



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

Angesteckt

Leben mit HIV: Wie Ärzte
infizierten Menschen helfen

ARZNEIMITTEL

Wie Festbeträge den Pharma-Markt beleben

NEUER PFLEGEBEGRIFF

Regierungsexperte Rothgang im Interview

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.

Kampagne mit Vorbildfunktion

Mach's mit – unter diesem Motto wirbt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung seit Jahrzehnten für Kondome zur HIV-Prävention. Der Erfolg motiviert BZgA-Direktorin Elisabeth Pott, die Kampagne weiterzuentwickeln.

Anfang der 1980er Jahre traten die ersten Fälle von HIV/Aids in Deutschland auf und verursachten Unsicherheit, Angst und Hysterie. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) erarbeitete daraufhin die Broschüre „Was Sie über Aids wissen sollten“ und verschickte sie Ende 1985 als Postwurfsendung an alle Haushalte. Sie enthielt Informationen über Ansteckungsrisiken und Schutzmöglichkeiten. Damit startete die HIV-Prävention in Deutschland. Zwei Jahre später beauftragte das Bundesgesundheitsministerium die BZgA, eine nationale Kampagne zur HIV-Prävention zu entwickeln und umzusetzen: „Gib Aids keine Chance“ ist heute noch eine der umfassendsten Gesundheits-Kampagnen in Deutschland.

1987 waren HIV und Aids Tabuthemen. Über Kondome sprachen viele Menschen nur hinter vorgehaltener Hand. Um HIV-Neuinfektionen wirksam verhindern zu können, mussten diese Tabus aufgebrochen werden. Dabei half der Entdecker des HI-Virus, Professor Luc Montagnier. In einem von der BZgA als TV- und Kino-Spot genutzten Interview bezeichnete er erstmals öffentlich das Kondom als sichersten Schutz gegen eine HIV-Infektion. Die Präventionskampagne trug dazu bei, dass Schutzverhalten weitgehend selbstverständlich und das Kondom zu einem alltäglichen Hygieneartikel wurde. Von Anfang an war das wichtigste Ziel, die Zahl der Neuinfektionen mit HIV soweit wie möglich einzudämmen. Gleichzeitig galt es, ein gesellschaftliches Klima zu schaffen, in dem infizierte Menschen nicht diskriminiert werden.

Die BZgA verfolgt eine umfassende Präventionsstrategie. Hierzu gehören Massenkommunikationsmittel wie TV- und Hörfunkspots, Großplakate und Anzeigen, Printmedien, Ausstellungen und Aktionen in Schulen sowie Internet- und Social-Media-Angebote. Die Kampagne wird kontinuierlich weiterentwickelt und regelmäßig evaluiert. Gleichzeitig bezieht die BZgA die Zielgruppen intensiv ein. Dabei kooperiert sie eng mit der Deutschen AIDS-Hilfe, den

Gesundheitsämtern und den AIDS-Hilfen auf kommunaler Ebene. Diese Struktur ist bis heute wesentliche Grundlage für den Erfolg der Kampagne.

Diese langfristig angelegte Präventionsstrategie hat zu nachhaltigen Verhaltensänderungen geführt. So weist Deutschland im Vergleich westeuropäischer Länder nach Finnland die zweitniedrigste Rate an neu diagnostizierten HIV-Infektionen auf. Die Bevölkerung weiß viel über HIV, die Ansteckungswege und Schutzmöglichkeiten. Das belegen Ergebnisse der jährlichen Repräsentativbefragung „Aids im öffentlichen Bewusstsein“. Das Schutzverhalten hat sich langsam aber kontinuierlich verbessert. Das bestätigen auch die jährlich steigenden Absatzzahlen bei Kondomen. Wer heute Kondome auf das Kassenband legt, tut das selbstbewusst und ohne Scham. Das Schmutzel-Image, das HIV und Aids in den

80er Jahren hatte, ist weitgehend überwunden. Auch ist es gelungen, in der Gesellschaft ein Klima gegen Ausgrenzung und Diskriminierung von Menschen mit HIV zu schaffen.

Die Erfahrungen der bisherigen Präventionsstrategie bilden die Basis für die Prävention anderer sexuell übertragbarer Infektionen (STI) wie beispielsweise Syphilis oder Gonorrhö, die seit einigen Jahren auch in Deutschland zunehmen. Eine Infektion mit einer anderen sexuell übertragbaren Krankheit erhöht das HIV-Ansteckungsrisiko. Über STI wissen viele Menschen allerdings deutlich weniger als über HIV und Aids. Angesichts dieser neuen Herausforderung hat die BZgA die HIV-Prävention zu einer integrierten HIV-/STI-Kampagne weiterentwickelt. Die Kondombotschaft („Mach's mit“) gilt weiterhin für HIV. Kondome bieten aber nicht für alle anderen STI einen umfassenden Schutz. Deshalb sind die Botschaften der Kampagne komplexer geworden und beziehen beispielsweise Impfungen ein. Es gilt nun, die bisher erzielten Erfolge zu stabilisieren und durch eine konsequente Weiterentwicklung der Präventionsstrategie den neuen Herausforderungen wirksam zu begegnen. ■

Wer heute Kondome kauft, tut das selbstbewusst und ohne Scham.



Prof. Dr. med. Elisabeth Pott, geboren 1949, ist seit 1986 Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Pott studierte Medizin in Bonn und Kiel und arbeitete nach ihrer Promotion als Chirurgin. 1978 wechselte sie als Referentin für Gesundheitsvorsorge und Früherkennung in der GKV zum Bundesministerium für Arbeit. 1981 wurde Elisabeth Pott Referatsleiterin im Niedersächsischen Sozialministerium. Sie hat an der Medizinischen Hochschule Hannover eine Professur für öffentliche Gesundheit.

Kontakt:
Elisabeth.Pott@bzga.de

Himmel über Berlin



H.-B. Henkel-Hoving,
Chefredakteur

Mein Gott, was war ich mit Mitte 20 verklemmt! Als ich 1990 zum ersten Mal den legendären TV-Spot mit Hella von Sinnen und Ingolf Lück sah, mit dem die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung jungen Männern wie mir den Gebrauch von Kondomen zur Aids-Prävention näherbringen wollte, war mir das Ganze einfach nur peinlich. Heute muss ich

beim Zuschauen herzlich lachen, wenn Kassiererin Hella von Sinnen quer durch den Supermarkt ruft: „Rita, wat kosten die Kondome?“

Doch nicht nur ich gehe mit dem Thema Sexualität und Aids entspannter um als vor 25 Jahren. Vielmehr hat sich das gesellschaftliche Klima insgesamt gewandelt: HIV-Patienten leiden zwar auch in Deutschland immer noch unter Diskriminierung, aber eine Anti-Aids-Hysterie wie in anderen Ländern gibt es bei uns nicht. Und nach wie vor sterben weltweit viele Erkrankte, weil sie sich keine gute medizinische Versorgung leisten können.



Engagiert: Arzt Dietmar Schranz und Patient Ralph Ehrlich im Gespräch mit G+G-Autor Kay Funke-Kaiser (von links).

In Deutschland gehört die Behandlung von HIV-Infizierten mittlerweile fast zur ärztlichen Routine. So wie in der Gemeinschaftspraxis von Dietmar Schranz und Klaus Fischer in Berlin-Charlottenburg. Dort haben G+G-Autor Kay Funke-Kaiser und Fotograf Stefan Boness ein bewegendes Zeugnis dafür entdeckt, dass noch **vor wenigen Jahren auch hierzulande die Diagnose „HIV“ einem Todesurteil gleichkam**. In einem „Raum der Stille“ stehen an einer Wand die Namen aller der Patienten von Schranz und Fischer geschrieben, die in den vergangenen Jahren gestorben sind. Den Lebenden soll der Raum zugleich als Ort der inneren Einkehr dienen: Durch ein Deckenfenster blicken Besucher auf den Himmel über Berlin.

Besinnliche Weihnachten und ein gutes neues Jahr wünscht Ihnen



28

Schöne Bescherung: Was Schwarz-Rot so alles ins Präventionsgesetz packen will

MAGAZIN

14 KLARTEXT FÜR ÄRZTINNEN

Als Bequemlichkeit getarnt: Die weibliche Form beim Schreiben über den Medizinerberuf wegzulassen, zeigt eine Haltung, die dem Gesundheitswesen nicht gut tut.

Von Norbert Schmacke

16 LÜCKENSCHLUSS BEIM KRANKENGELD

Beim Nachweis der Arbeitsunfähigkeit darf es keine Lücke geben. Sonst ist der Krankengeld-Anspruch weg. Damit das nicht passiert, plant die Politik neue Regeln.

Von Ralf Breitgoff

17 VON HELLERSDORF BIS ISRAEL

Ob Gesundheitsversorgung oder Health Literacy – wie sich mehr Patientenorientierung erreichen lässt, diskutieren Experten auf einem Kongress.

Von Thomas Hommel

18 KARRIERE EINES KASSENBLATTES

Vor hundert Jahren erschien erstmals die Zeitschrift Ortskrankenkasse – die Vorläuferin von G+G. Schon damals bot sie ein Forum für verschiedene Meinungen.

Von Ulrich P. Schäfer

20 PATIENT KRANKENHAUS

Experten waren sich auf einer Tagung einig: Eine Klinik-Reform muss die Behandlungsqualität im Blick haben. Auch sind Behandlungszentren sinnvoll.

Von Ines Körver

21 „NICHT ZUM NACHTEIL DER VERSICHERTEN“

Schwarz-Rot will mit dem Versorgungsstärkungsgesetz eine bessere medizinische Versorgung vor Ort erreichen. Das gelingt nur dann, wenn alle Vorgaben am Nutzen für den Patienten ausgerichtet sind, sagt Uwe Deh.

TITEL

22 PRAXIS FÜR POSITIVE

HIV-Infizierte können heute dank moderner Medizin lange leben. Was das für die Betroffenen bedeutet, zeigt ein Besuch in einer Berliner Schwerpunktpraxis.

Von Kay Funke-Kaiser (Text) und Stefan Boness (Fotos)

THEMEN

28 GESETZSPAKET FÜR DIE PRÄVENTION

Nach drei vergeblichen Anläufen bringt die Politik erneut ein Präventionsgesetz auf den Weg. Der Entwurf enthält gute Ansätze, aber auch kritische Punkte.

Von Thomas Rottschäfer

32 „EINE ART REVOLUTION IN DER PFLEGEWELT“

Der neue Pflegebegriff kommt. Aber die von der Politik vorgesehenen Finanzmittel hält Gesundheitsökonom Heinz Rothgang für nicht ausreichend.

Von Thomas Hommel

36 MIT FESTBETRÄGEN ZU FAIREN PILLENPREISEN

Eine runde Sache: Seit 25 Jahren tragen die Festbeträge für verschreibungspflichtige Arzneimittel mit dazu bei, die Pharmapreise im Zaum zu halten.

Von Gisbert W. Selke

RUBRIKEN

- 9 **Rundruf** Präventionsgesetz: Fortschritt oder Feigenblatt?
- 13 **Kommentar** Pflege: Verzweifelter Ruf nach Karlsruhe
- 42 **Recht** Klinikrechnung: Behandlung nicht korrekt kodiert
- 44 **AOK-Notizen** Aktuelles aus Bund und Ländern
- 46 **Service** Bücher, Termine und mehr
- 48 **Debatte** Urologie rüstet sich für die Zukunft
- 49 **Nachlese** Briefe an die Redaktion
- 49 **Impressum** Wer steckt hinter G+G?
- 50 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen

22

Einblick: Welche Hilfen HIV-Infizierte in einer Praxis erhalten



32

Ausblick: Was Heinz Rothgang vom neuen Pflegebegriff erwartet



36

Rückblick: Was die Arzneimittel-Festbeträge bewirken konnten



COMPLIANCE Pillenschlucken leichter gemacht

Wissenschaftler des Uniklinikums Heidelberg um den Pharmakologen Professor Dr. Walter E. Haefeli haben im Rahmen einer Studie Techniken überprüft, die das Einnehmen von Tabletten erleichtern sollen. Dafür schluckten 151 gesunde Probanden wirkstofffreie Arzneimittel und Kapseln in verschiedenen Größen zunächst wie sie es gewohnt waren, dann streng nach Anleitung der Forscher. Rund zwei Drittel der Probanden berichteten anschließend, dass sie so mit den großen Tabletten und Kapseln besser zurechtkamen, und auch große Kapseln machten im Durchschnitt neun von zehn Teilnehmern keine Probleme mehr. Die Techniken bewährten sich selbst bei den Testpersonen, die eigenen Angaben zufolge allgemein Schwierigkeiten mit dem Schlucken von Arzneimitteln haben. Ihre Beurteilung fiel nur geringfügig schlechter aus als die der anderen Testpersonen. „Ich empfehle Ärzten, ihre Patienten auf diese beiden Schlucktechniken aufmerksam zu machen. Das verringert die Gefahr, dass Patienten, die gerade große Tabletten oder Kapseln nicht herunter bekommen, die Therapie absetzen oder einfach weniger Tabletten einnehmen.“ ■

INKLUSION Praxen nur selten barrierefrei

Das deutsche Gesundheitssystem stellt sich nach Ansicht der Grünen nicht genügend auf behinderte Menschen ein. So sei nur ein geringer Teil der Arztpraxen baulich und



Würgereiz oder sogar Erbrechen: Viele Menschen haben beim Schlucken großer Tabletten Probleme.

technisch barrierefrei, heißt es in einem Antrag der Grünen-Bundestagsfraktion. Auch die auf behinderte Menschen rücksichtnehmende Kommunikation sei unzureichend. Angesichts des demografischen Wandels sei damit zu rechnen, dass immer mehr Menschen mit Behinderung in Deutschland leben würden. Unabhängig vom Alter steige auch die Zahl der psychischen Erkrankungen, geben die Abgeordneten zu bedenken. Die Sozialgesetzbücher enthielten zwar einige Vorgaben für die Gesundheitsversorgung behinderter Menschen. In der Praxis falle jedoch immer wieder auf, dass die Umsetzung der Regelungen Probleme bereite. Die Grünen verlangen unter anderem, den Krankenkassen per Gesetz die Möglichkeit zu eröffnen, ihren Versicherten die Arztpraxen zu empfehlen, „die in baulicher und fachlicher Hinsicht für eine barrierefreie gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderung geeignet sind“. Zudem solle die Barrierefreiheit verbindliches Kriterium bei der Neuzulassung von Praxen sein. ■

MEHR INFOS:
Bundestagsdrucksache
18/3155

URTEIL Weg frei für eGK

Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) mit Lichtbild und Datenchip stellt keinen Verstoß gegen das Recht auf informationelle Selbstbestimmung dar. Das hat das Bundessozialgericht (BSG) in Kassel entschieden. Die Richter stuften das mit der eGK verbundene Allgemeininteresse höher ein als das individuelle Recht. Mit dieser Begründung hatten bereits das Sozialgericht Kassel und das Landessozialgericht Hessen die Klage eines Rentners abgewiesen. Dieser weigert sich, seiner Krankenkasse ein Passbild für die Gesundheitskarte auszuhandigen. Es könne nicht nachverfolgt werden, so der Kläger, wer die auf der Karte gespeicherten Daten abrufe und verarbeite. Es lasse sich nicht feststellen, ob die Datensicherheit tatsächlich unzulänglich sei, wie vom Kläger behauptet, betonte dagegen das BSG in seiner Urteilsverkündung. Aus Sicht der Sozialrichter werden die betreffenden Daten durch geltende Gesetze ausreichend vor dem unbefugten Zugriff Dritter geschützt. Ab 1. Januar 2015 gilt nur noch die eGK. ■

MEHR INFOS:
Aktenzeichen:
B 1 KR 35/13 R

RAUCHEN E-Zigaretten keine Arzneimittel

E-Zigaretten sind nicht als Arzneimittel einzustufen. Damit benötigen die nikotinhaltigen Flüssigkeiten, die in den Elektrozigaretten verdampft werden, keine Zulassung und können weiter in Tabakläden sowie online verkauft werden. Für eine Einstufung als Arzneimittel fehle es am therapeutischen Zweck und einer positiven gesundheitlichen Wirkung der sogenannten Liquids, befand das Bundesverwaltungsgericht. Die Richter gaben den Klagen einer ehemaligen Ladenbesitzerin sowie zweier Hersteller von E-Zigaretten in dritter und letzter Instanz recht. ■

kurz & bündig

+++ LUNGENERKRANKUNG: Laut Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) leidet mehr als jeder achte erwachsene Bundesbürger an der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD). Hauptursache für die Erkrankung sei Tabakkonsum. Frühe Symptome wie vermehrter Auswurf und Kurzatmigkeit würden oft übersehen oder als Begleitscheinung des Rauchens akzeptiert, warnte die BZgA. **+++ ÜBERGEWICHT:** Jeder zweite Erwachsene in Deutschland schleppt zu viele Pfunde mit sich herum. Laut Statistischem Bundesamt waren vergangenes Jahr 62 Prozent der Männer und 43 Prozent der Frauen übergewichtig – deutlich mehr als noch im Jahr 1999 (56 Prozent der Männer, 40 Prozent der Frauen).



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.

Name Ich bezahle per Bankeinzug Ich bezahle per Rechnung

Straße IBAN BIC

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.

www.kompart.de/shop



KomPart
Ihr KommunikationsPartner

SYRIEN

Spende für die Flüchtlingshilfe

Die Weihnachtsspende des AOK-Bundesverbandes geht in diesem Jahr an den Berliner Verein „KommMit-BBZ für Migranten und Flüchtlinge“. Die beiden Geschäftsführenden Vorstände Jürgen Graalmann und Uwe Deh überreichten deshalb symbolisch einen Scheck in Höhe von 3.000 Euro an den Geschäftsführer des Vereins, Joachim Rüffer. Stellvertretend für die zahlreichen Bürgerkriegsflüchtlinge aus Syrien, die der Verein unterstützt, war die Familie Abu Esbaa mit zur Scheckübergabe gekommen. „Statt Geld für Weihnachtskarten und Porto auszugeben, spenden wir lieber für einen guten Zweck“, so Graalmann und Deh unisono. Dass das Geld gut angelegt ist, machte Joachim Rüffer deutlich: „Viele Asylbewerber aus Syrien, die vor dem Bürgerkrieg nach Deutschland geflüchtet sind, haben eine leidvolle Geschichte hinter sich. Mithilfe von Spenden können wir die-

Zitat des Monats

Aids ist eine Erkrankung, die unsere Gesellschaft mit ihren Werten und ihrer Politik grundlegend auf die Probe stellt.

Prof. Dr. Rita Süssmuth, Bundestagspräsidentin a. D.

sen Menschen den Neustart erleichtern, etwa durch Bildungs- und Freizeitangebote.“ Die 3.000 Euro vom AOK-Bundesverband möchte Rüffer für Übersetzerdienste und Deutschkurse verwenden. Davon profitieren Menschen wie die Familie Abu Esbaa. Seit kurzem wohnen Vater Belal Abu Esbaa, Mutter Wisal Al Ali sowie ihre vier minderjährigen Kinder in einem Berliner Erstaufnahmewohnheim. Die Sechs sind aus der Großstadt Daraa geflüchtet. „Unsere Flucht hat vier Wochen gedauert. In Daraa herrschten am Ende schreckliche Zustände mit vielen Toten und Verletzten. Und es gab keinen Strom

mehr und nur alle vier Tage Wasser“, berichtete Belal Abu Esbaa. Er war in Syrien als Zahnarzt tätig, hat einst in Bulgarien studiert. Er hofft, auch hierzulande wieder als Zahnmediziner arbeiten zu können. „Wichtiger als meine berufliche Zukunft ist meiner Frau und mir, dass unsere Kinder in Deutschland eine Perspektive haben. Wir sind glücklich, hier zu sein.“ ■

VOLKSKRANKHEITEN Bund und Länder starten Studie

NRW-Wissenschaftsministerin Svenja Schulze und Bundesforschungsministerin Johanna Wanka haben in Essen den Startschuss für Deutschlands größte Gesundheitsstudie gegeben: 200.000 Männer und Frauen nehmen in den kommenden Jahren an der Nationalen Kohorte (NAKO) teil. Mit der Studie wollen Bund und Länder Volkskrankheiten wie Krebserkrankungen, Diabetes, Demenz oder Depression erforschen. Die Ergebnisse sollen helfen, Vorbeugung, Diagnostik und Therapie zu verbessern. Die Bevölkerungsstudie wird vom Bundesforschungsministerium, 14 Bundesländern und der Helmholtz-Gemeinschaft Deutscher Forschungszentren finanziert. Das Fördervolumen beträgt für die ersten zehn Jahre rund 210 Millio-

nen Euro. „Mit der NAKO wollen wir gemeinsam Antworten auf die großen Volkskrankheiten finden. Bund und Länder bündeln hier die Kräfte, um die Gesundheitsforschung nachhaltig voranzubringen“, sagte NRW-Wissenschaftsministerin Schulze. Insgesamt wirken bundesweit 18 NAKO-Studienzentren an der nationalen Kohorte mit. An jedem Standort werden mindestens 10.000 Menschen untersucht und zu ihren Lebensumständen befragt. ■

HAUSARZTKONTAKT Patienten mögen's persönlich

Mehr als die Hälfte (52 Prozent) der Bundesbürger wollen das persönliche Gespräch mit ihrem Hausarzt und nicht mit ihm über Chat oder per Mail kommunizieren. Dies ist Ergebnis einer Online-Umfrage des Marktforschungsunternehmens Toluna im Auftrag von PENTAX Medical unter 1.000 Erwachsenen ab 18 Jahren. Demnach kann sich aber etwa ein Drittel (31 Prozent) vorstellen, mit dem Arzt per Mail zu kommunizieren, um Röntgenbilder oder Testergebnisse zu erhalten. 18 Prozent wären zu einem Online-Chat bereit, um Fragen abzuklären. Nach Angaben der Studie nutzen viele Patienten das Internet schon heute für die Arztsuche. 34 Prozent der Teilnehmer informiert sich über Suchmaschinen und 23 Prozent über Arztbewertungsportale. Rund 18 Prozent kontaktieren dafür ihre Krankenkasse, 16 Prozent blättern in Branchenverzeichnissen, um einen Spezialisten zu finden. ■

MEHR INFOS:

www.aok-gesundheitsnavi.de



Weihnachtsspende: Einen Scheck über 3.000 Euro überreichten die Geschäftsführenden Vorstände des AOK-Bundesverbandes, Uwe Deh (li.) und Jürgen Graalmann, Vertretern des Berliner Vereins „KommMit-BBZ“, der syrische Flüchtlinge wie die Familie Abu Esbaa unterstützt.

Fortschritt oder Feigenblatt?

Die Große Koalition bringt ein Präventionsgesetz auf den Weg. Wieviel Potenzial birgt der Entwurf für die Praxis und wo besteht Nachbesserungsbedarf?



KORDULA SCHULZ-ASCHE, MdB, Bündnis 90/Die Grünen: Diagnose: ungenügend! Der Entwurf enthält zwar SPD-Prosa, die Umsetzung bleibt aber schwarz-gelbe Irrfahrt. Schwarz-Rot verpasst die Chance, mit dem Präventionsgesetz einen echten Beitrag zum Abbau sozial ungleicher Gesundheitschancen zu leisten. Es wird Zeit, dass insbesondere Kinder, Jugendliche und ältere Menschen nicht nur kompetent im gesunden Verhalten werden, sondern auch

die Möglichkeiten haben, gesund zu leben. Deshalb brauchen wir eine Gesundheitsförderung, die die Verbesserung der Alltagswelten wie Kindergarten, Schule, Betrieb und Stadtteil ernst nimmt und alle Verantwortlichen beteiligt.

PROF. DR. KLAUS HURRELMANN, Hertie School of Governance GmbH: Mit diesem Gesetz wird Prävention zum integralen Bestandteil der gesundheitlichen Versorgung. Das ist trotz aller Unzulänglichkeiten ein echter Gewinn. Zwar ist der Betrag, der für Prävention ausgegeben werden soll, mit fünf Prozent der Gesamtausgaben im Gesundheitssystem winzig. Aber im internationalen Vergleich steht Deutschland mit diesem Finanzvolumen weit oben. Auch wenn Verhaltensprävention immer noch im Vordergrund steht, benennt der Gesetzentwurf Betriebe, Schulen und Kitas und – das ist bemerkenswert – stationäre Pflegeeinrichtungen als Orte der Prävention. Das ist innovativ und kann zu einem langfristigen Umdenken führen.



Die Möglichkeiten haben, gesund zu leben. Deshalb brauchen wir eine Gesundheitsförderung, die die Verbesserung der Alltagswelten wie Kindergarten, Schule, Betrieb und Stadtteil ernst nimmt und alle Verantwortlichen beteiligt.



RUDOLF HENKE, Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer: Mit dem Gesetz sollte auch die Prävention durch den Arzt gestärkt werden. Ärzte erreichen Patienten aller gesellschaftlichen Schichten. Dabei werden ihnen gesundheitliche Probleme anvertraut, sodass sie Einfluss auf das Gesundheitsverhalten ihrer Patienten nehmen können. Besser als eine bloße ärztliche Präventionsempfehlung wäre ein umfassendes ärztliches Präventionsmanagement, das sowohl

eine Exploration gesundheitlicher Belastungen, eine ärztliche Beratung und Begleitung von Präventionsmaßnahmen sowie die Bewertung ihrer Wirksamkeit umfasst. Ärztlicher Sachverstand muss in die im Gesetz angelegten Präventionsgremien einbezogen werden.

GERNOT KIEFER, Vorstand des GKV-Spitzenverbandes: Der Grundgedanke, über eine nationale Strategie die gemeinsame Verantwortung für Primärprävention und Gesundheitsförderung zu stärken, ist richtig. Ganz anders verhält es sich dagegen mit der vom Gesetzgeber angedachten Zwangsbeauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die für die Kassen Präventionsmaßnahmen in Lebenswelten betreiben soll. Ein solches Vorgehen ist weder fachlich noch ordnungspolitisch sinnvoll. Krankenkassen können das selbst sehr gut. Die Bundeszentrale als Subdienstleister braucht es dafür nicht.



Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat sich an der Konsultation zum Statement der World Health Organization (WHO) zur Offenlegung von Ergebnissen aus klinischen Studien beteiligt, die Mitte November zu Ende gegangen ist. Die Wissenschaftler, die in ihrer täglichen Arbeit auf vollständige Informationen zu klinischen Studien angewiesen sind, begrüßten die Aktualisierung der WHO-Resolution von 2005, die damals zur Einrichtung der Registrierungsplattform der WHO für internationale klinische Studien führte. Laut IQWiG werden viele Studien noch immer nicht registriert, Registerinträge nicht aktualisiert und Ergebnisse nicht veröffentlicht. ■

US-STUDIE Schichtarbeit macht dick

Beschäftigte im Schichtdienst sind öfter übergewichtig und haben ein höheres Risiko, an Herz-Kreislauf-Störungen zu erkranken. Auf die Frage, warum das so ist, geben US-Forscher nun diese Antwort: Der Energiebedarf der betreffenden Personen ist kleiner als gedacht. „Menschen, die im



Schichtsystem arbeiten, haben einen niedrigeren Energiebedarf. Wenn sie ihr Essverhalten nicht anpassen, kann das zu Übergewicht führen“, so Kenneth Wright, Direktor des Schlaflabors an der Uniklinik Colorado. Für ihre Studie betreuten die Forscher 14 Erwachsene, die während des sechstägigen Experiments im Krankenhaus lebten. Zunächst durften sie zwei Tage ihrem normalen Rhythmus folgen und nachts schlafen. Dann mussten sie drei Tage Nachtschicht leisten. Während der Studiedauer wurden Ernährung, Hormonhaushalt und Schlaf kontrolliert. Nach der ersten Nachtschicht benötigten die Probanden im Schnitt vier Prozent mehr Energie. Aber entgegen den Erwartungen stellte sich ihr Körper auf den neuen Rhythmus ein und verbrauchte pro weiterer Nacht drei Prozent weniger Energie. ■

WHO-RESOLUTION Studienergebnisse offenlegen

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat sich an der Konsultation zum Statement der World Health Organization (WHO) zur Offenlegung von Ergebnissen aus klinischen Studien beteiligt, die Mitte November zu Ende gegangen ist. Die Wissenschaftler, die in ihrer täglichen Arbeit auf vollständige Informationen zu klinischen Studien angewiesen sind, begrüßten die Aktualisierung der WHO-Resolution von 2005, die damals zur Einrichtung der Registrierungsplattform der WHO für internationale klinische Studien führte. Laut IQWiG werden viele Studien noch immer nicht registriert, Registerinträge nicht aktualisiert und Ergebnisse nicht veröffentlicht. ■

PREIS Welche Rolle hatten Ärzte in der NS-Zeit?

Bundesgesundheitsministerium, Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung haben zum fünften Mal ihren Preis für wissenschaftliche Arbeiten zur Aufarbeitung der Geschichte Ärzte in der NS-Zeit ausgeschrieben. Die Arbeiten müssen bis Juni 2015 bei der Bundesärztekammer eingehen. Mit dem Herbert-Lewin-Preis, benannt nach dem jüdischen Arzt Herbert Lewin (1899 bis 1981), der in den Konzentrationslagern Auschwitz, Oranienburg und Schwarzheide als Häftlingsarzt arbeiten musste – sollen Analysen ausgezeichnet werden, die sich der Rolle der Mediziner in der NS-Zeit widmen. ■

Fotos: AOK-Bundesverband, iStockphoto, Bündnis 90/Die Grünen, Hertie School of Governance, Bundesärztekammer/Akiva/Altengarten, GKV-Spitzenverband

HEILMITTEL

Sprachtherapie oft im Grundschulalter

Mit 48 Prozent ist vergangenes Jahr knapp die Hälfte aller verordneten Sprachtherapien von Kindern zwischen fünf und neun Jahren beansprucht worden. Das geht aus dem Heilmittelbericht 2014 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) hervor. So erhielt jeder vierte sechsjährige Junge eine Logopädie. Bei den gleichaltrigen Mädchen war es jedes sechste. „Der Übergang vom Kindergarten zur Grundschule wird in Deutschland zu großen Teilen mit ergotherapeutischer und logopädischer Hilfe gemeistert“, kommentierte WIdO-Vize Helmut Schröder. ■

UMFRAGE

Fachärzte sind unzufrieden

Insbesondere niedergelassene Fachärzte sind mit ihrem Beruf, allen voran mit ihrer wirtschaftlichen Situation, unzufrieden. Dies geht aus einer Detailauswertung des kürzlich vorgelegten Ärztemonitor 2014 des Meinungsforschungsinstituts infas im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und des NAV-Virchow-Bundes hervor. „Die generellen Zufriedenheitswerte des Ärztemonitors 2014 sollten nicht darüber hinwegtäuschen, dass vor allem die grundversorgenden Fachärzte unter den Rahmenbedingungen leiden. Über den Ärztemangel wird viel gesprochen, doch um junge Mediziner in die Niederlassung zu bekommen, müssen wir die Bedingungen vor allem bei den Grundversorgern deutlich verbessern“, sagte KBV-Chef Dr. Andreas Gassen. ■

Köpfe und Karrieren



+++ **MONIKA BACHMANN**, 64, hat als neue Sozialministerin des Saarlandes Andreas Storm abgelöst. Die Christdemokratin bekleidete dieses Amt schon einmal von August 2011 bis Mai 2012 und wechselte dann an die Spitze des Innenressorts. Nach ihrer Ausbildung arbeitete sie zunächst bis 1973 bei einem Kreditinstitut, nach der Familienphase als Bezirksleiterin einer Bausparkasse und von 1992 bis 2004 als Versicherungsfachfrau bei der Saarland-Versicherung. Dem Landesvorstand der CDU Saar gehörte sie von 1985 bis 2010 und dem saarländischen Landtag von 1994 bis 2004 an. Bevor sie im Jahr 2011 saarländische Innenministerin wurde, war sie sieben Jahre lang Landrätin des Landkreises Saarlouis.

+++ **SABINE BÄTZING-LICHTENTHÄLER**, 39, ist neue rheinland-pfälzische Sozialministerin. Ihr Amtsvorgänger Alexander Schweitzer übernahm den Vorsitz der SPD-Landtagsfraktion. Sabine Bätzing-Lichtenthäler trat 1994 in die SPD ein. Seit 1996 gehört sie dem SPD-Kreisvorstand Altenkirchen an, ist seit 2001 stellvertretende Kreisvorsitzende, seit 2004 Mitglied des Landesvorstandes und seit 2006 im Präsidium der rheinland-pfälzischen SPD. Ein Bundestagsmandat errang die gelernte Diplom-Verwaltungswirtin erstmals im Jahr 2002. Von 2005 bis 2009 war sie Drogenbeauftragte der Bundesregierung.



+++ **DIANA GOLZE**, 39, steht an der Spitze des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg. Die Diplom-Sozialpädagogin trat 1991 in die PDS-Jugendorganisation „Junge GenossInnen“ und sechs Jahre später in die PDS ein. Seit 1997 gehört sie dem Landesvorstand der PDS Brandenburg an. Stellvertretende Landesvorsitzende der Partei wurde sie 1999. Zwischen 1998 und 2001 saß sie im Kreistag Uckermark. In den Bundestag zog sie als Abgeordnete der Linkspartei erstmals im September 2005 ein.

+++ **BARBARA KLEPSCH**, 49, ist neue sächsische Staatsministerin für Soziales und Verbraucherschutz. Seit dem Jahr 1991 war die Verwaltungs-Betriebswirtin und CDU-Politikerin Oberbürgermeisterin der sächsischen Kreisstadt Annaberg-Buchholz. Bevor sie in die Politik ging, arbeitete sie zwischen 1988 und 1993 als Leiterin für Finanzen im Kreiskrankenhaus Annaberg und anschließend als Kämmerin der Stadt. Zudem gehört sie seit 2001 dem Hauptausschuss des Deutschen Städtetages an. Mitglied im Ausschuss für Soziales, Bildung und Kultur des Sächsischen Städte- und Gemeindetages ist sie seit 2008.



+++ **THOMAS REUMANN**, 58, ist zum neuen Präsidenten der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) gewählt worden. Er tritt die Nachfolge von Alfred Dänzer an, dessen Amtszeit Ende dieses Jahres endet. Thomas Reumann ist Reutlinger Landrat, seit 2009 Vorstandsvorsitzender der baden-württembergischen Krankenhausgesellschaft und seit Frühjahr dieses Jahres Mitglied der Pflege-Enquete des Landtages in Baden-Württemberg. Vizepräsidenten der DKG sind Ingo Morell, Vizepräsident der nordrhein-westfälischen Krankenhausgesellschaft, sowie Dr. Michael Philippi, Vorstandsvorsitzender der Sana Kliniken AG.

+++ **DIRK HEINRICH**, 55, bleibt weiterhin Bundesvorsitzender des NAV-Virchow-Bundes, Verband niedergelassener Ärzte Deutschlands. Der promovierte Hals-Nasen-Ohren-Arzt und Facharzt für Allgemeinmedizin bekleidet dieses Amt seit 2010. Zudem ist er Präsident des Deutschen Berufsverbandes der HNO-Ärzte. Neben seinem berufspolitischen Engagement hat er in Ruanda ein Weiterbildungsnetzwerk für HNO-Ärzte mitbegründet. Als Vizevorsitzender des NAV-Virchow-Bundes steht ihm weiterhin der Allgemeinmediziner Dr. Veit Wambach zur Seite.



4. Kongress · Qualitätsmessung und Qualitätsmanagement mit Routinedaten am 4. und 5. Mai 2015 in Potsdam

MONTAG, 4. MAI, 11:00 - 17:30 UHR

Eröffnung

- Francesco De Meo, IQM Initiative Qualitätsmedizin e.V., Berlin
- Annette Widmann-Mauz MdB, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin
- Uwe Deh, AOK-Bundesverband, Berlin

NATIONALE QUALITÄTSSTRATEGIEN

- Moderation:** Peter C. Scriba, Hans-Joachim Meyer
- **Qualitätsmessung und Qualitätsmanagement aus Sicht des G-BA**
Regina Klakow-Franck, Gemeinsamer Bundesausschuss, Berlin
 - **Qualitätsstrategie in Österreich**
Silvia Türk, Bundesministerium für Gesundheit, Wien
 - **Qualitätsstrategie in der Schweiz**
Oliver Peters, Bundesamt für Gesundheit (BAG), Bern

FÜNF JAHRE PEER REVIEW

- Moderation:** Ralf Kühlen, Michael Heberer
- **Fünf Jahre Peer Review bei IQM - was haben wir gelernt?**
Maria Eberlein-Gonska, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden
 - **Akzeptanz der freiwilligen Peer Review Verfahren in der Schweiz**
Daniel Zahnd, Inselspital Universitätsspital Bern
 - **Praxis der verpflichtenden Peer Review Verfahren in Österreich**
Silvia Türk, Bundesministerium für Gesundheit, Wien
 - **Qualitätsmessung und Peer Review aus Sicht der Krankenhausgesellschaft**
Werner Kübler, H+ Die Spitäler der Schweiz, Bern
 - **Qualitätsmessung und Peer Review aus Sicht der österreichischen Ärzteschaft**
Sibylle Kozek-Langenecker, Evangelisches Krankenhaus Wien
 - **Qualitätsentwicklung durch Peer Review aus Sicht der Bundesärztekammer**
Günther Jonitz, Bundesärztekammer, Berlin

HERAUSFORDERUNG QUALITÄTSVERBESSERUNG

- Moderation:** Jörg Martin, Wolfgang Krahwinkel
- **Was habe ich mit Peer Review zu tun?**
Jörg Noetzel, ALB FILS KLINIKEN GmbH, Göppingen
 - **Muss ich mir in die Karten gucken lassen?**
Thomas Schiedeck, Klinikum Ludwigsburg
 - **IQM - auch das noch?**
Henrike Rohlfing, Unfallkrankenhaus Berlin
 - **Integration von IQM in das hausinterne Qualitätsmanagement**
Thomas Petzold, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden
 - **IQM als Qualitätsmanagement-System**
Tatjana Völzke, Technische Universität Berlin
 - **IQM - ein Thema für den Qualitätsmanagementbeauftragten?**
Andreas Reiter, Johanniter GmbH, Berlin
 - **Erkannte Mängel - was nun?**
Rolf-Werner Bock, Ulsenheimer-Friederich Rechtsanwälte, Berlin

DIENSTAG, 5. MAI, 08:30 - 16:15 UHR

TRANSPARENZ! JA, ABER...

- Moderation:** Edmund Neugebauer, Josef Zacher
- **Akzeptanz der obligaten Qualitätsmessung in der Schweiz**
Michael Heberer, Universitätsspital Basel
 - **Angemessene Risikoadjustierung/Überadjustierung vermeiden**
NN
 - **Qualitätssicherung mit Routinedaten**
Jürgen Klauber, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Berlin
 - **Transparenz aus Patientensicht**
Stefan Etgeton, Weisse Liste, Berlin
 - **Welche Kriterien sollte die Transparenz im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung erfüllen?**
Joachim Szecsenyi, AQUA-Institut, Göttingen
 - **Transparenz als Motivator im Verbesserungsprozess**
Ralf Kühlen, HELIOS Kliniken, Berlin

QUALITÄTSSICHERUNG MIT ROUTINEDATEN (QSR), WIE?

- Moderation:** Günther Heller, Thomas Mansky
- **QSR-Basics: Grundlagen und Verfahren**
Elke Jeschke, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Berlin
 - **Qualitätsanalyse mit dem Klinikbericht**
Matthias Maneck, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Berlin und Christoph Scheu, Klinikum St. Elisabeth, Straubing
 - **Nutzung von QSR im Klinikmanagement (Was hat akut mit später zu tun?)**
Ekkehard Schuler, HELIOS Kliniken, Berlin
 - **Qualitätstransparenz für Patienten**
Christian Günster, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Berlin
 - **Häufige Fragen zum QSR-Verfahren**
Hanna Leicht, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Berlin

QUALITÄTSMESSUNG - WELCHE ZIELE?

- Moderation:** Günther Jonitz, Michael Albrecht
- **Welchen Weg geht das neue Qualitätsinstitut?**
NN, Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, Berlin
 - **Messen um zu verbessern - Worauf kommt es an?**
Thomas Mansky, Technische Universität Berlin
 - **Qualitätsindikatoren in der Krankenhausplanung**
Jochen Metzner, Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, Wiesbaden
 - **Erfahrungen mit Qualität und Zentrenbildung**
Johannes Bruns, Deutsche Krebsgesellschaft, Berlin

PODIUMSDISKUSSION

- Moderation:** Hans-Bernhard Henkel-Hoving
- Qualität in der Planung und Vergütung: Wie geht es weiter mit den Qualitätszielen des Koalitionsvertrags?**
- Lutz Stroppe, Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit, Berlin
 - Georg Baum, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Berlin
 - Uwe Deh, AOK-Bundesverband, Berlin
 - Francesco De Meo, IQM Initiative Qualitätsmedizin e.V., Berlin
 - Oliver Peters, Bundesamt für Gesundheit (BAG), Bern

HYGIENE

Viele Menschen ohne eigenes Klo

Etwa eine Milliarde Menschen auf der Welt hat keine eigene Toilette. Jedoch nehme ihre Zahl ständig ab, teilte die Weltgesundheitsorganisation WHO anlässlich des „Welttoiletentages“ mit. Im Jahr 2012 sei 30 Prozent mehr Geld für sauberes Wasser, sanitäre Anlagen und Hygiene ausgegeben worden als noch 2010. Wasser und Sanitäreanlagen seien unerlässlich für die Gesundheit, betonte Maria Neira, Direktorin der WHO-Abteilung für Gesundheit. Sie lobte die Politik, die noch nie so engagiert gewesen sei, allen Menschen Zugang zu diesen lebensnotwendigen Dingen zu gewährleisten. Indien etwa will bis 2019 Toiletten für alle Menschen im Land bauen. Derzeit geht noch etwa die Hälfte des Milliardenvolkes fürs Geschäft ins Freie. Große Fortschritte machten derweil Bangladesch und Nepal. ■



Einmal spülen, bitte: Sanitäreanlagen sind laut WHO unerlässlich für die Gesundheit.

KRANKENHAUS

Votum für Direktverträge

Für Verträge zwischen Krankenkassen und einzelnen Kliniken hat sich die Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (dggö) ausgesprochen. „Gerade in Regionen mit vergleichsweise großer Auswahl an Krankenhäusern mit ähnlichem Leistungsspektrum könnten selektivvertragliche Regelungen dazu beitragen, den Qualitätswettbewerb unter den Häusern zu intensivieren“, so der dggö-Vorstand. „Zusätzlich gibt es die Option, Fallpauschalen zu modifizieren, um auch den Preiswettbewerb zu fördern“, sagte dggö-Vorsitzender Professor Dr. Reiner Leidl von der Universität München. Ein ähnliches Vorhaben wollen Union und SPD mit ihrer geplanten Krankenhausreform 2015 umsetzen. ■

gen dazu beitragen, den Qualitätswettbewerb unter den Häusern zu intensivieren“, so der dggö-Vorstand. „Zusätzlich gibt es die Option, Fallpauschalen zu modifizieren, um auch den Preiswettbewerb zu fördern“, sagte dggö-Vorsitzender Professor Dr. Reiner Leidl von der Universität München. Ein ähnliches Vorhaben wollen Union und SPD mit ihrer geplanten Krankenhausreform 2015 umsetzen. ■

PILOTPROJEKT

Depression führt oft zu Arbeitslosigkeit

Psychische Erkrankungen sind das größte Vermittlungshemmnis bei Langzeitarbeitslosen, wie ein Pilotprojekt der Stiftung Deutsche Depressionshilfe zeigt. Danach leidet die Mehrheit der älteren Langzeitarbeitslosen (66 Prozent) an psychischen Erkrankungen, die bisher nicht erkannt oder optimal behandelt wurden. „Viele glauben, dass Langzeitarbeitslose durch die Arbeitslosigkeit psychisch erkranken. Häufig besteht eher ein umgekehrter Zusammenhang: Depressionen aber auch andere psychische Erkrankungen führen zu Arbeitslosigkeit und erschweren den Weg zurück in die Arbeit“, sagte der Stiftungsvorsitzende und Projektleiter Professor Dr. Ulrich Hegerl. Dies sei auch der Ansatzpunkt für das Modellprojekt Psychosoziales Coaching, das die Stiftung seit 2011 in Leipzig erprobt. ■

SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH

„Bei der Prävention spielt die Musik vor Ort“

Nach drei vergeblichen Anläufen will die Politik nun endlich ein Präventionsgesetz durchbringen. Ende gut, alles gut? Antworten von Fritz Schösser, alternierender Aufsichtsratsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes.



G+G: Herr Schösser, sind Sie guten Mutes, dass es diesmal etwas wird mit dem Präventionsgesetz?

SCHÖSSER: Alles andere wäre eine Blamage. Deshalb besteht natürlich die Gefahr, dass die Große Koalition Kompromisse eingeht, um den Bundesrat ins Boot zu holen. Das betrifft in erster Linie die finanzielle Mitverantwortung der Länder. In Sonntagsreden ist von der Gemeinschaftsaufgabe Prävention die Rede. Wenn's um Geld geht, zeigen dann aber alle auf die gesetzliche Krankenversicherung. Der Aufsichtsrat des AOK-Bundesverbandes hat dazu klar Position bezogen: Wer bestellt, muss auch bezahlen!

G+G: Das Gesetz soll die Zusammenarbeit der Beteiligten verbessern. Worauf kommt es an?

SCHÖSSER: Sicherlich brauchen wir eine gemeinsame Präventionsstrategie. Aber bei Prävention und Gesundheitsförderung spielt die

Musik vor Ort. Rahmenvorgaben der Bundesebene müssen die Arbeit auf Länderebene und in den Regionen unterstützen. Überregulierung kann da nur schaden.

G+G: Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) soll 35 Millionen Euro von den Krankenkassen bekommen und ebenfalls in Lebenswelten aktiv werden. Warum ist die AOK dagegen?

SCHÖSSER: Versichertenbeiträge sind nicht dazu da, die Arbeit einer staatlichen Einrichtung zu finanzieren. Die Kompetenz der BZgA auf ihren Gebieten steht außer Frage. Dazu zählt aber nicht Arbeit vor Ort. Warum sollten die AOKs die BZgA für etwas bezahlen, was sie selbst schon lange und besser machen? Parallelstrukturen oder gar Konkurrenz sind teuer und überflüssig. Sie schaden denen, um die es allen Beteiligten eigentlich gehen sollte.

Siehe zum Präventionsgesetz auch den Beitrag auf Seite 28–31.

Ein verzweifelter Ruf

Der Sozialverband VdK macht in deutschen Pflegeheimen grundrechtswidrige Zustände aus und klagt in Karlsruhe. Bewegungen tue der Schritt jedoch wenig, meint **Gabi Stief**.



POLITIK BESTEHT OFT AUS SYMBOLIK, während sich die Justiz an nüchterne Fakten hält. Die 112-seitige Verfassungsbeschwerde gegen den Pflegenotstand in Deutschland, die sieben Musterkläger mit Unterstützung des Sozialverbands VdK Mitte November in Karlsruhe einreichen, gehört da eher zu den Ausnahmen. Sie ist nicht frei von Symbolik. Kein

Wunder, dass sogar der VdK von einem ungewöhnlichen Weg spricht. Aber ist die Klage deshalb abwegig oder gar überflüssig?

Mitnichten, wenn man den Anlass der Klage betrachtet. Wer will schon bestreiten, dass in Pflegeheimen Mängel herrschen. Es fehlt häufig an ausreichendem und gutem Personal. Es fehlt an Zeit für Zuwendung, die eine menschenwürdige Pflege garantiert. Stattdessen werden Bewohner ruhig gestellt, damit sie nicht stören. Sie werden fixiert und sediert. Wie oft dies geschieht, wie viele der rund 10.000 Pflegeeinrichtungen Grundrechte verletzen und die Aufsicht wegschaut, kann niemand seriös beantworten. Aber es wäre unseriös zu behaupten, es gäbe nur gute Heime, was die Pflegenoten suggerieren.

Dennoch stellt sich die Frage, was die Kläger mit dem Gang nach Karlsruhe erreichen wollen. Die Hoffnung, die Richter könnten die Politik wie bei der Hartz-IV-Rechtsprechung dazu verdonnern, demnächst Milliarden für ein pflegerisches Existenzminimum bereitzustellen, ist verwegen. Der Wunsch, das System der Pflege grundsätzlich zu ändern, lässt sich nicht in einem Gerichtssaal erfüllen.

Vor diesem Hintergrund wirkt der Gang nach Karlsruhe wie der verzweifelter Ruf, endlich hinzuschauen und zuzuhören. Ein legitimes Mittel, das dennoch Nebenwirkungen hat. Auch die vielen Engagierten in der Branche stehen damit am Pranger. Die aktuellen Bemühungen, das System der Pflegestufen zu reformieren, werden ignoriert. Fest steht: Eine bessere Entlohnung von Pflegekräften und eine hohe Betreuungsquote in Pflegeheimen wird man nicht in Karlsruhe erstreiten. Aber genau darum geht es. Wer eine menschenwürdige Pflege garantieren will, muss als Erstes die chronische Unterbesetzung der Einrichtungen und die tariflosen Zustände beenden. Die Klage setzt auf Symbolik, die für Erregung sorgt und das Schönreden erschwert. Sie wird aber am Ende wenig bewegen. ■

Gabi Stief arbeitet in der Hauptstadredaktion der Hannoverschen Allgemeinen Zeitung.

VORURTEILE

Angstthema Aids

HIV-Infizierte werden nach Einschätzung der Bundesregierung bisweilen immer noch ausgegrenzt. Ängste und Diskriminierungen bestünden fort, wenn sich auch die Integration und Teilhabe der Menschen, die mit HIV leben, verbessert hätten, heißt es in einer Antwort auf eine Anfrage der Fraktion Die Linke. Die Bundesregierung lege in ihrer HIV/Aids-Strategie einen Schwerpunkt auf den Abbau bestehender Diskriminierungen. Aus Studien gehe jedoch hervor, dass es trotz gemeinsamer Anstrengungen nicht gelungen sei, Ängste in der Bevölkerung vor der Immunschwächekrankheit vollständig abzubauen. Auch am Arbeitsplatz müssten Menschen, die sich zu ihrer HIV-Infektion offen bekennen, Ausgrenzungen hinnehmen. Die Bandbreite reiche von abfälligen Äußerungen bis hin zu ungerechtfertigten Kündigungen. ■

MEHR INFOS: Bundestagsdrucksache 18/3130

FORSCHUNGSVORHABEN

Medikationsfehler oft vermeidbar

Das Bundesministerium für Gesundheit fördert am Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ein neues Forschungsprojekt zu Medikationsfehlern. Jeweils ein Jahr lang werden in drei Kliniken sämtliche Notfallweisungen von Patienten daraufhin untersucht, ob sie durch Fehler bei der Verschreibung oder Anwendung von Arzneimitteln verursacht wurden. Damit wollen die Forscher am BfArM neue Erkenntnisse

über das Ausmaß und die Gründe von Medikationsfehlern gewinnen. Das Projekt wird vom Bundesministerium für Gesundheit mit 580.000 Euro gefördert und findet an den zentralen Notaufnahmen der Universitätskliniken Bonn, Fürth und Ulm statt. BfArM-Präsident Professor Dr. Karl Broich betonte, Medikationsfehler führten in der Praxis immer wieder zu erheblichen Gesundheitsschäden, obwohl sie häufig vermeidbar seien. ■

LEISTUNGSKATALOG

Hilfe beim Posttrauma

Für gesetzlich versicherte Patienten mit einer posttraumatischen Belastungsstörung sollen die Krankenkassen eine weitere psychotherapeutische Behandlungsmethode übernehmen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) beschloss jetzt, dass das „Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing“ im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes in der Verhaltenstherapie, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder der analytischen Psychotherapie angewendet werden kann. Ziel des EMDR ist es, dass der Patient seine traumatischen Erlebnisse verarbeiten kann. Die Patienten werden vom Therapeuten aufgefordert, sich kurzzeitig der belastenden Erinnerung zu stellen. Gleichzeitig werden sie „bilateral“ stimuliert, etwa durch rhythmische Augenbewegungen oder durch Berührungen auf dem Handrücken. So sollen eventuelle Blockaden, die eine Verarbeitung der Erinnerungen verhindern, aufgehoben werden. Der GBA-Beschluss ist noch nicht in Kraft. ■

Klartext für Ärztinnen

Als Bequemlichkeit getarnt: Das Weglassen der weiblichen Form im Schreiben über einen Berufsstand offenbart eine Haltung, die dem Gesundheitssystem schadet.

Warum Ärztinnen in der Sprache vorkommen müssen, begründet **Norbert Schmacke**.

Die Zukunft der Gesundheitsversorgung hängt ganz wesentlich davon ab, wie sich die jungen Ärztinnen beruflich entscheiden. Dies wiederum wird dadurch beeinflusst, ob Politik und Gesellschaft ihnen den Weg zu einer gleichberechtigten Beteiligung an Praxis, Wissenschaft und Selbstverwaltung ermöglichen. Ärztinnen und Ärzte finden heute unterschiedliche Barrieren vor, wenn sie ihre Karriere planen. Wo über die Zukunft der Medizin geschrieben wird, verschwinden diese Unterschiede hinter der Floskel, dass „man“ die männliche Schreibweise aus rein pragmatischen Gründen gewählt habe, die Frauen aber mitgedacht seien. Das ist eine fromme Lüge. Im Weglassen der Ärztinnen äußert sich ein sozial- und gesundheitspolitischer Fehler. Das Arbeitskräftepotenzial in der Medizin liegt zunehmend bei den Frauen. Dennoch macht sich kaum jemand Gedanken, wie Ärztinnen der Eintritt in den Arbeitsmarkt erleichtert werden kann. Die Sprache zeigt das und ist insofern verräterisch.

Die Menstruation ist bei jedem anders.

Im Jahr 1984 erschien das Buch der Linguistin Luise F. Pusch „Das Deutsche als Männersprache“. Die Autorin zitiert darin aus dem Faltblatt in einer Tampon-

Schachtel: „Die Menstruation ist bei jedem ein bisschen anders“. Das klingt heute grotesk, und „man“ könnte den Eindruck gewinnen, die Zeit sei darüber hinweggegangen. Gendersensible Sprache fehlt aber nach wie vor in den meisten

Es ist eine fromme Lüge,
dass Frauen
immer mitgedacht seien.

