hilfsmittelversorgung gleich zweifach profitieren: Sie spart Kosten für die Produkte, und Versicherte mit Hilfsmittelbedarf, die wahrscheinlich eher teuer sind, werden zum Wechsel motiviert. Bei Heilmitteln ist die Überlegung weniger eindeutig. Kurzfristige Kostensenkungen durch Verknappung und geringe Qualität können sich später in gesteigertem Behandlungsbedarf ausdrücken. Aus Verbrauchersicht scheint jedoch in beiden Fällen das Sparziel nicht selten handlungsleitend – zum Nachteil der Patienten. Hier will das geplante Heil- und Hilfsmittel-Versorgungsgesetz (HHVG) Linderung schaffen. In Modellvorhaben sollen Blankoverordnungen, die Heilmittelerbringern mehr Entscheidungsspielraum lassen, getestet werden. Aus Sicht des Verbraucherzentrale Bundesverbandes wäre es wichtig, dass positive Ansätze schnell in die Regelversorgung kommen. Das ist bisher nicht gesichert. Bei den Hilfsmitteln sollen nun bei Ausschreibungen zu 40 Prozent Qualitätsmerkmale entscheiden. Das Hilfsmittelverzeichnis soll patientenorientierter und aktueller gestaltet werden. Richtige Ansätze – aber sie werden kaum ausreichen. Stattdessen müsste gesichert sein, dass überhaupt nur qualitativ angemessene Produkte und Dienstleister zur Versorgung zuge-



**„Mehr Transparenz und
unabhängige Kontrolle“**

Dr. Ilona Köster-Steinebach,
*Gesundheitsreferentin im
Verbraucherzentrale Bundesverband*

lassen werden. Auch fehlt es an unabhängiger Kontrolle der Versorgungsqualität und Konsequenzen bei schlechter Leistung. Ein wichtiger Ansatz wäre zudem mehr Transparenz. Versicherte sollten eine Rechnung für ihr Hilfsmittel erhalten, aus dem Kassenbeitrag, Zu- und Aufzahlung klar hervorgehen. Das würde sich auf die Versorgungspraxis sicher stärker auswirken, als die Regelungen des HHVG-Entwurfs. ■

Reform für die Praxis?

Der Verband Physikalische Therapie (VPT) begrüßt die Initiative des Gesetzgebers, durch das Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz weitere zielgerichtete Maßnahmen zur Stärkung der Versorgung im Heilmittelbereich einzuleiten. Die Berufe in der Physiotherapie leisten im System der medizinischen Versorgung unserer Bevölkerung einen qualitativ hochwertigen Beitrag und



„Mehr Autonomie für Heilmittelberufe“

Karl-Heinz Kellermann,
Bundesvorsitzender des Verbandes
Physikalische Therapie (VPT) und
Vorsitzender der VPT-Landesgruppe
Sachsen-Anhalt

müssen auch auf Grund der demografischen Entwicklung zukünftig mehr Autonomie erhalten. Der heute schon bestehende Fachkräftemangel erfordert spürbare Änderungen, wie zum Beispiel eine deutliche Anhebung der Vergütung im Bereich der Physiotherapie. Der Entwurf des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes sieht hierzu die Aufhebung der Grundlohnsammenanbindung der Preise sowie eine Beschleunigung der Schiedsverfahren vor. Diese Pläne sind längst überfällig und werden von unseren Kolleginnen und Kollegen positiv beurteilt.

Der Referentenentwurf ist aus Sicht des VPT insbesondere auch mit den vorgesehenen Modellvorhaben für mehr Autonomie in der Leistungserbringung auf dem richtigen Weg. Er folgt grundsätzlich den Forderungen des VPT und der anderen im Spitzenverband der Heilmittelverbände zusammengeschlossenen Berufsverbände. Allerdings sind aus unserer Sicht noch Nachjustierungen erforderlich, die im Rahmen der Anhörung vor dem Bundesgesundheitsministerium auch vorgetragen wurden. Als Beispiel möchte ich die Professionalisierung der Schiedsverfahren durch feste Schiedsämter statt wechselnder Schiedspersonen nennen. Insgesamt geht der VPT davon aus, dass das Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz zu einer verbesserten Versorgung führen wird, die allen gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland zugute kommt. ■

Mit dem Referentenentwurf des geplanten Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) trägt das Bundesgesundheitsministerium der zunehmenden Bedeutung von Heil- und Hilfsmitteln für die Gesundheitsversorgung Rechnung. Wir möchten die Verantwortung in die Hände derer geben, die das nötige Know-how haben. Die nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe können auf hohem Leistungsniveau mit immensen Erfolgen aufwarten. Darum gilt es, sie direkter in die Versorgung einzubinden. Der Referentenentwurf zielt genau darauf ab: Das geplante Modellvorhaben der Blankoverordnung, das nun bundesweit und kassenübergreifend eingeführt werden soll, stärkt Patienten wie Heilmittelerbringer gleichermaßen in ihren Möglichkeiten. Im Bereich der Hilfsmittelversorgung ist eine umfassende Reform notwendig, um den Belangen der Leistungsempfänger gerecht zu werden. Neben dem Preis sind zukünftig die Qualität der Produkte und die Dienstleistungen der Anbieter als zentrale Pfeiler in die Ausschreibungssystematik mit einzubeziehen. Die Informations- und Wahlrechte der Versicherten stärkt der Gesetzgeber, indem er den Krankenkassen vorgibt, ihren Versicherten weitergehende Wahlmöglichkeiten zugänglich zu machen. Darüber hinaus sind sie verpflichtet



„Mehr Wahlmöglichkeiten für Versicherte“

Dr. Roy Kühne,
Physiotherapeut und Berichterstatter
für Heil- und Hilfsmittel
in der CDU/CSU-Fraktion im
Bundestag

die Versicherten über Vertragspartner und wesentliche Inhalte der Verträge zu informieren.

Es ist nun Aufgabe des Bundestages, das HHVG detailliert zu gestalten. Eine umfassende Konkretisierung kann auch durch einen intensiven Austausch mit den Verbänden und ihrer Expertise gelingen. Ich freue mich auf eine enge Begleitung der Initiative und bin bester Dinge, dass wir ein Gesetz schaffen, welches den Patienteninteressen vollumfänglich gerecht wird. ■

Klinikumbau mit



Hindernissen

Die aktuelle Krankenhausreform bleibt Flickwerk, weil der Gesetzgeber wichtige Themen wie die Investitionsfinanzierung und die Notfallversorgung ausspart, meint **Jürgen Malzahn**. Der Klinikexperte macht deutlich, wie die Rahmenbedingungen zu gestalten sind, damit ein qualitätsorientierter Umbau der stationären Strukturen gelingt.

Mehr Geld für die Pflege, Zu- und Abschläge für die Qualität, ein Fonds zur Finanzierung neuer Strukturen: Mit der jüngsten Krankenhausreform will der Gesetzgeber die wirtschaftliche Situation der Kliniken verbessern und die Krankenhauslandschaft nachhaltig umgestalten.

Doch die Umsetzung des zum 1. Januar 2016 in Kraft getretenen Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) verläuft schleppend. Bei etlichen Themen können sich die Vertragsparteien auf Bundesebene – GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung und Deutsche Krankenhausgesellschaft – nicht einigen. Sie bewerten den gesetzlichen Spielraum so unterschiedlich, dass voraussichtlich die Bundesschiedsstelle beziehungsweise die Unparteiischen im Gemeinsamen Bundesausschuss die Beschlüsse fassen müssen, oder es kommt zu Kompromissen, die möglichst wenig verändern sollen.

Die Schwierigkeiten bei der Umsetzung beruhen nicht allein auf den offensichtlichen Interessenkonflikten. Für eine erfolgreiche Krankenhausstrukturreform sind zwei Elemente von grundsätzlicher Bedeutung. Zum einen müssen umfassende

Reformvorhaben auf einer ausreichenden finanziellen Basis erfolgen. Veränderungen benötigen meist Anfangsinvestitionen. Krankenhäuser und Kassen betrachten jede Veränderung auch unter dem Blickwinkel der kurzfristigen Finanzwirksamkeit. Ebenso wichtig ist es, klare strukturelle Ziele einer qualitätsorientierten Krankenhausstrukturreform zu benennen und durch Selbstverpflichtungen der Politik zu untermauern. Fehlen diese Voraussetzungen, ist die Gefahr groß, dass die Vertragspartner in einer unübersichtlichen Detaildiskussion versanden. Deshalb lohnt es sich, relevante Themenfelder zu betrachten, die der Gesetzgeber ausgespart hat, obwohl sie eigentlich den Rahmen für den Erfolg der Reform bilden würden. Dies sind die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser, die fachärztlich ambulante Behandlung unter Einbezug der Kliniken sowie eine Zielstellung für die Umgestaltung der Notfallversorgung.

