



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

Das AOK-Forum für Politik, Praxis und Wissenschaft
Ausgabe 1/2013, 16. Jahrgang

Klasse machen im OP

Warum aus Menge im Krankenhaus
Qualität werden muss

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: Udo Barske
Stellvertretende Pressesprecherin: Gabriele Hauser-Allgaier
Pressereferent: Michael Bernatek
Pressereferentin: Christine Göpner-Reinecke

Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin
udo.barske@bv.aok.de
gabriele.hauser-allgaier@bv.aok.de
michael.bernatek@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

Heilbronner Straße 184, 70191 Stuttgart
presse@bw.aok.de

Tel. 0711/2593-231
Fax: 0711/2593-300

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

Stabstelle Presse: André Maßmann

Kasernenstraße 61, 40123 Düsseldorf
andre.massmann@rh.aok.de

Tel. 0211/8791-1262
Fax: 0211/8791-1145

AOK RHEINLAND-PFALZ/SAARLAND – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressereferent: Jürgen Cronauer

Virchowstraße 30, 67304 Eisenberg/Pfalz
juergen.cronauer@rps.aok.de

Tel. 06351/403-480
Fax: 06351/403-710

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: 01802/471002-104*

Tel. 0361/6574-80021
Fax: 01802/471002-115*

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.

Patientengesetz hat Lücken

Die Regierungskoalition hat die Patientenrechte gebündelt. Doch das Gesetz spart wichtige Bereiche aus, sagt Berlins Patientenbeauftragte **Karin Stötzner**. Sie vermisst Regelungen zu Behandlungsfehlern und zu Selbstzahlerleistungen.

Nach mehr als zehn Jahren Diskussion liegt nun das „Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“ vor. Immer wieder hatten Patienten-, Selbsthilfe- und Sozialverbände darauf gedrungen, einen formalen Rahmen zu schaffen, der das strukturelle Ungleichgewicht zwischen Patienten auf der einen Seite sowie Leistungs-, Kosten- und Rechtsträgern im Gesundheitswesen andererseits auszugleichen hilft. Das Gesetz soll „Patientinnen und Patienten sowie Behandelnde auf Augenhöhe bringen“, heißt es in der Begründung. Bei denjenigen, die sich jahrelang für eine Verbesserung von Patientenrechten eingesetzt haben, ist die Freude über das Ergebnis allerdings geteilt. Es ist gut, dass Patienten sich bei der Wahrnehmung ihrer Rechte nun auf konkrete Paragraphen beziehen können – zum Beispiel bei Informationsrechten, der Akteneinsicht oder der Wahrung von Antragsfristen gegenüber den Kassen. Aber das Gesetz bleibt erheblich hinter den Forderungen und Vorschlägen der Verbände und sogar hinter den Eckpunkten der Regierungskoalition zu Beginn ihrer Amtszeit zurück. Die Kompromisslinien, auf die sich die Ressorts Justiz und Gesundheit sowie die Koalition geeinigt haben, werden von der Fachöffentlichkeit als unzulänglich bewertet. Betroffenenverbände sind nur deswegen froh über das Gesetz, weil damit die Basis für eine Weiterentwicklung in der nächsten Legislaturperiode geschaffen ist.

Kritiker aus den Patientenverbänden bemängeln, dass das Gesetz zwar zentrale Regelungsfelder benennt, aber letztlich nicht wesentlich über die bestehende Rechtsprechung hinausgeht. Von einer Erweiterung der Rechte von Patienten kann deswegen keine Rede sein. Es besteht zudem die Sorge, dass die oberste Rechtsprechung durch die Kodifizierung des Bestehenden in ihren Möglichkeiten weniger flexibel sein kann und damit sogar faktisch eingeschränkt wird. Für wichtige Felder besteht dringender Nachbesserungsbedarf. Dazu gehört zum Beispiel die Rolle von Patienten in Behand-

lungsfehler-Verfahren und die entscheidende Frage der Beweislastumkehr. Das Gesetz bietet keine Hilfe, wenn Patienten zwar einen Schaden belegen und ein ärztliches Fehlverhalten beweisen können, ihnen aber die Möglichkeiten fehlen, den ursächlichen Zusammenhang zu beweisen, beziehungsweise einen langen Prozess durchzustehen. Wenn Patienten ein ärztliches Fehlverhalten belegen können, sollten die Behandler nachweisen müssen, dass dieses keine Gesundheitsschädigung nach sich gezogen hat. Durch die Einführung einer Proportionalhaftung und unabhängige Gutachterpools hätte der Gesetzgeber hier mehr Gleichgewicht schaffen können.

Obwohl selbst Experten aus der CDU/CSU die Diskussion wesentlich weiter führen wollten und sich beispielsweise die Patientenbeauftragten für die Einführung eines Entschädigungs-

fonds ausgesprochen haben, der wenigstens Härtefälle hätte aufgreifen können, hat die Koalition nicht einmal die Möglichkeit genutzt, die Diskussion über mögliche Modelle auf der Tagesordnung zu lassen.

Erhebliche Kritik gibt es darüber hinaus daran, dass das Gesetz die Verbraucher- und Kundenrechte von Patienten, die in einer mehr und mehr marktwirtschaftlich gestalteten Gesundheitsversorgung immer wichtiger werden, nicht genügend stärkt. Hier ist vor allem der Bereich der individuellen Gesundheitsleistungen zu nennen. Der Nutzen dieser von Ärzten teils massiv beworbenen und von Patienten aus eigener Tasche zu zahlenden Leistungen ist umstritten. Patienten- und Verbraucherverbände beklagen, dass das Gesetz keinen angemessenen Schutz vor unnötiger Behandlung und finanzieller Übervorteilung bietet. Sonst übliche Vertragsrechte – Schriftform, Bedenkzeit, wirtschaftliche Aufklärung – fehlen dazu im Gesetz völlig.

Der Änderungsbedarf ist also erheblich. Mit dem vorliegenden Patientenrechte-Gesetz ist die Debatte um das nächste eröffnet. Die Patientenverbände werden sich nachdrücklich einbringen. ■

Das Gesetz bietet Patienten keinen Schutz vor unnötiger Behandlung.



Karin Stötzner, geboren 1951, ist seit 2004 Patientenbeauftragte für Berlin. Die Diplom-Soziologin war nach Abschluss ihres Studiums mit dem Schwerpunkt Kommunalpolitik in der Bildungsarbeit und der freien Wohlfahrtspflege tätig. Seit 1985 leitet sie die Selbsthilfekontakt- und Informationsstelle SEKIS in Berlin. Über die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen ist sie Patientenvertreterin im Gemeinsamen Bundesausschuss und dort Mitglied des Koordinierungskreises der Patientenverbände auf Bundesebene. Karin Stötzner ist Mitglied der Berliner Landesgesundheitskonferenz sowie des Berliner Krankenhausbeirates.

Kontakt: patientenbeauftragte@sengs.berlin.de

Untiefen auf der Spur



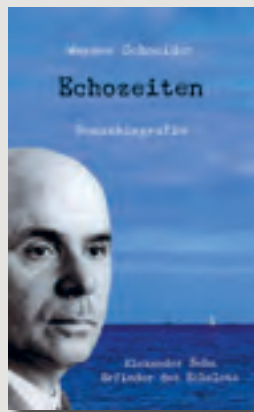
H.-B. Henkel-Hoving,
Chefredakteur

Alexander Behm kam von dem Unglück einfach nicht mehr los. Wochenlang beschäftigte den Elektrotechniker im Frühjahr 1912 der Untergang der Titanic so sehr, dass er nach der Arbeit meist nur noch wortkarg im Wohnzimmer saß und selbst mit seiner Frau Johanna kaum ein Wort wechselte. Erst als ihn die Gattin zur Rede stellte, antwortete Behm unwirsch: „Es muss doch möglich sein, solche Tragödien zu verhindern.“

Dank des Tüftlers ist es Kapitänen heute möglich, Untiefen rechtzeitig zu erkennen: Alexander Behm ist der Erfinder des Echolots. Die spannende Lebensgeschichte dieses Technikpioniers hat ein Pionier auf einem ganz anderen Gebiet nun zu Papier gebracht: Werner Schneider gehört zu den Vätern des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Als Autor ist der ehemalige Geschäftsführer Finanzen und Controlling des AOK-Bundesverbandes langjährigen G+G-Lesern bekannt.

Werner Schneiders Interesse an Behm hat persönliche Wurzeln. Er wurde 1948 im Nachbarhaus des Erfinders geboren und war als Kind immer wieder zu Besuch bei der hochbetagten Witwe Behms. Während Schneider in seiner Romanbiografie „Echozeiten“ höchst unterhaltsam die Lebenslinien Alexander Behms nachgezeichnet hat, spürten die Teilnehmer des G+G-Gesprächs engagiert den Untiefen der Krankenhausfinanzierung nach. Die Antworten auf die Frage, warum Deutschland in vielen Bereichen OP-Weltmeister ist, fielen dabei höchst unterschiedlich aus – ein untrügliches gesundheitspolitisches Echolot ist eben noch nicht erfunden worden.

Eine anregende Lektüre wünscht Ihnen



Packend: „Echozeiten“ schildert den Lebensweg von Alexander Behm, dem Erfinder des Echolots (zu beziehen über amazon.de).



32

Klinik-Vergütung: Was die Diagnosis Related Groups bewirkt haben

MAGAZIN

14 WEGWEISER ZUM OPERATIONSSAAL

Eine Befragung ergab: Das Gros der Patienten ist mit der stationären Behandlung zufrieden. Ihre Krankenhaus-Empfehlungen fließen in drei Internetportale ein.
Von Thomas Hommel

16 PRÄDIKAT: BESONDERS WIRKSAM

Depressionen sind ein Dauerbrenner in den Medien. Viele Betroffene wissen aber nicht, wo sie Hilfe finden. Nun listet ein Report bewährte Projekte auf.
Von Thomas Hommel

17 REGISTER AM START

Künstliches Knie, neue Hüfte: Das Endoprothesenregister Deutschland ist in zwei Hamburger Kliniken gestartet. Bald soll die Datenbank bundesweit arbeiten.
Von Thomas Hommel

18 AUSSCHUSS ZEICHNET ARZTSITZ-KARTE NEU

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat neue Regeln für die Bedarfsplanung verabschiedet. Sie sollen die ambulante Versorgung allerorts sicherstellen.
Von Burkhard Rexin

20 DIE SELBSTHILFE GEHT ONLINE

Viele chronisch Kranke tauschen sich via Internet aus. Immer mehr Selbsthilfe-Organisationen bauen ihr Online-Angebot deshalb aus.
Von Anne Töpfer

21 „VIEL FINGERSPITZENGEFÜHL NÖTIG“

Ärzte spielen eine wichtige Rolle, wenn es um das Erkennen von Kindesmissbrauch geht, weiß der Pädiater Hermann Josef Kahl. Sein Appell an die Kollegen: Mehr auf psychische Auffälligkeiten achten.

THEMEN

22 TITEL: KLASSE MACHEN IM OP

Die Zahl der Operationen ist deutlich gestiegen. Der neue Krankenhaus-Report benennt mögliche Gründe und stellt Modelle gegen die Mengenausweitung vor.

Von Maria Sinjakowa

26 „INTRANSPARENZ LÄDT ZU MISSBRAUCH EIN“

Krankenhäuser halten sich bedeckt, wenn es um die Qualität chirurgischer Eingriffe geht. Das muss sich ändern, stellten Experten beim G+G-Gespräch fest.

Von Anne Töpfer und Hans-Bernhard Henkel-Hoving

32 REVOLUTION AUF DER RECHNUNG

Gleicher Preis für gleiche Leistung: Seit zehn Jahren vergüten Kassen die Kliniken in Form von Fallpauschalen. Das System hat Vorzüge, aber auch Tücken.

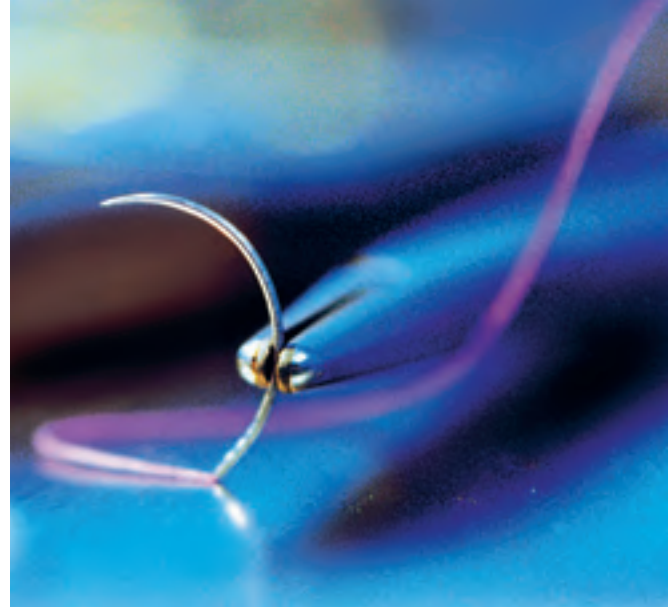
Von Jürgen Malzahn

40 WAS SIND FALLPAUSCHALEN WERT?

Arbeitsdichte, Wirtschaftlichkeit, Finanzierung – die Diagnosis Related Groups haben in Krankenhäusern einiges verändert. Dazu Meinungen aus Politik, Pflege, Universitätsmedizin und Verbraucherschutz.

RUBRIKEN

- 3 **Einwurf** Patientengesetz hat Lücken
- 13 **Kommentar** Hürdenlauf für Obama-Care
- 42 **Recht** Klinikabrechnung: Die Uhr tickt erst nach Prüfbeginn
- 44 **AOK-Notizen** Aktuelles aus Bund und Ländern
- 46 **Service** Bücher, Termine und mehr
- 48 **Debatte** Pflege-Noten fehlt die Aussagekraft
- 49 **Nachlese** Briefe an die Redaktion
- 49 **Impressum** Wer steckt hinter G+G?
- 50 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen



22

Analyse: Warum Deutschland bei chirurgischen Eingriffen die Nase vorne hat



26

Diskussionsrunde (v.l.o.): Wie Rudolf Henke, Wolf-Dietrich Trenner, Uwe Deh und Wolfram Mittelmeier das operative Klinikgeschäft bewerten

ERNÄHRUNGSBERICHT Gemüse steigt in der Gunst

Die Deutschen greifen immer öfter zu Gemüse, essen weniger Butter und Margarine, aber immer noch zu viel Fleisch. Das geht aus dem im Dezember veröffentlichten Ernährungsbericht der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) hervor. Der Fleischverzehr liegt danach konstant bei gut 1,5 Kilogramm Fleisch und Wurst pro Person und Woche. Empfehlenswert seien nicht mehr als 300 bis 600 Gramm und eher weißes als zu rotes Fleisch, sagte DGE-Präsident Helmut Heseker. Der Gemüseverzehr ist seit dem Jahr 2000 um 1,1 Kilogramm auf jetzt gut 90 Kilogramm pro Jahr gestiegen. Der Verbrauch von Butter und pflanzlichen Fetten ist dem Ernährungsbericht zufolge in zehn Jahren um etwa vier Kilogramm auf 15 Kilogramm pro Person und Jahr gesunken. Kinder und Jugendliche nehmen immer noch deutlich zu viele Kalorien durch Erfrischungsgetränke zu sich. Der Anteil übergewichtiger Schulanfänger liegt seit 2005 je nach Bundesland konstant zwischen 8,4 und 11,9 Prozent, darunter 3,3 bis 5,4 Prozent adipöse Kinder. In einzelnen Bundesländern ist aber schon ein Rückgang zu erkennen. ■

KRANKENKASSEN Prävention nicht auf Ärzte verengen

Die gesetzlichen Krankenkassen haben ihre Ausgaben für Prävention im dritten Jahr in Folge heruntergefahren. Nach dem aktuellen Präventionsbericht des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes zahlten die Kassen



2011 insgesamt 270 Millionen Euro für die Vorbeugung. Pro Versicherten sind dies 3,87 Euro. Im Vorjahr waren es noch rund 300 Millionen Euro, 2008 sogar 340 Millionen Euro (4,83 Euro pro Versicherten). Gesetzlich vorgeschrieben waren 2011 2,86 Euro. Gernot Kiefer, Vorstand des GKV-Spitzenverbandes, erklärte, die Krankenkassen engagierten sich verstärkt für psychische Gesundheit im Betrieb. Damit konzentrierten sie sich schon heute auf das, was Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr fordere, nämlich auf die Gesundheitsförderung in Betrieben und im Umfeld der Menschen. Eine Verengung der Prävention auf eine ärztliche Verordnung, wie derzeit offenbar im Bundesgesundheitsministerium überlegt werde, wäre ein falscher Ansatz. Prävention müsse im Kindergarten, am Arbeitsplatz und in der Schule beginnen und nicht erst, wenn jemand bereits zum Arzt gehe, sagte Kiefer. ■

MEHR INFOS:
www.mds-ev.de/4022.htm

HYGIENE Kliniken legen Infektionszahlen vor

Das Universitätsklinikum Jena und 43 Akutkrankenhäuser der Klinikgruppe Helios haben erstmals genaue Zahlen über Krankenhausinfektionen bei ihren Patienten vorgelegt. Das Jenaer Uniklinikum zählte im ersten Halbjahr 2012 genau 823 Fälle. Bei rund 19.100 Patienten entspricht das einer Rate von 4,3 Prozent, wie aus ersten Ergebnissen der vom Bundesforschungsministerium finanzierten Alerts-Studie hervorgeht. Die Helios-Gruppe veröffentlichte ebenfalls für das erste Halbjahr 2012 Zahlen über das Auftreten von 17 relevanten Typen von Klinikkeimen. Ausgewiesen wird, wie viele Patienten die Erreger bereits mitbringen: Im Regionalkrankenhaus Aue sind es beispielsweise 2,6 Prozent, im Großklinikum Berlin-Buch 4,7 Prozent. Wie viele Patienten sich in den Helios-Kliniken infizieren, ist nicht aus den Angaben zu ersehen, dafür aber, wie viele Betten im Durchschnitt von infizierten Patienten belegt sind: in Aue sechs Prozent, in Berlin-Buch 13 Prozent. ■

MEHR INFOS:
www.helios-kliniken.de/hygiene
www.alerts.uniklinikum-jena.de

PRIVATVERSICHERUNG Unisex-Tarife ohne Rosinenpickerei

Private Krankenversicherungen wollen in die Unisex-Tarife mit gleichen Beiträgen für Männer und Frauen künftig jeden in den ersten sechs Monaten nach Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze (sie liegt bei 4.350 Euro pro Monat) aufnehmen – ungeachtet seines Gesundheitszustandes. Eventuelle Risikozuschläge würden auf maximal 30 Prozent begrenzt, so Marktführer Debeka. Andere Unternehmen wollen nachziehen. Damit solle die „Rosinenpickerei“ beendet werden, sagte Debeka-Chef Uwe Laue. ■

kurz & bündig

+++ PSYCHOSOMATIK: Durchschnittlich sechs Jahre dauert es nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin, bis Patienten mit körperlichen Beschwerden, für die es keine ausreichende organische Erklärung gibt, eine psychosomatische Facharztbehandlung erhalten. **+++ ADHS:** Sauerstoffmangel unter der Geburt erhöht die Wahrscheinlichkeit der Kinder, an ADHS zu erkranken, um 25 Prozent, fand die US-Krankenversicherung Kaiser Permanente anhand der elektronischen Patientenakten ihrer Versicherten heraus.



Wir sind immer zu gebrauchen

Der komplette G+G-Jahrgang 2012 mit allen Extras



Haben Sie sie noch alle beieinander – die 11 G+G-Hefte des Jahres 2012? Wenn nein: Wir bieten Ihnen den kompletten Jahrgang 2012 von Gesundheit und Gesellschaft (G+G) mit allen Spezial-Beilagen und G+G-Wissenschaft als Jahresband an. Zweieinhalb Kilo Gesundheitspolitik auf knapp 800 Seiten mit Jahresinhaltsverzeichnis – ein wertvolles Nachschlagewerk für alle am Gesundheitswesen Interessierten. **Der Preis: 30 Euro** inkl. MwSt. zzgl. Verpackung und Versand.

Oder haben Sie noch alle Hefte? Sie können sich den Jahrgang auch gerne selbst bei Ihrem Buchbinder binden lassen. Die maßgefertigte G+G-Einbanddecke bekommen Sie von uns. **Der Preis: 12 Euro** inkl. MwSt. zzgl. Verpackung und Versand.

Wenn Sie die Hefte ungebunden in einem passenden Schuber archivieren wollen, können wir Ihnen ebenfalls weiterhelfen. Preise für Schuber: auf Anfrage.

Selbstverständlich auch mit dabei: G+G-Spezial 11/2012 „Mehr Sicherheit für Patienten“

Ja, ich will! Bestell-Fax: 030 220 11-105 oder www.kompart.de/shop

- den kompletten G+G-Jahrgang 2012 gebunden für 30 Euro (inkl. MwSt. zzgl. Verpackung und Versand)
- den G+G-Einband 2012 für 12 Euro (inkl. MwSt. zzgl. Verpackung und Versand)



Name Ich bezahle per Bankeinzug Ich bezahle per Rechnung
 Straße BLZ Geldinstitut Konto-Nr.
 PLZ/Ort Datum, Unterschrift

Dieser Auftrag kann schriftlich beim G+G-Leserservice, Postfach 11 02 26, 10832 Berlin, innerhalb von 10 Tagen nach Eingang widerrufen werden. Rechtzeitige Absendung genügt zur Fristwahrnehmung.

RAUCHEN
Zigarettenhersteller verlagern Werbung

Nach Inkrafttreten der Tabakrahenkonvention der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 2005 und dem Verbot der Tabak-Werbung in Fernsehen, Hörfunk, Printmedien und Internet sowie dem Verbot des Sponsorings von grenzüberschreitenden Veranstaltungen hat die Tabakindustrie ihre Werbeausgaben in Deutschland in weiterhin legale Marketingbereiche, insbesondere Promotion, verlagert. Wie die Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der Linksfraktion mitteilte, sind die Werbeausgaben nach den freiwilligen jährlichen Berichten der Tabakindustrie an die Drogenbeauftragte der Bundesregierung nach den Werbebeschränkungen von 2005 zunächst gesunken, dann aber seit 2007 wieder gestiegen. Im Jahr 2010 lagen sie mit 199 Millionen Euro rund 17 Millionen Euro über den Ausgaben von 2005. ■

MEHR INFOS:
Bundestagsdrucksache
17/11631



Zitat des Monats

Was nützt die beste Informationstechnik, wenn sich die Menschen nichts zu sagen haben.

Reinhard Schrutzki, deutscher Computerspezialist

MARKT
Apothekenkette mit neuem Konzept

Der Stuttgarter Pharmagroßhändler Celesio, der schon die Versandapotheke DocMorris betrieb, will jetzt mit 2.200 eigenen Apotheken der Konkurrenz von Drogerien und Supermärkten in ganz Europa Paroli bieten. Der Startschuss für die Apothekenkette „Lloyds“ erfolgte im Dezember in Großbritannien und Italien mit je zwei Apotheken. Das Konzept werde ein Jahr getestet und Lloyds dann in den kommenden Jahren zur führenden europäischen Apothekenmarke aufgebaut, kündigte Celesio-Vorstand Stephan Borchert in London an. Die Apotheken würden einen einheitlichen Service

bieten, eine gemeinsame Logistik nutzen und verstärkt andere Gesundheitsprodukte anbieten. Zunächst wolle man sich auf Produkte zur Hautpflege und gegen Schmerzen konzentrieren. Die Lloyds-Apotheken wollen auch Analysen ins Programm nehmen, mit einem digitalen Hautscanner arbeiten oder mit Ärzten Informationsveranstaltungen anbieten. Zum Konzept gehören ferner interaktive Bildschirme für Produktinformationen, abgetrennte Beratungsräume und ein Erinnerungsservice für Patienten an die rechtzeitige Einnahme von Medikamenten. Celesio beliefert nach eigenen Angaben europaweit rund 7.000 Apotheken. In Deutschland will der börsennotierte Konzern vorerst keine eigenen Apotheken gründen, aber kooperierenden Apotheken anbieten, das Lloyds-Konzept ganz oder teilweise zu übernehmen. ■

INITIATIVE
Sturz-Prophylaxe als Gesundheitsziel

Die Sturzprophylaxe soll bei der Ausgestaltung der nationalen Gesundheitsziele und in der Präventionsgesetzgebung stärker berücksichtigt werden. Dafür hat sich die Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium, Annette Widmann-

Mauz, auf einer von der Bundesinitiative Sturzprävention und der Universität Lübeck ausgerichteten Fachveranstaltung in Berlin stark gemacht. Die Bundesinitiative Sturzprävention, ein Zusammenschluss von Wissenschaftlern und Experten aus dem Bereich der Sturzprävention, Mitarbeitern von Krankenkassen sowie von Sport- und Wohlfahrtsverbänden, hat dazu und zur Umsetzung von ambulanten Sturzpräventionsgruppen kürzlich Empfehlungen vorgelegt. ■

MEHR INFOS:
www.dtb-online.de > **Gymwelt**
 > **Ältere** > **Sturzprophylaxe** > **Sturzprävention**

GESUNDHEITSSYSTEM
Aktionsplan zur Digitalisierung

Die Europäische Kommission hat einen Aktionsplan „für elektronische Gesundheitsdienste und innovative Gesundheitsfürsorge im 21. Jahrhundert“ aufgelegt. Sie will damit bestehende Hindernisse für die Telemedizin beseitigen. Es sei an der Zeit, die Gesundheitssysteme Europas einem „Gesundheitscheck“ zu unterziehen, sagte die für die Digitalisierung zuständige EU-Vizepräsidentin Neelie Kroes. Mit dem Aktionsplan für die nächsten acht Jahre will die EU-Kommission auch dafür sorgen, dass Patienten besseren Zugang zu ihren Gesundheitsdaten und mehr Kontrolle über ihre medizinische Versorgung erhalten. Für 2014 plant die Kommission ein Grünbuch zur mobilen Gesundheitsfürsorge. Darin soll es insbesondere um die Frage gehen, wie Gesundheitsdaten verarbeitet werden und welche Haftungsregeln bei Rechtsstreits gelten. ■

Fotos: iStockphoto, Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin, Deutscher Pflegeverband, ver.di, AOK-Medienservice

Kammer für die Schwester?

Schleswig-Holstein will als erstes Bundesland eine Pflegekammer einrichten. Dies hat der Sozialausschuss des Landtages beschlossen. Die Kammer soll Pflegekräfte in die Lage versetzen, ihre Anliegen selber zu vertreten. Sollen andere Länder dem Beispiel folgen?



MARIO CZAJA, *Senator für Gesundheit und Soziales des Landes Berlin*: Die Einführung einer Pflegekammer kann der Qualitäts- und Imageverbesserung der Pflegeberufe dienen und auch eine wirkungsvolle Interessenvertretung darstellen. Ich stehe einer solchen Kammer positiv gegenüber. Sie wäre ein geeignetes Instrument, um die Pflegeberufe zu stärken. Dies ist angesichts der demografischen Entwicklung und des drohenden Fachkräftemangels wichtiger denn je.

Zunächst sind jedoch der Ausgang der verfassungsrechtlichen Diskussion in Bayern sowie die Erfahrungen aus den anderen Ländern auszuwerten. Auch eine Befragung der Zielgruppe selbst ist sinnvoll, um nicht an dem Bedarf der Betroffenen vorbei zu planen.

ROLF HÖFERT, *Geschäftsführer des Deutschen Pflegeverbandes*:

Die Entscheidung ist ein Leuchtturmprojekt und wird hoffentlich auf andere Bundesländer ausstrahlen, die sich mit dem Thema Pflegekammer befassen. An erster Stelle steht hier Rheinland-Pfalz, wo der Wille durch Regierungskoalition und Opposition klar definiert ist. In Niedersachsen startet derzeit im Auftrag des Sozialministeriums eine Befragung unter Pflegekräften. Auch in Mecklenburg-Vorpommern hat sich der Sozialausschuss des Landtages für eine Befragung der Pflegekräfte zur Kammer ausgesprochen. Rückenwind kann die Entscheidung für Bayern sein, wo die Kammer zurzeit nur am Koalitionspartner FDP scheitert.



