



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

ÄRZTE
Standortfaktor Privatpatient

ÄNGSTE
Plädoyer für Kurztherapien

KOALITIONSVERTRAG

Schwarz-rote Positionen

Was Union und SPD für die Gesundheit planen

Die Pressestellen der AOK

Gesundheit ist unser Thema!

Unter www.aok-presse.de bieten wir Ihnen:

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

AOK-BUNDESVERBAND

Pressesprecher: Dr. Kai Behrens
Stellvertretende Pressesprecherin: Gabriele Hauser-Allgaier
Pressereferent: Michael Bernatek
Pressereferentin: Christine Göpner-Reinecke

Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin
kai.behrens@bv.aok.de
gabriele.hauser-allgaier@bv.aok.de
michael.bernathek@bv.aok.de
christine.goepner-reinecke@bv.aok.de

Tel. 030/34646-2309
030/34646-2312
030/34646-2655
030/34646-2298
Fax: 030/34646-2507

AOK BADEN-WÜRTTEMBERG

Hauptverwaltung
Pressesprecher: Kurt Wesselsky

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

Tel. 0711/2593-231
Fax: 0711/2593-100

AOK BAYERN – DIE GESUNDHEITSKASSE

Zentrale
Pressesprecher: Michael Leonhart

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

Tel. 089/62730-226
Fax: 089/62730-650099

AOK BREMEN/BREMERHAVEN

Pressesprecher: Jörn Hons

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

Tel. 0421/1761-549
Fax: 0421/1761-540

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN

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

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR NIEDERSACHSEN

Direktion
Pressesprecher: Carsten Sievers

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

Tel. 0511/8701-10123
Fax: 0511/285-3310123

AOK NORDOST – DIE GESUNDHEITSKASSE

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

AOK NORDWEST – DIE GESUNDHEITSKASSE

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

AOK RHEINLAND/HAMBURG – DIE GESUNDHEITSKASSE

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

AOK RHEINLAND-PFALZ/SAARLAND – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressereferent: Jan Rößler

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

Tel. 06351/403-419
Fax: 06351/403-701

AOK PLUS – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR SACHSEN UND THÜRINGEN

Pressesprecherin: Hannelore Strobel

Sitz Erfurt
Stellvertretender Pressesprecher: Jürgen Frühauf

Sternplatz 7, 01067 Dresden
presse.sac@plus.aok.de

Augustinerstraße 38, 99084 Erfurt
presse.thr@plus.aok.de

Tel. 0351/4946-11144
Fax: 01802/47102-104*

Tel. 0361/6574-80021
Fax: 01802/47102-115*

AOK SACHSEN-ANHALT – DIE GESUNDHEITSKASSE

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

AOK
Die Gesundheitskasse.

Patientensicherheit geht alle an

Checklisten im OP oder die Aktion Saubere Hände schützen Patienten. Solchen Konzepten zum Durchbruch zu verhelfen, ist eine öffentliche Aufgabe, meint Hedwig François-Kettner vom Aktionsbündnis Patientensicherheit.

Behandlungsfehler, Infektionen durch Hygienemängel, falsche Arzneimittelgaben, überarbeitetes Personal – die Liste möglicher Gefahren für Patienten in Krankenhaus und Arztpraxis ist lang. Täglich kommt es zu Behandlungsfehlern mit oder ohne Schadensfolge für den Patienten. Behinderung, Pflegebedürftigkeit oder sogar Tod können die schwerwiegenden Folgen sein.

Doch Behandlungsfehler sind kein Tabu-Thema mehr. In Fehlerberichts- und Lernsystemen, wie zum Beispiel der Plattform zur Meldung von unerwünschten Ereignissen „Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland“, diskutieren Pflegendes und Ärzte öffentlich, wie sie aus Fehlern lernen und wie Patienten besser vor Fehlern geschützt werden können.

Seit seiner Gründung 2005 hat das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) viel erreicht. Die Kampagne zur Förderung der Händehygiene „Aktion Saubere Hände“ leistet einen großen Beitrag zum Schutz der Patienten. Das APS gibt Empfehlungen für Hilfsmittel und Verfahren zur Patienten-Identifikation wie Patientenarmbänder, Team-Timeout vor der Operation und die Nutzung von Checklisten. Methoden wie diese, mit denen Ärzte beispielsweise Seitenverwechslungen bei chirurgischen Eingriffen vermeiden können, haben ihren Platz im Klinikalltag gefunden. Sie führen zu einer neuen Sicherheitskultur im deutschen Gesundheitswesen.

Jedoch kann der wirtschaftliche Druck, unter dem Kliniken stehen, dazu beitragen, dass die Patientensicherheit mitunter aus dem Blick gerät. Beispielsweise muss eine Pflegekraft auf der Intensivstation aus Kostengründen oftmals mehr als zwei Patienten betreuen. Das ist für einen Hochrisikobereich schlicht zu wenig, und Fehler sind dadurch vorprogrammiert.

Das neue Patientenrechtegesetz, mit dessen Einführung im Februar dieses Jahres aus politischer Sicht ein bedeutender Schritt in puncto Patientensicherheit getan werden sollte, weist zwar in die

richtige Richtung. Es ist aber wenig innovativ und bleibt hinter seinem eigenen Anspruch zurück. Das Gesetz soll die Patientenbeteiligung stärken. Wenn Patienten über den Behandlungsprozess informiert und aktiv einbezogen werden, sinkt die Fehlerwahrscheinlichkeit. Im Gesetz fehlen jedoch wichtige Regelungen, wie etwa Aussagen zu einem Patientenentschädigungs- und Härtefallfonds.

Es bleibt weiterhin eine hohe Aufgabe und Verantwortung, die Fehlervermeidung in der Gesundheitsversorgung in den Vordergrund zu rücken und Fehler zu reduzieren. Aber nach wie vor ist Patientensicherheit auf die Initiative und das Engagement Einzelner angewiesen. Maßnahmen für mehr Patientensicherheit – von der Fehler-

analyse bis hin zu den Personalschlüsseln – müssen deshalb systematisch in einer von allen Akteuren getragenen „Agenda Patientensicherheit“ gebündelt werden. Vorhandene Modelle für eine nachhaltige Finanzierung, wissenschaftliche Begleitung und flächendeckende Einrichtung in Klinik- und Praxisalltag im Rahmen einer gesetzgeberischen Verantwortung sind zusammen mit der Selbstverwaltung zügig von der Politik zu prüfen und in den Versorgungsstrukturen einzurichten. In der Wirtschaft gehen risikobehaftete Unternehmensbereiche und Technologien erst dann „ans Netz“, wenn Sicherheitskonzepte umgesetzt und mit enormem Aufwand überprüft wurden. Es stellt sich die Frage, warum wir im Hochrisikobereich Gesundheitswesen nicht ähnlich konsequent vorgehen.

Konzepte für eine sichere Versorgung der Patienten sind reichlich vorhanden. Sie müssen nur nachgefragt und umgesetzt werden. Doch das geht nicht zum Nulltarif. Wichtig ist zum Beispiel eine solide, den Aufgaben und Anforderungen entsprechende Basisfinanzierung. Das erfordert Investitionen. Patientensicherheit geht alle an. Sie ist eine öffentliche Aufgabe – für die Politik, die Selbstverwaltung, die Wirtschaft, für alle Beteiligten im Gesundheitswesen. ■

Wenn eine Pflegekraft für zwei Intensivpatienten sorgen muss, sind Fehler vorprogrammiert.



Hedwig François-Kettner, geboren 1950 in Bitburg, ist seit 2004 Pflegedirektorin der Charité – Universitätsmedizin Berlin und seit 2011 Vorsitzende des Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS). Das 2005 gegründete APS setzt sich für eine sichere Gesundheitsversorgung ein und widmet sich der Erforschung, Entwicklung und Verbreitung dazu geeigneter Methoden. Hedwig François-Kettner arbeitet seit 1972 als Krankenschwester, ab 1979 in leitenden Funktionen. Sie absolvierte den Studiengang „Pflegerdienstleitung im Krankenhaus“ an der Fachhochschule Osnabrück.

Kontakt:
francois-kettner@aps-ev.de

BECK ist der Beste



H.-B. Henkel-Hoving,
Chefredakteur

Eigentlich sollte BECK die letzte Seite von G+G nur für ein Jahr mit seinen Zeichnungen schmücken. Länger kann man das Thema „Gesundheit(spolitik)“ doch keinem Karikaturisten zumuten, dachten wir damals in der Redaktion. Spätestens nach zwölf Monaten ist einfach die kreative Luft raus.

Pustekuchen! Mittlerweile greift BECK seit mehr als zehn Jahren für G+G zur

Feder. Der Leipziger nähert sich dem weiten Feld der Gesundheit dabei von A wie Abnehmkurs (meist vergeblich) bis Z wie Zahnarztbesuch (meist schmerzhaft). „Die Herausforderung liegt darin, rund um das Thema Gesundheit immer wieder aufs Neue die Schnittmenge von hoher Politik und menschlichem Alltag zu finden“, sagt der 55-Jährige. Sehr zur Freude vieler Leserinnen und Leser gelingt das BECK regelmäßig, etwa wenn in einem Cartoon Neuankömmlinge an der Himmelpforte freundlich mit dem Satz begrüßt werden: „Sie haben Pflegestufe 4 erreicht“. Trefender lässt sich die endlose Debatte um eine Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs wohl kaum als absurdes politisches Theater entlarven.

Auf der letzten Seite von G+G finden Sie auch diesmal wieder ein ausgezeichnetes Werk von BECK – im wahrsten Sinne des Wortes. Für seine Darstellung eines „Sozialen Netzwerkers“ hat er den Deutschen Karikaturenpreis 2013 erhalten und sich damit gegen 171 Künstler aus Deutschland, Österreich und der Schweiz durchgesetzt. Herzlichen Glückwunsch, lieber BECK!

Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, wünsche ich zum guten Schluss nicht nur eine anregende Lektüre, sondern auch frohe Feiertage und ein gesundes neues Jahr 2014.



Hat den Deutschen Karikaturenpreis 2013 gewonnen: G+G-Cartoonist BECK.



Aus dem Heimatland der Elche:
Schwedische Rezepte für mehr
Qualität in der Gesundheits-
versorgung

12

MAGAZIN

12 VERSORGUNG BESTEHT DEN ELCHTEST

Mehr Qualität und Transparenz, mehr Kompetenzen für Pflegekräfte – was Deutschland noch diskutiert, ist in Schwedens Gesundheitswesen schon umgesetzt.

Von Klaus Jacobs

14 PIONIERARBEIT FÜR DIE PRÄVENTION

Vor 25 Jahren benannten sich die Allgemeinen Ortskrankenkassen in „AOK – Die Gesundheitskasse“ um. Der Name steht für das Programm: Prävention.

Von Hans-Bernhard Henkel-Hoving

16 RAN AN DIE SEKTORENGRENZE

Ärzte und Kliniken stimmen sich nicht genug ab, auch fehlt es an Anreizen für gute Diagnostik und Therapie. Auf einem Kongress diskutieren Experten Lösungen.

Von Thomas Hommel

17 „VERBRECHEN IM NAMEN DER TRADITION“

Waris Dirie kämpft gegen die Genitalverstümmelung von Frauen. Die gebürtige Somalierin gründete an einer Berliner Klinik ein Zentrum, in dem die Opfer medizinisch und psychologisch behandelt werden.

TITEL

18 SCHWARZ-ROT SETZT AUF QUALITÄT

Die Spitzen von Union und SPD haben den Koalitionsvertrag unterschrieben. Er enthält eine Reihe guter Ansätze, um die Qualität der Versorgung zu erhöhen.

Von Jan Carels



THEMEN

26 „BEI ÄNGSTEN KEINE LANGZEITTHERAPIE“

Mehr Kurzzeittherapien, weniger Pillen – Jürgen Margraf, Professor für Klinische Psychologie, fordert ein Umdenken in der Versorgung psychisch Kranker.

Von Anne Töpfer

30 ZIEHEN PRIVATPATIENTEN ÄRZTE AN?

Die Behauptung steht im Raum: Wo viele Privatpatienten leben, gibt es auch viele Ärzte. Ob dem so ist, wurde nun erstmals wissenschaftlich untersucht.

Von Leonie Sundmacher und Susanne Ozegowski

36 „ICH MÖCHTE MANCHMAL GRENZEN SPRENGEN“

Mehr Geld, weniger Marktwirtschaft – was sich die niedersächsische Sozialministerin Cornelia Rundt für die Pflege wünscht, erläutert sie im Interview.

Von Anne Töpfer

18

Schwarz-rote Gesundheitspolitik:
Was der Koalitionsvertrag aus Sicht
der AOK bietet



26

Interview: Jürgen Margraf
über Schwachstellen in der psycho-
therapeutischen Versorgung

RUBRIKEN

- 9 **Rundruf** Was bringt der schwarz-rote Pharma-Deal?
- 11 **Kommentar** Qualitätswettbewerb in Trippelschritten
- 40 **Recht** Preisbindung für ausgegliederte Privatkliniken
- 42 **AOK-Notizen** Aktuelles aus Bund und Ländern
- 46 **Service** Bücher, Termine und mehr
- 48 **Debatte** Pflegeheime: Lizenzen verhindern Insolvenzen
- 49 **Nachlese** Briefe an die Redaktion
- 49 **Impressum** Wer steckt hinter G+G?
- 50 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen



30

Analyse: Welche Anziehungskraft
Privatpatienten auf Vertragsärzte
ausüben

URSACHENFORSCHUNG Langzeitstudie zu Schulunfällen

Das Forschungszentrum Demografischer Wandel der Fachhochschule Frankfurt am Main hat eine Langzeitstudie zum Gesundheitsverhalten und Unfallgeschehen in Schulen gestartet. Rund 14.000 Schülerinnen und Schüler der 5. Klasse werden dafür bis zu sechs Jahre lang begleitet. Ziel ist es, die Einflussfaktoren für Unfälle und Verletzungen auf dem Schulweg und in der Schule zu identifizieren. Das Projekt wird von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung gefördert. Die teilnehmenden Mädchen und Jungen gehen in rund 400 repräsentativ ausgesuchte Schulen in ganz Deutschland. Geplant ist, sie jährlich mit einem einheitlichen Fragebogen zu befragen. Die Wissenschaftler erfassen persönliche Eigenschaften sowie Spezifika von Schule und Schulweg. Sie gehen davon aus, dass bestimmte Faktoren sicherheits- und gesundheitsbewusstes Verhalten auf der einen Seite, aber auch Unfälle oder Verletzungen auf der anderen Seite fördern können. Auf dieser Grundlage sollen Präventionsstrategien entwickelt werden. ■

VERORDNUNGEN Hausärzte fühlen sich überfordert

Ein Drittel aller Medikamente werden ohne wissenschaftliche Begründung verschrieben. Das ist das Ergebnis einer Studie des Instituts für Allgemeinmedizin und Familienmedizin der Universität Witten/Herdecke. Die Forscher untersuchten 169 Patienten aus 22 Allgemeinpraxen, die im Durchschnitt



Ob in der Schule oder auf dem Weg dorthin – Schüler sind vielfältigen Unfallrisiken ausgesetzt.

neun verschiedene Medikamente pro Tag nahmen. Bei mehr als 90 Prozent der Patienten war mindestens eine Verschreibung medizinisch unbegründet, bei mehr als der Hälfte stimmte die Dosis nicht. 37 Prozent der über 65-Jährigen erhielten Medikamente, die alten Menschen nicht verordnet werden sollten. Hausärzte fühlten sich oft überfordert, sagte Studienleiter Andreas Sönnichsen, insbesondere wenn Patienten mit langen Medikationslisten aus der Klinik oder von Fachärzten zurückkommen. ■

PFLEGE Gesundheitspreis für Arznei-Sicherheit

Für ein Projekt zur sichereren Verwendung von Arzneimitteln in Alten- und Pflegeheimen ist Petra Thürmann vom Lehrstuhl für Klinische Pharmakologie der Universität Witten/Herdecke mit dem „Gesundheitspreis Nordrhein-Westfalen“ ausgezeichnet worden. Landesgesundheitsministerin Barbara Steffens erklärte bei der Verleihung des mit 5.000 Euro dotierten Preises, den Preisträgern gelinge der erfolgreiche Brückenschlag zwischen

Forschung und Praxis zum Wohle der Pflegebedürftigen. Das Projekt sei nicht nur besonders innovativ und liefere wichtige Daten, sondern sei bereits erfolgreich in der Praxis umgesetzt worden. In dem Projekt hatten Wissenschaftler der Universitäten Witten/Herdecke, Bonn und Düsseldorf in Alten- und Pflegeheimen Daten zu unerwünschten Wirkungen und anderen Problemen mit Arzneimitteln erhoben und Möglichkeiten zur Optimierung erprobt. Das Projekt sei im Rahmen des Aktionsplans Arzneimitteltherapiesicherheit des Bundesgesundheitsministeriums finanziert worden. ■

MEHR INFOS:
www.gesundheitspreis.nrw.de

ROUTINE-CHECK Schlechte Werte für Managergesundheit

Fast zwei Drittel der deutschen Führungskräfte sind gesundheitlich in schlechter Verfassung. 58 Prozent haben Übergewicht, zwölf Prozent sind adipös, 56 Prozent weisen erhöhte Cholesterinwerte auf. Das hat eine Auswertung von 10.000 Routine-Untersuchungen des Diagnostikzentrums Fleetinsel Hamburg aus den letzten elf Jahren ergeben. Fast jeder dritte untersuchte Manager – 80 Prozent Männer, zwei Drittel zwischen 41 und 60 Jahre alt – hatte demnach Bluthochdruck, drei von vier der Betroffenen wussten davon nichts. ■

kurz & bündig

+++ SYPHILIS: Die Zahl der Syphilis-Fälle in Deutschland ist 2013 weiter gestiegen. Fast 80 Prozent der monatlich mehr als 400 gemeldeten Neuinfektionen gingen auf sexuelle Kontakte zwischen Männern zurück, so das Robert Koch-Institut. **+++ BEVÖLKERUNG:** In den 28 Staaten der Europäischen Union (EU) lebten am 1. Januar 2013 rund 505,7 Millionen Menschen, 1,1 Millionen oder 0,2 Prozent mehr als im Vorjahr. Der Geburtenüberschuss betrug rund 200.000, der Einwanderungsgewinn 900.000, berichtet die EU-Statistikbehörde Eurostat. **+++ LEBENSERWARTUNG:** Männer, die mehr als das Anderthalbfache des Durchschnittseinkommens verdienen, leben statistisch 10,8 Jahre länger als solche mit weniger als 60 Prozent des Durchschnittseinkommens. Das geht aus dem Männergesundheitsbericht des Robert Koch-Instituts hervor.



Aller guten Dinge sind drei

Das G+G-Probeabo – für alle, die mitreden wollen

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



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.

KomPart
Ihr KommunikationsPartner

VERHÜTUNG

Schwerin bietet Pille zum Nulltarif

Frauen, die Arbeitslosengeld II oder Sozialhilfe beziehen, bekommen in der Stadt Schwerin und der Region Demmin in Vorpommern über einen Zeitraum von maximal zwölf Monaten unentgeltlich Verhütungsmittel. Das Modellprojekt der Mecklenburger Landesregierung richtet sich an 20- bis 35-Jährige. Nach einem Termin bei einem Frauenarzt und einem anschließenden Gespräch in einer Schwangerschaftsberatungsstelle können die Frauen entweder kostenfrei in einer Apotheke die Pille erwerben oder sich bei einem Gynäkologen die Spirale oder einen Verhütungsring einsetzen lassen. Das Projekt ist zunächst bis Ende 2015 angelegt. ■

Zitat des Monats

Wenn dieser absolut unwahrscheinliche Fall eintreten sollte: Das Telefon ist erfunden.

Winfried Kretschmann, Ministerpräsident in Baden-Württemberg zum möglichen Scheitern der Großen Koalition in Berlin durch das Votum der SPD-Basis (Quelle: Berliner Morgenpost vom 27. November 2013)

TELEMATIK

Heilberufler erhalten elektronische Karte

Nach Versicherten und Ärzten erhalten auch andere Heilberufler und Krankenhäuser neue elektronische Ausweise. Die für den Aufbau der Telematik-Infrastruktur zuständige Gematik GmbH, an der die Krankenkassen mit 50 Prozent beteiligt sind, hat die Deutsche

Telekom mit der Entwicklung, Personalisierung und Ausgabe von Heilberufsausweisen und Institutionskarten beauftragt. Für die Echtheitsprüfung der Karten soll die Firma Atos Information Technology sorgen. Mit der Erteilung der Aufträge werde ein wichtiges Teilziel beim Aufbau der bundesweiten sektorenübergreifenden Telematik-Infrastruktur erreicht, sagte Arno Elmer, Hauptgeschäftsführer der Gematik. Die Ausweise sollen 2014 ausgegeben werden. Alle gesetzlich Krankenversicherten sollten ihre elektronischen Gesundheitskarten bereits bis Ende 2013 erhalten haben. ■

SOZIALDEMOKRATEN

Gesundheitspolitiker feiern Jubiläum

Einen Tag nach Abschluss der Koalitionsverhandlungen im Willy-Brandt-Haus in Berlin hat die Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG) dort ihr 100-jähriges Jubiläum gefeiert. Der ASG-Vorsitzende Armin Lang sprach von „ganz bitteren Pillen“, die man habe schlucken müssen. Als Beispiele nannte er die weiter unerfüllte Forderung nach einer Bürgerversicherung und die Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags zur Krankenversicherung auf 7,3 Prozent. ■

MEHR INFOS:

www.asg.spd.de

FACHMAGAZINE

Keine Berichte über gesponserte Studien

Das British Medical Journal (BMJ) will keine von der Tabakindustrie finanzierten Studien mehr veröffentlichen. Die Hinweise, dass Interessen der Geldgeber die Ergebnisse der Studien und deren Interpretation beeinflussen, hätten sich erhärtet, teilten die BMJ-Herausgeber mit. Aus der Analyse interner Dokumente der Tabakindustrie sei bekannt, dass viele Konzerne jahrelang Studien unterstützt hätten, die Zweifel an den Gefahren des Rauchens streuen sollten. Selbst ein Peer-Review – die Begutachtung von Artikeln durch andere Wissenschaftler – der Studien könne nicht alle irreführenden Analysen aufdecken. Das BMJ folgt mit seiner Entscheidung anderen Fachmagazinen, darunter PLOS Medicine und die Journale der amerikanischen Thorax-Gesellschaft. ■

Köpfe und Karrieren



+++ WOLFGANG EBER, 59, ist zum neuen Vorstandsvorsitzenden der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) gewählt worden. Der promovierte Zahnmediziner gehört dem Vorstand seit 2002 an und war seit acht Jahren Vizevorsitzender. Zudem ist er seit 2005 Mitglied im Kuratorium des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Dr. Eber unterstützen als KZBV-Vizevorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz und Dr. Günther E.

Buchholz. Die Neuwahl des Vorsizes erfolgte, da der bisherige Vorsitzende, Dr. Jürgen Fedderwitz, bereits vor zweieinhalb Jahren angekündigt hatte, die Führung der Zahnärzterorganisation nach der Hälfte der sechsjährigen Amtszeit abzugeben.

+++ HAGEN PFUNDNER, 53, führt weiterhin als Vorstandsvorsitzender den Verband forschender Pharma-Unternehmen (vfa). Der promovierte Pharmazeut, Vorstand der Roche Pharma AG und Geschäftsführer der Roche Deutschland Holding GmbH bekleidet dieses Amt seit zwei Jahren. Ihm zur Seite steht als stellvertretender vfa-Vorsitzender Hanspeter Quodt von der MSD Sharp & Dohme GmbH. Der vfa vertritt nach eigenen Angaben die Interessen von 44 weltweit tätigen Pharmaherstellern und deren 100 Tochterfirmen.



TRANSPLANTATIONEN

Spenderzahl auf Tiefstand

Die Zahl der Organspender ist im Jahr 2013 weiter gesunken. Nach Angaben der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) spendeten von Januar bis Oktober dieses Jahres 754 Menschen Organe. Im gleichen Zeitraum des Vorjahres waren es 892. Die Bereitschaft zur Organspende befinde sich auf einem Tiefstand, sagte DSO-Vorstand Rainer Hess. Die rückläufige Zahl der Organspenden habe ihre Ursache auch in einer Verunsicherung in der Ärzteschaft. ■

Macht der Pharma-Deal Sinn?

Union und SPD wollen das Preismoratorium für Arzneimittel fortführen. Der Herstellerrabatt auf Medikamente ohne Festbetrag soll bei sieben Prozent liegen. Die Nutzenbewertung von Präparaten, die schon lange auf dem Markt sind, soll fallen. Ein guter Kompromiss?



PROFESSOR GERD GLAESKE, *Zentrum für Sozialpolitik an der Universität Bremen*: Der Kompromiss hat mich entsetzt. Er trifft die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und entlastet Pharmaunternehmen, deren Me-Too-Produkte schon seit Jahren dreistellige GKV-Ausgaben ohne Nachweis eines Zusatznutzens gegenüber kostengünstigeren Alternativen verursachen. Viele der Mittel stehen noch Jahre unter Patentschutz. Eine Nutzenbewertung hätte die Evidenzdefizite öffentlich gemacht, viele Mittel kämen unter Festbetrag, das Einsparpotenzial läge bei einigen Milliarden Euro. Hinzu kommt noch die Rabattreduzierung. Der Kompromiss ist ein Weihnachtsgeschenk für die Industrie.

BIRGIT FISCHER, *Hauptgeschäftsführerin des Verbandes forschender Pharma-Unternehmen (vfa)*: Es ist ein Kompromiss mit ungewollten Nebenwirkungen: Ausgangssituation war ein zum Jahresende auslaufender Zwangsrabatt, eine gesetzliche Beendigung des Preismoratoriums und ein Gesetz zum Bestandsmarktaufruf, das voller Probleme und unlösbarer Fragen steckte. Jetzt wird alles auf den Kopf gestellt: Der Bestandsmarktaufruf entfällt, Preismoratorium und Zwangsrabatt bleiben. Wenn ein Übel gegen das andere ausgetauscht wird, bleibt ein wirklicher Kompromiss auf der Strecke. Es bleibt die Hoffnung, dass ein Neuanfang den Weg für künftige gemeinsame Entscheidungen und Lösungen ebnet, die den Namen Kompromiss verdienen.



DR. STEFAN LANGE, *stellvertretender Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)*: Geht es allein um die Kosten, ist das ein guter Kompromiss. Niedrigere Kosten führen aber nicht automatisch zu besserer Qualität. Kritiker des Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetzes (AMNOG) behaupten, die frühe Nutzenbewertung sei unsicher, da kurz nach der Zulassung ausreichende Daten fehlten. Daraus folgt aber, dass es eine späte(re) Bewertung geben muss. Erst recht für viele der zigtausend Arzneimittel auf dem deutschen Markt, deren patientenrelevanter Nutzen noch nie so stringent geprüft wurde. Das AMNOG hat zudem eine bislang einmalige Daten-Transparenz geschaffen. Die brauchen wir auch für den Bestandsmarkt.

HELMUT SCHRÖDER, *stellvertretender Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)*: Die Arzneimittel des Bestandsmarkts werden teilweise noch ein weiteres Jahrzehnt eingesetzt, ohne dass der wirkliche, für den Patienten relevante Nutzen belegt ist. Damit bleibt das Umsatzvolumen dieses Marktes für 2014 in Höhe von mehr als sieben Milliarden Euro verschlossen. Angesichts der großen juristischen und verfahrenstechnischen Herausforderung, die mit dem Aufruf des Bestandsmarktes verbunden ist, erscheint es eine pragmatische Lösung, Herstellerrabatt und Preismoratorium fortzusetzen. Durch das ersatzlose Auslaufen wären die Arzneimittelausgaben 2014 um 8,9 Prozent gestiegen. Nach dem jetzigen Kompromiss ist eine Steigerungsrate von 5,5 Prozent zu erwarten.



