



**GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT**

# Mythos Lahnstein

**Kassen-Wettbewerb: Wie ein politischer  
Kompromiss seit 25 Jahren Kreise zieht**

**G+G-STUDIENREISE**  
Wie die Dänen ihre  
Kliniken umbauen

**REPORTAGE**  
Wo Menschen mit Handicap  
medizinische Hilfe finden

Die Pressestellen der AOK

# Gesundheit ist unser Thema!

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

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

## **AOK-BUNDESVERBAND**

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

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

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

## **AOK BADEN-WÜRTTEMBERG**

Hauptverwaltung  
Pressesprecher: Kurt Wesselsky

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

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

## **AOK BAYERN – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Zentrale  
Pressesprecher: Michael Leonhart

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

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

## **AOK BREMEN/BREMERHAVEN**

Pressesprecher: Jörn Hons

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

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

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

Direktion  
Pressesprecher: Ralf Metzger

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

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

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

Direktion  
Pressesprecher: Carsten Sievers

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

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

## **AOK NORDOST – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Pressesprecherin: Gabriele Rähse

Wilhelmstraße 1  
10963 Berlin  
presse@nordost.aok.de

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

## **AOK NORDWEST – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Pressesprecher: Jens Kuschel

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

Tel. 02 31/4193-10145

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

Tel. 04 31/6 05-21171

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

Pressesprecherin: Dr. Ellen von Itter

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

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

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

Pressereferent: Jan Rößler

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

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

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

Pressesprecherin: Hannelore Strobel

Sternplatz 7  
01067 Dresden  
presse@plus.aok.de

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

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

Pressesprecherin: Anna-Kristina Mahler

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

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

# Arbeit im Wandel

Ständig erreichbar, flexibel im Einsatz – die psychischen Anforderungen im Beruf steigen, sagt Arbeitspsychologin **Isabel Rothe**. In der Prävention gilt es daher, neue Strategien und Verbündete zu suchen.

**Immer schneller, immer mehr:** Dieses Motto scheint der Motor der digitalen Arbeitswelt zu sein. Mit dem Wandel der Arbeit entstehen zwar neue Freiräume und Gestaltungschancen, aber auch vielfältige Unsicherheiten. Die Erwerbstätigenbefragungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz (BAuA) und Arbeitsmedizin und des Bundesinstituts für Berufsbildung zeigen, dass beispielsweise hoher Leistungsdruck, Störungen und Multitasking sowohl Beschäftigte als auch Führungskräfte in den verschiedensten Berufen und Branchen stark beanspruchen. Zudem stehen psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen als Ursache für eine vorzeitige Verrentung seit einigen Jahren an erster Stelle: Zwischen 2012 und 2015 gingen fast 75.000 Frauen und Männer jährlich wegen Diagnosen aus diesem Bereich früher in den Ruhestand. Bei den gesetzlich Versicherten waren im Jahr 2015 über 87 Millionen Arbeitsunfähigkeitstage auf diese Diagnosegruppe zurückzuführen.

Vor diesem Hintergrund haben verschiedene Träger des Arbeits- und Gesundheitsschutzes zahlreiche Vorhaben initiiert. Sie haben zum Ziel, die Handlungsfähigkeit insbesondere auf der betrieblichen Ebene zu erhöhen und Unterstützungsangebote zu entwickeln. Gleichzeitig fehlt es aber noch an gesichertem Wissen zum Zusammenhang zwischen Arbeit und Gesundheit sowie zur gesundheitsförderlichen Gestaltung des Arbeitsumfeldes. Die BAuA möchte mit ihrem Projekt „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt – wissenschaftliche Standortbestimmung“ dazu beitragen, die Wissenslücken weiter zu schließen. Dazu ist im Mai ein Bericht erschienen, der die wissenschaftlichen Erkenntnisse zur psychischen Belastung im Arbeitskontext systematisch aufarbeitet und Handlungsoptionen vorstellt. Die Ergebnisse belegen für viele der untersuchten Arbeitsbedingungen konsistente Zusammenhänge mit der Gesundheit und bestätigen damit das große Potenzial der betrieblichen Primärprävention. Gleichzeitig ist es notwendig,

Bei psychischen Belastungen greifen technische Lösungen zu kurz.

sich mit der hohen Komplexität der Strategien zur Gestaltung der Arbeitsbedingungen sachgerecht auseinanderzusetzen. So ist es unabdingbar, die Belastungskonstellationen, also das Zusammenspiel verschiedener arbeitsbezogener Ressourcen und Stressoren zu betrachten. Beispielsweise erweist sich der Handlungsspielraum als zentrale arbeitsbezogene Ressource, die es grundsätzlich auszubauen gilt. Bei der Arbeitsintensität als potenziellem Stressor liegt das Optimum hingegen in einem Bereich

zwischen Unter- und Überforderung. Für andere Faktoren wie zum Beispiel die Lage und Länge der Arbeitszeit lassen sich wiederum Belastungsgrenzen definieren.

Um dieser Komplexität gerecht zu werden, muss der Arbeitsschutz seine Perspektiven und Vorgehensweisen systematisch erweitern. Im

Zusammenhang mit der psychischen Belastung greifen in vielen Bereichen klassische Grenzwerte, technische Lösungen oder das Prinzip der Minimierung von Belastungen zu kurz. Vielmehr gilt es, die Belastungen bestmöglich zu gestalten sowie arbeitsbezogene Ressourcen aufzubauen.

Dazu müssen die Beschäftigten aber nicht nur Spielräume in der Arbeitsorganisation erhalten, sondern sie brauchen gleichzeitig auch Gestaltungskompetenzen. Deshalb ist die Verhältnisprävention in aller Regel mit Qualifizierung und Verhaltensprävention zu ergänzen. Voraussetzung dafür ist eine enge Verzahnung arbeitsbedingungs- und personenbezogener Maßnahmen in der Primärprävention unter dem Dach eines betrieblichen Gesundheitsmanagements. Aber auch die Sekundär- und Tertiärprävention bei psychischen Beeinträchtigungen oder Erkrankungen sollten ausgebaut werden und die Beteiligten dabei besser kooperieren. Vor diesem Hintergrund ist eine engere Zusammenarbeit zwischen den Akteuren im Arbeits- und Gesundheitsschutz und den Akteuren der Gesundheitsversorgung, wie beispielsweise Krankenkassen anzustreben. Das entspricht auch dem Geist des Präventionsgesetzes. ■



**Isabel Rothe**, geboren 1963, ist seit November 2007 Präsidentin der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. 1989 schloss sie ihr Studium der Arbeits- und Organisationspsychologie an der Technischen Universität Berlin ab. Anschließend war Isabel Rothe in der Beratung für Arbeits- und Technikgestaltung tätig. 1992 erfolgte ein Wechsel zur Schering AG, bei der sie zuletzt die kaufmännische Leitung des Berliner Produktionsstandortes übernahm. Zwischen 2004 und 2007 war Isabel Rothe Geschäftsführerin der Jenapharm.

Mehr Infos: [www.baua.de](http://www.baua.de)

## Dänen machen Mut



H.-B. Henkel-Hoving,  
Chefredakteur

**Die Premiere ist gelungen:** Die beiden G+G-Studienreisen nach Dänemark im Juni und August sind bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern gut angekommen. Mehr als 30 Fachleute aus dem deutschen Gesundheitswesen (und ein leitender Mediziner aus Österreich) haben sich in Kopenhagen und Umgebung vor Ort das „Super-Hospital-Programm“ unserer nördlichen

Nachbarn angesehen und Einblicke aus erster Hand gewonnen. Einblicke, die Mut machen.

Denn anders als hierzulande herrscht im dänischen Gesundheitswesen kein Stillstand mit punktueller Bewegung. **Vielmehr zieht das Königreich seit zehn Jahren konsequent den Umbau der nationalen Kliniklandschaft durch.** Weniger Standorte, mehr Qualität lautet dabei das Motto, gepaart mit einem weiteren Ausbau von E-Health und Telemedizin – bereits seit 2003 verfügt jeder Einwohner über eine elektronische Patientenakte.

Gewiss: Auch im dänischen Gesundheitswesen läuft es nicht nur rund. Die Hausärzte sind unzufrieden mit ihrer hohen Arbeitsbelastung, nicht alle Kommunen haben ausreichend Know-how für die Organisation von Reha und Pflege, Patienten müssen teilweise sehr weite Wege bis zum Spezialisten in Kauf nehmen und eine freie Arztwahl wie in Deutschland gibt es ohnehin nicht. Aber der **Mut zur Veränderung, die Aufgeschlossenheit gegenüber neuen Technologien** und das weitaus gleichberechtigtere Miteinander von Medizin und Pflege empfinde ich als vorbildlich – letztlich spiegelt ein Gesundheitswesen die jeweiligen gesellschaftlichen Werte wider.

Dänemark hat auch der G+G-Redaktion Mut gemacht, wir werden wieder auf Studienreise gehen. In diesem Sinne Ihr



Auf Tour in Kopenhagen (v.l.): Karin Dobberschütz vom KomPart-Verlag, Tanja Staniok von Healthcare DENMARK und Matthias Kretzler von der Königlich Dänischen Botschaft in Berlin haben die G+G-Studienreise organisiert.

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

### MAGAZIN

#### 14 SÜDKOREA FEIERT SEINE KRANKENKASSE

Baustein für wirtschaftlichen Erfolg: Südkorea führte vor 40 Jahren die soziale Krankenversicherung ein. Dabei orientierte sich das Land am deutschen System.  
Von Jean-Olivier Schmidt

#### 16 LEBENSKRISE ALS CHEFSACHE

Beschäftigte können ihre persönlichen Sorgen bei der Arbeit nicht immer ausblenden. Wie Firmen ihnen helfen können, zeigt der neue Fehlzeiten-Report auf.  
Von Markus Meyer

#### 17 STARKE HILFE BEI SCHWERER LAST

Diabetes, Herzinfarktrisiko, soziale Isolation: Durch ein neues Behandlungsprogramm können krankhaft übergewichtige Menschen dem Teufelskreis entfliehen.  
Von Norbert Staudt

#### 18 DIABETES-CHECK MIT HÖRER UND PC

Therapie abstimmen, Blutzuckerwerte besprechen – ein Telemedizin-Projekt in Schleswig-Holstein erspart Eltern von Kindern mit Diabetes Zeit und Aufwand.  
Von Thomas Hommel

#### 19 VITAL IN VIRTUELLEN ARBEITSWELTEN

Die Digitalisierung verändert die Arbeitswelt. Ein Projekt in Niedersachsen unterstützt Betriebe, den gesundheitlichen Belastungen standzuhalten.  
Von Taina Ebert-Rall

#### 20 GROSSES WERBEN UM NEUE HEIMSTATT

Europas Arzneimittelagentur in London braucht nach dem Brexit ein neues Zuhause. Zahlreiche Metropolen bewerben sich dafür, auch die Bundesstadt Bonn.  
Von Thomas Rottschäfer

#### 21 „LEITLINIEN SICHERN VERSORGUNGSQUALITÄT“

Ärzte müssen auf dem aktuellen Wissensstand sein und ihn schnell anwenden können. Dazu benötigen sie gut aufbereitete Leitlinien, sagt Gesundheitswissenschaftlerin Cathleen Muche-Borowski.

## TITEL

### 22 MYTHOS LAHNSTEIN

Ein historischer Meilenstein, um den sich Legenden ranken: Vor 25 Jahren einigten sich Union und SPD in Lahnstein, die freie Kassenwahl einzuführen.

Von Hartmut Reiners



**22** Rückblick: Was Union und SPD mit ihrem Lahnsteiner Kompromiss auslösten

## THEMEN

### 30 WILLKOMMEN IM GELBEN RAUM

Keine Schema-F-Behandlung: In einem Medizinischen Zentrum in Hamburg-Alsterdorf bekommen Menschen mit Behinderung umfassende Hilfe.

Von Dirk Schnack (Text) und Ralf Niemzig (Fotos)



**30** Reportage: Wo behinderte Menschen wie Karl-Christopher Regensburger (re.) medizinische Hilfe bekommen

### 36 AHA-ERLEBNIS IM LAND DER MEERJUNGFRAU

Tour de Kopenhagen: Bei der ersten G+G-Studienreise machten sich deutsche Gesundheitsexperten ein Bild davon, wie Dänemark die Kliniklandschaft verändert.

Von Hans-Bernhard Henkel-Hoving



**36** Studienreise: Wie Dänemark seine Krankenhauslandschaft umbaut

## RUBRIKEN

- 9 **Rundruf** Mehr Organspender! Aber wie?
- 13 **Kommentar** Rauf auf die Tagesordnung
- 42 **Recht** Europas Richter stärken Geschädigte
- 44 **AOK-Notizen** Aktuelles aus Bund und Ländern
- 46 **Service** Bücher, Termine und mehr
- 48 **Debatte** Kollege Roboter verändert die Pflege
- 49 **Nachlese** Briefe an die Redaktion
- 49 **Impressum** Wer steckt hinter G+G?
- 50 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen

## HYGIENE Keimschleuder Küchenschwamm

Benutzte Küchenschwämme weisen eine extrem hohe Keimbelastung auf, wie Mikrobiologen der Hochschule Furtwangen, der Justus Liebig-Universität Gießen und des Helmholtz Zentrums München ermittelt haben. Die Forscher untersuchten 14 gebrauchte Schwämme aus dem Großraum Villingen-Schwenningen. Dabei entdeckten sie mehr als 360 Arten von Bakterien. „Fünf der zehn häufigsten von uns gefundenen Arten gehören in die sogenannte Risikogruppe 2, das bedeutet, sie sind potenziell pathogen“, so Professor Dr. Markus Egert von der Hochschule Furtwangen. Vor allem bei immungeschwächten Menschen könnten die Bakterien zu Infektionen führen. Den Schwamm heiß auszuwaschen oder in der Mikrowelle zu behandeln, sei keine Lösung. Die Reinigung könne zwar zur kurzfristigen Verminderung der Keimzahl führen. Nach einer bestimmten Zeit dominierten aber wieder potenziell pathogene Bakterien – vermutlich aufgrund einer höheren Stress-toleranz, so die Forscher. ■

## APPROBATION Neue Regeln für Zahnärzte

Das Bundeskabinett hat die Novelle der zahnärztlichen Approbationsordnung (AppO-Z) beschlossen. Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) rief den Bundesrat auf, mit einem schnellen Beschluss „endgültig den Weg für eine moderne Approbationsordnung“ für Zahnärzte frei zu machen. „Junge Zahnärzte benötigen wegen



Bakterien im Schwamm können bei immungeschwächten Menschen zu Infektionen führen.

der steigenden wissenschaftlichen Anforderungen der Zahnmedizin eine Approbationsordnung, die diesen Anforderungen gerecht wird. Mit einem 60 Jahre alten Auto lässt sich auch kein Formel-Eins-Rennen gewinnen“, erklärte BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel. ■

## ARBEITSMARKT Pflegerberufe stärker würdigen

Die SPD will Beschäftigten in Gesundheits- und Sozialberufen mehr Einkommen und gesellschaftliche Wertschätzung verschaffen. Arbeitsministerin Andrea Nahles, Familienministerin Katarina Barley und die rheinland-pfälzische Ministerpräsidentin Malu Dreyer legten dazu ein Aktionsprogramm vor. Ein bundesweit geltender Tarifvertrag Sozialles wäre der beste Weg, um deutliche Verbesserungen für die Beschäftigten zu erreichen, sagte Arbeitsministerin Nahles. Der Deutsche Pflege-rat (DPR) begrüßte die Initiative. Für beruflich Pflegenden sei vor allem wichtig, dass die Arbeitsbedingungen verbessert würden, so Ratspräsident Andreas Westerfellhaus. ■

## PRÄVENTION Gesundheit im Unterricht

Grundschulen im Rheinland räumen dem Thema Gesundheit einen hohen Stellenwert ein. Im gerade begonnenen Schuljahr 2017/2018 nehmen nach Angaben der Ärztekammer Nordrhein und der AOK Rheinland/Hamburg erstmals mehr als 300 Schulen im rheinischen Landesteil am Programm „Gesund macht Schule“ teil. Das Programm ermöglicht es Grundschulen und dem Offenen Ganztags Gesundheitsthemen wie „Menschlicher Körper“, „Bewegung und Entspannung“, „Essen und Ernährung“, „Sexualerziehung“ und „Ich-Stärkung“ in den Unter-

richt zu integrieren. Die Ärztekammer Nordrhein vermittelt dafür „Patenärzte“, die als Referenten für Elternabende oder zur Unterstützung des Unterrichts zur Verfügung stehen. „Das Präventionsgesetz ermöglicht uns, mit Programmen wie ‚Gesund macht Schule‘ zu mehr Gesundheitskompetenz beizutragen“, sagte Rolf Buchwitz, stellvertretender Vorstandschef der AOK Rheinland/Hamburg. Der Präsident der Ärztekammer Nordrhein, Rudolf Henke, betonte, Lehrer bräuchten die Möglichkeit, „Gesundheitsthemen in den Unterricht zu integrieren, ohne mit dem Lehrplan in Konflikt zu kommen“. Das Programm „Gesund macht Schule“ ermögliche ihnen dies. ■

## kurz & bündig

**+++ KLINIKEN:** 2016 wurden bundesweit 19,5 Millionen Patienten stationär im Krankenhaus behandelt. Das waren 277.400 Fälle (1,4 Prozent) mehr als 2015. Wie das Statistische Bundesamt mitteilte, dauerte der Aufenthalt im Krankenhaus wie im Vorjahr im Schnitt 7,3 Tage. In 1.948 Kliniken standen für die Behandlung 498.700 Betten bereit. Die durchschnittliche Auslastung lag bei 77,8 Prozent. **+++ ALKOHOLSUCHT:** Frauen greifen immer öfter zur Flasche, wie der kürzlich veröffentlichte Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung zeigt. Während die Prävalenz des episodischen Rauschtrinkens bei Männern seit 1995 von 47,5 Prozent auf 36,7 Prozent zurückging, weist der Bericht für die Frauen einen Anstieg aus: Nach einem in den ersten Jahren parallelen Verlauf stieg der Wert seit 2000 von 13 Prozent auf zuletzt 16,1 Prozent.



# Tiefer eintauchen!

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

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



**G+G**  
Gesundheit und Gesellschaft



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



Viermal im Jahr:  
G+G-Wissenschaft

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

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

[www.kompart.de/shop](http://www.kompart.de/shop)



Name ..... Ich bezahle per Bankeinzug  Ich bezahle per Rechnung

Straße ..... IBAN ..... BIC .....

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

PLZ/Ort ..... Datum, Unterschrift .....

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



**PATIENTENSICHERHEIT**  
**Antibiotika unter Beobachtung**

Antibiotika aus der Gruppe der Fluorchinolone durchlaufen seit 2017 wegen ihrer schwerwiegenden Nebenwirkungen eine neue Risikobewertung durch die Europäische Zulassungsbehörde für Arzneimittel. Bezogen auf alle Antibiotikaverordnungen wurden diese Wirkstoffe im Jahr 2015 am vierthäufigsten verordnet (siehe Grafik). Sie sind antibakteriell wirksam und können schwere, lebensbedrohende Infektionen heilen. Experten kritisieren jedoch, dass die Präparate oft auch bei Bagatellerkrankungen wie leichten Harnwegsinfekten oder Bronchitis ambulant verordnet werden. „Angesichts der möglichen schwerwiegenden Nebenwirkungen wie Sehnenrissen, psychischen Störungen wie Depressionen und Angstzuständen, sollten diese Reserveantibiotika nur nach einer gründlichen Nutzen-Risiko-Abwägung vom Arzt eingesetzt werden“, so Helmut Schröder, stellvertretender Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO). Laut

**Zitat des Monats**

**Politik ist der stets neu zu schaffende Kompromiss von Macht und Vernunft.**

**Carl Friedrich von Weizsäcker** (1912–2007), deutscher Physiker, Philosoph und Friedensforscher

WiDO haben 2015 über vier Millionen GKV-Versicherte und damit sechs Prozent der rund 70 Millionen GKV-Versicherten Fluorchinolone erhalten. Generell, so Schröder, gelte bei Antibiotika-Verordnungen: So selten wie nötig, so gezielt wie möglich. „Nur so lässt sich sicherstellen, dass deren künftige Therapiechancen nicht leichtfertig aufs Spiel gesetzt und Patienten unnötigen Gefahren ausgesetzt werden.“ ■

**FÖRDERPROGRAMM**  
**Mehr Pflegeprofis am Krankenbett**

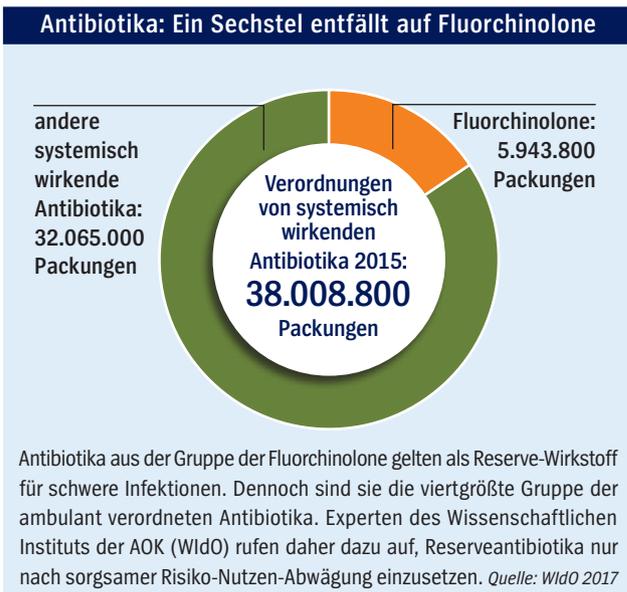
Insgesamt 600 Krankenhäuser in Deutschland haben im ersten Projektjahr vom Pflegestellen-Förder-

programm profitiert und wollen 1.600 zusätzliche Pflegestellen aufbauen. Dies geht aus dem aktuellen Projektbericht des GKV-Spitzenverbandes an das Bundesgesundheitsministerium hervor. Finanziert werden die zusätzlichen Stellen mit Geldern der gesetzlichen Krankenkassen. Die Krankenkassen stellen in den ersten zwölf Monaten des Programms 52 Millionen Euro bereit. Wie gut und vor allem wie nachhaltig das Programm tatsächlich wirke, sei abzuwarten, teilte der Kassenverband mit. Im Bericht heißt es dazu, dass etwa von einem Drittel der anspruchsberechtigten Häuser bisher nicht bekannt sei, ob die Förderoption genutzt werde oder nicht. Krankenhäuser können die Fördergelder für 2016 auch im Folgejahr abrufen. ■

Brandenburgs Gesundheitsministerin Diana Golze und Berlins Gesundheitsssenatorin Dilek Kolat. In Brandenburg, das bereits seit 1995 ein Krebsregister betreibt, liege die Meldequote bei 90 Prozent, hieß es. Berlin nähere sich diesem Wert an. Ziel Klinischer Krebsregister ist es, die Krebsfälle und deren Behandlung möglichst lückenlos zu erfassen, um so Diagnose und Therapie von Krebserkrankungen zu verbessern. Das Krebsregister in Brandenburg und Berlin ist die bislang einzige länderübergreifende Institution dieser Art in Deutschland. ■

**PFLEGEHEIME**  
**Klare Aussagen zur Qualität gewünscht**

Jeder zweite Bundesbürger fürchtet, im Alter nicht das passende Pflegeheim zu finden. Das ist das Ergebnis einer in Berlin vorgestellten Emnid-Umfrage im Auftrag der Bertelsmann Stiftung. „Das ist nach zehn Jahren Pflege-TÜV ein besorgniserregender Befund“, kommentierte der Gesundheitsexperte der Stiftung, Dr. Stefan Etgeton. Überfällig sei eine benutzerfreundliche, aussagekräftige Online-Heimsuche. Der Pflege-TÜV, mit dessen Hilfe sich pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen ein Bild über die Qualität der Einrichtungen machen sollen, steht schon seit Langem in der Kritik, da er Unterschiede zwischen den Einrichtungen nicht aussagekräftig genug abbilde. Laut der Umfrage sehen jedoch 55 Prozent der Bundesbürger solche Unterschiede in der Qualität. Bei Menschen, die bereits einmal ein Pflegeheim gesucht haben, sind es sogar 66 Prozent. ■



**MEHR INFOS:**  
[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de) > Presse

**KREBSERKRANKUNGEN**  
**Register stoßen auf große Resonanz**

Berlin und Brandenburg haben ein erstes positives Fazit ihres gemeinsamen Krebsregisters gezogen. Ein Jahr nach Inkrafttreten des Staatsvertrages verzeichne das länderübergreifende Register eine große Meldebereitschaft seitens der Ärzteschaft, betonten

## Mehr Spender! Aber wie?

**Aktuelle Daten zeigen: Die Zahl der Organspender in Deutschland ist ein weiteres Mal zurückgegangen. Was ist also zu tun, um den Sinkflug zu stoppen?**



**INGRID FISCHBACH**, *Patientenbeauftragte und Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung*: Gut zwei Drittel der Bevölkerung sind grundsätzlich zur Organspende bereit. Auch die Zahl derer, die einen Organspendeausweis besitzen, steigt. Zu einer Spende kommt es in der Praxis aber nur, wenn Ärzte und Kliniken konsequent aufklären und tätig werden und wenn die Menschen darauf vertrauen können, dass die Organe auch tatsächlich nach verlässlichen Kriterien vergeben werden.

Rahmenbedingungen dafür haben wir geschaffen. Jetzt kommt es darauf an, dass alle gesellschaftlichen Gruppen intensiv daran mitarbeiten, die Organspende zu stärken und wieder in der Mitte der Gesellschaft zu verankern.

**DR. AXEL RAHMEI**, *Medizinischer Vorstand der Deutschen Stiftung Organtransplantation*: In einem ersten Schritt müssen auf einer Intensivstation die Möglichkeit zu einer Spende erkannt und der Kontakt zu uns als Koordinierungsstelle aufgenommen werden.