ELLEN PASCHKE, *Mitglied im Bundesvorstand der Vereinigten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)*: Wir warnen vor falschen Erwartungen, die mit der Einrichtung von Pflegekammern verbunden sind – egal, ob in Schleswig-Holstein oder anderswo.

Die pflegerischen Berufe können nur durch eine Verbesserung der Arbeits- und Entlohnungsbedingungen nachhaltig gestärkt werden. Der Gesetzgeber ist gefordert, wenn es beispielsweise um ein verbindliches Personalbemessungsverfahren und die Finanzierung des nötigen Personals für gute Arbeitsbedingungen in der Pflege geht. Und für die Durchsetzung angemessener Löhne tritt ver.di ein – einer Pflegekammer bliebe dies aufgrund ihres Status ohnehin verwehrt. Wozu also der ganze Aufwand?

KARL-HEINZ SCHÖNBACH, *Geschäftsführer Versorgung beim AOK-Bundesverband*: Länder mit Pflegekammern wie etwa die USA oder Großbritannien sind dem Gesundheitswesen in Deutschland mit Blick auf Qualifikation, Arbeitsteilung zwischen den Professionen und Beschäftigung weit voraus.

Berufskammern fördern nicht nur den Pflegeberuf, den wir dringend aufwerten müssen. Sie dienen auch der Qualität und der Produktivität in der Medizin. Deshalb ist der Schritt für alle Länder überfällig. Wir erwarten, dass die Ärzteschaft professionell und nicht bloß abwehrend reagiert, wie sich das leider als Reaktion auf die Heilkunde-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses abzeichnet. Auch diese erweitert die professionellen Spielräume für Pflegeberufe.



ARZNEIMITTEL

Mit Grapefruit-Saft wirken Pillen stärker

Wer Medikamente nimmt, sollte nicht nur keinen Alkohol trinken, sondern besser auch auf Grapefruitsaft verzichten. Denn der kann die Wirkung der Arzneimittel verstärken, sodass schwere Nebenwirkungen wie bei einer Überdosierung auftreten können. Kanadische Forscher der University of Western Ontario haben dies jetzt für 43 Präparate nachgewie-



sen. Ein Glas Grapefruitsaft pro Tag reicht dafür aus. Bei drei Gläsern täglich steigerte sich bei einem Arzneimittel die Wirkung (Bioverfügbarkeit) um das Fünffache. Stark gefährdet sind dadurch nach Angaben der Forscher Patienten über 70 Jahre, die stärker auf erhöhte Arzneimittelkonzentrationen reagieren als junge Leute. Ein mit Grapefruitsaft genommener Blutdrucksenker könne bei ihnen zum Beispiel zu Herzrhythmusstörungen führen. Bei jüngeren erhöhe sich dagegen nur die Herzfrequenz. ■

FACHKRÄFTEMANGEL

Pflegeberuf soll attraktiver werden

Nach einer Analyse des Bundesinstitutes für Berufsbildung (BIBB) haben in Deutschland 178.000 Nicht-Erwerbstätige zwischen 15 und 59 Jahren eine mindestens einjährige Pflegeausbildung absolviert. Das Institut geht davon aus, dass ein Teil von ihnen durch eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf wieder am Erwerbsleben teilnehmen könnte. Das allein helfe aber nicht, den Pflegekräftemangel abzuwenden. Es gelte, qualifizierte Kräfte stärker für den Beruf zu aktivieren, Pflegeberufe für den Nachwuchs attraktiver zu machen sowie geregelte Anwerbe- und Anerkennungsverfahren für qualifizierte Fachkräfte aus dem Ausland zu etablieren. Bund, Länder und Pflegeverbände unterzeichneten im Bundesfamilienministerium Mitte Dezember eine Ausbildungs- und Qualifizierungsinitiative. Danach sollen die Ausbildungszahlen bis 2015 jährlich um zehn Prozent gesteigert werden. Bis zu 4.000 Pflegehelferinnen sollen nachqualifiziert werden, auch das dritte Umschulungsjahr durch die Bundesagentur für Arbeit gefördert werden. Laut BIBB haben rund sechs Prozent der in Deutschland tätigen Pflegefachkräfte ihren Abschluss im Ausland erworben. Der Anteil an Pflegefachkräften unter den zugewanderten Arbeitsmigranten liegt mit 4,1 Prozent sogar leicht über dem von Personen mit deutschem Berufsabschluss (3,8 Prozent). Allerdings sei die Gesamtzahl der mit Berufsabschluss zugewanderten Pflegekräfte mit hochgerechnet rund 70.000 Personen noch relativ gering. ■

GESUNDHEITSFÖRDERUNG Best Practice für Unternehmen

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat das Projekt „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt“ gestartet. Über ein Internet-Portal erhalten Führungskräfte und Mitarbeiter konkrete Unterstützung für ihren Arbeitsalltag. Dazu gehören neben Informationen zur psychischen Gesundheit Best-Practice-Beispiele, Arbeits-hilfen sowie Tests zur Selbst-einschätzung. ■

MEHR INFOS:
<http://psyga.info>

IGEL-MONITOR Hochtontherapie hat unklaren Nutzen

Für die Hochtontherapie mit elektrischen Impulsen, die Ärzte für zehn bis 22 Euro pro Behandlung anbieten, fehlen aussagekräftige Studien. Ob sie schade oder nutze, sei deshalb unklar, so der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes der Krankenkassen (MDS). Zu der Therapie, die bei Beschwerden wie Gelenkabnutzung, offenen Wunden, seelischer Erschöpfung, Kopfschmerzen, Diabetes und Durchblutungsstörungen helfen soll, gibt es laut MDS zwei Studien, die aber wegen der kurzen Dauer und der geringen Teilnehmerzahl nicht aussagekräftig genug seien, um Hinweise auf einen Nutzen geben zu können. Hochtontherapie ist für die Krankenkassen als individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) eingestuft, die gesetzlich Versicherte selbst zahlen müssen. ■

MEHR INFOS:
www.igel-monitor.de

Köpfe und Karrieren



+++ HERMANN SCHULTE-SASSE, 65, langjähriger Staatsrat für die Bereiche Gesundheit, Verbraucherschutz und Frauen des Bremer Senats, ist neuer Gesundheitssenator der Hansestadt. Der promovierte Internist übernahm das Amt von Renate Jürgens-Pieper, die letztes Jahr zurückgetreten war. Bevor Dr. Schulte-Sasse nach Bremen ging, leitete er von 1997 bis 1998 den Stabsbereichs Medizin beim AOK-Bundesverband und wechselte dann als Abteilungsleiter ins Bundesgesundheitsministerium. Von 2002 bis 2006 war er Staatssekretär in der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz. Im Juli 2012 wurde er stellvertretendes unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses.



+++ HELMUT PLATZER, 59 (links), und **HUBERTUS RÄDE**, 49, sind vom Verwaltungsrat der AOK Bayern als Vorstand für weitere sechs Jahre bestätigt worden. Die neue Amtsperiode beginnt 2014. Helmut Platzer ist promovierter Jurist und seit dem Jahr 1999 Vorstandsvorsitzender der bayerischen Gesundheitskasse. Hubertus Råde hat ebenfalls Jura studiert und wurde 2010 stellvertretender Vorstandsvorsitzender.



+++ FRIEDEMANN SCHMIDT, 48, steht als neuer Präsident an der Spitze der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA). Der bisherige Vizepräsident und Inhaber einer Apotheke in Leipzig löst Heinz-Günter Wolf ab, der dem Verband sieben Jahre lang vorgestanden hatte. Friedemann Schmidt ist seit 2003 Präsident der Sächsischen Apothekerkammer und gehört dem Vorstand der Bundesapothekerkammer seit 2004 an. Auch ist er Vizepräsident des Bundesverbandes der Freien Berufe. Zum neuen ABDA-Vizepräsidenten wurde der Vorsitzende des Apothekerverbandes Sachsen-Anhalt, Matthias Arnold, gewählt.



+++ WOLF-DIETER LUDWIG, 60, ist erneut zum Vorstandsvorsitzenden der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft gewählt worden. Der Chefarzt der Klinik für Hämatologie, Onkologie und Tumorimmunologie am Helios Klinikum Berlin-Buch bekleidet dieses Amt seit dem Jahr 2007. Professor Ludwig unterstützt als Kommissions-Vizevorsitzende auch künftig Professorin Ursula Gundert-Remy, Fachärztin für Innere Medizin und für Pharmakologie und bis 2008 Leiterin des Fachbereichs Chemikalienbewertung im Bundesinstitut für Risikobewertung.

+++ MARTIN GROND, 51, leitet als neuer Vorstandsvorsitzender die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN). Der Chefarzt der Neurologischen Klinik am Kreisklinikum Siegen gehört seit vielen Jahren sowohl dem DGN-Vorstand als auch dem Vorstand der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft an, deren Vorsitzender er von 2006 bis 2007 war. Professor Grond stehen als weitere DGN-Vorsitzende die Professoren Wolfgang H. Oertel, Direktor der Klinik für Neurologie der Universität Marburg, und Ralf Gold, Direktor der Neurologischen Klinik der Ruhr-Universität Bochum zur Seite. Die DGN ist eine medizinische Fachgesellschaft mit mehr als 7.300 Mitgliedern.



+++ GERHARD IGLHAUT, 56, ist zum neuen Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Implantologie im Zahn-, Mund- und Kieferbereich (DGI) gewählt worden. Die Amtszeit des promovierten Zahnmediziners und Oralchirurgen aus dem bayerischen Memmingen beträgt drei Jahre. Dem Vorstand gehört er seit 2004 an. Im Jahr 2009 wurde Dr. Iglhaut DGI-Vizepräsident. Die DGI hat nach eigenen Angaben fast 8.000 Mitglieder und ist die größte wissenschaftliche implantologische Fachgesellschaft Europas im Bereich Zahnmedizin.





Jürgen Klauber, Max Geraedts,
Jörg Friedrich, Jürgen Wasem (Hrsg.)

Krankenhaus-Report 2013

**Mengendynamik:
mehr Menge, mehr Nutzen?**

2013. 564 Seiten, 102 Abb., 85 Tab., kart.,
mit Online-Zugang.
€ 54,95 (D) / € 56,50 (A)
ISBN 978-3-7945-2884-4

- **Schwerpunktthema:**
Besonders aktuell und von hoher Bedeutung für die stationäre Versorgung
- **Krankenhausstatistik:**
Verlässliche Grund-, Kosten- und Diagnosedaten des Statistischen Bundesamts
- **Krankenhauspolitische Chronik:**
Erläutert alle wichtigen politischen Entwicklungen in der Gesundheitswirtschaft von August 2011 bis Juli 2012
- **Krankenhaus-Directory:**
Zentrale Kennziffern geben Aufschluss über strukturelle Charakteristika und wirtschaftliche Entwicklung von über 1600 Krankenhäusern
- **www.krankenhaus-report-online.de:**
Umfangreiche Materialien über das Internetportal herunterladbar

Klinik-Management

Aktuell, fundiert, umfassend: das Standardwerk für den Krankenhausbereich

Krankenhäuser haben nur begrenzte Möglichkeiten, auf die Preise für ihre Leistungen Einfluss zu nehmen. Umso bedeutsamer ist es für sie, die Patientenzahlen in ökonomisch attraktiven, planbaren Leistungssegmenten möglichst zu steigern, um dadurch den Umsatz zu erhöhen. In der Tat nehmen die Fallzahlen im Krankenhaus seit Jahren konstant zu – allerdings je nach Krankheit und Behandlungsbereich in unterschiedlichem Ausmaß. Welche Gründe verbergen sich hinter diesem Phänomen?

Der **Krankenhaus-Report 2013** beleuchtet mit seinem aktuellen Schwerpunktthema diese Entwicklung, indem namhafte Autoren relevante Fragen zur Mengenentwicklung beantworten:

- In welchen Versorgungssegmenten vollzieht sich die Mengendynamik, und welche Anreize beeinflussen die Leistungsentwicklung?
- Was bedeuten Demographie und Morbiditätsentwicklung für den Versorgungsbedarf, und wie wirken sich Innovationen aus?
- Wann ist Mengendynamik nicht indiziert bzw. vermeidbar?
- Welche Konzepte gibt es, die Fallzahlentwicklung in der stationären Versorgung heute bzw. zukünftig zu steuern?
- Weitere Aspekte, mit denen sich der Report auseinandersetzt, sind die Belange rund um das Risiko von Medizinprodukten und die Qualitätsindikatoren für den Einsatz von Herzkathetern.

Eine solide Diskussions- und Handlungsgrundlage für Krankenhausmanager, Gesundheitspolitiker und -ökonomien!



Jürgen Klauber, Christian Günster,
Bettina Gerste, Bernd-Peter Robra,
Norbert Schmacke (Hrsg.)

Versorgungs- Report 2013

Depression

2013. Ca. 440 Seiten, 80 Abb., 60 Tab., kart.
mit Online-Zugang
Ca. € 49,95 (D) / € 51,40 (A) | ISBN 978-3-7945-2929-2

Bestellen Sie jetzt:

- E-Mail: order@schattauer-shop.de
- Fax: 0711 22987-85
- Tel.: 0711 22987-69
- www.schattauer.de/shop
- Schattauer GmbH
Buch-Shop
Postfach 10 45 43
70040 Stuttgart • Deutschland

- ✓ 14 Tage Rückgaberecht
- ✓ Bezahlung gegen Rechnung
- ✓ Portopauschale € 2,50
- ✓ Portofreie Lieferung ab € 50,-

Geschäftsführer: Dieter Bergemann, Dipl.-Psych. Dr. med.
Wulf Bertram, Jan Haaf, Registergericht Stuttgart HRB 3357

FRANKREICH Stammzellforschung erleichtern?

Der französische Senat hat im Dezember einem Gesetzentwurf zugestimmt, der die Forschung mit menschlichen embryonalen Stammzellen erleichtern soll. Unter anderem soll die Forschung mit überzähligen Embryonen aus in vitro-Befruchtungen zugelassen werden, nachdem die Eltern informiert wurden und zugestimmt haben. Das Gesetz erlaube, Ethik und Freiheit der Forschung in Einklang zu bringen und den Rückstand in der Forschung zu anderen Ländern aufzuholen, erklärte Frankreichs Ministerin für Bildung und Forschung, Geneviève Fioraso. Sie unterstützt den Gesetzentwurf, dem die Nationalversammlung noch zustimmen muss. Im Senat stimmten 203 Senatoren für die Gesetzesänderung, 59 dagegen und 16 enthielten sich. ■



FORSCHUNGSPROJEKT Mehr Informationen zu Alternativmedizin

Komplementär- und Alternativmedizin (CAM) spielen in allen europäischen Staaten eine wichtige Rolle: Mindestens 150.000 Ärzte haben eine entsprechende Zusatzqualifikation, mehr als 180.000 nicht-ärztliche Therapeuten wenden CAM-Methoden an. Wissen und Angebot sowie der Zugang zu alternativen Behandlungsmethoden seien allerdings sehr unterschiedlich, sagte

Wolfgang Weidenhammer von der Technischen Universität München bei der Präsentation der Ergebnisse des von ihm koordinierten dreijährigen EU-Forschungsprojektes CAMbrella in der bayerischen Landesvertretung in Brüssel. Die CAMbrella-Wissenschaftler schlagen in ihrem Abschlussbericht ein europäisches Zentrum vor, das zuverlässige Informationen über Wirksamkeit, Sicherheit und Kosten unter realen Versorgungsbedingungen sammelt und analysiert. Das gegenwärtige Chaos bei

Ausbildungen und Rahmenbedingungen für CAM mache es Gesundheitsanbietern schwer, sichere Dienstleistungen anzubieten, sagte Professor Vinjar Fønnebo von der Universität Tromsø in Norwegen. Der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI) begrüßte die Forderung der CAMbrella-Forscher. Komplementär- und Alternativmedizin würden in der Bevölkerung immer beliebter. Laut BPI sind die Deutschen in Europa Spitzenreiter bei der Inanspruchnahme komplementär- und alternativmedizinischer Leistungen wie Akupunktur, Physiotherapie oder Naturheilverfahren – auch weil viele Krankenkassen integrierte Versorgungsverträge dazu abgeschlossen haben. Nach einer von der Bertelsmann Stiftung finanzierten Studie haben fast zwei Drittel der erwachsenen Deutschen bereits einmal Alternativen zur Schulmedizin gesucht oder genutzt. ■

SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH

„Zuweisungen reichen nicht für die Versorgung älterer Menschen“

Der Verteilungsmechanismus für die Gelder im Gesundheitsfonds steht seit Monaten in der Kritik. Dazu Fragen an die Verwaltungsratsvorsitzende der AOK Bayern, **Dr. Claudia Wöhler**.



G+G: Frau Dr. Wöhler, die AOK Bayern fordert eine umgehende Korrektur der Berechnungsgrundlagen des Gesundheitsfonds. Warum?

WÖHLER: Die aktuelle Verteilung auf Basis des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) stellt den Kassen mit höheren Anteilen älterer Menschen nicht die für deren Versorgung nötigen Mittel zur Verfügung. Die überwiegende Mehrheit der großen Versorgerkassen hat daher immer mehr Schwierigkeiten, die für diese Versicherten anfallenden Krankheitskosten zu finanzieren. Über das fehlerhafte Verfahren besteht kein Dissens: Wissenschaft und Bundesversicherungsamt haben den Berechnungsfehler im Finanzausgleich nachgewiesen. Die Verschiebung der Korrektur auf den Sankt-Nimmerleins-Tag ist deshalb unverständlich und rechtlich sehr fragwürdig.

G+G: Wie wirkt sich der Methodenfehler im Morbi-RSA konkret aus?

WÖHLER: Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds decken bei

einem 30-jährigen Versicherten im Schnitt 104 Prozent der Leistungsausgaben. Dagegen sinkt der Deckungsgrad mit zunehmendem Alter der Versicherten stetig ab: bei einem 70-Jährigen auf 98 Prozent und bei einem 95-Jährigen auf 80 Prozent seiner durchschnittlichen Krankheitskosten. Die Zuweisungen reichen für die Versorgung der älteren Menschen somit nicht aus.

G+G: Welche Folgen hätte es, würde der Methodenfehler vom Gesetzgeber nicht behoben?

WÖHLER: Die Folgen liegen auf der Hand: Der Wettbewerb um junge und gesunde Kassenmitglieder wird extrem zunehmen, und ältere Versicherte werden als unattraktive Risiken bewertet. Der nicht korrekte Ausgleich führt zu unerwünschter Altersdiskriminierung. Der erwünschte Wettbewerb um die bessere Versorgung gerade älterer Patienten bleibt hingegen auf der Strecke.

Hürdenlauf für Obama-Care

Yes, he can again: US-Präsident Barack Obama startet in die zweite Amtszeit. Die größte Errungenschaft der ersten vier Jahre – die Gesundheitsreform – kann er nun vollenden, meint **Claudia Pieper**. In trockenen Tüchern ist das Vorhaben aber längst noch nicht.



VOR FAST ZWEI JAHREN unterzeichnete der demokratische US-Präsident Barack Obama stolz das neue Reformgesetz für das Gesundheitswesen – besser bekannt als Obama-Care. Was der Startschuss für eine zügige, wenn auch schrittweise Implementierung eines umfassenden Krankenversicherungsschutzes für fast alle Amerikaner sein sollte, erwies sich jedoch als der Beginn eines langwierigen Hürdenlaufs. Zum einen wurde das Gesetz von Reform-

gegnern durch sämtliche gerichtliche Instanzen gezerrt. Zum anderen versprach Obama-Herausforderer Mitt Romney, die Reform bei einem Sieg der Republikaner bei den Präsidentschaftswahlen im vergangenen November wieder einzukassieren. Daraus wurde nichts: Romneys Scheitern und das enttäuschende Abschneiden der Republikanischen Partei stellten die Gesundheitsreform nunmehr auf stabileren Boden.

Einige Klippen gibt es trotzdem noch. Sie liegen vor allem im Bereich der Umsetzung. Rebellische Bundesstaaten, aber auch widerborstige US-Bürger könnten den Reformersfolg beeinträchtigen. So sieht Obamas Gesundheitsreform eine Ausdehnung der Armenversicherung Medicaid vor. Auf diese Weise sollen mehr als 20 Millionen Amerikaner ohne Krankenversicherung einbezogen werden. Der Oberste Gerichtshof hat aber entschieden, dass die Bundesstaaten nicht zu dieser Expansion gezwungen werden dürfen. Seitdem haben mehrere republikanisch geführte Staaten angekündigt, nicht teilnehmen zu wollen. Dies könnte bedeuten, dass längst nicht so viele Landsleute in den Genuss einer Krankenversicherung kommen wie geplant. Ein Hoffnungsschimmer existiert jedoch: Eine aktuelle Studie des gemeinnützigen Unternehmens Kaiser Family Foundation, das zu Themen der Gesundheitspolitik forscht, hat gezeigt, dass die Expansionskosten für die Bundesstaaten minimal sind. Die Regierung übernimmt in den ersten drei Jahren 100 Prozent der Kosten und langfristig 90 Prozent. Das dürfte hoffentlich auch Kritiker zur Teilnahme an der Gesundheitsreform ermuntern.

Deren Kernstück ist eine allgemeine Versicherungspflicht ab 2014. Die freiheitsliebenden US-Bürger stehen diesem Plan allerdings äußerst skeptisch, oft sogar feindselig gegenüber. Obwohl die Regierung großzügige Beihilfen verspricht, bleibt abzuwarten, wie viele Amerikaner es vorziehen, eine Geldstrafe zu zahlen, statt sich dem Versicherungszwang zu unterziehen. Auch hier ist zu hoffen, dass sich die Skeptiker letztlich von den Vorteilen einer subventionierten Krankenversicherung überzeugen lassen. Denn überfällig ist sie allemal. ■

Claudia Pieper ist USA-Korrespondentin der Ärzte Zeitung.

UMFRAGE

Chancen für neue Versorgungsformen

Krankenkassen sehen die Zukunft innovativer Versorgungsformen optimistischer als bislang vermutet. Nach Daten, die das Competence Center E-Commerce der Freien Universität Berlin für die Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung (DGIV) in Kooperation mit dem Bundesverband Managed Care erhoben hat, sehen die Kassen trotz geringer staatlicher Förderung innovativer Projekte Entwicklungspotenziale bei der Integrierten Versorgung (IV) sowie weiteren Selektivversorgungsformen. Wie die DGIV zu den Ergebnissen des Krankenkassen-Befragungsprojektes „Monitoring-IV“ mitteilte, zieht die Studie ein deutlich optimistischeres Fazit als der Sachverständigenrat Gesundheit, der bezüglich der besonderen Versorgungsformen einschließlich der Integrierten Versorgung zuletzt kein signifikantes Wachstum in Aussicht gestellt hatte. ■

EPIDEMIOLOGIE

Syphilis-Infektionen auf Rekordniveau

Der Zahl von Syphilis-Erkrankungen steigt weiter an. Im ersten Halbjahr 2012 lag die Zahl der bundesweit gemeldeten Erkrankungen nach Angaben des Robert Koch-Instituts (RKI) um fast 19 Prozent über dem vergleichbaren Vorjahreswert. Für 2011 hatte das RKI einen Anstieg um 22 Prozent auf 3.691 festgestellt, den höchsten Stand seit zehn Jahren. Im ersten Halbjahr 2012 wurden bereits 2.121 Syphilis-Infektionen gemeldet, 335 mehr als im gleichen Vorjah-

reszeitraum. Die höchsten Infektionsraten gab es 2011 in Köln (24 Fälle), Frankfurt (21) und Berlin (18). Bundesweit waren es im Durchschnitt 4,5 Infektionen auf 100.000 Einwohner. In 84 Prozent der Fälle war die Infektionsquelle nach RKI-Angaben Sex zwischen Männern. Nur 6,4 Prozent der Infizierten waren Frauen. ■

TECHNOLOGIE

Minister werben für digitale Vernetzung

Bundeswirtschaftsminister Philipp Rösler und Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr haben dazu aufgerufen, die Chancen der digitalen Vernetzung im Gesundheitswesen zu nutzen. Auf der von den Ministerien ausgerichteten 3. Gesundheitswirtschaftskonferenz in Berlin forderten sie von der IT-Branche, neue Möglichkeiten eingängiger zu vermitteln sowie Ärzte und Patienten für die Technologien zu gewinnen. Der stärkere Einsatz digitaler Technologie schaffe mehr Sicherheit bei Therapien, größere Flexibilität und mehr Lebensqualität für Patienten, sagte Rösler. Durch Kooperation von IT-Branche und Gesundheitssektor könnten zudem Kosten stabilisiert und Wettbewerbschancen genutzt werden. Bahr sagte, eine gute medizinische Versorgung sei darauf angewiesen, dass alle für die Behandlung relevanten Informationen überall verfügbar sind. Als Referenzen über effiziente Prozessgestaltung und Telemedizin im Wettbewerb hatten die Ministerien Mitarbeiter von IT-Unternehmen wie Siemens, IBM und AOK Systems sowie der Bertelsmann Stiftung, Krankenkassen und Kliniken eingeladen. ■

Wegweiser zum Operationssaal

Die große Mehrheit der Patienten ist mit ihren Kliniken zufrieden. Wichtiger als Komfort und Mahlzeiten ist die medizinische Qualität. Das zeigt eine Befragung von rund einer Million Versicherten, deren Ergebnisse in drei Suchportale einfließen. **Von Thomas Hommel**

Wer sich in der Ruhrmetropole Essen einer Operation am lädierten Knie unterziehen lassen muss, der hat die sprichwörtliche Qual der Wahl: In einem Radius von 50 Kilometern kann er sich in mehr als 100 Kliniken behandeln lassen. Doch welches der Häuser ist das passende? Und was für Erfahrungen haben andere Patienten mit einer Klinik und den dort operierenden Ärzten und pflegenden Schwestern bereits gemacht?

Guter Rat ist hier gefragt – und nicht immer leicht zu finden für Patienten wie einweisende Haus- oder Fachärzte. Abhilfe schaffen das Internet-Suchportal der „Weissen Liste“, einem gemeinsamen Projekt der Bertelsmann Stiftung und der

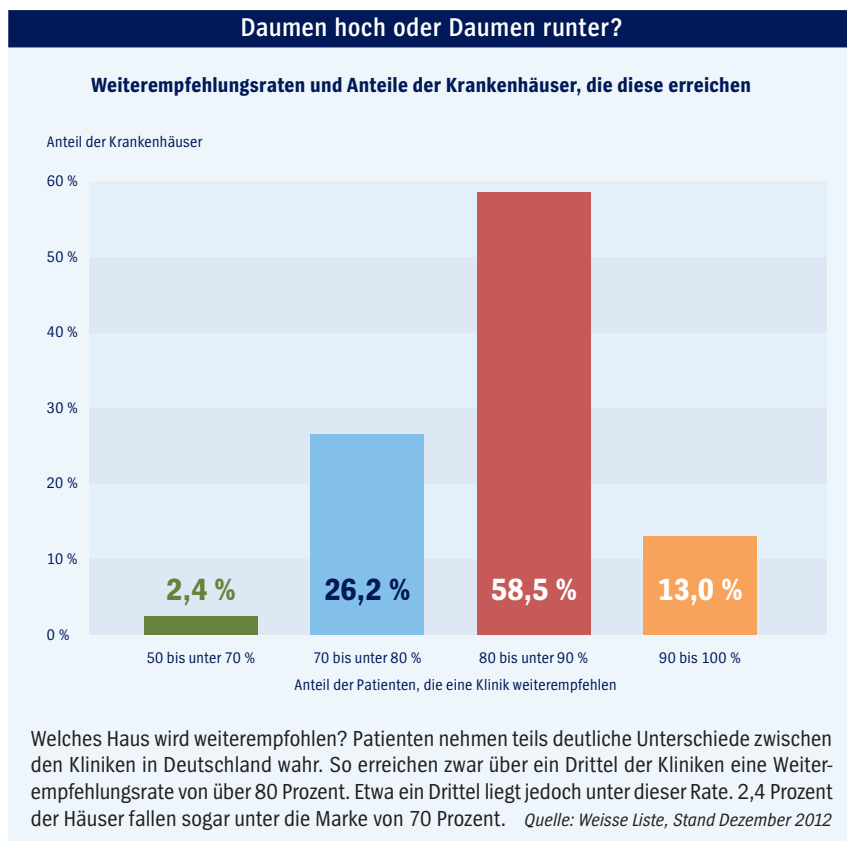
Dachverbände der größten Patienten- und Verbraucherorganisationen, sowie die darauf aufbauenden Portale von AOK und BARMER GEK. Die komplett überarbeiteten und neu gestalteten Webseiten sollen es Patienten und Einweisern leichter machen, das für einen bestimmten planbaren Eingriff geeignete Krankenhaus herauszupicken.

