

Interview: Patienten werden besser versorgt – und die Kosten sinken • Hessische Abgeordnete im Gesundheitsausschuss des Bundestags

Das Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) hat Betrieb aufgenommen

## Qualitätskontrolle für Kunstgelenk-Operationen

In Deutschland werden jedes Jahr etwa drei Millionen Implantate eingesetzt. Zu den bei Weitem häufigsten Operationen gehört der Einbau künstlicher Gelenke. Bei starkem Gelenkverschleiß oder nach Brüchen gibt oft nur ein neues Knie- oder Hüftgelenk den Patienten Mobilität und Lebensqualität zurück. 2012 wurden allein in Hessen 10.895 künstliche Hüftgelenke und 10.113 Kniegelenke operiert. Hinzu kamen 7.137 Operationen nach Hüftfrakturen und 2.781 Wechseloperationen, das heißt Operationen, in denen ein Kunstgelenk oder Komponenten des Gelenks erneuert werden mussten. Gerade der Wechsel von Endoprothesen in so hoher Zahl muss nicht sein. „Viele dieser Eingriffe sind auf Mängel bei der Erstoperation oder Qualitätsmängel des Implantats zurückzuführen und könnten vermieden werden“, sagt Dr. Barbara Voß, Leiterin der TK-Landesvertretung Hessen.

### Deutlich sinkende Revisionsraten

Mit dem Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) wird sich die Behandlungsqualität beim Gelenkersatz verbessern. Fehler beim Einbau künstlicher Knie- und Hüftgelenke, Produktmängel oder gar Serienfehler bei Endoprothesen, die bei etlichen Patienten implantiert wurden, werden in Kliniken, die sich am EPRD beteiligten, künftig nicht mehr unentdeckt bleiben. Ziel des Registers ist es insbesondere, mehr über die Standzeit künstlicher Gelenke zu erfahren, also über die

Zeit, in der Implantate im Körper funktionstüchtig sind. Zudem kann ein Endoprothesenregister die Zahl der Wechseloperationen senken.

Nach der Gründung der Endoprothesenregister Deutschland gGmbH im Jahr 2010 wurde zunächst in einer Machbarkeitsstudie geprüft, ob ein Endoprothesenregister in Deutschland erfolgreich etabliert werden kann. Ende 2012 startete dann der Probetrieb, seit 2014 können sich bundesweit alle Kliniken am Register beteiligen. „Schon im Probetrieb sind die sehr komplexen Datenflüsse zwischen allen Partnern – den beteiligten Kliniken, Krankenkassen, Herstellern sowie der wissenschaftlichen Fachgesellschaft für Orthopädie – reibungslos gelaufen“, sagt Professor Joachim Hassenpflug, Direktor der Klinik für Orthopädie am Uniklinikum Schleswig-Holstein in Kiel und ehrenamtlicher Geschäftsführer des EPRD.

Nach den Erfahrungen anderer Länder ist ein Endoprothesenregister nach fünf bis sieben Jahren voll funktionsfähig. Beispiele zeigen, dass die Register Revisionsraten erheblich verringern können. In Schweden, Finnland, Island und Norwegen wurden bereits in den 70er und 80er Jahren Endoprothesenregister gegründet. In der Folge ist die Wahrscheinlichkeit für Revisionen in diesen Ländern um bis zu zehn Prozent gesunken, in Schweden fiel die Rate sogar auf etwa die Hälfte des Ausgangswerts. „Jede Revision ist eine zu viel, denn eine Wechseloperation bedeutet für den betroffenen Patienten zusätzliche vermeidbare Schmerzen“, so Professor Hassenpflug.

### EDITORIAL



Liebe Leserin,  
lieber Leser,

es ist gut, dass das Endoprothesenregister in Deutschland jetzt startet. Die Erfahrungen anderer Länder, in denen solche Register teilweise schon seit Jahrzehnten existieren, zeigen, dass Auffälligkeiten und Fehlentwicklungen bei künstlichen Gelenken mithilfe eines solchen Instruments deutlich reduziert werden können. Davon profitieren die Kliniken, insbesondere aber die Patienten. Bedauerlich ist lediglich, dass es sich beim EPRD „nur“ um ein Register für künstliche Gelenke handelt. Konsequenter wäre es, ein umfassendes Gesamtregister für alle Medizinprodukte wie Herzschrittmacher, Herzkatheter, Brustimplantate usw. aufzubauen. Denn während für die Arzneimittelzulassung aufwendige klinische Studien erforderlich sind, gelten für Medizinprodukte in der Regel weniger strenge Prüf- und Zulassungsverfahren. Kommt es bei Implantaten zu Komplikationen, haben die Patienten den Schaden. Nicht zuletzt hat spürbarer Gegenwind aus Richtung der Medizinproduktehersteller den Start des EPRD um Jahre verzögert. Wir hoffen, dass das Register erfolgreich arbeitet und bald Teil der gesetzlichen Qualitätssicherung in Deutschland wird.