HEILPFLANZEN DES JAHRES Spitzwegerich und Anis im Rampenlicht

Der Spitzwegerich ist zur Arzneipflanze des Jahres 2014 gekürt worden. Die Pflanze wirke gegen Bakterien und mildere den Hustenreiz, begründeten Wissenschaftler der Universität Würzburg ihre Wahl. *Plantago lanceolata* helfe seit Jahrhunderten bei Atemwegserkrankungen, der Wundversorgung oder In-



sektenstichen, sagte Medizinhistoriker Johannes Gottfried Mayer. Die Forschergruppe Klostermedizin des Naturheilvereins Theophrastus, die seit 2003 ebenfalls jeweils eine „Heilpflanze des Jahres“ kürt, hat für 2014 Anis ausgewählt. Anisfrüchte könnten viele chronische Krankheiten positiv beeinflussen, teilte der Verein mit. ■

FRANKREICH Biomarker sollen Arbeit schaffen

Bei der Wiederherstellung der Wettbewerbsfähigkeit Frankreichs soll die individualisierte Medizin eine wichtige Rolle spielen. Die von Präsident François Hollande eingesetzte Innovationskommission unter

Leitung der sozialistischen Industriemanagerin Anne Lauvergeon zählt die individualisierte Medizin zu einem von sieben Bereichen, die für Frankreich längerfristig Wohlstand und Arbeitsplätze sichern sollen. Bei der individualisierten Medizin gehe es um die Entwicklung krankheits- oder arzneimittelbezogener Biomarker, um festzustellen, ob Medikamente und Therapien bei bestimmten Patienten Wirkung versprechen. Frankreich verfüge mit seinem hoch angesehenen Gesundheits- und Forschungssystem hier über starke Trümpfe. ■

FLÜCHTLINGSHILFE Thüringen trägt Behandlungskosten

In Thüringen lebende Syrer müssen seit Mitte Oktober nicht mehr für Krankheitskosten ihrer Angehörigen aufkommen, die auf der Flucht aus dem Bürgerkriegsland im Freistaat Zuflucht suchen. Auch im Pflegefall würden die Kosten künftig von den zuständigen Behörden übernommen, sagte Innenminister Jörg Geibert. Viele im Land lebende Syrer seien damit finanziell überfordert gewesen, so der CDU-Politiker. Die aufnehmenden Verwandten auch von der Unterhaltspflicht zu befreien, wie dies Grüne und Linke forderten, lehnten Geibert ebenso wie die SPD-Fraktion ab. Die FDP enthielt sich. Nach Angaben der Grünen und Linken muss ein Ehepaar mit zwei Kindern, das zum Beispiel den Großeltern den Nachzug aus Syrien ermöglichen wolle, wegen der Unterhaltspflicht ein monatliches Nettoeinkommen von mindestens 3.440 Euro nachweisen. ■

HYGIENE**Viele waschen ihre Hände zu flüchtig**

Richtiges und ausreichend häufiges Händewaschen ist nicht nur in Gesundheitsberufen wichtig. 20 Sekunden sind das Minimum, um Erkältungen und Magen-Darm-Infektionen vorzubeugen. Laut Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung halten sich nur 36 Prozent der Erwachsenen daran. Eine Studie habe zudem ergeben, dass nur zwei Drittel (65 Prozent) die Fingerzwischenräume regelmäßig reinigen. Weit verbreitet sei auch die hygienisch bedenkliche Gewohnheit, in die Handinnenseiten zu niesen und zu husten. ■

KONGRESS**Qualität gehört ins Zentrum**

Ganz im Zeichen des schwarz-roten Koalitionsvertrags stand der 7. Nationale



Qualitätskongress in Berlin. Der AOK-Bundesverband ist Partner des Kongresses und war ebenso wie das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiDO) am Programm beteiligt. Im Koalitionsvertrag von Union und SPD heißt es: „Im Zentrum unserer Gesundheitspolitik stehen die Patientinnen und Patienten und die Qualität ihrer medizinischen Versorgung.“ Darauf bezog sich der Geschäftsführende Vorstand des AOK-Bundesverbandes, Uwe Deh: „Wir bauen darauf, dass auf die Worte auch Taten folgen.“ Qualität in der medizinischen

Versorgung und Patientensicherheit stünden für die AOK von jeher im Mittelpunkt ihrer Arbeit. Die Gesundheitskasse hat zusammen mit dem WiDO zahlreiche Initiativen unterstützt und selbst ins Leben gerufen. Beispielhaft dafür ist die Arzneimittelberatung. Ferdinand Gerlach, Vorsitzender des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, betonte, dass es heute einen Mengen- und Preiswettbewerb gebe. Daneben müsse der Qualitätswettbewerb gestellt werden. „Die Richtung

der Koalitionsvereinbarung stimmt“, so Gerlach, aber die „Hauptbaustellen“ einer qualitativ besseren Versorgung müssten erst noch angegangen werden. ■

MEHR INFOS:

www.qualitaetskongress-gesundheit.de

VEREINIGTE STAATEN**Mehr Kontrolle für Medizin-Apps**

Die US-amerikanische Arzneimittelbehörde FDA will Smartphone-Apps mit medizinischen Inhalten künftig ebenso kontrollieren wie Medizinprodukte. Regulierungsbedarf bestehe nicht für alle medizinischen Apps, aber für jene, bei denen Fehlinformationen gesundheitliche Folgen haben können, teilte die FDA mit. In der Europäischen Union und auch in Deutschland gibt es bisher keine Pläne, solche Apps zu kontrollieren. ■

SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH**„Aufgaben stärker an nicht-ärztliche Berufe delegieren“**

Die Gesundheitsberufe stehen wegen des demografischen Wandels vor neuen Herausforderungen. Dazu Fragen an den Verwaltungsratsvorsitzenden der AOK Baden-Württemberg, Peer-Michael Dick.



G+G: Herr Dick, die Anforderungen an nicht-ärztliche Gesundheitsberufe haben sich in den vergangenen Jahren stark verändert. Berufsprofile und Kompetenzen müssen neu gedacht werden. In welche Richtung?

DICK: Der demografische Wandel wird den Fachkräftemangel in den kommenden Jahren verstärken, das wird vermutlich auch viele Arztgruppen betreffen. Deshalb ist die derzeitige Entwicklung folgerichtig, verschiedene Tätigkeiten an nicht-ärztliche Gesundheitsberufe zu delegieren. Diese Richtung muss auch künftig beibehalten werden. Allerdings müssen sich die neuen Tätigkeitsfelder entsprechend in den Berufsprofilen widerspiegeln und Teil der Ausbildung sein.

G+G: Vor allem in der Pflege fehlt es an Fachkräften. Was ist zu tun?

DICK: Die Attraktivität des Pflegeberufes muss dringend gesteigert werden, indem bessere Rahmenbedingungen für diesen Berufszweig zu schaffen sind. Dabei geht es beispielsweise um attraktivere Ar-

beitszeiten für Pflegekräfte. Nur so lassen sich wieder mehr junge Menschen für dieses Aufgabengebiet begeistern. In Anbetracht einer immer älter werdenden Gesellschaft muss zudem die gesellschaftliche Anerkennung für diesen Berufszweig besser werden.

G+G: Diskutiert wird auch eine neue Form der Zusammenarbeit von Ärzten und Gesundheitsberufen. Wie könnte die aussehen?

DICK: Wir haben in Baden-Württemberg sehr gute Erfahrungen mit den medizinischen Fachangestellten (MFA) im Rahmen unseres Hausarztvertrags gemacht: Die sogenannten VERAHS – Versorgungsassistentinnen und Versorgungsassistenten in der Hausarztpraxis – entlasten mittlerweile in 1.200 Hausarztpraxen die Ärzte von vielen zeitaufwendigen Tätigkeiten, etwa bei Hausbesuchen. Gleichzeitig wird damit speziell die Versorgung chronisch kranker Patienten optimiert und die Arbeit der MFA angereichert.

Wettbewerb in Trippelschritten

Die neue Große Koalition im Bund will den Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen vorantreiben. Dabei setzen Union und SPD durchaus richtige Akzente, agieren aber insgesamt viel zu zaghaft, meint Helmut Laschet.



NACH VIER JAHREN des strukturellen Stillstands für eine wettbewerblich orientierte Vertragspolitik zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern eröffnet die Große Koalition wieder etwas mehr Gestaltungsspielraum. Ganz offenkundig zielt das gesundheitspolitische Programm darauf ab, vor allem den Qualitätswettbewerb zu stärken. Die dafür zur Verfügung gestellten Instrumente müssten freilich noch geschärft werden.

Das gilt insbesondere für den Krankenhaussektor. Es ist inzwischen evident, dass stationäre Leistungen und ihre Qualität je nach Klinik variieren. Ebenso Komplikationsraten, die sich nicht allein aus Hochrisikofällen und Komorbidität erklären lassen. Mehr Qualitätstransparenz, auf die die Pläne von Union und SPD abzielen, ist allein keine hinreichende Voraussetzung dafür, dass Patienten auch tatsächlich gute Qualität und vor allem Sicherheit erhalten. Es gibt zwei Möglichkeiten: Entweder orientieren Ärzte ihr Einweisungsverhalten an Qualitätsparametern oder den Krankenkassen wird die Möglichkeit eröffnet, selektiv mit den Krankenhäusern Verträge zu schließen.

Mehr Transparenz ist noch keine Garantie, dass Patienten mehr Qualität bekommen.

Der von den Koalitionären ins Auge gefasste Plan, zwischen 2015 und 2018 für vier vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu beschließende planbare Eingriffe Qualitätsverträge zwischen Kassen und Kliniken abzulegen, hat nicht mehr als den Charakter eines Modellversuchs – wahrscheinlich ohne Breitenwirkung. Hier wird die Latte für den Wettbewerb zu niedrig gelegt. Ein höherer Anspruch der Politik würde Patienten, aber auch leistungsfähigen Krankenhäusern nützen.

Durchaus sinnvoll erscheinen die erweiterten Handlungsmöglichkeiten für Selektivverträge in der ambulanten Versorgung. Dass dies politisch ernst gemeint ist, zeigt sich an der Bereitschaft, dafür ein Innovationsbudget zur Verfügung zu stellen, aus dem auch erhebliche Mittel für die Versorgungsforschung fließen können – immerhin 75 Millionen Euro.

Das ist freilich keine Garantie dafür, dass die Krankenkassen ihre Chancen nutzen. Die geltenden Finanzierungsbedingungen sind so gestaltet, dass der Fokus auf einem Zusatzbeitrags-Vermeidungswettbewerb und nicht auf einer kassenspezifischen kreativen Gestaltung der Versorgung liegt. Da ist es bequem, das Vertragsgeschäft einem übermächtigen GKV-Spitzenverband zu überlassen. Und in diesem Zusammenhang ist auffällig, was nicht im Koalitionsvertrag steht: eine kritische Überprüfung der Rolle eben dieses Spitzenverbandes. ■

Helmut Laschet ist stellvertretender Chefredakteur und Leiter des Hauptstadtbüros der „Ärzte Zeitung“.

HEILBERUFE

Zusammenarbeit gesetzlich regeln

Für ein „Allgemeines Heilberufegesetz“, das Ausbildung, Aufgaben und Tätigkeitsbereiche von Angehörigen der Gesundheitsberufe verbindlich festschreibt, haben sich die Teilnehmer eines Symposiums der Robert-Bosch-Stiftung im November in Berlin ausgesprochen. Das Wirrwarr von schätzungsweise 160 Gesundheitsberufen müsse zugunsten von transparenten und einheitlichen Bildungs- und Karrierewegen aufgelöst werden, hieß es auf der Tagung „Wege zur Sicherung der Gesundheitsversorgung von morgen“. Kooperationspartner der Veranstaltung waren die AOK Baden-Württemberg und die Bosch BKK. Die steigende Zahl älterer Menschen, der Pflegebedarf und psychische Leiden erforderten neue Versorgungsstrukturen, sagte Adelheid Kuhlmeier, Gesundheitswissenschaftlerin an der Berliner Charité. Die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Arbeit der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe und deren Aus-, Fort- und Weiterbildung sollten verändert werden. Der Kieler Jurist Gerhard Igl nannte die derzeit starke rechtliche Regulierung der Gesundheitsberufe in Deutschland einen Vorteil für die Bürger, die sich so auf eine hochwertige und sichere Versorgung verlassen könnten. Änderungsbedarf würde aber vom Gesetzgeber oft nicht oder nicht rechtzeitig erkannt. Die Teilnehmer sprachen sich daher für einen „Nationalen Gesundheitsberuferrat“ mit Vertretern der Gesundheitswirtschaft und des Bildungswesens aus, der den Gesetzgeber – analog dem Wissenschaftsrat – bei

der Gestaltung und Fortentwicklung der Gesundheitsberufe beraten könne. Darüber hinaus forderten die Tagungsteilnehmer, das Gesundheits- und Pflegesystem stärker regional zu gestalten. Zentralistische, aus Berlin gesteuerte Vorhaben im Gesundheitswesen machten wenig Sinn, wenn nicht genügend Spielraum für regionale Besonderheiten bleibe, sagte Dr. Christopher Hermann, Vorstandschef der AOK Baden-Württemberg. Er forderte, die regionalen Kompetenzen und wettbewerblichen Gestaltungsoptionen auszuweiten. Schließlich müsse die Gesundheitsversorgung auch maßgeblich von der Region gewährleistet werden. ■

NIEDERSACHSEN

Neues Fördermodell für ländliche Gebiete

Mit zwei Millionen Euro hat Niedersachsen in den vergangenen zwei Jahren rund 50 Ärzte unterstützt, die sich in ländlichen Regionen niederließen. Künftig sollen jährlich noch 400.000 Euro Landeszuschüsse an Ärzte oder Praxen fließen. Die gestrichenen 600.000 Euro will Gesundheitsministerin Cornelia Rundt in die drei Gesundheitsregionen Emsland, Wolfenbüttel und Heidekreis stecken. Die Landesregierung wolle die Niederlassungen zielgerichteter fördern. Die Gesundheitsregionen hatten bisher insgesamt 100.000 Euro aus den Lotto- und Toto-Einnahmen erhalten. Mit dem zusätzlichen Geld sollten sie neue Formen der Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung erproben. Es gehe dabei um die Entwicklung tragfähiger Konzepte für die gesundheitliche Versorgung im ländlichen Raum. ■

Versorgung besteht den Elchtest

Qualität wird in Schwedens Gesundheitssystem groß geschrieben. Regionale Vergleiche fußen auf umfangreichen Datenanalysen. Sie motivieren Kliniken, Heime und Ärzte, besser zu werden. Ein Vorbild für Deutschland, findet Klaus Jacobs.

Bei der Bundestagswahl im September 2013 haben gesundheitspolitische Themen keine große Rolle gespielt. Aber auch außerhalb von Wahlkampfzeiten wird Kritik am deutschen System der Gesundheitsversorgung und ihrer Finanzierung häufig mit der Behauptung begegnet, dass Deutschland über eines der besten Gesundheitssysteme der Welt verfügt und weitreichende Reformen gar nicht erforderlich sind – zumindest solange genügend Geld zur Verfügung steht. Dabei gründet sich das Urteil von der vermeintlichen internationalen Spitzenstellung des deutschen Gesundheitssystems meist auf den umfassenden Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung und den weithin unbeschränkten Zugang der Bevölkerung zu Versorgungsleistungen ohne lange Wartezeiten.

In puncto Qualität und Wirtschaftlichkeit des Gesundheitssystems steht Deutschland im internationalen Vergleich dagegen meist weniger gut da. Außerdem mehren sich hierzulande Probleme bei der Sicherstellung der Versorgung in der Fläche, vor allem in ländlichen Regionen mit einer schrumpfenden und stark alternden Bevölkerung. Zudem muss sich die Gesundheitsversorgung –

nicht nur im ländlichen Raum – auf immer mehr alte und sehr alte Menschen mit Mehrfacherkrankungen und gleichzeitiger Pflegebedürftigkeit einstellen.

Telemedizin für abgelegene Regionen.

Ein Blick über die Grenzen kann deshalb nicht schaden – das meinte zumindest die Friedrich-Ebert-Stiftung und organisierte im Sommer 2013 eine Studienreise deutscher Gesundheitsexperten nach Schweden. Das skandinavische Land

In Schweden ist die Kluft zwischen Arzt und Pflegekraft kleiner als in Deutschland.

schien auch deshalb interessant, weil es in weiten Teilen sehr dünn besiedelt ist. Zudem ist die Zahl der Krankenhausbetten in Schweden besonders gering. Während Deutschland im Jahr 2011 mit 8,3 Betten je 1.000 Einwohner im internationalen Vergleich einen Spitzenplatz belegte, rangiert Schweden mit 2,7 Betten am anderen Ende des Länderspektrums

(siehe Webtipps: OECD 2013). Da stellt sich die Frage: Wie machen die Schweden das? Das Interesse der deutschen Fachbesucher galt dabei speziell beispielsweise der Rolle nichtärztlicher Gesundheitsberufe sowie telemedizinischer Anwendungen für die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung.

In Bezug auf den Einsatz von Telemedizin gab es für die Reiseteilnehmer allerdings kaum neue Erkenntnisse. Was ihnen in Schweden an Einsatzfeldern vorgestellt wurde, kannten sie vom Grundsatz her aus Deutschland. Für die Erkenntnis, dass sich neue Versorgungsmethoden in einem weithin öffentlich gelenkten Gesundheitssystem viel einfacher implementieren und finanzieren lassen als in unserem System der gemeinsamen Selbstverwaltung, braucht man nicht eigens nach Schweden zu fahren.

Roboter hilft beim Ultraschall. Bei der Filmpräsentation einer bestimmten tele-diagnostischen Anwendung fanden die Besucher jedoch etwas anderes bemerkenswert: Unmittelbar im Anschluss an eine Ultraschalluntersuchung des Herzens in Echtzeit unter Verwendung eines ferngesteuerten Roboterarms über eine Distanz von rund 250 Kilometern fand eine eingehende gemeinsame Besprechung der Untersuchungsergebnisse und ihrer therapeutischen Konsequenzen statt. Beteiligt waren im Krankenhaus der nordschwedischen Stadt Skellefteå ein Kardiologe und eine qualifizierte Ultraschall-Schwester, die mit dem Patienten und dessen Hausarzt in einem ländlichen Gesundheitszentrum kommunizierten. Dabei war aus deutscher Sicht gar nicht einmal erstaunlich, dass diese Besprechung aufgrund der räumlichen Entfernung zwischen den Teilnehmern per Videokonferenz erfolgte, son-

Skandinavien: Mehr Kompetenzen für Krankenschwestern

Pflegende in Dänemark, Finnland, Norwegen und Schweden übernehmen viele Aufgaben, die in Deutschland Ärzten vorbehalten sind. **Eine Bezirkskrankenschwester in Schweden macht beispielsweise Hausbesuche. Sie darf in diesem Rahmen häufig benötigte Medikamente verschreiben.** Hierbei ist festgelegt, welche Qualifikation die Pflegekraft haben muss und welche Gruppen von Arzneimitteln bei welchen Diagnosen in ihren Verantwortungsbereich fallen (Beispiel: Penicillin bei Scharlach). **Pflegekräfte absolvieren in den skandinavischen Ländern ein in der Regel vierjähriges Studium, das zur unabhängigen und eigenverantwortlichen Tätigkeit in der Pflege befähigen soll.** In Schweden etwa bestimmt das Gesetz zur Ausbildung von Krankenpflegekräften, dass ihnen die Kenntnisse und Fertigkeiten vermittelt werden müssen, die erforderlich sind, um unabhängig als Krankenschwester im Gesundheitswesen zu arbeiten. Außerdem sollen Pflegekräfte in ihrer Ausbildung Kenntnisse für die Planung, das Führen und die Koordination der Versorgung erwerben.

Aus: G+G 7-8/2013: Neue Rolle für die Pflege, Seite 38

dern dass sie überhaupt in dieser Zusammensetzung stattfand. Im deutschen Versorgungsalltag dürfte eine solche gemeinsame Besprechung wohl eher die Ausnahme sein – selbst wenn sich alle Beteiligten im selben Haus aufhalten.

Zugang über Pflegekräfte. Diese Beobachtung verweist gleich auf zwei Merkmale des schwedischen Gesundheitssystems: die im Vergleich zu Deutschland erkennbar stärker ausgeprägte Patientenorientierung sowie die Einbindung qualifizierter nichtärztlicher Gesundheitsberufe. Insbesondere für Pflegeberufe gibt es schon lange ein grundständiges akademisches Ausbildungssystem. Für viele Patienten in Schweden verläuft der Primärkontakt mit dem Versorgungssystem über qualifizierte nichtärztliche Gesundheitsberufe. Sie endet bei kleineren Befindlichkeitsstörungen meist auch dort, weil die Gemeindeschwester nicht nur über entsprechendes Know-how verfügt, sondern zum Beispiel bestimmte einfache Arzneimittel verordnen darf (*siehe Kasten „Skandinavien: Mehr Kompetenzen für Krankenschwestern“*). Das ist ein wesentlicher Grund für die in Schweden gegenüber Deutschland deutlich geringere Anzahl an Arztkontakten. Dies geschieht aber nicht etwa, weil es womöglich nicht genug Ärzte gäbe. Bezogen auf die Bevölkerung arbeiten in Schweden sogar mehr Ärzte als in Deutschland. Vielmehr wird diese Arbeitsteilung für die Versorgung als ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich angesehen und ermöglicht es den Ärzten, sich auf kränkere Patienten zu konzentrieren. Auffällig war allerdings, dass die Kluft zwischen Ärzten und qualifiziertem nichtärztlichen Fachpersonal einerseits zwar deutlich kleiner ist als bei uns, es andererseits aber gleichzeitig erkennbare Friktionen zwischen den nichtärztlichen Berufen gibt, etwa zwischen akademisch qualifizierten Pflegefachkräften und den zweijährig ausgebildeten Hilfs-Pflegern.

Bevölkerungsgruppen im Blick. Die bereits angesprochene stärker ausgeprägte Patientenorientierung im schwedischen Gesundheitssystem fällt speziell deutschen Besuchern in ganz unterschiedlichen Zusammenhängen auf. Zum Beispiel wenn es bei der stationären Altenpflege immer zugleich um weitere



In Deutschland probieren: Qualitäts-Rezepte aus der Heimat der Elche.

Versorgungsaspekte geht – von den Arzneimitteln über geriatrische Rehabilitation bis zur Sterbebegleitung. In Deutschland gibt es dafür mit der Kranken- und der Pflegeversicherung getrennte finanzielle und organisatorische Zuständigkeiten. In Schweden dominiert dagegen das Interesse an der Verbesserung der Gesamtversorgung bestimmter Bevölkerungsgruppen. Hierauf sind alle Aktivitäten ausgerichtet, und zwar nicht nur Interventionen, die einmal erkannte Versorgungsdefizite gezielt vermindern sollen, sondern auch die vorausgehende bevölkerungsbezogene empirische Analyse des Versorgungsgeschehens.

Anreize an Versorgungsziele geknüpft.

Wahrscheinlich hat das konsequente Bemühen um die möglichst umfassende Transparenz im Gesundheitswesen bei den deutschen Besuchern den nachhaltigsten Eindruck hinterlassen. In Schweden existieren, zum Teil bereits seit den 1970er Jahren, über 100 sogenannte Qualitätsregister. Sie bündeln aussagefähige Daten zum krankheitsbezogenen Versorgungsgeschehen der gesamten Bevölkerung und bereiten sie auf, um sie für die gezielte Verbesserung der Versorgung zu nutzen. Seit 2006 setzen zudem regelmäßige Regionalvergleiche zu zentralen Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsindi-

katoren bei allen Verantwortlichen starke Anreize, besser zu werden. Der Effekt wird noch dadurch verstärkt, dass zum Teil direkte finanzielle Anreize hinzukommen, die mit konkreten Versorgungszielen verknüpft sind. Das betrifft bei den schon genannten alten Menschen in Pflegeheimen etwa die Vermeidung von unnötigen Krankenhausaufenthalten oder von Arzneimitteln, die speziell für ältere Patienten ungeeignet sind.

Dass solche Informationen regelmäßig landesweit für die gesamte Bevölkerung erhoben und veröffentlicht werden, dürfte in Deutschland vermutlich noch lange Zeit Zukunftsmusik sein. Es gibt also durchaus Reformperspektiven, bei denen wir von anderen Ländern lernen können. Zum Beispiel von Schweden. ■

Prof. Dr. Klaus Jacobs ist Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO).

Kontakt: Klaus.Jacobs@wido.bv.aok.de

Web- und Lesetipps

- Anell A, Glengård AH, Merkur S (2012): Sweden: **Health system review 2012**. Health Systems in Transition; Download: www.euro.who.int/de/home > Länder > Schweden
- OECD (2013): **Health at a Glance 2013: OECD Indicators**; Download: www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance.htm

Pionierarbeit für die Prävention

Nicht bloß Krankenkasse, sondern Spezialist für Prävention: Vor einem Vierteljahrhundert benannten sich die Allgemeinen Ortskrankenkassen in „AOK – Die Gesundheitskasse“ um. Damals wie heute ist der Name Programm. Von Hans-Bernhard Henkel-Hoving

In diesem Jahr hat die AOK auf 25 Jahre Gesundheitskasse zurückgeblickt. Dabei schwang immer auch viel Bewunderung mit für eine Gemeinschaft von damals noch rund 300 selbstständigen „Allgemeinen Ortskrankenkassen“, die sich 1988 mutig auf neue Felder wagten: Sie schufen eine Marke, und sie engagierten sich für die Gesundheitsförderung, als die noch wirkliches Neuland darstellte. „Die Idee, aus einer Krankenkasse eine Gesundheitskasse werden zu lassen, war einfach genial“, sagt Florian Haller, Inhaber der Agenturgruppe Serviceplan. Serviceplan betreut die Kommunikation der AOK seit dem Jahr 2001. „Der Begriff Gesundheitskasse bringt die Philosophie der AOK auf den Punkt. Und er weckt bei den eigenen und bei potenziellen Mitgliedern ausschließlich positive Assoziationen.“

Das Engagement der AOK für die Gesundheit ihrer Versicherten sollte von

Anfang an auch nach außen kommuniziert werden. Es war die Düsseldorfer Agentur Intermarco-Farner (später Publicis), die 1986 mit der Idee kam, die tief in den Alltag und das Selbstverständnis der AOK eingreifen sollte: Es standen doch beim neuen Auftritt der AOK die

Die Marke steht für Gesundheit und für eine starke Solidargemeinschaft.

Gesundheitsförderung sowie die Verhütung chronisch-degenerativer Krankheiten, vor allem des Herz-Kreislauf-Systems, des Bewegungsapparats und der Atemwege, im Vordergrund? Und nie-

mand assoziierte etwas Positives, wenn er das Wort „krank“ hörte? Warum also nicht aus der „Krankenkasse“ eine „Gesundheitskasse“ machen? Die Marke „AOK – Die Gesundheitskasse“ war geboren. Der neue Slogan „Für Ihre Gesundheit machen wir uns stark“ hatte dabei von Anfang an zwei Bedeutungen: Er beschrieb das Engagement der AOK für die Gesundheit des Einzelnen und gleichzeitig die Stärkung der AOK als Solidargemeinschaft.

Die Gesundheitskasse spielte von Anfang an in der Kommunikation auf vielen Instrumenten. Auf Doppel-Großflächenplakaten wurde im März 1988 der neue Name der AOK verkündet. „Mehr als eine Krankenkasse“ hieß es auf der Plakatwand links, und auf der rechten fand sich die Auflösung: „AOK – Die Gesundheitskasse.“ Im Radio erklang ein speziell zu diesem Anlass komponiertes AOK-Lied: „Komm, wecke diese Kraft, die in dir steckt“. Später im Jahr wurden weitere emotionale Motive geschaltet, Gesichter unter der Überschrift „Gesundheit macht reich“, „Gesundheit macht schön“ oder „Gesundheit macht jung“.

