



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

KASSENFINANZEN

Steuerzuschuss in Gefahr

PATIENTEN-UNI

Medizin für Laien

Psychiatrie im Aufbruch

Wie Modellvorhaben psychisch Kranken
neue Perspektiven eröffnen

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: Jan Rößler

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

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

AOK PLUS – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR SACHSEN UND THÜRINGEN

Pressesprecherin: Hannelore Strobel

Sitz Erfurt
Stellvertretender Pressesprecher: Jürgen Frühauf

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

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

Tel. 0351/4946-11144
Fax: 01802/471002-104*

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.

Klinik-Verbund sorgt für Erfolg

Viele kommunale Krankenhäuser sind in wirtschaftlicher Not. Wenn sie sich zusammenschließen, können sie überleben, ist Hessens Sozialminister Stefan Grüttner überzeugt. Er hat ein Konzept für Klinik-Verbünde vorgelegt.

Krankenhäuser sind Orte besonderer Erfahrungen und Emotionen. Sie nehmen Menschen mit schweren Erkrankungen und für Operationen auf. Dort sterben Menschen und Kinder werden geboren. Daher ist es wichtig, Krankenhäuser als gut funktionierende Teile der Gesundheitsversorgung anzusehen und zu erhalten. Der Staat schafft die Rahmenbedingungen dafür, dass überall Kliniken vorhanden sind, wo sie gebraucht werden. Bei Notfällen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall muss die Rettungskette so organisiert sein, dass ein Überleben möglich ist und die Gesundheit möglichst wiederhergestellt werden kann. Bei chronischen und altersbedingten schweren Erkrankungen gestaltet der Staat die Rahmenbedingungen so, dass die Betroffenen bestmögliche medizinische Versorgung aus einem Guss erhalten.

Krankenhäuser werden in Deutschland nicht nur in öffentlicher Verantwortung, sondern auch von freigemeinnützigen und privaten Trägern betrieben. Die unterschiedlichen Stärken und Schwächen der einzelnen Trägerarten sorgen für einen Wettbewerb, der den Patientinnen und Patienten zugute kommt. Die Landkreise und die kreisfreien Städte müssen die Versorgung sicherstellen, wenn sich kein freigemeinnütziger oder privater Betreiber für die notwendigen Standorte findet. Wer ein kommunales Krankenhaus vorhält, muss aber auch das Know-how haben, es erfolgreich zu betreiben. Viele kommunale Kliniken sind jedoch in eine wirtschaftliche Schieflage geraten – das zeigt nicht nur der aktuelle „Krankenhaus Rating Report“ des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung in Essen.

Ein Grund hierfür liegt im Finanzierungssystem der Kliniken. Sowohl die von den Krankenkassen zu leistende Betriebskostenfinanzierung als auch die von den Ländern zu erbringende Investitionskostenfinanzierung ist nicht immer ausreichend. Hessen hat zwar in den letzten zehn Jahren mehr für die Investitionen bereitgestellt als fast alle anderen Bundesländer. Dennoch reichen die Mittel

angesichts der durch den Länderfinanzausgleich belasteten Haushaltslage und der kommenden Schuldenbremse nicht aus. Zudem werden die Betriebskostensteigerungen nicht in vollem Umfang refinanziert. Fallzahl- und Schweregradsteigerungen führen zu sinkenden Preisen auf der Landesebene, sodass Kliniken ohne Fallzahlsteigerungen in wirtschaftliche Nöte geraten.

Bei den Investitionsmitteln des Landes ist die Pauschalierung sinnvoll, da die Krankenhäuser so als Wirtschaftsunternehmen selbstständig über Zeitpunkt und Ausmaß ihrer Investitionen entscheiden können. Hessen will diesen Weg in Zukunft gehen.

Die Rahmenbedingungen des Finanzierungssystems sind zwar nicht optimal, gelten aber für alle Trägerarten gleichermaßen. Daher können sie die

enormen Unterschiede im wirtschaftlichen Erfolg nicht erklären. Sie liegen vielmehr in der Struktur der kommunalen Kliniken begründet. Diese sind nur dort erfolgreich, wo sie in Verbänden agieren. Einzelkämpfer haben im Krankenhausbereich, von wenigen Spezialkliniken abgesehen, keine Zukunft mehr. Zudem kann der politische Einfluss, der immer wieder auf kommunale Kliniken genommen wird, für das operative Geschäft schädlich sein.

Daher habe ich ein Konzept vorgelegt, das Kommunen eine Option bietet, Kliniken in ihrer Trägerschaft zu erhalten, wenn sie diese nicht an freigemeinnützige oder private Träger verkaufen wollen. Das Konzept bietet in seiner Struktur die Gewähr, dass wesentliche politische Werte über eine Stiftung gesichert werden können. Die Sicherstellungsverpflichtung wird solidarisch und gemeinschaftlich wahrgenommen. Eine Holding steuert das operative Geschäft. Momentan diskutieren und verfeinern wir das Konzept mit interessierten Kommunen und den Geschäftsführungen der Krankenhäuser. Ich bin zuversichtlich, dass eine ganze Reihe von Kommunen erkennt, dass sie mit Klinik-Verbänden erfolgreich sein können. ■

Einzelkämpfer haben im Krankenhausbereich keine Zukunft mehr.



Stefan Grüttner, geboren 1956, ist seit August 2010 hessischer Sozialminister. Der Diplom-Volkswirt studierte in Mainz. 1979 trat er in die CDU ein. Grüttner war von 1987 bis 1991 persönlicher Referent der rheinland-pfälzischen Sozialministerin, danach Sozialdezernent in Offenbach. Von 1999 bis 2003 arbeitete Grüttner als Parlamentarischer Geschäftsführer der CDU-Landtagsfraktion in Wiesbaden, von 2003 bis 2010 als Chef der hessischen Staatskanzlei. Er ist seit 1995 Mitglied im hessischen Landtag.

Kontakt: www.hsm.hessen.de

Verstehen hilft beim Heilen



H.-B. Henkel-Hoving,
Chefredakteur

Mein niederländischer Schwiegervater ist 80 Jahre jung, hat Alterszucker und leidet unter Herzbeschwerden. Vor kurzem hat ihn sein Hausarzt an einen Spezialisten im Krankenhaus überwiesen. Dort angekommen, absolviert der alte Herr ein Belastungs-EKG. Der Mediziner ist aber noch nicht zufrieden und will ein paar Tage später zusätzlich ein Elektrokardiogramm im Ruhe-

zustand vornehmen. Und da passiert es: Mein Schwiegervater hört „Rug“ (Rücken) und nicht „Rust“ (Ruhe) und macht sich fortan Sorgen um den Zustand seines Rückens – für eine direkte Nachfrage fehlt ihm der Mut. Erst bei der zweiten Untersuchung klärt sich der Irrtum auf.

Probleme bei der Kommunikation zwischen Arzt und Patient sind kein deutsches Phänomen. Untersuchungen über die Gesundheitskompetenz von Versicherten in mehreren europäischen Ländern zeigen, dass etwa die Hälfte der Befragten Schwierigkeiten hat, Ärzte und andere Gesundheitsprofis zu verstehen.

Die Medizinische Hochschule Hannover (MHH) versucht das mit ihrer Patienten-Universität zu ändern: Regelmäßig halten Ärzte dort Vorlesungen ab, denen auch Laien folgen können. Darüber hinaus erläutern Medizinstudenten an Infoständen Diagnosen und Therapien. „Die einen lernen, gut zu erklären, die anderen trauen sich nachzufragen“, hat G+G-Autorin Katrin Zöfel bei ihrer Stippvisite an der MHH beobachtet: „Es herrscht eine wunderbare Lernatmosphäre.“ Bleibt zu hoffen, dass die Patienten-Uni mehr Nachahmer als bisher findet – damit Versicherte ihr Recht auf Verstehen besser wahrnehmen können.

Eine anregende Lektüre wünscht Ihnen

zustand vornehmen. Und da passiert es: Mein Schwiegervater hört „Rug“ (Rücken) und nicht „Rust“ (Ruhe) und macht sich fortan Sorgen um den Zustand seines Rückens – für eine direkte Nachfrage fehlt ihm der Mut. Erst bei der zweiten Untersuchung klärt sich der Irrtum auf.



Im Gespräch: G+G-Autorin Katrin Zöfel (r.) und die Gründerin der Patienten-Uni, Professorin Marie-Luise Dierks.



20

Analyse: Wie Schuldenbremse und europäischer Fiskalpakt die Kassenfinanzierung beeinflussen

MAGAZIN

14 KONZEPTE GEGEN DEN BETTEN-BOOM

Neuer Spielraum: Kassen, Kliniken und Ärzte können jetzt sektorenübergreifende Konzepte erproben, die psychisch Kranken eine stationäre Aufnahme ersparen.
Von Patrick Garre

16 LERNSTUNDE ZUR INTEGRATIONSVERSORGUNG

Die sektorenübergreifende Versorgung voranbringen – was dafür erforderlich ist, erörtern Experten auf einem internationalen Kongress.
Von Thomas Hommel

17 GESUNDHEIT IST EINE AUFGABE ALLER

Geht es nach dem Willen der Politik, sollen die Kassen künftig mehr Geld in die Prävention stecken. Ein Plan, den Fachleute als zu kurz gedacht einschätzen.
Von Thomas Hommel

18 MEHR DAMPF IM KESSEL, BITTE!

Die integrierte Versorgung ist ins Stocken geraten. Helfen könnte ein Innovationsfonds, so der Tenor bei einer Tagung des Bundesverbandes Managed Care.
Von Thomas Hommel

19 „ALLTAGSBEGLEITER SIND WERTVOLLE HILFE“

Traumjob in der Altenhilfe: Geistig behinderte Menschen singen mit Senioren oder lesen ihnen vor. Davon profitieren beide Seiten, sagt Ralf Suhr vom Zentrum für Qualität in der Pflege.

THEMEN

20 VON DER SCHWEMME IN DIE KLEMME

Europäischer Fiskalpakt und Schuldenbremse – der Sparzwang des Staates macht den Steuerzuschuss zum Gesundheitsfonds zur einer unberechenbaren Größe.

Von Klaus Jacobs und Sabine Schulze

28 TITEL: PSYCHIATRIE OHNE ZWANGSJACKE

Menschen mit psychischen Krankheiten müssen ihr Leben nicht mehr in düsteren Anstalten fristen. Doch auch heute bestehen noch Versorgungsdefizite.

Von Reinhold Kilian und Thomas Becker

36 LERNEN MIT HERZ UND HAND

Schulung für mehr Gesundheitskompetenz: Die Patienten-Universität der Medizinischen Hochschule Hannover bietet Laien Einblicke in die Medizin.

Von Katrin Zöfel (Text) und Ralf Niemzig (Fotos)



28 Ausblick: Was die psychiatrische Versorgung künftig leisten kann

RUBRIKEN

- 3 **Einwurf** Klinik-Verbund sorgt für Erfolg
- 13 **Kommentar** Rezepte gegen OP-Rekorde
- 42 **Recht** Pflegevergütung: Kürzung droht bei schlechter Pflege
- 44 **AOK-Notizen** Aktuelles aus Bund und Ländern
- 46 **Service** Bücher, Termine und mehr
- 48 **Debatte** Leiharbeit belastet Stammebelegschaft in Kliniken
- 49 **Nachlese** Briefe an die Redaktion
- 49 **Impressum** Wer steckt hinter G+G?
- 50 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen



36 Durchblick: Wie Patienten Gesundheitswissen vermittelt bekommen

ALLERGIEN

Pollensaison hat begonnen

Bereits im Januar wurden in diesem Jahr die ersten Flüge von Hasel- und Erlenpollen registriert. Grund für den frühen Auftakt der Pollensaison war das milde Klima über Weihnachten und am Jahresanfang. Das berichtet die Europäische Stiftung für Allergieforschung. Mehr Hasel- und Birkenpollen als im vergangenen Jahr erwartet auch die Stiftung Deutscher Polleninformationsdienst (PID). Wer schon jetzt unter den typischen Heuschnupfensymptomen leidet, sollte im Zweifelsfall einen Allergologen aufsuchen. Allergikern steht zudem das kostenlose Elektronische Pollentagebuch des PID zur Verfügung. ■

MEHR INFOS:

www.pollenstiftung.de

KRANKENTRANSPORT

Klinikspezialisierung beflügelt Luftrettung

Die Rettungsflieger des ADAC und der DRF Luftrettung rücken immer häufiger aus. 2011 waren es beim ADAC 47.315 Einsätze (plus 7,3 Prozent im Vergleich zu 2010) und bei der DRF 35.075 Einsätze (plus drei Prozent). Bundesweit spezialisierten sich Kliniken stärker auf die Behandlung bestimmter Krankheitsbilder, erklärte DRF-Vorstand Steffen Lutz den Anstieg der Flugzahlen. Patienten müssten häufiger mit dem Hubschrauber auf dem schnellsten Weg in weiter entfernte Spezialkliniken verlegt werden. Der Ärztemangel führe zudem besonders im ländlichen Raum zu Engpässen im Notarztendienst, ergänzte Frédéric Bruder, Ge-



Ist der Winter schuld am Schnupfen oder sind es schon die Pollen von Hasel und Erle?

schaftsführer der ADAC-Luftrettung. Der ADAC betreibt bundesweit 35 Rettungshubschrauber, davon fünf auch für den Transport von Intensivpatienten, die DRF 28, davon zwölf intensivmedizinisch ausgerüstete. Das Bundesinnenministerium stellt zwölf Rettungshubschrauber. Zudem beteiligen sich einige private Anbieter, vor allem in Norddeutschland, sowie entsprechende Hubschrauber der Bundeswehr an der Luftrettung. ■

PHARMAFORSCHUNG

Zentrum für Arzneitests eröffnet

Auf dem Gelände des Universitätsklinikums in Lübeck ist ein neues Forschungszentrum mit zwölf stationären Betten für frühe klinische Studien eröffnet worden. Es wird von der Firma Clinical Research Andernach Services betrieben, die dort neue Arzneimittel an gesunden Probanden und Patienten mit chronischen Erkrankungen auf ihre Wirksamkeit testen will, teilte der Vorstandsvorsitzende des Universitätsklinikums, Jens Scholz, zur Eröffnung mit. Es gehe um Studien, mit denen ein sehr hoher Untersuchungs- und Überwa-

chungsaufwand verbunden sei, und solche, die spezielle Patientengruppen in kleiner Fallzahl benötigten. ■

KOOPERATION

Bonner Klinikum gründet Augennetz

Gemeinsam mit niedergelassenen Ärzten hat die Augenklinik des Universitätsklinikums Bonn das „Augennetz West“ gegründet. Ziel ist es nach Angaben des Krankenhauses, eine integrative, exzellente Patientenversorgung auf höchstem medizinischen Niveau und aktuellem Stand der Forschung anzubieten. Außerdem sollen ambulante und stationäre Behandlung stärker miteinander verzahnt werden. Zu den Ange-

boten des Augennetzes West gehöre auch ein neu eingerichtetes elektronisches Zuweisportal des Universitätsklinikums Bonn. Niedergelassene Ärzte können dieses Portal über ihre Praxissoftware oder mittels Internetbrowser nutzen. Koordinierte Prozesse sollen ambulante und stationäre Behandlung besser aufeinander abstimmen. Auch können medizinische, ökonomische und organisatorische Synergien im Rahmen des integrierten Gesundheitswesens effektiver genutzt werden. Aufgrund der demografischen Entwicklung seien gerade in der Augenheilkunde immer mehr Patienten zu betreuen, sagte Professor Frank Holz, Direktor der Bonner Universitäts-Augenklinik. ■

kurz & bündig

+++ DIABETISCHER FUSS: Bei Typ 2-Diabetikern werden jährlich 20.000 Fuß-Amputationen vorgenommen. Die Versorgung von Diabetikern in Deutschland müsse dringend verbessert werden, sagte Dr. Regina Klakow-Franck, Vorsitzende des GBA-Ausschusses Qualitätssicherung.

+++ BARRIEREFREIES WOHNEN: Nur 1,4 Prozent der Wohnungen in Deutschland sind altengerecht, sagte Hans Heinz Zimmer, Vorstandsvorsitzender des VDE, auf dem 6. Deutschen AAL-Kongress über technische Unterstützungssysteme im Wohnumfeld.

+++ STAMMZELLEN-SPENDER: Die Stefan-Morsch-Stiftung in Birkenfeld vermittelte im vergangenen Jahr nach eigenen Angaben fast 600 Stammzellspenden. Rund 23.000 Menschen ließen sich bei der Spenderdatei registrieren.



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.

