



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

RECHTSEXPERTE KINGREEN

„Mehr Freiheit für Privatversicherte“

GESUNDHEIT GLOBAL

Afrika baut am Sozialstaat

# Stimmt die Klinik-Rechnung?

Erst prüfen, dann zahlen:

Wie Krankenkassen Milliarden sparen

Die Pressestellen der AOK

# Gesundheit ist unser Thema!

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

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

<b>AOK-BUNDESVERBAND</b> Stellvertretende Pressesprecherin: Gabriele Hauser-Allgaier Pressereferent: Michael Bernatek Pressereferentin: Christine Göpner-Reinecke	Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin gabriele.hauser-allgaier@bv.aok.de michael.bernathek@bv.aok.de christine.goepner-reinecke@bv.aok.de	Tel. 030/34646-2312 030/34646-2655 030/34646-2298 Fax: 030/34646-2507
<b>AOK BADEN-WÜRTTEMBERG</b> Hauptverwaltung Pressesprecher: Kurt Wesselsky	Presselstraße 19, 70191 Stuttgart presse@bw.aok.de	Tel. 0711/2593-231 Fax: 0711/2593-100
<b>AOK BAYERN – DIE GESUNDHEITSKASSE</b> Zentrale Pressesprecher: Michael Leonhart	Carl-Wery-Straße 28, 81739 München presse@by.aok.de	Tel. 089/62730-226 Fax: 089/62730-650099
<b>AOK BREMEN/BREMERHAVEN</b> Pressesprecher: Jörn Hons	Bürgermeister-Smidt-Straße 95, 28195 Bremen joern.hons@hb.aok.de	Tel. 0421/1761-549 Fax: 0421/1761-540
<b>AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN</b> Direktion Pressesprecher: Ralf Metzger	Basler Straße 2, 61352 Bad Homburg v.d.H. ralf.metzger@he.aok.de	Tel. 06172/272-161 Fax: 06172/272-139
<b>AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR NIEDERSACHSEN</b> Direktion Pressesprecher: Carsten Sievers	Hildesheimer Straße 273, 30519 Hannover carsten.sievers@nds.aok.de	Tel. 0511/8701-10123 Fax: 0511/285-3310123
<b>AOK NORDOST – DIE GESUNDHEITSKASSE</b> Pressesprecherin: Gabriele Rähse  Region Mecklenburg-Vorpommern Pressereferent: Markus Juhls	Wilhelmstraße 1, 10963 Berlin Potsdamer Straße 20, 14513 Teltow presse@nordost.aok.de  Am Grünen Tal 50, 19063 Schwerin presse@nordost.aok.de	Tel. 0800/265 080-22202 Fax: 0800/265 080-22926  Tel. 0800/265 080-41469 Fax: 0800/265 080-22926
<b>AOK NORDWEST – DIE GESUNDHEITSKASSE</b> Pressesprecher: Jens Kuschel	Kopenhagener Straße 1, 44269 Dortmund presse@nw.aok.de  Edisonstraße 70, 24145 Kiel presse@nw.aok.de	Tel. 0231/4193-10145  Tel. 0431/605-21171
<b>AOK RHEINLAND/HAMBURG – DIE GESUNDHEITSKASSE</b> Pressesprecher: André Maßmann  Region Hamburg: Pressesprecherin Antje Meyer	Kasernenstraße 61, 40123 Düsseldorf andre.massmann@rh.aok.de  Pappelallee 22-26, 22089 Hamburg antje.meyer@rh.aok.de	Tel. 0211/8791-1262 Fax: 0211/8791-1145  Tel. 040/2023-1401 Fax: 040/2023-1409
<b>AOK RHEINLAND-PFALZ/SAARLAND – DIE GESUNDHEITSKASSE</b> Pressereferent: Jan Rößler	Virchowstraße 30, 67304 Eisenberg/Pfalz jan.roessler@rps.aok.de	Tel. 06351/403-419 Fax: 06351/403-701
<b>AOK PLUS – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR SACHSEN UND THÜRINGEN</b> Pressesprecherin: Hannelore Strobel  Sitz Erfurt Stellvertretender Pressesprecher: Jürgen Fröhlich	Sternplatz 7, 01067 Dresden presse.sac@plus.aok.de  Augustinerstraße 38, 99084 Erfurt presse.thr@plus.aok.de	Tel. 0351/4946-11144 Fax: 01802/471002-104*  Tel. 0361/6574-80021 Fax: 01802/471002-115*
<b>AOK SACHSEN-ANHALT – DIE GESUNDHEITSKASSE</b> Pressesprecher: Andreas Arnsfeld	Lüneburger Straße 4, 39106 Magdeburg presse@san.aok.de andreas.arnsfeld@san.aok.de	Tel. 0391/2878-44426 Fax: 0391/2878-44576

\* 6 Cent/Anruf aus dem deutschen Festnetz, maximal 42 Cent/Minute aus dem Mobilfunknetz

[www.aok-presse.de](http://www.aok-presse.de)

**AOK**  
Die Gesundheitskasse.

# Mehr Hilfe in Lebenskrisen

Sprung in den Tod, Griff in den Giftschrank – manch ein verzweifelter Mensch sieht im Suizid den letzten Ausweg. Dem vorzubeugen, ist eine gesellschaftliche Aufgabe, meint **Armin Schmidtke** vom Nationalen Suizidpräventionsprogramm.

**In Deutschland** nehmen sich jedes Jahr etwa 10.000 Menschen das Leben. Mehr als 100.000 versuchen es. Es sterben damit mehr Menschen durch Suizid als etwa durch Verkehrsunfälle. Mit steigendem Alter nimmt die Suizidgefährdung sowohl bei Männern als auch bei Frauen deutlich zu. Jede zweite Selbsttötung wird heute von einer Frau über 60 Jahre begangen. Auslöser sind häufig psychische Erkrankungen, soziale Isolierung, Zukunftsangst und Hoffnungslosigkeit.

Nach wie vor sind aber psychisch Kranke, Suizidgefährdete, ihre Angehörigen und Hinterbliebenen stigmatisiert. Zudem erschweren Vorurteile und Mythen, etwa die Annahme „Wer über Suizid spricht, tut es nicht“ oder „man könne niemanden davon abhalten, wenn er es wolle“ die Suizidprävention. Tatsächlich kündigen 80 Prozent der Menschen einen Suizid vorher an. Dann ist professionelle Krisenbewältigung gefragt.

Um die Tabuisierung suizidalen Verhaltens zu brechen, müssen sich die Einstellungen ändern. Suizidprävention ist nicht nur Sache von Experten und des medizinischen Systems, sondern eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die als solche auch anerkannt werden muss. Dafür setzen sich 90 Organisationen und Verbände sowie 200 Einzelpersonen im Nationalen Suizidpräventionsprogramm (NaSPPro) ein. Von der hiesigen Bundesregierung wäre eine entsprechende Erklärung wünschenswert. In Österreich etwa ist dies geschehen. Dies würde allgemeine suizidpräventive Maßnahmen wie die Sicherung von Brücken, Gebäuden oder Eisenbahnstrecken erleichtern. Derzeit verhindern Zuständigkeitsprobleme häufig solche Maßnahmen. Wünschenswert wäre auch eine zentrale Datensammlung der Vergiftungszentralen, um den Gebrauch giftiger Mittel besser zu überwachen.

Bei der Erkennung und Behandlung suizidgefährdeter Menschen (Sekundärprävention) ist schon einiges getan worden. Aber dies reicht noch nicht. Wie bereits erwähnt, nimmt mit dem Alter das

Suizidrisiko deutlich zu. Aus diesem Grund sollte das Erkennen von Altersdepressionen und Suizidalität mehr Raum in der Ausbildung von Pflegekräften und Medizinern erhalten. Auch ist die Suizidprävention bei Menschen mit Migrationshintergrund stärker ins Blickfeld zu nehmen. Besonders Mädchen und Frauen mit türkischem Migrationshintergrund haben ein doppelt so hohes Suizidrisiko als gleichaltrige heimische Frauen, erhalten aber nach Suizidversuchen seltener eine ausreichende Therapie. Dies zeigt, dass je nach

Migrationshintergrund eine kultursensible spezifische Prävention auf die Menschen zugeschnitten werden müsste. Aber auch die Versorgung nach einem Suizid (tertiäre Prävention) ist zu verbessern. Vor allem ist die Kontinuität der Behandler wichtig. Studien der

Weltgesundheitsorganisation aber zeigen, dass dies insbesondere im stationären Rahmen nicht gegeben ist. Viele Patienten kommen nach einem Suizidversuch mit mindestens fünf Behandlern in Kontakt. Auch müssten Termine für Akuttherapie und Nachbetreuung schneller zu erhalten sein sowie die Nachbetreuung verbessert werden.

Und nicht zuletzt können die Medien zur Suizidprävention beitragen. Aus vielen Untersuchungen ist bekannt, dass die mediale Darstellung von Suiziden weitere zur Folge haben kann. So hat es etwa in den Tagen nach dem Suizid des Fußballspielers Robert Enke einen deutlichen Anstieg von Selbsttötungen nach dem gleichen Muster gegeben. Das bedeutet natürlich nicht, dass über Suizide nicht berichtet werden sollte. Entscheidend ist die Art der Berichterstattung. Sie sollte alles vermeiden, was zur Identifikation mit den Suizidenten führen kann. Keinesfalls darf der Eindruck erweckt werden, jemand oder etwas habe einen Menschen in den Suizid getrieben. Stattdessen sollte über Hintergründe der Suizidgefährdung und Möglichkeiten der Hilfe berichtet werden. Denn zum Humanismus gehört auch die Sorge für in Not geratene Menschen. ■

**Zum Humanismus gehört die Sorge um in Not geratene Menschen.**



**Professor Armin Schmidtke**, 69, ist Vorsitzender des Nationalen Suizidpräventionsprogramms. Nach seinem Studium der Psychologie arbeitete er zunächst am Lehrstuhl Psychologie der Universität Mannheim und war stellvertretender Leiter der Abteilung Klinische Psychologie am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim. Ab 1996 leitete er die Abteilung Klinische Psychologie an der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Uniklinik Würzburg und ist heute dort Seniorprofessor. Seit 2009 lehrt er Suizidologie und Suizidprävention am Karolinska Institut in Stockholm.

**Kontakt:**  
**ArminSchmidtke@t-online.de**

## Reise ins Land of Health



H.-B. Henkel-Hoving,  
Chefredakteur

**Menschen** wie ich haben es im Internet-Zeitalter schwer: Mit dem Geburtsjahrgang 1965 gehöre ich zu den „Digital Immigrants“, also zu den Einwanderern auf dem jungen Kontinent namens „World Wide Web“. Die digitale Sprache von Social Media, App und Co. spreche ich deshalb nur vergleichsweise mühsam.

Ganz anders ist das bei den „Digital Natives“, zu denen etwa meine elfjährige Tochter Bernadette zählt. Als „Eingeborene“ bewegt sie sich auf dem Bits-und-Bytes-Erdteil wie selbstverständlich. Aber manchmal braucht die junge Dame doch noch meine Hilfe.

Zum Beispiel bei der **neuen App „Land of Health“, die der KomPart-Verlag gemeinsam mit der Agentur „scim“ (www.scim.de) im Auftrag des AOK-Bundesverbandes entwickelt hat.** Kaum hatte ich beim Abendbrot erzählt, dass „Land of Health“ nun im App Store heruntergeladen werden kann, war mein Handy weg und Bernadette in ihrem Zimmer verschwunden. Das Layout mit Äffchen, Kakadus und Krokodilen sorgte zwar sogleich für Entzücken („Voll süß!“). Doch bei der Suche nach dem „Baum der Weisheit im Dschungel der Gesundheitspolitik“ war dann doch Papas Know-how gefragt – unser Highscore ist indes noch verbesserungsfähig.

Noch nicht beantworten muss man in dem App-Quiz übrigens Fragen zur „monistischen Einwohnerversicherung“. Was sich hinter diesem **Konzept eines gemeinsamen Marktes von gesetzlicher und privater Krankenversicherung** verbirgt, erläutert Thorsten Kingreen im G+G-Interview. Für das Gespräch nahm sich der Regensburger Hochschullehrer viel Zeit, obwohl er an dem Tag gerne früher nach Hause gefahren wäre: Sein Sohn hatte die Führerscheinprüfung bestanden.

Eine anregende Lektüre wünscht Ihnen



Stippvisite in Regensburg: Thorsten Kingreen beim G+G-Interview in seinem Hochschul-Arbeitszimmer.

### MAGAZIN

#### 14 NEUE REGELN FÜR MEDIZINPRODUKTE

Das Europaparlament hat eine neue Verordnung für hochrisikoreiche Medizinprodukte verabschiedet. Trotz mancher Verbesserung geht sie noch nicht weit genug.

Von Ralf Breitgoff

#### 15 BARES FÜR DIE SPRECHENDE MEDIZIN

Die Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs soll die hausärztliche Grundversorgung stärken. Neue Vergütungselemente sind der Einstieg.

Von Thomas Rottschäfer

#### 16 FINDE DEN BAUM DER WEISHEIT

Wissen und Geschicklichkeit: Mit der neuen AOK-App Land of Health bahnt sich der Nutzer spielerisch den Weg durch den Dschungel des Gesundheitswesens.

Von Thomas Hommel

#### 17 UMZUG INS EUROPAVIERTEL

Auf nach Brüssel: Der AOK-Bundesverband ist dort künftig stetig vertreten, um der gesetzlichen Krankenversicherung mehr Gehör zu verschaffen.

Von Thomas Hommel

#### 18 HEITERKEIT IST DIE BESTE THERAPIE

Nach einer Studie fühlen sich Patienten in Kliniken entmündigt, sind Ärzte desillusioniert und Pflegekräfte verbittert. Ein Grund: die oft zu starren Regeln.

Von Benjamin Rohrer

#### 19 „DAS ZIELGEWICHT MUSS REALISTISCH SEIN“

Die Hälfte aller Deutschen ist dick, ein Viertel sogar fettleibig. Diäten, Sport und Medikamente helfen oft nur kurzfristig gegen die Pfunde, sagt Martina de Zwaan von der Deutschen Adipositas Gesellschaft.

## TITEL

### 20 NACHRECHNEN LOHNT SICH

Die Krankenkassen können Klinikabrechnungen überprüfen lassen, wenn sie fehlerhaft erscheinen. Das hat sich schon mehrfach ausgezahlt.

Von Martina Purwins

## THEMEN

### 26 „WAHLFREIHEIT FÜR PRIVATVERSICHERTE“

Gleiche Behandlung, bessere Ärzterverteilung – der Sozialrechtler Thorsten Kingreen sieht einige Vorteile in einem gemeinsamen Krankenversicherungsmarkt.

Von Hans-Bernhard Henkel-Hoving

### 30 AFRIKA: SOZIALSYSTEME FÖRDERN WACHSTUM

Afrikanische Staaten wollen die Gesundheitsversorgung ausbauen. Der Weg zu einem Krankenversicherungsschutz für die gesamte Bevölkerung ist aber noch weit.

Von Jens Holst und Jean-Olivier Schmidt

## RUBRIKEN

- 3 **Einwurf** Suizidprävention: Mehr Hilfe in Lebenskrisen
- 13 **Kommentar** Grenzen für die Chefarzt-Boni
- 38 **Recht** Kassen dürfen nur lauter werben
- 40 **AOK-Notizen** Aktuelles aus Bund und Ländern
- 42 **Service** Bücher, Termine und mehr
- 44 **Debatte** Patientenrechtegesetz bietet kaum mehr Schutz
- 45 **Impressum** Wer steckt hinter G+G?
- 46 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen



## 20 Krankenhaus-Abrechnung: Was die Überprüfung bringen kann



## 26 Interview: der Sozialrechtler Thorsten Kingreen über die Zukunft des Krankenversicherungsmarktes



## 30 Gesundheit global Teil 2: Wie afrikanische Länder ihre Bürger sozial absichern wollen

**GESUNDHEITSBERUFE**  
**Verordnung regelt  
 Nachschulungen**

Für die Anerkennung ausländischer Abschlüsse in den Gesundheitsberufen gibt es jetzt konkrete Vorgaben. Die Rechtsverordnung des Bundesgesundheitsministeriums, die vom 1. Januar 2014 an insbesondere für Ärzte, Apotheker, Krankenpfleger und Physiotherapeuten aus Nicht-EU-Staaten gilt, sieht mündliche Eignungs- und Kenntnisprüfungen oder den Besuch von Anpassungslehrgängen vor. Ärzte und Pfleger müssen zudem praktisch nachweisen, dass sie Patienten untersuchen oder mit bestimmten Pflegesituationen umgehen können. Von dem Gesetz zur Verbesserung der Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen von April 2012 profitierten nach Angaben des zuständigen Bundesbildungsministeriums bis Ende 2012 bereits mindestens 5.000 Ärzte und gut 2.000 Krankenpfleger und Krankenschwestern mit ausländischen Berufsqualifikationen. Ihre Abschlüsse gelten als absolut gleichwertig mit den deutschen Referenzberufen und wurden deshalb nach dem Gesetz voll anerkannt. ■

**MEHR INFOS:**  
[www.anerkennung-in-deutschland.de](http://www.anerkennung-in-deutschland.de)

**ANTIBIOTIKA**  
**Mehr resistente  
 Erreger in Kliniken**

Antibiotikaresistente Keime treten in deutschen Krankenhäusern häufiger auf. Laut einer Antwort des Bundesgesundheitsministeriums auf eine Anfrage der Grünen-Fraktion stieg ihr Anteil an



Nochmal prüfen lassen? Für die Anerkennung ausländischer Abschlüsse gelten neue Regeln.

allen Krankheitserregern in den letzten fünf Jahren um 50 bis 200 Prozent. Diese Anteile bewegen sich je nach Erreger zwischen 0,04 und 17,9 Prozent. Die Daten wurden in gut 250 Kliniken im Rahmen eines Kontrollprojekts zu Antibiotika-Resistenzen gesammelt. Zu den Ursachen für die Entwicklung von resistenten Keimen gehören ein sorgloser Umgang mit Antibiotika in der Humanmedizin und der Antibiotika-Einsatz in der Tiermast. ■

**POSITIONSPAPIER**  
**Onkologen wollen  
 Krebsstudien ändern**

Internationale Experten fordern Änderungen bei klinischen Studien zu Krebstherapien, um älteren Patienten besser gerecht zu werden. Patienten in Krebsstudien seien rund zehn Jahre jünger als der durchschnittliche Krebspatient, sagte Dr. Ulrich Wedding, Onkologe und Chefarzt für Palliativmedizin am Uniklinikum Jena. Zudem seien typische Begleiterkrankungen oft Ausschlusskriterien für eine Studienteilnahme, wenn geklärt werden sollte, ob Patienten mit einem

neuen Krebsmedikament oder einem neuen Verfahren länger überleben. Diese Frage ist entscheidend für die Zulassung einer neuen Therapie. In einem Positionspapier sprechen sich die Europäische Organisation für Forschung und Behandlung von Krebs, die Internationale Gesellschaft für Geriatrische Onkologie und die Allianz für Klinische Studien in der Onkologie dafür aus, sowohl fitte als auch ältere und gebrechliche Patienten in Krebsstudien einzuschließen. Studien speziell für ältere Krebspatienten sollten zur Pflicht werden, wenn sich die Standard-Therapie von der bei jüngeren Patienten unterscheidet. ■

**CHIRURGIE**  
**Ruhe erhöht  
 Operationserfolg**

Weniger Lärm im Operationssaal lässt Chirurgen konzentrierter arbeiten und senkt die Komplikationsrate. Das zeigt eine Studie an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH). Ein Team unter Leitung von Dr. Carsten Engelmann, Oberarzt in der MHH-Klinik für Kinderchirurgie, maß bei rund 150 Eingriffen den Lärmpegel und senkte ihn anschließend um rund 50 Prozent auf 60 Dezibel. „Offenbar stört der Lärm im OP viele Chirurgen, nur wird das leider zu selten ausgesprochen“, so Engelmann. ■

**kurz & bündig**

- +++ LUNGENKREBS:** Die Internationale Agentur für Krebsforschung der Weltgesundheitsorganisation hat Luftverschmutzung als wichtige Ursache für Krebs eingestuft. 2010 habe es durch Luftverschmutzung etwa 230.000 Lungenkrebs-Todesfälle gegeben, so die Agentur nach Auswertung von mehr als 1.000 wissenschaftlichen Untersuchungen.
- +++ ARZNEIMITTEL:** Bei der Europäischen Medizinagentur EMA sind im vergangenen Jahr 19 Zulassungsanträge für Arzneimittel zur Behandlung seltener Erkrankungen eingegangen – fünf mehr als im Vorjahr. Diese sogenannten Orphan Drugs sind in Deutschland von der Nutzenbewertung nach dem Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz befreit.
- +++ TELEMEDIZIN:** Mit Gesundheits-Apps sei 2012 weltweit bereits mehr als eine Milliarde Euro Umsatz im Jahr gemacht worden, so die Hamburger Unternehmensberatung Steria Mummert Consulting.



# Tiefer eintauchen!

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

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



**G+G**  
Gesundheit und Gesellschaft



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



Viermal im Jahr:  
G+G-Wissenschaft

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

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

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



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

Straße ..... BLZ ..... Geldinstitut ..... Konto-Nr. ....

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

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

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



## UMFRAGE

**Die Mehrheit findet Hausnotruf sinnvoll**

Nahezu drei Viertel der Bevölkerung in Deutschland finden nach einer Forsa-Umfrage technische Assistenzsysteme für ältere Menschen sinnvoll, da sie helfen, länger eigenständig zu leben. Das berichtete das Bundesforschungsministerium (BMBF) auf dem „Zukunftskongress Demografie“ in Berlin. Die höchste Zustimmung erfahren Lösungen, die das Leben in den eigenen vier Wänden sicherer machen. Für fast 90 Prozent sind Sturzererkennung und Hausnotruf demnach eine sinnvolle Hilfe im Alter. Um alltägliche Herausforderungen im Alter leichter zu bewältigen, könne der zielgerichtete Einsatz von Technik eine starke Stütze sein, sagte Staatssekretär Georg Schütte vom BMBF. Das BMBF fördert von Anfang 2014 an mehrere kommunale Beratungsstellen für altersgerechte Assistenzsysteme mit jeweils 200.000 Euro für zwei Jahre. Zu dem Modellprojekt gehört der Aufbau einer Nati-



onalen Datenbank, die Informationen zu den aktuell und absehbar am Markt verfügbaren technischen Assistenzsystemen bereitstellen soll. ■

**MEHR INFOS:**

[www.bmbf.de/foerderung/21452.php](http://www.bmbf.de/foerderung/21452.php)

## Zitat des Monats

**Das Schlaraffenland wäre die Hölle für Innovatoren.**

Hans-Jürgen Quadbeck-Seeger, Chemiker

## KOMMUNIKATION

**Qualitätscheck für Medizin-Nachrichten**

Wie gut werden Patienten, Angehörige und Ärzte mit neuen Nachrichten aus der Medizin versorgt? Dieser Frage widmet sich das Projekt „Medien-Doktor“ im Studiengang Wissenschaftsjournalismus der Technischen Universität Dortmund in Kooperation mit dem Deutschen Cochrane Zentrum am Universitätsklinikum Freiburg. Die Wissenschaftler vergleichen die Qualität medizinischer Informationen in Fach- und Publikumszeitschriften. Zudem untersucht der „Medien-Doktor“, wie Laien und Fachleute die Informationen aufnehmen. Das Bundesforschungsministerium fördert das Vorhaben mit insgesamt rund 450.000 Euro für drei Jahre. ■

**MEHR INFOS:**

[www.medien-doktor.de](http://www.medien-doktor.de)

## TRANSPLANTATIONEN

**Weniger wählerisch bei Spendernieren**

Angesichts des Mangels an Spenderorganen greifen Transplanteure zunehmend auch auf Nieren von Spendern über 60 Jahren, mit Bluthochdruck oder mit bösartigen Tumoren zurück. Das berichtete die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) auf der

Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie. Nach einer DSO-Auswertung waren von 2006 bis 2011 mehr als 300 von 7.483 Spendern krebskrank. 248 Spender hatten Malignome, 38 Nierenzellkarzinome und 16 Brustkrebs. Bei 8,7 Prozent der gespendeten Organe erkannten die Ärzte erst nach der Transplantation, dass die Spender Krebs hatten. Zehn Empfänger erkrankten an Krebs, acht sind gestorben. ■

## KRANKENHAUS

**Zertifikat für OPs bei Diabetikern**

Als erste Klinik in Deutschland hat das Jüdische Krankenhaus Berlin das Zertifikat „Klinik für Diabetespatienten geeignet“ der Deutschen Diabetes Gesellschaft erhalten. Zertifizierte Kliniken sind auf die Behandlung von Patienten mit der Nebendiagnose Diabetes besonders vorbereitet, also etwa auf Hüft- oder Herzoperationen bei Diabetikern. Die Patienten sollen sich darauf verlassen können, dass ihr Zuckerspiegel bedarfsgerecht überwacht wird, die Narkose auf ihren Diabetes abgestimmt ist oder Notfall-Equipment für Blutzucker-Entgleisungen bereitsteht. Die zertifizierten Kliniken müssen einen diabetologisch versierten Arzt und diabetologisch geschulte Pflegekräfte beschäftigen. ■

## VERSORGUNGSFORSCHUNG

**Studie zum Nutzen von Defibrillatoren**

In der Europäischen Union (EU) werden jährlich mehr als 100.000 Defibrillatoren mit Herzschrittmacherfunktion (ICD) implantiert, um Risikopatienten vor einem plötzlichen Herztod zu bewahren. Jede fünfte dieser Operationen findet in Deutschland statt – pro Einwohner sind es hier viermal so viele wie in Großbritannien oder Spanien. Wie sinnvoll das ist, untersucht jetzt die Universitätsmedizin Göttingen. Die EU fördert die über vier Jahre laufende EU-CERT-ICD-Studie mit sechs Millionen Euro. Allein die Implantationen kosten jedes Jahr EU-weit rund zwei Milliarden Euro. Älteren Studien zufolge nützt die Implantation jedem dritten Patienten mit einem besonderen Risiko für Herzrhythmusstörungen. Nach neueren Erkenntnissen kommen zwei Drittel der vorsorglich implantierten Geräte aber nie zum Einsatz, und wenn, dann auch in Situationen, die nicht zum plötzlichen Herztod geführt hätten, so Studienkoordinator Professor Dr. Markus Zabel. Die Studie ist die erste zu diesem Thema, die ausschließlich aus öffentlichen Mitteln finanziert wird. 19 Institutionen aus 14 EU-Ländern machen mit, aus Deutschland neben der Göttinger Kardiologie auch die der Charité in Berlin und der Kliniken der beiden Münchner Universitäten (LMU und TU). Anders als noch vor wenigen Jahren sind gefährliche Herzrhythmusstörungen heute medikamentös und kardiologisch direkt behandelbar. Lebensbedrohliches Kammerflimmern ist deshalb heute seltener als vor zehn Jahren. ■

## Nutzt Brustkrebs-Screening?

Seit einigen Jahren gibt es in Deutschland ein Vorsorgeprogramm, das jede Frau im Alter zwischen 50 und 69 Jahren persönlich zur Mammografie einlädt. Trotzdem bleiben viele Frauen der Untersuchung fern. Überwiegen Vor- oder Nachteile des Screenings?