Eine rückblickende, detaillierte Analyse der Klinikdokumentation von Patienten, die mit Hirnschädigung verstorben sind, zeigt, dass in einer ganzen Reihe von Fällen beim Tod des Patienten nicht an die Möglichkeit einer Organspende gedacht wurde. Hier müssen wir gemeinsam mit den Kliniken ansetzen, die nötigen Abläufe etablieren, Mitarbeiter schulen und die Organspende zu einer wertgeschätzten Aufgabe machen. Zugleich ist der Aufwand für jede durchgeführte Spende angemessen zu honorieren.



**PROFESSOR DR. FRANK ULRICH MONTGOMERY**, *Präsident der Bundesärztekammer*: Mit 80 Prozent steht die große Mehrheit der Bevölkerung der Organspende grundsätzlich positiv gegenüber. Aber nach wie vor verfügt nur ein Drittel der Menschen über einen Organspendeausweis. Wie diese positive Grundstimmung in Taten umsetzen? Die Krankenkassen sind aufgefordert, ihre Versicherten regelmäßig und umfassend zu informieren. Wir Ärzte müssen aufklären und beraten – nicht nur auf Nachfrage, sondern auch initiativ. Vor allem aber muss die öffentliche Skandalisierung des Themas aufhören. Rechtssicherheit, Transparenz und Information sind der Schlüssel zum Erfolg.

**MARTIN LITSCH**, *Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes*: Wegen der Skandale der vergangenen Jahre ist viel Vertrauen verlorengegangen. Trotz bereits umgesetzter Reformen haben alle Beteiligten noch viel zu tun, um bei den Menschen wieder mehr Offenheit für das Thema zu schaffen.

Wir als AOK leisten unseren Beitrag, indem wir unsere Versicherten weiter kontinuierlich über das Thema informieren – etwa mit unserer Faktenbox zum Organspendeausweis. Sie vermittelt die Botschaft, dass es sinnvoll ist, einen solchen Ausweis auszufüllen – unabhängig davon, wie man zum Thema Organspende steht. Denn wenn man seine Einstellung nicht dokumentiert, stehen Angehörige im Fall des Falles vor einer sehr schweren Entscheidung.



## ERNÄHRUNG Auf Arbeitsstress folgt Ungesundes

Wer Stress im Beruf verspürt, nascht zwischendurch öfter Süßigkeiten. Dies legt eine Studie von Psychologen der Universität Mannheim nahe, für die 247 Beschäftigte aus verschiedenen Organisationen zu Arbeitsbedingungen und „Snacking-Verhalten“ befragt wurden. Berufstätige greifen demnach vor allem

nalmannschaft der Handballerinnen. „AOK und Deutscher Handballbund haben es sich zur Aufgabe gemacht, den Breitensport zu fördern und vor allem junge Menschen für Bewegung zu begeistern“, begründete Martin Litsch das Engagement der Gesundheitskasse. Mit ihrem vorbildlichen Auftreten und ihren großartigen Leistungen hätten die Handballmänner seit Bestehen der Kooperation mit der AOK wesentlich dazu beigetragen, dass junge Menschen den Weg hin zum Sport finden, so Litsch. Jetzt könnten auch die Handballfrauen diese Botschaft senden. ■

**MEHR INFOS:**

[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Presse

## ARZTPRAXEN Infopaket zum Thema Impfen

Um die Akzeptanz von Impfungen bei Kindern und Erwachsenen zu erhöhen, haben das Robert Koch-Institut und die Ständige Impfkommission Infomaterialien mit Tipps zur Schmerz- und Stressreduktion entwickelt, die Ärzte und Medizinische Fachangestellte im Praxisalltag nutzen können. In einem Merkblatt erfahren sie, wie sie Eltern und Kinder vor einem Impftermin aufklären, ohne sie zu beunruhigen, und wie sie Kinder unter sechs Jahren direkt vor und nach der Injektion von den Schmerzen ablenken können. Das Merkblatt enthält zudem Hinweise zum Impfen von Säuglingen und gibt Antworten auf häufige Fragen, die sich im Zusammenhang mit dem Impfen stellen. ■

**MEHR INFOS:**

[www.rki.de](http://www.rki.de)

dann zu ungesunden Snacks wie Eis oder Schokoriegeln, wenn sie schlechte Laune kompensieren möchten. Die wiederum wird zumeist ausgelöst durch hohe Arbeitsanforderungen und Stress. „Müssen sie sich bei der Arbeit stark zusammenreißen, um ihre Aufgaben zu bewältigen, fällt es vielen Menschen schwerer, auch noch auf ungesunde Snacks zu verzichten“, erläuterte Forschungsleiterin Professorin Dr. Sabine Sonntag. ■

## PRÄVENTION Kooperation mit Handballerinnen

Die AOK ist jetzt auch Kooperationspartner der Natio-



## NORDRHEIN-WESTFALEN

## Kliniken verlangen sichere Finanzierung

Die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen haben die neue schwarz-gelbe Landesregierung aufgerufen, die öffentliche Investitionskostenfinanzierung der Kliniken aufzustocken. Ohne mehr Geld drohten die Abkoppelung vom medizinisch-technischen Fortschritt und eine schlechtere Patientenversorgung, sagte der Präsident der Landeskrankenhausesellschaft, Jochen Brink. Den Investitionsstau in den 352 Kliniken in Nordrhein-Westfalen bezifferte Brink auf 12,5 Milliarden Euro. ■

## PFLEGEQUALITÄT

## Expertenstandard aktualisiert

Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege hat den Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe überarbeitet. Änderungen gab es bei den Kommentierungen und dem Aufbau der Dokumentation. Damit einher geht eine klarere Beschreibung und Zuordnung möglicher Schritte, die je nach individuellem Dekubitusrisiko angezeigt sind. Diese reichen von der Schulung und Beratung über die Förderung der (Eigen-)Bewegung bis hin zur Druckverteilung und Druckentlastung durch Hilfsmittel. Expertenstandards legen fest, wie Pflegekräfte bei bestimmten Tätigkeiten vorgehen sollten, um das angestrebte Qualitätsniveau sicherzustellen. Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz von 2008 hat die Standards für verbindlich erklärt. ■

**MEHR INFOS:**  
[www.dnqp.de](http://www.dnqp.de)

## Köpfe und Karrieren



**+++ TEDROS ADHANOM GHEBREYESUS**, 52, ist neuer Generaldirektor der Weltgesundheitsorganisation WHO. Der Äthiopier übernahm das Amt von Margaret Chan aus Hongkong. Dr. Tedros studierte Infektionskrankheiten in Großbritannien und machte einen Doktor in öffentlichem Gesundheitswesen. Von 2005 bis 2012 war er äthiopischer Gesundheitsminister und weitete in dem afrikanischen Land den Gesundheitsdienst deutlich aus. Im Jahr 2012 übernahm er dort das Amt des Außenministers. Erstmals in der fast 70-jährigen Geschichte der Organisation fiel die Entscheidung in einer Kampfabstimmung, weil die 194 Mitgliedsländer sich nicht vorab einigen konnten. Fast alle Mitgliedstaaten beteiligten sich an der Abstimmung. Drei Wahlgänge waren nötig.



**+++ MATTHIAS JENA**, 56, (links), und **IVOR PARVANOV**, 54, sind auf der konstituierenden Sitzung des Verwaltungsrates der AOK Bayern als alternierende Vorsitzende wiedergewählt worden. Der Versichertenvertreter Matthias Jena ist hauptamtlich Vorsitzender des Deutschen Gewerkschaftsbundes Bayern und gehört der paritätischen Selbstverwaltung der bayerischen Gesundheitskasse seit 2011 an. Der Arbeitgebervertreter Ivor



Parvanov arbeitet hauptamtlich als Geschäftsführer Sozial- und Gesellschaftspolitik bei der Vereinigung der bayerischen Wirtschaft und ist seit 2013 Mitglied des Verwaltungsrates der AOK Bayern.



**+++ PATRICIA EX**, 29, übernimmt ab Oktober dieses Jahres die Geschäftsführung des Bundesverbandes Managed Care (BMC). Sie tritt die Nachfolge von Dr. Susanne Ozegowski an, die den BMC seit 2014 geleitet hatte und nun zur Techniker Krankenkasse gewechselt ist. Patricia Ex begann ihre berufliche Laufbahn als wissenschaftliche Mitarbeiterin der ehemaligen Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt im Bundestag, beriet anschließend als Senior Consultant der WMP HealthCare Unternehmen, Verbände und Krankenkassen. Danach leitete sie das Hauptstadtbüro eines

Facharztverbandes. BMC-Vorstandsvorsitzender ist Professor Dr. Volker Amelung.

**+++ MARTIN ZENTGRAF**, 55, hat für weitere drei Jahre den Vorstandsvorsitz des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie (BPI) übernommen. Der promovierte Mediziner und Mitglied der Geschäftsführung der Desitin Arzneimittel GmbH trat dieses Amt erstmals 2014 an. Zuvor gehörte er drei Jahre lang dem BPI-Vorstand an. Dr. Zentgraf zur Seite stehen als stellvertretende BPI-Vorsitzende Dr. Richard Ammer (Medice Arzneimittel Pütter GmbH & Co. KG), Professor Dr. Michael Popp (Bionorica SE) und Dr. Bernd Wegener (co.don AG).



**+++ UWE LAUE**, 60, Vorstandsvorsitzender des Debeka Krankenversicherungsvereins a. G., steht für weitere drei Jahre als Vorstandsvorsitzender an der Spitze des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV). Der gelernte Versicherungskaufmann übernahm dieses Amt erstmals im Jahr 2013. Zuvor war er seit 2004 Vizevorsitzender des PKV-Verbandes. Zudem gehört Uwe Laue dem Präsidium des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft und dem Vorstand der Landesvereinigung der Unternehmensverbände Rheinland-Pfalz an.

**+++ ANDREAS W. SCHNEIDER**, 63, leitet als neuer Vorsitzender den Bundesverband der Belegärzte (BdB). Der promovierte Urologe folgt auf Dr. Klaus Schalkhäuser, der dem Verband 15 Jahre lang vorstand. Dr. Schneider arbeitete über 22 Jahre lang als Belegarzt im niedersächsischen Krankenhaus Salzhausen und ist seit 2016 im Krankenhaus Buchholz/Nordheide in der Nähe von Hamburg tätig. Der BdB ist ein fachgruppenübergreifender berufspolitischer Verband. Er setzt sich für die Interessen der Belegärzte, die Erhaltung und die Förderung des Belegarztwesens ein.



**DKMS** 

WIR BESIEGEN BLUTKREBS

Kennst Du das,  
sehnlichst  
auf jemanden  
zu warten?

Viele Blutkrebspatienten auch.

Rette Leben und registrier' Dich auf [dkms.de](https://dkms.de)

Mund auf. Stäbchen rein. Spender sein!



## ZUCKERKONSUM Zahnkosten in Milliardenhöhe

Hoher Zuckerkonsum hat negative Folgen für die Zähne und den Geldbeutel der Patienten: Global beliefen sich die Zahnbehandlungskosten auf jährlich rund 128 Milliarden Euro – allein in Deutschland seien es 17,2 Milliarden Euro pro Jahr, wie einer gemeinsamen Studie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (MLU) und der Biotechnology Research and Information Network AG zu entnehmen ist. Die Studie wurde kürzlich im „International Journal of Dental Research“ veröffentlicht. Für ihre Arbeit werteten die Forscher Daten zum Vorkommen von Karies, Zahnfleischentzündungen und Zahnverlust, entsprechende Behandlungskosten und Krankheitslasten sowie Daten zum Zuckerverbrauch in 168 Ländern für das Jahr 2010 aus. „Die Daten zeigen einen eindeutigen Zusammenhang zwischen dem



Zu viel genascht: Die Folgen bekommen auch Zahnärzte zu sehen.

Konsum von Zucker und dem Vorkommen von Karies, Parodontitis und als Folge Zahnverlust“, so Studienautor Dr. Toni Meier von der MLU. „Pro Mehrverzehr von 25 Gramm Zucker pro Person und Tag – was ungefähr acht Zuckerwürfeln oder einem Glas gesüßter Limonade entspricht – steigen die Zahnbe-

handlungskosten in Ländern mit hohem Einkommen im Schnitt um 75 Euro pro Person und Jahr an.“ In Deutschland werden am Tag im Schnitt zwischen 90 und 110 Gramm Zucker pro Kopf verbraucht. Die AOK hatte jüngst in Berlin ihren ersten Nationalen Zuckerreduktionsgipfel veranstaltet. ■

## STUDIE Letzten drei Jahre kosten am meisten

Die These, dass die Kosten für die gesundheitliche Versorgung im letzten Lebensjahr überproportional steigen, lässt sich einer aktuellen Studie zufolge nicht halten. Stattdessen sind laut der internationalen Untersuchung die letzten drei Lebensjahre entscheidend. Für die Studie, die in der Fachzeitschrift „Health Affairs“ veröffentlicht wurde, analysierten die 28 Autoren die Gesundheitsausgaben von 2009 bis 2011 in Dänemark, Deutschland, England, Frankreich, Japan, Niederlande, Taiwan, USA sowie die kanadische Provinz Quebec. Ihr Fazit: Auf die letzten zwölf Lebensmonate eines Menschen entfallen im Schnitt zwischen 8,5 und 11,2 Prozent aller Gesundheitsausgaben, auf die letzten drei Jahre zwischen 16,7 und 24,5 Prozent. In Deutschland sind es elf Prozent bis 21,4 Prozent. ■

## SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH

### „Qualitätsmängel müssen zu spürbaren Konsequenzen führen“



Auf einem Krankenhausforum hat die AOK Sachsen-Anhalt vor Kurzem die Zukunft der Kliniken im Land thematisiert. Dazu Fragen an die Verwaltungsratsvorsitzende der Gesundheitskasse, **Susanne Wiedemeyer**.

**G+G:** Frau Wiedemeyer, was waren die wichtigsten Erkenntnisse der Veranstaltung zur Zukunft der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt?

**WIEDEMEYER:** Ganz klar: Qualität in der Krankenhausversorgung ist das Zukunftsthema. Ein wichtiger Indikator können dabei die Mindestmengen sein. Je häufiger ein Eingriff erfolgt, desto besser sind die Behandlungsergebnisse für den Patienten – das haben Studien eindeutig belegt. Eine sinnvolle Spezialisierung der stationären Gesundheitsversorgung ist deshalb für die zukünftige Krankenhausplanung wichtig. Das zeigen auch Beispiele aus Dänemark und der Schweiz.

**G+G:** Sehen Sie da eine Gefahr für die wohnortnahe Versorgung?

**WIEDEMEYER:** Nein. Es wurde deutlich, dass es uns und der Politik nicht um ein Programm zur Krankenhausschließung geht. Die Konzentration einzelner Leistungen bedeutet keinen flächendeckenden

Kahlschlag. Ein Beispiel aus Sachsen-Anhalt ist die Viszeralchirurgie: Alle Krankenhäuser in Halle an der Saale und die örtliche Uniklinik weisen diese als Schwerpunkt aus. Diese Kompetenzen könnten gebündelt werden, ohne dass zusätzliche Anfahrtswege entstünden.

**G+G:** Was muss als Nächstes geschehen?

**WIEDEMEYER:** Pläne für mehr Krankenhausqualität sind endlich zu realisieren. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz wurde ein erster Schritt getan – mehr nicht. Seit Jahren ist bekannt, dass Mindestmengen und Behandlungsqualität zusammenhängen. Jetzt müssen endlich Maßnahmen her, die diese Erkenntnisse in die Tat umsetzen. Dazu gehört auch, dass Mindestmengen auf andere Krankheitsbilder ausgeweitet werden und nachgewiesene Qualitätsmängel bei der Patientenversorgung zu spürbaren Konsequenzen führen können.

## Rauf auf die Tagesordnung

Diabetes, Übergewicht und Rheuma verursachen viel Leid und kosten das Gesundheitswesen Milliarden. Höchste Zeit, diese Krankheiten stärker in den Blick zu nehmen, meint **Anno Fricke**.



**WENN, WIE GERADE IN DEN USA**, eine neue Therapie gegen Krebs entwickelt wird, räumen die Medien gerne Seiten und Sendezeit frei, um darüber zu berichten. Botschaft: Die Möglichkeiten, Krankheiten zu heilen, weiten sich immer weiter aus. Schön wäre, wenn solche jubelnden Signale einmal auch aus der Sphäre der Volkskrankheiten dringen würden. Diabetes, Rheuma, Allergien – darüber wird in der

Politik nicht so gerne gesprochen wie über Genschere und DNA. Mit eher drögen Vorschlägen zur Konsumsteuerung und Lebensstiländerung kommt man dem wirklichen Leben halt gefährlich näher als mit positiven Nachrichten aus dem Erbgut der Menschen.

Dabei liegen die Potenziale einer gelingenden Gesundheitspolitik eindeutig bei den Volkskrankheiten. Beispiel Diabetes und Adipositas: Jeder sechste Mensch in Deutschland im Alter zwischen drei und 17 Jahren gilt als übergewichtig oder fettleibig. Mit der Diagnose Diabetes leben rund sieben Millionen Bundesbürger. Die Folgen lassen gruseln: Diabetes ist nach Aussagen von Professor Michael Roden, Leiter des Deutschen Diabetes-Zentrums, ursächlich für jährlich 20.000 Amputationen, 2.000 Erblindungen, 60.000 Schlaganfälle, 45.000 Herzinfarkte sowie 14.000 neue dialysepflichtige Patienten. Die Krankheit könnte auch bei der Entstehung von Demenz eine Rolle spielen. Die volkswirtschaftlichen Kosten sind enorm. Auf knapp 100 Milliarden Euro im Jahr beziffert sie die Deutsche Diabetesgesellschaft – Verluste durch Krankschreibung und Frühverrentung eingerechnet.

Nährwertampel, Werbeverbote für Süßes, Limonadensteuern werden immer mal wieder diskutiert. Bislang kassierten die der zuckererzeugenden Industrie in der Regel eher freundlich gesonnenen Landwirtschaftsminister solche Vorschläge alle wieder ein. Auch Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe blieb am Ende nichts anderes übrig, als eine Allianz für Gesundheitskompetenz zu schmieden anstatt einen Nationalen Diabetesplan analog zum Nationalen Krebsplan aufzustellen. Eine solche Allianz bietet keine schnelle Lösung des Problems, ist aber ein schönes Beispiel für die Einhegung eines Konflikts durch Institutionalisierung. In der nächsten Legislaturperiode muss die Bekämpfung der Volkskrankheiten wie Diabetes auf der Tagesordnung weiter nach oben klettern. Sonst wird es bitter. ■

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

### OFFENER BRIEF

## Kinderärzte fordern Diabetes-Strategie

Bei der Entwicklung einer Strategie gegen die Volkskrankheit Diabetes hinkt Deutschland nach Einschätzung von Kinderärzten, Diabetologen und Verbraucherschützern hinterher. 20 von 28 Ländern in der Europäischen Union hätten bereits Nationale Diabetesstrategien verabschiedet, zuletzt Österreich im April 2017. In einem offenen Brief an Bundeskanzlerin Angela Merkel (CDU) fordern die Experten daher die Einführung einer Nährwertampel, verbindliche Standards für die Schul- und Kitaverpflegung sowie steuerliche Anreize für die Lebensmittelindustrie, gesündere Rezepturen zu entwickeln. Einnahmen aus Sonderabgaben und -steuern für gesüßte Getränke sollen eins zu eins in die Prävention chronischer Krankheiten fließen. Dass die Bundesregierung weiter auf freiwillige Vereinbarungen mit der Industrie setze, sei ein „Skandal“, erklärte der Vorsitzende des Verbandes der Kinder- und Jugendärzte, Dr. Thomas Fischbach. ■

*Siehe auch Kommentar auf dieser Seite.*

### LUNGENÄRZTE

## Werbeverbot für Tabakprodukte

Die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) hat die Bundesregierung für ihren laschen Umgang bei der Tabakkontrolle scharf kritisiert. Seit Einführung der „Schockbilder“ habe die Regierung keine weiteren Schritte eingeleitet. Die Fachgesellschaft fordert unter anderem

ein komplettes Werbeverbot für Tabakwaren sowie professionelle Entwöhnungsprogramme auf Rezept. Nur Österreich schneide im europäischen Vergleich noch schlechter ab als Deutschland, wenn es darum gehe, Maßnahmen gegen das Rauchen einzuführen. Nur hierzulande dürfen Tabakkonzerne noch auf Plakaten oder Großveranstaltungen wie etwa Musikfestivals für ihre Produkte werben. „Ein umfassendes Werbeverbot wäre wichtig, damit junge Leute gar nicht erst mit dem Rauchen anfangen“, sagt Professor Dr. Berthold Jany von der DGP. Ein solches Verbot sei im Bundestag auf absehbare Zeit jedoch nicht geplant. ■

### MORDSERIE NIELS H.

## Sonderkommission zieht Bilanz

Die Mordserie durch den früheren Pfleger Niels H. in Niedersachsen hat ein größeres Ausmaß als bisher bekannt. Nach neuen Ermittlungsergebnissen soll er weitere 84 Menschen getötet haben. Damit werden ihm bislang 90 Morde vorgeworfen, wie der Leiter der Sonderkommission „Kardio“, Arne Schmidt, nach fast dreijährigen Ermittlungen mitteilte. Die Arbeit der Sonderkommission sei beendet, jedoch ermittle die Polizei in der Sache weiter. Niels H. hatte Patienten zunächst in einer Oldenburger, dann in einer Delmenhorster Klinik Medikamente gespritzt, die ein Herzversagen oder einen Kreislaufkollaps auslösten. Anschließend reanimierte er seine Opfer – dabei starben viele von ihnen. Niels H. wurde bereits für sechs Taten verurteilt und verbüßt eine lebenslange Haftstrafe. ■

Die Folgen großer Volksleiden lassen gruseln.

# Südkorea feiert seine Krankenkasse

Starke Wirtschaft, langes Leben – Südkoreas Erfolgsgeschichte beruht nicht zuletzt auf der Einführung einer sozialen Krankenversicherung vor 40 Jahren. Dabei hat sich das Land auch am deutschen System orientiert. **Von Jean-Olivier Schmidt**

**Guten Tag und willkommen** in der Republik Korea. Bitte treten Sie einen Schritt zurück und blicken in die Kamera: So wird der Reisende bei seiner Ankunft am internationalen Flughafen Incheon begrüßt – von einer Maschine, die aufgrund des Reisepasses automatisch die richtige Sprache wählt. Südkorea ist ein Hochtechnologieland. Die Metropole Seoul mit einem Einzugsgebiet von 50 Millionen Einwohnern präsentiert sich als eine hypermoderne Stadt mit Stararchitektur, die gerade den fünfthöchsten Wolkenkratzer Asiens errichtet hat. Südkorea hat seit dem Koreakrieg, der 1956 endete, einen raschen Wandel von einem armen Land hin zur elftgrößten Wirtschaftsation der Welt geschafft.

**Früh in Gesundheit investiert.** Zuletzt machte die koreanische Halbinsel allerdings eher negative Schlagzeilen: etwa wegen der Spannungen zwischen Süd- und Nordkorea oder wegen eines Regierungswechsels aufgrund von Korruptionsaffären. Eine gute Nachricht ist jedoch das 40-jährige Bestehen der Nationalen Krankenversicherung Südkoreas. Für die Südkoreaner ist dabei nicht zuletzt die Investition in die Gesundheit der Bevölkerung ein Schlüsselfaktor für die erfolgreiche wirtschaftliche Entwicklung ihres Landes gewesen. In den Worten des Vize-ministers für Gesundheit und Wohlfahrt, Deok-Cheol Kwon, anlässlich des Festakts zum Jubiläum der Krankenkasse: „Wir haben mit dem Aufbau einer Krankenversicherung schon angefangen, als wir ein Bruttosozialprodukt von nur 1.000 US-Dollar pro Kopf hatten, weil das für uns wichtig war. Damals war die Kindersterblichkeit höher als in Nordkorea. Nun haben wir eine der höchsten Lebenserwartungen weltweit.“ Eun-Mee Kim, Professorin an der Ewha Frauen-



Zeichen eines schnellen Wandels: Wolkenkratzer in der Hauptstadt Seoul.

universität, sieht eine kausale Verbindung: „Gerade durch unsere frühen Investitionen in Gesundheit sind wir eine prosperierende Nation geworden.“

**Auf Kassenvielfalt folgte Fusion.** Alles fing damit an, dass die Regierung 1977 Krankenversicherungen förderte, die den formellen Sektor abdeckten. 1989 beschloss die Regierung, die Krankenversicherung für alle verpflichtend zu machen, so Seoung-Jo Yang, Vorsitzender des Ausschusses für Gesundheit und Wohlfahrt in der Nationalversammlung. Dies förderte die Entwicklung von über 350 Kassen. Letztlich wurde die Kassenvielfalt von den Südkoreanern als ineffizient bewertet. Das führte dazu, dass 2004 alle Kassen zu einer Nationalen Krankenversicherung fusionierten. „Dies war auch dadurch möglich, dass zu jener Zeit eine Quasi-Diktatur herrschte, die die Durchsetzung rabiater Maßnahmen erleichterte“, sagt Seoung-Jo Yang. Die allgegenwärtige „Pali-Pali“-Kultur

(„rasch-rasch“) sorgte dafür, dass in nur zwölf Jahren die gesamte Bevölkerung von der Pflichtversicherung erfasst war. „Das ist geschichtlich bisher einsame Spitze“, so Soonman Kwon, Experte von der Asiatischen Entwicklungsbank.

**Bismarck stand Pate.** Viele Länder Asiens, die eine Krankenversicherung eingeführt haben, orientieren sich am deutschen Sozialversicherungssystem – so auch Südkorea. Von Deutschland hat Südkorea die Gestaltungsprinzipien übernommen, einen gemeinsamen Risikopool einzurichten, Leistungen von privaten Dienstleistern einzukaufen und die Beitragssätze progressiv zum Einkommen zu erheben und somit die Wohlhabenden stärker als die ärmeren Menschen zu belasten. Die südkoreanische Krankenversicherung steht aber auch vor ähnlichen Herausforderungen wie das deutsche System: Dazu gehört die Notwendigkeit der Kostenkontrolle aufgrund des demografischen Wandels und des tech-

nologischen Fortschritts. In Südkorea altert die Bevölkerung im weltweiten Vergleich am schnellsten. In gerade einmal 18 Jahren verdoppelte sich der Anteil der über 65-Jährigen. Gleichzeitig ist die Geburtenrate sehr niedrig (1,25), und es gelten sehr restriktive Einwanderungsbestimmungen. Außerdem besteht in Südkorea in der ärztlichen Versorgung ein starkes Stadt-Land-Gefälle, da insbesondere jüngere Ärzten es vorziehen, sich in den Städten niederzulassen.

