change

Das Magazin der Bertelsmann Stiftung > 3/2015

GESUNDHEIT

System mit Zukunft

Wie das Gesundheitswesen transparent und bürgernah werden kann

EHRUNG
Reinhard Mohn Preis für Rita Süssmuth

SOZIALAUSGABEN
Bestandsaufnahme in Flensburg

KONFERENZ
Der Salzburger Trilog

BertelsmannStiftung

– Anzeige –

change|reader

Gesundheit

E-Book

Zu dieser Ausgabe von **„change“** erscheint ein **change|reader** als E-Book zur Vertiefung des Schwerpunktthemas. Er fasst Auszüge aus Veröffentlichungen und Verlagspublikationen der Bertelsmann Stiftung zusammen.

change|reader erscheinen als kostengünstige Downloads immer parallel zum Magazin. Das E-Book „Gesundheit“ vermittelt mit Studien, Untersuchungen und Analysen einen Einblick in die Arbeit der Bertelsmann Stiftung.

Weitere **change|reader** gibt es zu den Schwerpunkten Jugend, Demographischer Wandel, Bürgerbeteiligung, Frauen bewegen, Kulturen im Dialog, Engagierte Unternehmen, Chancen für Kinder, Zivilgesellschaft, Der Wert Europas, Pflege, Arbeitsmarkt, Unternehmenskultur, A World in Transition, Bildung und Vielfalt, Zukunft der Kommunen, Megatrends sowie Migration.

Jeder **change|reader** ist als E-Book für 1,99 Euro erhältlich. Downloads unter:

www.bertelsmann-stiftung.de/ebooks

Klaus-Henning Groth
Leitung Kommunikation

Editorial

Neue Wege zum Wohle der Patienten

Mit Tools wie dem „Faktencheck Gesundheit“, der „Weissen Liste“ oder dem „Gesundheitsmonitor“ steht die Bertelsmann Stiftung für Innovation, Transparenz und ein patientenfreundliches Gesundheitssystem. Noch zeigen unsere Studien: Es gibt weiter viel zu tun! Wie wir alle das Gesundheitssystem in Zukunft positiv verändern können, zeigt diese Ausgabe von „change“, für die unser Team in Deutschland und den USA recherchiert hat und dabei interessante Innovationen aufspürte

Unsere Gesellschaft ist im Umbruch. Da ist einerseits der demographische Wandel, der Folgen wie Ärztemangel auf dem Land, zu wenig Hausärzte oder lange Wartezeiten mit sich bringt – und selbstverständlich auch die Anforderungen an Ärzte und Pflegepersonal verändert. Andererseits geht mit der Digitalisierung und der damit gestiegenen Verfügbarkeit von Gesundheitswissen ein kultureller Wandel einher: Patienten werden immer aufgeklärter, aber vielfach auch verunsicherter.

Die Fakten sprechen dafür, dass sich vieles ändern muss. Doch was bedeutet das für die Patienten, was für die Ärzte und was für all die anderen Menschen, die im und vom Gesundheitssystem leben und arbeiten? Wir sind diesen Fragen in der neuen Ausgabe von „change“ nachgegangen, haben viele Menschen getroffen und innovative Konzepte vor Ort begleitet – das „Gesunde Kinzigtal“ zum Beispiel, wo eine ganze Gemeinde an einem Strang zieht und alles tut, damit Gesundheit bereits im Alltag verankert ist. Wir haben uns angesehen, wie anthroposophische Medizin und modernster Klinikalltag im Gemeinschaftskrankenhaus Witten-Herdecke äußerst erfolgreich verbunden werden. In den USA haben wir uns das Konzept der Mayo-Kliniken angeschaut. Innovativ – und im Vergleich zu herkömmlichen Strukturen so ganz anders. Dazu haben wir mit Experten gesprochen, unter anderem mit dem Risikoforscher Prof. Dr. Gerd Gigerenzer und mit Wissenschaftlern der Hochschule für Gesundheit in Bochum, die früh erkannt haben, dass nicht nur Ärzte, sondern alle Gesundheitsberufe einer exzellenten Ausbildung bedürfen. Ein Blick in die Zukunft und auf die Entwicklungen, die Ärzte vor allem dazu befähigen sollen, zum Wohle des Patienten fachübergreifend zusammenzuarbeiten.

Außerdem haben wir für dieses Heft die Stadt Flensburg besucht, eine Stadt, die mit extrem hohen Sozialausgaben belastet ist. Woran liegt das? Und wie können diese Kosten nachhaltig abgebaut und verhindert werden?

Natürlich waren wir auch bei der Verleihung des Reinhard Mohn Preises dabei. Geehrt wurde in diesem Jahr Prof. Dr. Rita Süssmuth für ihr Lebenswerk.

Viel Spaß beim Lesen!
Ihr Klaus-Henning Groth

FOTO: JAN VOTH. TITEL: BERND JONKMANNS

Porträts: › Wie sich unser Gesundheitssystem verändert, welche Innovationen wir brauchen und was das für alle Beteiligten bedeutet › **S. 16**

Reportage: › Patienten, Ärzte, Therapeuten, Apotheken, Sportvereine, Fitnessstudios… – Im „Gesunden Kinzigtal" sitzen alle in einem Boot › **S. 28**

Aktuell ›

06 Neues aus der Stiftung
Gute Noten für inklusive Schulen

10 Reinhard Mohn Preis
Prof. Dr. Rita Süssmuth wird für ihr Lebenswerk geehrt

Schwerpunkt: Gesundheit ›

16 Arbeiten für die Gesundheit
Wo sind neue Wege notwendig, wo Innovationen möglich? Geschichten und Gesichter zum Wandel im Gesundheitswesen

28 Gesundes Kinzigtal
Wenn alle an einem Strang ziehen, kann Patientenfreundlichkeit schon vor dem Arztbesuch beginnen. So wie im baden-württembergischen Kinzigtal

36 Der vernetzte Patient
Wie verändert das Internet Patienten und Ärzte? Welche Chancen bietet es? Und welche Risiken? – Eine Bestandsaufnahme

42 Der Mensch als Ganzes
Moderne Medizin neben ganzheitlichen Heilmethoden. Das Gemeinschaftskrankenhaus Witten-Herdecke setzt auf beides

48 Das Risiko im Blick
Wir fragten den Psychologen und Risikoforscher Prof. Dr. Gerd Gigerenzer nach dem Zusammenspiel von Arzt und Patient

52 Ganz anders: die Mayo-Klinik
Nicht Betriebswirte, sondern Ärzte leiten die US-amerikanischen Prestigekliniken. Ein Besuch vor Ort

60 Projekte der Stiftung
Gesundheit im Blick: Forschungs- und Studienergebnisse

62 Kommentar
Dr. Brigitte Mohn

FOTOS: BERND LAMMEL, ENNO KAPITZA, SEBASTIAN PFÜTZE, DAVID MAGNUSSON, VALESKA ACHENBACH

Interview: > Der Psychologe und Risikoforscher Prof. Dr. Gerd Gigerenzer über notwendige Veränderungen zum Wohle des Patienten > **S. 48**

Vor Ort: > Mit einem völlig anderen Konzept arbeiten die Mayo-Kliniken in den USA: Sie werden von den Ärzten selbst geführt > **S. 52**

Stiftung >

64 Hohe Sozialausgaben

In Flensburg binden die Sozialleistungen rund 58 Prozent des Etats – eine Zahl, mit der selbst die Verantwortlichen nicht gerechnet hatten. Wie konnte das passieren, und was muss sich ändern?

70 Salzburger Trilog

Internationale Konferenz vor Festspiel-Kulisse

Flensburg: > Das Beispiel der Stadt im hohen Norden zeigt, wie es zu hohen Sozialausgaben kommt und was das für die Kommune bedeutet > **S. 64**

Rubriken >

03 **Editorial**
73 **Service:** Neuerscheinungen
74 **Kolumne:** Fritz Eckenga (3)
75 **Vorletzte Seite/Impressum**

Bildung

Gute Noten für inklusive Schulen

Eine aktuelle Elternumfrage zeigt: Die konkreten Erfahrungen mit Inklusion sind positiver als gedacht

Umfrage: Vom gemeinsamen Unterricht sollen alle profitieren – Kinder mit und ohne Handicap. Ob und wie das gelingen kann, darüber wird in Politik, Lehrerzimmern und der Öffentlichkeit kontrovers diskutiert. Eltern jedenfalls geben inklusiven Schulen bessere Noten als solchen, die keinen gemeinsamen Unterricht für Kinder mit und ohne Handicap anbieten. Das geht aus einer repräsentativen Umfrage von Infratest dimap für die Bertelsmann Stiftung hervor. Förderung nach individuellen Stärken und Schwächen sowie Kompetenz und Engagement der Lehrer – in allen Punkten schneiden inklusive Schulen in der Wahrnehmung der rund 4.300 befragten Eltern besser ab. Dies gilt unabhängig davon, ob das eigene Kind Förderbedarf hat oder nicht.

Mehr als ein Drittel der Eltern gab an, ihr Kind besuche eine inklusive Schule. Von diesen Eltern sind 68 Prozent mit der individuellen Förderung ihrer Kinder zufrieden. Eltern hingegen, deren Kinder eine nicht-inklusive Schule besuchen, sagen dies nur zu 58 Prozent. Zwei Drittel der Befragten schätzen an der inklusiven Schule, dass ihre Kinder dort im eigenen Tempo lernen können. Das sagen nur 58 Prozent der Eltern über die nicht-inklusive Schule ihrer Kinder. Auch den sozialen Zusammenhalt an inklusiven Schulen schätzen Eltern höher ein als an nicht-inklusiven Schulen (78 zu 73 Prozent).
Die Umfrage belegt auch: Eltern sind insgesamt mit den Lehrern ihrer Kinder sehr zufrieden. Den Pädagogen an inklusiven Schulen stellen sie dabei durchweg ein besseres Zeugnis aus als Lehrern an nicht-inklusiven Schulen. Lehrer an inklusiven Schulen gelten beispielsweise mehr Eltern als engagiert (80 zu 75 Prozent), können besser erklären (86 zu 77 Prozent) und fördern Stärken der Schüler gezielter (72 zu 60 Prozent).

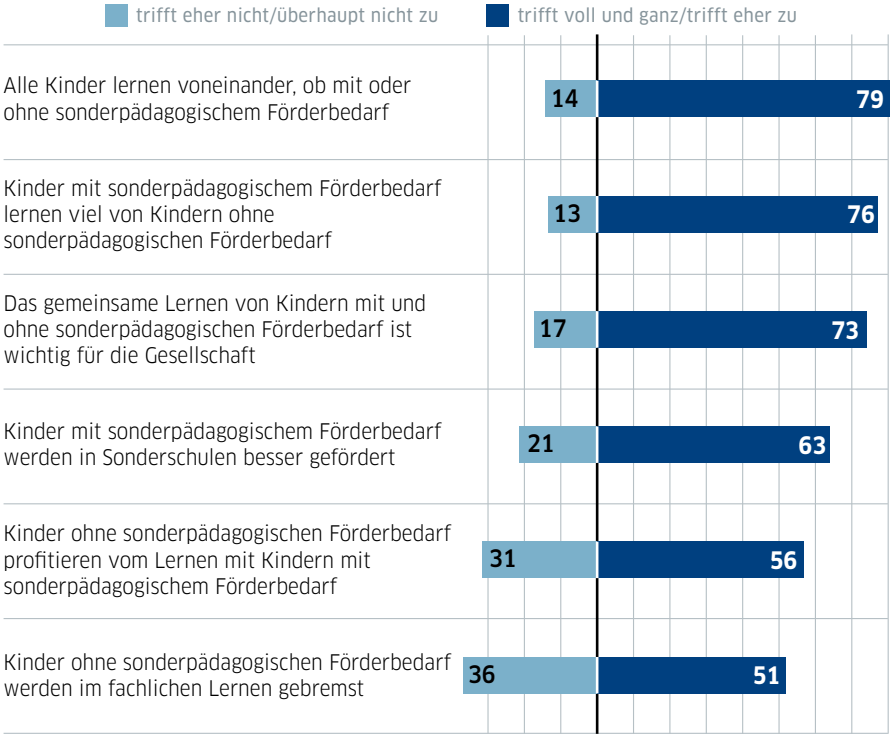
WEBLINKS: **www.bertelsmann-stiftung.de/umfrage-inklusion**
www.jakobmuthpreis.de

KONTAKT: Dr. Nicole Hollenbach-Biele
nicole.hollenbach-biele@bertelsmann-stiftung.de

Bertelsmann Stiftung (Hrsg.)
Wie Eltern Inklusion sehen: Erfahrungen und Einschätzungen
Ergebnisse einer repräsentativen Elternumfrage

Genau hingeschaut: Elternmeinungen zu inklusivem Lernen

„Inwieweit treffen die folgenden Aussagen zum gemeinsamen Unterricht von Kindern mit und ohne Behinderung/sonderpädagogischem Förderbedarf Ihrer Ansicht nach zu?“



Grundgesamtheit: Eltern mit schulpflichtigen Kindern im Alter von 6 bis 16 Jahren (n = 4.321)

Quelle: infratest/dimap; Angaben in Prozent, fehlender Wert zu 100 Prozent: weiß nicht/keine Angabe

„Lehrer an inklusiven Schulen werden von den Eltern besonders geschätzt. Das ist ein wichtiges Zeichen für gelingende Inklusion in Deutschland.“

Dr. Jörg Dräger, Mitglied des Vorstandes der Bertelsmann Stiftung

Demokratie

Bürger fordern Freiheit und Chancengleichheit

Dialogprozess „Gut leben in Deutschland“. Bürgerdialoge finden in ganz Deutschland statt

Diskussion: Was ist Menschen in Deutschland wichtig, um gut leben zu können? Das möchte die Bundesregierung im Dialogprozess „Gut leben in Deutschland“ erfahren. Auch die Bertelsmann Stiftung beteiligte sich an diesem Vorhaben mit drei Bürgerdialogen in Ostwestfalen-Lippe (OWL).

Mehr Freiheit und Verantwortung, Technologieführerschaft, Meinungsfreiheit, gute Arbeit, Chancengleichheit und Abbau sprachlicher Barrieren: Die Anliegen, die die Teilnehmer vortrugen, waren so vielfältig wie sie selbst. Eingeladen waren Gruppen, die sich eher selten an politischen oder gesellschaftlichen Diskursen beteiligen oder beteiligen können. Dazu gehörten Migranten und Menschen mit Behinderung genauso wie Unternehmensrepräsentanten der Region OWL.

Die Ergebnisse der drei Bürgerdialoge wurden an die Bundesregierung übergeben und fließen in einen Bericht zur Lebensqualität in Deutschland ein. Bis in den Herbst hinein finden in der ganzen Bundesrepublik noch zahlreiche Dialoge statt, an denen sich Bürger – auch online – beteiligen können.

Diskussion beim zweiten Bürgerdialog in Bielefeld

WEBLINKS:
www.bertelsmann-stiftung.de/buergerdialogOWL
www.gut-leben-in-deutschland.de

KONTAKT: Armando García Schmidt
armando.garciaschmidt@bertelsmann-stiftung.de

Gesellschaft

Kinder in Armut

Armutsgefährdete Kinder sind sozial benachteiligt

Studien: In der Bundesrepublik wachsen 2,1 Millionen unter 15-Jährige in Familien auf, deren Einkommen unter der Armutsgefährdungsgrenze liegt. Doch die staatliche Unterstützung für Familien in prekären Lebenslagen orientiert sich zu wenig an den Kindern. Zu diesen Ergebnissen kommen zwei Studien der Bertelsmann Stiftung.

Eine repräsentative Befragung des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) verdeutlicht, was Armut für den Alltag der Kinder bedeutet: Er ist geprägt von einem Bündel an Problemen, von Verzicht und Mangel an Teilhabe.

Das zeigen Familieninterviews der Armutsforscherinnen Sabine Andresen und Danijela Galic (Universität Frankfurt). Zur chronischen Geldnot kommen oftmals Krankheiten, Trennung der Eltern, beengte Wohnverhältnisse und unsichere Schulwege hinzu. Eltern, die von der Grundsicherung leben, klagen über zu viele behördliche Anlaufstellen, wechselnde Ansprechpartner und bürokratische Hürden. Bislang, so die Andresen/Galic-Studie, konzentriere sich die Familien- und Sozialpolitik zu stark auf die Integration von Eltern in den Arbeitsmarkt. Empfehlenswert sei die Einrichtung zentraler Anlaufstellen mit festen Ansprechpartnern sowie mehr Entscheidungsspielräumen für die Fachkräfte.

Im Oberhausener Wohnpark an der Bebelstraße wachsen viele Kinder in Armut auf

WEBLINK:
www.bertelsmann-stiftung.de/kinderarmut

KONTAKT: Antje Funcke
antje.funcke@bertelsmann-stiftung.de

FOTOS: JAN VOTH, VEIT METTE, MICHAEL BERGMANN. GRAFIK: DIETER DUNEKA

Gesellschaft

Pflegebetriebe fremdeln noch mit Auslandsrekrutierung

Positive Erfahrungen mit ausländischen Pflegekräften

Studie: Jahrzehntelang hat die Politik qualifizierte Zuwanderung allenfalls erlaubt, aber selten aktiv gefördert. Das Beispiel der Pflegebranche zeigt, dass ein Umdenken dringend notwendig ist. Kaum ein anderer Wirtschaftszweig hat derart große Schwierigkeiten, qualifiziertes Personal zu finden. In der Mehrheit der Pflegebetriebe sind Stellen unbesetzt. Trotzdem hat bislang erst ein Sechstel aller Pflegebetriebe Fachkräfte im Ausland rekrutiert.
Zu aufwendig, zu teuer, zu hohe rechtliche Hürden lauten die Begründungen. Und das scheint auch zu stimmen: 83 Prozent der befragten Unternehmen mit Anwerbe-Erfahrung sind bereits auf bürokratische Hemmnisse und zwei Drittel auf Probleme bei der Anerkennung von Qualifikationen gestoßen. 60 Prozent hatten Schwierigkeiten mit der Einwanderungserlaubnis für Drittstaatler. Deshalb wünschen sich die Unternehmen einen Abbau rechtlicher Hürden und bessere Angebote an Sprach- und Integrationskursen.

Pflegeeinrichtungen, die Mitarbeiter im Ausland rekrutiert haben, ziehen mehrheitlich ein positives Fazit. 60 Prozent sind mit den neuen Kollegen zufrieden oder sehr zufrieden. Positiv bewerten sie vor allem deren Einsatzbereitschaft: 48 Prozent der Betriebe schätzen diese höher ein als bei einheimischen Mitarbeitern. Deutlich schlechter beurteilen sie die Praxiserfahrung der im Ausland rekrutierten Fachkräfte: 53 Prozent sagen, sie sei niedriger als die der übrigen Mitarbeiter, was auf die häufig akademisch geprägte Pflegeausbildung im Ausland zurückgeführt werden kann.

Die Studie der Bertelsmann Stiftung untersucht die Praxis der internationalen Fachkräfterekrutierung in der deutschen Pflegebranche

Qualifiziertes Personal ist in der Pflegebranche weiterhin gefragt; viele Stellen bleiben unbesetzt

FOTOS: A. MULTHAUPT, ANDREAS HEDDERGOTT / TU MÜNCHEN, DPA (2)

WEBLINK: www.bertelsmann-stiftung.de/fachkraeftebedarf-in-der-pflege

KONTAKT: Najim Azahaf
najim.azahaf@bertelsmann-stiftung.de

Bildung

Fakten zum Lehramtsstudium

Monitor Lehrerbildung bietet Infos zum Lehramtsstudium

Datenbank: Die bundesweit einzige Datenbank zum Lehramtsstudium bietet Informationen aller 16 Bundesländer sowie von 67 befragten Hochschulen. Neben Ergebnissen zu Schwerpunkten wie Praxisbezug, Mobilität oder Studieninhalten sind erstmals auch Detailinformationen zum Thema Inklusion abrufbar. So lässt sich mit wenigen Klicks beispielsweise feststellen, in welchem Land die Inklusion Gegenstand der Zielvereinbarungen von Ministerien und Hochschulen ist. Auch Daten zu einzelnen lehrerbildenden Hochschulen, etwa zu Praktika an inklusiven Schulen im Rahmen des Studiums, sind kostenlos verfügbar.

www.monitor-lehrerbildung.de liefert erstmals auch Detailinformationen zum Thema Inklusion

WEBLINK: www.monitor-lehrerbildung.de
KONTAKT: Martina Böttcher
martina.boettcher@bertelsmann-stiftung.de

Stiftung

Wolfgang Herrmann im Kuratorium

Präsident der TU München berufen

Kuratorium: Professor Wolfgang A. Herrmann (67), Präsident der Technischen Universität München, ist ins Kuratorium der Bertelsmann Stiftung berufen worden. Die dreijährige Amtsperiode beginnt am 1. Januar 2016. Herrmann gilt als einer der profiliertesten und einflussreichsten Köpfe in der Debatte über die Zukunftsfähigkeit der deutschen Hochschullandschaft. „Wir freuen uns, mit Wolfgang Herrmann eine Persönlichkeit gewonnen zu haben, die mit ihren visionären Konzepten und ihrer Gestaltungskraft die Hochschullandschaft in Deutschland seit Jahrzehnten maßgeblich prägt“, sagte Kuratoriumsvorsitzender Professor Werner J. Bauer.

WEBLINK: www.bertelsmann-stiftung.de

KONTAKT: André Zimmermann
andre.zimmermann@bertelsmann-stiftung.de

Politik

Wenig Hoffnung für Kommunen

Rund ein Viertel der Städte und Kreise gerät immer tiefer in die Schuldenspirale

Report: Eigentlich müssten sie kollektiv aufatmen. Zum dritten Mal in Folge erwirtschafteten die Städte, Gemeinden und Kreise im vergangenen Jahr einen Überschuss. 240 Millionen Euro betrug im vergangenen Jahr das bundesweite Plus in den Kommunalhaushalten. Doch der Kommunale Finanzreport der Bertelsmann Stiftung belegt: Von allgemeiner finanzieller Gesundung kann keine Rede sein. Denn die Kassenkredite steigen weiter, und die Kluft zwischen armen und reichen Kommunen wächst.

Die Hälfte aller Kassenkredite verteilt sich auf lediglich 25 Städte. Keiner einzigen dieser Städte gelang es seit 2008 aus eigener Kraft, Kassenkredite abzubauen. Oberhausen, Pirmasens, Kaiserslautern, Hagen und Remscheid führen bereits seit Jahren die Liste der Städte mit den höchsten Kassenkrediten pro Einwohnern. Die gegenläufige Entwicklung bestätigt ein Vergleich der Bundesländer. Während in sieben Ländern die Kommunen vergangenes Jahr ein Plus in ihren Etats verzeichneten, schlossen sie in den anderen sechs Flächenländern mit einem Minus ab. Den größten Überschuss verbuchten die bayerischen Kommunen mit 127 Euro je Einwohner.

In der Folge sind etwa die Investitionen der Kommunen in Bayern und Baden-Württemberg 2,5-mal höher als die in Nordrhein-Westfalen und dem Saarland. „Für die Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse ist diese Entwicklung bedrohlich. Die Unterschiede zwischen den Regionen werden fortgeschrieben", sagt Dr. Kirsten Witte, Kommunalexpertin der Bertelsmann Stiftung.

WEBLINK:
www.bertelsmann-stiftung.de/kommunaler-finanzreport

KONTAKT: Dr. René Geißler
rene.geissler@bertelsmann-stiftung.de

Die Investitionen, zum Beispiel in die eigene Infrastruktur, sind sehr unterschiedlich verteilt. So investieren Kommunen in Bayern und Baden-Württemberg 2,5-mal mehr als Kommunen in NRW oder im Saarland

Gesellschaft

Junge Flüchtlinge brauchen Zugang zu Bildung und Ausbildung

Sachverständigenrat fordert Schulbesuch für Flüchtlingskinder nach drei Monaten

Migration: Über die Hälfte der Asylbewerber in Deutschland ist unter 25 Jahre alt, und ihre Zahl nimmt zu. Das stellt Länder und Kommunen vor die Herausforderung, den Zugang zu Kitas und Schulen zu gewährleisten. Jungen Flüchtlingen sollte zudem eine Ausbildung ermöglicht werden. Das fordert der Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (SVR).

Zwischen 2005 und 2014 hat sich die Zahl der unter 25-jährigen Flüchtlinge von 27.301 auf 115.900 mehr als vervierfacht. Unter den Flüchtlingskindern waren 2014 vergleichsweise viele Säuglinge, und auch der Anteil der Kinder im Kita-Alter (3 bis 5 Jahre) war mit über 10.000 Kindern hoch. Doch obwohl ein Anspruch auf Betreuung besteht, sind beispielsweise in Berlin die Kita-Besuchsquoten gering, weil wohnortnahe Betreuungsangebote fehlen und Eltern nicht hinreichend unterstützt werden, diesen Anspruch geltend zu machen. Beim rechtlich garantierten Schulbesuch gibt es ebenfalls Hürden, wie beispielsweise unterschiedliche Wartefristen in den Ländern. Der Schulbesuch sollte spätestens drei Monate nach dem Stellen des Asylantrags gewährleistet sein.

Dem Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (SVR) gehören sieben Stiftungen an, unter anderem auch die Bertelsmann Stiftung.

WEBLINK:
www.bertelsmann-stiftung.de/svr

KONTAKT: Claudia Walther
claudia.walther@bertelsmann-stiftung.de

Spätestens drei Monate nachdem der Asylantrag gestellt worden ist, sollen Kinder von Flüchtlingen eine Schule besuchen können. Das fordert der Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration

Reinhard Mohn Preis

Ein Lebenswerk

Prof. Dr. Rita Süssmuth erhielt den Reinhard Mohn Preis 2015 für ihr Engagement für faire Migration

Text: Tanja Breukelchen – Fotos: Kai Uwe Oesterhelweg

Stehende Ovationen für eine Frau, die das Thema Migration und Integration über Jahrzehnte hinweg zu „ihrem“ Thema gemacht hat – und dabei immer die Menschen sah, ihre Geschichten, Schicksale und Bedürfnisse: Prof. Dr. Rita Süssmuth. Bevor sie im Stadttheater Gütersloh den Reinhard Mohn Preis entgegennahm, hatte die Bertelsmann Stiftung in einer weltweit angelegten Recherche nach Modellen fairer Migrationsgestaltung und nach einer international renommierten Persönlichkeit gesucht, die in diesem schwierigen Feld viel bewegt hat. Und plötzlich lag das Gute so nah, erinnert sich Dr. Jörg Dräger vom Vorstand der Bertelsmann Stiftung: „Ganz nach dem Motto unseres Stifters haben wir ‚von der Welt gelernt‘, mit vielen Experten in internationalen Organisationen und in Ländern wie Schweden, Kanada, den USA oder den Philippinen diskutiert. Wir haben nirgends das optimale Modell fairer Migration im Sinne eines dreifachen Nutzens für Einwanderungsländer, Auswanderungsländer und Migranten entdeckt, aber viele Impulse für eine gerechte Gestaltung von Migration bekommen. Und viele haben uns bescheinigt, dass Deutschland – bei allen Problemen – in den letzten Jahren als Einwanderungsland riesige Fortschritte gemacht hat und mittlerweile zu den weltweit offensten Ländern für Arbeitsmigranten gehört, und dass es eine Person aus Deutschland gibt, die weltweit für ihren Einsatz für faire Migration hoch geschätzt ist: Rita Süssmuth.

Rita Süssmuth, Bundestagspräsidentin a. D., freut sich über den Reinhard Mohn Preis 2015

Einwanderungsland Deutschland

Prof. Dr. Rita Süssmuth, die schon Mitte der Neunzigerjahre als erste prominente Unionspolitikerin von Deutschland als Einwanderungsland gesprochen hatte und da-

Thomas Rabe, Vorstandsvorsitzender der Bertelsmann SE & Co. KGaA, Aart De Geus, Vorsitzender des Vorstands der Bertelsmann Stiftung, Hannelore Kraft, Ministerpräsidentin des Landes Nordrhein-Westfalen, Preisträgerin Rita Süssmuth, Liz Mohn, stellvertretende Vorsitzende des Vorstands der Bertelsmann Stiftung, Brigitte Mohn, Mitglied des Vorstands der Bertelsmann Stiftung, sowie Jörg Dräger, Mitglied des Vorstands der Bertelsmann Stiftung, vor der Preisverleihung

rüber, dass sich dazu zu bekennen längst an der Zeit sei, erhielt den Reinhard Mohn Preis für ihr Lebenswerk und ihre Verdienste für eine moderne Migrations- und Integrationspolitik. Und für all das Engagement, für das sie noch immer steht. Sie war es, die als Vorsitzende der Zuwanderungskommission, die Süssmuth auf Bitten der rot-grünen Bundesregierung ab Herbst 2000 leitete, entscheidende Impulse für Reformen und eine offenere Haltung gegenüber Einwanderung gab. Und auch wenn die Vorschläge der Zuwanderungskommission nicht direkt politische Mehrheiten fanden, greift das Zuwanderungsgesetz von 2005 viele Empfehlungen des Gremiums auf.