Resultate aus 1.300 Kliniken. Annähernd eine Million Versicherte von AOK und BARMER GEK wurden zwischen November 2011 und Oktober 2012 zu ihren Erfahrungen während eines Klinikaufenthaltes befragt – mehr als 450.000 Versicherte gaben bislang Rückmeldung.

Damit liegen aktuell Bewertungen zu mehr als 1.300 beziehungsweise 70 Prozent der in den Portalen gelisteten Krankenhäuser vor. Abgefragt wurden all jene Bereiche, mit denen Patienten im Krankenhaus zu tun haben. Dazu zählen das Verhältnis zu Ärzten und Pflegekräften, deren Informationsverhalten sowie das von Patienten erlebte Fachwissen des Personals, der wahrgenommene Behandlungserfolg sowie Organisation und Service wie beispielsweise Zimmerkomfort oder Mahlzeiten. Außerdem konnten Patienten angeben, ob sie die betreffende Klinik an Freunde weiterempfehlen würden. Bevor ein Ergebnis veröffentlicht und damit für andere Nutzer sichtbar wird, müssen mindestens 75 ausgefüllte Fragebögen zum jeweiligen Krankenhaus vorliegen. Die Befragung soll dieses Jahr fortgesetzt werden.

Mehrheit ist zufrieden. Insgesamt fällt die Zufriedenheit der Patienten mit ihren Kliniken hoch aus: 82 Prozent der befragten Versicherten äußerten sich zufrieden mit der ärztlichen Versorgung in Krankenhäusern, 82 Prozent mit der dortigen Pflege. Etwas niedriger fielen die Werte mit Blick auf Organisation und Service (79 Prozent) aus.

Den größten Einfluss auf das Patientenvotum hatte die medizinische Qualität, gefolgt von der Güte der Arbeit der im Krankenhaus tätigen Pflegekräfte. Als weniger bedeutend stellten sich hingegen Aspekte wie Essensversorgung, räumlicher Komfort oder aber die Situation bei der Aufnahme in ein Krankenhaus heraus. Zu Tage förderte die Befragung aber auch, dass es zwischen den Kliniken hinsichtlich der Frage, ob diese von Patienten weiterempfohlen werden oder nicht, teils deutliche Unterschiede gibt (siehe auch Grafik auf dieser Seite).



Die Befragungsergebnisse fließen direkt in das jeweilige Klinik-Suchportal ein – im Fall der Gesundheitskasse in den AOK-Krankenhausnavigator. Patienten können darin bundesweit nach einer geeigneten Klinik für ihre Behandlung suchen. Das Portal informiert außerdem darüber, wie häufig und mit welcher Qualität bestimmte Krankenhäuser ihre Patienten behandeln. „Wir möchten damit Ratsuchenden Orientierung bieten

Gute Arbeit und eine hohe Ergebnisqualität müssen sich für die Kliniken lohnen.

und sie bei der schwierigen Entscheidung für ein Krankenhaus unterstützen“, erklärte Uwe Schwenk, Programmleiter bei der Bertelsmann Stiftung, anlässlich der Präsentation der Internetportale in Berlin. Von großem Vorteil für Laien sei, dass sie auf den betreffenden Webseiten von AOK, BARMER GEK und Weisse Liste ohne medizinisches Vorwissen nach dem geeigneten Operationssaal recherchieren können. So fänden sich dort 5.000 allgemeinverständlich übersetzte Fachbegriffe sowie ein Diagnosen-Dolmetscher.

Kontrahierungszwang lockern. Der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Jürgen Graalman, empfahl Patienten wie einweisenden Ärzten, bei planbaren Operationen ein qualitätsgesichertes Krankenhaus auszuwählen. „Der Krankenhausnavigator bietet hierfür eine neue, wichtige und nutzerfreundliche Hilfestellung.“ Die Krankenkassen ihrerseits wollten die Ergebnisse nutzen, um jene Kliniken erkennen zu können, deren Ergebnisqualität sich von anderen Häusern abhebe. „Gute Arbeit und hohe Ergebnisqualität müssen sich für diese Kliniken lohnen.“ Damit Qualität stärker von den Kassen honoriert werden könne, müsse die Politik die „Seile des Kontrahierungszwangs“ lockern. „Schlechte Qualität wollen wir nicht mehr bezahlen“, sagte Graalman. Auch das sei ein „Recht des Patienten“.

Ähnlich äußerte sich der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der BARMER



Hier entlang, bitte: Der überarbeitete und neu gestaltete AOK-Krankenhausnavigator unterstützt Patienten dabei, eine für sie geeignete Klinik zu finden.

GEK, Dr. Rolf-Ulrich Schlenker. Die Kassen schalteten die Suchportale nicht nur frei, um Versicherte bei der Suche nach Krankenhäusern zu unterstützen. Sie täten dies auch, um potenzielle Klinikpartner für Verträge zur Integrierten Versorgung zu finden. Für die Kliniken seien die Ergebnisse ebenfalls hilfreich. „Im Wettbewerb um gute Qualität können die Informationen echter Ansporn sein.“ Die Auswertung der Befragungsergebnisse wiederum habe eine klare Rangfolge bei den Erwartungen an eine gute Klinik aufgezeigt, so Schlenker. „An erster Stelle steht die Medizin, dann kommt die Kommunikation, zuletzt der Komfort.“ Wenn künftig über die Qualität von Kliniken gesprochen werde, müsse es daher primär um die medizinische Qualität und weniger um Zweibettzimmer-Standard, Wartezeiten oder ein schmackhaftes Drei-Gänge-Menü gehen.

Nur wenige Klicks nötig. Auf Lob stieß die neue Online-Krankenhaussuche bei Verbraucherschützern. Wer einen stationären Aufenthalt plane, solle die dafür in Frage kommenden Krankenhäuser zunächst sorgfältig prüfen und sich dann „fundiert für eins entscheiden“, riet Gerd Billen, Vorstand der Verbraucherzentrale

Bundesverband. Die um wichtige Informationen erweiterten Portale zur Krankenhaussuche würden ihnen dabei helfen. Die Recherche auf den Seiten sei für die Patienten recht einfach. „Der Nutzer kommt mit wenigen Klicks zum Ergebnis, und die Erfahrungen anderer Patienten sind eine wichtige Stütze, um zu erfahren, welche Qualität und welche Sicherheit das Krankenhaus garantiert“, sagte Billen. ■

Orientierungshilfe im Web

Für Versicherte gleicht das deutsche Gesundheitssystem mitunter einem undurchdringlichen Dickicht. Oft fällt es schwer, den passenden Arzt, die geeignete Klinik oder die überzeugende Pflegeeinrichtung zu finden. In Form verschiedener Navigatoren im Internet bietet die AOK hier schnelle und unkomplizierte Orientierungshilfe. Der im Mai 2011 frei geschaltete Arztnavigator der Gesundheitskasse etwa enthält inzwischen knapp 250.000 Arztbewertungen von Patienten für Patienten. Tendenz: steigend.

Mehr Informationen:
www.aok-krankenhausnavigator.de
www.aok-arztnavigator.de
www.aok-pflegenavigator.de

Prädikat: Besonders wirksam

Medial sind Depressionen ein Dauerbrenner. Dennoch wissen viele Betroffene nicht, wo sie Hilfe finden. Ein Report listet deshalb 14 Projekte auf, die sich bewährt haben und das „Wirkt!“-Siegel tragen dürfen. Auch soziale Investoren können sich daran orientieren. **Von Thomas Hommel**

Harald Diller erlebte es im eigenen Umfeld: Als seine Mutter vor einigen Jahren plötzlich an einer Depression erkrankte, gestaltete sich die Suche der Familie nach schneller Hilfe schwierig. Ansprechpartner gab es wenige, Beratungsstellen hatten Seltenheitswert. Harald Diller stand ziemlich allein auf weiter Flur. Doch statt den Kopf in den Sand zu stecken, gründete er 1984 den Verein „Selbsthilfe bei Depressionen“.

Der in Aschaffenburg ansässige Verein arbeitet mit einem nach innen gerichteten Konzept: Betroffene setzen sich im Gespräch untereinander mit ihrer Krankheit auseinander und tauschen sich aus, wie sie Sorgen und gesundheitliche Probleme bewältigen können. Der Verein fungiert als Kontaktstelle, die Mitarbeiter organisieren und koordinieren Gesprächsrunden und stellen Räumlichkeiten zur Verfügung. Auch ein Kontakttelefon ist geschaltet. Eine Fachkraft führt mit jedem Betroffenen ein Erstgespräch und vermittelt ihm anschließend – je nach Alter und Anliegen – eine passende Gruppe.

Mit Brief und Siegel. Mehr als 3.000 Menschen hat „Selbsthilfe bei Depressionen“ in den vergangenen 30 Jahren beraten und weitergeholfen. Auch dies ein Grund dafür, dass der Verein seit kurzem mit dem Siegel „Wirkt!“ des Berliner gemeinnützigen Analyse- und Beratungshauses PHINEO um Spenden werben darf.

Mit finanzieller Unterstützung des AOK-Bundesverbandes hat PHINEO in einem 36-seitigen „Themenreport“ insgesamt 14 gemeinnützige Projekte in Deutschland ausfindig gemacht, deren Handlungsansätze beim Thema Depression nach Ansicht der Experten besonders gut durchdacht und damit wirkungsvoll für Betroffene oder deren Angehörige



Projekte mit Potenzial

Das Analyse- und Beratungshaus PHINEO macht seit seiner Gründung 2010 in einer mehrstufigen Recherche gemeinnützige Projekte ausfindig, die großes Wirkungspotenzial besitzen – etwa bei den Themen Kinderarmut, Demenz oder Depression. Derzeit tragen bundesweit 134 Projekte das „Wirkt!“-Siegel – eine Art Qualitätsempfehlung, die sozialen Investoren helfen soll zu entscheiden, mit welchem Projekt sich eine Kooperation lohnt. PHINEO analysiert Ziele und Zielgruppen des jeweiligen Projekts, die dahinter steckende Vision und Strategie sowie organisatorische Aspekte wie Finanzen und Controlling oder Transparenz und Öffentlichkeitsarbeit. Diese Punkte werden mithilfe eines Sternensystems bewertet – die Legende reicht von „herausragend“ (fünf Sterne) bis „unzureichend“ (null Sterne). Darauf aufbauend formuliert PHINEO Empfehlungen für Investoren, in welcher Form sie ein Projekt unterstützen können. **Mehr Infos: www.phineo.de**

sind. Die Liste der mit Brief und Siegel ausgezeichneten Projekte reicht von individueller Beratung suizidgefährdeter Schüler und Jugendlicher über Selbsthilfegruppen wie die von Harald Diller in Aschaffenburg bis hin zu bundesweiter Aufklärungsarbeit.

Konkrete Hilfe statt abstrakter Toleranz.

Gemeinsam sei all diesen Projekten und Initiativen, dass sie sich in der Praxis bewährt hätten und zeigten, was es heiße, wenn auf Worte auch Taten folgten, betont Dr. Andreas Rickert, Vorstandsvorsitzender der PHINEO gAG. Sein Appell: „Wir müssen aus der abstrakten Toleranz konkrete Hilfe werden lassen.“

Im Alltag fürchteten Menschen, die an Depressionen leiden, noch immer Stigmatisierung, Ausgrenzung und Benachteiligung. Im konkreten Krankheitsfall verhedderten sich Betroffene, Angehörige und Helfer mitunter in einem „Begriffs-, Diagnostik- und Angebotswirrwarr“. Umso wichtiger sei es deshalb, zivilgesellschaftliche Projekte öffentlich sichtbar zu machen, die depressiven Menschen frühzeitig helfen und nach Therapieende wertvolle Alltagshilfe leisten.

Auch die Spendenbereitschaft beim Thema Depression falle bislang noch zu gering aus, glaubt Rickert. Gesprochen werde zwar viel über die Krankheit, den Initiativen vor Ort jedoch mangle es mitunter an Geld und ehrenamtlichen Helfern. Unternehmen könnten – ergänzend zur innerbetrieblichen Gesundheitsvorsorge für ihre Mitarbeiter – mehr tun, um zivilgesellschaftliches Engagement zu fördern. Der aktuell veröffentlichte Report zum Themenfeld Depression zeige auf, wie Firmen, Stiftungen und Spender in der Praxis erfolgreiche Projekte erkennen und sie wirkungsvoll unterstützen könnten. ■

Register am Start

Das Endoprothesenregister Deutschland kommt in der Praxis gut an. Das zeigen erste Erfahrungen von zwei Hamburger Kliniken. Ab Sommer soll die Datenbank bundesweit arbeiten. Ihr Ziel: mehr Sicherheit für Patienten und Operateure. **Von Thomas Hommel**

Die Zahl ist beachtlich: Knapp 400.000 künstliche Hüft- und Kniegelenke werden Patienten jedes Jahr in deutschen Kliniken eingebaut. In etwa 37.000 Fällen muss das Implantat wieder ausgetauscht werden. Mediziner sprechen dann von Wechsellagerung. Nicht selten steht die Frage im Raum: Warum ist der Austausch nötig? Liegt es am Patienten oder am Material?

Für mehr Klarheit will das Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) sorgen. Das Register erfasst alle relevanten Daten über künstliche Hüft- und Kniegelenke – angefangen beim Zeitpunkt des Einbaus über die Art des Gelenks und dessen Bestandteile bis hin zu einem eventuell notwendigen Austausch. „Damit ist leichter zu erkennen, ob die Implantate, das operative Vorgehen oder patientenspezifische Merkmale für eine erneute Operation im Krankenhaus verantwortlich sind“, sagt EPRD-Geschäftsführer Professor Joachim Hassenpflug. Insgesamt lasse sich mithilfe der Datensammlung die Patientensicherheit erhöhen, ist sich der Direktor der Klinik für Orthopädie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (Campus Kiel) sicher.

Faire Kriterien, wenig Aufwand. Getestet wird das EPRD seit Herbst 2012 in über 30 Kliniken, darunter die Helios Endo-Klinik Hamburg und das Zentrum für Endoprothetik der Schön Klinik Hamburg-Eilbek. In beiden Häusern liegen mittlerweile Erfahrungen mit dem Register vor. Dr. Jan-Hauke Jens, Chefarzt im Zentrum für Endoprothetik der Schön Klinik, sieht in den Daten des EPRD eine „wichtige Ergänzung“ zur Qualitätsmessung, die das Krankenhaus bereits selber vornehme und die vor allem an Fragen nach der Lebensqualität nach einem Eingriff ausgerichtet ist. Mithilfe der Infor-

mationen aus dem Register könne er seine Patienten jetzt noch weitergehend beraten, sagt Jens. Der leitende Oberarzt der Gelenkchirurgie der Helios Endo-Klinik, Dr. Hans Mau, schätzt am EPRD die fairen Qualitätskriterien. Der Aufwand des Klinikpersonals, um Daten zu erheben, falle zudem gering aus. „Auch die Einwilligung der Patienten kann ohne Weiteres im Zuge der üblichen Aufklärung vor der Operation eingeholt werden.“

Implantate sicherer machen. Unterstützt wird das für Patienten und Kliniken freiwillige Register von der Hamburger Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz, Cornelia Prüfer-Storcks. „Wir wollen mehr Sicherheit in der Medizin und eine Stärkung der Patientenrechte.“ Daher habe sich die Hansestadt bereits dafür eingesetzt, ein staatliches Register für implantierbare Medizinprodukte einzurichten. „Mit dem EPRD ist nun ein nicht-staatliches Register entstanden, das ich sehr begrüße, da es die gleiche Zielrichtung hat.“ Mithilfe der Daten werde eine verlässliche Basis geschaffen, um Aussagen zur Qualität der verwendeten Medizinprodukte und der medizinischen Behandlung treffen zu können.

Eine Datenbank, viele Partner

Das EPRD ist eine Initiative der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, des Verbandes der Ersatzkassen, des AOK-Bundesverbandes, des Bundesverbandes Medizintechnologie und des BQS-Instituts für Qualität und Patientensicherheit. Derzeit haben mehr als 200 Kliniken ihr Interesse an einer Teilnahme bekundet. Das Bundesgesundheitsministerium förderte den Probetrieb des Registers im vergangenen Jahr mit rund 330.000 Euro.

Weitere Informationen: www.eprd.de



„Aus heutiger Sicht wird das Register ab Sommer flächendeckend arbeiten“, sagt der Geschäftsführer des BQS-Instituts für Qualität und Patientensicherheit, Dr. Christof Veit. Das BQS-Institut mit Sitz in Hamburg und Düsseldorf arbeitet im Auftrag des EPRD als wissenschaftliche Registerstelle. Wichtiges Kriterium dabei ist die Wahrung des Datenschutzes. Veit: „Die Übermittlung von Daten, die sich auf einen Patienten beziehen, geschieht ausschließlich über eine Vertrauensstelle, sodass die Anonymität der behandelten Personen gewahrt bleibt.“

Qualitätsmessung ist keine Zauberei.

„Es muss für Patienten künftig leichter sein, qualitativ gute Krankenhäuser von schlechten zu unterscheiden“, sagt Jürgen Malzahn, Leiter der Krankenhausabteilung des AOK-Bundesverbandes, einem der Partner des EPRD (siehe Kasten). Das EPRD sei ein „wichtiges Instrument, um Qualität in der Krankenversorgung messbar zu machen“, so Malzahn. „Qualität und Mängel möglichst früh zu erkennen und im Schadensfall schnell reagieren zu können, das ist keine Zauberei. Trotzdem war dies bisher im Bereich des künstlichen Gelenkersatzes in Deutschland nicht möglich.“ ■

Ausschuss zeichnet Arztsitz-Karte neu

Die gemeinsame Selbstverwaltung im Gesundheitswesen hat Weichen für eine bessere Verteilung der niedergelassenen Mediziner gestellt. Mit neuen Planungsbereichen will sie die Überversorgung in Ballungsräumen beenden und mehr Hausärzte aufs Land lenken. **Von Burkhard Rexin**

Zielgenau, flexibel, fristgerecht: Zum 1. Januar 2013 ist die neue Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) in Kraft getreten. Die mit allen Beteiligten abzustimmenden Bedarfspläne müssen zum 1. Juni 2013 umgesetzt werden. Dabei werden regionale und lokale Besonderheiten berücksichtigt. Während die alte Richtlinie in erster Linie ein Informationssystem darstellte, enthält die neue auch Steuerungselemente, um auf sich ändernde Anforderungen zum Beispiel auf dem Land reagieren zu können. „Wir haben nun eine zielgenaue und den regionalen Besonderheiten Rechnung tragende flexible Regelung, mit der die Zulassungsmöglichkeiten von Ärzten in ländlichen Regionen verbessert und Verteilungsprobleme in der ärztlichen Versorgung zielgerichtet angegangen werden können“, sagte Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des GBA.

Planungsbereiche verändert. Die Planungsräume für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung sind nicht mehr die gleichen. Die 883 Planungsbereiche für Hausärzte, die sogenannten Mittelbereiche, sind in der Regel nur halb so groß wie die Landkreise und kreisfreien Städte, die bisher für die Bedarfsplanung maßgebend waren. Die neue

Aufteilung für die Festlegung der notwendigen Ärzte fußt auf der Systematik des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR). Fachärzte erhalten mit zunehmendem Spezialisierungsgrad deutlich größere Einzugsgebiete. Für die größten Facharztgruppen sind die Planungsbereiche (Versorgungsebenen) wie bisher die Landkreise und kreisfreien Städte. Für stärker spezialisierte Fachärzte sind es die an die KV-Regionen angepassten BBSR-Raumordnungsregionen (97). Für die „gesonderte fachärztliche Versorgung“, in der die bisher unbeplanten Facharztgruppen zusammengefasst wurden, sind die Planungsregionen die 17 KV-Bezirke.

Nach der neuen Bedarfsplanung soll für jeweils 1.671 Einwohner ein Hausarzt

zur Verfügung stehen. Durch die verkleinerten Planungsbereiche ergeben sich jetzt 3.000 Niederlassungsmöglichkeiten. Da die Versorgungssituation im Ruhrgebiet von der des übrigen Bundesgebietes sehr abweicht, werden die Ruhrgebietsregionen für die nächsten fünf Jahre als Sonderregion ausgewiesen. In dieser Zeit soll der GBA eine geeignete Lösung für die vertragsärztlichen Versorgungszahlen entwickeln.

Therapeuten für ländliche Räume. Bei den Psychotherapeuten hat der GBA das Ziel verfolgt, insbesondere die Versorgung in den ländlichen Räumen und in den neuen Bundesländern zu stärken. Insgesamt werden rund 1.350 neue Zulassungsmöglichkeiten ausgewiesen.

„Viele Faktoren, die Einfluss auf den Bedarf der Bevölkerung an Ärzten haben, wie die Krankheitslast oder der Pflegebedarf, bleiben weiter unberücksichtigt.“

Ursula Faubel, Sprecherin der Patientenvertretung im Unterausschuss Bedarfsplanung im GBA

„Eine bessere Bedarfsplanung alleine schafft keine bessere Versorgung. Der Hausarzt muss innerhalb der Ärzteschaft aufgewertet werden.“

Johann-Magnus v. Stackelberg, stellvertretender Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes

Lese- und Webtipps

- Bedarfsplanungs-Richtlinie: www.g-ba.de/informationen/beschluesse/1621
- Planungsbereiche für Hausärzte: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung: www.bbsr.bund.de > Raumberechnung > Raumberechnungen > Mittelbereiche
- Bisherige Verteilung der Vertragsärzte nach Regionen und Fachgruppen: www.versorgungsatlas.de/themen/versorgungsstrukturen
- Infos zur regionalen Demografieentwicklung: www.bbsr.bund.de > Raumentwicklung > Raumentwicklung in Deutschland > Demografie > Veröffentlichungen
- IGES-Gutachten der Patientenvertretung zur Bedarfsplanung: www.iges.de/presse07/pressemitteilungen_2012/bedarfsplanung > Download

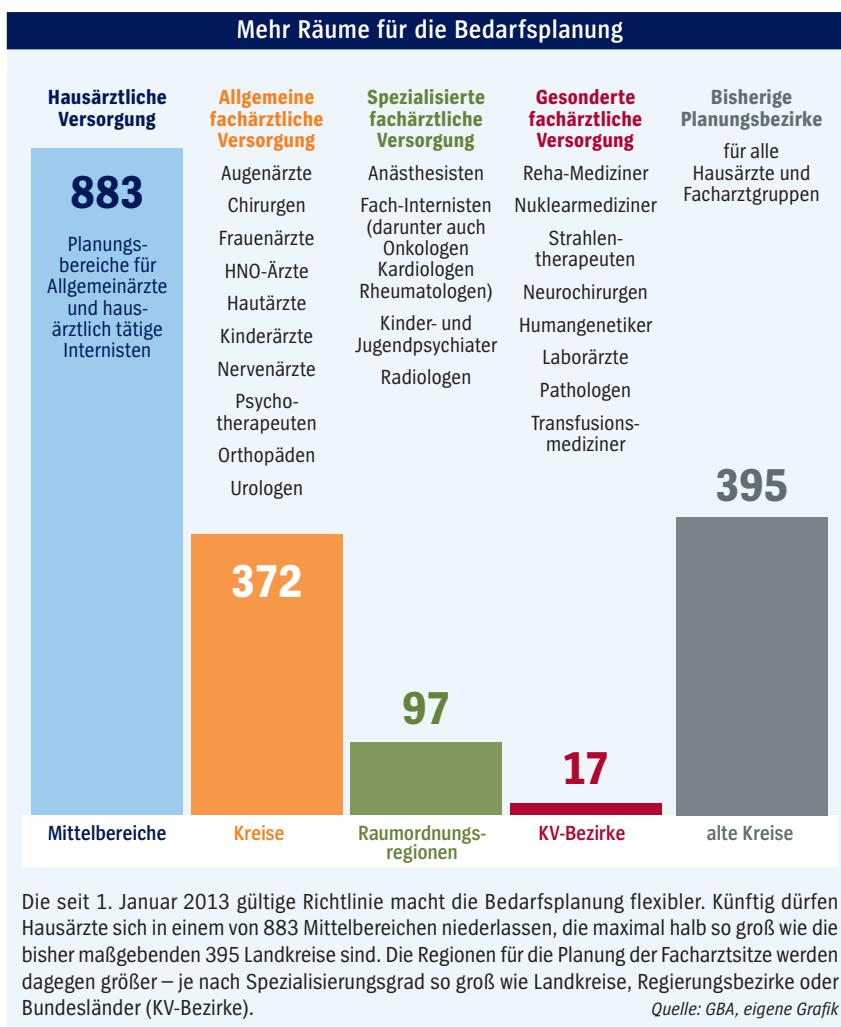
Gleichzeitig sollte bei der Planung darauf geachtet werden, dass zukünftig auch weitere Stellen besser zugunsten der ländlichen Räume verteilt werden.

Demografiefaktor weiterentwickelt. Der 2010 in die Bedarfsplanungs-Richtlinie aufgenommene Demografiefaktor wurde weiterentwickelt. Mit der Verschiebung der Altersgrenze von 60 auf 65 Jahre will der GBA der Tatsache Rech-

nung tragen, dass sich der Anstieg der Morbidität und des Leistungsbedarfs zunehmend in Richtung dieser Altersgrenze verschiebt. Der Demografiefaktor wird für jeden Planungsbereich getrennt ermittelt und ermöglicht es, die regional unterschiedliche Alterung der Bevölkerung bei der Bestimmung des Arzt- und Leistungsbedarfs zu berücksichtigen. Ob dies funktioniert, auch für einzelne Arztgruppen, will der GBA in fünf Jahren überprüfen.

Die Länder können bei der Aufstellung der Bedarfspläne von den GBA-Vorgaben abweichen und andere Abgrenzungen für Planungsbereiche oder andere Arzt-Patienten-Verhältniszahlen festlegen. Zu den Gründen gehören insbesondere die regionale Demografie und Morbidität, räumliche Faktoren und besondere Versorgungslagen. Abweichungen von der bundesweiten Bedarfsplanungs-Richtlinie sind in jedem Einzelfall zu begründen und explizit im Bedarfsplan auszuweisen.

Zusatzinstrumente nötig. Der GKV-Spitzenverband hält die Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie für einen „wichtigen Schritt nach vorne, um die gute Versorgung der Patienten auch in Zukunft zu sichern“. Eine bessere Be-



„Dieser Beschluss ist eine Mogelpackung. Statt zusätzliche Praxen zu schaffen, kann ab 2013 die Anzahl der Psychotherapeuten in Deutschland um mehr als 6.000 sinken.“

Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer

„Die neue Bedarfsplanung verbessert den Zugang der Patienten zur medizinischen Versorgung. Wir werden dadurch die wohnortnahe Versorgung der Patienten perspektivisch weiter verbessern.“

Regina Feldmann, Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

darfsplanung alleine schaffe aber keine bessere Versorgung, so Johann-Magnus v. Stackelberg, stellvertretender Vorsitzender des GKV-Spitzenverbandes. Wichtig sei, dass der Hausarzt innerhalb der Ärzteschaft aufgewertet werde, um angehende Mediziner davon zu überzeugen, sich dafür zu entscheiden.