Dr. Barbara Voß  
Leiterin der TK-Landesvertretung  
Hessen

Auch die Kosten können nach Ansicht Hassenpflugs reduziert werden: „Wenn es uns gelingt, die Zahl der Revisionen in Deutschland lediglich um ein Prozent zu senken, kommen wir bereits auf Einsparungen in Höhe von 4,3 Millionen Euro. Dieses Niveau sollten wir relativ bald erreichen.“

## Mehr als 35.000 Datenbankeinträge

Im EPRD werden alle für den Eingriff relevanten Daten dokumentiert. „Die Datenbank erfasst schon heute nahezu 98 Prozent der Produkte, die in Deutschland eingebaut werden, und ist in ihrer Granularität der Klassifikation weltweit einmalig“, so Professor Hassenpflug. Für die Kunstgelenke sind in der Datenbank mehr als 35.000 Einzelteile hinterlegt. Hinzu kommen Informationen zu Operationsverfahren und -anlässen sowie Merkmale der Patienten wie Alter, Geschlecht und Vorerkrankungen.

Die Kliniken erhalten einmal jährlich eine Auswertung des EPRD mit Angaben, welche Prothesen in ihrem Haus wie häufig eingebaut wurden, wie sich die Zahl der Wechseloperationen entwickelt hat und warum es zu Revisionen gekommen ist. „Erstmals werden Krankenhäuser in Deutschland informiert, wie sich Prothesen verhalten, nachdem der Patient das Krankenhaus verlassen hat. Diese Berichte werden den Häusern helfen, fehlerhafte Ver-

fahren und Produkte zu erkennen und zu verbessern“, sagt Hassenpflug. Die Berichte informieren Kliniken auch, wenn Prothesen in einem anderen Krankenhaus gewechselt werden. Bei Rückrufaktionen können die betroffenen Patienten deutlich leichter als heute identifiziert und benachrichtigt werden. „Schon in zwei bis drei Jahren werden unsere Berichte den Krankenhäusern erste Aussagen liefern“, so Hassenpflug. Auch hier zeigen Beispiele aus dem Ausland, wie wertvoll die Berichte für die Kliniken sein können. So hat sich beispielsweise in Norwegen vor einigen Jahren ein Knochenzement als nicht funktionsfähig erwiesen. In verschiedenen internationalen Registern sind bei Kappenprothesen vergleichsweise kurze Standzeiten aufgefallen.

Aktuell sind im Endoprothesenregister Deutschland rund 20.000 Operationen erfasst, 400 Krankenhäuser aus dem Bundesgebiet haben Interesse an einer Teilnahme angemeldet. Mehrere Kliniken in Hessen – wie beispielsweise die Vitos Orthopädische Klinik in Kassel, die Orthopädische Klinik Braunfels, die Asklepios Klinik Langen oder das Klinikum Frankfurt Höchst – haben sich am Probebetrieb des EPRD beteiligt. Ab sofort können sich alle Kliniken auf freiwilliger Basis am Register beteiligen. „Häuser, die nicht teilnehmen, werden sich langfristig irgendwann einmal rechtfertigen müssen, warum sie diese Chance der Qualitätsverbesserung nicht wahrnehmen“, so Dr. Barbara Voß. ◀



Die Implantation eines künstlichen Hüftgelenks ist einer der häufigsten operativen Eingriffe in Deutschland.