Duale Finanzierung hat keine Zukunft. Auf der Baustelle der Investitionsfinanzierung ruht die Arbeit seit Jahren. Während die Krankenkassen für die laufenden Kosten der stationären Versorgung aufkommen, sind die Bundesländer gesetzlich verpflichtet,

die Investitionen der Kliniken in Neubauten, Umbauten und medizinische sowie informationstechnische Infrastruktur zu finanzieren. Seit Anfang der neunziger Jahre ist die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser durch die Bundesländer jedoch rückläufig. Sie entspricht nicht einmal mehr der Hälfte der Investitionsquote, die nach Einschätzung zahlreicher Experten bei circa zehn Prozent der Erlöse liegen sollte. Nach wie vor fließen im stationären Sektor rund sieben bis acht Prozent der Erlöse in Investitionen. Demnach wird dieser Bereich dauernd durch Betriebsmittel, die eigentlich für die Behandlung von Patienten gedacht sind, von den Krankenkassen quersubventioniert. In regelmäßigen Abständen – wenn etwa die Hälfte der Kliniken rote Zahlen schreiben – verabschiedet der Gesetzgeber deshalb Reformen, die die Defizite der Kliniken zu lasten der Versicherten ausgleichen.

Angesichts der Haushaltslage der Bundesländer lässt sich prognostizieren, dass die duale Krankenhausfinanzierung in ihrer jetzigen Form keine Zukunft hat. Nur eine generelle Reform der Investitionsaufwendungen kann das Problem lösen. Grundsätzlich stehen dafür zwei Optionen zur Verfügung.

Der Gesundheitsexperte Professor Bert Rürup schlug schon vor Jahren vor, dass die Länder zweckgebunden einen größeren Anteil am Steueraufkommen erhalten, um die Finanzierung der Investitionen perspektivisch sicherzustellen. Der andere Weg weist in Richtung einer monistischen Investitionsfinanzierung durch die Krankenkassen. Dies müsste der Gesetzgeber aber schon aus grundsätzlichen Erwägungen heraus mit einer deutlichen Stärkung des Einflusses der Kassen auf Investitions- und Planungsentscheidungen verbinden.

Flickenteppich bei fachärztlich ambulanter Behandlung in Kliniken.

Für eine erfolgreiche Krankenhausstrukturreform ist zudem Klarheit über die Perspektive fachärztlich ambulanter Behandlungen unter Einbezug der Krankenhäuser unverzichtbar. Die aktuelle Situation ist durch einen Flickenteppich gekennzeichnet: Das Gesetz sieht bis zu zwanzig Varianten der ambulanten Behandlung im Krankenhaus vor. Dafür gelten jeweils andere Vergütungssysteme und Abrechnungsmodalitäten – aber nur wenige Qualitätsstandards. Auch bei der ärztlichen Bedarfsplanung wird die ambulante Behandlung im Krankenhaus, wenn überhaupt, nur rudimentär berücksichtigt. Den Kliniken fehlen belastbare Grundlagen für Investitionen in diesem Bereich, nicht zuletzt weil der Gesetzgeber immer wieder neue Varianten auflegt, die sich mit bereits bestehenden Formen der ambulanten Behandlung durch Krankenhäuser teilweise überschneiden.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben bei verschiedenen Gelegenheiten darauf hingewiesen, dass auf mittlere Sicht die fachärztlich ambulante Versorgung nicht allein durch klassische Vertragsärzte sichergestellt werden kann. Dies erscheint besonders plausibel, wenn man zwei wichtige Trends in die Betrachtung einbezieht. Erstens: Viele jüngere Ärzte streben nicht mehr

eine Einzelpraxis an, die mit einem gefühlten persönlichen unternehmerischen Risiko einhergeht und die sie kaum mit einer Vierzigstundenwoche betreiben können. Zweitens: Verschiedene wissenschaftliche Studien machen darauf aufmerksam, dass viele derzeit vollstationär erbrachte Leistungen auch ambulant erfolgen könnten. Im internationalen Vergleich hat Deutschland hier erheblichen Nachholbedarf.

Vergütungsstrukturen vereinheitlichen. Allerdings lässt sich das ambulante Potenzial stationärer Leistungen nicht heben, ohne die Möglichkeiten der Teilnahme an der fachärztlich ambulanten Versorgung grundsätzlich zu verändern. Dazu sind zwei Schritte erforderlich. Zunächst müssen Vergütungsstrukturen, Kodierung, Leistungsumfang, Verordnungsmöglichkeiten und andere Parameter aller fachärztlich ambulanten Versorgungsstrukturen – auch der vertragsärztlichen Strukturen – vereinheitlicht werden. Damit würden Leistungsumfänge und erforderliche Kapazitäten sichtbar. In einem zweiten Schritt kann dann über Partizipationsmöglichkeiten von Krankenhäusern und Vertragsärzten

auf Augenhöhe entschieden werden. Diese Fragestellungen haben einen erheblichen Einfluss auf die Rolle kleinerer Krankenhäuser, die in größerem Ausmaß als bisher ambulante Versorgungsanteile übernehmen könnten, wenn das politische Vertrauen dazu gestärkt würde. Die Bettenauslastung in Deutschland liegt seit über zehn Jahren deutlich unterhalb von 80 Prozent. Zugleich ist die wirtschaftliche Situation von kleinen, nicht spezialisierten Krankenhäusern oft kritisch. Um sinnvolle Strukturentscheidungen treffen zu können, wäre die hier nur grob skizzierte Neuaufstellung der fachärztlich ambulanten Versorgung also von elementarer Bedeutung.

Notfall wird unterschiedlich definiert. Eine ähnliche Situation zeigt sich bei der Notfallversorgung. Über die Reformbedürftigkeit dieses wichtigen Bereichs besteht weitgehend Einigkeit. Aber hier enden auch schon die Gemeinsamkeiten der Problemanalyse. Die Ursachen dafür sind vielfältig. Zunächst einmal sind die Kassenärztlichen Vereinigungen für die Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung zuständig. Diese funktioniert aber nicht flächendeckend. Außerdem suchen zahlreiche Patienten im Notfall sowieso das nächste Krankenhaus auf. Weiterhin werden unter dem Begriff Notfall sehr unterschiedliche Versorgungsspektren verstanden. Während die Rettungsdienstgesetze der Bundesländer den Notfall eng mit Bezug auf unmittelbare Lebensgefahr definieren, fassen manche Krankenhausvertreter alle Patienten als Notfälle auf, die nicht mit einem Einweisungsschein kommen. Ob ein Patient mit einer einfachen Magenverstimmung seinen Hausarzt, den Kassenärztlichen Notdienst oder die Rettungsstelle eines Krankenhauses aufsucht, hängt aber von den Angeboten in der Region und seinem persönlichen Wissenstand über die Versorgungsmöglichkeiten ab.

Viele vollstationäre Leistungen haben großes ambulantes Potenzial.

Bundesausschuss soll Versorgungsstufen festlegen. In dieser von Zufälligkeiten und Unklarheiten geprägten Situation hat der Gesetzgeber die Notfallversorgung mit verschiedenen neuen Regelungen konfrontiert. Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz fordert Regelungen zum Notdienst. Im Krankenhausstrukturgesetz sind Regelungen zur Kooperation von Notdiensten der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenhäuser fixiert. Weiterhin soll die stationäre Notfallversorgung mit Zuschlägen ausgestattet werden. Dazu soll der Gemeinsame Bundesausschuss bis 31. Dezember 2016 Notfallversorgungsstufen festlegen. GKV-Spitzenverband und Deutsche Krankenhausgesellschaft verhandeln anschließend bis 30. Juni 2017 die Höhe der Zuschläge.

Obwohl die einzelnen gesetzlichen Regelungen keine inhaltliche Verknüpfung aufweisen, ist dennoch davon auszugehen, dass sie zu einer Neuausrichtung der Notfallversorgung insgesamt führen sollen. Dazu müsste die Politik jedoch formulieren, welche Art von Notfällen durch welche konkreten Leistungser-

bringer behandelt werden sollten. Damit die Basis für ein Konzept aus einem Guss entsteht, müssen zudem die unterschiedlichen Arten von Notfällen beschrieben und in ambulante und stationäre Notfälle differenziert werden. Auf dieser Grundlage können dann die Beteiligten in den Bundesländern die regionale Notfallversorgung gestalten.