KomPart
Ihr KommunikationsPartner

UMWELTSCHUTZ

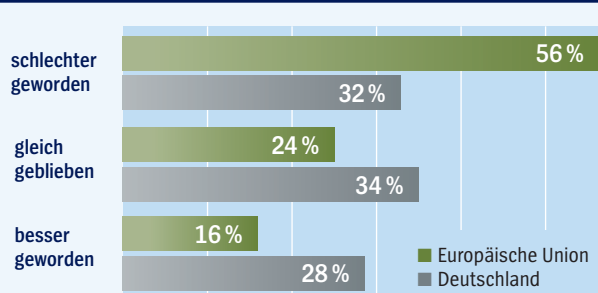
Kommission will die Luft verbessern

Die meisten Europäer sind unzufrieden mit der Luftqualität in ihren Ländern. Fast vier Fünftel fordern mehr Anstrengungen im Kampf gegen die Luftverschmutzung, so eine repräsentative Eurobarometer-Umfrage im Auftrag der Europäischen Kommission bei gut 25.000 Einwohnern in der Europäischen Union. Mehr als die Hälfte der Befragten glaubt, dass die Luft in den vergangenen zehn Jahren schlechter geworden ist. Nur jeder sechste sieht eine Verbesserung. Die größten Luftverschmutzer sind nach Ansicht der Befragten Autos und Lastwagen sowie Industrie und Kraftwerke. 70 Prozent der Befragten sehen in erneuerbaren Energien die wichtigste Energieoption der Zukunft. Die EU-Kommission sieht sich durch die Umfrage darin bestätigt, mehr gegen die in dicht besiedelten Gebieten regelmäßig vorkommende Überschreitung der Luftqualitätsnormen zu tun. ■

MEHR INFOS:

http://ec.europa.eu/public_opinion > Flash EB > Referenz-Nummer 360

Umfrage: Wie Europäer die Luftqualität empfinden



Auf die Frage, wie sich die Luftqualität in ihrem Land in den vergangenen zehn Jahren entwickelt hat, antworteten fast ein Drittel der befragten Deutschen mit „besser geworden“. Mehr als die Hälfte der EU-Bürger sagten dagegen, die Luft sei in ihrem Land schlechter geworden.

Quelle: Europäische Kommission/Eurobarometer 2013

Zitat des Monats

In Zeiten der Krise sollte man keine Krawatte tragen: Das verringert unnötig die Blutzufuhr zum Gehirn.

Lawrence (Larry) Edward Page, US-Informatiker und Google-Mitgründer

WEITERBILDUNG

Masterstudium für Kinderzahnärzte

Die Universität Greifswald hat als erste deutsche Universität einen Masterstudiengang Kinderzahnheilkunde gestartet. Das fünfsemestrige Weiterbildungsstudium soll Zahnärzte dazu befähigen, Kinder strukturierter und wissenschaftsbezogener zu behandeln. Nur die Hälfte der kariösen Milchzähne in Deutschland sei gefüllt und damit gut versorgt, sagte Professor Christian Splieth, Leiter des Studienganges, zur Begrüßung der ersten 14 Studierenden. Neben niedergelassenen Zahnärzten und Universitätsmitarbeitern aus ganz Deutschland sind sechs Kandidaten aus Jordanien, Aserbaidschan, Syrien, den Vereinigten Arabischen Emi-

raten und Griechenland darunter. Die Studiengebühren betragen rund 4.000 Euro pro Semester. Das Angebot in Greifswald wird von der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde und der Bundeszahnärztekammer unterstützt. ■

MEHR INFOS:

www.dental.uni-greifswald.de/master_kinder

STUDIE

Frühe Kreuzband-OP hat keine Vorteile

Unkomplizierte Kreuzbandrisse bei jungen, sportlich aktiven Patienten müssen nicht sofort operiert werden. Das ergab eine Studie der Universität Lund mit 120 Patienten im Alter von 18 bis 35 Jahre, die das British Medical Journal veröffentlichte. Ein neues Kreuzband sei keine Garantie gegen spätere Gelenkschäden. Nach fünf Jahren ging es den Patienten, die innerhalb von zehn Wochen nach der Verletzung operiert worden waren, nicht besser als denjenigen, die zunächst auf eine Kreuzbandplastik verzichtet hatten und nur operiert wurden, wenn es zu einer Instabilität des Kniegelenks kam oder der Patient die Operation wünschte. So sei der Hälfte der Patienten eine Operation erspart geblieben. ■

PLATTFORM

Lebensmittelforscher gründen Verband

Insgesamt 19 Universitäten, Forschungseinrichtungen und -organisationen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz haben an der Technischen Universität München in Freising-Weihenstephan einen Dachverband für Ernährungs- und Lebensmittelforschung gegründet. FoodDACH e.V. will eine Forschungs- und Entwicklungsplattform aufbauen und Kompetenzen aus verschiedenen Gebieten der Lebensmittelwissenschaft und -technologie zusammenführen. ■

PFLEGE

Wenig Skrupel vor Schwarzarbeit

Jeder vierte Deutsche kann sich vorstellen, eine Pflegekraft schwarz zu beschäftigen, 58 Prozent der Befragten lehnen eine illegale Beschäftigung zur Pflege ihrer Angehörigen dagegen ab. Das ergab eine Umfrage im Auftrag der privaten Krankenversicherung DKV. Besserverdienende haben offenbar weniger Skrupel vor Schwarzarbeit in der Pflege als Menschen mit niedrigem Einkommen. Laut Umfrage würden 68 Prozent der Hauptschulabsolventen keine Pflegekraft schwarz beschäftigen, unter den Menschen mit Abitur lehnten dies nur 51 Prozent ab. Die Bereitschaft, die eigene Berufstätigkeit eine Zeit lang zu unterbrechen, um einen Angehörigen zu pflegen, ist bei den Befragten mit einem Haushaltseinkommen unter 1.500 Euro besonders groß. Laut Schätzungen sind 60.000 bis 100.000 illegale Pflegekräfte in deutschen Haushalten beschäftigt. ■

Handaufhalten unter Strafe?

Die Krankenkassen haben in den vergangenen zwei Jahren zahlreiche Betrugsfälle im Gesundheitswesen verfolgt. Koalition und Opposition dringen auf ein härteres Vorgehen gegen Ärzte, die die Hand aufhalten. Sogar Berufsverbote sind im Gespräch. Der richtige Weg?



DANIEL BAHR (FDP), Bundesgesundheitsminister: Abrechnungsbetrug schadet den Beitragszahlern und denjenigen, die ehrlich arbeiten. Fälle von Abrechnungsbetrug, die zu einem finanziellen Schaden bei der Kasse führen, können heute schon strafrechtlich verfolgt werden. Sie müssen es auch. Diesen Sachverhalt sollte man nicht mit dem vom Bundesgerichtshof (BGH) gefassten Beschluss zur Bestechlichkeit vermengen. Der BGH hat zu Recht gesagt, dass

Ärzte nicht Amtsträger der Kassen sind. Der Steuerberater ist ja auch nicht primär dem Wohl des Finanzamtes verpflichtet. Aber wenn es zu Korruption kommt, muss sie verfolgt werden können. Wir arbeiten an einer wirksamen Regelung gegen Korruption, die gleichzeitig die Therapiefreiheit wahrt.

BIRGITT BENDER, gesundheitspolitische Sprecherin von Bündnis 90/Die Grünen: Abrechnungsbetrug und Korruption im Gesundheitswesen sind keine Kavaliersdelikte. Im schlimmsten Falle tragen die Patienten einen gesundheitlichen Schaden davon. Doch auch die finanziellen Folgeschäden sind beträchtlich. Abrechnungsbetrug ist strafbar. Das muss aber auch für korruptives Verhalten von Ärzten gelten, wo die Staatsanwaltschaften seit dem Urteil des Bundesgerichtshofes nicht mehr ermitteln. Ich plädiere daher für eine Regelung im Fünften Sozialgesetzbuch – auch im Interesse der Mehrheit der anständigen Ärzte. Das Berufsrecht reicht nicht aus.



DR. ANDREAS KÖHLER, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: Zunächst muss gesagt werden: Pauschale Vorwürfe gegen niedergelassene Ärzte finde ich unerträglich. Wie sollen wir mit einem ständigen Schlechreden des Berufes Nachwuchs finden? Natürlich gibt es auch unter Medizinern schwarze Schafe, und auch wir sehen an einigen Stellen Regelungsbedarf. Momentan beraten wir mit dem Bundesgesundheitsministerium über den

richtigen Weg. Wir brauchen eine Präzisierung im Fünften Sozialgesetzbuch, etwa bei den Anwendungsbeobachtungen. Schon heute kann bei schwerwiegenden Vergehen dem Arzt die Zulassung entzogen werden. Eine Ausweitung des Strafrechtes brauchen wir aber nicht.

DR. HELMUT PLATZER, Vorstandsvorsitzender der AOK Bayern: Noch immer dürfen selbstständige Ärzte Vergünstigungen annehmen, nur weil eine gesetzliche Regelung fehlt. Sogar der Bundesgerichtshof anerkennt das Anliegen, diesem Missstand mit strafrechtlichen Mitteln entgegenzutreten. Ich habe daher wenig Verständnis für eine zögerliche Haltung bei der Sanktionierung korrupten Verhaltens im Gesundheitswesen. Auch unsere Vertragspartner auf ärztlicher Seite müssten größtes Interesse daran haben, ihren Berufsstand nicht wegen einzelner schwarzer Schafe und fehlender gesetzlicher Regelungen unter Generalverdacht zu sehen. Ein Berufsverbot kann jedoch nur die Ultima Ratio sein.



FORSCHUNG Neuer Wirkstoff gegen Pilzinfektion

Nassfäule verursacht hohe Schäden in der Landwirtschaft, etwa beim Anbau von Champignons. Schuld sind Bakterien. Mithilfe bildgebender Massenspektrometrie, genetischer und bioinformatischer Methoden haben Arzneimittelforscher des Hans-Knöll-Instituts für Naturstoff-Forschung und Infektionsbiologie (HKI) in Jena nun die Substanz ent-



deckt, mit der die Bakterien die Pilze zersetzen. Der Jagaricin genannte Wirkstoff ist ein Ansatzpunkt für die Entwicklung neuer Medikamente gegen Pilzkrankungen beim Menschen. Den Wirkstoff zu finden, war besonders schwierig, weil die Bakterien Jagaricin nur produzieren, wenn sie einen Pilz befallen. Jagaricin ist ein neuartiges Lipopeptid mit einer ungewöhnlichen Struktur. Bisher bekannte Lipopeptide verhindern zum Beispiel die Ausbreitung von Hepatitis-B-Viren. Lipide sind größtenteils wasserunlösliche Proteine, also Verknüpfungen mehrerer Aminosäuren. ■

ENTWICKLUNGSHILFE Ärzte kritisieren Impfstrategie

Die Hilfsorganisation Ärzte ohne Grenzen hat die Weltgesundheitsorganisation aufgefordert, die globale Impfstrategie zu verbessern. Jedes fünfte Neugeborene erhalte heute keine Grundimmunisierung. Notwendig seien insbesondere Schritte zur Beobachtung von Preisen und mehr Anreize für die Entwicklung einfacher zu verabreichender Impfstoffe. Die Kosten für die Impfungen eines Kindes sind im vergangenen Jahrzehnt immens gestiegen und stellen die Nachhaltigkeit nationaler Impfprogramme in Frage. Dass Impfstoffe gekühlt, injiziert und häufig verabreicht werden müssen, erschwert ihren Einsatz in abgelegenen oder instabilen Regionen der Welt. ■

STUDIENGANG Dolmetscher für Medizin und Soziales

Die Universität Mainz bietet an ihrer Dolmetscherschule ab Wintersemester 2013/14 die Möglichkeit an, sich auf medizinische Themen zu spezialisieren. Nach Angaben der Universität ist der Masterstudiengang Translation der erste in Deutschland, der Fachdolmetscher für soziale, juristische oder medizinische Bereiche wie Frauenhäuser, Jugendamt, Polizei oder therapeutische Einrichtungen ausbildet. Der Studiengang wird vom Arbeitsbereich Interkulturelle Germanistik betreut. In Einwanderungsländern wie USA, Kanada, Australien oder Großbritannien erleichterten Fachdolmetscher seit Jahrzehnten die Eingliederung von Migranten, sagte Fachleiter Sebnem Bahadir. ■

FÖRDERGELD

Zehn Millionen Euro für Immun-Forscher

Die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) hat weitere zehn Millionen Euro für die Entwicklung neuer Therapien gegen Autoimmunerkrankungen wie Rheuma oder Multiple Sklerose zugesagt. In dem an der Berliner Charité angesiedelten Sonderforschungsbereich unter Leitung von Professor Hans-Dieter Volk arbeiten 19 Forschergruppen aus verschiedenen Einrichtungen zusammen. Sie beschäftigen sich mit Zellen, die die körpereigene Abwehr regulieren und dämpfen. Die Wissenschaftler suchen nach Möglichkeiten, diese Zellen zu erzeugen, zu stärken oder durch Transfusion zu übertragen. Ziel ist, auf immun-suppressive Medikamente mit oft schweren Nebenwirkungen verzichten zu können. ■

FORTBILDUNG

Pflegeverband gründet Akademie

Der Bundesverband ambulante Dienste und stationäre Einrichtungen (BAD), der die Interessen von rund 1.000 meist privat geführten Pflegediensten und Heimen vertritt, hat in Essen eine Pflege-Akademie eröffnet. Verbandsvorsitzende Ursula Bauer sagte, die Professionalisierung der Pflege werde über Jahre ein großes Thema bleiben. Lebenslange Weiterbildung sei in der Pflege genauso wichtig wie in anderen Berufszweigen. Mit der Pflegeakademie schaffe der BAD einen guten Standard. Für 2013 seien bereits 200 Veranstaltungen fest terminiert. ■

MEHR INFOS:
www.bad-ev.de

Köpfe und Karrieren



+++ ALEXANDER SCHWEITZER, 39, hat in der neuen rheinland-pfälzischen Landesregierung das Sozialressort übernommen. Der Jurist trat im Jahr 1989 in die SPD ein. Vier Jahre später wurde er stellvertretender Vorsitzender der Partei-Jugendorganisation Jusos in Rheinland-Pfalz und 1997 Juso-Vorsitzender im Bezirk Pfalz. 1999 errang er ein Mandat für den Kreistag des Landkreises Südliche Weinstraße und im Gemeinderat von Landau-Land. In den Mainzer Landtag zog der Sozialdemokrat 2006 ein und wurde drei Jahre später Staatssekretär im rheinland-pfälzischen Ministerium für Wirtschaft, Verkehr, Landwirtschaft und Weinbau. Nach der Landtagswahl 2011 berief ihn seine Partei zum Generalsekretär und Landesgeschäftsführer. Dem Vorstand der SPD Rheinland-Pfalz gehört er seit 2002 und dem Präsidium der Landespartei seit 2004 an.

+++ FRITZ MÜLLER, 64, ist vom Verwaltungsrat der AOK Hessen als Vorstandsvorsitzender der Gesundheitskasse bestätigt worden. Sein Vertrag wurde vorzeitig bis Ende 2015 verlängert. Der Diplom-Verwaltungswirt übt das Amt seit dem Jahr 2002 aus. Dem Vorstand gehört er seit 1996 an. Fritz Müller begann seine Laufbahn bei der AOK Wetzlar. Dort leitete er vier Jahre lang die Finanz- und Vertragsabteilung. Anschließend wurde er stellvertretender Geschäftsführer und gestaltete die Fusion zur AOK Lahn-Dill maßgeblich mit. Zu Beginn der 1990er Jahre engagierte er sich im Zuge der Wiedervereinigung bei der AOK in Nordthüringen ebenso wie bei der Fusion der hessischen AOKs zu einer Gesundheitskasse. Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der AOK Hessen ist Detlef Lamm.



+++ WOLFGANG MAIER, 64, Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Bonn, steht als neuer Präsident an der Spitze der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). Der habilitierte Psychiater, Diplom-Mathematiker und -Volkswirt folgt auf Professor Peter Falkai von der Münchener Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Professor Maier ist zudem Sprecher des vom Bundesforschungsministerium geförderten Kompetenznetzes „Degenerative Demenzen“. Der medizinischen Fachgesellschaft DGPPN gehören nach eigenen Angaben mehr als 6.300 Mediziner und Wissenschaftler an, die in der Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde tätig sind.