### Eigenbeteiligung belastet die Haushalte.

Die südkoreanische Krankenversicherung weist allerdings auch einige markante Unterschiede zum deutschen System auf. „Die Achillesferse der koreanischen Krankenversicherung ist, dass sie nicht ausreichend soziale Absicherung gewährleistet“, so Entwicklungsbank-Experte Soonman Kwon. Im Schnitt werden nur 63 Prozent der Ausgaben im Krankheitsfall von der Kasse übernommen, für ambulante Behandlungen sogar nur 40 Prozent. Das kann die Haushalte erheblich belasten, insbesondere Haushalte von ärmeren und älteren Menschen sowie von Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Krebs. Dies führt dazu, dass viele Patienten die Gesundheitsdienste gar nicht erst aufsuchen.

Mit der knappen Beteiligung der Kasse an den Gesundheitskosten liegt die südkoreanische Versicherung im OECD-Vergleich (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) an der Untergrenze. Aus diesem Grund haben 80 Prozent der Bevölkerung eine private Zusatzkrankenversicherung abgeschlossen.

Nur etwas mehr als die Hälfte der Ausgaben für Gesundheit entstammen öffentlichen Mitteln. Dieser Trend hat sich in den vergangenen Jahren weiter verstärkt. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass es – anders als in Deutschland – keine Kontrolle der ärztlichen Verschreibungen gibt, sondern Einzelabrechnungen ohne Limit. Außerdem gelten in Südkorea für Angestellte und Selbstständige unterschiedliche Systeme. Der Beitragssatz für Selbstständige beruht auf einer sehr komplizierten



Formel. Sie berücksichtigt Eigentum, was häufig zu ungerechten Belastungen führt. Die Öffentlichkeit nimmt dies als ein Zwei-Klassen-System wahr.

### Sparpotenziale im Krankenhausbereich.

Vizeminister Kwon zog auf der Jubiläumsveranstaltung eine gemischte Bilanz: „Alle Koreaner können stolz auf das in den vergangenen vierzig Jahren erreichte sein. Aber wir können uns auf den Erfolgen nicht ausruhen.“ Derzeit diskutieren die Verantwortlichen Reformvorschläge. So sollen etwa die erheblichen Zuzahlungen sinken – um wie viel, ist allerdings völlig offen. Experten schwebt ein Angleichen an den OECD-Durchschnitt vor. Außerdem soll das Leistungspaket überarbeitet und ausgedehnt werden. Hier schlägt Soonman Kwon der Regierung vor, eine öffentliche Debatte anzustoßen, da es sich nicht nur um technische Expertenvorschläge handele. Auch gesellschaftliche Werte sollten sich im Leistungskatalog niederschlagen. Gleichzeitig droht ab 2025 aufgrund der Alterung und trotz der aus deutscher Sicht geringen Kostenbeteiligung sowie des einge-

schränkten Leistungskataloges ein gewaltiges Defizit, wie Francesca Colombo, Gesundheitsökonomin von der OECD, berechnet hat. Sparpotenziale liegen darin, die Versorgung auf die tatsächlichen Bedürfnisse der Bevölkerung auszurichten. So ist beispielsweise die Zahl der stationären Aufnahmen zum einen sehr hoch und zum anderen währen diese sehr lang – doppelt so lang wie im OECD-Durchschnitt.

Um mit einer Weisheit aus dem in Korea berühmten Buch Chikchishimogyong aus dem Jahr 1234 zu schließen: „Denn die Wahrheit umgibt uns, aber wir erfassen diese nur mühsam.“ Um klarer zu sehen, holen sich die lernbegierigen Koreaner Rat bei internationalen Experten. Im Gegenzug lassen sie andere gern von ihren Erfahrungen und Kenntnissen in der Informationstechnologie für Krankenversicherungen profitieren. ■

**Jean-Olivier Schmidt** leitet das Competence Centre Health, Social Protection, Inclusion der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH in Eschborn.  
**Kontakt: jean-olivier.schmidt@giz.de**

# Lebenskrise als Chefsache

Ob Schicksalsschlag oder schwere Krankheit in der Familie – Beschäftigte können ihre Sorgen bei der Arbeit nicht immer ausblenden. Wie Firmen ihnen helfen können, zeigt der neue Fehlzeiten-Report auf. **Von Markus Meyer**

**Persönliche Krisen** können das Berufsleben von Beschäftigten beeinflussen. In welchem Ausmaß dies zutrifft und wie Unternehmen ihren Mitarbeitern helfen können, zeigt der neue Fehlzeiten-Report des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO), der Universität Bielefeld und der Beuth Hochschule für Technik Berlin. Nach der darin veröffentlichten repräsentativen Umfrage des WIdO unter 2.000 Beschäftigten geben über 50 Prozent der Befragten an, in den vergangenen fünf Jahren mindestens ein kritisches Lebensereignis gehabt zu haben. Am häufigsten belasten Konflikte im privaten Umfeld (16 Prozent), eine schwere Erkrankung von Angehörigen (zwölf Prozent) und finanzielle Probleme (elf Prozent). Die Trennung vom Partner bezeichnen neun Prozent als belastend. Zugleich geben über die Hälfte der von einem kritischen Lebensereignis betroffenen Befragten an, in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt gewesen zu sein. Ein Drittel von ihnen hat sich häufiger krank gemeldet.

**Betriebe können helfen.** Dies macht deutlich, dass es sich für Unternehmen lohnt, ihre Beschäftigten bei der Krisenbewältigung zu unterstützen. Eine der schwerwiegendsten Krisen ist die Flucht vor Krieg. Nach Deutschland Geflüchtete in den Arbeitsmarkt zu integrieren, ist eine große Herausforderung. So baute beispielsweise die Bayer AG ein betrieb-



liches Einstiegsqualifizierungsprogramm für junge Geflüchtete auf. Viele, die daran teilnahmen, waren gesundheitlich instabil. Die im Fehlzeiten-Report aufgezeigten Erfahrungen machen deutlich, dass es auch messbare Verhaltensunterschiede zu deutschen Auszubildenden sowie unentschuldigte Fehlzeiten gibt. Doch mit dem Integrationsprogramm gelang es dem Unternehmen, junge Geflüchtete für den hiesigen Arbeitsmarkt fit zu machen. Zu dem Einstiegsqualifizierungsprogramm gehören neben einem fachspezifischen Deutschunterricht unter anderem auch ein betriebsärztliches Angebot für Check-ups sowie erste Hilfestellungen bei Krankheitssymptomen. Auch bietet das Unternehmen Gespräche zur Orientierung und Begleitung in eine neue Lebensphase an.

**Führungskräfte gefordert.** Damit Beschäftigte Krisen erfolgreich bewältigen können, ist eine wertorientierte Unternehmensführung notwendig. Neben Sach- und Leistungszielen sind Vertrauen, Fairness und Respekt erforderlich.

Welche zentrale Rolle Führungskräfte bei der Bewältigung krisenhafter Situationen von Beschäftigten spielen, zeigt die im Report veröffentlichte Befragung. Beschäftigte, die das soziale Verhalten ihres Vorgesetzten positiv beurteilen, geben ihn fast fünfmal häufiger als Hilfeleistenden an, aber auch doppelt so oft die Arbeitskollegen. Zugleich nennen sie häufiger Anlaufstellen im Unternehmen als jene Beschäftigte, die das Verhalten der Vorgesetzten negativ beurteilen. Zudem sind für über die Hälfte der Befragten „klärende Gespräche mit dem Vorgesetzten“ geeignet, um kritische Lebensereignisse bewältigen zu können. Angesichts des Fachkräftemangels lohnt es sich also für Unternehmen, die Mitarbeiterbindung und -motivation nicht nur durch Anteilnahme, sondern auch durch eine aktive Krisenbegleitung zu erhöhen. ■

**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 2017. Krise und Gesundheit – Ursachen, Prävention, Bewältigung.** 542 Seiten. 54,99 Euro. Springer-Verlag, Heidelberg

# Starke Hilfe bei schwerer Last

Sie leiden unter Diabetes, tragen ein erhöhtes Risiko für Herzinfarkt oder gehen kaum noch aus dem Haus: Menschen mit krankhaftem Übergewicht. Die AOK Hessen und das Klinikum Fulda haben für sie ein Behandlungsprogramm gestartet. **Von Norbert Staudt**

**Rund 25 Prozent** aller Erwachsenen in Deutschland haben ein dickes Problem: Sie sind nicht nur übergewichtig, sondern adipös. Ihr Gewicht beträgt beispielsweise bei einer Größe von 1,75 Meter mehr als 92 Kilogramm (Body Mass Index/BMI 30), manche bringen weit über 100 oder 200 Kilogramm auf die Waage. Ein derart hohes Körpergewicht schränkt aber nicht nur die Lebensqualität ein, sondern verursacht Krankheiten. Nach einer aktuellen Studie des Department of Epidemiology and Public Health am University College London steigt bereits bei einer leichten Adipositas das Risiko für das Auftreten eines Typ-2-Diabetes, einer koronaren Herzerkrankung sowie eines Schlaganfalls um das Fünffache gegenüber normalgewichtigen Menschen, bei schwerer Adipositas um das 15-fache.

**Qualität statt Wildwuchs.** Um Menschen mit krankhaftem Übergewicht beim Abnehmen zu unterstützen, bietet die AOK Hessen ein Programm an, das neben Ernährungsumstellung, Bewegungsförderung und psychologischer Unterstützung auch die Möglichkeit einer Operation einschließt. Kooperationspartner ist das Klinikum Fulda, dessen Adipositaszentrum 2012 ein Zertifikat von der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie erhalten hat. „Wir erfüllen eine Reihe von Qualitätsstandards. So fließen die Ergebnisse aller Operationen am Adipositaszentrum in ein bundesweites Register ein, und für die Patientenauswahl gelten wissenschaftlich abgesicherte Kriterien“, erläutert Privatdozent Dr. Achim Hellinger, Direktor der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Klinikum Fulda.

Die AOK Hessen und das Klinikum Fulda unterzeichneten im März 2016 den Vertrag zur Integrierten Versorgung (IV)



Salat statt Sahnetorte: Der Weg zu neuen Essgewohnheiten ist lang.

von Menschen mit Adipositas. Er orientiert sich an der Leitlinie zur Behandlung von Adipositas. „Wir wollen dem Wildwuchs in der Adipositas-Chirurgie mit einem qualitätsgesicherten Angebot begegnen“, so Hellinger. Viele stark Übergewichtige tauschen sich im Internet über Operationen aus und landen möglicherweise in Kliniken, die weniger strenge Maßstäbe anlegen. Doch eine Operation – wie etwa eine Magenverkleinerung oder ein Magenbypass – gilt als letztes Mittel. Zuvor sollten, wie im IV-Vertrag vorgesehen, alle konservativen Möglichkeiten ausgeschöpft worden sein. Dr. Roland Strasheim, bei der AOK Hessen Hauptabteilungsleiter Krankenhaus, Reha und Fahrkosten, verdeutlicht: „Im Programm stimmen Therapeuten verschiedener Berufsgruppen die Behandlungspfade für jeden Teilnehmer individuell und interdisziplinär ab.“ Das Programm richtet sich an Menschen mit einem BMI ab 35.

**Konservative Behandlung geht vor.** Die konservative Behandlung dauert insgesamt 52 Wochen. Um die Gewichtsabnahme in Gang zu bringen, essen die Teilnehmer zu Beginn drei Monate lang ausschließlich eine Formula-Diät mit 800 Kilokalorien pro Tag – ein Pulver, das mit Flüssigkeit angerührt wird. Darauf folgt eine Umstellung hin zu Mahlzeiten auf Basis üblicher, gesunder Lebensmittel. Anschließend stabilisieren die Teilnehmer das im Programm erlernte gesündere Ernährungs- und Bewegungsverhalten. Danach stehen zwei Jahre lang regelmäßige Nachsorgeuntersuchungen an. Die AOK Hessen übernimmt einen großen Teil der Kosten für das Programm.

Wenn die konservative Therapie nachgewiesenermaßen keinen Erfolg hat und bestimmte medizinische Indikationen vorliegen, ist eine gewichtsreduzierende Operation möglich. Dabei schalten die Chirurgen Teile des Verdauungstraktes aus. „Deshalb müssen die Patienten anschließend Vitamin- und Mineralstoffpräparate einnehmen und lebenslang zur Nachsorge kommen“, so Hellinger. Mitunter seien weitere Operationen notwendig, um eine ausreichende Gewichtsabnahme zu erreichen. Wenn alle anderen Methoden versagt haben, könne der Eingriff aber schlimmere Gesundheitsschäden abwenden, betont Hellinger.

Anfang Juni 2017 waren 113 Patientinnen und Patienten in das Adipositas-Programm eingeschrieben. Rund 60 Prozent der Teilnehmer unterziehen sich einer gewichtsreduzierenden Operation. Erste Ergebnisse der Begleitforschung sollen 2019 vorliegen. ■

**Norbert Staudt**, M.A., arbeitet in der Abteilung Unternehmenskommunikation der AOK Hessen.

**Kontakt:** [Norbert.Staudt@he.aok.de](mailto:Norbert.Staudt@he.aok.de)

# Diabetes-Check mit Hörer und PC

Therapie abstimmen, Blutzuckerwerte besprechen, offene Fragen klären: Ein neues telemedizinisches Projekt in Schleswig-Holstein erspart den Eltern von Kindern mit Diabetes viel Zeit und Aufwand. **Von Thomas Hommel**

**Besuche beim Kinderarzt** oder beim Diabetologen gehören für Familie Abel aus Obernwolde im Kreis Ostholstein zum Alltag. Zwei ihrer drei Kinder sind an Diabetes mellitus Typ 1 erkrankt. Als die junge Familie kürzlich von einem neuen landesweiten Telemedizin-Projekt mit dem Namen „Virtuelle Diabetesambulanz für Kinder und Jugendliche“ – kurz ViDiKi genannt – hörte, schwang sich Vater Carsten Abel sofort ans Telefon und meldete seine beiden Kinder für die Teilnahme an. „Telemedizin ist für uns einfach perfekt“, sagt Carsten Abel. „Wir müssen nicht in die Ambulanz nach Lübeck fahren, um einmal in Ruhe die ausgewerteten Daten mit dem Arzt zu besprechen. Das spart viel Zeit.“

Auch Mutter Sandra Abel ist von der digitalen Sprechstunde überzeugt: „Es gibt keinen nennenswerten Unterschied zur persönlichen Beratung in der Diabetesambulanz“, betont sie. „Wir können uns jetzt sogar zu jeder gewünschten Zeit an unsere Ärztin wenden und die Therapie besprechen.“

**Mehrere Partner an Bord.** Entwickelt worden ist die virtuelle Diabetesambulanz am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH). Neben dem UKSH in Kiel und Lübeck ist auch das Städtische Krankenhaus Kiel ins Projekt eingebunden. Die AOK NORDWEST ist Konsortialpartner – das Kieler Gesundheitsministerium unterstützt das digitale Angebot. Gemeinsames Ziel aller Partner ist es, die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes Typ 1 im nördlichsten Bundesland weiter zu verbessern.

Potenzielle Nutznießer des Projekts gibt es viele: Mehr als 1.200 Kinder und Jugendliche in Schleswig-Holstein – ist der Statistik zu entnehmen – leiden an der Stoffwechselerkrankung Diabetes Typ 1.

## Mittel aus dem Innovationsfonds

Die Gesamtkosten für das Telemedizin-Projekt ViDiKi in Höhe von 1,7 Millionen Euro werden aus dem beim Gemeinsamen Bundesausschuss angesiedelten Innovationsfonds finanziert. Ziel des Fonds ist es, neue Versorgungsformen in der gesetzlichen Krankenversicherung zu fördern. Teilnehmen an ViDiKi können Versicherte der AOK NORDWEST, Barmer, DAK-Gesundheit, IKK Nord, Techniker Krankenkasse und einiger Betriebskrankenkassen. Die Teilnahme am Projekt ist kostenfrei.

Mehr Infos: <https://nordwest.aok.de>

Deutschlandweit sind es an die 30.000. Für sie und ihre Familien kann die Behandlung der Krankheit mitunter recht belastend sein: Für Routinechecks und Insulinanpassung sind regelmäßige Arzttermine nötig. Das kostet Zeit und ist bei weiten Anfahrten zur Arztpraxis mit teils erheblichem Aufwand verbunden.

**Hausbesuch via Laptop.** Abhilfe kann ViDiKi schaffen. Dabei erhalten die teilnehmenden jungen Patienten und ihre Eltern zusätzliche Beratungstermine bei einem Diabetologen. Die Termine finden einmal monatlich am heimischen Computer oder am Laptop statt. Mithilfe einer Webkamera und einem Telefon schalten sich die Familien und die Experten der Diabetesambulanz am UKSH in Lübeck und Kiel sowie am Städtischen Krankenhaus in Kiel zusammen. Gemeinsam werten sie die Blutzuckerwerte der Kinder aus und besprechen das weitere Vorgehen. Dazu erhalten Eltern und Kinder auch Hinweise darauf, wie sie die Therapie und damit die Lebensqualität verbessern können. Beraten wird auf Deutsch, Englisch oder Türkisch.

„Das Modell ist beispielhaft für den sinnvollen Einsatz von Telemedizin“, lobt

Schleswig-Holsteins Gesundheitsminister Dr. Heiner Garg. Die für die Therapie wichtigen Daten legten binnen kürzester Zeit große Strecken zurück und ersparten den Familien weite Wege und lange Wartezeiten.

Auch Thomas Haeger, Landesdirektor bei der AOK NORDWEST, stuft das Konzept hinter ViDiKi als vorbildlich ein: „Unsere Vision ist, neue Wege in der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu gehen. Genau das tun wir mit ViDiKi.“ Die Akzeptanz telemedizinischer Angebote sei gerade bei jüngeren Patienten hoch, sagt Haeger. Daher ließen sich moderne Beratungsangebote über digitale Kanäle perfekt in den Alltag junger Menschen integrieren.

**Ergänzung zum Arztbesuch.** Insgesamt 240 Kinder und Jugendliche aus Schleswig-Holstein im Alter von einem bis zu 16 Jahren können an ViDiKi teilnehmen. Für das telemedizinische Beratungsangebot würden sichere Kommunikationsmedien genutzt, die hohen Datenschutzaufgaben genügen, betont Projektleiterin und UKSH-Diabetologin Dr. Simone von Sengbusch. Das Angebot ersetze aber nicht komplett den direkten Arztkontakt. Denn der kümmere sich auch weiter persönlich um seine kleinen Patienten. Beispielsweise um einmal pro Quartal den wichtigen HbA<sub>1c</sub>-Wert zu bestimmen, der einen Rückschluss auf die Blutzuckereinstellung der vergangenen acht bis zwölf Wochen erlaubt.

ViDiKi wird vom Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie an der Universität zu Lübeck evaluiert. Die Wissenschaftler wollen herausfinden, ob das Projekt die erhofften Vorteile in der Versorgung mit sich bringt und ob es zugleich wirtschaftlich ist. 2020 sollen erste Ergebnisse vorliegen. ■

# Vital in virtuellen Arbeitswelten

Rechner hochfahren – damit beginnt für viele Menschen in Büros und in der Industrie der Arbeitstag. Die Digitalisierung erfordert ein Umdenken in der gesundheitlichen Prävention. Die AOK Niedersachsen begleitet Unternehmen dabei. **Von Taina Ebert-Rall**

**Die Erwartungen** an die Digitalisierung der Arbeitswelt sind groß: von schnelleren und effizienteren Abläufen bis zu flexiblerer Arbeitsgestaltung ist alles dabei. In dem auf fünf Jahre angelegten Projekt „Gesundheit in der Arbeitswelt 4.0“ untersucht die AOK Niedersachsen nun zusammen mit 22 Unternehmen, wie sich die veränderte Arbeitswelt auf die Beschäftigten und ihre Gesundheit auswirkt. Im Kern geht es darum herauszufinden, wie betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) weiterentwickelt werden muss, um auch in Zukunft zu wirken. „Die Bereiche Mitarbeiterführung, Unternehmenskultur und Qualifikation stehen dabei besonders im Fokus“, sagte Dr. Jürgen Peter, Vorstandsvorsitzender der AOK Niedersachsen, zum Start des Projekts in Hannover. Weitere Aspekte des ganzheitlichen Ansatzes seien die Arbeitsbedingungen, Partizipation und Motivation sowie Selbstmanagement und Eigenverantwortung. Mit ersten Ergebnissen rechnet AOK-Chef Peter in etwa einem Jahr.

**Neue Spielräume und Belastungen.** Die am Projekt „Gesundheit in der Arbeitswelt 4.0“ beteiligten Unternehmen aus unterschiedlichen Branchen in Niedersachsen beschäftigen zusammen rund 28.000 Mitarbeiter in sehr verschiedenen Bereichen. Zu ihnen gehören beispielsweise die Norddeutsche Landesbank, die Drogeriekette Rossmann, das Nahrungsmittelunternehmen Agrarfrost, die Medizinische Hochschule Hannover, der Audioproduzent Sennheiser electronic und der Autozulieferer ZF Friedrichshafen.

Die Firmen werden von einem Projektteam der AOK begleitet, dem acht BGM-Experten angehören. Sie haben unter anderem Angebote zu gesundheitsgerechtem Führen und für ein besseres

Selbstmanagement der Mitarbeiter im Gepäck. So sollen Innovationen für die Prävention entwickelt und erprobt werden. Schließlich verändern sich mit dem Wandel der Arbeitswelt auch die Belastungen für die Beschäftigten, erläutert Projektleiterin Anouschka Neues von der AOK Niedersachsen. „Die Rolle des Menschen wandelt sich vom Erbringer der Arbeitsleistung zum Überwacher von

nis und stellt sie der Öffentlichkeit zur Verfügung. Die AOK Niedersachsen fördert die Begleitforschung über einen Zeitraum von vier Jahren.

**Sozialpartner unterstützen das Projekt.**

Das Innovationsprojekt wurde in Partnerschaft mit dem Niedersächsischen Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr, dem Niedersächsischen Minis-



Am Bildschirm hängen statt am Fließband stehen – das hat Folgen für die Gesundheit.

Maschinen und Prozessen.“ Routinevorgänge und körperlich belastende Tätigkeiten werden selbstständig abgewickelt. Für Arbeitnehmer eröffnen sich neue Spielräume, beispielsweise eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie, aber auch Belastungen wie etwa durch eine permanente Erreichbarkeit.

**Unabhängige Evaluation.** Wissenschaftlich begleitet wird das Projekt vom Soziologischen Forschungsinstitut (SoFi) Göttingen. Die Wissenschaftler untersuchen, welche Auswirkungen der digitale Wandel tatsächlich hat und wie sich Betriebe aufstellen können, um Belastungen zu vermeiden und Ressourcen zu stärken. Das Soziologische Forschungsinstitut publiziert die Evaluationsergeb-

terium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung sowie mit Unterstützung vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales ins Leben gerufen.

Die Sozialpartner – Unternehmerverbände Niedersachsen und Deutscher Gewerkschaftsbund Niedersachsen-Bremen-Sachsen-Anhalt – unterstützen das Projekt. „Wir möchten herausfinden, wo und wie die Digitalisierung die gesundheitlichen Ressourcen und Belastungen in der Arbeitspraxis verändert“, erklärten der DGB-Bezirksvorsitzende Hartmut Tölle und der Hauptgeschäftsführer der Unternehmerverbände Niedersachsen, Dr. Volker Müller. ■

**Taina Ebert-Rall** ist Redakteurin im Bereich Aktuelles und Internet beim KomPart-Verlag.

# Großes Werben um neue Heimstatt

Nach dem Brexit-Votum der Briten muss die Europäische Arzneimittelagentur London verlassen. 19 Städte der Staatengemeinschaft haben sich als neuer Standort beworben. Für Deutschland ist Bonn im Rennen. **Von Thomas Rottschäfer**

**Ende März 2019** endet die EU-Mitgliedschaft des Vereinigten Königreichs. Zwar deuten die Brexit-Verhandlungen derzeit nicht darauf hin, dass bis zu diesem offiziellen Zeitpunkt alle Scheidungsfragen geklärt sind. Fest steht jedoch, dass dann die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) und die Europäische Bankenaufsicht (EBA) nicht mehr in London residieren. Die Standortverlagerung der beiden EU-Einrichtungen ist kein Bestandteil der Brexit-Verhandlungen. Sie wird ausschließlich zwischen den anderen 27 Mitgliedstaaten ausgehandelt.

Gleich 19 europäische Städte haben sich um den neuen EMA-Sitz beworben. Vier Städte haben Bewerbungen für EMA und EBA eingereicht und vier allein für die Bankenaufsicht. Deutschland bewirbt sich mit Bonn um die EMA und mit Frankfurt am Main um den Sitz der Bankenaufsicht. Ein Land kann jedoch nicht den Zuschlag für beide Institutionen bekommen.

**Bonn legt sich ins Zeug.** „Das Werben um die EMA hat nicht nur mit der gesundheitspolitischen Bedeutung zu tun“, sagt der Vertreter der AOK in Brüssel, Evert Jan van Lente. „Mit rund 900 direkten Arbeitsplätzen und mehr als 30.000 Hotelübernachtungen pro Jahr ist die EU-Agentur ein attraktiver Wirtschaftsfaktor.“ Seit Mitte August wirbt deshalb der ehemalige NRW-Minister-



präsident und frühere Bundesminister für Wirtschaft und Arbeit, Wolfgang Clement, als Sonderbotschafter für Bonn. Unter dem Kampagnenmotto „Closer to Europe“ führt er gemeinsam mit Vertretern der Bundesregierung Gespräche in Brüssel, mit Europaabgeordneten und mit einzelnen Regierungen. Aus Sicht von Clement und Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe punktet Bonn vor allem mit dem Sitz des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte. Das Institut mit rund 1.100 Mitarbeitern wäre nach dem Brexit die größte nationale Zulassungsbehörde in der EU. Zudem gebe es in der Rhein-Main-Region neben vielen medizinischen Forschungs- und Gesundheitseinrichtungen zahlreiche wichtige Pharmastandorte.