Die neue Bedarfsplanungs-Richtlinie sei eine Mogelpackung, kritisiert Professor Rainer Richter, Präsident der Bundes-

psychotherapeutenkammer. „Statt zusätzliche Praxen zu schaffen, kann ab 2013 die Anzahl der Psychotherapeuten in Deutschland um mehr als 6.000 sinken“, so Richter.

In die erste grundlegende Überarbeitung der Bedarfsplanung seit 20 Jahren sind die Vorstellungen der AOK aufgenommen worden. Es wird dem Trend entgegengewirkt, dass sich in einkommensstarken Gebieten und in Ballungs-

zentren immer mehr Mediziner ansiedeln, während die Bereitschaft, als Landarzt zu arbeiten, deutlich sinkt. Für eine gleichmäßige Verteilung von Arztstzen benötigt man jedoch zusätzliche Instrumente: Planung allein bringt den Arzt nicht dahin, wo die Patienten ihn brauchen.

Kliniken lehnen Richtlinie ab. Die Patientenvertretung im GBA kritisierte, dass die neue Richtlinie in weiten Teilen auf bisherige Regelungen zurückgreift. Mit dem Versorgungsbedarf von Versicherten und Patienten habe die Planung nach wie vor nicht viel zu tun, sagte Ursula Faubel, Geschäftsführerin der Deutschen Rheuma-Liga und Sprecherin der Patientenvertretung im GBA-Unterausschuss für die Bedarfsplanung.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft stimmte wegen der Regelungen zur Beplanung der gesonderten fachärztlichen Versorgung gegen die Richtlinie. ■

Die Selbsthilfe geht online

Viele Menschen mit chronischen Erkrankungen nutzen das Internet, um Informationen zu sammeln und sich auszutauschen. Immer mehr Selbsthilfe-Organisationen bauen ihr Online-Angebot deshalb aus – mithilfe der Gesundheitskasse. Von **Änne Töpfer**

Haben Sie schon mal geskyppt? Dabei telefonieren zwei oder mehr Gesprächsteilnehmer über das Internet miteinander und können sich sogar sehen. Das ist eine der Möglichkeiten des World Wide Web, die für die gesundheitsbezogene Selbsthilfe interessant sein könnten. Angebote zur virtuellen Kommunikation und deren Risiken erkundeten rund 100 Aktive aus zahlreichen Verbänden und Vereinen auf

AOK-Bundesverband. Mit ihrer Förderung will die Gesundheitskasse die Bundesorganisationen der Selbsthilfe dazu ermuntern, webbasierte Angebote aufzubauen. Zum anderen setzte sie sich dafür ein, dass sich die Mitglieder virtueller Netze auch real treffen, so Selbsthilfe-Expertin Schick.

Dass das eine das andere nicht ausschließt, hat Dr. Holger Preiß, Förder-

Kindern mit seltenen Gendefekten zusammengeschlossen haben und in dessen Vorstand Toscan heute sitzt. „Das Internet und Leona helfen mir, mich mit der Behinderung meines Sohnes auseinanderzusetzen“, sagt Sylke Toscan. Leona bietet auf seiner Homepage ein Forum mit 775 registrierten Mitgliedern.

Foren brauchen Datenschutz. Foren, in denen sich Betroffene austauschen, gehören zu den gängigen Angeboten virtueller Selbsthilfe. Die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) hat Kriterien entwickelt, an denen Nutzer Qualität und Seriosität der Foren ablesen können.

Ein wichtiger Punkt dabei ist der Datenschutz, wie Miriam Walther, wissenschaftliche Mitarbeiterin bei NAKOS, deutlich machte. „Bei vielen Foren-Betreibern ist noch kein Bewusstsein für Datenschutz vorhanden“, so Walther. Sie warnte vor Anwendungen, bei denen Daten an Dritte weitergegeben werden können, zum Beispiel Facebook-Social-Plugins oder Amazon-Werbepanner. Walthers Rat für die Anbieter von Selbsthilfe-Foren: so wenig personenbezogene Daten wie möglich erheben und keine Daten, wie beispielsweise Mailadressen, weitergeben. Dennoch ermuntert die NAKOS die Selbsthilfe dazu, das Internet zu nutzen, um auf ihre Angebote aufmerksam zu machen: „Virtuelle Austauschangebote können Türöffner zu herkömmlichen Selbsthilfe sein.“ ■



Einladung des AOK-Bundesverbandes auf der Tagung „Selbsthilfe im Netz“ in Berlin. Immer mehr chronisch Kranke nutzen das Internet, um sich über ihre Erkrankung zu informieren oder sich mit Gleichgesinnten auszutauschen. „Deshalb wird die AOK ab 2013 schwerpunktmäßig Selbsthilfeangebote unterstützen, die sich die Möglichkeiten des Internets zunutze machen“, sagt Uwe Deh, Geschäftsführender Vorstand des AOK-Bundesverbandes. „Die Mobilität übers Internet sichert das Dabeisein, auch wenn man selbst nicht mobil ist.“

Zurzeit gibt die Gesundheitskasse insgesamt rund 14 Millionen Euro im Jahr für die Selbsthilfe aus. Dabei sieht die AOK internetgestützte Selbsthilfeangebote nicht als Konkurrenz, sondern als Ergänzung zu realen Gruppen. „Wir brauchen beides“, sagt Claudia Schick, Referentin für Selbsthilfeförderung im

schulischer und wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Würzburg in einer Studie herausgefunden. Er befragte rund 900 Nutzer virtueller Selbsthilfe. Ein Drittel von ihnen gab an, nicht nur im Internet zu kommunizieren, sondern zusätzlich eine Gruppe vor Ort zu besuchen. „Je intensiver die Online-Kontakte sind, desto größer die Wahrscheinlichkeit, dass die Nutzer auch über andere Kanäle Kontakt aufnehmen“, sagt Preiß.

Nächtelang im Internet. Sylke Toscan kaufte 2006 ihren ersten Computer. Der Grund: Ihr Sohn Vincent hat das Rubinstein-Taybi-Syndrom (RTS), eine seltene genetische Störung. „Ich verbrachte ganze Nächte im Internet und sammelte die dürftigen Informationen, die es damals zu RTS gab“, berichtete Toscan in Berlin. Dabei stieß sie auf den Verein Leona, in dem sich vor zwanzig Jahren Eltern von

Web- und Lesetipps

www.selbsthilfe-interaktiv.de
www.aok-bv.de > Gesundheit > Selbsthilfe > Fachtagung; dort Download von:
 G+G-Spezial 12/2012: **Begegnung im Netz**

„Viel Fingerspitzengefühl nötig“

Mediziner spielen eine wichtige Rolle, wenn es um das Erkennen von sexuellem Missbrauch geht, weiß der Kinder- und Jugendarzt Hermann Josef Kahl. Dazu müsste jedoch das neue Kinderschutzgesetz nachgebessert werden.

G+G: Herr Dr. Kahl, woran erkennen Sie, ob ein Kind möglicherweise sexuell missbraucht wurde?

Kahl: Sexuellen Missbrauch zu erkennen, ist sehr schwer. Denn nur selten liefern äußere Verletzungen den eindeutigen Beweis. Stutzig werde ich, wenn das Kind Verhaltensauffälligkeiten zeigt, wie sexualisiertes Benehmen und etwa an den Genitalien spielt. Es kann aber auch übertrieben distanzlos und anhänglich sein oder sehr schreckhaft oder verschüchtert wirken. Auch eine plötzliche Wesensveränderung bei einem Kind, das ich schon länger behandle, lässt mich aufhorchen. Was die Diagnose erschwert, ist der enorme Geheimhaltungsdruck, unter dem die Kinder stehen. Ihnen wird eingebläut: Du darfst mit niemandem darüber reden.

G+G: Auch nicht mit den eigenen Eltern?

Kahl: Das ist ja gerade das Problem. Denn die Täter kommen häufig aus dem privaten Umfeld der Kinder und aus der Familie. Kinder wollen ihre Eltern schützen. Sie haben Angst, ihnen könnte etwas passieren und sie wären auch noch Schuld daran. Sie haben auch Angst, ihre Eltern zu verlieren und dann ganz alleine dazustehen.

G+G: Was machen Sie, wenn sich ein Verdacht erhärtet?

Kahl: Da ist sehr viel Fingerspitzengefühl nötig. Denn einerseits will ich die Kinder schützen, andererseits niemanden falsch belasten. Die Erfahrung zeigt, dass die Mütter meist mehr wissen als sie zugeben. Deswegen suche ich als allererstes das Gespräch mit ihnen. Stellt sich heraus, dass das Kind wirklich Opfer von sexuellem Missbrauch geworden ist, bestehe ich darauf, dass die Mutter in meinem Beisein einen Termin mit einem Kinder-

schutzzentrum vereinbart. Wichtig ist, dass das Hilfsangebot im Vordergrund steht und nicht die Strafe. Kooperiert die Mutter nicht, dann sind zum Schutz des Kindes andere Schritte notwendig. In schweren Fällen muss das Kind in ein sozialpsychiatrisches Zentrum eingewiesen werden.



schriftliche Einwilligung der Eltern darf ich mit niemandem sprechen. Hier wünsche ich mir einen gesetzlich geregelten Umweg, der den Schutz des Kindes in den Vordergrund stellt.

G+G: Wodurch ließen sich Kinder noch besser vor Übergriffen schützen?

Ärzte sollten Kinder stärker auf psychische und emotionale Auffälligkeiten untersuchen.

Dr. med. Hermann Josef Kahl

G+G: Sind Kinderärzte ausreichend geschult, um zu helfen?

Kahl: Seminare zu heiklen Themen wie sexuellem Missbrauch werden von Kinder- und Jugendärzten sehr gut besucht. Doch im beruflichen Alltag sind ihnen häufig die Hände gebunden. Das neue Kinderschutzgesetz halte ich in dieser Hinsicht für nachbesserungsbedürftig. Eine Anzeige bei der Polizei oder beim Jugendamt können wir derzeit – außer in Extremfällen – nur erstatten, wenn die Eltern zuvor informiert wurden. Eine heikle Situation, wenn der Missbrauch innerhalb der Familie stattfindet. Aufgrund der ärztlichen Schweigepflicht ist außerdem ein Austausch unter Kollegen nicht möglich. Kommt ein auffälliges Kind zu mir, darf ich mit dem Arzt, der es vorher behandelt hat, nicht Rücksprache halten. Ohne eine

Kahl: Die vorausschauende Beratung zum Thema sexueller Missbrauch sollte standardisiert im Rahmen der regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen erfolgen. Ärzte sollten Kinder stärker auf psychische und emotionale Auffälligkeiten untersuchen und den Eltern Adressen von Kinderschutzzentren geben. Je größer der Bekanntheitsgrad solcher Stellen ist, desto eher wird Hilfe angenommen. Bei jährlich sechs Millionen Vorsorgeuntersuchungen wären wir dann einen großen Schritt weiter. ■

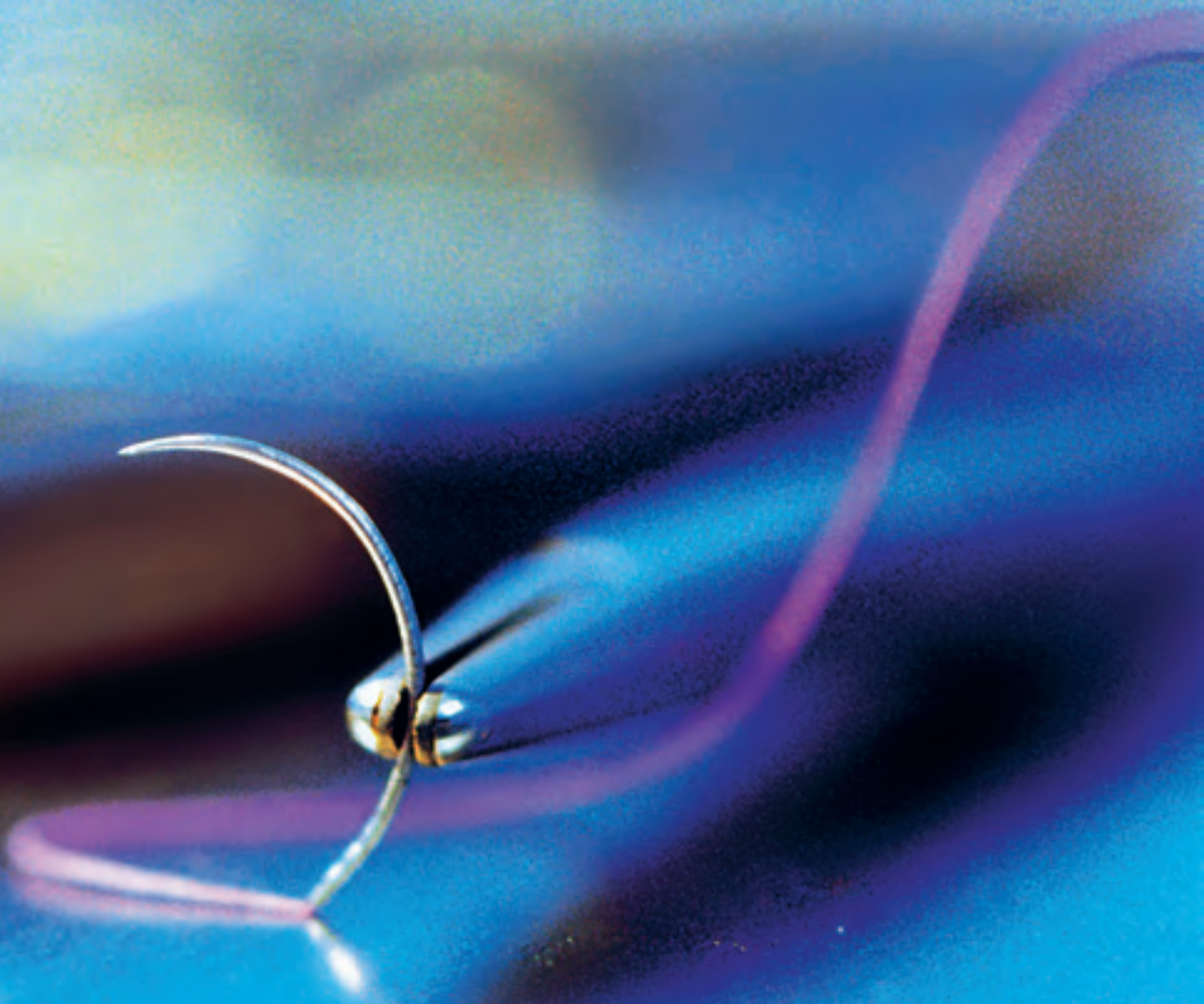
Das Interview führte Daniela Noack.

Zur Person

Dr. med. Hermann Josef Kahl ist Sprecher des Ausschusses „Prävention und Frühtherapie“ beim Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte.

TITELTHEMA

Klasse machen im OP



Ob Herz, Hüfte oder Knie – in deutschen Kliniken kommen immer mehr Patienten unters Messer. Ein Grund dafür: Das derzeitige Vergütungssystem verleitet dazu, in Menge zu machen statt auf Qualität zu setzen. Dass es auch anders gehen kann, zeigt der aktuelle Krankenhaus-Report. Von Maria Sinjakowa

Es gibt kaum ein anderes Land, in dem so viel operiert wird wie in Deutschland. Bei vielen planbaren Eingriffen liegen wir europaweit an der Spitze, etwa bei Defibrillatoren (spezielle Herzschrittmacher, die bei lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen wie Kammerflimmern eingesetzt werden) und künstlichen Gelenken. Ein Rang, der im Fußball für Jubel, im Gesundheitswesen aber für Auseinandersetzungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern sorgt. Denn Jahr für Jahr steigt die Zahl der stationären Behandlungen und treibt die Ausgaben der Kassen in die Höhe, ohne dass Experten die wachsende Menge medizinisch erklären können.

Wie der neue Krankenhaus-Report zeigt, ist die Zahl der Wirbelsäulenoperationen bei AOK-Versicherten zwischen 2005 und 2010 bundesweit von 97.715 auf 212.985 gestiegen. Das ist ein Plus von 118 Prozent in nur fünf Jahren. Allerdings gibt es große regionale Unterschiede und zwar unabhängig von der Altersstruktur der jeweiligen Bevölkerung. So entfielen beispielsweise in Schleswig-Holstein im Jahr 2010 auf 100.000 Versicherte 533 Rückenoperationen. Das waren doppelt so viele wie in Sachsen. Dort kamen auf 100.000 Versicherte nur 254 Eingriffe. Auf Kreisebene sind die Unterschiede noch größer. So wurden etwa im Kreis Hersfeld-Rotenburg in den Jahren 2005 bis 2010 mit 737 Eingriffen pro 100.000 AOK-Versicherte fast sechs Mal so viele Menschen am Rücken operiert wie in der Sächsischen Schweiz mit einer Operationsrate von 124 pro 100.000 AOK-Versicherte.

Ähnlich sieht es bei den Implantationen und beim Wechsel von Defibrillatoren aus. Laut Krankenhaus-Report ist die Implantations- und Wechselrate in Deutschland zwischen 2008 und 2010 um 25 Prozent gestiegen. Auch hier zeigen sich große regionale Unterschiede. So weisen Thüringen, Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und das nordöstliche Bayern be-

sonders hohe Operationsraten auf. Mit durchschnittlich 465 Eingriffen je eine Million Einwohner lag Deutschland im Jahr 2010 über 80 Prozent über dem europäischen Durchschnitt.

Am Beispiel des minimalinvasiven Aortenklappenersatzes (TAVI) macht der Krankenhaus-Report darüber hinaus deutlich, dass auch bei medizinischen Innovationen der Trend hin zur Mengenausweitung geht. Das TAVI-Verfahren, das nach Empfehlungen internationaler Fachgesellschaften wegen des hohen Schlaganfallrisikos nur für Patienten vorgesehen ist, die nicht am offenen Herzen operiert werden können, erlebt in Deutschland seit einigen Jahren eine große Verbreitung. Die Fallzahlen verdoppelten sich, nachdem die Methode im Jahr 2010 in das Regelsystem der Fallpauschalen überführt wurde.

Fehler im System

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) hat davor gewarnt, dass Bonuszahlungen für Chefarzte und das Überangebot an Kliniken Patienten dem Risiko unnötiger Operationen aussetzen. In Chefarztverträgen **vereinbarte Boni führten zur Ausweitung von Menge und Art der Eingriffe**. Würden finanzielle Anreize im Gehalt gesetzt, sollten sich diese nicht an Fallzahlen, sondern an Kriterien wie Komplikationsraten, Qualität oder Zufriedenheit der Patienten orientieren, so DGCH-Generalsekretär Professor Hans-Joachim Meyer. DGCH-Präsident Karl-Walter Jauch wird noch deutlicher: „Wir haben Regionen, wo die Patienten eingefangen werden.“ **In den Ballungsräumen herrsche oft eine so große Konkurrenz zwischen den Kliniken, dass sich diese nicht nur aus medizinischen Gründen um Patienten bemühen**. Nach Ansicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) entbehren Behauptungen, Krankenhäuser würden aus ökonomischen Gründen Patienten operieren, jeglicher Grundlage. Vielmehr habe der **demografische Wandel und die Morbiditätsentwicklung im Zusammenwirken mit dem medizinischen Fortschritt** zum Anstieg der stationären Leistungen geführt, so DKG-Präsident Alfred Dänzer. (G+G)

Nicht nur Patientenwohl im Auge. Die stetig wachsende Menge stationärer Leistungen ist nach Meinung der Autoren des Krankenhaus-Reports nicht allein auf die veränderte Altersstruktur und die damit zusammenhängende Erkrankungshäufigkeit zurückzuführen. Auch mit dem medizinischen Fortschritt lässt sich die Zunahme der vergangenen Jahre nur bedingt erklären. Die Ergebnisse des Reports, nach denen Deutschland bei planbaren Eingriffen die meisten anderen entwickelten Länder weit hinter sich gelassen hat, und es enorme regionale Unterschiede bei der Operationshäufigkeit gibt, deuten vielmehr darauf hin, dass die Entscheidungen der Krankenhäuser für oder gegen eine Therapie auch von anderen Faktoren abhängig sind als nur vom Patientenwohl. Ein möglicher Grund, warum es in manchen Regionen so viel mehr Eingriffe gibt als in anderen, könnten die unterschiedlichen Behandlungsgewohnheiten sein. Unklare Leitlinien und nicht gesicherte Indikationsstellung dürften diese Praxis begünstigen. Auch das jeweilige Leistungsangebot könnte dabei eine Rolle spielen. So zeigt der Krankenhaus-Report, dass es bei Wirbelsäulenoperationen eine scharfe Grenze zwischen Baden-Württemberg und Bayern gibt. Versicherte im Ländle erhalten vergleichsweise wenige Rückenoperationen, in Bayern dagegen viele. Nach Meinung der Wissenschaftler könnte dies unter anderem daran liegen, dass Bayern besonders viele Wirbelsäulenzentren hat.

Vergütung setzt falsche Anreize. Ein wesentlicher Faktor sind laut Krankenhaus-Report die Fehlanreize im derzeitigen Vergütungssystem. Seit 2003 werden deutsche Krankenhäuser nach Fallpauschalen bezahlt, die sich aus der Diagnose und der daraus resultierenden Behandlung errechnen. Das heißt für das Legen eines Herzkatheters gibt es eine andere Pauschale als für das Beobachtungs-Elektrokardiogramm. Je höher die Pauschale bewertet wird, desto mehr Geld fließt in die Krankenkasse. Das ist für Kliniken ein Anreiz, das Lohnswerte häufig zu tun. Ein Ergebnis des Krankenhaus-Reports ist, dass Häuser vor allem bei den Fallpauschalen mehr Menge machen, die einen hohen Deckungsbeitrag versprechen, weil sie hohe Vergütungs-

anteile für Infrastruktur und Verwaltung aufweisen. Bei Leistungssteigerungen stehen den zusätzlichen Erlösen vergleichsweise geringe zusätzliche Kosten gegenüber.

Menge lässt Krankenkassen klingeln. Tatsache ist, dass Krankenhäuser heute wie Unternehmen geführt werden. Sie wetteifern um Patienten und lukrative Therapien. Und da sie nur wenig Spielraum bei den Preisen für ihre Leistungen haben – diese sind durch gesetzliche Regelungen begrenzt – liegt es nahe, über eine Mengenausweitung mehr Einnahmen zu erzielen. Dass dabei die Patientensicherheit und die Qualität der Behandlung nicht immer an erster Stelle stehen, zeigen Beispiele aus dem Krankenhaus-Report. So werden 15 Prozent der Implantationen und Wechsel von Defibrillatoren in Krankenhäusern vorgenommen, die über keine Fachabteilung mit kardiologischem oder herzchirurgischem Schwerpunkt verfügen. Außerdem erfolgte im Jahr 2010 die Hälfte der Eingriffe in nur 88 Krankenhäusern, während rund 300 Kliniken weniger als 25 Operationen vornahmen – und das, obwohl die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie und Kreislaufforschung von Ärzten, die Defibrillatoren implantieren, eingehende Kenntnisse und große praktische Erfahrung fordert. Ähnliche Ergebnisse liefert der Report des Göttinger AQUA-Instituts zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung für TAVI, also den minimalinvasiven Aortenklappenersatz. Danach haben Krankenhäuser im Jahr 2010 die Methode auch bei Patienten angewendet, die alternativ offen-chirurgisch hätten operiert werden können. Dadurch seien sie einem erhöhten Schlaganfallrisiko ausgesetzt worden. Bedenklich auch: 14 Krankenhäuser, die diese Methode anwandten, hatten keine eigene Herzchirurgie.

Diese Ergebnisse zeigen: Patienten können sich nicht immer darauf verlassen, dass sich die Entscheidung der Ärzte am medizinischen Nutzen orientiert. Es geht auch darum, schwarze Zahlen zu schreiben. Und Mengensteigerungen erhöhen die Deckungsbeiträge. Diesem Problem müssen sich die Akteure des Gesundheitswesens stellen. Eine schnelle Lösung ist indes nicht zu erwarten, wie der Krankenhaus-Report deutlich macht. Er stellt aber Konzepte vor, mit deren Hilfe statt Menge mehr Qualität erreichbar ist.

Mit Einzelverträgen zu mehr Qualität. Nach dem derzeitigen Fallpauschalensystem werden stationäre Leistungen nicht nach Qualität oder Nutzen für Patienten vergütet. Vielmehr bekommt jeder seine Leistungen bezahlt, unabhängig davon, ob er gute oder schlechte Qualität liefert. Der Krankenhaus-Report zeigt auf, dass sich mit Einzelverträgen die Leistungsmenge regulieren und die Behandlungsqualität verbessern lässt. Die Idee ist nicht neu: Krankenkassen schließen mit bestimmten Häusern Verträge für planbare Eingriffe, in denen Art und Menge der Leistungen festgelegt sind. Voraussetzung für den Abschluss eines solchen Vertrages ist, dass das Krankenhaus eine gute Qualität bei den zu vereinbarenden Leistungen vorweist. Die Leistungsmenge verlagert sich also tendenziell in ausgewählte Kliniken mit besserer Qualität. Auch können Einzelverträge Preisaspekte beinhalten, die es den Kassen ermöglichen, qualitativ gute Krankenhäuser besser zu bezahlen.

Immer mehr Rücken-Operationen

Eingriffe an der Wirbelsäule bei AOK-Versicherten bundesweit

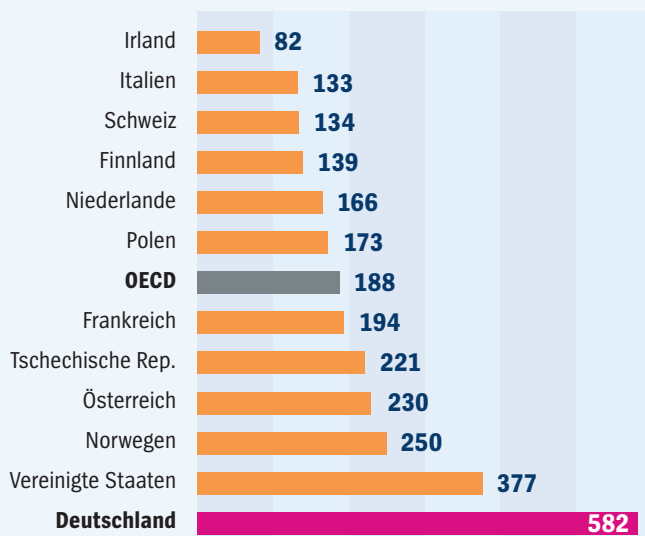


Der aktuelle Krankenhaus-Report zeigt: Die Zahl der Patienten, die an der Wirbelsäule operiert werden, steigt stetig an. Unterzogen sich im Jahr 2005 noch rund 98.000 AOK-Versicherte diesem Eingriff, waren es 2010 mit rund 213.000 mehr als doppelt so viele.

Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), 2012

Spitzenreiter bei Herz-Operationen

Anzahl der Eingriffe je 100.000 Einwohner



Nach jüngsten Zahlen der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) hat Deutschland bei den Koronarangioplastien zur Ausdehnung von Herzkranzgefäßen die Nase weit vorn. Hierzulande entfallen auf 100.000 Einwohner 582 solcher Eingriffe. Da kommen selbst die USA mit nur 377 Operationen je 100.000 Einwohner nicht mit. Der OECD-Durchschnitt liegt bei 188 Operationen je 100.000 Einwohner.