+++ REINHARD HOFFMANN, 55, Ärztlicher Direktor der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Frankfurt am Main und Chefarzt der dortigen Unfallchirurgie und orthopädischen Chirurgie, ist neuer Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU). Der habilitierte Mediziner leitete bereits mehrere Jahre den Ausschuss Versorgung, Qualität und Sicherheit der DGOU. Die wissenschaftliche Fachgesellschaft bündelt die Ziele ihrer beiden Trägervereine, der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie und der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie.



+++ THOMAS BIETSCH, 49, verantwortet als neuer kaufmännischer Vorstand der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) die Bereiche Personal, Finanzen, Vertragswesen, Einkauf, Controlling und EDV. Er studierte Medizinökonomie in Köln und International Management in London. In der Gesundheitsbranche arbeitet er seit vielen Jahren. Er war unter anderem Verwaltungsdirektor und Kaufmännischer Direktor der Cherubine-Willmann-Stiftung, der mehrere katholische Krankenhäuser angehören, und Geschäftsführer der Frankenwaldklinik bei der Rhön-Klinikum AG.

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

TAGUNG

Vegetarier klären
Ärzte auf

Vegetarier haben seltener Übergewicht, ein geringeres Diabetes-Risiko und sterben nicht so oft an Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Das belegen internationale epidemiologische Studien. Die Ergebnisse präsentierten die Charité, der Vegetarierbund und die Veronica-Carstens-Stiftung auf der Fachkonferenz über vegetarische Ernährung in der Gesundheitsversorgung „VegMed“ in Berlin. In der ärztlichen Praxis kämen diese Erkenntnisse kaum an, sagte Claus Leitzmann, emeritierter Professor am Institut für Ernährungswissenschaften der Universität Gießen. Ärzte seien zu wenig mit Ernährungsberaterinnen oder Diätassistenten vernetzt. Viel zu selten verwiesen die Mediziner ihre Patienten zur Ernährungsberatung an Fachleute, obwohl die Krankenkassen dafür zahlten, sagte auch Pro-



fessor Andreas Michalsen von der Ambulanz für Naturheilkunde an der Charité. ■

MEHR INFOS:
www.vegmed.org

KONGRESS
Was Männer
gesund hält

Männer sterben durchschnittlich fünf Jahre früher als Frauen – ein Nachteil, der sich möglicherweise durch Tempolimits und betriebliche Gesundheitsförderung behe-

ben ließe. Das legte der erste Männergesundheitskongress in Berlin nahe, zu dem das Bundesgesundheitsministerium (BMG) und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) eingeladen hatten. Wie es um die Gesundheit von Männern bestellt ist, recherchiert das Robert Koch-Institut (RKI). Projektleiterin Anne Starker fasste erste Ergebnisse der Analyse zusammen. Demnach sterben in der Gruppe der unter 65-Jährigen bis zu viermal mehr Männer als Frauen aufgrund von Verlet-

zungen und Vergiftungen – genauer: durch Unfälle und Suizide. Männer führen öfter als Frauen unter Alkoholeinfluss Auto und neigten insgesamt zu riskantem Fahrverhalten, so Starker. Zudem erlitten sie häufiger Arbeitsunfälle. „Das Präventionspotenzial in diesem Bereich ist nicht ausgeschöpft“, sagte die RKI-Expertin. Professor Elisabeth Pott, Direktorin der BZgA, betonte: „Traditionelle Männerrollen verhindern nach wie vor Achtsamkeit für den eigenen Körper.“ Deshalb müssten Männer über Nutzen und Vorteile von Angeboten zur Prävention informiert und zur Inanspruchnahme motiviert werden. „Wir brauchen eine Prävention, die Unterschiede zwischen den Geschlechtern stärker berücksichtigt“, sagte Ulrike Flach, Parlamentarische Staatssekretärin im BMG. Dem versucht die BZgA gerecht zu werden: mit Gesundheitsinformationen unter www.maennergesundheitsportal.de. ■

SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH

„Nicht in die Pflegeausbildung zu investieren wäre fahrlässig“

Deutschland gehen die Pflegekräfte aus. Die AOK Baden-Württemberg erhöht daher ihre Investitionen in die Ausbildung. Dazu Fragen an den Verwaltungsratsvorsitzenden der Gesundheitskasse, Günter Güner.



G+G: Herr Güner, die AOK Baden-Württemberg steckt zusätzliche drei Millionen Euro in die Ausbildung von Pflegekräften und anderer Heilberufe in Kliniken. Warum?

GÜNER: Ein Blick auf die Bilanz der vergangenen zehn Jahre zeigt: Die Zahl der Beschäftigten im Krankenhaus ist trotz Pflegesonderprogramm der gesetzlichen Krankenversicherung allein in Baden-Württemberg um mehr als 2.000 Vollzeitstellen gesunken. Wegen des demografischen Wandels werden wir aber in der stationären Pflege bis in etwa 20 Jahren über 40.000 zusätzliche Pflegekräfte benötigen. Hier nicht zu handeln und in die Ausbildung der Fachkräfte zu investieren wäre fahrlässig.

G+G: Wie lässt sich mehr Nachwuchs vor allem in der Pflege gewinnen?

GÜNER: Die Motivation, dass wieder mehr junge Menschen einen Pflegeberuf ergreifen, kann in meinen Augen nur über bessere Rahmenbedingungen des Berufes steigen. Da geht es dann etwa um

Arbeitsbedingungen oder attraktivere Arbeitszeiten. Die Umsetzung solcher Anreize kostet natürlich Geld. Sicherlich ein guter Anlass mehr, den Arbeitgeberanteil zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung dem höheren Arbeitnehmeranteil anzugleichen.

G+G: Ließe sich das Berufsbild Pflege auch mithilfe erweiterter Kompetenzen für junge Menschen attraktiver machen?

GÜNER: Eine Erweiterung von Aufgaben und Kompetenzen von professionell Pflegenden halte ich für sehr wichtig. Dies würde ein Mehr an Wertschätzung gegenüber den Menschen, die in der Pflege arbeiten, und des Berufszweiges an sich bedeuten. Sicher würden so auch mehr junge Menschen angesprochen, die sich bislang keine Ausbildung im Pflegebereich vorstellen können. Wichtig ist auch, dass die Ausbildung nicht unnötig erschwert wird und so eventuell mögliche Kandidatinnen und Kandidaten abgeschreckt werden.

Rezepte gegen OP-Rekorde

Bei der Anzahl von Operationen ist Deutschland Europa-, beim Einsatz von Endoprothesen an Knie und Hüfte sogar Weltmeister. Die Ursachen sind vielschichtig, meint **Wolfgang Molitor**. Kliniken, Kassen und Ärzte sollten gemeinsam nach Lösungen suchen.



IMMER MEHR KRANKENHÄUSER rutschen in die roten Zahlen. Der Anteil der Kliniken mit Verlusten unter den rund 2.000 Häusern stieg nach Angaben des Deutschen Krankenhausinstituts innerhalb eines Jahres von 21 auf 31 Prozent im Jahr 2011 – trotz zuletzt stark steigender Ausgaben der Krankenkassen für Klinikbehandlungen. Bei fast 60 Prozent der Krankenhäuser gingen die Umsätze zurück. Und die Erwartungen für das laufende Jahr

fallen eher pessimistisch aus: 22 Prozent der Klinikmanager gehen von einer besseren, 40 Prozent von einer schlechteren wirtschaftlichen Lage aus.

Es geht also wieder mal ums liebe Geld. Die Kliniken zeigen mit dem Finger anklagend auf die Kassen. Sie hätten Außenstände von 1,1 Milliarden Euro nicht überwiesen. Die Kassen widersprechen dem vehement. Die Klinikfinanzierung sei völlig aus dem Gleichgewicht geraten, es fehlten eine bedarfsorientierte Krankenhausplanung und ein wettbewerbles Vertragssystem mit den Krankenkassen.

Patienten und Versicherte werden in diesem Ringen von beiden Seiten ebenso instrumentalisiert wie vermeintlich besonders raffgierige Chefärzte. Ein Kassenverbandssprecher spitzt das so zu: „Weil jedes fünfte Klinikbett leer steht und Deutschland gleichzeitig darunter leidet, dass viel zu viele medizinisch unnötige Operationen gemacht werden, brauchen die Krankenhäuser nicht mehr Geld, sondern modernere Strukturen und ein patientenorientiertes Management.“

Da ist er wieder, der Vorwurf, viele Chef-Chirurgen seien vor allem eines: Beutelschneider. Arbeitsverträge mit Fallzahl- oder umsatzabhängigen Boni beförderten unnötige Operationen und machten Ärzte korrumpierbar. Zahlen werden gleich mitgeliefert. Danach ist Deutschland international Spitzenreiter beim Einsatz von Hüft- und Kniegelenkoperationen. Allein bei AOK-Versicherten hat sich die Rate der Eingriffe an der Wirbelsäule in den Jahren 2005 bis 2010 mehr als verdoppelt. Hoch lebe Herr Doktor Raffzahn.

Aber auch solche Fakten, die aufhorchen lassen, können eines nicht verdecken: Die Zahl hochbetagter Klinikpatienten steigt wohl von 2,7 Millionen im Jahr 2010 auf 3,8 Millionen im Jahr 2020. Der demografische Wandel wirkt sich eben auch auf die Kliniken aus. Neuen Untersuchungen zufolge stieg der Anteil der Patienten im Alter von über 80 Jahren zwischen 2000 und 2010 von elf auf 15 Prozent. Darin liegt die große strukturelle Herausforderung, auf die Kliniken, Kassen und Ärzte mit klugem Maß reagieren müssen statt sich im Kleinklein finanzieller Schuldzuweisungen zu verlieren. ■

Wolfgang Molitor ist stellvertretender Chefredakteur der Stuttgarter Nachrichten.

ZUSATZVERSICHERUNG Pflege-Bahr nichts für Geringverdiener

Die Stiftung Warentest rät Geringverdienern davon ab, eine staatlich bezuschusste Pflege-Zusatzversicherung abzuschließen. Die nach Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr benannten Policen seien für Geringverdiener nicht sinnvoll, weil die Leistungen im Pflegefall auf die Grundversorgung angerechnet würden. Generell eignen sich Pfl egetagegeld-Policen nur für Versicherte mit dauerhaft sicherem Einkommen. Wenn der Kunde den Vertrag kündigt, seien die bis dahin gezahlten Beiträge weg. Zu bedenken sei auch, dass eine Privathaftpflichtpolice, der Berufsunfähigkeitschutz und die private Altersvorsorge wichtiger seien als eine Pflege-Zusatzversicherung. ■

PREFERE Prostata-Studie vergleicht Therapien

Krankenkassen, Krebshilfe und Urologen-Verbände haben im Januar den Startschuss für die weltweit größte klinische Langzeitstudie zur Bewertung verschiedener Behandlungsmethoden von Prostatakrebs gegeben. In die „präferenzbasierte randomisierte Studie beim Niedrig-risiko-Prostatakarzinom“ (PREFERE-Studie) sollen in den ersten vier Jahren bundesweit 7.600 Patienten einsteigen. Sie werden anschließend 13 Jahre lang wissenschaftlich beobachtet. Rund 1.000 Urologen und Strahlentherapeuten beteiligen sich daran. Die Studie sei richtungsweisend für die Behandlung von Menschen mit Prostatakrebs im Frühstadium, sagte der Präsident der Deut-

schen Krebshilfe, Fritz Pleitgen. Der Verein finanziert das Projekt bis 2030 mit knapp 13,5 Millionen Euro, weitere 11,5 Millionen Euro wollen die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen beisteuern. Der Großteil der jährlich mehr als 60.000 Männer mit der Diagnose Prostatakrebs hat ein lokal begrenztes Karzinom. Die PREFERE-Studie soll evidenzbasiert zeigen, ob die vier nach der aktuellen Leitlinie für diese Patienten geeigneten Behandlungsmethoden gleichwertig sind oder eine besser als andere ist. ■

MEHR INFOS:
www.prefere.de

UNTERNEHMENSBERATUNG Gesundheitssystem digital nachrüsten

Das deutsche Gesundheitssystem hinkt informationstechnisch anderen Branchen hinterher. Dies behindert laut dem Dossier „Healthcare 2020“ des Beratungsunternehmens Lünendonk die Zusammenarbeit von ambulanter und stationärer Versorgung. Ineffiziente Strukturen ließen das System mittelfristig havarieren, so Lünendonk unter Verweis auf die vom Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung auf über 90 Milliarden Euro geschätzte Lücke zwischen Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bis 2030. Dadurch steige der GKV-Beitrag von 15,5 auf 23,8 Prozent oder der Zusatzbeitrag auf 115 Euro. Da die Bevölkerung dies nicht hinnehmen werde, müssten Leistungen besser gesteuert werden. Informations- und Kommunikationstechnologien könnten dazu beitragen. ■

Konzepte gegen den Betten-Boom

Der Gesetzgeber eröffnet Spielräume für eine Psychiatrie-Reform. In Modellvorhaben sollen Krankenkassen, Kliniken und Ärzte sektorenübergreifende Konzepte erproben, die psychisch kranken Menschen Alternativen zur stationären Aufnahme bieten. **Von Patrick Garre**

Das Psychiatrie-Entgeltgesetz regelt die Vergütung in der Psychiatrie und Psychosomatik neu: Von 2013 bis 2021 wird stufenweise ein tagespauschalierendes Vergütungssystem eingeführt. Das Gesetz beinhaltet aber auch einen bemerkenswerten versorgungspolitischen Aspekt. Paragraph 64b Sozialgesetzbuch (SGB) V sieht vor, dass Krankenkassen, Kliniken und Ärzte die Versorgung psychisch kranker Menschen modellhaft weiterentwickeln und verbessern. Die Projekte sollen die Besonderheiten in der Psychiatrie berücksichtigen: lange Betreuungsdauer, wiederholte Kontakte und die Vielzahl der beteiligten Therapeuten und Einrichtungen.

Institutsambulanzen einbeziehen. Die Regelung ermöglicht es, unterschiedliche Projekte zur Verbesserung der sektorenübergreifenden psychiatrischen Versorgung zu etablieren und zu fördern. Insbesondere Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung und Leistungen der

psychiatrischen und psychosomatischen Institutsambulanzen nach Paragraph 118 SGB V (ein multiprofessionelles ambulantes Behandlungsangebot, angebunden an die entsprechenden Fachkliniken oder Fachabteilungen) sollen Teil dieser Konzepte sein. Krankenkassen – auch einzelne – und ihre Verbände können gemeinsam mit der privaten Krankenversicherung mit einzelnen oder Gruppen von Leistungserbringern Modellvorhaben vereinbaren, die zunächst auf acht Jahre befristet sind.

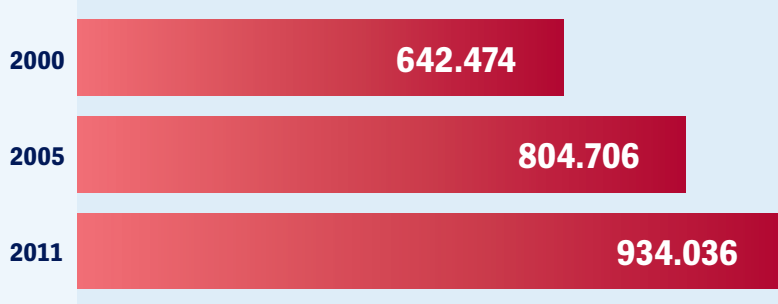
Bislang ist die psychiatrische Versorgung in Deutschland sektoral abgegrenzt. Der Schwerpunkt liegt auf der stationären Behandlung. Im Durchschnitt sind 95 Prozent der Klinikbetten in psychiatrischen Fachabteilungen belegt. Die hohen Bettenauslastungen und die mangelnde Effizienz der ambulanten psychiatrischen Versorgung führen dazu, dass im stationären Bereich in den vergangenen zehn Jahren jährlich 500 bis 1.000 Betten hinzugekommen sind. Da sich an

den Rahmenbedingungen der psychiatrischen Regelversorgung in absehbarer Zeit nichts ändern wird, setzt sich die beschriebene Entwicklung in Zukunft fort. Das hat nicht nur Auswirkungen auf die Finanzierbarkeit, sondern mindert die Qualität der Versorgung insgesamt. Denn ein Teil der Patienten landet bisher nur deshalb in der Klinik, weil es an ambulanten oder sektorenübergreifenden Angeboten fehlt.

