

Inhaltsverzeichnis

	Vom Richtigen zu wenig und vom Falschen zu viel	1		2.3 Was muss sich ändern?	
	Raimund Schmid			Was brauchen wir?	23
A	ÜBERVERSORGUNG	9	2.3.1	Bewusstseinsänderung überfällig	23
I	Krankheitsübergreifende systembedingte Fehlversorgung	11	2.3.2	Gute Listen und Leitlinien	23
1	Zu viele Patienten werden im falschen Krankenhaus behandelt: Wie muss die stationäre Versorgung künftig aussehen?	12	2.3.3	Bessere Blister und Beipackzettel	23
	Elke Berger und Reinhard Busse		2.4	Wer ist in der Pflicht?	24
1.1	Stellenwert der Thematik in der Gesundheitsversorgung	12	2.4.1	Die Politik ... mit dem elektronischen Medikationsplan	24
1.2	Wo liegen die Probleme?	14	2.4.2	Die Forschung ... mit innovativen Pilotprojekten	24
1.3	Was läuft hier schief? Defizite in der Versorgung von Krebspatienten	16	2.5	Gibt es Vorbilder oder modellhafte Versorgungsansätze? . .	25
1.4	Wie eine gute Versorgung aussehen muss	17	2.5.1	Pharmakologische Konsile in Krankenhäusern	25
1.5	Vorbild Dänemark	17	2.5.2	Koordiniertes Medikationsmanagement	26
1.6	Ausblick	19	2.5.3	Weitere innovative Modellansätze	26
2	Zu viele unkoordinierte Medikamentencocktails im Alter: Wie kann die Arzneiflut eingedämmt werden?	21	2.5.4	Überführung erfolgreicher Modelle in die Regelversorgung	26
	Raimund Schmid		3	Geregelte Transition mit Fallmanagement: Was wir vom Berliner TransitionsProgramm lernen können	28
2.1	Stellenwert in der Gesundheitsversorgung	21		Silvia Mütter und Jana Findorff	
2.2	Wo liegt das Problem? Was fehlt? . .	22	3.1	Zustandsbeschreibung: Defizite bei der Transition in Deutschland	28
2.2.1	Unkontrollierter Medikamentenmix . .	22	3.2	Was läuft schief? Wo liegen die Probleme?	30
2.2.2	Zu viele potenziell ungeeignete Arzneimittel	22	3.3	Was muss sich ändern? Spezialisierte altersübergreifende Versorgungsmodelle	31
2.2.3	Negative Folgen der Rabattverträge	22	3.4	Strukturierte Versorgungsansätze: Das Berliner TransitionsProgramm . .	31
			3.5	Ausblick	33

4	Unterversorgung in Kinderkliniken: Wie chronisch kranke Kinder unter mangelhaften Strukturen und Ressourcen leiden	35	6	Zu viele funktionelle Therapien und Heilmittel im Kindesalter: Warum viel nicht immer viel hilft und was sich ändern muss	54
	Klaus-Peter Zimmer			Heike Philippi	
4.1	Stellenwert der Thematik in der Gesundheitsversorgung	37	6.1	Stellenwert des Themas in der Gesundheitsversorgung	54
4.2	Was läuft schief?	38	6.1.1	Heilmittelverordnung – das Maß der Dinge.	55
4.3	Wo liegen die Probleme?	39	6.1.2	Wirksamkeit von Heilmitteln nur zum Teil belegt	56
4.4	Wer ist in der Pflicht?	41	6.2	Wo liegt das Problem? Was fehlt? . .	58
4.5	Was muss sich ändern? Paradigmenwechsel auf vielen Ebenen	42	6.2.1	Der Arzt allein entscheidet über Indikation und Therapieziele.	58
4.6	Wie muss eine gute Versorgung aussehen?	44	6.2.2	Bedarfe und Wünsche der Betroffenen kommen viel zu kurz	58
4.7	Gibt es Vorbilder/modellhafte Versorgungsansätze?	44	6.2.3	Überprüfung der Funktionstauglichkeit für den Alltag fehlt.	59
5	Schnelle Diagnosen, Medikalisie- rung und Therapieflut bei Kindern: Plädoyer für behutsame Medizin	46	6.3	Was muss sich ändern? Was brauchen wir?	59