Veröffentlichungen: eine Sprach- und Schriftform, welche die Sichtweisen und Bedürfnisse beider Geschlechter zum Ausdruck bringt. Das muss daran liegen, dass die Bedeutung von Gendersensibilität bislang nicht ausreichend klar geworden ist. Dass dies kein akademisches Problem ist, zeigen jüngste Publikationen zur Zukunft der ärztlichen Versorgung. Sie behaupten alle, die Beschränkung auf die männliche Sprachform diene nur der Lesefreundlichkeit.

So heißt es beispielsweise in „Gute Praxis in der ambulanten Versorgung“ aus dem IGES-Institut: „Die Berufsbezeichnungen bezeichnen beide Ge-

schlechter.“ In keinem der Kapitel ist davon die Rede, dass Frauen und Männer unterschiedliche Haltungen zu Delegation und Substitution, zu Telemedizin oder neuen Versorgungsformen etwa mit stärkerem Anteil an angestellten Ärztinnen und Ärzten haben könnten.

Frauenärzte sind in der Minderheit. Auch im „Faktencheck Gesundheit. Regionale Verteilung von Arztsitzen“, herausgegeben von der Bertelsmann Stiftung, ist zu lesen: „Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im vorliegenden Bericht durchgängig die grammatikalisch männliche Form (Patienten, Ärzte,...) benutzt. Sie bezieht sich gleichermaßen auf beide Geschlechter.“ Die Studie beschäftigt sich mit der Verteilung ärztlicher Ressourcen. Mit keinem Wort findet Erwähnung, dass Ärztinnen und Ärzte ihre Zukunft und die Probleme der Versorgung unterschiedlich beurteilen könnten. Besonders bemerkenswert ist die gender-unsensible Sprachform in folgender Überschrift: „Frauenärzte: Vorhandene Versorgungsunterschiede werden fortgeschrieben“. In diesem Fachgebiet sind Ärztinnen in der Überzahl, aber für die Planungen scheint das keine Rolle zu spielen.

Gutachten mit bitterem Beigeschmack.

Ein drittes Beispiel liefert das aktuelle Gutachten des Sachverständigenrates Gesundheit: „Wenn im Gutachten bei der Bezeichnung von Personengruppen, Gesundheitsberufen und anderen Kollektiven die männliche Form verwendet wird, so sind damit sowohl Männer als auch Frauen gemeint. Die Verwendung der oftmals kürzeren männlichen Form dient ausschließlich der besseren Lesbarkeit.“ Dass ausgerechnet dieses zukunftsweisende Gutachten darauf verzichtet, das Geschlechterverhältnis in der Ärzteschaft

Lese- und Webtipps

- Van den Bussche, H. et al.: **Die berufliche und private Situation von Ärztinnen und Ärzten zu Beginn der fachärztlichen Weiterbildung.** Gesundheitswesen 2014; 76(02): e1-e6. DOI: 10.1055/s-0033-1343441
- Deutsche Forschungsgemeinschaft: **Empfehlungen der Senatskommission für Klinische Forschung. Strukturierung der wissenschaftlichen Ausbildung für Medizinerinnen und Mediziner,** 2010. Download: www.dfg.de > DFG im Profil > Publikationen > Senatskommissionen > Ständige Senatskommission für Grundsatzfragen in der Klinischen Forschung
- Schmacke, N.: **Die Zukunft der Allgemeinmedizin in Deutschland. Potenziale für eine angemessene Versorgung,** 2013. Download: www.ipp.uni-bremen.de > Publikationen > Suchmaske > Schmacke eingeben
- Schmacke, N.: **Frau Doktor und die drei K.** In: G+G 6/2013, S. 34–39

für die Gestaltung der Versorgung umfassend zu reflektieren, ist bitter. Dass die Gesundheitsweisen irgendwie doch daran gedacht haben, lassen Begriffe wie „familienfreundliches Umfeld“, „Familienpause“ oder „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ ahnen. Die einzige klare Aussage lautet: „Da einerseits der Frauenanteil stetig steigt und andererseits das Rollenverständnis der Geschlechter sich insgesamt geändert hat, sind Maßnahmen wie arbeitsplatznahe, flexible Kinderbetreuung, Wiedereinstiegsprogramme nach einer Familien- oder Pflegepause, aber vor allem neue Konzepte mit Flexibilisierung der Arbeitszeit und einer verstärkten Möglichkeit, beispielsweise administrative Aufgaben zu Hause zu erledigen, wichtig.“

Nachteile in der Karriere. Der Sachverständigenrat scheint damit seine Pflicht und Schuldigkeit getan zu haben. Das Problem ist, dass sich das „Rollenverständnis der Geschlechter“ bei Frauen und Männern nicht gleichermaßen geändert hat. Die Soziologie belegt vielmehr das Fortbestehen der traditionellen Geschlechterrollen. Die Arbeitsgruppe von Hans van den Bussche hat gezeigt, dass Ärztinnen frühzeitig in ihrer Karriere benachteiligt sind, wobei in den Partnerschaften die klassische Arbeitsteilung bereits durchschlägt, bevor die Paare Kinder haben. Mit dem ersten Kind kommen die Ärztinnen verstärkt in Verzug.

Die Gesellschaft muss sich fragen, was sie gegen die hier sichtbar werdenden Verluste an medizinischem Potenzial zu tun gedenkt. Zwar bemühen sich vielerorts Bürgermeister, Parteien, die Selbstverwaltung der Ärzteschaft und die Krankenkassen um lokale Lösungen bei Versorgungsengpässen. In manchen Bundesländern haben Förderprogramme begonnen. Das ist gut und unverzichtbar, aber es ersetzt nicht die Entwicklung einer Zukunftsstrategie, die darüber nachgedacht hat, wie Männer und Frauen als Professionelle in den nächsten Jahrzehnten angemessene Positionen zu gleichen Bedingungen erringen können.

Bewährungsprobe für Selbstverwaltung. Die Ausrede, dass mit der männlichen Form immer beide Geschlechter gemeint seien, darf nicht länger akzeptiert werden. Und zwar nicht, weil ungnädige Femi-



Ausgesprochen weiblich: Von 86.000 Medizinstudierenden sind 52.000 Frauen.

nistinnen das nicht wollen, sondern weil sie mit ihrer Kritik auf etwas Substanzielles hinweisen: Wer immer nur die männliche Sprachform verwendet, der denkt eben nicht darüber nach, ob Frauen und Männer in ihren verschiedenen gesellschaftlichen Rollen dieselben Vorstellungen und Haltungen haben. Bezogen auf die Zukunft der ärztlichen Versorgung

Einzelne Förderprogramme ersetzen nicht die Entwicklung einer Zukunftsstrategie.

wird es höchste Zeit, durch Längsschnittuntersuchungen in Erfahrung zu bringen, wie sich junge Medizinerinnen und Mediziner ihre Zukunft vorstellen und wie sie sich für Fachgebiet und Niederlassung entscheiden. Durchgreifende Reformprogramme werden ohne derartige Evaluationen nicht zu entwickeln sein. Solche Studien sind Teil eines dringend erforderlichen Systemmanagements. Die gemeinsame Selbstverwaltung steht hier vor ihrer eigentlichen Bewährungsprobe.

Aktuelle Anlässe zur Sprachkritik. Es gibt zum Wachhalten immer noch die

Anklänge an die Denk- und Redeweisen, die für Luise F. Pusch Anlass zur Sprachkritik waren. In der Wochenzeitung „Die Zeit“ vom 17. Juli diskutieren Hans-Jochen Heinze vom Wissenschaftsrat und der Präsident der Bundesärztekammer, Frank Ulrich Montgomery, über den „Mangel im Überfluss“. Zitat Heinze: „Seien wir ehrlich: Wenn die Universitäten heute einen Professor berufen, dann schauen sie auf seine Leistungen als Arzt und Forscher“. Und Montgomery sagt: „Angesichts des rasanten medizinischen Fortschritts werden Ärzte immer häufiger in die Situation kommen, für unsere Patienten Therapie zu erwägen, für die es noch keine endgültigen Wirkungsstudien gibt, die aber dennoch sehr sinnvoll sein können.“

Und in einem Interview mit dem Deutschen Ärzteblatt vom 4. August sagt Montgomery: „Wir müssen dafür sorgen, dass allen klar wird, dass es ohne Ärzte überhaupt nicht geht, und dass wir hochmotivierte Ärzte haben, die ihren Beruf gerne ausüben.“ Vielleicht hätte das anders geklungen, wenn der Ärztetag eine Frau zur Präsidentin gewählt hätte. ■

Prof. Dr. Norbert Schmacke ist Mitglied der Abteilung Versorgungsforschung des Instituts für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen.
Kontakt: schmacke@uni-bremen.de

Lückenschluss beim Krankengeld

Beim Nachweis der Arbeitsunfähigkeit darf es keine Lücke geben. Andernfalls droht Langzeitpatienten, den Anspruch auf Krankengeld zu verlieren. Damit das nicht passiert, will die Politik neue Regeln einführen. **Von Ralf Breitgoff**

Wer bis zum Tag X krank geschrieben ist, braucht noch am gleichen Tag vom Arzt eine Folgebescheinigung, falls er weiter arbeitsunfähig ist. Zu oft käme vor, dass Versicherte wegen dieser sehr strengen Regelung aus dem Krankengeldbezug herausfielen, kritisierte der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Karl-Josef Laumann, auf einer Pressekonferenz im Dezember in Berlin. Zudem seien Versicherte offensichtlich unter Druck gesetzt worden, sich möglichst schnell wieder arbeitsfähig zu melden. Beides ist das Ergebnis des Monitors Patientenberatung 2014 der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD).

Anspruch auf Beratung. Die Bundesregierung will dem jetzt einen Riegel vorschieben. Die Politik hat mit Ärzten und Krankenkassen über Konsequenzen aus dem UPD-Monitor beraten. Künftig soll eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung am Folgetag genügen und ein Rechtsanspruch auf Krankengeld-Beratung durch die Krankenkassen verankert werden. Das Beratungsangebot bleibt jedoch freiwillig. „Die Zahlung des Krankengeldes kann nicht eingestellt werden, wenn die Beratung abgelehnt wird“, stellte Laumann klar. Versicherte müssen

zudem schriftlich in die Erhebung, Speicherung und Nutzung ihrer Daten einwilligen. Eine weitere Lücke soll auf Vorschlag des AOK-Bundesverbandes geschlossen werden. Nämlich jene, wenn während der Arbeitsunfähigkeit ein befristetes Arbeitsverhältnis endet und damit auch der Versicherungsschutz.

Beratung rund um die Arbeitsunfähigkeit ist bei der Gesundheitskasse längst gang und gäbe.

Etwa 1,8 Millionen Krankengeld-Fälle bearbeiten die Krankenkassen pro Jahr. Rund 7.000 Versicherte suchen Rat bei der UPD. Die bekommt ab 2016 vom Bund fast vier Millionen Euro mehr im Jahr, also statt 5,2 neun Millionen Euro.

Ansprechpartner für Langzeitkranke. Mehr als ein Drittel der Krankengeldfälle betreut die Gesundheitskasse. Der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Jürgen Graalman, verwies auf die Transparenz des eigenen Verfahrens. Erst nach einer schriftlichen Einladung erfolgt ein persönliches Gespräch, in dem

finanzielle Dinge, Hilfsangebote zur Gesundung sowie praktische Aspekte geklärt werden. Rund 3.000 speziell geschulte AOK-Berater begleiten die Versicherten während der gesamten Arbeitsunfähigkeit. Jeder hat einen festen Ansprechpartner. Der Krankengeld-Anspruch gehört zu den Ursprungsleistungen der GKV. „Er ist quasi ein Teil unserer DNA“, betonte Graalman.

Ärzte machen beim Krankengeld die Erfahrung, dass sich die Patienten um die Fortzahlung sorgen. Kritisiert würde vor allem der bürokratische Aufwand, da unterschiedliche Formulare für die AU-Bescheinigung erforderlich seien, sagte Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Zugleich räumte er aber ein, dass es sich auch um einen Verwaltungsakt handele, der juristisch wasserdicht sein müsse. KBV und GKV beraten aktuell darüber, beide Formulare zusammenzuführen.

Patienten brauchen Sicherheit. „Die Aussicht, irgendwann kein Krankengeld mehr zu erhalten, kann für einen kranken Menschen als Bedrohung erlebt werden und die Genesung gefährden“, weiß Graalman. Der Verbandschef sieht die AOK weiterhin als starken Partner. Der Bundesverband habe der UPD in jeder Region persönliche Ansprechpartner der AOKs genannt, und wir treffen uns regelmäßig mit der UPD.“ Den Patientenbeauftragten der Bundesregierung lud er in eine AOK-Geschäftsstelle ein. Am 15. Januar 2015 wird sich Laumann ein Bild von der Beratungspraxis der AOK Nordost machen. ■

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

Patienten sorgen sich ums Krankengeld

Zwischen April 2013 und März 2014 suchten rund 80.000 Versicherte Rat bei der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD). **27.740 Beratungsgespräche drehten sich um Ansprüche gegenüber Kostenträgern. Jedes vierte davon betraf das Krankengeld** (6.979 Kontakte). Hierbei ging es neben allgemeinen und übergreifenden Informationen zu Krankengeld (1.824 Kontakte) zumeist um die **sozialmedizinische Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit** (1.328 Kontakte) sowie um die Dauer des Krankengeldbezuges (1.116 Kontakte). In 1.355 Kontakten haben die UPD-Beraterinnen und Berater mindestens einen Hinweis auf eine Problemlage dokumentiert. Am häufigsten ging es dabei um die Vermutung, dass ein Kostenträger Krankengeld zu Unrecht verweigerte (444 Kontakte). Insgesamt stieg der Anteil der Beratungen zum Krankengeld im Vergleich zum Zeitraum 2012/2013 um rund vier Prozent auf 25 Prozent an.

Quelle: UPD, Monitor Patientenberatung 2014 (www.patien-tenberatung.de > Über die UPD > Monitor)

Von Hellersdorf bis Israel

Medizinische Versorgung im Kiez, Versorgungsforschung im Ausland und Health Literacy als Schlüssel für mehr Gesundheitskompetenz: Der Jahreskongress des Bundesverbandes Managed Care hält auch 2015 eine breite Themenpalette bereit. **Von Thomas Hommel**

Tief im Osten Berlins liegt Marzahn-Hellersdorf. Kahle Hochhäuser und breite Straßen prägen den Stadtteil mit seinen rund 250.000 Einwohnern. Der Bezirk gilt als sozialer Brennpunkt, auch weil hier viele Familien leben, denen Langzeitarbeitslosigkeit, frühe Elternschaft, Trennung der Eltern und fehlende Netzwerke zu schaffen machen. Der Frage, wie sich gesundheitliche Vorsorge und Versorgung an einem solchen Ort organisieren lassen, geht das Modellvorhaben „Präventionskette Marzahn-Hellersdorf“ der Arbeitsgemeinschaft Gesundheit Berlin-Brandenburg nach. Jetzt hat die Initiative Bilanz gezogen. Vorgestellt werden die Ergebnisse beim Jahreskongress 2015 des Bundesverbandes Managed Care (BMC) am 20. und 21. Januar in Berlin. G+G ist wieder Medienpartner des Kongresses, der von Gesundheitsminister Hermann Gröhe eröffnet wird.

Patientenorientierung! Aber wie? „Wer Menschen erreichen will, die nicht von sich aus auf bestehende Angebote zugehen können oder wollen, der ist auf gute Vernetzung angewiesen, auf eine gut eingespielte Zusammenarbeit mit einem breiten Spektrum von Akteuren. Dies gilt für gesundheitliche Prävention ebenso wie für die Versorgung – und es gilt insbesondere in sozialen Brennpunkten“, betont Werner Mall, Leiter der Unterabteilung Prävention bei der AOK Nordost. Die Gesundheitskasse fördert die Koordinierungsstelle „Gesundheitliche Chancengleichheit“ in Berlin. Gemeinsam mit Vertretern der Landespolitik diskutiert Mall Aufgaben und Schwerpunkte regionaler Versorgung am Beispiel des Bezirks Marzahn-Hellersdorf.

Doch der Fokus der BMC-Tagung liegt nicht bloß auf regionalen Themen. Es geht um die ganz grundsätzliche Fra-



Prävention im Kiez:
ein Blick auf
Marzahn-Hellersdorf

ge, wie sich Patientenorientierung als ein wesentlicher Schlüssel für mehr Qualität im Gesundheitswesen praktisch umsetzen lässt. „Das Ziel, den Patienten in den Mittelpunkt zu stellen, eint viele Akteure“, sagt BMC-Vorstandsvorsitzender Professor Dr. Volker Amelung. „Die Herausforderung besteht jedoch in der Umsetzung dieser Zielsetzung.“

Zusammen mit mehr als 500 Akteuren und Experten aus allen Bereichen des Gesundheitswesens will der BMC daher in Plenumsitzungen sowie zwölf thematischen Foren Fragen wie diese erörtern: Wie müssen sich Versorgungsstrukturen ändern, um eine stärkere Patientenorientierung zu ermöglichen? Und wo sollten die Interessen der Patienten verstärkt in den politischen Entscheidungsprozessen berücksichtigt werden?

Vom Funktionär zum Patient. Konkrete und möglicherweise überraschende Antworten darauf erwartet sich der BMC

auch von einem, der das hiesige Gesundheitswesen sowohl als mächtiger Funktionär wie auch als Patient sehr gut kennt. Dr. Andreas Köhler, ehemaliger Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, erlitt Ende 2013 selbst einen Herzinfarkt und schied anschließend aus seinem Amt aus. „Wenn ein Kenner des Gesundheitssystems seine Erfahrungen als Patient schildert, kann das im Idealfall neue Reformperspektiven eröffnen“, sagt BMC-Geschäftsführerin Dr. Susanne Ozegowski.

Versorgungsforschung made in Israel.

Dasselbe gelte für die Vorträge ausländischer Experten, betont Ozegowski. „Der Blick über den nationalen Tellerrand ist uns seit jeher ein Anliegen.“ Diesmal richtet sich der Blick auch nach Israel. Von dort reist Professor Dr. Ran Balicer, Politischer Direktor bei Clalit Health Services. Clalit gehört zu den vier großen Krankenversicherern des Landes und deckt rund 50 Prozent der Bevölkerung ab. Ziel des Clalit-Research-Institutes, dem Balicer vorsteht, ist es, anhand von Datenforschung Defizite in der Versorgung zu erkennen und darauf abzielende, passgenaue Programme aufzusetzen.

Dass die Patienten selbst gefragt sind, soll eine Veranstaltung unter dem Titel „Patientenempowerment, Health Literacy und Shared Decision Making“ deutlich machen. Noch ist bei vielen Bürgern die Gesundheitskompetenz (Health Literacy) allerdings nicht ausreichend vorhanden. Die Folgen sind immens: Nach Schätzungen der WHO beläuft sich der Anteil der Gesundheitsausgaben aufgrund unzureichender Gesundheitskompetenz auf drei bis fünf Prozent. Allein für Deutschland wären dies zwischen neun und 15 Milliarden Euro. ■

Mehr Infos unter www.bmcev.de

Karriere eines Kassenblattes

Vor hundert Jahren erschien die erste Ausgabe der Zeitschrift Ortskrankenkasse, der Vorläuferin von G+G. **Ulrich P. Schäfer** hat in alten Bänden des Kassenorgans geblättert und wirft ein Streiflicht auf das, was die AOK damals bewegte.

Im Jahr 1914 zog endlich Frieden ein – wenigstens in der Krankenversicherung. Sie hatte zuvor ein „ausgedehntes Kampffeld wirtschaftlicher und sozialpolitischer Interessengruppen geboten“, schrieb Rechtsanwalt Georg Baum, der erste Chefredakteur der „Ortskrankenkasse“. Herausgeber Albert Kohn, Direktor der Allgemeinen Ortskrankenkasse der Stadt Berlin, wurde deutlicher: „Ein Jahrzehnt herrschte Krieg zwischen den deutschen Krankenkassen und der organisierten Ärzteschaft.“

Informationen für Vorstände. Die „Ortskrankenkasse“, die am 1. Mai 1914 zum ersten Mal erschien, sollte kein Kampfblatt sein, sondern nach den Worten ihres Chefredakteurs „ein klares Bild aller vertretenen Meinungen“ verschaffen – nur dann könne man die „Gegner bekämpfen“. Deshalb werde das Blatt jeder Ansicht seine Spalten öffnen. „Die Redaktion wird frei von jeder Parteipolitik, aber im Geiste einer fortgeschrittenen Sozialpolitik geführt.“ Und die „Ortskrankenkasse“ hatte einen praktischen Nutzen. Sie sollte „insbesondere Kassenvorstände und Angestellte“ zur Gesetzgebung „stets auf dem laufenden erhalten“.

Dienstboten füllen die Wartezimmer. Damit verfügten die Ortskrankenkassen 30 Jahre nach ihrer Gründung über ein eigenes „amtliches Organ“ – eine unbeabsichtigte Folge der Ärztestreiks vom Herbst 1913. Die Weigerung der Ärzte, Patienten ohne Vorausbezahlung zu behandeln, hatte zum „Berliner Abkommen“ und zum ersten Schritt in die Kollektivverträge geführt. Die erste Ausgabe beschäftigte sich ausführlich mit den Folgen des Berliner Abkommens für die Verträge der Kassen mit Ärzten, die als „Nothelfer“ eingesprungen waren.

Eduard Gräf beschrieb auf den nächsten Seiten die Folgen der Einbeziehung von Dienstboten aus Privathaushalten in die Krankenversicherung. Grundsätzlich hielt er das für eine gute Sache: „Millionen junger Mädchen sind jetzt zur Freude jedes Sozialpolitikers in den Kreis der Versicherten endlich doch einbezogen worden.“ Manche Kassen hätten ein „gutes Risiko“ erwartet, weil Dienstboten jung und gesund seien. Leider nahmen die Kassen weniger ein als gedacht, weil Kost und Logis nicht in dem Maße in die Beitragsberechnung einbezogen wurden wie erwartet. So betrug der Beitrag nicht, wie erhofft, 75 Pfennig pro Woche, sondern nur 51 Pfennig. Vielen Herrschaften war auch das noch zu viel: „Die Wartezimmer der Kassenärzte sind jetzt schon mit Dienstboten gefüllt, die direkt von der Herrschaft geschickt werden, damit sie ‚für die hohen Beiträge‘ auch richtig behandelt werden. Jetzt ist das Gebiss direkt nach dem 1. Januar 1914 so defekt geworden, dass sofort eine Beihilfe, und nicht zu knapp, von der Kasse gewährt werden muss.“

Krieg gefährdet Zukunftspläne. Als dann im Sommer ein wirklicher Krieg begann, stellte Julius Cohn von der AOK Berlin schon in der Ausgabe vom 1. September bemerkenswert nüchtern fest, der Krieg werfe „alle Zukunftspläne über den Haufen. Die arbeitsfähigen, im besten Mannesalter stehenden Mitglieder gehen ins Feld, die Mitgliederzahlen der Kassen sinken rapide, die Beitragszahlung fängt an zu stocken, aber die Ausgaben bleiben vorläufig dieselben; denn sowohl die schlechten männlichen Risiken als auch die weiblichen Mitglieder bleiben am Orte, und die große Arbeitslosigkeit sowie die hereinbrechende Not sorgen dafür, dass der Krankenstand der Kassen nicht

Väter der „Ortskrankenkasse“

Dr. jur. Georg Baum (1874–1933), erster Chefredakteur der „Ortskrankenkasse“, Rechtsanwalt am Kammergericht, später Geschäftsführer des Arbeitsgerichtsverbandes und Dozent an der Handelshochschule Berlin

Julius Cohn (1871–1941), von 1925 bis 1932 Direktor der AOK Berlin, Anfang der 30er-Jahre Ziel antisemitischer Attacken, März 1933 Flucht über die Schweiz nach Palästina

Eduard Gräf (1870–1936), Lithograf, Arbeitsekretär, von 1896 bis 1920 Vorsitzender der AOK Frankfurt am Main, von 1918 bis 1920 Unterstaatssekretär im preußischen Ministerium für Volkswohlfahrt, von 1920 bis 1932 Bürgermeister der Stadt Frankfurt am Main, Dezernent für Wohlfahrtspflege

Albert Kohn (1857–1926), von 1914 bis 1925 Direktor der Allgemeinen Ortskrankenkasse der Stadt Berlin, Pionier der Krankheitsverhütung (Tuberkulose, Alkoholismus), 1902 Initiator der ersten Wohnungs-Enquete in Berlin zum Zusammenhang von Wohnverhältnissen und Infektionskrankheiten

Helmut Lehmann (1882–1959), von 1914 bis 1933 Geschäftsführer des Hauptverbandes der deutschen Ortskrankenkassen, nach 1933 mehrfach in Haft, seit 1946 Mitglied des Parteivorstandes beziehungsweise des ZK der SED, ab 1950 Vorsitzender des Zentralvorstandes der Sozialversicherung der DDR

Quelle: Florian Tennstedt: Soziale Selbstverwaltung. Band 2. Bonn 1977

erheblich abnehmen wird. Die Kassenverwaltungen haben jetzt alles daranzusetzen, um die Krankenversicherung vor dem Zusammenbruch zu bewahren.“

Eduard Gräf schilderte am 16. Oktober die Lage. Tausende Ärzte dienten an der Front. Das zog in der Heimat einen



Plakate und Präparate: Die „Ortskrankenkasse“ schaltete Anzeigen für Mittel zur Gesundheitsförderung der Versicherten.

Ärztlemangel nach sich, besonders „auf dem flachen Lande“, mit noch schlechteren Aussichten bei „der gewaltigen Zahl der Opfer des Krieges“. Die Krankenkassen appellierten an ihre Mitglieder, nicht „beim ersten kleinen Schmerz“ zum Arzt zu rennen. Die Kassen müssten an ihre Reserven gehen und die Ärzte bereit sein, auf Teile ihres Honorars zu verzichten, ebenso Hebammen, Apotheker und Zahnärzte, forderte Gräf: „Wer denkt jetzt an Zahnschmerz? Wer an Plomben?“

Zwei Weltkriege haben die Bände der „Ortskrankenkasse“ überstanden. In der Bibliothek des AOK-Bundesverbandes sind sie fast alle erhalten. Sie sind durch viele Hände gegangen und sorgfältig durchgearbeitet worden: mit Bleistift, Rotstift und dezenten Randnotizen in feinen Sütterlinbuchstaben.

Ein Dach für viele Kassen. In der Blütezeit der Weimarer Republik, seit dem 1. Januar 1925, firmierte die Zeitschrift als „Deutsche Krankenkasse“. Der Hauptverband der deutschen Ortskrankenkassen e. V. hatte seinen Namen in „Hauptverband deutscher Krankenkassen e. V.“ geändert, weil er neben drei Vierteln der Ortskrankenkassen auch einige – sozialdemokratisch orientierte – Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen ver-

trat. Die meisten übrigen Ortskrankenkassen, vor allem aus Bayern, dem Rheinland und Westfalen, gehörten dem eher konservativen „Gesamtverband der Krankenkassen Deutschlands“ an.