**DR. TATJANA HEINEN-KAMMERER**, *Leiterin der Geschäftsstelle der Kooperationsgemeinschaft Mammografie*: Es überwiegen die Vorteile. Hauptziel ist die Senkung der Brustkrebssterblichkeit. Aus randomisierten kontrollierten Studien geht dieser Effekt hervor. Erreichen wir in Deutschland dieses Ziel, retten wir jährlich bis zu 2.000 Frauen das Leben. Demgegenüber stehen die Nachteile einer Krebsfrüherkennung. Verlässliche, evaluierte Daten gibt es nur für Wiederein-

bestellungs- und Biopsierate. Aussagen zu Überdiagnosen dagegen basieren auf Schätzungen. Dies sollte man in der Diskussion im Hinterkopf haben – vor allem dann, wenn Überdiagnose und gerettete Leben ins Verhältnis gesetzt werden.

**PROFESSOR DR. INGRID MÜHLHAUSER**, *Gesundheitswissenschaftlerin an der Universität Hamburg*: Der Schaden überwiegt den Nutzen. Pro 1.000 Frauen, die über zehn Jahre am Screening teilnehmen, sterben etwa zwei weniger an Brustkrebs. Dafür erhalten etwa fünf von 1.000 eine Brustkrebsdiagnose und Krebsbehandlung, die sie zeitlebens ohne Screening nie bekommen hätten. Screening führt zu Überdiagnosen und mehr, nicht weniger Behandlungen. 200 von 1.000 Frauen erhalten einen Verdachtsbefund, zum Teil müssen diese Fehlalarme durch Gewebeprobe abgeklärt werden. Jeder fünfte Brustkrebs wird durch die Mammografie nicht gefunden. Die jährlichen Kosten werden von Experten auf 300 Millionen Euro geschätzt.



**DR. ANDREAS KÖHLER**, *Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung*: Dank moderner Medizin können wir die Entstehung beziehungsweise Ausbreitung von Krebserkrankungen verhindern. Diese Chance müssen wir nutzen. Brustkrebs ist immer noch die häufigste Krebsart bei Frauen in Deutschland. Internationale Studien belegen, dass ein Mammografie-Screening die Sterblichkeit an Brustkrebs deutlich senken kann. Unter Wissenschaftlern und in den

Medien wird immer wieder diskutiert, ob der Nutzen für die einzelne Frau den hohen Aufwand des Screenings rechtfertigt. Natürlich muss letztendlich jede Frau entscheiden, ob sie sich untersuchen lässt. Fakt ist: Noch nie zuvor gab es eine qualitativ so hochwertige und zuverlässige Brustkrebsfrüherkennung.

**DR. CHRISTIAN ALBRING**, *Präsident des Berufsverbandes der Frauenärzte*: Wir begrüßen die Möglichkeit, dass Frauen in Form des Mammografie-Screenings eine Chance auf eine hochwertige Früherkennung von Brustkrebs bekommen. Wären Frauenärzte in das Screening eingebunden, könnten sie den vielfach skeptischen Frauen zu dieser idealen Präventionsmaßnahme raten und mögliche Bedenken zerstreuen. Aber nicht einmal bei pathologischen Befunden werden die behandelnden Frauenärzte von den Mammografie-Zentren regelmäßig eingebunden. Daher liegt die Teilnahmerate bei mageren 50 Prozent und erreicht nicht die für ein gesundheitspolitisch erfolgreiches Screening notwendige Rate von 70 bis 80 Prozent.



### FEHLZEITEN

## Frauen melden sich häufiger krank

Mehr Frauen als Männer in Deutschland sind mindestens einmal im Jahr arbeitsunfähig geschrieben. 2012 meldeten sich 57,2 Prozent der berufstätigen Frauen krank, aber nur 53,6 Prozent ihrer männlichen Kollegen. Das ergab eine Auswertung der Krankendaten von 8,7 Millionen



Versicherten der Barmer GEK. Im Vergleich zu 2011 gab es für beide Geschlechter einen leichten Rückgang der Krankmeldungen. ■

### ARZNEIMITTEL

## Impfstoffe jetzt auch aus China

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat erstmals einen Impfstoff „Made in China“ empfohlen. Es handelt sich um ein Mittel gegen die Japanische Enzephalitis, eine von Viren verursachte Gehirnentzündung, die vor allem in Ost- und Südostasien auftritt. Chinesische Firmen sind die weltweit größten Hersteller von Impfstoffen. Aber erst seit zweieinhalb Jahren erfüllen die chinesischen Behörden die

Anforderungen der WHO für den internationalen Einsatz von Impfstoffen. Hersteller des Enzephalitis-Impfstoffes ist das Chengdu Institute of Biological Products, eine Tochter der China National Biotec Group. Die Erkrankung ist weitgehend auf Indien, Pakistan, Nepal, Burma, Thailand, China, Japan und Korea beschränkt. In Europa ist nur ein Impfstoff aus Österreich zugelassen, der aber im Gegensatz zu dem chinesischen mehrfach gespritzt werden muss. Wahrscheinlich wird es ein weiterer Impfstoff aus China – der weltweit erste gegen Hepatitis E – in Kürze auf die WHO-Liste der empfohlenen Impfstoffe schaffen. ■

### CURRICULUM

## Mehr Praxisbezug im Medizinstudium

„Lernen statt Pauken“ heißt es ab sofort für Medizinstudierende in Düsseldorf. Zum Wintersemester genehmigten Wissenschafts- und Gesundheitsministerium in Nordrhein-Westfalen einen Modellstudiengang der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität. Das „Düsseldorfer Curriculum“ bietet nach Angaben der Universität vom ersten Semester an praxisnahe Ausbildung. Soziale, ethische und kommunikative Kompetenzen seien wichtige Inhalte. Der Modellstudiengang nehme damit wesentliche Elemente des künftigen Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin vorweg. Eine Besonderheit sei das „Task-Based Learning“. Für dieses Lehr- und Lernformat seien 123 Behandlungsanlässe (Tasks) definiert worden, die Bestandteil der Studien- und Prüfungsordnung sind. ■

## FORTBILDUNG

## Ärzte verzichten auf Sponsoring

Auf der jährlichen Fortbildungswoche der Thüringer Ärzte wird es im nächsten Jahr keine Produktseminare und Messestände geben. Stattdessen müssen die Teilnehmer eine Gebühr entrichten. Die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesärztekammer Thüringen haben beschlossen, die von ihnen seit 21 Jahren veranstaltete Ärztwoche mit zuletzt rund 1.000 Teilnehmern im Juni 2014 in Erfurt erstmals ohne Sponsoren durchzuführen. ■

## DACHVERBAND

## Neurologen wollen mehr Einfluss

Die neurologischen und psychiatrischen Berufsverbände haben einen „Spitzenverband ZNS“ gegründet. Man hoffe, gemeinsam in der ärztlichen Selbstverwaltung und der Politik mehr Einfluss zu bekommen, so Dr. Frank Bergmann, Verbandssprecher und Vorsitzender des Berufsverbands Deutscher Nervenärzte (BVDN). Mitglieder des Spitzenverbands sind neben dem BVDN der Berufsverband Deutscher Neurologen, der Berufsverband Deutscher Psychiater und der Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland. Für eine bessere Versorgung der Patienten mit Erkrankungen des zentralen Nervensystems seien eine Umstellung der Vergütung und eine stärkere Vernetzung notwendig. Psychiatrische Institutsambulanzen und niedergelassene Ärzte sollten nicht länger miteinander konkurrieren, sondern regional zusammenarbeiten. ■

## Köpfe und Karrieren



+++ **MELANIE HUML**, 38, verantwortet in der neuen bayerischen Landesregierung das Gesundheitsressort. Zuvor war die Medizinerin fünf Jahre lang Staatssekretärin im Gesundheits- und Umweltministerium des Freistaates. Die gebürtige Bambergerin trat 1993 in die Junge Union Bayern und 2001 in die CSU ein. Dem bayerischen Landtag gehört sie seit 2003 an. Zwischen 2007 und 2008 war sie Staatssekretärin im Arbeits- und Sozialministerium des Landes. Seit dem Jahr 2009 ist sie Mitglied im CSU-Präsidium und im Landesvorstand der Frauen-Union.

+++ **REGINE RAPP-ENGELS**, 57, hat erneut die Präsidentschaft des Deutschen Ärztinnenbundes (DÄB) übernommen. Die promovierte Fachärztin für Allgemeinmedizin, Naturheilverfahren und Sozialmedizin aus Freiburg bekleidet dieses Amt seit vier Jahren. Ihr zur Seite stehen als neue DÄB-Vizepräsidentinnen die habilitierte Anästhesistin und Professorin an der Berliner Charité, Gabriele Kaczmarczyk, sowie die in Wuppertal niedergelassene Allgemeinmedizinerin mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie, Dr. Christiane Gross.



+++ **KERSTIN BLASCHKE**, 53, ist neue Bundesvorsitzende des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte (FVDZ). Die promovierte Zahnärztin aus dem thüringischen Schmalkalden löst Dr. Karl-Heinz Sundmacher ab, der nicht mehr zur Wahl angetreten war. Mit Kerstin Blaschke steht erstmals eine Frau an der Spitze dieses zahnärztlichen Berufsverbandes. Dem Bundesvorstand gehört seit dem Jahr 2007 an und übernahm 2009 den stellvertretenden Vorsitz. Neue FVDZ-Vizevorsitzende sind die Zahnmediziner Dr. Michael Betz und Joachim Hoffmann.

+++ **WULF DIETRICH**, 67, steht als Vorstandsvorsitzender weiterhin an der Spitze des Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VdÄÄ). Der habilitierte Kardio-Anästhesist arbeitete 29 Jahre lang am Deutschen Herzzentrum München. Professor Dietrich unterstützen als VdÄÄ-Vizevorsitzende Kirsten Schubert, Ärztin in Berlin, Dr. Peter Hoffmann, Oberarzt für Anästhesie und Intensivmedizin in München, sowie der Gastroenterologe Dr. Bernhard Winter. Der VdÄÄ versteht sich als Alternative zu standespolitisch wirkenden Ärzteverbänden.



+++ **TOM ACKERMANN**, 42, ist vom Verwaltungsrat der AOK NORDWEST zum neuen Mitglied des Vorstandes der Gesundheitskasse gewählt worden. Der Diplom-Kaufmann war bisher Bevollmächtigter des Vorstands der AOK Rheinland/Hamburg und tritt zum 1. Februar 2014 die Nachfolge von Dr. Martina Niemeyer an, die dann zur stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden aufrückt. Neuer Leiter der Landesdirektion Schleswig-Holstein und zugleich Bevollmächtigter des Vorstands wird der 55-jährige Krankenkassenbetriebswirt Thomas Haeger, der bislang den Geschäftsbereich Ambulante Versorgung in Schleswig-Holstein leitete. Die Änderungen im Vorstand der AOK NORDWEST sind erforderlich, weil Dr. Dieter Paffrath, stellvertretender Vorstandsvorsitzender, und Lutz Bär, Vorstandsbevollmächtigter und Leiter der Landesdirektion Schleswig-Holstein, zum 31. Januar 2014 in den Ruhestand treten. Vorstandsvorsitzender der Gesundheitskasse ist Martin Litsch.

+++ **JÜRGEN GOHDE**, 65, führt weiterhin als Vorstandsvorsitzender das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA). Der promovierte Theologe und Pfarrer übt dieses Amt seit 2007 aus. Zuvor war er zwölf Jahre lang Präsident des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland. Dr. Jürgen Gohde leitete bis 2009 unter anderem den Beirat zur Entwicklung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums. Stellvertretende KDA-Vorsitzende sind Angelika Gräfin vom Hagen und Dr. Almut Satrapa-Schill.



# Ein Land, zwei Systeme?



**Die Kritik** am Nebeneinander von privater und gesetzlicher Krankenversicherung wird immer lauter. Doch wo genau liegen die Schwächen der beiden Systeme? Und wie könnte der Versicherungsmarkt von morgen aussehen?

**Antworten** liefert der Sammelband „Die Krankenversicherung der Zukunft“ des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). Autoren wie Klaus Jacobs, Heinz Rothgang oder Stefan Greß nehmen darin die strukturelle Einnahmeschwäche der gesetzlichen Kassen ebenso unter die Lupe wie etwa die mangelnde Fähigkeit der privaten Assekuranz, die Versorgungsqualität durch Verträge zu steuern.

**Knapp 300 Seiten** Analyse, rund 40 Tabellen und viele Lesetipps zu **dem** gesundheitspolitischen Zukunftsthema. Für alle, die mitreden wollen.

**Die Krankenversicherung der Zukunft**  
Anforderungen an ein leistungsfähiges System  
Klaus Jacobs und Sabine Schulze (Hrsg.)  
288 Seiten, Broschur, 17,80 Euro zzgl. 2,50  
Euro Verpackung und Versand  
ISBN: 978-3-940172-31-0

Die WIdO-Reihe im KomPart-Verlag

## Ja, ich bestelle ...

per Fax 030 220 11-105  
oder [www.kompart.de/shop](http://www.kompart.de/shop)



**Die Krankenversicherung der Zukunft**  
Anforderungen an ein leistungsfähiges System

\_\_\_ Exemplar(e) zum Preis von **17,80 Euro**  
(zzgl. 2,50 Euro Verpackung und Versand)

**Die Krankenversicherung der Zukunft**  
Anforderungen an ein leistungsfähiges System  
Klaus Jacobs und Sabine Schulze (Hrsg.)  
288 Seiten, Broschur  
ISBN: 978-3-940172-31-0

Lieferung gegen Rechnung  per Bankeinzug

\_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname

\_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Konto-Nr.

\_\_\_\_\_  
BLZ

\_\_\_\_\_  
Geldinstitut

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

**PRÄVENTION**  
**Millionen Menschen radeln zur Arbeit**

Im zehnten Jahr hat die Initiative „Mit dem Rad zur Arbeit“ die Marke von insgesamt 1,4 Millionen Teilnehmern übersprungen. 2013 verzeichnete die Aktion, die AOK und Allgemeiner Deutscher Fahrradclub (ADFC) gemeinsam ausrichten, nahezu ein Rekordergebnis: Rund 170.000 Beschäftigte legten insgesamt fast 23,5 Millionen Kilometer zwischen Wohnung und Arbeit per Fahrrad zurück. „Mit dem Rad zur Arbeit“ startete 2001 mit 828 Teilnehmern im bayerischen Günzburg. Im Jahr darauf machten fast 10.000 Beschäftigte in Bayern mit. Seit 2004 läuft die Initiative bundesweit vom 1. Juni bis zum 31. August. Ziel ist es, den Präventionsgedanken zu stärken und die Bevölkerung zu mehr sportlicher Aktivität zu animieren. Gleichzeitig dient die Aktion dem Umweltschutz:



Die 170.000 Pendler, die in diesem Jahr ihr Auto stehen ließen, senkten den Kohlendioxid-Ausstoß um 4,6 Millionen Kilogramm. ■

**SELBSTHILFE**  
**Neue Datenbank zu Depressionen**

Menschen mit Depressionen oder Burnout und ihre Angehörigen wagen es wegen bestehender Tabus häufig nicht, Fragen zu ihrer Erkrankung

zu stellen. Deshalb hat die Deutsche Depressionsliga wesentliche Fakten in einer Wissensdatenbank veröffentlicht. Rund 300 Beiträge behandeln Fragen aus den Bereichen Symptome, Diagnose, Therapie, Ursachen, Umgang mit Erkrankten, Erkrankung und Beruf. Die Wissensdatenbank soll laufend aktualisiert werden. ■

**MEHR INFOS:**  
[www.depressionsliga.de](http://www.depressionsliga.de) >  
**Wissensdatenbank**

**MARKETING**  
**Diakonie erhält Medien-Preis**

Die Personalmarketing-Kampagne der evangelischen Diakonie „Soziale Berufe kann nicht jeder“ hat den Silbernen Annual Multimedia Award 2014 erhalten. Der zur Kampagne gehörende Film „Multi-Kulti in Pflege und Betreuung“ wurde für den KAUSA-Medienpreis 2013 nominiert. Das Bundesarbeitsministerium und der Europäische Sozialfonds fördern die Online-Werbekampagne im Rahmen des Programms „Rückenwind für die Beschäftigten in der Sozialwirtschaft“. Zur Diakonie gehören rund 27.000 stationäre und ambulante Dienste wie Pflegeheime, Kliniken, Kitas, Beratungsstellen und Sozialstationen mit 453.000 Angestellten und etwa 700.000 freiwillig Engagierten. ■

**MEHR INFOS:**  
[www.soziale-berufe.com](http://www.soziale-berufe.com)

**SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH**

**„Organspende ist freiwillig und muss freiwillig bleiben“**

Nach Skandalen um manipulierte Wartelisten setzt die AOK Bayern beim Thema Organspende auf Aufklärung und Transparenz. Dazu Fragen an den Verwaltungsratsvorsitzenden der Gesundheitskasse, **Ivor Parvanov**.



**G+G:** Herr Parvanov, laut einer aktuellen Umfrage der AOK Bayern gibt es eine große Spannweite zwischen der Bereitschaft, Organe zu spenden, und dem Besitz eines Organspendeausweises. Woran liegt das?

**Parvanov:** Wir haben herausgefunden, dass 40 Prozent unserer Befragten grundsätzlich zur Organspende bereit sind, aber nur jeder Vierte besitzt einen Organspendeausweis. Dafür mag es unterschiedliche Gründe geben. Die Skandale im Zusammenhang mit Organtransplantationen, die 2012 erstmals bekannt wurden, haben es sicherlich nicht leichter gemacht, die Spendebereitschaft zu dokumentieren. Ohnehin ist für die meisten Menschen das Thema nur schwer zu fassen.

**G+G:** Lässt sich die Bereitschaft zur Organspende durch mehr Druck oder durch mehr Aufklärung verbessern?

**Parvanov:** Uns bleibt nur der Weg der umfassenden Aufklärung. Organspende ist freiwillig und muss freiwillig bleiben – alles andere

wäre ein Albtraum. Nicht nur um Organspender müssen wir uns bemühen. Was die Transplantationen selbst betrifft, brauchen wir absolute Transparenz. Nur so verhindern wir Manipulationen. Wir dürfen auch vermeintlich unpopuläre Maßnahmen wie beispielsweise die Konzentration von Transplantationszentren nicht ausschließen.

**G+G:** Über welche Kanäle informiert die Gesundheitskasse im Freistaat ihre Versicherten zum Thema Organspende?

**Parvanov:** Fast alles, was die Kommunikationsexperten im Werkzeugkasten haben, setzen wir zur Information über die Organspende ein. Wir haben eine kostenlose Telefon-Hotline und informieren ausgiebig in unserer Mitgliederzeitschrift. Wir versenden eine qualitativ hochwertige Broschüre und verteilen Faltblätter auch in Fremdsprachen. Wir machen Aufklärungs-Aktionen an Infoständen und im Internet stellen wir eine Entscheidungshilfe bereit.

Fotos: photos.com, AOK Bayern, privat

## Grenzen für die Chefarzt-Boni

In deutschen Kliniken wird so viel operiert wie nie. Möglicher Grund: fallzahlabhängige Chefarzt-Boni. Diese sind nicht per se schlecht, meint Jens Flintrop – vorausgesetzt, sie sorgen für mehr Qualität in der Versorgung und beeinflussen nicht die Indikationsstellung.



**DIE GRUNDIDEE IST EIGENTLICH GUT:** Ein Chefarzt unterschreibt einen Arbeitsvertrag, der ihm Bonuszahlungen verspricht, wenn die Fallzahlen seiner Abteilung steigen. Infolge dessen optimiert er Abläufe, kümmert sich anders als sein Vorgänger um die Weiter- und Fortbildung seines Teams und etabliert neue Hygiene- und Qualitätsstandards. Die daraus resultierende bessere Versorgung der Patienten spricht sich unter zuweisenden Ärzten herum.

Die Fallzahlen steigen – freilich zulasten der konkurrierenden Fachabteilung im Nachbar Krankenhaus, und der Chefarzt erhält seinen Bonus. Diese Form des ökonomischen Anreizes ist wünschenswert. Sie kommt Patienten zugute und sorgt für einen effizienten Einsatz knapper Ressourcen. Aber spätestens seit Bekanntwerden des Göttinger Transplantationskandals sind solche fallzahlabhängigen Bonuszahlungen verpönt. Der jetzt in Göttingen vor Gericht stehende Chirurg soll für jede transplantierte Leber eine Zusatzzahlung erhalten haben. Im Raum steht die Frage, ob er deshalb Patientendaten manipuliert, um mehr Operationen machen zu können.

Daraus resultiert die Debatte, bis wohin wirtschaftliches Verhalten in der Medizin akzeptabel ist? Und ab welchem Punkt ist der Arzt mehr Manager als Mediziner? Eine mögliche Grenzziehung könnte so aussehen: Solange finanzielle Hintergedanken bewirken, dass eine medizinisch zweifellos indizierte Maßnahme möglichst kostengünstig erbracht wird, sind Anreize sinnvoll und sogar geboten. Wenn ökonomisches Denken aber unmittelbar die Indikationsstellung des Arztes beeinflusst, um Erlöse zu steigern, ist die Grenze des Vertretbaren überschritten.

Inzwischen hat sich die Überzeugung durchgesetzt, dass die Gefahr einer solchen Grenzüberschreitung durch fallzahlorientierte Bonusvereinbarungen mit Chefarzten zu groß wird. Selbst die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Verband der Krankenhausdirektoren raten inzwischen von solchen Klauseln in Chefarztverträgen ab. An der wirtschaftlichen Mitverantwortung leitender Ärzte für ihre Abteilung gibt es hingegen keinen Zweifel.

Grundsätzlich beeinflusst im DRG-System jeder Arzt durch seine Indikationsstellung den Erlös und damit die Zukunft seines Krankenhauses. Somit muss jeder Mediziner hinterfragen, ob seine Indikationsstellung tatsächlich frei von finanziellen Interessen erfolgt oder nicht. Denn eines ist auch klar: Ein nicht indizierter Eingriff erfüllt den Tatbestand der Körperverletzung. Die Verantwortung für sein Handeln kann der Arzt nicht mit der Geschäftsführung teilen. ■

Jens Flintrop ist Redakteur beim Deutschen Ärzteblatt in Köln.

### ENDPROTHESEN

## Register startet im Januar bundesweit

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat allen Kliniken empfohlen, am Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) teilzunehmen. Das Register diene der Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der endoprothetischen Verfahren und unterstütze den Prozess der ständigen Qualitätsverbesserung, erklärte DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum. Für den bundesweiten Start im Januar 2014 sei das Register bereits bestens aufgestellt, erklärte EPRD-Geschäftsführer Professor Dr. Joachim Hassenpflug anlässlich des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie im Oktober in Berlin. Im Probetrieb wurden bereits fast 11.000 Operationen dokumentiert, mehr als 400 Krankenhäuser haben ihr Interesse an einer Teilnahme mitgeteilt. Mittelfristig wolle man alle endoprothetisch tätigen Kliniken in Deutschland für eine Teilnahme gewinnen, so dass alle Patienten vom EPRD profitieren können, sagte Hassenpflug, der auch Direktor der Klinik für Orthopädie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein in Kiel ist. Nach Worten Baums ist der Aufwand für die Kliniken gering. Die manuelle Dokumentation sei auf das notwendigste Maß beschränkt, Teile der Datensätze würden direkt aus der Software der Krankenhäuser herausgefiltert. So könnten zum Beispiel Materialschwächen von Prothesen schneller als bisher bemerkt und entsprechende Konsequenzen daraus gezogen werden. Beim Ende 2010 gegründeten EPRD ziehen Ärzte, Krankenkassen und Industrie an

einem Strang. Die EPRD gGmbH ist eine 100prozentige Tochter der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie. Finanziell, organisatorisch und mit Know-how wird das EPRD vom Verband der Ersatzkassen, vom AOK-Bundesverband und vom Bundesverband Medizintechnologie unterstützt. Während die Industrie eine umfassende Produktdatenbank mit rund 34.000 Einträgen zur Verfügung stellt, steuern die Krankenkassen anonymisierte Patientendaten bei, mit deren Hilfe sich die Entwicklung vom Einbau einer Endoprothese bis hin zu einer eventuell nötigen Wechsellagerung nachverfolgen lässt. ■

### ARBEITSMARKT

## Teilzeit boomt im Gesundheitssektor

Immer mehr Menschen in Deutschland arbeiten in Teilzeit. Nach Ergebnissen einer Studie des Nürnberger Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung stieg die Zahl der Teilzeit-Arbeitnehmer zwischen 2006 und Juni 2011 um 25 Prozent auf 5,7 Millionen. Der Trend setzt sich fort: Fast jede fünfte Neueinstellung erfolgte 2012 in sozialversicherungspflichtiger Teilzeit, also mehr als 15 Wochenstunden. Rund 80 Prozent aller Teilzeitstellen sind mit Frauen besetzt. Im öffentlichen Dienst und im Gesundheitssektor war 2012 mehr als jede dritte Neueinstellung (36 Prozent) in Teilzeit. Überdurchschnittlich häufig wurden Teilzeitkräfte auch im Handel, Verkehr und Gastgewerbe eingestellt (19 Prozent). ■

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

# Neue Regeln für Medizinprodukte

Nach dem Skandal um geplatzte Brustimplantate hat das Europäische Parlament eine neue Medizinprodukte-Verordnung verabschiedet. Trotz mancher Verbesserung lässt der Straßburger Kompromiss noch einiges zu wünschen übrig. **Von Ralf Breitgoff**

**Hersteller** von Hochrisiko-Medizinprodukten müssen künftig eine Haftpflichtversicherung mit ausreichender Deckung abschließen. Das Europäische Parlament folgt damit einer Kernforderung des AOK-Bundesverbandes und des Bündnisses von 50 europäischen Sozialversicherungsverbänden. Bisher war die Entschädigung von Patienten nicht gewährleistet, vor allem, wenn der Hersteller wegen des Skandals um ein fehlerhaftes Produkt zahlungsunfähig wurde. Erhöht hat das Parlament die Anforderungen an die Prüfstellen. Hochrisiko-Produkte dürfen nur noch über „Besondere Benannte Stellen“ auf den Markt kommen. Diese müssen höhere Anforderungen an die Qualifikation der Mitarbeiter erfüllen. Unter anderem müssen sie für die Bewertung von Studien qualifiziert sein. Die europaweit rund 80 Benannten Stellen wie der TÜV dürfen weiter das CE-Siegel für Medizinprodukte mit geringem Risiko vergeben. Bei den klinischen Stu-

dien zum Patientennutzen hat man die Chance vertan, für Hochrisiko-Produkte gleiche Anforderungen einzuführen wie für Arzneimittel. Weiterhin genügen nichtssagende Fallserien. Der Hersteller kann sogar auf Studien verzichten und auf ähnliche Produkte verweisen. Immerhin muss er begründen, warum er keine hochwertige Studie gemacht hat.