„MUT, MITMENSCHLICHKEIT, TOLERANZ UND TATKRAFT: DAS IST RITA SÜSSMUTH“

Liz Mohn

Die Ministerpräsidentin des Landes Nordrhein-Westfalen, Hannelore Kraft, erklärte in ihrer Laudatio: „Ich glaube, es ist nicht übertrieben, wenn man mit Blick auf Einwanderungs- und Integrationspolitik von einer Zeit vor Rita Süssmuth und einer Zeit nach Rita Süssmuth spricht.“ Und die stellvertretende Vorsitzende der Bertelsmann Stiftung, Liz Mohn, betonte: „Mut, Mitmenschlichkeit, Toleranz und Tatkraft: Dies hat Rita Süssmuth zu einer der bedeutendsten Politikerinnen Deutschlands gemacht und verschafft ihr über die Grenzen unseres Landes hinaus hohe Anerkennung.“

Eben diese Menschlichkeit sei es, so der Vorstandsvorsitzende der Bertelsmann Stiftung, Aart De Geus, die beim gerade so aktuellen Thema der Flüchtlinge wichtiger als vieles andere sei: „Dieses Jahr steht unser Preis ganz im Zeichen des Themas Migration. Ein Thema, das uns zurzeit wie kaum ein anderes bewegt und Emotionen weckt. Ein Thema, das auch polarisiert und Ängste freisetzt. Ein Thema mit vielen unterschiedlichen Gesichtern. Ein Thema, bei dem es um Chancen und Hoffnungen geht – und vor allem: um Menschen!“

Und mit Blick auf das Drama im Mittelmeer: „Was wir zurzeit rund um das Mittelmeer erleben, erschüttert uns alle: Allein in den letzten sechs Monaten haben über 100.000 Menschen ihr Schicksal in die Hände von kriminellen Schleppern gelegt, um in maroden Booten an die rettenden Ufer Europas zu gelangen. Diese Menschen verlassen ihre Heimatländer nicht freiwillig, sondern aus purer Verzweiflung. – Es geht aber auch um Menschen, die auswandern mit der Hoffnung, in einem anderen Land ein neues, besseres Leben zu leben. Und es geht bei Migration ebenfalls um Menschen, die bereit sind, ihre eigene Heimat auch zur Heimat für neue Mitmenschen werden zu lassen.“

Geld für Integration

Mit dem Preisgeld in Höhe von 200.000 Euro wird Prof. Dr. Rita Süssmuth Initiativen für die Integration von Flüchtlingen in Ausbildung und Arbeitsmarkt unterstützen. So fördert sie unter anderem das Mentorenprojekt „Sprint“ der Diakonie in Rita Süssmuths Geburtsstadt Wuppertal und das Programm „Angekommen“ für unbegleitete jun- ››

Rita Süssmuth, Bundestagspräsidentin a. D., empfängt den Reinhard Mohn Preis 2015 aus den Händen von Liz Mohn, stellvertretende Vorsitzende des Vorstands der Bertelsmann Stiftung

Begleitet wurde das Chorensemble „Popchor Nolimit“ unter anderem von dem Solisten Steven Ouma, der in seiner Muttersprache Kisuaheli sang

ge Flüchtlinge, das die Stadt Dortmund, das nordrhein-westfälische Schulministerium und die Walter Blüchert Stiftung gemeinsam tragen. Zu den unterstützten Einrichtungen gehören außerdem die Caritas Osnabrück, die sich für Flüchtlinge in Ausbildung einsetzt, und die weltweit größte unabhängige Kinderrechtsorganisation „Save the Children Deutschland“ in Berlin, die jungen Menschen aus Flüchtlingsfamilien hilft.

„Ich habe mein Leben lang gegen Ausgrenzung gekämpft“, erklärt Prof. Dr. Rita Süssmuth im Interview. „Ich kann etwas bewirken – im Kleinen und im Größeren. Jeder und jede kann das.“ Und: „Es ist wichtig, dass wir Win-win-Situationen schaffen – für die aufnehmenden Länder, für die Herkunftsländer und für Migranten und Einheimische.“

Unter den Gästen im Stadttheater Gütersloh waren unter anderem Aiman A. Mazyek, Vorsitzender des Zentralrats der Muslime in Deutschland, der ehemalige österreichische Bundeskanzler Dr. Wolfgang Schüssel, Prof. Dr. Elisabeth Pott, Vorsitzende des Vorstands der Aids-Stiftung, der Bertelsmann-Vorstandsvorsitzende Dr. Thomas Rabe, Georg Austen, Generalsekretär des Bonifatiuswerks der deutschen Katholiken, Prof. Dr. Werner J. Bauer, Aufsichtsratsvorsitzender der Nestlé Deutschland AG und Vorsitzender des Kuratoriums der Bertelsmann Stiftung, und Unternehmer wie unter anderem Karin Miele und Katja Soehnle-Miele, Clemens und Margit Tönnies, Werner Stickling und Birgit Stüwe von Nobilia sowie Hermann und Brigitte Gärtner von Porta. ◘

„ES IST NICHT ÜBERTRIEBEN, WENN MAN MIT BLICK AUF DIE INTEGRATIONSPOLITIK VON EINER ZEIT VOR UND EINER ZEIT NACH RITA SÜSSMUTH SPRICHT“

Hannelore Kraft

Hannelore Kraft, Ministerpräsidentin des Landes Nordrhein-Westfalen, hielt die Festrede

info >
Reinhard Mohn Preis

Der Reinhard Mohn Preis erinnert an den Gründer der Bertelsmann Stiftung Reinhard Mohn († 2009). Die Auszeichnung wird jährlich verliehen und **würdigt international renommierte Persönlichkeiten, die sich um wegweisende Lösungen zu gesellschaftspolitischen Herausforderungen** verdient gemacht haben. Die Preisvergabe basiert auf einer weltweiten Recherche nach innovativen Konzepten und exemplarischen Lösungsansätzen für Herausforderungen, die für die Zukunftsfähigkeit Deutschlands von entscheidender Bedeutung sind. In diesem Jahr heißt das Thema „A Fair Deal on Talent – Migration gerecht gestalten“. Dazu richtete die Bertelsmann Stiftung im Mai das internationale Reinhard Mohn Symposium aus und beschäftigte sich in verschiedenen Studien mit der Frage, wie Migration in Deutschland und weltweit fair gestaltet werden kann.

WEBLINK:
www.reinhard-mohn-preis.de/2015

KONTAKT: Najim Azahaf
najim.azahaf@bertelsmann-stiftung.de

FOTOS: DDP, F. KHELIFA. FOTO RECHTS: BERND LAMMEL

Schwerpunkt ›

Köpfe und Konzepte
Menschen im Gesundheitswesen

Wie sieht die Realität unseres Gesundheitssystems aus? Wie der Wandel unserer Gesellschaft? Und was bedeutet das für die Patienten? Wir haben mit Ärzten gesprochen, die von ihren täglichen Herausforderungen berichten. Mit Wissenschaftlern die neue Wege gehen. Und mit Menschen, die Teil des Gesundheitssystems sind, für die Zukunft jedoch ihre Rolle neu definieren müssen

Schwerpunkt

Gesundheit für den Menschen

Kritik an mangelnder Transparenz im Gesundheitswesen, an unzureichender Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten und zu viele unnötige Untersuchungen und Behandlungen sind das eine. Die Herausforderungen durch den demographischen Wandel, der Ruf nach Reformen und die Herausforderungen durch neue digitale Informationswege sind das andere. Dem Gesundheitswesen stehen in den kommenden Jahren große Veränderungen bevor, gerade wenn es um Versorgungsstrukturen, Versorgungsqualität, Digitalisierung und Transparenz geht. – Wir haben uns nicht nur in Deutschland nach Innovationen umgeschaut und dabei zukunftsweisende Modelle, mutige Menschen und neue Sichtweisen entdeckt

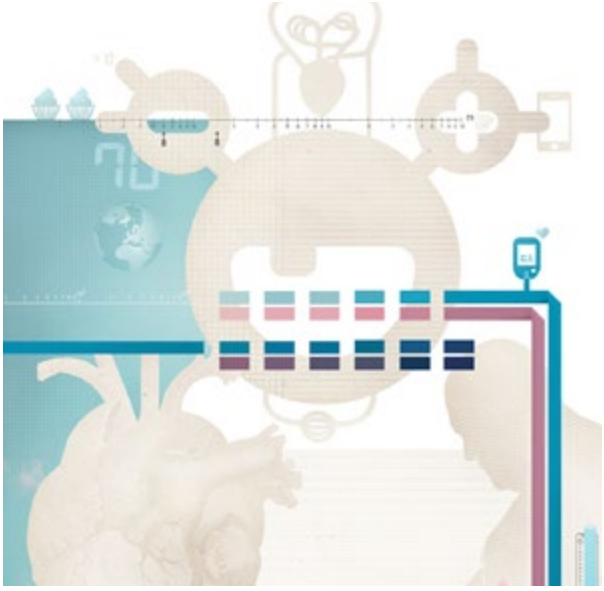
FOTOS: B. LAMMEL, E. KAPITZA, D. MAGNUSSON, S. PFÜTZE, B. JONKMANNS. ILLUSTRATION: M. EMMERMANN

Das andere Krankenhaus
Neue Wege in der Mayo-Klinik

Die Mayo-Kliniken in den USA sind eine Non-Profit-Organisation mit einer besonderen Kultur: Sie werden von Ärzten und nicht von Betriebswirtschaftlern geführt. Wir haben uns vor Ort umgesehen, wie ein solches Konzept funktioniert und wo die Unterschiede zum Klinikalltag in Deutschland sind

Kosten kalkulieren
Im gesunden Kinzigtal

Dass eine ganze Gemeinde gemeinsam etwas für Gesundheit tun kann, zeigt unser Besuch im „Gesunden Kinzigtal", wo 35 Ärzte eine Gesellschaft gegründet haben, um die Gesundheitsversorgung zu optimieren. Alle sind mit im Boot: Fachärzte, Therapeuten, Sportvereine, Apotheken, Arbeitgeber, Fitnessstudios und vor allem: die Versicherten, also die Patienten



Kulturwandel
Digitalisierung

Mal eben die Schmerzen im Arm googeln, mal eben im Forum nachfragen, was es mit dem morgendlichen Schwindel auf sich hat … Das Internet hat das Verhalten der Patienten verändert. Das kann problematisch werden, aber auch eine große Chance sein. Für Patienten, Mediziner, Wissenschaftler und junge Start-ups

Kalkuliertes Risiko
Prof. Dr. Gerd Gigerenzer im Interview

Was hat Gesundheit mit dem eigenen Bauchgefühl zu tun? Das fragten wir Prof. Dr. Gerd Gigerenzer. Der Psychologe und Risikoforscher am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung befasst sich mit der Kommunikation von Ärzten und deren Entscheidungen

Klinik alternativ
Innovation im anthroposophischen Krankenhaus Witten-Herdecke

Dass sich Hightech-Medizin und alternative Heilmethoden nicht ausschließen, sondern ideal ergänzen können, zeigt unsere Reportage über das Gemeinschaftskrankenhaus Witten-Herdecke. Das Akutkrankenhaus war die erste Klinik Deutschlands für anthroposophische Medizin. Das Ziel: den Menschen als Ganzes und in all seiner Einzigartigkeit sehen

Spurensuche

Das System gesünder machen

Immer mehr Patienten erhalten unnötige Operationen und Untersuchungen, erfahren mangelnde Transparenz. Die Liste der Probleme in unserem Gesundheitssystem ist lang. Wir trafen Menschen, die sich nicht haben unterkriegen lassen, die für Innovation stehen und den Patienten in den Mittelpunkt stellen

Text: Tanja Breukelchen – Fotos: Bernd Lammel

Die junge Patientin wirkt ungeduldig: „Könnte ich denn bitte ein Antibiotikum bekommen?" – Dr. Angela Warnecke lächelt freundlich, fragt noch einmal genau nach den Beschwerden, schaut erneut auf den Laborbericht und den neuen Urinstix: „Ich bin absolut sicher, Sie haben keine Blasenentzündung. Die Beschwerden könnten vom Rücken kommen, es könnte auch Sinn machen, zu Ihrer Gynäkologin zu gehen, aber ein Antibiotikum verschreibe ich Ihnen nicht einfach so." Ein typischer Dialog in der kleinen Praxis in Hamburg-Eppendorf. Typisch auch für Dr. Angela Warnecke. Sie schießt nicht mit Kanonen auf Spatzen, hört aber ihren Patienten sehr genau zu: „Viele wollen sofort wieder arbeiten, die können es sich gar nicht leisten, sich einmal auszukurieren. Gerade wenn es darum geht, Familie und Beruf zu koordinieren."

Eine von so vielen Veränderungen der vergangenen Jahre, findet die Fachärztin für Allgemeinmedizin, Homöopathie und Naturheilverfahren. Und die Patienten werden immer aufgeklärter: „Ich finde das gut. Letztens kam ein Patient mit einem Stapel Unterlagen zu mir, die er sich aus dem Internet zusammengesucht hatte. Die waren alle sinnvoll. Und wir haben dann gemeinsam überlegt, wie wir weiter behandeln."

Auch der Ruf nach ganzheitlicher Medizin wird größer. Für Warnecke, die eine homöopathische Ausbildung nach den Richtlinien des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte mit dem Diplom abgeschlossen und die Fachkunde-Prüfung vor der Ärztekammer Hamburg abgelegt hat, eine Herzensangelegenheit: „Mit den Jahren habe ich gelernt, dass man mit Naturheilverfahren viel erreicht. Trotzdem geht es nicht ohne Schulmedizin. Bei vielen Erkrankungen würde es ohne Antibiotika heikel."

Abgesehen von langen Wartezeiten bei Facharztterminen kritisiert Warnecke die vielen Operationen: „Wir machen zum Beispiel viel mehr Herzkatheter-Untersuchungen als in anderen Ländern – um uns abzusichern, aber auch, weil es Geld bringt. Das gilt auch für andere Operationen, bei denen man durchaus warten könnte."

Gesundheitskompetenz

Beobachtungen, die auch das Programm „Versorgung verbessern – Patienten informieren" der Bertelsmann Stiftung macht. So werden in manchen Städten und Landkreisen achtmal mehr Einwohner an den Mandeln operiert als anderswo. Ähnlich große regionale Unterschiede gibt es bei der Entfernung des Blinddarms, bei Prostata-OPs, künstlichen Kniegelenken oder Gebärmutterentfernungen. Rein medizinisch seien derart hohe Abweichungen ebenso wenig zu erklären wie durch Alters- oder Geschlechtsstrukturen, erklärt Programmdirektor Uwe Schwenk: „Die Versorgung orientiert sich trotz eines insgesamt hohen Niveaus nicht immer am Patientennutzen. Bestimmte Behandlungen werden viel zu häufig durchgeführt, andere zu selten oder fehlerhaft. Hinzu kommt, dass die Behandlungsergebnisse zum Teil nur durchschnittlich sind. Für den Einzelnen von hoher Bedeutung sind die durchaus existierenden Unterschiede in der Qualität zwischen einzelnen Krankenhäusern, Ärzten oder Pflegeeinrichtungen. Denn hier besteht weitgehend freie Wahl."

Mehr Transparenz im Gesundheitswesen ist gefragt. Und vor allem: ein mündiger Patient. Gesundheitskompetenz – dazu forscht Prof. Dr. Doris Schaeffer, die an der Universität Bielefeld das Institut für Pflegewissenschaft leitet: „Je höher das Alter, desto schwieriger die Gesundheitskompetenz. Gerade für ältere Menschen und solche mit Migrationshintergrund wie auch für Menschen mit einem niedrigeren Bildungsniveau ist es schwierig, eigenständig Informationen zu suchen und einzuschätzen. Für sie ist oft der Arzt die zentrale Anlaufstelle und wird nicht angezweifelt." Dabei sei es heute wichtiger denn je, nicht immer blind zu vertrauen: „Durch die Ökonomisierung wissen die Ärzte zuweilen nicht mehr, welchen Maßstäben sie folgen sollen. Ob sie zum Wohle und Nutzen des Patienten agieren oder zum finanziellen Wohl ihres Hauses oder ihrer Praxis. Dazu kommen unerwünschte Wirkungen von Leitlinien, also Qualitätsstandards. Da sind Ärzte manchmal in einer schwierigen Situation: Handeln sie nicht leitlinientreu, können sie rechtlich von Patienten belangt werden, auch wenn es sein kann, dass eine Leitlinie zur individuellen Situation eines Patienten weniger passt als zu der eines anderen."

Neben Patienten mit mangelnder Gesundheitskompetenz stehen jene, die die Misere erkennen und besonders wachsam und informiert, zuweilen aber auch verunsichert sind. Darauf zu reagieren, sei Aufgabe der Ärzte, erklärt Schaeffer: „Es ist viel passiert im Bereich der Qualifikation, doch bleibt von den in der Ausbildung erworbenen kommunikativen Kompetenzen im Alltag nicht viel übrig, weil nicht genug Zeit besteht und die bestehenden Strukturbedingungen im Gesundheitswesen nicht

Bitte lesen Sie weiter auf Seite 25

Dr. Angela Warnecke
betreut in ihrer Arztpraxis in Hamburg immer mehr gut informierte Patienten, die auf eine ganzheitliche Sicht Wert legen.

„Die Leute wissen top Bescheid. Ich finde das gut. Klar, wer nach einem Zeckenstich ‚Borreliose' googelt und dort Bilder der schlimmsten Formen sieht, der bekommt natürlich Angst. Aufgabe von uns Ärzten ist es dann, die Menschen richtig zu informieren und mit ihnen zusammen Entscheidungen zu treffen."

Prof. Dr. Doris Schaeffer
ist seit 1997 Professorin für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld, leitet dort das Institut für Pflegewissenschaft und war Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR).

„Der Arzt ist für all diejenigen ganz wichtig, die der traditionellen Patientenrolle folgen. Bei vielen Patientengruppen verändert sich jedoch das Verständnis der Patientenrolle. Sie verändert sich zugleich durch die weiter zunehmende Bedeutung chronischer Krankheiten, bei denen das Thema Information und auch die Motivation, sich selbst um Informationen zu kümmern, eine wichtige Rolle spielen."

Wibke Klug
aus Hamburg arbeitet als Beleghebamme und verdient erst ab der 17. Geburt im Jahr. Davor geht alles an Versicherungen und Krankenkasse drauf. Trotzdem liebt sie ihren Beruf und tut jedes Mal alles, um einen Kaiserschnitt zu vermeiden.

„Die Geburt unserer Tochter war besonders prägend für meine Arbeit, denn sie ist per Kaiserschnitt geboren. Das war prägend, denn ich hatte unterschätzt, was es für eine Frau für Konsequenzen hat."

Dr. Jörg Blettenberg
aus dem nordrhein-westfälischen Lindlar sah sich in den vergangenen Jahren mit Regressforderungen in sechsstelliger Höhe konfrontiert.

„Ich verdiene die Hälfte von dem, was ein Oberarzt in der Klinik bekommt. Und davon zahle ich noch Regress. Falsche Anreize, Überlebensängste. Alles das sind die Folgen eines kranken Systems.“

Dr. Christian Waiblinger
im holsteinischen Kisdorf hat sich sehr bewusst für eine Arbeit als Landarzt, aber gegen ein Leben auf dem Land entschieden. Er arbeitet in einer Gemeinschaftspraxis. Anders ist es heute kaum noch machbar, findet er.

„Auf dem Land kennt man sich untereinander gut. Die Atmosphäre ist häufig freundschaftlich. Es gibt auch mal kleine Geschenke in Naturalien. Eier, Gemüse und Obst aus dem eigenen Garten, selbstgemachte Marmelade, ein extra gebackener Kuchen.“

Prof. Dr. Katrin Janhsen
ist Dekanin des Department of Community Health an der Hochschule für Gesundheit in Bochum. Sie geht mit ihren Studierenden in die Quartiere und forscht bei den Menschen, die normalerweise keinen guten Zugang zum Gesundheitssystem haben.

„Soziale Schicht und Bildungsgrad haben einen großen Einfluss auf die gesundheitliche Versorgung. Wir erreichen mit den klassischen Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen häufig eine eher gebildete Schicht, die aber ohnehin schon ein geringeres Risiko hat, zu erkranken und leichter einen Zugang zum Gesundheitsversorgungssystem findet.“

Katy Steufmehl und Andreas Sund
leiten den Pflegedienst auf der Intensivstation der Charité in Berlin und wissen, wie wichtig es ist, in einem gut ausgebildeten und gut miteinander kooperierenden Team zu arbeiten – in Situationen, in denen es häufig ums Überleben geht.

„Das lebenslange Lernen ist unser Auftrag. Immer wieder gucken: Was ist neu? Was muss anders gemacht werden als vor zehn oder 20 Jahren? Das kann nur interdisziplinär in einem großen Team funktionieren.“

Prof. Dr. Karl Reif
vom Studiengang Pflege an der Hochschule für Gesundheit in Bochum weiß, wie wichtig und effektiv gute interprofessionelle Arbeit ist – und fängt damit bereits im Studium an.

„Wissenschaftliches Arbeiten, Forschung, evidenzbasiertes Arbeiten, Psychologie, Kommunikation, Gesundheitssystem – das sind Themen, die wir in Vorlesungen und Seminaren interprofessionell bearbeiten, also Studierende der Ergotherapie, der Pflege, der Logopädie, der Hebammenkunde und der Physiotherapie gemeinsam. Doch es kommt weniger darauf an, dass man gemeinsam im Seminarraum sitzt. Einen großen Lerneffekt haben Studierende, die in Kleingruppen gemeinsam Fälle bearbeiten.“

Fortsetzung von Seite 16

so gestaltet sind, dass die Ärzte sich hinreichend Zeit für Information und Kommunikation nehmen können."

Die Zeit. Ein Teufelskreis. Nicht nur für Ärzte. Auch für die Hamburger Hebamme Wibke Klug, die gleich an mehreren Fronten kämpft. Beispiel Kaiserschnittrate: In Deutschland kommt fast jedes dritte Kind per Kaiserschnitt auf die Welt. Betrachtet man die Kaiserschnittraten der einzelnen Kreise, gibt es Schwankungen zwischen 17 und 51 Prozent. Die Hamburger Klinik, in der Wibke Klug als Beleghebamme arbeitet, liegt bei einer Rate von 28 Prozent. Ihre persönliche Kaiserschnittrate ist mit zwölf Prozent weit darunter. „Das liegt an der 1:1-rund-um-die-Uhr-Betreuung", erklärt sie. „Ich möchte mich während der Geburt um eine Frau kümmern können und betreue nie mehr als fünf Frauen im Monat. Das ist auf lange Sicht die sicherste Geburtshilfe. Sonst passieren Fehler." Folgen seien dann besonders lange Geburtsverläufe, unnötige Kaiserschnitte oder von der Geburt traumatisierte Frauen. „Viele erzählen mir von vorangegangenen Geburten, wie schlimm es war. Ich hingegen habe oft Eltern, die aus dem Kreißsaal kommen und sich bei mir für die schöne Erfahrung bedanken."

Wibke Klug opfert viel für ihren Beruf: „Meine Tochter wird bald fünf. Es gab zum Beispiel eine Ballettaufführung, zu der ich nicht kommen konnte, da ich zwei Geburten nacheinander hatte. Wir haben niemals Wochenende. Und wenn wir zu Bett gehen, weiß meine Tochter nicht, ob ich sie morgens wecken kann." Trotzdem liebt sie ihren Beruf. Und sie würde niemals, so wie andere Kolleginnen, zehn Frauen im Monat gleichzeitig betreuen. „Ich kenne Beispiele von Hebammen, die sagen, das Kind muss um 10:30 Uhr nackt und in ein Tuch gewickelt sein, weil sie um 10:40 Uhr wieder geht. Diese Hebammen verdienen gut. Grundsätzlich würde ich auch nicht schlecht verdienen – nur bleibt am Ende einfach nichts übrig."

Das liegt daran, dass Wibke Klug für 30 Euro brutto auch mal zwei Stunden bei einer Frau sitzt. Und dann ist da noch die Sache mit den Versicherungen: „Als ich 2008 anfing, als Beleghebamme zu arbeiten, belief sich meine Haftpflichtversicherung auf 1.800 Euro im Jahr. Jetzt sind wir bei 6.500 Euro. Da natürlich auch noch die Rentenversicherung dazukommt, zahle ich monatlich rund 3.000 Euro für Versicherungen, Renten- und Krankenkasse. Und das bei 280 Euro, die ich pro Geburt verdiene. De facto verdiene ich erst ab der 17. Geburt im Jahr, und das bei einer Arbeit, die mich 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche, immer fordert. Da ist es dann eigentlich auch kein Wunder, dass so viele meiner Kolleginnen enttäuscht aufgeben müssen."

Den Beruf lieben und doch nicht davon leben können – das ist auch ein Problem, das Dr. Jörg Blettenberg aus Lindlar kennt. Die Praxis des 57-Jährigen liegt zwischen Hügeln, kleinen Dörfern und dichten Wäldern im Bergischen Land. Der Name Blettenberg hat Tradition: Schon sein Vater war Hausarzt. 1992 übernahm Jörg Blettenberg die Praxis, in der heute vier weitere Ärzte angestellt sind. Die Gemeinde ist groß. Dazu kommen Dörfer im Umkreis, in denen es längst keine Hausarztpraxis mehr gibt. Er selber hat eine 80-Stunden-Woche. Viele Patienten sind alt. Acht Prozent sind über 75, insgesamt 38 Prozent sind Rentner. Viele der rund 2.500 Patienten sind chronisch krank. Kurz: Dr. Jörg Blettenberg sieht sich täglich mit den Folgen des demographischen Wandels konfrontiert. Und dann kam auch noch Berghausen dazu – ein Ort mit einer geschlossenen Einrichtung für psychisch Kranke, die er hausärztlich betreute. Gemeinsam mit einer Neurologin. „Doch als die ihre Kassenarztzulassung aus Altersgründen zurückgab und sich kein Nachfolger fand, lastete alles auf mir. Die neurologischen Verordnungen, die psychiatrischen Verordnungen, Physiotherapie, Ergotherapie, Krankengymnastik und sehr teure Medikamente." Man versicherte ihm, er müsse sich keine Sorgen um sein Budget machen, bald sei eine neue Neurologin da – „aber die war nach einem halben Jahr nicht da. Auch nicht nach drei Jahren. Die Stelle ist erst im Rahmen des Mediendrucks besetzt worden. Sechs Jahre lang habe ich alles alleine getragen."

Im April 2011 dann der Schock: Der Hausarzt bekam eine Regressforderung in Höhe von 86.000 Euro für das Jahr 2008. Die für die Jahre ab 2009 gegen ihn verhängten Regresse summieren sich inzwischen auf rund 600.000 Euro. Gegen die Entscheidungen des nordrheinischen Beschwerdeausschusses klagte Blettenberg vor dem Sozialgericht. Nach nervenaufreibenden Jahren einigte man sich auf einen Vergleich. „Alle Verfahren sind rückwirkend damit bis 2012 beendet. Aber ich rechne fest damit, dass ich vor Weihnachten die nächste Regressforderung bekomme", sagt er und zeigt auf einen Stapel Akten. Direkte Korrespondenzen der vergangenen fünf Jahre. 36.000 Seiten Verordnungen. „Ich habe jede angeguckt und überprüft. Dabei fiel auf, dass viele der von Amts wegen zu berücksichtigenden Praxisbesonderheiten, die sich aus der Patientenstruktur ergeben, gar nicht berücksichtigt wurden."

Blettenberg, dessen Patienten ihm in den vergangenen harten Jahren mit Onlinepetitionen und Innovationsbündnissen zur Seite standen und der von Kollegen aus ganz Deutschland Anrufe mit ähnlichen haarsträubenden Geschichten bekam, verweist auf eine Studie der KV Bayern, die die riesigen Unterschiede zwischen Stadt und Land belegt: „Ein Hausarzt in der Stadt trägt 30 Prozent der Gesamtverordnungskosten seiner Patienten, aber auf dem Land sind es 78 Prozent. Das heißt: Lass dich auf dem Land nieder und du hast den Regress schon halb sicher, denn vom Durchschnittswert bist du da ja schon 25 Prozent drüber." Dazu komme der Mangel an Fachärzten: „Bevor jemand 30 Kilometer zum nächsten Lungenarzt fährt, kommt er zu mir und lässt sich sein Asthmaspray verschreiben. Am Ende verdiene ich die Hälfte von dem, was ein Oberarzt in der Klinik bekommt – und davon zahle ich noch Regress."