## HINTERGRUND



### So funktioniert das Endoprothesenregister

Was einfach klingt, ist in der Praxis ein sehr komplexes System mit hohen Anforderungen: Für das Endoprothesenregister muss eine ganze Reihe von Datenflüssen koordiniert werden. Bei der Operation erfasst die Klinik mit einem Barcode-Scanner alle Details des künstlichen Gelenks, das die Chirurgen einbauen, also Hersteller, Produktbezeichnung und sämtliche Implantatbestandteile. Von der Klinik fließen die Informationen in pseudonymisierter Form zur Registerstelle, die vom BQS-Institut im Auftrag des EPRD betrieben wird. Die Krankenkassen senden später Auszüge aus Abrechnungsdaten der Klinik ebenfalls pseudonymisiert an die Registerstelle weiter. Diese Daten werden laufend ergänzt, um festzustellen, ob es eine Wechseloperation gegeben hat. Die Registerstelle verknüpft die Daten mit der Produktdatenbank der Hersteller, in der nahezu alle auf dem Markt befindlichen Endoprothesen enthalten sind, und ist dadurch in der Lage, die pseudonymisierten Datenpakete wieder zusammenzuführen.

Der Aufbau des EPRD, ein Gemeinschaftsprojekt von Ärzten, Krankenkassen und Industrie, geht auf eine Initiative der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) zurück. Das EPRD ist heute als gemeinnützige Gesellschaft eine hundertprozentige Tochter der DGOOC, ausschließlich wissenschaftlichen Grundsätzen verpflichtet und garantiert die Unabhängigkeit und Neutralität der Auswertungen. Die Techniker Krankenkasse ist mit dem Verband der Ersatzkassen (vdek) einer von mehreren Kooperationspartnern, die den Aufbau und Betrieb der EPRD gGmbH finanziell unterstützen.

## „Patienten werden besser versorgt – und die Kosten sinken“

**TK spezial |** Wie viele künstliche Knie- und Hüftgelenke operieren Sie jedes Jahr?

**Prof. Dr. Werner Siebert |** Wir operieren insgesamt gut 1.000 künstliche Hüft- und Kniegelenke in einem Jahr. Entgegen dem Bundestrend mit seit 2010 sinkenden Fallzahlen ist bei uns die Operationszahl nicht nur konstant geblieben, sondern leicht gestiegen, obwohl wir eine sehr strenge Indikationsstellung pflegen. Dieser Anstieg ist mit den teilweise schwierigen Revisionen zu erklären, die wir von auswärts – auch überregional – als EndoProthetikZentrum der Maximalversorgung zugewiesen bekommen, auch von den mit uns assoziierten normalen Endoprothesenzentren.

**TK spezial |** Wie haben sich die Revisionszahlen verändert, seit Sie beim EPRD mitmachen?

**Prof. Dr. Werner Siebert |** Die Revisionszahlen unserer hauseigenen Implantationen sind seit vielen Jahren konstant niedrig. Ich weiß das, da wir seit 1998 ein klinikeigenes Endoprothesenregister pflegen, in dem alle entsprechenden Operationen enthalten sind und nachuntersucht werden. Die hauseigenen Revisionsraten liegen sehr niedrig.

**TK spezial |** Was haben Kliniken davon, beim EPRD mitzumachen?

**Prof. Dr. Werner Siebert |** Kliniken, die beim EPRD mitmachen, bekommen direkt Informationen, nicht nur zu ihrer eigenen Qualität, sondern auch ein Benchmarking, wie denn andere Kliniken bzw. der Durchschnitt der eingegebenen Fälle, die erfasst werden, sich in all den Parametern darstellen. Besonders interessant ist natürlich der Langzeitverlauf. Aber aufgrund der großen Fallzahlen, die in Deutschland operiert werden, sind auch schon frühzeitig interessante Informationen zu erhalten.

**TK spezial |** Welches Feedback haben Sie vom EPRD bekommen und welche sind die häufigsten Probleme?

**Prof. Dr. Werner Siebert |** Da wir noch im Probebetrieb sind und noch nicht so lange Erfahrungen und große Fallzahlen vorliegen, haben wir hier natürlich noch nicht viele Informationen erhalten können. Interessant ist allerdings, auch wenn das vielleicht noch keine statistische Relevanz hat, dass sich in diesem Register doch erstaunlich viele Frührevisionen zeigen, die schon im 1. oder 2. Jahr nach der Implantation hier in der Bundesrepublik aufzutreten scheinen. Man muss dies mit aller Vorsicht sehen, aber es muss geprüft werden, ob hier vielleicht Probleme vorliegen, die sich beheben lassen. Denn frühe Revisionen sind ungewöhnlich und sollten uns hellhörig machen, wie es dazu kommen kann. Interessant ist auch, dass im EPRD eine Vielfalt von Implantaten enthalten ist, insbesondere Implantate, die in den bekannten großen Registern nicht oder nur in sehr geringen Fallzahlen vorkommen. Wir erhalten deshalb über diese seltenen Implantate erstmals Informationen. Man darf nicht vergessen, dass die bekanntesten