Konzept für die Notfallversorgung aus einem Guss. Eine Notfallversorgung, die den Bedürfnissen der Bevölkerung und dem Stand von Medizin und Technik Rechnung trägt, könnte sich an den folgenden Grundlagen orientieren. Stationäre medizinische Notfälle, wie sie die Rettungsdienstgesetze der Bundesländer definieren, sollten nur an den Krankenhäusern behandelt werden, die dafür strukturell ausreichend ausgestattet sind. Bayern beispielsweise definiert diese stationären Notfälle in seinem Rettungsdienstgesetz wie folgt: „Notfallpatienten sind Verletzte oder Kranke, die sich in Lebensgefahr befinden oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind,

Krankenhausstrukturgesetz: Wer was bis wann machen soll(te)

2016

31.3.	DKG, GKV-SV, PKV	Zentrumszuschläge/besondere Aufgaben
31.5.	DKG, GKV-SV, PKV	Absenkung von Bewertungsrelationen
30.6.	DKG, GKV-SV, PKV	Sachkostenkonzept
31.7.	DKG, GKV-SV, PKV	Kriterien für den Fixkostendegressionsabschlag
31.12.	DKG, GKV-SV, PKV	Konzept für eine repräsentative DRG-Kalkulationsstichprobe; Anforderungen und Kriterien für klinische Leichenschauen
31.12.	GBA	Festlegen eines gestuften Systems für die Notfallversorgung; Indikatoren zur Beurteilung der Hygienequalität; Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung; Kriterien für den Sicherstellungszuschlag

DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
GKV-SV	GKV-Spitzenverband
PKV	Private Krankenversicherung
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss

2017

30.6.	DKG, GKV-SV, PKV	Ausgestaltung Notfallzu- und -abschläge
31.12.	GBA	Definition von vier Leistungen für Qualitätsverträge; Katalog für Qualitätszu- und -abschläge; Empfehlung Expertenkommission Pflege

2018

30.6.	DKG, GKV-SV, PKV	Vergütung und Höhe von Qualitätszu- und -abschlägen
31.7.	GBA	Rahmenvorgaben für Qualitätsverträge

Ambitioniertes Vorhaben: Das am 1. Januar 2016 in Kraft getretene Krankenhausstrukturgesetz soll die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser verbessern und die Klinikstrukturen zukunftsfest umbauen. Doch die Vertragspartner hinken dem hier skizzierten Zeitplan für die Umsetzung hinterher – sie können sich bei vielen Themen nicht fristgemäß einigen.

Quelle: AOK-Bundesverband

wenn sie nicht unverzüglich die erforderliche medizinische Versorgung erhalten.“ Dazu werden fast ausnahmslos die Krankenhäuser der Maximalversorgung und der Schwerpunktversorgung in der Lage sein, die ambulante und stationäre Notfallversorgung durchzuführen.

Von diesem wichtigen, aber kleinen Teil der stationären Notfallversorgung ist die ambulante Notfallversorgung abzugrenzen. Im ambulanten Versorgungskontext sind auch Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung tätig. Grundsätzlich gibt es in der Notfallversorgung drei Patientengruppen mit unterschiedlichen ambulanten Behandlungsanteilen. Eine Gruppe bedarf außerhalb der Öffnungszeiten von vertragsärztlichen Praxen akut einer Behandlung. Nach einer Diagnostik werden diese Patienten gegebenenfalls mit einer Medikation wieder entlassen und in die vertragsärztliche Versorgung weitergeleitet (Notdienstfälle). Eine andere Gruppe von Patienten hat Beschwerden, kann aber am Folgetag oder später stationär behandelt werden. Diese Behandlung erfolgt nicht mehr unter den Bedingungen einer stationären Notfallbehandlung und ist somit auch nicht der stationären Notfallversorgung zuzuordnen. Die Diagnostik und die primäre Therapie sind Bestandteil der ambulanten Notfallversorgung (Akutfälle). Die dritte Patientengruppe gehört zu den stationären Notfällen. Bei dieser Gruppe hat die ambulante Notfallversorgung die Funktion, eine Stabilisierung zur Weiterverlegung herbeizuführen (eilige Notfälle). Bestimmte personelle und medizinische Strukturen wie beispielsweise in der Neurochirurgie und der Gefäßchirurgie, können nicht flächendeckend an sieben Tagen der Woche über 24 Stunden vorgehalten werden und sind als stationäre Notfallversorgung den größeren Krankenhäusern vorbehalten. Aber eine gute primäre Steuerung der Patienten und ein Ausbau der Transportkapazitäten ermöglichen eine schnelle und medizinisch sachgerechte Therapie. Das zeigt das Beispiel Dänemark (*siehe Lese- und Webtipps, Augurzky/Beivers*).

Eine Neuordnung nach diesem Muster benötigt allerdings ein eigenes Gesetz zur Reform der Notfallversorgung, in dem die Bundesländer die Umsetzungsverantwortung übernehmen. Eine Selbstregulierung nach Angebot und Nachfrage wird kaum zu erwarten sein.

Regelungen einfach halten. Neben den skizzierten grundsätzlichen und sektorenübergreifenden Fragestellungen – Investitionsfinanzierung, fachärztlich ambulante Versorgung durch Krankenhäuser, Notfallversorgung – sollte die Politik der Handhab-

barkeit von Gesetzen mehr Beachtung schenken. Zum Beispiel sind die Regelungen im KHSG zur Verlagerung der Mengensteuerung von der Landes- auf die Ortsebene so kompliziert gestaltet, dass Kliniken und Kassen schon vor den ersten Verhandlungen umfangreiche Rechtsgutachten in Auftrag gegeben haben. Der Versuch des Gesetzgebers, immer mehr Einzelfallgerechtigkeit zu erreichen, hat seine Grenzen, wo der Verwaltungsaufwand für die regionalen Vertragsparteien kaum mehr erfüllbar erscheint. Wird das Bedürfnis nach Einzelfallgerechtigkeit stark berücksichtigt, scheitert eine Entscheidung auf dem Verhandlungsweg und muss den regionalen Schiedsstellen überlassen werden.

Perspektive für kleine Häuser. Zusammenfassend sei noch einmal gesagt, woran die aktuelle Reform kränkt. Die Ziele lauteten: Qualitätsorientierter Umbau der Krankenhauslandschaft, Stärkung der Planungsmöglichkeiten durch die Länder, Verbesserung der Investitions- und Betriebskostenfinanzierung, Mengen- und Preissteuerung sowie die Optimierung des Abrechnungssystems nach Diagnosis Related Groups. Doch der Gesetzgeber hat die Investitionskostenfrage ausgeklammert. Damit hat er die Aussicht auf erfolgreiche Verhandlungen der Vertragspartner auf Bundesebene eingeschränkt, denn der zyklisch wiederkehrende Finanzmangel der Krankenhäuser bleibt bestehen, auch wenn manche Klinikträger trotzdem dauerhaft Gewinne verbuchen. Das beeinträchtigt die Bereitschaft von Krankenhaus- und Kassenseite, die teilweise detailreichen und nicht immer ausreichend verbundenen Einzelregelungen des Krankenhausstrukturgesetzes umzusetzen. Gleichzeitig fehlen Perspektiven für kleine Krankenhäuser, beispielsweise dergestalt, dass sie künftig in größerem Umfang an der fachärztlich ambulanten Versorgung teilnehmen. Bei kleinen Kliniken ist das Verhältnis zwischen Gemeinkosten und fallbezogenen Aufwendungen gegenüber größeren Kliniken ungünstig. In Verbindung mit einer Neuordnung der fachärztlich ambulanten Versorgung und der Notfallversorgung könnten diese Krankenhäuser dennoch eine Perspektive für den Erhalt als Institution bekommen.

Bestandsaufnahme und Neustart im Jahr 2018. Der Erfolg der Krankenhausreform wird auch an einer Nachsteuerung dieser Themen hängen. Es ist nicht zu erwarten, dass sich die Vertragspartner ohne neue Impulse oder nur durch Ermahnungen, Handlungsfähigkeit zu beweisen, aus den Schützengräben locken lassen. Die aktuelle Legislaturperiode neigt sich schon fast dem Ende zu. Daher erscheint es wenig wahrscheinlich, dass die amtierende Bundesregierung noch neue Impulse für die Weiterentwicklung der Krankenhausreform geben wird. Nach einer Bestandsaufnahme wird alles auf einen Neustart im Jahr 2018 zulaufen. Umfassende, auch über den Krankenhausbereich hinausgehende Reformvorhaben kann die Politik dann nur unter Einbezug der Selbstverwaltung oder zumindest im Konsens über die Zielvorstellungen erreichen. ■

Jürgen Malzahn leitet die Abteilung Stationäre Versorgung, Rehabilitation in der Geschäftsführungseinheit Versorgung im AOK-Bundesverband. **Kontakt: Juergen.Malzahn@bv.aok.de**

Lese- und Webtipps

- Boris Augurzky, Andreas Beivers: **Rettung für die Notfallmedizin.** In: G+G 10/2015, S. 18–23
- Jürgen Klauber, Max Geraedts, Jörg Friedrich, Jürgen Wasem (Hrsg.): **Krankenhaus-Report 2015 – Schwerpunkt: Strukturwandel.** Schattauer, Stuttgart 2015
- G+G-Spezial 2/2015: **Patient Klinik.** Download unter: www.aok-bv.de > Mediathek > G+G-Spezial
- www.aok-bv.de > Hintergrund > Reformdatenbank > Krankenhaus-Strukturgesetz

„Der Mehrwert vieler Zusatzausgaben ist unklar“

Die aktuelle Klinikreform bringt kaum Verbesserungen für wichtige Bereiche wie die Pflege oder die Notfallmedizin, meint Harald Terpe. Der Gesundheitsexperte der Grünenfraktion begrüßt hingegen, dass in der Krankenhausplanung die Qualität künftig eine größere Rolle spielen soll.