**Konkurrenz ist groß.** Doch auch die 18 Mitbewerber sind auf Europa-Tournee,

darunter attraktive Metropolen wie Barcelona, Wien, Kopenhagen, Athen, Amsterdam oder Stockholm. Außerdem pochen jüngere EU-Mitglieder wie Polen, die Slowakei, Rumänien oder Bulgarien auf das Versprechen der Staatengemeinschaft, bei künftigen Standortentscheidungen bevorzugt behandelt zu werden. Bonn-Sonderbotschafter Clement selbst warnt deshalb vor allzu großer Euphorie. Nicht zuletzt könnte die taktische Doppelbewerbung Deutschlands um EMA und EBA am Ende dazu führen, dass nicht am Rhein, sondern am Main die Sektkorken knallen.

**Regierungschefs vergeben Punkte.** Die 27 Staats- und Regierungschefs wollen beim EU-Gipfel am 19./20. Oktober über die Standortauswahl beraten. Die Entscheidung fällt aber erst im November im Rat der Außenminister. „Bei der Abstimmung dürfte es ein wenig wie beim Eurovision-Song-Contest zugehen“, schmunzelt Evert Jan van Lente. „In der ersten Runde hat jedes Land sechs Stimmpunkte. Drei gehen an das aus Sicht des jeweiligen Landes am besten geeignete Angebot, zwei an die zweitbeste und ein Punkt an die drittbeste Bewerbung. Eine Stadt ist gewählt, wenn sie von mindestens 14 Mitgliedsländern drei Punkte erhält.“ Erreicht kein Angebot die Höchstpunktzahl, gibt es einen zweiten Wahlgang, bei dem die drei Bestplatzierten zur Wahl stehen. Van Lente: „Jedes Mitgliedsland kann dann nur noch eine Stimme abgeben. Bei Stimmgleichheit gibt es einen dritten Wahlgang zwischen den zwei Bestplatzierten. Kommt es dann zum Patt, entscheidet das Los.“ ■

## EU setzt beim Auswahlverfahren auf Transparenz

Die Europäische Kommission hat für das Verfahren zur Auswahl der neuen Standorte für die EU-Arzneimittelagentur und für die EU-Bankenaufsicht größtmögliche Transparenz zugesagt. Die Auswahlkriterien, die Verfahrensordnung und alle bis zum 31. Juli 2017 eingegangenen Bewerbungen sind auf der Website des Europäischen Rates einzusehen. Die Bewertung der einzelnen Bewerbungen durch die EU-Kommission soll am 30. September 2017 veröffentlicht werden:

[www.consilium.europa.eu/de/policies/relocation-london-agencies-brexit/](http://www.consilium.europa.eu/de/policies/relocation-london-agencies-brexit/)

Alle Infos zur Bonner Bewerbung um den EMA-Sitz: [www.closer-to-europe.eu](http://www.closer-to-europe.eu)

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

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

# „Leitlinien sichern Versorgungsqualität“

Die medizinischen Fachgesellschaften geben Leitlinien heraus, damit Ärztinnen und Ärzte auf dem neuesten Stand des Wissens bleiben. Doch bei der Umsetzung ist noch Luft nach oben, meint **Cathleen Muche-Borowski**. Deshalb sollten die Entwickler Kommunikationsexperten ins Boot holen.

**Frau Dr. Muche-Borowski, ärztliche Erfahrung oder Leitlinien – was sollte bei Therapieentscheidungen das größte Gewicht haben?**

**Muche-Borowski:** In Bereichen, für die evidenz- und konsensbasierte Leitlinien vorliegen, sollten Ärztinnen und Ärzte sie nutzen, wenn sie über Therapien oder diagnostische Methoden entscheiden. Ein einzelner Arzt kann die große Zahl von Studien und Forschungsaktivitäten nicht im Blick behalten. Er sollte sich darauf verlassen können, dass eine interdisziplinäre Gruppe für ihn neue Erkenntnisse sichtet und zusammenfasst. Leitlinien sichern die Versorgungsqualität und verbessern die sektorenübergreifende Zusammenarbeit.

**Und wenn die Leitlinien ärztlicher Erfahrung widersprechen?**

**Muche-Borowski:** Leitlinien fassen das aktuelle Wissen zusammen, deshalb können sie durchaus einmal der ärztlichen Erfahrung widersprechen. Das sollte Ärztinnen und Ärzte veranlassen, ihr Handeln zu hinterfragen.

**Wer ist für die Entwicklung von Leitlinien zuständig?**

**Muche-Borowski:** Die medizinischen Fachgesellschaften erstellen und finanzieren Leitlinien. Weil die Entwickler ehrenamtlich arbeiten, kann es durchschnittlich drei Jahre dauern, bis eine neue Leitlinie herauskommt. Die Deutsche Krebshilfe finanziert Leitlinien im Rahmen des onkologischen Leitlinienprogramms, das Bundesgesundheitsministerium einzelne Themen wie die Kinderschutzleitlinie. Insgesamt stehen kaum öffentliche Gelder für die Entwicklung

bereit, obwohl alle ein Interesse an Leitlinien haben.

**Welche Rolle spielen Leitlinien im medizinischen Alltag?**

**Muche-Borowski:** Hier am Uniklinikum Eppendorf spielen Leitlinien beispiels-

**Wie lassen sich Akzeptanz und Umsetzung von Leitlinien verbessern?**

**Muche-Borowski:** Es gibt Möglichkeiten, schon bei der Entwicklung von Leitlinien ihre Akzeptanz zu verbessern. Wenn sich beispielsweise Organisationen beteiligen, die mit der Umsetzung zu tun haben,



Leitlinien sollten so aufbereitet sein, dass Anwender schnell darauf zugreifen können.

Dr. Cathleen-Muche-Borowski

weise für Studierende eine wichtige Rolle: Sie bereiten sich mit Kurzfassungen von Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin auf Prüfungen vor. Es wäre gut, wenn Ärztinnen und Ärzte sowie Patientinnen und Patienten die Leitlinien ebenso wichtig nehmen. Manchmal fehlt aber einfach die Zeit dafür. Dann steht vielleicht die Buchversion der Leitlinie im Schrank und dient im besten Fall als Nachschlagewerk, um ärztliches Handeln im Nachhinein zu überprüfen. Die Leitlinien sollten deshalb so aufbereitet werden, dass Anwender am Krankenbett oder in der Praxis schnell darauf zugreifen können. Wichtig sind auch Patientenversionen. Aktuell stehen von den mehr als 760 Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften aber nur etwa 65 als Patientenversion zur Verfügung.

wirken sie in der Praxis als Multiplikatoren. Die Empfehlungen sollten zudem den Versorgungsablauf berücksichtigen, damit die Leitlinie den Spagat zwischen Wissenschaft und Praxis schafft. Außerdem geht es um banale Sachen wie ein interaktives Inhaltsverzeichnis oder die Aufbereitung der Inhalte für bestimmte Berufsgruppen. Dabei sollten sich die Mediziner Hilfe bei Marketing- oder Kommunikationsexperten holen. ■

Das Interview führte Änne Töpfer.

## Zur Person

**Dr. Cathleen Muche-Borowski**, Gesundheitswissenschaftlerin, betreut und unterstützt die Leitliniengruppen der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) am Universitätsklinikum Eppendorf. Kontakt: [C.Borowski@uke.de](mailto:C.Borowski@uke.de)



# Mythos Lahnstein

Er ist ein gesundheitspolitischer Meilenstein, um den sich Legenden ranken: der Kompromiss von Lahnstein. Vor 25 Jahren einigten sich Union und SPD darauf, die freie Kassenwahl und den Risikostrukturausgleich einzuführen. Eine historische Tat, die das Gesundheitswesen bis heute nachhaltig beeinflusst. Von **Hartmut Reiners**

**K**leine Orte stehen gelegentlich für historische Projekte. Das gilt etwa für Bretton Woods als Geburtsstätte eines internationalen Währungssystems nach dem 2. Weltkrieg oder für Weimar als Gründungsort der nach ihm benannten ersten deutschen Republik. Im kleineren Maßstab der deutschen Gesundheitspolitik ist Lahnstein zum Mythos geworden. Dort verständigten sich im Herbst 1992 die damalige christlich-liberale Bundesregierung, die SPD und die Länder auf eine grundlegende Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Sie trat am 1. Januar 1993 mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) in Kraft, das als die Mutter aller nachfolgenden Reformen im Gesundheitswesen gelten kann.

Das Gesundheitsstrukturgesetz hatte eine längere Vorgeschichte. In den 1970er Jahren liefen die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen aus dem Ruder. Zwischen 1970 und 1975 stieg ihr Anteil am Bruttoinlandsprodukt von 3,5 auf 5,7 Prozent und der durchschnittliche Beitragssatz in der GKV von 8,24 auf 10,04 Prozent. Die sozial-liberale Bundesregierung wollte 1977 diese Entwicklung mit dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG) in den Griff bekommen, dem in den frühen 1980er Jahren etliche kleinere Gesetze folgten. Sie unter-

höhte Selbstbeteiligungen der Versicherten (Rezeptblattgebühr, Zahnersatz, Badekuren), Ausweitung der beitragspflichtigen Einkommen der Versicherten (zum Beispiel um das Weihnachtsgeld) sowie Finanzausgleiche im GKV-System (Krankenversicherung der Rentner, kassenartinterner Ausgleich).

Diese im Politjargon „K-Gesetze“ genannten Eingriffe in das GKV-System hatten zwei Grundmerkmale, die in den Medien Spitznamen bekamen. Nach dem „Rasenmäherprinzip“ wurden die Leistungsausgaben gleichmäßig gekürzt oder budgetiert. Das „Verschiebebahnhofsprinzip“ verlagerte GKV-Ausgaben auf die privaten Haushalte oder andere Kostenträger. Die Strukturen des GKV-Systems blieben unangetastet.

Das wollte die 1982 ans Ruder gekommene christlich-liberale Koalition unter Bundeskanzler Helmut Kohl ändern. Nach ihrem Wahlsieg 1983 kündigte der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesarbeitsminister Norbert Blüm (CDU) eine große Strukturreform der GKV an, lies sich dafür aber zwei Jahre Zeit. Er veröffentlichte erst im Frühjahr 1985 ein „Zehn-Punkte-Programm“ zur Umschichtung der GKV-Ausgaben, um neue Leistungen für pflegebedürftige Personen beitragsneutral finanzieren zu können. Vor allem die Arzneimittelausgaben der GKV boten Einsparmöglichkeiten von bis zu sechs Milliarden D-Mark. Aber die von den Beamten des Bundesarbeitsministeriums aufgestellte Liste verzichtbarer Arzneimittel zerschoss die Pharmalobby während des Gesetzgebungsverfahrens. Im Ende 1988 verabschiedeten Gesundheits-Reformgesetz (GRG) blieb eine dürftige Version übrig mit einem Einsparpotenzial von lediglich 100 Millionen D-Mark.

**Von Lobbyisten zerschossen.** Allerdings gelang es Norbert Blüm, den Arzneimittelmarkt mit der Einführung von Festbeträgen neu zu ordnen. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen – er ist der Vorläufer des heutigen Gemeinsamen Bundesausschusses – sollte die von den gesetzlichen Krankenkassen zu gewährenden Arzneimittel in drei Gruppen aufteilen: Gruppe 1 Wirkstoffe mit gleicher Zusammensetzung (Generika), Gruppe 2 pharmakologisch-therapeutisch vergleichbare Wirkstoffe und Gruppe 3 Wirkstoffe mit pharmakologisch-therapeutisch vergleichbarer Wirkung. Die gesetzlichen Krankenkassen legen dann für die Medikamente die jeweiligen Erstattungspreise fest. Liegt ein Arzneimittel mit seinem Marktpreis über diesem Betrag, müssen die Patienten die Differenz zahlen.

Die Festbeträge krepelten zwar den Arzneimittelmarkt um und gelten heute für etwa 80 Prozent der auf Kosten der Krankenkassen verordneten Medikamente. Sie brachten aber keine Einsparungen, weil die Hersteller die durch die Festbeträge erlittenen Einbußen durch Preisanhebungen im festbetragsfreien Markt kompensierten. Damit war eine wesentliche Finanzierungsgrundlage der neuen Pflegeleistungen entfallen. Für die Absicherung des angesichts der demografischen Entwicklung immer dringlicher werdenden Pflegerisikos mussten andere Lösungen gefunden werden. Wenige Jahre später (1994) wurde die Pflegeversicherung als fünfte Säule des Sozialversicherungssystems eingeführt.

## Anekdoten rund um die Reform

### Mit viel Geschick verhandelt

Das Gesundheitsstrukturgesetz war ein Lehrstück in Sachen Verhandlungstaktik, aufgeführt von den Protagonisten dieses Gesetzes, **Rudolf Dreßler** und **Horst Seehofer**. Zu ihren Tricks gehörte unter anderem, die wirklich wichtigen Fragen schnell und konzentriert abzuräumen, in eher unbedeutenden Fragen aber lange Diskussionen zuzulassen, deren Ende sie jedoch bestimmten. Hier ein Beispiel für eine solche Ermüdungstaktik: Zur Vereinfachung der Abrechnung mit den Krankenkassen sollten die Apotheken dazu verpflichtet werden, Scannerkassen zu verwenden. Das wollten sich die Apotheker von den Kassen extra vergüten lassen und setzten mehrere Abgeordnete auf dieses Thema an. Darüber wurde Ende Oktober 1992 in einer letzten Abstimmungsrunde über noch offene Fragen ausführlich diskutiert. Rudolf Dreßler beendete diese zähe Debatte nach einiger Zeit mit der Frage an den SPD-Abgeordneten und **Apotheker Karl-Hermann Haack**: „Hast du eigentlich in deiner Apotheke Scannerkassen? Was kosten die denn so?“ Antwort: „Ja, schon seit einiger Zeit. Die haben sich längst amortisiert.“ Damit war die Debatte beendet.

lagen dem Prinzip der „einnahmenorientierten Ausgaben“. Die GKV-Ausgaben sollten nicht stärker steigen als die beitragspflichtigen Einkommen der Versicherten (Grundlohn).

**Kostendämpfung statt strukturellem Wandel.** Erreicht werden sollte dieses Ziel durch die Budgetierung von Leistungsausgaben, Wirtschaftlichkeitsprüfungen in Arztpraxen, Ausgrenzung von medizinisch nicht erforderlichen Leistungen (unter anderem Negativliste von nicht erstattungsfähigen Arzneimitteln), er-

Das Gesundheits-Reformgesetz ist ein Beispiel dafür, wie Reformen im Gesundheitswesen von Lobbyisten zerschossen werden können. Norbert Blüm fasste es in dem noch heute gerne zitierten Bonmot zusammen, Gesundheitspolitik sei „Wasserballert im Haifischbecken“.

**Riesige Spannbreite bei Kassenbeiträgen.** Zudem klammerte dieses Gesetz ein zentrales Problem des GKV-Systems aus: die enormen Beitragssatzunterschiede zwischen den Krankenkassen. Ende der 1980er Jahre lag die Spannbreite zwischen acht und 16,8 Prozent. Dafür waren Verwerfungen in den Mitgliederstrukturen der Kassenarten verantwortlich, unter denen vor allem die AOKn litten. Sie stellten 100 der 188 Kassen, die 1989 einen Beitragssatz von über 14 Prozent erheben mussten (Durchschnitt: 12,91 Prozent). Die Grundlöhne der AOK-Versicherten (ohne Rentner) lagen 1988 bei 94,4 Prozent des GKV-Durchschnitts. 61,1 Prozent der Arbeitslosen und 67,4 Prozent der Behinderten und Rehabilitanden waren in der AOK. Diese schlechte Risikostruktur führte zu einem „Kellertreppeneffekt“. Immer mehr Angestellte wanderten von den AOKn zu anderen Kassen ab. Die Folge für die AOKn: eine weitere Verschlechterung ihrer Risikostruktur und Beitragssatzerhöhungen.

Für diese Schieflage sorgte das seit Bismarcks Zeiten unveränderte berufsständische Gliederungsprinzip der GKV. Arbeiter mussten bis auf wenige Ausnahmen in die jeweilige Pflichtkasse ihres Betriebs gehen (AOK, Betriebskrankenkasse, Innungskrankenkasse oder Knappschaft), während Angestellte je nach Beruf eine der sieben damals existierenden Angestellten-Ersatzkassen wählen konnten. Das Bundessozialgericht in Kassel hatte bereits eine gegen diese Benachteiligung von Arbeitern gerichtete Klage von Mitgliedern der AOK Steinfurt an das Bundesverfassungsgericht weitergereicht. Es war sehr wahrscheinlich, dass die Karlsruher Verfassungsrichter dieser Klage stattgeben würden.

**Organisationsreform angepeilt.** Bundesarbeitsminister Norbert Blüm verschob dieses Problem auf eine nachfolgende Reform. Er hatte sich mit dem Gesundheits-Reformgesetz bei der Pharmaindustrie und der Ärzteschaft unbeliebt gemacht. Nun wollte er nicht auch noch Kassenverbände, vor allem die der Ersatzkassen, gegen sich aufbringen, deren Privilegien eine Organisationsreform der GKV hätte beschneiden müssen.

Aber auch die SPD konnte sich zunächst nur zu halbherzigen Lösungen durchringen. Ihr Motiv war weniger die Beseitigung ungerechtfertigter Beitragssatzunterschiede als die Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten. Darin stimmte sie mit dem Deutschen Gewerkschaftsbund überein. Im September 1988 verabschiedeten die Sozialdemokraten auf ihrem Parteitag in Münster ein sozialpolitisches Programm, in dem eine Organisationsreform der GKV mit folgenden Schwerpunkten gefordert wurde: Einführung der freien Kassenwahl, kassenartinterner Finanzausgleich sowie eine Anhebung der GKV-Beitragsbemessungsgrenze auf die in der Rentenversicherung geltende Höhe.

Dieser nur mit knapper Mehrheit gefasste Beschluss war in der SPD umstritten, weil der kassenartinterne Finanzausgleich zu einem bundeseinheitlichen Beitragssatz in allen Kassenarten



**Nach dem Treffen  
in Lahnstein ließ  
die Politik den  
Interessenverbänden  
keine Zeit,  
Abwehrkoalitionen  
aufzubauen.**

geführt hätte. Das wäre faktisch das Ende der Regionalkassen gewesen und hätte den Einfluss der Länder stark beeinträchtigt. Daher entwickelten die SPD-regierten Länder ein eigenes Konzept zur Organisationsreform, das neben der freien Kassenwahl einen kassenartenübergreifenden, regional abgestuften Risikostrukturausgleich (RSA) vorsah, wie ihn die Enquete-Kommission zur Strukturreform der GKV und der Gesundheits-Sachverständigenrat vorgeschlagen hatten. Davon konnten auch die von der CDU und CSU regierten Länder überzeugt werden. Anfang Juli 1992 verabschiedete die Arbeits- und Sozialministerkonferenz der Länder einstimmig eine EntschlieÙung, in der unter anderem ein regionaler Risikostrukturausgleich (RSA) unter allen Kassen gefordert wurde.

**Kassen gegen Wahlfreiheit.** Die Kassenverbände wollten die freie Kassenwahl um jeden Preis verhindern und manövrierten sich

## Anekdoten rund um die Reform

### Verhandlungsführer verstanden sich gut

Das gute persönliche Verhältnis zwischen **Rudolf Dreßler** und **Horst Seehofer** war eine wichtige Voraussetzung für das Zustandekommen des GSG. Nach dessen Verabschiedung luden sie die an der Erarbeitung des Gesetzes beteiligten Beamten und Fraktionsmitglieder in die Kellerkneipe der Berliner Landesvertretung in Bonn ein, wo sie auch über die Basis für dieses gute Verhältnis plauderten. Horst Seehofer war gerade Bundesgesundheitsminister geworden und hatte die glücklose **Gerda Hasselfeldt** abgelöst. Dazu Rudolf Dreßler: „Der Horst konnte sich eine Menge trauen, weil Helmut Kohl nach so kurzer Zeit nicht schon wieder das Gesundheitsministerium neu besetzen konnte.“

mit ihren Vorschlägen ins politische Abseits. Der AOK-Bundesverband präsentierte ein verschärftes Pflichtkassenmodell, das nur noch den freiwillig Versicherten den Wechsel zu einer Wahlkasse gestatten sollte. Die Ersatzkassen forderten erweiterte Möglichkeiten der Gründung von berufsspezifischen Krankenkassen, allerdings unter Beibehaltung der seit dem Lohnfortzahlungsgesetz von 1969 auch arbeitsrechtlich gegenstandslos

gewordenen Unterscheidung von Arbeitern und Angestellten. Diese aus der Zeit gefallenen Konzepte nahm die Politik zur Kenntnis, aber nicht ernst.

Nach den Bundestagswahlen 1991 ging die Zuständigkeit für die gesetzliche Krankenversicherung vom Bundesarbeitsministerium an das neu gebildete Bundesgesundheitsministerium unter der Leitung der CSU-Politikerin Gerda Hasselfeldt über. Sie sah keinen Anlass für neue Reformen und lastete die wieder steigenden GKV-Ausgaben Versäumnissen der Akteure im Gesundheitswesen bei der Umsetzung des Gesundheits-Reformgesetzes an. Das aber sahen die Gesundheitspolitiker der CDU/CSU-Bundestagsfraktion anders. Deren Obmann Paul Hofacker legte im April 1992 „Vorschläge zur marktwirtschaftlichen Steuerung der GKV“ vor, ohne sich mit der Ministerin abzustimmen. Als nach diesem Affront dann auch noch ihr wichtigster Mitarbeiter als Agent des polnischen Geheimdienstes enttarnt worden war, trat Gerda Hasselfeldt Ende April 1992 von ihrem Ministeramt zurück.

**Gespräche hinter den Kulissen.** Ihr Nachfolger wurde Horst Seehofer (CSU), der bereits Anfang Juni 1992 „Eckpunkte zur Sicherung und Strukturverbesserung in der Krankenversicherung“ präsentierte. Sie bestanden vor allem aus den Instrumenten der Kostendämpfungsgesetze: Rabatte für die von den Krankenkassen erstatteten Arzneimittel, individuelles Arzneimittelbudget für Kassenärzte, höhere Selbstbeteiligungen der Patienten sowie grundlohnorientierte Budgetierung der Vergütungen für Kassenärzte und Krankenhäuser, Anhebung von Zuzahlungen. Zugleich begann Seehofer inoffizielle Gespräche mit dem stellvertretenden Fraktionsvorsitzenden der SPD, Rudolf Dreßler, über eine Zusammenarbeit bei einer größeren Strukturreform der GKV.

Die SPD entwickelte mit Unterstützung der sozialdemokratisch geführten Landesregierungen ein eigenes Konzept. In dessen Mittelpunkt stand eine Organisationsreform der GKV mit freier Kassenwahl und einem regionalen, gegebenenfalls auch bundesweiten Risikostrukturausgleich unter allen Kassen. Außerdem sah es Reformen der Krankenhausfinanzierung, der Vergütung von Kassenärzten und die Einführung einer Positivliste der erstattungsfähigen Arzneimittel vor. Während die SPD diese Eckpunkte als EntschlieÙungsantrag am 9. September 1992 im Gesundheitsausschuss des Bundesrates einbrachte, stellte die christlich-liberale Bundesregierung ihr Gesetzespaket zwei Tage später im Bundestag zur Abstimmung. In dieser Debatte wurde auch offiziell, was hinter den Kulissen bereits geklärt worden war. Seehofer machte im Namen der Bundesregierung der SPD und den Ländern das Angebot zur Zusammenarbeit bei einem „Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)“, das von diesen umgehend angenommen wurde.

**Plazet vom Kanzler.** Bereits drei Wochen später fand vom 1. bis 4. Oktober 1992 in einem Hotel in Lahnstein am Rhein eine Arbeitsklausur der Gesundheitspolitiker der Koalitionsfraktionen, der SPD und der Länder über die Inhalte eines gemeinsamen Gesetzentwurfs statt. Hauptthema war die Organisationsreform der GKV mit freier Kassenwahl und kassenartenübergreifendem

RSA. Rudolf Dreßler hatte als Sprecher der SPD-Seite gleich zu Anfang klar gemacht, dass dies für die SPD ein unverzichtbarer Punkt war und man die Gespräche gleich beenden könne, wenn sich die andere Seite darauf nicht einlasse. Seehofer holte sich dafür per Telefon das Placet von Kanzler Kohl.

Man einigte sich auf folgende Kernpunkte:

- Freie Kassenwahl für alle Versicherungsberechtigten ab 1996, Kontrahierungszwang für alle Kassen mit Ausnahme der Betriebs- und Innungskrankenkassen, die sich sowohl für alle öffnen als auch ihren Mitgliederkreis auf den traditionellen Personenkreis begrenzen können. Der Sonderstatus von Bundesknappschaft, See-Krankenkassen und Landwirtschaftlichen Kassen bleibt erhalten.
- Einführung eines bundesweiten kassenartenübergreifenden RSA ab 1994 in der allgemeinen Krankenversicherung und ab 1995 auch in der Krankenversicherung der Rentner. Er soll folgende Risiken abdecken: Einkommen, mitversicherte Familienangehörige, Alter und Geschlecht der Versicherten.
- Der RSA soll solange nach West und Ost getrennt durchgeführt werden, bis die Grundlohnsumme in den neuen Ländern 90 Prozent des Grundlohnniveaus der Westländer erreicht hat.
- Vorstand und Vertreterversammlung der Krankenkassen werden ab 1996 zu einem Verwaltungsrat zusammengefasst. Aus den Geschäftsführern der Krankenkassen werden Vorstände mit voller Verantwortung für das operative Geschäft ihrer Kasse.

**Startschuss für den Risikostrukturausgleich.** Der von den Ländern ursprünglich befürwortete regionale RSA wurde verworfen. Dieses Konzept war innerhalb der SPD umstritten. Vor allem aber stieß der regionale Ausgleich auf nicht zu überwindende Schwierigkeiten bei der Datenerhebung. Von Anfang an war Fachleuten auch klar, dass Alter und Geschlecht keine perfekten Indikatoren der Morbiditätsrisiken sind. Seinerzeit konnte man einen direkten Morbiditätsbezug des RSA mit den zur Verfügung stehenden technischen und statistischen Ressourcen nicht in rechtlich tragfähiger Form realisieren.