## Zugang zu klinischen Daten erleichtert.

Den Weg zu mehr Transparenz soll ein leichter Zugang zu den Studienergebnissen unter anderem für Patienten und Ärzte ebnen. Dieser ist aber nicht umfassend und insbesondere hinsichtlich der Transparenz eingetretener Fehler unzureichend. Auch die Rückverfolgbarkeit schadhafter Produkte ist nicht gelöst. Dies ließe sich zum Beispiel dadurch erreichen, dass Kassen die Daten über eingesetzte Implantate erhalten.

Aus Sicht der Berichterstatterin des EU-Gesundheitsausschusses Dagmar

Roth-Behrendt hat das Parlament dem Lobbydruck der Industrie nur bedingt standgehalten. Die Beschlüsse seien ein richtiger Schritt aber kein Meilenstein. Dennoch enthalten die Beschlüsse wesentliche Vorschläge des AOK-Bundesverbandes und der 50 europäischen Sozialversicherungsverbände. „Wichtig waren uns mehr Sicherheit, Transparenz und klare Verantwortlichkeiten“, sagte Jürgen Graalman, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes. „Im Vergleich zum ersten Entwurf der EU-Kommission und angesichts der massiven Lobbyarbeit der Hersteller wurden einige Verbesserungen erreicht, die aber auf keinen Fall ausreichen.“

**Sicherheit muss vorgehen.** Ein zentrales Zulassungsverfahren wie in den USA ist nicht vorgesehen. „Ausgehend vom ursprünglichen Ansatz der Berichterstatterin ist das enttäuschend“, so Graalman. Er verweist auf den Skandal um die Brustimplantate des französischen Herstellers Poly Implant Prothèse (PIP). Deren dünne Hülle ist verantwortlich, dass die Implantate so leicht reißen. In den USA hätte so ein Produkt nie zugelassen werden können. Dass PIP die Implantate zudem illegal mit Industriesilikon füllte, kam verschärfend hinzu. Der AOK-Bundesverband setzt nun auf die Verhandlungen zwischen EU-Parlament und Rat. Graalman: „Wir gehen davon aus, dass die Bundesregierung die Patientensicherheit vor Lobbyinteressen stellen und noch Einfluss nehmen wird. Vor allem müssen neue Hochrisiko-Produkte in randomisierten Studien getestet werden, bevor sie angewendet werden dürfen. Dafür setzen wir uns in Brüssel und in Berlin ein.“ ■

## Einteilung von Medizinprodukten nach Risikoklassen



Das Europarecht ordnet Medizinprodukte in Risikoklassen ein. Herzkatheter etwa sind besonders risikoreich, Lesebrillen hingegen haben ein geringes Gesundheitsrisiko. *Quelle: BMG*

**Ralf Breitgoff** ist stellvertretender Chefredakteur Aktuelles und Internet beim KomPart-Verlag.

# Bares für die sprechende Medizin

**Baustelle Ärztevergütung: Bis Mitte 2014 soll der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) stehen. Das Ziel: die hausärztliche Grundversorgung stärken. Mit dem Hausarzt-EBM haben Kassen und Ärzteschaft nun das Fundament gegossen. Von Thomas Rottschäfer**

**In den Hausarztpraxen** läuft die Uhr. Denn Frau oder Herr Doktor können ein ausführliches Patienten-Gespräch jetzt (wieder) einzeln abrechnen – vorausgesetzt sie halten bestimmte Mindestzeiten ein, und es geht um eine lebensverändernde Erkrankung. Jeder Praxis steht dazu pro Quartal ein individuelles Gesprächskontingent zur Verfügung. Die Neuerung ist mit weiteren Änderungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ambulanten Leistungen der Vertragsärzte und Psychotherapeuten (EBM) zum 1. Oktober in Kraft getreten. Der sogenannte Hausarzt-EBM ist Schwerpunkt einer Reform, die bis Mitte 2014 komplett abgeschlossen werden soll und mit der die Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) die hausärztliche Grundversorgung erhalten und verbessern wollen.

**Mittel aufgestockt.** Schon im laufenden Jahr finanzieren die Kassen diese Reform mit zusätzlichen 125 Millionen Euro. 2014 wird diese Summe um weitere 70 Millionen Euro für die Hausärzte aufgestockt. Und für die Fachärzte gibt es im neuen Jahr ebenfalls 70 Millionen Euro extra – in erster Linie zur Finanzierung der zum 1. Oktober eingeführten neuen Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung.

Wie immer beim EBM sind die Details kompliziert. Vereinfacht: Neben der Gesprächsleistung werden weitere Leistungen der hausärztlichen Grundversorgung aus der Versichertenpauschale ausgegliedert. „Das soll insbesondere Hausärzten helfen, deren Praxis in strukturschwachen Gebieten liegt. Sie stehen auch organisatorisch vor ganz anderen Herausforderungen als zum Beispiel die hochspezialisierte Fachärzte“, erläutert Dr. Christian Peters, Leiter Ambulante



Versorgung beim AOK-Bundesverband. Außerdem werden bei der Versichertenpauschale für die Haus-, Kinder- und Jugendärzte seit 1. Oktober fünf statt drei Altersgruppen unterschieden. Mit 23,60 Euro für Kinder bis zum vollendeten vierten Lebensjahr und 21 Euro für Patienten ab 76 Jahren gibt es die höchsten Pauschalen für die Kleinsten und die Ältesten. Peters: „Die neue Pauschale für die über 76-Jährigen wurde eingeführt, weil bei älteren Patienten, die häufig mehrere Erkrankungen haben, der Behandlungsaufwand größer ist.“

**Neue Leistungen eingeführt.** Das dreistellige Millionen-Plus für die Hausärzte ist auch mit neuen EBM-Leistungen verbunden. So gibt es seit 1. Oktober die geriatrische Versorgung für Patienten ab vollendetem 70. Lebensjahr, bei denen aufgrund der Art, Schwere und Komplexität ihrer Krankheit eine besonders aufwendige Versorgung nötig ist. Verbessert wird auch die allgemeine Palliativ-Versorgung. Dies bezieht sich insbesondere auf Erstdiagnostik und Betreuung von schwerstkranken und sterbenden Patienten. Für Hausbesuche bei palliativmedi-

zinisch zu versorgenden Patienten sind Zuschläge vorgesehen. Neu sind zudem sozialpädiatrische Leistungen der Kinder- und Jugendärzte, die sich insbesondere auf die Betreuung chronisch kranker oder behinderter Kinder beziehen. Die Betreuung chronisch Kranker durch Haus-, Kinder- und Jugendärzte wird überdies besser vergütet.

**Qualität muss punkten.** Hausarzt gestärkt – alles gut? Nicht ganz. „Der Hausarzt-EBM ist ein Schritt in die richtige Richtung“, sagt Peters vom AOK-Bundesverband. „Uns stört aber, dass wir es wieder einmal mit einer rein vergütungsorientierten Steuerung zu tun haben.“ Daher werde man genau beobachten, wie sich die Reform entwickle: „Das zusätzliche Geld der Beitragszahler muss sich für die Patienten in höherer Behandlungsqualität niederschlagen“, so der EBM-Experte. „Dass Geld einfach so in der Versorgungslandschaft versickert, haben wir ja oft genug erlebt.“ ■

**Thomas Rottschäfer** ist freier Journalist und spezialisiert auf gesundheitspolitische Themen. **Kontakt: info@satzerstand.de**

# Finde den Baum der Weisheit

Steile RSA-Felsen erklimmen, sichere Brücken ins Land der stabilen Steuerzuschüsse bauen, das rettende Ufer der Patientensicherheit erreichen: Mithilfe einer neuen App lässt sich der Dschungel der Gesundheitspolitik spielerisch durchqueren. **Von Thomas Hommel**

**Seit wann existiert in Deutschland** die freie Krankenkassenwahl? Was verbirgt sich hinter Kürzeln wie Morbi-RSA und EBM? Wer führt die Kassenärztliche Bundesvereinigung an – und wen vertritt sie? Mit welchem Gesetz wurde die Praxisgebühr eingeführt – und mit welchem Paragrafenwerk wieder abgeschafft?

Wer sich mit der Gesundheitspolitik beschäftigt, steht vor vielen Fragen, die er – will er Zusammenhänge richtig verstehen – erst einmal klären muss. Behilflich sind ihm dabei zumeist Lexika, Bücher, Fachzeitschriften und neuerdings auch Medien wie Internet und App.

Der AOK-Bundesverband hat jetzt eine solche App zur Gesundheitspolitik entwickelt. Mit ihr kann der Nutzer sein Wissen über EBM, RSA & Co. testen oder auffrischen. Insgesamt warten im „Land of Health“ rund 180 Fragen. Spie-

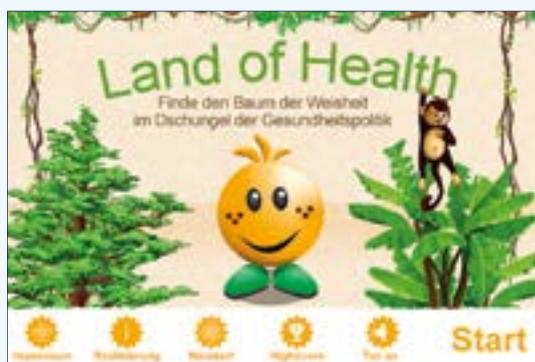
lerisch lassen sich damit teilweise komplexe Themen und Zusammenhänge im Dschungel der Gesundheitspolitik ergründen – ohne sich dabei im Gestrüpp der Begrifflichkeiten zu verirren. In sechs Geschicklichkeitsspielen kann der Nutzer auf drei Schwierigkeitsstufen beweisen, dass er sich im gesundheitspolitischen Dickicht behaupten kann.

**Und so funktioniert das Spiel:** Auf der Suche nach dem Baum der gesundheitspolitischen Weisheit erklimmt der Besucher im „Land of Health“ den dortigen RSA-Felsen der Gerechtigkeit, schwingt sich anschließend gekonnt über die Schlucht zwischen den Sektoren ambulant und stationär, baut schließlich Brücken ins Land des stabilen Steuerzuschusses und findet mit etwas Glück den Weg zum rettenden Ufer der Patientensicher-

heit. Das Spiel richtet sich an gesundheitspolitisch Interessierte, Journalisten, aber auch Profis. „Die Kanzlerin tut es und die meisten Abgeordneten tun es auch. Fast alle nutzen Smartphone und Tablet-Computer. Was liegt da näher, als in einer App informative, interessante und anschauliche Informationen über unser Gesundheitswesen mit einem witzigen und innovativen Geschicklichkeitsspiel zu verbinden“, umschreibt Jan Carels, Politikchef beim AOK-Bundesverband, die Idee hinter der App.

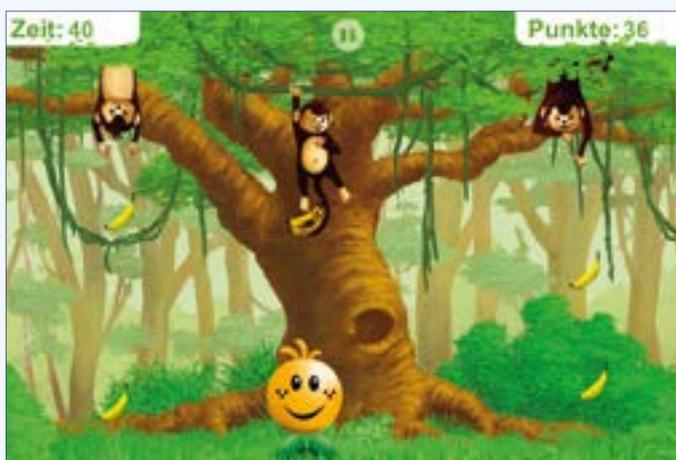
Die Spiele-App sei ideal für lange Sitzungstage und kalte Winterabende. „Und dummer wird man dabei auch nicht.“ Also: Nichts, wie auf ins Land der Gesundheit, den Baum der gesundheitspolitischen Weisheit erklimmen und die nächste Gesundheitsreform besser denn je verstehen. ■

## Mehr als nur ein Wissensquiz



### Mehr Infos zum Download:

Wie Sie die App „Land of Health“ auf Smartphone oder Tablet-PC herunterladen können, erfahren Sie auf den Internetseiten des AOK-Bundesverbandes: [www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > **Mediathek** > **Apps**



Fleißig Punkte sammeln: Auf spielerische Weise lassen sich mit der neuen AOK-App „Land of Health“ komplexe Themen der Gesundheitspolitik ergründen. In sechs Geschicklichkeitsspielen kann der Nutzer auf drei Schwierigkeitsstufen beweisen, dass er im Dschungel der Gesundheitspolitik überlebt.

# Umzug ins Europaviertel

Der Einfluss Europas auf die nationale Gesundheitspolitik wächst. Die AOK reagiert darauf mit einer stetigen Vertretung in Brüssel. Damit verschafft sie den Anliegen der gesetzlichen Krankenversicherung mehr Gehör. **Von Thomas Hommel**

**Die Luftlinie** zwischen Brüssel und Berlin beträgt um die 650 Kilometer. Gesundheitspolitisch gesehen liegt die belgische Metropole, die auch Hauptsitz der Europäischen Union (EU) ist, aber deutlich näher an Berlin. Denn egal, ob Änderungen an der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, Regelungen zur Ausbildung von Krankenschwestern oder die Zulassung von Medizinprodukten: Die EU mischt im deutschen Gesundheitswesen inzwischen kräftig mit.

Das veranlasst Verbände und Akteure auf nationaler Ebene immer stärker dazu, im Brüsseler Europaviertel die eigene Flagge höher zu hissen und die Kontakte zu EU-Institutionen zu vertiefen. Auch die AOK tut das. „Die Bedeutung von EU-Entscheidungen für das deutsche Gesundheitswesen nimmt permanent zu“, sagt Jürgen Graalman, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes. Die Gesundheitskasse habe daher beschlossen, in Brüssel stetig vertreten zu sein. „Auf diese Weise wollen wir die Interessenvertretung der AOK und damit auch die der GKV auf EU-Ebene weiter stärken“, so Graalman.

**Eng mit der EU verzahnt.** Die Vertretung in Brüssel übernimmt Evert Jan van Lente, bislang stellvertretender Geschäftsführer Versorgung beim AOK-Bundesverband. „Das Gesundheitswesen ist einer der wenigen Bereiche in der EU, der den Mitgliedsstaaten vorbehalten ist“, sagt van Lente mit Verweis auf Artikel 168 des im Dezember 2009 in Kraft getretenen Vertrages von Lissabon. Unter Absatz 7 steht dort: „Bei der Tätigkeit der Union wird die Verantwortung der Mitgliedsstaaten für die Festlegung ihrer Gesundheitspolitik sowie für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung gewahrt.“ Gleichwohl,

## Gemeinsam vor Ort

Die Deutsche Sozialversicherung unterhält bereits seit 1993 eine gemeinsame Europavertretung in Brüssel, die für die Sparten der gesetzlichen Renten-, Kranken- und Unfallversicherung tätig ist. Die Repräsentanz hat die Aufgabe, die nationalen Spitzenorganisationen über alle relevanten Entwicklungen des europäischen Einigungsprozesses zu informieren und den Kontakt zu den EU-Institutionen zu pflegen und zu vertiefen. Darüber hinaus wurde 1996 – auf deutsche Initiative hin – die Arbeitsgemeinschaft European Social Insurance Platform (ESIP) gegründet. Sie steht in direktem Kontakt zu den Einrichtungen und Dienststellen der EU und ist so aktiv in die Gestaltung der europäischen Sozialpolitik eingebunden.

Weitere Infos: [www.esip.org](http://www.esip.org)

betont AOK-Experte van Lente, seien schon Aufgaben im Gesundheitswesen auf EU-Ebene geregelt. So sei die Europäische Arzneimittel Agentur (EMA) bereits seit 1995 für die Zulassung von Arzneimitteln in der EU zuständig. Im Rahmen einer aktuellen Verordnung zu Medizinprodukten sollte eine ähnliche zentrale Zulassung geschaffen werden, betont van Lente. „Wir sehen, wie eng Europa mittlerweile mit der deutschen Gesundheitspolitik verzahnt ist.“ (Siehe dazu auch Beitrag auf Seite 14).

„Die EU wird immer bedeutsamer für Deutschland – auch im Gesundheitswesen. Deshalb gilt es, in Brüssel klar Position zu beziehen“, sagt auch Elisabeth Reker-Barske, zuständig für den Bereich Europa und Internationales beim AOK-Bundesverband. Grundsätzlich sei der fortschreitende Einigungsprozess Europas aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen zu begrüßen, betonen beide AOK-Experten. So könne die EU etwa bei der

Kennzeichnung von Lebensmitteln gesundheitsbezogene Aspekte stärker berücksichtigen – zum Beispiel in Form eines Ampelschemas.

Auch die Zulassung von Medizinprodukten sei ein „sehr schönes Beispiel“ für die große Bedeutung europäischer Regeln. „Ein Medizinprodukt kennt keine nationalen Grenzen mehr. Ein Brustimplantat, das in Frankreich hergestellt wird, ist auch im deutschen Handel zu haben. Deshalb sind gemeinsame Lösungen für die Zulassung und Kontrolle der Produkte nötig“, erläutert Reker-Barske.

**Nationale Besonderheiten wahren.** Über Fragen der Organisation und der Finanzierung ihres jeweiligen Gesundheitswesens müssten aber die einzelnen Nationalstaaten weiter selbst entscheiden, ergänzt van Lente. „Das Grundziel der EU, den europäischen Binnenmarkt voranzutreiben, darf nicht dazu führen, dass den Interessen von Versicherten und Patienten geschadet wird.“ Auf dem Gesundheitsmarkt müssten nationale Besonderheiten gewahrt bleiben. Mit seinem Prinzip der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen beispielsweise fahre Deutschland seit Jahren sehr gut.

An Europa-Themen, die demnächst auf seinem Schreibtisch in Brüssel auf ihn warteten, mangle es nicht, erklärt van Lente. „Die Liste ist lang. Sie reicht vom Datenschutz über die Neuordnung der Mehrwertsteuer bis hin zum geplanten Handelsabkommen zwischen der EU und den Vereinigten Staaten von Amerika. „All dies kann für das Gesundheitssystem in Deutschland große Auswirkungen haben“, sagt van Lente. Umso wichtiger sei es denn auch, dafür zu sorgen, „dass die Interessen der gesetzlichen Krankenkassen und ihrer Versicherten in Brüssel mehr Gehör finden“. ■

# Heiterkeit ist die beste Therapie

Entmündigte Patienten, desillusionierte Ärzte, verbitterte Krankenschwestern: In einer Studie moniert der Arzt und Kabarettist Eckart von Hirschhausen die oft triste Stimmung in deutschen Kliniken. Sein Vorschlag: Mehr Raum für Humor und weniger sture Regeln. **Von Benjamin Rohrer**

**Der Eingriff steht kurz bevor.** Die Pflegerin schiebt das Krankenbett behutsam in Richtung Operationssaal. Plötzlich entgleitet dem Patienten vor lauter Nervosität ein Furz. „So pusten wir hier in Köln die Kerzen aus“, kommentiert die Pflegerin. Beide beginnen herzlich zu lachen.

Einer aktuellen Studie der Stiftung „Humor hilft heilen“ des Kabarettisten und Arztes Dr. Eckart von Hirschhausen zufolge spielen sich derartige Szenen viel zu selten in den rund 2.000 deutschen Krankenhäusern ab. Dort sei der Alltag eher trist, mitunter sogar frustrierend, so die Analyse.

Hirschhausen und zehn Psychotherapeuten haben für ihre Studie jeweils 40 Patienten, Ärzte und Pflegekräfte aus Universitätskliniken, konfessionellen und privaten Häusern in Einzelgesprächen nach ihrem persönlichen Seelenleben jenseits von Diagnosen, Fallpauschalen und Blutkonserven befragt.

Ergebnis: Patienten erleben das Krankenhaus oft als „Schicksalsmühle“. Ärzte verlieren aufgrund von Zeitdruck und Verwaltungsaufgaben langsam, aber sicher ihre ursprünglichen Ideale aus den Augen und stumpfen ab. Pflegekräfte sehen wegen mangelnder Wertschätzung keine Entwicklungsmöglichkeiten mehr und brennen aus. Das Krankenhaus fresse sein eigenes Personal auf, gute Mitarbeiter würden gehen, sagt der Psychologe Stephan Grünewald, Mitbegründer des Rheingold Instituts, das die Studie umgesetzt und ausgewertet hat.

**Babysprache und Entmündigung.** Das Gros der Patienten fühlt sich demnach entmündigt und ausgeliefert. Viele sähen sich in ihre Kindheit zurückgeworfen: Es gebe kaum Privat- und Intimsphäre, man werde in Babysprache angesprochen, und selbstverständliche Dinge wie Essen wür-



Stiftung mit Humor

Im Jahr 2008 wurde die Stiftung „Humor hilft heilen“ von dem Mediziner Dr. Eckart von Hirschhausen ins Leben gerufen. Ihr Ziel: das „therapeutische Lachen“ in Kliniken fördern. Dazu besuchen deutschlandweit von „Humor hilft heilen“ engagierte und ausgebildete Clowns Krankenhäuser und Heime. Mit ihren Spendengeldern finanziert die Stiftung Weiterbildungen für Ärzte und Pflegekräfte sowie wissenschaftliche Studien über die positive Wirkung des Humors in der Medizin. Für nicht-stationäre Patienten will die gemeinnützige Gesellschaft „humortherapeutische Ambulanzdienste“ schaffen.

Weitere Infos: [www.humorhilftheilen.de](http://www.humorhilftheilen.de)

den einem abgenommen. Die Studienautoren schlagen vor, die Behandlung des Patienten – beginnend mit der Aufnahme im Krankenhaus – menschlicher und vor allem weniger bürokratisch zu gestalten. Zudem sollten Therapien verständlicher, sprich einfühlsamer erklärt werden. „Die Wirksamkeit hängt auch von den Wirkbildern des Arztes ab“, sagt Hirschhausen. Auch gängige Therapiestandards stellen die Autoren in Frage: So werde etwa mit Schmerzmitteln „gegeizt“. Und: Die stoische Einhaltung von Hygieneregeln wirke mitunter abschreckend.

## Mehr Teamwork statt starrer Hierarchie.

Die Ärzte wiederum sehen sich laut Befragung als „Schicksalsbekämpfer zwischen Gott und Gosse“. Einerseits motiviere sie der von ihnen vorangetriebene Heilungsprozess. Andererseits mache ihnen eine überbordende Bürokratie zu schaffen. „Vielen bleibt nur die Flucht in die eigene Praxis. Menschen, die bleiben, sind Zyniker und Frustrierte“, resümiert Hirschhausen. Seine Empfehlung: Hierarchien müssten ab- und eine neue Form von Teamarbeit aufgebaut werden. Die Ärzte sollten sich vom „unfehlbaren Gott zum Kollegen“ wandeln. Untereinander sei mehr Kommunikation angesagt – ein gemeinsamer Kantinengang beispielsweise bewirke hier einiges.

**Gelassenheit ist heilsam.** Hirschhausen zufolge wird die heilende Kraft des Humors in der Medizin bisweilen unterschätzt. „Die seelische Hygiene ist genauso wichtig wie die Desinfektion der Hände.“ Nur weil sich eine heilsame Stimmung schlecht messen lasse, heiße das nicht, „dass sie weniger wirksam ist“. Im Gegenteil: Mittels Heiterkeit könnten Menschen das Gefühl erlangen, sich über ihr Schicksal zu erheben. Humor sei der „humane Schmierstoff“ fürs Krankenhaus. Freilich: Ein Utopist sei er nicht, so Hirschhausen. „Es müssen nicht alle in den Kliniken tanzen, singen und lachen.“ Vielmehr seien es kleine Gesten, die atmosphärisch etwas ändern.

Wenn von Humor in der Medizin die Rede sei, dann im Sinne von Zugewandtheit und Gelassenheit – wie im Falle des Op-Patienten und der Krankenschwester, die sich über einen kleinen Fauxpas köstlich amüsieren können. ■

**Benjamin Rohrer** ist Redakteur beim KomPart-Verlag.

# „Das Zielgewicht muss realistisch sein“

Die Hälfte aller Deutschen ist dick, ein Viertel wiegt so viel, dass Experten von Adipositas sprechen. Diäten, Sport und Medikamente helfen oft nur kurzfristig, sagt **Martina de Zwaan**. Die Vizepräsidentin der Deutschen Adipositas Gesellschaft plädiert für mehr Verhältnisprävention.

**Jeder Vierte in Deutschland hat Adipositas, bringt also beispielsweise bei 1,70 Meter mehr als 90 Kilogramm auf die Waage. Worin liegen die Ursachen?**

**de Zwaan:** Die Hauptgründe dafür sind die ständige Verfügbarkeit kalorienreicher Nahrung und der Bewegungsmangel. Weil wir uns kaum bewegen, ständig etwas zu essen haben und der Körper den Energieüberschuss speichert, nimmt die Adipositas zu. Eine große Rolle spielen die steigenden Portionsgrößen: Je voller der Teller und je größer die Chipstüte, desto mehr isst der Mensch.

**Welche Therapien helfen?**

**de Zwaan:** Das scheint aus medizinischer Sicht zunächst simpel: Wer weniger Kalorien aufnimmt, als der Körper braucht, verliert Gewicht. Ob man beim Fett oder bei den Kohlenhydraten spart, ist egal. Wichtig ist, sich nicht zu viel vorzunehmen. Das Zielgewicht muss realistisch sein: Fünf bis zehn Prozent des Ausgangsgewichts abzunehmen, ist schon ein Erfolg, wenn das Gewicht dann stabil bleibt. Um den Lebensstil auf Dauer zu verändern, müssen Patienten hochmotiviert sein – das ist die Herausforderung.