Herr Dr. Terpe, seit Jahresanfang ist das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) in Kraft. Wie fällt Ihre Zwischenbilanz aus?

Harald Terpe: Eine richtige Zwischenbilanz lässt sich jetzt noch gar nicht ziehen. Dafür hat die Bundesregierung zu viele wesentliche Gestaltungsaufgaben auf die Gremien übertragen. Es ist beispielsweise völlig offen, wie die Parameter für eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung aussehen werden. In der Pflege und Notfallversorgung zeigen sich bislang keine wesentlichen Verbesserungen.

Die Krankenhausreform führt nach Berechnungen des Bundesgesundheitsministeriums bis 2020 zu rund zehn Milliarden Euro Mehrausgaben, 90 Prozent davon trägt die gesetzliche Krankenversicherung. Was haben die Beitragszahler davon?

Terpe: Das müssen Sie die Bundesregierung fragen. Der Mehrwert vieler Zusatzausgaben ist unklar. Hingegen ist schon heute abzusehen, dass diese Mehrausgaben beitragsatzrelevant sein werden.

Ein wichtiges Anliegen ist die Stärkung der Pflege auf der Station. Inwiefern trägt das KHSG dazu bei?

Terpe: Das von der Bundesregierung vorgeschlagene Förderprogramm für Pflegestellen ist wenig nachhaltig. Es ist nicht sichergestellt, dass die zusätzlichen Gelder zur Stärkung der Pflege führen. Mittelfristig führt kein Weg an einem transparenten System der Pflegefinanzierung mit bedarfsgerechter Personalbemessung im Krankenhaus vorbei.

Die Reform enthält Änderungen für die Notfallversorgung. Wie stellen Sie sich diesen Bereich in fünf Jahren vor?

Terpe: Wir brauchen den organisatorischen und räumlichen Verbund der ambulanten und stationären Notfallversorgung sowie deren leistungsgerechte Finanzierung. Dazu müssen die Beteiligten aufeinander zugehen. Ich hoffe, dass in fünf Jahren die Notfallmedizin im Sinne der Patientinnen und Patienten quasi aus einer Hand erfolgt und dabei unnötige stationäre Aufenthalte genauso vermieden werden wie ambulante Schleifen.

Welchen Instrumenten des KHSG messen Sie das größte Potenzial für eine qualitätsorientierte Krankenhausreform zu?

Terpe: Ich finde es richtig, dass bei der Krankenhausplanung zukünftig Qualität eine größere Rolle spielen soll. Dabei ist klar, dass die Qualität vor allem durch entsprechende Strukturen sicherzustellen ist. Und ich finde es richtig, die Bewertungsrelationen für die Abrechnung von Klinikleistungen auf eine



Dr. med. Harald Terpe ist Mitglied im Gesundheitsausschuss des Bundestages und Krankensexperte von Bündnis 90/Die Grünen.

repräsentative Auswahl von Häusern zu stützen. So schaffen wir Transparenz und Gerechtigkeit bei der Finanzierung.

Die Bundesländer unterlaufen das Prinzip der dualen Finanzierung. Wie lässt sich dieser Missstand beheben?

Terpe: Solange das Problem der Investitionsfinanzierung nicht gelöst ist, wird sich an der wirtschaftlich schwierigen Lage vieler Häuser nichts Entscheidendes ändern. Unsere Fraktion hat bereits Vorschläge für eine Reform gemacht: Krankenkassen und Länder sollen die Investitionsfinanzierung gemeinsam schultern können. Die Höhe der Landesmittel bestimmt die Höhe der Kassenmittel. Im Gegenzug sollen die Krankenkassen Mitsprache bei der Krankenhausplanung erhalten. ■

Die Fragen stellte Anne Töpfer.

Patientenwünsche haben Grenzen

Auch wenn ein Patient ausdrücklich eine Behandlung wünscht, die gegen medizinische Standards verstößt, muss ein Arzt das ablehnen. Behandelt er den Patienten trotzdem wider besseren Wissen falsch, muss er dafür haften. Dies hat das Oberlandesgericht Hamm entschieden. **Von Anja Mertens**

Urteil vom 26. April 2016
– 26 U 116/14 –
Oberlandesgericht Hamm

Viele Patienten treten heutzutage sehr selbstbewusst auf und verlangen von ihrem Arzt mitunter Behandlungen, die gegen den anerkannten medizinischen Standard verstoßen würden. Geht der Arzt darauf ein, kann es für ihn teuer werden. Dies zeigt der Fall eines Zahnarztes, der zu Schmerzensgeld und Schadensersatz verurteilt worden ist. Gegen ihn hatte eine 50-jährige Frau aus dem nordrhein-westfälischen Herne geklagt, die von 2008 bis 2010 bei ihm in Behandlung war. Sie hatte seine Praxis aufgesucht, weil sie mit der von einem anderen Zahnarzt eingegliederten Zahnkrone im Seitenzahnbereich unzufrieden war. Auch sollte er ihre Frontzähne sanieren.

Arzt gibt Patientenwunsch nach. Der Zahnarzt stellte bei einer gründlichen Voruntersuchung allerdings Fehlfunktionen der Kiefergelenke (craniomandibuläre Dysfunktion CMD) fest, die zu schmerzhaften Belastungen der Muskel- oder Gelenkfunktion des Kiefers führt. Er empfahl, diese zunächst mit einer Aufbisschiene zu therapieren, anschließend die Seitenzähne zu stabilisieren und erst danach die Frontzähne zu sanieren. Doch weil die Patientin zuerst ihre Frontzähne gemacht haben wollte, begann er damit schon vor Abschluss der Schienentherapie – offenbar zu früh. Denn das Resultat war eine zu niedrige Bisshöhe und eine Kompression der Kiefergelenke.

Daraufhin verlangte die Patientin vom Zahnarzt 25.000 Euro Schmerzensgeld, rund 17.300 Euro Haushaltsführungsschaden sowie die Rückerstattung des

geleisteten Honorars von rund 3.750 Euro. Mit der Begründung, der Zahnarzt habe sie falsch behandelt, klagte sie vor dem Landgericht. Die Zivilrichter gaben ihr Recht und verurteilten den Zahnarzt. Der Beklagte habe zwar ein richtiges Behandlungskonzept geplant. Er habe sich jedoch davon abbringen lassen und den Wunsch der Patientin erfüllt, ohne sie hinreichend auf die Folgen hinzuweisen. Zudem sei die vorliegende CMD

Auch eine eingehende ärztliche Aufklärung über mögliche Folgen legitimiert keine fehlerhafte Behandlung.

zuvor nicht konsequent behandelt worden. Dies wertete das Landgericht als groben Behandlungsfehler. Deshalb müsse der Zahnarzt Schadensersatz zahlen, das entrichtete Honorar zurückerstatten und für mögliche Folgeschäden aufkommen.

Erstinstanzliches Urteil bestätigt. Daraufhin zog der Zahnarzt vor das Oberlandesgericht. Auf Grundlage der Gut-

achten und Anhörung des gerichtlichen Sachverständigen aus der ersten Instanz, wies das Oberlandesgericht die Berufung zurück. Zu Recht habe die Vorinstanz den Zahnarzt dazu verurteilt, Schmerzensgeld und Schadensersatz zu zahlen sowie das an ihn entrichtete Honorar zurückzuerstatten. Die Patientin habe nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (Paragraf 611, 280 und 253 Absatz 2 BGB) einen Anspruch darauf. Der Arzt habe die CMD zwar zunächst fachgerecht mit einer Schiene therapieren wollen, sich dann aber von diesem Behandlungsablauf abbringen lassen. Die endgültige Frontzahnсанierung hätte er so früh nicht beginnen dürfen.

Medizinischen Standard nicht erfüllt. Nach den Ausführungen des vom Gericht hinzugezogenen zahnmedizinischen Sachverständigen hätte die Patientin für die therapeutisch erforderliche Bisshöhe drei bis sechs Monate lang eine Schiene tragen und mit Langzeitprovisorien oder Kunststoffaufbauten versorgt werden müssen. Einen solchen Behandlungsablauf sähen auch die Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und der Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde vor.

Den Einwand des Zahnarztes, eine Schienentherapie wäre wegen verlänger-

TIPP FÜR JURISTEN



Inhalt und Verfahrensstand des Bundesteilhabegesetz, die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs an der Schnittstelle zwischen Zivil- und Sozialrecht, die neue soziale Pflegeversicherung nach den Pflegestärkungsgesetzen II und III aus anwaltlicher Sicht – diese und weitere Themen behandelt die **Herbsttagung 2016** der Arbeitsgemeinschaft Sozialrecht im Deutschen Anwaltverein. Sie findet vom 10. bis 12. November in Karlsruhe statt. Mehr Infos unter www.dav-sozialrecht.de

ter Zähne gar nicht möglich gewesen, ließen die Zivilrichter nicht gelten. Der Sachverständige habe plausibel dargelegt, dass der Arzt diese Zähne hätte abschleifen oder bei der Schientherapie ausparieren können. Statt nach dem zum Behandlungszeitpunkt aktuellen medizinischen Standard vorzugehen, habe der Arzt dem Wunsch der Frau nachgegeben und bei ihr fehlerhaft zuerst die Frontzähne saniert.