Aufbruchstimmung. Überzeugend wirkte die Markenkampagne der jungen Gesundheitskasse, weil die AOK täglich die Seriosität ihres Anliegens bewies. Dr. Gudrun Eberle blickt zurück: „Damals gab es im Bereich der Prävention eine regelrechte Aufbruchstimmung.“ 1976 war sie als junge Sozialwissenschaftlerin in den Dienst des WHO getreten, damals noch „Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen“ mit Sitz in Bonn. Bei der Gesundheitsförderung leistete die AOK Pionierarbeit, um Zivilisationskrankheiten wie Bluthochdruck und Diabetes, die sprunghaft zugenommen hatten, endlich die Stirn zu bieten. Zu

Die Zahlen sprechen für sich

+++ 99 Prozent der Bevölkerung in Deutschland kennen die Gesundheitskasse. **Angela Merkel** kommt nur auf 98 Prozent. **+++** In nur 25 Jahren haben **sieben Bundesgesundheitsminister** die AOK begleitet und 664 Seiten Gesetzestext produziert. **+++** Die Gesundheitskasse ist mit **1.381 Geschäftsstellen** überall in Deutschland erreichbar – zudem **auch auf Mallorca** und im niederländischen Vaals. **+++** Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gesundheitskasse sind **täglich 400.000 Stunden** im Einsatz für ihre Versicherten und ihre Arbeitgeber. **+++** Der Gesundheitskasse ist kein Weg zu weit, wenn es um den Kontakt zu ihren Kunden geht. Über **100 Millionen Kilometer** hat der Außendienst im Jahr 2012 zurückgelegt. **+++** Seit 1988 hat die AOK-Gemeinschaft rund **25.000 junge Menschen** zu Sozialversicherungsfachangestellten **ausgebildet**. **+++** Rund **10.000 Versicherte** betreut die Gesundheitskasse jährlich bei Verdacht auf Behandlungsfehler. **+++ Neun Millionen Menschen** nehmen jährlich an den Präventionsmaßnahmen der AOK teil und rund **vier Millionen** an den Disease-Management-Programmen. **+++ 500.000 Kilogramm** Körpergewicht haben die Teilnehmer des AOK-Programms „Abnehmen mit Genuss“ in den vergangenen zwölf Jahren verloren. **+++ Die vier Rechenzentren** der AOK-Gemeinschaft bewegen täglich rund **18.000.000 Megabyte** an Daten.

den ersten AOKs, die sich intensiv mit der Vorbeugung chronischer Krankheiten beschäftigten, zählte die AOK Mettmann. Sie startete 1977 ein wissenschaftlich begleitetes Pilotprojekt mit verschiedenen Präventionskursen zur Vorbeugung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

„In den 1980er-Jahren breitete die AOK ihr Angebot flächendeckend aus, während viele andere Kassen noch auf ein politisches Signal warteten“, erinnert sich Gudrun Eberle, heute im Ruhestand. 1987 erschien ihr „Leitfaden Prävention“, das erste wissenschaftliche Werk zur Gesundheitsförderung mit einem starken Bezug zur Praxis. Dieser Praxis fehlte da noch die gesetzliche Legitimation. Erst 1989 wurde die Prävention als Leistung der Krankenkassen ins Sozialgesetzbuch aufgenommen.

Nah dran und innovativ. Umfragen zu Beginn der 1990er-Jahre bestätigten, dass der neue Name bei den Versicherten angekommen war. Parallel stieg die Empfehlungsbereitschaft der AOK-Versicherten von 53 Prozent im Jahr 1988 auf 60 Prozent im Jahr 1991. Damit lag die AOK erstmals auf dem Niveau der großen Ersatzkassen. Die Gesundheitskassen-Kampagne dürfte ihren Teil dazu beigetragen haben, dass die Versicherten der AOK die Treue hielten, als 1996 die Wahlfreiheit in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt wurde. Der AOK war es im Kern gelungen, ihre Versicherten emotional an sich zu binden, ihnen ein Gefühl von Sicherheit und Nähe zu vermitteln. Das war und ist ein zentraler Grund dafür, dass heute mehr als 24 Millionen Menschen in Deutschland bei ihr versichert sind.

Das schönste Kompliment an die AOK sind die zahlreichen Imitationsversuche der Konkurrenz. Die musste feststellen, dass es nicht leicht sein wird, den Vorsprung der Gesundheitskasse aufzuholen, schon weil alle AOKs – mittlerweile sind es noch elf – geschlossen hinter der Idee „Gesundheitskasse“ stehen. Die AOKs verbinden im Rahmen der Markenpflege gemeinsame Werte, die sie ihren Kunden vermitteln wollen: Gesundheit, Nähe, Sicherheit und, nicht zuletzt, Innovation – so innovativ wie 1988, als aus den Allgemeinen Ortskrankenkassen die Gesundheitskasse wurde. „Die Kontinuität macht einen großen Teil der Stärke dieser



Ein Hingucker: das Plakat aus dem Jahr 1991

Marke aus“, sagt Florian Haller. „Die Gesundheitskasse ist stets auf der Höhe der Zeit, aber sie bleibt bei aller Wandlungsfähigkeit erkennbar sie selbst: eine Institution, die in erster Linie der Gesundheit ihrer Mitglieder dient.“

Mit neuen Medien Menschen erreicht. Heute geht die Gesundheitskasse neue Wege, um den Menschen eine gesunde Lebensweise nahezubringen. Internetba-

Ein Programm, das vielen viel bietet: Nähe, Sicherheit und Innovation.

sierte Programme wie „Laufend in Form“, „Stress im Griff“ und „Ich werde Nichtraucher“ erschließen eine neue Klientel, die mit Ernährungsberatung, Bewegungsangeboten und Entspannungskursen vor Ort nicht unbedingt zu erreichen ist. Die App „Gesund genießen“ zum Beispiel, schon weit mehr als 200.000-mal „heruntergeladen“, verbindet mit Wunschrezepten und Einkaufslisten gesunde Ernährung und leckeres Essen. Die App „Bewusst einkaufen“ gibt per Ampel-Symbolik grünes Licht bei Lebensmitteln mit wenig Fett, Zucker oder

Salz. Per Handy muss lediglich der Barcode auf der Verpackung eingescannt werden.

Die Bedeutung der Setting-Angebote in den Betrieben nimmt weiter zu. Von der Klinik bis zur Schuhfabrik, von der Sparkasse bis zum Personaldienstleister: In derzeit rund 3.000 Firmen sorgt die Gesundheitskasse mit Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung für ein gesundes Arbeitsklima. Die Intervention erstreckt sich im Durchschnitt über vier Jahre. Die Folge: Krankenstände sinken, die Lebensqualität der Beschäftigten steigt.

Erfolgreich auf Gesundheitskurs. 450.000 Versicherte nehmen inzwischen jährlich überall in Deutschland an AOK-Kursen teil. Nimmt man die Teilnehmer an Angeboten zur Gesundheitsförderung in Schulen, Kindergärten und Stadtteilen hinzu, erreicht die Gesundheitskasse jedes Jahr neun Millionen Menschen. Auch die Internet- und Briefprogramme können beeindruckende Zahlen vorweisen. „Abnehmen mit Genuss“ zum Beispiel ist ein AOK-Programm, das für eine dauerhafte Umstellung der Ernährungsgewohnheiten sorgt und so den von Diäten bekannten Jo-Jo-Effekt vermeidet. Die Teilnehmer an „Abnehmen mit Genuss“ haben in den vergangenen zwölf Jahren fast 500 Tonnen Körpergewicht verloren. AOK – Die Gesundheitskasse. Der Name bleibt Programm. ■

Ran an die Sektorengrenzen

Ärzte und Kliniken stimmen sich nicht genügend ab, zudem fehlt es an Anreizen für gute Diagnostik und Therapie: Beim Jahreskongress des Bundesverbandes Managed Care suchen Experten nach Lösungen – und schauen dabei auch ins Ausland. **Von Thomas Hommel**

Es ist wie verhext: Obwohl viele Defizite des Gesundheitssystems bekannt sind, ändert sich nur langsam etwas. Eine Erklärung: Im „Haifischbecken Gesundheitswesen“ tummeln sich einfach zu viele Player, sodass eine einvernehmliche Lösung schwierig erscheint. „Falsch“, sagt Professor Volker Amelung, Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes Managed Care (BMC), in dem sich unter anderem Wissenschaftler, Ärzte und Kasernenmanager zusammengeschlossen haben. „Es liegt nicht an der Menge der Akteure, es liegt daran, dass wir auf eingefahrenen Pfaden unterwegs sind.“

Warum ändert sich nichts? Hinweise, wie sich das Problem lösen lässt, will der BMC auf seinem Jahreskongress am 21. und 22. Januar 2014 in Berlin liefern. Erwartet werden mehr als 500 Entscheider aus Gesundheitswirtschaft und Gesundheitspolitik. G+G ist einer der Medienpartner. Jörg Sydow, Professor für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre mit Schwerpunkt Unternehmenskooperation an der Freien Universität Berlin, erläutert Grundzüge der „Pfadtheorie“.

Sie besagt, einfach ausgedrückt, dass an einem eingeschlagenen Weg unter Umständen auch dann noch festgehalten wird, wenn sich herausstellt, dass eine Alternative überlegen ist. Inwiefern der Befund der „Pfadabhängigkeit“ auch für das Gesundheitssystem zutrifft, darüber diskutieren der Geschäftsführende Vorstand des AOK-Bundesverbandes, Uwe Deh, die SPD-Gesundheitsexpertin Dr. Carola Reimann, der Vize-Vorstand der BARMER GEK, Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, und der Bayreuther Gesundheitsökonom Professor Volker Ulrich.

Mit Sicherheit dürfte es in der Runde auch um die Eckpunkte der Gesundheitspolitik der neuen Großen Koalition im

Bund gehen. „Alle Parteien haben sich die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen auf die Fahnen geschrieben“, sagt Amelung. Über die Notwendigkeit, die sektorenübergreifende Versorgung



auszubauen und dafür auch stärker als bisher moderne Informationstechnologien einzusetzen, bestehe weitgehend Konsens. „Jetzt gilt es auszuloten, welche Hebel im Einzelnen zu drücken sind.“

Blick über den Teich. Dazu holt sich der BMC auch Sachverstand aus dem Ausland ein. Dr. Nick Goodwin, Sozialwissenschaftler und Vorstand der International Foundation for Integrated Care, etwa berichtet über den Stand der Integrierten Versorgung in Großbritannien. Auf der „Insel“ ist die fachärztliche Versorgung überwiegend an Kliniken angesiedelt. Der ambulante Sektor wiederum ist in allgemeinärztlichen Großpraxen organisiert. „Deutschland hat beim Thema Integrierte Versorgung noch Nach-

holbedarf“, sagt BMC-Geschäftsführer Dr. Sascha Wolf. Die Versorgung einer wachsenden Zahl chronisch und zumeist mehrfach erkrankter Menschen stelle die größte Herausforderung dar. Daher brauche es sektoren- und berufsfeldübergreifende Konzepte. „Doch weder Leistungserbringer, noch Krankenkassen können die erforderlichen Anfangsinvestitionen alleine stemmen.“ Dass Union und SPD einen – vom BMC schon lange geforderten – Innovationsfonds in Höhe von 300 Millionen Euro „zur Förderung innovativer sektorübergreifender Versorgungsformen und für die Versorgungsforschung“ in ihren Koalitionsvertrag hinein geschrieben haben, begrüßt Wolf. „Dadurch werden wichtige Impulse für mehr Innovationen gegeben.“

Obamacare – wie weiter? Erfahren können die Kongressteilnehmer außerdem, wie es um die aktuelle US-Gesundheitsreform steht. Für Präsident Barack Obama ist die Reform mehr als nur ein Gesetz. Der größte Umbau der Sozialsysteme seit Jahren, der 30 Millionen US-Bürgern eine Krankenversicherung ermöglichen soll, ist das wichtigste innenpolitische Vorhaben der Obama-Administration. Nach Computerpannen ist das Vorzeigeprojekt angeschlagen. Professor Uwe Reinhardt, Gesundheitsökonom an der Princeton University, berichtet, wie groß die Misere ist und ob mit der Reform eine Europäisierung des US-Gesundheitssystems zihergeht. BMC-Vorstand Amelung zieht derweil eine ganz andere Lehre: „Mega-Reformen führen oft zu Mega-Problemen. Die Hoffnung auf den großen Wurf, der alles löst, sollte der Einsicht weichen, dass kleine Schritte zum Ziel führen.“ ■

MEHR INFOS:
www.bmcdev.de

„Verbrechen im Namen der Tradition“

Topmodel Waris Dirie kämpft gegen Genitalverstümmelung, die auch sie als Kind erleiden musste. Im Berliner Krankenhaus Waldfriede hat sie jetzt das weltweit erste ganzheitlich arbeitende Zentrum für beschnittene Frauen eröffnet.

Im Desert Flower Center werden Opfer weiblicher Genitalverstümmelung betreut. Was genau passiert dort?

Dirie: Über 150 Millionen Frauen sind weltweit von Genitalverstümmelung betroffen, aber es gibt für sie kaum Hilfe. Mein Freund, der französische Chirurg Dr. Pierre Foldès, hat eine effiziente Methode entwickelt, um die Klitoris wiederherzustellen. Er hat bereits über 5.000 Frauen erfolgreich operiert. Neben rekonstruktiven chirurgischen Eingriffen in den Bereichen Gynäkologie, Urologie und Koloproktologie werden die betroffenen Frauen im Krankenhaus Waldfriede auch psychologisch und psychosozial betreut. Darüber hinaus bietet das Desert Flower Center regelmäßige Workshops für medizinisches Personal, Sozialarbeiter, Entwicklungshelfer und afrikanische Gemeinschaften.

Muss man nicht die Traditionen der einzelnen Länder respektieren?

Dirie: Schon allein der gesunde Menschenverstand sollte eine solche Frage verbieten. Trotzdem höre ich sie immer wieder. Verbrechen darf man nicht unter dem Deckmantel der Tradition begehen. Weibliche Genitalverstümmelung ist schwere Körperverletzung und in allen Ländern der Welt verboten. Sie verletzt außerdem die internationale Charta der Menschenrechte aufs Größte.

Warum gerade Berlin? Werden auch in Deutschland Frauen beschnitten?

Dirie: Ja. Leider bringen Immigranten auch gesundheitsschädliche Bräuche mit in ihr neues Heimatland, wie zum Beispiel weibliche Genitalverstümmelung. Bedauerlicherweise werden die wehrlosen Mäd-

chen von der Politik alleine gelassen. Es fehlt an Aufklärung und Kontrolle. 2012 wurde ich zu einem Kongress ins Krankenhaus Waldfriede eingeladen. Nach meinem Vortrag hat sich mein Team mit dem dortigen Chefarzt Dr. Roland Scherer und dem Klinikdirektor Bernd Quoss zusammengesetzt. Gemeinsam

Welche Probleme bekommen Frauen, die mit rekonstruierter Vagina und Klitoris in ihr Heimatland zurückfahren?

Dirie: Jede Frau, die sich für diese Operation entscheidet, entscheidet sich auch gegen die Unterdrückung der Frauen. Sie alle sagen, dass sie sich nach der Opera-



„Weltweit sind über 150 Millionen Frauen von Genitalverstümmelung betroffen, aber es gibt für sie kaum Hilfe.“

Waris Dirie

haben wir Möglichkeiten erörtert, wie man den Opfern wirksam helfen kann.

Welche Frauen suchen Hilfe?

Dirie: Wir haben Patientinnen aus Somalia, Äthiopien, Eritrea, Djibouti, Mali, Sierra Leone und anderen afrikanischen Staaten. Die meisten leben in Deutschland. Es reisen aber auch Betroffene aus Holland und Großbritannien an. Derzeit sind jährlich knapp 100 Operationen geplant. Aber die Nachfrage ist groß. Bei Pierre Foldès, unserem Partner in Paris, stehen 1.200 Frauen auf der Warteliste.

Und wer kommt für die Kosten auf?

Dirie: Bei in Deutschland lebenden Frauen übernehmen das die Krankenkassen. Bei aus dem Ausland zugereisten Frauen erfolgt die Finanzierung über Spenden.

tion komplett fühlen und ihnen etwas zurückgegeben wurde, was ihnen gestohlen wurde. Diese Frauen haben große Vorbildwirkung, und sie werden ihre eigenen Töchter sicher nie verstümmeln lassen. Wir haben aber leider Fälle in Frankreich, bei denen sich die Ehemänner anschließend scheiden ließen, weil sie meinten, dass ihre Frauen mit einer neuen Klitoris unrein wären und ihnen nicht mehr treu seien. ■

Das Interview führte Daniela Noack.

Zur Person

Waris Dirie stammt aus einer muslimischen Nomadenfamilie der Ethnie der Somali und lebt seit 2009 in Danzig. Sie ist Topmodel, Bestseller-Autorin und Menschenrechtsaktivistin. Von 1997 bis 2003 war sie Sonderbotschafterin der Vereinten Nationen. 2002 gründete Waris Dirie die „Desert Flower Foundation“.

Schwarz-Rot setzt auf Qualität

Im Koalitionsvertrag planen CDU/CSU und SPD die nächsten Schritte in der Gesundheitspolitik. **Jan Carels** sieht viele gute Ansätze, etwa für bessere Qualität bei den Klinikbehandlungen. Nun müsse die neue Koalition den Ankündigungen auch Taten folgen lassen.

Nach wochenlangen Beratungen haben die Unterhändler von CDU/CSU und SPD Ende November einen Koalitionsvertrag vorgelegt. Auf rund zehn von insgesamt 185 Seiten stehen die Pläne für Gesundheit und Pflege. Was aber gibt es für die zukünftige Bundesregierung im Gesundheitssystem zu verbessern? Die Experten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen haben die Mängel längst benannt: In vielen Bereichen der Gesundheitsversorgung besteht gleichzeitig erhebliche Über-, Unter- und Fehlversorgung. Viele Leistungen werden ineffizient erbracht. Die Folge sind nicht nur Qualitätsdefizite, sondern jährliche Ausgabenzuwächse, die ungefähr doppelt so hoch sind wie die der beitragspflichtigen Einnahmen. Die Versicherungsbeiträge steigen, ohne dass sich die Versorgungsqualität entsprechend verbessert. Das gilt sowohl für privat als auch für gesetzlich Versicherte.

Die Lösungsansätze liefern die Wissenschaftler gleich mit: Die Akteure brauchen deutlich mehr wettbewerbliche Anreize und Möglichkeiten, um ihr Handeln auf Transparenz, Qualität und Patientennutzen auszurichten.

Strukturen sollen sich ändern. Wie wird die Große Koalition diese Herausforderungen anpacken? Siebzehn Bundes- und Landesgesundheitspolitiker der CDU und CSU sowie der SPD haben sich in der „AG Gesundheit und Pflege“ auf eine Reihe von Vorhaben geeinigt, die sie in den nächsten vier Jahren auf den Weg bringen wollen. Die umfangreiche Liste von Einzelmaßnahmen lässt erkennen, dass die künftigen Gesetzgeber wirklich vorhaben, Versorgungsstrukturen zu verändern. Anders als in der vergangenen Legislaturperiode hat die Politik sich offenbar vorgenommen, die Ineffizienzen in der ambulanten und stationären Versorgung nicht mehr einfach mit mehr Geld zuzudecken. „Qualitätsorientierte Neugestaltung“ scheint die Parole für die Versorgungsstrukturen zu werden. Dabei vertrauen die Unterhändler allerdings häufiger auf Regulation und Administration als auf die Kreativität des Wettbewerbs.

Kein Wort zu Privatversicherten. Weitere zentrale Themen sind die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie die Verbesserung der Pflegesituation. Für die gesetzlich Versicherten sollen künftig Zusatzbeiträge prozentual vom

Einkommen und nicht mehr als absoluter Eurobetrag erhoben werden. Für die privat Versicherten bleibt hingegen alles beim Alten. Ihnen widmet die Koalitionsvereinbarung kein Wort. Die vielen in finanzielle Schwierigkeiten geratenen privat Versicherten werden wohl weiterhin auf die Lösung ihrer Probleme warten müssen. Für die Pflegebedürftigen werden umfangreiche Verbesserungen angekündigt. Bleibt zu hoffen, dass das alles in den nächsten vier Jahren realisiert wird, denn die schrittweise Beitragssatzerhöhung ist dafür knapp bemessen. Es wäre jedoch mehr als enttäuschend für die Pflegebedürftigen und deren Angehörigen, wenn die notwendigen Leistungsverbesserungen nach acht Jahren intensiver politischer Diskussion nicht umgesetzt würden.

Vertrag lässt Interpretationsspielraum. Allerdings ist noch nichts entschieden. Was bisher vorliegt, ist ein Koalitionsvertrag. Was dieser wert sein kann, zeigt ein Blick in die Vergangenheit. So finden sich in Koalitionsverträgen für vergangene Legislaturperioden zahlreiche Vereinbarungen, die niemals umgesetzt wurden. Dagegen hat der Gesetzgeber vieles verabschiedet, ohne dass auch nur ein Wort dazu im Koalitionsvertrag stand.

Das Online-Lexikon Wikipedia verweist daher zu Recht darauf, dass der Begriff „Vertrag“ in diesem Zusammenhang irreführend ist. Der Koalitionsvertrag ist nicht mehr und nicht weniger als eine Absichtserklärung: Die Partner werden *versuchen*, die Abgeordneten ihrer Fraktionen zur Unterstützung der Regierung zu bewegen. Und selbstverständlich wird der Koalitionsvertrag auf einem Abstraktionsniveau formuliert, das an vielen Stellen bewusst Interpretationsspielraum zulässt. Es wird also ganz wesentlich darauf ankommen, wie die Parteien und handelnden Personen die ministerielle und parlamentarische Gestaltungskompetenz ausfüllen werden.

Viele Ideen für die ambulante Versorgung. Im ambulanten Bereich planen die Koalitionäre, die bestehende Über-, Unter- und Fehlversorgung anhand einer Fülle von Einzelmaßnahmen zu korrigieren. Dabei setzen sie oftmals auf einheitlich und gemeinsam zu betreibende Planungsvorgaben und Gremien. Einige Vorhaben könnten dennoch die Versorgungssituation etwas verbessern. Doch sie werden nicht ausreichen, um den Menschen in allen Regionen Deutschlands bedarfsgerecht ambulante Leistungen zur Verfügung zu stellen. Dafür wären mehr wettbewerbliche Handlungsoptionen nötig.

Zu den sinnvollen Vorschlägen gehört die Idee, in unterversorgten Gebieten Krankenhäuser leichter in die ambulante Versorgung einzubeziehen, um die flächendeckende Versorgung

mit Ärzten zu sichern. Ebenso vernünftig ist es, künftig noch mehr ärztliche Leistungen an qualifizierte nicht-ärztliche Gesundheitsberufe zu delegieren und neue Formen der Substitution ärztlicher Leistungen zu erproben. In den Regionen, in denen zu viele Ärzte praktizieren, hoffen die Unterhändler die Überversorgung dadurch abbauen zu können, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen konsequent Arztsitze aufkaufen, um sie stillzulegen. Das ist alles genauso richtig, wie der Vorschlag, in der psychotherapeutischen Versorgung die Wartezeiten zu reduzieren und mehr Kurzzeittherapie zu ermöglichen, indem Antrags- und Gutachterverfahren entbürokratisiert und Gruppentherapie gefördert werden.

Eine sehr gute Entscheidung im Sinne des Patientenschutzes ist es auch, den Straftatbestand der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen zu regeln. Hier will die neue Koalition also das nachholen, was die alte Koalition unter FDP-Beteiligung versäumt hat. Doch ist dafür das Strafgesetzbuch wirklich der richtige Regelungsort oder sollte Korruption nicht besser im SGB V strafbewehrt werden?

Innovationen durch Wettbewerb fördern. Gut gemeint, aber noch nicht gut gemacht ist die Idee, innovative sektorenübergreifende Versorgungsformen zu fördern. Ist ein 300 Millionen Euro schwerer Innovationsfonds, den die Kassen gemeinsam finanzieren und verwalten, ein guter Ansatz? Das Ziel, derartige Innovationen zu fördern, ist grundsätzlich richtig. Doch die Koalitionäre sollten den gewählten Weg noch einmal überdenken. Denn eines steht fest: Innovationen entstehen grundsätzlich nur im Wettbewerb, nicht im einheitlichen und gemeinsamen Verwalten. Die bisher keineswegs rasante Weiterentwicklung der Integrierten Versorgung ist nicht auf mangelnde Innovationsfähigkeit der beteiligten Akteure zurückzuführen. Sie beruht in erster Linie auf den Hemmnissen bei der Bereinigung der Gesamtvergütung. Hinzu kommt, dass die Kassen befürchten, wegen Investitionen in Innovationen, die sich erst mittelfristig rechnen, kurzfristig Zusatzbeiträge erheben zu müssen. Beides soll nun jedoch entschärft werden, wie an anderer Stelle des Koalitionsvertrages zu lesen ist.

Im Wettbewerb gute Verträge gestalten. Neben den vielen kleinen kollektivvertraglichen Ansätzen enthält der Koalitionsvertrag auch einzelne Vorhaben, die auf die Kraft des Wettbewerbs bauen, um patientenorientierte Strukturen entstehen zu lassen. Die Krankenkassen sollen mehr Freiräume als bisher erhalten, um im Wettbewerb gute Verträge zu gestalten und regionale Besonderheiten zu berücksichtigen. Dazu kündigen die Politiker an, die rechtlichen Rahmenbedingungen für die verschiedenen Möglichkeiten von integrierten und selektiven Versorgungsverträgen anzugleichen und bestehende Hemmnisse für die Umsetzung zu beseitigen. Das klingt gut, funktioniert aber nur, wenn tatsächlich die bestehenden Hemmnisse für solche Verträge aus dem Weg geräumt werden. Welche das sind, erfährt der Gesetzgeber nicht von Funktionären, sondern nur von denen, die im Alltag die Verträge verhandeln. Diese Akteure sollten die Koalitionäre nochmal genau befragen, bevor sie die gesetzlichen Regelungen konkretisieren.

Lese- und Webtipps

- www.reform-aktuell.de
- www.morbi-rsa.de
- www.qualitaetssicherung-mit-routinedaten.de
- www.aok-gesundheitspartner.de
- Jan Carels: **Handbuch für Reformer.** In: G+G 7-8/2013, S. 22–28
- **AOK-Positionen zur Bundestagswahl: So geht's.** Beilage in G+G 6/2013, PDF unter: www.gesunde-wahl.de

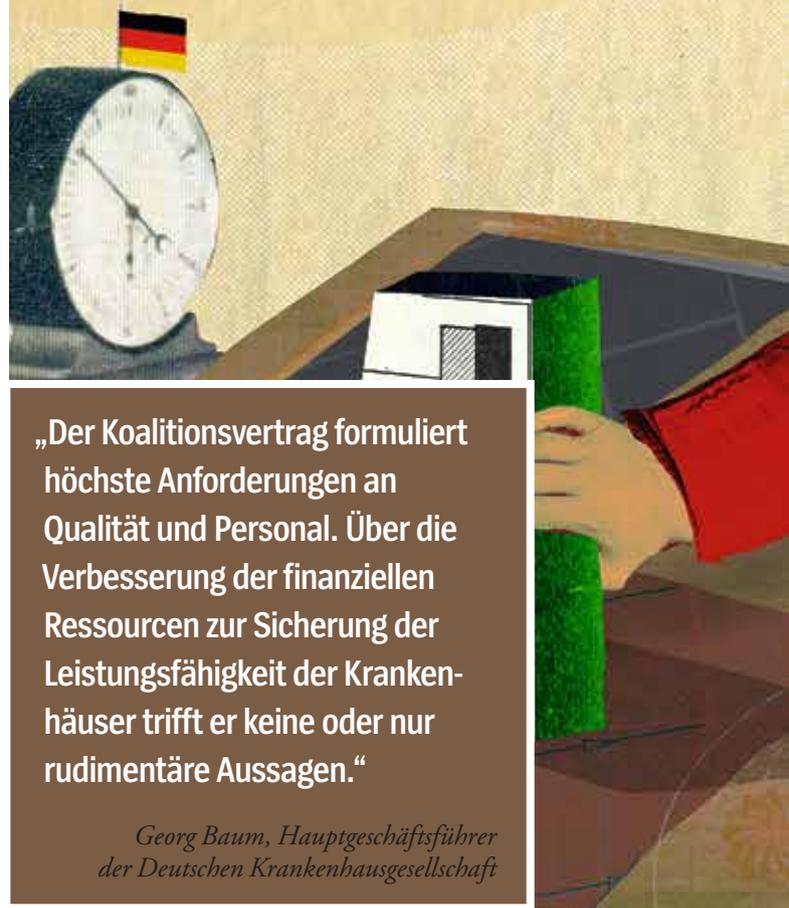
Kontraproduktiv für eine hochwertige und effiziente Arznei- und Heilmitteltherapie ist die Ankündigung, die Wirtschaftlichkeitsprüfungen aufzuheben. Die Realität hat immer wieder gezeigt, dass freiwillige Vereinbarungen mit Kassenärztlichen Vereinigungen in einigen Regionen nicht effektiv sind. Daher ist weiterhin ein Rahmen erforderlich, der hilft, das Wirtschaftlichkeitsgebot gegenüber den Vertragsärzten durchzusetzen. Auf Regresse als letztes Mittel kann nicht verzichtet werden, weil einige Ärzte für Beratungen nicht erreichbar sind.