**Welche Chancen bietet die Psychotherapie bei starkem Übergewicht?**

**de Zwaan:** Verhaltenstherapie hilft, den Lebensstil zu verändern. Dazu gehören Methoden der Stimulus-Kontrolle, wie kleinere Teller zu nehmen, länger zu kauen, keine Vorräte anzulegen. Einige Patienten brauchen eine intensive Psychotherapie, weil sie traumatisiert sind und mit dem Essen ihre Emotionen regulieren. Dann gilt es, die psychische Grunderkrankung zu behandeln. Verhaltensthe-

rapie spielt in den meisten Programmen zur Gewichtsreduktion eine Rolle. Allerdings liegen kaum Zahlen zur Wirkung der Programme vor. Die kurzfristigen Erfolge sind recht gut, aber die meisten Teilnehmer können das Gewicht nicht halten. Deshalb müssten sie langfristig betreut werden. Wenn jedoch 25 Prozent



Suchtverlagerung in Richtung Alkohol hindeuten. Zudem zeigen US-amerikanische Daten, dass das Suizidrisiko postoperativ steigt, und das trotz Abnahme depressiver Verstimmungen.

**Wie könnte der Trend zur Adipositas gebrochen werden?**

Die Kinder lernen in der Schule etwas über gesunde Ernährung. Und zu Hause sagen die Eltern: Wir gehen ins Fastfood-Restaurant.

Prof. Dr. Martina de Zwaan

der Bevölkerung eine Dauerbegleitung brauchen, stellt das eine finanzielle Herausforderung dar.

**Die Zahl an Adipositas-Operationen wie Magenverkleinerungen ist gestiegen: 2012 waren es bundesweit schätzungsweise 9.000. Ein Grund zur Sorge?**

**de Zwaan:** Die Operationen werden in Deutschland im Rahmen einer Qualitätskontrolle von den Chirurgen selbst mit einem Register begleitet. Im Durchschnitt wiegen die Patienten vor dem Eingriff 150 Kilogramm und mehr. Mit einer Operation verlieren sie mehr Gewicht und können es dann besser halten. Langzeituntersuchungen zeigen, dass die Mortalität insgesamt abnimmt. Psychische Langzeitfolgen sind ebenfalls vorrangig positiv. Jedoch gibt es auch Befunde, die bei einigen Patienten auf eine

**de Zwaan:** Wir brauchen neben Ernährungsaufklärung und Bewegungsförderung mehr Verhältnisprävention, also Einfluss auf die Lebensmittelindustrie oder den Städtebau. Die Initiativen in Kindergärten und Schulen bringen wenig, wenn die Umgebungseinflüsse gleich bleiben. Die Kinder lernen in der Schule etwas über gesunde Ernährung. Und zu Hause sagen die Eltern: Wir gehen ins Fastfood-Restaurant. ■

Die Fragen stellte Änne Töpfer.

## Zur Person

**Prof. Dr. Martina de Zwaan**, Psychosomatikerin und Psychiaterin, Direktorin der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie an der Medizinischen Hochschule Hannover, ist Vizepräsidentin der Deutschen Adipositas Gesellschaft. Sie forscht unter anderem über Essstörungen. [dezwaan.martina@mh-hannover.de](mailto:dezwaan.martina@mh-hannover.de)



# Nachrechnen lohnt sich

Rund 60 Milliarden Euro haben die gesetzlichen Kassen 2012 für Krankenhausbehandlungen gezahlt – nicht ohne die Rechnungen gründlich zu prüfen. Das lohnt sich: Die Kliniken müssen die Beträge um jährlich bis zu zwei Milliarden Euro nach unten korrigieren. **Martina Purwins** beschreibt das Kontrollverfahren und sein Konfliktpotenzial.

**E**s ist Donnerstag, 13 Uhr. Herr M. kann nach einem fünftägigen Krankenhausaufenthalt wieder nach Hause zu seiner Familie fahren. Wegen starker Herzbeschwerden – seine Herzkranzgefäße sind verengt – haben die Ärzte in der Klinik eine Herzkatheteruntersuchung vorgenommen und ein Röhrchen (Stent) in eine Koronar-Arterie eingebracht. Alles ist ohne Komplikationen verlaufen, obwohl der 60-Jährige unter Typ-2-Diabetes und Bluthochdruck leidet. Während er auf seinen Entlassungsbrief wartet, begleitet Herr M. seine Rechnung: Zehn Euro pro Tag hat er als gesetzlich Versicherter zu zahlen – und die Gebühren für sein Telefon. Seine Klinikbehandlung hat insgesamt jedoch rund 2.900 Euro gekostet. Dafür kommt seine Krankenkasse auf. Das Krankenhaus rechnet für die Leistungen die Diagnosis Related Group (DRG) F58B ab (Perkutane Koronarangioplastie ohne äußerst schwere Komorbiditäten). Was in der DRG-Beschreibung kompliziert klingt, ist abrechnungstechnisch ein einfacher Fall – die Kasse wird den Betrag widerspruchlos und zeitnah begleichen. So läuft es bei fast 90 Prozent aller 18,6 Millionen Behandlungsfälle, die Deutschlands Krankenhäuser den Kassen im Jahr 2012 in Rechnung stellten.

**Kassen kommen Treuhänderfunktion nach.** Bei zehn bis zwölf Prozent aller Klinikrechnungen aber ergeben sich nach Prüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) Beanstandungen. Die Kliniken müssen den Rechnungsbetrag nach unten korrigieren – nach Schätzungen des GKV-Spitzenverbandes im Jahr 2011 um insgesamt annähernd zwei Milliarden Euro. Mit den Rechnungsprüfungen kommen die Krankenkassen ihrer Treuhänderfunktion für die Verwendung von Beiträgen ihrer Versicherten nach. Die Prüfungen verfolgen das Ziel, mögliche Falschabrechnungen oder unnötige Leistungs- und Mengenausweitungen zu verhindern und erfüllen damit

das Wirtschaftlichkeitsgebot: Der Gesetzgeber hat festgelegt, dass stationäre Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen. Mit Einführung der DRGs ist die Rechnungsstellung und -prüfung aufwendiger geworden, was häufig zu Konflikten zwischen Kliniken und Krankenkassen führt. Mit dem Beitragsschuldengesetz, das Mitte 2013 in Kraft trat, führte der Gesetzgeber daher Regelungen ein, die den Aufwand in der Rechnungsprüfung langfristig reduzieren und Meinungsverschiedenheiten verringern sollen (*siehe unten*).

**DRG-System hat sich bewährt.** Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) vergütet stationäre Krankenhausleistungen seit rund zehn Jahren nach dem DRG-System. Kliniken erhalten seitdem nicht mehr tagesgleiche Pflegesätze für die Behandlung jedes Patienten, sondern eine von der Hauptdiagnose und weiteren Faktoren wie beispielsweise Begleiterkrankungen abhängige Pauschale. Für jede DRG ist die Aufenthaltsdauer der Patienten festgelegt – Unter- oder Überschreitung führen zu Ab- oder Zuschlägen. Außerdem können Kliniken unter Umständen Zusatzentgelte berechnen, so zum Beispiel für den Einsatz bestimmter Materialien und Medikamente. Die Kalkulation der DRGs, also die Bewertung, aus der sich der Rechnungsbetrag ergibt, erfolgt jährlich anhand der Echt-Kostendaten ausgewählter Krankenhäuser (Kalkulationshäuser). Dafür ist das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zuständig. Im DRG-Entgeltkatalog sind in diesem Jahr 1.187 DRG-Fallpauschalen ausgewiesen.

Grundlegende Zielsetzungen bei der Einführung des DRG-Systems waren die leistungsbezogene Vergütung der Krankenhäuser sowie die Schaffung von mehr Transparenz bei Leistungen und Kosten. Außerdem erhoffte sich der Gesetzgeber von den DRGs eine Verkürzung der Aufenthaltsdauer, aber auch



## „Die Fallmanager sind unverzichtbar“

**Tom Seiffert** ist Referent für Strategie, Fall- und Abrechnungsmanagement in der stationären Versorgung bei der AOK PLUS.

**G+G:** Kombinieren wie Sherlock Holmes oder Akten wälzen wie ein Finanzbeamter: Wie würden Sie die Arbeit eines Krankenhaus-Fallmanagers charakterisieren, der Rechnungen von Kliniken prüft?

**Seiffert:** Er ist eher Detektiv als Finanzbeamter, denn er bekommt maximal fünf Prozent der Informationen, die dem Krankenhaus zur Verfügung stehen. Die Fallmanager brauchen einen gesunden Spürsinn für Verwaltungshandeln und juristische Konsequenzen – sie müssen kleine Juristen sein, weil sich ein großer Teil des Prüfverfahrens auf Verträge und Gesetze gründet. Außerdem brauchen sie ein Grundverständnis für Medizin und Ökonomie. Immerhin sind die Ausgaben für Krankenhausbehandlung der größte Posten bei den Krankenkassen.

**G+G:** Muss der Fallmanager das DRG-System in- und auswendig kennen – oder wie qualifiziert er sich für die Aufgaben?

**Seiffert:** Das wäre wünschenswert, aber dazu ist das System zu komplex. Die rund 1.200 Fallpauschalen ändern sich jährlich und werden aus schier unendlich vielen Kombinationsmöglichkeiten von Diagnosen und Prozeduren gebildet – die kann niemand in- und auswendig kennen. Kontinuierliche Fortbildung und Spezialisierung können sicherlich viel dazu beitragen, dass die Abrechnungsprüfer der Kassen fehlerhafte Rechnungen der Krankenhäuser erkennen.

**G+G:** Welchen Anteil an den Prüfungen übernimmt die Software?

**Seiffert:** Sie sortiert vor. In der ersten Stufe prüft sie die Datensätze, also etwa Aufnahme- und Entlassungsdatum. Im zweiten Schritt prüft die Software Formalitäten, beispielsweise ob aus einer Behandlung zwei Fälle gemacht worden sind. Und sie prüft medizinische Zusammenhänge, etwa ob Nebendiagnosen zur Hauptdiagnose passen. Die Technik stößt aber an Grenzen: Eine Software kann zum Beispiel nicht erkennen, ob eine Hauptdiagnose korrekt angegeben ist. Die Software hat maximal 40 Prozent Trefferquote beim Auffinden von Fehlern. Wir brauchen deshalb das Know-how der Abrechnungsprüfer – die Krankenhaus-Fallmanager sind unverzichtbar.

**G+G:** Wer ist in den Kliniken Ansprechpartner für Fallmanager?

**Seiffert:** Erster Ansprechpartner ist für uns der Medizinische Dienst der Krankenversicherung. Teilweise haben Fallmanager direkt Kontakt zu Controllern, Patientenverwaltung oder Ärzten. Aber seit es die Aufwandspauschale gibt, ist das Interesse der Kliniken an einer Fallklärung außerhalb der Prüfung durch den Medizinischen Dienst merklich zurückgegangen.

**G+G:** Bitte schildern Sie den typischen Fall einer nicht plausiblen Rechnung.

**Seiffert:** Da bietet das DRG-System einfach zu viele Möglichkeiten, als dass die Kliniken es den Kassen mit typischen Fällen leicht machen würden. ■

mehr Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander. Diese Ziele wurden weitgehend erreicht.

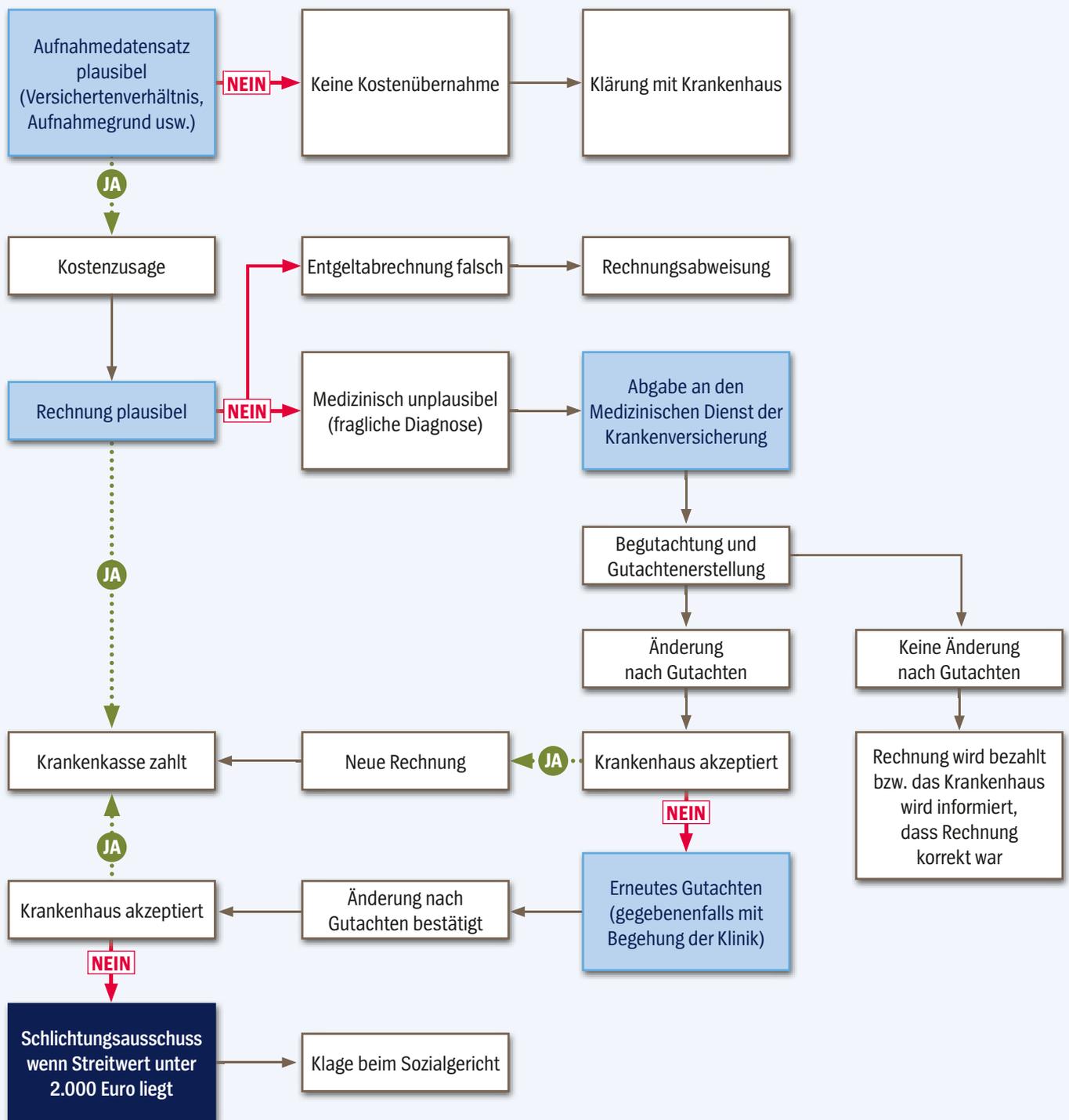
**Verfahren lässt Interpretationsspielraum.** Für die Abrechnung der Behandlung eines Patienten muss das Krankenhaus die Hauptdiagnose und aufwandsrelevante, ressourcenverbrauchende Nebendiagnosen und Prozeduren (Diagnostik, Operationen, Anästhesie und anderes mehr) kodieren. Auch beispielsweise die Dauer der künstlichen Beatmung eines Patienten kann sich unmittelbar auf den Preis der Behandlung auswirken. Damit die Kliniken nach einheitlichen Maßstäben kodieren und abrechnen, werden zahlreiche Regelungen auf der Bundesebene getroffen und regelmäßig überarbeitet. Die Selbstverwaltungspartner (Deutsche Krankenhausgesellschaft, GKV-Spitzenverband und der Verband der privaten Krankenversicherung) und das InEK passen die Deutschen Kodierrichtlinien unter Beteiligung von Bundesärztekammer und Deutschem Pflegerat jährlich an. In einer Fallpauschalen-Vereinbarung regeln GKV-Spitzenverband, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutschen Krankenhausgesellschaft darüber hinaus insbesondere die Abrechnungsbestimmungen.

Bei der Abrechnung im DRG-System können Krankenhäuser anders als bei der Vergütung nach dem Selbstkostendeckungsprinzip Gewinne und Verluste machen. Zudem ist das Verfahren so komplex, dass zahlreiche Interpretationsspielräume bestehen. Beides führt dazu, dass ein Teil der Klinikrechnungen der Kontrolle durch die Krankenkassen nicht standhalten und korrigiert werden müssen.

**Kasse beauftragt Medizinischen Dienst.** Die Krankenhäuser übermitteln ihre Rechnungen auf elektronischem Wege an die Krankenkassen. Sie fassen alle erforderlichen Daten des Patienten zusammen. Die Angaben dafür sind gesetzlich vorgeschrieben und werden mittels definierter Buchstaben- und Zahlen-codes verschlüsselt. So müssen die Kliniken beispielsweise zu jedem Patienten Aufnahme- und Entlassungsdatum, Uhrzeit, Grund der Aufnahme sowie Aufnahme- und Hauptdiagnose, aber auch die relevanten Nebendiagnosen sowie diagnostische und therapeutische Schritte genau angeben.

Bei der Krankenkasse durchläuft die Rechnung in einem automatisierten Prozess formale Prüfschritte (siehe Abbildung rechts: „Kontrolle mit System“). Dazu gehören Überprüfungen zum Entgelt sowie die Prüfung nach medizinischen Kriterien – teils mit Hilfe von Software. Wenn keine Beanstandungen bestehen, zahlt die Kasse die Rechnung unmittelbar. Bei einer Auffälligkeit prüft ein Sachbearbeiter der Krankenkasse die Rechnung tiefergehend. Kann die auffällige Krankenhausrechnung weiterhin nicht plausibilisiert werden, beauftragt die Kasse den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, die Rechnung zu kontrollieren. Der MDK begutachtet die Voraussetzungen für eine stationäre Behandlung, Art und zum Umfang der Leistung sowie Auffälligkeiten in der Abrechnung für die jeweilig erbrachten Leistungen. Auf dieser Basis beurteilt der MDK, ob die umstrittenen Sachverhalte korrekt dargestellt wurden. Dazu können die MDK-Gutachter die Unterlagen vom Krankenhaus anfordern oder sie gehen zur Nachforschung direkt

# Kontrolle mit System: Wie die Kassen die Klinikrechnungen prüfen



Erst prüfen, dann zahlen: Die Krankenkassen haben den gesetzlichen Auftrag, Krankenhaus-Rechnungen zu kontrollieren. Sachbearbeiter sichten die elektronisch eingereichten Rechnungen mithilfe von Software. Bei Auffälligkeiten, die nicht direkt zur Abweisung der Rechnung führen, beauftragt die Kasse den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit einem Gutachten.

Erweist sich die Rechnung dabei als korrekt, müssen die Kassen der Klinik eine Aufwandspauschale von 300 Euro pro Fall zahlen. Wenn die Rechnung des Krankenhauses tatsächlich fehlerhaft ist, hat die Klinik lediglich den Rechnungsbetrag zu korrigieren.

Quelle: AOK-Bundesverband



### „Anreize für alle Beteiligten ändern“

Die Kodierung im DRG-System ist aufgrund nicht eindeutiger Regeln fehleranfällig. Ein Dissens über die korrekte Kodierung ist daher systemimmanent. Der weit überwiegende Anteil der Kodierfehler ist jedoch durch Weiterentwicklung des DRG-Systems nicht mehr entgeltrelevant. Der größte Teil der Fallprüfungen betrifft deshalb nicht Kodierfehler, sondern Indikationsfragen im Sinne von

Fehlbelegungen oder versucht, die Indikation beziehungsweise Kodierung tatsächlich erbrachter Leistungen mittels einer als unzureichend dargestellten Dokumentation strittig zu stellen. Gründe für die derzeit hohe Zahl der Fallprüfungen liegen nicht nur in fehleranfälligen Abrechnungen oder Fehlanreizen für Krankenhäuser, sondern insbesondere auch im Wettbewerb der Kostenträger um Rechnungskürzungen. Lösungsansätze werden nur dann Fallprüfungen reduzieren, wenn Anreize für diesen Wettbewerb vermindert werden. Ein Sanktionsbetrag für Krankenhäuser würde zu einer weiteren Steigerung der Zahl der Fallprüfungen und festgestellten „Falschabrechnungen“ führen. Ungeachtet der Schwächen kann auf Fallprüfungen jedoch zur Aufrechterhaltung eines gerechten Wettbewerbs der Krankenhäuser nicht verzichtet werden. Es wäre allerdings wünschenswert, wenn durch eine Änderung der Anreize für alle Beteiligten die Prüfungen deutlich reduziert werden könnten. Damit stünde ein großer Teil der heute für Fallprüfungen eingesetzten Ressourcen der Solidargemeinschaft für die unmittelbare Finanzierung von medizinischen Leistungen zur Verfügung.

**Professor Dr. Norbert Roeder** ist Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des Uniklinikums Münster. Er gründete die DRG-Research-Group am UKM.



### „Aufwandspauschale abschaffen“

Für die Kodierung der Behandlungsfälle existieren mehr als 13.000 Diagnose- und doppelt so viele Prozeduren-Kodes. Je nach Verschlüsselung ergeben sich verschiedene Fallpauschalen. Dies führt häufig zu Meinungsverschiedenheiten zwischen Krankenkassen und Kliniken. Deshalb sollten die Kodier-Richtlinien präziser und verbindlicher werden. Darüber hinaus sollte die Prüfung

durch den Medizinischen Dienst entformalisiert werden. Wir hoffen, dass die geplanten Schlichtungsausschüsse die Zahl der strittigen Fälle vor Gericht tatsächlich reduzieren. Die Ausschüsse sollten nicht bloß als zusätzliche Instanz vor Einschaltung der Gerichte genutzt werden. Zudem wäre es wünschenswert, dass die Vertragspartner Konflikte miteinander klären. Der Gesetzgeber hat die Schlichtungsausschüsse jedoch kurzfristig und ohne Übergangsfristen eingeführt. In den Ländern sind zunächst die Vereinbarungen über die Bildung der Ausschüsse zu verhandeln. In den Landesvereinbarungen müssen Vorgaben der Bundesebene berücksichtigt werden. Aus unserer Sicht wäre daher ein Aufschub der Regelung empfehlenswert. Bei den Sanktionen halten wir eine Gleichbehandlung beider Seiten – Kassen und Kliniken – für wichtig. Durch eine zusätzliche Aufwandspauschale für die Krankenhäuser würde allerdings noch mehr Bürokratie entstehen. Wir halten daher die generelle Abschaffung der Pauschale für sinnvoll.

**Martin Litsch** ist Vorstandsvorsitzender der AOK NordWest.

in das Krankenhaus. Die Krankenkasse teilt der Klinik das Begutachtungsergebnis anschließend mit.

**Kliniken erhalten Aufwandspauschale.** Bestätigt der MDK in seinem Gutachten die Angaben des Krankenhauses, zahlt die Krankenkasse zusätzlich zum Rechnungsbetrag eine gesetzlich festgelegte Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro. Kommt das Gutachten hingegen zu dem Schluss, dass die Rechnung geändert werden muss, und sinkt der Betrag dadurch, wird keine Aufwandspauschale fällig. Die Klinik wird aufgefordert, die Differenz zu verrechnen. Wenn sie das Begutachtungsergebnis nicht anerkennt, muss sie Widerspruch einlegen. Kann die Krankenkasse dem Widerspruch nicht abhelfen, muss sie erneut eine Begutachtung veranlassen – möglichst mittels einer Begehung vor Ort sowie idealerweise durch einen anderen Gutachter. Resultiert daraus weiterhin eine Änderung in der Kodierung und eine Rechnungskürzung, bleibt dem Krankenhaus die Klage vor dem Sozialgericht. Nach der Gesetzesänderung von Mitte 2013 muss bei Streitwerten unter 2.000 Euro zuvor jedoch ein Schlichtungsausschuss angerufen werden.

**Mängel bei Belegung und Verweildauer.** Die Kassen melden bei jährlich zehn bis zwölf Prozent der Rechnungen Zweifel an, weil die Angaben nicht plausibel erscheinen, beispielsweise wenn die Klinik die Rechnungshöhe nicht korrekt angegeben oder falsche Entgelte abgerechnet hat. Teils werfen die Rechnungen wegen der Kodierungen Fragen auf, zum Beispiel wenn Operationschlüssel nicht zu den angegebenen Diagnosen passen. Weitere häufige Prüfkriterien stellen die Fehlbelegung (stationäre Aufnahme, obwohl ambulante Leistung möglich wäre) oder die Verweildauer dar. Bei letzterem wird insbesondere bei planbaren medizinischen Leistungen hinterfragt, warum diese ohne Angabe von medizinischen Gründen nicht zeitgerecht ausgeführt wurden. Für einen Herzkatheter-Eingriff sieht der Fallpauschalenkatalog beispielsweise einen Tag stationäre Aufnahme mit einer ambulanten Voruntersuchung vor. Wenn aus der Rechnung hervorgeht, dass für eine Herzkatheteruntersuchung drei Belegungstage abgerechnet werden, meldet die Prüfsoftware das als auffällig. Der Fallmanager der Krankenkasse sieht nach, ob es eine medizinische Begründung dafür gibt und fordert gegebenenfalls Unterlagen von der Klinik an.

**Bundesrechnungshof will mehr Kontrollen.** Im Jahr 2010 haben die Krankenkassen bei 46 Prozent der auffälligen Rechnungen und im Jahr 2011 bei 52 Prozent tatsächlich Abrechnungsfehler gefunden. Die Kliniken mussten 2010 laut Hochrechnungen des GKV-Spitzenverbandes insgesamt rund 1,5 Milliarden Euro und 2011 fast zwei Milliarden Euro erstatten. Dies entspricht einem Einsparpotenzial von durchschnittlich 2,5 beziehungsweise 3,3 Prozent der Gesamtausgaben für die stationäre Behandlung in der GKV. Von 2007 bis 2011 stieg die Quote der als fehlerhaft beurteilten Abrechnungen um 16 Prozent. Parallel dazu verpflichtete der Gesetzgeber die Kassen 2007 zur Zahlung der oben erwähnten Aufwandspauschale – damals noch 100 Euro – an die Kliniken, wenn die MDK-Prüfung keine Fehler ergibt.