Wenig Verwaltungsaufwand. Für eine rasche Umsetzung von möglichst vielen Modellvorhaben ist eine einfache Handhabung des Paragraphen 64b SGB V notwendig. Dem hat der Gesetzgeber Rechnung getragen. So bedarf es bei Abschluss eines Modellvorhabens keiner Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde. Die Vereinbarung ist lediglich vorzulegen. Erst wenn die Vertragspartner nach Ablauf von acht Jahren eine Verlängerung des Modellvorhabens wünschen, muss die Aufsichtsbehörde dies auf der Grundlage der Begleitforschung genehmigen. Desweiteren entfällt die Notwendigkeit einer kassenindividuellen Satzungsregelung, die bei Modellprojekten nach Paragraph 63ff. sonst üblich ist. Schließlich ist keine Einwilligung oder Einschreibung der Patienten in ein Modellvorhaben notwendig, wie dies beispielsweise bei Verträgen zur Integrierten Versorgung vorgeschrieben ist. Die Vorgaben zur Leistungsdokumentation und zur Datenübermittlung bleiben jedoch bestehen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) muss im Rahmen der Weiterentwicklung des Psychiatrie-Entgeltsystems auf diese Daten zurückgreifen können. Auch die Ergebnisse der von den Vertragspartnern in Auftrag gegebenen Begleitforschung zu den Modellvorhaben sind dem InEK vorzulegen.

Die Zahl stationärer Behandlungen steigt

Fallzahlen in psychiatrischen Fachabteilungen



Immer häufiger landen Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Klinik. So lag die Fallzahl stationärer Behandlungen im Jahr 2000 bei rund 640.000. Im Jahr 2011 war sie auf mehr als 930.000 angestiegen – das entspricht einem Zuwachs um 45 Prozent.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1

Klinik bildet Kern des Modells. Psychiatrische Modellprojekte nach Paragraph 64b SGB V können nicht losgelöst von der aktuellen Versorgungslage eingeführt werden. Die bestehenden Leistungs- und regionalen Versorgungspflichten müssen beibehalten werden. Die Versorgung erfolgt lediglich anders, eben modellhaft, weshalb auch keine Einschreibung der Versicherten notwendig ist. Die aktuellen Diskussionen zur Umsetzung beziehen sich auf ein beispielhaftes Grundmodell. Den Kern eines Projektes bildet demnach ein psychiatrisches Krankenhaus mit angeschlossener Tagesklinik und psychiatrischer Institutsambulanz. Die Klinik kann je nach Schweregrad der Erkrankung ihr Behandlungsangebot von ambulant bis stationär abstufen: Entweder sie nimmt die Patienten stationär auf.

Die Projekte sollen die Qualität der Versorgung erhöhen.

Alternativ kommen Patienten nur in die Tagesklinik und schlafen zu Hause, oder sie nehmen die ambulanten Leistungen der angegliederten psychiatrischen Institutsambulanz in Anspruch.

Das Budget des Krankenhauses sollte kassenartenübergreifend ausgestaltet sein, wobei auch andere Konstellationen möglich sind. Idealerweise sind alle relevanten Krankenkassen einer Region Vertragspartner der Einrichtung. Die Kliniken können Modellvorhaben so besser handhaben, weil sie bei der Behandlung und Vergütung nicht zwischen den Versicherten einzelner Kassen unterscheiden müssen. Die Projekte sollen das gesamte Spektrum der psychiatrischen Leistungen berücksichtigen, um eine ganzheitliche, sektorenübergreifende und qualitativ hochwertige Versorgung zu bieten. Darüber hinaus sollte die Teilnahme niedergelassener Vertragsärzte an den Modellen angestrebt werden. Die wissenschaftliche Begleitforschung untersucht sowohl die Qualität der Versorgung wie auch wirtschaftliche Aspekte. So ist es beispielsweise von Interesse, wie viele Tage ein Patient im Modellprojekt krankgeschrieben ist



Psychiatrische Kliniken stocken ihre Betten jährlich um 500 bis 1.000 auf. Modellprojekte zeigen Auswege aus der zunehmenden Hospitalisierung.

oder welche Mengen an Arzneimitteln er im Vergleich zu Patienten in der Regelversorgung benötigt. Aus Sicht der Krankenkassen ist die Verbesserung der Qualität der Versorgung ein wesentlicher Punkt. Auch sollten die Projekte einen Beitrag dazu leisten, den aktuellen starken Anstieg der Kapazitäten für die stationäre Versorgung signifikant abzumildern.

Konzept für Evaluation entwickelt. Um vergleichbare Aussagen bei der Bewertung von Modellen zu erhalten, sind nicht nur vergleichbare Modellkonstruktionen wünschenswert, sondern auch ein Satz von gleichen Basisindikatoren. Der AOK-Bundesverband hat ein Evaluationskonzept mit etwa 20 Indikatoren entwickelt, das in allen Projekten die gleichen medizinischen, qualitativen und wirtschaftlichen Fragestellungen beleuchtet. Die Ergebnisse aus den Modellvorhaben können so gebündelt für ein größeres Patientenkollektiv der Regelversorgung gegenübergestellt werden.

Im Januar 2012 beteiligten sich die AOKs deutschlandweit an 27 Modellprojekten in der Psychiatrie auf der Rechtsgrundlage der Paragraphen 63 und 140 SGB V sowie Paragraph 24 Bundespflegegesetzverordnung alte Fassung (Modellvorhaben zur Entwicklung pauschalierter Vergütungen). Bei vielen dieser Projekte wird derzeit die Umstellung auf Paragraph

64b SGB V geprüft. Auch die erstmalige Implementierung von Projekten auf Basis der neuen Rechtsnorm ist vielfach im Gespräch. Mit ersten Abschlüssen nach Paragraph 64b SGB V ist bereits im ersten Halbjahr 2013 zu rechnen.

Zusammenfassend bleibt festzustellen, dass das Psychiatrie-Entgeltgesetz vor allem die Finanzierung in der stationären psychiatrischen Versorgung verändert. Die bisherige psychiatrische Versorgung mit ihren Defiziten bleibt bestehen, da sich zu deren Verbesserung keine Regelungen im Gesetz finden. Paragraph 64b SGB V ist aber ein Ansatz, die Überlegenheit einer sektorenübergreifenden Versorgung beispielhaft zu belegen. Dazu ist es notwendig, möglichst viele Modellprojekte zu initiieren und innovative sowie qualitativ hochwertige Versorgungs- und Vergütungsformen einzubauen. Auf Grundlage dieser Erfahrungen sollte es möglich sein, die psychiatrische Regelversorgung schon im Laufe der Umstellung auf das neue Vergütungssystem ab 2017 weiterzuentwickeln. ■

Patrick Garre ist Referent Stationäre Versorgung/Rehabilitation in der Geschäftsführungseinheit Versorgung des AOK-Bundesverbandes.
Kontakt: Patrick.Garre@bv.aok.de

Mehr dazu im Beitrag „Psychiatrie ohne Zwangsjacke“, S. 28 bis 35 in diesem Heft.

Lernstunde zur Integrationsversorgung

Was bringt die sektorenübergreifende Behandlung weiter voran? Welche Weichen muss die Politik dafür stellen? Ist eine Vergütung nach Qualität sinnvoll? Diese Fragen erörtern Experten aus ganz Europa auf einer Konferenz in Berlin. **Von Thomas Hommel**

Das Teuerste muss nicht automatisch das Beste sein. In den USA beispielsweise stellten Gesundheitsexperten in den 1990er Jahren einigermaßen verblüfft fest, dass vergleichsweise kostspielige Hospitäler nicht immer die mit der höchsten Versorgungsqualität sind. In der Folge wurde die Forderung laut, für vermeidbare schlechte Qualität kein Geld mehr zu zahlen und nachweisbar gute Versorgung mit einem finanziellen Aufschlag zu belohnen. Damit hatte die Geburtsstunde des Pay for Performance – P4P abgekürzt – geschlagen.

Vor allem im angelsächsischen Raum schossen entsprechende Modelle danach wie Pilze aus dem Boden. Die Grundidee war dabei fast immer dieselbe: Zum einen sollte die Qualität der Versorgung in Krankenhäusern und Arztpraxen verbessert, zum anderen die Kosten in beiden Sektoren gedrosselt werden.

Mehr Geld für bessere Qualität. Während P4P-Modelle in den USA und in Großbritannien seither in großem Umfang getestet werden, steckt das Ganze in Deutschland noch in den Kinderschuhen. So haben bis dato nur einige wenige Krankenkassen Verträge zur integrierten

Versorgung aufgelegt, in denen das Prinzip mehr Geld für bessere Qualität zum Tragen kommt. Das dem so ist, hat laut einem Gutachten des BQS-Instituts für Qualität und Patientensicherheit mehrere Ursachen. Das größte Problem besteht demnach darin, dass es valider Parameter bedarf, anhand derer sich ein Mehr an

In Deutschland steckt Pay for Performance noch in den Kinderschuhen.

Qualität in der Versorgung konkret abbilden lässt. Problematisch ist zudem, dass es bislang an Belegen für die Wirksamkeit von P4P fehlt. Im Gegenteil: In Großbritannien führte der Nationale Gesundheitsdienst 2004 eine qualitätsbasierte Honorierung von Allgemeinärzten ein. Wissenschaftler konnten bei der Evaluation des Programms jedoch keine, dem neuartigen Vergütungssystem zuzuordnende Qualitätssteigerung feststellen.

Vier Herausforderungen. Bedeutet dies, dass P4P als Anreizmodell für integrierte Versorgung ausscheidet? Eine von zahlreichen Fragen, die Gegenstand einer internationalen Konferenz sind, die am 11. und 12. April 2013 in Berlin stattfindet (*siehe Kasten*). Veranstalter ist neben dem AOK-Bundesverband und dem Bundesverband Managed Care auch die Internationale Stiftung für Integrierte Versorgung – ein Zusammenschluss von Wissenschaftlern und Praktikern aus ganz Europa, die sich dem Thema vernetzte Versorgung verschrieben haben.

Teilnehmer aus Deutschland, Großbritannien, den Niederlanden, Belgien, Schweden, Dänemark und der Schweiz tauschen sich über neuartige Vergütungssysteme und finanzielle Anreize für die integrierte Versorgung aus. Sie diskutieren politische Rahmenbedingungen für die Umsetzung einer gut koordinierten Versorgung chronisch kranker Patienten, fragen nach organisatorischen Voraussetzungen und langfristigen Strategien zur Implementierung sektorenübergreifender Lösungen in die nationalen Gesundheitssysteme. „Ein derartiger Erfahrungsaustausch auf dem Gebiet der integrierten Versorgung ist einmalig und macht den besonderen Charme der Veranstaltung aus“, ist Evert Jan van Lente, stellvertretender Geschäftsführer Versorgung beim AOK-Bundesverband, überzeugt.

Welche Paragraphen braucht es? In vielen Ländern der Welt, so der AOK-Experte, wachse die Einsicht, dass sich die Qualität der Versorgung nur steigern und die Kosten dafür im Zaun halten ließen, wenn die Rahmenbedingungen für eine gute Abstimmung zwischen Ärzten, Kliniken und anderen Gesundheitsanbietern richtig gesetzt und entsprechende Selektivverträge geschlossen würden. „Dafür alle an einen Tisch zu kriegen, ist nicht immer leicht.“ Der Kongress verstehe sich als eine Art Lernstunde: „Wo in Europa funktioniert integrierte Versorgung unter welchen Rahmenbedingungen?“

Die Frage nach einem Vergütungssystem wie P4P sei eine von vielen Aspekten, sagt van Lente. Bewusst hätten die Organisatoren auch Politiker eingeladen, um gemeinsam mit ihnen auszuloten, in welchem gesetzgeberischen Umfeld Verträge zur integrierten Versorgung gut gedeihen könnten und wo sich Hindernisse aufträfen. ■

Best Practice in Europa

„Die vier wichtigsten Herausforderungen für die Integrierte Versorgung“ lautet der Titel der internationalen Konferenz, die am 11. und 12. April 2013 im Hotel Aquino in Berlin-Mitte stattfindet. Veranstalter sind neben dem AOK-Bundesverband die Internationale Stiftung für Integrierte Versorgung (IFIC), der Bundesverband Managed Care, die Universitäten Heidelberg, Rennes und Utrecht sowie das AQUA-Institut. G+G ist Medienpartner des Kongresses. Informationen und Anmeldung: www.integratedcarefoundation.org

Gesundheit ist eine Aufgabe aller

Mit einer Präventionsstrategie will die Bundesregierung Volkskrankheiten wie Diabetes oder Bluthochdruck zu Leibe rücken. Bei der Finanzierung nimmt sie ausschließlich die Kassen in die Pflicht. Nach Einschätzung von Experten ist das zu kurz gedacht. **Von Thomas Hommel**

Über Monate hinweg wurde sie angekündigt. Zu Jahresbeginn haben die Regierungskoalitionen von Union und FDP ihren Gesetzentwurf für eine „Nationale Präventionsstrategie“ vorgelegt. Übergeordnetes Ziel ist es, „das Wissen, die Befähigung und die Motivation der Bevölkerung zu gesundheitsbewusstem Verhalten in allen Lebensphasen zu stärken und damit gesundheitliche Risiken zu reduzieren“. Ende vergangenen Jahres hatten im Bundesrat bereits Hamburg, Brandenburg und Schleswig-Holstein einen Antrag vorgelegt, die aktuell von den Krankenkassen aufgebracht Mittel für Prävention je Versicherten mindestens zu verdoppeln. Die Renten-, Unfall-, Pflege- und die Arbeitslosenversicherung sollten sich daran proportional mit insgesamt rund 25 Prozent der aufzubringenden Summe beteiligen. Der Antrag wurde an den zuständigen Ausschuss der Länderkammer zur Beratung überwiesen.

Sechs Euro je Versicherten. Den Plänen der Bundesregierung zufolge sollen die Kassen ab kommenden Jahr pro Versicherten sechs Euro für Präventionsangebote zahlen statt aktuell 3,01 Euro. Ein Drittel des Betrages – also mindestens zwei Euro – sollen für betriebliche Gesundheitsförderung aufgewendet werden. Damit auch kleine und mittlere Betriebe an der Gesundheitsvorsorge partizipieren können, sollen die Kassen mit örtlichen Industrie- und Handelskammern sowie den Handwerkskammern zusammenarbeiten. Bonus-Zahlungen an Arbeitgeber sollen ausschließlich auf qualitätsgesicherte Maßnahmen zur Primärprävention ausgerichtet sein.

Die Altersgrenze für Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern soll laut Koalition von sechs auf zehn Jahre angehoben werden. Die Bundeszentrale für

In der Pole-Position

Laut Präventionsbericht des GKV-Spitzenverbandes gaben die gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2011 rund 270 Millionen Euro für Präventionsleistungen aus. Mit insgesamt 106 Millionen Euro übernahm die AOK den größten Teil. Schwerpunkte der Investitionen bildeten unter anderem die betriebliche Gesundheitsförderung sowie Angebote zu gesunder Ernährung und Bewegung im Kindergarten. Weitere Informationen: www.aok-bgf.de; www.aok-familie.de

gesundheitsliche Aufklärung (BZgA) soll unter anderem hierfür Materialien und Schritte erarbeiten und mit Elterngruppen wirksame Aufklärungskampagnen entwickeln. So soll die Behörde von den Kassen eine Vergütung erhalten, die bei mindestens 50 Cent je Versicherten liegt.

Ärzte sollen beraten. Eine besondere Stellung innerhalb der Präventionsstrategie, die Union und FDP im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) verankert sehen wollen, nehmen Ärzte wahr. Die derzeit „vorrangig“ auf Krankheitsfrüherkennung ausgerichtete Gesundheitsuntersuchung in der Praxis soll genutzt werden, um „gesundheitsliche Belastungen und Risikofaktoren“ zu erkennen. Die Untersuchung soll zudem eine „prä-

ventionsorientierte Beratung“ enthalten. Auf Basis der Empfehlungen des Arztes können Patienten dann bestimmte Präventionskurse ihrer Kasse besuchen.

Länder und Kommunen einbinden. Bei Verbänden und Experten stießen die Pläne auf ein verhaltenes Echo. Der AOK-Bundesverband begrüßte den Entwurf „im Grundsatz“, nannte die Umsetzung der Präventionsstrategie im SGB V allerdings nicht zielführend. „Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe von Bund, Ländern und Kommunen“, sagte Kai Kolpatzik, Abteilungsleiter Prävention beim AOK-Bundesverband. Das Sozialgesetzbuch regle nur, was auf Bundesebene zu regeln sei und lasse die Länder mehr oder weniger außen vor. „Die müssen aber eingebunden werden, weil das Bedürfnis, die Gesundheit zu erhalten, auch stark von der Bildung abhängt. Und Bildung ist Ländersache und findet in den Kommunen statt.“ Kontraproduktiv sei auch, die Präventionsarbeit der BZgA über die Kassen mitfinanzieren zu lassen. „Das ist schon deswegen nicht in Ordnung, weil die BZgA eine nachgelagerte Bundesbehörde ist und somit mit Steuergeldern und nicht etwa mit Beitragsgeldern der gesetzlich Krankenversicherten finanziert werden sollte“. ■

Mehr Dampf im Kessel, bitte!