Rückenwind für Qualitätssicherung mit Routinedaten. Die Vereinbarungen zur Weiterentwicklung der stationären Versorgung lassen eine Reihe von guten Ansätzen erkennen. Sie könnten die dringend notwendigen Strukturreformen einleiten. Hier wird es nun darauf ankommen, die ersten Absichtserklärungen auch nach den zu erwartenden Bund-Länder-Beratungen aufrechtzuerhalten und konsequent auszubauen.

Es ist gut für die Patienten, dass die Koalition plant, eine Qualitätsoffensive zu starten. Hierzu soll insbesondere auf der Basis von Routinedaten ein stabiles Fundament aus stationären und sektorenübergreifenden Qualitätsbewertungen geschaffen werden, das dann die geeignete Grundlage für notwendige Strukturveränderungen ist. Da Routinedaten unbürokratisch erhoben werden und seit vielen Jahren sehr gute Erfahrungen dazu vorliegen, dass diese Daten zur Qualitätssicherung hervorragend geeignet sind, stellt dieses Vorgehen eine Erfolg versprechende Lösung dar. Daher ist es nur konsequent, wenn die Koalition diese Daten noch besser verfügbar und rechtlich nutzbar machen will. Der Gesetzgeber soll ein Institut gründen, das dauerhaft und unabhängig die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung ermittelt und dem Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) Entscheidungsgrundlagen liefert. Die vom GBA erstellten Qualitätsrichtlinien wären dann von den Kliniken zwingend einzuhalten. Darüber hinaus soll der Medizinische Dienst der Krankenversicherung künftig unangemeldete Kontrollen durchführen können. Bleibt zu fordern, dass bei Nichteinhaltung Sanktionen möglich werden.

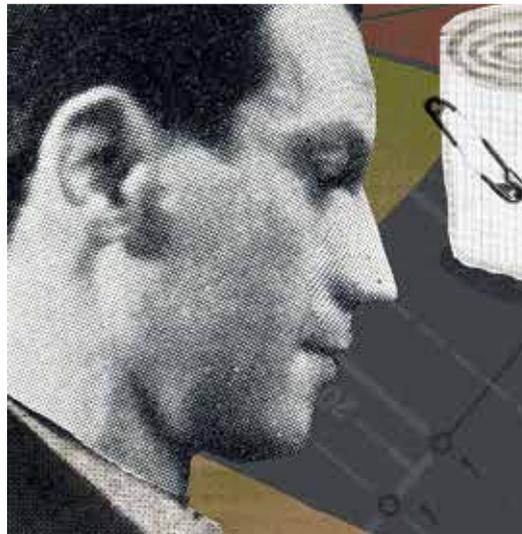
Transparenz schützt vor unnötigen Operationen. Längst überfällig ist auch, dass weitere Transplantations- und Implantationsregister eingeführt werden. Ebenfalls zu begrüßen ist, dass die bisher nur für Experten verständlichen Qualitätsberichte der Krankenhäuser transparenter und präziser werden sollen. Nur so können sie eine geeignete Grundlage für bewusste Patientenentscheidungen sein. Zur Stärkung der Patientensouveränität und Vermeidung von medizinisch nicht notwendigen Operationen soll darüber hinaus regelhaft für planbare Behandlungen, die der GBA als „mengenanfällig“ definiert, ein ärztliches Zweitmeinungsverfahren eingeführt wird. Dies ist zwar heute schon möglich, wird jedoch bisher nicht flächendeckend genutzt. Werden die Koalitionspläne umgesetzt, könnten künftig öfter medizinisch nicht notwendige Mengenausweitungen bei bestimmten Eingriffen vermieden werden.

Qualitätsverträge konsequent ausbauen. Den Behandlungserfolg der Kliniken zu messen und transparenter als bisher darzustellen,



„Der Koalitionsvertrag formuliert höchste Anforderungen an Qualität und Personal. Über die Verbesserung der finanziellen Ressourcen zur Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser trifft er keine oder nur rudimentäre Aussagen.“

Georg Baum, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft



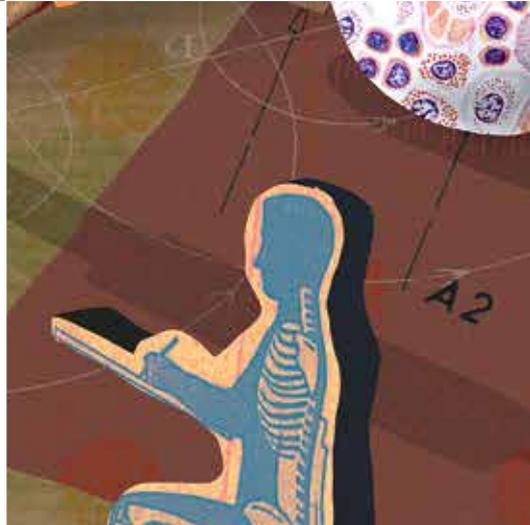
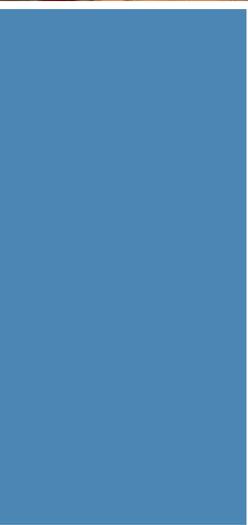
„Wir sehen in der Koalitionsvereinbarung einige gute Ansätze, um die ambulante Versorgung der Versicherten in Deutschland auch in Zukunft zu sichern.“

Regina Feldmann, Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung



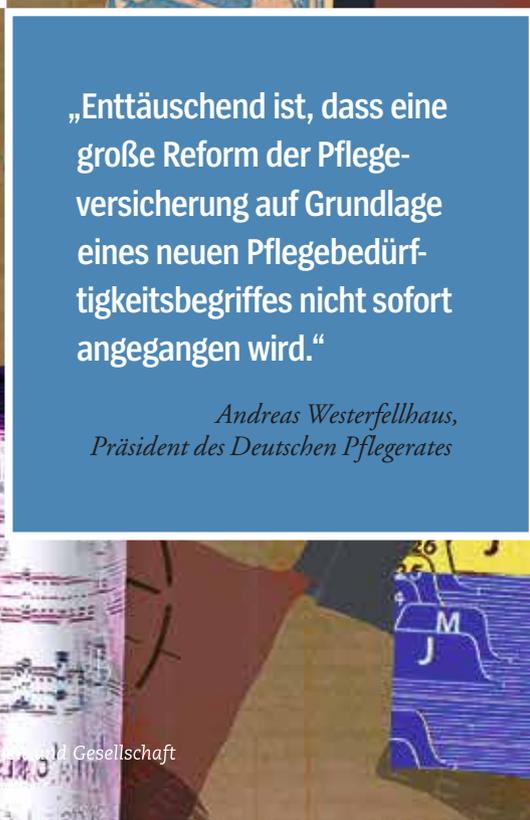
„Der Koalitionsvertrag zeigt durchaus gesundheitspolitische Ansätze, die in die richtige Richtung weisen. Die hausärztliche Versorgung wird gestärkt.“

*Frank Ulrich Montgomery,
Präsident der Bundesärztekammer*



„Enttäuschend ist, dass eine große Reform der Pflegeversicherung auf Grundlage eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes nicht sofort angegangen wird.“

*Andreas Westerfellhaus,
Präsident des Deutschen Pflegeverbandes*



ist ein erster richtiger Schritt. Wichtig ist aber, dass die daraus gewonnenen Erkenntnisse zielgerichtet eingesetzt werden. Das heißt, dass sich Qualität dort verbessert, wo sie unterdurchschnittlich ist und schlechte Qualität gar nicht mehr angeboten werden kann. Auch hierfür haben die Koalitionäre erste Ansätze vereinbart, die sie in der nun folgenden Regierungszeit hoffentlich zielgerichtet weiterentwickeln. So soll beispielsweise Qualität als ein weiteres Kriterium für Entscheidungen der Krankenhausplanung in Paragraph 1 Krankenhausgesetz verankert werden. Wenn das Wirkung zeigen soll, muss es stringent umgesetzt werden. Die bisherigen, überwiegend an Krankenhausbauten und -betten ausgerichteten Planungskriterien werden dem nicht gerecht.

Sinnvoll sind die Pläne, dass Krankenkassen künftig Qualitätsverträge für planbare Leistungen abschließen können. Die Qualitätskriterien für die Verträge werden dann gemeinsam und einheitlich auf der Landesebene festgelegt, aber die Krankenhauswahl und die Verträge könnten einzelvertraglich im Wettbewerb gestaltet werden. Das ist ein guter erster Ansatz. Leider wird er (noch) nicht konsequent zu Ende gegangen. Denn der Kontrahierungszwang soll bestehen bleiben, und die Add-on-Verträge werden lediglich für vier vom GBA ausgewählte planbare Leistungen modellhaft für die Jahre 2015 bis 2018 ermöglicht. Das ist zu wenig, um die erheblichen Struktur- und Mengenprobleme qualitätsorientiert beseitigen zu können.

Klinikkapazitäten stärker an Qualität koppeln. Die Koalitionäre haben angekündigt, dass sie die Bundesländer bei der Weiterentwicklung der Krankenhausplanung von einer standortbasierten hin zu einer erreichbarkeitsbasierten Versorgungsplanung unterstützen wollen. Dieser richtigen Absicht sollten in der Regierungsarbeit konkrete Taten folgen. Der Koalitionsvertrag erwähnt hierzu nur, dass künftig wohl mehr Kliniken einen Sicherstellungszuschlag erhalten sollten. Ein echter Einstieg in den Strukturwandel braucht aber viel mehr.

Hierzu sind beispielsweise auch klare Antworten auf die bestehenden Defizite in der Investitionskostenfinanzierung der Kliniken nötig. Denn die Bundesländer kommen ihrer gesetzlichen Verpflichtung, die Investitionskosten der Kliniken zu finanzieren, immer weniger nach. In der Folge verwenden die Kliniken die GKV-Einnahmen für den laufenden Betrieb zur Deckung der überbordenden und unterfinanzierten Investitionen – eine fatale Zweckentfremdung der Mittel. Dazu steigern sie die Zahl der Behandlungen und senken gleichzeitig die Personalkosten, vor allem im Pflegebereich. Auf der Strecke bleibt somit die Qualität. Um diesen Trend zu stoppen, wären Regelungen notwendig, die Investitionsentscheidungen und damit die Klinikkapazitäten stärker an die Qualität und den tatsächlichen Bedarf innerhalb der Region zu koppeln. Dies wäre durch eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung aller Akteure vor Ort inklusive der Krankenkassen zu erzielen.

Ineffizienzen nicht mit mehr Geld verdecken. Die Krankenhauspolitik vergangener Legislaturperioden hat bestehende Ineffizienzen mit mehr Geld verdeckt, statt die Strukturen zu modernisieren. Im neuen Koalitionsvertrag finden sich leider auch Vorhaben, die diese falsche Strategie weiterverfolgen. Hierzu

zählen die geplante Veränderung der Kalkulation des Orientierungswertes, die bundesweite Anpassung der Landesbasisfallwerte sowie geringere Preisabschläge bei Mengensteigerungen. Alle diese Maßnahmen verbessern weder die Struktur, noch die Qualität der Versorgung. Sie führen einzig und allein zu höheren Kosten für die Versichertengemeinschaft.

Senkung des Herstellerrabatts belastet Versicherte. Die Arzneimittelversorgung soll nicht neu erfunden, sondern stabilisiert werden. Das ist vernünftig, denn die Reformen der vergangenen Legislaturperiode müssen erst einmal wirken. So stellen die neuen Koalitionspartner das mit dem Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) etablierte Prinzip, die Preisbildung von patentgeschützten Arzneimitteln am Patientennutzen auszurichten, überhaupt nicht infrage. Es sei ein entscheidender Schritt für eine qualitätsorientierte und wirtschaftliche Arzneimittelversorgung. Dies solle bei Bedarf weiterentwickelt werden. So ist beispielsweise geplant, dass zukünftig mindestens ein Vertreter einer Mitgliedskasse des GKV-Spitzenverbandes regelmäßig an den Preisverhandlungen teilnimmt. Somit können die realen Versorgungsaspekte in diesem Verfahren noch besser berücksichtigt werden.

Zusätzlich ist geplant, auf die ursprünglich vorgesehene Bewertung der vor der Einführung des AMNOG im Markt befindlichen patentgeschützten Medikamente zu verzichten. Um das dafür ursprünglich eingeplante finanzielle Einsparvolumen dennoch einigermaßen erreichen zu können, soll das Preismoratorium nahtlos fortgeführt und der Herstellerrabatt auf verschreibungspflichtige Arzneimittel ab dem Jahr 2014 dauerhaft auf sieben Prozent festgeschrieben werden. Die Absenkung des Herstellerrabatts von gegenwärtig 16 Prozent auf sieben Prozent wird die GKV allerdings jährlich mit rund einer Milliarde Euro belasten. Da sich das AMNOG-Verfahren noch in der Anlaufphase befindet, wäre daher eine stufenweise Absenkung des Herstellerrabatts angebracht gewesen.

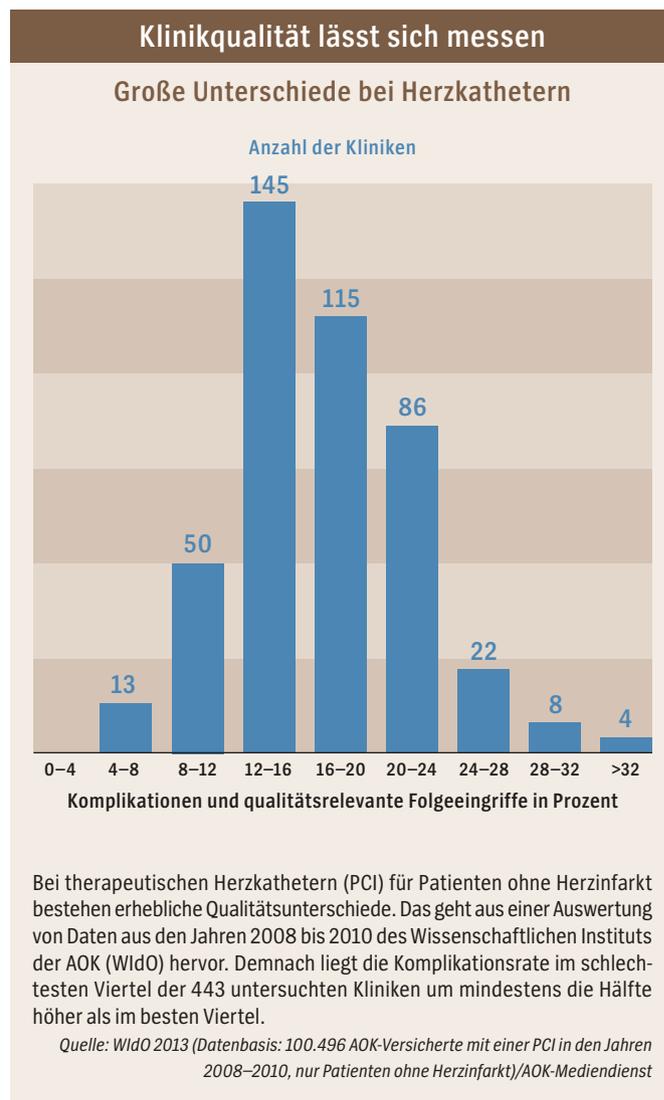
Koalition will Pflege-Reformstau beseitigen. Für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen soll in der nächsten Legislaturperiode vieles besser werden. Die Erwartungen sind groß. Und das nicht nur, weil die Zahl der Pflegebedürftigen rasant steigt. Seit vielen Jahren diskutiert die Öffentlichkeit den Handlungsbedarf und die möglichen Verbesserungsvorschläge. Doch passiert ist bisher nur wenig. Ergebnisse von eigens dafür eingesetzten Expertenkommissionen bleiben ungenutzt. Diesen Reformstau gehen die Koalitionäre nun vollmundig an. Die Liste der angekündigten Wohltaten ist lang: Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff soll „schnellstmöglich“ eingeführt werden und damit insbesondere die Leistungen für Menschen mit Demenz verbessert werden. Außerdem plant die Koalition, die bestehenden Pflegeleistungen nicht nur zu dynamisieren, also einen Inflationsausgleich anzurechnen, sondern auch im Umfang zügig auszubauen. Dazu gibt sie die Garantie, dass die Veränderungen niemanden schlechter stellen als bisher.

Auf der Liste stehen auch die Erhöhung der Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfeldes, zusätzliche Lohnersatzleistungen für pflegende Angehörige, Personalstandards im Pflegebereich,

Kostenfreiheit der Pflegeausbildung sowie die Verbesserung der Pflegetransparenz, sodass die Verbraucher die qualitativen Unterschiede der Einrichtungen künftig deutlicher erkennen.

Beitragssatz soll langsam steigen. Alle diese Vorhaben sind sinnvoll und größtenteils längst überfällig. Einziges, aber entscheidendes Problem: Sie kosten viel Geld. Doch die Koalition zögert, die Beitragssätze für die gesetzliche Pflegeversicherung anzuheben. Es könnte in der gesamten Legislaturperiode ein Plus von bis zu 0,5 Prozentpunkten geben. Fest vereinbart ist zunächst ein Anstieg um 0,3 Prozentpunkte spätestens zum 1. Januar 2015.

Davon sollen aber 0,1 Prozentpunkte für einen Pflegevorsorgefonds zur Abfederung künftiger Beitragssatzsteigerungen zurückgelegt werden. Ist das angesichts der gegenwärtigen Kapitalverzinsung eine kluge Idee? Oder sollte das Geld nicht besser den Pflegenden als Leistungen zugute kommen? Denn mit den übrigen 0,2 Prozentpunkten – also rund zwei Milliarden Euro – werden sich die vielen geplanten Leistungsverbesserungen nur schwer finanzieren lassen.



Pflegebedürftigkeitsbegriff kommt in Etappen. Die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes soll zunächst nochmal auf seine Praktikabilität überprüft werden. Die Koalitionäre kündigen an, dass danach eine weitere Beitragserhöhung um 0,2 Prozentpunkte erfolgen könnte, um damit die flächendeckende Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes zu finanzieren. Dieses zögerliche Vorgehen darf nicht bedeuten, dass hier erneut etwas auf die lange Bank geschoben wird. Denn alle Experten sind sich einig, dass die tatsächliche Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes mindestens 18 Monate dauern wird. Die Frage ist: Hat die Politik nach Praktikabilitätstest und Gesetzgebungsverfahren in den zeitlich letzten Zügen ihrer Regierungszeit tatsächlich noch den Mut und die Kraft, den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff einzuführen? Besonders Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen können nur hoffen, dass sich die Koalition im Handeln als entschlossener erweist als es ihre Koalitionsvereinbarung vermuten lässt.

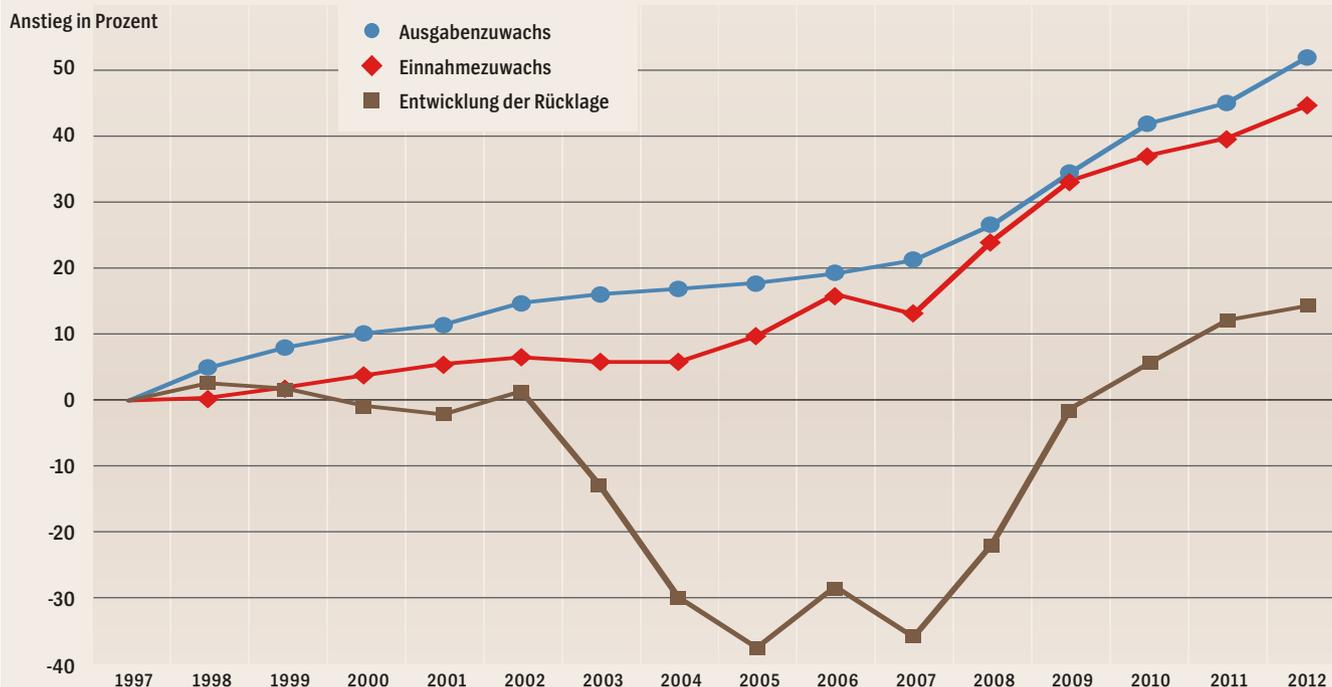
Bundeszuschuss muss verlässlich bleiben. Die Finanzierung der GKV will die neue Koalition unter anderem durch eine „umsichtige Ausgabenpolitik“ sicherstellen. Vor dem Hintergrund der vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) vorgelegten Finanzprognosen für die kommenden vier Jahre ist das dringend geboten. Das BMG prophezeit bereits für das Jahr 2015 ein Defizit von etwa drei Milliarden Euro. Es wird bis zum Jahr

2017 auf rund zehn Milliarden Euro anwachsen. Diese Prognose ist noch optimistisch. Ihr liegt die Annahme zugrunde, dass die Erstattungen für versicherungsfremde Leistungen der GKV aus dem Bundeshaushalt weiterhin 14 Milliarden Euro betragen.

Auch wenn sich hierzu keine Aussage im Koalitionsvertrag findet, ist zu befürchten, dass die neue Regierung den Bundeszuschuss aufgrund der strikten Vorgaben des europäischen Fiskalpaktes sowie der deutschen Schuldenbremse deutlich verringern wird. So hat es die Vorgängerregierung bereits für das laufende Haushaltsjahr beschlossen. Das ist keine solide Finanzierung. Umso wichtiger ist es, dass die Koalition zu ihrer Ankündigung einer umsichtigen Ausgabenpolitik steht.

Zusatzbeitrag in Prozent. Darüber hinaus soll die Mechanik der Beitragsaufbringung verändert werden. Der von allen Kassen zu erhebende Beitragssatz soll 14,6 Prozent betragen, der vom Arbeitgeber zu tragende Anteil bleibt bei 7,3 Prozent festgeschrieben. Sollte eine Krankenkasse mit diesem Beitrag nicht auskommen, kann sie weiterhin von ihren Versicherten einen Zusatzbeitrag einfordern. Der würde jedoch nicht mehr als absoluter Eurobetrag, sondern ebenfalls als Prozentteil des Einkommens erhoben und komplett vom Arbeitgeber an die Kasse abgeführt werden. Zum Start beträgt der rechnerische Zusatzbeitrag jeder Kasse 0,9 Prozent. Das entspricht dem schon heute allein vom Versicherten zu tragenden Beitragsanteil.

Pflegekassen: Ausgaben steigen stärker als Einnahmen



Von 1995 bis 1997 bildeten die Pflegekassen Rücklagen von gut vier Milliarden Euro. Seit 1997 bietet die Pflegeversicherung den vollen Leistungsumfang. Die Ausgaben sind seitdem bis 2012 um 52 Prozent gestiegen. Die Einnahmen

legten nur um 44 Prozent zu. Von 1999 bis 2007 mussten die Pflegekassen auf ihre Reserven zurückgreifen. Ausnahme: Das Jahr 2006 wegen einer Beitragssatzerhöhung.

Quelle: BMG/AOK-Medienservice

Das veränderte Beitragssystem kann den Preiswettbewerb zwischen den Kassen konstruktiver machen. Ein Wettbewerb, in dem das Handeln der Kassen stark darauf ausgelegt war, den mit einem Menetekel behafteten Zusatzbeitrag nicht erheben zu müssen, würde der Vergangenheit angehören. Der Wettbewerb könnte sich dann mehr um die Qualität drehen. Darüber hinaus würde die neue Beitragsgestaltung ein wenig gerechter, denn die Belastung für Geringverdiener wäre niedriger als für Gutverdiener. Allerdings würden auch weiterhin sämtliche Kostensteigerungen allein vom Versicherten getragen. Doch immerhin ist gewährleistet, dass auch künftig kein Versicherter nur deshalb einen höheren Beitragssatz zahlen muss, weil seine Kasse einkommensschwächere Mitglieder in ihren Reihen hat. Denn die Koalition hat festgelegt, dass alle Beitragsbestandteile über den Gesundheitsfonds einem vollständigen Einkommensausgleich unterzogen werden. Damit ist eine ganz wesentliche Voraussetzung für einen fairen Preiswettbewerb erfüllt.

Politik will Rechenfehler im Morbi-RSA korrigieren. Schließlich bekennt sich die neue Regierung ausdrücklich dazu, dass der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) die finanzielle Ausgangslage für einen fairen Wettbewerb zwischen den Kassen bildet. Das ist aufgrund der inzwischen mehrjährigen guten Erfahrungen mit diesem System sowie der entsprechenden positiven Evaluation des Verfahrens durch den wissenschaftlichen Beirat des Bundesversicherungsamtes nicht anders zu erwarten gewesen. Daher ist es nur konsequent, dass die Koalitionäre ankündigen, den Morbi-RSA schnellstmöglich so weiterzuentwickeln, wie es der wissenschaftliche Beirat vorgeschlagen hat. In seinem Gutachten hatte er insbesondere konkrete und direkt umsetzbare Korrekturvorschläge für den Fehler bei der Berechnung der Zuweisungen für Versicherte mit unvollständigen Versicherungsperioden gemacht. Inzwischen hat auch das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen die Politik verpflichtet, den Rechenfehler zu korrigieren. Die Richter halten das bereits für das Jahr 2013 für rechtlich geboten. Für andere Baustellen, wie beispielsweise das Krankengeld, hatte der Beirat ebenfalls Korrekturen gefordert. Weil es dafür aber keine konkreten Verbesserungsvorschläge gibt, empfiehlt der Beirat, für diese Fälle zügig Lösungsmöglichkeiten zu erforschen.