	Stephan Heinrich Nolte		6.3.1	Professionelle Teilhabebedarfsermittlung und Teilhabeorientierung nach ICF . . .	59
5.1	Zustandsbeschreibung: Diagnosen sind in erster Linie Arbeits- hypothesen	47	6.3.2	Partizipative Entscheidungsfindung mit Kind, Eltern und Heilmittelerbringer . .	60
5.2	Wo liegen die Probleme?	47	6.3.3	Gesprächsführungskompetenz muss verbessert werden	60
5.2.1	Symptome sind keine Diagnosen	47	6.4	Wer ist dabei konkret in der Pflicht?	61
5.2.2	Diagnosen über alles: Fehlsteuerungen im System	48	6.5	Gibt es Vorbilder oder modellhafte Versorgungsansätze?	62
5.2.3	Zu schnelle Diagnosen bis hin zu Diagnosekaskaden	48	7	Eltern chronisch kranker Kinder: Zu viele Versorgungsdefizite zulasten der Lebensqualität	64
5.2.4	Früher „Betten füllen“, heute „diagnosebezogene Abrechnung“ . . .	49		Raimund Schmid	
5.3	Was schiefläuft und was sich ändern muss	50	7.1	Als Kind chronisch krank: Wie häufig kommt das vor?	64
5.3.1	Warum zu viele Medikamente nicht die Lösung sind	50	7.2	Stellenwert der Versorgung chronisch kranker Kinder	65
5.3.2	Lieber Aufklärung und Beratung.	50	7.3	Bestandsaufnahme: Was läuft hier schief?	66
5.3.3	Die Mehrwertsteuer stützen	51	7.3.1	Unzureichende Information und Beratung	66
5.3.4	Krankheitsverständnis überdenken und Aktionismus vermeiden	51	7.3.2	Kaum Kenntnisse über die Sozialgesetze	66
5.4	Modellhafte Versorgungsansätze: Plädoyer für eine exspektative Medizin.	52			

7.3.3	Immense soziale und familiäre Belastungen.	66	9.4	Was muss sich ändern? Empfehlung aus der DEGAM-Leitlinie „Schutz vor Über- und Unterversorgung“	86
7.4	Was muss sich ändern? Wer ist in der Pflicht?	68	10	Mammografie- und Hautkrebs-Screening: Zu viele falsch positive Befunde und zu wenig differenzierte Aufklärung.	88
7.5	Gibt es Vorbilder? Modellhafte Versorgungsansätze	69		Alfred Haug	
7.5.1	Patientenschulungen	69	10.1	Stellenwert des Screenings in der Versorgung	88
7.5.2	Case Manager und Familienlotsen ...	69	10.2	Mammografie-Screening	88
7.5.3	Sozialmedizinische Nachsorge	70	10.2.1	Wie entscheiden die eingeladenen Frauen?	89
7.5.4	Aufsuchende Hilfen und nachhaltige Begleitung: Berlin geht voran	70	10.2.2	Wo liegt das Problem? Nutzen vs. Risiken.	89
II	Krankheitsspezifische Fehlversorgung	73	10.2.3	Was muss sich ändern? Wer ist in der Pflicht?	91
8	Warum im Erwachsenenalter zu viele Antibiotika verabreicht werden	75	10.3	Hautkrebs-Screening	91
	Raphael Weißgerber		10.3.1	Stellenwert des Screenings in der Versorgung	92
8.1	Wo liegt das Problem?	75	10.3.2	Wo liegt das Problem? Viel Aufwand, wenig Wirkung	92
8.2	Stellenwert der Thematik in der Grundversorgung	76	10.3.3	Was muss sich ändern? Wer ist in der Pflicht?	93
8.3	Wie oft werden Antibiotika – mit welchen Folgen – verschrieben? ...	76	11	Müdigkeit: Erhebliche Fehlversorgung bei der Abklärung des Symptoms	96
8.4	Was läuft schief? Wer ist in der Pflicht?	77		Erika Baum	
8.5	Was muss sich ändern? Gibt es modellhafte Versorgungsansätze? ..	78	11.1	Stellenwert der Thematik in der Gesundheitsversorgung	96
8.6	Ausblick	80	11.2	Was läuft schief?	97
9	Zu viele PSA-Tests? Die Tücken der Prostatakrebs-Früherkennung .	82	11.3	Wie muss eine gute Versorgung / Beratung aussehen? ...	98