Register doch aus sehr kleinen Ländern mit geringen Fallzahlen kommen. Und oftmals wird dort alles zementiert und die Vielfalt der Implantate ist dort nicht wirklich gut abgebildet. Dies ist ein großer Vorteil des Registers in Deutschland, das diese Zahlen liefern wird.

**TK spezial |** Können Sie nach dem Probebetrieb bereits erste Rückschlüsse auf eine Verbesserung der Langzeitergebnisse ziehen?

**Prof. Dr. Werner Siebert |** Für Langzeitergebnisse aus dem EPRD ist es noch zu früh. Diese liegen einfach noch nicht vor. Ich kann Ihnen allerdings aus meinem Endoprothesenregister in unserer Klinik, mit dem wir über 15 Jahre Erfahrung auf diesem Gebiet verfügen, schon eine ganze Reihe von sinnvollen Rückschlüssen und Verbesserungen vorstellen. Wir wissen heute ganz genau, welche Implantate die besten Langzeitergebnisse in unserer Hand, in unserer Klinik, mit unseren Operateuren haben, und diese setzen wir nun im Interesse

### ZUR PERSON



#### Professor Werner E. Siebert

wurde 1953 im bayrischen Wemding geboren. Nach Medizinstudium und Promotion an der Technischen Universität München war Werner Siebert Assistenzarzt in den Abteilungen für Allgemeinchirurgie und Orthopädie am Klinikum Großhadern in München. Von 1988 bis 1994 schloss sich eine Tätigkeit als Leitender Oberarzt der Klinik für Orthopädie und orthopädische Chirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover an. Seit 1994 ist Werner Siebert Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Vitos Orthopädischen Klinik in Kassel. Dort leitet er auch das klinikeigene Endoprothesenzentrum. Zudem ist er seit 1997 Professor für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie an der Philipps-Universität Marburg und an der Universität Kassel Lehrbeauftragter im Bereich Sportmedizin.

Im Rahmen seiner wissenschaftlichen Aktivitäten beschäftigt sich Professor Siebert mit der Endoprothetik an Hüfte und Knie, mit Revisionsoperationen in der Endoprothetik, minimal-invasiven Verfahren in der Orthopädie und Traumatologie, mit der arthroskopischen Chirurgie aller Gelenke sowie der Schulterchirurgie. Professor Siebert ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik (AE) und Vorstandsmitglied der „Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie“ (DGOOC).

unserer Patienten fast ausschließlich ein. Dies reduziert natürlich auch die Revisionsraten.

**TK spezial |** Wovon haben Sie und Ihre Patienten im Laufe des Probebetriebs profitiert?

**Prof. Dr. Werner Siebert |** Für das EPRD muss ich Ihnen sagen, dass der Probebetrieb einfach noch sehr kurz ist. Aber ich kann Ihnen sagen, wenn das noch etwas länger läuft, kann man für die Patienten, für die Operateure und für die Kliniken eine Menge Rückschlüsse ziehen, die uns erlauben werden, eine Vielzahl von Empfehlungen zu geben, wie sie in den großen Registern aus Skandinavien, Neuseeland und Australien schon zum Teil vorliegen. Aber eben mit einer viel größeren Zahl von Implantaten, einer größeren Vielfalt und gerade im zementfreien Implantationsbereich mit wesentlich interessanteren Informationen. Wir wissen aus unserem Register, dass die zementfreien Implantationen an der Hüfte zumindest bei uns und in unseren Händen selbst für hochbetagte Patienten bessere Ergebnisse liefern als die zementierten, insbesondere in den Langzeitergebnissen. Dies ist nicht selbstverständlich und nur möglich, wenn diese Implantate auch alten Patienten eingesetzt werden und nicht alles immer zementiert wird. Auch in der Knieendoprothetik haben wir sehr gute Ergebnisse erzielen können, wenn die Zementiertechnik, die hier ja hauptsächlich eingesetzt wird, nach den gleichen hohen Standards durchgeführt wird wie am Hüftgelenk. Aber

auch zementfreie Implantate am Kniegelenk erweisen sich bei uns als erstaunlich gut, wenn die richtigen Implantate verwendet werden. Hier gibt es große Unterschiede.