Die Idee ist simpel: Haus- und Fachärzte arbeiten eng zusammen, um die Behandlung zu optimieren. Doch die integrierte Versorgung stockt. Helfen könnte ein Innovationsfonds, so der Tenor bei einer Tagung des Bundesverbandes Managed Care. **Von Thomas Hommel**

Erstens kommt es anders und zweitens als gedacht. Auch Dr. Ignazio Cassis, Mitglied des Schweizer Parlaments, musste jüngst diese Erfahrung machen. Der gelernte Arzt war fest davon ausgegangen, das Gros der Eidgenossen votiere für die flächendeckende integrierte Versorgung im Land. Immerhin praktiziert die Schweiz seit gut 20 Jahren Managed Care – ein Konzept, bei dem sich Patienten in engmaschigen Netzen aus Allgemein- und Fachmedizinerinnen behandeln lassen. Das „Managed-Care-Gesetz“, das Parlament und Regierung auf den Weg bringen wollten, sollte die Position der Hausärzte als Lotsen stärken und die freie Arztwahl nur noch gegen Aufpreis zulassen.

Aus per Volksentscheid. Bei einer Volksbefragung im vergangenen Jahr stimmten jedoch 76 Prozent der Schweizer gegen das Gesetz. Für Cassis eine herbe Enttäuschung, wie er beim Jahreskongress des Bundesverbandes Managed Care (BMC) in Berlin gestand. G+G ist Medienpartner der Veranstaltung. Vor allem Ständesorganisationen der Fachärzte hätten – in ungewohnter Allianz mit Gewerkschaften – die Angst vor dem Verlust der freien Arztwahl geschürt und damit die Diskussion in die falsche Richtung gelenkt. Denn Konsens sei gewesen, dass sich die Qualität des Schweizer Gesundheitssystems nur mithilfe von mehr Koordination heben lasse. „Ja zu Managed Care mit dem Hausarzt als Zentrum“, dies sei die vorherrschende Meinung gewesen. Beleg dafür seien auch die rund 1,3 Millionen Versicherten, die in eines der 73 Netze eingeschrieben seien. Dass das Gesetz in den Kantonen durchgefallen sei, die kaum Erfahrung mit Managed Care hätten, zeige, wie Unwissenheit ausgenutzt worden sei. So habe allein der verwendete Anglizismus manche zu der



Ansicht verleitet, demnächst kümmern sich nur noch profitorientierte Manager um ihre Gesundheit. Cassis persönliche Konsequenz aus all dem: „Managed Care ist tot. Es lebe die integrierte Versorgung.“

Neue Anreize setzen. Dass es nicht allein am Begriff liegt, zeigen Erfahrungen in Deutschland. Trotz einer hohen Anzahl von Selektivverträgen stagniere der Anteil der Ausgaben für integrierte Versorgung aus dem Topf der gesetzlichen Krankenversicherung bei unter einem Prozent, bedauerte BMC-Vorstandsvorsitzender Professor Volker Amelung. Noch immer scheuten viele Kassen größere Investitionen in Projekte, in denen Patienten sektorenübergreifend versorgt würden. „Das Risiko erscheint zu hoch, der Gewinn unvorhersehbar.“ Ohne zusätzliche Anreize nähmen neue Versorgungsformen kaum Fahrt auf. Abhilfe schaffen könne ein Innovationsfonds für Pilotprojekte.

Den Kopf nicht in den Sand stecken. Die Absicht des Gesetzgebers, mittels integrierter Versorgung die Sektoren stärker zu verzahnen und dafür Selektivverträge zu schaffen, sei richtig, sagte Hamburgs Gesundheitsministerin Cornelia Prüfer-Storcks (SPD). „Das Interesse am Abschluss der Verträge aber schwindet.“ Oft sei der Rechtsrahmen „unklar“ und das Geschäft der Vertragsfindung „mühsam“. Den Kopf in den Sand stecken dürfe aber niemand. „Die Zeit der integrierten Versorgung kommt noch.“ Die nächste Gesundheitsreform nach der Bundestagswahl müsse die Weichen neu stellen. Das Versorgungsstrukturgesetz habe die Idee der integrierten Versorgung nicht befördert, zumal die neue ambulante spezialfachärztliche Versorgung ausdrücklich nicht selektivvertraglich geregelt werde.

Miteinander von kollektiv und selektiv. Ulrike Flach (FDP), Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium, widersprach dem. Im Bereich der spezialärztlichen Versorgung, der Diagnostik und Behandlung schwerer Erkrankungen umfasse, sollten Fachärzte und Kliniken miteinander konkurrieren und zu gleichen Konditionen gleiche Leistungen anbieten. Von solchem Wettbewerb profitierten Patienten. Der Stand der Beratung im Gemeinsamen Bundesausschuss, der Details der neuen Versorgungsschiene ausarbeiten muss, sei jedoch „nicht zufriedenstellend“. Die gesetzte Frist zur Vorlage der Richtlinie sei verstrichen, und auch inhaltlich spiegele sich in den Diskussionen im Bundesausschuss die ursprüngliche Absicht des Gesetzgebers „deutlich zu wenig“ wider, monierte Flach. Ziel der Koalition sei ein Miteinander von Kollektiv- und Selektivvertrag. „Wir brauchen beides und sollten uns anstrengen, hier mehr zu tun.“ ■

„Alltagsbegleiter leisten wertvolle Hilfe“

Menschen mit geistiger Behinderung gelten selbst als hilfsbedürftig. Als Alltagsbegleiter in der Altenhilfe spielen und singen sie mit Senioren oder lesen ihnen vor. Damit unterstützen sie ein Pflegekonzept, das soziale Bedürfnisse stärker berücksichtigt, sagt **Ralf Suhr**.

G+G: Geistig behinderte Menschen begleiten pflegebedürftige Senioren im Alltag: Wer hilft hier wem?

Suhr: Bei unserem Projekt ging es nicht um die klassischen Aufgaben der Pflege, die Fachkräften vorbehalten bleiben. Und doch sind die von uns untersuchten Tätigkeiten der Alltagsbegleiter für das Wohlbefinden der Senioren enorm wichtig. Alltagsbegleiter beschäftigen sich mit Senioren, sie spielen oder singen mit ihnen oder lesen ihnen vor, sie begleiten sie auf Spaziergängen oder anderen Wegen. Dabei sind sie zumindest in großen Anteilen in direktem, sozialem Kontakt mit den Heimbewohnern. All das verstehen wir unter Alltagsbegleitung. Immer wieder haben wir gehört, wie viel Druck es von der Station nimmt, wenn diese Aufgaben erfüllt werden. Insofern profitieren die pflegebedürftigen Senioren genauso wie die Pflegekräfte von der Integration geistig behinderter Menschen.

G+G: Für Menschen mit geistiger Behinderung ist es ein Traum, als Alltagsbegleiter zu arbeiten. Warum?

Suhr: In unserer Studie haben viele Alltagsbegleiter den Wunsch geäußert, weiterhin in ihrer Einrichtung arbeiten zu wollen. Der Einsatz in der Altenhilfe bedeutet für die Alltagsbegleiter, einen erfüllenden Beruf zu haben, der stolz und selbstbewusst macht und ihre soziale Teilhabe stärkt. Ein zentraler Aspekt ist das Gefühl, gebraucht zu werden und für andere Menschen da zu sein. Auch die Nähe zu den Kollegen sowie der soziale Kontakt insgesamt spielen hierbei eine große Rolle.

G+G: Welche Fähigkeiten bringen behinderte Menschen für den Beruf als Alltagsbegleiter mit?

Suhr: Wir haben von Mitarbeitern gehört, die sehr erfolgreich am Empfang einer Senioreneinrichtung arbeiten. Unter dem Strich gilt aber, dass die Möglichkeiten so vielfältig sind wie die Menschen auch. Die Integration in den Arbeitsalltag kann jedoch nur gelingen, wenn die All-

Suhr: Menschen mit Behinderung werden oft eher als Hilfeempfänger wahrgenommen. Als Alltagsbegleiter leisten sie dagegen wertvolle Hilfe für andere. An dieser Umkehrung der Sichtweise sind wir interessiert. Das Projekt folgt darüber hinaus einem allgemeineren Ansatz: Die

Von der Integration geistig behinderter Menschen als Alltagsbegleiter profitieren Senioren und Pflegekräfte.

Dr. Ralf Suhr, Zentrum für Qualität in der Pflege



tagsbegleiter gezielt auf ihre Aufgaben vorbereitet werden. Die Lebenshilfe Braunschweig beispielsweise bietet ein Qualifizierungsprogramm an, in dem Menschen mit Behinderung zu Alltagsbegleitern weitergebildet werden.

G+G: Wie reagieren die potenziellen Arbeitgeber und die pflegebedürftigen Senioren auf behinderte Mitarbeiter?

Suhr: Um eine möglichst hohe Akzeptanz bei allen Beteiligten zu erzielen, sollte von vornherein mit Belegschaft, Bewohnern und Angehörigen offen kommuniziert werden. Wenn sich der tägliche Betrieb eingespielt hat, dann bleibt von anfänglichen Bedenken nichts zurück. Denn jeder kann erleben, was diese hochmotivierten Mitarbeiterinnen zu geben imstande sind.

G+G: Warum engagieren Sie sich für das Alltagsbegleiter-Projekt?

Pflege ist seit längerem dabei, einen Perspektivenwechsel zu vollziehen und verabschiedet sich von einem Konzept, das allein die physisch-pflegerische Versorgung im Blick hat. Vielmehr geht es darum, soziale Bedürfnisse und besondere Wünsche pflegebedürftiger Menschen zu unterstützen. Alltagsbegleiter tragen dazu wesentlich bei. Sie kümmern sich um die kleinen, aber wichtigen Details der Bedürfnisse älterer Menschen. ■

Die Fragen stellte Änne Töpfer.

Zur Person und zum Projekt

Dr. Ralf Suhr ist Vorstandsvorsitzender des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP), einer Stiftung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung. Das ZQP hat gemeinsam mit der Bundesvereinigung Lebenshilfe im Kooperationsprojekt „Perspektivenwechsel“ Praxis-Erfahrungen von geistig behinderten Alltagsbegleitern in der Pflege gesammelt. www.zqp.de



Von der Schwemme in die Klemme

Noch bereitet der Steuerzuschuss zum Gesundheitsfonds dem Finanzminister kein Kopfzerbrechen. Doch Schuldenbremse und EU-Fiskalpakt könnten das bald ändern – zulasten der Krankenkassen. Einen Ausweg aus der Finanzierungsfalle skizzieren [Klaus Jacobs und Sabine Schulze](#).

Die Bundesregierung beschloss im Herbst 2012, den Bundeszuschuss zum Gesundheitsfonds zu kürzen. Gesundheitsminister Daniel Bahr kommentierte dies gegenüber dem Handelsblatt am 12. November 2012 mit den Worten: „Wir werden 2013 und 2014 insgesamt 4,5 Milliarden Euro aus Mitteln des Gesundheitsfonds bereitstellen, um einen strukturell ausgeglichenen Haushalt zu ermöglichen. Das halte ich angesichts der schweren Lage, in der sich die öffentlichen Finanzen befinden, für vertretbar.“

Die Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als Manövriermasse für andere öffentliche Haushalte – das ist grundsätzlich nichts Neues. Man denke etwa an die früheren „Verschiebebahnhöfe“ zugunsten anderer Sozialversicherungszweige, zum Beispiel durch die mehrfache Absenkung der

Krankenversicherungsbeiträge für Arbeitslose. Neu ist jetzt allerdings der Begründungskontext: die explizite Bezugnahme auf die Herstellung eines „strukturell ausgeglichenen“ Bundeshaushalts. Was ist damit konkret gemeint? Ist dieser neue Kontext vielleicht sogar von grundsätzlicher Bedeutung für die künftige Finanzierung der GKV?

Für diese Fragen gibt es einen aktuellen Anlass: der europäische Fiskalpakt, der am 1. Januar 2013 in 25 der 27 EU-Mitgliedstaaten (in Großbritannien und Tschechien nicht) in Kraft getreten ist mit dem Ziel, die Staatshaushalte mittel- und langfristig zu konsolidieren. Hierbei spielt das „strukturelle Defizit“ eine wichtige Rolle, also die um konjunkturelle und besondere Einmaleffekte bereinigte Finanzierungslücke in öffentlichen Haushalten (*siehe Glossar auf Seite 22*). In Deutschland gibt es dadurch gleich zwei Obergrenzen: zum einen die seit 2009 im

Bundeszuschuss: Zahlungen des Bundes an den Gesundheitsfonds „zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen“ im Umfang von 14 Milliarden Euro pro Jahr (Paragraf 221 Sozialgesetzbuch V). Für die Jahre 2013 und 2014 wurde er um 2,5 beziehungsweise 2,0 Milliarden Euro gekürzt. Diese Kürzung soll zur Konsolidierung des Bundeshaushalts beitragen. Weil die versicherungsfremden Leistungen im Gesetz nicht näher spezifiziert sind (zum Beispiel: Leistungen im Zusammenhang mit Schwanger- und Mutterschaft oder Krankenversicherungsleistungen für Kinder und Jugendliche) und lediglich pauschal abgegolten werden, sind willkürliche Neufestsetzungen (sprich Kürzungen) des Umfangs der Zahlungen jederzeit denkbar.

Europäischer Fiskalpakt: Er trat am 1. Januar dieses Jahres in 25 der 27 EU-Staaten in Kraft. Großbritannien und die Tschechische Republik haben ihn nicht unterschrieben. Die Unterzeichner müssen künftig nahezu ausgeglichene Haushalte vorlegen. Das jährliche, um Konjunktur- und Einmaleffekte bereinigte Staatsdefizit eines Landes darf 0,5 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP) nicht überschreiten. Die Staaten sind verpflichtet, nationale Schuldenbremsen einzuführen und in ihrem Recht zu verankern. Der Europäische Gerichtshof soll überprüfen, ob die Staaten diese Schuldenbremse auch in nationales Recht umsetzen. Wer dem nicht nachkommt, kann verklagt werden und muss mit finanziellen Sanktionen rechnen. Die verhängte Geldstrafe soll nicht höher als 0,1 Prozent der Wirtschaftsleistung sein und ist an den Rettungsschirm ESM zu zahlen. Dieser wiederum kann nur von den Ländern in Anspruch genommen werden, die sich im Rahmen des Fiskalpaktes zur Schuldenbremse verpflichtet haben.

Sozialausgleich: Begrenzung der Belastung der GKV-Mitglieder durch den durchschnittlichen Zusatzbeitrag auf maximal zwei Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen eines Mitglieds; die Finanzierung soll ab 2015 aus Steuermitteln erfolgen. Weil der Beitragssatz zum Gesundheitsfonds gesetzlich bei 15,5 Prozent festgeschrieben ist, die Ausgaben der GKV aber in der Regel stärker wachsen als die beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder, muss in Zukunft von einem kontinuierlichen Anstieg des Zusatzbeitragsniveaus und damit von einem immer höheren Finanzierungsbedarf für den Sozialausgleich ausgegangen werden.

Strukturelles Defizit: Es bezeichnet die um konjunkturell bedingte Effekte und Einmaleffekte bereinigte Neuverschuldung des Staates. Beispiel: Im Krisenjahr 2009 lag das „normale“ Defizit bei 4,6 Prozent, das konjunkturbereinigte strukturelle Defizit aber „nur“ bei 2,76 Prozent des BIP. Das strukturelle Defizit ist somit ein Indikator für den Konsolidierungsbedarf, um die Finanzierungslücke durch Einnahmeverbesserungen und/oder Ausgabenkürzungen zu schließen. Die jährliche Obergrenze des strukturellen Defizits beträgt nach der grundgesetzlichen Schuldenbremse für die Haushalte von Bund und Ländern 0,35 Prozent des BIP und nach dem europäischen Fiskalpakt für den Gesamtstaat (Bund, Länder, Gemeinden und Sozialversicherungen) 0,5 Prozent des BIP.