	Dorit Abiry, Cathleen Muche-Borowski und Martin Scherer		11.3.1	I – Gründliche Anamnese	98
9.1	Stellenwert des PSA-Tests zur Früherkennung von Prostatakrebs ..	82	11.3.2	II – Weitere Diagnostik	98
9.2	Der PSA-Test.	83	11.3.3	III – Behandlung	99
9.3	Probleme des PSA-Tests: Was läuft schief, und wie oft kommt das vor? .	84	11.3.4	CFS/ME	100
9.3.1	Rettet der PSA-Test Leben?	84	11.4	Was muss sich ändern, um die Fehlversorgung zu beseitigen?	101
9.3.2	Überdiagnosen.	85	11.5	Gibt es Vorbilder bzw. modellhafte Versorgungsansätze?	101
9.3.3	Fehlalarme und übersehene Tumoren	85			
9.3.4	Fazit	86			

12	Fehlversorgung konkret: Zu viele Herzkatheteruntersuchungen und Koronarinterventionen?	103	13	Überbehandlungen von älteren Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion: Plädoyer für ein altersgerechtes hausärztliches Management	112
	Thomas Meinertz			Gesine F. C. Weckmann	
12.1	Wo liegt das Problem?	103	13.1	Stellenwert der chronischen Nierenerkrankung in der Gesundheitsversorgung	112
12.2	Stellenwert der Thematik: Versorgungssituation in Deutschland	104	13.1.1	Definition, Ursachen, Risikofaktoren	112
12.3	Versorgungssituation in anderen EU-Ländern	104	13.1.2	Therapie und Kontraindikationen	113
12.3.1	Anzahl der Linksherzkatheteruntersuchungen	104	13.2	Wie häufig kommen chronische Nierenerkrankungen vor?	114
12.3.2	Anzahl der PCIs	104	13.3	Wo liegen die Probleme?	114
12.3.3	Zahl der Bypass-Operationen	105	13.4	Was muss sich ändern?	115
12.4	Was läuft schief?	105	13.4.1	Gute Aufklärung von Patienten und Ärzten	115
12.4.1	Mehr Linksherzkatheteruntersuchungen und Koronarinterventionen: Bessere Ergebnisse?	105	13.4.2	Vermeidung unnötiger Arztbesuche	116
12.4.2	Mehr Herzkatheteruntersuchungen und Koronarinterventionen: höhere Kosten?	107	13.4.3	Einseitige Terminologie hinterfragen	116
12.5	Was sind die Ursachen für die Fehlversorgung?	107	13.4.4	Altersadjustierte Grenzwerte festlegen	116
12.5.1	Warum so viel Herzkatheterdiagnostik und so viele koronare Interventionen?	107	13.5	Innovative Versorgungsansätze	116
12.5.2	Wie lässt sich die große Zahl der Koronarinterventionen erklären?	109	14	Überversorgung durch Ultraschall der Schilddrüse: Wie können Patienten mit Schilddrüsenknoten besser diagnostiziert werden?	119
12.6	Was muss sich ändern? Wie lässt sich die Überversorgung begrenzen?	109		Thomas Kühlein	
12.6.1	Begrenzung der Zahl der Herzkathetermessplätze	109	14.1	Wie häufig kommen Unter- und Überversorgung vor?	119
12.6.2	Ersatz der Herzkatheterdiagnostik durch CT-Koronarangiografie und MRT	109	14.2	Fehlversorgung konkret: Was sagt die Evidenz, und welche Rolle spielen die Leitlinien?	120
12.6.3	Verzicht auf die „Prima-vista“-PCI bei stabiler Angina pectoris und Mehrgefäßerkrankung und/oder Hauptstammstenosen	110	14.3	Wo liegen die Probleme, und was sind die Ursachen dafür?	122
12.6.4	Verzicht auf Rekanalisierungsmaßnahmen bei chronisch verschlossenen Herzkranzgefäßen	110	14.4	Was muss sich ändern, und was brauchen wir?	123
12.6.5	PCIs nur bei Stenosen mit kritisch eingeschränkter Flussreserve	110	14.5	Wer ist in der Pflicht, der Überversorgung bei Schilddrüsenknoten zu begegnen?	124
12.6.6	Bessere Aufklärung und Information des Patienten	111			