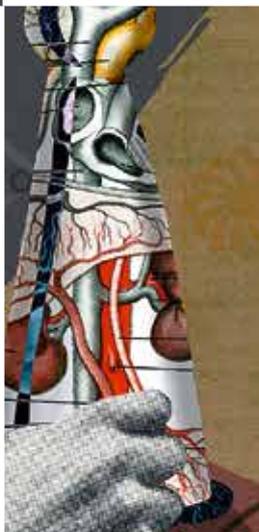
Den Ankündigungen Gesetze folgen lassen. Der Koalitionsvertrag steht. Wenn die SPD-Mitglieder den vorgelegten Inhalten zustimmen (*war bei Redaktionsschluss noch offen*), wird die Koalition aus CDU/CSU und SPD die neue Bundesregierung bilden. Sie verfügt dann über eine sehr große Mehrheit im Bundestag. Auch im Bundesrat sollten entsprechende Mehrheitsverhältnisse zu einzelnen Gesetzesvorhaben möglich sein. Im Gesundheits- und Pflegebereich hat sich die schwarz-rote Koalition viel vorgenommen. Insbesondere für den Krankenhausbereich steht eine qualitätsorientierte Neugestaltung auf der Agenda. Bleibt zu hoffen, dass den Ankündigungen des Koalitionsvertrages auch Taten in den Gesetzgebungsverfahren folgen werden. ■

Jan Carels ist Geschäftsführer Politik/Unternehmensentwicklung im AOK-Bundesverband. **Kontakt: Jan.Carels@bv.aok.de**



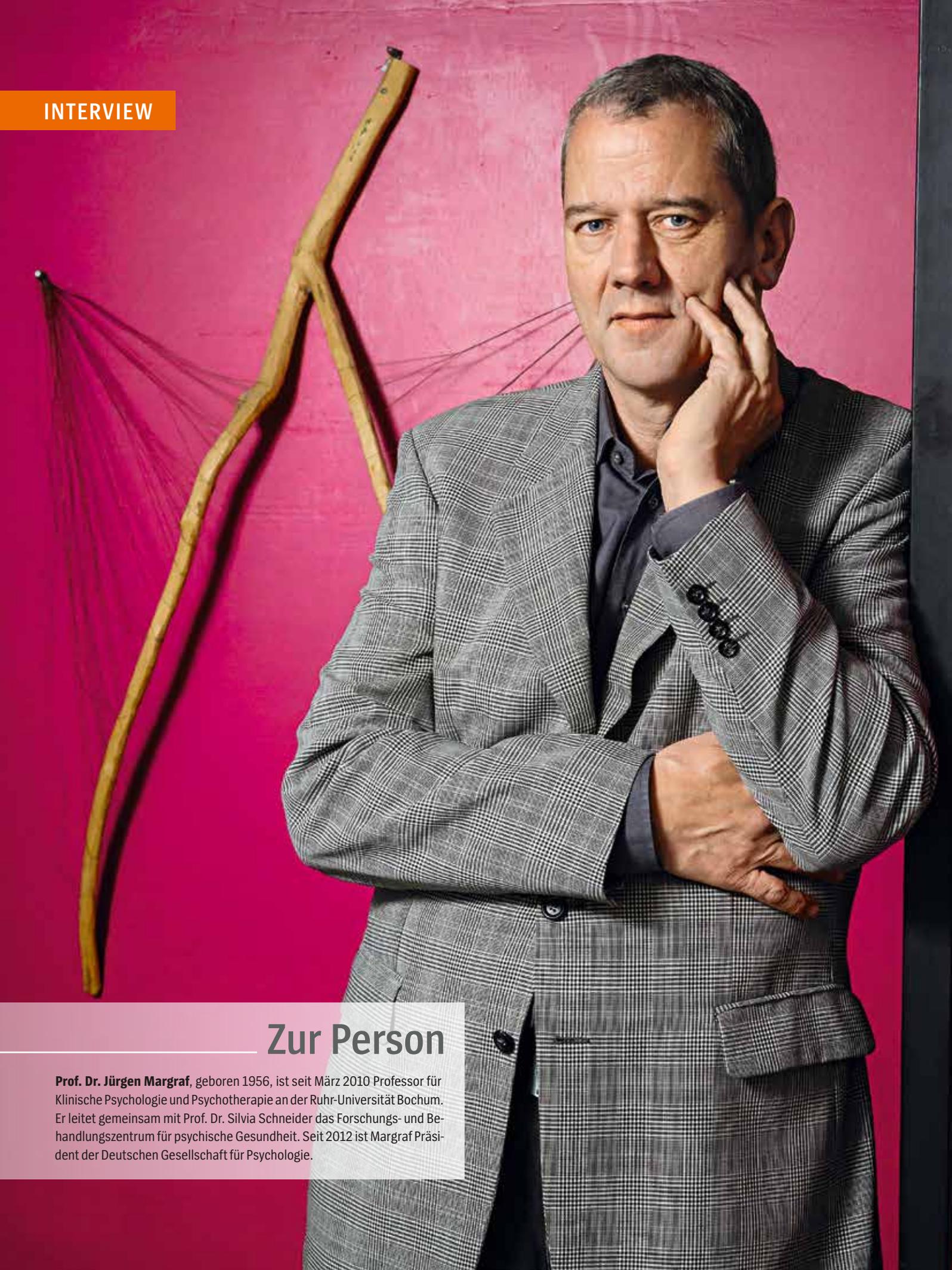
„Wie ist es zu erklären, dass ein krisenbedingt eingeführter Preisstopp in Kombination mit Zwangszahlungen bei Milliardenüberschüssen in der GKV und stabiler Konjunktur einfach beibehalten wird?“

*Henning Fahrenkamp,
Hauptgeschäftsführer des Bundesverbandes
der Pharmazeutischen Industrie*



„Jede Kürzung des Bundeszuschusses lehnen wir ab. Richtig wäre es vielmehr, ihn per Gesetz fest an die Entwicklung der Ausgaben für die versicherungsfremden Leistungen zu koppeln.“

*Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende
des GKV-Spitzenverbandes*

A portrait of Prof. Dr. Jürgen Margraf, a middle-aged man with short grey hair, wearing a grey and white checkered blazer over a dark blue shirt. He is resting his chin on his hand and looking thoughtfully at the camera. The background is a vibrant pink wall with a large, abstract sculpture made of thin, light-colored sticks and a fine mesh net. In the top left corner, there is an orange rectangular box containing the word 'INTERVIEW' in white capital letters.

INTERVIEW

Zur Person

Prof. Dr. Jürgen Margraf, geboren 1956, ist seit März 2010 Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Ruhr-Universität Bochum. Er leitet gemeinsam mit Prof. Dr. Silvia Schneider das Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit. Seit 2012 ist Margraf Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychologie.

„Ein Angst-Patient braucht keine Langzeittherapie“

Mehr Plätze für Kurzzeittherapien, weniger Psychopharmaka, Feedback für Therapeuten: **Jürgen Margraf**, Angst-Experte von der Ruhr-Universität Bochum, fordert in G+G ein Umdenken in der Versorgung von psychisch kranken Patienten.

Herr Professor Margraf, ich habe Angst, in ein Flugzeug einzusteigen. Andere Menschen trauen sich nicht ans Geländer von hohen Türmen. Wann ist so etwas als krank zu bezeichnen?

Jürgen Margraf: Das ist auch gesellschaftlich determiniert – bei psychischen wie bei körperlichen Symptomen. Wer sagt, wo das Fieber beginnt, bei 38 Grad Celsius oder erst bei 38,5? Das ist bei der Psyche nicht grundsätzlich anders. Sie sprechen die häufigste Form psychischer Störungen an: Angststörungen rangieren vor Depressionen und Süchten. Ängste haben Krankheitswert, wenn sie ohne ausreichenden Grund auftreten oder zu lange anhalten, wenn sie Leid verursachen, Menschen sie nicht kontrollieren können und sie in ihren Funktionen eingeschränkt sind.

Sie sagen, dass die Hälfte aller Menschen im Laufe des Lebens einmal psychisch krank wird. Da rechnen Sie aber die Dunkelziffer mit ein?

Margraf: Würde man alle Menschen nach den gegenwärtig akzeptierten Diagnosekriterien genau untersuchen, käme man ungefähr auf diese 50 Prozent. Allerdings liegen die meisten psychischen Phänomene auf einem Kontinuum zwischen gesund und krank. Es geht um die Frage, ob Störungen irgendwann den Stellenwert einer Krankheit bekommen.

Das können Sie messen?

Margraf: Ja, das lässt sich erfassen. Eine übertriebene Angst äußert sich beispielsweise in bestimmten Gedanken und Ver-

haltensweisen sowie in körperlichen Erscheinungen wie Herzklopfen, Schwindel, Schweißausbrüche oder Atemnot. Dieses Muster an Beschwerden ist Kern der Definition von psychischen Störungen. Das ist nicht willkürlich, sondern gut begründbar. Daraus lässt sich die Wahrscheinlichkeit für Folgekrankheiten oder Arbeitsunfähigkeit ableiten.

Eine Krankheit wie Diabetes zeigt sich an den Blutzuckerwerten. So leicht kann es bei psychischen Erkrankungen nicht sein, oder?

Margraf: Für uns ist eine wesentliche Quelle die Auskunft der Patienten. Zu den Gütekriterien für Selbstauskünfte zählt neben Objektivität und Validität die Zuverlässigkeit. Bekomme ich zweimal das selbe Ergebnis, wenn ich einen Patienten nochmal befrage? Diagnosen, die auf Fragebögen beruhen, sind zuverlässiger als viele psychiatrische oder kardiologische Diagnosen.

Sie sprechen als Wissenschaftler. Wie weit sind die Praktiker in der Diagnostik?

Margraf: Wir haben in Deutschland gerade bei den psychologischen Psychotherapeuten einen höheren Ausbildungsstandard als fast überall sonst auf der Welt. Aber die Diagnostik lässt teilweise zu wünschen übrig – auch, weil sie nicht ausreichend vergütet wird. Strukturierte Interviews verbessern die Diagnostik. So etwas wird in der Praxis nicht genügend angewandt. Es ist zwar vorgeschrieben, eine Diagnose zu stellen. Aber wie, das bleibt jedem Therapeuten selbst überlassen.



Ich möchte zu den Ursachen psychischer Erkrankungen kommen. Welche Rolle spielt beispielsweise Stress?

Margraf: Wir können alle eine Depression bekommen, aber nicht mit der gleichen Wahrscheinlichkeit. Zu einer genetisch mitbedingten Verletzbarkeit müssen auslösende Faktoren kommen. Stress gehört zu den wesentlichen Auslösern. Die meisten Menschen werden psychische Probleme aber ohne professionelle Hilfe wieder los. Ob jemand eine chronische psychische Störung entwickelt, hängt von den aufrechterhaltenden Bedingungen ab. Dazu gehören das Vermeidungsverhalten und kognitive Verzerrungen. Wer Angst hat, scannt die Umwelt nach der möglichen Quelle ab. Stress kann eine Störung ebenfalls aufrechterhalten. Eine große Rolle spielen außerdem die Bewältigungsfähigkeiten des Patienten. Für Psychologen ist es interessant, dass Menschen mit dem gleichen Problem sehr unterschiedlich umgehen. Das ist der Ansatzpunkt für Interventionen.

Sie propagieren Kurzzeittherapien von 15 Stunden und beseitigen manche Störungen sogar an einem Nachmittag. Tiefenpsychologisch ausgebildeten Therapeuten stehen da bestimmt die Haare zu Berge.

Margraf: In den meisten Fällen, wie beispielsweise bei Angststörungen, reichen Kurzzeittherapien tatsächlich aus. Auch in tiefenpsychologisch arbeitenden Kreisen ist es mittlerweile akzeptiert, dass verhaltenstherapeutische Methoden bei den meisten Patienten sehr gute Ergebnisse erzielen.

Wie viele Patienten in Deutschland haben Zugang zur Kurzzeittherapie?

Margraf: Zu wenige, aber mehr als in anderen Ländern. Wir müssen noch mehr Patienten erreichen, denn Kurzzeittherapien

haben nicht nur bei einfachen Angststörungen, wie den spezifischen Tierphobien, Erfolg. Auch Panikpatienten kann man mit einer Erfolgsquote von 80 bis 85 Prozent behandeln. Menschen mit Sozialphobie, die Angst vor negativer Bewertung durch andere haben, kann man ebenfalls gut behandeln, wenn auch mit etwas geringeren Erfolgsraten. Eine weitere große Gruppe sind die Zwangsstörungen, zum Beispiel Waschwang oder Kontrollzwang. Auch da wirken kürzere Therapien, obwohl bei Zwängen etwas mehr Sitzungen erforderlich sind.

Dennoch gibt es Menschen, die seit Jahrzehnten unter Zwängen leiden, obwohl sie bereits mehrere Therapien durchlaufen haben. Sind diese Patienten bei den falschen Therapeuten?

Margraf: Auch wenn der Therapeut alles richtig macht, kann die Behandlung manchmal schief gehen. Aber in den meisten Fällen ist es leider so, dass die Patienten nicht die bestmögliche Therapie erhalten.

Wie lässt sich die Wirkung der Therapien messen?

Margraf: Ich kann die Patienten zu Beginn der Therapie fragen, wie stark sie leiden und wie stark ihre Beschwerden sind. Nach einer erfolgreichen Therapie sollten beide Werte gesunken sein. Ich kann sie fragen, wie sie ihren Alltag bewältigen. Das sind einfache Fragen, die auf eine Seite passen. Ich bin dafür, dass alle Behandlungen überprüft werden, indem der Therapeut den Zustand des Patienten vor und nach der Therapie erfasst. Im Gegenzug könnte bei Kurztherapien auf das derzeit vorgeschriebene Gutachterverfahren verzichtet werden.

Und Ihre Kollegen teilen diese Meinung?

Margraf: Viele sind dafür, aber auch viele dagegen, weil sie nicht wissen, was mit den Zahlen geschieht. Sie befürchten vielleicht, dass die Krankenkassen Verträge daran knüpfen. Die Rückmeldung ist aber nicht für die Krankenkassen gedacht, sondern für die Therapeuten selbst. Ich glaube, dass Psychotherapeuten in aller Regel hoch motiviert sind, Gutes zu tun. Sie geben im Durchschnitt mehr Geld für Fortbildung aus als andere, sie investieren mehr Zeit. Deswegen plädiere ich dafür, dass wir eine Rückmeldeschleife einbauen, damit jeder Therapeut sieht, wie gut er seine Arbeit macht. Dafür brauchen wir ein simples Modell, das die Psychotherapeuten flächendeckend und freiwillig anwenden.

In Deutschland kann jeder gesetzlich Versicherte auf Kosten seiner Krankenkasse direkt zum Therapeuten seiner Wahl gehen. Das klingt luxuriös.

Margraf: Diesen großen Fortschritt hat 1999 das Psychotherapeutengesetz gebracht. Allerdings hat die Bedarfsplanung ihren Namen nicht verdient. Sie beruht auf der Therapeutenzahl vor 1999. Dieser Wert gilt als Bedarf. Das war damals schon eine Unterversorgung und ist es heute erst recht, weil immer mehr Menschen wegen psychischer Störungen arbeitsunfähig werden. Im Durchschnitt warten Patienten in Deutschland 17 Wochen auf ein Erstgespräch, und das ist noch keine Therapie. Stellen Sie sich das mal bei anderen Krankheiten vor, die potenziell lebensgefährlich sind. Jeder siebte Depressive stirbt von eigener Hand. Es ist also eine potenziell tödliche Krankheit.

Warum wird die Bedarfsplanung nicht verbessert?

Margraf: Das hat viele Gründe, in erster Linie finanzielle, und die unzureichende Repräsentation der Psychotherapeuten in Entscheidungsgremien. Zudem haben wir das Problem, dass die Richtlinien sich an einem traditionellen Modell orientieren. Psychotherapie heißt dabei zu oft lange Therapie. Das ist aber häufig nicht notwendig und blockiert den Zugang zur Therapie. Ein Angst-Patient braucht in der Regel keine Langzeittherapie. Wir müssen mehr Therapieplätze bieten und die Ressourcen besser verteilen.

Das leuchtet ein: Wenn jemand seelisch schlecht drauf ist, kann er nicht systematisch einen Therapeuten suchen. Er braucht jemanden, der ihn an die Hand nimmt.

Margraf: Absolut. Deshalb sind offene Sprechstunden nötig. Dort könnten Patienten innerhalb einer Woche eine erste Sitzung



„Die Bedarfsplanung hat ihren Namen nicht verdient.“



bekommen. Auch Gruppentherapien sind sinnvoll. Manchen wird das schon reichen. Andere erhalten die intensivere Behandlung, die sie brauchen. Solche Modelle müssen sich verbreiten und sie müssen adäquat bezahlt werden. Übrigens ist das Problem der Unterversorgung mit Therapeuten für Kinder und Jugendliche noch gravierender als für Erwachsene. In den letzten Jahren ist die Zahl der Verschreibungen von Psychopharmaka zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen enorm gestiegen.

Sie meinen Ritalin?

Margraf: Ritalin ist das schlimmste Beispiel, es gibt weitere. Die Hürden, Kindern Benzodiazepine, trizyklische Antidepressiva oder gar Neuroleptika zu verschreiben, fallen. Gerade habe ich gelesen, dass der Healthcare-Konzern Johnson & Johnson sich bereit erklärt, eine hohe Geldstrafe zu zahlen, weil er Psychopharmaka für Gruppen vermarktet hat, für die sie nicht zuge-

lassen sind, darunter Menschen mit Demenz und Kinder. Ein Kollege aus Boston, Joseph Biederman, behauptet, dass schon Kleinkinder bipolar gestört sein können. Das ist unbedingt zu hinterfragen: Wie soll ich bei einem Kleinkind eine bipolare manisch-depressive Krankheit sinnvoll diagnostizieren? Die Kinder bekommen Medikamente und niemand weiß, was das in einem sich entwickelnden Gehirn anrichtet.

Sind Eltern in Bezug auf Medikamente zu sorglos?

Margraf: Die meisten Eltern machen sich große Sorgen und haben viele Fragen. Aber sie werden falsch beraten. Die Fortbildung der Mediziner wird zu einem erheblichen Teil von der Pharmaindustrie geleistet oder gesponsert. Pharmafreie Informationen sind rar.

Am besten ist es immer noch, Krankheiten zu verhindern. Welche Faktoren schützen vor psychischen Störungen?

Margraf: Die wichtigsten Schutzfaktoren sind stabile, vertrauenswürdige, belastbare Beziehungen zu anderen Menschen und Bildung. In einer aktuellen Studie sagen rund 16 Prozent der Deutschen, dass sie sich nie geistig betätigen. In der untersten sozialen Schicht steigt der Wert bis auf 50 Prozent. Das macht anfälliger für alles Mögliche, auch für Depressionen.

Was kann ich selbst tun, um meine Seele gesund zu halten?

Margraf: Sie können an den Auslösern psychischer Störungen arbeiten, zum Beispiel Stress verringern. Regelmäßige Bewegung schützt vor psychischen Erkrankungen. Laufen, Joggen oder Radfahren fördern Ausdauer. Kraftsport hilft, das Körpergefühl zu verbessern. Am meisten unterschätzt ist aber die Wirkung positiver Emotionen. Wir brauchen jeden Tag mindestens dreimal mehr positive Emotionen als negative. Positive Stimmungen entstehen ganz individuell aus Aktivitäten, die das Ziel haben, sich etwas Gutes zu tun: ein heißes Bad vielleicht, ein Abendessen im Kerzenschein, barfuß laufen, jemanden anlächeln, eine Reise planen. Viele Menschen, die zu uns kommen, haben die Fähigkeit, sich etwas Gutes zu tun, verkümmern lassen. ■

Das Interview führte Änne Töpfer.

Ziehen Privat



patienten Ärzte an?

Die Behauptung steht im Raum: Wo viele Privatpatienten leben, gibt es viele ambulant tätige Ärzte. Doch bisher fehlten wissenschaftliche Untersuchungen darüber. Diese Lücke schließen jetzt **Leonie Sundmacher** und **Susanne Ozegowski**.

Niedergelassene Vertragsärzte sind in Deutschland ungleich verteilt. So kamen im Jahr 2010 im bayerischen Kaufbeuren beispielsweise fast doppelt so viele Hausärzte auf 100.000 Einwohner wie im Saalekreis in Sachsen-Anhalt. Noch deutlicher fällt die ungleiche Verteilung bei den Fachärzten aus: So war ein Orthopäde in Nordvorpommern beispielsweise für fünf Mal so viele Einwohner zuständig wie sein Kollege im hessischen Wiesbaden. Diese regionalen Unterschiede in der Arztdichte haben sich bis heute kaum verändert.

Die Ursachen für die regionale Ungleichverteilung sind vielfältig. Die Präferenz vieler Ärzte für städtische Lebensräume, die unterschiedliche Attraktivität und Lebensqualität von Regionen und die Nähe zu (Universitäts-)Kliniken sind einige Gründe hierfür. An der Ungleichbehandlung vermochte auch die Bedarfsplanung nichts zu ändern. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat zwar in der am 1. Januar 2013 in Kraft getretenen Bedarfsplanungs-Richtlinie kleinräumiger und damit präziser festgelegt, wie viele Ärzte welcher Fachgruppe sich je Kreis oder Region niederlassen dürfen. Diese Anzahl bemisst sich nach der Einwohnerzahl, dem Anteil der über 64-Jährigen an der Bevölkerung (Demografiefaktor) und (teilweise) nach dem Grad der Ländlichkeit der Region. Ist die maximale Zahl in einer Region erreicht, dürfen sich dort grundsätzlich keine

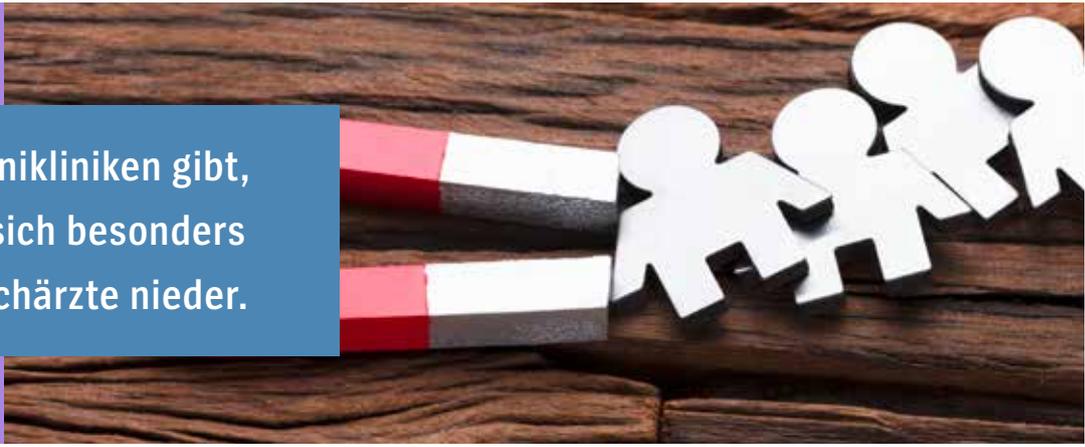
weiteren Ärzte niederlassen. Da die Bemessung der Arztzulassungen je Region jedoch auf der Versorgungssituation von 1990 aufsetzt und die damals herrschende Ungleichverteilung über die vergangenen zwei Jahrzehnte in der bisherigen Bedarfsplanung fortgeschrieben wurde, lässt sich nach wie vor eine sehr unterschiedliche regionale Vertragsarztdichte beobachten.

Kein Honorardeckel in der Privatversicherung. Als eine Ursache für die regionale Ungleichverteilung der Vertragsärzte wurde in den letzten Jahren die These diskutiert, dass das in Deutschland bestehende Nebeneinander von zwei getrennten Vollversicherungssystemen – der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der privaten Krankenversicherung (PKV) – einen erheblichen Einfluss auf die Arztdichte hat. GKV und PKV unterscheiden sich zum einen in ihrer Beitragserhebung, zum anderen aber auch in ihren vertraglichen Beziehungen zu den Leistungserbringern sowie in der Vergütung. Letzteres trifft insbesondere auf die ambulante Versorgung zu. Hier gibt es wesentliche Unterschiede zwischen GKV und PKV. Das Sachleistungsprinzip in der GKV ist mit einer größtenteils gedeckelten, nachgelagerten Vergütung des einzelnen Arztes verbunden. Das Kostenerstattungsprinzip der PKV hingegen impliziert eine vollumfängliche, unmittelbare Bezahlung der Ärzte für ihre erbrachten Leistungen. Für einen gesetzlich versicherten Patienten erhält

ein Arzt einen Mix aus Fallpauschalen und Einzelleistungsvergütungen bis zu einer Mengengrenze in Form des sogenannten Regelleistungsvolumens. Der gleiche Arzt bekommt für einen Privatversicherten die Einzelleistungen ohne Mengengrenzen vergütet. Für einen ambulant tätigen Arzt besteht somit im Regelfall die Möglichkeit, für jeden PKV-Patienten mehr Leistungen (ohne Deckelung) und zu einem höheren Preis abzurechnen als für einen GKV-Versicherten. Aus rein betriebswirtschaftlicher Perspektive ist die Behandlung eines Privatversicherten somit im Regelfall finanziell attraktiver als die eines GKV-Versicherten. Diese verzerrte Anreizsituation stand in den vergangenen Jahren wiederholt in der Kritik. Politiker und Wissenschaftler bemängeln, dass dies eine ungleiche Behandlung von Patienten mit sich bringen und verstärken könnte.

nalen Verteilung von PKV-Versicherten und der Verteilung der Vertragsärzte zu untersuchen.

Anteil der Privatversicherten indirekt ermittelt. Der Vergleich regionaler Unterschiede erfolgte auf der Basis der 412 Kreise und kreisfreien Städte in Deutschland (nachfolgend: Kreise). Weil es keine verfügbaren Daten über die regionalen Anteile der Privatversicherten gibt, wählten wir eine indirekte Vorgehensweise für die Schätzung. Da seit der Einführung der Versicherungspflicht 2009 nahezu die ganze Bevölkerung krankenversichert ist (Mikrozensus 2012), lassen sich die PKV-Versicherten als Differenz zwischen der Bevölkerungsanzahl je Kreis und der Zahl der GKV-Versicherten gut schätzen. Diese Berechnungsweise führt zu einer leichten Überschätzung der tatsächlichen



Wo es Unikliniken gibt,
lassen sich besonders
viele Fachärzte nieder.

Darüber hinaus wird diskutiert, dass das Nebeneinander von GKV und PKV auch eine regionale Ungleichverteilung der Vertragsärzte nach sich ziehen könnte. Diese Hypothese basiert darauf, dass die Beitrittsberechtigung der Versicherten zur PKV eng beschränkt ist: Primär sind Angestellte mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze (2013: 52.200 Euro/Jahr, 4.350 Euro/Monat) sowie Selbstständige und Beamte von der Versicherungspflicht in der GKV entbunden. Diese Personengruppen sind aber im Vergleich zur Gesamtbevölkerung regional ungleich verteilt: So ist beispielsweise der Anteil der Beamten und Selbstständigen in Städten höher als im ländlichen Raum, und in strukturschwachen Gegenden leben sehr viel weniger Einwohner mit einem hohen Einkommen als in sub-urbanen und städtischen Regionen.

Gewinnaussichten beeinflussen möglicherweise die Standortwahl.