Die Krankenkassen sehen sich angesichts der hohen Erstattungssummen in ihrer Vorgehensweise bestätigt. Dies sieht der Bundesrechnungshof ähnlich: Er mahnte im April 2011 auf Basis eines Gutachtens aus dem Jahr 2010 eine Intensivierung der Kontrollen an. Zudem wies er darauf hin, dass Anreize für die korrekte Abrechnung fehlen, da die Kliniken keine Sanktionen zu befürchten haben. Er empfiehlt daher, auch die Kliniken zur Zahlung einer Pauschale zu verpflichten, nämlich wenn sich eine Rechnung als fehlerhaft herausstellt. Dies könnte die Zahl auffälliger Rechnungen und damit das Konfliktpotenzial und den Verwaltungsaufwand reduzieren.

**Schlichtungsausschuss soll Grundsatzfragen klären.** Mit den aktuell geänderten Regelungen zur Abrechnungsprüfung schlägt der Gesetzgeber aber eine andere Richtung ein. Er schreibt darin die Bildung und Etablierung von Schlichtungsausschüssen auf Bundes- und Landesebene zur Entscheidung bei Abrechnungskonflikten vor. Die Arbeit der Landesschlichtungsausschüsse ist als ein dem Klageweg vorgeschaltetes Verfahren einzuordnen. Der Bundesschlichtungsausschuss, der noch in diesem Jahr aktiv werden soll, hat Grundsatzentscheidungen zu Abrechnungsfragen zu treffen und damit die Sozialgerichte zu entlasten, auch wenn der Rechtsweg nicht eingeschränkt werden kann. Neben etlichen erforderlichen Ausarbeitungen zur Umsetzung bestehen auch Fragen zu den rechtlichen Auswirkungen der jeweiligen Schlichtungsausschüsse zueinander. Es bleibt abzuwarten, inwieweit sich damit Konflikte zu Kodier- und Abrechnungsfragen reduzieren lassen.

**Neue Berufsbilder entstehen.** Die Abrechnung nach dem DRG-System hat nicht nur Streitfragen zwischen Kassen und Kliniken aufgeworfen, sondern auf beiden Seiten neue und umfangreiche berufliche Anforderungen geschaffen. Die Eingruppierung der Behandlungen nach Diagnosen und Prozeduren erfordert wegen der gegenüber dem vorherigen System der tagesgleichen Pflegesätze größeren Komplexität einen höheren zeitlichen und personellen Aufwand, neue Tätigkeitsmerkmale und Zuständigkeiten. Dies betrifft die Ärzte, die im DRG-System ihren Dokumentationsaufgaben intensiver nachgehen müssen. Aber auch in der Sachbearbeitung der Kliniken und Krankenkassen sind neue Berufsbilder und Spezialisierungen entstanden, wie der „Medizinische Kodier- und Dokumentationsassistent“ oder der „Krankenhaus-Fallmanager“. Die Medizincontroller eines Krankenhauses nehmen eine Schlüsselfunktion mit hoher Verantwortung ein. Sie steuern mithilfe kombinierter medizinischer und betriebswirtschaftlicher Kenntnisse die Leistungen und Ziele des Hauses.

Die Rechnungsprüfer der Krankenkassen müssen nicht nur formale Inhalte, wie beispielsweise die abgerechneten Entgelte, sondern auch komplexe medizinische Sachverhalte kontrollieren. Sie müssen kritisch hinterfragen können, ob gemeldete Haupt- oder Nebendiagnosen plausibel sind oder ob medizinische Leistungen auch ambulant zu erbringen gewesen wären. Unterstützung dafür erhalten die Krankenhaus-Fallmanager in Form von Schulungen, Spezialisierungen und von ärztlichen Beratern (siehe Interview auf Seite 22). Eine große Rolle bei der Abrech-

nungsprüfung spielt der Einsatz spezieller Software, die laufend an neue Entwicklungen angepasst werden muss. Die Fallmanager sortieren mithilfe der Software die Kodierungen in plausibel und kritisch. Bei fraglichen Kodierungen erfolgt ein Hinweis auf den nicht sachgerecht erscheinenden Inhalt.

**Bundesrat sieht Reform kritisch.** Die leistungsgerechte Vergütung von stationären Behandlungen sowie die höhere Transparenz in der Gesundheitsversorgung sind unbestreitbare Verdienste des DRG-Systems. Auch wenn der wesentlich höhere Verwaltungsaufwand kritisiert wird, kann das Abrechnungssystem bei Kliniken und Krankenkassen insgesamt eine hohe Akzeptanz und Zufriedenheit verzeichnen. Das geht aus einer Umfrage des Bundesgesundheitsministeriums aus dem Jahr 2007 zu den Erfahrungen mit der Einführung des DRG-Systems hervor (siehe Lesetipps auf dieser Seite). Das deutsche DRG-System genießt auch international hohes Ansehen. Kooperationsverträge mit der Schweiz, Zypern und der Slowakei sowie Anfragen vieler weiterer Staaten belegen diese Tatsache.

Die Neuregelungen zur Rechnungsprüfung im Rahmen des Beitragsschuldengesetzes sind jedoch eher kritisch zu bewerten. Auch der Bundesrat hat sich entsprechend geäußert („Die Schlichtungsregelung ist unpraktikabel und sollte überprüft werden.“, siehe Entschließung der Länder vom 2.7.2013, [www.bremische-buergerschaft.de](http://www.bremische-buergerschaft.de)). Neue bürokratische Hürden, wie die Verpflichtung, alle Streitfälle unter einem Streitwert von 2.000 Euro vor einer gerichtlichen Klärung durch einen Schlichtungsausschuss prüfen zu lassen, werden das Abrechnungsgeschäft kaum vereinfachen. Nach Berechnungen der Kliniken und Kassen in Rheinland-Pfalz werden allein für den Schlichtungsausschuss in diesem Bundesland bis zu 60 Mitarbeiter benötigt. Zudem steht zu befürchten, dass der überwiegende Teil der Streitfälle, in denen sich Krankenhäuser und Kassen bisher außergerichtlich einigen konnten, in Zukunft über diese Schlichtungsausschüsse läuft, ohne dass die Zahl der Sozialgerichtsverfahren dadurch sinkt. Schließlich geht es für beide Vertragspartner um einen Betrag in Milliardenhöhe. Daher ist es wenig wahrscheinlich, dass bei Streitfällen, in denen beide Seiten rechtlichen Spielraum für ihre Position sehen, der Gang zum Gericht wegen eines Schlichtungsspruchs ausbleiben wird. Es bleibt also zu beobachten, welche Folgen die Reform hat. ■

**Martina Purwins** ist Referentin in der Abteilung Stationäre Versorgung im AOK-Bundesverband. **Kontakt:** [Martina.Purwins@bv.aok.de](mailto:Martina.Purwins@bv.aok.de)

### Lese- und Webtipps

- [www.aok-gesundheitspartner.de](http://www.aok-gesundheitspartner.de) > Krankenhaus > DRG-Entgeltsystem
- [www.g-drg.de](http://www.g-drg.de) Homepage des InEK
- Jürgen Malzahn: **Revolution auf der Rechnung.** Artikel zum zehnjährigen Jubiläum des DRG-Systems. In: G+G 1/2013, S. 32–38, PDF-Download: [www.aok-gesundheitspartner.de](http://www.aok-gesundheitspartner.de) > Krankenhaus > Publikationen > Artikel
- Bundesministerium für Gesundheit: **Auswertung des BMG-Fragenkatalogs zu den Erfahrungen mit der DRG-Einführung.** PDF zum Download:
- [www.bpb.de](http://www.bpb.de) > Politik > Gesundheitspolitik > Vergütung von Krankenhausleistungen > Seite 3, Abschnitt „Unterschiedliche Bewertungen ...“

INTERVIEW



# „Privatversicherte brauchen mehr Wahlfreiheit“

Weniger Unterschiede bei Arztterminen, eine bessere Verteilung niedergelassener Mediziner, mehr Wahlmöglichkeiten für Versicherte: Für Professor **Thorsten Kingreen** bietet ein gemeinsamer Markt von privater und gesetzlicher Krankenversicherung viele Vorteile. Und ist verfassungsrechtlich möglich.

**Herr Professor Kingreen, wenn der Gesetzgeber es wollte: Darf er – rein verfassungsrechtlich – die private und die gesetzliche Krankenversicherung abschaffen und durch ein völlig neues System der Gesundheitsversorgung ersetzen?**

**Thorsten Kingreen:** Das darf der Gesetzgeber selbstverständlich. Das Sozialstaatsprinzip verpflichtet ihn zwar, eine sozial ausgleichende und leistungsfähige Absicherung gegen Krankheit und Pflegebedürftigkeit zu schaffen, zu der jeder Bürger Zugang haben muss. Wie er das organisiert, bleibt aber dem Gesetzgeber überlassen. Steuern, Prämien oder Beiträge, privat oder öffentlich-rechtlich – im Grundsatz ist alles möglich, wobei ich das Sozialversicherungssystem für das politisch und praktisch überlegene halte. Wer sagt, der Gesetzgeber habe bei der Ausgestaltung des Gesundheitswesens nur geringen Spielraum, vertritt meistens Interessen.

**Vertreter der privaten Krankenversicherung (PKV) verweisen darauf, dass Eingriffe in die Privatassekuranz mit dem Grundgesetz nicht vereinbar seien. Was meinen Sie?**

**Kingreen:** Noch einmal: Das Bundesverfassungsgericht hat mit Blick auf die gesundheitliche Versorgung immer wieder den sehr weiten Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers betont, zum Beispiel im Jahr 2009 in einer grundlegenden Entscheidung zum Wettbewerbsstärkungsgesetz, mit dem der Gesundheitsfonds und der einheitliche Beitragssatz eingeführt wurden. Der Gesetzgeber darf also das Krankenversicherungssystem grundsätzlich anders organisieren, indem er etwa nur noch privatrechtliche oder nur noch öffentlich-rechtliche Versicherer beziehungs-

weise Kassen zulässt. Er muss nur dafür Sorge tragen, dass alle bisherigen Krankenversicherer Zugang zu diesem neuen Markt bekommen. Es darf weder für die eine noch für die andere Seite Exklusivrechte geben.

**Es gibt also gar keine Probleme?**

**Kingreen:** Natürlich sind wichtige verfassungsrechtliche Fragen zu klären. Diese betreffen aber nicht das eigentliche Ziel einer Versicherung für alle Einwohner, sondern den Weg dorthin, also die Übergangsphase. So wäre es rechtlich problematisch, wenn man alle Privatversicherten in eine Einwohnerversicherung zwingen würde. Das Ganze muss ein Angebot sein, keine Pflicht. Wer privat versichert bleiben will, darf privat versichert bleiben. Wichtig ist auch, wie in der Übergangsphase mit den Alterungsrückstellungen in der privaten Krankenversicherung, den ärztlichen Honoraren und der Beihilfe für Beamte umgegangen wird. Werden hier Fragen des Vertrauensschutzes beachtet, steht das Grundgesetz nicht im Weg.

**Sie plädieren für eine „monistische Einwohnerversicherung“, also einen gemeinsamen Markt von gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Was stört Sie am heutigen System?**

**Kingreen:** Derzeit haben zum Beispiel nur etwa fünf Prozent der Versicherten eine echte Wahlfreiheit zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung. Alle anderen sind mehr oder minder traditionell einem der beiden Systeme zugewiesen, etwa weil sie Beamte sind. Privatversicherte haben zudem nach Vertragsabschluss de facto keine Wahlfreiheit mehr, weil sie ihre angesparten Alterungsrückstellungen nicht mitnehmen können und ein neuer Vertrag bei einem anderen Versicherer dadurch zu kostspielig wird. Darüber hinaus gibt es unterschiedlich hohe Arzthonorare, was dazu führt, dass wir in Ballungsräumen mit vielen Privatversicherten zu viele Ärzte und in strukturschwachen Gebieten mit vielen gesetzlich Versicherten tendenziell zu wenig Ärzte haben. Hinzu kommen die unterschiedlichen Wartezeiten.

**Welche Vorteile hätte demgegenüber eine Einwohnerversicherung?**

**Kingreen:** Ich möchte positive Elemente aus beiden Versicherungszweigen verknüpfen. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) kann etwa durch Verträge und andere Mechanismen Qualität, Menge und Preis der medizinischen Versorgung steuern. Die PKV braucht solche Kompetenzen eigentlich auch, müsste sie aber im heutigen System erst aufwendig aufbauen. Auf der anderen Seite erscheint mir eine kapitaldeckte Finanzierungssäule, wie sie die PKV praktiziert, angesichts des demografischen Wandels sinnvoll, wenn auch nur als Ergänzung zur Umlagefinanzierung, die sich in der GKV bewährt hat.

**Und darüber hinaus?**

**Kingreen:** Ein gemeinsamer Markt nach gleichen Spielregeln hat den Vorteil, dass der alte Vorwurf an die Adresse der Bürgerversicherung „Die PKV wird abgeschafft“ nicht verfängt: Alle Unternehmen, die es wollen, können zu gleichen Bedingungen um Versicherte im neuen gemeinsamen Markt der

Einwohnerversicherung – umlagefinanziert und ohne Risikoprüfung – werben. Für bisher Privatversicherte herrscht Bestandsschutz, sie dürfen in die Einwohnerversicherung wechseln, müssen aber nicht. Privatversicherte brauchen mehr Wahlfreiheit, die wir damit schaffen würden.

**Sind nicht zumindest Beamte die Gelackmeierten? Sie bekommen keinen Arbeitgeberanteil zur Krankenversicherung und würden sich schlechter stellen.**

**Kingreen:** Das bezweifle ich. Die Beihilfeberechtigung der Beamten ist verfassungsrechtlich nicht geschützt. Der Gesetzgeber darf das System der Beihilfe abschaffen, er muss den Beamten nur eine adäquate andere Absicherung für den Krankheitsfall anbieten. Man kann das System der Beihilfe wegen der zu erwartenden politischen Widerstände aber auch bestehen lassen und einen Teilkosten-Erstattungstarif in der Einwohnerversicherung einführen, wie es ihn heute schon in der GKV für die beamtenähnlichen Dienstleistungs-Angestellten der gesetzlichen Krankenkassen gibt. Warum eröffnet man diese Möglichkeit nicht allen Beamten und ihren Familien, die das wollen?

**Niedergelassene Ärzte befürchten Honorarverluste, wenn die Privatversicherung wegfallen würde. Gehören die Mediziner zu den Verlierern Ihres Modells?**

**Kingreen:** Um es klar zu sagen: Das Projekt der Einwohnerversicherung verträgt keine Trittbrettfahrer, die im Windschatten einer solchen Reform andere Interessen durchsetzen möchten wie zum Beispiel die Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze. Es würde daher auch diskreditiert, wenn man versuchen würde, das Gesamtvolumen der Ärztehonorare aus GKV und PKV abzusenken. Es muss vielmehr darum gehen, die Gebührenordnungen sukzessive aneinander anzugleichen, um Steuerungsdefizite bei der Verteilung von Ärzten und ungleiche Wartezeiten nur aufgrund des Versicherungsstatus abzubauen.

**Private und gesetzliche Krankenversicherung unterliegen unterschiedlichen Rahmenbedingungen. Wer soll die Einhaltung der Spielregeln in einem gemeinsamen Markt überwachen, etwa wenn es um Verträge mit Ärzten und Kliniken geht?**

**Kingreen:** Was die Aufsicht über die Krankenversicherungen als Unternehmen angeht, plädiere ich für eine Bundesgesundheitsagentur, die alle Kassen in dem neuen gemeinsamen Markt beaufsichtigt. Vorbild hierfür ist die Bundesnetzagentur, die etwa bei Energie und Telekommunikation faire Bedingungen für Verbraucher und Anbieter sicherstellen soll. Hinsichtlich der Versorgung vor Ort kann man an die bestehenden Strukturen mit Kassenärztlichen Vereinigungen und Landeskrankenhauspflan anknüpfen oder auch nicht. Die Frage, wie sich ambulante und stationäre Versorgung besser verzahnen lassen, wie Verträge zwischen Kassen und Leistungserbringern aussehen könnten, stellt sich heute schon und ist letztlich unabhängig vom Krankenversicherungsmarkt zu beantworten.

**Und wer definiert den Umfang des Versicherungsschutzes? Der Gesetzgeber, der Gemeinsame Bundesausschuss oder kann sich das jeder Versicherte aussuchen?**



„Wer sagt, der Gesetzgeber habe bei der Gestaltung des Gesundheitswesens nur geringen Spielraum, vertritt meistens Interessen.“



**Kingreen:** Die GKV ist bei der Definition dessen, was medizinisch notwendig und wirtschaftlich sinnvoll ist, der PKV überlegen. Hier hat sich der Gemeinsame Bundesausschuss bewährt, auch wenn er einer größeren demokratischen Legitimation bedarf. Die Privatversicherung hängt sich etwa bei der Qualitätssicherung, bei den Preisen für neue Arzneimittel und den Fallpauschalen im Krankenhaus an das gesetzliche System dran, ihr fehlt aber letztlich ein Gremium für die Feinsteuerung des Leistungskataloges. Dabei ist für Privatversicherte das Gleiche medizinisch notwendig wie für gesetzlich Versicherte: Oft warten Privatpatienten nur kürzer auf medizinisch Überflüssiges.

**Grundlegende Veränderungen, wie Sie sie vorschlagen, sind politisch nur langfristig durchzusetzen. Was wäre ein erster Schritt, um die Grenze zwischen PKV und GKV durchlässiger zu machen, nicht zuletzt, um finanziell überforderten Privatversicherten zu helfen?**

**Kingreen:** Ein erster Schritt könnte sein, die Alterungsrückstellungen in der PKV so auszugestalten, dass ein Versicherter sie mitnehmen kann. Privatversicherte, die in die GKV wechseln wollen, würden ihre Rückstellung gewissermaßen als Eintrittsgeld mitbringen, um zusätzliche Belastungen für die GKV abzumildern. Denn die Alterungsrückstellungen in der PKV haben exakt die gleiche Funktion wie die Umlagefinanzierung in der GKV: Beide begründen gleichermaßen eine Anwartschaft darauf, im Alter nicht wegen erhöhter Leistungsausgaben mit höheren Beiträgen belastet zu werden. Die mitgebrachten Rückstellungen sollten in ein Sondervermögen fließen, aus dem jährlich Zuweisungen an den Gesundheitsfonds erfolgen. Dann wäre dieser Zusatz-Topf vor Eingriffen des Gesetzgebers geschützt.

**Und in der PKV? Bisher können Privatversicherte ihre bereits angesparten Alterungsrückstellungen nicht zu einem anderen Unternehmen mitnehmen, was einen Tarifwechsel teuer macht.**

**Kingreen:** Juristisch müsste man nur das Versicherungsvertragsgesetz ändern. Versicherungsmathematisch lässt sich das Problem ebenfalls lösen, wie sogar ein Gutachten im Auftrag des PKV-Verbandes zeigt. Schon heute können Versicherte, die ihren

Vertrag nach dem 1. Juli 2009 abgeschlossen haben, beim Anbieterwechsel einen Teil der Rückstellungen mitnehmen. Dass eine vollständige Mitnahme nicht möglich ist und Altkunden dieses Recht überhaupt nicht haben, liegt am Widerstand der großen privaten Krankenversicherer. Die wollen keinen Wettbewerb um Bestandskunden, die Claims sind abgesteckt. Aber der politische Druck ist groß, dass sich hier etwas tut.

**Stehen die Sterne nach der Bundestagswahl günstig für einen gemeinsamen Versicherungsmarkt oder sehen Sie eher schwarz?**



„Oft warten Privatpatienten nur kürzer auf medizinisch Überflüssiges.“

**Kingreen:** Ich bin überzeugt, dass sich auch in der neuen Legislaturperiode gesetzliche und private Krankenversicherung weiter einander angleichen werden. Ein gemeinsamer Versicherungsmarkt wird aber vermutlich noch nicht in den nächsten vier Jahren kommen. Als Wissenschaftler bin ich aber immer optimistisch, dass sich gute Modelle auf Dauer durchsetzen. ■

Die Fragen stellte Hans-Bernhard Henkel-Hoving.

## Zur Person

**Thorsten Kingreen**, 48, ist Professor für Öffentliches Recht und Sozialrecht an der Universität Regensburg. Der gebürtige Bremer wächst im Ruhrgebiet auf und studiert nach dem Abitur Jura in Marburg und Genf. Nach Promotion und Habilitation in Münster lehrt er zunächst an der Universität Bielefeld, bevor er 2003 einen Ruf nach Regensburg erhält. Kingreen ist Herausgeber eines Standardkommentars zum Sozialgesetzbuch V und wurde mehrfach für sein Engagement in der akademischen Lehre ausgezeichnet. Der Vater von drei Kindern macht gerne Urlaub in Griechenland, ist begeisterter Läufer und Mitglied von Borussia Dortmund. Gemeinsam mit seinem Regensburger Kollegen **Prof. Dr. Jürgen Kühling** hat er im Auftrag der AOK Baden-Württemberg ein Gutachten zur „**Monistischen Krankenversicherung**“ verfasst, das im Nomos-Verlag, Baden-Baden, erschienen ist (ISBN 978-3-8487-0627-3).

2

GESUNDHEIT GLOBAL



# afrika



# Sozialsysteme fördern Wachstum

In einigen Staaten Afrikas stabilisiert sich die Gesellschaft und die Wirtschaft wächst.

Diese Länder wollen ihre Gesundheitsversorgung ausbauen. Zur sozialen Absicherung der ganzen Bevölkerung ist es aber ein weiter Weg. Teil 2 der G+G-Serie „Gesundheit global“ ist ein Lagebericht aus Südafrika, Kenia, Ruanda und Ghana von [Jens Holst](#) und [Jean-Olivier Schmidt](#).

**A**frika tritt in der deutschen Öffentlichkeit zumeist als Krisenherd und Katastrophengebiet in Erscheinung. Gemeinhin sind mit dem Kontinent Bilder des Elends assoziiert: Bürgerkriege, Dürre, Hungersnot und andere Katastrophen, Armut, Aids-Waisen und Bootsflüchtlinge auf dem Mittelmeer – ein gebeutelter Kontinent. Allen Vorurteilen zum Trotz ist der „schwarze Kontinent“ keineswegs so einheitlich, wie es aus nord- und mitteleuropäischer Perspektive erscheinen mag. In mehreren Ländern haben sich die Bedingungen in den letzten zehn Jahren erheblich verändert. Vielerorts stehen die Zeichen auf Hoffnung. Nirgends wächst die Wirtschaft so rasch wie in einigen Ländern südlich der Sahara. Es gibt demokratische Reformbewegungen und zunehmend friedliche Regierungswechsel. Die Bevölkerung ist jung und hat ein höheres Bildungsniveau als je zuvor. Die Entwicklungschancen des Kontinents ziehen immer mehr Investoren aus dem Ausland an. Vor allem China hat Afrika längst als Kontinent für Investitionen entdeckt. Die wirtschaftliche Ent-

wicklung führt in etlichen Ländern allerdings auch zu wachsenden sozialen Ungleichheiten und Spannungen. Deshalb nimmt der gesellschaftspolitische Handlungsbedarf zu. Vor allem sozial gerechter Zugang zu medizinischen Leistungen ist in das Blickfeld der Politik gerückt, die nach neuen Wegen zu universeller Absicherung im Krankheitsfall sucht.

**Weltbank rät nun von Eigenbeteiligungen ab.** Ein gesundheitspolitischer Meilenstein war die Bamako-Konferenz 1987 in der Hauptstadt Malis. Damals standen die meisten afrikanischen Länder vor der Herausforderung, trotz immer knapperer Kassen das öffentliche Gesundheitssystem aufrecht zu erhalten. Unter dem Druck von Weltbank, Internationalem Währungsfonds (IWF) und anderen Organisationen entschieden die anwesenden afrikanischen Gesundheitsminister bei der Konferenz, die Bevölkerung stärker am Gesundheitswesen zu beteiligen – vor allem in finanzieller Hinsicht. Entscheidendes Ergebnis der Bamako-Konferenz war die umfassende Einführung von Nut-



zergebühren. Es zeigte sich jedoch, dass Eigenbeteiligungen der Patienten die finanziellen Engpässe der Gesundheitsversorgung nicht überwinden konnten. Vielmehr hielten diese Gebühren vor allem die arme Bevölkerung von der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ab. Ein Vierteljahrhundert nach der Konferenz in Mali sind sich die meisten Politiker heute einig, dass die Beteiligung der Patienten an den Kosten ihrer Behandlung keine Lösung ist. Direktzahlungen im Krankheitsfall gelten inzwischen als sozial ungerecht und ausgrenzend. Inzwischen rät sogar die Weltbank davon ab.

**Gesundheitssektor ist gewachsen.** Lange überschätzte die Entwicklungszusammenarbeit auch das Potenzial gemeindebasierter Krankenversicherungen: Heute weiß man, dass sie allenfalls mit staatlicher Unterstützung dauerhaft zur sozialen Absicherung im Krankheitsfall beitragen können. Auf der Suche nach neuen Finanzierungsquellen eröffnen Wirtschaftswachstum und die Erschließung von Rohstoffen neue Möglichkeiten. Bei ihrem Treffen in der nigerianischen Stadt Abuja im Jahr 2001 einigten sich die Länder der Afrikanischen Union (alle Staaten Afrikas außer Marokko) darauf, 15 Prozent der öffentlichen Haushaltsausgaben in das Gesundheitswesen fließen zu lassen. Diese Vorgabe hat in vielen Ländern zu einer wachsenden Bedeutung des Gesundheitssektors geführt. Das ehrgeizige Ziel haben allerdings nur wenige Staaten erreicht.

Bei allen grundlegenden Gemeinsamkeiten wählen die Länder Afrikas ihren jeweils eigenen Weg zu universeller Absicherung und sozial gerechter, nachhaltiger Gesundheitsfinanzierung. Dabei stehen die ostafrikanischen Staaten Kenia und Ruanda, das westafrikanische Ghana und Südafrika exemplarisch für die verschiedenen Ansätze. Gemeinsam ist den vier Ländern das Streben nach universeller Absicherung im Krankheitsfall unter erschwerten Bedingungen: weit verbreitete Armut, ein großer informeller Sektor (Kleinbauern, Händler und Handwerker ohne formale Beschäftigung) und teils unzuverlässige öffentliche Strukturen stellen jede Form der sozialen Absicherung vor große Herausforderungen.