Mit dieser Verbändevielfalt war es nach der „Machtergreifung“ vorbei. Noch am 2. März 1933 konnte Helmut Lehmann, Geschäftsführer des Hauptverbandes der deutschen Ortskrankenkassen, schreiben: „Der Reichstagswahlkampf entfaltet sich immer mehr zu einer Stimmungsmache gegen die Krankenversicherung. Nach den Pressestimmen zu urteilen, scheint es beinahe so, als ob – wie man sich heute auszudrücken beliebt –, die Beseitigung der roten Bonzokratie in den Ortskrankenkassen das Ziel dieses Wahlkampfes ist.“ Solche kritischen Äußerungen sollten erst einmal nicht mehr vorkommen. Am 1. November war die Spitzenmeldung auf der ersten Seite des Blattes, das jetzt „Die Deutsche Ortskrankenkasse“ hieß, die Herausgabe der Adolf-Hitler-Gedenkmünze – „den Kassenangestellten zur Anschaffung empfohlen“.

Im Krieg eingestellt. „Kein Opfer und vor allem keine Arbeitsstunde, die wir länger zu arbeiten haben, soll uns zu viel sein“, hieß es bei Kriegsbeginn. Am 10.

März 1943 stellte „Die Ortskrankenkasse“ (ihr Name seit 1934) ihr Erscheinen ein, „um Menschen und Material für andere kriegswichtige Zwecke freizumachen“. 66 Namen umfasste die Sammelanzeige für die gefallenen Kollegen auf den ersten beiden Seiten der Ausgabe; im Leitartikel ging es um die Vereinfachung der Abrechnung von Ersatzansprüchen zwischen Krankenkassen und Berufsgenossenschaften. Es folgte noch ein unregelmäßiges „Mitteilungsblatt des Reichsverbandes der Ortskrankenkassen“, neun Ausgaben bis Ende November 1944.

Das Forum bleibt erhalten. Am 1. Januar 1949 erschien „Die Ortskrankenkasse“ wieder in den drei Westzonen, mit einer Doppelnummer. Sie hielt sich, ab 1989 unter dem Kürzel DOK, noch fast fünf Jahrzehnte. Gemeinsam mit ihrem letzten Chefredakteur, Argo Semlitsch, ging sie 1998 in den Ruhestand. Ihr Nachfolgeblatt zeigt schon im Namen, dass es sich dem Versprechen verpflichtet fühlt, das Georg Baum 1914 gab. Es öffnet sich für konträre Standpunkte. Es bietet ein Forum für Themen aus: „Gesundheit und Gesellschaft“. ■

Dr. Ulrich P. Schäfer schreibt regelmäßig für G+G.

Patient Krankenhaus

Sinkende Investitionen, steigende OP-Zahlen – die Kliniken haben Reformbedarf. Auf einer Veranstaltung der AOK Baden-Württemberg empfahlen Experten, sich an der Qualität zu orientieren und das Angebot zu differenzieren. **Von Ines Körver**

Kränkeln die Krankenhäuser, Operieren wie am Fließband, Kliniken im Überlebenskampf – solche Schlagzeilen sind derzeit häufig zu lesen. Gutachter attestieren dem stationären Sektor in dicken Expertisen immer wieder Änderungsbedarf. Die Große Koalition hat eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe eingesetzt, die Vorschläge für eine Klinikreform machen soll. Konsens scheint zu sein: Irgendwas läuft schief in den Kliniken. Doch wie sieht die Lösung der Probleme aus? Das diskutierten Experten auf der Veranstaltung „AOK Baden-Württemberg im Dialog“ am 17. November in Stuttgart.

Mengendynamik ist Hauptleiden. Der alternierende Vorsitzende des Verwaltungsrates der AOK Baden-Württemberg, Peer-Michael Dick, schätzte in seinem Einleitungsreferat sozusagen die Schwere der Erkrankung im Südwesten ein. „Der Patient Krankenhaus mag auch in Baden-Württemberg erkrankt sein, aber keineswegs hoffnungslos. Wir haben eine vergleichsweise gute Versorgungslandschaft.“ Dick nannte die Mengendynamik „eines der Hauptleiden“ sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene. Die AOK Baden-Württemberg habe beispielsweise aus ihren Versicherten-Reihen von 2008 bis 2013 einen Anstieg von 32 Prozent bei Schulter- und von 19 Prozent bei Wirbelsäulen-Operationen zu vermelden.

Kostengefühl vermitteln. Auch Professor Dr. Thomas Kolb, Leiter des Studiengangs Gesundheitsökonomie an der Hochschule RheinMain in Wiesbaden, hob in seinem Impulsreferat hervor, die Versorgung in Deutschland sei „verglichen mit den anderen internationalen Gesundheitssystemen relativ hoch“. Diesen Standard gelte es zu halten. Die Patienten neigten allerdings dazu, mit ihrer

Krankenversicherungskarte, die ein wenig einer goldenen Kreditkarte gleiche, relativ unbedacht Gesundheitsleistungen einzufordern. Kolb plädierte dafür, den gesetzlich Versicherten nach Klinikaufenthalten Rechnungen mitzugeben, „nicht, damit sie diese bezahlen, sondern damit sie ein Gefühl für die entstehenden Kosten bekommen“. Die Politik müsse

das Gesundheitssystem Milliardenbeträge sparen könne, ohne dass sich die Versorgung verschlechtere. Vielmehr gelte es, im stationären Sektor die Strukturen zu ändern und zukunftsfest zu machen. Die Krankenhausplanung müsse sich am Bedarf der Patienten orientieren, nicht an betriebswirtschaftlichen Forderungen einzelner Kliniken. Das Problem sei: Viele Krankenhäuser hätten den mit den Fallpauschalen beabsichtigten Rationalisierungsschub nicht umgesetzt. Außerdem käme das Land seinen Investitionsverpflichtungen nicht ausreichend nach.

Zentren bilden. Dr. Monika Vierheilig, Ministerialdirigentin im Sozialministerium Baden-Württembergs, plädierte wie andere Diskutanten für eine differenzierte Angebotsstruktur. Sie meinte: „Wir müssen uns von der Vorstellung verabschieden, überall alles anbieten zu wollen.“ Vierheilig empfahl eine Zentrenbildung sowie integrierte Versorgungsangebote. Sie plädierte zudem für den Erhalt guter Qualität in der Fläche.

Thomas Reumann, Vorstandsvorsitzender der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft und neuer DKG-Präsident, beteuerte, dass die Kliniken sich mit großem Aufwand um hohe Qualität bemühten. Was hohe Qualität sei und wie man sie messe, sei aber keineswegs klar, konterte Dr. Andrea Grebe, Vorsitzende der Geschäftsführung von Vivantes, einem großen Krankenhausbetreiber in Berlin.

Dazu erklärte der Spiegel-Redakteur und Autor Jörg Blech: „Qualität ist, wenn es dem Patienten nach der Rücken-OP besser geht als vorher. Das heißt auch, dass man Patienten vor falschen oder überflüssigen Eingriffen bewahrt.“ ■

Ines Körver ist Redakteurin im KomPart-Verlag.

Kosten über dem Durchschnitt

Kosten pro Krankenhaus-Fall
(in Euro)

2012

Baden-Württemberg 4.350

Bundesdurchschnitt 4.060

2013

Baden-Württemberg 4.509

Bundesdurchschnitt 4.152

Mit 4.509 Euro lagen die Kosten je Krankenhausfall in Baden-Württemberg 2013 um 8,6 Prozent über dem Bundesdurchschnitt. Doch die Patienten sind dort nicht schwerer krank als im Rest der Republik, sondern das Vergütungsniveau liegt vergleichsweise hoch. Mit einem Landesbasisfallwert von 3.193,50 Euro belegt Baden-Württemberg im Jahr 2014 Platz drei bundesweit. *Quelle: Destatis*

auch über Rationierung und Priorisierung nachdenken.

Dieser Vorschlag reizte den Vorstandsvorsitzenden der AOK Baden-Württemberg, Dr. Christopher Hermann, in der Podiumsdiskussion zu massivem Widerspruch. Er entgegnete: „Geld ist genug vorhanden. Es wird nur teilweise falsch eingesetzt.“ Hermann sagte, das AOK-System habe mit seinen Arzneimittel-Rabattverträgen gezeigt, dass das Ge-

„Nicht zum Nachteil der Versicherten“

Eine bessere medizinische Versorgung vor Ort will die Große Koalition mit dem geplanten GKV-Versorgungsstärkungsgesetz erreichen. Das kann nach Ansicht von **Uwe Deh** nur gelingen, wenn Schwarz-Rot alle Vorgaben konsequent am Nutzen für den Patienten ausrichtet.

Herr Deh, erneut verfolgt eine Große Koalition mit einem Vorhaben in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) das Ziel einer „Stärkung“. 2007 war es das Wettbewerbsstärkungsgesetz, nun ist es das Versorgungsstärkungsgesetz. Wie zuversichtlich sind Sie, dass dieses Ziel erreicht wird?

Uwe Deh: Wichtig ist erst einmal, dass die Politik den Handlungsbedarf erkannt hat. Das war 2007 der Fall, als die damalige Große Koalition den zu geringen Handlungsspielraum bei Verträgen zwischen einzelnen Krankenkassen und Leistungserbringern festgestellt hatte und daher auf mehr wettbewerbliche Lösungen setzte. Nun hat die jetzige Große Koalition erkannt, dass die bisherigen Ansätze, die ambulante Versorgung zu verbessern, noch nicht ausreichend sind. Weder an der Überversorgung in Ballungszentren noch an den Nachfolgeproblemen insbesondere von Hausärzten auf dem Land hat sich bisher Entscheidendes verbessert.

Welche neuen Ansätze sind notwendig?

Deh: Hauptgründe für die jetzige Situation sind, wie auch der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen dargelegt hat, dass die medizinische Versorgung noch zu stark in die Sektoren ambulant und stationär getrennt ist. Und sie ist nur unzureichend am Bedarf der Patienten ausgerichtet. Hier benötigen wir mehr Flexibilität und mehr Gestaltungsspielraum. Denn Krankenkassen und Leistungserbringer wissen am besten, was die Patienten vor Ort benötigen. Da muss nicht jede neue Idee sofort in die bundesweite Regelversorgung aufgenommen werden. Kassen und Ärzte sollen einen Innovationsvorsprung auch exklusiv nut-

zen dürfen. Erst dann entsteht ein Wettbewerb um die beste Versorgung, wie ihn die Politik immer wieder fordert, aber bisher nur unzureichend ermöglicht hat.

Die Bundesregierung will dazu die rechtlichen Vorgaben für die bisher unterschiedlichen Vertragsformen vereinheitlichen. Ist das ein geeigneter Weg?

Deh: Der Teufel steckt ja häufig im Detail. Nur weil man beispielsweise aus rechtssystematischen Gründen die besonderen Versorgungsformen in einem Paragraphen zusammenführen will, darf das nicht dazu führen, dass bewährte Versorgungsmodelle infrage gestellt werden. Das wäre ein Schlag ins Gesicht für all diejenigen, die sich seit Jahren für eine gute medizinische Versorgung jenseits des Kollektivvertrags einsetzen. Was ist der gut gemeinte neue Paragraph 140a schon wert, wenn damit gut gemachte Versorgungsverträge gefährdet werden?

Mehr Gestaltungsmöglichkeiten über die Sektorengrenzen hinweg ist auch das Ziel des geplanten Innovationsfonds, mit dem die Große Koalition neue Versorgungsformen fördern und die Versorgungsforschung stärken will. Braucht die GKV einen solchen Fonds als Innovationsschub?

Deh: Natürlich freuen wir uns über mehr Gestaltungsmöglichkeiten. Ob ausgerechnet ein vom Gemeinsamen Bundesausschuss verwalteter Fonds die Innovationskraft in unserem Gesundheitswesen steigert, das wage ich zu bezweifeln. Wichtig ist doch, dass wir – Ärzte, Kliniken und Kassen – die Chance erhalten, vor Ort in der Versorgung neue Wege zu gehen. Wir brauchen Instrumente, um längst erkannte Defizite zu beseitigen.

Die bundespolitische Gebetsmühle mit der Forderung zur sektorübergreifenden Versorgung ist ja beispielsweise schon reichlich abgenutzt. Getan hat sich trotzdem nur wenig. Wir brauchen Instrumente vor Ort, damit wir auch praktisch einen Schritt vorankommen. Wenn schon ein Innovationsfonds errichtet wird, dann



Uwe Deh ist Geschäftsführender Vorstand des AOK-Bundesverbandes.

sollte dieser vornehmlich Projekte vorantreiben, die die Versorgungsrealität der Patienten verbessern. Das funktioniert nur, wenn Krankenkassen immer an Verträgen und Projekten beteiligt sind.

Inwieweit passt dazu die Absicht der Großen Koalition, die Vergütung zu erhöhen?

Deh: Was auf den ersten Blick nach mehr Gerechtigkeit aussieht, ist zuvorderst eine Finanzspritze für die Vertragsärzte in Nordrhein-Westfalen. Diese „Aufwärtsangleichung“ der Arzthonorare wird eine Aufwärtsbewegung der finanziellen Belastung der Versicherten zur Konsequenz haben. Allerdings ohne die Gewissheit zu erhalten, dass sich die Versorgungssituation im Land verbessern würde. Der Grundsatz „Geld folgt Leistung“ darf nicht zum Nachteil der Versicherten über den Haufen geworfen werden. ■

Praxis



für Positive

HIV hat weltweit Millionen Todesopfer gefordert. In Deutschland halten Medikamente das Virus heute soweit in Schach, dass infizierte Menschen damit alt werden können. Was das für ihr Leben bedeutet, zeigt ein Besuch in der Berliner Schwerpunktpraxis von Dietmar Schranz. Eine Reportage von **Kay Funke-Kaiser** (Text) und **Stefan Boness** (Fotos)

Dietmar Schranz, Arzt für Innere Medizin, legt die lebensrettenden Medikamente vor sich auf den Tisch. Die erste Pille ist orange, die zweite blassrosa, die dritte grün. Alle drei sind groß und kantig und sehen nicht so aus, als seien sie einfach zu schlucken. Alle drei sind die neuesten Präparate in der Behandlung von HIV-Patienten. Jedes der Medikamente enthält drei Wirkstoffe. Es braucht mindestens drei Wirkstoffe, um eines der gefährlichsten Viren der vergangenen 50 Jahre erfolgreich zu bekämpfen. Einer allein reicht nicht. Das Virus verändert sich so schnell, dass dauernd neue Varianten entstehen, gegen die das verabreichte Arzneimittel dann wirkungslos ist. Erst drei Wirkstoffe zusammen halten die Mutationen im Zaum. Diese Erkenntnis brachte die Wende im Kampf gegen das HI-Virus, das bisher weltweit fast 40 Millionen Menschen das Leben kostete (siehe Kasten „HIV und Aids in Zahlen“ auf Seite 24).

Individuelle Dauer-Medikation finden. Ralph Ehrlich sitzt seinem Arzt Dietmar Schranz gegenüber und betrachtet mit ihm gemeinsam die Kurve seiner Leberwerte auf dem Computerbildschirm. Vor drei Monaten hatte er eines der neuen Kombi-Präparate ausprobiert. Nur noch eine Tablette morgens und eine am Abend einzunehmen – das war deutlich einfacher gewesen, als jeden Wirkstoff einzeln. Doch Ralph Ehrlich vertrug das Kombi-Präparat nicht. Es hatte starke Nebenwirkungen. Seine Fettwerte stiegen an, die Kurve auf dem Computerbildschirm ging in diesem Zeitraum deutlich nach oben. Er entschied, zu seinen alten Medikamenten zurückzukehren. Jetzt muss er morgens und abends wieder jeweils drei Tabletten schlucken. Was sich zunächst wie eine Kleinigkeit anhört, ist tatsächlich nicht so einfach, wenn es darum geht, jahrelang sorgfältig Tabletten einzunehmen.

Auf Dauer die richtige Medikation für den Patienten zu finden, ist ein ganz entscheidender Punkt in der HIV-Behandlung. „Den meisten Patienten ist klar, welches Risiko sie eingehen, wenn sie ihre Tabletten nicht regelmäßig nehmen“, sagt Arzt Dietmar Schranz. Sind zu wenige Wirkstoffe im Blut, kann sich das Virus wieder vermehren und unempfindlich gegen die Arznei werden. Solche Resistenzen gehören zu den größten Risikofaktoren in der HIV-Behandlung. Durch Resistenzen kann ein Arzneimittel nach dem anderen für den Patienten unwirksam werden. Das Virus wäre erneut lebensgefährlich.



EINNAHMES-SCHEMA FÜR ZUGELASSENEN MEDIKAMENTE GIB			
STRs (Single Tablet Regimens)			
Alter	Tablette (in Originalpackung)	Einweisung für Erwachsene	Anzahl der Tabletten am Tag
18-64 Jahre		Eine Tablette (240 mg TDF + 245 mg FTC + 150 mg COBI) einmal täglich	1
18-64 Jahre		Eine Tablette (240 mg TDF + 250 mg FTC + 25 mg RPV) einmal täglich	1
18-64 Jahre		Eine Tablette (240 mg TDF + 250 mg FTC + 800 mg RPV) einmal täglich	1
Nukleosidische/Nukleotidische Reverse-Transkriptase-Inhibitoren			
18-64 Jahre		Eine Tablette (240 mg TDF + 250 mg FTC) einmal täglich	1
18-64 Jahre		Eine Tablette (240 mg TDF) einmal täglich	1
18-64 Jahre		Eine Tablette (240 mg TDF) einmal täglich	1
18-64 Jahre		Eine Tablette (240 mg TDF + 250 mg FTC) einmal täglich	1
18-64 Jahre		Eine Tablette (240 mg TDF + 250 mg FTC) einmal täglich	1

„Bleiben wir bei dieser Medikation?“ fragt Internist Dietmar Schranz (links) seinen Patienten Ralph Ehrlich. Der hat ein neues Kombipräparat gegen HIV nicht vertragen und will „erst einmal Ruhe“.

Abwehrkräfte bleiben stabil. Für Ralph Ehrlich war die Rückkehr zur alten Medikation erst einmal richtig. Seine Leberwerte liegen wieder im normalen Bereich. „Bleiben wir jetzt bei dieser Medikation?“, fragt Schranz seinen Patienten. Die Fettwerte sprechen dafür, die große Anzahl an einzelnen Tabletten dagegen. Dietmar Schranz erläutert seinem Patienten die Alternativen: Er könnte auch eines der anderen Kombi-Präparate ausprobieren. Inzwischen gebe es sogar eins, bei dem müsste er nur noch eine Tablette am Tag einnehmen. Allerdings nach dem Essen. Nur eine Banane, die Ralph Ehrlich oft zum Frühstück ausreicht, sei zu wenig. Mindestens 400 Kilokalorien müssten es schon sein. Ralph schaut noch einmal auf die Kurve seiner Leberwerte und entscheidet sich: „Erst einmal Ruhe.“ Er habe eine leicht hypochondrische Ader und der Anstieg der Fettwerte habe ihn schon beunruhigt. Dietmar Schranz unterstützt diese Entscheidung. In drei Monaten wollen sie erneut beraten. Bis dahin: keine weiteren Experimente.

Solch ruhige Entscheidungen gehören zu den großen Fortschritten in der HIV-Therapie. Wer heute ein HI-Virus in sich trägt, muss nicht mehr um sein Leben fürchten. Das Virus steckt zwar in seinem Körper, aber es ist nicht mehr in der Lage, die Abwehrkräfte so zu schwächen, dass er an einer sonst harmlosen Krankheit stirbt. „Wer heute regelmäßig seine Medikamente nimmt, hat eine mehr oder weniger normale Lebenserwartung“, erklärt Dietmar Schranz. „Er ist zwar chronisch krank, kann aber meist leben und arbeiten wie jeder andere auch.“ In Deutschland leben schätzungsweise knapp 80.000 Menschen mit einer HIV-Infektion. Ihre Zahl nimmt seit den 1990er-Jahren zu, da seit dieser Zeit weniger Menschen an der Infektion sterben. Seither sind neue hochwirksame Therapien verfügbar.

HIV und Aids in Zahlen

Aids steht für Acquired Immundeficiency Syndrome. Ursache für Aids ist die Infektion mit HIV (Human Immunodeficiency Virus). **Von Aids spricht man, wenn das HI-Virus das körpereigene Abwehrsystem so weit geschwächt hat, dass es dem Körper schwerfällt, Infektionen zu bekämpfen.** HIV befällt vor allem die Helferzellen und vermehrt sich in ihnen. Die Helferzellen steuern andere Zellen des Immunsystems bei der Abwehr von Krankheitserregern. Eine HIV-Infektion ist nach wie vor nicht heilbar. Wenn rechtzeitig eine antiretrovirale Therapie gegen HIV begonnen und konsequent weitergeführt wird, bestehen gute Chancen, über viele Jahre und Jahrzehnte mit HIV zu leben und eine schwere Immunschwäche zu verhindern, schreibt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung unter www.gib-aids-keine-chance.de

Laut Schätzungen des Robert Koch-Instituts lebten in Deutschland Ende 2013 rund 80.000 Menschen mit HIV, darunter 65.000 Männer. Rund 3.200 Menschen infizierten sich demnach 2013 neu mit HIV. Geschätzt 14.000 Menschen leben mit einer noch nicht diagnostizierten HIV-Infektion. 2013 starben etwa 550 Menschen infolge der Infektion. Rund 54.000 Infizierte standen Ende 2013 unter antiretroviraler Therapie. Seit Beginn der Epidemie starben in Deutschland rund 28.000 Menschen an HIV/Aids.

Weltweit haben sich nach Angaben von UNAIDS seit Beginn der Epidemie mehr als 78 Millionen Menschen mit HIV infiziert. Knapp 39 Millionen sind an den Folgen ihrer HIV-Infektion gestorben. Ende 2013 lebten weltweit schätzungsweise 35 Millionen Menschen mit HIV, von denen rund 13 Millionen Zugang zu HIV-Medikamenten hatten. Die Zahl der Neuinfektionen sank 2013 auf 2,1 Millionen, die Zahl der HIV-bedingten Todesfälle auf 1,5 Millionen. ■



Test im praxiseigenen Labor: Drei Wirkstoffe müssen HIV-Infizierte gleichzeitig und auf Dauer einnehmen – dann ist bei den meisten das Virus im Blut nicht mehr nachweisbar.

Eine Erkältung konnte tödlich sein. Damit ist eine Normalität eingeekehrt, die 1983, als das Virus erstmals beschrieben wurde, undenkbar war. „In den ersten Jahren der Epidemie hieß es für einen Arzt vor allem, viel zu viel sterbendes Elend zu ertragen“, erinnert sich Dietmar Schranz, damals Medizinstudent. Infizierte sich ein Mensch mit dem Virus, hatte er durchschnittlich noch drei Jahre zu leben. Hatte das Virus das menschliche Abwehrsystem entscheidend geschwächt, lag die Lebenserwartung sogar nur bei sechs Monaten. Die HIV-Infizierten erkrankten nicht tödlich am Virus, sondern daran, dass der menschliche Körper nicht mehr in der Lage war, sich gegen Krankheiten zu wehren. Aus einer Erkältung wurde so schnell eine Lungenentzündung, die sich vielleicht noch erfolgreich mit Antibiotika behandeln ließ. Doch dann folgte schnell eine weitere Erkrankung der nächsten, bis der Patient nicht mehr zu retten war. „Die Ärzte waren bis Mitte der neunziger Jahre nicht in der Lage, diese Treppe nach unten zu verhindern“, berichtet Schranz.

Die Ärzte konnten bis Mitte der neunziger Jahre dem Sterben keinen Einhalt gebieten.

Die Praxen von schwulen Hausärzten entwickelten sich damals über Nacht zu ersten Schwerpunktpraxen. Das Robert Koch-Institut, eine Einrichtung der Bundesregierung zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten, hatte wegen einer neuen Impfung gegen Hepatitis B bundesweit Blutproben eingefroren und diese nach Ausbruch der HIV-Epidemie getestet. Die erschreckenden Testergebnisse schickte das Institut an die behandelnden Ärzte. Schwule Hausärzte hatten so von heute auf morgen eine große Zahl von Patienten, die HIV-positiv getestet waren. Manche veranstalteten „Infoabende“ mit 30 bis 40 Patienten, an denen sie diesen verzweifelt mitteilen mussten: „Sie haben alle das Virus und ich habe keine Ahnung, wie ich ihnen helfen kann.“ Es war ein Alptraum. Die Ärzte sahen ihre Patienten teilweise täglich, um Infusionen zu legen oder Chemotherapien durchzuführen. Dem Sterben konnten sie jedoch keinen Einhalt gebieten.

Fast jedes Jahr kam ein neues Medikament auf den Markt, doch erst 1996 war klar: Drei Wirkstoffe sind nötig, um das Virus erfolgreich zu bekämpfen. Zwei sind zu wenig. Gut 30 Jahre nach Ausbruch der HIV-Infektion kann Dietmar Schranz


sagen: „Heute haben wir kaum noch Patienten, die wir nicht behandeln können. Bei über 85 Prozent der Patienten ist das HI-Virus sogar im Blut nicht mehr nachweisbar. Das ist ein enormer Fortschritt.“

Die Diagnose war ein Schock. Ralph Ehrlich ist heute 51 Jahre alt. 1991 hat er sich mit dem Virus angesteckt. Fast die Hälfte seines Lebens ist er HIV-positiv. Die ersten Jahre wusste er nichts von der Infektion. Jahre später ging er an einem Wochenende wegen einer Erkältung mit viel zu hohem Fieber ins Krankenhaus. Die Ärzte konnten sich das Fieber nicht erklären und schlugen mehr aus Routine einen HIV-Test vor. Das Ergebnis war für Ehrlich unfassbar: „Die müssen was verwechselt haben, die haben die Blutproben vertauscht!“ Sein Hausarzt machte einen Kontrolltest und 14 Tage später war klar: Er war lebensgefährlich erkrankt. Die Jahre, die er noch zu leben hatte, waren an einer Hand abzuzählen. Das Ende plötzlich so nah. Ralph Ehrlich saß auf der Treppe vor der

Praxis und heulte. Wo und wann er sich angesteckt hatte, wusste er nicht. „Ich bin doch völlig der romantische Typ.“ Harten Sex hatten andere praktiziert, er nicht. Er war der Kuschetyp. Warum bloß hatte es ihn getroffen? Es blieb das Gefühl, etwas falsch gemacht zu haben, sich nicht ausreichend geschützt zu haben, selbst an der Krankheit schuld zu sein.

Zwei Wochen dauerte es, bis er die Diagnose seiner Mutter berichten konnte. Was für ein Gespräch, ihr mit der Diagnose sagen zu müssen, dass er noch vor ihr sterben werde. Es war dann seine Mutter, die aktiv wurde, die nach dem richtigen Arzt und nach Selbsthilfegruppen suchte. Sie fragte genau nach: „Was ist denn das, was mein Sohn da hat?“, während der Sohn grübelte: „Was fängst du noch mit der restlichen Zeit an?“ Unsäglich das Gefühl, sich nicht mehr auf seinen Körper verlassen zu können. Ein nichtiger Anlass und es war aus und vorbei. Jederzeit konnte die tödliche Spirale der Erkrankungen losgehen.