Neben der Organisationsreform der GKV wurden weitere, die Versorgungsstrukturen und die Kassenausgaben betreffende Reformen vereinbart:

- Einführung einer Positivliste der von der GKV erstattungsfähigen Arzneimittel,
- Leistungskomplexhonorare für Kassenärzte und Förderung der hausärztlichen Versorgung,
- Neuordnung der Krankenhausfinanzierung durch schrittweisen Übergang zu abteilungsbezogenen Pflegesätzen und Fallpauschalen,
- Öffnung der Krankenhäuser für ambulantes Operieren sowie vor- und nachstationäre Behandlung,
- Zulassungsbegrenzungen für Kassenärzte, Einführung einer Altersgrenze von 68 Jahren,
- grundlohnorientierte Budgetierung aller GKV-Ausgaben von 1993 bis 1995,
- an Packungsgrößen orientierte Zuzahlungen bei Arzneimitteln.



**Bernhard Hoffmann** war 1992 junger Politikredakteur in der Zentralredaktion der Rhein-Zeitung in Koblenz mit dem Interessenschwerpunkt Gesundheitspolitik. Im nahe gelegenen Lahnstein verfolgte er vor Ort die gemeinsame Pressekonferenz nach Abschluss der Klausur am 4. Oktober 1992. Heute ist er Chefredakteur Aktuelles und Internet beim KomPart-Verlag.

## Kaum Schlagzeilen wert

**Es war nur ein kleiner Kreis** von sieben, acht Journalisten, die sich an jenem Sonntagvormittag, dem 4. Oktober 1992, nach Lahnstein aufgemacht hatten – die meisten aus Bonn, ich als junger Politikredakteur der Rhein-Zeitung aus dem nahen Koblenz. In einem kleinen Zimmer des Hotels warteten wir mehr oder weniger geduldig darauf, dass die führenden Gesundheitspolitiker der Regierungsparteien Union und FDP sowie der SPD-Opposition und der Länder nach viertägiger Klausur endlich ihre geplante Gesundheitsreform präsentierten.

**Etwas für Spezialisten.** In der Pressekonferenz stellten dann Horst Seehofer, Rudolf Dreßler und Co. selbstverständlich die aus ihrer Sicht historische Bedeutung ihrer Beschlüsse heraus. Kein Bereich, der nicht von irgendeiner Neuerung betroffen war. Doch das schlug sich kaum in der Berichterstattung der Tagesmedien nieder. Hier ging es vorrangig darum, welche finanziellen Auswirkungen das geplante Gesundheitsstrukturgesetz für die Versicherten und Patienten haben sollte. Denn Begriffe wie Risikostrukturausgleich oder Organisationsreform der Krankenkassen waren nur einem kleinen Kreis von Experten verständlich – und den Medien ein erneuter Beleg dafür, dass die gesetzliche Krankenversicherung ein Spezialistenthema sei.

**Flugzeugabsturz beherrscht die Titelseiten.** Wie sehr dies zutraf, erlebte ich noch am selben Abend im Schlussdienst der Nachrichtenredaktion. In Amsterdam stürzte ein israelischer Frachtjumbo in zwei Hochhäuser. Mehr als 40 Menschen kamen in dem Flammenmeer ums Leben. Keine Frage, die Titelseiten der Zeitung mussten komplett umgebaut werden. Der Flugzeugabsturz beherrschte am nächsten Morgen die Titelseite. Lahnstein war kaum noch eine Schlagzeile wert. ■

Beamte des Bundesgesundheitsministeriums und der Länder setzten diese Eckpunkte in den Entwurf eines „Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG)“ um, der Ende Oktober 1992 als Fraktionsentwurf der beteiligten Parteien in das Gesetzgebungsverfahren geleitet wurde. Am 9. Dezember 1992 erfolgte die abschließende Lesung im Bundestag. Der Bundesrat segnete das GSG am 18. Dezember 1992 ab, so dass es am 1. Januar 1993 in Kraft treten konnte.

**Kassenlandschaft schrumpft zusammen.** Insgesamt lässt sich das GSG als „Mutter aller GKV-Reformen“ bezeichnen – aus vier

Tendenzen. Das AOK-System zog schon Mitte der 1990er Jahre die Konsequenzen aus den neuen Rahmenbedingungen und fusionierte die Orts- zu Landeskrankenkassen.

**Einheitlich und gemeinsam oder jeder für sich?** Der Kassenwettbewerb hat Einfluss auf die Verträge der Kassen mit den Leistungserbringern und das Verhältnis von Kollektiv- zu Selektivverträgen. Die Frage, welche Aufgaben die Kassen einheitlich und gemeinsam übernehmen sollen und welche besser von den einzelnen Kassen autonom wahrgenommen werden, ist ein Generalthema aller dem GSG nachfolgenden GKV-Reformen. Das GSG konnte etliche Reformen aus Zeitgründen beziehungsweise wegen politischer Opportunität gar nicht oder nur in ersten Schritten anpacken. Die Politik verschob sie auf ein „GSG II“. Dazu gehörten vor allem die in späteren Gesetzen ausgebauten Ansätze zur Reform der Vergütungssysteme für Ärzte und Krankenhäuser sowie das bis heute ungelöste Problem der segmentierten Versorgungsstrukturen.

Auch aus der Sicht des politischen Handwerks war das GSG beispielhaft. Es wurde in einem hohen Tempo durchgezogen, das den Interessenverbänden keine Zeit ließ, Abwehrkoalitionen aufzubauen. Das war vor allem das Verdienst der Verhandlungsführer Horst Seehofer und Rudolf Dreßler, die ein Lehrstück in Sachen effektiver Vorbereitung und Durchführung eines Reformprojektes boten. Es hatte seine Berechtigung, dass Journalisten das GSG auch „Dreßhofer-Gesetz“ nannten. Beide hatten aus den Erfahrungen gelernt, die Norbert Blüm mit den Lobbyisten machen musste.

**Wohltaten gibt es nicht zu verteilen.** Mit dem GSG wurde Abschied von der Vorstellung genommen, das Gesundheitswesen ließe sich mit einer großen „Jahrhundertreform“ ein für allemal auf den richtigen Kurs bringen. Seither gilt der Grundsatz „Nach der Reform ist vor der Reform“. Fast drei Viertel aller seit 1949 vom Bundestag verabschiedeten Gesetze zur GKV sind nach 1991 verabschiedet worden. Dieser zähe Prozess der schrittweisen Reformen ist kein Politikversagen, sondern zwangsläufige Folge der Entwicklung des Gesundheitswesens zu einem riesigen Wirtschaftszweig, der aus guten Gründen nicht marktwirtschaftlich, sondern von der Politik, den Regeln des Sozialgesetzbuches und Vertragssystemen zwischen den Akteuren gesteuert wird. Das erfordert ein ständiges Anpassen der Mechanismen des GKV-System an die sich verändernden Realitäten in der Gesellschaft und der medizinischen Versorgung. Gesundheitspolitik ist kein Verteilen von Wohltaten, sondern Infrastrukturpolitik und die Steuerung eines zukunfts-trächtigen Wirtschaftszweiges. ■

**Hartmut Reiners** war als Fachbeamter des brandenburgischen Sozialministeriums bei den Verhandlungen in Lahnstein dabei. Der Wirtschaftswissenschaftler hat bis 2010 die Entstehung vieler Gesundheitsreformen begleitet. Bis heute ist er als Fachbuchautor tätig und hat jüngst das Buch „Privat oder Kasse? Politische Ökonomie des Gesundheitswesens“ veröffentlicht.

**Kontakt:** [hartmut-reiners@t-online.de](mailto:hartmut-reiners@t-online.de)

## Anekdoten rund um die Reform

### Liberale bezogen Prügel

Nach Verabschiedung des GSG bekam die FDP politische Prügel von ihrer Klientel: den Ärzten und Apothekern. Daraufhin drückte sie nach der Bundestagswahl 1994 im Koalitionsvertrag mit der Union eine Art Vetorecht in der Gesundheitspolitik durch, das von ihrem neuen gesundheitspolitischen Sprecher **Jürgen Möllemann** konsequent exekutiert wurde. Er verhinderte jede Form der Zusammenarbeit der Bundesregierung mit dem in den 1990er Jahren von der SPD dominierten Bundesrat. **Gesundheitsminister Seehofer** kommentierte diesen Sachverhalt in der Bundespressekonferenz am 25. September 1996 so: „Für mich waren die letzten Monate einfach. Ich musste weder denken noch arbeiten. Ich musste nur abwarten, was die FDP entwickelt, dies übernehmen und habe mich bei der FDP auch bedankt, weil dies ein erfreulicher Beitrag zur Humanisierung meines eigenen Arbeitslebens war. So können wir weitermachen. Es ist eine angenehme Geschichte, als Minister bezahlt zu werden und als Vorrührer zu arbeiten.“

Gründen: Primäres politisches Ziel der freien Kassenwahl war die Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten und nicht, wie oft behauptet, die wettbewerbliche Steuerung der GKV. Die war eine unvermeidliche Folge der Aufhebung des Pflichtkassenprinzips, die die Kassenlandschaft neu gestaltete. Kleinere Kassen waren meist nicht wettbewerbsfähig und gingen in größeren Einheiten auf. 1991 gab es 1.209 Krankenkassen. Heute sind es nur noch 113 – mit einer weiter abnehmenden

# „Verkrustete Strukturen lassen sich auch heute aufbrechen“

Neue Ansätze entwickeln, Bedenkenträgern den Wind aus den Segeln nehmen und den politischen Konsens schmieden – für den Politikwissenschaftler Nils C. Bandelow ist Lahnstein ein Lehrstück für gesundheitspolitische Gestaltungskraft.

**Herr Professor Bandelow, Lahnstein ist 25 Jahre her. Es ist zum gesundheitspolitischen Mythos geworden. Warum?**

**Nils Bandelow:** Der Kompromiss von Lahnstein kam für viele überraschend. Damals herrschte die Meinung vor, dass grundlegende Veränderungen nicht durchsetzbar sind. Und dann einigten sich der CSU-Politiker Horst Seehofer und der linke Sozialdemokrat Rudolf Dreßler plötzlich doch auf eine Reform der Organisationsstrukturen der Kassen und Wettbewerb.

**Union und SPD machten damals gemeinsame Sache. Lässt sich nur „großkoalitionär“ etwas in der Gesundheitspolitik bewegen?**

**Bandelow:** Bis vor wenigen Jahren hätte ich ohne zu zögern Ja gesagt. Aber es hat sich vieles geändert. Die Mehrheitsverhältnisse sind viel pluralistischer als damals. Es ist nicht mehr so leicht, dass Union und SPD im Konsens mit dem Bundesrat zu einer Mehrheit kommen. Und es braucht „politische Unternehmer“, wie damals Dreßler und Seehofer, die die heterogenen Interessen zusammenbringen.

**Wäre ein zweites Lahnstein heute möglich?**

**Bandelow:** Lahnstein hatte eine Vorgeschichte, die bis zur Enquete-Kommission des Bundestages zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung Ende der 80er Jahre reicht, also der Entwicklung von gemeinsamen Problemperspektiven und Lösungsvorschlägen – parteiübergreifend und unter Einbindung von Experten. Damals fanden sich Menschen mit unterschiedlichen Hintergründen, aber gemeinsamen Problemsichten und Zielen zusammen. Dies ist heute schwieriger, aber nicht unmöglich.

**Hat die Kassenwahlfreiheit zu einer härteren Gangart geführt?**

**Bandelow:** Ja, aber nicht nur zwischen den Krankenkassen, sondern auch den Leistungsanbietern, zum Beispiel der Ärzteschaft. Zwischen den verschiedenen Ärztegruppen gibt es mittlerweile harte Konflikte. Und für eine Kassenärztliche Vereinigung ist es viel schwieriger geworden, alle Interessen unter einen Hut zu bringen.

**Und das wäre leichter ohne Kassenwahlfreiheit und Wettbewerb?**

**Bandelow:** (lacht). Der Wettbewerb ist nicht stetig verlaufen. Es gibt Phasen, in der er mal eine größere und mal eine geringere Rolle spielt. Außerdem hat die Politik den Wettbewerb als wesentliches Element des Gesundheitswesens nicht so weiterentwickelt, dass wirklich unterschiedliche Leistungsgestaltungen



Professor Dr. Nils C. Bandelow ist Leiter des Lehrstuhls für Vergleichende Regierungslehre und Politikfeldanalyse an der Technischen Universität Braunschweig.

zwischen den Kassen möglich sind. Wettbewerb ist aber auch nicht mehr so in Mode – weder in der Politik noch in der Öffentlichkeit. So zeigen Umfragen, dass die Mehrheit der Bevölkerung keinen Wettbewerb im Gesundheitswesen will.

**Welche Lehren kann die Politik aus Lahnstein ziehen?**

**Bandelow:** Was ich mir als Politiker heutzutage anschauen würde, ist die Strategie, die zu Lahnstein geführt hat. Sie war geprägt von der Bereitschaft, Neues zu denken und dann gemeinsam zu handeln, obwohl viele sagten, das geht nicht. Die zentrale Lehre aus Lahnstein ist, nicht denjenigen zu glauben, die sagen, es gibt keine Alternativen zum Status quo. Die Dinge lassen sich auch heute verändern – trotz vermachter und verkrusteter Strukturen. ■

Die Fragen stellte Hans-Bernhard Henkel-Hoving.



Auf Augenhöhe: Dr. Georg Poppele, Chefarzt des Sengelmann Instituts für Medizin und Inklusion (simi) am Evangelischen Krankenhaus Alsterdorf in Hamburg, weiß, was Karl-Christopher Regensburger fehlt – auch wenn der Patient das nicht so gut in Worte fassen kann.

# Willkommen im gelben Raum

Zum Ultraschall in Zimmer 1, zur Blutentnahme ins Labor und zur Beratung ins Sprechzimmer – ein solches Hin und Her würde Patienten wie Karl-Christopher Regensburger verunsichern. Um seine Gesundheit kümmert sich das Team eines Medizinischen Zentrums für erwachsene Menschen mit Behinderungen – den Raum braucht er dort nicht zu wechseln. Eine Reportage von **Dirk Schnack** (Text) und **Ralf Niemzig** (Fotos)

**D**reimal kam ein Taxi in die Hamburger Hafencity, um Karl-Christopher Regensburger abzuholen. Dreimal schickte der damals 56-Jährige es wieder weg. „Ich fahre doch nicht ins Krankenhaus“, stand für ihn fest. Die Erklärungen seiner Betreuer in der Einrichtung konnten den Mann, der durch eine frühkindliche Hirnschädigung beeinträchtigt ist, nicht umstimmen. Erst als seine Eltern ihm versicherten, dass der Besuch im Sengelmann Institut für Medizin und Inklusion (simi) kein Krankenhausaufenthalt wird, und er anschließend wieder nach Hause kann, ließ er sich überzeugen.

**Grundstein für eine vertrauensvolle Beziehung.** Der etwas holperige Start war bei Karl-Christopher Regensburger schnell vergessen, nachdem er die Mitarbeiter im simi am Evangelischen Krankenhaus Alsterdorf (EKA) kennengelernt hatte. Krankenschwester Alma Lanterne und Orthopäde Dr. Volker Diedrichs behandelten ihren neuen Patienten auf Augenhöhe, erinnert sich

dessen Mutter Cristiane Regensburger – und legten damit den Grundstein für eine vertrauensvolle Beziehung, die ihn an diesem Tag zum dritten Mal in das simi führt. Sie gehen ins Erdgeschoss des Krankenhauses, wo das Institut angesiedelt ist. Ein kurzer Krankenhausflur, hinter dessen Türen keine Betten stehen. Auf dem Boden gelb markierte Halbkreise, damit jeder weiß, wohin die Türen schwenken. Nach unten versetzte Türschilder, damit auch Menschen im Rollstuhl sie lesen können. Mit Farben gekennzeichnete Räume, damit Patienten, die Zahlen und Buchstaben nicht beherrschen, sich zurechtfinden. Insgesamt neun Räume mit überschaubarer Technik: Geräte zur Ultraschall- und Hirnstromdiagnostik, eine Waage, eine Thermokamera, die auffällige Temperaturen im Körper der Patienten anzeigt und ein Lifter, mit dem die Patienten vom Rollstuhl auf die Liege gehoben werden können. Wenn weitere Technik wie etwa ein Röntgengerät oder spezielle Untersuchungen wie eine Gastroskopie erforderlich sind, greift das simi auf die Infrastruktur des EKA zurück.

**Berufe arbeiten eng zusammen.** Im simi kümmern sich Ärzte und Therapeuten um Menschen, die wegen ihrer geistigen oder mehrfachen Behinderung von niedergelassenen Ärzten nicht ausreichend versorgt werden können. Diese Patienten treffen in den Praxen auf zahlreiche Hürden: Mal sind es räumliche Barrieren, die sie wegen einer Gehstörung nicht überwinden können. Mal fehlen die speziellen Kenntnisse, die für Diagnostik und Therapie der Patientengruppe erforderlich sind. Und manchmal auch die Geduld und Zeit, sich mit Menschen auseinanderzusetzen, die Schwierigkeiten beim Sprechen haben oder es ohne Begleitung gar nicht in die Praxis schaffen würden.

Im simi arbeiten Therapeuten verschiedener Berufsgruppen eng zusammen, erstellen Therapiepläne oder kümmern sich um die Heil- und Hilfsmittelversorgung. Sie gehen den Ursachen unklarer, seltener und komplexer Erkrankungen oder Schmerzen auf den Grund oder stellen Indikationen. Eine Akutsprechstunde gibt es nicht. Jeder Patient beziehungsweise seine Angehörigen füllen nach dem telefonischen Erstkontakt einen Fragebogen aus. Anhand der Antworten entscheidet das simi, welche Fachgruppen zum Erstgespräch anwesend sein müssen. Jeder Patient wird von mindestens zwei Ärzten oder Therapeuten untersucht. Neurologie, Innere Medizin, Psychiatrie und Psychologie, Orthopädie und Neuro-Orthopädie, Physio- und Ergotherapie, Logopädie, Krankenpflege und Eingliederungshilfe (siehe Kasten auf dieser Seite) sind im simi vertreten und ermöglichen damit eine medizinische Betreuung, die üblichen Praxen auch aus Zeitgründen kaum möglich ist.

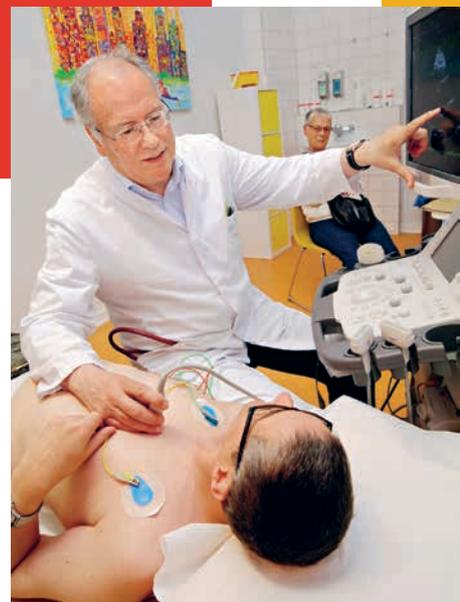
Vergleichbare Einrichtungen gibt es in Deutschland mehrere unter der Bezeichnung „Medizinisches Zentrum für erwachsene Menschen mit Behinderungen“ (MZEB). Die Hamburger Einrichtung ist eine der ersten ihrer Art in Deutschland und arbeitet nach einem interdisziplinären Konzept. Voraussetzung für eine Untersuchung im simi ist ein Grad der Behinderung ab 70 und ein weiteres Merkmal wie erheblich beeinträchtigtes Gehvermögen oder Hilflosigkeit. Zudem brauchen die Patienten eine Überweisung von einem niedergelassenen Arzt.

**Patientenwille hat Priorität.** Karl-Christopher Regensburger erfüllt diese Voraussetzungen. Ihm steht heute das gelbe Zimmer zur Verfügung. Nicht er geht zum Chefarzt, sondern dieser kommt zu ihm. Dr. Georg Poppele besucht den Patienten, genauso wie jeder andere Therapeut und Arzt ins gelbe Zimmer kommt, um sich mit Regensburger auseinanderzusetzen. Das ist sinnvoll, weil jeder Raumwechsel Stress für die Patienten bedeutet. Aber es ist auch eine Frage der Haltung: Ärzte sind es gewohnt, dass die Patienten zu ihnen kommen und nicht um-



Zwei Stunden Zeit nimmt sich Dr. Georg Poppele (u.) für Karl-Christopher Regensburger. Cristiane Regensburger (o.), Mutter des Patienten, sagt: „Das hätte ich der Hausärztin im Praxisalltag nicht zugemutet.“

gekehrt. Dass es im simi anders läuft, liegt am Zusammenspiel der Professionen: Hier arbeiten Medizin und Eingliederungshilfe Hand in Hand – was einfacher klingt, als es ist. Denn Mediziner und Pädagogen haben nicht immer die gleichen Ansichten. So war es auch bei der Namensgebung der Einrichtung. Im MZEB



ist der Begriff Zentrum enthalten. Damit verbinden viele Ärzte einen Hort der Kompetenz, in dem sie gerne arbeiten und der Wissen für die Patienten bündelt. Birgit Pohler ist hingegen wichtig, die Öffnung nach außen zum Ausdruck zu bringen. Die simi-Koordinatorin betont: „Ein Zentrum schirmt die Betreuten nach unserem Verständnis eher von der Außenwelt ab. Wir wollen aber das Gegenteil erreichen.“ Die Pädagogin war die erste festangestellte Mitarbeiterin im MZEB, auch dies ein Zeichen dafür, dass in der Einrichtung nicht die Mediziner allein entscheiden. So wurde aus dem Zentrum ein Institut. Pohler moderiert die regelmäßigen interdisziplinären Teamsitzungen im simi. Sie achtet darauf, dass die verschiedenen Fachgruppen auf Augenhöhe agieren und dass der Patientenwille Priorität hat. Sie hat beobachtet, dass das Verständnis zwischen den Berufsgruppen mit der Arbeit im simi gewachsen ist.

**Erfahrung verbessert die Wahrnehmung.** Für Karl-Christopher Regensburger ist das positiv, aber nicht das Entscheidende. Für ihn und seine Angehörigen ist wichtig, dass die Therapeuten trotz seiner Sprachstörung erkennen, welche Beschwerden er hat. „Wenn Herr Regensburger Schmerzen im Fuß hat, sagt er das nicht unbedingt. Er würde vielleicht den Schuh ausziehen und damit den entscheidenden Hinweis geben“, erklärt Chefarzt Poppele. Solche Zeichen wahrzunehmen, wird mit zunehmender Erfahrung leichter. Poppele hat diese Erfahrung. 1980 hat er als Arzt im Zivildienst in Alsterdorf angefangen und fast sein

## Kurz erklärt: Eingliederungshilfe

Eingliederungshilfe soll Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohten Menschen helfen, sich in die Gesellschaft einzugliedern oder die Folgen der Behinderung zu mildern. Wichtige Säulen der Eingliederungshilfe sind Leistungen, die eine Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft ermöglichen, aber auch Leistungen der medizinischen Rehabilitation. Die Eingliederungshilfe ist im Sozialgesetzbuch XII geregelt. (DS)



Fallkonferenz: simi-Koodinatorin Birgit Pohler, Psychiaterin, Dr. Henrike Heiling und Internist Peter Ellerbrock (von l.) planen Behandlung und Verlaufskontrolle im interdisziplinären Team.



Bei der Orientierung im simi helfen Helmut Neie (rechts) nicht nur seine Eltern, sondern auch die gelben Linien auf dem Boden.

ganzes Berufsleben lang mit Menschen mit Behinderungen gearbeitet. Sie liegen ihm am Herzen, genauso wie Menschen mit Demenz und mit Alkoholproblemen – Patienten, mit denen der Umgang nicht einfach ist. Als das simi schließlich gegründet wurde, war das für Poppele „der Höhepunkt seiner Laufbahn“. Er empfindet seine Arbeit „in allen Teilen als Bereicherung“. Dennoch ist es schwer, Mitarbeiter zu gewinnen, sagt Poppele. Er führt das darauf zurück, dass viele seiner Patienten schnell ungeduldig werden, schwer zu verstehen sind, in ihrer Art manchen verunsichern und therapeutische Anweisungen oft nicht umsetzen. „Das ist nicht für jeden Kollegen attraktiv“, weiß Poppele, wirbt aber dennoch für die Einrichtung, in der er arbeitet: „Als Arzt frage ich mich, für welche Menschen ich da sein will. Toll finde ich, dass das hier so unterstützt wird.“

**Rheuma erkannt und gebannt.** Auch seine Kolleginnen und Kollegen im simi können ihren Patienten gezielt helfen, weil sie Erfahrung im Umgang mit erwachsenen Menschen mit Behinderungen haben. Das hat sich etwa bei Helmut Neie gezeigt, als er im vergangenen Jahr ins simi kam, weil er starke Schmerzen beim Gehen hatte und die Strecken, die er zu Fuß zurücklegen konnte, immer kürzer wurden. Was genau ihm wehtat, konnte der geistig behinderte Mann nicht ausdrücken. Im simi wurde ein umfangreiches Blutbild erstellt, das stark erhöhte Entzündungswerte zeigte. Internist Peter Ellerbrock vermutete einen rheumatischen Zusammenhang mit den Schmerzen, sorgte für eine zügige Abklärung im Universitätsklinikum Eppendorf und die entsprechende Behandlung. Dem 52-jährigen Neie geht es seitdem deutlich besser. Wie dankbar er dem Arzt dafür ist, zeigt sich an diesem Tag. Nach seiner Arbeit wirkt Helmut Neie zunächst müde. Als aber Peter Ellerbrock das Zimmer betritt, hellt sich sein Gesicht merklich auf. Neie springt vom Stuhl auf und umarmt den Mediziner, zeigt seine Dankbarkeit. Auch für Dr. Henrike Heiling ist es in dieser guten Stimmung einfacher, mit Neie und seinen Eltern Einzelheiten der Behandlung durch-

zusprechen. Die Fachärztin für Psychiatrie und der Internist sind nicht die einzigen, die sich um Neie kümmern: In einer interdisziplinären Konferenz sprechen im simi unter anderem eine Physiotherapeutin und eine Psychologin über weitere Schritte und die Verlaufskontrolle bei dem Patienten.