Arzt musste Patientenwunsch ablehnen.

Darüber hinaus könne sich der Zahnarzt nicht darauf berufen, der Behandlungsablauf sei von der Patientin ausdrücklich so gewünscht gewesen. Selbst wenn dies stimmen sollte – darüber stritten die Parteien –, hätte die gewünschte Behandlung gegen den medizinischen Standard verstoßen und deshalb vom Arzt abgelehnt werden müssen. Weder eine besonders umfassende Aufklärung über Behandlungsrisiken noch das Selbstbestimmungsrecht der Patienten könnten eine fehlerhafte Behandlung legitimieren. Zudem habe der Zahnarzt nicht hinreichend belegen können, die Patientin eindringlich auf die drohenden Folgen ihres Behandlungswunsches hingewiesen zu haben, insbesondere auf die dauerhaften Beeinträchtigungen und Auswirkungen einer CMD.

Der Patientin stehe aber nicht nur Schmerzensgeld zu. Weil die falsche Behandlung korrigiert werden müsse, entstünden ihr materielle und nicht vorhersehbare immaterielle Schäden. Hierfür habe der Zahnarzt aufzukommen. Und wegen seiner insgesamt unbrauchbaren Leistung müsse er auch das Honorar zurückerzahlen. ■

Kommentar: Das rechtskräftige Urteil bestätigt die bisherige Rechtsprechung. Ärzte dürfen zwar medizinisch nicht indizierte Behandlungen auf Wunsch ihrer Patienten vornehmen, wenn sie über die Risiken eindringlich aufgeklärt haben. Doch eine kontraindizierte oder den medizinischen Standard unterschreitende Therapie müssen sie unter allen Umständen ablehnen. Denn in Behandlungsfehler können Patienten nicht einwilligen.

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

Kontakt: Anja.Mertens@bv.aok.de

	INHALT	AKTUELLER STAND
ARZNEIMITTEL		
Entwurf eines Vierten Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften, Bundestags-Drucksache 18/8034	Pflicht, alle Ergebnisse klinischer Arzneimittelstudien zu veröffentlichen; Speicherung detaillierter Zusammenfassungen in öffentlich zugänglicher EU-Datenbank; Abgabe rezeptpflichtiger Mittel nur noch, wenn Rezept bei Arztbesuch ausgestellt wurde.	Erste Lesung im Bundestag war am 14.4.2016. Der Bundesrat hat am 22.4.2016 Stellung genommen.
HEIL- UND HILFSMITTEL		
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz, HHVG) Bundesrats-Drucksache 490/16	Aktualisierung des Hilfsmittelverzeichnisses durch GKV-Spitzenverband bis Ende 2018; bei Ausschreibungsverträgen Preis und Qualitätsanforderungen als Kriterium; Pflicht der Leistungserbringer, bei der Abrechnung mit Kassen, Aufzahlungen offenzulegen; Möglichkeit der Kassen und Heilmittelerbringer-Verbände, von 2017 bis 2019 Vergütungen oberhalb der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen aller GKV-Mitglieder zu vereinbaren; Modellvorhaben zur Blankoverordnung von Heilmitteln.	Das Bundeskabinett hat am 31.8.2016 beschlossen, den Gesetzentwurf in die parlamentarische Beratung einzubringen.
PFLEGE		
Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz, PSG III) Bundestags-Drucksache 18/9518	Anpassung SGB XII (Hilfe zur Pflege) und Bundesversorgungsgesetz an neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff; Möglichkeit der Länder, Pflegeausschüsse einzurichten, in denen die Kassen mitarbeiten; Initiativrecht der Kommunen zur Einrichtung von Pflegestützpunkten; Prüfrecht des Medizinischen Dienstes bei häuslicher Krankenpflege.	Erste Lesung im Bundestag ist voraussichtlich am 23.9.2016. Der Bundesrat nimmt voraussichtlich am 23.9.2016 Stellung.
PFLEGEAUSBILDUNG		
Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz, PflBerG) Bundestags-Drucksache 18/7823	Einheitliche Ausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege; Aufhebung der Dreigliederung der Pflegeberufe; Ausbildung für Auszubildende kostenlos; neue Finanzierungsgrundlagen zur Lastenverteilung auf auszubildende und nicht auszubildende Einrichtungen.	Der Bundesrat hat am 26.2.2016 Stellung genommen. Erste Lesung im Bundestag war am 18.3.2016.
PSYCHIATRIE-VERGÜTUNG		
Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) Bundestags-Drucksache 18/9528	Keine Angleichung der krankenhausespezifischen Preise an ein landeseinheitliches Preisniveau mehr; Mindestvorgaben zur Personalausstattung durch GBA; weiterhin Möglichkeit der Kliniken, ihr Budget einzeln zu verhandeln; Einführung der psychiatrischen Akut-Behandlung im häuslichen Umfeld als Klinikleistung; Möglichkeit der Psychiatrien mit psychosomatischen Abteilungen, Patienten ambulant zu behandeln.	Erste Lesung im Bundestag ist voraussichtlich am 22.9.2016. Der Bundesrat nimmt voraussichtlich am 23.9.2016 Stellung.

Stand: 9.9.2016



Web-Tipp

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

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

NORDWEST

Höhere Ausgaben für Kinder-Arzneien

Medikamente gegen Atemwegserkrankungen und Bronchitis sind die am häufigsten verordneten Arzneimittel für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren in Schleswig-Holstein. Knapp 180.000 Packungen erhielten allein die AOK-Versicherten. Das geht aus einer Auswertung der AOK NORDWEST hervor. Auf weiteren Plätzen folgen Schmerz- und fiebersenkende Mittel mit über 107.000 Packungen.

Dabei entfallen knapp 93.000 Packungen auf Kinder bis zwölf Jahren. Insgesamt zahlte die AOK NORDWEST in der Region Schleswig-Holstein im vergangenen Jahr 17,1 Millionen Euro für Medikamente an Kinder und Jugendliche. Das ist eine Steigerung zum Vorjahr um 3,1 Prozent. Bei Kindern unter sieben Jahre verordneten die Ärzte vor allem Antibiotika, Vitamin-D-Präparate, Magen-Darm-Mittel, Medikamente zur Behandlung von Hauterkrankungen sowie



Süßer Saft: 2015 verordneten Ärzte in Schleswig-Holstein Kindern vor allem Medikamente gegen Erkrankungen der Atemwege.

antibiotikahaltige Augentropfen und Augensalben. Kinder im Alter von sieben bis zwölf Jahren erhielten am häufigsten ein Rezept für Antibiotika, Medikamente zur Behandlung von Hauterkrankungen sowie Psychopharmaka und Antiallergika. Verhütungsmittel wie die Anti-Baby-Pille sind bei den weiblichen Jugendlichen im Alter von 13 bis 18 Jahren mit knapp 26.500 Packungen die am meisten verordneten Medikamente. ■

BADEN-WÜRTTEMBERG

Facharztvertrag für Urologie

Die AOK Baden-Württemberg und die Bosch BKK haben den bundesweit ersten Facharztvertrag für Urologie unterzeichnet. Neben moderner Apparatedizin liegt der Fokus auf mehr Zeit des Arztes für Information, Beratung und gemeinsamer Entscheidungsfindung als wesentliche Voraussetzungen für eine bessere Patienten-

versorgung. Vertragspartner auf ärztlicher Seite sind MEDI Baden-Württemberg, der Berufsverband der Deutschen Urologen sowie die Arbeitsgemeinschaft der niedergelassenen Urologen. Versicherte der beiden Kassen können ab dem 1. Oktober vom Vertrag profitieren und mit einer Überweisung ihres Hausarztes einen teilnehmenden Urologen aufsuchen, wenn sie bereits am Hausarzt- und Facharztprogramm teilnehmen. Andernfalls ist noch eine Einschreibung in die beiden Programme nötig. „Die Regelversorgung bietet auch bei den oftmals sehr sensiblen urologischen Erkrankungen keine passenden Antworten“, so **Dr. Christopher Hermann**, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg. „Wir leiten jetzt einen Paradigmenwechsel ein und sorgen dafür, dass der Urologe eine adäquate Honorierung erhält, damit er gemeinsam mit seinen informierten Patienten die bestmögliche Entscheidung treffen kann.“ Die Vergütungsstruktur orientiere sich konsequent am Informations- und Beratungsbedarf. ■

AOK aktuell

Mit Sport und Hobbys gegen den Zeitstress

Für alles zu wenig Zeit zu haben, stellt heute die größte Belastung für Eltern dar. Dies ist das Ergebnis einer repräsentativen Umfrage unter 1.000 Müttern und Vätern im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. Knapp die Hälfte aller Befragten (48 Prozent) gibt an, dass sie im Alltag wegen Zeitmangel gestresst sind. Andere Belastungsfaktoren wie ein niedriges Einkommen oder Stress rangieren mit jeweils 28 Prozent deutlich dahinter. Die neuen Zahlen bestätigen frühere AOK-Familienstudien. Die Umfrage zeigt auch: Aktuell gehen Eltern unterschiedlich mit dem Problem um. 41 Prozent der Befragten nennen Sport als wichtigsten Ausgleich. Ebenfalls 41 Prozent schöpfen Kraft, indem sie Hobbys wie Freunde treffen oder Lesen nachgehen. 18 Prozent setzen auf bewusste Auszeiten von der Familie, zwölf Prozent versuchen, die Organisation des Familienalltags zu optimieren und Pflichten besser aufzuteilen. Jeder Zehnte greift auf gelegentliche Kurzurlaube zurück. Entspannungstechniken wie Yoga und autogenes Training werden von fünf Prozent als Strategie zur Stressbewältigung genannt.