Grundgesetz verankerte Schuldenbremse für die Haushalte von Bund und Ländern und zum anderen die Begrenzung der Neuverschuldung nach dem europäischen Fiskalpakt, die zusätzlich noch die Haushalte der Gemeinden und Sozialversicherungen einbezieht. Nach der Schuldenbremse des Grundgesetzes darf das strukturelle Defizit von Bund und Ländern ab 2016 nicht mehr als 0,35 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP) betragen; die Länder dürfen ab 2020 sogar gar keine neuen Schulden mehr machen. Der Fiskalpakt lässt ab 2014 nur noch ein strukturelles Defizit von 0,5 Prozent des BIP zu. Das ist auf den ersten Blick zwar mehr als das Grundgesetz erlaubt. Dem Fiskalpakt liegt aber ein erweitertes „Gesamtstaatskonzept“ zugrunde. Denn er umfasst neben Bund und Ländern auch die Gemeinden und Sozialversicherungen.

Rentenversicherung trägt zum strukturellen Defizit bei. Im Hinblick auf dieses erweiterte Konzept sorgte im November 2012 Herbert Rische, Präsident der Deutschen Rentenversicherung, für Schlagzeilen. Auf einem Presseseminar seiner Organisation warnte er davor, dass die Einhaltung der Verschuldungsgrenze des Fiskalpaktes durch Regelungen im Rentenrecht unmittelbar gefährdet werden könnte. Denn laut Gesetz ist der Beitragssatz zur Rentenversicherung so festzusetzen, dass die Rücklage am Jahresende den Umfang von 0,2 Monatsausgaben nicht unterschreitet. Sie darf aber auch nicht mehr als 1,5 Monatsausgaben betragen. Letzteres aber trat Ende 2012 ein. Daraufhin wurde der Beitragssatz zum Jahresbeginn 2013 von 19,6 auf 18,9 Prozent gesenkt. Die Folge: Die Renten werden in den kommenden Jahren teilweise auch über eine Abschmelzung der Rücklage finanziert, bis diese auf den gesetzlichen Mindestwert von 0,2 Monatsausgaben gesunken ist. Erst dann müsste die Politik den Beitragssatz wieder anheben. Auf die einzelnen Haushaltsjahre bezogen wird damit jedoch ein jährliches Defizit ausgewiesen. Denn die Ausgaben der Rentenversicherung sind höher als ihre Einnahmen aus Beitragszahlungen und Zuschüssen des Bundes. Herbert Rische zufolge könnte dieses Defizit durchaus eine Größenordnung von vier Milliarden Euro erreichen – und damit etwa den Betrag ausmachen, der von dem im Fiskalpakt maximal erlaubten Defizit des Gesamtstaats in Höhe von 0,5 Prozent des BIP rechnerisch übrig bleibt, wenn Bund und Länder die ihnen im Grundgesetz eingeräumte Schuldenbremse von 0,35 Prozent des BIP voll ausschöpfen.

Krankenkassen verursachen kein strukturelles Defizit. Während also nicht auszuschließen ist, dass die Rentenversicherung unmittelbar zum gesamtstaatlichen strukturellen Defizit beiträgt, ist das bei der GKV praktisch kaum zu erwarten. Sie kennt keine vergleichbaren Regelungen, nach denen der Beitragssatz im Hinblick auf einen Mindest- oder Höchstumfang an Rücklagen festgesetzt wird, bei deren Abschmelzung es regelhaft zu einer womöglich mehrjährigen Differenz zwischen Ausgaben und Einnahmen im Sinne eines strukturellen Defizits kommen kann. Seit 2011 ist der allgemeine Beitragssatz zur GKV gesetzlich auf 15,5 Prozent festgeschrieben. Der hohe Überschuss, der sich seither aufgrund der unerwartet guten Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt im Gesundheitsfonds gebildet hat, wird

voraussichtlich aber schon ab 2013 abgeschmolzen: Weil der Zuschuss des Bundes gekürzt wird, weil die Abschaffung der Praxisgebühr der GKV einen Einnahmehausfall beschert und nicht zuletzt weil die Ausgaben wieder stärker wachsen dürften als die beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder. Damit kann es zwar kurzfristig sogar zu einem ähnlichen „Defizit-Effekt“ wie in der gesetzlichen Rentenversicherung kommen, weil die Ausgaben der GKV ihre Einnahmen übersteigen. Es dürfte sich dabei jedoch erkennbar um einen „Einmalfall“ ohne regelhaften Charakter handeln und somit nicht um ein strukturelles Defizit.

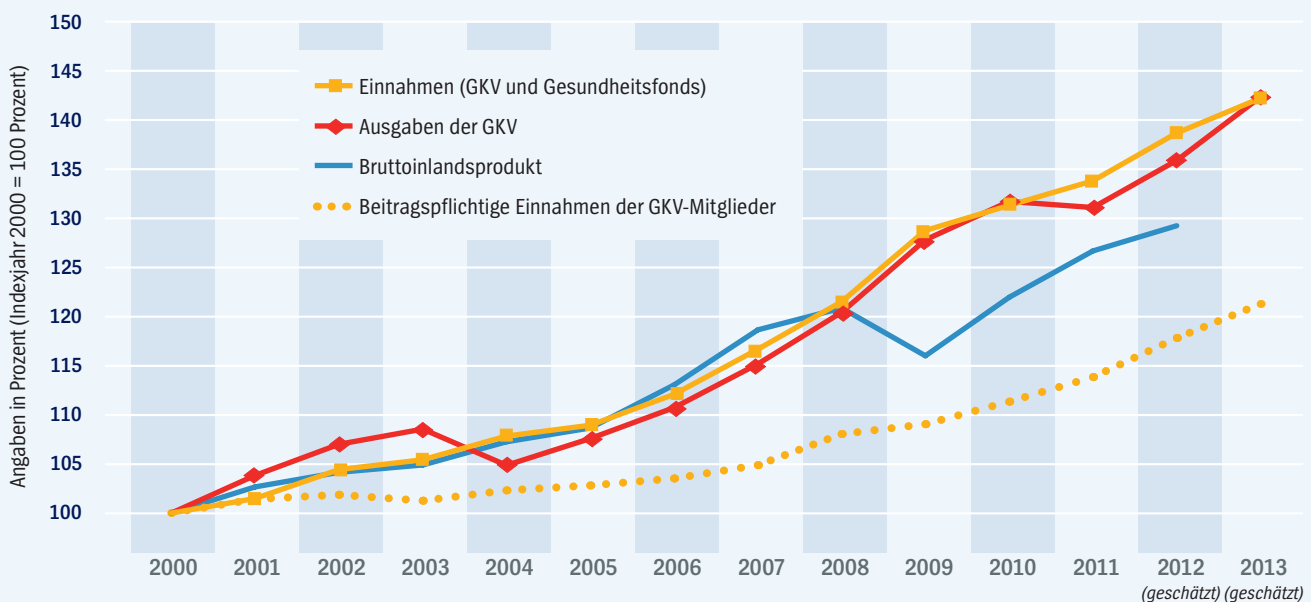
Der jahrzehntelange „Normalfall“ in der GKV sieht nämlich anders aus: Die beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder repräsentieren in ihrer heutigen Abgrenzung einen immer kleineren Teil des Volkseinkommens und wachsen deshalb in aller Regel ein ganzes Stück langsamer als das BIP. Seit 2000 sind die GKV-Ausgaben und das BIP relativ gleichmäßig gewachsen – mit Ausnahme des Krisenjahres 2009, als das BIP im Zuge der Finanzkrise einmalig um fünf Prozent schrumpfte. Die beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder sind hinter dieser Entwicklung jedoch deutlich zurückgeblieben (siehe Grafik „Lücke in der Kassenfinanzierung“). Das hat vielfältige Ursachen, die lange bekannt sind: ein unterproportionales Wachstum der Arbeitsentgelte gegenüber anderen Einkommensarten, die Zunahme geringfügiger Beschäftigung, die Entgelt-

umwandlung zur betrieblichen Alterssicherung, der Anstieg des Rentneranteils unter den GKV-Mitgliedern, Wechsel von Gutverdienern zur privaten Krankenversicherung und andere mehr. Das Resultat: Nicht einmal Ausgabensteigerungen entsprechend der allgemeinen Wirtschaftsentwicklung können ohne Beitragssteigerungen finanziert werden. Deshalb sind auch ohne erkennbare „Kostenexplosion“ die Beitragsätze in den zwei Dekaden vor der Fixierung des neuen Einheitsbeitragsatzes 2011 im Durchschnitt aller Krankenkassen um rund drei Prozentpunkte gestiegen, davon zwei Prozentpunkte allein in den letzten zehn Jahren.

Zusatzbeiträge sollen Fehlbeträge ausgleichen. In Zukunft sollen kassenindividuelle Zusatzbeiträge die zentrale Rolle beim Ausgleich von Einnahmen und Ausgaben übernehmen. Damit ist auch künftig ausgeschlossen, dass sich in der GKV längerfristig ein Defizit bildet. Hierbei ist entscheidend, dass die Krankenkassen sowohl zum Ausgleich ihrer Einnahmen und Ausgaben verpflichtet sind als auch über die Beitragsautonomie verfügen, um nötigenfalls ihre Einnahmen per Zusatzbeitrag zu erhöhen. Hierin unterscheidet sich die GKV zum Beispiel grundlegend von Gesundheitssystemen in anderen europäischen Staaten wie etwa Frankreich. Dort besitzt die gesetzliche Krankenversicherung keine eigenen Instrumente, um Fehlbeträge durch höhere Beitragseinnahmen auszugleichen.

Lücke in der Kassenfinanzierung

Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), des Bruttoinlandsprodukts und der beitragspflichtigen Einnahmen



Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung entwickeln sich – mit Ausnahme des Krisenjahrs 2009 – weithin parallel zum Bruttoinlandsprodukt. Die beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder sind dagegen deutlich

langsamer gewachsen. Folge: Die Beitragssätze mussten immer wieder erhöht werden, um die Ausgaben zu decken. Diese Funktion übernehmen künftig die Zusatzbeiträge der Kassen. *Quelle: WIdO nach BMG, Destatis und BVA-Schätzerkreis*



Kürzt der Bund seinen Zuschuss weiter, sind höhere Zusatzbeiträge unausweichlich.

Mit Bundeshaushalt verbandelt. Auch wenn die GKV somit selbst kein strukturelles Defizit verursacht und insoweit keinen unmittelbaren Beitrag zum strukturellen Defizit des Gesamtstaats nach dem erweiterten Konzept des Fiskalpakts leistet – wie die defizitäre französische Krankenversicherung und möglicherweise auch die deutsche Rentenversicherung –, so gibt es doch mittelbare Zusammenhänge. Denn die bestehenden Finanzbeziehungen zwischen der GKV und dem Bundeshaushalt können sehr wohl zu einem Staatsdefizit beitragen. Dabei sind zwei Finanzbeziehungen zwischen dem Bundeshaushalt und der GKV zu unterscheiden: der Bundeszuschuss und die Finanzierung des Sozialausgleichs (siehe Glossar).

Die bereits angesprochene Kürzung des Bundeszuschusses zum Gesundheitsfonds wurde in dem Beschluss des Koalitionsausschusses von CDU, CSU und FDP explizit damit begründet, dass sie zur Haushaltskonsolidierung und Einhaltung der Schuldenbremse beitrage. In dem schon zitierten Handelsblatt-Interview fügte Daniel Bahr hinzu: „Ich hätte den Zuschuss auch gerne belassen. Aber es ist dem Steuerzahler schwer vermittelbar, die Milliardenüberschüsse im Fonds liegen zu lassen,

wenn gleichzeitig der Bund noch hohe neue Schulden machen muss“. Und wie bitteschön vermittelt man es dem Beitragszahler, dass der Bund seinen „Beitrag“ zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen der GKV entgegen der gesetzlichen Regelung reduzieren darf, sein eigener Beitrag aber unverändert hoch bleibt? Dass ausgerechnet der für die GKV verantwortliche Minister hierin kein Problem zu sehen scheint, ist zumindest bemerkenswert.

Höhe des Bundeszuschusses ungewiss. Die Beitragszahler sollten sich besser keine Illusionen machen: Auf einen stabilen Bundeszuschuss zum Gesundheitsfonds werden sie sich kaum verlassen können. Bereits in der Vergangenheit hat es immer wieder Änderungen beim Umfang der Zahlungen gegeben (siehe Grafik „Auf und Ab beim Steuerzuschuss“ auf Seite 25). Angesichts der mittlerweile verschärften Schuldenbremse sollte es letztlich niemanden überraschen, wenn im Bundesfinanzministerium tatsächlich – wie der „Spiegel“ kurz vor Weihnachten 2012 unter der Überschrift „Schäubles Liste“ berichtete – über eine weitere Kürzung des Bundeszuschusses im Umfang von zehn Milliarden Euro nachgedacht wird. Schließlich hatte die Große Koalition im Haushaltsbegleitgesetz 2006 schon einmal die vollständige Abschaffung des Bundeszuschusses beschlossen, den dieselben Politiker erst zwei Jahre zuvor eingeführt hatten. Zwar wurde dieser Beschluss schon bald wieder revidiert – doch das bisherige Auf und Ab in der noch kurzen Geschichte des Bundeszuschusses zeigt, dass die Politik letztlich keine Hemmungen hat, diese Mittel nach Belieben als haushaltspolitische Manövriermasse zu benutzen.

Aktuell bleibt der Beschluss zur Kürzung des Bundeszuschusses aufgrund des hohen Beitragssatzes zum Gesundheitsfonds und des dadurch generierten Überschusses weitgehend folgenlos. Sollte jedoch die Kürzung über das Jahr 2014 hinaus verlängert oder vom Umfang her sogar noch ausgeweitet werden, stellt sich die Situation anders dar. Weil die GKV-Ausgaben bereits 2013 wieder stärker wachsen dürften als die beitragspflichtigen Einnahmen, ist zusätzlicher Finanzierungsbedarf schon heute absehbar – bei einem reduzierten Bundeszuschuss natürlich umso mehr. In jedem Fall rückt der Zeitpunkt näher, ab dem die Krankenkassen auf breiter Front Zusatzbeiträge erheben müssen und damit erstmals auch der Sozialausgleich fällig wird – die zweite Finanzbeziehung zwischen der GKV und dem Bundeshaushalt.

Staat braucht Geld für den Sozialausgleich. Wie etwa auf der Internetseite des Bundesgesundheitsministeriums nachzulesen ist, ist die Finanzierung des Sozialausgleichs Aufgabe des Bundes: „Der Sozialausgleich wird aus Steuermitteln finanziert. Hierdurch wird das System in Zukunft gerechter, denn der Ausgleich zwischen Arm und Reich findet nicht mehr nur innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung statt, sondern auch über Steuern.“ Aber anders als der Bundeszuschuss lässt sich der Sozialausgleich vom Volumen her nicht beliebig variieren. Stattdessen ergibt er sich aus dem gesetzlich definierten Ziel, die Belastung der GKV-Mitglieder zu begrenzen. Auch wenn er damit schwer kalkulierbar ist, scheint die generelle Richtung

seiner Entwicklung vorgezeichnet: Er wird voraussichtlich stetig wachsen. Sind nämlich die aktuellen Überschüsse im Gesundheitsfonds aufgezehrt, wird das durchschnittliche Zusatzbeitragsniveau – und damit zugleich das zur Finanzierung des Sozialausgleichs erforderliche Steuervolumen allein schon aufgrund der beschriebenen Wachstumsschwäche der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder zunehmen. Selbst bei einem völlig unrealistischen Nullwachstum der GKV-Ausgaben würde bereits jeder Anstieg der Arbeitslosigkeit, jeder Wechsel von GKV-Versicherten zur privaten Krankenversicherung oder die demografisch bedingte Zunahme des Rentneranteils unter den GKV-Mitgliedern mehr Steuermittel für den Sozialausgleich erfordern. Und würde der Bundeszuschuss weiter gekürzt oder gar komplett gestrichen, wären die Krankenkassen gezwungen, den erlittenen Einnahmeausfall durch höhere Zusatzbeiträge zu kompensieren – und der Umfang des Sozialausgleichs nähme abermals zu.