**Leitlinien in der Erprobung.** Damit das möglich ist, hat sich Alsterdorf mit anderen Mitstreitern auf Bundesebene dafür eingesetzt, dass die bessere medizinische Behandlung von Menschen mit Behinderung auch gesetzlich verankert wird.

Weil es noch nicht viel Erfahrungen mit der Arbeit in solchen Einrichtungen gibt, erproben die Ärzte und Therapeuten im simi hausinterne Leitlinien, wie sie ihren Patienten mit Schmerzen, mit Verhaltensauffälligkeiten und mit Demenz am wirksamsten helfen können. Die Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg evaluiert die Leistungen des simi derzeit. Simi-Koordinatorin Birgit Pohler weiß aber bereits, dass die Einrichtung gute Ergebnisse bei der Zufriedenheit von Patienten und ihren Angehörigen erreicht hat.

Das zeigt sich auch im Gespräch mit Petra Hippler, deren Tochter seit 2015 mehrfach ins simi kam. Die 25-Jährige leidet an Spastiken (erhöhte Eigenspannung der Skelettmuskulatur aufgrund einer Nervenschädigung) und wurde bis zu ihrem 18. Lebensjahr außer in Arztpraxen in Sozialpädiatrischen Zentren behandelt. Diese Zentren sind jedoch nicht für Erwachsene zuständig. Petra Hippler hat sich deshalb in einem Arbeitskreis für die Einrichtung des MZEB eingesetzt. „Das Geniale dort ist, dass sich sämtliche Fachrichtungen an einen Tisch setzen. Die Therapeuten nehmen sich Zeit und suchen so lange nach Worten, bis meine Tochter es verstanden hat. Bei anderen Ärzten sitzt ja doch schon mal die Zeit im Nacken. Das wird zwar nicht gesagt, aber man spürt es“, sagt Hippler. Weiterer Pluspunkt aus ihrer Sicht: Der Standort in Hamburg-Alsterdorf. Das gilt für die Verbindung zum Krankenhaus, aber auch für das gesamte Gelände rund um den Alsterdorfer Marktplatz, der offen ist



Im simi hat Helmut Neie (r.) Hilfe gegen seine Schmerzen gefunden. Als Internist Peter Ellerbrock den Raum betritt, zeigt Neie spontan seine Dankbarkeit.

für Menschen mit und ohne Behinderungen. Erst nach längerem Überlegen fällt Hippler etwas ein, was sie sich für das simi noch wünscht: ein Wartezimmer. Wenn für ihre Tochter kein Raum frei ist, muss sie bislang auf dem Flur warten.

**Niedergelassene Ärzte einbinden.** Auch Neies Vater Horst streicht die Vorzüge der Einrichtung heraus. „Der Besuch hier war der entscheidende Schritt, um Helmut helfen zu können“, betont er. Sein Sohn hat Stimmungsschwankungen, ist manchmal sehr zurückhaltend anderen Menschen gegenüber, mal sehr aufbrausend und zugleich extrem ordnungsliebend. Das ist eine Mischung, mit der Neie den eng getakteten Terminplan einer Arztpraxis schnell sprengen könnte. Das simi-Team kann mit solchen Schwankungen umgehen. Das heißt nicht, dass das simi die Kollegen in den Praxen aus der Verantwortung entlassen will – sie sollen sogar stärker eingebunden werden. „Wir im simi können die Regelversorgung nur ergänzen, nicht ersetzen oder übernehmen“, sagt Chefarzt Poppele.

Der 64-Jährige macht inzwischen eine Sonographie bei Karl-Christopher Regensburger. Die Technik beeindruckt den Patienten sichtlich, zugleich scheint er angespannter als zuvor. Aber er weiß, dass die Untersuchungen helfen, seine Beschwerden zu lindern. Zunehmende Beinschwellungen und Gangstörungen erschweren ihm den Alltag. Um das abzuklären, hätte seine Mutter zahlreiche Arzttermine für ihn vereinbaren müssen. Rund zwei Stunden nimmt sich Poppele heute Zeit, um alle internistischen Belange zu klären und weitere Termine etwa mit Neurologen und Neuro-Orthopäden zu vereinbaren. „Das hätte ich der Hausärztin im normalen Praxisalltag nicht zumuten können“, sagt Cristiane Regensburger.

**Ein Quartierskonzept fördert die Vernetzung.** Um das Zusammenspiel zwischen simi und Praxen zu erleichtern, hat die Evangelische Stiftung Alsterdorf, Träger des Krankenhauses und des simi, das Projekt Gesundheit 25 initiiert. Der Name stellt den Bezug zu Artikel 25 der Behindertenrechtskonvention her. Dort heißt es, dass Menschen mit Behinderung das Recht auf medizinische Versorgung in gleicher Qualität haben wie alle anderen – und darüber hinaus, wenn es ihre Behinderung erfor-

dert. Mit Gesundheit 25 soll die wohnortnahe gesundheitliche Versorgung von Menschen mit komplexen Behinderungen verbessert werden. Seit September 2016 wird in drei Hamburger Quartieren ein Konzept entwickelt, das das Gesundheitsangebot für Menschen mit Behinderungen in Altona, Barmbek und Bergedorf im Blick hat. Das Projekt identifiziert und vernetzt dafür in jedem Quartier sogenannte Schlüsselakteure, also niedergelassene Ärzte, Kliniken, ambulante Pflegedienste und Träger der Eingliederungshilfe. Es werden Fort- und Weiterbildungen für Ärzte und andere Gesundheitsberufe angeboten, ein finanzieller Ausgleich des zeitlichen Mehrbedarfs angestrebt, aufsuchende Hilfen geschickt, Assistenten und gesetzliche Betreuer gestärkt und sensibilisiert sowie Qualitätsstandards überprüft. Marion Förster, die als Öffentlichkeitsarbeiterin der Stiftung unter anderem mit Gesundheit 25 beschäftigt ist, hält allerdings noch viel Lobbyarbeit für erforderlich, um das Bewusstsein für die besonderen Gesundheitsbelange von Menschen mit Behinderungen zu schärfen. Zum anderen wirbt Förster für konkrete Projekte wie in den drei Quartieren: „Das trägt dazu bei, das Verständnis auf allen Seiten zu stärken.“ So sind etwa Fortbildungen geplant, damit Betreuer in Wohngruppen erkennen, wann ein Patient mit Behinderung zum Arzt gehen sollte.

Schließlich haben nicht alle so viel medizinischen Sachverstand in der Familie wie Karl-Christopher Regensburger, zu dessen Angehörigen einige Ärzte gehören. Für Regensburger ist der simi-Tag fast beendet. Dr. Poppele ist aufgefallen, dass sein Patient eine ganze Reihe von unterschiedlichen Kugelschreibern in seiner Hemdtasche stecken hat. Als Poppele etwas aufschreiben will, leiht ihm Regensburger eines seiner Sammelstücke. Poppele revanchiert sich, indem er seinem Patienten einen Stift mit dem Aufdruck des Krankenhauses schenkt. Seine Mutter notiert sich Anschlusstermine für die zweite Jahreshälfte. Das Taxi zum simi, da ist sie ganz sicher, wird Karl-Christopher Regensburger nicht noch einmal wegschicken. ■

**Dirk Schnack** ist freier Journalist und spezialisiert auf sozial- und gesundheitspolitische Themen. **Kontakt:** [dirkschnack@versanet.de](mailto:dirkschnack@versanet.de)

**Ralf Niemzig** ist freier Fotograf in Hamburg. **Kontakt:** [www.ralf-niemzig.de](http://www.ralf-niemzig.de)



Zurück nach Hause: Karl-Christopher Regensburger ist froh, dass ihn das simi-Team ambulant behandelt.

# „Manche Patienten geraten beim Abhören der Lunge in Panik“

Kinder mit Behinderungen erhalten seit Jahrzehnten in Sozialpädiatrischen Zentren medizinische Hilfe. Seit Kurzem sind die ersten Medizinischen Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderung zugelassen – für **Birgit Schliemann** eine Ergänzung mit Potenzial.

**Frau Schliemann, brauchen Menschen mit schweren Behinderungen beim Arzt eine andere medizinische Versorgung als Menschen ohne Behinderung?**

**Birgit Schliemann:** Nein, nicht grundsätzlich, denn sie haben ja keine anderen Krankheiten. Aber sie brauchen ein anderes Gespräch, mehr Zeit und einen anderen Umgang. Menschen mit geistiger Behinderung oder solche mit mehreren Behinderungen wie zum Beispiel spastischen Lähmungen in Kombination mit Entwicklungsstörungen sind in der Regel in ihrer Fähigkeit zu kommunizieren stark eingeschränkt. Oft können sie sich gar nicht verständlich machen oder sie äußern Beschwerden anders als Ärzte es gewöhnt sind. Es kommt vor, dass ein Patient lacht, wenn er starke Schmerzen hat.

**Was folgt daraus für die Versorgung in einem Medizinischen Zentrum?**

**Schliemann:** Das Entscheidende ist, dass dort ein multidisziplinäres Team aus Ärzten und nichtärztlichen Fachleuten arbeitet, die allesamt das spezifische Wissen für die Zielgruppe und viel Erfahrung mitbringen. Sie sind dafür zuständig, Erkrankungen aus einem breiten Spektrum zu erkennen und einen spezifischen Behandlungsplan zu entwickeln. Kommunikation und sensibler Umgang sind dabei der Schlüssel zum Erfolg: Reagiert der Patient beim Abhören der Lunge mit Panik, müssen die Ärzte wissen, was das bedeutet. Außerdem sollen die Zentren ein Netz mit spezialisierten Kollegen knüpfen, zu denen sie die Patienten anschließend zur weiteren Diagnostik und zur Behandlung lotsen.

**Warum hielt es der Gesetzgeber 2015 für nötig, eine eigene Regelung für Medizinische Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderung, kurz MZEB, zu schaffen?**

**Schliemann:** Dahinter steckt das Anliegen, eine gute Versorgungsstruktur zu etablieren. Für Kinder mit Behinderungen existiert sie mit den Sozialpädiatrischen Zentren bereits. Wurden die Kinder erwachsen, erhielten sie bislang keine weitere Versorgung in Zentren. Das Sengelmann Institut für Medizin und

Inklusion der Stiftung Alsterdorf in Hamburg beispielsweise gehörte hier zu den Ausnahmen. Für Patienten und ihre Familien war es oft schwierig, Ärzte mit den nötigen Kompetenzen und der Bereitschaft zu finden, sich auf die Situation einzulassen. Die MZEB sind ein Beitrag auf dem Weg, die hochspezialisierte Versorgung auszubauen und trotzdem flexibel zu bleiben, zum Beispiel mit regionalen Spielräumen. Der Gesetzgeber hat



Birgit Schliemann leitet im AOK-Bundesverband das Referat Verträge in der Abteilung Ambulante Versorgung.

deshalb nur den Rahmen gesteckt. Die Krankenkassenverbände haben sich gemeinsam dazu positioniert, welche Qualitätsanforderungen die MZEB erfüllen müssen. Das fängt bei der guten Erreichbarkeit an, geht über die personelle und apparative Ausstattung bis zum Nachweis spezieller Kenntnisse. Sind alle Punkte erfüllt und ist das Zentrum vom Zulassungsausschuss ermächtigt, rechnet es direkt mit den Krankenkassen ab.

**Gibt es viele Bewerber?**

**Schliemann:** Bundesweit liegen mittlerweile bereits einige Dutzend Anträge vor. In Niedersachsen und Thüringen wurden erste Verträge geschlossen. Ich hoffe, dass die Routine vor Ort zur Beantragung einer Zulassung als MZEB rasch wächst, damit möglichst bald noch mehr qualifizierte Anbieter für die Versorgung der Versicherten zur Verfügung stehen. ■

Die Fragen stellte Karola Schulte.

# Aha-Erlebnis im Land der



# Meerjungfrau

Weniger Standorte, mehr Qualität – nach diesem Prinzip baut Dänemark seine Kliniklandschaft um. Zugleich haben unsere Nachbarn bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens die Nase vorn. Aber auch in der Heimat von Hans Christian Andersen herrschen keine märchenhaften Zustände, wie die Teilnehmer der G+G-Studienreise nach Dänemark erfahren konnten. Von **Hans-Bernhard Henkel-Hoving**

**D**ie Besuchergruppe steht dichtgedrängt im Musterkrankenzimmer. Geduldig beantwortet Finn Stycke alle Fragen der Gäste aus Deutschland, ganz gleich, ob es um die Farbgestaltung des Raumes geht („Die hellen Brauntöne erinnern ältere Patienten an ihr Zuhause“), den Touchscreen in der Nähe des Bettes („TV, Internet, Licht, Vorhänge – alles lässt sich über den Bildschirm steuern“) oder um die Gebrauchsspuren am Boden („Wir haben noch nicht die optimale Bodenpflege gefunden“). Der 53-jährige Architekt hat reichlich Routine darin, das von ihm und seinen Kollegen am Krankenhaus in Hvidovre entwickelte Konzept für das Patientenzimmer der Zukunft zu erläutern. „Allein in den letzten anderthalb Jahren waren etwa 50 Gruppen bei uns, die meisten aus dem Ausland, eine ganze Reihe aber auch aus Dänemark“, erzählt Stycke.

Kein Wunder: Nicht nur in Hvidovre – einem Vorort von Kopenhagen – entsteht in den nächsten Jahren mit hohem finanziellen Aufwand ein umfangreicher Erweiterungsbau mit zahlreichen Krankenzimmern, sondern in ganz Dänemark haben Neu- und Umbauten von Krankenhäusern Konjunktur. Zwischen 2007 und 2025 will das Königreich rund 6,5 Milliarden Euro für insgesamt 16 Großprojekte ausgeben – sieben davon sind komplett neue Häuser, die zum Teil auf der grünen Wiese entstehen.

Eine der Vorgaben der Zentralregierung in Kopenhagen an die fünf für die Krankenhäuser zuständigen Regionen des Landes lautet dabei, nur noch moderne Ein-Bett-Zimmer zu bauen. „Das soll die Zahl der Infektionen senken und die vertrauensvolle Kommunikation zwischen Ärzten, Pflegekräften und Patienten fördern“, erklärt Klinikdirektorin Birgitte Rav Degenkolv. Das Hospital in Hvidovre hatte deshalb schon vor

geraumer Zeit verschiedene Musterzimmer eingerichtet, zu denen Ärzte, Schwestern und Patienten ihre Meinung äußern konnten. Experten aus anderen dänischen Regionen wiederum schauen sich das letztlich ausgewählte Musterzimmer an, berichtet Architekt Stycke sichtlich stolz, „um sich bei uns Anregungen für ihre eigenen Bauvorhaben zu holen“.

**Konzentration der Kliniken.** Dass der Umbau der Krankenhauslandschaft in dem 5,7 Millionen Einwohner zählenden Land auch international auf großes Interesse stößt, kommt nicht von ungefähr. Denn die Dänen stampfen nicht einfach Bauten aus dem Boden, sondern konzentrieren zugleich spezialisierte medizinische Leistungen an wenigen Standorten. Diese Entwicklung dauert schon länger an: Gab es 1987 noch 97 selbstständige Krankenhäuser, waren es 2010 noch 28 Krankenhauseinheiten an 72 Standorten, Tendenz weiter sinkend. Bis 2025 soll zudem die Zahl der Notfallabteilungen an Kliniken von 40 auf 21 sinken – jede dieser Abteilungen ist künftig im Schnitt für die Notfallversorgung von 300.000 bis 350.000 Einwohnern zuständig. Würde in Deutschland eine ähnlich konsequente Konzentration und Spezialisierung der stationären Kapazitäten erfolgen, wie sie Dänemark anstrebt, würden statt circa 1.500 Akutkliniken (Somatik) etwa

**Einbett-Zimmer sollen die Kommunikation verbessern und die Zahl der Infektionen weiter senken.**

300 bis 400 Häuser hierzulande ausreichen, wie eine Expertengruppe der Wissenschaftsakademie Leopoldina ermittelt hat.

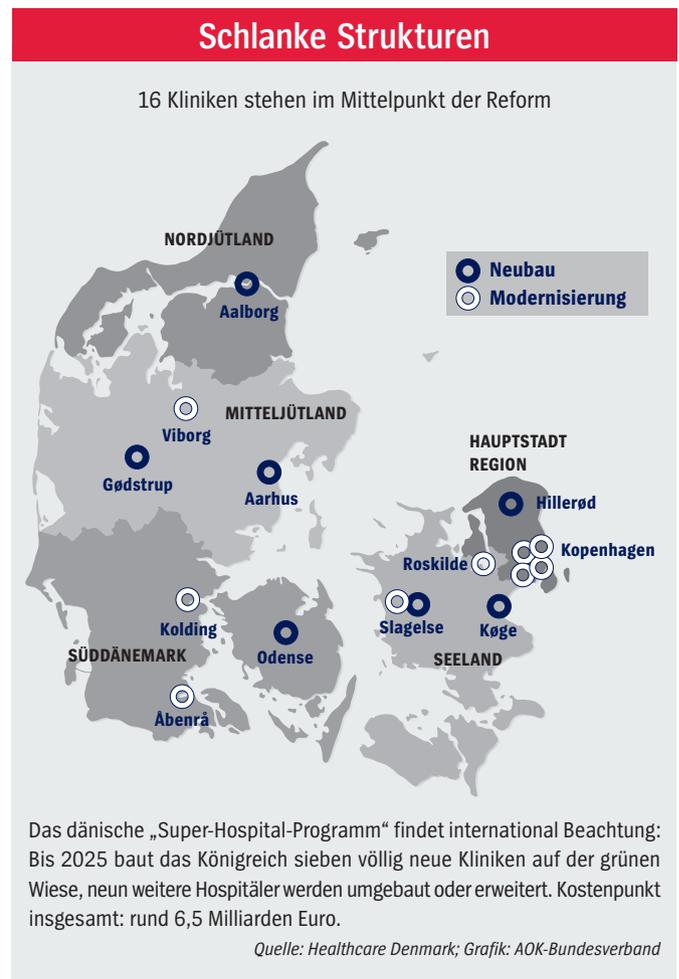
Doch warum gelingt in Dänemark scheinbar mühelos, was in Deutschland eine gesundheitspolitische Revolution bedeuten würde? Und kann das, was unsere nördlichen Nachbarn vorhaben, als Anregung dienen? Antworten aus erster Hand auf diese und viele weitere Fragen haben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der beiden Studienreisen nach Kopenhagen im Juni und August dieses Jahres bekommen, die G+G in Kooperation mit Healthcare DENMARK – der offiziellen Agentur für Auslandskontakte im Gesundheitswesen – sowie mit Unterstützung der Königlich Dänischen Botschaft in Berlin veranstaltet hat. Stippvisiten bei verschiedenen Krankenhäusern, zahlreiche Fachvorträge dänischer Gesundheitsexperten und ein intensiver informeller Austausch untereinander dürften bei vielen der deutschen Besucher bleibende Eindrücke hinterlassen haben. Eine wichtige Erkenntnis an dieser Stelle vorweg: Mit Gesundheitsreformen macht sich Politik auch in Dänemark nicht nur Freunde.

**Kommission legt Standorte fest.** „Es ist bis heute harte Arbeit“, bekennt Nanna Skovgaard ganz offen. Die leitende Beamtin aus dem Gesundheitsministerium in Kopenhagen zeichnet bereits seit 2011 für das „Super-Hospital-Programm“ verantwortlich, wie sie den Umbau der Kliniklandschaft bei Präsentationen vor ausländischen Besuchern nennt. Zumindest zu Beginn des Vorhabens hätten viele ihrer Landsleute für den Begriff „Super“ wohl kaum Verständnis gehabt. Denn nicht wenige Regional-

politiker fühlen sich damals von der Regierung in Kopenhagen massiv unter Druck gesetzt: Wer einen Zuschuss in Höhe von 60 Prozent für die Neu- und Umbauten der Kliniken bekommen will, muss vor Ort harte Entscheidungen mittragen. Welches Krankenhaus wird geschlossen, welches bleibt bestehen, welches wird auf der grünen Wiese außerhalb der Stadt neu gebaut?

Dass hohe Investitionen in die stationäre Versorgung dringend notwendig sind, bestreitet indes niemand. Die meisten der dänischen Krankenhäuser stammen aus den 1960er und 1970er Jahren, vielfach sind Vier-Bett-Zimmer die Regel, effiziente medizinische Behandlungsabläufe lassen sich häufig nicht verwirklichen. „Das klingt nach Investitionsstau“, konstatiert einer der Teilnehmer der G+G-Studienreisen. Dänen vergleichen sich außerdem gerne mit ihren skandinavischen Nachbarn. Als zu Beginn der Nuller-Jahre Schweden sein zentrales Karolinska-Hospital in Stockholm auf den neuesten Stand bringt, verstärkt das den gesundheitspolitischen Ehrgeiz in Kopenhagen, wie Nanna Skovgaard mit einem Augenzwinkern erzählt: „Was die schaffen, bekommen wir auch hin.“

**Druck von der Regierung.** Mit dem goldenen finanziellen Zügel will die damalige Regierung in Kopenhagen folglich Bewegung in die veralteten Strukturen bringen. Aber wer entscheidet auf der Basis welcher Informationen, wie die neue Krankenhaus-



landschaft aussehen soll? Die Dänen überlassen diese Entscheidung einer fünfköpfigen Expertenkommission, in die die Regierung sogar Fachleute aus Schweden und Norwegen beruft. Die Experten kommen zu dem Schluss, dass nur ein großer Wurf hilft und legen die Standorte für die Neu- und Umbauten fest. Dabei greifen die Experten laut Nanna Skovgaard auch auf Qualitätsdaten zurück, die in Dänemark bereits seit Jahrzehnten erhoben werden und mit denen sich unter anderem die Höhe der Komplikations- und Infektionsraten verschiedener Kliniken miteinander vergleichen lassen. Dabei zeigt sich: Kleinere Häuser mit weniger Routine erzielen tendenziell schlechtere Behandlungsergebnisse als größere Häuser mit mehr Fällen.

**Hoher Kostendruck beim Bau.** Die fünf Regionen – sie sind die wichtigsten Krankenhausträger in Dänemark, einen nennenswerten Anteil privater oder konfessioneller Häuser gibt es nicht – konnten die Einschätzungen der Expertenkommission nicht immer nachvollziehen. „Wir hätten uns eine stärkere Beteiligung gewünscht. Deswegen war es mitunter ein herausfordernder Prozess, bis wir Einigkeit über das neue Krankenhausprogramm erzielt haben“, berichtet Christina Carlsen, die in Kopenhagen die Interessen der dänischen Regionen bei den Krankenhausbauten gegenüber der Zentralregierung vertritt. Darüber hinaus hebt sie hervor, dass der finanzielle Rahmen für die Bauvorhaben knapp bemessen sei: „Wir hatten das doppelte Budget beantragt.“ Darum müssten Projekte immer wieder angepasst werden, um das Budget einhalten zu können.

Zudem könnten die Regionen nur schwer voneinander lernen, weil zahlreiche Bauten nahezu zeitgleich realisiert würden, so Christina Carlsen. „Aber ein Nacheinander wäre politisch nicht akzeptiert worden, weil sonst einzelne Regionen jahrzehntelang auf neue Kliniken und den damit einhergehenden Qualitätssprung hätten warten müssen.“ Immerhin: Seit 2010 tauschen sich die Regionen systematisch über ihre Erfahrungen beim Krankenhausbau aus – Besuche in Hvidovre im Muster-Patientenzimmer inklusive.

**Hotel für Patienten vom Land.** Weniger Krankenhausstandorte mit mehr Qualität bei einer durchschnittlichen Verweildauer der Patienten von schon jetzt weniger als vier Tagen – wie soll das angesichts einer steigenden Zahl älterer Patienten gehen, wie wohnortnah kann stationäre Behandlung dann noch sein? Hinzu kommt die Frage nach der Notfallversorgung: Wie sicher dürfen zum Beispiel Herzinfarkt- und Schlaganfallpatienten sein, dass im Fall der Fälle die Wege zum nächsten Krankenhaus nicht zu lang werden? Die Antwort der Dänen darauf heißt: elektronische Vernetzung, effizientere Arbeitsabläufe in den Hospitälern und sogenannte Patientenhotels.

Das „Rigshospitalet“ in Kopenhagen etwa – es ist mit knapp 1.200 Betten und 8.300 Beschäftigten das größte Hospital des Landes – bietet in seinem „Patientenhotel“ bis zu 76 Krebskranken aus anderen Landesteilen Unterkunft. „Zum Teil reisen sie 300 bis 400 Kilometer von Zuhause an und bleiben über mehrere Wochen“, erläutert Henrik Eriksen, Ärztlicher Direktor des Rigshospitalet. Im Gegenzug können die Gäste des Patientenhotels sicher sein, auf Ärzte und Pflegekräfte mit großer Erfahrung zu treffen. Und anders, als der Begriff „Hotel“ vermuten



Wegen der großen Nachfrage fand die G+G-Studienreise sogar zwei Mal statt. Dabei stand das Klinikum im Kopenhagener Vorort Hvidovre ...



... ebenso auf dem Programm wie eine Stippvisite im Bispebjerg Hospital im Herzen der Hauptstadt.



Heimstatt: Im „Patientenhotel“ in Kopenhagen wohnen Krebspatienten aus dem ganzen Land während der Therapie.

Klartext: Nicht nur Gesundheits-Staatssekretär Per Okkels (links) nahm sich Zeit für die deutschen Besucher.





### „Eine starke Vision“

**Prof. Dr. Petra Thürmann**  
ist Pharmakologin, Mitglied im  
Sachverständigenrat Gesundheit  
und Teilnehmerin der  
G+G-Studienreise nach Dänemark.

**Frau Thürmann, was hat Sie an den dänischen Krankenhäusern am meisten beeindruckt?**

**Petra Thürmann:** Da gibt es vieles, sowohl strukturell-organisatorische als auch baulich-technische Aspekte. Vor allem aber ist es bemerkenswert, dass ein Land für eine Gesundheitsreform seine Regionen und Kreise ganz neu zuschneidet, einzig und allein geleitet von der Vision einer zukunfts-trächtigen Gesundheitsversorgung.