12.6.7	Strukturelle Maßnahmen	111			

15	Über- und Fehlversorgung in der Diabetes-Behandlung: Sitagliptin und Insulin-Analoga	127		
	Günther Egidi			
15.1	Stellenwert in der Gesundheitsversorgung	127		
15.1.1	Bedeutung des Typ-2-Diabetes	127		
15.1.2	Stellenwert von Sitagliptin und Insulin-Analoga	127		
15.2	Wo liegt das Problem?	128		
15.2.1	Wie wird aktuell bei Typ-2-Diabetes medikamentös behandelt?	128		
15.2.2	Wie sehen dagegen die Fachempfehlungen aus?	129		
15.3	Was läuft schief? Was muss sich ändern?	129		
15.4	Ausblick: Wer ist konkret in der Pflicht?	130		
16	Praxismanagement Schwindel zur Eindämmung der Überversorgung: systemische und politische Aspekte	132		
	Raphael Kunisch und Marco Roos			
16.1	Zustandsbeschreibung: Was fehlt?	132		
16.2	Wie oft kommt das vor?	133		
16.2.1	Wie entsteht der Zahlenwirrwarr?	134		
16.2.2	Was läuft schief bei der Diagnostik?	134		
16.3	Was muss sich ändern? Was brauchen wir?	135		
16.3.1	Plädoyer für ein Primärarztsystem	135		
16.3.2	Festgezurzte Strukturen hinterfragen	135		
16.4	Gibt es Vorbilder oder modellhafte Versorgungsansätze?	135		
16.5	Wer ist in der Pflicht?	136		
17	Zu viele Behandlungen zur falschen Zeit: Effiziente Logopädie zum richtigen Entwicklungszeitpunkt	140		
	Cornelia Tigges-Zuzok			
17.1	Stellenwert in der Versorgung	140		
17.1.1	Vorbemerkung	140		
17.1.2	Stigmatisierung und Defektbewusstsein	140		
17.2	Wo liegt das Problem?	141		
17.2.1	Je mehr Sprachtests, desto mehr Diagnosen	141		
17.2.2	Unterschiedliche Tests – unterschiedliche Ergebnisse	141		
17.2.3	Sprachscreening im Vorschulalter ohne Nutzenbeleg	142		
17.2.4	Marktgerecht ist noch längst nicht kindgerecht	142		
17.2.5	Übertherapie bei Mehrsprachigkeit	143		
17.3	Was muss sich ändern?	143		
17.3.1	Entgegen der Konsummentalität: Viel hilft nicht viel	143		
17.3.2	Indikationsstellung auf Basis der Allgemeinentwicklung	144		
17.3.3	Toleranzbereiche und beginnende Therapiebedürftigkeit	144		
17.3.4	Das Wunder vom heilenden Therapeuten	145		
17.4	Naheliegender Zusammenhang – und doch gern ignoriert	146		
18	Zu viele dicke und adipöse Kinder und Jugendliche: Wie Defizite bei der Rehabilitation und Nachsorge beseitigt werden können	148		
	Johannes Oepen			
18.1	Stellenwert der Thematik in der Gesundheitsversorgung	149		
18.2	Wie häufig kommt das vor? Daten und Fakten zur Adipositas	149		
18.3	Wo liegen die Probleme? Defizite bei den Schnittstellen	151		
18.3.1	Vielfältige soziale Strukturebenen	151		
18.3.2	Zu wenig Kommunikation und Vernetzung	152		
18.3.3	Potenziale der Reha oft nicht ausgeschöpft?	152		
18.3.4	Dringend benötigtes Reha-Netz fehlt	152		
18.4	Was sich ändern muss: Es braucht neue Arbeitsweisen	153		

18.5	Wie eine gute Versorgung hin zur „Reha-Kette“ aussehen muss.	153	B	UNTERVERSORGUNG	171
18.5.1	Grundsätzliches Umdenken auf allen Ebenen	153	III	Krankheitsübergreifende systembedingte Fehlversorgung	173
18.5.2	Biopsychosoziales Modell mit Aktivitäten und Teilhabe	154	21	Zu wenig Steuerung von Patienten: Vom hohen Nutzen der hausärztlichen Steuerung in der ambulanten Medizin.	174
19	Zu viel Alkohol in der Schwangerschaft: Wie wir ein weit unterschätztes Problem effektiv angehen müssen	156		Michaela Olm und Antonius Schneider	