„Junge Eltern sind in der Rushhour ihres Lebens, sodass alles, was zur Regeneration beiträgt, für sie enorm wichtig ist“, sagt Gesundheitswissenschaftler **Professor Dr. Klaus Hurrelmann** von der Hertie School of Governance. Das gelinge offenbar besonders gut mit jeder Art von Sport. „Wir wissen, dass flexible Arbeitszeiten und eine verlässliche Betreuung der Kinder von berufstätigen Eltern viel zur Familiengesundheit beitragen. Dann bleibt auch Zeit für Entspannung, körperliche Aktivitäten und die Partnerschaft“, sagt **Martin Litsch**, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes. Die Präventionsangebote der AOK setzten an diesen Bedürfnissen an, „um Müttern und Vätern für den oft anstrengenden Familienalltag einen Ausgleich zu ermöglichen“. ■



Fotos: iStockphoto, AOK Rheinland-Pfalz/Saarland/Jürgen Schulzki

Netzwerker mit Faible fürs Soziale

Werkzeugmacher, Sozialarbeiter, politischer Beamter – Jupp Weismüller hat viele Rollen in 50 Berufsjahren gespielt. Nun geht der Vorstandsvize der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland in den Ruhestand – und freut sich auf eine besondere Grand Tour. **Von H.-B. Henkel-Hoving**

Eigentlich ist der Lebensweg für den jungen Jupp Weismüller im Westerwald Mitte der 1960er Jahre vorgezeichnet: Volksschule, Lehre, Heirat, Hausbau. Doch noch während seiner Ausbildung zum Werkzeugmacher lernt der Teenager einen jungen Geistlichen aus den Niederlanden kennen, der den örtlichen Pfarrer bei der Jugendarbeit unterstützt. Jupp Weismüller macht mit und leitet bald selbst eine Gruppe der Christlichen Arbeitnehmerjugend. „Damals habe ich gemerkt: Ich will mit Menschen arbeiten und nicht auf Dauer einen Metallrohling auf Maß bringen“, erzählt der heute 64-Jährige, der sich Anfang der 1970er Jahre im Rat seines Heimatdorfes auch erstmals politisch engagiert.

In Brennpunkten unterwegs. Jupp Weismüller drückt nach der Lehre noch einmal die Schulbank, studiert Sozialarbeit in Köln, hilft Menschen in sozialen Brennpunkten und baut ab 1974 in einem hessischen Landkreis die Jugendarbeit auf: „Der Rheingau-Taunus-Kreis hatte damals das erste Jugendbildungswerk in Hessen.“ Nach einem beruflichen Zwischenspiel Ende der 1970er bei der Firma „Photo Porst“ in der Nähe von Nürnberg – Weismüller leitet dort das von der Bundesregierung geförderte Projekt „Humanisierung der Arbeitswelt“ – kehrt der junge Familienvater zum hessischen Landesjugendamts in den Staatsdienst zurück.

Doch den politischen Kopf zieht es weiter: Nach zwei Jahren als wissenschaftlicher Mitarbeiter im rheinland-pfälzischen Landtag übernimmt Jupp Weismüller von 1992 bis 1999 Leitungsfunktionen in hessischen Ministerien, lernt unter anderem als Büroleiter von SPD-Sozialministerin Barbara Stolterfoht die Staatsgeschäfte von ganz innen kennen:



„Da ist man Netzwerker, Psychologe und politischer Minenhund in einer Person.“

Ganz eng ans Thema Gesundheit heran rückt der Vater zweier Söhne schließlich als Geschäftsführer der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Mainz, bevor er ab 2002 stellvertretender Vor-

standsvorsitzender der AOK in Rheinland-Pfalz wird. Im Rückblick ist Weismüller stolz darauf, „gemeinsam mit den Beschäftigten eine gute Zukunftsperspektive für die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz und im Saarland erarbeitet zu haben – und das, obwohl die Rahmenbedingungen nicht immer einfach waren und wir den Kolleginnen und Kollegen viel abverlangen mussten“. Die AOK habe heute allen Grund, „selbstbewusst am Markt unterwegs zu sein“.

In Form gebracht. Jupp Weismüller selbst freut sich darauf, demnächst wieder häufiger auf zwei Rädern unterwegs sein zu können. Der zweifache Großvater und Naturfreund („Ich habe früher Obstbaum-Schnittkurse geleitet“) will im Frühjahr nächsten Jahres vom heimischen Oberrod aus zu einer großen Radtour in Richtung Burgund aufbrechen. Klarer Fall, dass der Netzwerker Weismüller dort Winzer kennt, denen er bei der Arbeit im Weinberg zur Hand gehen kann. ■

Verstärkung an der Unternehmensspitze



Gemeinsam mit Vorstandschefin **Dr. Irmgard Stippler** bilden **Udo Hoffmann** (links) als Beauftragter und **Christiane Firk** (rechts) als Bevollmächtigte des Vorstandes künftig die Führungsspitze der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Während die Volljuristin Christiane Firk seit 2014 für die Landesdirektion Saarland sowie die Verträge mit Ärzten und Kliniken verantwortlich zeichnet, wird sich der Sozialversicherungsfachmann Udo Hoffmann vor allem den Themen Markt und Service



widmen. Ein zentrales Thema für beide ist der demografische Wandel. „Als Gesundheitskasse entwickeln wir unser gutes Leistungs- und umfassendes Serviceangebot ständig weiter und passen es an die Bedürfnisse der Kunden an. Dabei ist die gute Ausbalancierung zwischen der persönlichen Beratung vor Ort, Telefon und Internet für die Zukunft wichtig, um alle Kommunikationskanäle im Sinne unserer Versicherten zu bedienen – daran arbeiten wir“, so Hoffmann. Neue Wege sind auch in der Versorgung gefragt: Viele Hausärzte geben altersbedingt in den nächsten Jahren ihre Praxis auf, Klinikstrukturen sind umzubauen und Kompetenzen zu bündeln. Christiane Firk: „Hier müssen wir regional passende Lösungen finden.“

Medizinprodukte Verfahren für Hersteller erforscht

Eine gute Hüftprothese kann Patienten helfen, wieder gehen zu können, ohne weiterhin unter höllischen Schmerzen zu leiden. Ein reibungslos funktionierender Herzschrittmacher kann neue Lebenskraft geben. Nicht immer aber haben sich



die Hoffnungen der Patienten an Medizinprodukte erfüllt. Manche der als innovativ gepriesenen Produkte erwiesen sich nach der Implantation als schadhaft, steigerten die Beschwerden oder minderten die Beweglichkeit. Im Jahr 2015 sorgte das GKV-Versorgungs-

stärkungsgesetz für die rechtliche Grundlage, um Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklassen bewerten zu können. Ende August 2016 hat der Gemeinsame Bundesausschuss eine modifizierte Verfahrensordnung dazu veröffentlicht. Auch der Bundesverband Medizintechnologie war nicht untätig. In seinem Auftrag hat Axel Mühlbacher, Professor an der Hochschule Neubrandenburg, untersucht, wie sich der Patientennutzen und ein hohes Maß an Sicherheit bei der Behandlung mit Medizinprodukten bewerten lassen. Der Gesundheitsökonom favorisiert Verfahren, die multiple Entscheidungskriterien und Patientenpräferenzen umfassen sowie eine schrittweise Zulassung für eine größer werdende Patientengruppe ermöglichen.

Axel Mühlbacher, Christian Juhnke: Adaptive Nutzenbewertung für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Klassen. 2016. 100 Seiten. 24,95 Euro. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Gesundheitskultur Patientenverhalten wandelt sich

Etwa jedes zweite Medikament, das Patienten einnehmen, haben sie sich selbst besorgt. Der Markt mit Präparaten für die Selbstmedikation hat sich in den vergangenen Jahrzehnten prächtig entwickelt. Da selbstgezahlte Arzneimitteln und Dienstleistungen das Budget der Krankenkassen schonen, war dies auch politisch gewollt. Gerhard Schulze, emeritierter Soziologie-Professor an der Universität Bamberg, sieht die Selbstmedikation als eines von vielen Beispielen, um den Wandel in der Gesundheitskultur darzulegen. Als Gesundheitskultur versteht er das „freie Tun und Lassen“ aller Beteiligten – seien es Patienten, Ärzte, Therapeuten oder Apotheker – in einem undurchschaubaren Gesundheitswesen. Je komplexer und vielfältiger das System wird, so seine These, desto weniger helfen allgemeine Richtlinien. Mehr denn je komme es darauf an, ob die Einzelnen mit der Vielfalt an Angeboten umgehen könnten. Mit der Selbst-



medikation beispielsweise ignorierten die Patienten die Kluft zwischen Schul- und Alternativmedizin und lösten sich vom Urteil des Arztes ab. Regulierung und Systemsteuerung reichten demnach nicht mehr aus. In Zukunft sei es wichtig, die Menschen dazu zu befähigen, sich im „wachsenden Möglichkeitsraum“ des Gesundheitswesens zu bewegen. Die Dimensionen dieser neuen Gesundheitskultur aber würden bislang zu wenig thematisiert.