„MENSCHEN LEBEN LÄNGER – UND ZWAR MIT IHREN ERKRANKUNGEN"

Prof. Dr. Karl Reif,
Hochschule für Gesundheit

Gesundheitszentren, wie sie zum Beispiel in Kanada oder Finnland üblich sind, entstehen auch in Deutschland im ländlichen Raum. Eine Innovation, die es auszubauen gilt. Dr. Christian Waiblinger im holsteinischen Kisdorf betreut mehrere Gemeinden, allerdings gemeinsam mit anderen Kollegen in einer Gemeinschaftspraxis. Er genießt es, Landluft zu schnuppern. Am Abend aber fährt er zurück in die Stadt. Nach Hamburg. Und genießt auch das: „Alleine als Landarzt? Ich glaube, das geht heute nicht mehr. Eine Einzelpraxis auf dem Land ist mit dermaßen viel Arbeits- und Zeitaufwand verbunden, dass ich in meiner derzeitigen Situation – 39 Jahre alt, berufstätige Ehefrau, Vater von zwei Kleinkindern – gar nicht wüsste, wie ich das machen soll."

Der demographische Wandel lässt in allen Industrieländern den Reformdruck steigen, betont Uwe Schwenk von der Bertelsmann Stiftung: „Die Menschen werden immer älter, die Zahl der chronisch-degenerativen Erkrankungen wächst. Immer ››

Prof. Dr. Claudia Spies
ist die Leiterin der Klinik für Anästhesiologie mit Schwerpunkt operative Intensivmedizin der Charité und steht für einen Kulturwandel in der Intensivmedizin. Gelernt hat sie da vor allem von Kindern, die sie vor Jahren in einem intensivmedizinischen Kinderzentrum betreute.

„Wir haben bei Kindern aus aller Welt Luftröhren repariert, die durch Beatmungsschädigungen oder Unfälle verletzt waren. Intensivmedizinisch behandelte Kinder lagen damals da wie Mumien, die Eltern konnten gar nicht mehr mit ihnen interagieren. Dann entschieden wir uns, die Kinder wacher werden zu lassen – und sie spielten trotz ihrer Beatmungsschläuche mit Bauklötzen, waren aufmerksam und kooperativ. Auf einmal überlebten mehr dieser schwerkranken Kinder – und das viel häufiger ohne offensichtliche kognitive Einschränkungen.“

mehr Menschen benötigen medizinische Versorgung und Pflege über viele Jahre ihres Lebens. Zugleich steigen die Kosten aufgrund des medizinisch-technischen Fortschrittes. Nun stellt sich die Frage, wie wir die daraus resultierenden Finanzierungslasten bewältigen können. Ob im Rahmen der Kranken- und Pflegeversicherung, durch ergänzende private Vorsorge oder – falls beides nicht ausreicht – staatlicherseits über die Sozialhilfe. Politik und Gesellschaft sind gefordert. Beide müssen reagieren."

Demographischer Wandel bedeutet aber auch eine veränderte Sozialstruktur und eine immer internationalere Bevölkerung. Der Studiengang „Gesundheit und Diversity" an der Hochschule für Gesundheit in Bochum (hsg) schaut auf ebendiese Entwicklung. „Unsere Studierenden gehen zum Beispiel in Moscheen, um dort mit der Bevölkerung in Kontakt zu kommen und die Probleme erst einmal wahrzunehmen", erklärt Prof. Dr. Katrin Janhsen, Dekanin des Department of Community Health. „Wir gehen aber auch in die Quartiere. Besonders hier im Ruhrgebiet gibt es reichlich Kommunen, die sich dafür starkmachen, Quartiere altersgerecht zu entwickeln und auch Mehr-Generationen-Wohnen zu fördern." Fakt sei: „Bestimmte Gruppen haben Schwierigkeiten beim Zugang zum Gesundheitssystem, aber auch ein höheres Risiko, überhaupt zu erkranken, und einen schlechteren Zugang zu Prävention und Gesundheitsförderung. Sprachbarrieren sind in unserem Gesundheitssystem noch immer ein großes Problem – und zwar auf beiden Seiten, also auch, wenn wir an ausländische Ärzte oder Pflegekräfte denken."

Stichwort Pflege: Laut „Pflegereport 2030" der Bertelsmann Stiftung fehlen bis 2030 rund 500.000 Pflegekräfte. Und das, wo sich bei immer älter werdenden Patienten Krankheitsbilder verändern und Pfleger vor immer größeren Herausforderungen stehen. So wie Katy Steufmehl und Andreas Sund. Sie leiten den Pflegedienst auf der Intensivstation der Charité in Berlin. Sie finden, es muss sich nicht nur die Zahl der Pflegekräfte ändern, sondern auch deren Qualifikation: „Die Arbeit kann heute nur funktionieren, wenn man den Teamgedanken pflegt, denn jeder in seinem kleinen Bereich ist hoch spezialisiert."

An der Hochschule für Gesundheit werden Pfleger, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Hebammen und Logopäden bereits im Studium interprofessionell ausgebildet. Für Prof. Dr. Karl Reif vom Studiengang Pflege ein essenzieller Schritt: „Die Studiengänge sind so organisiert, dass die gesamte Theorie an der Hochschule stattfindet und die Praxis in den jeweiligen Einsatzorten. Als dritten Lernort haben wir SkillsLabs, wo wir mit Simulatoren, Schauspielpatienten und Videoanalysen arbeiten." Das gemeinsame Handeln der Studierenden bringe den größten Lerneffekt. Daher gibt es inzwischen auch Projekte der hsg mit der Ruhr-Universität Bochum, in denen Studierende der hsg gemeinsam mit Medizinstudierenden lernen. Das ist auch eine Reaktion auf den demographischen Wandel, erklärt Reif: „Menschen leben länger – und zwar mit ihren Erkrankungen. Auch mit einer oder mehreren Erkrankungen, die früher selten waren, da es kaum Menschen gab, die dieses Alter erreichten. Ein Schlaganfall zum Beispiel kann effektiv nur interprofessionell behandelt werden. Die Patienten kommen in eine Stroke Unit, wo von Anfang an Medizin, Pflege und die therapeutischen Berufe Logopädie, Physiotherapie und Ergotherapie eng zusammenarbeiten." Die Reaktionen in der Praxis sind durchweg positiv, erklärt Reif: „Unsere Absolventen treten sehr selbstbewusst auf und können Abläufe vor Ort schnell verbessern."

„PATIENTEN HABEN WÜNSCHE AN DIE INTENSIVMEDIZIN

Prof. Dr. Claudia Spies, Charité

Eine Teamarbeit, die für die Klinikleiterin von Katy Steufmehl und Andreas Sund jeden Tag wichtig ist. Im wahrsten Sinne: überlebenswichtig. Prof. Dr. Claudia Spies ist die Leiterin der Klinik für Anästhesiologie mit Schwerpunkt operative Intensivmedizin der Charité und steht für Innovationen in der Intensivmedizin. Innovationen, die das Überleben begünstigen und das Leben auch nach schweren gesundheitlichen Krisen wieder lebenswert machen können. „Wer auf eine Intensivstation kommt, ist mit viel Technik, sehr viel Angst und Hilflosigkeit konfrontiert", erklärt Spies. „Die Patienten wissen, dass ihr Leben bedroht ist, aber sie haben auch Wünsche an die Intensivmedizin: zum Beispiel, dass sie keinen kognitiven Schaden erleiden." – Organversagen, schwere Herz-Kreislauf-Schädigungen, Lungenversagen, das bedeute vielfach auch eine Beteiligung des Gehirns oder der Muskeln. Spies: „Patienten können zu Pflegefällen werden. Das ist vom Alter unabhängig, nur kommt im Alter zur Krankheit noch eine Form von Verletzlichkeit hinzu. Der Prozess des Sterbens setzt irgendwann im Leben ein, und wie weit dieser schon fortgeschritten ist, wenn eine akute Erkrankung hinzukommt, wissen wir nicht, aber vor operativen Eingriffen sehen wir uns genau an, wie wir den Patienten stärken und das Risiko reduzieren können."

Ein genauer Blick auf jeden Einzelnen, sei überlebenswichtig, erklärt Spies: „Das kann ein kognitives oder physikalisches Training sein. Oder: Bei vielen älteren Menschen ist der Hämoglobin-Wert zu niedrig, Eisensubsitution kann hierbei hilfreich sein. Vor Operationen am Oberbauch gibt es ein spezielles Atemtraining, das die Patienten stärkt, weniger Lungenentzündungen nach einer Operation zu entwickeln. All das sorgt für eine bessere Ausgangsbedingung."

Zu den rund 65.000 Operationen, die an der Charité jährlich mit Narkose durchgeführt werden, kommen täglich Notfallpatienten über die Rettungsstellen, außerdem ist die Klinik Referenzzentrum, bekommt zum Beispiel aus dem In- und Ausland Patienten mit schwerem Lungenversagen. Und auch für sie gilt, dass sich ihre Überlebenschance erhöht hat: „Einerseits hat sich die Technik verbessert. Ende der Achtzigerjahre konnten sie über ein Beatmungsgerät nur schwer selbst atmen, hatten immer Luftnot. Heute ist das Atmen damit ganz einfach und strengt den Patienten nicht mehr an. Wir haben für uns daraus den Vorteil gesehen, Patienten auf der Intensivstation wach lassen zu können", erklärt Claudia Spies. „Der Patient erkennt: Ich habe zwar eine Organschädigung, aber ich komme damit zurecht. Das wiederum stimuliert sein Immunsystem und lässt ihn Selbstheilungskompetenzen entwickeln." Auf Sedierungen wird weitestgehend verzichtet. Der Patient soll wach und kooperativ sein. Und auch das Umfeld wird entsprechend verändert: „Wir haben im Rahmen eines Pilotprojektes Zimmer, in denen wir versuchen, durch Architektur, Licht, LED-Streams und Mobilisations-Einheiten die Patienten so schnell wie möglich wieder in ihre körperlichen und geistigen Kompetenzen zurückzuführen, die durch die Erkrankung eingeschränkt worden sind."

Weniger Sedierung, weniger Sterblichkeit, weniger kognitive Schäden, weniger Langzeitschäden – die Intensivmedizin stehe vor einem Kulturwandel, betont Spies. Reformen und Innovationen, die angesichts der raschen Veränderungen auch in allen anderen Bereichen notwendig sind und ausschließlich einen Fokus haben müssen: das Wohl aller Patienten ◘

Prävention

Willkommen im gesunden Kinzigtal

Im Schwarzwald greift eine Idee, die eigentlich überall funktionieren könnte: Jeder Bürger des Kinzigtals nimmt seine Gesundheit selbst in die Hand und wird dabei von allen Seiten unterstützt, darunter Ärzte, Arbeitgeber, Vereine und Krankenkassen. – Besuch in einem rundum gesunden Projekt

Text: Anna Butterbrod – Fotos: Enno Kapitza

Gesund im Wasser: Aquafitness mit Désirée Hämmerle im Freibad Steinach

Gesund an Land: Jürgen Gerhardt, Mitglied im Patientenbeirat Gesundes Kinzigtal, beim Spazieren und Workout mit dem „Staby“

Leiter und Geschäftsführer der „Gesundes Kinzigtal GmbH“: Helmut Hildebrandt an der Kinzig bei Fischerbach

Äste krachen, ein Reh huscht durchs Gehölz. Der Wind lässt die mächtigen Tannen rauschen. Und da ist noch ein Geräusch: ein leises Zischen. Das produziert Jürgen Gerhardt. Der drahtige Rentner mit dem akkuraten grauen Bürstenschnitt steht mitten auf dem Waldweg und hält einen etwa 1,20 Meter langen silbernen Stab waagerecht über dem Kopf. Seine ausgestreckten Arme spannen sich rhythmisch an, dadurch wippen die mit blauen Kugeln versehenen Enden des flexiblen Sportgeräts energisch auf und ab: zisch, zisch, zisch … „Man wird nich Popeye dadurch, aber det is trotzdem janz schön anstrengend“, findet der gebürtige Berliner. Der 72-Jährige ist fit. Er hat weder Herzprobleme, Bluthochdruck, Arthrose noch andere chronische Beschwerden, unter denen viele Altersgenossen leiden.

Jürgen Gerhardt ist überzeugt davon, dass das auch an einer Entscheidung lag, die er vor genau zehn Jahren traf. Seit der Gründung 2005 sind er und seine Frau Edelgard (66) Mitglieder bei „Gesundes Kinzigtal“ – einem deutschlandweit einzigartigen Präventionsprojekt in ihrer Wahlheimat, dem Schwarzwald. Die Gerhardts kostet das keinen Cent, aber es bringt Vorteile: Denn die 53 teilnehmenden Ärzte reagieren nicht nur wie üblich auf Beschwerden. Sie setzen sich gemeinsam mit Physiotherapeuten, Fitnessstudios, Kliniken und Pflegediensten aktiv dafür ein, dass ihre Patienten erst gar nicht krank werden. Die Mediziner nehmen sich mehr Zeit, tauschen sich mit behandelnden Kollegen aus und weisen auf passende Programme hin, an denen Mitglieder ermäßigt oder kostenlos teilnehmen können. Auch für chronisch Kranke gibt es Präventivmaßnahmen: Sturztraining bei Osteoporose, Hausbesuche bei Herzinsuffizienz.

Seinen schwingenden Trainingsstab hat Jürgen Gerhardt bei einem Seminar vor acht Jahren das erste Mal in den Händen gehalten und benutzt ihn seitdem regelmäßig. „Ich habe schon fast alle Angebote wahrgenommen“, erklärt er stolz. „Durch die intensivere Betreuung wird man selber aufmerksamer. Wenn es die nicht gäbe, würde ich vieles schleifen lassen.“

„WAS HIER PASSIERT, IST SOZIALES UNTERNEHMERTUM. MAN MUSS DAS GUTE PRODUZIEREN, UM GEWINN ZU MACHEN“

Helmut Hildebrandt, Gesundheitsmanager

Mehr Aufmerksamkeit, mehr Maßnahmen, aber keine Extrakosten. Wie kann das funktionieren? Eigentlich ganz einfach, sagt Gesundheitsmanager Helmut Hildebrandt (61), dessen Idee hinter dem regionalen Gesundheitsnetzwerk steckt. Und die kam ihm so: Ende der Neunzigerjahre wurde der Apotheker und ehemalige Grünen-Abgeordnete

Dr. Brigitte Stunder von „Gesundes Kinzigtal“ und ihre Patientin Manuela Puhtos (rechts)

Geschäftsführer eines verschuldeten Krankenhauses in Niedersachsen. Die veraltete Heizungsanlage verbrauchte zu viel Energie, aber es gab kein Geld, um sie zu erneuern. Hildebrandt fand eine Firma, die die Sanierung kostenlos vornahm. Dafür beteiligte er sie zehn Jahre lang an der Heizkosten-Differenz, die er dank der neuen Anlage sparte.

Dieses Schema übertrug er aufs Gesundheitswesen. Zusammen mit einem regionalen Ärztenetzwerk gründete Hildebrandt die „Gesundes Kinzigtal GmbH“ und schloss Verträge mit zwei Krankenkassen: der AOK Baden-Württemberg, dem größten Versicherer vor Ort, und der Landwirtschaftlichen Krankenkasse (LKK). „Besonders von der großen AOK war das ein mutiger Schritt“, sagt Hildebrandt, der auch das Bundesgesundheitsministerium und die Weltgesundheitsorganisation (WHO) beriet. „In Deutschland gibt es einen Antriebsfehler. Kaum eine Krankenkasse ist bereit, in überlegene Qualität zu investieren, weil das ein Risiko darstellt. Solange ich mit allen anderen im selben Trott bleibe, habe ich kein Problem. Wenn es doch mal eins gibt, schimpfe ich auf die Politik oder erhöhe die Beiträge.“

Hildebrandt winkte damals mit einem lukrativen Deal. Er versprach, die Kosten pro Patient zu senken – durch Vorsorgemaßnahmen, die die Zahl teurer Operationen, Krankenhausaufenthalte oder Pflegemaßnahmen reduzieren sollten. Im Gegenzug wollte er von den Krankenkassen eine Beteiligung an der Ersparnis. Rund 33.000 Versicherte zählen die AOK und die LKK im Kinzigtal südöstlich von Offenburg. Knapp ein Drittel davon macht inzwischen mit bei „Gesundes Kinzigtal“. Im Jahr 2013 sparten die beiden Krankenkassen im Vergleich zu anderen Wettbewerbern in Baden-Württemberg rund 170 Euro pro Mitglied ein – insgesamt also über fünf Millionen! Für „Gesundes Kinzigtal“ bedeutete das einen Jahresüberschuss von bis zu 850.000 Euro. „Ich bin kein freundlich-naiver Idealist, der auf einen eigenen Nutzen verzichtet“, so Hildebrandt. „Was hier passiert, ist soziales Unternehmertum: Man muss das Gute produzieren, um Gewinn zu machen.“

Frühzeitig aktiv werden

Von den 850.000 Euro Gewinn schüttete „Gesundes Kinzigtal“ nur 200.000 aus – zwei Drittel davon ans Ärztenetzwerk und ein Drittel an Hildebrandts Hamburger Managementfirma OptiMedis. Der Rest wurde investiert: in projektbegleitende Studien der Unis Freiburg und Köln, ein neues Therapie- und Bewegungszentrum mit Kursräumen oder in kostspielige Programme wie „Psychotherapie Akut“. Patienten, die in einer psychischen Krise stecken, bekommen ohne Wartezeit einen Termin bei teilnehmenden Psychotherapeuten. Bis zu sieben Sitzungen werden ohne umständlichen Antrag bei der Krankenkasse bewilligt – schließlich zahlt „Gesundes Kinzigtal“. Und kann so oft verhindern, dass aus einer temporären Verstimmung eine ausgewachsene Depression wird.

Allgemeinärztin Dr. Brigitte Stunder (63) führt mit ihrem Mann seit über 30 ››

„Bewegte Pause“ in der Geschäftsstelle der „Gesundes Kinzigtal GmbH“ in Haslach

Jahren eine Praxis im beschaulichen Zell am Harmersbach. Ihr Job sei jetzt viel befriedigender, sagt sie. „Früher konnten wir erst eingreifen, wenn das Kind schon in den Brunnen gefallen war. Jetzt kann ich gefährdete Patienten schon früh ansprechen und zum Handeln motivieren. Aber noch wichtiger: Ich kann ihnen einen Weg aufzeigen, lasse sie also mit der Lösung des Problems nicht alleine stehen." So wie im Fall von Manuela Puhtos (52), die ihrer Hausärztin seit Jahren vertraut. Mit Stunders Unterstützung hält die Hausfrau und zweifache Mutter ihren erhöhten Blutdruck unter Kontrolle. Und nimmt jetzt auch noch mit einem „Gesundes Kinzigtal"-Programm ab. Elf Kilo runter in elf Wochen – ein großes Erfolgserlebnis für Puhtos, bei der bisher keine andere Diät auf Dauer funktionierte. Auf Stunders Anraten hin ging sie zur Ernährungsberaterin, zählt Kalorien und kommt alle drei Wochen zum Wiegen in der Praxis vorbei – insgesamt 15 Monate lang. „Alleine würde ich meinen inneren Schweinehund

„ICH WOLLTE MEINEN KINDERN DIE MÖGLICHKEIT GEBEN, UNBESCHWERT AUFZUWACHSEN"

Désirée Hämmerle, Fitnesstrainerin

Hausbesuch bei der Familie Hämmerle mit drei ihrer vier Söhne in Fischerbach und (rechts) Aquafitness mit Désirée Hämmerle im Freibad Steinach

nicht überwinden. Aber hier fühle ich mich aufgehoben", sagt sie.

Noch etwa fünf Jahre wollen die Stunders arbeiten und hoffen, dann einen Käufer für ihre Praxis zu finden. „Der demographische Wandel ist bei uns voll angekommen, die meisten Ärzte hier sind zwischen 60 und 65", sagt Brigitte Stunder. Wie in vielen ländlichen Gegenden ist es schwierig, Nachwuchs zu finden. Doch auch da setzt „Gesundes Kinzigtal" an: 2009 wurde ein Förderprogramm für junge Ärzte initiiert. Verbringen die ihre Assistenzzeit in der Region, erhalten sie ein überdurchschnittliches Gehalt – und haben gute Chancen, nach Abschluss ihres Studiums auch gleich eine Praxis zu übernehmen. Viermal ist das schon geglückt.

Désirée Hämmerle musste niemand groß überreden, damit sie sich im Schwarzwald niederlässt. Die 34-Jährige arbeitete als Animateurin auf den Malediven und reiste lange um die Welt, bevor sie vor neun Jahren an die Kinzig zog. Da erwartete sie gerade den ersten ihrer vier Söhne mit Ehemann Dennis (34). „Ich wollte meinen Kindern die Möglichkeit geben, unbeschwert aufzuwachsen. Und zwar in einer wunderschönen Gegend, wo andere Urlaub machen." Die Hämmerles wohnen in einem Haus mit großem Garten, in dem vorm Gemüsebeet ein Fußballtor steht. Zwischen zwei Apfelbäume ist eine Slackline gespannt, und bis zum Sonnenuntergang hopsen die Jungs auf dem XXL-Trampolin um die Wette. Für die Familie gehört Bewegung zum Alltag.

Angebote für alle

Désirée Hämmerle will dafür sorgen, dass anderen das genauso geht. Sie war eine der ersten Fitnesstrainerinnen bei „Gesundes Kinzigtal" und ist selber mit der kompletten Familie dort angemeldet. Weil auch für Kinder bestimmte Zusatzuntersuchungen gratis sind. Hämmerle bietet neben Aquafitness auch Kurse für frischgebackene Mütter an, doch der Großteil ihrer Kundschaft gehört zur Altersgruppe 50 plus. „Bei uns auf dem Land dauert es, bis sich etwas Neues bewährt", erklärt sie. „Gerade bei einer Mitgliedschaft sind viele Menschen skeptisch. ‚Wo ist da der Haken?', fragen die sich." Anfänglich waren noch alle Kurse für die Mitglieder umsonst. „Aber das führte dazu, dass die Teilnehmer sich nicht verpflichtet fühlten, regelmäßig zu kommen", so die Trainerin. Bei einem großen Projekt wie diesem gehört eben auch viel Trial und Error mit dazu.

Fehler will Carlo Kälble (38) möglichst vermeiden. Darum sucht der Personalchef der Firma Hydro, eines Zulieferers der Luftfahrtbranche, Hilfe beim „Gesundes »

Carlo Kälble (rechts), Leiter Human Ressources der Firma Hydro, die mit „Gesundes Kinzigtal" ein Programm für ihre Mitarbeiter ausgearbeitet hat

Zusammentreffen der Pflegeleiterin Monika Schwichtenberg vom Paul-Gerhardt-Werk e. V. (links) mit einem Kollegen und einer Mitarbeiterin von „Gesundes Kinzigtal“.
Oben rechts: Die Kinzig fließt durch viele malerische Altstädte, wie hier im Ort Schiltach. Unten: Den Schlüsselanhänger mit Ortungschip haben alle Mitglieder von „Gesundes Kinzigtal“

Kinzigtal“-Team. Denn das berät inzwischen auch Firmen in Sachen Gesundheitsmanagement. Kälble: „Dieses Thema ist ein Megatrend.“ Einer, der das Arbeitsklima bei Hydro verbessern soll. Zwischen 2011 und 2012 hatten zehn Prozent der Belegschaft gekündigt. Daraufhin führte man erstmals eine Mitarbeiterbefragung durch. „Die fiel erschreckend aus. Indirekt konnte man deutlich eine Botschaft ablesen. Die lautete: Ich komme nicht gerne zur Arbeit. Für die Geschäftsleitung war das eine Klatsche.“

Seitdem habe man schon viel optimiert, erklärt Kälble. Mit der Unterstützung von „Gesundes Kinzigtal“ hat er nun auf Wunsch des Vorstands einen dreijährigen Gesundheitsplan erarbeitet, der gerade abgenickt wurde. Der erste Schritt: kostenloses Obst und Wasser für die 350 Mitarbeiter in der Firmenzentrale in Biberach. Der zweite Schritt:

Zahlreiche gut organisierte Sportprogramme, wie hier der Fitness-Kurs mit sogenannten Smovey-Ringen, gehören zum Konzept

ein gut organisiertes Sportprogramm, vielleicht auch Workshops zum Thema Ernährung, richtiges Sitzen am Schreibtisch oder Burnout. „Ich will eine Struktur schaffen, durch die ein kontinuierliches Angebot geschaffen wird. Denn wer sich am Arbeitsplatz wohl fühlt, ist auch weniger krank. Jeder Weggang tut uns weh und kostet Geld." Zusatzangebote dieser Art sind außerdem beim Anwerben neuer Mitarbeiter ein Plus. „Man muss sich als Unternehmen abheben", weiß Kälble. Aber wie baue ich einen solchen Bereich auf? Was macht Sinn? Bei Fragen wie diesen kann Kälble auf den Erfahrungsschatz von „Gesundes Kinzigtal" zurückgreifen und deren neues Netzwerk aus „Gesunden Betrieben", zu denen jetzt auch Hydro gehört. Demnächst sollen die Mitarbeiter erneut befragt werden, dieses Mal auch zu ihren Wünschen im Bereich Gesundheit.

Beim Paul-Gerhardt-Werk in Offenburg, einem Verbund von Pflegeeinrichtungen, ist das bereits in Zusammenarbeit mit „Gesundes Kinzigtal" geschehen. Pflegedirektorin Monika Schwichtenberg (61) geht bald in Rente. 36 Jahre ist sie schon im Unternehmen – vielen Kollegen geht es ähnlich. „Unsere Aufgabe ist es, die Älteren gesund zu halten", sagt sie. Im Juli-Newsletter konnten die 330 Mitarbeiter alles über die neuen Angebote lesen. Dazu gehört eine vergünstigte Mitgliedschaft im Fitnessstudio genauso wie ein Rauchstopp-Kurs von „Gesundes Kinzigtal".

„UNSERE AUFGABE IST ES, DIE ÄLTEREN GESUND ZU HALTEN"

Monika Schwichtenberg, Pflegedirektorin

Das Modell, das in der Heimat von Kuckucksuhr und Bollenhut begann, zieht immer weitere Kreise: Die AOK hat Helmut Hildebrandt drei weitere Gebiete in Baden-Württemberg in Aussicht gestellt. Außerdem ist er mit mehreren saarländischen Regionen im Gespräch und entwickelt in Hamburg ein Konzept für zwei sozial schwache Stadtteile. „Die fachärztliche Versorgung dort ist extrem schlecht, die Kriminalitätsrate hoch. Aber es gibt Ärzte, die Lust haben, genau diese Herausforderung anzunehmen." Hildebrandt nennt das „gesundheitsförderliche Stadtentwicklung" und hofft, für die Anschubfinanzierung einen Zuschuss vom Innovationsfonds der Bundesregierung zu erhalten. Die hält ab 2016 jährlich 300 Millionen Euro für regionale Versorgungsprojekte bereit, die später auch im großen Rahmen funktionieren können. Genau wie das Kinzigtal-Modell: „Wir haben ein Qualitätsmanagement aufgebaut, das sich jetzt problemlos multiplizieren lässt", sagt Hildebrandt.

Und zwar nicht nur in Deutschland. Der Gesundheitsreformer hat letztes Jahr in Holland eine Schwesterfirma seiner OptiMedis AG gegründet und in Nijkerk südöstlich von Amsterdam ein Programm für Atemwegserkrankungen angeschoben. „Ich bin überzeugt davon, dass wir regionale Gesundheitsnetzwerke brauchen. Was ist die Alternative? Das jetzige Gesundheitssystem schafft nur den Anreiz, es maximal auszunutzen. Das ist irgendwann finanziell und arbeitskräftetechnisch nicht mehr tragbar."

Alle zwei Wochen fährt Hildebrandt die sechseinhalbstündige Zugstrecke von Hamburg in den Schwarzwald. Hier leben die Menschen, die an seine Idee glaubten, als andere sie noch für unrealisierbar hielten. Er ist weiter voll dabei, nimmt sich Zeit für Projektgruppentreffen und Beiratssitzungen bis spät in die Nacht. Auch morgens um halb sieben, wenn er im Freibad seine Bahnen zieht, hat Hildebrandt schon ein offenes Ohr für Fragen und Probleme seiner Mitschwimmer. Wenn es sein Terminkalender zulässt, braust Hildebrandt mit seinem Rennrad an der Kinzig entlang, beobachtet die surrenden Libellen und lässt Steine über die Wasseroberfläche springen. Der Vater zweier erwachsener Kinder lebt fast so gesund, wie er es sich von den Bewohnern des Kinzigtals wünscht. „Vielleicht mit ein bisschen weniger Schlaf", gibt er zu. ◘

info >

Gesundes Kinzigtal

Die „Gesundes Kinzigtal GmbH" hat ihren Sitz in Haslach, Ende 2015 ziehen die 20 Mitarbeiter in die neue Geschäftsstelle ins benachbarte Hausach um. **9.600 Mitglieder hat das regionale Versorgungsmodell,** das Geschäftsführer Helmut Hildebrandt von den Universitäten Freiburg und Köln evaluieren lässt. Laut deren Ergebnissen werden z. B. Rückenschmerzen schneller gelindert als in Vergleichsgruppen, und sogar die Lebenszeit soll sich verlängern.