Unter der Annahme, dass die Standortwahl eines niederlassungswilligen Vertragsarztes in relevantem Ausmaß von den finanziellen Ertragsmöglichkeiten beeinflusst wird, könnte der Anteil der PKV-Versicherten in der Region eine wichtige Rolle für die Entscheidung eines Arztes spielen, in einer Region mit relativ vielen Privatversicherten zu praktizieren. Eine regional ungleiche Verteilung von PKV-Versicherten würde folglich auch eine ungleiche Verteilung von Vertragsärzten bedeuten. Ziel unserer Analyse ist es daher, den Zusammenhang zwischen der regio-

Anzahl an PKV-Versicherten, da zum Beispiel nicht versicherte Personen, Justizvollzugsbeamte, Strafgefangene und Bundeswehrangehörige wegen fehlender Daten nicht herausgerechnet werden können. Laut Mikrozensus machen diese Gruppen aber nur circa 350.000 Menschen und damit weniger als ein Prozent der Gesamtbevölkerung aus. Die Anzahl der GKV-Versicherten in den verschiedenen Regionen wurde mithilfe des Datensatzes ermittelt, den die Krankenkassen dem Bundesversicherungsamt zur Berechnung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs zur Verfügung stellen. Der Datensatz für den Jahresausgleich 2010 umfasste 68,8 Millionen GKV-Versicherte mit dem Kreiskennzeichen ihres letzten Wohnorts. Die kreisspezifische Bevölkerungszahl wurde den Daten des Zensus vom April 2011 entnommen und so die Differenz zwischen Bevölkerungszahl und Zahl der GKV-Versicherten berechnet. Die anschließende Plausibilitätsüberprüfung der kreisspezifischen Differenzen ließ auf einige Fehlerquellen bei der Kodierung der Kreiskennzeichen durch die Krankenkassen schließen. Zwei Gründe scheinen hier am wahrscheinlichsten: Erstens erfolgt die Kennzeichnung der Kreise durch viele Krankenkassen vermutlich primär anhand der Postleitzahl des Wohnortes ihrer Versicherten. Es gibt jedoch etliche Postleitzahl-Regionen, die sich über mehr als einen Kreis erstrecken. In diesen Fällen sind Versicherte unter Umständen einem falschen Kreis zugerechnet worden. Zweitens gab es in den vergangenen 20 Jahren mehrfach Kreisgebietsreformen, die

teilweise eine Auflösung von Kreisen und eine andere Zuordnung der Gemeinden auf Nachbarkreise mit sich brachten. Krankenkassen, die das Kreiskennzeichen gespeichert hatten, haben eventuell eine falsche Zuordnung der Versicherten zu den Neukreisen vorgenommen. Vor diesem Hintergrund haben wir 94 Kreise aus unserer quantitativen Analyse ausgeschlossen, die folgende Kriterien erfüllten:

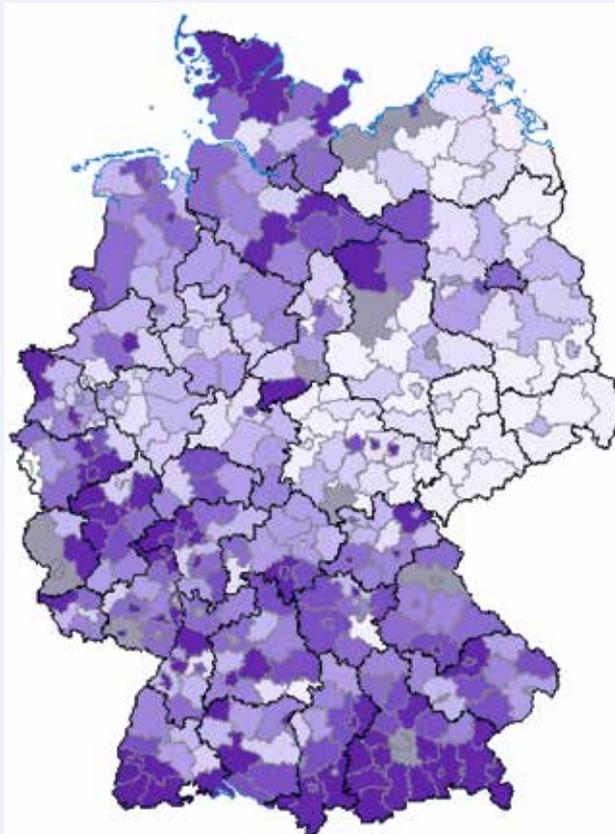
- Kreise, die sich eine (oder mehrere) Postleitzahlen mit mindestens einem anderen Kreis teilen;
- Kreise, die einen auffällig hohen oder auffällig niedrigen PKV-Anteil aufwiesen. Als auffällig sind solche Kreise eingestuft, die einen PKV-Anteil von über 30 oder von unter drei Prozent aufwiesen;
- Kreise, die einen rechnerisch auffällig niedrigen PKV-Anteil aufwiesen. Hier liegt die Vermutung nahe, dass die dort lebenden PKV-Versicherten fälschlicherweise einem angrenzenden Kreis zugeteilt wurden. Wies zugleich ein Nachbarkreis einen auffällig hohen PKV-Anteil auf, so wurden beide Kreise – also der Kreis mit dem auffällig niedrigen und der benachbarte Kreis mit dem auffällig hohen PKV-Anteil – aus unserer Analyse ausgeschlossen.

Diese relativ rigiden Kriterien dienen dazu, eine Verzerrung der quantitativen Analyse aufgrund falsch kodierter Kreiskennzeichen auszuschließen. Im Ergebnis blieben 318 Kreise übrig, 168 urbane und 150 ländliche Kreise.

Über 318 Kreise hinweg liegt der durchschnittliche Anteil der PKV-Versicherten an der Gesamtbevölkerung bei 13,48 Prozent. In den 168 urbanen Kreisen fällt der Anteil der PKV-Versicherten an der Gesamtbevölkerung mit durchschnittlich 14,23 Prozent deutlich höher aus als in den 150 ländlichen Kreisen. Dort liegt der durchschnittliche Anteil bei 12,50 Prozent. Außerdem gibt es auf dem Land signifikant mehr Kreise mit einem sehr geringen Anteil an PKV-Versicherten (siehe Abbildung „Wo viele und wo wenige Privatversicherte leben“).

Hausärzte zieht es eher aufs Land als Fachärzte. Wie bereits erwähnt, ist es für Vertragsärzte finanziell reizvoll, PKV-Versicherte zu behandeln. Aber gibt es einen regionalen Zusammenhang zwischen dem Anteil der PKV-Versicherten an der Bevölkerung und der Vertragsarzt-dichte? Um diese Frage zu untersuchen, haben wir analysiert, ob der Anteil von PKV-Versicherten zum einen mit einer höheren Zahl aller Vertragsärzte und zum anderen mit einer höheren Zahl der Fach- und Hausärzte einhergeht. Diesem Vorgehen liegt die Annahme zugrunde, dass sich Fach- und Hausärzte hinsichtlich ihrer Standortwahl unterscheiden. Hausärzte haben in der Vergangenheit eine höhere Bereitschaft gezeigt, sich in ländlichen Gebieten niederzulassen. Auch sind sie zu Beginn ihrer Karrieren in der Regel mit geringeren Investitionskosten für die Ausstattung ihrer Praxis konfrontiert als Fachärzte. Im Jahr 2010 praktizierten im Durchschnitt 162 Vertragsärzte pro 100.000 Einwohner in den von uns anfangs betrachteten 412 Kreisen und Städten. Davon kamen im Schnitt 64 Hausärzte und 98 Fachärzte auf 100.000 Einwohner einer Region (siehe Abbildung „Wo es viele und wo es wenige Vertragsärzte gibt“ auf der nächsten Seite).

Wo viele und wo wenige Privatversicherte leben



PKV-Anteil in Prozent

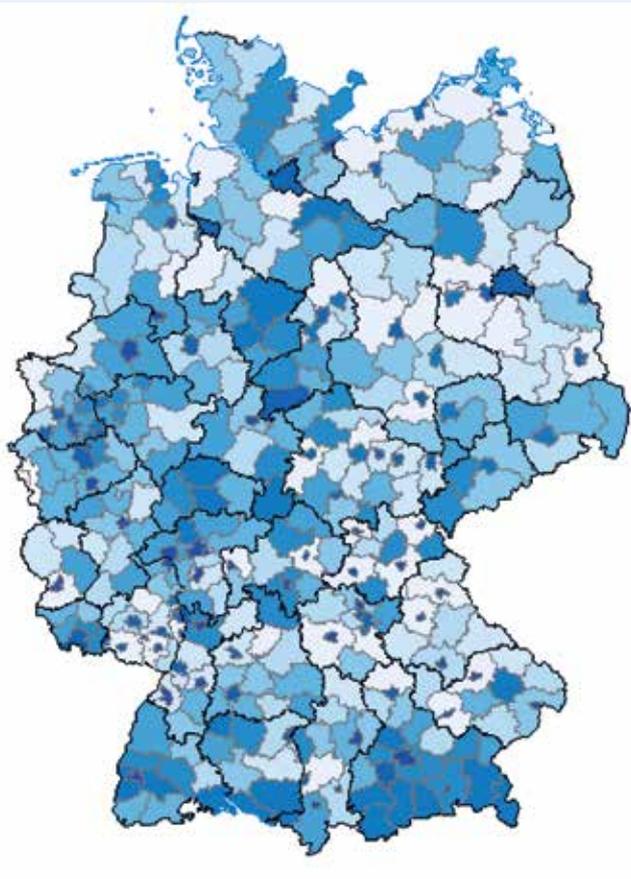


In den neuen Bundesländern sowie in Westfalen, Unterfranken und im nördlichen Hessen ist der Anteil der Privatversicherten relativ gering. Dagegen gibt es im südlichen Bayern, im Süden Baden-Württembergs und im Rhein-Main-Gebiet viele Privatversicherte. Dort sind bis zu 30 Prozent der Bevölkerung privatversichert. Ein hoher Anteil von PKV-Versicherten ist auch in den Kreisen Schleswig-Holsteins festzustellen, die an Dänemark grenzen. Dies ist vermutlich eine rechnerische Verzerrung, die sich aus in Deutschland lebenden, aber in Dänemark arbeitenden und versicherten Arbeitnehmern ergibt. Diese Kreise sind nicht in die weitere quantitative Analyse einbezogen.

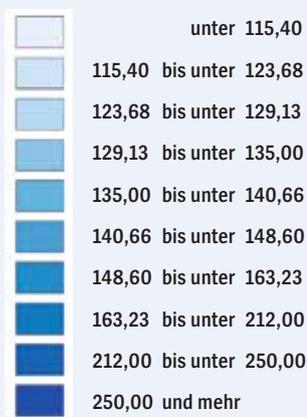
Quelle: Sundmacher/Ozegowski

Wo es viele und wo es wenige Vertragsärzte gibt

Verteilung in 412 Kreisen und kreisfreien Städten



Ärzte pro 100.000 Einwohner



Besonders viele Vertragsärzte haben sich beispielsweise in Hamburg, Berlin sowie im Süden Baden-Württembergs und Bayern niedergelassen. Dort kommen auf 100.000 Einwohner mindestens 250 Mediziner. In diesen Regionen leben auch viele Privatversicherte.

Quelle: Sundmacher/Ozegowski

Städte versorgen Umland mit. Zusätzlich zu der Unterscheidung nach dem Typ des Vertragsarztes (Haus- und Facharzt) haben wir weiterhin danach differenziert, ob die PKV-Versicherten in einem städtischen oder einem ländlichen Gebiet leben. Die Stadt/Land-Unterscheidung erfolgte nach der Systematik des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung. Für diese Entscheidung war ausschlaggebend, dass urbane Kreise eine Mitversorgerfunktion für ihr Umland erfüllen. Somit ist die Vertragsarztdichte in städtischen Regionen schon per Definition höher als in ländlichen Kreisen. Vor diesem Hintergrund haben wir den Einfluss des Anteils der PKV-Versicherten auf die Vertragsarztdichte getrennt für urbane und ländliche Kreise untersucht. Weil aber nicht nur der Anteil der PKV-Versicherten eine Rolle bei der Entscheidung eines Vertragsarztes spielt, sich in der einen oder anderen Region niederzulassen, haben wir nach weiteren Faktoren differenziert: Nähe zum Ort der Facharztausbildung und Attraktivität einer Region (Kulturangebot, Beschäftigungs- und Bildungsangebot für Partner und Kinder). Indikator für die Nähe zum Ort der Facharztausbildung ist die Präsenz einer Universitätsklinik und ein Indikator für die Attraktivität einer Region ist der durchschnittliche Baulandpreis pro Quadratmeter.

Vermeidbare Sterbefälle weisen auf höheren Bedarf hin. Zudem ist zu berücksichtigen, dass sich die Kreise und Städte hinsichtlich des medizinischen Versorgungsbedarfs unterscheiden. Eine zentrale Anforderung an die Bedarfsplanung ist es, eine bedarfsgerechte und gleichmäßige ärztliche Versorgung sicherzustellen. Der Bedarf ist aber eine schwer zu quantifizierende Größe. Die Bedarfsplanungs-Richtlinie des GBA differenziert nach der unterschiedlichen Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung. So werden zum Beispiel Unterschiede in der ärztlichen Inanspruchnahme zwischen den über und den unter 64-jährigen Versicherten berücksichtigt (Demografiefaktor). Dies ist aber ein sehr ungenauer Indikator für den Bedarf. Denn in diesen Altersgruppen variiert der Krankheitsstatus erheblich. Deshalb haben wir als dritte Kontrollvariable die Zahl der vermeidbaren Sterbefälle pro 100.000 Einwohner aufgenommen. Vermeidbar sind Sterbefälle, die bei angemessener Prävention, medizinischer Versorgung oder Therapie zu verhindern gewesen wären (zum Beispiel Lungenkrebs oder Leberzirrhose durch Prävention von Nikotin- und Alkoholkonsum, Brustkrebs durch Früherkennung, Hypertonie und ischämische Herzkrankheiten; vgl. auch die *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*). Die Zahl der vermeidbaren Sterbefälle pro 100.000 Einwohner ist somit ein Indikator für einen erhöhten medizinischen Bedarf in einer Region.

Die Einbeziehung der drei zusätzlichen Faktoren erlaubt es nun, eine höhere Vertragsärztedichte, die auf die Präsenz einer Universitätsklinik, eine höhere Lebensqualität oder einen höheren medizinischen Bedarf in dem jeweiligen Kreis zurückgeht, aus der Berechnung auszuklammern und nur den Zusammenhang zwischen dem Anteil der PKV-Versicherten und der Vertragsarztdichte zu beurteilen.

Fachärzte suchen die Nähe zu Privatversicherten. Das Ergebnis: Ein zusätzliches Prozent von PKV-Versicherten in einem Kreis ist mit einem Anstieg von rund vier Vertragsärzten pro 100.000

Mehr Privatversicherte heißt mehr (Fach-)Ärzte

	Alle Vertragsärzte	Fachärzte	Hausärzte
Anteil PKV-Versicherter in urbanen Gegenden (in Prozent)	3,61 ¹⁾ (0,87)	3,07 ¹⁾ (0,80)	0,54 ¹⁾ (0,12)
Anteil PKV-Versicherter in ländlichen Gegenden (in Prozent)	2,94 ¹⁾ (0,87)	2,10 ²⁾ (0,81)	0,84 ¹⁾ (0,13)
Indikator für die Präsenz einer Universitätsklinik innerhalb eines Kreises	52,98 ¹⁾ (10,99)	49,04 ¹⁾ (9,94)	3,93 ¹⁾ (1,46)
Durchschnittlicher Kaufwert von Bauland in Euro/m ²	0,15 ¹⁾ (0,48)	0,15 ¹⁾ (0,04)	0,003 (0,06)
Vermeidbare Sterbefälle pro 100.000 Einwohner	1,20 ¹⁾ (0,26)	1,11 ¹⁾ (0,24)	0,081 ³⁾ (0,036)
Anzahl der Beobachtungen (Kreise)	318	318	318
Konstante	34,20 (20,17)	-15,12 (19,97)	49,33 ¹⁾
Adjustiertes R ²	0,36	0,38	0,20

· Die in den Spalten aufgeführten Zahlen in Klammern sind sogenannte robuste Standardfehler. Je kleiner die Zahl desto präziser ist die Schätzung.

· Adjustiertes R² ist eine Maßzahl für die Güte der Schätzung. Je näher R² bei 1 liegt, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit des linearen Zusammenhangs.

1) Obere Grenze der Irrtumswahrscheinlichkeit (Signifikanzniveau): 1 %

2) Obere Grenze der Irrtumswahrscheinlichkeit (Signifikanzniveau): 5 %

3) Obere Grenze der Irrtumswahrscheinlichkeit (Signifikanzniveau): 10 %

Die Analyse zeigt: Steigt der Anteil der PKV-Versicherten in einem Kreis um ein Prozent, kommen in urbanen Regionen rund vier Vertragsärzte mehr auf 100.000 Einwohner und in ländlichen Regionen rund drei Vertragsärzte. Betrachtet man allein die Fachärzte, dann geht ein Plus von PKV-Versicherten um ein Prozent mit drei zusätzlichen Fachärzten in urbanen Kreisen und mit zwei zusätzlichen Fachärzten in ländlichen Kreisen pro 100.000 Einwohner einher. Im Vergleich zu den Fachärzten fällt der Anzeizeffekt bei den Hausärzten wesentlich geringer aus: Hier korreliert der Anstieg der PKV-Versicherten

um ein Prozent mit einer Zunahme von deutlich weniger als einem Hausarzt. Dies gilt gleichermaßen für urbane und für ländliche Gebiete. Bei den Kontrollvariablen zeigt sich ebenfalls ein unterschiedliches Bild zwischen Fach- und Hausärzten. So ist die Präsenz einer Universitätsklinik mit fast 50 zusätzlichen Fachärzten je 100.000 Einwohner verbunden, aber nur mit etwas mehr als drei Hausärzten. Vermeidbare Sterbefälle und Baulandpreise haben hingegen vergleichsweise wenig Einfluss auf die Arztdichte.

Quelle: Sundmacher/Ozegowski

Einwohner in urbanen Regionen verbunden und in ländlichen Regionen mit einem Anstieg von rund drei Vertragsärzten (siehe Tabelle „Mehr Privatversicherte heißt mehr (Fach-)Ärzte“). Geht man von durchschnittlich 162 Vertragsärzten pro 100.000 Einwohner aus, so würde ein zusätzliches Prozent privat Versicherter mit mehr als zwei Prozent zusätzlichen Vertragsärzten einhergehen. Betrachtet man die Fachärzte separat, so ist ein Plus der PKV-Versicherten um ein Prozent mit drei zusätzlichen Fachärzten in urbanen Kreisen und zwei zusätzlichen Fachärzten in ländlichen Kreisen pro 100.000 Einwohner assoziiert. Der Anzeizeffekt bei den Hausärzten fällt sehr viel geringer aus als bei den Fachärzten: Hier korreliert der Anstieg der PKV-Versicherten um ein Prozent nur mit einem Anstieg von deutlich weniger als einem Hausarzt. Dies gilt für urbane sowie für ländliche Gebiete. Bei den Kontrollvariablen zeigt sich ebenfalls ein sehr unterschiedliches Bild zwischen Fach- und Hausärzten. So ist die Präsenz einer Uniklinik mit fast 50 zusätzlichen Fachärzten je 100.000 Einwohner verbunden, aber nur mit etwas mehr als drei Hausärzten. Der Einfluss von Baulandpreisen und der vermeidbaren Sterbefälle ist hingegen vergleichsweise gering.

Insgesamt stützt unsere Analyse die These, dass der Anteil der PKV-Versicherten an der Gesamtbevölkerung die Standortwahl niederlassungswilliger Ärzte in relevantem Ausmaß mitbestimmt. Eine hohe PKV-Versichertendichte geht insbesondere mit einer höheren Facharztdichte einher. Die Korrelation des Anteils Privatversicherter und der Arztdichte kann in dieser

Analyse unabhängig von dritten Faktoren wie der Präsenz von Universitätsklinken, der Attraktivität einer Gegend sowie dem geschätzten medizinischen Bedarf betrachtet werden.

Existenz zweier Systeme erschwert gleichmäßige Versorgung. Aus betriebswirtschaftlicher Perspektive ist es für einen Vertragsarzt sinnvoll, die Behandlung privat versicherter Patienten anzustreben. Aus Sicht der GKV trägt diese Anreizwirkung aber vermutlich zu einer Konzentration der Versorgung in wohlhabenden und urbanen Gegenden bei, in denen viele Angestellte mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze sowie Beamte leben. Die Existenz von zwei Versicherungssystemen (GKV und PKV) mit einer unterschiedlichen Vergütungssystematik erschwert eine bedarfsgerechte und gleichmäßige ärztliche Versorgung aller Patienten. Eine Überarbeitung des ambulanten Vergütungssystems der GKV sowie der Gebührenordnung für privatärztliche Leistungen mit dem Ziel, die unterschiedlichen Niveaus anzugleichen, wäre ein erster Schritt, um dieser Anreizwirkung künftig entgegenzuwirken. ■

Professor Dr. Leonie Sundmacher ist Professorin für Health Services Management an der Ludwig-Maximilian-Universität in München.

Dr. Susanne Ozegowski hat an der Technischen Universität Berlin zum Thema Bedarfsplanung in Deutschland promoviert und ist Gastwissenschaftlerin am Fachbereich Health Services Management der Ludwig-Maximilians-Universität München. **Kontakt: Sundmacher@bwl.lmu.de**

„Ich möchte manchmal Grenzen sprengen“

Sie mische sich gerne ein, sagt **Cornelia Rundt**.

Niedersachsens Sozialministerin kämpft für eine bessere Vergütung von Pflegeleistungen – und fühlt sich dabei eingeeignet durch ein Korsett an Vorgaben.

Sie waren Unternehmensberaterin, Geschäftsführerin eines Pflegeheims, Vorstand des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes und Familienmanagerin – um nur ein paar Beispiele zu nennen. Welche Erfahrungen nützen Ihnen heute am meisten?

Rundt: Das hilft mir alles, um die neuen Aufgaben als Ministerin anzugehen. Beim Paritätischen habe ich gesagt: Wer drei Kinder durch die Pubertät gebracht hat, kann auch einen Verband leiten. Menschen führen, Menschen zusammenbringen und dabei jedem so viel Platz und Luft lassen, wie er braucht – das lernt man in der Familienphase.

Wann ist die Politik in Ihr Leben gekommen?

Rundt: Vor ungefähr 25 Jahren, als ich der SPD beigetreten bin. Bis 2001 habe ich in meiner Heimatstadt Walsrode in der Kommunalpolitik mitgearbeitet. Insofern bin ich schon lange politisch aktiv, als Parteimitglied und sozialpolitisch ohnehin: in der Leitung des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes.

Haben Sie das Gefühl, Sie sind jetzt an einem Punkt angekommen, wo Sie ganz viel Einfluss nehmen können?

Rundt: Ich würde gern noch mehr gestalten. Als Verbandsvorsitzende habe ich die Gesundheits- und Sozialpolitik kritisch hinterfragt. Jetzt bin ich an der Stelle, wo ich selbst entscheiden kann. Allerdings bewege ich mich in einem engen Korsett aus Vorgaben, beispielsweise durch die Selbstverwaltung. Ich spüre die Grenzen und möchte sie manchmal sprengen.

Welches Thema brennt Ihnen am stärksten auf den Nägeln?

Rundt: Der demografische Wandel und die Daseinsvorsorge im

ländlichen Raum. Besonders prekär ist die Lage in der Pflege und in der stationären Versorgung im ländlichen Raum. Die Grundsatzfrage lautet: Wie schaffen wir es, in Regionen wie dem Harz und der Nordseeküste, die vom demografischen Wandel besonders betroffen sind, eine soziale und gesundheitliche Struktur aufrecht zu erhalten, die verhindert, dass die Menschen in die Städte ziehen müssen.

Sind das die Themen, auf die Bürger Sie ansprechen?

Rundt: Wo immer wir öffentliche Veranstaltungen haben, sitzen dort Menschen, die selber pflegebedürftig sind oder pflegebedürftige Angehörige haben. Auch die Pflegerinnen und Pfleger kommen auf mich zu. Sie haben inzwischen eine so hohe Arbeitsverdichtung, dass sie am Ende ihrer Kräfte sind. In Niedersachsen herrschen im Vergleich zum übrigen Bundesgebiet noch schlechtere Bedingungen, beispielsweise beim Personalschlüssel und in der Bezahlung der Fachkräfte. Die Pflegeberufe sind auf dem Arbeitsmarkt nicht mehr konkurrenzfähig. Das ist die Stelle, an der wir am schnellsten etwas ändern müssen.

Ist das alles eine Frage des Geldes?

Rundt: Die Bezahlung spielt eine wichtige Rolle. Aber auch die Rahmenbedingungen müssen stimmen. Wer in die Pflege geht, will etwas für Menschen tun und nicht im Minutentakt irgendwelche Verrichtungen vornehmen. Es besteht eine große Diskrepanz zwischen der Motivation für den Beruf und der Arbeitswirklichkeit. Als Betriebswirtin weiß ich auch, dass es in der Pflege kein Rationalisierungspotenzial mehr gibt. Die Schraube ist schon überdreht.



Also ist dringend mehr Geld erforderlich?

Rundt: Die Pflegevergütung ist ausschließlich eine Sache der Selbstverwaltung. Wenn ich mich für bessere Bedingungen in der Pflege einsetze, sagen mir die Kassen deutlich, dass das nicht meine Sache ist. Ich mische mich aber herzlich gern ein, weil ich sicher bin, dass wir die Pflege im ländlichen Bereich bald nicht mehr sicherstellen können, wenn sich Pflegeanbieter und Kassen nicht auf vernünftige Entgelte einigen.

Ist die neu bestellte Fachkommission Pflege eine Möglichkeit für das Land, sich einzumischen?

Rundt: Das Land hat eine Verantwortung für die Zukunft der Pflege, ist aber formell nicht zuständig. In unserer neuen Fachkommission Pflege sitzen die Vertragspartner, die über Entgelte verhandeln, aber auch Fachleute beispielsweise aus dem Seniorenbeirat. Der Bundesgesetzgeber wollte im Pflegebereich einen privaten Markt. Das halte ich für einen absurden Fehler, denn die Folge ist eine Dumpinglohn-Spirale. Die Privatanbieter sitzen in den Innenstädten, wo die Wege kurz sind, und erwirtschaften Überschüsse. In ländlichen Regionen sind nur noch die Wohlfahrtsverbände unterwegs, die Geld drauflegen. Das werden diese Träger nicht mehr lange schaffen. Wir müssen für zusätzliche Vergütungsstrukturen sorgen, damit wir die Pflege im ländlichen Raum aufrechterhalten.

Da sind Sie optimistisch?

Rundt: Ich bin optimistisch, weil der Druck groß ist. Ich hoffe, dass auch der Bundesgesetzgeber den Druck endlich in Handeln umsetzt. Über einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff darf nicht jahrelang geredet werden, um die Ergebnisse in die Schublade zu stecken. Er muss auf den Weg gebracht werden. Wir müssen rein marktwirtschaftlichen Interessen etwas entgegen setzen. Wir müssen eine tarifgerechte Vergütung ermöglichen. Da brauchen wir in Niedersachsen Rückenwind vom Bund.

Bei der Frage, wie die Pflege auf dem Land sicherzustellen ist, sind innovative Ideen gefragt. Haben die drei Gesundheitsregionen in Niedersachsen gute Konzepte gezeitigt?

Rundt: Zu den guten Ergebnissen gehört die verstärkte Vernetzung vor Ort. Das wollen wir vorantreiben, die sektorenübergreifende Zusammenarbeit fördern. Gesundheitskonferenzen bieten einfach ganz andere Möglichkeiten der Zusammenarbeit.

Wie funktioniert denn die Zusammenarbeit in und mit der Selbstverwaltung derzeit?

Rundt: Der Gesundheits- und Sozialbereich ist unterfinanziert. Deshalb kann die Selbstverwaltung nur schwer zu Ergebnissen kommen. Das zeigt sich am Beispiel des Pflegeausrichtungsgesetzes. Pflegebedürftige sollen künftig neben den bisher üblichen Leistungskomplexen auch Zeiteinheiten für Pflege oder Betreuung durch einen ambulanten Pflegedienst buchen können. Nur in Niedersachsen konnten sich Leistungsanbieter und Kassen mit erheblicher Moderation des Landes freiwillig darauf einigen. Das einzige andere Bundesland, das bisher einen Abschluss zustande gebracht hat, ist Bremen. Das hat aber nur unter Anrufung der Schiedsstelle geklappt. In allen anderen Ländern ist die Selbstverwaltung an der Umsetzung einer gesetzlichen Vorgabe, die im Januar in Kraft getreten ist, gescheitert – weil zu wenig Geld im System ist.

Zum Abschluss noch eine persönliche Frage: Worüber haben Sie sich als Patientin schon einmal geärgert?

Rundt: Es gibt zwei Punkte, die mich stören: Dass es von der Art der Krankenversicherung abhängt, welche Leistungen Patienten wie schnell bekommen. Deshalb sollte man über eine Bürgerversicherung nachdenken. Zum anderen werde ich überall auf Systemfehler im Gesundheitswesens angesprochen – auch von meinem Sohn, der Arzt ist. Wir müssen Gesundheit und Soziales an vielen Ecken grundsätzlich neu denken.

Haben Sie selbst schon unter einem Systemfehler gelitten?

Rundt: Ich bin durchsetzungsfähig, mir wird kaum ein Arzt sagen: Kommen Sie bitte in sechs Wochen wieder. Es darf aber nicht von der Durchsetzungsfähigkeit oder der Funktion abhängen, dass man im Gesundheitswesen gut bedient wird. ■

Das Interview führte Änne Töpfer.