**TK spezial |** Wie hoch ist der zusätzliche Aufwand für eine Klinik, die am EPRD teilnehmen möchte, und wie anfällig ist das Instrument für Manipulationen?

**Prof. Dr. Werner Siebert |** Der zusätzliche Aufwand für eine Klinik, die am EPRD teilnehmen möchte, ist sicherlich am Anfang durchaus nennenswert und nicht zu unterschätzen. Bis die ganzen Schnittstellen, die Software und alles wirklich gut läuft, braucht es schon eine engagierte Mannschaft, die sich darum kümmert, wenngleich auch die Unterstützung des EPRD sehr gut ist. Hinsichtlich der Manipulationen sehe ich keine große Gefahr. Lügen haben kurze Beine und spätestens dann, wenn der Patient mit seinen Problemen in einer anderen Klinik auftaucht und erfasst wird, wird alles offenkundig. Auch die Vielzahl der Daten und der Eingaben sowie die Prüfung auf Plausibilität lassen solche Dinge recht schnell auffallen.

**TK spezial |** Würden Sie befürworten, dass die Höhe der Vergütungen, die Kliniken beispielsweise für diese Eingriffe erhalten, an die erbrachte Qualität gekoppelt wird?

„Es wäre wünschenswert, wenn die Teilnahme am EPRD verbindlich vorgeschrieben würde und verpflichtend wäre.“

**Prof. Dr. Werner Siebert |** Es ist natürlich zumindest für die Zukunft sehr wichtig, dass Kliniken, die sich dieser zusätzlichen Arbeit unterziehen, ein Endoprothesenregister führen und die Daten dort vollständig einbringen, was ein Mehraufwand ist, dies auch vergütet bekommen. Wenn sie sich vermehrt um Qualität kümmern und dies nachweisen können, sollte dies auch zu einer besse-

ren Honorierung bzw. auch zu einer Empfehlung durch die Kostenträger führen. Vielleicht gelingt es uns ja, dass die Politik erkennt, wie nützlich dieses Instrument ist, und es zu einer wichtigen Aufgabe der neuen Regierung bzw. des neuen Gesundheitsministers macht und hier Geldmittel für das EPRD zur Verfügung stellt. Denn die Kliniken mit ihrer angespannten Finanzsituation sind wirklich kaum in der Lage, dies zu leisten.

**TK spezial |** Wäre es sinnvoll, die Kliniken zur Teilnahme am EPRD zu verpflichten?

**Prof. Dr. Werner Siebert |** Die Freiwilligkeit für die Mitarbeit beim EPRD ist im Moment nicht anders machbar, aber es wäre natürlich sehr wünschenswert, wenn die Teilnahme am EPRD durch politische Unterstützung verbindlich vorgeschrieben würde und verpflichtend wäre. Je vollständiger die Datensätze sind, desto valider sind die Daten, die wir erheben, auswerten und beurteilen können. Die große Anzahl entsprechender Operationen in Deutschland würde uns sehr schnell zu einer schlagkräftigen Aussage verhelfen. In den skandinavischen Ländern ist dies verpflichtend und man sieht, wie gut diese Länder mit ihren Registern von der vollständigen Erfassung dieser Daten profitieren. Die Revisionsraten in diesen Ländern gehen ständig zurück. Die Kosten für die Endoprothetik werden dadurch geringer und die Patienten werden besser versorgt. Dies ist doch ein erstrebenswertes Ziel. ◀



Ein künstliches Hüft- oder Kniegelenk muss sorgfältig ausgesucht und genau zu den individuellen Voraussetzungen des Patienten – wie etwa Körpergröße und -gewicht, Geschlecht und Knochendichte – passen.

## Hessische Abgeordnete im Gesundheitsausschuss des Bundestags

Mit Dr. Edgar Franke, Dr. Katja Leikert, Bettina Müller und Kordula Schulz-Asche sind in der laufenden Wahlperiode vier Bundestagsabgeordnete aus Hessen im Gesundheitsausschuss des Bundestags vertreten. Wir stellen Ihnen die Ziele und Schwerpunkte der Abgeordneten auf dieser und der folgenden Seite vor.