Infos: www.gesundes-kinzigtal.de

GRAFIK: DIETER DUNEKA

Gesundheit 2.0

Der vernetzte Patient

Eine wachsende Anzahl von Onlinediensten und personalisierten Apps lässt Patienten ihre eigene Gesundheit Schritt für Schritt überwachen und so in einen besseren Dialog mit Ärzten eintreten

Text: Steffan Heuer — Illustrationen: Marie-Luise Emmermann

Der Schrittzähler spricht mit dem Smartphone, der Pulsmesser im Brustgurt mit der Uhr, die Waage im Badezimmer tauscht sich mit einem Gesundheitsportal im Web aus. Mobile Apps erlauben es, Symptome zu erkennen und mögliche Erklärungen einzuengen, lange bevor man im Wartezimmer Platz nimmt. Diabetiker können ihren Blutzuckerwert verfolgen, als ob sie Punkte in einem Spiel sammeln, und sich Erinnerungen an die nächste, korrekte Dosis Insulin schicken lassen. Patienten und ihre Familien formen freie Diskussionsgruppen zu ihrer Krankheit, in denen sie sich über Therapien, Medikamente und alle möglichen Sorgen rund um ihren Zustand austauschen.

Ärzte laden Befunde, Rezepte und Dateien aus der Bildgebung in eine landesweite Datenbank hoch, auf die alle Mediziner, Krankenhäuser und die jeweiligen Patienten Zugriff haben. Angehende Mediziner übersetzen anonym eingesandte Befunde freiwillig und gratis in eine allgemein verständliche Sprache, die jedem Patienten den Zugang zu seiner Diagnose und den Behandlungsoptionen erleichtert — und den ärztlichen Nachwuchs anspornt, beim Thema Gesundheit auf Augenhöhe zu kommunizieren.

So präsentiert sich eine Momentaufnahme des digitalisierten Gesundheitswesens im Jahr 2015. Noch nie hatten Patienten und deren Angehörige besseren, schnelleren und preiswerteren oder sogar kostenlosen Zugang zu derart umfassenden und kleinteiligen Informationen. Das Internet in jeder Tasche, gepaart mit einer wachsenden Anzahl von Sensoren an immer mehr Körpern, schafft ein digitales Nervensystem, bei dem jeder Mensch Messgröße und Forscher zugleich ist. Bis 2019 wird sich der jährliche Absatz so genannter Wearables von derzeit 72 Millionen auf knapp 156 Millionen Geräte verdoppeln, erwarten die Marktforscher von IDC (International Data Corporation).

Vitaldaten aus dem Alltag können so — zumindest theoretisch — mit den rigorosen Erhebungen etablierter Medizintechnik kombiniert werden, um ein detailliertes Bild unserer Gesundheit zu zeichnen, vom Schlafrhythmus und der Herzfrequenz über Blutwerte und Sauerstoffsättigung bis zum Genom und Mikrobiom im Körper. Das schafft einerseits mündigere Patienten, die besser informiert in ein Beratungsgespräch mit ihrem Arzt gehen und ihre eigene Therapie aufmerksamer verfolgen können. Und es fordert andererseits von medizinischen Fachkräften, den Blick über die eigene Praxis hinaus auszuweiten und ihr Wissen und ihre Erfahrungen als Teil eines neuen und dynamischeren, von Daten getriebenen Gesundheitswesens zu begreifen.

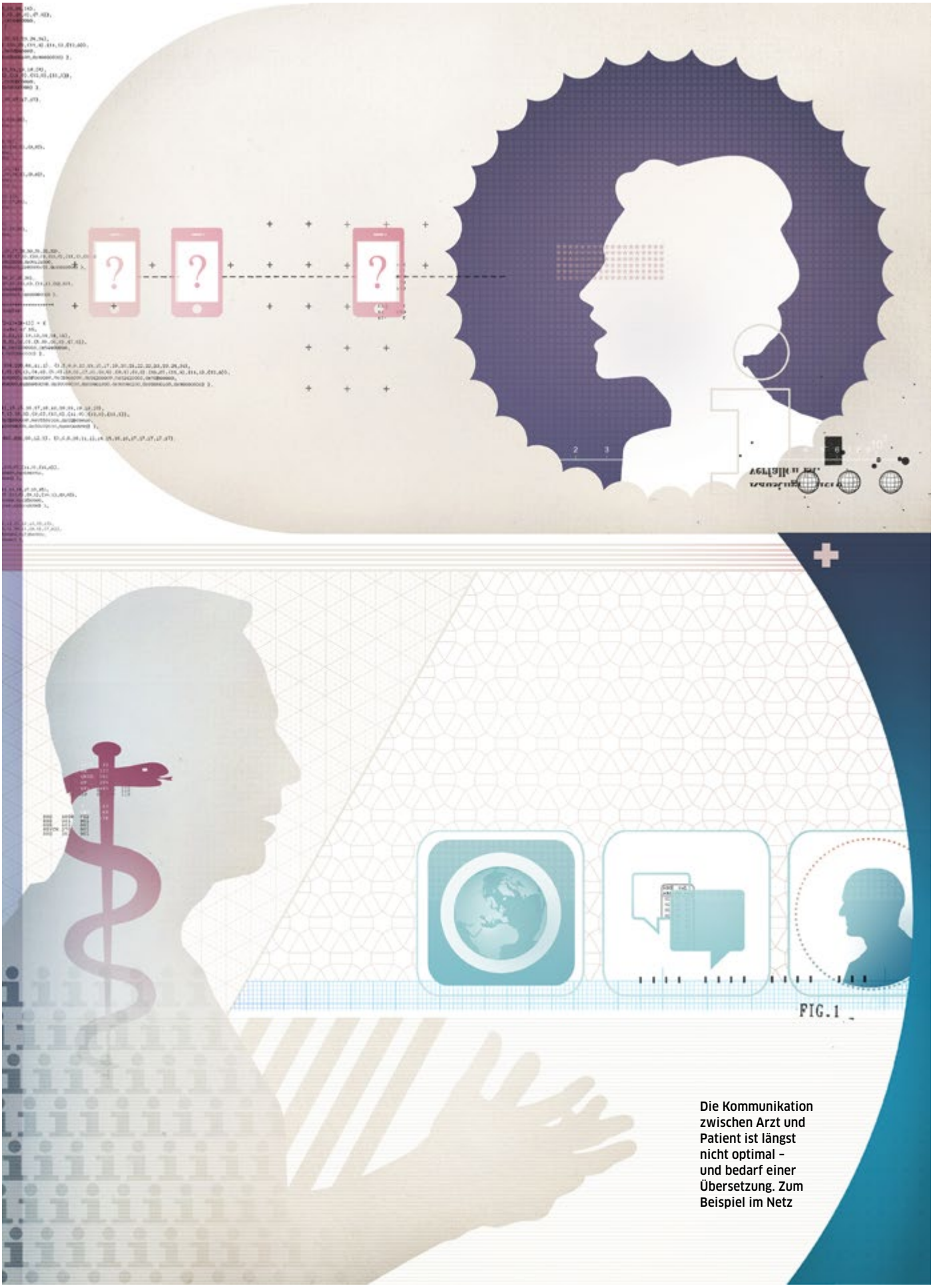
Statistiken auf beiden Seiten des Atlantiks sprechen eine eindeutige Sprache, was die Suche nach und den Umgang mit Gesundheitsinformationen angeht. Nach den Erhebungen des Pew Research Centers sind rund neun von zehn US-Bürgern im Netz, und fast zwei Drittel besitzen ein Smartphone. Drei Viertel aller Amerikaner geben an, Gesundheitsthemen online zu recherchieren, die überwiegende Mehrheit mit Hilfe einer Suchmaschine und immer öfter mit einem Mobilgerät. Dabei geht es in den meisten Fällen um das Nachschlagen von Krankheiten, Prozeduren oder Therapien sowie Informationen zu Ärzten. Jeder zweite Gang ins Netz erfolgt von Freunden oder Angehörigen, die einem Patienten behilflich sein wollen. Jeder fünfte Smartphone-Nutzer hat bereits Gesundheits-Apps heruntergeladen, um sein Alltagsverhalten besser zu verfolgen.

„WIR WOLLEN MENSCHEN BEGLEITEN UND MOTIVIEREN“

Frank Westermann, Gründer von „mysugr“

Insbesondere der mobile Zugang zu Gesundheitsdaten — von der Telemedizin bis zum „Quantifizierten Selbst“ mit persönlichen Trackern — ist ein boomender Markt, den die EU als Teil ihrer Digitalen Agenda beobachtet. „Mobile-Health-Dienste haben das Potenzial, bei der Veränderung unseres Lebens zum Besseren eine Schlüsselrolle zu spielen. Es muss jedoch sichergestellt sein, dass die verwendete Technik sicher ist und von den Bürgern auch sicher genutzt werden kann“, so das Resümee in einem europäischen mHealth-Grünbuch der EU vom April 2014.

Experten schätzen, dass es weltweit mehr als 100.000 mobile Health-Apps gibt. Die 20 beliebtesten dieser Programme, die die Bereiche Sport, Fitness und Gesund- ››



Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient ist längst nicht optimal – und bedarf einer Übersetzung. Zum Beispiel im Netz

heit abdecken, hatten 2013 rund 231 Millionen Nutzer. Mit solchen Apps und damit verbundenen Diensten werden bis 2017 geschätzte 23 Milliarden Dollar im Jahr umgesetzt werden. Eine Studie des Beratungsunternehmens PwC und des Mobilfunk-Dachverbandes GSMA macht obendrein ein erhebliches Potenzial für Einsparungen dank mHealth im Gesundheitswesen aus — allein 99 Milliarden Euro in der EU, von der Vorbeugung bis zur Behandlung und Überwachung.

Hilfe für Diabetiker

Frank Westermann ist das beste Beispiel, welche Möglichkeiten das Phänomen Health 2.0 bietet. Der Diabetiker gründete 2012 in Wien das Start-up mysugr, bei dem Patienten ihre Glukosemessungen und andere Vitaldaten in eine App einspeisen, um ein „Diabetes-Monster" in Schach zu halten. „Diabetes ist eine chronische Krankheit, die bis an mein Lebensende extreme Aufmerksamkeit erfordert", erklärt Westermann, dessen 25 Mitarbeiter zur Hälfte zuckerkrank sind. „Jeder von uns muss an die 50 Mal am Tag Entscheidungen treffen, bei denen unsere Krankheit eine Rolle spielt. Sie lässt sich nicht wegzaubern, aber mit spielerischen Komponenten besser und effizienter managen."

Bislang haben mehr als 300.000 Menschen seine App heruntergeladen, und jeden Tag kommen rund 1.000 neue Nutzer hinzu — die Mehrheit aus den USA, gefolgt von Deutschland, Frankreich, Italien, Spanien und Schweden. „Die meisten Nutzer von mysugr sind zwischen 25 und 45 Jahre alt, aber auch Patienten über 60 haben sich mit dem spielerischen Aspekt des Krankheits-Managements angefreundet", berichtet Westermann. Um auch ältere Daten zu nutzen, die vor der Einführung vernetzter Messgeräte erhoben wurden, können Nutzer diese abfotografieren und importieren.

Da mysugr in Europa eine CE-Zertifizierung und in den USA eine FDA-Zulassung besitzt, berechnet die neueste Version auch automatisch die richtige Insulin-Menge. „Man geht in der Regel einmal im Vierteljahr zum Arzt", so der Gründer, „doch die eigentliche Therapie findet in den 89 Tagen davor und danach statt. Dabei wollen wir Menschen begleiten und so gut es geht motivieren."

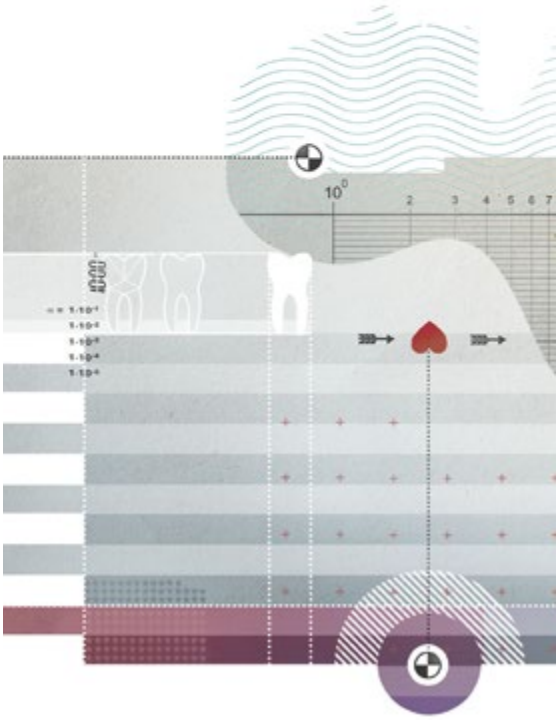
Eine derartige elektronische Hilfestellung ist für fast jede Art von Erkrankung möglich. Das Netzwerk PatientsLikeMe aus Cambridge, Massachusetts, ist einer der Pioniere, Patienten zu mündigen Gesprächspartnern im Gesundheitswesen zu machen. Es wurde bereits 2004 von drei Absolventen des Massachusetts Institute of Technology (MIT) gegründet. Ansporn war die Diagnose eines Freundes bzw. Familienmitgliedes, der an der degenerativen Nervenerkrankung ALS (kurz für Amyothrophe Lateralsklerose) litt. Auf der Suche nach Behandlungsoptionen stellten die drei Gründer fest, dass es an fundierten Diskussionsforen für Patienten mangelte. Aus der Idee ist elf Jahre später eine der größten Online-Plattformen für Gesundheitsthemen geworden.

Heute tauschen sich rund 350.000 Menschen bei PatientsLikeMe zu mehr als 2.500 Erkrankungen aus. Ihre persönlichen Erfahrungen und Ratschläge klären nicht nur auf und spenden Mut, sondern haben bereits zur Veröffentlichung von 60 wissenschaftlichen Aufsätzen geführt. Die Diskussionen und Umfragen der Seite haben nach Angaben des Unternehmens 28 Millionen Datenpunkte generiert, auf die Mediziner und ausgewählte Firmen aus dem Gesundheitswesen bei ihrer Forschung, Behandlung und Entwicklung neuer Dienstleistungen zugreifen. „Wir glauben, dass wir die Art und Weise verändern können, wie Patienten ihren Gesundheitszustand managen und wie Forschung betrieben und Pflege angeboten wird", beschreibt das Unternehmen seine Vision, den informierten Patienten in den Mittelpunkt von Health 2.0 zu stellen.

„MAN LERNT, EINFACHES DEUTSCH ZU SCHREIBEN, WEITAB VOM WISSENSCHAFTLICHEN KAUDERWELSCH"

Franziska Mettke, Medizinerin

Einen etwas anderen Weg hat die deutsche Neugründung „Was hab' ich" eingeschlagen. Das in Dresden beheimatete Start-up will mit seiner Plattform „Medizinerlatein für Patienten verständlich" machen. Nachfragen von Bekannten, Fachausdrücke in normales Deutsch zu übersetzen, gab den Gründern — den angehenden Medizinern Johannes Bittner und seiner Frau Anja sowie dem IT-Fachmann Ansgar Jonietz — den Anstoß, einen Übersetzungsdienst für Untersuchungsbefunde einzurichten.



Das kostenlose Dolmetschen der von Patienten gefaxten oder gemailten Diagnosen übernehmen Medizinstudenten in höheren Semestern, die „Was hab' ich" an Hochschulen in ganz Deutschland rekrutiert. Bei komplexen Befunden können die Studenten auf ein Ärzteteam sowie zwei Psychologen zurückgreifen. Seit 2011 ist das virtuelle Team auf fast 1.300 Mediziner an 41 Fakultäten gewachsen, die pro Woche 150 Dokumente bearbeiten. So ist ein Fundus aus mehr als 24.000 Übersetzungen entstanden, aus dem „Was hab' ich" gemeinsam mit der Bertelsmann Stiftung einen „Befunddolmetscher" entwickelte. Dort kann jeder Fachbe-

Schutz der Patientendaten einerseits, praktischer Nutzen andererseits – Medizin erlebt im Internet gerade eine Revolution

griffe eingeben und sich mit einem Klick erklären lassen.

Im Monat verzeichnet die Plattform mehr als 40.000 Zugriffe von Patienten sowie 92.000 Zugriffe von Medizinern, die sich dort zu Diagnosen und der besten Übersetzung in allgemein verständliches Deutsch austauschen. Für Mitgründer Jonietz liegen die Vorteile auf der Hand: „Die Sensibilisierung für Fachwörter und das Wissen um leicht verständliche Sprache nehmen die Mediziner mit in ihren Berufs-Alltag." Deswegen hat „Was hab' ich" seit 2014 Pilotprojekte an Hochschulen in Hamburg, Dresden, Marburg und ab dem Winter in Heidelberg eingerichtet, um die Dolmetscher-Tätigkeit als Teil des Studiums zu absolvieren.

Franziska Mettke ist eine der vielen ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen, die von der Idee begeistert sind. Die angehende Medizinerin an der Universität Leipzig hat in den vergangenen zweieinhalb Jahren rund 145 Befunde übersetzt und ist inzwischen als Supervisor für die Ausbildung von Medizinstudenten zuständig, die neu zum Netzwerk hinzukommen. „Für viele Patienten ist es schlichtweg nicht möglich, alle relevanten Informationen aus einem Arztgespräch zu behalten. Die Übersetzung ist ein Schriftstück, das immer wieder gelesen werden kann", erklärt Mettke. „Für Mediziner und Studenten bietet ‚Was hab' ich' eine Art Kommunikationsausbildung."

Von dieser gesteigerten Gesundheitskompetenz profitieren sowohl die Patienten, die oft zum ersten Mal wirklich verstehen, woran sie leiden, als auch die angehenden Ärzte. „Man lernt, einfaches Deutsch zu schreiben, weitab vom wissenschaftlichen Kauderwelsch der Uni. Ich habe in meinem Studium immer wieder gesagt bekommen, dass es wichtig ist, alle Befunde und Diagnosen mit dem Betroffenen zu besprechen, damit man gemeinsam eine Entscheidung treffen kann. Nur leider bringen einem wenige genau das bei", berichtet Mettke. „Nach einigen Übersetzungen fiel es mir leichter, Patienten die Befunde zu erklären. Dies merke ich auch im klinischen Alltag. Ich höre genauer hin, was man selbst und was die anderen Ärzte den Patienten erzählen, und ich strukturiere ein Gespräch anders."

Der enge Schulterschluss zwischen Experten und Patienten ist umso wichti- ››

ger, als das selbstständige Recherchieren im Netz keine Gewähr dafür bietet, dass komplizierte Gesundheitsfragen korrekt beantwortet werden, und so Patienten auch in die Irre geführt werden können. Einer jüngsten Studie der Harvard Medical School zufolge liegen Websites oder Apps, in die man seine Symptome eingibt und dann eine Diagnose angezeigt bekommt, nur in 50 Prozent der Fälle richtig. Dazu tippten die Harvard-Forscher 45 fiktive Befunde, die sonst zu Ausbildungszwecken verwendet werden, in 23 beliebte Symptomchecker-Sites ein.

Fazit: Nur eine von drei Sites identifizierte den richtigen Befund, bei knapp zwei Dritteln war die korrekte Antwort in einer Liste von 20 anderen möglichen Diagnosen versteckt. Insofern sind Online-Tools auf dem Weg zum mündigen Patienten nur ein erster Schritt, den man mit aller Vorsicht gehen sollte. „Sie sind besser als eine wahllose Internet-Suche, aber sie ersetzen nicht den Termin beim Arzt, um eine gründliche Untersuchung und Diagnose zu erhalten", erklärt Dr. Ateev Mehrotra, der die Harvard-Studie leitete.

Die Frage des Datenschutzes

Ebenso sind noch viele Fragen offen, wie persönliche, höchst intime Informationen zur Gesundheit im Netz vor dem Zugriff unberechtigter Dritter geschützt werden können. Während Patientendaten aus Krankenhäusern und Arztpraxen strikten Vorschriften für ihre Erhebung, Verarbeitung, Speicherung und Zugang unterliegen, befinden sich Apps, um das eigene Wohlbefinden oder Gesundheitszustand zu dokumentieren, in einer Grauzone. „Verbraucher sollten nicht davon ausgehen, dass ihre Daten in einer mobilen App sicher sind — nicht einmal schützenswerte Gesundheitsdaten", urteilten die Experten der amerikanischen Organisation Privacy Rights Clearinghouse, die unlängst 43 beliebte Health-Apps unter die Lupe nahmen. Weniger als die Hälfte der Gratis-Apps verfügten demnach über Datenschutz-Richtlinien. Viele Programme übermittelten Daten wie die Suchbegriffe zu einer Krankheit oder persönliche Trainings-Einheiten unverschlüsselt oder machten sie unbeteiligten Dritten zugänglich, die sie etwa zu Werbe- oder Marketingzwecken nutzen können.

Zu einem ähnlich alarmierenden Urteil gelangte die Federal Trade Commission, jene US-Behörde, die sich aus wettbewerbsrechtlichen Gründen mit dem Datenschutz befasst. Sie untersuchte ein Dutzend beliebter Health-Apps und stellte fest, dass sie Nutzerdaten an insgesamt 76 externe Websites übermittelten — von der Gerätenummer bis zu Details der sportlichen Aktivitäten oder Diätplänen. „Mobile Gesundheits- und Fitness-Apps sind nicht besonders sicher", warnten die Experten. Wer also einem Online-Dienst Daten zu seinem Lebenswandel und Gesundheitszustand anvertraut, sollte vorher gründlich prüfen, wie der jeweilige Anbieter mit den Informationen umgeht und welche Möglichkeiten bestehen, das Konto samt allen Daten später zu löschen.

Denn es besteht kein Zweifel, dass immer mehr Gesundheits-Informationen in der Cloud leben werden. Eines der wohl ehrgeizigsten Projekte, Daten aus dem gesamten Spektrum des Gesundheitswesens sicher zu bündeln und allen Beteiligten zugänglich zu machen, lässt sich in Dänemark besichtigen. Schlicht „Sundhed" — dänisch für Gesundheit — heißt die nationale Plattform für Patientendaten, an die fast alle 2.800 praktizierenden Ärzte, 53 öffentliche Krankenhäuser, Apotheken und Labors im Land angeschlossen sind. Seit ihrem Start im Herbst 2003 ist die Plattform kontinuierlich ausgebaut worden, so dass Sundhed heute für alle Bürger und alle Gesundheitsversorger zugänglich ist. „Wir integrieren Daten aus 120 unterschiedlichen Quellen, von Krankenhäusern bis zu Labors. Wir sind damit das Rückgrat der dänischen e-Health-Infrastruktur", sagt der Leiter des staatlichen Dienstes, Morten Petersen. Anfangs sollte die Plattform einen zentralen, nicht-kommerziell betriebenen Ort im Netz schaffen, an dem sich Patienten mit fundierten Hintergrundinformationen versorgen und untereinander austauschen konnten.

„MEHR SENIOREN ALS ERWARTET BENUTZEN DAS PORTAL"

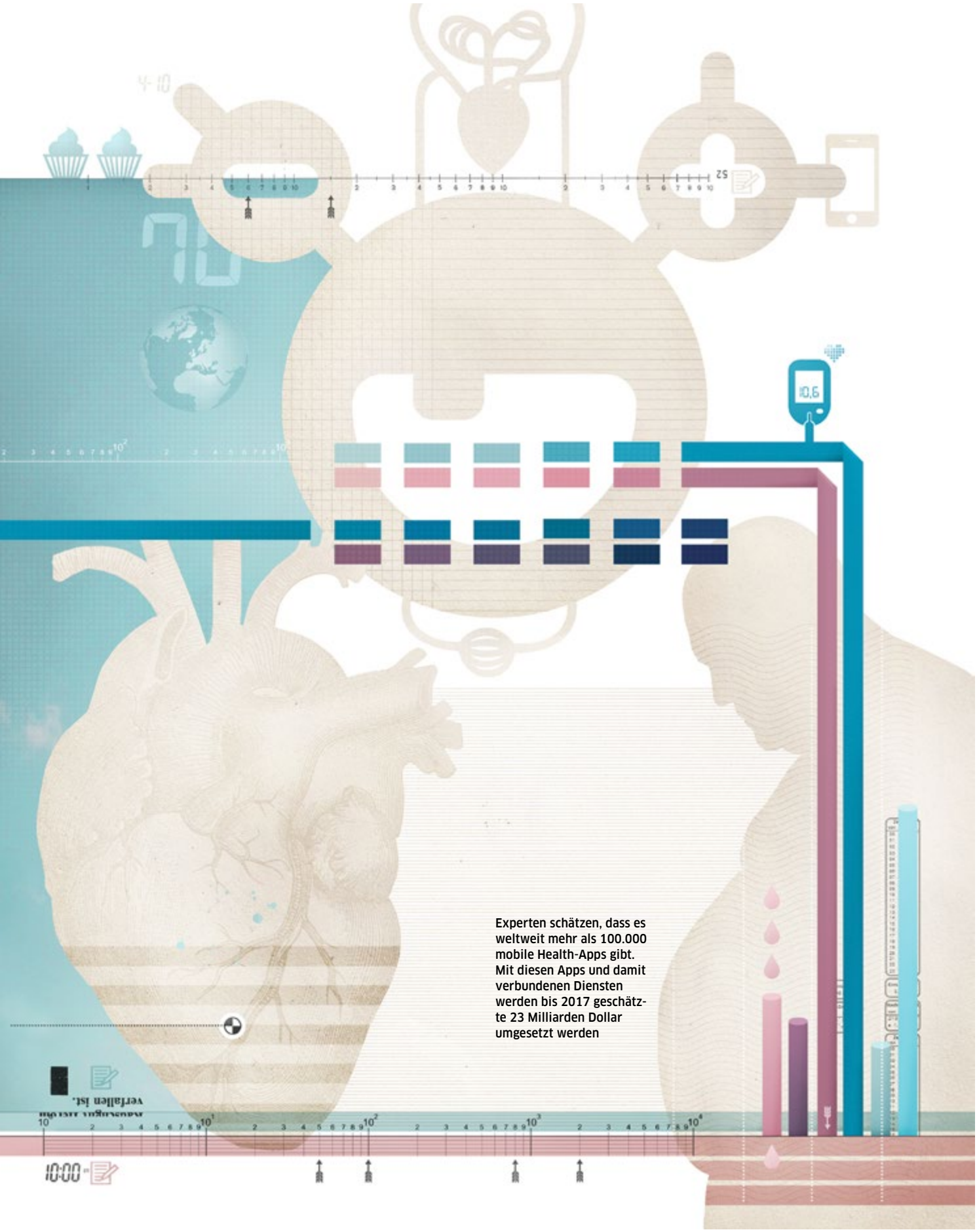
Morten Petersen, Leiter von „Sundhed"

Daraus wurde eine zentrale Gesundheits-Datenbank, die international ihresgleichen sucht. Auf Sundhed werden die Einzelheiten von jedem Arztbesuch, jeder Behandlung in einem Krankenhaus, jedes Rezept und jeder Laborbefund hochgeladen, so dass sie Fachleute und jeder Patient als Teil der elektronischen Krankenakte einsehen können. Das Portal verzeichnet 1,2 Millionen Besucher im Monat. „Für ein Land mit nur 5,6 Millionen Einwohnern ist das eine Menge", sagt Petersen. „Sundhed ist zu einem sehr nützlichen Werkzeug geworden und zugleich Teil der größeren Digitalisierungs-Bewegung."

Insbesondere der sichere Zugang über ein Smartphone oder Tablet sei ein Meilenstein für mehr Transparenz und Effizienz, argumentiert er. Schon heute erfolgen 40 Prozent der Zugriffe über mobile Geräte, Tendenz steigend. „Wir bringen vier Mal im Jahr eine neue Version heraus und arbeiten ständig an mehr Nutzerfreundlichkeit." Dazu gehören auch vermehrt Daten, die Patienten selbst erheben, etwa mit Glukose- und Blutdruck-Messgeräten. „In Zukunft werden immer mehr Menschen ihre Gesundheitsdaten selbst einspeisen, doch wir erlauben das nur für Geräte, die von der FDA zugelassen sind", erklärt Petersen – und schließt damit alle reinen Fitnessprogramme ohne medizintechnisches Gütesiegel aus.