Quelle: OECD „Health at a Glance 2011 – OECD Indicators“

Als Alternative zum Einzelvertrag stellt der Krankenhaus-Report den Handel mit Leistungsrechten vor. Nach diesem Modell – es lehnt sich an den Emissionsrechtehandel innerhalb der Europäischen Union an – darf das einzelne Krankenhaus zunächst nur die Menge stationärer Leistungen erbringen, für die es Leistungsrechte (Zertifikate) mit den Kassen vereinbart hat. Macht die Klinik mehr als vereinbart, muss sie Zertifikate von anderen Häusern kaufen, die ihr Kontingent nicht ausgeschöpft haben. So bleibt die vereinbarte Gesamtmenge der Leistungen gleich. Dieses Modell ließe sich um Qualitätsaspekte sinnvoll ergänzen. Denkbar wäre, so der Report, die Neuvergabe von Zertifikaten an die nachgewiesene Ergebnisqualität zu koppeln. Im Folgejahr würden nur jene Kliniken Zertifikate erhalten, die eine gute Behandlungsqualität vorweisen. Der Handel mit Leistungszertifikaten ist aber nicht nur ein Instrument der Mengensteuerung. Er wirkt sich auch positiv auf den Wettbewerb am Klinikmarkt aus. Krankenhäuser erhalten die Möglichkeit, sich auf bestimmte Leistungen zu spezialisieren und das Angebot auf ihre medizinisch-pflegerischen Stärken zu fokussieren.

Mit guter Planung Überkapazitäten abbauen. Auf eine bedarfsgerechte Versorgung setzt auch das Konzept der qualitätsorientierten Krankenhausplanung. Der derzeitige Verteilungskampf auf dem Klinikmarkt ist nach Meinung der Autoren des Reports systemimmanent: In Deutschland gibt es zu viele Krankenhäuser.

betten. Nach den aktuellen OECD-Gesundheitsdaten kommen hierzulande 5,7 Klinikbetten auf 1.000 Einwohner. Im OECD-Durchschnitt sind es lediglich 3,4 Betten pro 1.000 Einwohner. Die hiesigen Überkapazitäten bewirken, dass die durchschnittliche Auslastung der Krankenhäuser seit Jahren unter 80 Prozent liegt. Um die Verluste auszugleichen, versuchen Krankenhäuser, mit zusätzlichen gut bezahlten Leistungen mehr Geld zu verdienen. Würde man die Überkapazitäten abbauen, hätten Krankenhäuser wieder mehr Geld zur Verfügung. Der Anreiz zur Mengenausweitung bestünde dann nicht mehr, heißt es im Krankenhaus-Report. So sollen nach dem Prinzip „Geld folgt der Qualität“ die Fachabteilungen, die in den vergangenen Jahren eine unterdurchschnittliche Behandlungsqualität vorwiesen, bei der Krankenhausplanung nicht mehr berücksichtigt werden und somit aus der Versorgung ausscheiden. Im Umkehrschluss heißt das: Auf dem Markt bleiben nur diejenigen Fachabteilungen, die eine hohe Versorgungsqualität anbieten. Eine qualitätsorientierte Verlagerung bestimmter stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich und eine gesicherte Indikationsstellung könnten diesen Prozess unterstützen.

Ärztliche Zweitmeinung kann Sicherheit bringen. Ein mögliches Instrument, mehr Sicherheit bei der Indikation zu schaffen, ist die ärztliche Zweitmeinung. Gerade bei seltenen und schweren Erkrankungen, aber auch vor komplizierten planbaren Eingriffen kann eine zweite Spezialistenmeinung das Risiko von Fehlern bei Diagnose und Therapie reduzieren und auf diese Weise Patienten vor unnötigen Operationen schützen. Die im Report vorgestellten Erfahrungen aus den USA zeigen, dass das Konzept der ärztlichen Zweitmeinung aufgehen könnte. Danach wurden viele der Operationsindikationen vor allem auf den Gebieten Orthopädie, Gynäkologie und Urologie von Zweitgutachtern nicht bestätigt. Daraufhin entschied sich die Mehrheit der Patienten gegen einen chirurgischen Eingriff. In Deutschland bieten gesetzliche Krankenkassen, darunter auch mehrere AOKs, eine derartige Beratung an.

Ob Einzelverträge, Zertifikatehandel, qualitätsorientierte Krankenhausplanung oder ärztliche Zweitmeinung – insgesamt zeigt der Krankenhaus-Report, dass es verschiedene Wege gibt, dem Mengenproblem zu begegnen. Nun ist es an Krankenkassen und Kliniken, gemeinsam daran zu arbeiten, wie aus Menge mehr Qualität wird. Einen klaren gesetzlichen Auftrag dafür haben sie bereits. ■

Maria Sinjakowa ist Redakteurin beim KomPart-Verlag.

Lesetipp



Jürgen Klauber/Max Geraeds/Jörg Friedrich/Jürgen Wasem (Hrsg.): **Krankenhaus-Report 2013. Schwerpunkt: Mengendynamik – mehr Menge, mehr Nutzen?** 2012, 568 Seiten, 102 Abbildungen und 85 Tabellen, kartoniert; inklusive Online-Zugang, 54,95 Euro. Schattauer Verlag, Stuttgart.



Rudolf Henke (hinten links) ist seit 2007 Vorsitzender der Ärztegewerkschaft Marburger Bund und seit 2011 Präsident der Ärztekammer Nordrhein. Der 58-Jährige studierte von 1972 bis 1979 Medizin und arbeitete als Internist und Oberarzt am St.-Antonius-Hospital in Eschweiler. Von 1995 bis 2009 war er Landtagsabgeordneter in Nordrhein-Westfalen, seit Oktober 2009 ist Rudolf Henke direkt gewähltes Mitglied des Deutschen Bundestages.

Uwe Deh (vorne links) ist Geschäftsführender Vorstand des AOK-Bundesverbandes. Der 46-jährige Gesundheitsökonom startete seine Karriere bei den Ersatzkassenverbänden im Bereich Stationäre Einrichtungen. 1999 übernahm er bei der AOK Sachsen-Anhalt die Leitung der Abteilung Krankenhaus. 2005 wurde Deh Bevollmächtigter des Vorstands der AOK Sachsen-Anhalt, 2008 alleiniger Vorstand, bevor er 2011 zum AOK-Bundesverband kam.

Prof. Dr. Wolfram Mittelmeier (h. r.), Direktor der Orthopädischen Klinik und Poliklinik der Universität Rostock, war 2012 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie sowie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie. Der 53-Jährige baut das Qualitätssicherungssystem für Gelenkersatz, EndoCert, mit auf. Seine Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich Biomaterialien und Biomechanik.

Wolf-Dietrich Trenner (v. r.) ist Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss. Der 56-jährige Einzelhandelskaufmann, Krankenpfleger und Heilpädagoge ist Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat des Projektes Qualitätssicherung mit Routedaten des Wissenschaftlichen Instituts des AOK. Der Vater einer taubblinden Tochter gründete den Verband der Eltern taubblinder Menschen und war Mitbegründer des Deutschen Behindertenrates.

„Intransparenz lädt zu Missbrauch ein“

In Deutschlands Krankenhäusern greifen Ärzte immer öfter zum Skalpell. Über die Gründe für die steigenden OP-Zahlen diskutierten Experten im G+G-Gespräch kontrovers. Aber einhellig forderte das Quartett verständliche Informationen über die Qualität medizinischer Eingriffe.

Zunächst eine persönliche Frage an alle: Wenn Sie oder jemand aus Ihrer Familie vor einer Operation stehen – würden Sie eine zweite Meinung einholen? Und wenn ja: wo?

Wolfram Mittelmeier: Ich würde mich auf eine gute erste Meinung verlassen und nach bestimmten Qualitätskriterien sehen, nach Qualitätssiegeln. Wenn jemand wirklich eine zweite Meinung braucht, weil Unsicherheit besteht, sind Internet-Portale meines Erachtens nicht sinnvoll. Besonders in Beratungsportalen wird anhand von Röntgenbildern ohne klinischen Befund geurteilt. Das hat meiner Meinung nach keinen Zweck.

Wolf-Dietrich Trenner: Ich würde eine Zweitmeinung einholen und in die Qualitätsberichte der Kliniken schauen. Die haben zwar Schwächen, aber enthalten doch ein paar nützliche Informationen. Ansonsten würde ich das Thema mit dem Hausarzt besprechen, das ist für mich die erste Anlaufstelle.

Rudolf Henke: Ich gehe vor allem nach dem Bauchgefühl, damit fahre ich auch sonst im Leben gut. Ich würde mit dem Arzt reden, der mit mir über die Operation entscheidet, und mit ihm die Verantwortung für den weiteren Weg teilen.

Uwe Deh: Ich habe den Arzt gefragt: Würden Sie das für sich selbst oder Ihre Angehörigen auch als Therapie empfehlen? Da kommen interessante Gespräche zustande. Das ist meine persönliche Erfahrung. Unabhängig davon kann ich sagen, dass die Nachfrage

der Versicherten nach einer zweiten Meinung zugenommen hat. Wichtig ist: Die zweite Meinung muss genauso gut wie die erste sein, seriös und frei von irgendeinem Geschäftsmodell.

Die deutschen sind Weltmeister, was die Menge an Operationen betrifft. Die Zahl der Bandscheiben-OPs beispielsweise ist zwischen 2006 und 2011 bei AOK-Versicherten um 38 Prozent gestiegen. Wie kann es zu solchen Zuwächsen kommen?

Henke: Mit neuen Anästhesie- und Operationstechniken ändert sich die Nutzen-Risiko-Abwägung. Hinzu kommt, dass viele Patienten eine Behandlung dem Abwarten vorziehen. Auch orientieren sich Ärzte heute stärker an Leitlinien. Vor diesem Hintergrund muss man schauen, wie viele Operationen einer korrekten Indikationsstellung und einer korrekten therapeutischen Beziehung von Arzt und Patient geschuldet sind, und wie viele problematisch sind, weil sie eine schwache Begründung haben. Die 38 Prozent Zuwachs sollten aber nicht undifferenziert und pauschal skandalisiert werden. Es gibt eine Kassenstrategie, die darauf setzt, Rufschädigung der Ärzte zu betreiben. Dabei geht es darum, den Einfluss der Krankenkassen in Honorar- und Planungsverhandlungen zu erhöhen.

Mittelmeier: Viele Interventionen haben in den letzten Jahren zugenommen, weil sich die Versorgungsstruktur gebessert hat.



” Mit Boni setzen Klinikträger Ärzte unter Strom, sich nach dem wirtschaftlichen Ergebnis zu richten.

Rudolf Henke

Auch bei den Bandscheiben-OPs ist das Angebot größer geworden, durch Niederlassungen im Bereich der Neuro-Chirurgie beispielsweise. Dennoch müssen wir gemeinsam daran arbeiten, dass wir Indikationen straffer ziehen. Ärzte stellen Indikationen hauptsächlich aufgrund eines Schmerzbefundes. Der Patient will die Schmerzen loswerden. Die Grenze zwischen Beschwerden, die konservativ behandelt werden können und solchen, die eine Operation erfordern, ist fließend.

Werden die Weichen ambulant gestellt?

Mittelmeier: Wenn der niedergelassene Arzt die entsprechenden Vergütungsmöglichkeiten nicht hat, den Patienten zum dritten und vierten Mal sieht und nicht weiterkommt, schickt er ihn ins Krankenhaus. Dort können wir Patienten nicht tagelang konservativ behandeln, weil dies nicht vergütet wird. Die Operation ist häufig eine gute Möglichkeit, Patienten schnell wieder auf die Beine zu helfen.

Herr Trenner, gibt es für Sie als Patientenvertreter überflüssige Operationen? Oder liegt der Kern des Problems woanders?

Trenner: Ein System, das nicht transparent ist, lädt zu Missbrauch ein. Das ist das eine. Das andere ist: Den Patienten ist ähnlich wie den Ärzten lange eingeredet worden, dass es für alles eine Pille gibt. Und wenn es keine Pille gibt, gibt es ein Messer. Daraus entsteht eine Erwartungshaltung, die zu steigenden OP-Zahlen beitragen kann. Ich habe aber auch ein gehöriges Misstrauen, was die Qualität der Diagnosen und Eingriffe betrifft. Die Qualitätssicherung im Krankenhaus ist weitgehend anonym. Alle Leistungserbringer setzen sich mit Zähnen und Klauen dafür ein, dass die Indikationsqualität nicht untersucht wird. Die Mengensteigerung ist nicht das Kernproblem, sondern ein Symptom. Das Problem ist die Mengensteuerung über ein Vergütungssystem. Da müssen wir raus.

Herr Deh, woran entzündet sich die Kritik der Krankenkassen: Wollen sie nur Geld sparen?

Deh: Unser Idealbild ist, dass niemand unnötig operiert wird. Unbestritten ist, dass die meisten Patienten zufrieden aus der Klinik kommen. Trotzdem müssen wir Fragen stellen. Eine dieser Fragen ist, wie 38 Prozent Steigerung bei den Bandscheiben-OPs erklärbar sind. Bis heute gibt es darauf keine befriedigende Antwort. Eine andere Frage ist die nach den Gründen für Unterschiede in den medizinischen Ergebnissen. Wir haben jetzt neue Ergebnisse bei diagnostischen Herzkathetern: So sind gerade die aktuellen Auswertungen von schweren Komplikationen wie Niereninsuffizienzen oder unterschiedliche Sterberisiken alarmierend. Während in einem knappen Viertel der Krankenhäuser keiner der betrachteten Patienten innerhalb von 30 Tagen verstarb, war das Sterberisiko bei 41 der 614 Krankenhäuser verdoppelt, bei sechs Krankenhäusern sogar vervierfacht. Das muss man transparent machen und die ursächlichen strukturellen Defizite aufdecken.

Henke: Die Häuser, die eine mehrfach höhere Sterbequote haben, muss man sich anschauen. Wir müssen uns nicht zufrieden geben mit dem, was der Gemeinsame Bundesausschuss zur Qualitätssicherung beschließt. Wir haben in Nordrhein-Westfalen die Möglichkeit, dass Krankenhausgesellschaft, Ärztekammern und Krankenkassen zusätzliche Vereinbarungen zur Qualitätssicherung treffen. Die Ärzteschaft hat vorgeschlagen, sich bei der Neugestaltung des Krankenhausplans stärker an Qualitätskriterien zu orientieren. Das wird von den Klinikträgern mit Misstrauen beäugt, weil es im Wettbewerb darum geht, ungestört ökonomische Ziele zu realisieren. Mit vertraglich vereinbarten Boni – hier nehmen sich private, kommunale und



kirchliche Häuser nichts – setzen Klinikträger Ärzte unter Strom, sich nach dem wirtschaftlichen Ergebnis zu richten. Da sind Fallzahlen das Kriterium und nicht die Qualität der Behandlung. Ich habe eine solche Vereinbarung gesehen: Ökonomische Kriterien sind mit Boni zwischen 2.000 und 8.000 Euro belegt. Für die medizinisch sinnvolle Reduktion der Dammrisse dritten und vierten Grades bei der Geburt gibt es dagegen gerade 1.000 Euro. Die Anreizsysteme sind komplett durcheinander.

Tragen Ärzte zu dieser Entwicklung bei, weil sie sehr hohe Einkommenserwartungen haben?

Henke: Bundesärztekammer, Marburger Bund und der Verband leitender Krankenhausärzte haben solche Bonus-Vereinbarungen immer wieder kritisiert. Das ist uns zu einem großen Teil nicht abgenommen worden. Wahr ist aber auch, dass immer ein Doktor dazu gehört, der so einen Vertrag unterschreibt.

Das passt offenbar gut zur Erwartung der Patienten nach Pille oder Messer.

Trenner: Patienten werden medial beeinflusst: Es wird uns ein schönes Leben versprochen, inklusive Gesundheit. Das wollen Patienten einlösen, wenn sie zum Arzt gehen. Genauso fragen sie ihre Krankenkasse, zu welchem Arzt oder in welche Klinik sie gehen sollen. Ich bin bei Empfehlungen von Leistungserbringern oder Kostenträgern vorsichtig: Mir ist es nicht ganz recht, dass Vertreter wirtschaftlicher Interessen Orientierungshilfe geben.

Was würden Sie sich wünschen: Ansätze wie Patienten-Universitäten, die allgemein die Patientensouveränität stärken?

Trenner: Das wird ein ganz langer Weg sein. Ich glaube, dass die meisten Patienten nicht daran interessiert sind. Wenn der Blinddarm kaputt ist, wollen sie, dass er rausgenommen wird und dann wollen sie gesund sein, fertig, aus. Bei akuten Erkrankungen geht der Patient zum Arzt, lässt sich behandeln und sagt: Hoffentlich sehen wir uns nicht zu bald wieder.

Henke: Sie haben Recht: Für den einzelnen Patienten geht es darum, ohne großen Aufwand zu einer zügigen Lösung eines konkreten Missbehagens zu kommen. Die Krankenkassen sind etabliert als eine Institution, die man fragen kann. Nach meinem Idealbild haben Ärzte allerdings die innere Unabhängigkeit, eine Entscheidung zugunsten des Patienten auch dann zu treffen, wenn sie für die Ärzte selbst nicht den größten Ertrag bringt. Ich wünsche mir Orthopäden, die die konservative Therapie genauso gut beherrschen wie die operative. Oder wenn sie nur die operative beherrschen, das auch sagen. Ich wünsche mir letztlich, dass ein erfolgreicher Operateur in der Orthopädie sich seine Statistiken anschaut und sagt: Wir



Der beste Operateur nützt nichts, wenn die Prothese nachher nicht funktioniert.

Wolfram Mittelmeier

könnten die Zahl der Operationen um zehn Prozent reduzieren, wenn wir hier mehr Möglichkeiten für konservative Behandlungen hätten. Aber er sollte dann vor seinem Verwaltungsdirektor nicht wie ein Idiot dastehen, weil das Angebot konservativer Therapien dieses Krankenhaus ins Defizit reißt.

Warum zahlen die Kassen kein Geld für das kluge Beobachten? Warum wird Vergütung immer an einen Eingriff gekoppelt?

Deh: Bei der Behandlung des Prostata-Karzinoms haben wir gerade die Prefere-Studie auf den Weg gebracht. Darin vergleichen wir verschiedene Behandlungsmöglichkeiten objektiv miteinander – eine Alternative ist das professionelle Beobachten der weiteren Entwicklung der Erkrankung. Aber ich möchte nochmal auf die Bedeutung der Qualitätssicherung zurückkommen. Am Anfang war die externe Qualitätssicherung ein Datenfriedhof mit erhobenem Zeigefinger. Da sind wir heute zum Glück viel weiter. Aber Chefärzte haben mir schon vor zehn Jahren erzählt, dass sie sich zwar knallhart mit Kollegen vergleichen, aber diese Daten den Kassen niemals zeigen werden. Wir brauchen Initiativen für Qualitätstransparenz. Die Lösung wird nicht aus dem einzelnen Krankenhaus oder vom einzelnen Arzt kommen. Sie muss aus einer strukturellen Überlegung mit politischer Flankierung kommen. Wenn wir wissen, dass fünf oder zehn Prozent der Häuser in einer Indikationsgruppe richtig Schrott machen, will ich diesen Schrott nicht unter Vertrag nehmen müssen. Die Frage nach der Lockerung des





” Selektivverträge sind für Krankenkassen heute die einzige Chance, bestimmte Qualitätskriterien durchzusetzen.

Uwe Deh

Kontrahierungszwangs muss genauso auf die Tagesordnung wie die Frage nach Einzelverträgen zwischen Kliniken und Kassen.

Herr Professor Mittelmeier, Ihre Fachgesellschaft hat ein System zur Qualitätssicherung in der Orthopädie entwickelt. Wie funktioniert EndoCert?

Mittelmeier: Wir haben für den Hüft- und Kniegelenkersatz ein zunächst freiwilliges System kreiert und drei Jahre geprüft. Dabei geht es um Struktur- und Prozessqualität, in der Weiterentwicklung auch um Ergebnisqualität. Dann wird der Zustand eines Patienten vor dem Eingriff und ein Jahr nach der Operation abgefragt. Jetzt müssen wir erst mal dafür sorgen, dass die Häuser, die sich dazu bereit erklären, das auch können. EndoCert muss zudem mit dem Endoprothesenregister Deutschland gekoppelt werden. Dann bekämen wir eine Transparenz, die weltweit einmalig wäre. Wichtig ist außerdem, Mindestzahl, Struktur und Prozess zu prüfen. Das übernehmen bei EndoCert zwei speziell geschulte Experten, in der Regel Orthopäden oder Unfallchirurgen, die nicht in näherem Zusammenhang mit der Klinik stehen. Dazu kommt ein Systemzertifizierer, der ISO-Erfahrung hat, eine Norm, die in der Industrie Anwendung findet. Wir bekommen von Patientenvertretungen, Kassen, Fachgesellschaften und Ärzten zu EndoCert positive Rückmeldungen.

Trenner: Nach meiner Erfahrung wird das Ganze sehr anspruchsvoll, wenn es darum geht, die Ergebnisse so zu kommunizieren, dass auch das Publikum sie versteht. Was Qualitätssicherung macht, ist kaum noch zu vermitteln. Es gibt einen unüberschaubaren Flickenteppich von Initiativen. In vielen Kliniken ist im Eingangsbereich die Wand tapeziert mit Siegeln, deren Wert Patienten nicht einschätzen können. Deshalb bin ich ein großer Anhänger von eher zentral gesteuerten, flächendeckenden Systemen wie der Externen stationären Qualitätssicherung nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Herr Henke, wie sollten Chefarztverträge aussehen, damit Boni nicht die Menge, sondern die Qualität steigern?

Henke: Wenn überhaupt Boni vorgesehen sind, sollten sie medizinische, nicht ökonomische Erfolge belohnen. Ich bin für Qualitätstransparenz und werbe bei meinen Kollegen dafür, weil ich glaube, dass sonst das Modell der Selektivverträge an die Stelle der öffentlichen Planung treten wird. Ich wünsche mir, dass Patienten auf der Grundlage qualitätsorientierter Krankenhausplanung souverän entscheiden, in welches Krankenhaus sie gehen. Ich will das Einkaufsmodell von Selektivverträgen aus der Versorgung unbedingt raushalten – das Dumping-Modell, bei dem das Krankenhaus, das der Krankenkasse einen Vertrag verkauft, dafür belohnt wird, dass es besonders billig ist.

Deh: Mich stört, dass Sie Selektivvertrag mit Dumping gleichsetzen. Selektivverträge sind heute die einzige Chance für eine Krankenkasse, bestimmte Qualitätskriterien durchzusetzen. In Baden-Württemberg passiert das schon im Bereich der ambulanten Medizin. Da geht es um die Frage der indikationsgerechten, der medizinisch adäquaten Behandlung, und das wird gut honoriert. Das wünsche ich mir für Krankenhäuser auch. Ich möchte in Krankenhäusern Qualität unter Vertrag nehmen. Selektivverträge im ärztlichen Bereich oder im Krankenhausbereich haben mit Dumping nichts zu tun.

Der Gesetzgeber hat der Selbstverwaltung aufgetragen, bis 2014 eine Lösung für den Mengenzuwachs im stationären Sektor zu erarbeiten. Wie könnte ein möglicher Kompromiss aussehen?

Trenner: Zunächst einmal müssen wir Transparenz fördern. Die größere Transparenz müsste eingebunden werden in eine bessere Gesundheitsbildung der Bevölkerung. Wir müssen weg von überzogenen Erwartungen: Es gibt kein Grundrecht auf schmerzfreie Knie bis ins hohe Alter. Wenn man Patienten realistisch sagt, was sie erwarten können, entscheiden sie sehr verantwortungsbewusst, an ihren persönlichen Interessen orientiert, ob sie sich operieren lassen oder nicht, oder in welche Klinik sie gehen. Das sind komplexe Fragen, die sich über Inter-





Wir müssen weg von überzogenen Erwartungen: Es gibt kein Grundrecht auf schmerzfreie Knie bis ins hohe Alter. *Wolf-Dietrich Trenner*

netportale allein nicht beantworten lassen, die zum Teil auch der Arzt nicht beantworten kann.

Brauchen wir ein Qualitätssicherungssystem wie EndoCert von jeder Fachgesellschaft, oder worin könnte eine mögliche Lösung des Mengenproblems bestehen?

Mittelmeier: Wir brauchen qualitätsbezogene Anreizsysteme mit strengen, regelmäßigen Prüfungen. Anspruchsvolle Verfahren mit hohen Risiken sollten von spezialisierten Einrichtungen vorgenommen werden, damit wir die hohen Qualitätsansprüche halten können. Einen Endoprothesenwechsel beispielsweise kann man nicht an jeder Ecke machen. Da geht es nicht um schneller, höher, weiter, sondern um die Vermeidung von Komplikationen. Dazu gehört auch, dass wir die Qualität von Medizinprodukten kontrollieren. Der beste Operateur nützt nichts, wenn die Prothese nachher nicht funktioniert. Wir brauchen eine Kennzeichnung, an der sich Patienten leicht orientieren können. Wie bei Autoreifen: Jeder kann darauf ablesen, bis zu welcher Geschwindigkeit sie geprüft sind. Wir brauchen aber auch Internetportale, die Transparenz für den Patienten liefern: Wenn eine Klinik dieses oder jenes Qualitätssiegel hat, heißt das, sie hat bestimmte Qualitätskriterien erfüllt.

Henke: Die Zweitmeinung bei der Indikation würde gegen eine unbegründete Mengenausweitung helfen. Das ist teuer, weil eine Zweitmeinung sich nicht nach Aktenlage, sondern nur nach Patientenkenntnis richten darf. Ich finde außerdem eine fachbezogene Zertifizierung einleuchtend. Dafür brauchen die



Akteure ein Mindestmaß an Zeit – doch die Kaufleute wollen Erlöse sehen. Ärzte und Betriebswirte sollten die Qualitätssicherung aber als gemeinsame Aufgabe begreifen. Ich glaube im Übrigen nicht, dass wir das Mengenproblem nur auf Bundesebene lösen können. Es ist untragbar, dass die Bundesländer ihrer gesetzlichen Verpflichtung zur Übernahme der Investitionskosten, beispielsweise für Klinikbauten und Großgeräte, immer weniger nachkommen. Das fehlende Geld nehmen die Krankenhäuser aus Betriebsmitteln. Dieses Geld ist aber für Behandlung, für Personal, für Sachmittel gedacht; es wird umgelenkt, um die Finanzminister der Länder zu entlasten. Zudem wird die Qualitätsdebatte nur zum Erfolg führen, wenn sich die Krankenhausplanung an der Qualität orientiert. Deswegen sollten die Länder in der Krankenhausplanung weiter eine starke Rolle spielen. Die Legitimation dafür wird aber davon abhängen, wie sie die Investitionsfrage beantworten.

Deh: Die Länder müssen ihre Verantwortung für die Daseinsvorsorge wieder stärker wahrnehmen. Aber das ist so weit weg von der Realität, dass man ein paar Schritte vorschalten muss. Wir brauchen mehr EndoCert, wir brauchen mehr Prothesenregister, wir brauchen mehr QSR, also Qualitätssicherung mit Routinedaten, in verständlicher Form. Wir bereiten QSR mittlerweile für Ärzte, für Krankenhausverhandlungen und für Patienten auf. Für Patienten sehr einfach: Im AOK-Krankenhausnavigator bekommen die Einrichtungen je nach Qualität drei, zwei oder ein Bäumchen. Das beantwortet nicht alle Fragen, aber es ermöglicht einen Zugang zum Thema. Wenn wir Qualität transparent machen, müssen wir auch darüber reden, wie wir die Spreu vom Weizen trennen. Wenn wir die 20 Prozent Überkapazität in der stationären Versorgung nicht stilllegen, sondern in gute Qualität konvertieren würden, hätten wir wahrscheinlich im pflegerischen und vielen anderen Bereichen weniger Probleme. ■



Die Fragen stellten Anne Töpfer und Hans-Bernhard Henkel-Hoving.