Gerhard Schulze: Schöne neue Gesundheitswelt. Wie sich das medizinische Denken verändert. 2016. 192 Seiten. 24,95 Euro. Hogrefe Verlag, Bern.

SEMINARE | TAGUNGEN | KONGRESSE

■ 15. EUROPÄISCHER GESUNDHEITSKONGRESS	Krankenhausplanung, Digitalisierung, Wettbewerb als Innovationstreiber, Arzneimittelverordnungen	20.–21.10.2016 München	WISO S.E. Consulting GmbH c/o Interplan AG Landsberger Straße 155 80687 München	Tel.: 0 89/54 82 34 50 Fax: 0 89/54 82 34 43 info@gesundheitskongress.de www.gesundheitskongress.de
■ HANDELSBLATT-JAHRESTAGUNG HEALTH 2016	Weiterentwicklung des Morbi-RSA, Pharma-Dialog, Rabattverträge, Innovationsfonds, Digitalisierung	25.–27.10.2016 Berlin	Euroforum GmbH Prinzenallee 3 40549 Düsseldorf	Tel.: 02 11/96 86–3577 anmeldung@euroforum.com www.health-jahrestagung.de
■ NATIONALER FACHKONGRESS TELEMEDIZIN	Europäische Dimension, e-Health Gesetz, Innovationsfonds, elektronische Gesundheitskarte	3.–4.11.2016 Berlin	Deutsche Gesellschaft für Telemedizin Rhinstraße 84 12681 Berlin	Tel.: 0 30/54 70 18 21 Fax: 0 30/54 70 18 23 info@dgtelemed.de www.dgtelemed.de > Veranstaltungen
■ 10. NATIONALER QUALITÄTSKONGRESS	Qualitätsindikatoren für Krankenhausplanung, Zu- und Abschläge der Krankenhausentgelte	1.–2.12.2016 Berlin	Gesundheitsstadt Berlin GmbH Schützenstraße 6 a/Charlottenstraße 77 10117 Berlin	Tel.: 0 30/7 00 11 76 00 Fax: 0 30/7 00 11 76 04 kongress@qualitaetskongress-gesundheit.de www.qualitaetskongress-gesundheit.de
■ HEALTH 3.0	Digitalisierung, Preisgestaltung Arzneimittel, sektorenübergreifende Versorgung, EU-Gesundheitspolitik	1.–2.12.2016 Düsseldorf	MCC – The Communication Company Scharnhorststraße 67a 52351 Düren	Tel.: 0 24 21/1 21 77–0 Fax: 0 24 21/1 21 77–27 mcc@mcc-seminare.de www.health3punkt0.de

Essstörung Der Magersucht entkommen

Der Weg von einer harmlosen Diät hin zu einer behandlungsbedürftigen Magersucht ist schleichend. Birte Jensen trieb sich immer weiter an, um Pfunde zu verlieren. Sie legte jedes Salatblatt auf die Waage und kalkulierte die Kalorienzahl des Dressings. Am Ende diktierte ihr eine innere Stimme, was noch zu kontrollieren ist. Sie verdrängte die Stimme der Vernunft und Lebensfreude. Die junge Frau, die als Teenager an Magersucht erkrankte, schaffte es gerade noch, einen drohenden Klinik-



aufenthalt mit Zwangsernährung abzuwenden. Mit 45 Kilo wäre diese strapazierende Behandlung unumgänglich gewesen. Als sie 47 Kilo wiegt, beginnt sie aus dem negativen Kreislauf auszusteigen – mithilfe ihrer Mutter, einer Freundin, dem Hausarzt und einem Therapeuten. Letzterer ermutigt sie, wieder eine positiven Sicht auf ihren Körper aufzubauen und empfiehlt ihr, sich selbst Briefe zu schreiben und darin jeweils die kontrollierende und die lebensbejahende Stimme zu Wort kommen zu lassen. Zwei Jahre, nachdem sie sich herunter gehungert hat, verspricht sie ihrem Körper: „Ich arbeite daran, dass es dir

wieder gut geht“. Bei einer Magersucht geht es nicht nur ums Hungern, sondern vielmehr um Aufmerksamkeit und Anerkennung.

Birte Jensen: Das Leben ist nicht extra small. 2016. 208 Seiten. 9,99 Euro. Schwarzkopf & Schwarzkopf Verlag, Berlin.

Wissenschaft Neue Wege für den Wissenstransfer

Die Wissenschaftskommunikation ist offenbar an einem Wendepunkt angekommen. Das ist die Einschätzung von Marc-Denise Weitze und Wolfgang M. Heckl. Bislang gingen Wissenschaftler davon aus, dass die Öffentlichkeit nur richtig informiert werden müsste, um neuere Studienergebnisse freundlich entgegenzunehmen und nicht mit Zweifeln und Skepsis zu antworten. Eine gelungene populäre Darstellung von Forschung, so das Denken, führe geradewegs zur Akzeptanz. Die beiden Autoren zeigen, dass das einseitige Sender-Empfänger-Modell nicht mehr funktioniert und sogar den Vertrauensverlust in der Öffentlichkeit eher erhöht. Neben einem Ringen um Verständlichkeit müsse es künftig darum gehen, vermehrt Beteiligungsformate in der Wissenschaftskommunikation einzu-



setzen. Nur so lasse sich die Kluft zwischen den Wissensproduzenten, ihren Nutzern und den Bürgerinnen und Bürgern überbrücken. Neben der wissenschaftlichen Analyse und Information brauche es dazu neue Formate für öffentliche Diskurse sowie eine prozessorientierte Öffentlichkeits-

arbeit. Die Wissenschaft sei dann nicht mehr bloß Stimme, sondern biete eine Perspektive in einer pluralen Welt.

Marc-Denise Weitze, Wolfgang M. Heckl: Wissenschaftskommunikation. 2016. 303 Seiten. 14,99 Euro. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg.

Zeitschriftenschau

■ Entwicklungshilfe mit Urin

Forscher der belgischen Universität Gent wollen Entwicklungsländern ein Verfahren an die Hand geben, um aus Urin Trinkwasser und Dünger herzustellen. Mit einer speziellen Anlage haben die Forscher aus dem Urin von Festivalbesuchern Stickstoff, Kalium und Phosphor sowie rund 950 Liter Trinkwasser herausgefiltert. Nach ihren Angaben ließen sich aus 1.000 Litern Urin genug Dünger gewinnen, um 135 Kilo Mais zu produzieren. Aus Urin Trinkwasser herzustellen, ist technisch schon länger möglich. Beispielsweise werden so Astronauten in Raumstationen versorgt.

Ärzte Zeitung online, 27. Juli 2016

■ Lungenentzündung erhöht langfristig das Infarktisiko

Eine Lungenentzündung birgt noch viele Jahre nach der Infektion ein erhöhtes Risiko, einen Herzinfarkt oder Schlaganfall zu erleiden. Zu diesem Schluss kommen Forscher der Universität Pittsburgh, USA. Sie untersuchten, wie sich die Gefahr für Patienten, die wegen einer Pneumonie in eine Klinik eingewiesen worden waren, im Laufe der Zeit verändert. Dafür werteten sie zwei Studien mit rund 22.000 Patienten im Alter zwischen 45 und 64 Jahren aus. Danach ist das Risiko in den ersten 30 Tagen nach Klinikeinweisung zwar am höchsten – bei älteren Patienten etwa viermal und bei jüngeren etwas mehr als doppelt so hoch. Aber auch nach 90 Tagen war es noch immer um das fast Dreifache erhöht und nach zehn Jahren um das 1,86-fache.

Journal of the American Medical Association (JAMA) 2015; 313 (3): 264–274

■ Antibiotikum in der menschlichen Nase entdeckt

In der menschlichen Nase schlummert ein potenzieller Lebensretter: Das dort siedelnde Bakterium *Staphylococcus lugdunensis* erzeugt ein Antibiotikum, wie Wissenschaftler der Universität Tübingen und des Deutschen Zentrums für Infektionsforschung herausfanden. Versuche an Mäusen ergaben, dass der Lugdunin getaufte Wirkstoff multiresistente Keime bekämpfen kann, gegen die viele Antibiotika inzwischen nicht mehr helfen.