Dabei, ergänzt er, grenze die Digitalisierung des Gesundheitswesens keineswegs ältere Menschen oder soziale Randgruppen aus. „Mehr Senioren als erwartet benutzen das Portal. Der offene Zugang zu Patientendaten ist für sonst weniger aktive Bürger enorm wichtig. Gesundheitsanbieter können dank elektronischer Daten proaktiv auf einzelne Patienten zugehen, und ein Freund oder Familienmitglied kann den Patienten aktiv unterstützen, was Kommunikation, Prävention, Medikamente oder Dateneingabe angeht." Unterm Strich, so Petersen, ist Sundhed ein erfolgreiches Beispiel, wie ein staatliches Gesundheitswesen „das Maximum aus seinem verfügbaren Budget herausholen kann."

Private Anbieter in den USA experimentieren bereits mit noch umfassenderen Modellen. So will das Gesundheitsportal Arivale aus Seattle ein datengetriebenes Gesundheits-Management anbieten, in das sogar genetische Daten und Messungen der Darmflora einfließen. Seine Kunden speisen für eine Jahresgebühr von 2.000 Dollar ihre genetischen Informationen sowie mehrmals im Jahr Blut-, Stuhl- und Speichelproben sowie die Vitaldaten eines Trackers ein. Im Gegenzug werden sie von Wellness-Coaches beobachtet und beraten, die im Zweifelsfall den Gang zum Arzt empfehlen. Denn obwohl Arivale Mediziner beschäftigt, kann und darf es keine Diagnosen stellen. So weit hat sich das Gesundheitswesen noch nicht mit den Innovationen von Health 2.0 angefreundet. ◘



Experten schätzen, dass es weltweit mehr als 100.000 mobile Health-Apps gibt. Mit diesen Apps und damit verbundenen Diensten werden bis 2017 geschätzte 23 Milliarden Dollar umgesetzt werden

Ganzheitliche Medizin

Alles gleich – und ganz anders

Das Gemeinschaftskrankenhaus in Witten-Herdecke ist das älteste anthroposophisch ausgerichtete Krankenhaus in Deutschland. Doch was heißt das eigentlich – und wie macht sich der Unterschied zu anderen Kliniken im täglichen Betrieb bemerkbar?

Text: Harald Braun — Fotos: Bernd Jonkmanns

Doktor Wolf Köster ist ein sympathischer Mann, er gehört zu den Menschen mit der seltenen Gabe, völlig ernst zu bleiben und einen dabei mit den Augen auslachen zu können. Genau das macht er gerade. Er hat die Frage vermutlich schon zu oft gehört, um sich noch darüber aufzuregen: „Heilen Sie hier wirklich alle mit dem Mistelzweig?“ Köster ist der Chefarzt der Inneren Medizin im Gemeinschaftskrankenhaus Witten-Herdecke, ein erfahrener Onkologe, der bereits Leitender Oberarzt am Tumorzentrum Essen-Mitte war, bevor er eine Zusatzausbildung in Naturheilkunde absolvierte.. Ein Vollblut-Mediziner also und schon auf den ersten Blick sehr weit weg von dem Bild, das sich die (überwiegend nur vage informierte) Öffentlichkeit von einem „anthroposophischen“ Arzt machen dürfte. Von einem Menschen also, der sich auch heute noch von Kollegen anhören muss, er betreibe als anthroposophischer Mediziner eine Art „Pseudowissenschaft“. Für diese Leute und auch den Absender der zugegeben etwas dümmlich-provokanten Mistelzweig-Anmerkung hat Wolf Köster eine kurze und eine lange Antwort: „Wir behandeln im Akutfall den Patienten, wie jedes andere Krankenhaus das auch tun würde, doch darüber hinaus versuchen wir zusätzlich, einen ganzheitlichen Zugang zu seinem Problem zu finden, sowohl diagnostisch wie auch therapeutisch.“ Das klingt erst einmal ziemlich abstrakt, das ist selbst dem Wissenschaftler Köster klar, drum legt er mit der langen Fassung gleich nach: „Stellen Sie sich vor, ein Patient wird mit Herzinfarkt bei uns eingeliefert. Dann kriegt er einen Herzkatheter, kriegt seine Tabletten, sein Aspirin, seinen Betablocker, die klassischen Standardmedikamente also, und dann wird er, wenn alles gut läuft, nach einer Woche in die Reha geschickt. Der Unterschied nun zu einem konventionellen Haus: Wir begnügen uns nicht damit, das Symptom zu bekämpfen, sondern wollen wissen: Wie kam es eigentlich dazu, dass dieser Mensch einen Herzinfarkt gekriegt hat, welche Ansätze für die Reha ergeben sich daraus, und vor allem: Welche Bedeutung hat der Herzinfarkt für ihn in der Zukunft? Wir überlegen uns, welche der vielen Therapieformen, die hier im Haus angeboten werden, zu ihm passt. Denn es ist ja so: Das Herz des Patienten ist jetzt erst mal wieder in Ordnung, aber er wird in Zukunft viel Ängste haben, posttraumatischen Stress. Da sind wir als Mediziner gefragt, aber auch Psychologen sind involviert, Psychotherapeuten, Kunst- oder Musiktherapeuten, je nach Patient. Wir sind der Ansicht, dass wir kein stereotyp medizinisches Raster anlegen können bei der Behandlung von Menschen, sondern dass es immer eine Einzelfallentscheidung ist, wie man weiter vorgeht.“ Wolf Köster macht eine kurze Pause, lässt seine eigenen Gedanken nachhallen und seufzt dann kurz: „Ist natürlich ziemlich zeit- und personalintensiv …“

Ganzheitlich heißt eines der Zauberworte im Gemeinschaftskrankenhaus Witten-Herdecke, integrativ und individuell lauten andere Begriffe, die immer wieder fallen an diesem Sommertag im Juli. Einem Tag, an dem Ärzte, Therapeuten und selbst Patienten der Klinik im Gespräch mit unterschiedlichen Worten immer wieder auf den gleichen Sachverhalt hinweisen, wohl ››

„WIR VERSUCHEN ZUSÄTZLICH EINEN GANZHEITLICHEN ZUGANG ZUM PROBLEM DES PATIENTEN ZU FINDEN“

Dr. Wolf Köster, Chefarzt

Dr. med. Wolf Köster ist Chefarzt der Inneren Medizin im Gemeinschaftskrankenhaus Witten-Herdecke.

Rechts: Anthroposophische Himmelsscheibe aus dem Eurhythmie-Bereich

Dr. med. Anette Voigt, Ärztliche Direktorin der Ende der Sechzigerjahre erbauten Klinik, würde gerne vieles erneuern

Anthroposophische Architektur: die Turnhalle der Gemeinschaftsklinik. Links: Patientin Andrea Maas bei der Therapie mit Heileurhythmistin Patricia Valverde aus Chile

„ICH HABE GELERNT, BESSER AUF MICH ZU ACHTEN UND GENAU IN MEINEN KÖRPER HINEINZUHORCHEN“

Andrea Maas, Patientin

weil der so oft missverstanden wird: Die anthroposophische Medizin ist keine alternative Medizin. Sie will die Schulmedizin nicht ersetzen, sondern deren auf reine Naturwissenschaft begrenztes Spektrum diagnostisch und therapeutisch erweitern.

Wie sieht das in der Praxis aus? Dr. Köster bittet zu einem Rundgang durchs Haus. Freundliche, offene Blicke überall, man macht Mittag zusammen im Innenhof, die vorbildliche Bio-Küche hat, so sagt man, beinahe Restaurant-Niveau. Man muss genauer hinsehen, um die Besonderheiten des Gebäudes wahrzunehmen. Auf den ersten Blick wirkt das Innere der Klinik genauso abweisend und labyrinthisch wie die meisten anderen Krankenhäuser auch. Verwinkelte, scheinbar endlose Gänge, automatische Türöffner, komplexes technisches Gerät, das auch auf einer Bohrinsel nicht weiter auffallen würde, Kunstlicht. Die anthroposophische Architektur und Ausgestaltung des Hauses – organische Formen, viel Holz, lasierte Naturfarben, farbige Bilder an den Wänden – ist dabei zwar sichtbar, trotzdem überwiegt das Gefühl, das Gebäude habe seit seiner Eröffnung im Jahr 1969 ein wenig Patina angesetzt. Später wird Dr. Anette Voigt, als Ärztliche Direktorin auch in der Unternehmensleitung des Krankenhauses, lachend gestehen: „Klar, das Haus ist in die Jahre gekommen – bauen ist in den nächsten Jahren eines unserer Hauptziele. Unser Haus ist einfach nicht mehr zeitgemäß, das spiegeln uns auch unsere Patienten. Ist schon sehr retro hier.“

Achtsamkeit erlernen

Andrea Maas aus Dortmund fühlt sich rundum wohl in der Klinik. Das liegt womöglich daran, dass sie sich in den letzten sechs Wochen viel im Raum von Patricia Valverde aufgehalten hat, die in Witten-Herdecke als Heileurhythmistin arbeitet und behauptet: „Mein Zimmer ist das schönste im ganzen Krankenhaus.“ Der helle Parkettboden, leuchtend cremig gelbe Wandfarbe, dazu nur einige ausgewählte Objekte. Es ist ein Raum, der Ruhe und Klarheit ausdrückt und eine Wärme, die sicher auch von der Ausstrahlung Patricia Valverdes beeinflusst wird. Sie lächelt mit strahlenden Augen, wenn sie Andrea Maas mit dem ganzen Körper ein I formen lässt, korrigiert sie leicht beim Grätschen der Beine, was beim A fällig wird, und spiegelt Andrea Maas beim O, wenn es darum geht, die Hände vor dem Oberkörper zu verschränken. Dass Andrea Maas das alles schmerzfrei hinbekommt, ist wie ein kleines Wunder für sie. Sie hatte mit 17 den ersten Bandscheibenvorfall, mit 26 erneut. „Mit 33 bin ich zum ersten Mal versteift worden – zwei Bandscheiben raus, es ging nicht mehr, sonst wäre ich jetzt querschnittsgelähmt.“ Die Angst davor und auch die Furcht, ihre kranke Mutter nicht mehr pflegen zu können, hat Andrea Maas lange bedrückt. Jetzt ist sie voller Hoffnung. Zum einen, weil die Heil-Eurhythmie ihr einen Weg eröffnet hat, ihren Körper zu stärken und in Zukunft ohne Schmerztabletten klarzukommen. „Das hat sich bei mir viel besser ausgewirkt als die klassische Krankengymnastik, die ich früher gemacht habe.“ Aber auch begleitende Therapien haben ihr in Herdecke geholfen. „Ich konnte bei der Gartentherapie viel Kraft schöpfen“, sagt sie, aber vor allem die begleitende Psychotherapie habe sich ausgezahlt: „Ich habe gelernt, besser auf mich zu achten und genau in meinen Körper hineinzuhorchen.“

Neue Kraft schöpfen

Der Rundgang geht weiter, wir schauen uns im Garten vor einem Nebengebäude der Klinik um, das sich als das Therapiezentrum des Hauses entpuppt. Viele Patienten wünschen sich, mit im Garten zu arbeiten, oft wird auch die Mal- und Kunsttherapie nach draußen verlagert. „Es gibt einige Kunsttherapeuten hier, deren Räume sehen aus wie professionelle Galerien. Alle Objekte stammen von unseren Patienten“, sagt Wolf Köster, dann weist er nach vorne: „Eine Runde Billard?“

Das ist leider nur ein Scherz, so viel Zeit hat der Chef der Inneren nicht. Theoretisch aber wäre es möglich. In diesem Komplex der Klinik sieht es tatsächlich aus wie im Bauch einer Waldorfschule. Alles so schön bunt, hell, von der Empore blicken wir in eine Turnhalle hinunter, hier oben befindet sich auch der angesprochene Billardtisch. Ein Stockwerk höher treffen wir die Kunsttherapeutin Marketa Pracharova in einem hellen Raum, der mit großen Fenstern und einem Zugang zum Balkon ››

Kunsttherapeutin Marketa Pracharova betreut Patienten der psychiatrischen und psychosomatischen Abteilung der Klinik

Die Patientinnen Renate Stanczuk und Carla Fischer mit Kunsttherapeutin Sabine Krebs-Gaedecke (Mitte) beim Arbeiten mit Ton

Licht atmet wie das professionelle Atelier eines Malers. Hier betreut die Tschechin Patienten aus der psychosomatischen oder psychiatrischen Abteilung des Hauses, so ähnlich wie die Kunstpädagogin Sabine Krebs-Gaedecke, die in einem Untergeschoss des Hauses fast zur gleichen Zeit eine Gruppe von vier Frauen beim plastischen Gestalten mit Ton betreut. Beide Therapeuten arbeiten eng mit den Ärzten und dem Pflegepersonal ihrer Patienten zusammen. „Es geht darum, dass meine Patienten hier einen Prozess in Bewegung bringen und dass sie Gestaltungsimpulse für ihre eigene Persönlichkeit entwickeln. Es geht überhaupt nicht um Ästhetik", sagt Sabine Krebs-Gaedecke, eine resolute Frau, die in gestochen scharf geschnitzten Sätzen spricht: „Wir wollen die Menschen nicht bloß beschäftigen. Es geht darum herauszufinden: Was hat der Mensch, welche Tätigkeit tut ihm gut, was braucht er? Das unterscheidet uns von anderen, von konventionellen Krankenhäusern."

Nicht nur das. Auch die rhythmische Massage ist eine Therapieform, die außerhalb anthroposophischer Zusammenhänge keine Verwendung findet. Christina Schlüter liegt auf dem Bauch und genießt die „weichen, fließenden, saugenden Griffe", die zu dieser speziellen Massageform gehören und von Ita Wegmann – neben Rudolf Steiner der Begründerin der anthroposophischen Medizin – entwickelt wurden. Angeblich, so heißt es, soll diese Massage die Selbstheilungskräfte anregen. Im Falle von Christina Schlüter wäre das sehr willkommen: Vor einer Woche noch schwebte die Zwanzigjährige in Lebensgefahr, hatte sich vom karitativen Projekt-Einsatz in Uganda eine Malaria mit nach Hause gebracht. Auf der Intensivstation der Klinik wurde sie mit der üblichen Hightech-(Schul-)Medizin behandelt. Jetzt, wo sie über den Berg ist, hat mit der rhythmischen Massage der anthroposophische Teil der Therapie begonnen. Durchaus mit Gewinn, wie Christina Schlüter erklärt. „Das ist wie Meditation, die habe ich schon sehr genossen." Dass ihr zudem auch noch eine Musiktherapie verordnet wurde, nimmt sie gerne mit, wenn auch mit einem verschmitzten Augenrollen: „Kenn ich ja schon von meiner Waldorfschule."

Unsere nächste Station ist das „Teekesselchen", ein offiziell von der nordrhein-westfälischen Wissenschaftsministerin als „Ort des Fortschritts" ausgezeichnetes Projekt des Krankenhauses. In diesem Raum – vor der Tür steht tatsächlich ein Teekessel – betreut Altenpflegerin Heike Bartolome zusammen

„ES GEHT DARUM HERAUSZUFINDEN: WAS HAT DER MENSCH, WELCHE TÄTIGKEIT TUT IHM GUT, WAS BRAUCHT ER?"

Sabine Krebs-Gaedeke, Therapeutin

Malariapatientin Christina Schlüter

Die rhythmische Massage von Regine Göbels soll bei Christina Schlüter Selbstheilungskräfte aktivieren

mit Kollegen und einigen ehrenamtlichen Helfern Demenzkranke und schenkt ihnen in abgedunkelter, behaglicher Atmosphäre Zuwendung und Fürsorge. Ein beispielhaftes Projekt, das ohne ehrenamtliche Hilfe auch in einem anthroposophischen Krankenhaus wie dem in Witten-Herdecke nicht möglich wäre – übrigens neben der Filderklinik in Baden-Württemberg und dem Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe in Berlin die einzige Klinik dieser Art in Deutschland.

Womit wir wieder bei den personal- und zeitintensiven Methoden wären, die ein anthroposophisches Haus auch in ökonomisch schwierigen Zeiten auf dem Gesundheitssektor leisten muss, um dem eigenen Leitbild gerecht zu werden. Dr. Anette Voigt, als Direktorin in der Unternehmensleitung und gleichzeitig Leitende Ärztin der Frauenheilkunde im Haus mit diesem Spagat vertraut, bekennt freimütig: „Einige Patienten haben Erwartungen, die wir leider nicht mehr erfüllen können. Da gibt es schon einige, die sagen: Das hätte ich von einem anthroposophischen Krankenhaus nicht erwartet. Es gibt eben zu bestimmten Krankheiten festgelegte Liegezeiten, an die auch wir uns halten müssen – wir können eine Frau mit Brustkrebs nicht mehr vier Wochen hierbehalten, auch wenn sie das will, weil sie unsere anthroposophischen Therapieformen noch längere Zeit auskosten möchte. Früher war das anders.“ Einige gravierende Unterschiede zu einem „normalen“ Krankenhaus gebe es da aber schon noch, sagt Anette Voigt, die heute um vier Uhr morgens aufgestanden ist, weil „eine Menge auf dem Zettel“ stand:

„Ob ich viel Zeit habe oder wenig, das ist völlig egal – es ist eine Frage der Haltung, wie ich dem Patienten begegne, wir haben hier ja ein anderes Menschenbild. Es ist nie ‚der Magen‘ oder ‚das Karzinom‘, sondern es ist immer der Mensch, den wir ansprechen.“ Ganzheitlich eben. Trotzdem, Fakt bleibt: „Wir müssen die Behandlung unserer Patienten erwirtschaften, das ist klar. Wir müssen aber nicht, und da haben wir es guuut …“ (diesen Teil zieht sie genüsslich in die Länge), „… wir müssen keine Aktionäre bedienen. Wir sind ein Non-Profit-Unternehmen, und das ist was ganz Hervorragendes, weil wir das Gefühl haben, dass alles, was wir machen, am Ende den Patienten zugutekommt. Hier nimmt niemand einen Sack Geld mit nach Hause.“ ◘

GRAFIK: DIETER DUNEKA

info >

Krankenhaus Witten-Herdecke

Das Gemeinschaftskrankenhaus Witten-Herdecke wurde 1969 als **erstes anthroposophisch ausgerichtetes Krankenhaus** von dem Neurologen und Gesundheitspolitiker Gerhard Kienle gegründet.

Die Klinik versteht die anthroposophische Medizin als eine integrative Medizin, die sich aus drei Quellen speist: aus der naturwissenschaftlichen (Schul-)Medizin, aus einem ganzheitlichen Natur- und Menschenverständnis und aus geisteswissenschaftlichen Erkenntnissen über Seele und Sein des Menschen. Das Haus mit 471 Betten wird von einer gemeinnützigen GmbH getragen. Die Unternehmensleitung besteht aus den Ärztlichen Direktoren, der Pflegedienstleitung und einem Geschäftsführer.

Mehr Infos:
www.gemeinschaftskrankenhaus.de

Interview

Bauchentscheidungen

Das Vertrauen in unser Gesundheitssystem ist in Gefahr. Schuld daran, so der Psychologieprofessor Gerd Gigerenzer, seien mangelnde Bildung von Ärzten und Patienten, finanzielle Interessenkonflikte der Ärzte und eine viel zu defensive Medizin

Interview: Johannes von Dohnanyi – Fotos: Sebastian Pfütze

Was hat Bauchgefühl mit einer richtigen Diagnose zu tun? Und was bedeutet Risikokompetenz für einen guten Arzt? Der Psychologe Prof. Dr. Gerd Gigerenzer blickt etwas anders auf Ärzte und Patienten.

CHANGE: Herr Professor Gigerenzer, was fällt Ihnen spontan zum Wort Gesundheitsreform ein?
PROF. DR. GIGERENZER: Vor allem, dass von dem, was mir dazu einfällt, kaum etwas in den Reformplänen der Bundesregierung vorkommt.

Zum Beispiel?
Unser Gesundheitssystem hat drei große Probleme. Erstens mangelnde Bildung, sowohl bei Ärzten als auch bei Patienten. Zweitens finanzielle Interessenkonflikte der Ärzte etwa durch das Einzelleistungssystem. Und drittens die defensive Medizin.

Dann fangen wir mal bei den Ärzten an. Denen mangelt es, trotz eines erfolgreichen Studiums, an Bildung?
Unsere Studien zeigen, dass 70 Prozent aller in Deutschland und den USA befragten Ärzte die Evidenz, also die Ergebnisse der wissenschaftlichen Forschung im eigenen Fach, nicht verstehen. Eine Gesundheitsreform, die diesen Namen verdient, müsste dafür sorgen, den Medizinstudenten statistisches Denken und auch eine bessere Risikokommunikation mit Patienten beizubringen.

Aber was hat Medizin mit Statistik zu tun?
Viel. Nehmen Sie den Down-Syndrom-Test. Eine Studie zeigte, dass die Mehrzahl der Ärzte die wahre Bedeutung eines positiven, also eines verdächtigen Ergebnisses nicht versteht.

Das ist ein schwerer Vorwurf.
Wird eine 35-jährige Frau bei der Ersttrimester-Untersuchung positiv auf Down-Syndrom getestet, dann liegt das tatsächliche Risiko bei 1 von 20. Mit anderen Worten: Der Test meldet 19-mal falschen Alarm. Diese Frau trägt vermutlich ein gesundes Kind aus. Es ist doch ein Unterschied, ob ich fürchte, dass mein Kind wahrscheinlich das Down-Syndrom hat, oder ob ich verstanden habe, dass ich nicht in Panik geraten muss.

Statistische Wahrscheinlichkeiten als Angsttherapie?
Jeder Arzt sollte solche Fakten nicht nur kennen und verstehen, sondern sie auch erklären können. Und statistisches Verständnis wird immer wichtiger. Denn inzwischen wird ja auf immer mehr und immer seltenere genetische Krankheiten getestet, wo dann die Relation von falschen Alarmen zu wirklichen Erkrankungen noch viel größer ist. Das sollte jeder Arzt im Studium lernen. Denn wenn man diese Zusammenhänge nicht versteht, dann wird es möglicherweise nicht nur unnötige Ängste, sondern auch unnötige Abtreibungen geben.

Dennoch: Eine gute Behandlung braucht auch den Erfahrungsschatz des Arztes. Das, was Sie Bauchentscheidung nennen.
Richtig. Eine Bauchentscheidung trifft man, wenn man auf Grund seiner Erfahrung spürt, wohin es geht, das Warum aber nicht erklären kann. Viele erfahrene Ärzte haben schon beim Eintreten des Patienten eine solche Intuition.

Und wenn Erfahrungsschatz und Statistik sich widersprechen?
Solche Konflikte gibt es immer wieder. Aber wenn man das statistische Wissen nicht hat, entsteht nicht einmal der Konflikt.

Wieso sollten die Patienten verstehen können, was ihnen der Arzt da vorrechnet?
Der durchschnittliche Deutsche sitzt jeden Tag etwa drei Stunden vor dem Fernseher. Warum könnte man diese Zeit nicht nutzen, um ein paar Bücher über wichtigere Dinge zu lesen? Natürlich könnte man sich vor dem Arztbesuch besser informieren. Nur wüssten viele wahrscheinlich nicht, wo. Informationen im Internet sind oft trügerisch, weil sie von Interessenkonflikten geleitet sind.

Wie gelange ich an gute Informationen? Viele Ärzte beklagen ja das im Internet angelesene Halbwissen ihrer Patienten.
Sie könnten zum Beispiel die Website „Faktencheck Gesundheit“ der Bertelsmann Stiftung den aufrufen. Da finden Sie sogenannte Faktenboxen, die wir am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung gemeinsam mit der Stiftung entwickelt haben. Wenn es zum Beispiel um eine Knieoperation oder Antibiotika geht, erhalten Sie dort in verständlicher Form die nötigen Informationen über Nutzen und Risiken. Sie können sich auch auf der Website des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, kurz IQWIG, oder bei den ebenfalls von uns entwickelten Faktenboxen auf der Website der AOK informieren.

Was kann ich da erfahren?
Faktenboxen geben Ihnen in klar verständlichen Zahlen den möglichen Nutzen und den möglichen Schaden eines Medikaments ››

„VIELE ERFAHRENE ÄRZTE HABEN SCHON BEIM EINTRETEN DES PATIENTEN EINE INTUITION“

Prof. Dr. Gerd Gigerenzer

Der Berliner Psychologe Prof. Dr. Gerd Gigerenzer fordert die Patienten zu mehr Information und größerer Kritik auf

an. Mit solch verlässlichen Quellen können Sie zum informierten und damit Risiko-kompetenten Patienten werden.

Und warum sollte ich das wollen?
Risiko-Kompetenz ist die Fähigkeit und der Mut, mit den Risiken und den Chancen einer modernen Gesellschaft umzugehen. Diese brauchen Sie auch, um einen guten Arzt zu erkennen.

Wie definieren Sie denn einen solchen Mediziner?
Ein guter Arzt nimmt sich genügend Zeit für den Patienten. Er ist auf dem neuesten wissenschaftlichen Stand und spricht seine Interessenkonflikte oder den Grund für eine defensive medizinische Entscheidung ehrlich und offen an. Umgekehrt: Wenn ein Arzt IGel-Leistungen …

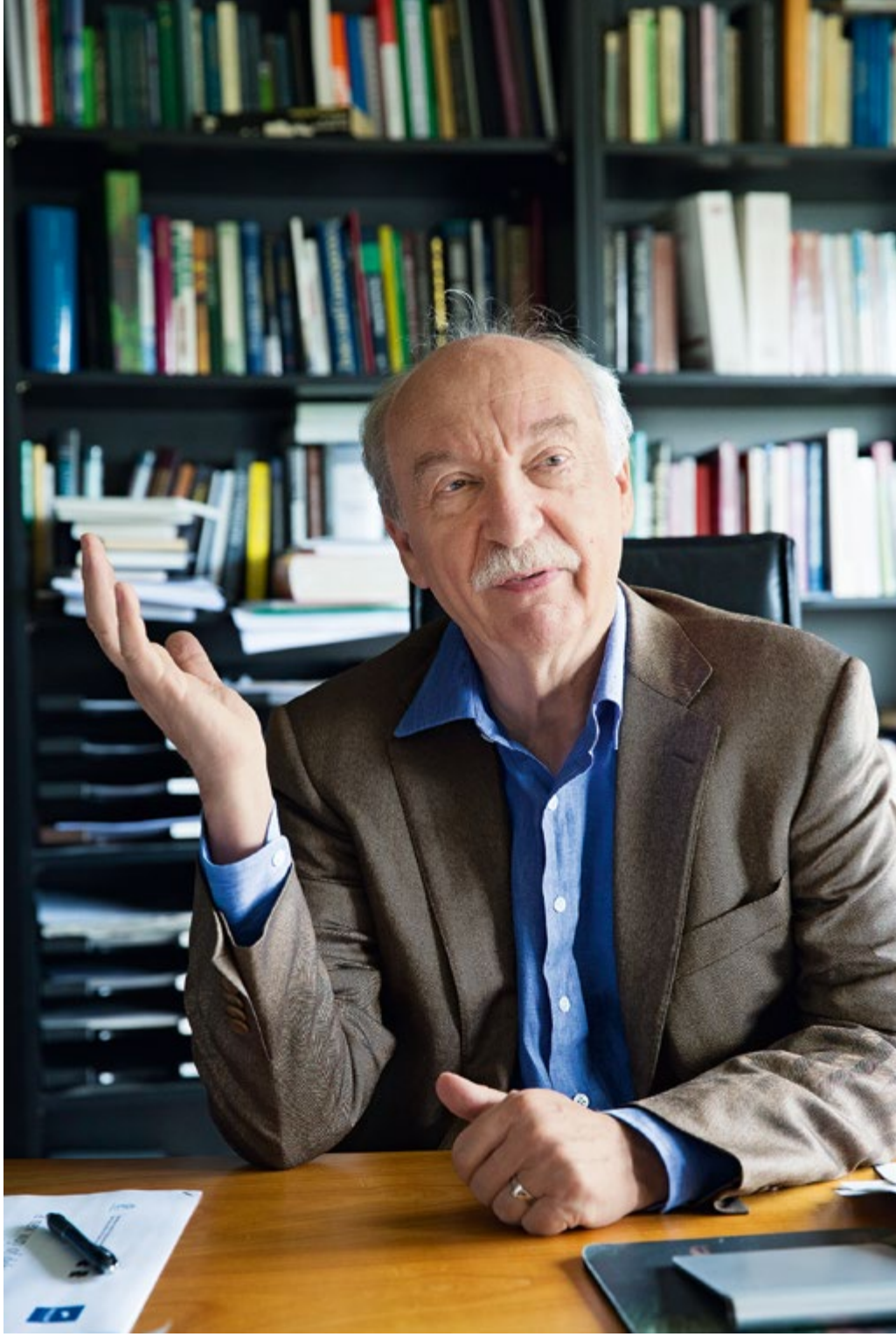
Das sind Individuelle Gesundheitsleistungen, die nicht von der Kasse bezahlt werden …
Richtig. Eine IGel-Leistung ist eine Leistung, die meist keinen nachgewiesenen Nutzen, aber möglicherweise nachgewiesenen Schaden hat. Wenn eine IGel-„Speisekarte" schon an der Praxistür hängt, wäre ich sehr skeptisch. Ich ziehe einen Arzt vor, der auf zusätzliches Geld verzichtet, weil er einfach ein guter Arzt sein möchte.