RUANDA

Das kleine, dichtbevölkerte „Land der tausend Hügel“ im Herzen Afrikas geriet 1994 in die internationalen Schlagzeilen, als innerhalb weniger Wochen hunderttausende Menschen bei einem Genozid umkamen. Nach der Beendigung des Bürgerkrieges durch den damaligen General Paul Kagame hat sich die politische Situation im Land stabilisiert. Ruanda macht heute eher durch erfreuliche Nachrichten auf sich aufmerksam. So auch im Gesundheitswesen: Binnen weniger Jahre gelang es der Regierung, fast die gesamte Bevölkerung unter den Schirm von

„Wir stellen Expertise und Finanzmittel bereit“



**Annette Widmann-Mauz** ist Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit.

**G+G:** Die Bundesregierung hat ein Konzept zur globalen Gesundheitspolitik entwickelt. Mit welchen Zielen?

**Widmann-Mauz:** Wir wollen mit unseren Partnern gemeinsam handeln und so Verantwortung übernehmen für die Verbesserung der Gesundheit weltweit. Das bereits vielfältige Engagement deutscher Akteure soll noch besser koordiniert werden, um die Wirksamkeit unseres Beitrags zu erhöhen. Wir wollen die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland nachhaltig schützen und verbessern. Dies kann in einer globalisierten Welt nur durch weltweite Zusammenarbeit gelingen. Viele Gesundheitsprobleme manifestieren sich zwar vor Ort, haben ihren Ursprung aber in komplexen

globalen Zusammenhängen. Wir stellen deutsche Erfahrungen, Expertise und Finanzmittel bereit und helfen unseren Partnern dabei, nachhaltig finanzierte und sozial gerechte Gesundheitssysteme aufzubauen. Damit tragen wir weltweit zur Armutsbekämpfung, zu wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit und zum gesellschaftlichen Zusammenhalt bei.

**G+G:** Welche Arbeitsschwerpunkte hat Deutschland in der globalen Gesundheitspolitik?

**Widmann-Mauz:** Das Konzept fokussiert auf fünf Schwerpunkte, in denen Deutschland Stärken aufweist. Dazu gehört, dass wir wirksam vor grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren schützen, Gesundheitssysteme weltweit stärken, intersektorale Kooperationen ausbauen und die globale Gesundheitsarchitektur stärken. Zudem setzen wir in der Gesundheitsforschung und Gesundheitswirtschaft Impulse für die globale Gesundheit. Das Konzept lässt aber auch Raum für individuelle Ansätze, um den jeweiligen Besonderheiten und neuen Herausforderungen gerecht zu werden.

**G+G:** Mit wem kooperiert das Bundesgesundheitsministerium dabei?

**Widmann-Mauz:** Globale Gesundheitsfragen stehen in engem Zusammenhang mit anderen Politikfeldern wie Entwicklung, Sicherheit, Handel, Wirtschaft, Menschenrechte, Umwelt und Ernährung. Aus diesem Grunde sind sektorübergreifende wie auch ressortübergreifende Lösungsansätze gefragt. Neben den verschiedenen Bundesressorts sind die Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit, die KfW-Bankengruppe, aber auch das Robert Koch-Institut, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, das Paul-Ehrlich-Institut und das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in viele internationale Aktivitäten eingebunden. Uns war von Anfang an aber auch wichtig, dass die Zivilgesellschaft in die Entwicklung des Konzepts einbezogen wird. Das ist ein wesentlicher Unterschied zu Konzepten anderer Länder. ■

**Konzept zum Download:** [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de) > Gesundheitssystem > Internationale Zusammenarbeit > Globale Gesundheitspolitik > PDF „Globale Gesundheitspolitik gestalten“

„Mutuelles de Santé“ zu bringen. Dabei handelt es sich um gemeindebasierte, von Kommunalvertretern beaufsichtigte und verwaltete Krankenversicherungen. Die Verantwortlichen müssen in regelmäßigen Gemeindefitzungen Rechenschaft über die Verwendung der eingenommenen Gelder ablegen. Solche Kleinst-Krankenversicherungen sind vor allem im französischsprachigen Afrika weit verbreitet. Sie erreichen aber in den anderen Ländern nicht annähernd so einen großen Bevölkerungsanteil wie in Ruanda.

**Hochzeit nur mit Versichertenkarte.** Worauf lässt sich dieser bemerkenswerte Erfolg zurückführen? Eine Besonderheit in Ruanda ist sicherlich das überaus straffe, um nicht zu sagen autoritäre Regierungssystem in dem einstigen Königreich. Anordnungen des heutigen Präsidenten Paul Kagame erreichen in kürzester Zeit jeden Bürgermeister. Der ehemalige General will sein Ruanda zu einem Musterland umbauen, das ausländische Investitionen anzieht. Um dieses Ziel zu erreichen, greift er zu ungewöhnlichen Mitteln: Nicht nur alle Minister in seinem Kabinett, auch jede lokale Selbstverwaltung hat einen direkten Leistungsvertrag mit dem Präsidenten. Jahr für Jahr muss ihm jeder Bürgermeister Rede und Antwort stehen zu einer Reihe von vereinbarten Zielgrößen – dazu gehört auch die Mitgliederzahl der kommunalen Mutuelles. Um ihre Vorgaben zu erreichen, üben wiederum die Bürgermeister Druck auf die Menschen aus, den Mitgliedsbeitrag an die lokale Krankenkasse zu entrichten, indem sie sich beispielsweise auf dem Standesamt vor einer Trauung die Krankenversicherungskarte vorlegen lassen. Die Regierung überwacht die Entwicklung ihres Prestigeprojektes Mutuelles mit Argusaugen, bei Bedarf auch höchstpersönlich. Gesundheitsministerin Agnès Binagwaho stellt klar: „Wenn mir zu Ohren kommt, dass jemand in die Kasse gegriffen hat, um sich persönlich zu bedienen, dann gehe ich selber dahin und stelle die Verantwortlichen zur Rede.“

**Beitrag richtet sich nach geschätztem Einkommen.** In einem Land, in dem die meisten Menschen von Subsistenzwirtschaft leben, können viele nicht oder nur mit großer Mühe einen Krankenversicherungsbeitrag aufbringen, selbst wenn es nur einige Euro im Jahr sind. Die Regierung finanziert daher aus Steuermitteln und mit Unterstützung externer Geber die Beiträge der ärmsten Ruander – immerhin ein Viertel der Bevölkerung. Alle anderen Bürger entrichten Beträge zwischen drei bis sieben Euro pro Jahr, gestaffelt nach geschätztem Einkommen. Bemessungsgrundlage hierfür sind Kriterien, die an das System der Beitragsbemessung bei deutschen Landwirten erinnern: Die Höhe des Beitrags richtet sich unter anderem nach Größe und Fruchtbarkeit des Ackerlandes. Auf Distriktebene hat die Regierung auch eine Art Risikostrukturausgleich eingerichtet, der in finanzielle Not geratene Mutuelles de Santé unterstützt.

**Geld reicht nur für die Grundversorgung.** Die Hauptlast der Finanzierung liegt weiterhin bei der Zentralregierung und internationalen Gebern. Insgesamt belaufen sich die jährlichen Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben in Ruanda auf umgerechnet knapp 50 Euro. Obwohl derzeit nur ein kleiner Teil dieser Aus-

## Internationale Partnerschaften

### Exportschlager Krankenkasse

Mit der Verabschiedung des Reichsversicherungsgesetzes von 1883 unter Otto von Bismarck übernahm Deutschland weltweit eine Vorreiterrolle in der sozialen Absicherung. Seither hat sich das System als anpassungsfähig und nachhaltig erwiesen. Viele Länder in Europa und anderswo folgten dem deutschen Beispiel und führten soziale Krankenversicherungen ein.

**Deutschland unterstützt andere Länder beim Aufbau und der Weiterentwicklung von Gesundheits- und sozialen Sicherungssystemen.** Das geschieht zum einen über mehr als 30 bilaterale Programme in Partnerländern der deutschen Entwicklungszusammenarbeit. Dazu gehören zurzeit Burundi, Kenia, Tansania, Ruanda, Uganda, Malawi, Mozambik, Südafrika und Namibia.

Hier zeigen Berater der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (giz) neue Perspektiven und andere Modelle auf und geben Denkanstöße. Gemeinsam mit Fachleuten und Politikern vor Ort überlegen sie, welche Systemansätze und -elemente zu den lokalen Gegebenheiten passen und wie man sie anpassen kann. **Hierbei spielt der Süd-Süd-Austausch eine zunehmende Rolle, das heißt Länder auf einem ähnlichem Entwicklungsstand arbeiten gemeinsam an bestimmten Fragen.** Die giz versucht, diese Form der Kooperation zu unterstützen und zu moderieren.

Außerdem gehört die Bundesrepublik als eine der führenden Wirtschaftsnationen zu den größten Geldgebern multilateraler Institutionen wie der Weltbank, der Weltgesundheitsorganisation und des Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria. ■

### P4H: Globales Netzwerk bündelt Hilfe

Um das Thema „Soziale Absicherung im Krankheitsfall“ in der internationalen Entwicklungszusammenarbeit zu fördern, rief die Bundesregierung gemeinsam mit der französischen Regierung im Jahr 2007 die Initiative Providing for Health (P4H) ins Leben, die mittlerweile weiter gewachsen ist. Alle bilateralen (Deutschland, Frankreich, Spanien, Schweiz) und multilateralen Partner (Weltbank, Weltgesundheitsorganisation, Afrikanische Entwicklungsbank) haben sich verpflichtet, **in den Entwicklungsländern an einem Strang zu ziehen und ihre gesundheitspolitische Beratung zu bündeln.** Zurzeit nehmen weltweit zwanzig Länder die Unterstützung des P4H-Netzwerks in Anspruch.

Seit vielen Jahren setzt sich Deutschland auf internationalen Foren und Gremien wie der Weltgesundheitsversammlung oder der Generalversammlung der Vereinten Nationen dafür ein, der sozialen Absicherung im Krankheitsfall mehr Gewicht beizumessen und die Staatengemeinschaft zum gemeinsamen Vorgehen gegen soziale Ausgrenzung und krankheitsbedingte Verarmung zu bewegen. Erfolge waren hierbei Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung 2011 und der Generalversammlung der Vereinten Nationen 2012. ■

Jens Holst/Jean-Olivier Schmidt

Mehr Infos:

[www.who.int](http://www.who.int) > programmes and projects > providing for Health



gaben über die Mutuelles finanziert ist, sieht die ruandische Regierung deren Beitrag als einen Weg für die Zukunft, um langfristig die Abhängigkeit von nationalen Steuereinnahmen zu verringern und die Bevölkerung direkt am Aufbau des Landes zu beteiligen. Trotz finanzieller Beteiligung der Regierung und internationaler Geber steht der Bevölkerung nur ein schmaler Leistungskatalog zur Verfügung. Mehr ist mit den geringen Beiträgen schwerlich finanzierbar. Auf dem Land gibt es zumeist nur eine Grundversorgung. In den größeren Städten und in der Hauptstadt Kigali stehen sehr eingeschränkt weiterführende Versorgungsmöglichkeiten wie Kaiserschnitt-Entbindungen, Inkubatoren für Frühgeborene, Leistenbruch- und andere einfachere Operationen zur Verfügung. Darauf haben – zumindest in der Theorie – auch Mitglieder der Mutuelles de Santé Anspruch.

**Vorbild für andere Gesundheitssysteme.** Auch wenn zeitgleich andere Reformen im ruandischen Gesundheitswesen stattfanden, beispielsweise die Einführung einer teilweise leistungsbezogenen Honorierung bei Erfüllung bestimmter Qualitätskriterien, hat die Ausweitung des Krankenversicherungsschutzes in Ruanda zweifellos zu den beachtlichen Erfolgen beigetragen. Vor allem die Säuglings- und Müttersterblichkeit ist in den vergangenen zehn Jahren kontinuierlich gesunken. Die Anzahl der Aids-, Tuberkulose- und Malaria-Opfer ging in den letzten Jahren um 80 Prozent zurück. Dies ist bei den relativ bescheidenen Gesundheitsausgaben als großer Erfolg zu werten. Ruanda ist zum Vorbild für andere Gesundheitssysteme in Schwarzafrika geworden.

---

## SÜDAFRIKA

---

Das Gesundheitswesen der Regenbogennation ist sehr widersprüchlich. So erregte der Chirurg Christiaan Barnard bereits Ende der 1960er Jahre in Kapstadt mit der weltweit ersten Herztransplantation großes Aufsehen, die übrigens in einem öffentlichen Krankenhaus stattfand. Der schwarzen Bevölkerungsmehrheit stand gleichzeitig unter dem Apartheid-Regime nur eine dürftige Versorgung zu. Die Kluft zwischen einer High-Tech-Medizin, die vor allem weißen Südafrikanern zugute kommt, und einer kärglichen öffentlichen Basisgesundheitsversorgung in dem Land mit einer der weltweit höchsten HIV-Infektionsraten ist seither gewachsen. Denn viele Jahre lang kümmerte sich niemand um Qualitätssicherung in öffentlichen Gesundheitszentren und Krankenhäusern. Wer immer es sich in Südafrika leisten kann, versichert sich bei einer privaten Krankenkasse, die wie Pilze aus dem Boden geschossen sind, um private Praxen oder Kliniken in Anspruch nehmen zu können. Heute hat Südafrika in der Gesundheitsversorgung de facto ein Zweiklassensystem.

**Qualitätsstandards für öffentliche Einrichtungen.** Inzwischen gibt es aber ernsthafte politische Bemühungen um die Einführung einer landesweiten sozialen Krankenversicherung (siehe Interview auf Seite 36). Südafrika hat sich zum Ziel gesetzt, die

Absicherung im Krankheitsfall in den nächsten zwölf Jahren auf die gesamte Bevölkerung auszudehnen. In einem ersten Schritt bemüht sich die Regierung um die

Umsetzung von Qualitätsstandards in den öffentlichen Einrichtungen, um einheitliche Minimalanforderungen an die Krankenversorgung durchzusetzen. Außerdem ist eine größere Verwaltungsautonomie der öffentlichen Gesundheitseinrichtungen geplant. Dort soll das Gesundheitsministerium in Zukunft aktiv Leistungen einkaufen, anstatt diese weiterhin über ein festgelegtes Budget zu finanzieren. Versicherte der nationalen Krankenkasse sollen auch medizinische Leistungen privater Anbieter nutzen können. Dazu ist eine effektive Regulierung des privaten Versorgungssektors durch die öffentliche Hand erforderlich. Das sind komplexe und politisch anspruchsvolle Reformen, für die bisher Kapazitäten fehlen. Daher testet Südafrika die neuen Aufgaben, Rollen und Abläufe zunächst in ausgewählten Pilotdistrikten.

---

## KENIA

---

Das Motto im Staatswappen Kenias lautet „Harambe“. Das bedeutet so etwas wie Gemeinsinn, umfasst also auch den Begriff Solidarität. Vielleicht hat daher Kenia die älteste Krankenversicherung Afrikas, den „National Hospital Insurance Fund“ (NHIF). Wie schon der Name sagt, übernimmt der 1966 gegründete Versicherungsträger für seine knapp drei Millionen Mitglieder fast ausschließlich stationäre Behandlungskosten. Hierfür hat der NHIF 500 Leistungsverträge sowohl mit öffentlichen als auch mit privaten Krankenhäusern abgeschlossen.

Allerdings erfasst diese soziale Krankenversicherung nicht einmal jeden zehnten Kenianer – ganz überwiegend formal beschäftigte Arbeitnehmer, deren Unternehmen Sozialabgaben abführen müssen. Zwar können die im informellen Sektor Tätigen für sich und ihre Kinder für einen monatlichen Beitrag von 1,60 Euro eine Krankenversicherung abschließen, sofern sie sich eine Mitgliedschaft finanziell überhaupt leisten können. In der Praxis tut dies allerdings kaum jemand.

Das liegt sicherlich auch an der großen Zurückhaltung des NHIF, auf die Menschen im informellen Sektor zuzugehen und sie für die Krankenkasse zu begeistern. Zu groß ist im Management die Sorge vor finanziellen Verlusten. „Können wir uns das leisten, oder gefährdet das unsere Zahlungsfähigkeit?“, fragt der NHIF-Vorsitzende Richard Kerich jedes Mal, wenn es um eine Ausweitung des Krankenversicherungsschutzes in Kenia geht, sei es durch Aufnahme von Menschen aus dem informellen Sektor oder sei es durch Kostenübernahme für die ambulante Versorgung.

**Viele wissen nichts vom Versicherungsangebot.** Aber es gibt auch andere Gründe, zum Beispiel mangelndes Wissen in der Bevölkerung. Pascal, ein Taxifahrer in Nairobi, reagiert spontan begeistert, als er von den Vorteilen der Mitgliedschaft erfährt: „Ich gehe morgen hin, um mich und meine Kinder registrieren zu lassen – das ist ja eine sehr erschwingliche Summe“. Viele Menschen in der umtriebigen Wirtschaftsmetropole Nairobi könn-

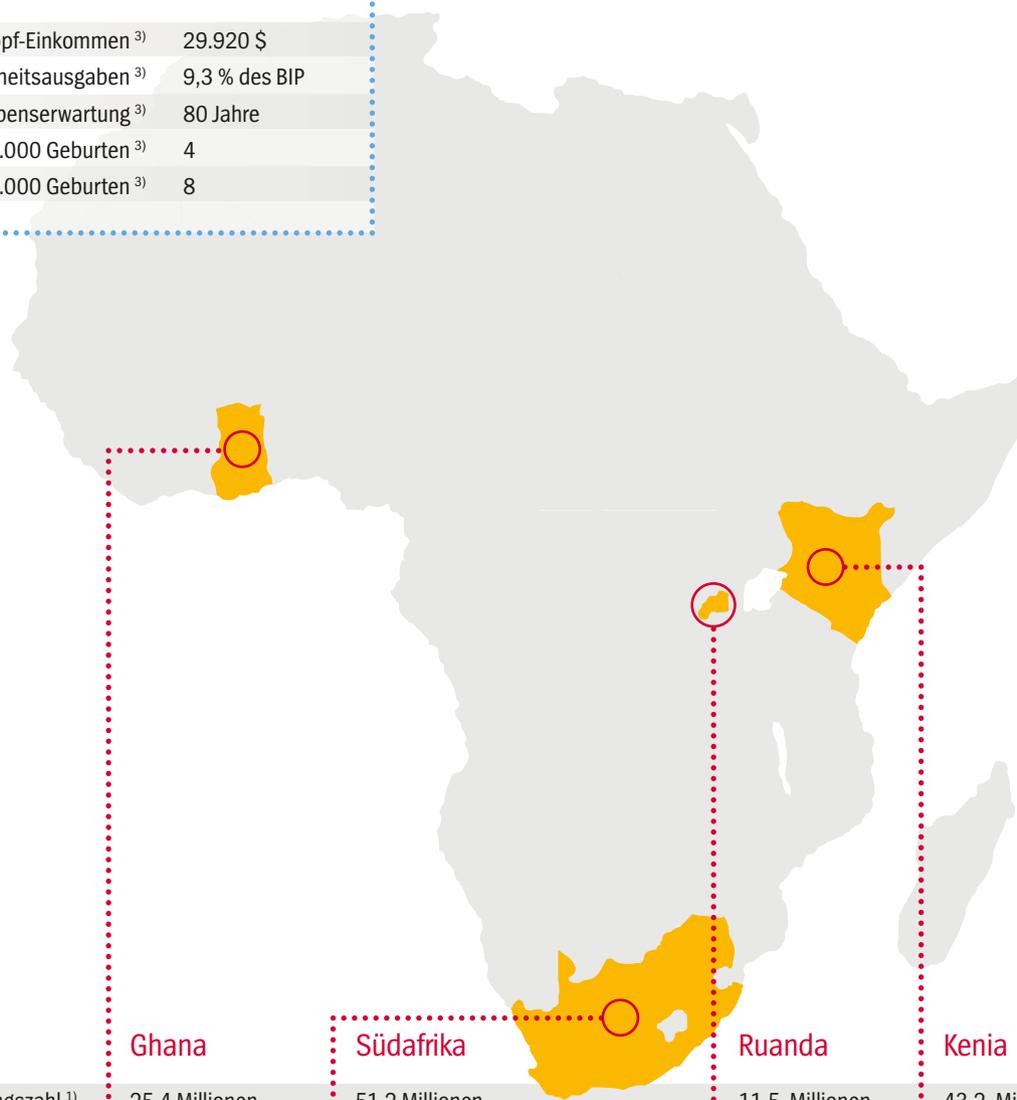


# afrika

## OECD-Durchschnitt

(Länder der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)

Pro-Kopf-Einkommen <sup>3)</sup>	29.920 \$
Gesundheitsausgaben <sup>3)</sup>	9,3 % des BIP
Lebenserwartung <sup>3)</sup>	80 Jahre
Säuglingssterblichkeit/1.000 Geburten <sup>3)</sup>	4
Müttersterblichkeit/100.000 Geburten <sup>3)</sup>	8



### Ghana

### Südafrika

### Ruanda

### Kenia

Bevölkerungszahl <sup>1)</sup>	25,4 Millionen	51,2 Millionen	11,5 Millionen	43,2 Millionen
Regierungssystem	Präsidentielles Regierungssystem	Parlamentsgebundene Exekutivgewalt	Präsidentielles Regierungssystem	Semipräsidentielles Regierungssystem
Alphabetisierungsrate <sup>2)</sup>	72 Prozent	93 Prozent	71 Prozent	87 Prozent
Bruttoinlandsprodukt (BIP) 2012 <sup>1)</sup>	40,7 Mrd. \$	384 Mrd. \$	7,1 Mrd. \$	37,2 Mrd. \$
Pro-Kopf-Einkommen 2012 <sup>1)</sup>	1.940 \$	11.190 \$	1.250 \$	1.760 \$
Gesundheitsausgaben <sup>2)</sup>	8,2 % des BIP	8,9 % des BIP	10,5 % des BIP	4,8 % des BIP
Lebenserwartung <sup>3)</sup>	65 Jahre	49 Jahre	59 Jahre	63 Jahre
Säuglingssterblichkeit/1.000 Geburten <sup>2)</sup>	42	42	61	42
Müttersterblichkeit/100.000 Geburten <sup>2)</sup>	350	300	340	360

Quellen: <sup>1)</sup> worldbank.org 2012, <sup>2)</sup> CIA World Factbook 2010/2011, <sup>3)</sup> stats.oecd.org 2011, <sup>4)</sup> bpd.de 2013 (Recherche: Jim Funke-Kaiser)



ten zu diesem Schluss kommen, wenn sie vom NHIF wüssten, und dürften in der Lage sein, den Beitrag aufzubringen. Anders sieht es auf dem Land aus, wo das Einkommen in Abhängigkeit von den Jahres- und Erntezeiten schwankt. Außerdem wohnen viele Kenianer in abgelegenen Gebieten. Sie leben so weit vom nächstgelegenen Krankenhaus entfernt, dass sich eine Versicherung für sie gar nicht lohnt, weil sie die Leistungen kaum in Anspruch nehmen können. Zu beschwerlich sind die Transportwege in die nächste Stadt oder gar ins ferne Nairobi.

**Viel Geld fließt in Liegenschaften.** Der NHIF gilt als Ausgangspunkt für die Einführung einer universellen Absicherung im Krankheitsfall, was erklärtes Ziel der kenianischen Gesundheits- und Sozialpolitik ist. Passiert ist trotz der langen Vorgeschichte nicht viel – oder vielleicht gerade wegen der langen Geschichte? Politik und Krankenversicherung scheinen wenig Interesse an einer grundlegenden Reform des NHIF zu haben. Verwaltungsrat und Management sind seit vielen Jahren in denselben Händen, Leistungsumfang und -qualität haben sich kaum verbessert. Die Finanzen sind intransparent, und das Ansehen des NHIF ist bei vielen Kenianern ausgesprochen schlecht. Von außen nehmen sie vor allem die schicken Bürotürme und den luxuriösen Fuhrpark des öffentlichen Versicherungsträgers wahr. Die ausgesprochen üppigen Verwaltungsausgaben von annähernd

20 Prozent und das Verhältnis zwischen Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben bestätigen diese Wahrnehmung: Nur 30 Cent von jedem eingenommen Euro fließen in die Krankenversicherung. Den Rest investiert der NHIF in Liegenschaften und Kapitaleinlagen.

**Gewerkschaften leisten Widerstand gegen Beitragsanhebungen.** Die NHIF-Beiträge sind einkommensabhängig gestaffelte Festbeträge, deren Anteil am Gehalt mit steigendem Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze leicht von drei auf gut zwei Prozent sinkt. Die Beiträge haben seit Jahren nicht mit der rapiden Einkommensentwicklung gerade der wachsenden Mittelschicht mitgehalten. Der Höchstbeitrag von etwas mehr als drei Euro im Monat ist für viele Versicherte nur noch ein winziger Bruchteil ihres Gehalts.

Alle Versuche, die Beiträge anzuheben, stoßen regelmäßig auf heftigen Widerstand der Gewerkschaften, die sinkende Einkünfte der Beschäftigten und Wettbewerbsnachteile durch steigende Lohnkosten befürchten. Dies als Ausdruck fehlender Solidarität der Besserverdienenden mit den vielen Armen des Landes zu sehen, ist nur ein Teil der Wahrheit. Das bereits erwähnte mangelnde Vertrauen, die große Unzufriedenheit mit der öffentlichen Krankenkasse und nicht zuletzt teilweise weite Wege zu den Gesundheitseinrichtungen sind weitere Ursachen der geringen Zahlungsbereitschaft.

## „Südafrikas öffentlicher Sektor hat massiven Investitionsbedarf“



**Dr. Michael Thiede** ist Geschäftsführer der Scenarium Group GmbH, Berlin. Derzeit berät er die südafrikanische Regierung in Fragen der Gesundheitsfinanzierung.

**G+G: Reiche Südafrikaner haben Zugang zur High-Tech-Medizin. Die Mehrheit der Bevölkerung ist mangelhaft versorgt. Lebt die Apartheid im Gesundheitssystem fort?**

**Thiede:** Die Ausgangslage ist komplex. Bei den gut versorgten Mitgliedern der privatwirtschaftlich organisierten Medical Schemes – das sind in etwa 16 Prozent der Bevölkerung – handelt es sich um die Bessergestellten. Hierzu gehört auch der neue Mittelstand. Seit einigen Jahren versichert das

Government Employees Medical Scheme Angestellte im öffentlichen Dienst und ihre Familien. Über 80 Prozent der Bevölkerung sind aber auf die völlig unzureichende Versorgung durch öffentliche Kliniken und Krankenhäuser angewiesen.