Dr. Edgar Franke, Vorsitzender des Gesundheitsausschusses

„Im Ausschuss werden Gesetzesvorlagen vorbereitet und diskutiert. Der Vorsitzende strukturiert den Prozess und äußert sich zu grundlegenden gesundheitspolitischen Fragen. Wir werden die flächendeckende ärztliche Versorgung sicherstellen. Die Zulassung von Krankenhäusern zur ambulanten Versorgung in unterversorgten Gebieten wird verbessert. In der psychotherapeutischen Versorgung werden die Wartezeiten reduziert. Für gesetzlich Versicherte soll die Wartezeit auf einen Arzttermin reduziert werden. Das Thema Korruption im Gesundheitswesen habe ich federführend bearbeitet. Die Menschen müssen sicher sein, dass allein medizinische und nicht finanzielle Gründe maßgebend für ihre Behandlung sind. Das wichtigste Thema wird die Pflege sein. Jede Familie ist betroffen: Wie soll man Pflege bezahlen, wo gibt es wohnortnahe Plätze? Vor allem müssen wir für eine ordentliche Bezahlung des Pflegepersonals sorgen. Die Palliativmedizin und die Sterbehilfe sind Themen, die mir sehr am Herzen liegen.“



Dr. Katja Leikert

„Ich gehöre seit Beginn der neuen Wahlperiode dem Deutschen Bundestag und als ordentliches Mitglied dem Ausschuss für Gesundheit an. Die CDU/CSU-Fraktion verfügt in diesem Ausschuss über 18 Mitglieder. Für meine Fraktion übernehme ich die Aufgaben als Berichterstatterin für die Themen Telematik und Organspende. Mit Telematik sind beispielsweise die Umstellung auf die elektronische Gesundheitskarte und alle zugehörigen Fragen den Datenschutz betreffend zu bezeichnen. In meinen Augen ist aber gerade die Organspende ein besonders wichtiges und von der breiten Öffentlichkeit beobachtetes Themenfeld. Das komplexe Thema Organspende ist vor einiger Zeit erst durch einen Manipulationsskandal erschüttert worden. Es ist nun die wichtige Aufgabe, das verlorene Vertrauen in das System zur Vergabe von Spendenorganen langsam wieder aufzubauen. Denn die Zahl der Organspenden ist erschreckend niedrig. Nur etwa jeder vierte Deutsche besitzt einen Organspenderausweis. Derzeit warten in Deutschland rund 11.000 Patientinnen und Patienten auf ein Spenderorgan. Es muss das Ziel sein, die Bereitschaft zur Organspende zu erhöhen. Eine Organspende kann Leben retten.“



Bettina Müller

„Ich werde mich künftig um die Themen Gesundheitsberufe sowie um Palliativmedizin/Hospize kümmern. Für mich ein Wunschergebnis, habe ich doch vor meinem Jurastudium und dem Rechtsanwaltsberuf auch eine Ausbildung als Krankenschwester absolviert. Durch die Ausbildung und die anschließende Arbeit im Pflegeberuf bin ich mit den Herausforderungen und Problemen in diesem Beruf vertraut. In der Reform der Pflegeausbildung sehe ich einen wichtigen Ansatz zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung. Diskutiert wird eine einheitliche Grundausbildung mit anschließender Spezialisierung. Dabei dürfen die eigenständigen Berufsbilder nicht verwischen, die Besonderheiten der Alten- und Krankenpflege müssen beachtet werden, die Ausbildungsqualität darf nicht leiden. Auch in anderen Gesundheitsberufen stehen im Hinblick auf Ausbildung und Ausbildungsinhalte Überprüfungen an. In der palliativmedizinischen Versorgung wird es um eine Weiterentwicklung gehen. Hier sind, wie bei der SAPV, in den letzten Jahren bereits wichtige gesetzliche Weichenstellungen erfolgt, für deren flächendeckende Umsetzung die Selbstverwaltung nun sorgen muss.“

## Politik in Berlin tickt anders

**TK spezial |** In den vergangenen Jahren haben Sie sich als gesundheitspolitische Sprecherin der Grünen bereits auf Landesebene intensiv mit Gesundheitsthemen befasst. Als Bundestagsabgeordnete sind Sie jetzt Mitglied im Gesundheitsausschuss. Auf welche Themen werden Sie den Schwerpunkt legen?