Und was bringt mehr Bildung?
Mehr Bildung bedeutet bessere Gesundheit. Bessere Gesundheit führt zu besserer Versorgung für weniger Geld, weil viele unnötige Behandlungen wegfallen können – und man auch weiß, was notwendig ist, wie eine Masern-Impfung. Gleichzeitig muss der Arzt vor Interessenkonflikten bewahrt werden. Nur ein Beispiel: In Deutschland bekommt ein Arzt für jedes Patientengespräch etwa neun Euro. Für jeden Test und jede Behandlung wird er viel besser bezahlt. Eine Gesundheitsreform sollte diese Probleme anpacken.

Haben Interessenkonflikte immer was mit Geld zu tun?
Meistens ja. In manchen Ländern erhalten Chirurgen einen Bonus für die Anzahl der von ihnen durchgeführten Operationen. Oder wenn man zum Facharzt aufsteigen möchte, muss man oft eine bestimmte Zahl von Operationen nachweisen. All dies kann zu unnötigen Operationen führen.

Und Ihr Stichwort Defensiv-Medizin?
Defensive Medizin bedeutet, dass ein Arzt sich vor möglichen rechtlichen Klagen seiner Patienten schützt, indem er ihnen zu klinisch unnötigen Tests und Behandlungen rät. Dagegen hilft eine bessere gesetzliche Praxis, die sich an der medizinisch-wissenschaftlichen Evidenz statt an dem ausrichtet, was man üblicherweise macht.

Was genau meinen Sie?
Der für Gerichte gültige Standard darf nicht sein, was die meisten Ärzte machen, wie es in manchen Ländern immer noch ist, sondern das, was die medizinische Forschung zeigt. Warum macht man denn sonst Forschung? In einer



Prof. Dr. Gerd Gigerenzer, 1947 im niederbayerischen Wallersdorf geboren, ist heute – nach Lehrtätigkeiten in Konstanz, Salzburg und Chicago – Geschäftsführender Direktor am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung in Berlin, wo er den Bereich „Adaptives Verhalten und Kognition" leitet. Außerdem ist er Direktor des 2009 gegründeten Harding Zentrums für Risikokompetenz. Er hat zahlreiche internationale Auszeichnungen erhalten, zuletzt 2011 den Communicator-Preis und den Deutschen Psychologie-Preis

„DEUTSCHLAND BRAUCHT DEN MUT, EINE RISIKO-KOMPETENTE GESELLSCHAFT ZU WERDEN“

Prof. Dr. Gerd Gigerenzer

US-Studie haben 93 Prozent von über 800 amerikanischen Ärzten zugegeben, dass sie defensive Medizin betreiben. Etwa unnötige CT-Scans, MRTs oder Antibiotika. In Deutschland ist das wohl nicht so hoch. Aber bei einer Untersuchung in der Schweiz haben wir immerhin noch 40 Prozent ermittelt.

Und dagegen unternimmt die Politik nichts?
Viel zu wenig. Und viele Menschen wissen auch nichts über defensive Medizin, genauso wie viele nicht einmal den Unterschied zwischen Vorsorge und Früherkennung kennen. Ein Bildungsproblem, aber auch ein Problem der ehrlichen Information.

Wieso?
Weil Vorsorge bedeutet, dass man etwas tut, um die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Krankheit zu verringern. Zur Früherkennung muss die Krankheit ja schon da sein, denn erst dann kann man sie ja erkennen. Dennoch wird immer wieder bei Krebs-Früherkennung von Krebs-Vorsorge gesprochen und so die Öffentlichkeit in die Irre geführt.

Sind Sie da nicht zu hart?
Es ist nicht die einzige Irreführung. Im Blauen Ratgeber der deutschen Krebshilfe zum Mammographie-Screening wurde den Frauen bis 2009 erklärt, dass sich damit das Risiko, an Brustkrebs zu sterben, um bis zu 30 Prozent reduzieren ließe. Da denkt die normale Frau doch, dass von 100 Frauen, die da hingehen, 30 das Leben gerettet wird. Tatsächlich sterben von 1.000 Frauen, die nicht zum Screening gehen, zehn Jahre später etwa fünf an Brustkrebs. Und von 1.000, die da hingehen, sind es vier. Also eine weniger.

Oder 20 Prozent.
Richtig. Und großzügig rundete man das auf 30 Prozent auf. Inzwischen hat die deutsche Krebshilfe diese irreführenden Zahlen entfernt. Dafür findet man in ihren Blauen Ratgebern jetzt gar keine Angaben mehr über Nutzen und Schaden der Mammographie. So ehrlich informiert man uns. Und auch mit einer PSA-Untersuchung können Sie weder das Auftreten von Prostatakrebs verhindern noch die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung verringern. Die wissenschaftlichen Ergebnisse zur Früherkennung von Krebs sind jedoch der Mehrzahl der Patienten ebenso wenig bekannt wie vielen Ärzten.

Ist das ein deutsches Phänomen?
Aus unserer vergleichenden Untersuchung in neun europäischen Ländern wissen wir: Die deutschen Frauen sind viel schlechter über den Nutzen der Früherkennung von Brustkrebs informiert als die Russinnen. Nicht, weil Letztere mehr Informationen, sondern weil sie weniger irreführende Informationen bekommen. Für die deutschen Männer gilt das Gleiche. Da gibt es keine geschlechtsspezifischen Unterschiede. Und deswegen brauchen wir in der Gesundheitspolitik kein Nudging, wie das im modernen Polit-Sprech heißt, also das sanfte Animieren von Zielgruppen zu einem gewünschten Verhalten. Wir bräuchten besser informierte Frauen und Männer. Aber davon sind wir weit weg. Dass Bildung in der Gesundheit immer noch kaum ein Thema ist, halte ich für einen Skandal.

Dass jede Untersuchung zur Früherkennung etwa von Krebs mit Risiken behaftet ist, wissen wohl auch nur die wenigsten …
Und da haben Sie noch ein Bildungsproblem. Jede Früherkennung hat ihre Nebenwirkungen, kann also schaden. Eine einzige Computertomographie kann Sie einer Strahlendosis im Bereich von 15 Millisievert oder umgerechnet 100 Mammographien aussetzen. Wie viel das ist? Zum Vergleich: Der durchschnittliche Hiroshima-Überlebende, der etwa 2 Kilometer von Ground Zero entfernt war, bekam um die 40 Millisievert ab.

Und das heißt?
Das bedeutet nicht, dass jeder Krebs bekommt, der einen CT-Scan macht. Aber Studien zeigen, dass in den USA pro Jahr etwa eine Million unnötige CTs an Kindern durchgeführt werden. Und man schätzt, dass von jedem Jahrgang dieser CT-gescannten amerikanischen Kinder 1.500 später an Krebs sterben. Das sind alles sehr unscharfe Fakten, weil vieles davon auf Schätzungen beruht. Aber sie zeigen, dass man als Eltern mitdenken sollte.

Aber da kann ich als Patient so mündig sein, wie ich will – mit der Abwägung solcher Risiken bin ich doch völlig überfordert, oder?
Das würde ich so nicht sagen. Jeder, Sie und ich, können mitdenken. Dass die Pharmaindustrie wenig Interesse daran hat, dass wir die Wirksamkeit und mögliche Schäden von Medikamenten besser verstehen, kann man ihr nicht vorwerfen. Aber warum die Gesundheitspolitik und nicht-kommerzielle Institutionen so wenig unternehmen, um uns zu helfen, mündige Patienten zu werden, das ist die große Frage.

Ist das Interesse vielleicht deswegen so gering, weil mit den von Ihnen aufgezeigten Missständen viel Geld zu verdienen ist?
Dahinter stecken natürlich auch Interessenkonflikte und die defensive Medizin. Aber Sie sollten auch die mangelnde Risiko-Kompetenz der Ärzte nicht unterschätzen. Milliarden werden in die Forschung gesteckt. Aber dafür, dass die Ergebnisse dann in verständlicher Form zu den Ärzten und Patienten gelangen – dafür gibt es so gut wie nichts. Das ist ein Irrsinn, den eine Gesundheitsreform angehen sollte. Denn sonst laufen wir Gefahr, dass es mit dem Gesundheitswesen so endet wie mit dem Bankenwesen.

Wie meinen Sie das?
Mit der Krise haben die Banker das Vertrauen vieler Bürger verloren. Und wir laufen Gefahr, dass es dem Gesundheitswesen in fünf bis zehn Jahren genauso geht. Wir sind eine Nation, deren Chancen nicht in Rohstoffen, sondern in der Bildung liegen. Und wenn wir Bildung vernachlässigen, dann werden uns die anderen überholen. Wir sind jetzt schon hinten an. Aber mit Pessimismus kommen wir nicht weiter. Wir leben eh in einer Klagekultur. Deutschland braucht den Mut, eine Risiko-kompetente Gesellschaft zu werden. Und das werden wir, nein, das müssen wir hinkriegen. ◻

Mayo-Klinik

Schritt für Schritt durchdacht

Die Mayo-Klinik gilt als einer der besten und renommiertesten Gesundheitsdienstleister der USA. Hinter den Kulissen des Mega-Krankenhauses sorgt ein über 100 Jahre hinweg optimiertes System für reibungslose, größtmögliche Effizienz. – Ein Besuch bei einem „Superstar" der Medizin

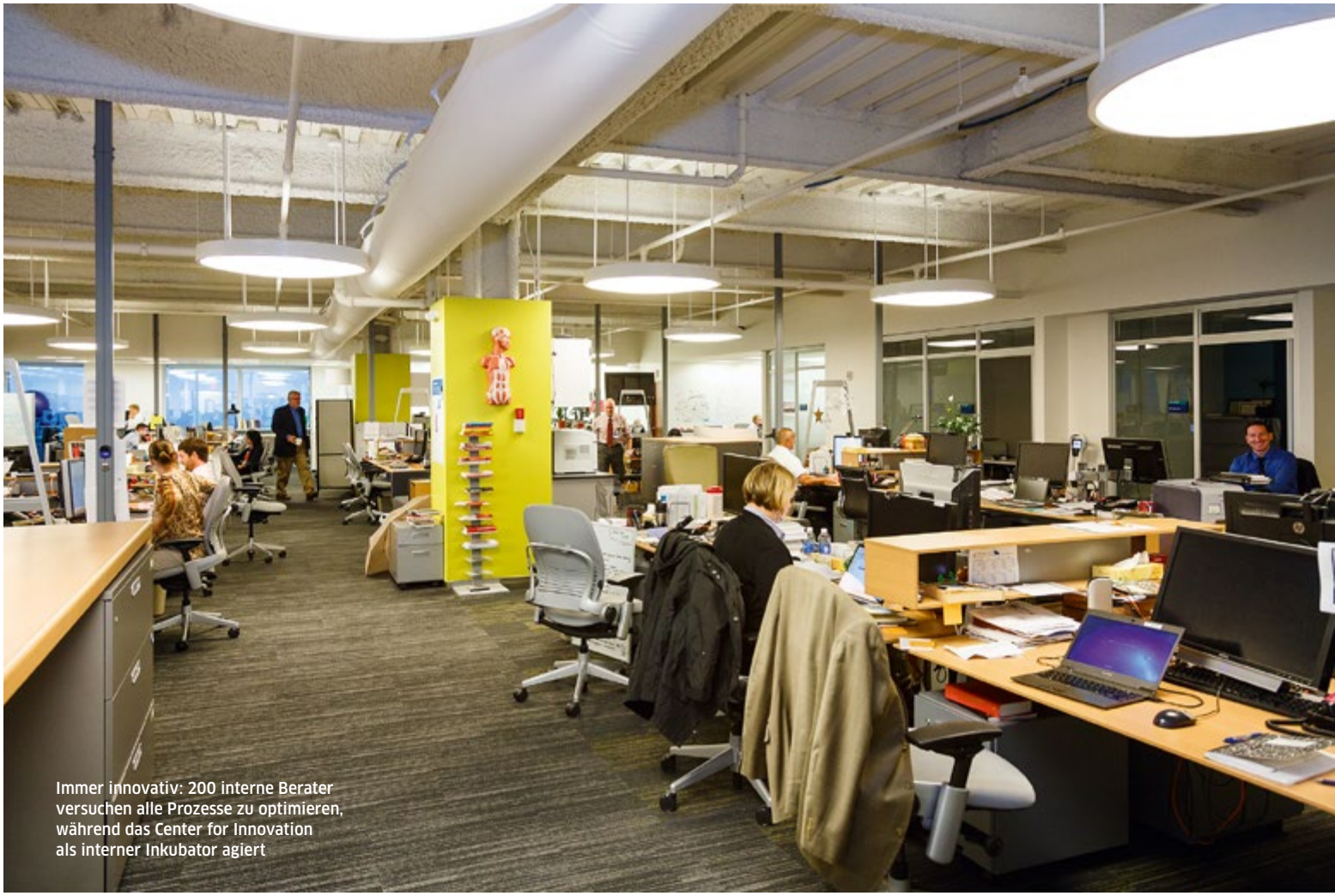
Text: Steffan Heuer – Fotos: David Magnusson

Wer sich dem Städtchen Rochester in den grünen Feldern Minnesotas nähert, erkennt auf einen Blick, welche bedeutende Rolle die Mayo-Klinik hier spielt. Die Türme des weltberühmten Krankenhauses ragen hoch über dem Rest des Ortes mit 111.000 Einwohnern auf. Sie bilden eine Stadt in der Stadt, deren Gebäude mit Fußgängertunnels und Brücken verbunden sind.

Knapp 33.000 Menschen arbeiten in Rochester für Mayo, weitere 27.000 an dutzenden kleinerer, ambulanter Standorte ››

Ein spontaner Gedanke kann auch mal im Spielkrankenhaus von Playmobil durchgespielt werden, bevor er im

echten Krankenhaus Einzug hält. Dessen Anblick allerdings ist bei weitem imposanter



Immer innovativ: 200 interne Berater versuchen alle Prozesse zu optimieren, während das Center for Innovation als interner Inkubator agiert

„MEDIZIN IST EINE TEAM-ANSTRENGUNG. HIER GIBT ES KEINE STARS“

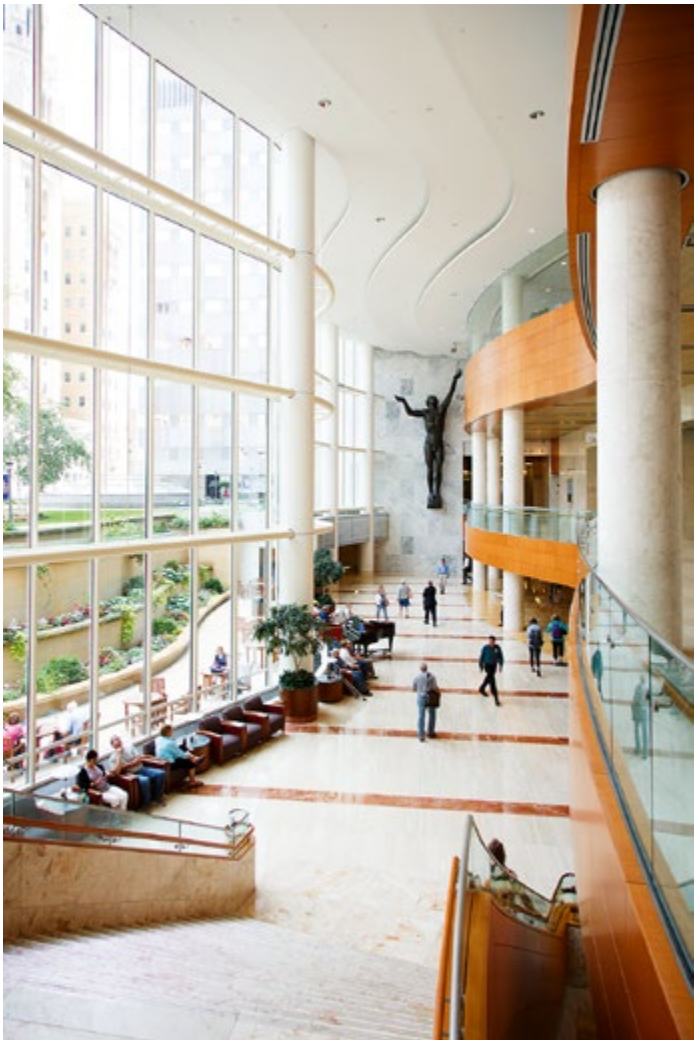
Janine Kamath, Mayo-Klinik

Janine Kamath leitet die Abteilung „Systems and Procedures“ und steht damit für Innovation und ständige Weiterentwicklung im Sinne der Patienten und des medizinischen Fortschritts

in drei benachbarten Bundesstaaten sowie in neuen Campussen in Florida und Arizona. Mayos 4.200 Ärzte und Wissenschaftler untersuchen jeden Tag rund 3.600 Patienten, oder mehr als 1,3 Millionen im Jahr, die meist hunderte von Kilometern mit dem Auto angereist oder aus dem Ausland eingeflogen sind, weil sie sich von diesem „Exzellenz-Zentrum“ im Mittleren Westen bessere Behandlung und Heilungschancen versprechen als zu Hause.

Die Klinik leistet Tag für Tag mehr als 9.000 Beratungsgespräche sowie 4.600 Eingriffe oder diagnostische Tests — von der Blutentnahme und Röntgenaufnahmen bis zur Kernspinresonanz und der punktgenauen Bestrahlung in einem neuen, 400 Millionen Dollar teuren Zentrum für Protonentherapie. Auch wenn die Gebäude über mehrere Kilometer im Zentrum Rochesters verstreut sind, landen Laborergebnisse dank elektronischer Übermittlung und einem Netzwerk aus computergesteuerter Rohrpost in der Regel schon nach einer halben Stunde beim behandelnden Arzt. Allein die zwei zum Stammhaus gehörenden Krankenhäuser in Rochester verfügen über 120 Operationsräume, in denen die ersten Patienten um halb sechs Uhr morgens einchecken. Gleichzeitig bildet die Mayo-Klinik 1.665 angehende Mediziner aus.

Ähnlich beeindruckend ist ein Blick in die Bilanz. Der Umsatz der Mayo-Klinik lag 2014 bei 9,8 Milliarden Dollar. Da sie steuerrechtlich als „Nonprofit“ oder gemeinnützige Einrichtung eingestuft ist, darf die Klinik keinen Gewinn erzielen und re-investiert ihr Nettoeinkommen von 834 Millionen Dol-



Das riesige Atrium der Mayo-Klinik erinnert an ein Luxushotel. Rechts: Lampen an den Türen informieren über Arztbesuche und Patientengespräche

lar komplett in Forschung, Ausbildung und Rücklagen. Ein Termin an der Mayo-Klinik ist – wie bei allen US-Einrichtungen im Vergleich zu Europa – keineswegs preiswert. Doch das Krankenhaus behandelt auch viele bedürftige Patienten, deren Versicherung oder persönliche Ersparnisse nicht ausreichen. Diese wohltätigen Leistungen addierten sich im vergangenen Jahr auf mehr als 461 Millionen Dollar.

Patienten und deren Angehörige bekommen von dieser immensen, gut geölten Maschinerie wenig mit. Angestellte benutzen ihre eigenen Flure und Aufzüge, um Patienten und deren Familien so viel Privatsphäre und ruhige Atmosphäre wie möglich zu erlauben. Der Haupteingang des Stammhauses ist ein mehrstöckiges, von Tageslicht durchflutetes Atrium, dessen Marmorwände Originalwerke von Künstlern wie Andy Warhol, Joan Miró oder Auguste Rodin zieren und dessen schlichte Eleganz eher an die Lobby eines Luxushotels erinnert als an einen Gesundheitsdienstleister, dessen Fachleute für ihre Leistungen auf Gebieten wie Kardiologie, Pädiatrie oder Onkologie gefragt sind. Unter anderem wurde in Rochester das Kortison entdeckt.

Der Patient im Fokus

„Unser Erfolgsgeheimnis lässt sich in sieben Worten zusammenfassen, die der Gründer Dr. William Mayo vorgab und die alle, die hier arbeiten, bis heute im Alltag vorleben: ‚The needs of the patient come first'", erklärt Janine Kamath. Zu Deutsch: Die Bedürfnisse des Patienten stehen an erster Stelle. Mindestens ebenso wichtig sei das zweite Credo, fügt sie hinzu: „Medizin ist eine Team-Anstrengung. Hier gibt es keine Stars, sondern Konstellationen von Fachleuten, die zusammenarbeiten wollen."

Die gebürtige Inderin leitet die Abteilung „Systems and Procedures". Ein Stab von 200 internen Beratern und Systemingenieuren ist dafür zuständig, die Behandlung und die Klinik-Erfahrung jedes einzelnen Patienten so sicher, erfolgreich und angenehm wie möglich zu gestalten und dafür die nötigen Prozesse zu entwickeln. „Wir betrachten den Weg jedes Menschen durch die Mayo-Klinik als eine Reise, die mit dem ersten schriftlichen oder telefonischen Kontakt beginnt und über seine Entlassung hinausreicht. Dieser Weg lässt sich optimieren – und dieser Fokus macht die Mayo seit ihrer Gründung aus", so Kamath.

Auch in Zeiten elektronischer Krankenakten und persönlicher iPads, die immer mehr Patienten bei der Therapie begleiten, fußt der Ablauf in der Mayo-Klinik auf Prinzipien, die ihre Gründer Anfang des 20. Jahrhunderts formulierten und unter den zuweilen misstrauischen Blicken ihrer Berufskollegen umsetzten. William Mayo ließ sich bereits 1864 in Rochester nieder und begann, in Zusammenarbeit mit dem St.-Marys-Krankenhaus des örtlichen Franziskaner-Ordens seine Vision eines modernen Gesundheitsdienstleisters aufzubauen, die seine zwei Söhne William und Charles fortführten. Die Klinik wurde Ende des 19. Jahrhunderts rasch zu einem Ort, den Patienten von weither aufsuchten, da die Be- ››

Das Zentrum für Protonentherapie

handlungserfolge Aufsehen erregten. Dazu gehörte schon immer die Betonung schlanker Betriebsabläufe. So ersetzte Mayo 1907 die Notizen jedes Arztes durch einheitlich nummerierte Patientenakten, damit jeder Arzt die gesamte Krankheitsgeschichte, Befunde und Therapieschritte einsehen konnte. Im Jahr 1914 folgte ein Farbleitsystem, das bis heute an jedem Behandlungsraum angebracht ist. Anhand von sechs Birnen über der Tür kann jeder Mitarbeiter erkennen, ob ein Patient allein ist oder gerade mit einem Arzt spricht – und obendrein, mit welchem.

Im selben Jahr wurde Mayo auch zu einer integrierten Gemeinschaftspraxis, bei der alle Ärzte für ein festes Gehalt arbeiten, egal, wie viele Patienten sie behandeln oder wie viele Eingriffe und Tests sie anordnen. Dieses Modell ist bis heute eine Seltenheit, insbesondere im vergleichsweise teuren Gesundheitswesen der USA, das sonst nach dem „Fee for Service"-Prinzip (Bezahlung für Leistung) funktioniert und so einen ökonomischen Anreiz bietet, mehr Tests und Behandlungen zu verordnen, als eigentlich nötig wären.

„DA WIR EINE FLACHE HIERARCHIE HABEN, HAT JEDER – AUCH EIN JUNGER ARZT – EINE STIMME"

David Ma, Radiologe

Eine der wichtigsten Errungenschaften ist ein systemweites Kalendersystem, um alle Termine konfliktfrei zu buchen. Es wurde seit 1938 kontinuierlich fortentwickelt.

„Wir haben Software, die in einem Browser läuft und dutzende von Variablen berücksichtigt, um die Wartezeit jedes Patienten mit dem Kalender mehrerer Ärzte abzugleichen", sagt Kamath. „Wer bei uns eincheckt, hat am Tag bis zu fünf Termine. Das ist eine empfindliche Balance, die den Behandlungserfolg und das Kundenerlebnis beeinflusst." Denn das Ziel lautet, jeden Patienten nach spätestens fünf Tagen entlassen zu können, so dass möglichst wenige Patienten das Wochenende im Krankenhaus verbringen müssen. Patienten mit längerem Programm checken am Anfang der Woche ein, die mit kürzeren Behandlungsplänen später in der Woche.

Kamaths Beratergruppe arbeitet im Schnitt an 1.200 Optimierungs-Projekten gleichzeitig, von einmonatigen bis zu mehrjährigen Engagements, etwa um den Verkehrsfluss und das Design der Behandlungsräume im neuen Zentrum für Protonentherapie zu bestimmen. Für frische Ideen blickt Kamaths Team oft und gerne über die eigene Branche hinaus, etwa auf die Vergnügungsparks von Walt Disney, was das Management von Wartezeiten und Schlangen angeht. Patienten kommen mit dieser algorithmisch gesteuerten Planung schon vor ihrer Ankunft in Rochester in Kontakt, denn sie erhalten Wochen vor ihrer Ankunft detaillierte Unterlagen, in denen ihre zu erwartenden Termine und alle anderen wichtigen Informationen dokumentiert sind.

David Ma, 35, arbeitet und forscht in Rochester in der Onkologie

Robert Brown begann seine Laufbahn in der Mayo-Klinik als Student

Jedes abgeschlossene Projekt legen die Berater seit drei Jahren in einem elektronischen Archiv ab. Besondere Energie hat Kamath in eine Prozess-Bibliothek gesteckt, in der bereits rund 5.000 Fälle lagern. Für mehr als 25 Krankheitsbilder und Diagnosen hat ihre Gruppe so genannte detaillierte „Care-Modelle" entwickelt, die das gegenwärtige Optimum an medizinischer Betreuung und betriebswirtschaftlicher Effizienz Schritt für Schritt beschreiben. „Das Gesundheitswesen ist ein teures Geschäft", sagt die Betriebswirtschaftlerin. „Auch wenn der Patient immer im Mittelpunkt steht, müssen wir wirtschaftlich überleben. Deswegen nennen wir uns nicht Berater, sondern verstehen uns als Partner der Ärzte."

Denn trotz aller Technik und ständiger Prozessoptimierung sind es bis heute die Mediziner, die in der Mayo-Klinik den Ton angeben und bei wichtigen Entscheidungen das letzte Wort haben. So wird jede Abteilung von einem medizinischen Direktor geleitet, dem ein Geschäftsführer beigeordnet ist. Nach zwei Amtsperioden oder acht Jahren treten die medizinischen Leiter in der Regel ab und machen Platz für Kollegen. Entscheidungen werden in dutzenden von Ausschüssen getroffen, in denen jedes Mitglied eine Stimme hat. Über diesen basisdemokratischen Fach-Gremien steht ein Verwaltungsrat, der wiederum von einem Mediziner geleitet wird.

Von der Idee überzeugt

„Es ist ein wunderbares System, das sich historisch entwickelt hat und den finanziellen Druck bewusst aus dem medizinischen Alltag entfernt, so dass man sich ganz auf die Versorgung von Patienten oder seine Forschung konzentrieren kann", sagt der Neurologe Robert Brown. Er begann seine Laufbahn an der Mayo-Klinik 1983 als Medizinstudent und leitete zuletzt acht Jahre lang seinen Fachbereich. Browns Werdegang ist typisch für die Organisation, denn rund 60 Prozent aller Ärzte, die an der Mayo-Klinik arbeiten, haben dort studiert und die Unternehmenskultur aus unbedingtem Patientenfokus und Teamarbeit auf Augenhöhe verinnerlicht.

„Das ist nicht für jeden. Viele kluge Köpfe haben andere Vorstellungen von ihrer Karriere", räumt Brown in Anspielung auf Mediziner ein, die sich in ihrer Disziplin stärker profilieren und mehr verdienen wollen. „Doch wenn man nach seiner Ausbildung drei Jahre lang als Senior Associate Consultant arbeitet, bietet das der Organisation und dem Einzelnen die Gelegenheit, einander kennenzulernen." Wer nach dieser Probezeit zum fest angestellten „Consultant" geworden ist, bleibt in der Regel ein Leben lang dabei. Die Fluktuationsrate liegt bei gerade einmal 2,5 Prozent.