**G+G: Südafrika unternimmt Anstrengungen, die Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung zu verbessern. Wie weit sind diese Bemühungen gediehen?**

**Thiede:** Das Gesundheitsministerium hat 2011 Pläne für eine nationale Gesundheitsversicherung vorgestellt, die NHI. Bis 2026 soll die Reform umgesetzt sein, die ein einheitliches Gesundheitssystem für alle Südafrikaner zum Ziel hat. Die Pläne sehen den Aufbau eines weitgehend zentralisierten steuerfinanzierten Gesundheitssystems vor. Die augenfälligste Herausforderung ist die niedrige Versorgungsqualität im öffentlichen Sektor. Wenn vorrangig die öffentlichen Leistungserbringer die gesamte Bevölkerung versorgen sollen, muss sich einiges ändern. Das bedeutet massiven Investitionsbedarf, vor allem in Infrastruktur und Personal. Sonst geht die NHI mit einem großen Glaubwürdigkeitsproblem an den Start.

**G+G: Inwiefern hilft deutsche Expertise, die Herausforderungen zu bewältigen?**

**Thiede:** Erfahrungen mit dem Selbstverwaltungsprinzip werden von deutschen Experten gern in Diskussionen zur institutionellen Ausgestaltung von Gesundheitssystemen eingebracht. Eine weitere Stärke deutscher Expertise liegt nach meiner Beobachtung im Dringen auf die Umsetzung der Prinzipien guter Regierungsführung, besonders im gesundheits- und sozialpolitischen Kontext.

**G+G: Sie arbeiten als Berater in Südafrika. Mit welchen Einrichtungen haben Sie dort hauptsächlich zu tun und wie funktioniert die Zusammenarbeit?**

**Thiede:** Ich bin zurzeit im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit in Südafrika. Es gibt eine produktive Kooperation mit dem südafrikanischen Schatzamt. Während ich dort vorrangig mit Finanzierungsfragen befasst bin, bemühe ich mich auch um die interministerielle Kommunikation. Hier gilt es gelegentlich, bei abweichenden Interessenlagen zu vermitteln. Ich hoffe, auch einen Beitrag zur Entideologisierung der Reformdebatte leisten zu können. ■



Auf längere Sicht wird sich Kenia aber kaum einer grundlegenden Reform der Gesundheitsfinanzierung verschließen können: Es ist die aufstrebende Wirtschaftsmacht in Ostafrika, gleichzeitig ist die gesundheitliche Lage der Bevölkerung desolat. Die Lebenserwartung ist in den vergangenen zwei Jahrzehnten gesunken, die Müttersterblichkeit gestiegen. Das sind keine guten Ausgangsbedingungen für ein Land, das den Anschluss an die Weltwirtschaft sucht.

## GHANA

Bei den Präsidentschaftswahlen in Ghana um die Jahrtausendwende versprach der Kandidat John Kufour, das bestehende System der Nutzergebühren, also Direktzahlungen im Krankheitsfall abzuschaffen. Er gewann die Wahlen und hielt sein Versprechen. Das kleine westafrikanische Land am Golf von Guinea, das heute als eine der stabilen Demokratien Afrikas gilt, begann 2004 mit dem Aufbau einer landesweiten Krankenversicherung. Das National Health Insurance Scheme (NHIS) stand anfangs ausschließlich Beamten und formal Beschäftigten offen. Sie stellen bis heute das Gros der Beitragszahler. Die Mitversicherung von Kindern bringt es in einer jungen Bevölkerung wie der ghanaischen mit sich, dass fast die Hälfte der Mitglieder unter 18 Jahre alt ist.

Die Finanzierung des NHIS erfolgt nur zu einem Viertel aus Beiträgen der Mitglieder. Der Großteil der Mittel für die Krankenversicherung stammt aus einem festen Anteil der Mehrwertsteuer. Über die Gerechtigkeit der Krankenkassen-Finanzierung ist nun in Ghana eine heftige Kontroverse entbrannt. Denn Mehrwertsteuer zahlt zwar die gesamte Bevölkerung, aber sie belasten arme Haushalte überproportional stark. Hinzu kommt, dass gerade arme Menschen weniger medizinische Leistungen in Anspruch nehmen, weil aufwendigere Behandlungen nur in Spzialeinrichtungen in den Städten zu finden sind.

**Versicherungspflicht steht zur Diskussion.** Die ghanaische Regierung beschreitet interessante innovative Wege zur Verknüpfung der vielerorts bestehenden gemeindebasierten Krankenversicherungen mit der nationalen Krankenkasse. Das NHIS nimmt die Mitglieder solcher dörflicher Kleinstversicherungen mit zum Teil lokal angepassten Leistungspaketen auf. Zurzeit ist die Mitgliedschaft in den gemeindebasierten Krankenversicherungen noch freiwillig. Aber immer wieder steht eine allgemeine Krankenversicherungspflicht zur Debatte. Spätestens wenn der Abschluss einer Krankenversicherung verbindlich wird, muss Ghana die Finanzierungsquellen überprüfen. Bisher liegen dazu einige Vorschläge auf dem Tisch, beispielsweise eine stärkere Besteuerung von Gemeingütern wie Einnahmen aus dem Erdöllexport, die so allen Bürgern zugute kämen.

**Ein Drittel der Bevölkerung ist versichert.** Darüber hinaus versorgt die Regierung alle Schwangeren über ein Sozialprogramm mit Versichertenkarten für die medizinische Versorgung rund um Schwangerschaft und Geburt. Auch Sozialhilfeempfänger erhalten zusätzlich zu ihrer Geldleistung kostenfrei eine Kranken-

kassenkarte. So ist die Versichertenzahl seit der Gründung stark angestiegen: von anfangs einer Million auf aktuell acht Millionen Bürger, immerhin ein Drittel der Bevölkerung. Das Leistungspaket ist ziemlich umfangreich und umfasst alles, was das Gesundheitssystem tatsächlich bereithält. Ausgenommen sind Dialyse bei Niereninsuffizienz, Herz-, neurochirurgische sowie kosmetische Operationen. Nicht zuletzt im Vergleich zu anderen Ländern im südlichen Afrika kann sich das ghanaische Leistungspaket sehen lassen. Noch liegt aber ein weiter Weg vor dem kleinen westafrikanischen Land, bevor seine Bürger auf eine Versorgung wie in Europa hoffen können. Lydia Dsane-Selby, Leiterin der Abteilung für Krankenhausakkreditierung beim NHIS, sagt: „Wir haben in Ghana zwar in kurzer Zeit ein bemerkenswertes, umfassendes System geschaffen. Aber wir stehen vor dem Problem, die Qualität der Behandlungen sicherzustellen. Hier müssen wir uns noch verbessern.“

**Länder südlich der Sahara steigern Gesundheitsausgaben.** Der enormen Krankheitslast zum Trotz, die auf dem afrikanischen Kontinent liegt, lässt die jüngere Entwicklung afrikanischer Gesundheitssysteme Hoffnung aufkeimen. Auch wenn manche Länder wie Kenia oder Tansania eher im Status quo verharren, sind andernorts deutliche Fortschritte erkennbar. Immer mehr Staaten südlich der Sahara leiten grundlegende Reformen ihrer Systeme ein und steigern ihre Gesundheitsausgaben.

Ghana, Kenia, Ruanda und Südafrika geben heute im Verhältnis zum Volkseinkommen und pro Kopf mehr für Gesundheit aus als Bangladesch oder Indien. Es hat sich gezeigt, dass die lange von der Entwicklungszusammenarbeit geförderten gemeindebasierten Krankenversicherungen auf staatliche Unterstützung angewiesen sind, um dauerhaft zur sozialen Absicherung im Krankheitsfall beitragen zu können. Entscheidend sind politischer Wille und gute Regierungsführung. Die Lage verbessert sich nur, wenn die Menschen Zugang zu und Anspruch auf gute Versorgung haben. Immer mehr Regierungen in Afrika nehmen diese Aufgabe ernst und investieren in die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. ■

**Dr. Dr. Jens Holst**, Internist und Gesundheitswissenschaftler, arbeitet seit fast 15 Jahren als selbstständiger Berater in der Entwicklungszusammenarbeit. **Kontakt: drdrjensholst@web.de**

**Jean-Olivier Schmidt** leitet das Kompetenzzentrum Soziale Sicherung in der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (giz). **Kontakt: Jean-Olivier.Schmidt@giz.de**

### Lese- und Webtipps

- Jens Holst, Jean-Olivier Schmidt: **Medizin gegen Armut. Teil 1 der G+G-Serie „Gesundheit global“**. In: G+G 10/2013, S. 22–29
- G+G 7-8/2010: **Gesundheit rund um den Globus**. Erfahrungsberichte über Gesundheitssysteme weltweit. S. 22–27
- Otmar Müller: **Entwicklungshilfe bündelt Konzepte**. Bericht über die Initiative P4H. In: G+G 7-8/2013, S. 16–17
- Ulrich P. Schäfer: **Als Chirurg in Afrika**. In: G+G 12/2010, S. 14–15
- [www.aok-consult.de](http://www.aok-consult.de) > Internationales

# Kassen dürfen nur lauter werben

Krankenkassen dürfen keine irreführende Werbung betreiben. Das europaweite Verbot unlauterer Geschäftspraktiken gilt für öffentlich-rechtliche Körperschaften ebenso wie für Privatunternehmen. Dies hat der Europäische Gerichtshof entschieden und bejahte damit eine Anfrage des Bundesgerichtshofs. **Von Anja Mertens**

Urteil vom 3. Oktober 2013  
– C-59/12 –  
Europäischer Gerichtshof

**Dem Bundesgerichtshof** lag eine Unterlassungsklage der Zentrale zur Bekämpfung unlauteren Wettbewerbs e. V. gegen eine Betriebskrankenkasse vor. Diese hatte im Jahr 2008 auf ihrer Internetseite folgende Aussage veröffentlicht: „Wer die BKK jetzt verlässt, bindet sich an die Neue [gesetzliche Krankenkasse] für die nächsten 18 Monate. Somit entgehen Ihnen attraktive Angebote, die Ihnen die BKK im nächsten Jahr bietet und Sie müssen am Ende möglicherweise draufzahlen, wenn Ihre neue Kasse mit dem ihr zugeteilten Geld nicht auskommt und deswegen einen Zusatzbeitrag erhebt.“ Die Wettbewerbszentrale hielt diese Aussagen für irreführend und nicht zulässig. Es würde verschwiegen, dass dem Versicherungsnehmer im Fall der Erhebung eines Zusatzbeitrags ein gesetzliches Sonderkündigungsrecht zustehe. Sie mahnte die Krankenkasse ab, forderte eine strafbewehrte Unterlassungserklärung und verlangte die Erstattung der vorgerichtlichen Kosten.

## Wettbewerbsregeln nicht anwendbar?

Die Krankenkasse räumte den Fehler ein und entfernte die Aussage von ihrer Internetseite. Sie lehnte es aber ab, eine strafbewehrte Unterlassungserklärung abzugeben und für die Kosten der Wettbewerbszentrale aufzukommen. Die entsprechenden Wettbewerbsnormen im Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) und die Richtlinie 2005/29/EG über unlautere Geschäftspraktiken von Gewerbetreibenden gegenüber Verbrauchern im Binnenmarkt seien auf sie nicht

anwendbar. Dort sei nur von „Geschäftspraktiken“ eines „Gewerbetreibenden“ die Rede. Sie aber sei keine Gewerbetreibende, sondern eine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Ihr Handeln sei nicht darauf ausgerichtet, Gewinne zu erzielen.

Das Landgericht verurteilte die Krankenkasse, es zu unterlassen, mit den beanstandeten Aussagen zu werben. Außerdem müsse sie an die klagende Wettbewerbszentrale 208,65 Euro nebst Zinsen zahlen. Nachdem die Berufung der Krankenkasse vor dem Oberlandesgericht

**Die Richtlinie zielt darauf, europaweit einen hohen Verbraucherschutz zu erreichen.**

ohne Erfolg blieb, legte sie Revision beim Bundesgerichtshof ein. Dieser setzte das Verfahren aus (Beschluss vom 18. Januar 2012, Aktenzeichen I ZR 170/10) und richtete ein Vorabentscheidungsersuchen an den Europäischen Gerichtshof. Wie schon die Vorinstanzen wertete der Bundesgerichtshof die Werbung der Krankenkasse als irreführend und als einen Verstoß gegen das UWG. Doch bevor er endgültig entscheiden könne, müsse der Europäische Gerichtshof klären, ob die fragliche Werbung überhaupt nach den Vorschriften des Wettbewerbsrechts be-

urteilt werden kann. Denn einerseits habe der Luxemburger Gerichtshof bereits in anderen Verfahren entschieden, dass die deutschen Krankenkassen bei der Festsetzung der Festbeträge für Arzneimittel nicht als Unternehmen im Sinne der wettbewerbsrechtlichen Vorschriften tätig werden. Andererseits könnten die Krankenkassen laut Europäischem Gerichtshof außerhalb ihrer rein sozialen Aufgabe im Rahmen der Verwaltung auch Geschäftstätigkeiten ausüben, die keinen sozialen, sondern einen wirtschaftlichen Zweck haben. In diesem Fall wären sie als Unternehmen anzusehen. Aus Sicht des Bundesgerichtshofes liege es im vorliegenden Fall nahe, die beanstandete Handlung als irreführende Geschäftspraktik im Sinne des Wettbewerbsrechts einzustufen.

## Rechtsstellung der Kasse unerheblich.

Die Luxemburger Richter stellten nun klar, dass die europäische Richtlinie über unlautere Geschäftspraktiken auch für eine Körperschaft des öffentlichen Rechts gilt, die mit einer im Allgemeininteresse liegenden Aufgabe wie der Verwaltung eines gesetzlichen Krankenversicherungssystems betraut ist. Prinzipiell müssten nach der gängigen Rechtsprechung des Gerichtshofs Begriffe einer EU-Vorschrift in der gesamten Union einheitlich ausgelegt werden. Folglich sei es für die Beantwortung der vom Bundesgerichtshof vorgelegten Frage unerheblich, welche Rechtsstellung und spezifischen Merk-

## TIPP FÜR JURISTEN



Beweislast im Arzthaftungsprozess, Beweislastumkehr bei groben Behandlungsfehlern thematisiert das Seminar „Das Patientenrechtgesetz – Arzthaftung aus Patientensicht“ am 13. Dezember in München. Veranstalter ist die DeutscheAnwaltAkademie. Mehr Infos: [www.anwaltakademie.de](http://www.anwaltakademie.de) > Veranstaltungen > Seminare > Medizinrecht/Arztrecht

male die fragliche Einrichtung nach nationalem Recht habe. Der Unionsgesetzgeber habe den Begriff „Gewerbetreibende“ besonders weit konzipiert. Es handle sich hier um „jede natürliche oder juristische Person“, die eine entgeltliche Tätigkeit ausübt. Darunter fielen auch Einrichtungen, die Aufgaben im Allgemeininteresse erfüllen, sowie öffentlich-rechtliche Körperschaften.

**Gefahr der Täuschung droht.** Die Richtlinie, so die Luxemburger Richter weiter, zielt darauf, europaweit einen hohen Verbraucherschutz zu gewährleisten. Dieses Ziel beruhe auf dem Umstand, dass sich ein Verbraucher im Vergleich zu einem Gewerbetreibenden oder Unternehmen in einer unterlegenen Position befindet. Denn er sei wirtschaftlich schwächer und rechtlich weniger erfahren. Daher habe der Gerichtshof bereits in früheren Verfahren entschieden, dass die Richtlinie im Wesentlichen aus der Sicht des Verbrauchers konzipiert ist. Denn er sei Adressat und Opfer unlauterer Geschäftspraktiken. Im vorliegenden Fall bestehe die Gefahr, dass die Mitglieder der beklagten Krankenkasse, die als Verbraucher im Sinne der Richtlinie anzusehen seien, durch die verbreiteten irreführenden Angaben getäuscht und somit davon abgehalten werden, eine informierte Wahl zu treffen. Durch die irreführende Werbung würden sie zu einer Entscheidung veranlasst, die sie sonst nicht getroffen hätten. Der öffentliche oder private Charakter der fraglichen Einrichtung und die von ihr wahrgenommene soziale Aufgabe sei unerheblich. Eine Körperschaft des öffentlichen Rechts, die mit einer im Allgemeininteresse liegenden Aufgabe wie der Verwaltung eines gesetzlichen Krankenversicherungssystems betraut ist, habe ihr Verhalten prinzipiell an der Richtlinie über unlautere Geschäftspraktiken auszurichten. ■

Kommentar: Erstmals hat der Europäische Gerichtshof klargestellt, dass die gesetzlichen Krankenkassen der Richtlinie über unlautere Geschäftspraktiken unterworfen sind. Sie müssen sich ebenso wie private Unternehmen an das Wettbewerbsrecht halten.

**Anja Mertens** ist Rechtsanwältin im Justitiariat des AOK-Bundesverbandes.  
**Kontakt: Anja.Mertens@bv.aok.de**

**ICH HABE HIV.**

Holger, 49 Jahre  
Geschäftsführer  
HIV-positiv

Leonie, 56 Jahre  
Personal- und  
Callroomleiterin

**UND DIE SOLIDARITÄT MEINER ANGESTELLTEN.**

**HABE ICH AUCH DEINE?**

Holger ist Geschäftsführer eines mittelständischen Unternehmens und seit zehn Jahren HIV-positiv. Seine Angestellten wissen von seiner Infektion. Und sie haben kein Problem damit. Holger engagiert sich dafür, dass in unserer Gesellschaft Vorurteile abgebaut werden und ein offenes Klima für Menschen mit HIV/AIDS weiter wächst – gerade auch im Arbeitsalltag.

**Zeig Solidarität mit der roten Schleife auf [www.welt-aids-tag.de](http://www.welt-aids-tag.de)!**

**1.12. Zeig Schleife auf: [www.welt-aids-tag.de](http://www.welt-aids-tag.de)**

**Positiv zusammen leben.**

EINE AKTION VON:



BZgA  
Bundeszentrale  
für gesundheitliche  
Aufklärung

IN PARTNERSCHAFT MIT:



## HESSEN

## Zweitmeinung bietet Sicherheit

Bei Krebsdiagnosen und bei Patienten, die einen Gelenkersatz benötigen, bietet die AOK Hessen ab sofort einen „Ärztlichen Zweitmeinungsservice“ an. Chefärzte und Experten aus angesehenen Kliniken sichten dabei alle Unterlagen und beraten die Versicherten persönlich und kostenfrei. Gewonnen werden konnten Mediziner der Universitätsklinik Marburg sowie der Universitätsklinik und dem Krankenhaus Nordwest in Frankfurt für eine Zweitmeinung bei Krebsdiagnosen. Für orthopädische Fragen stehen Fachleute aus sieben Kliniken bereit. Schon innerhalb von drei Arbeitstagen erfolgt ein telefonischer Erstkontakt mit dem Versicherten. Im Bereich Orthopädie findet das Beratungsgespräch innerhalb von zehn Arbeitstagen nach dem Erstkontakt statt, für Krebspatienten innerhalb von fünf bis sieben Tagen. „Der Service hilft Betroffenen enorm, weil sie mehr Sicherheit und Klarheit in einer schwierigen Lebens-

phase gewinnen“, so **Thomas Burmann**, verantwortlich für stationäre Versorgung bei der Gesundheitskasse. Für 2014 sei eine Ausweitung des Angebots geplant. „Das Bedürfnis nach mehrfach abgesicherten Aussagen und die Bestätigung, dass das medizinisch Richtige nach dem aktuellen Stand der Forschung getan wird, hilft dem Patienten, diese schwere Zeit durchzustehen“, betonte der Marburger Klinikdirektor **Professor Jochen A. Werner**. ■

## RHEINLAND/HAMBURG

## Vorsorge wirkt gegen Osteoporose

Die AOK Rheinland/Hamburg und das Kompetenznetzwerk Osteoporose Nordrhein führen ihr Vorsorgeprogramm gegen Osteoporose fort. Eine erste Bilanz dazu bestärke sie in diesem Schritt, teilten beide mit. 7.200 Versicherte der Gesundheitskasse – davon 85 Prozent Frauen und 15 Prozent

Männer – nahmen in den vergangenen vier Jahren an dem Programm teil. Die Teilnehmer mussten deutlich seltener wegen eines Knochenbruchs ins Krankenhaus eingewiesen werden. Im Vergleich zur Regelversorgung – das betrifft alle Patienten mit therapiebedürftiger Osteoporose, die nicht am Vorsorgeprogramm teilnahmen – konnte die Zahl der Einweisungen in eine Klinik aufgrund Osteoporosebedingter Knochenbrüche um 35 Prozent gesenkt werden. Osteoporose, im Volksmund Knochenschwund genannt, führt zur Verringerung der knöchernen Gerüstsubstanz der Knochenbälkchen. Vor allem Frauen sind betroffen. „Die Osteoporose-Versorgung hat ihre Wirksamkeit bewiesen. Knochenbrüche, auch schwerer Art, und die damit verbundenen Krankenhaus-Behandlungen sind zurückgegangen“, sagte **Matthias Mohrmann**, Vorstandsmitglied der Gesundheitskasse. „Osteoporose ist behandelbar, Frakturen müssen nicht sein“, betonte auch **Dr. Christoph Eichhorn**, Vorsitzender des Kompetenznetzwerks Osteoporose. ■

## AOK aktuell

### Mehr Geld für Krankenfahrten in Thüringen

Einen gemeinsamen Rahmenvertrag mit neuen Preisvereinbarungen für ganz Thüringen haben die AOK PLUS und die beiden Landesverbände des Thüringer Taxi- und Mietwagengewerbes auf den Weg gebracht. Alle Taxi- und Mietwagenunternehmer im Freistaat können am Vertrag teilnehmen. Er tritt zum 1. Januar 2014 in Kraft und hat eine Laufzeit von zwei Jahren. Der Vertrag ist mit einer deutlich höheren Vergütung für Taxi- und Mietwagenfahrten verbunden und auf eine dauerhafte Zusammenarbeit ausgelegt. AOK-Bereichsleiter **Mike Stolle** erklärte bei der Vertragsunterzeichnung, mit der Vereinbarung garantiere die Gesundheitskasse rund 700 Thüringer Unternehmen unabhängig von einer Mitgliedschaft in einem der beiden Fachverbände „eine stabile und faire Vertragsgrundlage und eine flächendeckend höhere Vergütung“. Einzelverträge für Krankenfahrten gehörten damit grundsätzlich der Vergangenheit an. Der

Hauptgeschäftsführer des Landesverbandes Thüringen des Verkehrsgewerbes, **Thilo Müller**, betonte: „Mit dem vorliegenden Rahmenvertrag zwischen der AOK PLUS und den Verbänden wird ein Schlussstrich unter das jahrelange Ringen und die vielen Auseinandersetzungen gezogen. Ausgehend von den Vertragsverhandlungen und dem vorliegenden Ergebnis vertraue ich auf eine künftige Zusammenarbeit auf der Basis von Partnerschaft, gegenseitiger Wertschätzung und Achtung.“ **Michael Beer**, der Geschäftsführer des Thüringer Landesverbandes des Thüringer Taxi- und Mietwagengewerbes, nannte die Vereinbarung „ein gutes Ergebnis und eine solide Basis für eine faire Partnerschaft zwischen der AOK PLUS und dem Thüringer Taxi- und Mietwagengewerbe.“

## Hilfe für den Zappelphilipp

Ein neues Versorgungsprojekt für Kinder und Jugendliche, die an einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) leiden, haben die AOK Sachsen-Anhalt und die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt gemeinsam mit dem Psychotherapeuten **Dr. Wolfgang Pilz** gestartet. ADHS zählt zu den häufigsten Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter. Laut Robert Koch-Institut sind in Deutschland etwa 4,8 Prozent der Kinder betroffen. Im Rahmen des Projektes werden Kinder von einem Spezialistenteam – bestehend aus Psychotherapeuten, Psychologen und Pädagogen – betreut. „Mit der Kombination aus einzelpsychotherapeutischen Maßnahmen vor Ort, in Familie und Schule, sowie interaktionsbetonten gruppentherapeutischen Ansätzen, ohne dabei das Kind aus seinem gewohnten sozialen Umfeld herauszunehmen, besteht eine ernsthafte Chance, auf eine medikamentöse Behandlung von ADHS verzichten zu können“, so Pilz. Nach Angaben von **Kay Nitschke**, Beauftragter des Vorstandes der AOK Sachsen-Anhalt, hat die Diagnose „ADHS“ bei AOK-versicherten Kindern im Zeitraum von 2009 auf 2012 um etwa zehn Prozent zugenommen. „Etwa 40 Prozent dieser Kinder werden mit Medikamenten behandelt. Dies muss kritisch hinterfragt werden.“ Der Gesundheitskasse sei wichtig, dass die Therapie der von ADHS betroffenen Kinder nicht nur in den Arztpraxen, sondern ganzheitlich in der Lebenswelt erfolgt“, betonte Nitschke. ■

### NORDOST

## Altenpfleger kostenlos ausbilden

Junge Menschen sollen laut AOK Nordost auch an privaten Altenpflegeschulen kostenfrei ausgebildet werden können. Die Gesundheitskasse verwies auf Prognosen der Bundesagentur für Arbeit, wonach im Jahr 2016 fast 40.000 Pflegekräfte fehlen. Auch die teilweise Eigenfinanzierung der Ausbildung wirke mit Blick auf die Gewinnung von Nachwuchskräften kontraproduktiv. „Ziel muss es sein, dass junge Menschen, die sich für den gesellschaftlich immer wichtigeren Beruf des Altenpflegers entscheiden, diese Ausbildung kostenfrei absolvieren können“, sagte **Hans-Joachim Fritzen**, Pflege-Geschäftsführer der AOK Nordost. Dies sei nicht in allen Bundesländern im Geschäftsgebiet der AOK Nordost möglich, da der Besuch einer Altenpflegeschule zum Teil Schulgeld koste. In Berlin zahlen derzeit rund 2.500 Azubis an den 30 Altenpflegeschulen in

freier Trägerschaft im Schnitt monatlich 150 Euro. Gemäß Landesschulgesetz trägt Mecklenburg-Vorpommern die vollen Kosten für staatliche Schulen. Private Träger erheben Schulgeld. In Brandenburg wird hingegen kein Schulgeld erhoben. ■

### NORDWEST

## Der Mann als Vorsorge-Muffel

Männer in Schleswig-Holstein bleiben Vorsorgemuffel. Das bestätigt eine aktuelle Auswertung der AOK NORDWEST. Danach nahm im vergangenen Jahr nur etwa jeder fünfte Mann im Alter von über 45 Jahren an einer Krebs-Früherkennung teil. Bei den Frauen lag der Anteil deutlich höher. „Wir appellieren an die Bevölkerung, die kostenfreien Früherkennungsuntersuchungen noch besser zu nutzen. Denn nur wenn Krebs frühzeitig erkannt wird, bestehen sehr gute Heilungschancen“, sagte der Vorstandsvorsitzende der Kasse, **Martin Litsch**. ■

### BREMEN/BREMERHAVEN

## Neue Partnerschaft mit Fußballern

Die AOK Bremen/Bremerhaven ist jetzt „offizieller Gesundheitspartner“ des Fußball-Bundesligisten SV Werder Bremen. Ein neuer, umfangreicher Kooperationsvertrag mit den „Grün-Weißen“ macht dies möglich. Der Vertrag sieht ein betriebliches Gesundheitsmanagement für die Mitarbeiter von Werder Bremen, aber auch umfangreiche gemeinsame Werbe- und Marketingmaßnahmen vor. Die Gesundheitskasse baute zudem ihr langjähriges Engagement im Projekt „Werder bewegt – Lebenslang“ aus und verlängerte eine entsprechende Vereinbarung. „Die Zielrichtung dieser neuen Kooperation mit Werder Bremen ist klar: Wir wollen unser Engagement für mehr Bewegung und gesunde Ernährung weiter verstärken“, sagte **Olaf Woggan**, Vorstandsvorsitzender der AOK Bremen/Bremerhaven. Werder Bremen sei für die AOK dabei ein zentraler Partner. ■

**Forschung**  
**Klinische Studien hinterfragen**

Man kann es nicht oft genug sagen: Jeder medizinische Eingriff bleibt ein Risiko, egal ob es sich um schon lange praktizierte Verfahren oder relativ neue Arzneimittel handelt. Im konkreten Fall die richtige



Behandlungsalternative zu wählen, ist nicht einfach. Klinische Studien helfen Ärzten dabei. Aber Vorsicht! Nicht alle Studien orientieren sich an den Bedürfnissen der Patienten und sind zuverlässig. Dass kommerzielle oder akademische Interessen klinische Studien verzerren, hat die britische Ärztin und Medizinjournalis-

tin Imogen Evans in dem Buch „Testing Treatments“ bereits 2006 eindrucksvoll beschrieben. 2008 erschien es damals vielbeachtet unter dem Titel „Medizin auf dem Prüfstand“ auch auf Deutsch. Die erweiterte zweite Auflage – zu den Koautoren gehört jetzt auch der Versorgungsforscher Paul Glasziou – enthält unter anderem ein eigenes Kapitel über die Vor- und Nachteile von Screenings und Gentests. Ausführlich wird beschrieben, warum insbesondere Therapiestudien zum Schaden des Patienten überreguliert werden. Neu sind auch Leitsätze und ein Aktionsplan für bessere Medizinforschung. Das Buch ist eine Aufforderung an Ärzte und Patienten, klinischen Studien nicht blind zu vertrauen, sondern sie immer kritisch zu hinterfragen. Die englische Originalausgabe steht unter [www.testingtreatments.org/the-book](http://www.testingtreatments.org/the-book) kostenlos zum Download im Internet.