19.1	Stellenwert der FASD-Thematik in der Gesundheitsversorgung	156	21.1	Stellenwert der Thematik in der Gesundheitsversorgung	174
19.1.1	Formen und Häufigkeit.	156	21.1.1	Herausforderungen Demografie und medizinischer Fortschritt.	174
19.1.2	Diagnostik und Differenzialdiagnostik.	157	21.1.2	Herausforderungen Steuerung und „Gatekeeping“	175
19.2	Wo liegen die Probleme? Ursachen der Versorgungsschwierigkeiten.	158	21.2	Wie häufig kommt das vor?	176
19.3	Was muss passieren? Wer ist in der Pflicht?	159	21.3	Was muss sich ändern?	176
19.4	Wie muss eine gute Versorgung aussehen?	160	21.4	Gibt es Vorbilder/ modellhafte Versorgungsansätze?	177
19.5	Gibt es modellhafte Versorgungsansätze?	161	21.4.1	Gatekeeper in Großbritannien	178
20	Kindergesundheit in der Digitalisierung: Hohes Risiko durch Exzesse und Defizite.	163	21.4.2	Primärversorgungssystem in den Niederlanden	178
	Frank W. Paulus		21.4.3	Hausarztzentrierte Versorgung in Deutschland.	178
20.1	Zustandsbeschreibung: Nutzung digitaler und internetbezogener Medien	163	21.5	Wer ist in der Pflicht?	179
20.2	Computerspielabhängigkeit: Häufigkeit und Folgen.	165	22	Uns gehen die Fachkräfte aus! Was passieren muss, um dem Personalmangel entgegenzuwirken	181
20.3	Ursachenanalyse: Wo liegen die Probleme?	166		Boris Augurzky und Ingo Kolodziej	
20.4	Was sich ändern muss: Multiprofessionelle und interdisziplinäre Anstrengungen.	166	22.1	Stellenwert der Thematik in der Gesundheitsversorgung	181
20.5	Wie eine gute Versorgung aussehen könnte	168	22.2	Wo liegt das Problem?	181
			22.2.1	Der Personalengpass wird immer gravierender	181
			22.2.2	Löhne steigen bereits stärker als anderswo	183
			22.2.3	Kein Ende in Sicht: Bis 2030 fehlen 1,3 Mio. Fachkräfte	183
			22.3	Was muss sich ändern?	183

22.3.1	Weniger stationäre Krankenhausfälle . .	183	24.2.2	Herausforderungen für die ärztliche Versorgung pflegender Angehöriger . .	198
22.3.2	Zugänge zum System effektiver steuern.	184	24.3	Wer ist in der Pflicht?	199
22.3.3	Mehr Wiedereinsteiger und mehr ältere Beschäftigte	184	24.4	Was muss sich ändern? Was brauchen wir?	201
22.3.4	Neue Karrierewege für nichtärztliche Fachkräfte	185	25	Zu wenig politische Kindermedizin: Wo bleibt die Child Advocacy?	204
22.3.5	Fachkräftepotenzial nicht unnötig vergeuden	185		Ulrich Fegeler, Elke Jäger-Roman und Wolfram Hartmann	
22.3.6	Produktivität erhöhen mit künstlicher Intelligenz	185	25.1	Stellenwert in der Gesundheitsversorgung	204
22.4	Gibt es Vorbilder und modellhafte Ansätze?	186	25.2	Wo liegt das Problem?	204
23	Zu wenige akutgeriatrische Versorgungsangebote – viel zu knappe Ressourcen und falsche Anreize	190	25.3	Zustandsbeschreibung: Positionen zur politischen Kindermedizin	205
	Jan Dorr		25.3.1	Medizinischer Versorgungsbereich . . .	205
23.1	Häufigkeit: Zunahme des Anteils älterer Menschen	191	25.3.2	Kinderrechte und gesellschafts-politischer Bereich	206
23.2	Stellenwert der Geriatrie in der Gesundheitsversorgung	191	25.4	Gibt es Vorbilder?	208
23.3	Was läuft schief? Wo liegen die Probleme?	192	25.5	Gibt es hierzulande modellhafte Ansätze?	209
23.3.1	Medikation	192	25.6	Politische Kindermedizin: Was könnte besser sein?	210