Die Mischung aus Kollegialität und ausreichendem Spielraum für therapeutische und wissenschaftliche Arbeit zieht Nachwuchskräfte wie den Radiologen David Ma an. Der 35 Jahre alte gebürtige Taiwanese studierte an der Washington Universi- ››

Der Kardiologe Douglas Wood leitet das „Center for Innovation“

Die aus Frankreich stammende Ärztin Veronique Roger leitet ein Team aus 70 Medizinern und Wissenschaftlern, das Abläufe und Behandlungserfolge an allen Mayo-Standorten untersucht

ty in Saint Louis und bewarb sich erfolgreich bei mehreren führenden Krankenhäusern in den USA, bevor er sich für Rochester entschied. „Jeder spricht davon, dass der Patient im Mittelpunkt steht, aber dieses Ziel war nirgends so deutlich und authentisch zu spüren wie hier“, berichtet Ma, der seit 2011 in Rochester in der Onkologie arbeitet und forscht. „Da wir eine flache Hierarchie haben, hat jeder – auch ein junger Arzt – eine Stimme.“ Obendrein gestattet ihm das Krankenhaus, schon als Nachwuchskraft bis zu 80 Prozent seiner Zeit mit der Erforschung neuartiger Krebstherapien zu verbringen. „Darauf würden sich nur wenige Häuser einlassen“, sagt Ma.

Als Ort erstklassiger Behandlung und Forschung steht die Mayo-Klinik in Konkurrenz mit anderen renommierten Institutionen wie der Cleveland Clinic oder Häusern,

„WIR SIND BEKANNT DAFÜR, HOHE QUALITÄT MIT UNGLAUBLICHER EFFIZIENZ ZU LIEFERN“

Veronique Roger, Leiterin des „Center for the Science of Health Care Delivery“

die an große Universitäten wie Harvard oder Stanford angeschlossen sind. Deswegen investiert Mayo verstärkt in Ausbau und Pflege seiner Marke. Einerseits wurden 1986–87 neue Kliniken und Forschungslabors in Florida und Arizona gegründet, um auch die Ost- und Westküste des Landes abzudecken, insbesondere in warmen Landstrichen, wo viele Senioren ihren Lebensabend verbringen. Dabei versucht Mayo, Patienten ein mit dem Mutterhaus möglichst identisches „Service-Erlebnis“ zu bieten. Seit 2004 sind alle drei Standorte unter dem Begriff „One Mayo“ organisatorisch und strategisch zusammengefasst, so dass etwa die Onkologie landesweit als eine Einheit arbeitet, bei der Ärzte durch alle drei Standorte rotieren können. Gleichzeitig dehnte die Mayo-Klinik ihre heimische Reichweite aus, indem sie aus Gemeinschaftspraxen und kleineren Häusern in 70 Kommunen rund um Rochester ein „Mayo Health System“ schuf, das mehr Augenmerk auf Allgemeinmedizin, Prävention und ambulante Behandlung richtet.

Von enormer strategischer Bedeutung für die Zukunft der Marke Mayo ist die Arbeit von Veronique Roger. Die gebürtige Französin kam 1986 als junge Ärztin nach Rochester und leitet das vier Jahre alte „Center for the Science of Health Care Delivery“. Ihre interdisziplinäre Gruppe mit 70 Medizinern und Wissenschaftlern untersucht Abläufe und Behandlungserfolge an allen Mayo-Standorten, um unter Berücksichtigung neuester medizinischer Forschung und Einsichten aus der Verhaltenspsychologie Best Practices zu entwickeln, die in den klinischen Alltag und bereits in die Ausbildung einfließen. „Wir sind bekannt dafür, hohe Qualität mit unglaublicher Effizienz zu liefern. Patienten haben vielleicht keine Fachausdrücke dafür parat, sondern fühlen sich einfach in besten Händen. Aber dahinter steckt eine präzise Wissenschaft der Best Practices – gerade weil die Komplexität der Gesundheitsversorgung ungemein gestiegen ist“, erklärt Roger ihren Auftrag. „Eine Organisation wie unsere muss heute Daten an dutzende von Dritten übermitteln, die Gesundheitspolitik formulieren, Kosten erstatten und Qualitätsvergleiche anstellen. Das hat mit der eigentlichen Tätigkeit eines Arztes nur noch wenig zu tun.“

Ebenso zukunftweisend ist die Arbeit des Center for Innovation (CFI), das sich als hauseigener Inkubator versteht. Pfleger, Labortechniker oder Ärzte können das Team unter der Leitung des Kardiologen Douglas Wood ansprechen und sich dabei helfen lassen, von einer vagen Idee zum einsatzfähigen Prototypen zu gelangen. Das sieben Jahre alte Zentrum, das Mayo gemeinsam mit der bekannten Designschmiede IDEO aus dem Silicon Valley entwickelte, kommt absichtlich wie ein Start-up daher.

Im 17. Stock des Mayo-Hauptgebäudes gibt es statt cremefarbener Gänge und diskreter Behandlungszimmer eine offene Bürolandschaft mit Schiefertafeln, bunten Sofa-Ecken und frei wählbaren Schreibtischen. Im Eingangsbereich steht ein großes Playmobil-Set, um Ideen schnell durchspielen zu können — getreu dem hellgrünen CFI-Logo „Think big, start small, move fast“. Besonders stolz ist Wood auf den alljährlichen Ideenwettbewerb namens CoDE (kurz für „Connect, Design, Enable“), bei dem in der Regel 80 Vorschläge eingereicht werden. Den Gewinnern winken 50.000 Dollar Preisgeld und jede Menge Hilfestellung. So entstanden Neuerungen wie eine personalisierte iPad-App für Herzchirurgie-Patienten und deren Angehörige, die sie vor, während und nach dem Eingriff begleitet. Das Programm namens myCare erzielte so gute Erfolge, was Verweildauer, Kosten, Genesung und allgemeines Wohlbefinden der Patienten angeht, dass die App nun auch in anderen Fachbereichen eingesetzt wird.

Wood plant bereits den nächsten Streich: Anfang 2016 wird ein neues „Wellbeing Lab“ eröffnet, in dem seine Mediziner und Designer studieren wollen, wie Gesundheit zu Hause und am Arbeitsplatz erlebt und umgesetzt wird. „Wenn wir eines aus unseren vielen Beobachtungen gelernt haben, dann das: Menschen wollen nicht als Patienten mit dieser oder jener Krankheit wahrgenommen werden, die sich durch ein von Fachleuten entworfenes System bewegen. Sondern als Individuen, die man mit einer simplen Frage ansprechen muss: Wie geht es Ihnen? Wie können wir helfen? Das klingt einfacher, als es ist.“ Darauf, so der Kardiologe, muss sich jeder Gesundheitsdienstleister einstellen, der für die Zukunft gewappnet sein will. ◘

GRAFIK: DIETER DUNEKA

info >

Mayo-Klinik

- Hauptsitz: Rochester, Minnesota
- Weitere Niederlassungen: Jacksonville, Florida; Phoenix und Scottsdale, Arizona; sowie das Mayo Health System in vier Bundesstaaten
- Gegründet: 1864
- Angestellte: 59.500
- Zahl der Ärzte und Wissenschaftler: 4.200
- Medizinstudenten: 1.665
- Zahl der jährlich behandelten Patienten: 1.317.900 aus 144 Ländern
- Umsatz (in Mrd.): $ 9,8
- Forschungsbudget (in Mio.): $ 648

Alle Angaben Stand Dezember 2014.
Quelle: Mayo-Klinik-Jahresbericht 2014.

Projekte der Stiftung

Gesundheit aktivieren

Unser Gesundheitssystem gilt als eines der besten der Welt. Dennoch erfordert der steigende Kostendruck Reformen, um eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung langfristig zu gewährleisten. Die Bertelsmann Stiftung setzt sich in ihrer Projektarbeit für ein leistungsfähiges und solidarisches Gesundheitssystem ein, das die Versorgung stärker am Bedarf der Patienten ausrichtet, die Qualität von Gesundheitsanbietern transparent macht und den Versicherten verständliche und unabhängige Informationen zur Verfügung stellt

Text: Ulrike Osthus

Weisse Liste – Wegweiser im Gesundheitswesen

Das Internetportal „Weisse Liste" unterstützt Patienten unabhängig und verständlich bei der Suche nach einem Arzt, Krankenhaus oder der passenden Pflegeanbieter. Es schafft Transparenz über die Qualität von Gesundheitsanbietern und fördert damit den Wettbewerb. Das Portal ist ein gemeinsames Projekt der Bertelsmann Stiftung und der Dachverbände der größten Patienten- und Verbraucherorganisationen.

Linktipp: www.weisse-liste.de
Kontakt: timo.thranberend@bertelsmann-stiftung.de

Neuer online-Auftritt: Das Portal www.weisse-liste.de bietet nun eine einfachere Suchfunktion, übersichtlichere Ergebnisse und ein frisches Design. Zudem ist das Portal nun auf allen Geräten zuhause – es passt sich an, egal ob der Nutzer von einem Notebook, Tablet oder Smartphone zugreift. Neu sind u. a. eine Online-Terminvereinbarung mit Ärzten, die Krankenhaussuche mit Therapie-Entscheidungshilfen aus dem Faktencheck Gesundheit sowie eine neue Gesamtstartseite für den Pflege-Bereich

„Ärzte gut finden"

Die Aktion „Ärzte gut finden" der Weissen Liste macht auf das Thema Arztbewertung aufmerksam: Für jede Bewertung geht ein Euro an die Stiftung „Humor hilft heilen" von Dr. Eckart von Hirschhausen.

Linktipps: www.aerzte-gut-finden.de
www.humorhilftheilen.de

Integrierte Krankenversicherung

Das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung wird kritisch gesehen. Das Projekt zeigt Wege zu einer Integrierten Krankenversicherung auf. Zum einen geht es um die Finanzierung: Die Lasten unter den Versicherten sollen gerecht verteilt werden. Zum anderen geht es um eine bessere Versorgung der Patienten.

Linktipp: www.bertelsmann-stiftung.de/integrierte-krankenversicherung
Kontakt: stefan.etgeton@bertelsmann-stiftung.de

FOTO: BERTELSMANN STIFTUNG

Dr. Divya Srivastava (OECD) und Dr. Brigitte Mohn begrüßen die Teilnehmer der internationalen Tagung „Regionale Variation in der Gesundheitsversorgung", auf der die neue Studie zu neun Indikationen vorgestellt wurde

Faktencheck Gesundheit

Der Faktencheck Gesundheit trägt dazu bei, dass die Gesundheitsversorgung stärker am Bedarf der Patienten ausgerichtet wird. Er liefert Daten und Fakten zum Gesundheitswesen, macht regionale Unterschiede transparent und benennt Lösungsansätze für strukturelle Defizite. Darüber hinaus bietet er praktische und verständliche Informationen, um die Patienten in ihrer Entscheidungsfindung zu unterstützen.

Linktipp: www.faktencheck-gesundheit.de
Kontakt: claudia.haschke@bertelsmann-stiftung.de

Der Faktencheck „Regionale Unterschiede" ermittelte, dass bestimmte Behandlungen in manchen Regionen deutlich häufiger durchgeführt wurden als andernorts – und dass diese Unterschiede über Jahre hinweg konstant blieben

Faktenboxen

Vor-und Nachteile von Behandlungsoptionen: Die 15 Faktenboxen des Faktenchecks Gesundheit basieren auf den derzeit verfügbaren medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen und geben Informationen u. a. über Antibiotikaeinsatz bei Erkältungen, Knieoperationen bei Arthrose oder Nutzen von Prostatafrüherkennung.

Linktipp: https://faktencheck-gesundheit.de/de/entscheidungshilfen

Ärztedichte – neue Planung geht am Bedarf vorbei

Eine aktuelle Studie hat untersucht, ob die veränderte Bedarfsplanung eine bedarfsgerechtere Verteilung der Arztsitze bewirkt. Das Ergebnis: Die Planung in ihrer derzeitigen Form orientiert sich nicht am tatsächlichen Bedarf vor Ort und lässt Faktoren wie die veränderte Altersstruktur oder die Einkommenssituation außen vor.

SPOTLIGHT Gesundheit 03/2015
8 Seiten, ISBN 2364-4788
kostenlos
Download unter: www.bertelsmann-stiftung.de/Spotlight-aerztedichte

Gesundheitsmonitor

Welche Erfahrungen machen Versicherte im Gesundheitssystem? Wo sollten aus ihrer Perspektive Reformen ansetzen? Der Gesundheitsmonitor befragt regelmäßig die Bevölkerung zu ihren Erfahrungen im Gesundheitswesen. Das Projekt zeigt die Versichertenperspektive auf – und will damit gesundheitspolitische Informationslücken schließen.

Linktipp: www.gesundheitsmonitor.de
Kontakt: jan.boecken@bertelsmann-stiftung.de

Aktuelle Themen des Gesundheitsmonitors 2015 sind unter anderem psychosozialer Stress am Arbeitsplatz, Nichtraucherschutz und die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen

Jan Böcken, Bernard Braun, Rüdiger Meierjürgen (Hrsg.)
Gesundheitsmonitor 2015
Bürgerorientierung im Gesundheitswesen
Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK
302 Seiten, Broschur
25,00 Euro
ISBN 978-3-86793-680-4

Pflege vor Ort

2030 werden fast 500.000 Vollzeitkräfte in der Pflege fehlen, wenn nicht rechtzeitig gegengesteuert wird. Das Konzept für ein Regionales Pflegebudget schlägt einen Weg vor, Kommunen bei der Pflege in eine gestaltende Rolle zu bringen und damit der drohenden Versorgungslücke entgegenzuwirken.

Linktipp: www.bertelsmann-stiftung.de/pflege-vor-ort
Kontakt: stefan.etgeton@bertelsmann-stiftung.de

Zum Thema

Die Anliegen der Bürger als Kompass für Veränderung

Die Bürgerbelange gehören ins Zentrum der Gesundheitspolitik: Bedarfsgerechtigkeit, Partizipation und Transparenz sind Eckpunkte für ein in sich stimmiges, bürgerorientiertes Gesundheitswesen

Von Dr. Brigitte Mohn – Foto: Jan Voth

Gesundheit gehört zu den Themen, bei denen die Verantwortung des Einzelnen gleichermaßen gefragt ist wie die von Staat und Gesellschaft. Das deutsche Gesundheitswesen gilt mit seiner im internationalen Vergleich hohen Arzt- und Krankenhausdichte als eines der leistungsfähigsten. Während die Zahlen der Arztbesuche und der stationär behandelten Fälle auf Rekordniveau liegen, sind die Ergebnisse in der Versorgung zum Teil nur durchschnittlich. Mögliche Lösungsansätze, wie eine stärker vernetzte Versorgung und die Digitalisierung von Behandlungsprozessen (Telemedizin), werden seit Jahren diskutiert, aber bisher nur sehr zögerlich umgesetzt. Der Veränderungsdruck im deutschen Gesundheitswesen ist also hoch.

Reformen brauchen einen Kompass, und Bürgerorientierung sollte für uns die zentrale Navigationshilfe sein. Denn neben der Verantwortung, die Patienten, Staat und Gesellschaft tragen, müssen auch die Möglichkeiten der Gestaltung fair verteilt sein. Hier gibt es noch einiges zu tun. Mit Blick auf das Gesundheitswesen zielt Bürgerorientierung darauf, die Versorgungsprozesse um die Anliegen der Bürger als Akteure und Mitproduzenten von Gesundheit zu zentrieren. Die Bürger sollen dabei aber nicht passiv bleiben, sondern sich aktiv einmischen, um Mitverantwortung für sich und das Gemeinwesen insgesamt zu übernehmen. Bürgerorientierung konkretisiert sich in folgenden Aspekten:

1. Bedarfsgerechtigkeit:

Es darf nicht vom Wohnort abhängen, ob man eine menschlich zugewandte und leitliniengerechte Behandlung erhält oder nicht. Regionale Unterschiede sind ein Indiz für Defizite in der Versorgung. Die medizinische Versorgung muss stärker am Bedarf der Bürger vor Ort und deren Bedürfnissen ausgerichtet werden.

2. Partizipation:

Patienten sind als Partner im Versorgungsgeschehen zu behandeln, als Koproduzenten ihrer Gesundheit. Mit der Ausbildung von Gesundheitskompetenz („Health Literacy“), zum Beispiel durch gute Entscheidungshilfen, werden Patienten befähigt, ihre Interessen und Belange im Behandlungsgeschehen besser zu verstehen und zu vertreten.

3. Transparenz:

Um selbstbestimmt und verantwortlich handeln zu können, ist es notwendig, die Bürger über Angebote und Qualität von Gesundheitsdienstleistungen verständlich und unabhängig zu informieren. Wir brauchen im deutschen Gesundheitswesen eine Transparenzkultur, in der Informationsfreiheit und Datenschutz sich ergänzen.

Dr. Brigitte Mohn, Mitglied des Vorstandes der Bertelsmann Stiftung

4. Systemkohärenz:

Systemverantwortung entsteht nur, wenn auch die Strukturen des Gesundheitswesens den Zusammenhalt in der Gesellschaft fördern, anstatt soziale Unterschiede bei den Gesundheitschancen zu verstärken. Solidarität lässt sich nicht zwischen Berufs- und Einkommensgruppen aufteilen. Das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung in seiner gegenwärtigen Form macht von daher keinen Sinn.

5. Konsistentes Anreizsystem:

Die Rahmenbedingungen im Wettbewerb der Krankenkassen müssen so gestaltet werden, dass die gute Versorgung der Patienten sich mehr lohnt als Risikoselektion bei den Versicherten. Zugleich sollte die Vergütungssystematik für ambulante und stationäre Leistungen deren Notwendigkeit, Nutzen und Qualität ins Zentrum stellen, nicht allein die Menge.

Reformpolitik im Gesundheitswesen, die mehr sein will als ein bloßer Reparaturbetrieb, sollte diese Aspekte berücksichtigen und ihre Vorhaben am Kriterium der Bürgerorientierung messen lassen. ◘

FOTO RECHTS: VALESKA ACHENBACH

Stiftung ›

Sozialausgaben

Nicht nur geografisch an der Spitze

Eine Studie der Bertelsmann Stiftung vergleicht die Höhe der Sozialausgaben der Kommunen und fand besonders für Flensburg hohe Werte. Wir wollten vor Ort erfahren, woher die Probleme kommen und welche Lösungen es gibt

Text: Carina Braun – Fotos: Valeska Achenbach

Blick auf den Flensburger Hafen. Die an der Grenze zu Dänemark gelegene Stadt hat laut einer Studie der Bertelsmann Stiftung mit hohen Sozialausgaben zu kämpfen

Der Luxus kommt in kleinen Gläschen. Schwarz und salzig stapelt er sich neben Pudding, eingeschweißtem Fischfilet und Tsatsiki. An schlechten Tagen ist gerade mal genug Pudding für die Kinder da. An guten Tagen gibt es sogar Kaviar.

Es ist Mittwoch, und Mittwoch ist Ausgabetag an der Flensburger Tafel. Helfer in grünen Schürzen stapeln Kisten mit Romanesco und Blumenkohl, platzieren Käse und Joghurt hinter der Theke. Die Besucher kommen früh und mit großen Taschen. Viele sind schon lange arbeitslos. Manche haben ihr Leben lang gearbeitet und können nun doch nicht von der Rente leben. Ein Mann aus dem Kosovo erzählt, dass er Ehefrau und Haus verloren hat. Und nun weigert sich sein Sohn, mit ihm zur Tafel zu kommen, weil er sich schämt. „Hinter jedem Besucher steht ein Schicksal", sagt Tafelleiter Klaus Grebbin. Als er im Februar 2013 angefangen hat, kamen gerade mal bis zu 150 Familien pro Woche. Inzwischen sind es bis zu 500. „Die Zahlen sind explodiert."

Flensburg: rund 90.000 Einwohner, Grenzstadt zu Dänemark, nördlicher ››

MIT 47 ZU ALT FÜR DEN COMPUTER-BERUF

Arne Gelowik, gelernter Informatikkaufmann, arbeitslos

Als Klaus Grebbin 2013 anfing, die Flensburger Tafel zu leiten, kamen durchschnittlich 150 Familien zur Essensausgabe. Inzwischen sind daraus rund 500 geworden

Nadine Bendixen ist arbeitslos und freut sich über den Ein-Euro-Job bei der Flensburger Tafel

„HINTER JEDEM BESUCHER STEHT EIN SCHICKSAL. DIE ZAHLEN SIND EXPLODIERT“

Klaus Grebbin, Tafelleiter

geht es nicht auf dem deutschen Festland. Die Wege zur Ostsee sind kurz. Die Stadt, malerisch an der Flensburger Förde gelegen und überregional vor allem wegen der Verkehrssünder-Punkte bekannt, geriet vor einigen Wochen plötzlich wegen eines ganz anderen Themas in die Medien. Grund war eine Studie der Bertelsmann Stiftung zu den steigenden kommunalen Sozialausgaben in Deutschland. Sie zeigte unter anderem auf, wie unterschiedlich die Belastung der Kommunalhaushalte bundesweit ist. Ganz oben auf der Liste stand Flensburg: Mit 58 Prozent muss die Stadt einen so großen Teil ihres Etats auf Sozialleistungen verwenden wie keine andere Kommune Deutschlands.

Für Henning Brüggemann kam das Ergebnis überraschend. „Ich hätte eher gedacht, dass Kommunen in den neuen Bundesländern oder in Nordrhein-Westfalen an der Spitze stehen“, sagt er. Brüggemann, ein großgewachsener Mann, der gerne auf Krawatten verzichtet, ist Bürgermeister und Kämmerer der Stadt Flensburg. Immer wieder wird er nun auf die Sozialausgaben angesprochen, immer wieder soll er sie

erklären. Er sagt, dass das Land Schleswig-Holstein jahrelang lieber die ländlichen Gegenden finanziert habe als die kreisfreie Stadt Flensburg. Er sagt, dass der Anteil der Sozialausgaben im Haushalt auch deshalb so groß scheint, weil etwa die Infrastruktur ausgegliedert ist. Er sagt aber auch, dass die Arbeitslosigkeit in Flensburg hoch ist und dass es viele Fälle in der Jugendhilfe gibt. Und er sieht die Situation durchaus als Chance: als Chance, über die Sozialpolitik zu reden – und zwar vor allem über die des Bundes. „Uns als Kommune sind die Hände gebunden."

„UNS ALS KOMMUNE SIND DIE HÄNDE GEBUNDEN"

Henning Brüggemann, Bürgermeister

Das Problem: Wenn der Bund Sozialgesetze beschließt, müssen die Kommunen ihre Umsetzung oft zum Teil oder ganz aus dem eigenen Haushalt finanzieren. Der Bund entscheidet. Die Kosten trägt die Kommune. Doch die Ausgaben wachsen ständig und lassen manchen Städten und Gemeinden kaum noch Handlungsspielraum. Gerade in Kommunen mit schwacher Wirtschafts- und Sozialstruktur und hoher Langzeitarbeitslosigkeit steigen die Kosten, ohne vor Ort steuerbar zu sein. Ablesen lässt sich das etwa an den Wohnkosten für Hartz-IV-Empfänger: Im strukturschwachen Sachsen-Anhalt machen sie 11 Prozent des kommunalen Haushaltes aus, im wirtschaftsstarken Baden-Württemberg nur 3 Prozent. In Flensburg binden sie 8,8 Prozent.

Die Grundsicherung für Arbeitssuchende ist neben der Eingliederungshilfe und der Kinder- und Jugendhilfe einer der drei größten Posten der Sozialausgaben der Stadt. Bei Außenstehenden erweckt das ruhige Flensburg zwar keineswegs den Eindruck, als hätte es mit sozialen Problemen zu kämpfen; im Hafenviertel Sonwik etwa sind in den letzten Jahren moderne Häuser am Wasser mit Bootsanlegern entstanden. Aber die Arbeitslosenquote lag im Juni bei 9,8 Prozent – und rutschte damit erstmals seit Einführung der Hartz-IV-Reformen überhaupt wieder in den einstelligen Bereich.

Menschen hinter den Zahlen

Bei Klaus Grebbin treffen sich vor und hinter der Theke die Menschen, die hinter diesen Zahlen stehen. Arne Gelowik, ein Berg von Mann, bahnt sich mit schweren Kisten bepackt den Weg durch das Gewusel. Der 47-Jährige ist gelernter Informatikkaufmann, aber immer wieder bekommt er zu hören, dass er zu alt sei für den Computerberuf. Also hält er sich mit Kurzzeitjobs und mit Hartz IV über Wasser und jobbt auf Ein-Euro-Basis bei der Tafel. Seine 35-jährige Kollegin Nadine Bendixen, die mit strahlendem Lächeln Tsatsiki und Pudding über die Theke reicht, hat einen Sohn mit ADHS. Manchmal weigert er sich morgens, seine Tabletten zu nehmen. Weil Nadine Bendixen nicht garantieren kann, immer rechtzeitig zur Arbeit zu erscheinen, ist es schwer, wieder eine zu finden. Mehr als zwanzig Bewerbungen hat sie in diesem Jahr geschrieben und nur Absagen bekommen. „Da fällt man irgendwann in ein Loch." Umso dankbarer ist sie für den ››

Johanna ist arbeitslos und hat Ärger mit der Arbeitsagentur

„IM SCHLIMMSTEN FALL MUSS ICH PUTZEN GEHEN“

Johanna, 26, arbeitssuchend

Ein-Euro-Job bei der Tafel: Man braucht eine Aufgabe, sagt sie, um nicht den Glauben an sich selbst zu verlieren.

Bis zu 50 Stunden pro Woche investiert Klaus Grebbin ehrenamtlich in die Leitung der Tafel – „inzwischen hängt mein ganzes Herzblut daran.“ Immer wieder hört er, wie Leute sich beschweren, dass Hartz-IV-Empfänger zu viel bekämen. „Dabei ist es andersrum“, sagt er. „Flensburg ist eine Billiglohnecke. Die, die arbeiten, kriegen oft zu wenig.“ Er kennt viele Menschen, deren Anträge auf Hartz IV oder Aufstockung abgelehnt wurden, viele, die an der Bürokratie verzweifeln. Wenn Arbeitssuchende einen Kurzzeitjob annehmen, müssen sie danach erneut Anträge stellen. „Da ist es verständlich, dass man sich das für 50 Euro mehr im Monat nicht ständig antun will.“

Auch Johanna kennt die Sache mit der Bürokratie. Für die 26-Jährige kommt ein Besuch bei der Tafel zwar noch lange nicht in Frage. Aber sie steht kurz davor, erstmals in Hartz IV zu rutschen. Seit knapp einem Jahr erhält sie Arbeitslosengeld, sie war Schornsteinfegerin, dann wurde sie krank, nun möchte sie eine Umschulung zur Raumgestalterin machen. Einen Job hätte sie schon für danach. Aber immer wieder scheitern ihre Anträge auf Bezahlung der Ausbildung, sieht sie sich neuen Sachbearbeitern gegenüber, wartet sie. Bald ist ein Jahr vorbei. Dann Hartz IV. Und wenn es dann immer noch nicht klappt? Sie zuckt die Schultern. „Im schlimmsten Fall muss ich putzen gehen.“

Manche machen den Wegzug von Unternehmen für die hohe Langzeitarbeitslosigkeit verantwortlich, andere die strukturellen Voraussetzungen. Eine Stadt bietet Anonymität und kurze Wege zu den Behörden. Flensburg liegt an der Grenze, und um Flensburg herum gibt es sehr viel Land; im umschließenden Kreis Schleswig-Flensburg lag die Arbeitslosenquote im Juni bei nur 6,4 Prozent. Der Sozialatlas Flensburgs zeigt, dass die Stadt wächst, und mit ihr wächst auch der Anteil der Sozialleistungsempfänger. Die Anforderungen der Arbeitgeber passen oft nicht zu den Qualifikationen der Suchenden. „Hier gibt es eine hohe Nachfrage nach Fachkräften“, erklärt der Sprecher der Agentur für Arbeit Flensburg, Christian Groborsch. „Aber viele Arbeitssuchende haben keine Berufsausbildung oder aber lange nicht im erlernten Beruf gearbeitet.“

Flensburg, Neustadt. Nur wenige Meter vom idyllischen Museumshafen mit den alten Schiffen entfernt taucht man in einen Stadtteil ein, in dem die Cafés „Istanbul“

GRAFIK: DIETER DUNEKA

heißen und es in Gemüseläden libanesische Gewürze zu kaufen gibt. Die Neustadt gilt als bunter, multikultureller Stadtteil, aber sie gilt auch als sozialer Brennpunkt. Hier und in der angrenzenden Nordstadt ist die Arbeitslosigkeit besonders hoch.