Nature, July 27, 2016; 535 (7613): 511–516

■ Diabetiker mit Grippeimpfung müssen seltener in die Klinik

Menschen mit Typ-2-Diabetes, die sich jährlich gegen Grippe impfen lassen, haben ein vermindertes Risiko, während einer Influenza-Welle wegen Herzinfarkt, Schlaganfall oder Herzinsuffizienz stationär behandelt werden zu müssen. Das berichten Forscher vom Imperial College in London. Sie hatten die in der britischen Allgemeinärztdatenbank eingetragenen Grippeimpfungen von Diabetikern mit Krankenhaus- und Sterbestatistiken verglichen. Danach mussten geimpfte Diabetiker zu 30 Prozent seltener wegen eines Schlaganfalls ins Krankenhaus. Sie wurden zu 22 Prozent seltener wegen Herzinsuffizienz und zu 15 Prozent seltener wegen einer Lungenentzündung stationär behandelt. Auch war ihre Sterberate in der Grippesaison geringer als bei den nicht geimpften Diabetikern.

Canadian Medical Association Journal (CMAJ), July 25, 2016 (www.cmaj.ca/content/early/2016/07/25/cmaj.151059)

Gute Pflege schließt Zähne ein

Bei pflegebedürftigen Menschen ist die Mundgesundheit häufig schlechter als beim Bevölkerungsdurchschnitt. Der Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer, **Dietmar Oesterreich**, begrüßt daher den Anspruch auf zusätzliche Leistungen der zahnmedizinischen Prävention.

Weniger Karies, mehr gesunde Zähne: Die Mundgesundheit hat sich in Deutschland über alle Bevölkerungsschichten hinweg verbessert. Dazu beigetragen haben ein verbessertes Mundgesundheitsbewusstsein, Fluoride in den Zahnpasten aber auch präventive Maßnahmen in den Praxen wie die professionelle Zahnreinigung, Fissurenversiegelung oder die Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen. Die Mundgesundheit von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung ist allerdings nach wie vor deutlich schlechter als die des Bevölkerungsdurchschnitts. Sie können häufig keine eigenverantwortliche Mundhygiene (mehr) durchführen. Sie sind beim täglichen Zähneputzen auf die Unterstützung durch Pflegenden oder Angehörige angewiesen. Häufig haben sie Schwierigkeiten, eine Zahnarztpraxis aufzusuchen. Ihre Kooperationsfähigkeit ist zum Teil stark eingeschränkt. Mangelhafte Mundhygiene und eingeschränkte zahnärztliche Betreuung führen zu Defiziten bei der Mundgesundheit – mit negativen Folgen für die Allgemeingesundheit und die Lebensqualität.

An Best Practice-Modellen orientieren. Deshalb sind präventionsorientierte Leistungen für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen unabdingbar. Damit lassen sich umfangreiche und invasive zahnmedizinische Eingriffe vermeiden. Bereits 2010 veröffentlichten Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) gemeinsam mit den zahnmedizinischen Fachgesellschaften das Konzept „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“ (www.bzaek.de > Für Medien > Broschüren und Publikationen > Konzept zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen). Es beschreibt Lösungen für die Prävention und zahn-

medizinische Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung.

Der Gesetzgeber hatte mit dem Versorgungsstrukturgesetz und dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz erste Schritte zur Verbesserung der zahnärztlichen Versorgung von immobilen Patienten und Menschen mit Behinderung eingeleitet. Ende 2015 hat die Große Koalition im Versorgungsstärkungsgesetz beschlossen, dass Pflegebedürftige, Menschen mit Behinderung und Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz Anspruch auf zusätzliche Leistungen der zahnmedizinischen Prävention erhalten. Dies ist als Erfolg zu verzeichnen, auch wenn der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) die Regelung noch in einer Richtlinie konkretisieren muss. Best Practice-Modelle zeigen, dass sich mit präventiven Maßnahmen die akute Behandlungsnotwendigkeit deutlich senken und die Lebensqualität verbessern lässt. Hieran sollte sich der GBA bei seinen Entscheidungen orientieren.

Angehörige und Pflegekräfte einbinden. Prävention richtig umzusetzen bedeutet auch, Angehörige und Pflegekräfte über die Bedeutung von Mundhygiene und Vorsorgeuntersuchungen zu informieren und einzubinden. Wir kooperieren daher mit vielen Akteuren im Gesundheitswesen: Die Information „Zahnärztliche Betreuung zu Hause für Ältere, Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung“ ist zusammen mit KZBV, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege und dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste entstanden. Gemeinsam mit dem Zentrum für Qualität in der Pflege haben wir einen „Ratgeber zur Mundgesundheit für pflegende Angehörige“ sowie zwölf Kurzfilme mit Tipps für Angehörige und Pflegepersonal zur Mundpflege von Hochbetagten, Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung produziert (www.bzaek.de > Zahnpflege bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung).

Die Aus- und Fortbildung von Zahnärzten sowie deren Teams, die Verbesserung des Wissens zur Mundgesundheit in der professionellen Pflege, die gemeinsame Entwicklung von adäquaten Versorgungsstrukturen mit der Gesundheitspolitik sowie der Ausbau von Kooperationen zwischen der Pflege, den zahn-/ärztlichen Kollegen und weiteren Gesundheitsfachberufen werden uns in den nächsten Jahren weiter fordern. Die BZÄK wird diese Herausforderungen aktiv begleiten. ■

Prof. Dr. Dietmar Oesterreich ist Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer. **Kontakt: D.Oesterreich@bzaek.de**

Leserforum



Ihre Meinung ist gefragt.

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

Oder schreiben Sie uns:

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

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

Herausgeber AOK-Bundesverband

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

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

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

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

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

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

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

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

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



G+G 7-8/2016

„Fischen mit feinem Netz“

Screening verständlich begründen

Nicht erst nach dem Lesen des Artikels von Norbert Schmacke komme ich zu dem Schluss, dass jegliches medizinische Screening mehr Schaden als Nutzen anrichtet. Denn ein Screening ist per definitionem die Suche nach Krankheiten in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe, das heißt also beispielsweise beim Brustkrebscreening: Ausnahmslos jede Frau der fraglichen Altersgruppe sollte sich zur Mammografie begeben. Der entsprechende, wenn auch sanfte Druck wird ja ausgeübt: mit einem Einladungsschreiben und häufig zusätzlich mit der Empfehlung der Gynäkologin oder des Gynäkologen, dieses Angebot wahrzunehmen. Und gerade dieses flächendeckende Durchleuchten bringt dann die genannten negativen Konsequenzen mit sich – Überdiagnostik und Übertherapie, begleitet von den nachvollziehbaren Ängsten der Betroffenen. Das Fazit müsste also lauten: Jegliche Früherkennungsuntersuchung sollte auf Basis einer individuellen, gut informierten Entscheidung stattfinden – das ist dann kein Screening mehr im eigentlichen Sinne. Das scheint nun auch den Verantwortlichen zu dämmern, die erfreulicherweise an den nötigen Entscheidungshilfen basteln. Auch die Ärztinnen und Ärzte sollten nicht wie selbstverständlich und ohne Erklärung das Set für die Stuhlprobe mitgeben oder zur Teilnahme

am Brustkrebscreening auffordern, sondern verständlich begründen können, warum und wann sie die Untersuchungen für nützlich halten. Last but not least: Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung muss sich für die sinnvolle Nutzung von Früherkennungsuntersuchungen nachhaltig verbessern.

B. G., Offenburg

G+G 7-8/2016

Interview mit Bettina Pfeleiderer

Teilzeit gut organisieren

Wenn sich Frau Professor Pfeleiderer als Präsidentin des Weltärztinnenbundes für mehr Teilzeitstellen an Kliniken einsetzt, ist das ehrenwert. Aber: Teilzeit und Job-sharing wollen gut organisiert sein, sonst sind am Ende Patienten und die in Vollzeit tätigen medizinischen Kolleginnen und Kollegen die Gelackmeierten. Denn mehr Teilzeitstellen können einerseits aus Patientensicht dazu führen, dass man oder frau noch mehr Ärzten die eigene Krankengeschichte erzählen muss, weil wieder einmal der Informationsfluss innerhalb der Klinik ins Stocken geraten ist. Andererseits dürfen Vollzeitkräfte nicht den Eindruck bekommen, all das an schweren Fällen und unangenehmen Gesprächen auffangen zu müssen, was im Teilzeit-Dickicht liegen geblieben ist. Kurzum: Ja zu mehr Teilzeit, aber bitte auch ja zu elektronischen Dokumentations-Systemen und einem professionellen Personalmanagement.

K. 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.

Sicherheit ist, wenn man sich aufeinander verlassen kann

Wir wissen, was wichtig ist: Ihre Gesundheit. Mit 61.000 Mitarbeitern, 1.380 Geschäftsstellen und zahlreichen Vorsorgeleistungen kümmern wir uns darum, dass Sie gesund bleiben oder schnell wieder gesund werden. Darauf vertrauen schon über 25 Millionen Versicherte in ganz Deutschland.

Gesundheit in besten Händen

www.aok.de