Weniger Leistungen zugunsten des Bundeshaushalts? Gewiss gibt es Stellschrauben, um das für den Sozialausgleich erforderliche Volumen an Steuermitteln zu reduzieren. So könnte etwa die Belastungsgrenze angehoben werden, ab der der Sozialausgleich überhaupt einsetzt. Hiermit hat die christlich-liberale Koalition bereits Erfahrung. Denn sie hat die bei Einführung des Gesundheitsfonds beschlossene (wenn auch untauglich ausgestaltete) Ein-Prozent-Belastungsgrenze im GKV-Finanzierungsgesetz auf zwei Prozent erhöht. Eine weitere Anhebung würde vor allem kleine Einkommen treffen und die Attraktivität von sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung oberhalb der Geringfügigkeitsgrenze weiter vermindern. Eine andere Möglichkeit, den Sozialausgleich beziehungsweise das dafür erforderliche Volumen an Steuermitteln zu begrenzen, sind Kürzungen von GKV-Leistungen. Das könnte zum Beispiel durch die Anhebung von Zuzahlungen erfolgen – etwa bei Arznei- und Heilmitteln oder im Krankenhaus – oder durch die Einführung einer Nachfolgeregelung für die zum Jahresbeginn abgeschaffte Praxisgebühr. Doch ob die Devise „Höhere Zuzahlungen der Patienten für einen soliden Bundeshaushalt“ in der Bevölkerung große Akzeptanz fände, erscheint eher zweifelhaft. Schließlich könnte man auch daran denken, den Ausgabenanstieg in der GKV durch mehr Vertragswettbewerb zur gezielten Versorgungssteuerung zu begrenzen, damit weniger Geld in Überkapazitäten, ineffiziente Angebotsstrukturen und qualitativ zweifelhafte Versorgungsleistungen fließt. Allerdings haben der Politik zu solchen Reformen bislang sowohl ein Gesamtkonzept als auch der nötige Mut gefehlt. Zudem wäre dieser Weg dem Bundesfinanzminister wohl auch zu ungewiss. Denn Einsparungen ließen sich so bestenfalls mittel- bis langfristige erzielen.

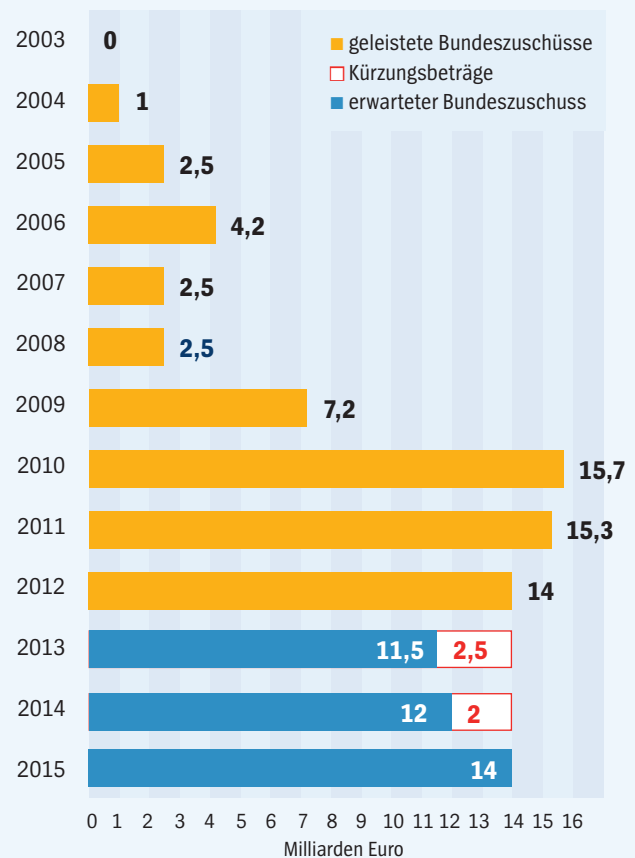
In jedem Fall erscheint klar – und nachvollziehbar –, dass kein Bundesfinanzminister angesichts der strikten Begrenzung der Neuverschuldung an einem tendenziell wachsenden und schwer kontrollierbaren Ausgabenposten in seinem Haushalt interessiert sein kann. Um einen solchen Posten würde es sich bei der Finanzierung des Sozialausgleichs aber handeln. Deshalb kann heute wohl niemand garantieren, dass der Sozialausgleich

künftig tatsächlich vollständig aus dem Bundeshaushalt finanziert wird. Der aktuelle Gesetzestext lässt bereits entsprechende Schlupflöcher zu. Denn in Paragraph 221b Sozialgesetzbuch V steht keineswegs, dass der Sozialausgleich aus Steuermitteln finanziert wird. Im Gesetz heißt es nur, dass der Bund ab 2015 Zahlungen zum Sozialausgleich leistet, deren Höhe 2014 gesetzlich festgelegt wird. Aber werden diese Zahlungen ausreichen, und zwar auch in den Folgejahren, wenn der Umfang des Sozialausgleichs zunehmen sollte?

Die im Hinblick auf diese Fragen überaus vage Formulierung hatte im Verlauf der Gesetzgebung zum GKV-Finanzierungsgesetz bereits den Bundesrat auf den Plan gerufen. In seiner Stellungnahme bat er – allerdings vergeblich – um „konkrete

Auf und Ab beim Steuerzuschuss

Entwicklung des Bundeszuschusses zur gesetzlichen Krankenversicherung



Seit seiner Einführung im Jahr 2004 hat sich der Bundeszuschuss für versicherungsfremde Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung fast jedes Jahr verändert. 2012 zahlte der Bund die gesetzlich vorgesehenen 14 Milliarden Euro in den Gesundheitsfonds ein (Paragraph 221 SGB V). Für das Jahr 2013 kürzt er seinen Zuschuss um 2,5 Milliarden Euro. In den Gesundheitsfonds fließen dann nur 11,5 Milliarden Euro aus Steuermitteln. Und für das Jahr 2014 sind zwölf Milliarden Euro angekündigt, also zwei Milliarden weniger als die gesetzlich vorgesehene Summe.

Quelle: Wildo nach BMG, BMF und SGB V



Die Schuldenbremse schiebt dem Ausbau der Steuerfinanzierung einen Riegel vor.

Angaben zur künftigen nachhaltigen Finanzierung des Sozialausgleichs ab 2015 durch Bundesmittel“ und äußerte für den Fall unzureichender Bundesmittel bereits die Erwartung einer „Diskussion über eine Anhebung der Belastungsgrenze von zwei Prozent auf drei oder vier Prozent“ (Bundsrats-Drucksache 581/1/10 vom 6. Oktober 2010, Seite 13).

Steuerfinanzierung ausgebremst. So wenig wie einem Finanzminister an einem Ausgabenposten gelegen sein kann, bei dem nur das Wachstum gewiss, das erforderliche Volumen aber kaum kontrollierbar erscheint, kann die GKV an einem instabilen Sozialausgleich interessiert sein, durch den die Fähigkeit ihrer Mitglieder zur Zahlung von Zusatzbeiträgen gefährdet würde. Aufgrund der verschärften Schuldenbremse dürfte der noch vor kurzer Zeit vielfach proklamierte Ausbau der Steuerfinanzierung in der GKV bereits sein Ende erreicht haben, ehe er recht begonnen hat. Das gilt nicht nur für die bestehende Finanzierungs-konstruktion mit einem wachsenden Bedarf an Steuermitteln zur Finanzierung des Sozialausgleichs, sondern auch für einige Reformvorschläge, wie zum Beispiel die „Bürgerpauschale“ des Sachverständigenrats zur Begutachtung der gesamtwirtschaft-

lichen Entwicklung (mit einem geschätzten Bedarf an Steuermitteln für den Sozialausgleich von bis zu rund 30 Milliarden Euro) oder das Bürgerversicherungsmodell der SPD, das einen wachsenden Bundeszuschuss vorsieht. Dass der Einkommensausgleich generell nicht in ein Krankenversicherungssystem „gehöre“, sondern im allgemeinen Steuersystem effizienter und gerechter erfolgen könne, mag zwar in der Theorie weiter stimmig erscheinen, doch ist in der Praxis ein verlässlicher Einkommensausgleich innerhalb der GKV – selbst mit gewissen Gerechtigkeitslücken – letztlich mehr wert als ein noch so perfekter Ausgleich auf dem Papier.

Sozialausgleich überflüssig machen. Um die Verminderung der Gerechtigkeitslücken kann sich die Politik ja gezielt kümmern, ebenso um das Problem der Wachstumsschwäche der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV. Gezielte Reformen dazu werden seit vielen Jahren diskutiert. Vor allem aber sollte die Abhängigkeit der GKV vom Bundeshaushalt wieder weitestgehend beseitigt werden, ehe die absehbaren Probleme bei der Finanzierung des Sozialausgleichs erstmals real auftreten.

Der einfachste und wirkungsvollste Weg bestünde darin, die Zusatzbeiträge der Krankenkassen nicht mehr pauschal, sondern durchgängig einkommensabhängig zu erheben. Dann würde der heutige Sozialausgleich vollständig überflüssig, einschließlich des dazu erforderlichen Bürokratieaufwands. Zugleich könnte aber auch der Kassenwettbewerb profitieren, dem der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen attestiert hat, dass er zurzeit viel zu sehr Preis- und zu wenig Qualitätswettbewerb sei. Wenn die (Über-)Betonung des Wettbewerbsparameters Preis in Gestalt des pauschalen Zusatzbeitrags ein Stück reduziert würde, könnten Versorgungs- und Qualitätsziele im Wettbewerb einen höheren Stellenwert erhalten. Dann käme es sogar zu einer klassischen „Win-win-Situation“: Der Finanzminister verlöre mit der Finanzierung des Sozialausgleichs ein unkalkulierbares Haushaltsrisiko im Hinblick auf die Einhaltung der strikten Schuldenbremse, und die GKV gewönne an Autonomie und inhaltlicher Substanz – das wäre doch gar keine schlechte Perspektive! ■

Professor Dr. Klaus Jacobs ist Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). **Sabine Schulze**, Diplom-Volkswirtin, ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im WIdO-Forschungsbereich Gesundheitspolitik/Systemanalysen. **Kontakt:** Klaus.Jacobs@wido.bv.aok.de

Lese- und Webtipps

- Klaus Jacobs, Jürgen Wasem: **Vier Jahre Gesundheitsfonds – ein Modell mit Zukunft?** In: G+G-Wissenschaft 1/2013, Seite 15–22.
- Klaus Jacobs: **Wettbewerb in Fesseln**, in: G+G 7-8/2012, Seite 24–29.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: **Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung**. Sondergutachten 2012. Download unter: www.svr-gesundheit.de > Gutachten > Sondergutachten 2012
- Klaus Zok: **Reaktionen auf Zusatzbeiträge in der GKV**. WIdO-monitor 1/2011. Download unter: www.wido.de > Publikationen > WIdO-monitor > Zusatzbeiträge und Kassenwechsel

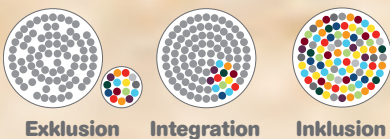
Inklusion heißt: Gemeinsam nicht abwaschen.

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



Psychiatrie ohne Zwangsjacke

Bis in die 70er Jahre hinein haben psychisch kranke Menschen ihr Leben oft in düsteren Anstalten gefristet. Die Psychiatrie-Reform hat neuen therapeutischen Möglichkeiten Raum gegeben. Doch auch heute bestehen noch Versorgungsdefizite, meinen **Reinhold Kilian und Thomas Becker**.

Gemessen an der Entwicklung der Lebenserwartung sind die Menschen in Deutschland heute so gesund wie nie zuvor. Getrübt wird dieser positive Trend für die körperliche Gesundheit durch steigende Zahlen von psychischen Erkrankungen. Immer mehr erwachsene Menschen werden wegen Burnout, Depression und anderer psychischer Störungen krankgeschrieben, erhalten Psychopharmaka, suchen die Hilfe von Psychotherapeuten oder begeben sich in psychiatrische und psychosomatische Kliniken. Immer mehr Kinder und Jugendliche nehmen Medikamente gegen das Zappel-Philipp-Syndrom ADHS, gehen zu Psychiatern oder reihen sich in die Warteschlangen der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten ein. Bei den Älteren wird die Freude über die hohe Lebenserwartung durch die Angst überschattet, an Demenz zu erkranken.

Vernachlässigen wir also im Bemühen um körperliche Gesundheit unsere psychischen Bedürfnisse? Müssen wir mehr Geld in die Prävention und Behandlung psychischer Krankheiten investieren? Die Beantwortung dieser Fragen hängt davon ab, wie wir psychische Erkrankungen definieren, wie sie sich auf das Leben auswirken und wie wir sie verhindern, behandeln oder gar heilen können – womit die Eckpunkte dieses Beitrags genannt sind.

Wenn Verhalten unverständlich bleibt. Die Vorstellungen darüber, was psychische Erkrankungen sind und wie sie entstehen, haben sich in der Geschichte häufig verändert. Als psychische Erkrankung gelten Wahrnehmungen, Erleben und Handeln von Menschen, die so stark abweichen, dass Mitmenschen sie nicht mehr nachvollziehen können. Um mit anderen Menschen in Austausch treten zu können, müssen wir ihre Handlungen,

Glossar

Hometreatment: Aufsuchende multiprofessionelle psychiatrische Behandlung akuter psychiatrischer Störungen im Wohnumfeld des Patienten als Alternative zu einer stationären Behandlung.

Integrierte psychiatrische Versorgung: Seit 2000 gesetzlich vorgesehene Konzepte zur sektorenübergreifenden, interdisziplinären und facharztübergreifenden Behandlung – im psychiatrischen Bereich bisher nur begrenzt umgesetzt. Die Einschreibung in ein IV-Programm berechtigt Patienten, definierte Leistungen wie das Hometreatment zusätzlich zur Standardversorgung in Anspruch zu nehmen. Gleichzeitig verpflichtet sich der Patient zur aktiven Mitwirkung an der Behandlung und zur Inanspruchnahme bestimmter Leistungsanbieter. Gesundheitsmanagement-Gesellschaften (private oder öffentliche Unternehmen) übernehmen die Koordination von Gesundheitsleistungen im Rahmen von IV-Programmen (*Beispiele: siehe Kasten auf Seite 33*).

Psychiatrische Institutsambulanz: Einrichtung zur multiprofessionellen ambulanten psychiatrischen Behandlung von Patienten mit schweren und chronischen psychischen Erkrankungen, die in der Regel als Abteilung eines psychiatrischen Fachkrankenhauses oder einer psychiatrischen Krankenhausabteilung geführt wird.

Psychiatrische Klinik: Fachkrankenhaus zur stationären Behandlung psychischer Erkrankungen

Psychiatrische Abteilung: Fachabteilung zur stationären Behandlung psychischer Erkrankungen in einem Allgemeinkrankenhaus

Psychosomatische Klinik: Fachkrankenhaus zur vorwiegend psychotherapeutischen stationären Behandlung psychosomatischer und psychischer Erkrankungen. Im Unterschied zu psychiatrischen Kliniken behandeln psychosomatische Kliniken keine psychiatrischen Akut- oder Notfallpatienten.

Psychosomatische Abteilung: Psychosomatische Fachabteilung zur stationären psychosomatischen Behandlung in einem Allgemeinkrankenhaus oder einem psychiatrischen Fachkrankenhaus

Psychosomatiker: Ärzte mit der Bezeichnung Facharzt für Psychosomatik. Sie sind entweder als niedergelassene Fachärzte in eigener Praxis oder als Klinikärzte tätig.

Psychiater: Ärzte mit der Bezeichnung Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder Facharzt für Psychiatrie und Neurologie. Sie sind entweder als niedergelassene Fachärzte oder in der Klinik tätig.

Psychologischer Psychotherapeut: Psychologen mit einer Weiterbildung zum Psychotherapeuten nach dem Psychotherapeutengesetz und einer Genehmigung zur eigenständigen Psychotherapie. Sie sind entweder als niedergelassene Psychotherapeuten in eigener Praxis oder als Klinikpsychologen tätig.

Soziotherapie: Behandlungsangebot für Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen zur Wiederherstellung oder Verbesserung von Alltags- und Sozialkompetenzen. Soziotherapie kann Teil des Behandlungsspektrums psychiatrischer Kliniken und Institutsambulanzen oder eigenständige ambulante Leistung sein.

die zugrunde liegenden Wahrnehmungen und Gedanken verstehen. Verhalten sich Menschen so, dass wir ihre Handlungsabsichten nicht nachvollziehen können, müssen wir unsere Überlegungen über die Äußerungen und Handlungen revidieren, um den Austausch fortsetzen zu können. Ob und wann wir als Ursache einer Interaktionsstörung eine psychische Krankheit vermuten, hängt von vielen Faktoren ab. So könnten wir beispielsweise den Eindruck gewinnen, unser Gegenüber verstünde unsere Sprache nur unzureichend und verhielte sich deshalb anders als erwartet. Wenn wir alle vorstellbaren Handlungsmotive berücksichtigen und uns ein Verhalten dennoch unverständlich bleibt, nimmt die Wahrscheinlichkeit zu, dass wir es als psychisch krank definieren – umso mehr, wenn es mit unseren Kenntnissen über psychische Krankheiten übereinstimmt.