Revolution auf der Rechnung

Gleicher Preis für gleiche Leistung – seit Anfang 2003 vergüten Krankenkassen die Kliniken in Form von Fallpauschalen. Zum zehnjährigen Jubiläum der Diagnosis Related Groups beantwortet [Jürgen Malzahn](#) zehn Fragen zu den Vorzügen und Tücken des Systems.



Was sprach dafür, die Klinikvergütung auf Diagnosis Related Groups (DRGs) umzustellen?

Die wichtigste Motivation für die Einführung der DRGs war die Erkenntnis, dass starre Budgets Krankenhäusern keinen Anlass dazu geben, bei der Leistungserbringung wirtschaftliche Aspekte zu berücksichtigen. DRGs haben Kliniken die Möglichkeit eingeräumt, durch Optimierung der Geschäftsprozesse Gewinne zu erwirtschaften, wenn das eigene Haus unterhalb der durchschnittlichen Kostenentwicklung bleibt.

Im alten Entgeltsystem wurden im Wesentlichen starre Budgets pauschal um einen Prozentsatz angehoben. Der Rest der

nur scheinbar komplexen Mechanik war ein Rechenspiel. Die nachgelagerten Positionen, wie Abteilungs- und Basispflegesätze wurden passend gemacht, damit sie zusammen mit den damaligen Fallpauschalen und Sonderentgelten die vorher festgelegte Budgethöhe erreichten.

Zudem erkannte die damalige Bundesregierung die Notwendigkeit, die Zahl der Klinikbetten zu verringern. Sinkende Pflage tage pro Fall, Abnahme der Gesamtzahl aller Pflage tage trotz Fallzahlvermehrung und das zunehmende Verlagern von bisher vollstationären Leistungen in den ambulanten Bereich machten den Bettenabbau zu einem erstrebenswerten Ziel. Die Bundesregierung erkannte damals zu Recht, dass die Länder im

Interessenkonflikt zwischen regionaler Wirtschaftsförderung durch Gesundheitseinrichtungen und rationaler Krankenhausplanung nicht ausreichend konsequent handeln würden. Deshalb stellte das DRG-System auf die Vergütung der durchschnittlichen Kosten pro Fall ab. Dieses Verfahren sollte dazu führen, dass die am schlechtesten wirtschaftenden Krankenhäuser aus der Versorgung ausscheiden.

Diagnosis Related Groups

Diagnosebezogene Fallgruppen bilden die Grundlage für ein leistungsorientiertes Vergütungssystem für die allgemeinen Krankenhausleistungen, in dem alle Behandlungsfälle nach pauschalierten Preisen vergütet werden. Diagnosis Related Groups (DRGs) erfüllen als administrierte Preise zugleich eine Benchmark-Funktion, indem sie den einzelnen Krankenhäusern Hinweise darauf geben, inwieweit deren betriebliche Kostenstruktur vom Durchschnitt abweicht. Die erstmals in den 1980er Jahren in den USA entwickelten DRGs haben sich mittlerweile in verschiedenen Ausprägungen international als Vergütungssystem in Krankenhäusern durchgesetzt. DRGs bilden ein Patientenklassifikationssystem, mit dem einzelne stationäre Behandlungsfälle anhand bestimmter Kriterien (zum Beispiel nach Diagnose-Schlüssel oder Alter des Patienten) zu Fallgruppen zusammengefasst werden.

In Deutschland wird seit Ende der 1980er Jahre über die Einführung von DRGs diskutiert. Erst durch das Fallpauschalengesetz aus dem Jahr 2002 wurde die Abrechnung nach DRGs für deutsche Krankenhäuser verbindlich eingeführt. Der Fallpauschalen-Katalog für Deutschland wurde durch das von der gesetzlichen Krankenversicherung, dem Verband der privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft getragene Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus adaptiert und wird seitdem jährlich weiterentwickelt. Der DRG-Katalog enthält neben einer konkreten Leistungsbeschreibung auch die relative Vergütungshöhe (Bewertungsrelation) jeder einzelnen Fallgruppe. Die tatsächliche Vergütungshöhe errechnet sich im Einzelfall aus dem Produkt von Bewertungsrelation und Basisfallwert (Landesbasisfallwert).

Mit dem Ziel, gleiche Leistungen auch gleich zu vergüten, wurden in der sogenannten Konvergenzphase ab 2005 die krankenhausesindividuellen Basisfallwerte schrittweise an ein landesweites Vergütungsniveau, den Landesbasisfallwert, angeglichen. Der Gesetzgeber verlängerte die Konvergenzphase, die 2009 enden sollte, mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz um ein Jahr. In diesem Gesetz wurde zudem eine weitere Konvergenzphase festgesetzt. Die bundesweit unterschiedlichen Landesbasisfallwerte werden von 2010 bis 2014 in fünf gleichen Anpassungsschritten an einen Korridor um einen bundesweit einheitlichen Basisfallwert (Bundesbasisfallwert) angeglichen. Für Leistungen der Psychiatrie und Psychosomatik ist ein tagespauschaliertes Vergütungssystem entwickelt worden, dass ab 2013 stufenweise eingeführt wird.

Quelle: AOK-Bundesverband, www.aok-bv.de > Lexikon



Welche politischen Kräfte wirkten für das neue Vergütungssystem – gegen welche Widerstände?

Zu Beginn des Umstellungsprozesses konnte kaum jemand wissen, wer von dem neuen Vergütungssystem relevante Vorteile haben würde. Krankenhausvertreter haben DRGs immer wieder an der Selbstkostendeckung gemessen und die Fallpauschalen deshalb als „Teufelszeug“ diffamiert. Vergleicht man die DRGs aber mit dem für psychiatrische Krankenhäuser noch bis Ende 2012 geltenden System der starren Budgets, sollten auch Krankenhausvertreter deren Vorzüge erkennen: Die Erlössteigerungen im DRG-System waren aufgrund der Berücksichtigung von Mehrleistungen entschieden höher als in der Psychiatrie und Psychosomatik.

Auf Seiten der Krankenkassen hatte der AOK-Bundesverband die stärkste Präferenz für DRGs. Die Ersatzkassen standen DRGs mehrheitlich positiv gegenüber, während die anderen Kassenarten überwiegend skeptisch waren. Kassenvertreter vermuteten oft, dass die Pauschalen zu grob sein würden: Die schwerer erkrankten AOK-Versicherten kämen mit den leichter erkrankten BKK-Versicherten in gleiche Fallgruppen und die AOK würde quersubventioniert. Solche Effekte ließen sich jedoch nicht belegen. Ab dem Jahr 2006 trat diese Frage vor der Debatte um die Ausgestaltung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) in den Hintergrund. Der Morbi-RSA bewegt im Vergleich zur Änderung der Krankenhausfinanzierung ganz andere Größenordnungen finanzieller Mittel.

Private Träger wollten Fallpauschalen. Auch die Krankenhausseite war gespalten, was der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) das Agieren erschwerte. Während die privaten Krankenhausträger die DRG-Einführung vorantreiben wollten, waren die öffentlichen Häuser, allen voran die Universitätskliniken, lange Zeit skeptisch. Kritiker befürchteten, dass besonders schwere Fälle nicht korrekt abgebildet und Innovationen zu langsam ins DRG-System aufgenommen werden.

Schließlich schlug die DKG vor, mit einem Optionsjahr in die Systemumstellung zu starten – die Krankenhäuser sollten das neue Vergütungssystem ausprobieren können (*siehe Kasten links*). Deshalb dauerte es zwei Jahre, bis erste Wirkungen auf die Krankenhausfinanzierung spürbar wurden. Bis 2005 erfolgte die Budgetfindung nach altem Muster auf Krankensebene. Daran schloss sich eine quälend lange Konvergenzphase an. Schrittweise wurden die krankenhausesbezogenen Basisfallwerte bis zum Jahr 2010 an das Niveau der Landesbasisfallwerte angepasst. Die vollständigen Wirkungen der DRGs kommen erst seitdem zum Tragen. Derzeit läuft noch der Konvergenzprozess der Landesbasisfallwerte auf einen Korridor um den Bundesbasisfallwert. Diese Anpassungsphase soll 2014 abgeschlossen werden. Es ist schon ein langer Weg, bis die stationäre Behandlung einer Lungenentzündung an der Ostsee den gleichen Preis hat wie in Bayern.



Welche Effekte hatten die DRGs?

Das DRG-System setzt Anreize zur Verringerung der durchschnittlichen Verweildauer von Patienten im Krankenhaus. Offenkundig sind auch die Zunahme von Leistungstransparenz und Kodierqualität. Erst mit der Einführung der DRGs haben sich Krankenhäuser systematisch mit der Frage beschäftigt, ob alle vorliegenden Diagnosen und medizinischen Prozeduren kodiert, also mit einem Zahlenschlüssel erfasst werden. Selbstverständlich gibt es dabei noch Steigerungspotenzial. Auch hat das Upcoding – Kliniken kodieren vermehrt höher bewertete Diagnosen – in manchen Bereichen Einzug gehalten. Insgesamt widmen Krankenhäuser aber der Kodierung mehr Aufmerksamkeit, und sie dürfte der Realität näher kommen als vor den DRGs. Damals lagen quasi nur Gesamtstatistiken über Diagnosen und Prozeduren einer ganzen Klinik vor. Mit den DRGs ist das Leistungsspektrum eines Hauses leichter zu erfassen.

Mengenanstieg in der Diskussion. Weniger erwünscht, aber aufgrund der Anreizstruktur nicht völlig unerwartet, war der fast durchgängige Anstieg von Zahl und Schweregrad der Fälle. Der Casemix (ein Maß für die Mengenentwicklung) stieg regelhaft um Werte zwischen zwei und drei Prozent pro Jahr. Dieser Mengenanstieg ist derzeit der Kern der Diskussion um die Weiterentwicklung des DRG-Systems. Die Krankenhausseite spricht von einem Hamsterrad, in dem nur die Einrichtungen überleben können, die jedes Jahr sehr viel höhere Fallmengen erbringen. Dies wird jedoch durch den Kostenorientierungswert relativiert. Das Statistische Bundesamt berechnet ihn aus den Kostendaten der Krankenhäuser. Der Wert betrug in den Quartalen drei und vier des Jahres 2011 und den Quartalen eins und zwei des Jahres 2012 gerade einmal zwei Prozent. Die GKV-Ausgaben für die stationäre Versorgung stiegen im gleichen Zeitraum aber um rund vier Prozent.

Der Unterschied in der Wahrnehmung ist durch die Defizite bei den Investitionsfinanzierungen begründet. Nach aktueller Gesetzeslage sind im Rahmen der dualen Krankenhausfinanzierung dafür die Länder zuständig. Diese tragen aber nicht einmal mehr 50 Prozent der Investitionen im Krankenhaussektor. Den Rest müssen die Krankenhäuser teilweise über Kredite vorfinanzieren. Hier ist ein Neustart erforderlich – vielleicht durch eine finanzielle und planerische Beteiligung des Bundes, die der CDU-Krankenhausexperte Lothar Riebsamen kürzlich ins Spiel gebracht hat.

Zentrenbildung ist ausgeblieben. Fachleute hätten allgemein erwartet, dass das neue Entgeltsystem die Zentrenbildung fördert. Dieser Effekt blieb jedoch aus – weil jeder Klinikträger hoch bewertete DRGs, beispielsweise für aufwendige Wirbelsäulenoperationen, Polytraumen oder Transplantationen, in seinen Häusern abrechnen will. Wollte man die Zentrenbildung trotzdem vorantreiben, müssten entweder die Bundesländer dies in ihrer Planung durchsetzen oder der Gesetzgeber könnte den



Krankenkassen kollektiv oder direktvertraglich entsprechende Instrumente in die Hand geben. Auch der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) wäre befugt auf diesem Sektor durch verbindliche Strukturvorgaben tätig zu werden, wie er es beispielsweise für die Krebstherapie von Kindern getan hat. Die aktuelle Situation, in der die teilweise recht abstrakten Krankenhauspläne und die wenigen Strukturvorgaben des GBA die einzigen Leitplanken auf diesem Terrain sind, ist unter qualitativen Gesichtspunkten deutlich verbesserungswürdig.



Wie können Politik, Kassen und Kliniken bei unerwünschten Effekten nachsteuern?

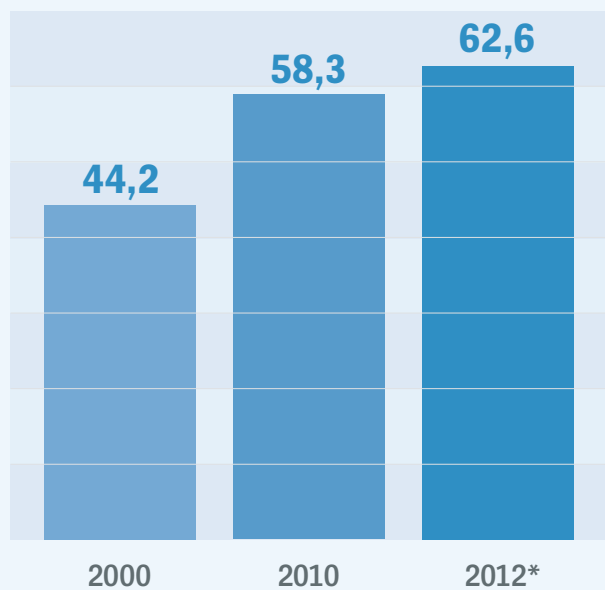
Jedes Entgeltsystem setzt spezifische Anreize und beeinflusst dadurch die Form der Leistungserbringung. Systeme mit tagesgleicher Vergütung produzieren mehr Pflagetage. Die Abrechnung nach Diagnosis Related Groups führt zu Fallzahlanstieg und Schweregradsteigerung, die in bestimmten Grenzen als eine ökonomisch nachvollziehbare Anpassung zu sehen sind. Eine Grenze ist bei medizinisch nicht erforderlichen Leistungen

erreicht – diese fallen unter Körperverletzungen. Ebenso ist echtes Upcoding, also beispielsweise das Kodieren von Diagnosen, die nicht vorgelegen haben, rechtlich inakzeptabel. Je knapper ein Vergütungssystem hinsichtlich des Gesamtniveaus ausgestattet ist, umso höher ist das Risiko für Fehlverhalten wie das sogenannte blutige – also zu frühe – Entlassen. Dieses Phänomen ist in Deutschland übrigens nicht in relevant höherem Umfang zu beobachten als vor der DRG-Einführung – ein Hinweis darauf, dass das Vergütungsniveau für die deutschen Krankenhäuser akzeptabel ist.

Auch die Jahresabschlüsse einzelner Krankenhäuser, Berichte von börsennotierten privaten Klinikketten und Analysen der Banken weisen auf eine insgesamt gute Ertragslage hin. Ungeeignet sind hingegen die kumulierten Prognosen in den Berichten der Krankenhausverbände, weil diese immer viel pessimistischer ausfallen als die „überraschende“ Realität der nachfolgenden Jahresabschlüsse der einzelnen Kliniken.

Immer mehr Geld für die Kliniken

Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für die stationäre Versorgung in Milliarden Euro



* Schätzung AOK-Bundesverband, Stand September 2012

Die Ausgaben der Krankenkassen für Krankenhausleistungen sind seit 2000 von rund 44 auf mehr als 62 Milliarden Euro im Jahr 2011 angestiegen. Die Zuwachsraten lagen dabei deutlich über der Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen: Während die GKV-Ausgaben für Kliniken zwischen 2000 und 2012 um mehr als 40 Prozent gewachsen sind, betrug die Steigerung der Grundlohnsumme im gleichen Zeitraum nur knapp 15 Prozent. Die Ausgabenentwicklung geht nach Auffassung der Krankenkassen vielfach auf eine medizinisch nicht gebotene Leistungsausweitung durch die Krankenhäuser zurück.

Quelle: AOK-Bundesverband; amtl. Statistik KJ1 GKV

Fehlende Konsequenzen begünstigen Upcoding. Der Umfang des Upcodings ist eine Frage der Konsequenzen. Folgt auf fehlerhafte Rechnungsstellung keine Strafe, haben Kliniken keine Hemmschwelle, weil sie entweder das erhöhte Entgelt oder schlimmstenfalls den korrekten Rechnungsbetrag erhalten. Die Kassen hingegen müssen, wenn sich ein geprüfter Fall als korrekt abgerechnet erweist, eine Verwaltungsgebühr von 300 Euro an die Kliniken zahlen. Dieses asymmetrische Verhältnis begünstigt das Upcoding. Vielleicht sollten die Kassen dazu übergehen, Prüferfolge auf die Region bezogen im Internet zu veröffentlichen: Beispielsweise könnten vierteljährlich jeweils die zehn auffälligsten und die zehn unauffälligsten Krankenhäuser genannt werden. Transparenz hat schon vielfach Erfolg gehabt.

Betriebsgrößen und Auslastung zu niedrig. DKG und Krankenkassen sollen nun im Laufe des Jahres 2013 das richtige Verhältnis von Preis- zu Mengensteigerung im Rahmen eines gesetzlichen Auftrags neu bestimmen. Es ist zweifelhaft, dass hier Wege gefunden werden, wenn die Bereiche Investitionsfinanzierung und Überkapazitäten in der somatischen Versorgung sowie die Schnittstelle zur ambulanten Versorgung nicht einbezogen werden. Die aktuell diskutierten Ansätze gehen viel zu stark davon aus, dass die Versorgung in Deutschland bezüglich der Strukturen optimal ist. Dabei gibt es beispielsweise Hinweise, dass die Betriebsgrößen der Krankenhäuser insgesamt ungenügend sind. Mehr als 50 Prozent der deutschen Krankenhäuser haben weniger als 300 Betten. Auch die Auslastung ist insgesamt zu niedrig. Seit 2004 liegt die bundesweite Auslastungsquote in der Somatik unter achtzig Prozent. Nach den Krankenhausplänen der Länder ist 85 Prozent Auslastung die unterste akzeptable Grenze.

Die aktuellen Anreizsysteme sind zudem nicht dazu geeignet, den Anteil ambulanter Leistungen zulasten vollstationärer oder teilstationärer Leistungen zu steigern. Ebenso wichtig ist die Frage einer Neufassung der unzureichenden Investitionsfinanzierung. Dies ist im gesetzlichen Auftrag jedoch nicht vorgesehen. Eine Krankenhausvergütungsreform kann aber ohne die Betrachtung der oben genannten Punkte und ohne eine sektorenübergreifende Ausrichtung kaum überzeugende Ergebnisse liefern. Die entsprechenden Kompensationsmechanismen werden die möglichen positiven Effekte kleiner Lösungen überlagern. Daher ist für die nahe Zukunft mit weiteren Ups and Downs in der Klinikfinanzierung zu rechnen – so wie schon in der Vergangenheit bei gesetzlichen Änderungen.



Was haben Versicherte, Patienten, Ärzte und Pflegende von den DRGs?

Die Versicherten profitieren davon, dass sich mit den DRGs die Ausgaben der Krankenkassen vermutlich moderater entwickelt haben, als dies mit dem Selbstkostendeckungsprinzip

der Fall gewesen wäre. Oft wird behauptet, Patienten würden seit Einführung der DRGs schlechter gepflegt. Der Stress für Ärzte und Pflegekräfte habe zugenommen. Fest steht allerdings, dass die Zahl der Pflagetage prozentual viel stärker abgenommen hat, als die Stellen im Pflegebereich. Die Effekte, die vom Auslagern von Tätigkeiten wie Betten putzen und Essen austeilern ausgehen, sind in diesen Berechnungen noch gar nicht berücksichtigt. Hinzu kommt, dass es keine vergleichenden Studien unter anderen Entgeltsystemen gegeben hat. Insofern sind beide Einschätzungen mit Vorsicht zu genießen.

Arbeitssituation vergleichsweise entspannt. Mit der Einführung des Arbeitszeitgesetzes und der Abschaffung des „Arztes im Praktikum“ hat sich die Arbeitssituation gegenüber den 90er Jahren vergleichsweise entspannt. Dies steht zwar im Widerspruch zu den Aussagen der ärztlichen Standespresse, wird aber von vielen älteren Krankenhausärzten durchaus offen ausgesprochen. Allerdings haben diese Entwicklungen mutmaßlich wenig mit dem Entgeltsystem zu tun.

Weltweit finden bei Ärzten und Krankenhäusern meist die Systeme Anklang, bei denen alle erbrachten Leistungen zu festen Preisen vergütet werden. Diese Vergütungssysteme haben nur oft die unerwünschte Nebenwirkung, die jeweiligen Krankenversicherungen zu ruinieren und in der Folge zu Bakschisch-Systemen mit Zuzahlungen aus dem privaten Portemonnaie der Patienten zu mutieren.



Wie profitieren Krankenhäuser von den DRGs?

Kliniken haben die Chance, sich durch innovatives und kreatives Management selbstständig aus finanziellen Problemen zu befreien. Die Verwaltungsleiter und die verantwortlichen Ärzte können aufgrund der aggregierenden Eigenschaften der DRGs viel exakter über Leistungsschwerpunkte von einzelnen Abteilungen sprechen. Erst die DRGs haben Krankenhäuser in die Lage versetzt, mittels interner Kostenrechnung die Stärken und Schwächen des einzelnen Hauses systematisch zu erkennen und zu analysieren. Beispielsweise kann ein Betriebswirt sehr schnell merken, ob in der Orthopädie seines Krankenhauses die Hüftendoprothetik oder die Wirbelsäulenoperationen ökonomisch das Rückgrat der Abteilung bilden.

Der Spielraum hat sich vergrößert. Dies wäre auch ohne DRGs möglich gewesen. Allerdings gab es nicht viele Krankenhäuser, in denen die interne Motivation ausreichte, um sich eingehend mit Kostenentwicklungen zu beschäftigen, wenn kein externer Anlass dazu bestand. Insgesamt hat sich im Zusammenspiel mit der aktuell geltenden Vergütung von Mehrmengen – zusätzlich erbrachten Leistungen über das vereinbarte Budget hinaus – der strategische Spielraum für Krankenhäuser vergrößert.



Wie hat sich die Krankenhauslandschaft verändert?

Auch hier ist es nicht einfach zu differenzieren, welche Entwicklungen auf das DRG-System zurückzuführen und welche unabhängig davon zu sehen sind. Die Zahl der öffentlichen Träger hat sich hin zu privaten Trägern verschoben. Zählt man allerdings die Krankenhäuser, so sind die Anteile zwischen privaten, kommunalen und kirchlichen Trägern fast gleich. Betrachtet man die Betten, sind die öffentlichen Träger noch immer mit über 50 Prozent in der Mehrheit. Die Anzahl der Krankenhäuser hat relativ stärker abgenommen als die Anzahl der Betten. Das liegt auch daran, dass beispielsweise der Vivantes-Konzern in Berlin mit neun ursprünglich eigenständigen Krankenhäusern jetzt als ein Krankenhaus gezählt wird. Dies ist die Folge davon, dass das „Krankenhaus“ nie gesetzlich definiert worden ist. Diesem Versäumnis ist es auch zu verdanken, dass Krankenhäuser, die beispielsweise mehr als 40 Kilo-

meter auseinander liegen, aufgrund von Trägerstrukturen als eine Einheit gezählt werden dürfen. Insbesondere bei den Qualitätsberichten mit Krankenhausbezug führt dies zu absurden Zusammenfassungen beziehungsweise zur Verzerrung von Ergebnissen. Auch wenn die Ursachen dafür in kommunalpolitischen Vorgaben oder dem Wunsch privater Trägergruppen nach Intransparenz liegen könnten, sind derartige Vorkommnisse nicht hinnehmbar. Solche Verzerrungen führen dazu, dass aufwendige Datensammlungen zu sinnfreien Datenfriedhöfen verkommen.

Hochleistungsmedizin bleibt attraktiv. Das DRG-System hat nicht, wie vor zehn Jahren noch befürchtet, zum Tod der kompletten Hochleistungsmedizin geführt. Im Gegenteil: Die Begleitforschung des IGES-Instituts belegt, dass eine Zentralisierung mit der Spezialisierung einzelner Häuser auf teure und komplexe Leistungen nicht stattgefunden hat. Stellvertretend dafür stehen die fast 50 Transplantationszentren, die über ganz Deutschland verteilt sind. Die Hälfte wäre mit Sicherheit ebenfalls bedarfsdeckend und aller Wahrscheinlichkeit ökonomisch und qualitativ die bessere Variante. Dies sind Hinweise dafür, dass zumindest bestimmte Bereiche der Hochleistungsmedizin für viele Krankenhäuser attraktiv erscheinen.

Wie haben sich die DRGs auf die Verhandlungen zwischen Kassen und Kliniken ausgewirkt?

Statt über Abteilungs- und Basispflegesätze wird heute über DRGs, Casemixpunkte, Sonderentgelte, Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden diskutiert – also meist nur über Mengen. Die Preise sind bei den meisten Entgeltarten durch die Festlegung des Landesbasisfallwerts bereits fixiert. Nur bei unbewerteten Entgelten (seltene Sonderentgelte für Behandlungen beispielsweise schwer Brandverletzter) werden die Preise in den Budgetverhandlungen auf der Hausebene festgelegt. Insgesamt sind die Verhandlungen sehr viel komplexer geworden. Sie werden von beiden Seiten oft mit Computerprogrammen begleitet, mit deren Hilfe sich die Vorschläge der Vertragspartner gleich analysieren lassen.

Web- und Lesetipps

- www.aok-gesundheitspartner.de > Krankenhaus
- www.g-drg.de
- S. Burmann, J. Malzahn: **Flickwerk statt Finanzreform.** G+G 2/2009, S. 26–31
- T. Handschuh, J. Malzahn: **Zahlen für den Rechnungs-Check.** G+G 6/2009, S. 14–15
- C. Fahlenbrach, J. Malzahn, K. Heyde: **Pay for Performance: Bonus ohne Extrakosten.** G+G 9/2011, S. 34–38



Wie lässt sich die Qualität der Krankenhausleistungen sichern?

Diagnosis Related Groups haben die Kodierqualität erheblich verbessert. Daher sind die Voraussetzungen für die Qualitätssicherung erheblich besser, weil zunächst einmal gleiche Leistungen identifizierbar sind. Vor der Einführung von DRGs war die Verschlüsselung von Diagnosen und medizinischen Prozeduren oft nicht direkt finanzwirksam. Daher konnte man insbesondere bei Nebendiagnosen und Prozeduren kaum von einer vollständigen Kodierung der Fälle ausgehen.

Letzten Endes geht es in der Qualitätssicherung immer um Indikations-, Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität. Dazu kommen als eine spezielle Art von Ergebnisqualität die sogenannten Patient Related Outcomes, also die von Patienten als relevant eingeschätzten Endpunkte einer Behandlung. Die direkten Zusammenhänge von DRGs und dem Niveau der Qualitätssicherung sind aber eher schwach ausgeprägt.



Welche Zukunft haben die DRGs?

Prognosen sind schwierig, vor allem wenn sie in die Zukunft gehen – das hat schon Karl Valentin weise festgestellt. Derzeit scheinen Diagnosis Related Groups aber die Methode der Wahl für Krankenhaus-Entgeltsysteme zu sein. Allerdings sind DRGs nur ein Instrument und nicht das Kernstück der Vergütung von Krankenhäusern.

Das österreichische Vergütungssystem ist in den Grundstrukturen durchaus mit einem DRG-System verwandt. Jedoch gibt es in Österreich immer noch ein Selbstkostendeckungssystem für Krankenhäuser, wodurch die Wirkungen der Fallpauschalen anders ausfallen als in Deutschland. In einigen anderen Staaten (zum Beispiel in Australien) werden mit DRGs feste staatliche Budgets verteilt – elektive (planbare) Krankenhausleistungen werden nur erbracht, solange das fixierte Budget noch nicht ausgeschöpft ist.

Diese Beispiele zeigen, dass ein DRG-System im Kontext seines jeweiligen ordnungspolitischen Rahmens zu sehen ist. Dass der Gesetzgeber die Bedingungen in Deutschland grundsätzlich verändern wird – beispielsweise in Richtung der oben genannten Systeme – erscheint aber eher unwahrscheinlich. ■

Jürgen Malzahn leitet die Abteilung stationäre Versorgung im AOK-Bundesverband. **Kontakt:** Juergen.Malzahn@bv.aok.de

Bitte lesen Sie zu diesem Thema auch die Statements auf den Seiten 40 und 41.