Zur Person

Cornelia Rundt, geboren 1953 in Mülheim an der Ruhr, ist seit Februar 2013 Ministerin für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration in Niedersachsen. Nach dem Abitur studierte sie Betriebswirtschaftslehre in Münster. Cornelia Rundt arbeitete unter anderem als Unternehmensberaterin, Managementtrainerin sowie als Sachverständige für Vergütungs-, Pflegesatz- und Wirtschaftlichkeitsfragen von sozialen Einrichtungen. Von 1997 bis 2013 war sie hauptamtlicher Vorstand des Paritätischen Wohlfahrtsverbands Niedersachsen e.V. Cornelia Rundt ist verheiratet, hat drei Kinder und lebt in Walsrode.



AMNESTY INTERNATIONAL

GREIFEN SIE EIN. MIT IHRER UNTERSCHRIFT.

Jede dritte Frau wird Opfer von Gewalt – unabhängig von ihrer Herkunft, Religion und Kultur. Frauen werden misshandelt, weil sie Frauen sind. Gegen solche Menschenrechtsverletzungen setzt sich Amnesty International ein. Häusliche Gewalt darf nicht ungeahndet bleiben. Unterstützen Sie uns dabei, öffentlichen Druck aufzubauen und Unrecht anzuprangern. Mit Ihrer Unterschrift können Sie etwas verändern. www.amnesty.de/aktionen

**AMNESTY
INTERNATIONAL**



Preisbindung für Privatkliniken

Für ausgegründete Privatkliniken gelten seit Anfang 2012 die gleichen Entgelte wie für die zugelassenen Allgemeinkrankenhäuser. Die entsprechende Regelung im Krankenhausfinanzierungsgesetz ist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden. Das hat Karlsruhe entschieden. **Von Anja Mertens**

Beschluss vom 20. August 2013
– 1 BvR 2402/12, 1 BvR 2684/12 –
Bundesverfassungsgericht

Mehrere Privatkliniken, die räumlich und organisatorisch mit zugelassenen Plankrankenhäusern verbunden sind, hielten Paragraf 17 Absatz 1 Satz 5 und 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für verfassungswidrig. Nach dieser Regelung darf eine Einrichtung, die in räumlicher Nähe zu einem Krankenhaus liegt und mit diesem organisatorisch verbunden ist, für allgemeine, dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses entsprechende Leistungen keine höheren Entgelte verlangen, als sie nach den Regelungen dieses Gesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung zu leisten wären.

Kliniken sehen ihre Existenz bedroht. Sechs Träger solcher Privatkliniken reichten gegen diese Regelung Verfassungsbeschwerden in Karlsruhe ein. Sie rügten die Verletzung von Artikel 3 Absatz 1 (Gleichheitsgrundsatz), Artikel 12 Absatz 1 (Berufsfreiheit) und Artikel 14 Absatz 1 des Grundgesetzes (Schutz des Eigentums). Der Gleichheitsgrundsatz sei verletzt, weil die räumlich und organisatorisch verbundenen Privatkliniken zwar vergütungsrechtlich wie Plankrankenhäuser behandelt würden. Anders als diese kämen sie jedoch nicht in den Genuss der staatlichen Investitionskostenförderung. Die Existenz der verbundenen Privatkliniken würde bedroht. Dies könne nicht mit Belangen des Gemeinwohls gerechtfertigt werden. Darüber hinaus greife die angefochtene Regelung in laufende Vertragsverhältnisse mit Patienten sowie in bereits getätigte Investitionen ein. Dies

verstoße gegen vom Grundgesetz geschützte Eigentumsrechte.

Das Bundesverfassungsgericht nahm die Beschwerden nicht zur Entscheidung an. Eine Verletzung des Grundgesetzes sei nicht ersichtlich. In ihrer Begründung wiesen die Karlsruher Richter darauf hin, dass der Bundesgesetzgeber weitreichende Kompetenzen habe. Er habe das Recht, bundeseinheitliche Regelungen zur Preis-

Die Rechtsnorm soll eine systemwidrige Quersubventionierung verhindern, so die Verfassungsrichter.

bindung von Privatkliniken festzulegen, die mit Plankrankenhäusern verbunden sind. Denn andernfalls drohe wegen der unterschiedlichen landesrechtlichen Vergütungsregelungen und dem damit einhergehenden Wettbewerb um die Standorte der Kliniken eine ungleichmäßige Versorgung der Patienten.

Berufsfreiheit nicht verletzt. Eine Verletzung der Berufsfreiheit konnten die Verfassungsrichter ebenfalls nicht erkennen. Der Gesetzgeber habe insbesondere auf dem Gebiet der Arbeitsmarkt-, Sozial- und Wirtschaftsordnung eine große Gestaltungsfreiheit. Die angegriffene Regelung verfolge unter anderem den

Zweck, allen Versicherten zu sozial tragbaren Pflegesätzen den Zugang zu allgemeinen Krankenhausleistungen zu gewähren. Dies diene dem Gemeinwohl. Das Interesse der Allgemeinheit rechtfertige einen Eingriff in die Berufsfreiheit. Die Krankenhauspflege als Teil der Gesundheitsversorgung, aber auch der soziale Aspekt der Kostenbelastung im Gesundheitswesen seien für das Gemeinwohl besonders bedeutsam.

Zumutbare Grenze nicht überschritten. Zugleich stellte Karlsruhe fest, dass die angefochtene Regelung nicht unangemessen sei. Denn die Grenze der Zumutbarkeit sei nicht überschritten worden. Die Möglichkeit, dass eine gesetzliche Regelung im Einzelfall zur Existenzgefährdung oder sogar zur Existenzvernichtung von Betrieben führen könnte, rechtfertige es nicht, die Norm als unzumutbar zu bewerten und verfassungsrechtlich zu beanstanden. Dass die Grenze der Zumutbarkeit überschritten ist, weil ein Betrieb der von der Regelung betroffenen Kliniken wegen der angegriffenen Norm unwirtschaftlich und damit nicht mehr möglich sei, könne vorliegend nicht festgestellt werden. Die klagenden Privatkliniken hätten weder das Maß ihrer individuellen Belastung hinreichend offengelegt noch nachprüfbar dargelegt, dass aufgrund der Gesetzesnorm ihre wirtschaftliche Existenz gefährdet sei.

Ein Verstoß gegen den allgemeinen Gleichheitsgrundsatz erschloss sich den

TIPP FÜR JURISTEN



Datenschutz im Krankenhaus, Verträge zwischen Kliniken und Krankenkassen – diese und weitere Themen behandelt das „1. Bochumer Symposium zum Krankenhausrecht“ am 1. Februar 2014 in Bochum. Veranstalter ist das Institut für Sozial- und Gesundheitsrecht der Universität Bochum. Mehr Infos: www.ruhr-uni-bochum.de/ifs > Aktuelles

Verfassungsrichtern ebenfalls nicht. Nur auf die Ungleichbehandlung gegenüber nicht verbundenen Privatkliniken und auf die Gleichbehandlung mit Plankrankenhäusern abzustellen, reiche nicht. Vielmehr müssten die Gründe für die Differenzierung berücksichtigt werden. Mit der Regelung wolle der Gesetzgeber eine „systemwidrige Quersubventionierung“ zwischen öffentlichen Krankenhäusern und den mit ihnen verbundenen Privatkliniken verhindern. Da es nahe liege, dass die räumliche und organisatorische Verknüpfung der Einrichtungen einen Anreiz für Quersubventionierungen biete, sei es legitim, verbundene Privatkliniken anders zu behandeln als völlig unabhängige private Häuser.

Gewinnaussichten nicht geschützt. Ferner stellte Karlsruhe klar, dass die angegriffene Regelung nicht gegen das Eigentumsgrundrecht verstößt. Auch bei den zum Vermögen eines Unternehmens gehörenden Sachen und Rechten erstreckt sich der Schutz des Eigentums nur auf den bereits erworbenen Bestand. Umsatz- und Gewinnchancen seien zwar für ein Unternehmen bedeutsam, fielen aber nicht unter den vom Grundgesetz garantierten Schutz des Eigentums. Die Erwartung, dass ein Unternehmen auch in der Zukunft rentabel betrieben werden kann, falle daher nicht in den Schutzbereich von Artikel 14 Absatz 1 des Grundgesetzes. Die Verfassungsrichter sahen keine Anhaltspunkte dafür, dass die Gesetzesregelung in das vom Grundgesetz geschützte Eigentum der verbundenen Privatkliniken eingreife. ■

Kommentar: Das Bundesverfassungsgericht hat endgültig geklärt, dass verbundene Privatkliniken von privat versicherten Patienten und Selbstzahlern keine höheren Entgelte für stationäre Leistungen verlangen dürfen als die Plankrankenhäuser. Damit ist das Geschäftsmodell einiger Klinikbetreiber gescheitert, bestimmte medizinische Bereiche auszugründen und für im Wesentlichen gleiche Leistungen selbst festgesetzte (höhere) Preise mit Privatversicherten abzurechnen.

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

terre des hommes

Hilfe für Kinder in Not



Kinder auf der Flucht

Weltweit sind mehr als 43 Millionen Menschen auf der Flucht. Fast die Hälfte davon sind Kinder unter 18 Jahren, die vor Krieg, Gewalt, Armut oder Zwangsarbeit fliehen müssen. terre des hommes setzt sich für den Schutz von Flüchtlingskindern ein. Wir versorgen und betreuen die Kinder und helfen dabei, ihnen den Schulbesuch zu ermöglichen.

Bitte unterstützen Sie unsere Arbeit – mit Ihrer Spende!
Weitere Informationen unter
Telefon 0541/7101-128



www.tdh.de

BAYERN

Beratung für Schwangere

Schwangere Frauen in Bayern können sich künftig zur Einnahme von Medikamenten während der Schwangerschaft in der Apotheke beraten lassen. Einen entsprechenden Vertrag haben die AOK Bayern und der Bayerische Apothekerverband (BAV) geschlossen. Laut Gesundheitskasse ergänzt die Arzneimittelberatung durch dafür besonders qualifizierte Apothekerinnen und Apotheker die bestehenden ärztlichen Angebote zur Mutterschaftsvorsorge. Weder die Verordnungshoheit noch die Therapiefreiheit des Arztes seien dadurch berührt. Zusätzlich zur ärztlichen Expertise prüften Pharmazeuten vielmehr verordnete Medikamente, frei hinzu gekaufte Arzneimittel und eventuell Nahrungsergänzungsmittel auf mögliche Wechselwirkungen. Ein im Vertrag verwendeter Evaluationsbogen sieht die Einbindung des Arztes bei verordneten wie auch bei frei verkäuflichen Medikamenten ausdrücklich als Interventionsmöglichkeit vor. Ziel des Vertrages ist es,



die Arzneimittelversorgung in der Schwangerschaft zu optimieren und mögliche Gefahren zu vermeiden. Nach Angaben von **Eva-Patricia Maier-Merck**, Apothekerin der Gesundheitskasse, ist die Einnahme von Arzneimitteln mit besonderen Risiken für die werdende Mutter und das Kind behaftet. Die Frauen seien daher oft verunsichert, wenn sie Tabletten einnehmen müssten. Die zusätzliche Beratung durch Apotheker sei ein Schritt zu mehr Sicherheit. „Ein besonderer Fokus liegt auf möglichen schädigenden Einflüssen der Arzneimittel auf die Gesundheit der Mutter und die embryonale Entwicklung“, sagte BAV-Vorsitzender **Dr. Hans-Peter Hubmann**. ■

HESSEN

Kleinwüchsige besser therapieren

Die AOK Hessen hat einen integrierten Versorgungsvertrag zur Therapie der Kleinwüchsigkeit aufgelegt. Das Programm unterstützt Ärzte bei der Indikations- und Therapieentscheidung zur Gabe von Wachstumshormonen bei Kindern und Jugendlichen. Die behandelnden Mediziner nutzen dazu eine speziell entwickelte Software. Diese erfasst Verlaufs- und Therapiedaten und ermöglicht eine Analyse individueller Patientendaten. Erfolg und Nichterfolg der Arzneimitteltherapie lassen sich so frühzeitig einschätzen. ■

BREMEN/BREMERHAVEN

Bessere ärztliche Heimversorgung

Zusammen mit der AOK Bremen/Bremerhaven hat die Kassenärztliche Vereinigung Bremen die Kooperationsvereinbarung Pflegeheim geschlossen. Darin geht es um die hausärztliche Versorgung von Heimbewohnern in Bremen und Bremerhaven. Regelmäßige Hausarzt-Besuche sollen sicherstellen, dass es zu weniger vermeidbaren Klinik-Einweisungen und Krankentransporte kommt. Zudem soll die Arzneimittelversorgung effizienter gestaltet und organisatorische Abläufe verbessert werden. Dazu sind Hausärzte auch außerhalb ihrer Sprechstunden tätig und stellen sich als Ansprechpartner zur Verfügung. Die Heimmitarbeiter und die Allgemeinmediziner sollen sich regelmäßig austauschen und Behandlungspläne festlegen. Die Vergütung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Darüber hinaus erhalten teilnehmende Hausärzte eine teilweise erfolgsabhängige Behandlungspauschale für jeden eingeschriebenen Patienten. ■

AOK aktuell

Jeder Vierte nutzt betriebliche Gesundheitsförderung

Für 79 Prozent der Beschäftigten in Deutschland ist es wichtig, dass ihre Gesundheit am Arbeitsplatz gefördert wird. Bereits jeder vierte Arbeitnehmer hat schon einmal an betrieblichen Maßnahmen zur Gesundheit wie Bewegungskursen, Workshops oder Mitarbeiterbefragungen teilgenommen. Dies geht aus einer repräsentativen Umfrage von INSA Consulere im Auftrag des AOK-Bundesverbandes hervor. Befragt wurden rund 1.000 Berufstätige. Beim Blick auf die Betriebsgröße sind deutliche Unterschiede zu erkennen. Aus Sicht der Beschäftigten engagieren sich drei von vier Unternehmen mit mehr als 50 Beschäftigten für die Gesundheit ihres Personals. Anders sieht es bei Kleinunternehmen mit weniger als 50 Arbeitnehmern aus. Nur 35 Prozent der dort befragten Beschäftigten geben an, dass in ihrem Unternehmen etwas für die Gesundheit getan

wird. Ziel der AOK ist es, möglichst allen Beschäftigten den Zugang zur Betrieblichen Gesundheitsförderung zu ermöglichen. Ein erfolgreicher Ansatz für Unternehmen mit geringer Mitarbeiterzahl ist beispielsweise die Bildung von Netzwerken. Informations- und Kommunikationstechnologien kommen dabei eine immer größere Bedeutung zu. Die Frage, wie diese die Gesundheit in Unternehmen unterstützen können, steht auch im Mittelpunkt der dritten Auflage des AOK-Leonardo. Die Ausschreibung des digitalen Präventionspreises für die beiden Kategorien Förder- und Praxispreis endete Mitte November 2013. Infos: www.aok-leonardo.de ■



Steine-Fan mit Ost-Faible

Eigentlich will Rolf Steinbronn nach der Schule Flugingenieur werden. Doch stattdessen schafft er es bei der Gesundheitskasse ganz nach oben. Ein Porträt des scheidenden Vorstandsvorsitzenden der AOK PLUS von Hans-Bernhard Henkel-Hoving

Als Rolf Steinbronn 1966 als Auszubildender bei der AOK im schwäbischen Schorndorf anfängt, weiß er anfangs „gar nicht so recht, um was es bei einer Krankenkasse geht“. Der 17-Jährige ist vielmehr „total technikbegeistert“, schreibt in der Schule gute Noten in Mathematik und den Naturwissenschaften und träumt von einer Laufbahn als Flugingenieur. Doch die Mutter des jungen Rolf hat andere Pläne geschmiedet: „Meine Eltern hatten eine Gaststätte, und dort ging der Geschäftsführer der Ortskrankenkasse regelmäßig sein Viertele trinken“, erinnert sich der heute 64-Jährige schmunzelnd.

Von der Arbeit begeistert. Die mütterliche Starthilfe zu Beginn seiner Karriere bei der Gesundheitskasse hat Rolf Steinbronn nie bereut – im Gegenteil. Schon nach wenigen Monaten macht ihm die Arbeit bei der AOK Spaß, zumal das Freizeitangebot stimmt: „Mittags war die Geschäftsstelle immer für eine Stunde geschlossen. Dann sind wir Auszubildenden auf den benachbarten Bolzplatz gegangen und haben eine Runde gekickt.“ Zusammen mit den anderen Lehrlingen trägt er Krankenscheinhefte aus, lernt das Kassen-Handwerk von der Pike auf – bis hin zum Überbringen von Beitragsbescheiden an säumige Arbeitgeber, die der junge Rolf Steinbronn zur Not auch schon mal früh morgens auf dem Weg in den Betrieb abpasst.

Sein Karriereweg führt den Schwaben über den AOK-Landesverband Baden-Württemberg schließlich als Geschäftsführer zur Gesundheitskasse in Mannheim. Dort ereilt ihn Ende 1995 ein Anruf vom AOK-Bundesverband: In Leipzig werde dringend ein Interims-Chef gebraucht. Aus den damals ange-



dachten „wenigen Wochen“ sind 18 Jahre in Ostdeutschland geworden. Bis 2007 wirkt Steinbronn als Vorstandsvorsitzender der AOK Sachsen und seit 2008 als Vorstandschef der AOK PLUS, die aus einer Fusion mit der Schwesterkasse in Thüringen hervorgegangen ist.

Dass das Zusammenwachsen der beiden AOKs nicht nur nach außen sondern auch nach innen gelungen ist, erfüllt den scheidenden Vorstandsvorsitzenden eben-

so mit Stolz wie Topnoten bei Kassen-Rankings und die stabile Finanzlage. Nur allzu gut kann sich Steinbronn noch an die 90er-Jahre mit Millionendefiziten erinnern: „Das war keine einfache Zeit.“

Gut aufgestellt für die Zukunft. Für die Zukunft sieht der Vater einer erwachsenen Tochter die AOK PLUS gut aufgestellt. Bis 2020 will die Gesundheitskasse in Sachsen und Thüringen einen Marktanteil von 50 Prozent erreichen. Zugleich gilt es, die Versorgung trotz des demografischen Wandels sicherzustellen. Hier wünscht sich Steinbronn „ein Stück mehr Mut“ von der Politik: „In der Pflegeversicherung etwa brauchen wir als Kasse mehr Handlungsspielraum, um neue Konzepte auf den Weg bringen zu können. Und in Thüringen lässt eine Bereinigung der Krankenhauslandschaft nach wie vor auf sich warten.“

Für die eigene Zukunft hat sich der begeisterte Sammler von Steinen („Unser Garten ist voll davon“) erst einmal nur ein Ziel gesetzt. Zusammen mit seiner Frau will der künftige Ruheständler den Teide erklimmen, den höchsten Berg Teneriffas: „Dort soll es schöne Steine geben.“ ■

Marktführer in Sachsen und Thüringen

Die AOK PLUS gehört mit einem Ausgabenvolumen von circa 9,5 Milliarden Euro jährlich zu den zehn größten Kranken- und Pflegekassen Deutschlands. Mehr als 6.700 Beschäftigte – darunter gut 260 Auszubildende und Bachelorstudenten – betreuen über 2,7 Millionen Versicherte in Sachsen und Thüringen: Mit einem Marktanteil von gut 47 Prozent an allen gesetzlich Krankenversicherten ist die Gesundheitskasse in den beiden Bundesländern Marktführer. Zu den Vertragspartnern der AOK PLUS zählen rund 15.000 niedergelassene Mediziner, Psychotherapeuten und Zahnärzte, mehr als 200 Akutkrankenhäuser und Rehaeinrichtungen, gut 1.500 öffentliche Apotheken, knapp 1.000 Pflegeheime, circa 1.500 ambulante Pflegedienste sowie zahlreiche weitere Leistungserbringer wie Physiotherapeuten und Gesundheitshandwerker. Hinzu kommen knapp 120.000 Arbeitgeber als Firmenkunden. ■

BUNDESVERBAND

Smalltalk unter Drachenzüchtern

Gewissermaßen zur Halbzeit der Koalitionsverhandlungen konnte Vorstandsvorsitzender **Jürgen Graalmann** auf dem Herbstfest des AOK-Bundesverbandes knapp 600 Gäste begrüßen, darunter Bundestagsvizepräsident **Johannes Singhammer** (CSU) sowie die beiden gesundheitspolitischen Verhandlungsführer von Union und SPD, **Jens Spahn** und **Karl Lauterbach**. An die Adresse der Unterhändler richtete der Verbandschef denn auch den Appell, „nicht die Spenderhosen anzuziehen“ und die Rücklagen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ohne Not abzuschmelzen. Ins gleiche Horn stieß Gastredner **Josef Hecken**, Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA): Wer heute Wohltaten an Ärzte und Kliniken verteile, müsse damit rechnen, „dass sie einem in zwei bis drei Jahren vor die Füße fallen.“ Schon jetzt zeichne sich für das Jahr 2015 angesichts einer nachlassenden Konjunktur eine „strukturelle Unterdeckung“ im Gesundheitsfonds ab. An der „Schraube Zusatzbeitrag“ lasse sich aber nicht beliebig drehen. Sollten Zusatzbeiträge künftig prozentual vom Einkommen und nicht mehr als pauschale Eurobeträge erhoben werden, sei es zudem „ganz wichtig“, die unterschiedlichen Einkommensstrukturen der Krankenkassen auszugleichen. Andernfalls drohten Kassen mit überdurchschnittlich vielen Geringverdienern unfaire Nachteile im Wettbewerb. **Uwe Deh**, Geschäftsführender Vorstand des AOK-Bundesverbandes, dankte Hecken nicht nur für die klaren Worte, sondern lob-



Herbstfest: Josef Hecken (M.) vom Gemeinsamen Bundesausschuss mit AOK-Vorstand Jürgen Graalmann (r.) und Uwe Deh.

te auch sein Verhandlungsgeschick im GBA mit einer Zeile der Hamburger Rappertruppe „Fettes Brot“: „Mit Akribie und Sachverstand leitet er den Drachenzüchter-Dachverband.“ Was folgte war Smalltalk bei Currywurst, Häppchen und Jazzakkorden. ■

NORDOST

AGnES & Co. aus einem Guss

Für ein zukunftsfähiges Modell mit gleicher Grundqualifikation und einheitlichem Tätigkeitsprofil zur Entlastung von Haus- und Fachärzten haben die 200 Teilnehmer der ersten bundesweiten Fachkonferenz der Arbeitsgemeinschaft Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg (IGiB) gewonnen. Ziel von Modellen wie AGnES, EVA, HELVER, MoNI, Mopra oder VERAH ist es, den Arzt zu entlasten, damit dieser mehr Zeit für seine eigentlichen Tätigkeiten hat. Nach dem Vorbild der „Gemeindeschwester Agnes“ machen sie vor allem in ländlichen Gegenden Hausbesuche bei Patienten und übernehmen Leistungen, die nicht unbedingt der Arzt erledigen muss. Dazu gehören etwa Blutent-

nahme und Blutdruckmessung. Damit ist jedoch nach Ansicht der IGiB-Partner – Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (KVBB), AOK Nordost und Barmer GEK – das Potenzial einer arztentlastenden Fachkraft nicht erschöpft. In Brandenburg habe man daher die Schwester AGnES zur „Fallmanagerin agnes zwei“ weiterentwickelt, die den Arzt auch von bürokratischen und anderen Aufgaben entlaste, sagte KVBB-Vorstandsvorsitzender **Dr. Hans-Joachim Helming** bei der Konferenz in Berlin. 58 Frauen und ein Mann seien derzeit als agnes zwei-Fachkräfte in Brandenburg unterwegs. Seit 2011 sind die speziell geschulten Fallmanager aktiv. Das Vorgängermodell AGnES sei für Brandenburger Verhältnisse nur bedingt geeignet gewesen und enthalte auch zu viele Restriktionen beim Einsatz. Beispielsweise darf AGnES nur in ärztlich unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten unterwegs sein – und das auch nur für eine hausärztliche Praxis. agnes zwei hingegen setze dort an, „wo für AGnES Schluss ist“, betonte **Frank Michalak**, Vorstandsvorsitzender der AOK Nordost. Ihr Einsatz unterliege keiner bedarfsplanerischen Beschränkung. ■

BADEN-WÜRTTEMBERG

Vorfahrt für Direktverträge

Mehr Spielraum für Direktverträge zwischen Krankenkassen und Kliniken hat der Vorstandsvorsitzende der AOK Baden-Württemberg, **Dr. Christopher Hermann**, gefordert. Bei der Veranstaltung „AOK im Dialog“ in Stuttgart nannte er die Absicht von Schwarz-Rot, modellhaft bei ausgewählten Indikationen Einzelverträge zu ermöglichen, „absolut unbefriedigend“. Angesichts der drängenden Probleme im stationären Sektor sei es geboten, Direktverträge sofort „ohne große Einschränkungen“ zu ermöglichen. Positiv wertete Hermann das Vorhaben, die medizinische Qualität bei der Planung und Vergütung von Krankenhäusern künftig stärker zu berücksichtigen und innovativen Versorgungsformen mehr Zeit für den Nachweis ihres wirtschaftlichen Erfolges zu lassen. Während der alternierende Verwaltungsratsvorsitzende der AOK Baden-Württemberg, **Günter Güner**, ein „umfassendes Konzept“ für mehr Qualität in der Pflege von der künftigen Koalition verlangte, mahnte der Gesundheitsexperte **Professor Dr. Bert Rürup** an, bei Reformen an Fonds und Zusatzbeitrag Ausgleichsmechanismen zugunsten von Kassen mit vielen Geringverdienern sicherzustellen. Unter der Leitung von **Wolfgang Molitor** (Stuttgarter Nachrichten) diskutierten vor mehreren hundert Gästen in der Staatsgalerie zudem **Valerie Blass** (Heilbronner Stimme), **Peter Thelen** (Handelsblatt) und **Helmut Laschet** (Ärzte Zeitung) über gesundheitspolitische Ergebnisse der Koalitionsrunden. ■

Kassenmann mit Kämpferherz

Fast 47 Jahre war Walter Bockemühl für die Gesundheitskasse im Einsatz. Konflikte in der Sache ist der scheidende Vorstandsvorsitzende der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland dabei nur selten aus dem Weg gegangen. Von Hans-Bernhard Henkel-Hoving

Selbstbewusst war Walter Bockemühl schon immer. Als ihn sein Vater mit 17 Jahren nach der Schule bei der örtlichen Innungskrankenkasse (IKK) unterbringen will, geht der gebürtige Gummersbacher auf die Barrikaden. Er bewirbt sich kurzerhand bei der AOK und wird genommen. „Mein alter Herr war Handwerker und mit dem IKK-Geschäftsführer befreundet. Hätte ich dort als Lehrling angefangen, wäre ich immer unter heimischer Kontrolle gewesen“, erzählt der heute 64-Jährige und grinst.