Solidarität unter Homosexuellen. Also Tabletten und nochmals Tabletten nehmen. Zwölf bis 15 am Tag, zu festgelegten Uhr-



„Die haben die Blutproben verwechselt.“ Ralph Ehrlich konnte es vor rund 20 Jahren zunächst nicht glauben, dass er HIV-positiv ist.


zeiten. Die einen 20 Minuten vor dem Essen, die anderen danach. Ohne Auszeit. Ein strenges Regiment. Immer an die Tabletten denken. Immer die Tabletten mitnehmen, wenn man abends nicht zu Hause aß. Die Tabletten erlaubten auch kein Vergessen der Erkrankung. Jeden Tag war die tödliche Infektion gegenwärtig. Ständig musste Ralph Ehrlich aufpassen. Bloß keine U-Bahn fahren, sich nicht mit einem Schnupfen anstecken. Ein Leben mit ständiger Todesahnung.

Aber auch er war für andere lebensgefährlich, wenn er nicht aufpasste. Ralph Ehrlich war ansteckend. HIV wird durch

Sexualkontakte übertragen, anal oder vaginal, durch Bluttransfusionen, die gemeinsame Nutzung von Spritzen oder von der Mutter auf das Kind während der Schwangerschaft, bei der Geburt oder beim Stillen. Direkter Blutkontakt birgt das größte Risiko. Auch beim Oralverkehr besteht eine geringe Übertragungschance, wenn Verletzungen im Mund bestehen. Wie bei vielen begann die Stigmatisierung bei Ehrlich mit der Selbststigmatisierung: „Ich bin derjenige, der das Virus mitbringt.“

Sein Engagement bei der AIDS-Hilfe half ihm, mit der Krankheit leben zu lernen: mit der Notwendigkeit, regelmäßig zu seinem Arzt zu gehen, sich Blut abnehmen zu lassen und seine Medikation zu besprechen. Aber auch, sich weder zurückzuziehen noch isolieren zu lassen. Mit der Krankheit sogar öffentlich zu leben. Die Geschichte des Kampfes gegen die HIV-Infektion ist auch die Geschichte einer großen Solidarität unter Homosexuellen. Ein gemeinsames Leben und Sterben vor aller Augen.

Ein Marathon bringt den Wendepunkt. Auf der einen Seite dieser Impuls: „Wir lassen uns von der Krankheit nicht unterkriegen.“ Ich beweis mir und den anderen, dass noch viel möglich ist. 2008 lief Ralph Ehrlich seinen ersten Berlin-Marathon. Ein Jahr lang trainierte er regelmäßig. Von wegen, ständig wie ein Untoter durch die Gegend zu schleichen. Jeder Kilometer der Strecke gab ihm Vertrauen in seinen Körper zurück. Es waren sagenhafte 42,195 Kilometer. Der Wendepunkt waren die Freunde und die Familie an der Strecke. Alle unterstützten ihn, alle jubelten ihm zu. Da war sie wieder, die Freude am Leben.



„Viel lieber wäre ich in Paris!“ Das soll auf seinem Grabstein stehen, sagt Ralph Ehrlich. Im „Raum der Stille“ in der Praxis von Dietmar Schranz sind an der Wand die Namen der verstorbenen Patienten zu lesen.



„Ich möchte noch vor meinem Ruhestand erleben, dass sich eine HIV-Erkrankung heilen lässt“, sagt HIV-Spezialist Dietmar Schranz.

Auf der anderen Seite hieß die Geschichte der AIDS-Hilfe aber auch: „Wir trauern gemeinsam um unsere Toten.“ Am 30. November veranstaltet die Berliner AIDS-Hilfe jedes Jahr einen Trauerzug für die Verstorbenen, in diesem Jahr bereits der 27. Allein in Berlin sind es geschätzt 400 bis 600 Personen. Ralph Ehrlich weiß bereits, was auf seinem Grabstein stehen soll: „Viel lieber wäre ich in Paris!“ Paris ist seine Lieblingsstadt. In Paris hat er anderthalb aufregende Jahre gelebt. Und viel lieber ginge er noch einmal auf den Boulevards dieser Stadt spazieren, als hier in der Erde zu verrotten – das soll die Botschaft seiner Grabinschrift verkünden. Seine wiedergefundene Lebensfreude soll noch seinen Tod überdauern. Auch in der Praxis von Dietmar Schranz wird der Toten gedacht. Zwischen Empfang und Wartezimmer liegt ein kleiner Ruheraum mit einem Deckenfenster, ein Raum der Stille, in dem an einer Wand die Namen der verstorbenen Patienten stehen. Ein Raum der Besinnung, in dem weder Patienten noch das Lebensende vergessen werden. Dieser Raum steht für Schranz auch für eine spirituelle Kraft, die ihn bei Todesfällen trägt. Aber auch von seinen Patienten erfährt er Mut und Kraft, die ihm oft Rückhalt gebe.

HIV plus Demenz und Hepatitis. Sein Körper komme bis heute gut mit dem Virus klar, sagt Ralph Ehrlich. Bisher sind keine lebensgefährlichen Folgeerkrankungen aufgetreten, bisher stehen ihm noch alle Medikamente offen. Noch hat sich keine Resistenz gegen einen Wirkstoff gebildet. Ganz anders ergeht es Herrn R., den seine Betreuerin mit Rollator in das Sprechzimmer von Dietmar Schranz führt. Herr R. hat jahrelang Drogen genommen anstelle seiner Medikamente. Inzwischen lebt er im Heim, wo die Schwestern dafür sorgen, dass er seine HIV-Hemmer nun regelmäßig nimmt. Vor ein paar Tagen hatte er aufgrund eines epileptischen Anfalls einen Unfall. „Haben Sie selbst etwas

gemerkt?“, fragt Schranz. Herr R. schaut einen Moment vor sich hin, als hätte er die Frage nicht gehört, antwortet aber dann: „Kam plötzlich.“ „Sie sind gefallen“, hakt der Arzt nach. „Ja, vom Stuhl gefallen“, erwidert Herr R. Auf dem Computerbildschirm erscheint eine lange Liste von Medikamenten, die er täglich einnehmen muss, längst nicht nur gegen seine HIV-Infektion. Seine Leberwerte sind schlecht und Herr R. leidet häufig unter starken Durchfällen. Dietmar Schranz geht mit seinem Patienten die Medikamente durch, ohne dass Herr R. immer folgen kann. „Das besprechen wir nächstes Mal mit Steffie, ihrer Betreuerin“, schlägt der Arzt vor. Herr R. reagiert nicht. „Wer ist Steffie?“, fragt Schranz. Immer noch keine Antwort. „Sie sind noch nicht wieder ganz auf dem Damm, nicht wahr?“ Herr R. lächelt. Ihm macht nicht nur seine HIV-Infektion, seine Demenz, sondern auch eine Hepatitis C-Infektion zu schaffen.

Luft zum Atmen geben. Dietmar Schranz hat bis heute eine Schwerpunktpraxis für HIV-Infizierte. Im Jahr 2001 hat er diese Praxis eingerichtet, „die Luft zum Atmen geben soll“. Die Sprechzimmer sind deshalb eher klein, dagegen bieten der Empfang und das Wartezimmer viel Platz. „Schon die Atmosphäre soll helfen, gesund zu werden.“ Viele seiner Patienten schätzen vor allem, dass hier ihre HIV-Infektion und Homosexualität normal sind. Kein anderer Patient steht auf, wenn er von der Erkrankung des Patienten neben ihm erfährt. Viele kommen von außerhalb nach Berlin, aus Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen. „Je weiter jemand von einer Großstadt oder einer Schwulenszene entfernt wohnt, desto größer ist die Diskriminierung“, erklärt Schranz. Auch gebe es immer noch Ärzte, die keine HIV-Patienten behandeln. Selbst in Berlin weigerten sich insbesondere einzelne Zahnärzte.

In Berlin ist die Behandlung von HIV-Patienten inzwischen Alltag und Routine. Noch ist die Krankheit nicht besiegt, noch infizieren sich in Deutschland jährlich 3.000 bis 4.000 Menschen mit dem Virus. Die meisten von ihnen sind Männer, die mit Männern Sex haben, und Personen, die intravenös Drogen nehmen. „Mein Wunsch wäre es, noch bis zum Ende meiner beruflichen Tätigkeit erleben zu können, dass eine Heilung der HIV-Erkrankung möglich ist“, sagt Dietmar Schranz, 54 Jahre alt. „Dass ein Wirkstoff gefunden wird, der einen Patienten vollständig vom HI-Virus befreit.“ ■

Kay Funke-Kaiser ist freier Journalist in Berlin.

Kontakt: kay.funke-kaiser@t-online.de

Stefan Boness ist freier Photojournalist in Berlin.

Kontakt: www.iponphoto.com

Gemeinschaftspraxis mit Schwerpunkt HIV

Gemeinsam mit seinem Kollegen Klaus Fischer betreibt Internist Dietmar Schranz in Berlin eine HIV-Schwerpunktpraxis. Insgesamt acht Praxismitarbeiterinnen und -mitarbeiter unterstützen die beiden Ärzte. Die Praxis bietet unter anderem hausärztliche Versorgung, HIV-Therapie, Behandlung chronischer Virushepatitiden, psychotherapeutische Beratung und Intervention. www.schranzundfischer.de



Gesetzespaket für die Prävention

Seit Jahren plant die Politik, die Gesundheitsvorsorge in einem eigenen Gesetz zu verankern. Schwarz-Rot will den jüngsten Entwurf jetzt über die Hürde bringen. Strittig ist bisher, wer sich finanziell beteiligt und über den Einsatz der Mittel entscheidet. **Von Thomas Rottschäfer**

Diesmal soll es klappen: Das Bundeskabinett bringt noch vor Weihnachten ein Gesetz in den Bundestag ein, das zum Ziel hat, die Gesundheitsförderung und Prävention vor allem in Lebenswelten wie Kindergärten, Schulen, Betrieben und stationären Pflegeeinrichtungen zu stärken. Zugleich soll es den Rahmen für eine bessere Zusammenarbeit aller Beteiligten auf Bundes- und Landesebene setzen. Das Präventionsgesetz ist einer der gesundheitspolitischen Spiegelstriche im Koalitionsvertrag, die Union und SPD seit Jahresbeginn abarbeiten. In puncto Prävention können die Koalitionspartner auf zehn Jahre Vorarbeit zurückgreifen: Am 20. September 2013 – zwei Tage vor der jüngsten Bundestagswahl – ließ der Bundesrat ein vom Bundestag bereits verabschiedetes Präventionsgesetz durchfallen. Damit scheiterte bereits Anlauf Nummer drei. Das soll sich bei Anlauf Nummer vier nicht wiederholen. Angesichts klarer Mehrheitsverhältnisse in Bundestag und Bundesrat eigentlich kein Problem. Doch wenn es ums Geld geht, sitzt den Ländern das Sparleibchen näher als die Spenderhose. Der AOK-Bundesverband ist deshalb besorgt, dass die Bundesregierung die Länder aus der finanziellen Mitverantwortung entlassen könnte, um das Präventionsgesetz endlich ins Bundesgesetzblatt zu bekommen.

Länder stehen nicht in der Pflicht. Bereits in der entsprechenden Passage im Koalitionsvertrag ist von den Ländern nicht die Rede. Auch laut Gesetzentwurf sollen sie an der Gemeinschaftsaufgabe lediglich „angemessen“ beteiligt werden. „Die Länder müssen sich zu ihrer Verantwortung bekennen“, fordert deshalb der AOK-Bundesverband in seiner Stellungnahme zum Gesetzentwurf. „Ohne konkrete Leistungen der Länder und ohne deren Einbindung in die geplante nationale Präventionsstrategie wird es kaum gelingen, bundesweite Rahmenempfehlungen in Landesvereinbarungen umzusetzen“, befürchtet Kai Kolpatzik, Leiter der Abteilung Prävention beim AOK-Bundesverband.

Grundsätzlich begrüßt die AOK das Vorhaben, Prävention als wesentliche Säule zur gesundheitlichen Versorgung der Be-

völkerung auszubauen und bekennt sich zur Verantwortung der Krankenkassen. Der AOK-Bundesverband hat ein entsprechendes Positionspapier veröffentlicht (*siehe Web- und Lesetipps*). „Die Bundesregierung formuliert die richtigen Ziele. Dazu gehört die Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten ebenso wie die Verbesserung der Rahmenbedingungen für kleine und mittlere Betriebe und deren engere Verknüpfung mit dem Arbeitsschutz“, sagt Kolpatzik.

Wer zahlt, soll mitbestimmen. Trotz des Bekenntnisses zu Prävention und Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftlicher Aufgabe birgt der Gesetzentwurf aus Sicht der AOK aber das Risiko, dass vor allem die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) neue finanzielle Lasten schultern soll. Eine Finanzierung von Aufgaben der öffentlichen Hand durch die Krankenkassen oder andere Arten der Zweckentfremdung von Beitragsgeldern lehnt die Gesundheitskasse entschieden ab. „Wer bestellt, bezahlt“, heißt es im AOK-Positionspapier. „Und nur wer bezahlt, soll mitbestimmen dürfen“, betont Kai Kolpatzik mit Blick auf die im Gesetz vorgesehene Entwicklung einer nationalen Präventionsstrategie (*siehe Kasten „Neue Lenkhilfe für die Prävention“ auf Seite 30*). „In diesem Prozess dürfen nur die Beteiligten ein Stimmrecht erhalten, die sich inhaltlich und finanziell zu ihrer Verantwortung bekennen.“ Die AOK vermisst in diesem Zusammenhang eine ebensolche Einbindung der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung. Und für die private Krankenversicherung sei lediglich eine freiwillige Beteiligung vorgesehen.

Web- und Lesetipps

- www.aok-bv.de > Gesundheit > Vorsorge > AOK-Präventionsberichte
- www.aok-bgf.de Informationen zur betrieblichen Gesundheitsförderung
- „**Gesunde Lebensräume schaffen**“: Positionspapier des AOK-Bundesverbandes zur Prävention, **Download:** www.aok-bv.de > Presse > Pressemitteilung vom 7. Oktober 2014

Neue Lenkhilfe für die Prävention

Die gesetzliche Krankenversicherung initiiert und entwickelt gemeinsam mit Pflege- und Unfallkassen sowie der Rentenversicherung eine

Nationale Präventionsstrategie

- bundeseinheitliche Rahmenvereinbarung Prävention
- Präventionsbericht (alle vier Jahre)

Umsetzung durch

Nationale Präventionskonferenz

Geschäftsführung: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Arbeitsgemeinschaft aus

- Kranken-, Pflege-, Unfallkassen und Rentenversicherung (je 2 Sitze mit Stimmrecht)
- Verband der privaten Krankenversicherung (wenn finanziell beteiligt, 1 Sitz mit Stimmrecht)
- Bund und Länder (2 Sitze mit beratender Funktion)
- Kommunale Spitzenverbände und Spitzenverbände der Arbeitgeber und Arbeitnehmer (je 1 Sitz mit beratender Funktion)

beraten durch ein **Präventionsforum**, organisiert von der BZgA
Zusammensetzung: Vertreter der für die Prävention und Gesundheitsförderung maßgeblichen Organisationen und Verbände, stimmberechtigte und beratende Mitglieder der Nationalen Präventionskonferenz

daraus ergeben sich

Landesrahmenvereinbarungen

geschlossen von den Landesverbänden der Kranken- und Pflegekassen mit den in den Ländern zuständigen Stellen sowie der gesetzlichen Unfall- und Rentenversicherung

Der Gesetzgeber plant eine neue Struktur für die Steuerung der Prävention: Eine Nationale Präventionskonferenz setzt die Nationale Präventionsstrategie um. Beraten wird die Konferenz von einem Präventionsforum. Der AOK-Bundesverband will das Vorgehen verschlanken und transparenter machen. Er empfiehlt, anstelle des Präventionsforums bei Bedarf gezielt themenspezifisch Fachexperten einzubeziehen. *Quelle: AOK-Bundesverband*

Darin sieht auch der GKV-Spitzenverband in seiner Stellungnahme „eine erhebliche Schiefelage, da die gesetzlich Versicherten und ihre Arbeitgeber die lebensweltbezogenen Präventionsleistungen auch für die privat Versicherten finanzieren“.

Orientierungswert wird mehr als verdoppelt. Konkret wird der Gesetzentwurf vor allem, wenn es um die Aufgaben der Krankenkassen geht. Sie sollen ab 2016 jährlich sieben Euro je Versicherten in Prävention investieren. Aktuell beträgt der Orientierungswert 3,09 Euro. Die AOK liegt mit 4,61 Euro bereits darüber. Von den sieben Euro sind mindestens zwei Euro für die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und mindestens zwei Euro für Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten vorgesehen. Die Aufstockung schлüge bei den Krankenkassen mit zusätzlichen Ausgaben von mehr als 220 Millionen Euro pro Jahr zu Buche. „Es ist falsch, Prävention und Gesundheitsförderung an verpflichtende Geldleistungen zu binden“, sagt Kolpatzik. „Die Krankenkassen sollen zu Recht nur in qualitätsgeprüfte und nachhaltige Maßnahmen investieren. Das ist aber bei einer Verdoppelung des Orientierungswertes von 2015 auf 2016 nicht zu erreichen.“ Die AOKs haben über viele Jahre Erfahrungen im Bereich von BGF und Setting-Ansätzen in Lebenswelten gesammelt. Laut Gesetzentwurf wären sie gezwungen, ab 2016 nach dem Gießkannen-Prinzip Geld für Maßnahmen auszugeben, die kaum oder gar nicht qualitätsgeprüft sind. „Im schlimmsten Fall wird das Geld für Plakataktionen rausgeworfen“, fürchtet Kai Kolpatzik.

Kassen lehnen zusätzliche Bürokratie ab. Der AOK-Bundesverband hat deshalb vorgeschlagen, die Orientierungswerte für BGF und Lebenswelten 2016 zunächst um einen Euro und in den zwei Folgejahren um je 50 Cent anzuheben. So bliebe den Kassen Zeit, ohne Zwang zum Geldausgeben geeignete Maßnahmen zu entwickeln. Damit das gelingt, müssen aus Sicht der AOK auch Bedarf und Evidenz von Präventionsangeboten besser erforscht werden. Dazu müsse man das Bundesforschungsinstitut in die nationale Präventionsstrategie einbinden.

Für die Krankenkassen soll es sich nicht lohnen, bei den Orientierungswert-Ausgaben zu sparen. Laut Gesetzentwurf hat der GKV-Spitzenverband in der BGF nicht verausgabte Mittel „an aktive Kooperationen oder Projekte“ zu verteilen. Das lehnt der AOK-Bundesverband ab. Die Verantwortung für die Beitragsgelder solle bei den Verbänden der Krankenkassen bleiben: „Ziel muss sein, gemeinsam mit den Regionen, Einrichtungen und Unternehmensverbänden, die einen besonderen Unterstützungsbedarf haben, Lösungen zu entwickeln, um an das Niveau guter Praxis anzuknüpfen.“ Wie der GKV-Spitzenverband lehnen deshalb auch die AOKs den Aufbau neuer zusätzlicher Organisationsstrukturen bei der betrieblichen Gesundheitsförderung ab.

Keine Konkurrenzsituation schaffen. Auf einhellige Ablehnung der Krankenkassen stößt der Plan der Bundesregierung, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten zu beauftragen. 35 Millionen Euro sollen die Krankenkassen der

Kölner Einrichtung künftig jährlich überweisen. „Die BZgA hat als nachgeordnete Bundesbehörde im Geschäftsbereich des Bundesgesundheitsministeriums den Auftrag, die Bevölkerung über Gesundheitsgefahren und die Möglichkeiten ihrer Verhütung zu informieren. Hierfür wird sie vom Bund finanziert. Wenn der Bund das Aufgabenspektrum und die Schlagkraft seiner nachgeordneten Behörde stärken möchte, mag dies ein sinnvolles Ziel sein. Die hierfür notwendigen Mittel sind dann aber auch vom Bund zu finanzieren“, heißt es in der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes. „Wir brauchen bessere Zusammenarbeit, keine konkurrierenden Parallelstrukturen“, ergänzt Kolpatzik. „Die Stärken der BZgA liegen nicht auf der regionalen Ebene. Es spricht jedoch nichts dagegen, die Bundeszentrale bei Bedarf im Rahmen von Landesrahmenvereinbarungen zur Unterstützung einzubeziehen.“

Gestaltungsspielraum lassen. Der Gesetzentwurf der Großen Koalition räumt regionalen Aktivitäten Vorfahrt ein. Das begrüßt die AOK. Es bestehe aber die Gefahr, dass durch Überregulierung auf Bundesebene der Gestaltungsspielraum vor Ort wieder eingeengt werden könnte. Für den AOK-Bundesverband lautet das Handlungsprinzip „global denken, lokal handeln“. Prävention müsse den Bedarf vor Ort treffen, heißt es im Positionspapier, „denn die Zielgruppen für Prävention sind je nach Sozial- und Wirtschaftsstruktur einer Region, dem Altersdurchschnitt und Gesundheitszustand der Bevölkerung höchst unterschiedlich“. Um den tatsächlichen Bedarf zu ermitteln, empfiehlt die AOK eine Stärkung der Gesundheitsberichterstattung auf Landes- und Kommunalebene.

Als Bevormundung der Versicherten kritisiert Kai Kolpatzik die geplante gesetzliche Verpflichtung der Krankenkassen zu Bonusangeboten für gesundheitsbewusstes Verhalten: „Es muss den Krankenkassen überlassen bleiben, welche gesundheitsbezogenen Aktivitäten sie besonders unterstützen wollen und in welcher Form sie einzelne Zielgruppen ansprechen. Gesundheitsfördernde Aktivitäten, die leicht in den Alltag integriert werden können – zum Beispiel Breitensport – müssen weiter Vorrang haben.“ Für wenig zielführend hält Kolpatzik zudem die Vorgabe, die Boni alle drei Jahre an den erzielten Einsparungen zu messen: „Wir brauchen keine kurzfristigen finanziellen Anreize, sondern Programme, die auf eine aktive und dauerhafte Lebensstiländerung angelegt sind.“

Trend zur Pathologisierung. Der Präventions-Experte und Mediziner Kai Kolpatzik befürchtet, dass das Präventionsgesetz mit seinen zahlreichen Vorgaben den Trend zur Pathologisierung der Gesellschaft verstärken könnte: „Grundsätzlich sollten wir gesunde Menschen nicht zum Arzt schicken. Deshalb müssen strenge Maßstäbe angelegt werden, welche Früherkennungsleistungen und Kinderuntersuchungen einen nachgewiesenen medizinischen und bevölkerungsbezogenen Nutzen haben. Das sieht auch der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen so.“ Laut Gesetzentwurf soll der Gemeinsame Bundesausschuss binnen eines Jahres Früherkennungsleistungen wie den unter Experten umstrittenen Check-up-35 auf den Prüfstand stellen und für mögliche neue Gesundheitsuntersuchungen eine wissen-

Kernpunkte des geplanten Präventionsgesetzes

- Gesundheitsförderung und Prävention in „Lebenswelten“ wie Kindergärten, Schulen, Betrieben und stationären Pflegeeinrichtungen werden erweitert.
- Die Zusammenarbeit von Sozialversicherungsträgern, Ländern und Kommunen soll durch eine nationale Präventionskonferenz und durch Rahmenvereinbarungen auf Landesebene verbessert werden.
- Die Krankenkassen wenden jährlich mindestens sieben Euro je Versicherten für Prävention auf (aktuell: 3,09 Euro); davon fließen mindestens zwei Euro in die betriebliche Gesundheitsförderung und mindestens zwei Euro in die Prävention in „Lebenswelten“.
- Die Pflegekassen finanzieren Prävention für Pflegebedürftige in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen (0,30 Euro pro Versicherter/Jahr).
- Mehr Vorsorge- und Präventionsleistungen in anerkannten Kurorten.
- Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen werden präventionsorientiert weiterentwickelt und durch den Gemeinsamen Bundesausschuss bewertet.
- Bessere Rahmenbedingungen für betriebliche Gesundheitsförderung werden verbessert und engere Verknüpfung mit dem Arbeitsschutz.

Die geplanten Schritte würden bei den Krankenkassen mit Mehrausgaben von bis zu 260 Millionen Euro jährlich zu Buche schlagen. Darin enthalten sind 35 Millionen Euro, die die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten soll. Die zusätzlichen Ausgaben für die Pflegekassen beziffert das Bundesgesundheitsministerium mit rund 21 Millionen Euro pro Jahr.

schaftlich fundierte Nutzenbewertung vornehmen. „Das ist zeitlich eine große Herausforderung. Wir dürfen uns nicht mit einer schnellen, aber nicht ausreichend evidenzbasierten Lösung zufrieden geben“, warnt Kolpatzik.

Pflegeversicherung beteiligen. Mit dem Präventionsgesetz fordert die Große Koalition die Pflegekassen auf, kassenübergreifende Leistungen zur Prävention in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen zu erbringen. Gemeinsam sollen Pflegekassen, Einrichtungsträger und Versicherte Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen. Dafür sollen die Pflegekassen ab 2016 einen Betrag von 0,30 Euro je Versicherten einsetzen. Der AOK-Bundesverband begrüßt dieses Vorhaben, sieht aber Probleme bei der Abgrenzung von bestehenden Leistungen. „Das neue präventive Leistungsangebot ist klar zum bereits bestehenden umfangreichen Leistungsangebot für pflegebedürftige Menschen abzugrenzen, und zusätzlich muss für diese neuen Leistungen eine Qualitätssicherung vorgesehen werden“, sagte Kolpatzik. ■

Thomas Rottschäfer ist freier Journalist und spezialisiert auf gesundheitspolitische Themen. **Kontakt:** info@satzverband.de
Positionen zum Präventionsgesetz:
siehe „Rundruf“ auf Seite 9 in diesem Heft

INTERVIEW



„Eine Art Revolution in der Pflegewelt“

Der Begriff von Pflegebedürftigkeit grenzt viele Menschen aus. Deshalb soll eine Neudefinition her. Wie das praktisch funktioniert, wird derzeit in zwei Studien untersucht.

Heinz Rothgang leitet eine davon. Der Gesundheitsökonom ist sich sicher: Der neue Pflegebegriff kommt. Doch er bezweifelt, dass die vorgesehenen Beitragsmittel ausreichen.

Herr Professor Rothgang, seit gut zehn Jahren wird über die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs diskutiert. Wären Sie sauer, wenn die Politik das ein weiteres Mal verschiebt?

Heinz Rothgang: Das wird nicht passieren. Die Ministerialbürokratie arbeitet, die Rädchen sind in Bewegung. Außerdem wäre es für die gesamte Pflegeszene eine Katastrophe, wenn man im Jahr 2006 anfängt mit der Überprüfung des Pflegebegriffs und 2017 sagt: Eine Reform wäre ja sinnvoll, fachlich angemessen, wir haben sogar die Lösung, wir haben sie auch schon erprobt – aber wir machen es nicht. So kann Politik nicht arbeiten, ansonsten macht sie sich unglaubwürdig. Das ist auch der Grund, warum wir etwas bekommen. Niemand kann es sich leisten, das noch mal zu schieben. Eher wird man sich durchmogeln. Durchmogeln heißt, die Politik setzt Leistungen fest, für die die geplante Beitragssatzanhebung finanziell nicht reicht und dann wird gesagt: Das ruckelt sich schon zurecht, das ist jetzt nur ein Übergangsphänomen.