23.3.2	Pflege	192	25.6.1	Gemeinsame Strategien ausloten . . .	210
23.3.3	Vergütungssystem mit falschen Anreizen?	193	25.6.2	Stärkeren öffentlichen Druck erzeugen	210
23.3.4	Drehtüreffekte	193	25.6.3	Kinderbelange täglich in die Medien! .	210
23.3.5	Zu wenige Vollmachten und Verfügungen	193	26	Seit Langem überfällig: Mehr Rechte für Kinder und Jugendliche mit und ohne Behinderung . . .	212
23.3.6	Wohnortnahe Versorgung auf der Kippe	194		Hans Michael Straßburg	
23.4	Was muss sich ändern?	194	26.1	Einführung: Entwicklung der Pädiatrie	212
24	Pflegende Angehörige: Zu wenig beachtete Säulen im Versorgungssystem	197	26.2	Stellenwert der Grundrechte von Kindern	213
	Cathleen Muche-Borowski, Dorit Abiry und Martin Scherer		26.3	Was lief bisher schief?	214
24.1	Stellenwert in der Versorgung	197	26.4	Wie oft kommt eine Kindeswohlgefährdung vor?	214
24.2	Wo liegt das Problem?	198	26.5	Wo liegt das Problem?	215
24.2.1	Herausforderungen für pflegende Angehörige	198	26.6	Was muss sich ändern?	216
			26.7	Wer ist in der Pflicht? Notwendige Gesetzesänderungen	217
			26.8	Ausblick	217

27	Komplexe Erkrankungen bei Kindern: Warum Behandlungen oft viel zu kurz greifen	219		
	Ronald G. Schmid			
27.1	Stellenwert in der Versorgung	221		
27.1.1	Somatoformer und psychosozialer Symptomkomplex.	221		
27.1.2	Epidemiologische Daten: KiGGS-Studie.	222		
27.1.3	Sozioökonomischer Status oft entscheidend	223		
27.2	Wo liegen die Probleme?	223		
27.3	Behandlungsplan als Stufenkonzept (IVAN): Wer ist wofür in der Pflicht?	224		
27.4	Was muss sich ändern?	225		
28	Zu wenig schulärztliche Beratung für entwicklungsgefährdete Kinder: Woran es für eine gelingende Schullaufbahn mangelt	227		
	Gabriele Trost-Brinkhues			
28.1	Stellenwert in der Gesamtversorgung	227		
28.1.1	Einordnung der Thematik.	227		
28.1.2	Wie sehen die berechtigten Ansprüche im Schulalltag aus?	227		
28.2	Wie häufig kommt das Problem vor?	228		
28.3	Wo liegt das Problem? Was fehlt?	229		
28.3.1	Fehlende Schulabschlüsse und Ausbildungsabschlüsse.	229		
28.3.2	Greift das Recht auf gleichberechtigte Teilhabe an Bildung?	229		
28.4	Wer ist dabei konkret in der Pflicht?	230		
28.4.1	Aufgaben des Kinder- und jugendärztlichen bzw. Schulärztlichen Dienstes.	230		
28.4.2	Der Staat muss für Recht auf Bildung für alle sorgen.	231		
28.5	Was muss sich ändern? Was brauchen wir?	232		
28.5.1	Multiprofessionelle Teams in Schulen	232		
28.5.2	WHO: Schulgesundheitservice als Teil des Gesundheitssystems.	232		
28.5.3	Bessere Ausstattung und höhere Vergütung	232		
28.5.4	Mehr Bewusstsein für Public Health vor Ort.	233		
29	Transition ins Leben: Warum die pränatale Prävention zu kurz kommt	236		
	Stephan Heinrich Nolte			
29.1	Was lief hier schief?	236		
29.2	Wie oft kommt das vor?	237		
29.3	Stellenwert der Thematik in der Gesundheitsversorgung	237		
29.4	Wo liegt das Problem, und was fehlt?	238		
29.5	Was muss sich ändern, und was brauchen wir?	239		
29.6	Gibt es modellhafte Versorgungsansätze?	240		
29.7	Wer ist in der Pflicht?	241		
29.7.1	Netzwerken	241		
29.7.2	Verpflichtende ärztliche Aufklärung beim Neugeborenencreening	242		
29.7.3	Pränatale Prävention: Kontaktaufnahme vor der Geburt	242		