Schlagabtausch mit Zahnärzten. Bei der Gesundheitskasse legt Walter Bockemühl in den folgenden, knapp 47 Jahren eine steile Karriere hin und geht dabei Konflikten selten aus dem Weg. Bereits mit 31 Jahren wird er Geschäftsführer der AOK im niedersächsischen Burgdorf und legt sich alsbald mit dem damals mächtigsten Zahnarztfunktionär der Republik an, Dr. Karl Horst Schirbort. Mithilfe eines neuen Computerprogrammes sorgt Bockemühl für mehr Kostentransparenz beim Zahnersatz – sehr zum Missfallen des kantigen Standesvertreters. Die Auseinandersetzung macht bundesweit Schlagzeilen, doch Bockemühl geht als Punksieger vom Platz: „Als ich in Burgdorf anfang, hatte die AOK die höchsten Ausgaben für Zahnersatz in Niedersachsen. Als ich ging, lagen wir im Mittelfeld. Das hat der AOK Burgdorf und ihren Versicherten Millionen gespart.“

Ab 1990 ist Walter Bockemühl in Rheinland-Pfalz tätig. Zunächst als Geschäftsführer des Landesverbandes der 25 Ortskrankenkassen des Bundeslandes, später dann als hauptamtlicher Chef der neu formierten AOK Rheinland-Pfalz: „Die Fusion war kein einfacher Prozess.“ Aber Herausforderungen im Berufsleben



nimmt der passionierte Segler und Motorradfahrer stets sportlich: Als 2003 die Disease-Management-Programme (DMP) für chronisch Kranke starten, kann sich Bockemühl mit den Kassenärztlichen Vereinigungen nicht einigen. Und so schließt der AOK-Chef mit mehreren hundert Hausärzten in Rheinland-Pfalz individuelle Verträge, führt monatlang Ärzteversammlungen durch, um

für die Verträge zu werben: „Wir sind bis heute die einzige Kasse mit solchen DMP-Einzelverträgen.“ Ans Aufgeben denkt ein Walter Bockemühl nun einmal nicht, auch wenn der Wind wie bei der gescheiterten Fusion mit der IKK Südwest 2011 mitten ins Gesicht bläst und aus einem potenziellen Fusions-Trio ein Fusions-Duo wird: „Die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland ist für die Zukunft gut aufgestellt.“

Fairer Lastenausgleich. Bessere Rahmenbedingungen wünscht sich der scheidende Vorstandschef für die gesetzliche Krankenversicherung insgesamt aber schon: „Eine faire und verlässliche Lastenverteilung zwischen dem Beitragszahler und dem Steuerzahler ist überfällig, nicht nur bei der Krankenhausfinanzierung sondern auch beim Bundeszuschuss zum Gesundheitsfonds für versicherungsfremde Leistungen.“

Große Pläne für die Zukunft hat Bockemühl noch nicht geschmiedet: „Ich werde erst einmal im besten Sinne etwas Abstand gewinnen und die Wanderwege in der schönen Pfalz und im ebenso schönen Saarland erkunden und mitunter eine Rad- oder Motortour starten.“ ■

Versorgung auf dem Lande sichern



Die neue Vorstandsvorsitzende der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland kennt sich im Gesundheitswesen bestens aus: **Dr. Irmgard Stippler** (49) war seit März 2007 bei der Rhön-Klinikum AG tätig, zuletzt als Vorstandsmitglied und Vorsitzende der Geschäftsführung des Uniklinikums Gießen-Marburg. Die Volkswirtin und Mutter zweier Kinder (8 und 10) sieht es als eine der großen Herausforderungen an, auch in den ländlichen Regionen von Rheinland-Pfalz und des Saarlandes die medizinische Versorgung künftig auf hohem Niveau sicherzustellen: „Ambulante und stationäre Angebote müssen dazu besser vernetzt werden. Wo niedergelassene Mediziner dauerhaft fehlen, könnten zudem Kliniken die Grundversorgung übernehmen. Telemedizinische Anwendungen sind gleichfalls geeignet, potenzielle Versorgungsdefizite aufzufangen.“ ■

Gesundheit
Natur statt
Fitnessstudio

Kindern gilt unsere ganze Sorge – vom Wochenbett über Kindergarten- und Schulzeit, meist noch Jahre darüber hinaus, bis die Kleinen auch beruflich auf eigenen Füßen stehen. Wovon eine gelungene



Entwicklung abhängt, darüber haben der Mannheimer Kinderarzt Herbert Renz-Polster und der Göttinger Hirnforscher Gerald Hüther ein mitreißendes Buch geschrieben. In acht leicht verständlichen Kapiteln belegen die Autoren, warum der Rat „Raus in die Natur“ der beste für Kinder ist. Beispielfhaft sei hier auf das

Kapitel „Natur und Gesundheit“ verwiesen, in dem es neben Bewegung, ADHS und Ernährung auch um den drastischen Anstieg der Zahl kurz-sichtiger Kinder geht. Dass dies nicht daran liegt, dass Kinder zu viel am Computer spielen, sondern zu wenig in die Sonne gehen, ist eine der überraschenden Fakten in dem Buch. Wer weiß schon, dass mittlerweile Studien belegen, dass weniger als zwei oder drei Stunden helles Licht am Tag zu einem übermäßigen Wachstum des Augapfels und zur Kurzsichtigkeit schon im jugendlichen Alter führen. Auch da gilt wieder: Die Natur macht Kinder fitter als jedes Fitnessstudio. Das Buch überzeugt nicht nur durch den Erzählfluss. Ein Lob verdient auch das Layout von Nancy Püschel, das mit Schriften in mehreren Grün-, Grau- und Brauntönen an die Erstausgabe von Michael Endes „Die unendliche Geschichte“ erinnert.

Gerald Hüther, Herbert Renz-Polster: Wie Kinder heute wachsen. 2013. 264 Seiten, 17,95 Euro. Beltz-Verlag, Weinheim/Basel.

Patientenrechte
Zur Behandlung
ins Ausland

Wenn Araber zur Behandlung nach Deutschland kommen, fällt der Begriff „Gesundheitstourismus“ sicher nicht. Wenn Deutsche zur Behandlung ins Ausland gehen, schafft er es sogar bis in die Titel seriöser wissenschaftlicher Arbeiten wie die von Andreas Klar. Der boulevardeske Titel seiner Promotion an der Universität Bayreuth täuscht. Dahinter verbirgt sich die wohl erste große empirische Analyse elektiver Auslandsbehandlungen mit Daten von gut 6.000 gesetzlich versicherten Patienten. Kuren und Zahnersatz, also Leistungen, die mit teilweise hohen Zuzahlungen verbunden sind, gehören zu den häufigsten Anlässen. Andreas Klar untersucht detailliert den Kostenvorteil, nicht nur für Patienten, sondern auch für Krankenkassen. Noch fallen Auslandsbehandlungen zahlenmäßig kaum ins Gewicht, obwohl einige Kassen seit Jahren Zahnersatz zum Nulltarif etwa in Polen anbieten. Auch gern unterstellte Qualitätsmängel sind



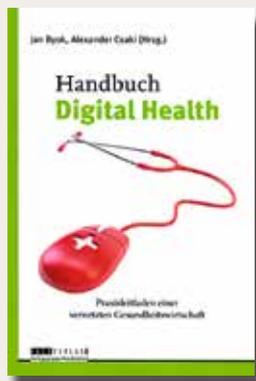
kein Grund dafür, sondern vor allem Organisationshürden, fand Klar heraus. Es fehlt an kompetenten Reisebüros, würden Tourismusexperten sagen. Die Kassen sollten vermittelnd einspringen, so Klar, denn für sie rechneten sich Auslandsbehandlungen so gut, dass sie sogar die Reisekosten übernehmen könnten. Das treffe auf mindestens 15 häufige Behandlungen zu, darunter Knie- und Augenoperationen. Auslandsbehandlungen könnten auch Grundlage für günstige Wahltarife sein, so Klar.

Andreas Klar: Gesundheitstourismus in Europa. 2013. 287 Seiten, 49 Euro. Nomos-Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.

SEMINARE TAGUNGEN KONGRESSE				
■ GESUNDHEITSREFORM 2014 – WER TRAUT SICH AN DIE SEKTORENGRENZEN?	Innovative Strukturen im ambulanten und stationären Bereich, Versorgungsforschung	21.–22.1.2014 Berlin	Bundesverband Managed Care e.V. Friedrichstraße 136 10117 Berlin	Tel.: 0 30/28 09 44 80 Fax: 0 30/28 09 44 81 anmeldung@bmcev.de www.bmcev.de
■ DEUTSCHER PFLEGETAG 2014	Pflegereform, Pflegeausbildung, Patientensicherheit, Qualitätssicherung neuer Wohnformen	23.–25.1.2014 Berlin	Deutscher Pflegerat e.V. Organisation: Springer Medizin Heidelberger Platz 3 14197 Berlin	Tel.: 0 30/8 27 87-55 10 Fax: 0 30/8 27 87-55 11 info@deutscher-pflegetag.de www.deutscher-pflegetag.de
■ HEALTH AKTUELL: GERIATRIE 2014	Geriatrische Versorgung, Palliativmedizin, Polypharmazie, Medizinethik und Ökonomie	30.1.2014 Köln	MCC – The Communication Company Scharnhorststraße 67a 52351 Düren	Tel.: 0 24 21/1 21 77-0 Fax: 0 24 21/1 21 77-27 mcc@mcc-seminare.de www.mcc-seminare.de > Veranstaltungen
■ KASSENGIPFEL 2014	Strukturreformen GKV und PKV, Ambulante spezialärztliche Versorgung, Arznei-Nutzenbewertung	20.–21.2.2014 Berlin	MCC – The Communication Company Scharnhorststraße 67a 52351 Düren	Tel.: 0 24 21/1 21 77-0 Fax: 0 24 21/1 21 77-27 mcc@mcc-seminare.de www.mcc-seminare.de > Veranstaltungen
■ KONGRESS ARMUT UND GESUNDHEIT 2014	Nachhaltige Strukturen der Prävention, Übertragung wirksamer Präventionsmaßnahmen in die Praxis	13.–14.3.2014 Berlin	Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. c/o Kongress Armut und Gesundheit Friedrichstraße 231 10969 Berlin	Tel.: 0 30/44 31 90 60 Fax: 0 30/44 31 90 63 amler@gesundheitbb.de www.armut-und-gesundheit.de

Gesundheitswirtschaft Vernetzt in Praxis und Krankenhaus

Digitale Informations- und Kommunikationstechnik kann die Qualität der Patientenversorgung erhöhen, die Kosten senken und neue Märkte schaffen. Das behaupten die Herausgeber des Handbuchs „Digital Health“, die Rechtsanwälte Jan Byok und Alexander Csaki. Sie wollen Transparenz in das Themenfeld bringen und präsentieren dafür Analysen und Best-Practice-Modelle renommierter Fachautoren. Das Buch aus der Verlagsgruppe Handelsblatt richtet sich vor allem an Entscheider in Pharma- und Medizinprodukteunterneh-



men, in der Ärzteschaft, in der Politik und im Marketing. In den zehn Kapiteln geht es um die bestehenden und künftigen Rahmenbedingungen für den Einsatz neuer Informations- und Kommunikationstechniken im Gesundheitswesen. Es geht um Datenschutz und Datensicherheit, integrierte Versorgung, intelligente Medikamente, Social Media und auch die Frage, wann digitale Endgeräte und Anwendungen zu Medizinprodukten werden. Weitere Themen sind juristische, medizinische und politische Aspekte der Telemedizin, die elektronische Patientenakte sowie das Healthcare-Kunden-

management. Das letzte Kapitel befasst sich mit Fragen der Werbung und den Folgen des Dritten Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom Sommer dieses Jahres. Das Buch gibt interessante Ein- und Ausblicke in und auf die Vorhaben aller großen Player der Gesundheitsbranche, auch der Krankenkassen, auf dem Gebiet der digitalen Technik und Medien. Der Nutzen für die Patienten wird dabei aber allzu selten thematisiert.

Jan Byok, Alexander Csaki (Hrsg.):
Handbuch Digital Health. 2013.
409 Seiten, 98 Euro. Handelsblatt-
Fachverlag, Düsseldorf.

Berufsrecht Heilpraktikergesetz könnte Vorbild sein

In einer klar gegliederten Doktorarbeit geht der Rechtsreferendar Thomas Gutttau der Frage nach, wie die rund 160 nicht-ärztlichen Heilberufe stärker eigenverantwortlich an der Patientenversorgung teilhaben könnten. Als Vorbild für ein allgemeines Heilberufegesetz empfiehlt er das Heilpraktikergesetz, das den Erstkontakt mit Patienten und die selbstständige Ausübung der Heilkunde gestattet. Unter Würdigung der geltenden Gesetzeslage und der mannigfaltigen Rechtsprechung zum



Heilpraktikergesetz zeigt der Autor einen Weg auf, der auf Basis der jetzigen Rechtslage juristisch einwandfrei eine verstärkte Einbeziehung von Pflege- und Therapiefachberufen in die Gesundheitsversorgung ermöglicht. Im Kern sieht dieser Weg vor, die bisher nur auf Veranlassung von Ärzten tätigen Medizinalfachberufe zu

Teil-Heilpraktikern mit entsprechender Prüfung zu machen, die Leistungen auch ohne ärztliche Verordnung im Erstkontakt mit Patienten erbringen dürfen.

Thomas Gutttau: **Nichtärztliche Heilberufe im Gesundheitswesen.** 2013. 184 Seiten, 48 Euro. Nomos-Verlag, Baden-Baden.

Zeitschriftenschau

■ Kortisonspritze hilft nur kurzfristig bei Karpaltunnel-Syndrom

Wird eine Hand überlastet, kann das Gewebe anschwellen und die Nerven am Handwurzelkanal (Karpaltunnel) einengen. Schmerzen, Taubheitsgefühl und Kribbeln in Fingern und Hand sind die Folge. Oftmals bekommen Patienten dann Kortison gespritzt. Nun ergab eine schwedische Studie, dass Kortison zwar kurzzeitig die Schmerzen lindert, aber nicht zu einer langfristigen Verbesserung führt. Die Forscher hatten Patienten in drei Gruppen eingeteilt: Eine erhielt Injektionen mit 80 Milligramm Methylprednisolon, eine mit 40 Milligramm und die dritte Gruppe ein Scheinmedikament. Nach zehn Wochen berichteten beide Gruppen, die Kortison gespritzt bekamen, von weniger Schmerzen. Nach einem Jahr hatten sich jedoch die meisten Patienten, bis auf jene, die 80 Milligramm Kortison erhalten hatten, wegen weiterbestehender Symptome operieren lassen.

Annals of Internal Medicine 2013; 159 (5): 309–317

■ Schwangere sollten Jod einnehmen

Anlässlich einer aktuellen britischen Studie empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie schwangeren Frauen die Einnahme von Jodtabletten. Die Forscher aus Großbritannien hatten etwa 1.000 Kinder von der Schwangerschaft ihrer Mütter bis zum Grundschulalter begleitet. Bei zwei Drittel der Schwangeren war in einem Harntest ein Jodmangel festgestellt worden. Ihre Kinder hatten im Alter von acht Jahren häufiger schlechtere Ergebnisse im sprachlichen Teil eines Standard-Intelligenztests als der Durchschnitt, und im neunten Lebensjahr fielen sie bei schulpsychologischen Untersuchungen durch verminderte Fähigkeiten beim Lesen auf.

The Lancet 2013; 382 (9889): 331–337

■ Rauchstopp: E-Zigaretten wirken ähnlich mäßig wie Nikotinpflaster

Wer mit E-Zigaretten aufhören will zu rauchen, hat zwar Chancen – allerdings sind die Aussichten auf Erfolg ähnlich mäßig wie mit Nikotinplastern. Das hat eine neuseeländische Studie mit 657 Rauchern ergeben. Rund sechs Prozent schafften den Entzug mit Nikotinpflaster, sieben Prozent mithilfe einer nikotinhaltigen E-Zigarette und vier Prozent mit nikotinfreien E-Zigaretten.

The Lancet, Early Online Publication, 9 September 2013

■ Cholesterinsenker erhöhen das Risiko für Muskel-Skelett-Erkrankungen

Patienten, die Cholesterinsenker (Statine) nehmen, haben nach einer US-amerikanischen Studie ein erhöhtes Risiko für Muskel- und Skeletterkrankungen. Das Risiko für Zerrungen und Verstauchungen ist bei denjenigen, die Statine nehmen, um 13 Prozent höher als bei denen, die solche Mittel nicht einnehmen. Auch die Wahrscheinlichkeit, Arthrose oder andere Gelenkerkrankungen zu bekommen, ist um sieben Prozent erhöht. Das Forscherteam hatte die Krankenakten von über 46.000 aktiven Soldaten, Veteranen und ihren mitversicherten Angehörigen über einen Zeitraum von fast fünf Jahren ausgewertet.

JAMA Internal Medicine 2013; 173: 1318–1326

Lizenzen verhindern Insolvenzen

Der demografische Wandel beflügelt den Pflegemarkt. Doch Überkapazitäten treiben zahlreiche Heimträger in den Ruin, sagt Branchenkenner **Axel Hölzer**. Er fordert eine Lizenzvergabe für Pflegeeinrichtungen, die sich nach dem regionalen Bedarf richtet.

Es klingt paradox: Bis 2050 wird sich die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland auf rund 4,7 Millionen verdoppeln – und trotzdem erweist sich der Markt für Heimbetreiber alles andere als rentabel. Egal ob öffentlicher, gemeinnütziger oder privater Träger, ein Großteil von ihnen schlittert langsam, aber unaufhaltsam in den Ruin. Einer neuen Studie zufolge sind allein in Baden-Württemberg in den kommenden Jahren 60 Prozent aller kleinen und mittleren Pflegeheime von der Insolvenz bedroht.

Diese Entwicklung war seit Langem absehbar. Ein Grund sind etwa die stark angezogenen Verbraucherpreise. Von 1999 bis 2011 stiegen sie um satte 21 Prozent – die Pflegesätze sowie die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung legten im selben Zeitraum nur um 16 Prozent zu. Die tatsächliche Differenz ist sogar noch größer. Denn die Preise für Nahrungsmittel, Energie und Wasser stiegen deutlich stärker als die anderer Konsumgüter. Verstärkt wird diese Schere durch steigende Lohnkosten. Die Zahl und Qualifikation der Mitarbeiter ist per gesetzlichem Schlüssel vorgegeben, und ohne einen entsprechenden Personalpool wäre eine Qualitätspflege auch nicht denkbar. Der Preisanstieg in diesem Bereich fiel in den vergangenen Jahren indes noch höher aus als bei den Verbraucherpreisen.

Eröffnung neuer Heime hat Auslastung gesenkt. Um rentabel arbeiten zu können, bräuchten Heime deswegen eine Bettenbelegung von 90 bis 95 Prozent. Die Realität sieht jedoch anders aus: Die durchschnittliche Quote liegt bei nur 87 Prozent – in einigen Regionen auch darunter. Tatsächlich ist die Auslastung der Pflegeheime seit 2001 stetig gesunken. Das lag vor allem am starken Aufbau der Neukapazitäten von 5,5 Prozent pro Jahr seit 2001. Sozialimmobilien galten besonders im privaten

Segment für Fonds und andere Anleger als sicheres Investment. Diese Annahme erweist sich jetzt als Bumerang – und kann fatale Folgen haben. Mit den insolventen Heimen verschwinden die Pflegeplätze, die in Zukunft dringend gebraucht werden. Allein bis 2020 müssten 171.000 Betten zusätzlich bereitgestellt werden – das entspricht 190 Pflegeheimen pro Jahr. Die Leidtragenden sind die pflegebedürftigen Senioren von Morgen, für die es nicht ausreichend Plätze gibt.

Fahrplan für künftigen Pflegebedarf fehlt. Eine Umkehr der Entwicklung ist angesichts der derzeitigen Situation kaum vorstellbar. Die Pflegesätze sind nach wie vor zu weit unten angesiedelt, eine strategische Planung der Pflege in Deutschland findet nicht statt. So gibt es etwa keinen Fahrplan, der angibt, wie viele Menschen künftig stationär und wie viele ambulant versorgt werden sollen. Dazu kommt das starre Korsett gesetzlicher Regelungen. Neue Investoren zögern angesichts dieser wirtschaftlichen Unwägbarkeiten – verständlicherweise. Sie finanzieren nicht den Bau eines Pflegeheims, wenn weder verlässliche Zahlen zur erwarteten Belegung vorliegen noch der Staat für andere Rahmenbedingungen sorgt.

Auch eine Freigabe der Preise hätte unerwünschte Folgen: Viele Heimbetreiber würden sich auf Luxuspflege konzentrieren, zu wenig Plätze verblieben zur Versorgung der breiten Masse der Pflegebedürftigen. Schon jetzt verlangen zahlreiche Anbieter von ihren Kunden deutlich höhere Beträge, als die Pflegekassen und Sozialhilfeträger übernehmen. Die Differenz tragen Pflegebedürftige und ihre Angehörigen.

Qualität mit Rentabilität verbinden. Die einzige Alternative ist eine Lizenzvergabe an neue Heime, die sich nach regionalem Bedarf und Versorgungsgrad richtet. Eine solche Bedarfsplanung durch die öffentliche Hand auf Ebene der Bundesländer ist in anderen Segmenten des Gesundheitswesens längst üblich, etwa beim Aus- und Neubau von Kliniken. Für eine Lizenzierungspflicht sprechen auch die positiven Erfahrungen aus Ländern wie Frankreich, Spanien und Italien. Mit lizenzierten Pflegemärkten schaffen es private Betreiber dort, Qualität des Angebots mit Rentabilität zu verbinden. Und das ist wichtig. Denn nur ein wirtschaftlich betriebenes Heim garantiert auch eine humane, an den Bedürfnissen der Bewohner ausgerichtete Pflege. ■

Axel Hölzer ist Unternehmensberater in der Pflegebranche.

Kontakt: mail@adhoc-eu.de

Leserforum



Ihre Meinung ist gefragt.

Im G+G-Weblog 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

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
www.kompart.de

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

Titel Getty 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 unau-
gefördert eingescannte 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



G+G 10/2013

Drehbuch für ein langes Leben

Mehr Flexibilität bei Arbeitgebern

Den Artikel über die sogenannten Midlife-Boomer habe ich mit großem Interesse gelesen. Der Gedanke, auch im fortgeschrittenen Alter nochmal aufzubrechen, sich beruflich neu zu orientieren, die Zukunft aktiv zu gestalten, wirkt belebend und steht in angenehmem Kontrast zur Ansicht, dass über 50-Jährige auf dem Arbeitsmarkt kaum noch zu gebrauchen sind. Ich frage mich allerdings, ob es sich hier nicht um eine sehr individuelle Perspektive handelt. Menschen mit Gestaltungsspielraum und Kraft, die nicht nur in der Mitte des Lebens, sondern in der Mitte der Gesellschaft stehen, mag ein solcher Neustart mit 50 gelingen. Das sind Leute aus der Mittelschicht, wie auch die Autorin des Beitrags. Aber wie sieht es mit Arbeitern aus, die sich 30 und mehr Jahre in körperlich anstrengenden und schlecht bezahlten Jobs aufgerieben haben? Denen liegt mit 50 der Gedanke an eine baldige Verrentung vielleicht doch näher als die Idee, nochmal eine Ausbildung anzufangen. Grundsätzlich aber werden wir wohl nicht umhinkommen, auch in der zweiten Lebenshälfte unsere Arbeitskraft zu Verfügung zu stellen. Damit das überhaupt möglich ist, brauchen wir wesentlich mehr vorausschauendes Denken, Handeln und Flexibilität bei den Arbeitgebern. Positive Beispiele dafür liefert der Artikel. Aber so etwas muss viel mehr Breitenwirkung haben. Dazu sollte der Gesetzgeber stärkere

Verbindlichkeit herstellen. Betriebliche Gesundheitsförderung, flexible Arbeitszeitmodelle, lebenslanges Lernen sowie der Anspruch auf Eltern- und Pflegezeiten müssen in den Unternehmen Normalität werden.

Ursula Fersing, Berlin

G+G 11/2013

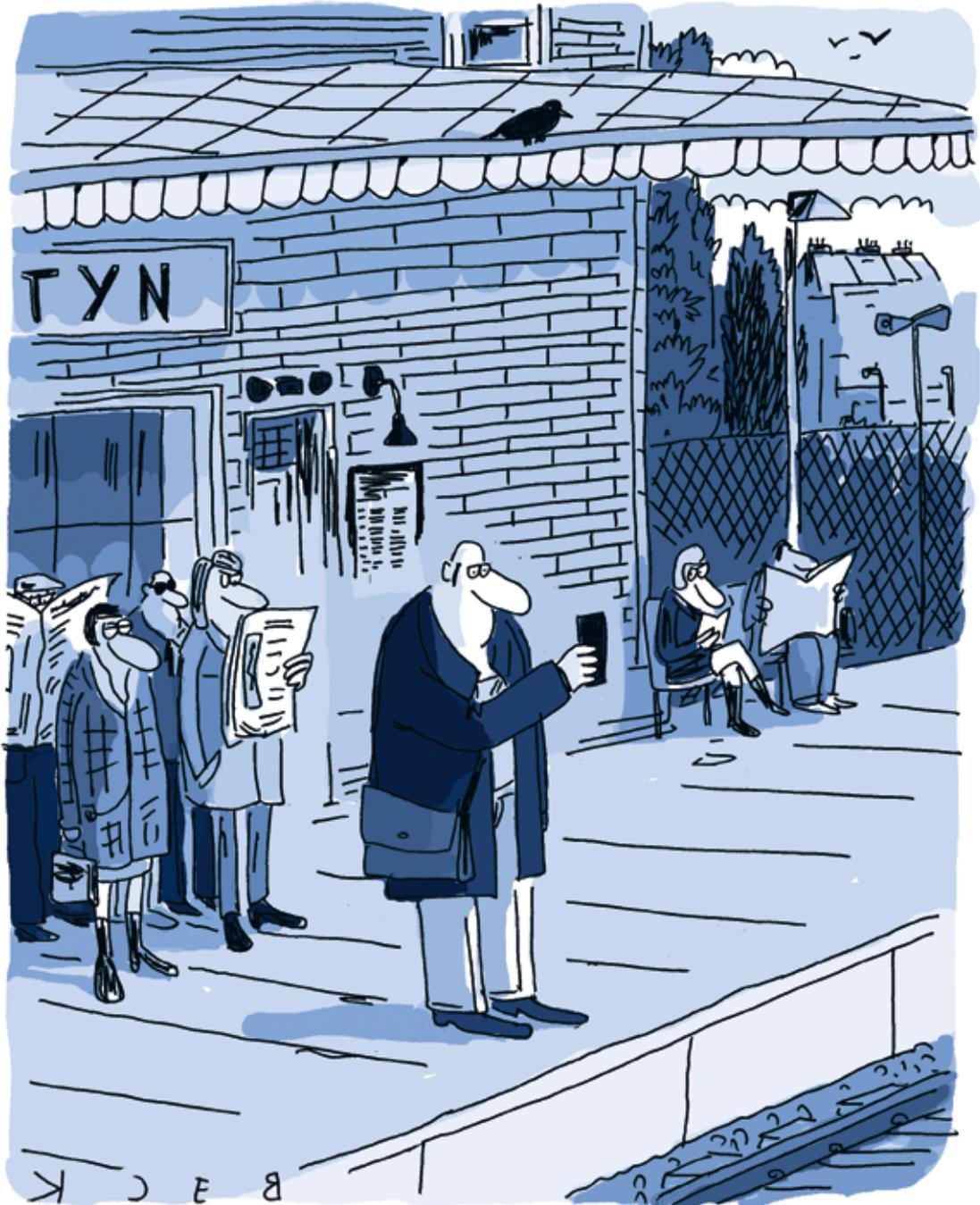
Nachrechnen lohnt sich

Regeln abspecken

Muss das wirklich so kompliziert sein? In der Abrechnung stationärer Leistungen scheint es hauptsächlich darum zu gehen, die Bestimmungen kreativ auszulegen (Kliniken) und dann mühsam die Stellen herauszusuchen, wo eine Grenze überschritten ist (Krankenkassen). Weil die Regelungen aber nicht so eindeutig sind, streiten sich Kassen und Krankenhäuser anschließend vor Gericht. Das kostet jede Menge Geld der Beitragszahler. Hier wäre aus meiner Sicht ein Abspecken der komplexen Abrechnungsregeln nicht nur wünschenswert, sondern dringend geboten. Die Diagnosis Related Groups (DRGs) haben den Verwaltungsaufwand bei Kliniken und Kassen offenbar gigantisch erhöht. Ein Heer von Controllern und Kodier-Experten versucht das wirtschaftliche Optimum aus einer Leistung herauszuholen (ein derartiger Aufwand wäre in der Qualitätssicherung angemessen!). Was die Fallpauschalen an Transparenz herstellen, verschleiern anschließend die Abrechnungskünstler. Hier muss die Politik nachbessern.

Katrin Schröder, Stadthagen

BECKs Betrachtungen



Tu so, als wärst Du auch sozialer Netzwerker, indem Du öfter auf eine hochgehaltene Tafel Schokolade starrst...



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 „Meister der komischen Kunst:

BECK“ (Verlag Antje Kunstmann), Preise und Ausstellungen folgten. Für den oben abgebildeten Cartoon „Sozialer Netzwerker“ hat er den Deutschen Karikaturenpreis 2013 erhalten. Mehr BECK auf 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

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.



Wenn uns jemand in allen Lebenslagen mit Rat und Tat zur Seite steht, dann ist unsere **Gesundheit in besten Händen.**

Mit den AOK-Gesundheitsprogrammen und den umfassenden Leistungen für die ganze Familie haben Sie einen starken Partner an Ihrer Seite, auf den Sie sich verlassen können. Wir sind für Sie da. AOK – immer in Ihrer Nähe.

www.aok.de