*Imogen Evans, Hazel Thornton, Iain Chalmers, Paul Glasziou:*  
**Wo ist der Beweis?**  
2013. 260 Seiten, 24,85 Euro.  
Verlag Hans Huber, Bern.

**Sachbuch**  
**Ein Insider packt aus**

Die Aufmachung des Titels wirkt ein wenig reißerisch. Doch Paul Brandenburg, Unfallarzt aus Berlin, schreibt durchaus sachlich und informativ, nicht nur über das „Überleben in deutschen Krankenhäusern“, sondern über den Alltag im Medizinbetrieb. Herausgekommen ist eine prägnante Analyse des deutschen Gesundheitssystems. Der Frust seiner frühen Berufsjahre in der Klinik hat den 35-Jährigen, der aus einer Arztfamilie stammt und in der Transplantationschirurgie forschte, zum Schreiben veranlasst. „Ich habe schnell gemerkt, dass mir da der Spaß am Job kaputt gemacht wird“, sagte er einmal in einem Radiointerview. „Der Umgang mit den Patienten und der Umgang unter Kollegen entspricht nicht meinen Vorstellungen von einer anständigen Berufsausübung.“ Und so kritisiert Brandenburg in seinem Ratgeber-Sachbuch immer wieder die Zeitnot der Ärzte und beklagt, dass die Gesetze



der Ökonomie ihren Tribut bei den Klinikmitarbeitern fordern. Gleichzeitig gibt er Tipps, wie Patienten dennoch zu ihrem Recht kommen können. In schmackhaften, wenn auch ungeordneten Häppchen – er gliedert seine Ausführungen in 46 Fragen und Antworten, die nicht immer schlüssig aufeinander folgen – serviert Brandenburg mit leichter Hand komplizierte Inhalte. Ein Ratgeber für Patienten, den auch Ärzte, Krankenhaus- und Kassenexperten mit Gewinn lesen können.

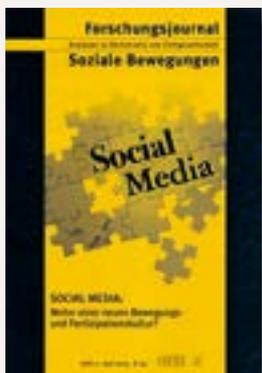
*Paul Brandenburg:* **Kliniken und Nebenwirkungen.** 2013. 208 Seiten, 13,99 Euro. Fischer Scherz Verlag, Frankfurt am Main.

SEMINARE | TAGUNGEN | KONGRESSE

<p>■ <b>24. EAHM CONGRESS HOSPITAL MANAGEMENT IN TIMES OF CRISIS</b></p>	<p>Strategische Leitlinien, Umgestaltung der Betriebsprozesse, neue Technologien</p>	<p>28.–30.11.2013 Luxemburg</p>	<p>Fédération des Hôpitaux de Luxembourg 5, rue des Mérovingiens L – 8070 Luxembourg</p>	<p>Sekretariat des Kongresses Tel.: 0 03 52/42 41 42-11 contact@eahm-luxembourg2013.lu http://eahm-luxembourg2013.lu/web/eahm/</p>
<p>■ <b>GESUNDHEITSREFORM 2014 – WER TRAUT SICH AN DIE SEKTORENGRENZEN?</b></p>	<p>Innovative Strukturen im ambulanten und stationären Bereich, Versorgungsforschung</p>	<p>21.–22.1.2014 Berlin</p>	<p>Bundesverband Managed Care e.V. Friedrichstraße 136 10117 Berlin</p>	<p>Tel.: 0 30/28 09 44 80 Fax: 0 30/28 09 44 81 anmeldung@bmcev.de www.bmcev.de</p>
<p>■ <b>DEUTSCHER PFLEGETAG 2014</b></p>	<p>Pflegereform, Pflegeausbildung, Patientensicherheit, Qualitätssicherung neuer Wohnformen</p>	<p>23.–25.1.2014 Berlin</p>	<p>Deutscher Pflegerat e.V. Organisation: Springer Medizin Heidelberger Platz 3 14197 Berlin</p>	<p>Tel.: 0 30/8 27 87-55 10 andrea.tauchert@springer.com www.deutscher-pflegetag.de</p>
<p>■ <b>HEALTH AKTUELL: GERIATRIE 2014</b></p>	<p>Geriatrische Versorgung, Palliativmedizin, Polypharmazie, Medizinethik und Ökonomie</p>	<p>30.1.2014 Köln</p>	<p>MCC – The Communication Company Scharnhorststraße 67a 52351 Düren</p>	<p>Tel.: 0 24 21/1 21 77-0 Fax: 0 24 21/1 21 77-27 mcc@mcc-seminare.de www.mcc-seminare.de &gt; Veranstaltungen</p>
<p>■ <b>KASSENGIPFEL 2014</b></p>	<p>Strukturformen GKV und PKV, Ambulante spezialärztliche Versorgung, Arznei-Nutzenbewertung</p>	<p>20.–21.2.2014 Berlin</p>	<p>MCC – The Communication Company Scharnhorststraße 67a 52351 Düren</p>	<p>Tel.: 0 24 21/1 21 77-0 Fax: 0 24 21/1 21 77-27 mcc@mcc-seminare.de www.mcc-seminare.de &gt; Veranstaltungen</p>

## Social Media Mehr Partizipation und Überwachung

Die Etablierung neuer medialer Beteiligungsformen und Instrumente im Gesundheitsbereich erfordert ein dynamisches Lernen aller Beteiligten. Seriöse Kommunikationsplattformen könnten ein geeignetes Instrument sein, um die Dialogorientierung und eine systematische Rückkoppelung zwischen Krankenkassen, Versicherten und Patienten in einer neuen Qualität zu ermöglichen. Krankenkassen als Interessenvertreter der Versicherten und Patienten sollten die Bedeutung nicht unterschätzen, schreiben Christoph J. Rupprecht und Clarissa



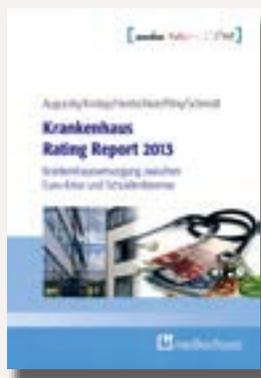
Schulte von der AOK Rheinland/Hamburg in dem Themenheft „Social Media“ des Forschungsjournal Soziale Bewegungen. Sie verweisen dazu vor allem auf die Erfahrungen ihrer Gesundheitskasse, die sich als erste an der Messung der Patientenzufriedenheit mit stationären Behandlungen im Rahmen der Weissen Liste beteiligte. Damit wurde auch der AOK-Krankenhausnavigator auf den Weg gebracht. Dieses und andere gute Beispiele für die partizipative Nutzung der Social Media finden sich im Praxisteil des Themenheftes. Das Spektrum der Hauptbeiträge reicht von

Beschreibungen der Social Media als Instrumente von Kontrolle und Überwachung über Analysen der Diskrepanz zwischen Beteiligungsversprechen und Wirklichkeit bis zur Diskussion des Einsatzes von Liquid-Feedback-Software wie bei der Piratenpartei. Zu den mehr als einem Dutzend Autoren des Themenheftes zählt unter anderen auch der Datenschutzbeauftragte in Schleswig-Holstein, Thilo Weichert.

*Christoph J. Rupprecht, Clarissa Schulte (Hrsg.): Social Media – Motor einer neuen Bewegungskultur und Partizipationskultur? 2013. 202 Seiten, 19 Euro. Verlag Lucius & Lucius, Stuttgart.*

## Krankenhäuser Zwischen Euro-Krise und Schuldenbremse

Nach guten Jahren hat sich die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser 2011 und 2012 wieder verschlechtert. Ein Grund dafür könnte die Erhöhung der Zahl der Vollzeitkräfte im Jahr 2011 um 1,7 Prozent gewesen sein, heißt es im aktuellen Krankenhaus-Rating-Report des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) in Essen. Die Forschungsgruppe um Boris Augurzky hat für ihren mittlerweile neunten Branchenreport seit 2006 fast 700 Bilanzen von rund 1.000



Krankenhäusern analysiert. Ihre Lage „zwischen Euro-Krise und Schuldenbremse“ wird in der Studie nicht nur detailliert, sondern mit 125 Schaubildern, 21 Tabellen und elf Landkarten auch anschaulich und einprägsam dargestellt. Als Handlungsoptionen empfiehlt das RWI-Team den Kliniken, die Erlöse über den

Casemix zu steigern oder Kosten zu sparen. Für die Politik beständen dagegen derzeit kaum Möglichkeiten, strukturelle Veränderungen einzuleiten.

*Boris Augurzky:  
Krankenhaus Rating Report 2013. 2013. 216 Seiten, 298,95 Euro. Medhochzwei-Verlag, Heidelberg.*

## Zeitschriftenschau

### ■ Das Betreuungsrecht gehört ins Sozialgesetzbuch

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Funktionen der Betreuungsbehörde – es tritt am 1. Juli 2014 in Kraft – will der Gesetzgeber unter anderem die Zahl der rechtlichen Betreuungen reduzieren. Der Verwaltungswissenschaftler Professor Rainer Pitschas hält das Konzept für fragwürdig. Statt Betreuungen auf die bloße Rechtsfürsorge zu beschränken, müsse das Betreuungsrecht im Sozialgesetzbuch als Erwachsenenschutz verankert werden. Die Betreuung von Menschen gehöre zur sozialstaatlichen Daseinsfürsorge. *Die Sozialgerichtsbarkeit 9/2013, Seite 500–506*

### ■ Heimgesetz: Zuwendungsverbot gilt nicht für ambulante Pflegedienste

Nach dem Heimgesetz dürfen Seniorenheime und ihre Pflegekräfte über das vereinbarte Entgelt hinaus keine zusätzlichen Zuwendungen annehmen. Nach Ansicht von Dr. Hannes Ludyga ist dieses Zuwendungsverbot nicht auf ambulante Pflegedienste anzuwenden. Für den Privatdozenten an der Universität des Saarlandes sollte dieses Verbot auch nicht für ambulante Pflegedienste eingeführt werden. Denn dies schränke die Freiheit des Erblassers ein zu bestimmen, an wen sein Vermögen fallen soll. Zum Schutz häuslich gepflegter Menschen könne die letztwillige Verfügung auf ihre Sittenwidrigkeit überprüft werden. Ein unter Druck entstandenes Testament sei sittenwidrig und damit nichtig. *Neue Zeitschrift für Sozialrecht 6/2013, Seite 201–240*

### ■ Arzneimittelgesetz: Klinische Prüfungen für Krankenhäuser erleichtert

Das Zweite Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften soll unter anderem nicht industriell gesponserte Forschungsvorhaben vereinfachen. Damit können Krankenhäuser klinische Prüfungen leichter planen und durchführen, meinen Dr. Oliver Pramann, Fachanwalt für Medizinrecht, und Dr. Urs-Vito Albrecht von der Medizinischen Hochschule Hannover. Eine Probandenversicherung sei bei klinischen Prüfungen mit zugelassenen Arzneimitteln nicht mehr erforderlich, wenn die Anwendung nach den in der Zulassung festgelegten Angaben erfolgt, die Risiken und Belastungen durch zusätzliche Untersuchungen oder durch den Therapievergleich gering sind und der Prüfer anderweitig versichert ist. Auch reiche ein verantwortlicher Prüfer aus. *Der Krankenhaus-Jurist 3/2013, Seite 5–8*

### ■ Haftung nach Gesundheitsschaden: Viele Rechtsfragen sind ungeklärt

Erleidet ein Patient nach der Implantation eines Medizinprodukts einen Gesundheitsschaden, ist nur schwer auszumachen, wer dafür haftet – Operateur, Klinik, Hersteller? Am Beispiel Hüftprothesen grenzt der Freiburger Fachanwalt für Medizinrecht, Dr. Dirk Liebold, Verantwortlichkeiten ab. Zugleich stellt er fest, dass viele Rechtsfragen höchstrichterlich nicht geklärt sind. Besteht etwa ein Anspruch auf Schmerzensgeld, wenn aus Angst vor dem möglichen Versagen einer fehlerhaften Hüftprothese diese wieder herausgenommen wird? Oder: Welche Auskünfte kann der Patient vom Hersteller verlangen? *Zeitschrift für das gesamte Medizin- und Gesundheitsrecht 4/2013, Seite 222–228*

# Gesetz bietet kaum mehr Schutz

Seit gut einem halben Jahr ist das Patientenrechtegesetz in Kraft. Die Stellung der Patienten stärkt es nicht, meint Rechtsanwalt **Volker Hertwig**. Denn der Gesetzgeber hat im Großen und Ganzen nur die gängige Rechtsprechung in Paragraphen gegossen.

**Sinn und Zweck** des im Februar dieses Jahres in Kraft getretenen Patientenrechtegesetzes sind bereits im Vorfeld kritisch diskutiert worden. Auffallend dabei war die Einigkeit zwischen Patientenanwälten und Kollegen von der Behandlerseite darüber, dass das Gesetz nicht benötigt würde. Denn die Rechtsprechung habe ja schon alles geregelt. Und in der Tat: Der Gesetzgeber war wenig kreativ. Er hat sich darauf beschränkt, im Patientenrecht die meist bereits seit Jahrzehnten geltende Rechtsprechung zu dokumentieren. Handwerklich ist ihm das mehr oder weniger gelungen. Einwilligung und Aufklärung, Dokumentation der Behandlung und Einsichtnahme in die Patientenakte sind gute alte Bekannte aus der Rechtsprechung und vom Gesetzgeber mit viel Liebe zum Detail niedergeschrieben worden. Damit hat er die Rechtsposition des Patienten aber nicht wesentlich verbessert. Die neue Verpflichtung der Ärzte, dem Patienten nunmehr den vom ihm unterzeichneten Aufklärungsbogen in Kopie auszuhändigen, mag das Risiko nachträglicher Manipulationen begrenzen. Mehr Patientenschutz ist das aber nicht.

**Der Patient trägt doppelte Beweislast.** Den im Arzthaftungsprozess eigentlich spannenden Fragen der Beweislast hat der Gesetzgeber nur einen einzigen von acht Paragraphen gewidmet. Dabei ist es – leider – bei der doppelten Beweislast für den Patienten geblieben. Nach wie vor muss er dem Arzt sowohl einen Behandlungsfehler nachweisen als auch beweisen, dass sein Gesundheitsschaden nicht auf seiner ursprünglichen Erkrankung beruht, sondern auf dem Behandlungsfehler (Kausalität). Eine Ausnahme gilt – wie bisher – nur für den groben Behandlungsfehler. Was aber darunter zu verstehen ist, hat der Gesetz-

geber nicht definiert. Nach der Rechtsprechung liegt ein grober Behandlungsfehler vor, wenn der Fehler „aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich erscheint“. Der geschädigte Patient muss also weiterhin darauf vertrauen, bei den sich durch mehrere Gerichtsinstanzen ziehenden „Gutachterschlachten“ nicht unter die Räder zu kommen. Dass der Arzt nunmehr – erst auf Nachfrage – dem Patienten etwaige Umstände eines Behandlungsfehlers offenbaren soll, wird angesichts der strikten Drohung der Haftpflichtversicherer, bei einem Geständnis den Versicherungsschutz zu entziehen, wahrscheinlich wenig praktische Relevanz haben. Bereits gelebte Realität war auch die im Patientenrechtegesetz geringfügig modifizierte Verpflichtung der Krankenkassen, dem Patienten bei der Durchsetzung von Ansprüchen behilflich zu sein, insbesondere durch Gutachten der Medizinischen Dienste. Schließlich haben die Krankenkassen ein ureigenes Interesse daran, die ihnen durch eine Fehlbehandlung ihrer Versicherten entstandenen Kosten, etwa für die Nachbehandlung oder für Pflegeaufwendungen, vom Schadensverursacher zurückzubekommen.

**Behandlungsfehler verstößt gegen Vertrag.** Zwar bietet das Gesetz die Möglichkeit, juristische Auseinandersetzungen zwischen Arzt und Patient zu entemotionalisieren. Denn es definiert das Arzt-Patientenverhältnis ausdrücklich als Vertrag. Somit ist ein Behandlungsfehler als Vertragsverstoß und nicht mehr als strafrechtliche Körperverletzung zu werten. Und ein Gesetz lässt sich – bei neuen politischen Mehrheiten – ändern. Allein schon die Streichung der Wörter „grober“ [Behandlungsfehler] und „grob“ [fehlerhaft] in Paragraph 630h Absatz 5 Bürgerliches Gesetzbuch würde die Prozesschancen von Patienten entscheidend erhöhen. Denn dann müsste die Arztseite beweisen, dass ein nachgewiesener Behandlungsfehler folgenlos geblieben ist.

Insgesamt bleibt bislang nur ein Fazit: Jurastudenten werden für das Examen acht neue Paragraphen lernen müssen. Im gerichtlichen Alltag des Arzthaftungsprozesses jedoch wird sich wenig ändern – und wahrscheinlich auch nicht im Behandlungszimmer oder Operationssaal. ■

**Dr. Volker Hertwig** ist Rechtsanwalt in einer Bremer Anwaltskanzlei. Er berät und vertritt seit 30 Jahren Patienten und Krankenkassen bei der Durchsetzung von Schadenersatz- und Schmerzensgeldansprüchen nach ärztlichen Behandlungsfehlern. Zudem gehört er dem Vorstand der Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e.V. an.

**Kontakt:** [hertwig@wagner-ohrt.de](mailto:hertwig@wagner-ohrt.de)

## Leserforum



### Ihre Meinung ist gefragt.

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

Oder schreiben Sie uns:

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



Telemedizin und E-Card: Baustellen pflastern den Weg zum digitalen Gesundheitssystem.

G+G 9/2013

**Private Krankenversicherung:  
Bestandskunden stehen im Regen**

## Privatversicherten droht Altersarmut

Den Beitrag „Bestandskunden stehen im Regen“ in der G+G-Septemberausgabe habe ich als selbst Betroffene mit großem Interesse gelesen. Mein Mann ist seit 1992 selbstständig, 62 Jahre alt und bekommt ab Januar 2014 Rente (unter 900 Euro). Davon soll er circa 600 Euro an seine private Krankenversicherung bezahlen. Gleichzeitig hat er vom Gesetzgeber eine Zuverdienstgrenze von 450 Euro pro Monat verordnet bekommen. Aus dieser Situation heraus schlittern wir in die viel diskutierte Altersarmut – ohne Ausweg?! In dem G+G-Beitrag wird der Vorsitzende Richter am Bundessozialgericht, Ulrich Wenner, zitiert: „Es kann doch nicht wahr sein, dass man sich nicht aus der lebenslangen Bindung an einen privaten Krankenversicherer lösen kann.“ Für mich werden alle über 55 Jahre diskriminiert, die nun nicht mehr in die gesetzliche Krankenversicherung zurück können. Wie die zitierte Äußerung von Ulrich Wenner zeigt, resigniert unser Rechtsstaat vor der Lobby der privaten Krankenversicherung. Ich habe das Verschwinden der DDR erlebt und soll nun erkennen, dass die bestehenden verkrusteten Strukturen unseres heutigen Sozialstaates nicht aufzulösen gehen. Eine bittere Erkenntnis! Wie man sehen kann, funktioniert der „Wettbewerb“ auch nicht immer und überall, und deshalb

ist der Gesetzgeber in der Pflicht, den Betroffenen aus dieser Sackgasse einen Weg anzubieten – und das möglichst schnell.

M. B., Schönebeck/Elbe

*(vollständiger Name ist der Redaktion bekannt)*

G+G 9/2013

**Dauerbaustelle auf der Datenautobahn**

## Wie sicher sind meine Gesundheitsdaten?

Das vom US-Geheimdienst abgehörte Handy von Kanzlerin Merkel beschäftigt derzeit die ganze Nation. Kaum ein Abendessen vergeht, ohne dass in der Runde nicht der Name „NSA“ fällt und sich Empörung breit macht über US-Geheimdienstler, die offenbar jedes Telefon und jeden PC weltweit anzapfen und dort mithören beziehungsweise mitlesen können. Mit wachsender Besorgnis frage ich mich daher, wie sicher sind heutzutage eigentlich meine Gesundheitsdaten, die auf irgendwelchen Rechnern zu sicherlich gut gemeinten Zwecken gespeichert werden (können). Diskutieren wir den Datenschutz in diesem Kontext wirklich ausreichend intensiv und kritisch genug? Oder stehen technische Probleme der Anwendung und Umsetzung im Vordergrund? Ich persönlich jedenfalls verzichte lieber auf die großen und kleinen Errungenschaften der Telemedizin, wenn mir gleichzeitig niemand die Gewähr dafür geben kann, dass nicht unbefugte Dritte mit auf die Röntgenbilder meiner lädierten Bandscheibe schauen.

A. M., Celle

# Impressum

Gesundheit und Gesellschaft  
Das AOK-Forum für Politik, Praxis  
und Wissenschaft, vormals DOK,  
erstmals erschienen: 1914

Herausgeber AOK-Bundesverband

Redaktion Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin  
Telefon: 0 30 2 20 11-0  
Telefax: 0 30 2 20 11-105  
E-Mail: [gug-redaktion@kompart.de](mailto:gug-redaktion@kompart.de)  
[www.kompart.de](http://www.kompart.de)

Chefredakteur Hans-Bernhard Henkel-Hoving  
Artdirection Anja Stamer  
Chefin vom Dienst Gabriele Hilger  
Chefreporter Thomas Hommel  
Verantw. Redakteurin Änne Töpfer  
Redaktion Burkhard Rexin (ständiger Autor)

Titel Mauritius Images

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

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

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

Anzeigen KomPart Verlagsgesellschaft mbH  
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin  
Telefon: 0 30 2 20 11-0  
Telefax: 0 30 2 20 11-105  
Ansprechpartner:  
Christian Lindenberg, Telefon: -161  
Verantwortlich für den Anzeigenteil:  
Werner Mahlau

Nachdruck nur mit Genehmigung  
des Verlages. Dies gilt auch für die  
Aufnahme in elektronische Daten-  
banken und Mailboxen. Für unauf-  
gefordert eingesandte Manuskripte  
und Fotos übernimmt der Verlag  
keine Haftung.  
Einzelpreis: 6,95 Euro  
Jahresabo: 71,80 Euro  
inkl. Porto  
Kündigungsfrist 3 Monate  
zum Jahresende

Es gilt die Anzeigen-  
preisliste Nr. 15  
vom 1.1.2013  
ISSN 1436-1728



# BECKs Betrachtungen



Der gebürtige Leipziger BECK studierte Architektur in Weimar und Grafik in Berlin, bevor er durch Veröffentlichungen in der „Zeit“, im „Eulenspiegel“ und in der „taz“ als Cartoonist und Illustrator bekannt wurde. Publikationen wie das Buch „Meis-

ter der komischen Kunst: BECK“ (Verlag Antje Kunstmann, erschienen im Juni 2011), Preise und Ausstellungen folgten. Seit 2003 veröffentlicht BECK täglich einen Cartoon auf [www.schneeschnee.de](http://www.schneeschnee.de)

# Ist die neue Pille auch die bessere?

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

*The New York Times*



## Ja, ich bestelle ...



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

Marcia Angell **Der Pharma-Bluff**

**Wie innovativ die Pillenindustrie wirklich ist**

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

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

(zzgl. 2,50 Euro Verpackung und Versand)

Lieferung gegen Rechnung  per Bankeinzug

\_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname

\_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Konto-Nr.

\_\_\_\_\_  
BLZ

\_\_\_\_\_  
Geldinstitut

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

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

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

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

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



Sie suchen den richtigen Arzt für sich?  
**Mit uns finden Sie einen Arzt,  
der zu Ihnen passt.**

Mit dem AOK-Arztnavigator auf [www.aok.de](http://www.aok.de) finden Sie schnell den Arzt, bei dem Sie sich bestens versorgt fühlen.  
Wir sind für Sie da. AOK – immer in Ihrer Nähe.

Gesundheit in besten Händen

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