30	Nachhaltige Ungleichheit: Warum Kinder aus bildungsfernen Familien deutlich schlechtere Entwicklungschancen haben	244		
	Ulrich Fegeler, Elke Jäger-Roman und Matthias Brockstedt			
30.1	Stellenwert der Thematik	244		
30.2	Ursachenanalyse: Wo liegen die Probleme?	246		
30.3	Zustandsbeschreibung: Sozialräumliche Einrichtungen rund ums Kind am Beispiel Berlin	247		
30.3.1	Sozialversorgungssystem	247		
30.3.2	Bildungs- / Betreuungssystem	249		
30.3.3	Medizinsystem	250		
30.4	Wer ist in der Pflicht? Greift die „perfekte“ Mechanik?	252		

30.5	Wo liegt das Problem? Sand im Getriebe	253	32.3.2	Beratung II: spezifische Behandlung . .	269
30.6	Was muss sich ändern? Das fehlende Rädchen	255	32.3.3	Beratung III: unterstützende (supportive Behandlung)	270
IV	Krankheitsspezifische Fehlversorgung	259	32.3.4	Beratung IV: Behandlungsdauer und Kontrollen	271
31	Zu wenige gut abgestimmte Versorgungsformen: Vorbild Kardiologie-Vertrag Baden-Württemberg	260	32.4	Wer ist in der Pflicht, um die Unterversorgung zu beseitigen?	271
	Olga A. Sawicki und Kateryna Karimova		32.5	Gibt es Vorbilder bzw. modellhafte Versorgungsansätze?	272
31.1	Stellenwert in der Gesundheitsversorgung: Chronische Herzinsuffizienz in Deutschland	260	33	Weit unterschätzt: Nichtmedika- mentöse Therapieoptionen bei chronischen Erkrankungen im Erwachsenenalter	274
31.2	Was läuft schief? Defizite bei den Schnittstellen in der kardiologischen Versorgung	261		Andreas Rembert Koczulla, Tessa Schneeberger, Inga Jarosch, Rainer Glöckl und Klaus Kenn	
31.3	Ursachenanalyse: Wo liegen die Probleme?	261	33.1	Stellenwert der Thematik in der Gesundheitsversorgung	274
31.4	Was muss sich ändern? Neue Theoriemodelle mit hoher Praxisrelevanz	261	33.2	Wo liegt das Problem? Pneumolo- gische Rehabilitation im Abseits	276
31.5	Wie muss eine gute Versorgung aussehen: von der Schnitt- zur Verbindungsstelle	262	33.3	Wie sähe eine gute Versorgung aus?	276
31.6	Modellhafte Versorgungsansätze: Der Herzpatient im Facharztvertrag .	263	33.3.1	Awareness für PR-Benefits schaffen . .	276
32	Osteoporose: Große Handlungs- und Vorsorgelücken.	266	33.3.2	Einheitliche, hohe PR-Qualitätsstandards	277
	Erika Baum		33.3.3	Forschung sichert die Zukunft der PR . .	278
32.1	Stellenwert der Thematik in der Gesundheitsversorgung	266	33.4	Modellhafte Versorgungsansätze . .	278
32.1.1	Krankheitsdefinition	266	33.5	Was muss sich ändern? Wer ist in der Pflicht?	279
32.1.2	Wie oft kommt Osteoporose vor?	266	34	Über-/ Fehlbehandlung des Diabetes mellitus Typ 1 im Krankenhaus – getriggert durch DRG-System	282
32.1.3	Individuelles Frakturrisiko	267		Andreas Fritsche	
32.2	Diagnostik / Basisdiagnostik	268	34.1	Stellenwert des „Diabetes im Krankenhaus“	283
32.3	Was sollte für eine gute Versorgung konsequent umgesetzt werden?	268	34.2	Zustandsbeschreibung – Was läuft hier schief?	283
32.3.1	Beratung I: Basismaßnahmen	268	34.3	Ursachenanalyse: Wo liegen die Probleme?	284
			34.4	Was sich ändern muss	284

34.5	Wie sieht ein modellhafter Versorgungsansatz aus?	285	36.3	Was muss sich ändern? Was brauchen wir?	297
35	Schlaganfallnachsorge: Aufklärung und Prävention lassen arg zu wünschen übrig	287	36.4	Wer ist dabei konkret in der Pflicht?	297