Kai Schröder, 52 Jahre alt, arbeitet seit 17 Jahren im stadtteilübergreifenden Jugendzentrum AKK. An den Wänden hängen Poster von Basketball-Stars und Fotos von Ausflügen, Kinder und Jugendliche verbringen ihre Freizeit hier, auch ältere Besucher schauen manchmal vorbei. „Die Vielschichtigkeit ist für uns eine große Herausforderung", sagt Schröder. „Wir müssen auch versuchen, die Migranten aufzufangen." Manchmal klingen seine alltäglichen Aufgaben einfacher, als sie sind: Einen anständigen Händedruck beibringen. Den Jugendlichen klarmachen, dass nach der Hauptschule noch vieles möglich ist. Aus einem Fenster zeigt Schröder in eine Richtung, in der früher Motorola saß. „Früher hieß es bei vielen: Schule fertig, Motorola", sagt er. Damals konnte man ungelernt schnell und einfach am Fließband Geld verdienen. Aber dann hat Motorola in Flensburg zugemacht, und nun setzt sich langsam ein anderes Bewusstsein durch. Jetzt machen immer mehr Jugendliche aus dem Viertel Ausbildungen oder höhere Bildungsabschlüsse. Kürzlich hat einer stolz ein abgeschlossenes Studium präsentiert. „Aber wir haben immer zu wenig Mittel für Personal", sagt Schröder.

Besucher Hauzhin Rashed (rechts) und Kai Schröder, Leiter des Jugendzentrums AAK, mischen gemeinsam Musik

Pilotprojekt: Das Kita-Präventionsprojekt der Stadt Flensburg wurde vor vier Jahren ins Leben gerufen

Neue Präventionsprojekte

Bundesweit stellte die Kinder- und Jugendhilfe mit 36 Milliarden Euro im Jahr 2013 den größten Posten der Sozialausgaben, auch in Flensburg steigen die Fallzahlen und damit die Kosten. Im kommenden Haushalt muss die Stadt 1,75 Stellen aufstocken und aus eigenen Mitteln bezahlen.

„Bei bundespolitisch vorgegebenen Maßnahmen geht das immer automatisch", sagt Henning Brüggemann. „Aber wenn wir selbst etwas auf die Beine stellen wollen, dann reiben sich Land und Stadt auf mit ihren knappen Ressourcen." Der Bund habe eine Sozialbürokratie geschaffen, allein die Abwicklung des Bildungs- und Teilhabepakets koste die Stadt 200.000 Euro jährlich. Die Mittel fehlten an anderer Stelle: bei der Kinderbetreuung etwa, bei Lernmitteln für die Schule. „Man könnte da viel direkter ansetzen. Die Expertise ist hier vor Ort."

Kommunen mit hohen Sozialausgaben geraten rasch in einen fatalen Kreislauf: je höher diese Ausgaben, desto geringer der Spielraum für Investitionen etwa in Bildung oder Infrastruktur. Die Bertelsmann-Stiftung-Studie sieht die Wohnkosten für Hartz-IV-Empfänger als entscheidenden Hebel, um mehr Ausgleich zu schaffen. Die Wohnkosten sind bundesweit einheitlich geregelt, für die Kommunen nicht beeinflussbar und belasten vor allem strukturschwache Städte und Gemeinden. Der Bund, so die Empfehlung, könnte mit den im Koalitionsvertrag in Aussicht gestellten jährlichen fünf Milliarden Euro für die Kommunen ab 2018 einen großen Anteil dieser Kosten übernehmen.

Auch Henning Brüggemann wünscht sich mehr Unterstützung. „Der Bund müsste für eine ausgeglichenere Finanzierung sorgen, deregulieren und mehr Freiheiten geben." Vor vier Jahren hat die Stadt ein Pilotprojekt zur Kita-Prävention gestartet, um Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten rechtzeitig aufzufangen. Sozialpolitik, glaubt Brüggemann, muss in Flensburg vor allem Bildungspolitik heißen – „gezielt auch im frühkindlichen Bereich." Für ihn ist das ein Gegenentwurf zu dem, was er an der Sozialgesetzgebung als „strukturerhaltend" kritisiert. „Ständig kommen mehr Gesetze, bis keiner das System mehr durchschaut", sagt er. „Aber wir können nicht immer nur helfen, indem wir zahlen. Wir müssen auf mehr Prävention vor Ort setzen, um die Kosten gar nicht erst entstehen zu lassen." ◘

info >

Studie Sozialausgaben

Eine aktuelle Studie der Bertelsmann Stiftung zeigt, dass trotz der eigentlich guten Konjunktur die **Sozialausgaben der Kommunen in den vergangenen zehn Jahren um mehr als 50 Prozent gestiegen** sind. Während sie sich 2014 bundesweit auf rund 78 Milliarden Euro summierten, lagen sie 2004 noch bei 51 Milliarden Euro. Vielen Kommunen fehlt inzwischen der Handlungsspielraum, so wie in Flensburg, wo die Sozialleistungen inzwischen 58 Prozent des Etats betragen.

Was auffällt: Die Belastung der Kommunalhaushalte durch Sozialleistungen ist bundesweit unterschiedlich und in Baden-Württemberg mit durchschnittlich 31 Prozent am geringsten, in Nordrhein-Westfalen hingegen mit 43 Prozent am höchsten. Dabei fallen zum Teil eklatante Unterschiede zwischen den einzelnen Kommunen auf.

WEBLINK:
www.bertelsmann-stiftung.de/Sozialausgaben
KONTAKT: Dr. René Geißler
rene.geissler@bertelsmann-stiftung.de

Salzburger Trilog

Wer führt uns sicher in die Zukunft?

Wie muss Führung aussehen in einer Gesellschaft, die mit großen Herausforderungen wie Terrorismus und riesigen Flüchtlingsströmen zu kämpfen hat? Dieser Frage widmete sich der diesjährige Salzburger Trilog

Text: Carsten Heil – Fotos: Jürgen Dannenberg

Salzburg. Draußen im Salzburger Talkessel steht die Hitze. Drinnen im modernen, mit viel Sichtbeton, Holz und Glas geschaffenen Mozarteum der Universität sind die Temperaturen an diesem Hochsommertag jedoch moderat. Dennoch werden schnell die Krawatten beiseitegelegt. Denn die Debatten des Salzburger Trilogs über die Frage „In Search of Leadership: A Critical Requirement for Governance, Social Cohesion and Competitiveness?" sind intensiv und in intellektuellem Sinne hitzig.

Der Salzburger Trilog hat Tradition. Internationale Persönlichkeiten, Multiplikatoren und Entscheider aus Kultur, Wirtschaft und Politik (deshalb Trilog) diskutieren auf Einladung von Liz Mohn und Wolfgang Schüssel in inspirierender Atmosphäre der Hochschule für Musik und darstellende Kunst wichtige Herausforderungen der Zeit. Religion und Sport als weitere gesellschaftlich einflussreiche Bereiche sind traditionell nicht dabei.

Und schon die Begrenzung des Sujets offenbart die Komplexität des Themas. Führung ist sehr unterschiedlich, stellen etliche Diskutanten fest. Politik bedarf anderer Führung als Wirtschaft, ein Musikkörper wie das Cleveland Orchestra, dessen Dirigent und Chef Franz Welser-Möst das Auftaktstatement leistet, muss heute andere Visionen, Konzepte und Ansprache haben als vor 15 Jahren. Und es ist ein Unterschied, in welchen Zeiten jemand führt, wie Aart De Geus, Vorstandsvorsitzender der Bertelsmann Stiftung, feststellt. In der Krise ist anderes gefragt als im normalen Alltag.

Eine Frage der Führung

Mit wenigen Worten wagt der international renommierte Dirigent Welser-Möst eine erste Definition. „Führungspersönlichkeiten gestalten und verändern, Manager managen, das heißt, sie verwalten." Vielen sei es ein besonderes Bedürfnis, Erklärungen zu bekommen, zu wissen, worum es geht, mitgenommen und überzeugt zu werden. Er wolle in seinem Orchester keine Soldaten oder Roboter, sondern kreative Musiker. Mit dieser Grundeinstellung hat er das Cleveland Orchestra unter seiner musikalischen Leitung maßgeblich geprägt, sodass die New York Times unlängst geschrieben hat, es könne die Bezeichnung „das beste Orchester der USA" beanspruchen. Zudem sei durch wegweisende Projekte in der Kulturvermittlung mittlerweile ein Fünftel des Publikums unter 25 Jahre alt. Seine Überzeugung: „Es ist besser, du veränderst selbst. Sonst wirst du verändert." Deshalb dürfe sein Orchester

„EINE GUTE FÜHRUNGSKRAFT MUSS MENSCHEN MÖGEN UND IHNEN VERTRAUEN"

Liz Mohn

auch nicht auf diesem Erfolg verharren, sondern müsse nächste Schritte gehen. Spricht er und verschwindet zur Orchester-Probe für Beethovens Fidelio, der bei den gleichzeitig laufenden Salzburger Festspielen am Abend unter seiner Dirigentschaft gegeben und begeistert gefeiert wird.

Ein Dilemma kann die Runde indes nicht auflösen. Wenn die Probleme immer drängender werden, wenn in einer zunehmend komplexeren Welt und in der Wirtschaft mit immer kürzeren Innovationszyklen immer schneller entschieden werden muss – woher soll man die Zeit für Teamentscheidungen nehmen und für Erklärungen? Eigentlich geht es um immer größeren Zeitbedarf bei immer größerer Zeitknappheit.

Die Ausgangsthese, dass es ein Defizit an angemessener Führung gibt, bestrei- ››

Diskutierten das Thema Führung: Liz Mohn, oben rechts mit Werner J. Bauer, Aufsichtsratsvorsitzender der Nestlé Deutschland AG, Aart De Geus, Vorsitzender des Vorstands der Bertelsmann Stiftung (oben links), die luxemburgische Journalistin und Politikerin Viviane Reding (oben) und der ehemalige österreichische Bundeskanzler Wolfgang Schüssel

Was macht gute Führung aus? Wie müssen sich Führungskräfte auf die Zukunft einstellen? Dazu sprach auch Jörg Dräger vom Vorstand der Bertelsmann Stiftung

ten viele Diskutanten. Es gebe aber ein Defizit an Vertrauen in die bestehende Führung. Das wird bei Umfragen deutlich. Der Frage: „Gibt es eine Führungskrise?" stimmen 30 Prozent der Europäer „absolut zu". Weitere 55 Prozent „stimmen zu". Das heißt, 85 Prozent der Europäer sehen ein gravierendes Problem.

Was aber braucht gute Führung? Klar ist, die Bedingungen, das Umfeld haben sich gravierend verändert durch die absolute Transparenz und Information durch das Internet. Aber auch, weil junge Menschen heute andere Interessen hätten als früher. Sie wollten zwar alles haben, aber nicht alles besitzen, sagt eine Unternehmerin und FDP-Politikerin aus Bremen und jüngste Mitdiskutantin (29) beim Trilog. Ältere Menschen reagierten auf teamorientierte, eigenverantwortliche Führung völlig anders, manchmal unsicher. Das erlebe sie in ihrem eigenen elterlichen Betrieb, in dem der Vater deutlich autoritärer geführt habe, als sie das heute mache.

Kaum ein Wort fällt so häufig wie „Charisma". Umstritten ist jedoch dessen Bedeutung. Ist Charisma das Wichtigste? Kann man es lernen? Ist Charisma absolut notwendige Voraussetzung und Bedingung für gute Führung oder einfach nur nützlich, vielleicht sogar nicht wichtig? Lernen könne man es jedenfalls nicht, so weit herrscht noch Einigkeit. Jürgen Strube vom BASF-Aufsichtsrat warnt davor, Charisma im Zusammenhang mit der Führungsdebatte zu überschätzen: „Die charismatischsten Führer des 20. Jahrhunderts waren Hitler, Stalin und Mao. Wir wissen, wo das hingeführt hat." Ein guter Anführer müsse Menschen mögen, wohl sogar lieben, bringt Strube ein Prinzip des Benediktinerpaters und Autors Anselm Grün in die Debatte ein, ohne ihn jedoch direkt zu zitieren. Die stellvertretende Vorstandsvorsitzende der Bertelsmann Stiftung, Liz Mohn, unterstreicht diesen Ansatz in einem Gespräch in der Konferenzpause: „Eine gute Führungskraft muss Menschen mögen und ihnen vertrauen, fair mit ihnen umgehen und ihnen Verantwortung übertragen."

Motivation statt Stillstand

Tatsächlich stimmt die hochkarätige Runde darin überein, dass zu erfolgreicher Führung Motivation gehört, die aber aus mehr bestehen müsse als Geld. Die Menschen wollten teilhaben an einem Projekt, das größer ist als sie selbst, das über sie hinausweist, sie wollten von einer „großen Idee" angetrieben werden (Vision). Da kommt die Psychologie ins Spiel. Wiederholt wird von mehreren Rednern erklärt, dass Psychologie 50 Prozent ausmache, und dann ist es nicht mehr weit zum Begriff „Vertrauen". Das erringt die Führungskraft nicht dadurch, dass sie lediglich Prozesse optimiert.

Es gibt aber auch große Hindernisse für gute Führung. Weitgehende Übereinstimmung herrscht in der Einschätzung der Überregulierung und den überbordenden Konsensen, die Viviane Reding in die Debatte einführt. Die ehemalige EU-Kommissarin stellt nüchtern fest: In einer extrem sicherheitsbedürftigen Gesellschaft verteidigten alle nur noch ihre Position und schritten nicht mehr voran. „Weil die heutige Generation in großer Sicherheit aufgewachsen ist, scheut sie das Risiko, Herausforderungen und Unternehmerschaft", sagt sie resolut. Deshalb gebe es mehr Manager als Führer, spielt sie auf das Eingangsstatement des Dirigenten Franz Welser-Möst an. Und: „Wenn es Probleme gibt, reagieren wir in Europa mit neuen Regeln, nicht mit neuen Ideen. Wir sollten die Menschen lehren, Risiken einzugehen." Die Frage der Überregulierung greifen noch mehrere Redner auf. Deshalb verabschiedet der Salzburger Trilog schließlich einstimmig eine Resolution an die Politik mit der Forderung, sich deutlich intensiver um dieses Thema zu kümmern, das für die Zukunft Europas in einer größeren, schnelleren und komplexeren Welt von großer Bedeutung ist.

Abschließend fasst der ehemalige österreichische Bundeskanzler und Moderator des Salzburger Trilogs, Wolfgang Schüssel, zusammen und stellt fest, dass es noch ein weiter Weg sei, bis gute Führung sich überall durchgesetzt habe. Daran werde weitergearbeitet: „Es gibt viele Ansätze, an denen wir weiterarbeiten müssen. Der Status quo, also Stillstand, ist in der Frage Good Leadership jedenfalls nicht genug." ◘

info >

Salzburger Trilog

Anlässlich des Salzburger Trilogs kommen internationale Entscheidungsträger und Meinungsbildner aus Politik, Wirtschaft und Kultur in der Landeshauptstadt zusammen, um über globale Zukunftsfragen zu diskutieren. **Ziel ist ein interdisziplinärer und interkultureller Austausch über Herausforderungen und Perspektiven weltweiter Entwicklungen.**

Die gleichgewichtige Berücksichtigung der unterschiedlichen Sichtweisen von Politik, Wirtschaft und Kultur in der Diskussion stellt dabei eine Besonderheit des Salzburger Trilogs dar. Der Salzburger Trilog widmet sich alljährlich einem neuen Schwerpunktthema.

WEBLINK:
www.bertelsmann-stiftung.de/salzburger-trilog

KONTAKT: Dr. Jörg Habich
joerg.habich@bertelsmann-stiftung.de

Neuerscheinungen

Unterschiede zwischen Stadt und Land

Deutschlands Bevölkerungsstruktur wird sich in den kommenden Jahren spürbar verändern. Das Durchschnittsalter steigt. Der Pflegebedarf nimmt zu. Während Städte eher wachsen, dünnt der ländliche Raum weiter aus. Die Kommunen stellt das vor ganz unterschiedliche Herausforderungen

Text: Ulrike Osthus

Besonders auf dem Land wird der demographische Wandel zum Problem. Die Jungen gehen, die Alten bleiben, und auch die Wege zum nächsten Hausarzt werden immer weiter

FOTO: S. PFÜTZE

Der demographische Wandel verändert schon heute das Leben in Deutschland. Doch wie wird es in den nächsten zehn, 15 oder 20 Jahren aussehen? Besonders für Gemeinden im ländlichen Raum dürften die Folgen des Bevölkerungsrückgangs dramatisch werden. So werden zum Beispiel im sächsischen Hoyerswerda, in Bitterfeld-Wolfen und Gräfenhainichen in Sachsen-Anhalt oder im thüringischen Roßleben 2030 gut 26 Prozent weniger Menschen leben als 2012.

Und: In den kommenden 15 Jahren steigt die Zahl der Hochbetagten über 80 Jahre bundesweit um 47,2 Prozent auf über 6,3 Millionen. Die zunehmende Alterung der Bevölkerung bedeutet einen erhöhten Pflegebedarf in den Kommunen.

Um es Planern in kommunalen Einrichtungen und Institutionen zu erleichtern, die demographischen Entwicklungen in ihre strategischen Überlegungen einzubeziehen, veröffentlicht die Bertelsmann Stiftung den Datenreport „Wer, wo, wie viele? – Bevölkerung in Deutschland 2030“. Darin sind die Entwicklungen von Geburtenzahlen, Altersgruppen oder Wanderungen für die einzelnen Bundesländer sowie ihrer Kreise und kreisfreien Städte bis zum Jahr 2030 vorausberechnet.

www.wegweiser-kommune.de

Bertelsmann Stiftung (Hrsg.)
Wer, wo, wie viele? – Bevölkerung in Deutschland 2030
Datenreport
186 Seiten, Broschur
25,00 Euro
ISBN 978-3-86793-576-0

Verlag

Einen Überblick über die Neuerscheinungen des Verlags Bertelsmann Stiftung sowie die Liste aller lieferbaren Bücher bietet das neue Publikationsverzeichnis.

Verlag Bertelsmann Stiftung
Publikationen 2015
www.bertelsmann-stiftung.de/verlag
www.facebook.com/BertelsmannStiftung
www.twitter.com/BertelsmannSt

Weitere Publikationen

Jugendliches Engagement

Offene Kinder- und Jugendarbeit erreicht besonders benachteiligte Kinder und Jugendliche. Diese lehnen häufig etablierte Politikformen ab, sind jedoch bereit, Probleme zu benennen und sich zu engagieren. Der erste Band „Gesellschaftliches Engagement von Benachteiligten fördern“ belegt, dass das Handeln von Kindern und Jugendlichen immer „gesellschaftlich“ ist. Der zweite Band „Gesellschaftliches Engagement von Benachteiligten fördern“ beantwortet die Frage, wie Fachkräfte in der täglichen Jugendarbeit kleine und realistische Projekte in Jugendhaus und Stadtteil entwickeln können.

Benedikt Sturzenhecker
Gesellschaftliches Engagement von Benachteiligten fördern – Band 1
Konzeptionelle Grundlagen für die Offene Kinder- und Jugendarbeit
176 Seiten, Broschur
20,00 Euro
ISBN 978-3-86793-580-7

Benedikt Sturzenhecker, Moritz Schwerthelm
Gesellschaftliches Engagement von Benachteiligten fördern – Band 2
Methodische Anregungen und Praxisbeispiele für die Offene Kinder- und Jugendarbeit
350 Seiten, Broschur
25,00 Euro
ISBN 978-3-86793-636-1
Gesamtpaket (Band 1 + 2) zum Vorzugspreis erhältlich: 35,00 Euro
ISBN 978-3-86793-637-8

Informelles Lernen

Wer sich ehrenamtlich engagiert oder seinem Hobby nachgeht, der lernt – teils bewusst, teils unbewusst und außerhalb des formalen Bildungssystems. Im internationalen Vergleich wird deutlich, dass das deutsche Bildungssystem informell erworbene Kompetenzen selten anerkennt. Welche Ansätze und Verfahren gibt es zur Anerkennung non-formaler Kompetenzen in anderen Ländern? Was ist übertragbar oder benötigt eine Anpassung an unser System?

Bertelsmann Stiftung (Hrsg.)
Anerkennung von Kompetenzen
Was Deutschland von anderen Staaten lernen kann
614 Seiten, Broschur
38,00 Euro
ISBN 978-3-86793-582-1

Blick über den Zaun (3)

Von Deutschland Privatisieren lernen

Wie wollen wir leben? Wie begegnen wir anderen, und wie begegnen uns andere? Welche Rolle spielen dabei Globalisierung und technischer Fortschritt? – In der Kolumne „Blick über den Zaun“ schreibt in diesem Jahr der Autor und Kabarettist Fritz Eckenga

Von Fritz Eckenga – Foto: Achim Multhaupt

Fritz Eckenga (60), Kabarettist und Autor, lebt in Dortmund und wurde mit Büchern wie „Du bist Deutschland? Ich bin Einkaufen“ oder „Fremdenverkehr mit Einheimischen“ bekannt. Soeben erschien sein neues Buch „Mit mir im Reimen“. Mehr über ihn: www.eckenga.de

Es tut mir leid, liebe Leserinnen und Leser. Ich hab's versucht, aber ich bin gescheitert. Um wirklich alles zu sichten, was seit der letzten „change“-Ausgabe in dieser Griechenland-Angelegenheit veröffentlicht wurde, hätte es einer schier übermenschlichen, also einer geradezu Schäuble'schen oder Merkel'schen Kondition bedurft. Und die ist mir einfach nicht gegeben. Im Gegensatz zu den beiden sack ich zwischendurch auch schon mal weg. Deswegen mache ich meine Faxen ja auch hier – und nicht an Verhandlungstischen in Brüssel.

Trotzdem habe ich mir einen Überblick verschafft. Eines scheint klar zu sein: Es herrscht allenthalben große Erregung. Weite Teile der Weltöffentlichkeit sind offenbar der Ansicht, Deutschland sei in Griechenland einmarschiert und habe dort die Staatsgeschäfte übernommen. Und da muss ich als anerkannter Kriegsdienstverweigerer, aber auch als Sowieso-Deutscher, jetzt mal meiner internationalen Verantwortung gerecht werden und beruhigend einwirken: Liebe weite Teile der Weltöffentlichkeit, keine Bange. So was machen wir nicht mehr. Deutschland ist selbstverständlich NICHT in Griechenland einmarschiert. Warum sollte Deutschland das auch tun? Ist doch gar nicht nötig. Die Europäische Zentralbank ist ja längst da. Und der Internationale Währungsfonds. Und natürlich die EU-Kommission. Und die drei zusammen sind praktisch so was Ähnliches wie eine internationale Friedenstruppe, die nur das Beste von Griechenland will, also Zinsen und Tilgung. Und dann noch die Reste, also das Staatseigentum, oder wie wir hier im früher insolventen Teil unseres Vaterlandes gesagt haben, die „volkseigenen Betriebe“. Deswegen wird es in Griechenland jetzt auch eine von der internationalen Friedensfinanztruppe beaufsichtigte Treuhandanstalt geben, deren Aufgabe es ist, Eisenbahnen, Häfen, Energieunternehmen und sogar die Lottogesellschaft zu verkaufen. Und zwar nach den Grundsätzen der Marktwirtschaft, also an privat.

Und das ist jetzt wirklich mal eine ausgesprochen beruhigende Botschaft aus Deutschland für die weiten Teile der Weltöffentlichkeit, vor allem aber für die Griechen. Eine vertrauensbildendere Maßnahme kann es ja gar nicht geben.

Wie sagte die Präsidentin der ehemaligen deutschen Treuhandgesellschaft Birgit Breuel so richtig: „Erstens: Privatisieren ist die beste Form der Sanierung. Das zweite Motto heißt: Entschlossen sanieren. Und das dritte: Behutsam stilllegen.“

Extrem behutsam stillgelegt wurde dann nicht nur der schrecklich unwirtschaftliche Teil Deutschlands, sondern auch die erfolgreiche deutsche Treuhandgesellschaft. Und zwar mit einer Gesamtverschuldung von gerade mal 230 Milliarden DM. Eine nur augenscheinlich hohe Schuldensumme. Mittlerweile wurde sie nicht nur in gut 100 Milliarden Euro, sondern auch in Gemeineigentum umgewandelt. In volkseigene Schulden, also in solche, von denen bei uns wirklich jeder etwas hat.

„PRIVATISIEREN IST DIE BESTE FORM DER SANIERUNG“

Liebe Griechen, ich weiß, es fällt schwer, aber bitte habt Vertrauen: Von Deutschland lernen, heißt Privatisieren lernen. ◘

Nachgefragt

Die Marcellina in Salzburg

FOTO: BERTELSMANN STIFTUNG

Die Gewinnerin der „Neuen Stimmen" 2011 Olga Bezsmertna ist inzwischen nicht nur festes Ensemblemitglied an der Wiener Staatsoper, sondern stand diesen Sommer auch sehr erfolgreich bei den Salzburger Festspielen auf der Bühne, wo sie in „Die Hochzeit des Figaro" die Marcellina sang. **Infos: www.neue-stimmen.de**

Glossar

Gesundheitsreform

Unter dem Begriff Gesundheitsreform versteht man die gesetzgeberischen „Maßnahmen zur Änderung der Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen und in der Krankenversicherung. Das Hauptziel der Gesundheitsreformen in Deutschland war die Kostendämpfung bei den Gesundheitsausgaben sowie die Stärkung von Wettbewerb" (Gabler Wirtschaftslexikon).

Die Gesellschaft für deutsche Sprache wählte das Wort „Gesundheitsreform" 1988 übrigens noch zum „Wort des Jahres". In den Jahren reformierte sich diese Ehrung offenbar von selbst und stand 1996 auf der Liste der Kandidaten für das „Unwort des Jahres".

FOTO: B. LAMMEL

Und plötzlich querten Kühe die Straße

Making of …

Achtung – Kühe von links!

Dass es wenige Ärzte, aber viele Kühe gibt, entdeckten change-Fotograf Bernd Lammel und change-Autorin Tanja Breukelchen im Bergischen Land. Auf dem Weg nach Lindlar, wo sie einen durch Regressforderungen geplagten Hausarzt treffen wollten, wurde ihre Fahrt jäh unterbrochen. Mitten auf der Straße standen plötzlich gemächlich schnaubende Kühe, ein Traktor rollte an und zwei Landwirte ließen sich viel Zeit, die Herde in den Stall zu treiben. Entschleunigung pur – und weil es neben vielen Kühen rund um Lindlar auch jede Menge, zumeist ältere Patienten gibt, war der Arzt auch derweil gut mit Arbeit versorgt, so dass die kleine Verspätung gar nicht auffiel.

IMPRESSUM

Herausgeber
Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh

Verantwortlich
Klaus-Henning Groth (V.i.S.d.P.)

Redaktion
Ulrike Osthus

Redaktionelle Mitarbeit
Tanja Breukelchen

Creative- und Art-Direction
Dirk Bartos, Andreas Kersten, BartosKersten Printmediendesign, Hamburg

Gestaltung / Fotoredaktion
Melanie Meißner, Sandra Sodemann

Lektorat
Johannes Taubert, Helga Berger

Lithografie
OPS Obenhaupt Publishing Service GmbH, Hamburg

Druck
Mohn media, Gütersloh

© Bertelsmann Stiftung, September 2015

FSC www.fsc.org MIX Papier aus verantwortungsvollen Quellen FSC® C011124

ABO-SERVICE

change Kostenfrei abonnieren:

www.change-magazin.de
change@bertelsmann-stiftung.de
Tel.: 05241 – 81-81149
Fax: 05241 – 81-681298

Nächste Ausgabe – change 4/2015: Musik

– Anzeige –

Gesundheitsmonitor 2015

Bürgerorientierung im Gesundheitswesen

Wie erleben Patienten und Versicherte die gesundheitliche Versorgung? Wo sollten Reformen ansetzen in Deutschland? Diese Fragen beantwortet der seit 2001 erscheinende »Gesundheitsmonitor« durch Analysen und Bewertungen des gesundheitlichen Versorgungssystems und -geschehens aus der Perspektive der Bürgerinnen und Bürger. Er liefert fundierte Informationen über gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen der Bevölkerung, Versorgungsprobleme und wahrgenommene Fehlentwicklungen sowie zur Akzeptanz und Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem. Grundlage dafür bilden repräsentative Bevölkerungsbefragungen, Versicherten- und Patientenbefragungen sowie Ärztebefragungen.

Aktuelle Themen der Ausgabe 2015 sind u.a.:

- Patientenrechte aus Ärztesicht
- Psychosozialer Stress am Arbeitsplatz
- Nichtraucherschutz
- Prekäre Beschäftigungsverhältnisse
- Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen

Jan Böcken, Bernard Braun, Rüdiger Meierjürgen (Hrsg.)

Gesundheitsmonitor 2015
Bürgerorientierung im Gesundheitswesen
Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK

2015, 302 Seiten, Broschur, 25,– Euro

ISBN 978-3-86793-680-4

Verlag BertelsmannStiftung

Postfach 103 | 33311 Gütersloh | sabine.reimann@bertelsmann-stiftung.de

Bei Interesse an weiteren Publikationen aus dem Verlag:

www.bertelsmann-stiftung.de/verlag