Warum taugt denn der geltende Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht mehr?

Rothgang: Der bisherige Pflegebedürftigkeitsbegriff ist sehr auf körperliche Verrichtungen fokussiert. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff dagegen ist viel umfassender angelegt. Er geht auf die Alltagskompetenz und die kognitiven Fähigkeiten der Pflegebedürftigen ein. Ebenso werden soziale und psychische Problemlagen erfasst. Die Pflegesituation und der Unterstüt-

zungsbedarf von Menschen mit Demenz oder psychischer Erkrankung lässt sich so besser berücksichtigen. Dadurch werden Ungerechtigkeiten in der Begutachtung beseitigt. Gerade die Lebenswirklichkeit von Demenzkranken – und diese Patientengruppe wächst stetig an – wird beim derzeitigen Pflegebegriff nicht angemessen gewürdigt. Das heißt nicht, dass Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen gar keine Leistungen aus der Pflegeversicherung beziehen. Aber eben nicht in dem Umfang, der angemessen wäre.

Zur Person

Professor Dr. Heinz Rothgang (51) studierte von 1982 bis 1989 Volkswirtschaftslehre und Politikwissenschaft an der Universität Köln sowie der School of Social Sciences an der University of Sussex in England. 2004 übernahm er eine Professur für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung an der Hochschule Fulda. 2005 wechselte Rothgang an die Uni Bremen, wo er seit 2006 die Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung im Zentrum für Sozialpolitik leitet. Seit 2006 ist er Mitglied des Beirats der Bundesregierung für die Überprüfung des geltenden bzw. Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Heinz Rothgang ist verheiratet und Vater zweier Söhne.

Es gab demnach von Anfang an einen Konstruktionsfehler in der Pflegeversicherung?

Rothgang: Fehler würde ich es nicht nennen. Er war eine politische Entscheidung. Als die Pflegeversicherung 1994 eingeführt wurde, da stand der Imperativ der Kostenkontrolle im Vordergrund. Ein zu hoher Beitragssatz sollte unbedingt vermieden werden. Das bedeutete: Überall gedeckelte Leistungen und viele Regelungen zur Kostenkontrolle. Dass der Pflegebegriff zu eng gefasst ist, war also schon damals allen Beteiligten klar.

War es eine falsche Entscheidung, den Begriff einzuengen?

Rothgang: Für das System der Pflege war es sicher nicht gut. Ein umfänglicher Pflegebegriff gleich am Anfang wäre besser gewesen. Aber Politik ist eben die Kunst des Machbaren.

Gehen wir davon aus, dass der neue Pflegebegriff in drei Jahren tatsächlich kommt: Was unterscheidet ihn vom bisherigen?

Rothgang: Wenn man fragt, was für den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff charakteristisch ist, dann ist es nicht, dass es fünf Pflegegrade statt drei Pflegeetufen gibt. De facto haben wir heute auch schon fünf Stufen, wenn Sie die ominöse Stufe 0 mit geringen Leistungen für Demenzkranke sowie Härtefälle be-



„Demenzkranken bekommen heute nicht das, was sie verdienen.“

rücksichtigen. Was den neuen, modular aufgebauten Pflegebegriff ausmacht, ist die Tatsache, dass er Pflegebedürftigkeit umfassender erfasst. Es kommen andere Module in der Begutachtung hinzu. Insbesondere Verhaltensauffälligkeiten und kognitive Einschränkungen, aber auch der Umgang mit krankheitsbedingten Belastungen. Das heißt, der Gegenstand dessen, was von den Mitarbeitern der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) betrachtet wird, ist erheblich weiter. Das andere ist, dass man von der Defizitorientierung wegkommen will zu einer Kompetenzorientierung. Was kann ein Mensch

noch selbstständig tun? Dabei ist faktisch nicht mal so entscheidend, ob ich sage, ein Mensch kann das oder jenes nicht mehr und braucht Hilfe, oder ob ich sage, er kann das noch und beim Rest braucht er Unterstützung. Aber in der Wahrnehmung kann es einen großen Unterschied ausmachen.

Inwiefern?

Rothgang: Insofern, als dass man einen pflegebedürftigen Menschen nicht mehr als Träger von Defiziten, sondern als Träger von Kompetenzen wahrnimmt. So gesehen haben wir es mit einem echten Perspektivwechsel, einer Art Revolution in der Pflegewelt, zu tun. Bevor das alles in die Praxis geht, brauchen wir natürlich die Gewissheit, dass es dort auch funktioniert.

Dies herauszufinden ist Aufgabe zweier Studien im Auftrag von Bundesgesundheitsministerium und GKV-Spitzenverband. Eine Studie ist beim Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS), die andere bei Ihnen angesiedelt. Was genau ist Gegenstand der Untersuchungen?

Rothgang: Unter Federführung des MDS führen Gutachter aller Medizinischen Dienste bei etwa 1.700 Erwachsenen und 300 Kindern, die einen Antrag auf Pflegeleistungen gestellt haben, Pflegebegutachtungen anhand des gültigen und des neuen Begutachtungsassessments, kurz NBA, durch. Untersucht wird, ob das neue Begutachtungsverfahren praktikabel ist und welche Schwachstellen vorab zu beseitigen sind. Der Vorteil: Alle 17 MDK werden in der Studienphase auf den neuen Begriff eingeschworen. Der MDK nimmt normalerweise um die 800.000 Erstbegutachtungen und noch einmal so viele Wiederholungs- und Widerspruchsgutachten im Jahr vor. Wenn Sie die alle umstellen müssen und sagen, jetzt macht das sofort nach einem anderen Verfahren, gäbe es ein großes Problem. Insofern führt die MDS-Studie den neuen Begriff schon ein Stück weit ein.

Und was wollen Sie mit Ihrer Studie herausfinden?

Rothgang: Gemeinsam mit MDK-Gutachtern erheben wir bei etwa 1.700 Pflegebedürftigen in 40 Pflegeheimen, wie hoch der Versorgungsaufwand der Pflegebedürftigen dort ist und in welchem neuen Pflegegrad sie eingestuft werden. Diese Untersuchung soll der Politik Hinweise geben, wie hoch die Leistungssätze in den fünf neuen Pflegegraden sein sollen.

Die letzte Entscheidung, wie viel das in Euro und Cent sind, trifft also die Politik.

Rothgang: Natürlich. Und es ist auch klar, dass die Politik zuerst mal hingehet und schaut, was das Ganze insgesamt kosten darf. Da liegt dann der Deckel drauf. Bei der Frage, wie jetzt verschoben wird innerhalb der Pflegegrade, etwas mehr nach unten oder nach oben, da dürfte die Politik relativ leidenschaftslos sein.

Kritiker wenden ein, dass Sie die Leistungshöhen in den Pflegegraden weiterhin an Zeitmessungen ausrichten. Wie verträgt sich das mit dem Ziel einer Abkehr von der viel gescholtene Minutenpflege?

Rothgang: Die These vom Ende der Minutenpflege hat die frühere Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt ins Spiel ge-



„Ich gehe momentan davon aus, dass bis zu anderthalb Milliarden Euro fehlen könnten.“



bracht. Ich denke, das ist missverständlich. Wir haben bisher Minutenwerte gehabt bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Aber was wir als Minutenpflege wahrnehmen und was uns stört, ist die Abrechnungsmodalität. Wenn ein Pflegedienst zu Ihnen nach Hause kommt, und Sie haben die große Toilette gebucht, dann weiß die Pflegekraft: Ich habe so und so viele Minuten. Ist der Pflegebedürftige ein schwieriger Fall, dann hat sie immer diese Schere im Kopf. Reicht die Zeit, reicht sie nicht. Das verstehen wir unter Minutenpflege – eine Pflege im Akkord. Aber das betrifft die Leistungserbringung, nicht die Leistungsfeststellung. Den Aufwand an Unterstützung, den ein Pflegebedürftiger bekommt, bilden wir weiter in Minuten ab. Anders funktioniert es nicht, denn Pflege wird immer von Beschäftigten erbracht, die selbst bestimmte Arbeitszeiten haben.

Wann liegen die Ergebnisse der beiden Studien vor?

Rothgang: Unser Zeitplan ist sehr eng. Wir haben 1.700 Heimbewohner, die wir jeweils eine Woche lang beobachten. Gleichzeitig kommen für alle Bewohner MDK-Gutachter im Abstand von maximal zwei Wochen und begutachten nach dem neuen Begutachtungsassessment, sodass wir die Pflegegrade erheben und die Heimbewohner zuordnen. Das ist viel Aufwand. Wir haben zehn Monate dafür. Im April haben wir angefangen, bis Ende November waren wir im Feld. Wenn andere Weihnachten und Silvester feiern, werten wir Daten aus. Anfang 2015 bekommt der Auftraggeber die Ergebnisse zu sehen, der sie dann in das Gesetzgebungsverfahren einspeisen kann.

Wird im Gesetz stehen, dass mit Start des neuen Pflegebegriffs kein Pflegebedürftiger schlechter gestellt sein darf als vorher?

Rothgang: Diesen Bestandsschutz können Sie unterschiedlich weit formulieren. Die engste Fassung ist: Keine Person, die heute im Leistungsbezug ist, wird schlechter gestellt. Ergeben sich nach NBA niedrigere Leistungsbeträge, gelten die alten fort. Das ist zwingend. Eine mittlere wäre: Die Leistungen der neuen Pflegegrade sollen nicht niedriger sein als die der entsprechenden alten Pflegestufe. Die weitestgehende Fassung würde den individuellen Bestandsschutz auf Neufälle ausdehnen und festlegen, dass im neuen System niemand weniger Leistungen erhalten soll als er im alten erhalten hätte. Das ist aber schon praktisch unmöglich, weil Begutachtungen nach dem alten System nicht mehr vorgenommen werden. Entscheidend ist der mittlere Fall: Pflegebedürftige, die früher in Pflegestufe 2 gekommen wären, sind jetzt regelhaft in Grad 3. Wenn ich da sage, der neue Pflegegrad 3 ist weniger „wert“ als die bisherige Pflegestufe 2, habe ich Hunderttausende Menschen, die ich durch die Reform benachteilige.

Die Gretchenfrage zum Schluss: Wie teuer wird das Ganze?

Rothgang: Wir haben ein Szenario des Pflegebeirates aufgegriffen und gesagt, der neue Pflegegrad 2 entspricht in den Leistungen der alten Pflegestufe 1, der neue Grad 3 der Stufe 2 und so weiter. Wir haben also im Prinzip an den alten Leistungshöhen festgehalten, um die ansonsten drohende Benachteiligung durch die Reform zu vermeiden. Wenn man das so macht, dann muss man aber konstatieren: Mit dem Finanzvolumen, das die Politik jetzt beschlossen hat, wird es sehr, sehr knapp. Ich gehe momentan davon aus, dass dann bis zu anderthalb Milliarden Euro fehlen könnten. ■

Das Interview führte Thomas Hommel.



harmo
Paraber
Ethylpar
E-Numn

DERBIOL

Orato

uciens

Max.

6.80

max

69,-

34,95

23,99

MAX

Diagraph

original

Diagraph



Mit Festbeträgen zu fairen Pillenpreisen

Erst als Teufelswerk gescholten,
heute durchweg akzeptiert: Vor 25 Jahren
führte die schwarz-gelbe Koalition Festbeträge
für verschreibungspflichtige Arzneimittel ein.
Ein historischer Glücksgriff. Denn die
Erstattungsobergrenzen halten Pharmapreise
im Zaum, ohne die Anbietervielfalt zu
gefährden. Eine Erfolgsgeschichte mit Blick
nach vorne von **Gisbert W. Selke**.

Hinter all den großen Ereignissen der Weltgeschichte, derer in diesem Jahr gedacht wird, ist in der öffentlichen Wahrnehmung eine kleine Revolution zurückgetreten, die den Arzneimittelmarkt in Deutschland verändert hat: Zum 1. September 1989 traten die ersten Arzneimittelfestbeträge in Kraft. Zunächst gescholten als „Schreckgespenster aus dem Gruselkabinett Blümscher Knebelungsinstrumente“, haben sie seither die Preis- und die Ausgabenentwicklung nachhaltig beeinflusst.

Norbert Blüm, der damals für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zuständige christdemokratische Bundesarbeitsminister, realisierte 1989 als Teil des Gesundheitsreformgesetzes (GRG) die Arzneimittelfestbeträge, die bis heute für eine bemerkenswerte Preisstabilität im deutschen Arzneimittelmarkt sorgen. Ihre Einführung vor 25 Jahren kommt einer Zeitenwende gleich. Denn zum ersten Mal wurde eine Schranke gegen willkürliche Preissteigerungen errichtet, denen die Patienten und ihre Krankenkassen vorher schutzlos ausgeliefert waren. Das Interessante daran: Das Instrument funktioniert, indem es dort Marktmechanismen induziert, wo vorher keine wirkten.

Die 1970er Jahre waren noch dadurch geprägt, dass die Ausgaben der GKV für Medikamente Jahr für Jahr stiegen, ohne dass dafür Gründe bekannt waren. Der Arzneimittelmarkt war komplett intransparent; von Jahr zu Jahr wurde nur festgestellt, dass erneut mehr Geld ausgegeben worden war. Ob dies an Preissteigerungen, an höherem Verbrauch oder an Änderungen im Markt mix lag, war niemandem bekannt.

Markt reguliert sich nicht von selbst. Dass unter diesen Umständen damals das Schlagwort von der „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“ in Mode kam, ist nicht verwunderlich. Nach der Theorie des Marktes hätte dieser sich eigentlich selbst regulieren müssen: Ein Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage zu fairen Preisen hätte entstehen sollen. Aber dafür, dass diese Theorie hätte praktisch wirksam werden können, fehlten gleich mehrere Voraussetzungen, angefangen mit der Transparenz über das Angebot. Das liberale Marktmodell setzt weiter voraus, dass Anbieter und Nachfrager sich prinzipiell etwa gleich stark gegenüberstehen und wirtschaftlich rationale Entscheidungen treffen. Die Nachfrage wird dabei als elastisch

angenommen. Der Käufer kann also einen Kauf unterlassen, wenn ihm der Preis zu hoch erscheint. Und er kann unter mehreren konkurrierenden Anbietern prinzipiell austauschbarer Güter den mit dem besten Preis-Leistungs-Verhältnis wählen.

Nachfrager hat kaum Einfluss. Aber die Ausgabenentwicklung ließ offenbar werden, dass diese Grundannahmen im Gesundheitssektor verletzt waren. Im Arzneimittelbereich gehen nicht etwa gleich starke Partner transparente und rationale Geschäftsbeziehungen ein. Vielmehr fällt die klassische Nachfragerrolle in drei Teilrollen auseinander: Der Arzt trifft „Kauf“-entscheidungen, ohne die Kosten tragen zu müssen und ohne den Nutzen zu genießen. Dem Patienten kommt die Leistung zugute. Er trifft jedoch nicht die Therapie-Entscheidung und trägt die Kosten nur indirekt über seine Krankenkassenbeiträge. Sein Bedarf ist in der Regel auch wenig elastisch. Denn wer krank ist, braucht sofort Hilfe. Die Krankenkasse schließlich kommt für die Kosten auf, ohne jedoch an der Entscheidung oder dem

Nutzen beteiligt zu sein. Unter diesen Umständen wären wirtschaftlich rationale Entscheidungen seltene Glücksfälle. Der zersplitterten Nachfragerseite stehen Hersteller gegenüber, die eine rationale Preisbildung durch Konkurrenz um den Nachfrager folglich kaum befürchten müssen.

Ungezügelter Preisentwicklung lässt Ausgaben steigen. Einen ersten Schritt, um dieser misslichen Lage zu entkommen, unternahm das Bundesarbeitsministerium 1980 als Geburtshelfer des GKV-Arzneimittelindex. Das Ziel: die Komponenten des Wachstums der Arzneimittelausgaben zu analysieren und transparent zu machen. Dieses breit angelegte Konsensprojekt zeigte erstmals auf, welcher Anteil der Ausgabenentwicklung auf größere Mengen und welcher auf steigende Preise zurückzuführen war. Damals wurde klar, dass eine ungezügelter Preisentwicklung wesentlich zu den steigenden Ausgaben beitrug. Ungezügelt konnte die Entwicklung nur deshalb verlaufen, weil sich die preisregulierenden Mechanismen des Marktes unter den oben geschilderten Umständen nicht entfalten konnten.

Was Festbeträge sind

Festbeträge sind Obergrenzen für die Arzneimittelpreise, die die Krankenkassen erstatten. Die Festbeträge werden so festgesetzt, dass Wirtschaftlichkeitspotenziale erschlossen werden, dass aber gleichzeitig die Versorgung zum Festbetrag sichergestellt ist. Patienten, die dennoch ein teureres Arzneimittel wünschen, müssen die Differenz selbst tragen.

Festbeträge gibt es in drei Stufen. Innerhalb jeder Stufe werden die Festbeträge für Gruppen festgelegt, die ihrerseits in Vergleichsgruppen untergliedert sein können. **In der ersten, einfachsten Stufe** ist pro Gruppe immer nur ein einziger, patentfreier Wirkstoff enthalten, den mehrere Hersteller zu unterschiedlichen Preisen anbieten. Dies betrifft nur Wirkstoffe, deren Patent abgelaufen ist und die daher auch als Generika erhältlich sind. Gibt es einen Wirkstoff zum Beispiel in verschiedenen Darreichungsformen (etwa Tabletten und Sirup), werden die Präparate in möglichst homogene Vergleichsgruppen unterteilt, für die die Festbeträge getrennt festgesetzt werden. Mit Stand Juni 2014 gab es Festbeträge der Stufe 1 für 192 Wirkstoffe.

In Festbetragsgruppen der Stufe 2 sind jeweils pharmakologisch-therapeutisch vergleichbare Wirkstoffe zusammengefasst. Eine solche Gruppe umfasst beispielsweise einen ehemals innovativen Wirkstoff, dessen Patent abgelaufen ist und der außer vom Originalanbieter auch generisch angeboten wird, sowie chemisch verwandte sogenannte Me-too-Präparate, die möglicherweise noch patentiert sind, in ihrer Wirkung aber nur den Innovator kopieren und keine therapeutischen Vorteile bieten. Zurzeit sind 177 Wirkstoffe in 66 Gruppen zusammengefasst.

Festbeträge der Stufe 3 können auch Stoffe zusammenfassen, die pharmakologisch nicht verwandt, aber therapeutisch vergleichbar sind; hier sind insbesondere Kombinationspräparate zu finden. Aktuell sind hier 144 Kombinationen in 58 Gruppen zu finden. ■

Quelle: Zahlen nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes, zitiert nach: Bode C, Haas A, Tebinka-Olbrich A: Ein ideales Paar: Erstattungs- und Festbeträge zur Regulierung von Arzneimittelpreisen. G+S 3/2014: 7–14

Staatliche Preiskontrolle als No-Go. Die Diagnose, woran der Markt krankte, lag dank GKV-Arzneimittelindex also vor; unklar war allerdings, wie die Therapie aussehen sollte. In den meisten anderen Ländern wurden die Unzulänglichkeiten des Marktes eher umgangen als gelöst. Eine staatliche Preisregulierung für Medikamente, sei es direkt durch Preisfestsetzung, sei es eher indirekt durch Profitkontrolle, war und ist bis heute auch in ansonsten marktwirtschaftlich organisierten Staaten die Regel; freie Preisfestsetzung durch die Anbieter ist die Ausnahme. Eine staatliche Preiskontrolle war jedoch hierzulande undenkbar, zumal unter einer christlich-liberalen Regierungskoalition, die in weiten Teilen den Neoliberalismus für sich entdeckt hatte.

Wie aber kann man marktwirtschaftlichen Selbstregulierungsmechanismen zur Wirksamkeit verhelfen, wenn die Voraussetzungen dafür fehlen? Die zündende Idee entstand in einem gemeinsamen Think Tank von Ministeriumsbeamten und Fachleuten der Krankenkassen: Wenn die Regeln des Marktes für Arzneimittel nicht gelten, müssen Bedingungen dafür geschaffen werden, dass die Preisbildung so abläuft, als würden die Regeln eben doch gelten. Mit anderen Worten: Für die Beteiligten müssen Anreize gesetzt werden, sich so zu verhalten, wie es wirtschaftlich rational wäre. Oder noch anders ausgedrückt: Wo kein Markt ist, muss er von außen induziert werden. Als soziale Randbedingung war zu beachten, dass Wirtschaftlichkeit nie zum Selbstzweck werden darf. Der sozialgesetzliche Anspruch der Versicherten auf das Gut Gesundheit darf nicht auf dem Altar der Ökonomie geopfert werden.

Festbeträge steuern den Preis. Genau dieses Kunststück ist mit den Festbeträgen gelungen, wie das Beispiel Glibenclamid, das damals führende Antidiabetikum, zeigt: Das teuerste Präparat am Markt, das des ehemaligen Patentinhabers, kostete 39,40 DM für eine Packung von 120 3,5-mg-Tabletten, das preisgünstigste generische Erzeugnis eines Zweitanzbieters gerade einmal 7,50 DM, also 81 Prozent weniger. Weder für Ärzte noch für

Patienten gab es einen Grund, eine preisgünstige Alternative auszuwählen – die Krankenkasse musste die Kosten übernehmen. Die Festbetragsidee bestand nun darin, eine Erstattungshöchstgrenze im Spektrum zwischen 7,50 und 39,40 DM einzuziehen. Im Fall von Glibenclamid wurde die Grenze bei 27,65 DM gezogen. Die Krankenkasse übernimmt dann für alle Präparate bis zu dieser Grenze die vollen Kosten. Die Mehrkosten für teurere Präparate muss der Patient selbst tragen.

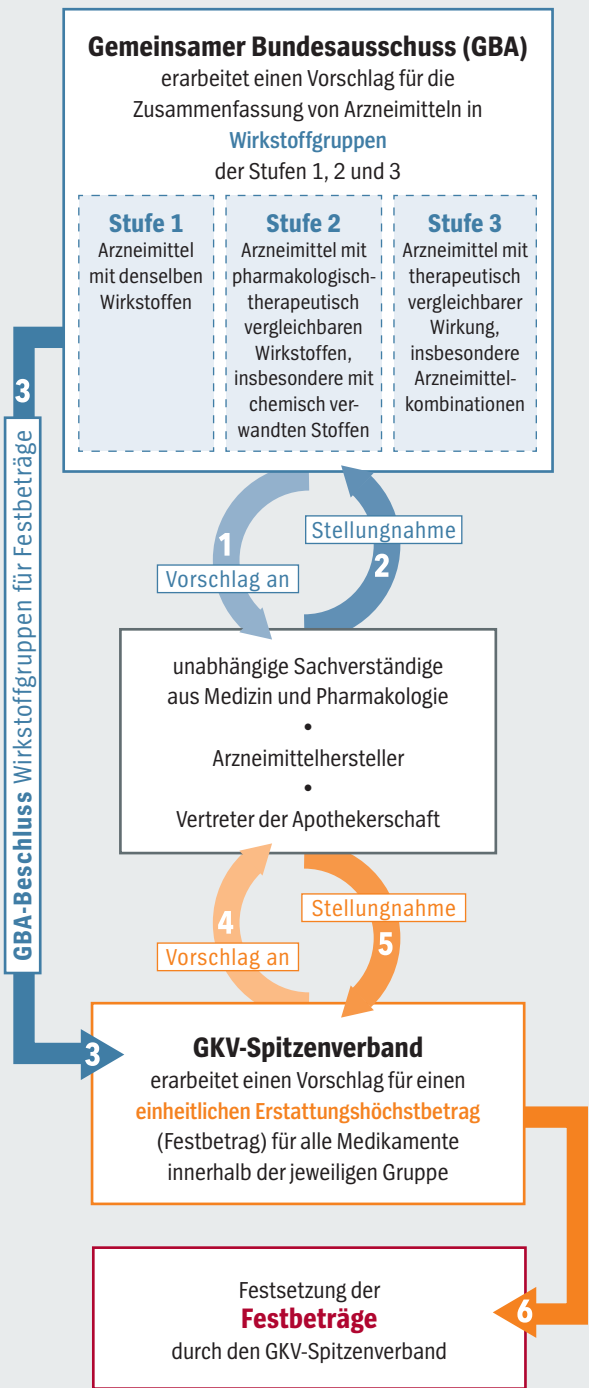
Ein besonders cleverer Trick von Norbert Blüm: Wenn ein Arzt ein Präparat oberhalb des Festbetrags verordnete, war er dazu verpflichtet, den Patienten darauf hinzuweisen, dass es aufzahlungsfreie Alternativen gäbe. Die Aufzahlung nahm damit den Charakter einer „Luxussteuer“ an. Weiter versüßt wurden die Festbeträge für Patienten noch dadurch, dass unter den Bedingungen des GRG für Festbetragspräparate sogar die gesetzliche Zuzahlung (damals fix 3 DM) entfiel.

Hersteller können Marktanteile halten. Wie sich schnell zeigte, waren Ärzte sehr unwillig, mit Patienten über Aufzahlungen zu diskutieren. Ärzte, die es noch kurz zuvor für unmöglich erklärt hatten, ihre Patienten auf preisgünstigere Generika umzustellen, konnten dies in den Fällen, in denen der Originalhersteller den Preis nicht auf das Festbetragsniveau absenkte, nun offenbar problemlos vornehmen. Andere, generikafreundlicher eingestellte Ärzte nutzten dankbar das Kostenargument, um den Patienten das Generikum schmackhaft zu machen. So sackte beispielsweise der Marktanteil des Originalherstellers für das damals oft eingesetzte Herz-Präparat Beta-Acetyldigoxin von komfortablen 81 Prozent binnen vier Wochen auf 55 Prozent ab, weil der Hersteller seinen Preis zwar gesenkt hatte, jedoch nicht bis auf die Festbetragslinie. Eine weitere, panikartig nachgeschobene Preissenkung führte dann dazu, dass der Marktanteil sich wieder auf 75 Prozent erholte.

Unterstützt wurde die Substitutionswilligkeit der Ärzte auch dadurch, dass sich im Laufe der 1980er Jahre die vorher scharf geführte Debatte um die angeblich unzureichende Bioverfügbarkeit von generisch hergestellten Produkten erledigt hatte. Der Vorwurf: Die „Billiganbieter“ könnten keine gleichbleibende Wirkstoff-Freisetzung garantieren, sodass beim Patienten der Wirkstoffspiegel schwanken könne. Diese Debatte aber beendeten Untersuchungen eines der Kollaboration mit den Krankenkassen unverdächtigen Dritten: Henning Blume vom Zentrallabor der Apothekerschaft wies nach, dass die Produkte verschiedener Generikahersteller sich in ihrer Freisetzungseigenschaften teilweise weniger voneinander unterschieden als die einzelnen Chargen eines Originalherstellers.