**Welche Impulse haben Sie für Ihre Arbeit im Sachverständigenrat mitgenommen?**

**Thürmann:** Die Barrieren zwischen ambulanter und stationärer Versorgung müssen abgebaut werden. Dabei muss man wissen, dass die gerne zitierten kurzen Verweildauern in Dänemark nur mit erheblich mehr Personal gelingen, als an deutschen Kliniken vorhanden ist. Und mit einer geregelten Weiterversorgung von Patienten, die nach der Entlassung noch Unterstützung brauchen.

**Haben Sie einen Rat für die deutsche Politik?**

**Thürmann:** Wenn wir ein leistungsstarkes und personell gut ausgestattetes Gesundheitswesen wollen, müssen wir die Krankenhauslandschaft verändern. Einerseits müssen Leistungsbereiche konzentriert werden, andererseits brauchen wir eine wohnortnahe stationäre Betreuung – nicht so sehr medizinisch-technisch, sondern eher pflegerisch auf hohem Niveau. ■

Die Fragen stellte Anja Schnake, Redakteurin beim KomPart-Verlag.

lässt, steht die Einrichtung prinzipiell allen gesetzlich Kranken-versicherten in Dänemark offen – eine private Krankenversicherung, die den gesetzlichen Versicherungsschutz ersetzt, gibt es im Königreich nicht.

Doch nicht nur der freie Zugang für alle Einwohner ist typisch für das dänische Gesundheitswesen, sondern auch der breite Einsatz von E-Health und Telemedizin. So ist ein Großteil der Notarztwagen digital mit den Kliniken des Landes und den dort tätigen Notärzten verbunden. Patienten mit Verdacht auf Herzinfarkt etwa legen die Rettungskräfte sofort ein EKG an, überspielen die Daten per Telemetrie in die Klinik, schalten bei Bedarf per Video den Arzt zu, geben auf Anweisung Medikamente und bereiten schon im Rettungswagen den Patienten so vor, dass in der Klinik direkt der kardiologische Eingriff erfolgen

kann. Der Weg bis zum nächsten Krankenhaus mit einer auf Herzinfarkte spezialisierten Abteilung kann dann allerdings schon einmal mehr als 120 Kilometer lang sein, wie dänische Notfallexperten einräumen.

**Richtige Behandlungsstufe.** Dennoch ist die Sterblichkeitsrate in Dänemark bei Herzinfarkten im OECD-Vergleich deutlich geringer als in Deutschland, was nicht zuletzt an der schon jetzt hohen Spezialisierung der Kliniken liegen dürfte. Selbst das 700-Betten-Haus in Hvidovre behandelt in seiner Notaufnahme keine Schlaganfall- oder Herzinfarkt-Patienten. „Die Notfallwagen fahren in der Region Kopenhagen entweder direkt zum Rigshospitalet oder wir schicken Patienten umgehend dort hin, weil dort die Spezialisten arbeiten“, sagt Oberarzt Christian Rasmussen. Allein im vergangenen Jahr hat das Krankenhaus in Hvidovre mehr als 80.000 stationäre und über 500.000 ambulante Patienten versorgt. Denn anders als in Deutschland decken die Kliniken des Landes auch die gesamte fachärztliche ambulante Versorgung ab – neben den 3.500 niedergelassenen Hausärzten gibt es nur wenige Spezialisten

**Rettungswagen steuern nach einem Herzinfarkt spezialisierte Kliniken und Ambulanzen an.**

in eigener Praxis. Angesichts der hohen Fallzahlen und der Budgetvorgaben durch die Regionen ist es für die Kliniken umso wichtiger, die jeweils richtige Behandlungsstufe zu wählen: In jeder Schicht fungiert ein Mediziner als sogenannter Flowmaster, der – unterstützt von einer leitenden Pflegekraft mit Hochschuldiplom – für einen medizinisch möglichst reibungslosen Fluss der Patienten in der Klinik sorgt.

**App für jeden Arzt.** Im Neubau der Notaufnahme in Hvidovre soll künftig alles noch effizienter vonstatten gehen. „Die Ambulanzen der verschiedenen Fachrichtungen sind dann an einem Ort vereint und nicht mehr im Krankenhaus verteilt“, erläutert Oberarzt Rasmussen. Die Wege werden also kürzer. Das lässt sich über andere große Neubauten nicht sagen. In Aarhus etwa beträgt die größte Entfernung innerhalb des Krankenhauses 4,1 Kilometer. Auch hier soll elektronische Vernetzung helfen: Ebenso wie alle Betten, Rollstühle und sonstiges medizinisches Equipment sind dort Ärzte, Schwestern und Therapeuten technisch so ausgestattet, dass ihr Aufenthaltsort und ihre Wege transparent werden. „Der Workflow in einem so großen Haus lässt sich leichter patientengerecht organisieren, wenn man weiß, wo der nächste Kollege ist. Statt Arbeitszeit mit Laufen und Suchen zu verschwenden, bleibt mehr Zeit für die Patienten“, sagt Softwarespezialist Jens Peder Rasmussen. Seinen Angaben zufolge haben die Gewerkschaften dem Personal-Tracking per App unter der Maßgabe zugestimmt, dass die Daten am nächsten Tag gelöscht werden.

Wie aufgeschlossen unsere dänischen Nachbarn der Digitalisierung gegenüber stehen, zeigt auch die Erfolgsgeschichte des staatlichen nationalen Internetportals „sundhed.dk“. Bereits seit 2003 ist die Website online, mit deren Hilfe jeder Patient Einblick

in seine passwortgeschützte, vollständige elektronische Patientenakte nehmen kann. Gleiches gilt prinzipiell für alle Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten und Apotheker des Landes, ganz gleich, ob sie ambulant oder stationär tätig sind. Der technische Trick dabei: sundhed.dk greift dezentral auf bereits bestehende elektronische Akten beziehungsweise Datenbestände zurück und bildet diese dann lediglich im Internet ab. „Wir erstellen also im eigentlichen Sinne keine eigenständige elektronische Akte, was den Aufwand erheblich reduziert“, sagt Morten Elbaek, Geschäftsführer von sundhed.dk. Der laufende Betrieb des Portals kostet seinen Angaben zufolge nur 9,5 Millionen Euro im Jahr, die Anfangsinvestitionen lagen sogar bei nur 8,5 Millionen Euro – kaum zu glauben angesichts der Summen, die in Deutschland bislang in die Entwicklung der elektronischen Gesundheitskarte geflossen sind.

**Etlche Hausärzte hadern.** Sundhed.dk stößt auf große Akzeptanz bei Patienten und Hausärzten. Die Allgemeinärzte indes – sie betreuen im Schnitt 1.600 fest bei ihnen eingeschriebene Patienten – empfinden sich vielfach als Lastesel des Gesundheitssystems und hadern mit der Klinikreform, die zu noch kürzeren Krankenhaus-Verweildauern führen soll und damit zu einer noch größeren Arbeitsbelastung des ambulanten Sektors in der Vor- und Nachsorge von Patienten.

Wenig erfreut sind die niedergelassenen Mediziner etwa darüber, dass über die zentrale Rufnummer „1813“ außerhalb der Praxisöffnungszeiten seit gut zwei Jahren ein von der Hauptstadtregion getragenes medizinisches Callcenter Patienten rund um Kopenhagen den richtigen Behandlungspfad weist. Die erfahrenen Krankenschwestern dort können den Anrufern unter anderem freie Kapazitäten in einer der Klinikambulanzen nennen und so Wartezeiten dort verkürzen. Ergibt die Befragung anhand von computerunterstützten medizinischen Leitfäden jedoch, dass ein Besuch des Hausarztes am nächsten Tag ausreicht, erhalten die Allgemeinärzte eine entsprechende Information – ebenso wie über einen Besuch in der Klinikambulanz.

## Mehr Personal

Dänische Ärzte und Pflegekräfte protestieren zwar immer wieder gegen den Kostendruck im Gesundheitswesen, aber die Kritik am Umbau der Kliniklandschaft hält sich in Grenzen. Durch die Konzentration der Standorte verlängern sich zwar die Wege zur Arbeit, aber die Personalquote in den verbleibenden Häusern wird besser. Indes kann sich die Personalausstattung schon heute sehen lassen. Ein 700-Betten-Haus wie das Hospital im Kopenhagener Vorort Hvidovre beschäftigt mehr als 1.000 Mediziner, ein Klinikum vergleichbarer Größe in Deutschland erheblich weniger. Dafür müssen die Klinikärzte in Dänemark die gesamte ambulante fachärztliche Versorgung abdecken – niedergelassene Spezialisten gibt es im Königreich kaum. Wie in anderen skandinavischen Ländern auch haben die Pflegekräfte in Dänemark eine deutlich stärkere Position im Gesundheitswesen als hierzulande. Experten führen das nicht nur auf eine einheitliche Ausbildung mit Bachelor-Abschluss zurück, sondern auch auf einen größeren gewerkschaftlichen Organisationsgrad – das erhöht die politische Schlagkraft der Pflege enorm.

## E-Health ist Alltag

Nutzungsgrad der sundhed.dk-Plattform für verschiedene Anwendungen innerhalb des Gesundheitssystems

Anwendung	in Prozent
Hausärzte führen elektronische Patientenakten	100
Austausch von elektronischen Patientenakten zwischen Hausärzten	98
Elektronische Übertragung von Labor-Testergebnissen zwischen Krankenhaus und Hausarzt	100
Elektronisches Rezept	99
Krankenhauseinweisungen auf elektronischem Weg	97
Elektronische Überweisungen an Fachärzte bzw. Psychologen	100

Bereits seit 2003 ist das nationale E-Health-Portal „sundhed.dk“ im Einsatz. Nicht nur Patienten nutzen ihre dort hinterlegte elektronische Gesundheitsakte, sondern auch Hausärzte und Kliniken machen von dem Portal regen Gebrauch.

Quelle: Ministry of Health 2017

Freddy Lippert, Chef der Emergency Medical Services in Kopenhagen und damit auch verantwortlich für das Callcenter, geht davon aus, dass die Zahl der Patientenkontakte zu den Notaufnahmen durch die „1813“ um etwa zehn Prozent gesenkt werden konnte. Wasser auf die Mühlen der Hausärzte sind Medienberichte, dass Krankenschwestern in dem Callcenter Fälle von Hirnhautentzündung nicht erkannt und die Patienten nicht gleich in die Notaufnahme einer Klinik geschickt haben sollen. Lippert: „Aber auch Ärzte diagnostizieren nicht alles richtig.“

**Hausaufgaben für Kommunen.** „Im Moment haben wir nicht nur Freunde“, räumt Per Okkels mit einem leicht gequälten Lächeln ein. Der Staatssekretär im Kopenhagener Gesundheitsministerium geht davon aus, dass „vor dem Hintergrund der Reformen zwar schon viele Allgemeinärzte positiv in die Zukunft sehen. Es bleibt aber noch die schwere Aufgabe, auch die restlichen Hausärzte zu überzeugen. Das ist schade, denn in einer alternden Gesellschaft brauchen immer mehr Patienten einen Lotsen, der sie auf ihrem Weg durch das Gesundheitswesen begleitet und ihre Behandlung koordiniert.“ Zugleich gelte es, die Auswirkungen der Klinikreform und der kürzeren stationären Liegezeiten auf die ambulante ärztliche Versorgung sorgfältig zu beobachten und dabei auch die 98 dänischen Kommunen nicht aus dem Blick zu verlieren, die für Pflege und Rehabilitation zuständig sind: „Hier warten teilweise große Herausforderungen auf die Gemeinden.“ Für Per Okkels steht dennoch fest, dass es zum Super-Hospital-Programm keine Alternative gibt: „Alle dänischen Politiker wollen den freien und gleichen Zugang zum Gesundheitswesen erhalten. Das geht nur, wenn wir die Qualität und Effizienz des Systems weiter erhöhen. Und dazu tragen die neuen Kliniken entscheidend bei.“ ■

# Europas Richter stärken Geschädigte

Nationale Regelungen dürfen geschädigten Arzneimittelverbrauchern die Beweisführung gegen Pharmakonzerne erleichtern. Ernsthafte, klare und übereinstimmende Indizien können reichen, um der Beweislast Genüge zu tun. Dies hat der Europäische Gerichtshof entschieden. **Von Anja Mertens**

Urteil vom 21. Juni 2017  
– C-621/15 –  
Europäischer Gerichtshof

**Impfungen** gehören zu den größten Erfolgen der Medizingeschichte. Manche, mitunter tödlich verlaufende Krankheiten wie etwa die Pocken konnten so ausgerottet werden. Impfungen retten zudem jedes Jahr weltweit Millionen Menschenleben und haben die Zahl der Infektionserkrankungen erheblich reduziert. Ein fehlerhafter Impfstoff kann allerdings auch zu schweren Krankheiten führen. Dies vermuteten Familienangehörige eines französischen Patienten. Er war zwischen Ende 1998 und Mitte 1999 mit einem von Sanofi Pasteur MSD hergestellten Impfstoff gegen Hepatitis B geimpft worden. Ab August 1999 traten bei ihm gesundheitliche Beschwerden auf. Im November 2000 erhielt er die Diagnose Multiple Sklerose, eine entzündliche Erkrankung des zentralen Nervensystems. Seit Januar 2001 konnte er nicht mehr arbeiten. Sein Gesundheitszustand verschlechterte sich kontinuierlich. Schließlich verstarb er im Jahr 2011. Bereits 2006 hatten er und drei seiner Familienangehörigen Klage gegen den Impfstoff-Hersteller auf Ersatz des Schadens erhoben, der ihm durch den Impfstoff entstanden sei.

**Klage zunächst abgewiesen.** Nach seinem Tod führten die Angehörigen den Prozess weiter. Der verwendete Impfstoff sei fehlerhaft und habe gesundheitliche Schäden verursacht. Hierfür sprächen die zeitliche Nähe zwischen der Impfung und dem Auftreten der ersten Symptome sowie das Fehlen von Vorerkrankungen und familiären Vorbelastungen. Das franzö-

sische Berufungsgericht (Cour d'appel) wies die Klage jedoch zunächst ab, und zwar im Wesentlichen mit der Begründung, es gebe keine wissenschaftlichen Erkenntnisse für einen ursächlichen Zusammenhang zwischen einer Impfung gegen Hepatitis B und dem Auftreten von Multipler Sklerose. Die Gesundheitsbehörden verneinten den Zusammen-

**Die Beweislast obliegt dem Geschädigten. Die Beweisführung zu erleichtern, ist zulässig, sagt der Gerichtshof.**

hang. Auch eine jüngere medizinische Veröffentlichung sei zu dem Schluss gekommen, dass beim Auftreten der ersten Symptome der Krankheitsprozess wahrscheinlich schon Monate oder Jahre vorher begonnen habe.

Daraufhin reichte die Familie Beschwerde beim Kassationsgerichtshof (Cour de cassation) ein. Dieser setzte das Verfahren aus und wandte sich an den Europäischen Gerichtshof (EuGH). Vorab wollte er von den Luxemburger Richtern wissen, ob sich nationale Gerichte auf ernsthafte, klare und übereinstimmende Indizien stützen können, um den

Fehler eines Impfstoffs und den ursächlichen Zusammenhang zwischen Impfstoff und Krankheit festzustellen, obwohl ein wissenschaftlicher Konsens fehle und die Beweislast nach der europäischen Produkthaftungsrichtlinie 85/374/EWG beim Geschädigten liege.

**Absenken des Beweismaßes erlaubt.** Die Europarichter stellten fest, eine Beweisregelung, wonach das Gericht auf der Grundlage eines Bündels ernsthafter, klarer und übereinstimmender Indizien auf einen Fehler des Impfstoffs und einen ursächlichen Zusammenhang zwischen diesem und einer Krankheit schließen kann, sei mit der Richtlinie vereinbar. Dabei handele es sich nicht um eine Umkehr der Beweislast, denn dem Geschädigten obliege für diese Indizien die Darlegungslast.

Als Begründung verwies der EuGH auf die Ziele des EU-Produkthaftungsrechts. Würden nur sichere Beweise zugelassen, die auf medizinischer Forschung basieren, würde der Schutz von Sicherheit und Gesundheit der Verbraucher und die gerechte Verteilung der Risiken zwischen Geschädigtem und Hersteller unterlaufen. In vielen Fällen wäre eine Haftung des Herstellers dadurch übermäßig erschwert oder ausgeschlossen. Die nationalen Gerichte müssten aber sicherstellen, dass die vorgelegten Indizien tatsächlich hinreichend ernsthaft, klar und übereinstimmend sind, um den Schluss zu-

## TIPP FÜR JURISTEN



Entscheidungen und Tendenzen im Medizinstrafrecht, Handlungspflichten bei Verdacht auf Fehlverhalten, Patientendatenschutz und Strafrecht – diese und weitere Themen behandelt der „8. Düsseldorfer Medizinstrafrechtstag“ am 11. November in Düsseldorf. Veranstalter sind das Institut für Rechtsfragen der Medizin Düsseldorf und der Deutsche Anwaltverein. Mehr Infos: [www.arge-medizinrecht.de](http://www.arge-medizinrecht.de) > Leistungen > Tagungen

zulassen, ein Produktfehler erscheine unter Berücksichtigung auch der vom Hersteller zu seiner Verteidigung vorgebrachten Beweismittel und Argumente als die plausibelste Erklärung für den Schaden.

### Haftung nach nationalem Recht möglich.

Im vorliegenden Fall könnten die zeitliche Nähe zwischen Impfung und Auftreten der Krankheit, das Fehlen einschlägiger Vorerkrankungen des Betroffenen und seiner Familie sowie das Vorliegen einer bedeutenden Zahl erfasster Fälle, in denen diese Krankheit nach solchen Impfungen aufgetreten sei, dazu führen, dass das nationale Gericht annimmt, der Geschädigte habe seiner Beweislast Genüge getan. Dies könnte insbesondere dann der Fall sein, wenn das Verabreichen des Impfstoffs die plausibelste Erklärung für das Auftreten der Multiplen Sklerose darstellt und der Impfstoff daher nicht die Sicherheit bietet, die berechtigterweise erwartet werden durfte.

Darüberhinaus führten die Luxemburger Richter aus, dass weder der nationale Gesetzgeber noch die nationalen Gerichte eine Beweisregelung einführen dürfen, die es erlaubt, das Vorliegen eines ursächlichen Zusammenhangs automatisch zu begründen, wenn bestimmte konkrete, im Voraus festgelegte Indizien vorliegen. Denn eine auf Vermutungen beruhende Beweisregelung würde die Beweislastverteilung der EU-Richtlinie missachten. ■

**Kommentar:** Obwohl der deutsche Gesetzgeber bereits 2002 zugunsten geschädigter Arzneimittelverbraucher in Paragraf 84 Absatz 2 des Arzneimittelgesetzes eine Kausalitätsvermutung normierte, hatten Geschädigte infolge der höchstrichterlichen Rechtsprechung so gut wie keine Chance, den Kausalitätsnachweis zu erbringen (*Urteil des BGH vom 26. März 2013, Aktenzeichen VI ZR 109/12; G+G 7-8/2013, Seite 42–43*). Mit dem EuGH-Urteil ist die restriktive BGH-Rechtsprechung nicht mehr aufrechtzuerhalten. Die Beweismaßreduktion beim Nachweis des Fehlers und der Kausalität ist künftig auch von deutschen Gerichten zu berücksichtigen.

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

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



# Würdesäule.

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

**[brot-fuer-die-welt.de/bildung](http://brot-fuer-die-welt.de/bildung)**  
IBAN: DE10 1006 1006 0500 5005 00

**Brot  
für die Welt**

Würde für den Menschen.

Mitglied der **actalliance**

## SACHSEN/THÜRINGEN

## Bedürftige schöpfen Leistung nicht aus

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit einem Pflegegrad von 1 bis 5 haben zusätzlich zu ihren Pflegeleistungen Anspruch auf einen zweckgebundenen Betrag in Höhe von 125 Euro monatlich. Dennoch hat dieses Jahr bislang nur rund die Hälfte der zu Hause lebenden pflegebedürftigen Menschen in Sachsen und Thüringen den Entlastungsbetrag beantragt, wie die AOK PLUS mitteilte. „Wir wollen die Pflegebedürftigen ermutigen, diese Leistung verstärkt in Anspruch zu nehmen“, betonte **Rainer Striebel**, Vorstandschef der Kasse. „Denn mit diesem Entlastungsbetrag unterstützen wir ein selbstbestimmtes Leben im eigenen Zuhause auch bei pflegebedürftigen Menschen. Soziales Leben ist ein sehr wichtiger Bestandteil der Lebensqualität.“ Der Entlastungsbetrag kann für Angebote im Alltag genutzt werden – etwa zum Einkaufen, Wäsche waschen, aber auch für Botengänge bis hin zur Begleitung zur Selbsthilfegruppe oder zum Kaffee-Treff. ■



Einkauf: Pflegekassen bieten Angebote zur Entlastung im Alltag.

## RHEINLAND-PFALZ/SAARLAND

## Fördergelder für gesunde Kommunen

Kommunen in Rheinland-Pfalz und dem Saarland können sich mit einem Konzept bei der AOK bewerben, um Fördergelder für individuelle Präventionsprojekte in „Lebenswelten“ oder auch „Settings“ zu erhalten. Das können beispielsweise Kindergärten, Schulen oder auch Betriebe sein: „Unser Ziel ist, dass Gesundheit von den Bürger-

innen und Bürgern erlebt und gelebt wird“, sagte **Udo Hoffmann**, Beauftragter des Vorstandes der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Das Gesamtkonzept „Gesunde Kommunen“ spreche alle an und schließe niemanden aus. Wichtig sei, dass die Entscheidungen in der Kommune im Rahmen eines übergreifenden Gesamtkonzepts getroffen würden und auf eine dauerhafte Veränderung von Rahmenbedingungen und Verhaltensweisen abzielten, betonte AOK-Experte Hoffmann. ■

## AOK-BUNDESVERBAND

## Hilfe bei der Suche nach Geburtsklinik

Werdende Eltern, die eine passende Geburtsklinik suchen, bekommen im AOK-Krankenhausnavigator jetzt noch mehr Orientierung: Neben Fallzahlen und Qualitätsinformationen sind nun auch bundesweit Ergebnisse zur Zufriedenheit mit den einzelnen Geburtsabteilungen abrufbar. Grundlage für die Ergebnisse ist die größte Patientenbefragung in Europa: Bislang wurden dabei mehr als 300.000 Mütter angeschrieben – rund 87.500 haben geantwortet. Neben der AOK beteiligt sich auch die Barmer an dem gemeinsamen Projekt mit der Weissen Liste. Die ersten Ergebnisse zeigen, dass die Zufriedenheit mit den Geburtskliniken groß ist: Die Weiterempfehlungsrate liegt im Schnitt bei 83 Prozent. Der genaue Blick auf einzelne Kliniken zeigt jedoch auch klare Unterschiede: Während zwei von drei Kliniken Zufriedenheitswerte von über 80 Prozent erreichen, fällt rund jede zehnte Klinik unter 75 Prozent. ■

## AOK aktuell

### Immer mehr junge Menschen erkranken an Diabetes

Die AOK Sachsen-Anhalt verzeichnet einen Anstieg bei an Diabetes erkrankten Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Stieg die Zahl der bei der Kasse versicherten Diabetes-Kranken im Alter von 0 bis 25 Jahren in den Jahren 2012 bis 2015 nur geringfügig von 426 auf 505, so nahm sie in der Gruppe der 25- bis 35-Jährigen im selben Zeitraum um 27 Prozent zu (2012: 908 Erkrankte, 2015: 1.154). Die Ursache liege vor allem in falscher Ernährung. Die AOK setze sich daher für ein Verbot von Werbung für stark zuckerhaltige Produkte ein, die speziell an Kinder gerichtet ist. Zudem sei auf Lebensmitteln „laienverständlich“ zu kennzeichnen, wie viel Zucker sie enthielten. Der AOK-Bundesverband hatte

kürzlich in Berlin den 1. Zuckerreduktionsgipfel abgehalten. Eingeladen waren Wissenschaftler, Ärzte, Politiker sowie Vertreter der Lebensmittelindustrie. Neben den gesundheitlichen Folgen eines erhöhten Zuckerkonsums ging es um Marketingstrategien der Lebensmittelindustrie, Möglichkeiten der Prävention und der Blick ins Ausland. Als vorbildlich in Sachen Zuckerreduktion gilt Großbritannien. Dort gibt es längst ein Werbeverbot und Steuer auf Getränke mit zugesetztem Zucker. ■



Fotos: iStockphoto/FredFroese/fotografix

## Gesund fliegen mit neuer App

Die AOK Bayern hat ihr App-Angebot um das Thema gesundes Fliegen erweitert. Die Reise-App wurde gemeinsam mit Ärzten und Apothekern entwickelt und unterstützt bei gesundheitlichen Fragen vor, während und nach dem Flug. Allen, die sich für gesundes Reisen interessieren, steht die App zum kostenfreien Download bereit. Die App informiert schon vor dem Flug über Reiseimpfungen oder Fragen zum Krankenversicherungsschutz im Ausland. Während des Fluges veranschaulichen Übungs-Videos, wie man sich am besten entspannen kann. Zudem gibt es Tipps gegen Flugangst, Reiseübelkeit und Jetlag. Nach dem Flug stehen ein Medizinwörterbuch und ein Sonnenschutzrechner bereit. Die AOK Bayern bietet insgesamt elf Apps an. Das Themenspektrum reicht von Arztsuche über Ernährung, Entspannung bis hin zu gesundem Reisen. ■

## RHEINLAND/HAMBURG

### Gemeinsam aktiv und fit bleiben

Erstmals hat die AOK Rheinland/Hamburg im Rahmen ihrer Initiative „Starke Kids Netzwerke“ einen Sonderpreis für generationenübergreifende Projekte verliehen. Mit dem Sonderpreis und Preisgeldern in Höhe von insgesamt 9.000 Euro werden Projekte ausgezeichnet, die dem demografischen Wandel Rechnung tragen, das Verständnis füreinander fördern und so einen Beitrag zur Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit leisten. Beworben hatten sich 58 Pro-



Informationen via Smartphone: Eine neue App gibt Flugreisenden Gesundheitstipps.

jekte. „Solidarität und gelebtes Miteinander sind ein starker Grundpfeiler unserer Gesellschaft. Die von uns ausgezeichneten Projekte sind der Beweis, dass in Kitas und Schulen, Vereinen, Senioreneinrichtungen und Kommunen diese Werte gelebt werden“, sagte **Rolf Buchwitz**, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der AOK Rheinland/Hamburg. Zusammen mit **Jan Fitschen**, Langstreckenläufer und Europameister von 2006, übergab er die Auszeichnungen. Der mit 3.000 Euro dotierte Sonderpreis geht an die Bürgerstiftung Dormagen mit dem Projekt „Startklar – fit für die Sekundarstufe I“. Weitere Preise in Höhe von jeweils 2.000 Euro gehen an die Katholische KiTa St. Gereon das Altenheim Haus Berg, die St. Martin Grundschule, die Polizei und die Kindervilla aus Hückelhoven für ihr gemeinsames Verkehrssicherheitsprojekt „Alt hilft Jung und Jung hilft Alt“ sowie an den Sportverein Hilden-Ost 1975 für das Projekt „Bewegungsförderung von Jung und Alt – Mobiler Mit-Mach-Zirkus“. ■

## NORDOST

### Kooperation mit „Demenz Partner“

Die AOK Nordost kooperiert seit Kurzem mit der Initiative „Demenz Partner“ der Deutschen Alzheimer Gesellschaft. Ziel sei es, unter Federführung der AOK Pflege Akademie möglichst viele der über 5.000 Mitarbeiter der Gesundheitskasse zum „Demenz Partner“ zu schulen. Laut Kasse ist der Anteil der an Demenz erkrankten Menschen in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern allein in den vergangenen fünf Jahren um 1,8 Prozent gestiegen. „Das Thema Demenz geht nicht nur Pflegeprofis und unmittelbar Betroffene etwas an, sondern uns alle“, sagte AOK-Vorstand **Frank Michalak**. Der Kurs zum „Demenz Partner“ vermittele das Wichtigste über das Krankheitsbild. „Das hilft uns nicht nur, Versicherten richtig zu begegnen, sondern auch Betroffenen in der eigenen Familie, im Bekanntenkreis oder in der Nachbarschaft. So können wir es

gemeinsam schaffen, dass pflegebedürftige Menschen trotz Demenz so lange wie möglich zu Hause leben können.“ Die Initiative „Demenz Partner“ wurde 2016 ins Leben gerufen. Sie wird vom Bundesgesundheitsministerium gefördert und vom Familienministerium unterstützt. Bundesweit leiden schätzungsweise 1,6 Millionen Menschen an Demenz. ■

## Telegramm

**+++** Die AOK hat die **positive Finanzentwicklung** des ersten Quartals im laufenden Jahr verstetigt. Der Überschuss wuchs innerhalb der ersten sechs Monate des Jahres auf rund 650 Millionen Euro, teilte die Gesundheitskasse mit. „Die konsequente Ausrichtung unseres Geschäftsmodells auf Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zahlt sich jetzt aus“, sagte der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes Martin Litsch. **+++ Kreislaufkrankungen sind noch immer die häufigste Ursache für einen Krankenhausaufenthalt** in Schleswig-Holstein. Mehr als 31.000 Mal wurden AOK-Versicherte deshalb im vergangenen Jahr in eine Klinik eingewiesen. Dies teilte die AOK NordWest auf Basis aktueller Auswertungen mit.