	Christopher J. Schwarzbach und Armin J. Grau		37	Unzureichende Jungengesundheit: Warum Jungs eine qualifiziertere Jungenmedizin brauchen	300
35.1	Stellenwert der Thematik in der Gesundheitsversorgung	288		Bernhard Stier	
35.1.1	Schlaganfall in Deutschland	288	37.1	Stellenwert der Jungen- und Männergesundheit: ein historischer Exkurs	300
35.1.2	Wie häufig kommen Schlaganfälle vor?	288	37.2	Was lief hier schief?	301
35.1.3	Wie werden Schlaganfallpatienten versorgt?	288	37.2.1	Wie gesund lebt „Mann“?	301
35.2	Wo liegt das Problem?	289	37.2.2	Einflussfaktoren	301
35.3	Welche Ursachen sind für die Defizite verantwortlich?	290	37.3	Wo liegen die Probleme?	303
35.4	Was muss sich hin zu einer guten Nachsorge ändern?	290	37.3.1	Wesentliche jungengesundheitliche Problembereiche	303
35.5	Modelhafte Versorgungsansätze	291	37.3.2	Domänen des Risikoverhaltens männlicher Jugendlicher	304
35.5.1	Disease-Management-Programme (DMPs)	291	37.3.3	Jungen und Sexualität	304
35.5.2	Versorgungsforschungsprojekte des Innovationsfonds	291	37.3.4	Jungen als Opfer	305
35.5.3	Neue Perspektiven auch für die ambulante Schlaganfallnachsorge	292	37.4	Was Jungen brauchen und was sich ändern muss: Neue Wege für Jungs	305
36	Wie wir das Potenzial der Humangenetik für die Diagnostik und die personalisierte Medizin besser nutzen können	294	37.5	Wer ist dabei konkret in der Pflicht?	306
	Hanns-Georg Klein		37.6	Ausblick	307
36.1	Stellenwert in der Gesundheitsversorgung	294	38	Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter: Musterbeispiel für fehlendes Versorgungsmanagement in der Psychosomatik	311
36.1.1	Entwicklung der Humangenetik hin zu einem Querschnittsfach	294		Uwe Büsching	
36.1.2	Gigantische Datenmengen sind eine große Herausforderung	295	38.1	Wie häufig kommt das vor?	311
36.1.3	Seltene Erkrankungen stehen stärker im Fokus	295	38.2	Stellenwert des Themas in der Gesundheitsversorgung	312
36.2	Wo liegt das Problem? Was läuft falsch?	296	38.3	Wo liegt das Problem? Was fehlt?	313
			38.3.1	Problemfeld somatoforme Störungen	313
			38.3.2	Zu großer Einfluss von Dr. Google	314
			38.3.3	Zu wenig Zeit für sehr komplexe Diagnostik	314
			38.4	Was muss sich ändern? Was brauchen wir?	315

38.5	Gibt es Vorbilder oder modellhafte Versorgungsansätze?	315	39.3.2	Prävention: Vernetzte Versorgung vorantreiben	321
38.5.1	Optimal: Das Kopfschmerztagebuch . .	315	39.3.3	Forschung intensivieren und Leitlinien etablieren	321
38.5.2	Patienten engmaschiger betreuen. . .	316	39.3.4	Politischer Handlungsdruck: Forderungen an die Bundesregierung	322
39	Aus dem Blickfeld: Versorgung von Kindern mit psychisch erkrankten Eltern.	319	39.4	Gibt es modellhafte Versorgungsansätze?	322
	Hanna Christiansen und Jean Lillian Paul		39.4.1	The Village: How to raise the village to raise the child	322
39.1	Stellenwert der Thematik in der Gesundheitsversorgung	319	39.4.2	COMPARE: Children of Mentally Ill Parents At Risk Evaluation	324
39.2	Ursachenanalyse: Wo liegen die Probleme?	320	Register	329	
39.3	Was sich ändern muss	320			
39.3.1	Die Identifikation der Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen verbessern	320			