Wettbewerb beflügelt. Schon die ersten Analysen der Auswirkungen der Festbeträge zeigten, wie genau sie ihre marktinduzierende Wirkung erfüllten: Originalhersteller, die ihre Preise auf das Festbetragsniveau (oder sogar darunter) senkten, konnten ihre Marktanteile halten. Wer über dem Festbetrag blieb, musste schnell empfindliche Einbußen hinnehmen. Anders als bei staatlichen Preisfestsetzungen bleibt es den Anbietern freigestellt, ihre Preise selbst festsetzen. Im Unterschied zur Vor-GRG-Ära war der Preis nun allerdings zu einem Wett-

Wie die Festbeträge zustande kommen



Um Festbetragsgruppen zu bilden, fasst der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) Wirkstoffgruppen zusammen (Stufe 1, Stufe 2 und Stufe 3). Nach der Gruppenbildung durch den GBA prüft das Bundesgesundheitsministerium diese Auswahl. Es folgt ein Anhörungsverfahren, bei dem unabhängige Sachverständige, Arzneimittelhersteller und Vertreter der Apotheker Stellung nehmen. Anschließend setzt der GKV-Spitzenverband einen einheitlichen Erstattungshöchstbetrag für die Medikamente in der jeweiligen Gruppe fest. Auch hier erfolgt im Vorfeld eine Anhörung. *Quelle: Paragraph 35 SGB V, Grafik: G+G*



Der sozialgesetzliche Anspruch der Versicherten auf das Gut Gesundheit darf nicht auf dem Altar der Ökonomie geopfert werden.

bewerbsparameter geworden. Erst dadurch wurde ein Preisdruck auf die Hersteller ausgeübt, der sie zu Abwägungen zwang, wie sie sie unter echten Marktbedingungen schon immer hätten anstellen müssen.

Anbieter nicht in die Enge gedrängt. Zahlreiche Details im Gesetz dienen dazu, die jeweiligen Teilmärkte möglichst fair und umfassend abzubilden. Die Regeln dafür sind im Laufe der Zeit immer weiter verfeinert und angepasst worden, um möglichst willkürfreie, objektiv nachvollziehbare Entscheidungen zu garantieren. Was aber hinderte die Krankenkassen, denen die

Festsetzung der Festbeträge vom Gesetz übertragen worden war, daran, die Festbeträge kurzerhand auf das unterste vorstellbare Niveau zu drücken? Dagegen sprachen hauptsächlich zwei Gründe: Zum einen wäre es wirtschaftlich irrational gewesen, dem Preisextremismus anheimzufallen und dadurch die Anbietervielfalt zu zerstören. Zum anderen war gesetzlich geboten, Wirtschaftlichkeitspotenziale zu heben, ohne aber Patienten zu einer Festbetragsüberschreiter-Aufzahlung zu zwingen. Der Festbetrag musste daher so hoch angesetzt werden, dass genug Produktionskapazität zu diesem Preis vorlag, um den gesamten Bedarf der GKV-Versicherten abzudecken. Selbst wenn keiner der teureren Hersteller zur Preisabsenkung bereit gewesen wäre, hätte kein Engpass entstehen dürfen.

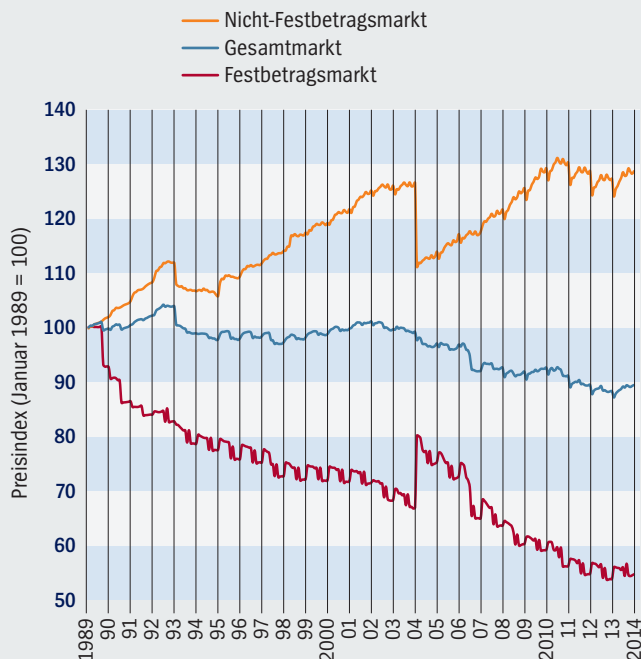
Bei den ersten beiden Festbetragstranchen zum 1. September 1989 und zum 1. Januar 1990 lagen für die meisten Wirkstoffe 25 bis 70 Prozent der Verordnungen bereits unterhalb der Festbetragslinie. Insgesamt gesehen entfielen vor dem Inkrafttreten dieser Festbeträge 60 Prozent der Verordnungen auf Präparate oberhalb der Festbetragslinie. Als Folge von Preissenkungen sank deren Anteil innerhalb kurzer Zeit auf acht Prozent. Da diese Produkte nun jedoch deutlich weniger nachgefragt wurden, lagen bereits im März 1990 nur noch 2,5 Prozent der Verordnungen mit diesen Wirkstoffen oberhalb des Festbetrags.

Einsatz mit Augenmaß. Seit ihrer Einführung vor 25 Jahren haben die Festbeträge die Pharmapreise in Deutschland auf eine Weise stabilisiert, die wohl niemand erwartet hatte (siehe Grafik „Festbeträge lassen Preise sinken“ auf Seite 41). Zu den Erfolgsfaktoren des Festbetragssystems gehört, dass das Instrument umsichtig angewendet wurde, um nicht den Wettbewerbsast abzusägen, auf dem man sitzt. Ein weiterer wichtiger Erfolgsfaktor: Das Festbetragssystem wurde erst eingeführt, als der Generikamarkt bereits eine hohe Reife erreicht hatte, und dies bereits zu einer Zeit, als es bei den meisten europäischen Nachbarn noch deutlich anders aussah. War anfangs etwa befürchtet worden, dass die Festbeträge den Wettbewerb zerstören, weil sich die Produktpreise zu ihrer jeweiligen Festbetragslinie hin entwickeln müssten, ist seit langem etabliert, dass auch unterhalb des Festbetrags noch reger Wettbewerb herrscht.

Zahl der Anbieter gestiegen. Auch die Anzahl der Anbieter eines Wirkstoffs hat sich durch Festbeträge nicht verringert. Im Gegenteil hat die Möglichkeit, über die Preisbildung den Erfolg im Markt beeinflussen zu können, sich als Anreiz zum Einstieg für Hersteller erwiesen. Während der Verordnungsanteil der Generika am Markt der patentfreien Wirkstoffe bereits bis 1989 auf 50 Prozent gestiegen war, liegt er mittlerweile bei 87 Prozent. Generische Präparate haben also die Festbeträge erst möglich gemacht und profitieren ihrerseits von diesen. Auch deswegen sind Festbeträge weiterhin unverzichtbar, um die Finanzierbarkeit des GKV-Systems sicherzustellen.

Dass die Festbeträge den Krankenkassen erhebliche Ausgaben erspart haben, ist unbestritten, wobei sich das Einsparvolumen nur schwer exakt beziffern lässt. Der GKV-Spitzenverband nennt 6,9 Milliarden Euro jährlich. Allerdings hat auch ein Erfolgsmodell Grenzen. So führt die Geltung für den gesamten GKV-

Festbeträge lassen Preise sinken



Die Preise für Arzneimittel, für die Festbeträge gelten, sind seit dem Jahr 1989 zurückgegangen. Anders sieht es bei den Medikamenten aus, die keiner Erstattungshöchstgrenze unterliegen. Deren Preise sind kontinuierlich angestiegen. Nur 2004 wurde dieser Trend kurzfristig wegen der Herausnahme der nicht verschreibungspflichtigen Präparate aus dem GKV-Leistungskatalog und der Einführung eines pauschalen Aufschlags für Apotheker bei Abgabe von Arzneimitteln unterbrochen.

Quelle: Arzneiverordnungs-Report 2014

Bereich dazu, dass nicht alle Wirtschaftlichkeitspotenziale erschlossen werden können, wenn die Anbietervielfalt erhalten bleiben soll. Auch die in der Zwischenzeit ins Gesetz aufgenommene Option, besonders preisgünstige Präparate von der gesetzlichen Zuzahlung freizustellen und so für Patienten noch attraktiver zu machen, kann nicht alle Reserven heben.

Rabattverträge als weiterer Baustein. Die gesetzliche Möglichkeit der Kassen, mit Herstellern Verträge für die Arzneimittelversorgung ihrer Versicherten zu schließen und im Gegenzug dafür Rabatte auszuhandeln, ist die logische und notwendige Fortführung der marktinduzierenden Maßnahmen, die mit den Festbeträgen begonnen wurde. Nahmen letztere hauptsächlich die Ärzte und die Patienten als Nachfrager gegenüber den anbietenden Herstellern in den Blick, so adressieren die Rabattverträge nach Paragraph 130a Absatz 8 Sozialgesetzbuch V die Krankenkassen als Geschäftspartner der Hersteller. Das marktübliche Instrument, das hier zum Einsatz kommt, sind Ausschreibungen. Die Vielfalt der Nachfrager verhindert dabei eine schädliche Zerstörung des Wettbewerbs. So können Wirtschaftlichkeitspotenziale erschlossen werden, die einer kollektiven

Regelung nicht zugänglich sind. Rabattverträge tragen den Festbetragsgedanken mithin fort und ergänzen ihn.

Wenn Festbeträge sich insgesamt als Erfolgsmodell darstellen, so muss man das jedoch auf den Bereich beschränken, für den sie gemacht wurden. Die Preisentwicklung zu dämpfen war und ist der Zweck der Festbeträge – nicht mehr, aber auch nicht weniger. Bereits 1990 wurde dies von Experten so kommentiert: „Die Festbeträge – das ist bereits jetzt abzusehen – werden weder den Ruin der westdeutschen pharmazeutischen Industrie bewirken, noch werden sie dauerhaft die Ausgabenentwicklung der GKV begrenzen können. Sie haben zu erheblichen Preis- und Kostensenkungen geführt und sie werden die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen auch spürbar entlasten.“

Die Verschiebungen im Markt werden wesentlich durch die Einführung neuer, oft teurer, manchmal sogar extrem teurer Wirkstoffe bestimmt. Die Einsparungen im Festbetragsmarkt dienen dazu, therapeutische Innovationen finanzierbar zu machen und so zur Verbesserung der Versorgung beizutragen. Allerdings können sie die Kosten hochpreisiger neuer Arzneimittel nicht kompensieren.

Den Fortschritt bewertet. Deswegen wurde im Jahr 2011 mit dem Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) die frühe Nutzenbewertung neuer Wirkstoffe eingeführt, mit der der Gesetzgeber die 1989 begonnene Reihe marktkonformer Maßnahmen fortsetzte. Für Wirkstoffe, bei denen sich ein relevanter Mehrwert gegenüber bisherigen Angeboten feststellen lässt, liefert das Nutzenbewertungsverfahren eine Grundlage für die monetäre Bewertung des Fortschritts, die in der Verhandlung zwischen GKV einerseits und Hersteller andererseits konstruktiv ermittelt wird.

Nach den Anreizen zu wirtschaftlicher Rationalität, die die Festbeträge mit sich brachten, und den Rabattausschreibungen hat das AMNOG mit dem Verhandlungselement also eine dritte Säule marktkonformer Mechanismen in das System der Arzneimittelversorgung eingeführt. Von den Anfängen der Blümschen Reform im Jahr 1989 bis zu den Neuerungen des Jahres 2011 spannt sich ein Bogen, dessen Tragweite und Tragkraft anfangs sicher noch nicht absehbar war, ohne den die Finanzierbarkeit des deutschen Gesundheitssystems sich aber nicht hätte sicherstellen lassen. ■

Gisbert W. Selke leitet den Forschungsbereich Arzneimittelinformationssysteme und Analysen im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO).

Kontakt: gisbert.selke@wido.bv.aok.de

Webtipps

- Zur Bildung von Festbetragsgruppen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss: www.g-ba.de > Institution > Schwerpunktthemen > Arzneimittel > Festbetragsgruppenbildung
- Sammlung der Festbetragsbeschlüsse: www.gkv-spitzenverband.de > Krankenversicherung > Arzneimittel > Festbeträge
- Übersicht des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information über sämtliche Festbetragsarzneimittel: www.dimdi.de > Arzneimittel > Festbeträge, Zuzahlung > Festbeträge

Behandlung nicht korrekt kodiert

Ein Krankenhaus kann eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung nur dann abrechnen, wenn ein Facharzt für klinische Geriatrie die Therapie vor Ort leitet. Ist er abwesend, besteht kein Zahlungsanspruch gegenüber der Krankenkasse. Dies hat das Bundessozialgericht entschieden. **Von Anja Mertens**

Urteil vom 14. Oktober 2014
– B 1 KR 25/13 R –
Bundessozialgericht

Kliniken und Krankenkassen streiten sich immer wieder vor Gericht über die Abrechnung stationärer Leistungen. So auch im Fall einer 90-jährigen Patientin. Diese war wegen eines Oberschenkelbruchs vom 15. September bis 4. Oktober 2007 vollstationär behandelt worden. Nach der Akutversorgung wurde sie zur Frührehabilitation in ein Krankenhaus mit Geriatrie der gleichen Klinikträgerin verlegt. Dort verweilte sie bis 20. Oktober 2007. Die Klinikträgerin stellte der Krankenkasse 10.537,37 Euro in Rechnung. Dabei legte sie die Fallpauschale für geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe (DRG I34Z) zugrunde und kodierte nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel OPS 8-550.1. Dieser umfasst mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten.

Kasse zahlt Teilbetrag. Die Krankenkasse lehnte es ab, die rund 10.600 Euro zu zahlen. Zum einen habe die Klinik nicht angegeben, welche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sie erbracht habe. Zum anderen habe sie nicht die Strukturen vorgehalten, die für die Komplexbehandlung erforderlich seien. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) hätte festgestellt, dass die Behandlung nicht durchgängig von einem Facharzt mit der Zusatzbezeichnung „Klinische Geriatrie“ oder zumindest mit mehrjähriger Erfahrung in diesem Bereich geleitet wurde. Nachdem die Klinik Klage vor dem Sozialgericht (SG)

eingereicht hatte, zahlte die Kasse die ohne die frührehabilitative Komplexbehandlung anfallende Vergütung von 7.781,57 Euro. Das SG wies die Klage auf Zahlung der noch offenen Differenz von 2.652,14 Euro ab. Die Behandlung sei nicht durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung „Klinische Geriatrie“ oder einen Facharzt mit mehrjähriger Erfahrung in diesem Bereich während der gesamten Therapiedauer sichergestellt

Krankenhäuser müssen den Kassen mitteilen, welche Leistungen sie erbracht haben.

gewesen. Mit der Sprungrevision zum Bundessozialgericht (BSG) verfolgte die Klägerin ihr Begehren weiter. Doch das BSG wies die Revision zurück und bestätigte das Urteil der Vorinstanz.

Die obersten Sozialrichter führten zunächst aus, dass die von der Klinik angesetzte Fallpauschale nur dann abrechenbar sei, wenn eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (OPS 8-550.1) kodierfähig gewesen wäre. Dies sei aber nur zulässig, wenn die in dem Operationen- und Prozedurenschlüssel vorgegebenen Mindestmerkmale erfüllt seien. Danach müsse die Behandlung von einem Facharzt mit der Zusatzbezeichnung

„Klinische Geriatrie“ oder von einem Arzt geleitet werden, der über eine mehrjähriger Erfahrung in diesem Bereich verfügt. Dieses Mindestmerkmal sei aber im vorliegenden Fall nicht erfüllt gewesen, wie das Sozialgericht festgestellt habe. Die hierfür qualifizierte Krankenhausärztin sei vom 4. bis 12. Oktober 2007 überhaupt nicht vor Ort gewesen. Sie habe bei der Teamkonferenz am 15. Oktober 2007 gefehlt, die sie hätte leiten müssen. Diese Besprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Therapieziele gehöre aber zu den Mindestmerkmalen des von der Klinik kodierten Operationen- und Prozedurenschlüssels.

Informationspflicht nicht erfüllt. Außerdem sei die Klinik nicht ihrer Pflicht nachgekommen, der Krankenkasse die für die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Rechnung erforderlichen Informationen über die Leistungen der medizinischen Rehabilitation zu übermitteln. Stattdessen habe die Klinik die Behandlungsunterlagen erst dem Sozialgericht überlassen. Damit aber die Kassen eine Abrechnung überhaupt überprüfen könnten – wozu sie jederzeit berechtigt seien –, müsse das Krankenhaus die erbrachten Leistungen vollständig angeben (Paragraf 301 Sozialgesetzbuch V). Die Klinik hätte also bereits mit der Abrechnung alle erforderlichen Informationen übermitteln müssen. Dies sei nicht nur gesetzlich geboten, sondern

TIPP FÜR JURISTEN



Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen thematisiert das 44. Symposium für Juristen und Ärzte „Ausübung der Heilkunde – durch wen und wie?“ am 20. und 21. Februar 2015 in Berlin. Veranstalterin ist die Kaiserin Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen. Mehr Infos: www.kaiserin-friedrich-stiftung.de > **Veranstaltungen**

läge auch im Interesse der Klinik, um erst gar keine Zweifel an der Richtigkeit der Rechnung aufkommen zu lassen. Nur so beuge man einer Irreführung und einer darauf beruhenden Vermögensverfügung der Kasse vor und schaffe die für die Zusammenarbeit unerlässliche Vertrauensbasis. Weil aber die Angaben über die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der umstrittenen Rechnung gefehlt hätten, habe die Krankenkasse vermuten können, dass die Rechnung sachlich-rechnerisch nicht richtig sei oder zumindest das Krankenhaus seiner Informationspflicht nicht nachgekommen sei. Nur wenn die Kassen die entsprechenden Informationen erhielten, könnten sie ihren Aufgaben nachkommen.

Reha ist Teil der Akutversorgung. Außerdem, so das BSG weiter, habe die Vorinstanz zutreffend festgestellt, dass die Leistungsangaben auch in Zusammenhang mit der Regelung zur Frührehabilitation (Paragraf Paragraf 39 Absatz 1 Satz 3 SGB V) zu sehen seien. Zur akutstationären Behandlung gehöre auch die im Einzelfall erforderliche und frühestmöglich einsetzende Frührehabilitation. Sie sei integraler Bestandteil der stationären Versorgung. Die Frührehabilitation im Krankenhaus ziele darauf ab, die Basisfähigkeiten wie Mobilität, weitgehende Unabhängigkeit in den einfachen Aktivitäten des täglichen Lebens sowie die Kommunikation mit und die Orientierung in der Umwelt wieder herzustellen. Bei der Aufnahme in ein Akutkrankenhaus müsse der funktionelle Status, das Rehabilitationspotenzial und der Rehabilitationsbedarf des Patienten in die Diagnosestellung einbezogen und ein am individuellen Bedarf ausgerichtetes Rehabilitationskonzept in die Krankenhausbearbeitung integriert werden. ■

Kommentar: Mit diesem Urteil hat das Bundessozialgericht nun grundsätzlich geklärt, dass die in einem Operationen- und Prozedurenschlüssel vorgegebenen Mindestmerkmale bindend sind. Sind diese Mindestmerkmale nicht erfüllt, kann die Kodierung der Leistungen nicht danach erfolgen und der Rechnung zugrunde gelegt werden.

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

	INHALT	AKTUELLER STAND
DATENSCHUTZ		
Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Bundesdatenschutzgesetzes – Stärkung der Unabhängigkeit der Datenschutzaufsicht im Bund durch Errichtung einer obersten Bundesbehörde, Bundestags-Drucksache 18/2848	Umsetzung europarechtlicher Anforderungen; rechtlicher Status des/der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit als eigenständige und unabhängige Bundesbehörde; weder Rechtsaufsicht durch die Bundesregierung noch Dienstaufsicht durch das Bundesinnenministerium; ausschließlich unter parlamentarischer und gerichtlicher Kontrolle; Wahl des/der Bundesbeauftragten durch den Bundestag; Vereidigung durch Bundespräsident/in; Dienstsitz in Bonn.	Der Bundesrat hat am 10.10.2014 keine Einwände erhoben. Erste Lesung im Bundestag war am 16.10.2014.
GESUNDHEITSBERUFE		
Entwurf eines Gesetzes über den Beruf des Operationstechnischen Assistenten und zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, Bundestags-Drucksache 18/1581	Regelung der Ausbildungs- bzw. Tätigkeitsvoraussetzungen für die Erteilung der Berufsbezeichnung „Operationstechnischer Assistent“ (OTA); Dauer der Ausbildung: drei Jahre (Vollzeitform) oder höchstens fünf Jahre (Teilzeitform); staatliche Prüfung als Abschluss der Ausbildung; Finanzierung der Ausbildung durch die Krankenkassen.	Der Bundesrat hat am 11.4.2014 beschlossen, den Gesetzentwurf erneut in die parlamentarische Beratung einzubringen.
PFLEGE/ERWERBSTÄTIGKEIT		
Entwurf eines Gesetzes zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf Bundestags-Drucksache 18/3124	Pflegeunterstützungsgeld als Lohnersatzleistung für eine bis zu zehntägige Auszeit für Angehörige, die kurzfristige Zeit für die Organisation einer akut aufgetretenen Pflegesituation benötigen; Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit von bis zu 24 Monaten für Arbeitnehmer in Betrieben mit mehr als 25 Beschäftigten; Anspruch auf zinsloses Darlehen, um den durch die Gehaltsminderung beeinflussten Lebensunterhalt besser bewältigen zu können.	Der Bundesrat hat am 7.11.2014 Stellung genommen. Zweite und dritte Lesung im Bundestag war am 4.12.2014.
RETTUNGSDIENST		
Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) – Gesetzliche Krankenversicherung – Bundestags-Drucksache 18/1289	Herausnahme des Rettungsdienstes (Notfallrettung, qualifizierter Krankentransport) aus dem Leistungsbereich Fahrkosten (Paragraf 60 SGB V) und Regelung als eigenständiger Leistungsbereich; Möglichkeit der landesrechtlichen Einbeziehung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes in das System der Rettungsleitstellen.	Der Bundesrat hat am 14.3.2014 beschlossen, den Gesetzentwurf erneut in die parlamentarische Beratung einzubringen.

Stand: 5.12.2014



Internet-Tipp

<http://dipbt.bundestag.de/dip21.web/bt>

Über den Dokumentenserver des Deutschen Bundestages können die Bundestagsdrucksachen als pdf-Datei heruntergeladen werden.

NORDOST

agnes zwei auf Erfolgskurs

Die von Kassenärztlicher Vereinigung Brandenburg (KVBB), AOK Nordost und BARMER GEK Berlin-Brandenburg gegründete Arbeitsgemeinschaft „Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg“ (IGiB) hat ihr fünfjähriges Bestehen gefeiert. Gemeinsames Ziel ist es, vor allem in ländlichen Regionen Brandenburgs neue Strukturen der medizinischen Versorgung zu etablieren. Eine Erfolgsgeschichte der IGiB ist die Fallmanagerin agnes zwei. Mittlerweile sind 90 dieser speziell qualifizierten Fachkräfte in Brandenburg unterwegs. Im Gegensatz zur Gemeindegeschwester AGnES übernimmt agnes zwei nicht nur ärztlich delegierbare Tätigkeiten wie Blutabnahme und Blutdruckmessen. Sie kümmert sich auch um das Fallmanagement für besonders betreuung-intensive, chronisch kranke und ältere Patienten. Dabei stimmt sie sich eng mit dem behandelnden Arzt ab. Sie kann sowohl für Haus- oder Fachärzte als auch arztüber-



Blutdruck in Ordnung? Die Fallmanagerin agnes zwei kümmert sich im Auftrag des Arztes nicht bloß darum.

greifend, beispielsweise in Medizinischen Versorgungszentren, oder für Ärztenetze tätig werden. „Gerade weil die agnes zwei sich als hochqualifizierte Fallmanagerin ganzheitlich um oftmals multimorbide Patienten kümmert und unsere Ärzte zusätzlich durch klassisch-delegierbare Aufgaben entlastet, wird sie in den Praxen so gut angenommen“, betonte KVBB-Vorstandsvorsitzender **Dr. Hans-Joachim Helming**. „Um den Herausforderungen in der Ver-

sorgung in Brandenburg wirklich gerecht zu werden, bedurfte es einer agnes zwei, die eben nicht den strengen Grenzen und Einschränkungen ihrer Vorgängerin unterliegt“, sagte **Frank Michalak**, Vorstandsvorsitzender der AOK Nordost. **Claudia Korf**, Landesgeschäftsführerin der BARMER GEK Berlin-Brandenburg, nannte agnes zwei ein Vorzeigeprojekt auch auf Bundesebene. „Wenn Bundesgesundheitsminister **Hermann Gröhe** ankündigt,

dass er mit dem Innovationsfonds neue Wege in der Versorgung einer älter werdenden Gesellschaft fördern will, kommt er an der IGiB und der agnes zwei nicht vorbei.“ ■

BREMEN/BREMERHAVEN

Kooperation mit Bremen 1860

Die AOK Bremen/Bremerhaven hat einen umfassenden Kooperationsvertrag mit dem Verein Bremen 1860 geschlossen. Ein Schwerpunkt der neuen Partnerschaft soll die Ferienbetreuung von Kindern sein, um sie an Sport und Bewegung heranzuführen und gleichzeitig die Eltern zu entlasten. Die AOK und der Verein Bremen 1860 reagieren damit auf Erkenntnisse der AOK-Familienstudie 2014: Danach stehen Eltern und vor allem Alleinerziehende oft unter Zeitstress, die Betreuung ihrer Kinder zu gewährleisten. Bremen 1860 will in Kooperation mit der Gesundheitskasse künftig auch andere Vereine unterstützen, eine Ferienbetreuung in ihrem Stadtteil umzusetzen. ■

AOK aktuell

Jugendliche finden AOK ziemlich cool

Rund 20.000 junge Menschen im Alter zwischen 13 und 29 Jahren haben im Rahmen der vierten Young Brand Awards ihre angesagtesten Marken gewählt. In der Kategorie „beliebteste Krankenkasse“ landete die AOK dabei nach 2011 und 2013 bereits zum dritten Mal auf dem ersten Platz. Insgesamt wählten 46,3 Prozent der Teilnehmer die Gesundheitskasse an die Spitze. Die Techniker Krankenkasse belegte mit 29,4 Prozent den zweiten Rang, gefolgt von der BARMER GEK (9,9 Prozent). Bei den 13- bis 20-Jährigen erhielt die AOK sogar fast 60 Prozent der Stimmen. „Die AOK ist ein attraktiver Partner für alle Generationen. Dass wir bei Jugendlichen besonders hoch im Kurs stehen, freut uns, und dieser Trend bestätigt sich auch in unseren Mitgliederzahlen“, kommentierte **Jürgen Graalman**, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes,

die Abstimmungsergebnisse. So konnte die AOK gegenüber 2009 bei den 25- bis 30-Jährigen im Vergleich zu den anderen Kassenarten die stärksten Zuwächse (plus 27,7 Prozent) verzeichnen. Ein Grund des starken Zuspruchs sieht Graalman in der zielgruppengerechten Ansprache über die sozialen Medien oder das Jugendmagazin AOK-on. „Wir machen Krankenversicherung für Jugendliche erlebbar“, so Graalman. Ein Beispiel sei der AOK-Schulmeister, an dem in den vergangenen vier Jahren bundesweit 78.000 Schüler teilgenommen haben. Dabei konnten Jugendliche per Quiz ihr Gesundheitswissen testen und mit etwas Geschick und Fitness Exklusivkonzerte deutscher Musikgrößen für ihre Schulen gewinnen. ■