**Schulz-Asche |** Neben der kritischen Begleitung des von der Großen Koalition angekündigten Präventionsgesetzes wird die Gesundheitsförderung für mich eine wichtige Rolle spielen – etwa hinsichtlich des sogenannten Setting-Ansatzes (beispielsweise in Kindergarten, Schule, Betrieb). Aber auch mit Umwelt und Gesundheit werde ich mich aufgrund der direkten Nähe meines Wahlkreises zum Flughafen Frankfurt befassen sowie mit weiteren Gesundheitsrisiken in Ballungsräumen. Soziale Teilhabe und Zugang zum Gesundheitswesen sind für mich in der deutschen, aber auch in der internationalen Gesundheitspolitik zentral und wesentliche Bestandteile erfolgreicher Armutsminderung und Armutsvermeidung.

**TK spezial |** Tickt die Politik in Berlin anders als in Wiesbaden?

**Schulz-Asche |** Ja, alles ist größer, die Vielfalt der Veranstaltungen sprengt die Möglichkeiten einer einzelnen Abgeordneten. Und im Gegensatz zu Wiesbaden heißt es in Berlin, konzeptuelle Oppositionsarbeit gegen eine übermächtige Große Koalition zu machen. Ich versuche, einfach so zu bleiben, wie mich die Akteure in Hessen in Erinnerung haben.

**TK spezial |** Welches ist die wichtigste gesundheitspolitische Aufgabe, die der Bundesgesundheitsminister angehen sollte?

**Schulz-Asche |** Längst überfällig ist eine an den zu Pflegenden orientierte

Reform der Pflegeversicherung. Wenn wir heute nicht sehr schnell gute Strukturen einer wohnortnahen pflegerischen Versorgung auf- und ausbauen, wird die Finanzierung nicht generationengerecht gelingen und die Qualität der Versorgung eine Katastrophe. ◀

### ZUR PERSON



#### Kordula Schulz-Asche

wurde 1956 in Berlin geboren. Dem Abitur und der Ausbildung zur Krankenschwester schloss sich ein Studium der Kommunikationswissenschaften, Geschichte und Politologie an der FU Berlin an. Das Leben im geteilten Berlin war für Schulz-Asche ein erster Ansporn, sich politisch zu engagieren. 1978 war sie Gründungsmitglied der Alternativen Liste Berlin (heute: Landesverband Bündnis 90/Die Grünen Berlin). 1983 zog sie für die damalige Alternative Liste ins Berliner Abgeordnetenhaus ein und arbeitete in den Ausschüssen Gesundheit, Soziales, Familie und Petitionen mit. Von 1986 bis 1998 hielt sich Kordula Schulz-Asche mit ihrer Familie in verschiedenen Ländern Afrikas auf. Sie arbeitete für verschiedene Entwicklungsorganisationen, unter anderem für die Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) und den damaligen Deutschen Entwicklungsdienst (DED) im Bereich Gesundheitsaufklärung.

Seit 2003 ist Schulz-Asche Abgeordnete im Hessischen Landtag für den Main-Taunus-Kreis, stellvertretende Fraktionsvorsitzende der GRÜNEN-Fraktion sowie Sprecherin für Demografischen Wandel, Gesundheit und Behindertenpolitik. 2005 wurde Kordula Schulz-Asche zur Landesvorsitzenden von Bündnis 90/Die Grünen in Hessen berufen. Seit 2011 ist sie Abgeordnete im Kreistag des Main-Taunus-Kreises. Bei der Bundestagswahl 2013 wurde Schulz-Asche in den Bundestag gewählt. Sie ist Mitglied im Ausschuss für Gesundheit und stellvertretendes Mitglied in den Ausschüssen für Arbeit und Soziales sowie für Menschenrechte und humanitäre Hilfe.

## Impressum

**Herausgeber |** Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Hessen

**Verantwortlich |** Dr. Barbara Voß  
**Telefon |** 069 - 96 21 91-14  
**E-Mail |** lv-hessen@tk.de  
**Internet |** www.tk.de/lv-hessen

**Redaktion |** Denise Jacoby  
**Telefax |** 069 - 96 21 91-11  
**Twitter |** www.twitter.com/TKinHE

**Techniker  
Krankenkasse**  
Gesund in die Zukunft.