## Kommunikation Forschung richtig vermitteln

Zwischen der Wissenschaft und den Medien herrscht nicht selten ein angespanntes Verhältnis. Während die Forscher ein bis ins Detail genaues Abbild ihrer Arbeit – inklusive Fachsprache – wünschen, suchen die Journalisten darin oftmals vor allem jene Nach-



richten, die die große Mehrheit der Leserschaft anzieht, inklusive Skandalisierung. Die beiden Herausgeberinnen Wiebke Lesch und Antje Schütt wollen mit ihrem Band zur Verständigung zwischen den beiden Berufsgruppen beitragen. Sie ha-

ben darin jene Themen zusammengetragen, mit denen sich unterschiedliche Akteure der Gesundheitsforschung in einer Arbeitsgruppe beschäftigt haben. Herausgekommen ist ein Praxisbuch, in dem grundlegend reflektiert wird, wie Institutionen der Gesundheitsforschung eine strategische Kommunikation aufbauen und planen können. Auch finden sich konkrete Hinweise, wie Kommunikationskonzepte effektiv zu entwickeln sind. Interessant ist insbesondere das zweite Kapitel. Susanne Glasmacher, Pressesprecherin des Robert Koch-Instituts, und Christina Berndt, Wissenschaftsjournalistin der Süddeutschen Zeitung, berichten darin aus ihrem beruflichen Alltag. Die weiteren Kapitel befassen sich mit Patienten als Zielgruppe und Regeln einer internen Organisationskommunikation.

*Wiebke Lesch, Antje Schütt (Hrsg.): Gesundheitsforschung kommunizieren, Stakeholder Engagement gestalten. 2017. 210 Seiten. 49,95 Euro. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.*

## Gesellschaft Die Entzauberung gängiger Mythen

Professor Manfred Spitzer, ärztlicher Direktor der psychiatrischen Uniklinik Ulm, geht in seinem aktuellen Buch einzelnen modernen Legenden und Überzeugungen nach. In kurzen Aufsätzen durchforstet er diese nach ihrem wahren Gehalt. Der Bestsellerautor entzaubert gängige Wirtschaftsmythen und die Technikbegeisterung als überdrehte Hypes unserer Zeit. Beispielsweise wird aus seiner Sicht die Digitalisierung als Prozess der Umwälzung deutlich überschätzt. Dass von ihr eine disruptive Kraft ausgeht, die die Gesellschaft in Verlierer und Gewinner spaltet, hält er für überzogene Angstmacherei. Auch die moderne Informationstechnologie, so seine Prognose, wird nicht unser gesamtes Wirtschaftsleben revolutionieren. Aus neurowissenschaftlicher Sicht blickt Manfred Spitzer auch auf die soziale Ungleichheit, denn Armut ist für ihn eine biologisch-medizinische Herausforderung. Jedes menschliche Gehirn brauche



vom ersten Lebenstag an ausreichend Nahrung. Werde es zu wenig oder zu unsystematisch stimuliert, verkümmere es. Das habe gravierende Folgen. Ein Leben in unsicheren Verhältnissen, ein familiäres Miteinander, das als bedrohlich erfahren wird, löse vor allem Stress im Organismus aus. Das Kind bleibe in seiner Entwicklung zurück, verstehe die Signale seiner Umwelt schlecht und entwickle nicht die Fähigkeiten, die in ihm schlummern.

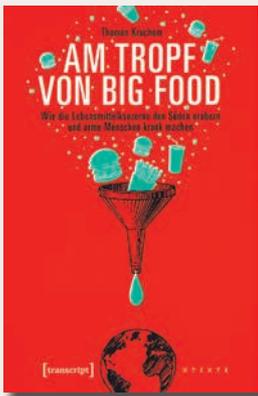
*Manfred Spitzer: Früher war alles später ... und heute zerreißen wir (uns) so schnell es geht. 2017. 290 Seiten. 19,99 Euro. Verlag Schattauer, Stuttgart.*

### SEMINARE | TAGUNGEN | KONGRESSE

<p>■ <b>16. EUROPÄISCHER GESUNDHEITSKONGRESS</b></p>	<p>Digitalisierung, Qualität als Vergütungskriterium, innovative Notfallmedizin, Pflegeforum</p>	<p>12.–13.10.2017 München</p>	<p>WISO S.E. Consulting GmbH c/o Kongress- und Kulturmanagement GmbH Postfach 3664, 99407 Weimar</p>	<p>Tel.: 0 36 43/24 68-118 Fax: 0 36 43/24 68-31 info@gesundheitskongress.de www.gesundheitskongress.de</p>
<p>■ <b>AMBULANTE SPEZIALFACHÄRZTLICHE VERSORGUNG (ASV)</b></p>	<p>Sektorenübergreifende Versorgung, Kooperationen, Vergütung, Qualitätssicherung</p>	<p>27.10.2017 Berlin</p>	<p>ZENO Veranstaltungen GmbH Neuenheimer Landstraße 38/2 69120 Heidelberg</p>	<p>Tel.: 0 62 21/58 80-80 Fax: 0 62 21/58 80-810 info@zeno24.de www.zeno24.de</p>
<p>■ <b>REHAFORUM 2017</b></p>	<p>Sektorenübergreifende Versorgung, Versorgungsqualität, Digitalisierung in der Reha</p>	<p>6.–7.11.2017 Düsseldorf</p>	<p>MCC – The Communication Company Scharnhorststraße 67a 52351 Düren</p>	<p>Tel.: 0 24 21/1 21 77-0 Fax: 0 24 21/1 21 77-27 mcc@mcc-seminare.de www.mcc-seminare.de &gt; Gesundheit</p>
<p>■ <b>ZENTRALE NOTAUFNAHME: KONZEPTION, FINANZIERUNG UND PROZESSE</b></p>	<p>Sektorenübergreifende Neustrukturierung der Notfallversorgung, Abrechnung, Finanzierung</p>	<p>9.–10.11.2017 Hannover</p>	<p>WOKwissen Palisadenstraße 48 10243 Berlin</p>	<p>Tel.: 0 30/49 85 50 77 Fax: 0 30/49 85 50 78 info@wokwissen.de www.wokwissen.de &gt; Veranstaltungen</p>
<p>■ <b>22. HANDELSBLATT-JAHRESTAGUNG „HEALTH“</b></p>	<p>Wettbewerb GKV/PKV, Morbi-RSA, Arzneimittelversorgung, Arztinformationssystem, Telemedizin</p>	<p>11.–12.12.2017 Berlin</p>	<p>Handelsblatt GmbH c/o Euroforum Deutschland SE Prinzenallee 3 40549 Düsseldorf</p>	<p>Tel.: 02 11/96 86-3862 anmeldung@euroforum.com www.euroforum.de/health</p>

## Ernährung Böses Spiel mit Sorglosen

Die Nahrungsmittelindustrie ist das Problemkind moderner Gesellschaften. Denn Lebensmittel entlarven sich leider oft als Lockmittel, um beim Konsumenten Sucht und Gier zu entfachen. Dies ist auch vielen Verbrauchern in Deutschland gar nicht bewusst. Eine Studie des Max-Planck-Instituts für Bildungsforschung belegte jüngst, dass 92 Prozent der Eltern den Zuckergehalt eines handelsüblichen Fruchtjoghurts deutlich unterschätzten. Sie mutmaßten, dass darin nur vier statt der tatsächlichen elf Zuckerwürfel enthalten



sein. Thomas Kruchem beleuchtet jetzt die globalen Strategien der Big Food, der multinationalen Nahrungsmittelindustrie. Danach versuchen Großkonzerne, mit neuen Vermarktungsstrategien offenbar die Ärmsten der Armen an Junkfood zu gewöhnen. Um Instantnudeln, Kekse, Chips, überzuckerte Drinks auch für die kleinsten Portemonnaies erschwinglich zu machen, werden sie in Schwellen- und Entwicklungsländern in Mini-Portionen angeboten, die für wenig Geld zu haben sind. Eine Folge ist, dass weltweit die Fettleibigkeit zunimmt. Den Versprechungen der Nahrungsmittelindustrie sei daher

nicht mehr zu vertrauen. Vielmehr gelte es, deren Handeln über Steuern, Beschränkung der Vermarktung und strengen Vorgaben für Lebensmittel deutlich einzuzugrenzen.

*Thomas Kruchem:*  
**Am Tropf von Big Food.**  
2017. 214 Seiten. 19,99 Euro.  
Transcript Verlag, Bielefeld.

## Altern Zur Erinnerung ermutigt

Um fürs Leben zu werben, hat Uwe Böschmeyer ein Buch über das Älterwerden verfasst. So schreibt es der anerkannte Psychotherapeut im Vorwort. Sein Anliegen ist es, die Leserschaft zu ermutigen, sich mit ihrer Vergangenheit auseinanderzusetzen und zu versöhnen. Denn das eigene Leben ist nicht etwas, was Menschen einfach nur schicksalhaft erdulden, sondern mit ihren Handlungen und Entscheidungen auch gestaltet haben. Manche Erlebnisse, mancher eingeschlagene Weg mag im Rückblick als Irrweg erscheinen oder sich sogar als Fehler erweisen. Wenn Menschen sich ihren Erinnerungen bewusst stellen, hängen sie nicht auf grüblerischer Weise der Vergangenheit nach, sondern befreien sich für die Gegenwart und Zukunft. Erst wenn wir auch die



„schmerzhaften Erinnerungsfesseln“ bearbeiten und emotional abgestreift haben, können wir uns dem Hier und Jetzt zuwenden. Vor allem im Alter drängen sich diese Fragen in den Vordergrund. Denn dann geht es meistens darum zu entscheiden, wie wir in der noch bevorstehenden Zeit leben wollen, welche Beziehungen

gestärkt oder geklärt werden müssen. Für Uwe Böschmeyer ist klar: Das Leben kann bis zum Tod als sinnvoll erlebt werden. Eine überflüssige Zeit gibt es nicht.

*Uwe Böschmeyer: Wie Sie beim Altern ganz sicher scheitern.* 2017. 230 Seiten. 24 Euro. Ecowin Verlag, Salzburg.

# Zeitschriftenschau

## ■ Ethikkommissionen: Bei Bundesoberbehörde registrieren lassen

In Deutschland gibt es über 50 Ethikkommissionen, die Universitäten, berufsständische Vereinigungen und Länder eingerichtet haben. Der Ulmer Rechtsanwalt Hans-Dieter Lippert, der selbst jahrzehntelang Mitglied einer Kommission gewesen ist, analysiert ihren Stellenwert und weist auf die Folgen der neuen EU-Verordnungen hin. Klinische Prüfungen mit Arzneimitteln und Medizinprodukten sowie die Bewertung der In-vitro-Diagnostika setzen künftig die Registrierung bei der Bundesoberbehörde voraus. Dies würden aber viele Kommissionen scheuen. Ihre Entscheidungsträger sollten den erheblichen Bedeutungsverlust bedenken, so Lippert. Denn Nichtregistrierte könnten nur noch berufsrechtlich beraten.

Versicherungsrecht 13/2017, Seite 793–795

## ■ Schadhafte Brustimplantate: Nationale Gerichte am Zug

Kann im Fall der mit Industriesilikon gefüllten PIP-Brustimplantate der TÜV als Benannte Stelle gegenüber den geschädigten Patientinnen haften? Jörg Heynemann, Berliner Fachanwalt für Medizinrecht, weist darauf hin, dass der Europäische Gerichtshof klargestellt habe, dass der TÜV bei schuldhaften Pflichtverletzungen schadensersatzpflichtig sei. Die EU-Produkthaftungsrichtlinie diene auch dem Schutz der Patienten. Ob Pflichtverstöße vorlägen, hätten jedoch die Gerichte der EU-Mitgliedstaaten nach nationalem Recht zu bewerten. Zu befürchten sei, dass die Haftung in den einzelnen Ländern unterschiedlich (streng) gehandhabt werde.

Gesundheit und Pflege (GuP) 3/2017, Seite 98–101

## ■ Patientenrechtgesetz: Mehr Rechtssicherheit geschaffen

Vor vier Jahren ist das Patientenrechtgesetz in Kraft getreten und mit ihm die Kodifizierung des Behandlungsvertrags im Bürgerlichen Gesetzbuch. Professor Dr. Karl Otto Bergmann, Rechtsanwalt in Hamm, untersucht, ob die damaligen Erwartungen und Befürchtungen eingetreten sind und wie sich in der Arzthaftung die Regelungen auf das Richterrecht ausgewirkt haben. Zwar habe das Gesetz nicht in allen Fällen für mehr Klarheit gesorgt. Es könne jedoch nicht behauptet werden, dass im Bereich der Patientenrechte die Rechtssicherheit nicht gewonnen hätte.

Versicherungsrecht 11/2017, Seite 661–666

## ■ Selbstverwaltungsstärkungsgesetz: Befugnisse konkretisiert

Mit dem GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz reagierte der Gesetzgeber auf Vorfälle, bei denen die Selbstverwaltung ihre Freiräume in sachfremder Art und Weise genutzt hat. Professor Dr. Otfried Seewald von der Universität Passau stellt die Auswirkungen des Gesetzes auf den GKV-Spitzenverband dar. Es habe dessen Selbstverwaltungsbefugnisse nicht gemindert, sondern konkretisiert. Auch sei die Staatsaufsicht weiterhin auf die rechtliche Kontrolle beschränkt und keine Fachaufsicht eingeführt worden.

Die Sozialgerichtsbarkeit (SGb) 7/2017, Seite 361–369

# Kollege Roboter verändert die Pflege

Heben, tragen, Essen anreichern, Einsamkeit lindern – Roboter nehmen Pflegekräften Arbeit ab. Doch an den meisten Stellen können sie Menschen nicht ersetzen, betont Pflegewissenschaftler **Hartmut Remmers**. Deshalb sei es unabdingbar, die Attraktivität des Berufs zu verbessern.

**Wissenschaftler arbeiten** mit Hochdruck an der Entwicklung von Robotern zur Unterstützung von älteren Menschen, Patienten und Pflegekräften. Ob sich mit diesen technischen Mitteln die physische Arbeitslast verringern, die Pflege- und Lebensqualität effektiv verbessern oder doch nur Personal und Kosten einsparen lassen, ist umstritten. Sicher aber ist, dass Roboter die Pflegekultur stark verändern werden.

In der Pflege eingesetzt, teilweise zur Erprobung, werden Assistenzroboter, die beispielsweise die Medikamentengabe unterstützen. Andere Roboter übernehmen etwa das Anreichen von Essen oder heben und tragen Patienten. Computergesteuerte Wagen halten Pflegeutensilien vorrätig und rollen auf Befehl an den gewünschten Ort. Therapieroboter unterstützen Patienten bei der Mobilisierung, beim Gangtraining in der Klinik und bei häuslichen Übungen, dienen aber auch als Erinnerungs- oder Navigationshilfe. Zu den Therapierobotern gehört die Robbe „Paro“, die auf taktile und verbale Ansprache mit Bewegungen und Lauten reagiert. Sie soll seelisches Wohlbefinden erzeugen, Stress reduzieren und Einsamkeitsgefühle lindern. Interaktionsroboter wiederum erleichtern die Kommunikation, stimulieren physische und kognitive Aktivitäten oder übernehmen Erinnerungsfunktionen.

**Ethische Fragen sind offen.** Welche stabilen positiven Effekte (beispielsweise Sicherheit, Wohlbefinden, Daseinsgestaltung oder Kommunikation) Roboter erzielen können, ist noch weitgehend unbekannt. Die Technikentwicklung ist bislang zu wenig durch subjektive Wünsche, Bedürfnisse und Möglichkeiten bestimmt. Im Hinblick auf berufliche Belastungen begrüßen und nutzen Pflegekräfte alle technischen Erleichterungen. Dagegen fürchten sie einen möglichen Verlust des

identitätsstiftenden Kerns ihrer Arbeit als therapeutische und Beziehungsarbeit. Der Einsatz von Robotern wirft zudem ethische Fragen auf: In welchem Umfang dürfen Roboter ein menschlich-fürsorgliches Umfeld ersetzen? Könnten die durch Technik gesparten Ressourcen für die persönliche Zuwendung genutzt werden? Inwieweit ist mit Emotionsrobotern, wie beispielsweise der Robbe Paro, eine Täuschung und Entwürdigung der pflegebedürftigen Menschen verbunden? Unklar ist auch, inwieweit die zu therapeutischen Zwecken erzeugte Datenmenge kontrolliert und sicher verwahrt werden kann.

**Rationalisierungseffekt fällt moderat aus.** Doch kann die Technik helfen, den Fachkräftemangel auszugleichen? Bei fortschreitender Alterung der Gesellschaft ist mit einer kontinuierlichen Zunahme von Pflegebedürftigkeit zu rechnen. Aufgrund der zunehmenden Vereinzelung, der wachsenden Mobilität von Angehörigen und der Berufstätigkeit von Frauen wird sich das Potenzial innerfamilial geleisteter Pflege verringern. Der Fachkräftemangel in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie in der Altenpflege ist teilweise groß und wird zunehmen. Ohne politisch wirksame Eingriffe werden 2030 schätzungsweise 300.000 bis 500.000 Pflegekräfte (in Vollzeit-Äquivalenten) fehlen. Dabei ist der kompensatorische Einsatz technischer Hilfsmittel (ohne Robotik) berücksichtigt. Geht man davon aus, dass ein sehr großer Anteil der Pflege nur von Menschen geleistet werden kann (Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme stark vulnerabler Patienten, bei der Körperpflege, bei Maßnahmen der Rehabilitation und Prävention, der humanen Daseinsgestaltung im Alter), fällt der durch autonome Assistenztechnologien zu erzielende Rationalisierungseffekt vermutlich sehr moderat aus.

Daher reicht es nicht, die Pflegeberufe technisch aufzurüsten. Die Politik sollte sich darum kümmern, Ansehen und Attraktivität der Pflege zu verbessern. Dafür sind nicht allein monetäre Weichenstellungen erforderlich. Es ist vielmehr auf eine Veränderung einer Kultur hinzuwirken, in der alles technisch machbar erscheint. Dennoch sollte familiäre und professionelle Sorgearbeit soweit wie möglich technisch erleichtert werden, um der persönlichen Zuwendung und Pflege umso größere Spielräume zu geben. Als oberste Norm gilt, die Würde hilfebedürftiger, verletzlicher Menschen zu achten. ■

**Prof. Dr. Hartmut Remmers** ist Leiter der Abteilung Pflegewissenschaft im Institut für Gesundheitsforschung und Bildung an der Universität Osnabrück. **Kontakt: Remmers@uni-osnabrueck.de**

## Leserforum



### Ihre Meinung ist gefragt.

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

Oder schreiben Sie uns:

**Gesundheit und Gesellschaft**, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin,  
E-Mail: [gug-redaktion@kompart.de](mailto:gug-redaktion@kompart.de)

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

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

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

Titel iStockphoto/og-vision  
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. 19  
vom 1.1.2017  
ISSN 1436-1728



G+G 6/2017

**Mehr Lebensraum für Großstadtpflanzen**

## Autoverkehr eindämmen und Radfahren fördern

Das Leben in der Großstadt ist gesundheitsgefährlich. Das machen Sie an verschiedenen Beispielen deutlich, die, wie ich meine, jeden Stadtplaner und -bewohner aufrütteln müssten. Allein der Zusammenhang zwischen Stickoxiden und Feinstaub mit Herz-Kreislauf-erkrankungen ist extrem besorgniserregend und stellt alle Präventionsbemühungen, die an anderer Stelle ansetzen, in den Schatten. Dabei haben Sie längst nicht alle Gesundheitsgefahren, die sich aus dem motorisierten Verkehr ergeben, im Detail dargestellt. So ist etwa der Lärm, der von Autos, Lastwagen, Bussen oder Flugzeugen ausgeht, nicht nur nervenaufreibend, sondern schädigt auch direkt das Gehör. Das Hörvermögen eines Berliners beispielsweise entspricht etwa dem eines um 13 Jahre älteren Menschen mit nicht durch Lärm geschädigtem Gehör, wie eine Studie auf Basis einer Hörtest-App ergeben hat. Um den Autoverkehr in Städten einzudämmen und vor allem das Fahrrad zu fördern, brauchen die Politiker mehr Mut. Dabei stehen ihnen wahrscheinlich die eigenen Gewohnheiten allzu oft im Wege. Wer nicht selbst ausprobiert hat, wie schön – aber auch wie riskant – das Radfahren in der Stadt sein kann, hat keine Motivation, um für den Radverkehr zu entscheiden. Umgekehrt: Wer das eigene Auto als unverzichtbaren Bestandteil seiner Lebensqualität sieht, wird sich mit verkehrsberuhigten oder gar autofreien Zonen in Großstädten

(Kopenhagen geht mit gutem Beispiel voran) schwertun. Das Argument, die Automobilität sei ein Wirtschaftsfaktor, greift letztlich nicht. Sicher – Mobilität ist ein Grundbedürfnis urbaner Menschen. Dafür gibt es aber auch Busse und Bahnen.

O. S., Hannover

G+G 7-8/2017

**Internetsucht: Zurück im echten Leben**

## Schier unglaubliche Zahlen

Die G+G-Reportage beleuchtet ein offenbar zunehmendes Problem: die Computerspielsucht. Der aktuelle Drogen- und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung widmet dieser den Verhaltensstörungen zugeordneten Erkrankung einen eigenen Abschnitt. Darin heißt es: „Im Jahr 2015 ist nach den Befunden der Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bei 5,8 Prozent aller zwölf- bis 17-jährigen Jugendlichen von einer Computerspiel- oder Internetabhängigkeit auszugehen. Weibliche Jugendliche im Alter von zwölf bis 17 Jahren sind mit 7,1 Prozent statistisch signifikant stärker betroffen als die männlichen Jugendlichen dieser Altersgruppe (4,5 Prozent).“ Das sind schier unglaubliche Zahlen, wenn man sie beispielsweise mit der Häufigkeit von „pathologischem Glücksspiel“ unter Erwachsenen vergleicht, die bei unter einem Prozent liegt. Gut, dass es einzelne Konzepte zur Prävention, wie etwa die Net-Piloten gibt. Sie müssen dringend ausgebaut werden.

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.schneesnee.de](http://www.schneesnee.de)

# Ist die neue Pille auch die bessere?

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

*The New York Times*



## Ja, ich bestelle ...



per Fax: 030 220 11-105  
oder per Mail: [verlag@kompart.de](mailto:verlag@kompart.de)

Marcia Angell **Der Pharma-Bluff**

**Wie innovativ die Pillenindustrie wirklich ist**

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

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

(zzgl. 2,50 Euro Verpackung und Versand)

Lieferung gegen Rechnung  per Bankeinzug

Vor- und Zuname

Straße, Haus-Nr.

PLZ

Ort

IBAN

BIC

Datum, Unterschrift

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

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

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

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



**Wir sind da,  
wo Gesundheit  
„sağlık“ heißt, aber  
dasselbe bedeutet**

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

**Gesundheit in besten Händen**

**aok.de**