Inklusion heißt: Gemeinsam nicht abwaschen.

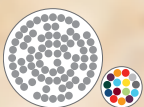
Alle Menschen sollen gleichberechtigt am Leben teilnehmen – mit oder ohne Behinderung.
Damit gemeinsames Wohnen selbstverständlich wird.

www.aktion-mensch.de

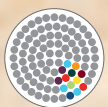


Aktion

MENSCH



Exklusion



Integration



Inklusion

DAS WIR GEWINNT

Was sind die Fall

Die Entwicklung der Diagnosis Related Groups (DRGs) ist eines der wenigen Beispiele unseres Gesundheitssystems, in dem die Selbstverwaltung nahezu ohne staatliche Eingriffe funktioniert hat. Verweildauern im Krankenhaus wurden im Interesse von Patientinnen und Patienten kürzer und dortige Ressourcen wurden besser genutzt. Der zentrale Vorteil der DRGs besteht

Der Gesetzgeber beabsichtigte, mit den DRGs ein leistungsorientiertes Entgeltsystem einzuführen, das Wirtschaftlichkeit und Qualität fördert. Fehlanreize durch tagesgleiche Pflegesätze, die zu einer Verlängerung der Verweildauer führten, sollten korrigiert werden. Tatsächlich sank mit den DRGs die Verweildauer, Überkapazitäten wurden abgebaut und der Druck, die eigenen Abläufe zu optimieren und Ressourcen zu erschließen, stieg. Die Einführung der DRGs forderte von den Einrichtungen neue Organisationsmodelle, die Förderung von Strukturqualität und Prozessoptimierung. Der Klinikalltag wurde ökonomisiert. Dies führte einerseits zu einer höheren Produktivität bei den Leistungserbringern. Nach Ergebnissen einer Studie von Kienbaum 2008 gehören die deutschen Krankenhäuser zu den produktivsten weltweit. Andererseits gingen diese umfassenden Veränderungen einher mit einem unverhältnismäßig großen Stellenabbau in der Pflege: Laut Deutschem Institut für Pflegeforschung fielen rund 50.000 Stellen weg. Dies brachte im Zusammenhang mit der kürzeren Verweildauer und gestiegenen Patientenzahlen eine erhebliche Arbeitsverdichtung mit sich. Parallel dazu erhöhte sich der administrative Aufwand. Pflegendes und Ärzte können deshalb einen großen Teil ihrer Zeit nicht mehr am Patientenbett verbringen. Die Klinikmitarbeiter befinden sich



„Personalkosten besser abbilden“

Cornelia Prüfer-Storcks,
Senatorin für Gesundheit und
Verbraucherschutz in Hamburg

jedoch darin, medizinische Leistungen und Kosten in einem überschaubaren System messbar und vergleichbar zu machen und so die Grundlage für darauf aufbauende Qualitätssicherungssysteme zu legen. Die Einführung der DRGs hatte aber auch unerwünschte Nebenwirkungen: Der Fallzahlenanstieg und der Anstieg der Belegungstage sowie der erheblich erhöhte Dokumentationsaufwand führten zu einer deutlichen Arbeitsverdichtung für das Personal. Die Zahl der Behandlungsfälle und die Krankenhausausgaben erreichen jedes Jahr einen nicht allein durch die demografische Entwicklung zu erklärenden neuen Rekord. Hier entfaltet das System Fehlanreize.

DRGs waren ein richtiger Schritt. Allerdings darf dieses Abrechnungssystem nicht dazu führen, dass die positiven Ergebnisse durch eine nur ökonomisch ausgerichtete Steuerung konterkariert werden. Deshalb ist es notwendig, die DRGs mit den Qualitätserhebungen nach Paragraph 137 Sozialgesetzbuch V zu verknüpfen und durch exakte Indikationsstellung unnötige Behandlungen und Eingriffe auszuschließen. Wir brauchen eine Neu-Justierung des Vergütungssystems, um Mengenanreize zu nehmen und Personalkosten besser abzubilden. In der Psychiatrie sollten wir versuchen, einmal gemachte Fehler nicht zu wiederholen. Wir brauchen gerade hier ein Vergütungssystem, dass die Abschottung der Sektoren aufbricht. ■



„Stellenabbau bringt Arbeitsverdichtung“

Andrea Lemke,
Präsidiumsmitglied im Deutschen Pflegerat,
Lenkungsausschuss DRG und Pflege

durch diese Belastung ständig im Spannungsfeld von Ökonomie, Patientensicherheit und Patientenorientierung.

Auf die Mitarbeiter in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken kommen mit dem pauschalierenden Entgeltsystem 2013 voraussichtlich die gleichen Probleme zu. Dabei sollten die Entscheidungsträger aus der zehnjährigen Erfahrung mit den DRGs lernen und es in der Psychiatrie besser machen. ■

pauschalen wert?

Das DRG-System hat die Krankenhauswelt stark verändert und zu einer Ökonomisierung geführt. Mit der Pauschalierung von Leistungen ging eine Arbeitsverdichtung einher, da die Kliniken die Verweildauer immer weiter verkürzen müssen. Die erzielten Effektivitätssteigerungen sind enorm. Mittlerweile stößt das System in vielen Kliniken – insbesondere Unikliniken – aber an



„Hochschulmedizin ist unterfinanziert“

Dr. Andreas Tecklenburg,
*Vizepräsident der Medizinischen
Hochschule Hannover*

seine Grenzen. Unikliniken unterscheiden sich deutlich von anderen Krankenhäusern, denn sie sind in der Mehrzahl Maximalversorger. Als Sekundär- oder sogar Tertiärbetreuer übernehmen sie von anderen Kliniken Patienten, die einer besonders aufwendigen Therapie und Betreuung bedürfen. Das DRG-System muss sich aus Sicht der universitären Medizin deshalb weiterentwickeln. Wir brauchen eine Finanzierung der Extremkostenfälle, die die Schere zwischen den Kosten und den Erlösen aufhebt und einen patientenbezogenen Gesamtschweregrad berücksichtigt. Es muss möglich sein, für Kosten, die mit mehr als 10.000 Euro über den Erlösen liegen, oder für Leistungen bei schweren Komplikationen und Begleiterkrankungen eine Kostenerstattung zu beantragen. Uniklinika sind zudem ein Ort der Innovationen. Die von uns entwickelten neuen Therapien werden aber derzeit nur mit Verzögerung in das DRG-System aufgenommen. Innovationen müssen in Zukunft schneller finanziert und kontinuierlich in das System eingeführt werden. Uniklinika produzieren Wissen. Für die Aus- und Weiterbildung muss es – wie etwa in Kanada – einen Zuschlag geben.

Hochschulmedizin ist unterfinanziert. Investitionen müssen auch über das Budget von Krankenkassen finanziert werden können. Zudem brauchen wir Sonderregelungen für anerkannte Epidemien wie etwa die EHEC-Epidemie. ■

Unbestreitbar geht die Einführung der DRGs mit einer Welle der Ökonomisierung im Gesundheitswesen und in der Krankenhausversorgung einher. Das Ergebnis sind Privatisierungen und ein erheblicher Sparzwang, über den man nachdenken sollte. Die Kosten für die stationäre Versorgung machen einen großen Anteil der Gesundheitsausgaben aus und steigen Jahr für Jahr. Im Interesse einer langfristig bezahlbaren sozialen Krankenversicherung müssen alle Spielräume genutzt werden, um durch effizientere Organisation vermeidbare Kosten einzusparen. Die Schwierigkeiten der privaten Krankenversicherung, die Ausgaben für Versicherte in leistungsstarken Tarifen zu kontrollieren, sprechen eine deutliche Sprache. Im Interesse der Beitragszahler sind klare Anreize zur Effizienzsteigerung in den Kliniken dringend geboten. Das erfüllen die DRGs stärker als das alte Vergütungssystem.

DRGs machen deutlich, welcher Patient, welche Patientengruppe, welche Abteilung defizitär sind. Daraus ergibt sich, wo Personal abgebaut werden sollte, welche Patienten besser nicht aufgenommen und welche besonders gesucht werden sollten. Patientenselektion und angebotsinduzierte Nachfrage werden bedeutsam – und machbar. Damit dies nicht zu schwerwiegenden Versorgungsengpässen und Qualitätsdefiziten führt, müs-



„Effizienz im Interesse der Beitragszahler“

Dr. Ilona Köster-Steinebach,
*Referentin Gesundheitswesen bei der
Verbraucherzentrale Bundesverband*

sen wir genau hinschauen: wie sich die Personalverknappung besonders in der Pflege auf die Qualität auswirkt und wo Versorgungslücken durch Patientenselektion entstehen. Wir brauchen wirksame Qualitätssicherung und -transparenz, aber auch eine kontinuierliche Verbesserung der Anreize des DRG-Systems und der Versorgungsplanung und -steuerung. Dann könnten sich die DRGs positiv auswirken, ohne neue Versorgungsprobleme zu schaffen. ■

Die Uhr tickt erst nach Prüfbeginn

Hat eine Kasse den Medizinischen Dienst beauftragt, eine Klinikabrechnung zu prüfen, und ist dieser Auftrag rechtzeitig angemeldet, kann das Krankenhaus die Patientenakte nicht einbehalten. Auch wirkt sich die zögerliche Bearbeitung der Prüfung nicht auf die Vergütung der stationären Leistungen aus. Dies entschied das Bundessozialgericht. **Von Anja Mertens**

Urteil vom 13. November 2012
– B 1 KR 24/11 R –
Bundessozialgericht

In dem Fall, den das Bundessozialgericht zu entscheiden hatte, ging es um einen gesetzlich krankenversicherten Patienten, der wegen multipler Erkrankungen zunächst vom 23. April bis 3. Mai 2007 stationär behandelt worden war. Bereits einen Tag nach seiner Entlassung musste der damals 80-jährige Mann erneut ins Krankenhaus. In ihrer Schlussrechnung vom 24. Mai 2007 verlangte die Klinik für die Behandlung eine Vergütung in Höhe von 3.244,17 Euro. Die Krankenkasse des Patienten beglich die Rechnung unter Vorbehalt und wies das Krankenhaus mit Schreiben vom 5. Juni 2007 darauf hin, dass sie die Abrechnung überprüfen lassen werde. Falls sich nach der Rechnungsprüfung Rückforderungen ergeben sollten, würde sie diese später geltend machen. Zeitgleich gab die Kasse dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) den Auftrag zu prüfen, ob wegen des Behandlungsablaufs die in der Rechnung angegebenen Diagnosen sowie die in Ansatz gebrachten Fallpauschalen (DRG) korrekt seien. Der MDK seinerseits zeigte der Klinik mit Schreiben vom 15. Juni 2007 den erhaltenen Prüfauftrag an.

Prüfung lässt auf sich warten. In der Folgezeit fand aber die MDK-Prüfung nicht statt. Daraufhin teilte das Krankenhaus der Kasse im Februar 2008 mit, dass nun nicht mehr geprüft werden dürfe. Es berief sich dabei auf Paragraph 275 Absatz 1c Satz 1 Sozialgesetzbuch (SGB) V. Danach hat die Prüfung zeitnah zu erfolgen und ist spätestens sechs Wo-

chen nach dem Eingang der Rechnung bei der Krankenkasse einzuleiten. Der MDK muss dies dem Krankenhaus anzeigen. Die Klinik teilte der Krankenkasse mit, dass es nach mehr als sechs Monaten den Fall für sich abschließe.

Die Kasse hingegen sah dies anders und forderte das Krankenhaus auf, dem MDK die Behandlungsunterlagen zwecks Prüfung zu übergeben. Die Prüfung sei immer noch zulässig, da mögliche Ansprüche auf Rückzahlung nicht verjährt

Der Anspruch der Krankenkasse auf eine eventuelle Rückzahlung ist nicht verwirkt, so die Kasseler Richter.

wären. Auch habe das Krankenhaus kein Recht dazu, die Herausgabe der Behandlungsunterlagen zu verweigern. Schließlich klagte die Kasse vor dem Sozialgericht auf Herausgabe der Unterlagen an den MDK sowie auf Erstattung einer vorläufig noch nicht bezifferten Geldsumme. Das Sozialgericht trennte die beiden Klagen und verurteilte das Krankenhaus dazu, dem MDK die Patientenakte auszuhändigen. Daraufhin legte die Klinik Berufung beim Landessozialgericht ein. Es hob das erstinstanzliche Urteil auf und wies die Klage ab. Die

Kasse müsse sich das Verhalten des beigeladenen MDK zurechnen lassen. Dem Anspruch auf Herausgabe der Unterlagen stehe wegen der mehr als sieben Monate lang nicht durchgeführten MDK-Prüfung eine aus Treu und Glauben (Paragraph 242 Bürgerliches Gesetzbuch) abzuleitende Einwendung entgegen. Dagegen legte die Kasse Revision beim Bundessozialgericht (BSG) ein. Sie rügte die Verletzung von Paragraph 275 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und Absatz 1c SGB V sowie des Wirtschaftlichkeitsgebots (Paragraph 12 Absatz 1 SGB V). Eine nur auf den Zeitablauf gestützte Einwendung aus Treu und Glauben sei trotz des Beschleunigungsgebots nicht mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot vereinbar.

Klinik muss Unterlagen aushändigen.

Das BSG hob das Urteil des Landessozialgerichts auf und bestätigte das Urteil der Erstinstanz. Das Krankenhaus sei verpflichtet, die Patientenakte zu übermitteln, damit der MDK die von der Kasse zeitgerecht beantragte Prüfung vornehmen könne. Die Kasse habe das kompensatorische Beschleunigungsgebot nicht verletzt, sondern ihre Pflicht zur Abschlagszahlung rechtswahrend mit dem hier ausreichenden allgemeinen Vorbehalt der Überprüfung erfüllt. Die seit April 2007 geltende Regelung des Paragraphen 275 Absatz 1c SGB V konkretisiere abschließend die möglichen Sanktionen bei Verstößen gegen das Beschleunigungsgebot. Nur wenn die Kasse eine

TIPP FÜR JURISTEN



Wettbewerbsrecht, Vergütungsanspruch, Versorgungsauftrag – diese und weitere Themen rund ums Krankenhaus behandelt das Seminar „Beratung von Krankenhäusern“. Es findet am 16. Februar 2013 in Frankfurt/Main statt. Veranstalter ist das Deutsche Anwaltsinstitut. Mehr Infos: www.anwaltsinstitut.de > Veranstaltungen > Medizinrecht

Abrechnungsprüfung nicht spätestens sechs Wochen nach Eingang der ordnungsgemäßen Rechnung einleite und der MDK dem Krankenhaus die beabsichtigte Prüfung nicht oder nicht rechtzeitig anzeige, müsse es die Behandlungsunterlagen nicht mehr herausgeben. Für dennoch rechtswidrig erlangte Unterlagen gelte ein Beweisverwertungsverbot. Der MDK habe aber dem Krankenhaus innerhalb von sechs Wochen nach Eingang der Rechnung und somit rechtzeitig mitgeteilt, dass er den Fall im Auftrag der Kasse prüfen werde.

Verjährung erst nach vier Jahren. Weitergehende Ansprüche könnten Kliniken aus einer zögerlichen Bearbeitung eines Prüfauftrags durch den MDK im Hinblick auf die Krankenhausvergütung nicht für sich ableiten. Dies gebe Paragraf 275 Absatz 1c Satz 1 SGB V nicht her. Die klar abgestufte Konzeption dieser Rechtsvorschrift lasse eine solche Interpretation auch nicht zu. Paragraf 275 SGB V sanktioniere lediglich die Missachtung der kurzen Sechs-Wochen-Frist (Absatz 1c Satz 2). Führe die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags, habe die Kasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zu zahlen (Absatz 1c Satz 3). Als Zeitgrenze für das Geltendmachen von Ansprüchen bleibe es im Übrigen bei der Verjährungsfrist von vier Jahren (entsprechend Paragraf 45 SGB I). Paragraf 275 Absatz 1c SGB V biete Kliniken keinen Raum dafür, sich wegen einer zögerlichen Prüfbearbeitung durch den MDK darauf zu berufen, dass Einwände einer Krankenkasse gegen eine Abrechnung verwirkt seien. ■

Kommentar: Das Bundessozialgericht sorgt mit seinem Urteil für Sicherheit. Es hat überzeugend klargestellt, dass das Recht der Kassen zur Überprüfung von Krankenhaus-Abrechnungen nicht verfällt, wenn sich die Prüfung durch den Medizinische Dienst verzögert. Das ist auch gut so. Denn anderenfalls würde das Wirtschaftlichkeitsgebot der medizinischen Versorgung unterlaufen. Und ob stationäre Leistungen wirtschaftlich gewesen sind, lässt sich nur anhand der Behandlungsunterlagen überprüfen.

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

	INHALT	AKTUELLER STAND
ASSISTENZPFLEGE		
Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen Bundestags-Drucksache 17/10747	Mitaufnahme von Pflegekräften in stationäre Vorsorge- und Rehaeinrichtungen für Versicherte mit besonderem pflegerischen Bedarf, den sie durch von ihnen beschäftigte Pflegekräfte sicherstellen; Weiterzahlung des Pflegegeldes für die Dauer des stationären Vorsorge- oder Rehaaufenthalts; Weiterleistung der Hilfe zur Pflege durch die Sozialhilfe während des Aufenthalts; Abschaffung der Praxisgebühr zum 1.1.2013.	Zweite und dritte Lesung im Bundestag war am 9.11.2012. Der Bundesrat hat am 14.12.2012 zugestimmt.
KREBSVORSORGE/-REGISTER		
Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz, KRFG) Bundestags-Drucksache 17/11267	Festlegung der Häufigkeit der Inanspruchnahme und der Altersgrenzen der Früherkennungsuntersuchungen durch den GBA; Möglichkeit des GBA, Früherkennungsprogramme zu erproben; alle zwei Jahre Veröffentlichung der Ergebnisse der Qualitätssicherung; Einrichtung klinischer Krebsregister durch die Länder; Umsetzung unter Länderhoheit; finanzielle Förderung der klinischen Krebsregister durch die GKV (fallbezogene Pauschale an das jeweils zuständige Register); bundesweite Auswertungen der Krebsregisterdaten durch GBA.	Der Bundesrat hat am 12.10.2012 Stellung genommen. Erste Lesung im Bundestag war am 30.11.2012.
PATIENTENRECHTE		
Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten, Bundestags-Drucksache 17/10488	Verankerung des Arzt-Patienten-Verhältnisses als eigener Vertrag im Rahmen des Bürgerlichen Gesetzbuches; Recht auf umfassende und rechtzeitige Aufklärung; Recht auf Einsichtnahme in Behandlungsunterlagen; Recht auf Widerruf der Teilnahme an Hausarzt- und anderen Selektivverträgen innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung; bei nicht fristgerechter Entscheidung der Krankenkasse über Leistungsantrag gilt die Leistung als genehmigt; Einführung von Beschwerde-, Risiko- und Fehlermanagement.	Zweite und dritte Lesung im Bundestag war am 29.11.2012. Der Bundesrat nimmt voraussichtlich am 1.2.2013 erneut Stellung.
STERBEHILFE		
Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung, Bundestags-Drucksache 17/11126	Gewerbsmäßige Förderung der Selbsttötung strafbar; Ausnahme der Strafbarkeit für Angehörige oder andere nahestehende Personen, die sich nicht gewerbsmäßig an der Tat beteiligen; Straffreiheit fürs Unterlassen oder Beenden einer medizinischen Behandlung bei Sterbenskranken (passive Sterbehilfe) und bei einer ärztlich gebotenen schmerzlindernden Medikation bei Sterbenden, die als unbeabsichtigte, aber unvermeidbare Nebenfolge den Tod beschleunigt (indirekte Sterbehilfe).	Der Bundesrat hat am 12.10.2012 Stellung genommen. Erste Lesung im Bundestag war am 29.11.2012.



RHEINLAND-PFALZ

Zahnpflege
von klein auf

Karies schon im Kindesalter mit regelmäßiger Zahnpflege vorbeugen: Dieses ehrgeizige Ziel hat sich die Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (AGZ) Pirmasens-Zweibrücken in Rheinland-Pfalz 1982 auf ihre Fahnen geschrieben. Kürzlich feierte die AGZ ihr 30-jähriges Bestehen. Zu den Mitbegründern der Initiative, der 22 weitere Arbeitsgemeinschaften sowie eine Landesarbeitsgemeinschaft als Dachorganisation folgten, gehört **Gerhard Schwenk**, langjähriger Mitarbeiter der ehemaligen AOK Westpfalz und dort zuständig für Prävention. Die AGZ Pirmasens-Zweibrücken betreut derzeit 46 Grundschulen und sechs Förderschulen sowie 117 Kindertagesstätten. Insgesamt 5.753 Schüler und mehr als 5.000 Kinder im Vorschulalter erhalten im Rahmen der Aktion regelmäßig Besuch von ihrem Zahnarzt. Darüber hinaus werden Flyer und Broschüren mit Informationen über Zahnpflege und zahnmedizinische Prophylaxe verteilt. Die Statistik belegt den Erfolg



Prophylaxe: Richtiges Zähneputzen will früh gelernt sein.

der Aktion: In den vergangenen zehn Jahren habe sich das erhöhte Kariesrisiko bei Erstklässlern im Land um über 50 Prozent verringert, berichtet Sanitätsrat **Dr. Helmut Stein**, Vorsitzender der LAGZ Rheinland-Pfalz. Unterstützt wird die LAGZ, in der neben der Zahnärzteschaft auch die gesetzlichen Krankenkassen sowie der öffentliche Gesundheitsdienst vertreten sind, vom rheinland-pfälzischen Gesundheitsministerium. Die Präventionsarbeit der LAGZ Rheinland-Pfalz hat inzwischen über die Landesgrenzen hinaus Vorbildcharakter. ■

BUNDESVERBAND

EU-Qualitätssiegel
für Medizinprodukte

Die Überprüfung von Hochrisiko-Medizinprodukten in der EU gehört nach Ansicht des AOK-Bundesverbandes in die Hände einer zentralen Behörde. Nach Skandalen um fehlerhafte Medizinprodukte will die EU-Kommission die Sicherheit von Medizinprodukten per Verordnung verbessern. Der vorliegende Entwurf vernachlässige jedoch wichtige Sicherheitsaspekte, kritisierte der Vorstandsvorsitzende

des AOK-Bundesverbandes, **Jürgen Graalmann**, anlässlich eines Treffens mit Vertretern der EU-Kommission, des Europäischen Parlaments sowie weiteren Experten in Brüssel. „Wenn ein Hersteller zwischen fast 80 benannten Stellen in Europa für die CE-Kennzeichnung seines Produktes wählen kann, geht er lieber dorthin, wo die Hürden nicht so hoch sind.“ Ökonomische Fehlanreize dürften aber nicht den Nutzen für die Patienten und deren Sicherheit gefährden, so Graalmann. „Ein Qualitätssiegel ‚Proved in Europe‘ ist deutlich nachhaltiger als ein sogenannter Lead Market mit niedrigen Hürden und schafft Konkurrenzfähigkeit auf den internationalen Märkten.“ Europaweit gibt es knapp 80 Stellen, die das CE-Siegel für Hochrisiko-Medizinprodukte vergeben dürfen. Deren Anbieter können frei wählen, bei welchem dieser privatwirtschaftlichen Institute sie ihr Produkt prüfen lassen. In den USA übernimmt mit der Food and Drug Administration eine staatliche Behörde die Bewertung und Zulassung von Hochrisiko-Medizinprodukten. **Mehr Infos: www.aok-bv.de/mediathek/gg/spezial** ■

AOK aktuell

Bessere Arzneimitteltherapie in Pflegeheimen

Um in Pflege- und Altenheimen die Versorgung mit Arzneimitteln zu verbessern, haben die AOK Rheinland/Hamburg und der Apothekerverband Nordrhein ein gemeinsames Pilotprojekt gestartet. Im Mittelpunkt steht dabei das patientenindividuelle Medikationsmanagement durch den Apotheker. So sollen insbesondere unerwünschte Arzneimittelwirkungen durch Wechselwirkungen, Doppel- und Mehrfachverordnungen wirksam eingedämmt werden. Gerade ältere Menschen nehmen häufig mehrere Arzneimittel gleichzeitig ein. Laut Experten steigt die Gefahr von unerwünschten Wechselwirkungen bei der Einnahme von mehr als fünf Arzneimitteln sprunghaft an. „Wir freuen uns darüber, dass wir für die Menschen im Pflegeheim einen gemeinsamen Weg mit den Apothekern gefunden haben, um der Übermedikation dieser Menschen etwas entgegen-

zusetzen“, sagte **Günter Wältermann**, Vorstandsvorsitzender der AOK Rheinland/Hamburg.