Gesundheitskasse erweitert Vorsorge

Die AOK Bayern hat ihre Vorsorgeleistungen erweitert: Zu den neuen Angeboten gehören zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen für Frauen und Schwangere, professionelle Zahnreinigung, ein Hautscreening ab 18 Jahre und Schutzimpfungen für Reisen in tropische und subtropische Länder. Auch Kinder profitieren von den Angeboten der Gesundheitskasse: So beteiligt sich die AOK künftig an den Kosten zur Versiegelung der vorderen Backenzähne. Auf diese Weise soll die Kariesgefährdung minimiert werden. Zudem übernimmt die AOK Bayern auch einen Kostenanteil für homöopathische Arzneimittel. „Mit den neuen Leistungen wollen wir das wachsende Gesundheitsbewusstsein unterstützen“, sagte **Dr. Helmut Platzer**, Vorstandsvorsitzender der AOK Bayern. Das erweiterte Vorsorgepaket bietet – zusammen mit Gesundheitskursen – insgesamt Leistungen im Wert von bis zu 250 Euro pro Jahr. Der Versicherte entscheidet selbst, welche Angebote er daraus abrufen will. „Vorsorge ist auf lange Sicht eine wichtige Investition in eine bessere Gesundheit“, so Platzer. Bei der Gesundheitsförderung sei die AOK von Beginn an Marktführer mit einer großen Bandbreite an Präventionsangeboten. ■

RHEINLAND/HAMBURG

Experten informieren über Zweitmeinung

Über neueste Trends und Forschungserfolge bei Diagnose, Behandlung oder dem Ein-



Schöne Haut, gesunde Haut: Neu im Vorsorge-Portfolio der AOK Bayern ist auch ein Hautscreening ab dem 18. Lebensjahr.

satz von Medikamenten haben zwei Tage lang hochkarätige Medizin-Experten im Bildungszentrum der AOK Rheinland/Hamburg in Grevenbroich informiert. Unter dem Motto „Von der Vision zur Innovation“ berichteten beim 8. Kongress des Medizinischen Kompetenzzenters (MKC) 14 Professoren und eine Professorin über Verbesserung und Fortschritt in der Medizin. Alle Experten sind Mitglieder des Medizinischen Kompetenzzenters der AOK Rheinland/Hamburg und stehen für Versicherte der Gesundheitskasse als Spezialisten für eine Zweitmeinung zur Verfügung. „Mit dem vor sieben Jahren von uns gegründeten Medizinischen Kompetenzzentrum holen viele unserer Versicherten bei schwerwiegenden Diagnosen wie etwa Krebs eine zweite Meinung von den Experten ein“, so **Rolf Buchwitz**, stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der AOK Rheinland/Hamburg. Versicherte der Gesundheitskasse würden auch künftig von innovativen Behandlungsmethoden profitieren. ■

HESSEN

DAVET gewinnt Gesundheitspreis

Die Türkisch-Deutsche Gesundheitsstiftung (TDG) und die AOK Hessen sind für ihr Projekt DAVET mit dem Hessischen Gesundheitspreis 2014 ausgezeichnet worden. Hessens Staatsminister für Soziales und Integration, **Stefan Grüttner**, überreichte **Professor Dr. Yasar Bilgin** von der TDG und **Dr. Wilfried Boroch** von der AOK Hessen die begehrte Auszeichnung. DAVET ist türkisch und heißt übersetzt Einladung. Das Projekt will türkeistämmige Patienten für vertragsärztliche Leistungen der Vorsorge und Früherkennung sensibilisieren. Ziel ist es, die Inanspruchnahme von Vorsorgeprogrammen wie dem Check-up 35 oder der Krebsvorsorge zu steigern. Das am 1. Juli 2012 gestartete Projekt endete im Sommer dieses Jahres und wird seitdem von der TDG ausgewertet. Mit ersten Ergebnissen aus der Evaluationsphase ist 2015 zu rechnen. Dr. Wilfried Boroch, Unter-

nehmenssprecher und Politikchef der AOK Hessen, nannte den Preis „eine tolle Auszeichnung und eine schöne Bestätigung für ein Projekt, das uns sehr am Herzen liegt. Wir versichern fast ein Drittel der hessischen Bevölkerung, 1,5 Millionen Menschen. Und immerhin leben hier 180.000 türkische Staatsbürger, von denen der überwiegende Teil AOK-versichert ist. Hinzu kommen viele Deutsche mit türkischen Wurzeln. Wir möchten Verantwortung für diese Bevölkerungsgruppen übernehmen.“ ■

Telegramm

+++ Bundesweit haben sich am 22. November AOK-Auszubildende am **Vorlesetag** beteiligt und in Schulen, Kindertagesstätten und auf Krankenhäusern Kindern Geschichten vorgelesen. „Der AOK liegt es sehr am Herzen, dass Kinder nicht ohne Lesekompetenz die Schule verlassen“, so Jürgen Graalman, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes. +++ Seit vier Jahren unterstützt die AOK die **Jugendmedientage**. Beim diesjährigen größten Event für junge Medienmacher im Alter zwischen 16 und 27 Jahren wurden nun die Sieger des vom AOK-Werkstattmagazins „on JUST“ ausgerichteten Fotowettbewerbs in Frankfurt am Main gekürt. Über 500 junge Medienmacher beteiligten sich an dem Wettbewerb.

Behandlungsfehler Risikomanagement in Kliniken

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung hat allein im vorigen Jahr in mehr als 14.000 Fällen Gutachten zu möglichen Behandlungsfehlern erstellt. Und die Experten des Sachverständigenrates



im Gesundheitswesen gehen davon aus, dass jährlich 17.000 Patienten sterben, weil sie nicht richtig versorgt worden sind. Insbesondere Kliniken sind gefährliche Orte. Patienten können verwechselt werden, Narkosemittel zu niedrig oder zu hoch dosiert sein, die Vergabe von Medikamenten vergessen oder nicht dokumentiert sein

und vieles mehr. Wie aber lassen sich in hochkomplexen Organisationen Fehler vermeiden? Vertreter der Helios-Klinikgruppe haben jetzt zum zweiten Mal einen Band herausgegeben, in denen Ärzte, Pflegekräfte und Klinikmanager unterschiedliche Ansätze für mehr Patientensicherheit vorstellen. Farbige Armbänder für Patienten, Checklisten bei Operationen, Simulationstrainings, Betriebsbegehungen und abgestimmte Prozeduren sollen helfen, gesundheitliche Schäden zu verhindern. Deutlich wird, dass Patientensicherheit nicht allein die Sache von Ärzten und Pflegekräften ist, sondern zu den Kernaufgaben des Krankenhausmanagements zählt. Gemeinsam lässt sich da einiges verbessern. Grundlegend in all diesen Prozessen aber sind der direkte Kontakt und eine gute Kommunikation zwischen allen Beteiligten.

*Gerald Burgard,
Henning T. Baberg, Graf Popken:*
Patientensicherheit.
2014. 272 Seiten. 64,95 Euro.
Medizinisch Wissenschaftliche
Verlagsgesellschaft, Berlin.

Gesundheitsförderung Für eine Politik der Lebenschancen

Die Gesundheitspolitik von morgen muss den Rahmen schaffen, damit Menschen Lebenschancen erhalten und in allen sozialen Lagen lange gesund bleiben. Das ist die zentrale These von Ilona Kickbusch. Die Professorin aus Genf war viele Jahre bei der Weltgesundheitsorganisation tätig und auch 1986 verantwortlich für die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Heute berät sie weltweit Organisationen und Regierungen zur Gesundheitspolitik. Kickbusch hat jetzt mit der Wissenschaftsjournalistin Susanne Hartung das 2006 erstmals erschienene Buch „Die Gesundheitsgesellschaft“ neu aufgelegt. Überzeugend stellen die Autorinnen darin klar, dass die bisherigen Konzepte der Gesundheitspolitik neu justiert werden müssen. Es geht nicht darum, die Errungenschaften der bisherigen Politik kleinzureden, sondern vielmehr Fortschritte und Lücken zu definieren, Neues und Notwendiges zu



wagen. Schließlich führte das ausgefeilte System der Krankenversorgung nicht zu mehr Gesundheit für alle, sondern steigerte eher die gesundheitlichen Ungleichheiten und gerät zunehmend selbst in Finanznot. Eine politische Neuausrichtung ist unabdingbar: Die Politik muss Gesundheit als Triebkraft in der modernen Gesellschaft erkennen und mit den Bürgern und der Wirtschaft gemeinsam Gesundheit in allen Lebensbereichen gestalten.

Ilona Kickbusch, Susanne Hartung: **Die Gesundheitsgesellschaft. 2. vollständig überarbeitete Auflage.** 2014. 248 Seiten. 24,95 Euro.
Verlag Hans Huber, Bern.

SEMINARE | TAGUNGEN | KONGRESSE

■ BMC-KONGRESS 2015: PATIENTENORIENTIERUNG – SCHLÜSSEL FÜR MEHR QUALITÄT	Reformbedarfe, Patientenorientierung, Health literacy, Shared Decision Making, Qualitätssicherung	20.–21.1.2015 Berlin	Bundesverband Managed Care Friedrichstraße 136 10117 Berlin	Tel.: 0 30/28 09 44 80 Fax: 0 30/28 09 44 81 bmcev@bmcev.de www.bmcev.de/kongress
■ KONGRESS PFLEGE 2015	Pflegequalität, Patientensicherheit, neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff, Pflegekammer	30.–31.1.2015 Berlin	Springer Medizin Organisation: Urban & Vogel GmbH Heidelberger Platz 3 14197 Berlin	Tel.: 0 30/8 27 87-5510 andrea.tauchert@springer.com www.heilberufe-kongresse.de > Aktuelle Veranstaltungen
■ KASSENGIPFEL 2015	Finanzierungsfragen, Vertragswettbewerb, AMNOG, Telemedizin, Dauerbaustelle Qualitätsoffensive	26.–27.2.2015 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 2015	Verbesserung der Gesundheitssituation, Abbau gesundheitlicher Ungleichheit, gesellschaftliche Strategien	5.–6.3.2015 Berlin	Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. Friedrichstraße 231 10969 Berlin	Tel.: 0 30/44 31 90 72 Fax: 0 30/44 31 90 63 amlr@gesundheitsb.de www.armut-und-gesundheit.de
■ DEUTSCHER PFLEGETAG 2015	Neues Begutachtungsassessment, Palliativversorgung, Pflegequalität, altersgerechtes Wohnen	12.–14.3.2015 Berlin	Deutscher Pflegerat e.V. Organisation: Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hans-Böckler-Allee 7, 30173 Hannover	Tel.: 05 11 85 50-2472 Fax: 05 11 85 50-2411 info@deutscher-pflegetag.de www.deutscher-pflegetag.de

Politikwissenschaft Absage an puren Neoliberalismus

Bücher zur Kritik des Neoliberalismus füllen etliche Regalmeter. Sie sind oft in schwer verdaulichem Soziologen-Jargon geschrieben und argumentieren mitunter nicht weniger plakativ als die von ihnen abgewatschten Protagonisten einer entfesselten Marktwirtschaft. Brauchen wir da wirklich noch eine Abhandlung über die Irrwege des „Homo oeconomicus“, der stets seinen individuellen Nutzen optimiert und von der unsichtbaren Hand des Marktes gelenkt wird? Ja, wenn sie auf so pro-



fundem Wissen über die ökonomische Theorie und die philosophischen Grundlagen des Liberalismus beruht und auch noch so gut geschrieben ist wie das Buch von Lisa Herzog. Die promovierte Ökonomin und Philosophin macht deutlich, dass die neoliberale Frontstellung vom Markt als dem Hort der Freiheit und dem Staat als Reich von Zwang und Gewalt sich nicht auf den Liberalismus der Aufklärung berufen kann. Lisa Herzog schützt den klassischen Liberalismus vor falschen Freunden und kritisiert den Neoliberalismus, weil er mit seinem einseitigen Menschenbild des individuellen Nutzenmaximierers den Libe-

ralismus „herzlos“ macht, den Begriff „soziale Gerechtigkeit“ als „Unwort“ denunziert, soziale Strukturen und Ungleichheiten vernachlässigt sowie die Umwelt ignoriert. Diese Themen sind für die akademische Welt nicht wirklich neu. Lisa Herzog aber präsentiert das komplizierte Verhältnis von ökonomischer Theorie und Sozialphilosophie so, dass es auch politisch interessierte Laien verstehen können – ein seltenes Talent. Man sollte ihr Buch zur Pflichtlektüre für Ökonomie-Studenten und auch ihre Professoren machen.

Hartmut Reiners

Lisa Herzog: **Freiheit gehört nicht nur den Reichen.**
2013. 207 Seiten. 14,95 Euro.
Verlag C. H. Beck, München.

Rechtskommentar Neufassung nach Gesetzesreformen

Von der Arzt-Patienten-Beziehung bis hin zur Zusammenarbeit der Ärzte, von Vergütungsfragen, Behandlungsfehler bis hin zu Medizinprodukten – das Medizinrecht deckt ein breites Spektrum an juristischen Fragen ab und nimmt in seiner Bedeutung zu. So hat das 2013 in Kraft getretene Patientenrechtegesetz die Rechtsprechung in vielen Fragen verändert. Insbesondere



das Behandlungs- und das Arzthaftpflichtrecht mussten überarbeitet werden. Die Professoren Karl-Otto Bergmann und Heinz-Dietrich Steinmeyer haben nun gemeinsam mit Burkhard Pauge, Richter am Bundesgerichtshof, einen Kommentar zum Medizinrecht herausgegeben. Neben einer Neukommentierung des

Arzthaftpflichtrechtes waren mit dem Versorgungsstrukturgesetz auch Änderungen im Sozialrecht nötig.

Otto Bergmann, Burkhard Pauge,
Heinz-Dietrich Steinmeyer (Hrsg.):
Gesamtes Medizinrecht.
2. Auflage. 2014.
1.877 Seiten. 198 Euro.
Nomos Verlag, Baden-Baden.

Zeitschriftenschau

■ Informationen über Erbkrankheiten: Viele ungeklärte Rechtsfragen

Nichts über die genetische Veranlagung zu wissen, ist ein Persönlichkeitsrecht. Im Mai 2014 verneinte der Bundesgerichtshof den Schadensersatzanspruch einer Mutter gegen einen Arzt, der sie über eine unheilbare tödliche Erbkrankheit ihres geschiedenen Ehemanns und Vater ihrer Kinder informiert hatte. Dr. Angie Schneider von der Uni Köln analysiert das Urteil und kommt zu dem Schluss, dass beispielsweise nicht geklärt ist, ob es Ärzten verboten ist, direkte Verwandte über die mögliche Vererbung einer todbringenden Erkrankung zu informieren. Es könne Konstellationen geben, in denen Ärzte ihre Schweigepflicht brechen dürften – aber nur, wenn die Erbkrankheit medizinisch behandelbar ist. **Neue Juristische Wochenschrift 43/2014, Seite 3133–3135**

■ Assistierter Suizid: Ein Sowohl-als-auch geht nicht

Ob ein ärztlich assistierter Suizid zu erlauben ist oder nicht, ist umstritten. Der Göttinger Rechtsprofessor Gunnar Duttge setzt sich mit dem Dilemma auseinander, vor dem nicht nur die Ärzteschaft steht. Einerseits in der palliativmedizinischen Versorgung darauf hinzuwirken, das Leben zu bejahen, und andererseits den assistierten Suizid als ärztliche Handlungsoption zu akzeptieren, passe nicht zusammen. Ein Sowohl-als-auch könne es nicht geben. Entweder sei ein assistierter Suizid grundsätzlich zu verbieten und ein Verstoß gegen das Verbot mit entsprechenden Sanktionen zu belegen. Oder der assistierte Suizid werde erlaubt. Dann aber seien Voraussetzungen und Vorgehen klar zu regeln. **Zeitschrift Medizinrecht (2014) 32: 621–625**

■ Klinik-Infektionen: Hygienesdokumentation für Patienten offenlegen

Sind Patienten im Krankenhaus mit multiresistenten Keimen wie MRSA infiziert, werden oft Mängel in der Einrichtung dafür verantwortlich gemacht, die durch eine sachgerechte Organisation und Koordinierung der Behandlung hätten ausgeschlossen werden können. Das aber lässt sich nur schwer beweisen, so der Fachanwalt für Medizinrecht Dr. Dirk Liebold. Denn ohne Aufnahme-Screening ließe sich kaum belegen, dass Patienten den MRSA-Keim erst in der Klinik erworben haben. Damit Patienten vor Gericht ihrer hohen Darlegungs- und Beweislast nachkommen können, müsse ihnen das Recht zustehen, vorab maßgebliche Hygieneaufzeichnungen des Krankenhauses einzusehen. **Zeitschrift für das gesamte Medizin- und Gesundheitsrecht 5/2014, Seite 317–321**

■ Klinikqualität: Länder und Bundesausschuss müssen kooperieren

Unterschiede und Schnittstellen der Qualität von stationären Einzelleistungen sowie der System- und Strukturqualität analysiert Dr. Dorothea Prütting, Ministerialdirigentin im nordrhein-westfälischen Gesundheitsministerium. Die Krankenhausplanung der Länder befasse sich zwar nicht mit Einzelleistungen, ziele aber auf eine gute Behandlung. Umgekehrt beeinflussten die bundesweiten Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) für Leistungen auch die Strukturen. Länder und GBA müssten eng zusammenarbeiten und die jeweiligen Kompetenzen klar verteilt sein. **Zeitschrift Medizinrecht (2014) 32: 626–631**

Urologie rüstet sich für die Zukunft

Mehr kranke Menschen, weniger Ärztinnen und Ärzte – darauf muss sich sein Fachgebiet schon heute einstellen, meint der Urologe **Jan Fichtner**. Er empfiehlt, medizinische Leitlinien anzupassen und den ärztlichen Nachwuchs gezielt zu fördern.

Der demografische Wandel stellt die Urologie als Fachgebiet des höheren Lebensalters vor große Herausforderungen. Laut Hochrechnungen schrumpft die Bevölkerung in Deutschland bis 2030 um fünf Millionen Einwohner. Gleichzeitig steigt der Anteil der über 65-Jährigen um 33 Prozent auf mehr als 22 Millionen. Die Urologen werden also eine wachsende Zahl an Patienten versorgen müssen – bei stagnierenden beziehungsweise rückläufigen Budgets. Fachleute erwarten in den nächsten 15 Jahren durch die steigende Zahl der Patienten beispielsweise mit Krebs, gutartigem Prostatasyndrom, Harninkontinenz sowie erektiler Dysfunktion einen um 20 bis 30 Prozent höheren Versorgungsbedarf. Um diesem Bedarf gerecht zu werden, müssen wir die Urologie jetzt auf die Zukunft vorbereiten.

Geriatrische Anforderungen in den Blick nehmen. Im medizinischen Bereich beinhaltet dies ein Überdenken und gegebenenfalls eine Überarbeitung der üblichen Indikationsstellungen: Wann ist welche Behandlung angezeigt und wann nicht? Ein Beispiel dafür ist das in die aktualisierte S3-Leitlinie zum Prostatakarzinom integrierte Geriatrische Assessment. Es gibt Ärztinnen und Ärzten ein Werkzeug an die Hand, um bei älteren Patienten unter Einbeziehung der Begleitkrankheiten und der Lebenssituation die Indikation von Operationen kritisch zu prüfen. Gleichzeitig müssen wir vermeintliche Randgebiete unseres Faches wie die Palliativmedizin und die Geriatrische Urologie stärker in den Blick nehmen, um zum einen unseren Patientinnen und Patienten kompetent begegnen zu können und zudem anderen Fachgebieten gegenüber diese Kompetenz vertreten zu können.

Den ökonomischen Herausforderungen des demografischen Wandels sollten wir uns als Mediziner stellen, bevor uns die

Politik mit Priorisierung und Rationierung konfrontiert. Hier bedarf es wissenschaftlicher Anstrengungen, um Daten zu Kosten-Nutzen-Aspekten von Interventionen und Routinen, beispielsweise in der Krebsnachsorge, zu entwickeln. Daten aus Projekten der Versorgungsforschung können helfen, den Nutzen bestimmter Verfahren zu bewerten. So belegen beispielsweise Studien zur Diagnostik und Behandlung des Hodentumors die gleichzeitige Reduktion von Kosten und Morbidität durch eine verminderte Anzahl von CT-Untersuchungen. Ein weiteres Beispiel ist die in der S3-Leitlinie zum Prostatakarzinom verankerte Risiko-angepasste PSA-Früherkennung.

Den Nachwuchs für die Urologie begeistern. Die Beschäftigung mit Aspekten einer adäquaten und verantwortungsvollen Verteilung begrenzter Ressourcen wird auch in Anbetracht des demografischen Wandels in der Ärzteschaft eine Herausforderung für unser Fachgebiet sein. Bereits etablierte und künftig auszubauende Strukturen der Zusammenarbeit zwischen Praxis und Klinik werden in vielen Fällen eine Rationalisierung von Prozessen vor der Rationierung von Leistungen erlauben. Allerdings ist der Anteil der über 60-jährigen Ärztinnen und Ärzte zwischen 1993 und 2013 von 17 auf 43 Prozent gestiegen. Bis 2020 werden voraussichtlich mehr als 50.000 Kolleginnen und Kollegen aus dem Beruf ausscheiden. Daraus resultiert ein kaum kompensierbares Defizit in der ärztlichen Versorgung.

Umso bedeutender ist die Förderung des Nachwuchses. Unter den Medizinstudierenden stellen Frauen heute die Mehrheit, und auch die Zahl der Assistenzärztinnen in der Urologie nimmt zu. Diese positive Entwicklung, verbunden mit geänderten Lebens- und Arbeitsansprüchen der sogenannten Generation Y, zieht einen größeren Anteil von in Teilzeit beschäftigten Ärztinnen und Ärzten nach sich. Das verschärft den bestehenden Mangel. Die Urologie muss jungen Ärztinnen und Ärzten deshalb dabei helfen, Beruf und Familie zu vereinbaren.

In unserem Fachgebiet bestehen exzellente Möglichkeiten der beruflichen Tätigkeit. Dadurch bieten sich besondere Chancen, junge Kolleginnen und Kollegen für die Urologie zu begeistern. Berufsverband und Fachgesellschaft haben entsprechende Initiativen in die Wege geleitet. Wir werden sie in Zukunft weiter intensivieren müssen, um die Attraktivität der Urologie zu erhalten und zu stärken. ■

Prof. Dr. Jan Fichtner ist Chefarzt der Klinik für Urologie am Johanniter Krankenhaus Oberhausen und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie. **Kontakt: info@dgu.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 Änne Töpfer

Titel iStockphoto

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: -160
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-
gefordert eingesandte Manuskripte
und Fotos übernimmt der Verlag
keine Haftung.
Einzelpreis: 6,95 Euro
Jahresabo: 71,80 Euro
inkl. Porto
Kündigungsfrist 3 Monate
zum Jahresende

Es gilt die Anzeigen-
preisliste Nr. 16
vom 1.1.2014
ISSN 1436-1728



G+G 11/2014

Hightech fürs Ohr

Audiotherapie anbieten

Schwerhörige können heute mit deutlich besseren Hörsystemen versorgt werden, ohne einen Aufpreis zu bezahlen. Die Geräte haben die Möglichkeit, eine Richtmikrofoncharakteristik einzustellen, um im Störgeräusch besser zu verstehen, und sie verfügen über mehrere Programme für unterschiedliche Hörsituationen. Eine Basisversorgung ist dadurch wesentlich besser und leichter geworden. Die Frage ist, inwieweit mit den Basisgeräten ein weitgehend normales Gehör wiederherzustellen ist. Dies ist mit zunehmender Schwerhörigkeit immer schwerer und bei hochgradigen Schwerhörigkeiten unmöglich. Diese Schwerhörigen profitieren von zusätzlichen Techniken, die den Signal-Rausch-Abstand, also das Hören im Störgeräusch verbessern. Dies können bessere Signalverarbeitungsstrategien im Hörgerät selbst oder aber zusätzliche technische Hilfsmittel sein, die eine Kommunikation im Alltag verbessern. Es wäre daher wünschenswert eine individuellere Kostenübernahme in Abhängigkeit des Kommunikationsdefizits zu erreichen. Dazu müssten jedoch die Hilfsmittelrichtlinien vor allem hinsichtlich der Überprüfungskriterien deutlich überarbeitet werden. Auch sollten audiotherapeutische Maßnahmen begleitend zur Hörgeräteversorgung verstärkt angeboten und durch die Kostenträger finanziert werden. Auch die Patienten selbst kön-

nen etwas für ihr Gehör tun. Für die Prävention eines Hörverlustes gilt, dass Lärm, vor allem impulshaltiger Lärm gemieden werden sollte, beziehungsweise adäquater Gehörschutz getragen werden sollte. Wenn es um die Versorgung mit Hörsystemen geht, ist es wichtig, dass die Schwerhörigen die Möglichkeit bekommen unterschiedliche Systeme unterschiedlicher Preisklassen zu testen. Die Akustiker müssen gewährleisten, dass die Hörsysteme nachvollziehbar und transparent eingestellt werden.

Prof. Dr. A. L. und Prof. Dr. M. W., **Vorstandsmitglieder der Deutschen Gesellschaft für Audiologie, DGA**

G+G 11/2014

Online-Training für die Seele

Besser Therapeuten aus Fleisch und Blut

Die Zahl der Menschen mit Depressionen scheint zugenommen zu haben. Und diese Menschen brauchen Hilfe, häufig kurzfristig, weil sich sonst die Krankheit verschlimmern kann. Aber ob ein Programm im Internet Depressive wirklich aus ihrem Sumpf herauszieht, wage ich zu bezweifeln. Auch, wenn es „nur“ um leichte Depressionen geht, für die Mood-GYM konzipiert ist. Aber künstliche Charaktere wie „Cyberman“ oder „Nullproblem“ können meines Erachtens Therapeuten aus Fleisch und Blut mit Professionalität und Einfühlungsvermögen nicht mal übergangsweise ersetzen.
U. S., Hannover

BECKs Betrachtungen



Auf meinen Medikamenten steht
VON KINDERN FERNHALTEN.
Habe meine Kinder drei Tage nicht ge-
sehen und es geht mir schon viel besser.



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. Ende 2013 erhielt er zum dritten Mal den Deutschen Karikaturenpreis in Gold. Seit 2003 veröffentlicht BECK täglich einen Cartoon 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

IBAN

BIC

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.

JETZT
zur AOK!

Warum zur AOK?

**„Weil die für mich da sind, wenn
Mama mal nicht da sein kann“**

Wir sind da, wenn's drauf ankommt. Zum Beispiel mit der Haushaltshilfe im Krankheitsfall. Nur einer von vielen Gründen, warum sich der Wechsel zur AOK für Sie lohnt.

Gesundheit in besten Händen

www.zur-aok.de