„Die Gesundheitskasse engagiert sich seit langem in diesem Bereich und wir sind überzeugt, dass dies ein weiterer und wichtiger Schritt in die richtige Richtung ist.“ Auch der Vorstandsvorsitzende des Apothekerverbandes Nordrhein, **Thomas Preis**, betonte, mithilfe des Medikationschecks lasse sich die Arzneimitteltherapie in Pflegeheimen nachhaltig verbessern. Das Pilotprojekt wird wissenschaftlich evaluiert. Ergebnisse sollen bereits Ende dieses Jahres vorliegen. Sofern es sich bewährt, soll das Modell langfristig Teil der Regelversorgung werden. ■



Hautkrebsvorsorge schon ab 20

Versicherte der AOK Baden-Württemberg können bereits ab dem 20. Lebensjahr ihre Haut im Rahmen eines Hautkrebscreenings alle zwei Jahre kostenlos untersuchen lassen. „Vorsorge hilft, Hautkrebs frühzeitig zu erkennen“, sagte **Dr. Gudula Kirtschig**, Fachärztin für Dermatologie bei der Kasse. „Wenn er früh erkannt wird, ist Hautkrebs in der Regel heilbar.“ Oft sei Hautkrebs die Folge zu starker UV-Strahlung. Die Erkrankung selbst zeige sich erst viele Jahre später, da die Haut „ein gutes Gedächtnis“ habe, so Kirtschig. „Wer sich schon in jungen Jahren beim Hautkrebscreening mit seinem eigenen Krebsrisiko auseinandersetzt, wird achtsamer mit seiner Haut umgehen und mehr Gesundheitsbewusstsein entwickeln.“ Laut AOK Baden-Württemberg wird die Möglichkeit der Hautkrebsvorsorge bislang zu wenig in Anspruch genommen. In den Jahren 2010 und 2011 hätten knapp 34 Prozent der Versicherten ein Hautkrebscreening machen lassen – mit leicht steigender Tendenz. Frauen nahmen mit 34,6 Prozent etwas häufiger teil als Männer (32,7 Prozent). Zugleich erkrankten sie seltener an Hautkrebs. ■

NORDOST

Neue Fachärzte für die Hauptstadt

Patienten in Berlin stehen nunmehr neben den bereits 47 neuen Hausärzten auch zusätzliche Fachärzte für die medizinische Versorgung zur Verfügung. Die Neuzulassun-



Früherkennung: Ein Hautcheck in jungen Jahren macht Sinn.

gen erfolgten vor dem Hintergrund veränderter struktureller Rahmenbedingungen und der demografischen Entwicklung in der Bundeshauptstadt, teilte die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen und Krankenkassenverbände in Berlin mit. Konkret umfassen die Neuzulassungen neun Frauenärzte, vier Urologen, vier Anästhesisten sowie zehn weitere Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten. Damit ließe sich eine noch bessere beziehungsweise zielgerichtete Versorgung in Berlin ermöglichen. Im Vergleich zum Bundesgebiet ist die Bundeshauptstadt mit Haus- und Fachärzten sehr gut versorgt. Gleichwohl begrüßten die AOK Nordost und die anderen gesetzlichen Krankenkassen, dass mit den Neuzulassungen Versorgungsunterschieden zwischen den Bezirken auch im Facharztbereich entgegengesteuert werden könne. Über die Zulassung neuer Arztpraxen entscheidet der „Zulassungsausschuss Ärzte/Psychotherapeuten“. Dieser Ausschuss setzt sich paritätisch aus Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der gesetzlichen Krankenkassen und ihrer Verbände zusammen. ■

SACHSEN-ANHALT

Ein Netz gegen chronische Wunden

Chronische Wunden heilen nach Angaben der AOK Sachsen-Anhalt deutlich schneller, wenn sie im Rahmen intelligent vernetzter Versorgungsabläufe behandelt werden. In diesem Fall benötige eine chronische Wunde bis zum Wundverschluss etwa 84 Tage, in der Regelversorgung dauere es bis zu 566 Tage. Die AOK arbeite daher mit vier spezialisierten Zentren zusammen. Patienten mit einer chronischen Wunde von einer bestimmten Größe würden in eines der Zentren überwiesen. Anschließend legten die dortigen Ärzte die Therapie fest und stimmten weitere Behandlungsabläufe mit ebenfalls auf die Wundbehandlung spezialisierten Physiotherapeuten und Pflegediensten ab. „Das ist gut für die Patienten und auch wesentlich günstiger für die Kasse“, sagt AOK-Vorstand **Ralf Dralle**. In den vergangenen vier Jahren hätten bereits 550 bei der Kasse versicherte Patienten, die an chronischen Wunden litten, dank der leitliniengerechten Behandlung mehr Lebensqualität gewonnen. ■

Mehr Geld für die Hospizarbeit

Die gesetzlichen Kassen in Bayern, darunter die AOK, haben die ambulante Hospizarbeit im vergangenen Jahr mit rund 4,92 Millionen Euro gefördert. Das sind 14 Prozent mehr als im Jahr 2011 und entspricht einer Steigerung um mehr als das Doppelte in fünf Jahren (seit 2007) und fast um das Siebenfache in zehn Jahren (seit 2002). Wie die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern mitteilte, wurde die Förderung an 86 ambulante Hospizdienste im ganzen Land ausbezahlt. Voraussetzung für die Förderung ist, dass die Dienste eine qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung anbieten. Dazu ist es notwendig, mit in der Palliativmedizin erfahrenen Ärzten und Pflegediensten zusammenzuarbeiten. Zudem muss der Dienst unter der Verantwortung von besonders ausgewiesenen Fachkräften stehen. Die Sterbebegleitung kann im Haushalt der Versicherten, in der Familie oder in Heimen erfolgen. ■

Telegramm

+++ Die AOK PLUS informiert ab sofort auf ihren Internetseiten, wie sie ihre Fördermittel für die **gesundheitsbezogene Selbsthilfe** verwendet. Unter www.aokplus-online.de kann jeder Interessierte einsehen, wie viel Geld in welche Projekte geflossen ist. „Dieser Service ist uns wichtig“, sagt Rolf Steinbronn, Vorsitzender des Vorstandes der AOK PLUS. „Wir stehen für Offenheit und Transparenz.“ +++ Die AOK Niedersachsen hat gemeinsam mit dem Sozial- und Wirtschaftsministerium sowie der Kassenärztlichen Vereinigung im Land den mit insgesamt 15.000 Euro dotierten **Niedersächsischen Gesundheitspreis** in den Kategorien „Patientenkompetenz“, „Generation 60+“ und „eHealth“ verliehen. Insgesamt wurden 30 Bewerbungen eingereicht.

Prävention
Gezielt planen und evaluieren

Die Wirksamkeit von Präventionskampagnen zu belegen, ist eines der großen Probleme der Gesundheitsforschung. Selbst wenn dies in Einzelfällen im Nachhinein gelingt, lässt sich über die entscheidenden



den Erfolgsfaktoren oft nur spekulieren. Besser wäre es, schon im Voraus zu wissen, welche Botschaften ankommen, wie sie verpackt und transportiert werden müssen, damit Menschen von gesundheitsschädlichem Verhalten ablassen. Die wichtigste und zugleich schwierigste Zielgruppe sind Jugendliche. Doreen

Reifegerste, Marktforscherin bei einer regionalen Krankenkasse mit Lehrauftrag an der Technischen Universität Dresden, hat in ihrer Dissertation in Kommunikationswissenschaft an der Universität Erfurt untersucht, wie alters- und geschlechtsspezifisches Risikoverhalten von Jugendlichen in Präventionskampagnen besser berücksichtigt werden können. Aufbauend auf Forschungsergebnissen der Evolutions- und Entwicklungspsychologie entwickelte sie ein Modell, wie Präventionsbotschaften funktions- und geschlechtsspezifisch ausgerichtet werden können. Grundlage ist die Berücksichtigung sozialer Motive wie die Anerkennung von Gleichaltrigen und Erfolg bei der Partnersuche. Ein Experiment mit 400 Gymnasiasten zeigt, dass bei Frauen die Botschaft „Alkohol macht dick“, bei Männern dagegen „Alkohol schadet der Fitness“ die richtige ist, um die Risikowahrnehmung zu erhöhen.

Doreen Reifegerste: Zielgruppenspezifische Präventionsbotschaften. 2012. 287 Seiten, 39 Euro. Nomos-Verlag, Baden-Baden.

Patientenkompetenz
Bedürfnis nach Selbsthilfe

Nicht wenige Beobachter des deutschen Gesundheitswesens haben eine Revolution darin ausgemacht: Das bislang von Anbietern „dominierte“ System sei an seine Grenzen gelangt, heißt es. Fortan bestimmten Bedürfnisse und Präferenzen der Patienten als „Konsumenten von Gesundheitsdienstleistungen“ Abläufe und Angebote. Patientenkompetenz ist in diesem Kontext zu einem viel zitierten Begriff geworden. Patientenkompetenz, schreibt die Medizinthoretikerin Bettina Berger in ihrer Zusammenfassung der Ergebnisse einer Fachtagung Ende 2009 im polnischen Slubice, stehe aber nicht bloß für mehr Autonomie, sondern drücke auch das Patientenbedürfnis „nach Selbsthilfe und Eigenbeteiligung“ im Sinne des Mitwirkens an der eigenen Gesundheit aus. Die Autorin fordert daher mehr Eigensinn – verstanden als „Raum“ für eigene Deutungen der Krankheit, mehr Zeit für bewusste Entscheidungen für oder gegen



eine vom Arzt empfohlene Therapie sowie die Möglichkeit, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen, zu formulieren und geltend zu machen. Voraussetzung dafür sei aber, so die Wissenschaftlerin, dass sich auch Ärzte und Therapeuten für die Kompetenzen von Patienten öffnen, diese fördern und entwickeln. Die Forschung stecke bei dem Thema noch in den Kinderschuhen. Aufgabe der Zukunft sei es daher, die „inneren“ Ressourcen von Patienten besser zu verstehen und nutzbar zu machen.

Bettina Berger (Hrsg.): Raum für Eigensinn – Ergebnisse eines Expertentreffens zur Patientenkompetenz. 2011. 264 Seiten, 19,80 Euro, KVC Verlag, Essen.

SEMINARE | TAGUNGEN | KONGRESSE

<p>■ 15. MÜNCHNER IIR REHA-KONGRESS</p>	<p>Innovative Reha-Konzepte, betriebliches Gesundheitsmanagement, ambulante versus stationäre Reha</p>	<p>18.–19.2.2013 München</p>	<p>Euroforum Deutschland SE Postfach 11 12 34 40512 Düsseldorf</p>	<p>Tel.: 02 11/96 86-3516 Fax: 02 11/96 86-4516 simone.seidemann@euroforum.com www.reha-kongress.de</p>
<p>■ KASSENGIPFEL 2013</p>	<p>Wettbewerb, Finanzstrukturen, Nutzenbewertung von Innovationen, Mengendynamik Krankenhaus</p>	<p>25.–26.2.2013 Berlin</p>	<p>MCC-The Communication Company Scharnhorststraße 67a 52351 Düren</p>	<p>Tel.: 0 24 21/1 21 77-0 Fax: 0 24 21/1 21 77-27 mcc@mcc-seminare.de www.mcc-seminare.de</p>
<p>■ 22. REHA-KOLLOQUIUM „TEILHABE 2.0 – REHA NEU DENKEN“</p>	<p>Rehaforschung, medizinische und berufliche Rehabilitation, Rehakonzepte, Qualitätssicherung</p>	<p>4.–6.3.2013 Mainz</p>	<p>Deutsche Rentenversicherung Bund Bereich Reha-Wissenschaften 10704 Berlin</p>	<p>Tel.: 0 30/8 65-39336 Fax: 0 30/8 65-28879 kolloquium@drv-bund.de www.reha-kolloquium.de</p>
<p>■ 8. KONGRESS FÜR GESUNDHEITSNETZWERKER „VERNETZT IN DIE ZUKUNFT“</p>	<p>Vernetzung, Anforderungen der Kassen, ambulante spezialärztliche Versorgung, Vergütung für Netze</p>	<p>9.–10.4.2013 Berlin</p>	<p>Agentur WOK GmbH Palisadenstraße 48 10243 Berlin</p>	<p>Tel.: 0 30/49 85 50 31 Fax: 0 30/49 85 50 30 info@gesundheitsnetzwerker.de www.gesundheitsnetzwerker.de</p>
<p>■ INTERPROFESSIONELLER PFLEGEKONGRESS</p>	<p>Schnittstellen interdisziplinärer Versorgung, vernetzte Versorgung, Palliativ Care</p>	<p>18.–19.4.2013 Dresden</p>	<p>Springer Medizin Kongressorganisation Heidelberger Platz 3 14197 Berlin</p>	<p>Tel.: 0 30/8 27 87-5510 andrea.tauchert@springer.com www.heilberufe-online.de/kongress/veranstaltungen</p>

Kommunikation Einmaleins der Öffentlichkeitsarbeit

Mitte der 1990er Jahre leisteten sich nur wenige Unternehmen und Organisationen im Gesundheitswesen eine professionelle Presse- und Öffentlichkeitsarbeit. Durch den zunehmenden Wettbewerbsdruck und das Internet ist das inzwischen ganz anders geworden: Kaum eine Rehaklinik, Landarztpraxis oder Pflegefachschule kommt heute noch ohne eigene Homepage aus. Doch wie macht man Public Relations gekonnt? Robert Deg gibt in seinem Buch „Basiswissen Public Relations“ praxisnahe Antworten. Der



PR-Profi beschreibt auf gut 180 Seiten zum einen, was Public Relations überhaupt ist („Wenn man am Ende in der Zeitung steht“) und wie sich PR-Konzepte entwickeln lassen. Zum anderen erklärt der Autor einzelne PR-Maßnahmen und -Mittel. Die Palette reicht hier vom gekonnten Verfassen einer Pressemitteilung über das Vorbereiten einer Pressekonferenz bis hin zum Adressenmanagement. In einem weiteren Kapitel schließlich geht Deg auf spezielle Bereiche der PR ein, wie etwa den richtigen Umgang mit Social Media, der Kommunikation in Krisenfällen und der Auswahl der passenden PR-Agentur.

Ganz nebenbei erfährt der Leser mehr über allerlei Fachbegriffe aus der PR-Welt und kann nach der Lektüre beispielsweise über den Unterschied zwischen B2B (Business-to-Business) und B2C (Business-to-Consumer) parlieren. Seinem Anspruch, ein nützliches Handbuch für alle zu sein, die „handwerklich ordentliche Public Relations machen wollen“, wird das Werk voll und ganz gerecht.

Robert Deg: Basiswissen Public Relations. 2012. 184 Seiten, 19,95 Euro. Springer VS, Wiesbaden.

Handbuch Immer das große Ganze im Blick

In der Systemforschung geht es heute meist darum, komplexe Vorgänge quantitativ zu erfassen und auf Computern zu simulieren. Die Systembiologie zum Beispiel, die Biochemie mit Mathematik und Physik verbindet, werde die medizinische Forschung komplett verändern, prophezeite jüngst Walter Rosenthal, Direktor des Max-Delbrück-Centers in Berlin. Die Systembiologie ermöglicht es, Krankheiten in all ihren Details zu erfassen. Dasselbe gilt für Arzneimittel und ihre Nebenwirkungen. Eine der Wurzeln der Systemforschung liegt in der Psychologie



und den Sozialwissenschaften. Darauf aufbauende Therapien fanden im deutschen Gesundheitswesen bisher kaum Anerkennung. In dem von zwei Psychologen der Universitätsklinik Heidelberg herausgegebenen Handbuch stellen international anerkannte Systemforscher erstmals im deutschen Sprachraum ihre konkreten Forschungsmethoden und den Stand der Systemforschung in den Bereichen Soziale Arbeit,

Pädagogik, Psychotherapie, Psychiatrie, Organisationsentwicklung, Coaching und Supervision vor. Behandelt werden qualitative, quantitative und Mixed-Methods-Ansätze sowie die Familien(therapie)forschung.

Matthias Ochs, Jochen Schweitzer (Hrsg.): Handbuch Forschung für Systemiker. 2012. 469 Seiten, 49,95 Euro. Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.

Zeitschriftenschau

■ Weniger Pneumonien durch blutdrucksenkende ACE-Hemmer

ACE-Hemmer, die Patienten gegen zu hohen Blutdruck erhalten, haben eine lästige Nebenwirkung: Reizhusten. Er ist häufig Grund für den Wechsel zu teureren Angiotensin-Rezeptorblocker (ARB). Der trockene Husten könnte aber eine positive Seite haben. Denn eine Metaanalyse von 37 Studien zeigte nun, dass Patienten, die ACE-Hemmer einnahmen, zu 30 Prozent seltener an einer Lungenentzündung erkrankten als Patienten, die mit ARB behandelt wurden.

British Medical Journal 2012; 345: e4260

■ Grauer Star: Augenoperation kann Ältere vor Hüftbrüchen bewahren

Eine rechtzeitige Katarakt-Operation kann ältere Menschen vor einem Sturz und einer Hüftfraktur schützen. Dies zeigt eine US-amerikanische Auswertung der Daten von rund einer Million Medicare-Versicherten ab 65 Jahren. Die Forscher hatten 400.000 Versicherte, die wegen grauen Stars (Trübung der Augenlinse) operiert worden waren, mit 700.000 nicht operierten Versicherten verglichen. Ergebnis: In der Gruppe der Operierten war die Rate der Hüftfrakturen um 16 Prozent niedriger als bei den Nichtoperierten.

The Journal of the American Medical Association 2012; 308(5): 493-501

■ Hygiene: Kinder übers richtige Händewaschen aufgeklärt

Das US-amerikanische Center of Disease Controll and Prevention hat anlässlich des fünften „Tages des Händewaschens“ vor allem Kinder dazu aufgerufen, nicht nur Wasser, sondern Seife zu benutzen. Dadurch ließen sich Durchfallerkrankungen um 30 und Atemwegsinfektionen um 21 Prozent reduzieren. Insbesondere für Kinder ist Händewaschen zum Schutz vor Krankheit wichtig. Weltweit sterben wegen mangelnder Hygiene rund zwei Millionen Kinder unter fünf Jahren an Durchfall oder Lungenentzündung. www.cdc.gov/handwashing

■ Ärztliches Fahrverbot bei Krankheit senkt Unfallzahlen

Forscher im kanadischen Ontario haben untersucht, wie ein im Krankheitsfall von Ärzten verhängtes Verbot, mit dem Auto zu fahren, die Zahl der Verkehrsunfälle mit Personenschaden beeinflusst. In den Jahren 2006 bis 2009 hatten 100.000 Patienten von ihrem Arzt ein Fahrverbot bekommen. Die Mediziner erhielten dafür eine Pauschale in Höhe von 36 kanadischen Dollar. Das Ergebnis der Studie ist eindeutig: Während die normale Unfallrate in Ontario 1,98 Crashes pro 1.000 Autofahrern beträgt, stieg sie während der Beobachtungszeit nur leicht auf 2,73 an. Vor dem Fahrverbot lag die Rate bei 4,76 Unfällen pro 1.000 Autofahrer. In der Gruppe der Patienten mit Schlaganfall, Depression und Epilepsie zeigte sich die größte Abnahme.

The New England Journal of Medicine 2012; 367: 1228-1236

Die Zeitschriftenschau hat Thomas Ebel vom AOK-Bundesverband zusammengestellt.

Pflege-Noten fehlt die Aussagekraft

Das Verfahren zur Darstellung von Pflegequalität weist gravierende Mängel auf, sagt Grünen-Politikerin **Elisabeth Scharfenberg**. Die Qualitätsprüfungen müssten grundlegend reformiert werden.

Das **Pflege-Weiterentwicklungsgesetz** von 2008 verpflichtete dazu, die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) in stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Diensten verständlich, übersichtlich und vergleichbar zu veröffentlichen. Der GKV-Spitzenverband und die Träger der Einrichtungen einigten sich Ende 2008 in einer Pflege-transparenzvereinbarung auf die Kriterien der Qualitätsdarstellung – bekannt als „Pflege-Noten“ oder „Pflege-TÜV“. Sie sollen Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen helfen, das individuell passende Pflegeheim oder den passenden Pflegedienst zu finden.

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz führte die Pflege-Noten mit sehr kurzen Umsetzungsfristen und ohne wissenschaftliche Überprüfung, Begleitung oder Testphase ein. Die Vertragsparteien einigten sich gerade einmal darauf, die Pflege-transparenzvereinbarung fortwährend an die wissenschaftlichen Erkenntnisse anzupassen.

Sozialgerichte schließen sich der Kritik an. Seit 2008 beziehungsweise 2009 vollzieht nun der MDK in stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Diensten diese Art Qualitätsprüfungen. Genauso lange steht der Pflege-TÜV aber auch unter Beschuss. Es war nie klar, ob er die gewünschte Transparenz bietet, die der Verbraucherin und dem Verbraucher bei der Entscheidung für eine Altenpflegeeinrichtung oder einen ambulanten Pflegedienst behilflich sein soll. Auch einzelne Sozialgerichte schlossen sich der breiten Kritik am Pflege-TÜV an. So seien die Beurteilungskriterien nicht geeignet, die Ergebnis- und Lebensqualität zu bewerten, die Zusammensetzung der Pflege-Noten sei nicht nachvollziehbar und die Gesamtnoten sogar rechnerisch falsch ermittelt. Die Transparenzberichte

führen die Verbraucherinnen und Verbraucher in die Irre, befand das Sozialgericht Münster im August 2012.

Durchschnittsnoten werden immer besser. Auch die Entwicklung der Pflege-Noten gibt Anlass zur Kritik. Bei Einführung des Pflege-TÜVs war die schlechteste Durchschnittsnote eines Bundeslandes 2,3. Derzeit ist kein Bundesland schlechter als 1,5. Das liegt vor allem daran, dass der Pflege-TÜV nicht wirklich die Ergebnisqualität der Pflege, sondern vor allem die Qualität und Vollständigkeit der Pflege-Dokumentation misst. Nun können wir – wie die Lehrer in der Notenkonferenz – diskutieren, ob alle Schülerinnen und Schüler innerhalb von zwei Jahren besser geworden sind, oder ob die Klausurfragen schon vorher bekannt waren. Völlig egal, was dabei herauskommt: Die Pflege-Noten sind nicht aussagekräftig.

Die Pflegekassen, die Verbände der Pflegeeinrichtungen, die überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände sind quasi dauerhaft dabei, den Pflege-TÜV zu überarbeiten. Eine Einigung ist nicht in Sicht. Nun soll eine Schiedsstelle entscheiden.

Ergebnisqualität messen. Wir sollten keine Zeit und Energie mehr verschwenden, an diesem System herumzudoktern. Der Pflege-TÜV war ein löblicher Versuch, erreicht aber sein Ziel nicht. Zu lange schon werden die Verbraucherinnen und Verbraucher mit den Noten genarrt. Wir brauchen jetzt das Bekenntnis zum Umstieg auf ein neues System der Messung der Ergebnisqualität in der Pflege und einen verbindlichen Zeitplan dazu. Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz hat die Politik den Versuch unternommen, die Richtung der Weiterentwicklung vorzugeben – hin zur Messung von Ergebnisqualität. Doch es gehen aus dem Gesetz weder Handlungsvorgaben noch eine Frist hervor. Damit führt das Gesetz ins Leere, denn ohne Umsetzungsdruck wird sich so schnell nichts bewegen.

Die Grünen begrüßen Regelungen, die Transparenz herstellen sollen. Doch nicht jede gut gemeinte Absicht im Verbraucherschutz ist zielführend – so auch die Pflege-Noten. Zudem müssen dabei die bisher von den Verhandlungen weitgehend ausgeschlossenen Verbraucherschutzorganisationen und Selbsthilfverbände eng mit eingebunden werden. Denn sie vertreten die Menschen, um die es geht – und das ist unverzichtbar. ■

Elisabeth Scharfenberg ist Sprecherin für Pflege- und Altenpolitik der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen.
Kontakt: www.elisabeth-scharfenberg.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
Redaktion Burkhard Rexin (ständiger Autor)

Titel Gettyimages

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

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

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

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

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

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



G+G 11/2012

Netze machen Ärzte stark

Bitte nicht so zaghaft mit der Geldspritze

Erinnern wir uns: Die Förderung von Arztnetzen in Deutschland ist Teil des Versorgungsstrukturgesetzes für die gesetzliche Krankenversicherung, das seit gut einem Jahr wirksam ist. Jetzt liegt es an Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und GKV-Spitzenverband, Kriterien dafür aufzustellen, welche Netzwerker in der Medizin „förderungs-würdig“ sind und welche nicht. Ersten Medienberichten zufolge wollen beide Seiten die Latte hochhängen. So soll ein Netz mindestens 20 Ärzte oder Einzelpraxen beheimaten. Neben Hausärzten müssen mindestens zwei Facharztgruppen darin praktizieren. Zudem soll ein nichtärztlicher Kooperationspartner mit an Bord kommen. Und: Die medizinische Versorgung durch das Netz muss in einem zusammenhängenden Gebiet erfolgen. Perspektivisch soll das Ganze noch um Anforderungen wie Versorgungsziele, Effizienz und Qualitätssicherung ergänzt werden. Eine Einigung zwischen KBV und GKV-Spitzenverband wird für das erste Quartal 2013 erwartet. Erst dann kann vor Ort das Geld aus den Fördertöpfen fließen, sprich: Erst dann können regionale Förderungsentscheidungen getroffen werden. Das belegt einmal mehr, dass die Mühlen im deutschen Gesundheitswesen langsam mahlen. Der Weg vom Gesetz hin zur gelebten Versorgung ist weit. Zu hoffen ist, dass er den Akteuren nicht auch noch steinig gemacht wird. Denn dann würde

eine wichtige Quelle für Innovation, Qualität und Effizienz – und das können Arztnetze von sich behaupten, wie der Artikel von Johannes Stock Zeile für Zeile deutlich macht – versiegen. An die Adresse der Verantwortlichen bei KBV und GKV-Spitzenverband sei daher die Botschaft geschickt: Bitte nicht zaghaft agieren bei der Förderung von Arztnetzen. Sie werden gebraucht.
S. W., Berlin

G+G 11/2012

High Noon in der Schulkantine

Kinder und Familien finden schwer Gehör

Als Mutter eines Grundschulkindes kann ich der Beschreibung ihrer Autorin über die Zustände in Schulkantinen nur zustimmen. Das Essen schmeckt den Kindern häufig nicht. Es wird oft lieblos zubereitet, und der Lärm in einem zur Essenausgabe umfunktionierten Pausenraum ist selbst für Kinderohren immer wieder unerträglich. Zugleich höre ich von anderen Eltern regelmäßig, dass längst geplante Umbaumaßnahmen aus Geldmangel verschoben werden. Mich ärgert das alles außerordentlich: Warum tun sich Bund, Länder und Gemeinden so schwer damit, mehr für gutes Essen in Schulen und Kitas zu tun? Bankvorstände, Autobosse und Hotelinhaber können sich bei der Politik offenkundig leichter Gehör verschaffen als Senioren, Kinder und Familien. Womit sich die alte Volksweisheit wieder einmal bestätigt: Der Teufel macht auf den größten Haufen.
J. K., Berlin

BECKs Betrachtungen



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

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

3 neue Bände: QISA wächst!

Wer Qualität sichtbar machen will, der braucht geeignete Indikatoren:

QISA – Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung ist mit seinen 138 Indikatoren das erste deutsche System seiner Art. Es unterstützt Ärzte dabei, die Qualität der Versorgung zu messen, zu bewerten und weiterzuentwickeln. Qualitätszirkel, Arztnetze, Medizinische Versorgungszentren und Arztpraxen – ob im Kollektiv- oder Selektivvertrag – können sich auf QISA stützen.

QISA bietet mehr: Nach dem Erfolg der ersten zehn Bände liegen nun für drei weitere Versorgungsgebiete Qualitätsindikatoren vor: Depression, Koronare Herzkrankheit und Herzinsuffizienz. Mehr Informationen gibt's unter www.QISA.de. Dort bieten die Herausgeber auch mehrere QISA-Bände zum kostenlosen Download an.

Die Initiatoren, Herausgeber und Autoren: QISA ist das Produkt einer langjährigen Zusammenarbeit zwischen dem AOK-Bundesverband und dem Göttinger Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA). Ein Herausgeberteam unter der Führung von Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi, Leiter des AQUA-Instituts, zeichnet für die Inhalte verantwortlich. Das QISA-Autorenteam setzt sich zusammen aus Ärzten und Pharmazeuten des AQUA-Instituts und des Universitätsklinikums Heidelberg, unterstützt durch deutsche und internationale Experten aus Praxen, Arztnetzen und Wissenschaft.



QISA: Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung

Ja, ich bestelle!

per Fax 030 220 11-105

„QISA – Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung“ ist nicht identisch und steht in keinem geschäftlichen Zusammenhang mit der eingetragenen Wortmarke QISA®, die insbesondere für das „Qualitätsmanagement in sächsischen Arztpraxen“ geschützt ist.

QISA

www.QISA.de

Bitte informieren Sie mich bei Erscheinen der nächsten QISA-Bände per E-Mail.

E-Mail-Adresse

A: QISA stellt sich vor	14,80 Euro	_____ Exemplare
B: Allgemeine Indikatoren	14,80 Euro	_____ Exemplare
C1: Asthma/COPD	14,80 Euro	_____ Exemplare
C2: Diabetes mellitus Typ 2	14,80 Euro	_____ Exemplare
C3: Bluthochdruck	14,80 Euro	_____ Exemplare
C4: Rückenschmerz	14,80 Euro	_____ Exemplare
C6: Neu: Depression	14,80 Euro	_____ Exemplare
C7: Neu: Koronare Herzkrankheit	14,80 Euro	_____ Exemplare
C8: Neu: Herzinsuffizienz	14,80 Euro	_____ Exemplare
D: Pharmakotherapie	14,80 Euro	_____ Exemplare
E1: Prävention	14,80 Euro	_____ Exemplare
E2: Krebsfrüherkennung	14,80 Euro	_____ Exemplare
F1: Hausärztliche Palliativversorgung	14,80 Euro	_____ Exemplare
QISA-Sammelordner	10,00 Euro	_____ Exemplare
QISA-Set 1 (Band A, B, C1, D, E1)	49,00 Euro	_____ Exemplare
QISA-Set 2 (Band C2, C3, C4, E2, F1)	49,00 Euro	_____ Exemplare
QISA-Set 3 (Band C6, C7, C8 plus Ordner)	34,90 Euro	_____ Exemplare
QISA-Set 13 (alle 13 Bände plus Ordner)	98,00 Euro	_____ Exemplare

Alle Preise verstehen sich zuzüglich Verpackung und Versand.

Lieferung gegen Rechnung per Bankeinzug

Vor- und Zuname

Straße, Haus-Nr.

PLZ

Ort

Konto-Nr.

BLZ

Geldinstitut

Datum, Unterschrift



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

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

www.aok.de