Erbanlagen und Umwelt wirken mit. Konzepte psychischer Erkrankungen als voneinander abgrenzbare Störungen biologischer oder psychologischer Funktionen entstanden erst ab dem 18. Jahrhundert. Grundlage dafür bildeten einerseits die wachsenden naturwissenschaftlich fundierten Erkenntnisse über die Beschaffenheit und Funktion des menschlichen Gehirns und andererseits die Entwicklung von Vorstellungen über innerpsychische Prozesse auf der Basis systematischer Beobachtungen menschlichen Verhaltens. Im 20. Jahrhundert entwickelten sich zwei Vorstellungen von psychischen Erkrankungen parallel. Ein Teil der Fachwelt verstand sie als weitgehend biologisch bedingte Funktionsstörungen des Gehirns. Andere Wissenschaftler gingen davon aus, dass sie Ergebnis konflikthafter psychologischer Auseinandersetzungen des Einzelnen mit den soziokulturellen Anforderungen der Gesellschaft sind. Eng verbunden mit den Vorstellungen vom Wesen psychischer Erkrankungen waren Konzepte zu ihrer Vermeidung oder Behandlung. Die Entdeckung, dass an der Entstehung psychischer Erkrankungen genetische Faktoren beteiligt sind, missbrauchten die Nationalsozialisten als eine der Grundlagen einer menschenverachtenden Ausrottungspolitik – sie ermordeten eine große Zahl psychisch kranker Menschen.

Selbstständigkeit mildert Symptome. Nach dem zweiten Weltkrieg war die Weiterentwicklung der Psychiatrie zum einen von der Suche nach den sozialen und biologischen Grundlagen psychischer Erkrankungen, zum anderen von dem Ansatz einer grundlegenden Reform der psychiatrischen Behandlung und des gesellschaftlichen Umgangs mit psychisch kranken Menschen geprägt. Kern dieser Reformen war die Kritik an der seit dem 19. Jahrhundert in allen Industrieländern bestehenden Tendenz, Menschen mit schweren und länger dauernden psychischen Erkrankung in immer größeren Anstalten unterzubringen, abgesehen von der Gesellschaft und ihren Familien. Seit den späten 1960er Jahren vertraten viele Psychiatrieexperten die Meinung, dass die Mehrzahl der in den Anstalten untergebrachten Patienten bei entsprechender Unterstützung durch ambulante Einrichtungen zu einem weitgehend selbstständigen Leben in der Gesellschaft fähig seien und diese Selbstständigkeit die Symptome mildern oder beseitigen könnte. Die Reformbewegung erhielt Rückenwind durch die Entdeckung von Medi-

Zusammenstellung: Reinhold Kilian

kamenten, mit denen insbesondere schwere Erregungs- und Wahnzustände erfolgreich behandelt werden konnten. Das eröffnete Möglichkeiten, auch Patienten mit schweren Symptomen ambulant zu behandeln. In der Folge dieser Entwicklung wurden die psychiatrischen Anstalten in den meisten westlichen Industrieländern entweder ganz geschlossen (zum Beispiel in Italien oder Großbritannien) oder modernisiert und deutlich verkleinert (zum Beispiel in Deutschland).

Am sozialen Leben teilnehmen. Zwar hat sich die Hoffnung vieler Reformpsychiater, dass durch die Enthospitalisierung viele Symptome psychiatrischer Patienten verschwinden würden, allenfalls teilweise erfüllt. Viele Patienten sind nach einer Klinikentlassung auf langfristige ambulante Unterstützung durch psychiatrische Experten angewiesen. Dennoch gehört eine überwiegend ambulante, wohnortnahe Betreuung mit dem Ziel weitgehender Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben zu den Grundprinzipien einer modernen psychiatrischen Versorgung.

Experten gehen heute davon aus, dass an der Entstehung und dem Verlauf von Erkrankungen immer biologische, psychologische und soziale Einflussfaktoren beteiligt sind. So liegen wissenschaftliche Nachweise vor, dass die Entstehung psychischer Erkrankungen durch bestimmte Erbanlagen begünstigt wird. Gleichzeitig wird deutlich, dass genetische Faktoren allein das Ausbrechen einer Erkrankung nicht erklären können. Stattdessen zeigen viele Untersuchungen, dass ungünstige Lebensbedingungen wie Armut, Misshandlung oder Vernachlässigung, insbesondere während der Kindheit, psychische Erkrankungen fördern. Im Erwachsenenalter bilden einerseits Arbeitslosigkeit, andererseits aber auch hohe psychische Belastungen am Arbeitsplatz Risikofaktoren für die Entstehung psychischer Störungen.

Diagnostische Abgrenzung ist schwierig. Trotz der intensiven Erforschung konnten bis heute keine eindeutigen biologischen Marker für einzelne psychische Erkrankungen gefunden werden. Die Diagnostik dieser Erkrankungen basiert nach wie vor auf der Befragung der Patienten, ihrer psychopathologischen Untersuchung und der Beobachtung ihres Verhaltens. Da trotz markanter Unterschiede die Erscheinungsformen vieler psychischer Erkrankungen auch Gemeinsamkeiten aufweisen, ist die klare Abgrenzung verschiedener psychiatrischer Diagnosen (Differentialdiagnosen) nach wie vor schwierig. Auch ist es nicht einfach, die Grenze zwischen einer tolerierbaren Abweichung von der Norm und einer Krankheit zu ziehen. Dieses Abgrenzungsproblem wird beispielsweise deutlich, wenn neue Formen psychischer Erkrankungen entdeckt beziehungsweise Normabweichungen als Krankheiten definiert werden, die vorher keinen Krankheitswert hatten. Beispiele für die Neuentdeckung einer psychischen Erkrankung bilden ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom) bei Kindern und Burnout bei Erwachsenen. Dass beide Syndrome die betroffenen Menschen und ihre soziale Umwelt stark belasten, steht außer Frage. Dennoch sind ihr Krankheitswert und die Abgrenzung diagnostischer Kategorien Themen der wissenschaftlichen Debatte. Während ADHS im Klassifikationsschlüssel der Krankheiten (ICD-10) enthalten ist, wird Burnout lediglich unter den Z-Kategorien

des ICD-10 genannt (Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen). Bei Menschen, die sich mit Burnout-Beschwerden um Hilfe bemühen, besteht eine substanzielle Überlappung mit depressiven Erkrankungen.

Zahl der Behandlungen steigt. Kritiker bezeichnen die zunehmende Umwidmung von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Leidenszuständen zu Krankheiten auch als Medikalisierung. Sie machen darauf aufmerksam, dass bestimmte gesellschaftliche Entwicklungen zur Entstehung dieser Störungen beitragen. So werden zum Beispiel die zunehmenden Anforderungen in Schule und Beruf und die wachsenden Unsicherheiten der individuellen Lebensplanung durch sich ständig verändernde wirtschaftliche Bedingungen als Ursachen vieler psychischer Probleme angesehen. Dann aber wäre es sinnvoller, die gesellschaftlichen Veränderungen politisch zu beeinflussen, statt deren negative Folgen mit Medikamenten und Psychotherapien zu bewältigen.

Weil biologische Marker für die Diagnostik fehlen, sind Aussagen zur Zunahme psychischer Erkrankungen in unserer Gesellschaft und zu möglichen Ursachen dieser Entwicklung

Das meiste Geld fließt in die stationäre Behandlung und in die Arzneitherapie. Die Ausgaben für ambulante Leistungen liegen vergleichsweise niedrig.

mit Vorsicht zu genießen. Allerdings zeigen die Statistiken der Krankenkassen, dass die Zahl der Krankschreibungen und Behandlungen aufgrund psychischer Erkrankungen steigt. Zum einen suchen heute mehr Menschen wegen psychischer Probleme einen Arzt auf. Zum anderen interpretieren Ärzte häufiger als früher Beschwerden der Patienten als Symptome psychischer Erkrankungen. Wie viele Menschen tatsächlich erkrankt sind, zeigen diese Zahlen hingegen nicht, da die Dunkelziffer relativ hoch ist. Die hohe Dunkelziffer ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass psychische Erkrankungen nach wie vor stigmatisiert sind. So gelten zum Beispiel Menschen mit Psychosen (Oberbegriff für verschiedene psychische Erkrankungen, bei denen Halluzinationen oder Wahn zu den auffälligsten Krankheitszeichen gehören) häufig als gefährlich und unberechenbar. Viele Patienten mit Depression oder Suchterkrankungen hören den Vorwurf, ihre Erkrankung selbst verschuldet zu haben. Wer sich offen zu einer psychischen Erkrankung bekennt, kann deshalb schnell Freunde oder den Arbeitsplatz verlieren.

Krankheitshäufigkeit bleibt gleich. Um zuverlässige Daten über die Verbreitung psychischer Erkrankungen zu gewinnen, sind aufwendige Untersuchungen repräsentativer Bevölkerungsstichproben notwendig. In Deutschland fand eine derartige Unter-

suchung erstmals im Rahmen des Bundesgesundheits surveys im Jahr 1998 statt. Die Ergebnisse zeigen, dass bei ungefähr 30 Prozent der deutschen Bevölkerung (Erwachsene) im Verlauf eines Jahres eine psychischen Erkrankung auftrat – am häufigsten Angststörungen, Depressionen, somatoforme Störungen (körperliche Beschwerden ohne organische Ursachen) und Alkoholabhängigkeit. Während die Gesamthäufigkeit seelischer Störungen bei Männern und Frauen fast gleich war, zeigten sich deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede in den Diagnoseverteilungen. Bei Männern traten am häufigsten alkoholbedingte Suchtstörungen auf. Frauen hatten eher Angststörungen und Depressionen. Im Rahmen dieser Untersuchung bestätigte sich auch die hohe Dunkelziffer, da nur ungefähr 30 bis 50 Prozent der psychisch erkrankten Menschen eine Behandlung in Anspruch genommen haben.

Mittlerweile liegen die Ergebnisse des zweiten Gesundheits surveys von 2011 vor. Sie bestätigen die Ergebnisse der ersten Untersuchung weitgehend. Bei der Gesamthäufigkeit psychischer Erkrankungen findet sich gegenüber 1998 nur ein geringfügiger Anstieg um rund drei Prozent. Allerdings sind 2011 mehr Men-

Wenn sich Therapeuten an den Patientenbedürfnissen orientieren, riskieren sie bisweilen Probleme bei der Abrechnung.

schens wegen Depressionen in Behandlung gewesen als 1998. Der Anstieg ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass heute mehr Menschen mit einer psychischen Erkrankung zum Arzt oder Psychotherapeuten gehen und nicht darauf, dass die Häufigkeit psychischer Erkrankungen steigt. Da insgesamt viele psychisch kranke Menschen noch nicht in Behandlung sind, insbesondere mit Angststörungen und bei Sucht, steigen die Behandlungszahlen und damit die Ausgaben möglicherweise weiter an – obwohl die Krankheitshäufigkeit gleich bleibt.

Rahmenbedingungen erschweren Teamarbeit. Psychische Erkrankungen führen häufig dazu, dass Menschen ihre familiären, sozialen und beruflichen Anforderungen vorübergehend oder längerfristig nicht mehr erfüllen können. Das kann in Verbindung mit einer Stigmatisierung zur Ausgrenzung aus der Gesellschaft führen. Seelisch Kranke haben oft Schwierigkeiten, eine Arbeitsstelle, einen Lebenspartner oder eine Wohnung zu finden. Soziale Ausgrenzung kann sich wiederum negativ auf die Krankheitssymptome auswirken: Die Betroffenen geraten in einen Teufelskreis aus psychiatrischen Symptomen, negativen sozialen Auswirkungen und sich dadurch wiederum verstärkenden Symptomen.

Die moderne Behandlung berücksichtigt die dargestellten Aspekte psychischer Krankheiten. Sie umfasst in der Regel Medikamente, Psycho- und Soziotherapie (siehe Glossar auf Seite 30). Daran sind unterschiedlichen Berufsgruppen beteiligt:

psychiatrische Fachärzte, Psychologen, Sozialpädagogen und Sozialarbeiter, psychiatrische Fachpflegekräfte und eine ganze Reihe weiterer Therapeuten. Im Idealfall arbeiten sie in multi-professionellen Teams zusammen. Berufsspezifische Interessen oder organisatorische Rahmenbedingungen erschweren die Teamarbeit allerdings häufig. Patienten werden deshalb nur in einzelnen Bereichen ihrer Erkrankung ausreichend behandelt, andere, ebenso wichtige Aspekte werden jedoch vernachlässigt. Das kann dazu führen, dass ein Medikament unzureichend wirkt, weil die möglicherweise stark belastenden Lebensumstände des Patienten bei der Behandlung unberücksichtigt bleiben. Oder ein Patient wird nach einem Klinikaufenthalt nicht im notwendigen Umfang ambulant weiter behandelt und muss deshalb bereits nach kurzer Zeit erneut stationär aufgenommen werden.

Deutschland ist Spitze bei den Ausgaben. Die Qualität der psychiatrischen Versorgung hängt nicht zuletzt auch von den finanziellen Ressourcen ab. Zumindest auf den ersten Blick scheinen die Mittel für den wachsenden Behandlungsbedarf auszureichen. So zeigen die Daten des Statistischen Bundesamtes, dass die Ausgaben für die Behandlung psychischer Erkrankungen in den letzten zehn Jahren deutlich stärker gestiegen als die Gesundheitsausgaben insgesamt. Im Jahr 2008 lagen sie nach den Ausgaben für Herz-Kreislaufkrankungen und Erkrankungen des Verdauungsapparates an dritter Stelle. Der Anteil der Ausgaben für die psychiatrische Versorgung an den Gesundheitsausgaben liegt in Deutschland bei rund elf Prozent. Auch im internationalen Vergleich gehört Deutschland damit in die Spitzengruppe. Das meiste Geld fließt in die stationäre Behandlung und die ambulante Arzneitherapie – in die sonstige ambulante Versorgung gehen vergleichsweise wenig Mittel.

Obwohl die Mehrzahl der Experten eine multiprofessionelle psychiatrische Behandlung grundsätzlich für notwendig hält, ist die Umsetzung in Deutschland, anders als beispielsweise in Großbritannien, schwierig. Die Gründe dafür sind vielfältig. So ist die durch das Sozialgesetzbuch geregelte Finanzierung der psychiatrischen Behandlung durch eine strikte Trennung der Abrechnung von Leistungen unterschiedlicher Berufsgruppen und unterschiedlicher Behandlungszusammenhänge gekennzeichnet. Wenn im Rahmen einer ambulanten psychiatrischen Behandlung unterschiedliche Berufsgruppen zusammenarbeiten, muss die Leistung jeder einzelnen Berufsgruppe separat und zu unterschiedlichen Bedingungen abgerechnet werden. Die Abrechnungsmodalitäten kollidieren oft mit den Behandlungsanforderungen. Wenn die Therapeuten ihre Leistungen an die Abrechnung anpassen, besteht die Gefahr, dass sie die spezifischen Bedürfnisse der Patienten vernachlässigen. Wenn sie sich aber an den Patientenbedürfnissen orientieren, riskieren sie Probleme bei der Abrechnung.

Behandlungsintensität an Hilfebedarf anpassen. Zu ähnlichen Schwierigkeiten führt die strikte Trennung ambulanter und stationärer Leistungen. Bei psychischen Erkrankungen wechseln sich oft längere Phasen der Symptombefreiheit mit Krankheits-episoden ab. Sie können aber auch nur einmal im Leben auftre-

Psychiatrie vernetzt: Beispiele für integrierte Versorgung

Hanauer Modell

Die AOK Hessen und die Techniker Krankenkasse erproben seit Juni 2011 am Klinikum Hanau ein regionales Psychriatriebudget. **Die pauschalierte Vergütung gibt dem Krankenhaus mehr Flexibilität, Patienten bei Krisen ambulant statt stationär zu betreuen. Dazu haben die beiden Krankenkassen mit dem Klinikum einen Vertrag zur Integrierten Versorgung abgeschlossen** (Paragraf 140a ff. SGB V). Er soll im Laufe des Jahres auf ein Modellvorhaben nach dem Psychriatrie-Entgeltgesetz umgestellt werden (Paragraf 64b SGB V). Ein Fallmanager koordiniert die multiprofessionelle Behandlung. Er ist Ansprechpartner für Patienten und Angehörige. Die psychiatrische Institutsambulanz am Klinikum betreut die Patienten in Einzel- und Gruppentherapie – je nach Schweregrad der Erkrankung unterschiedlich intensiv. Kriseninterventionsteams und Behandlungen beim Patienten zu Hause sind Bestandteil des Konzepts. Das Klinikum erhält pro Patient eine tagesbezogene Vergütung. Wie das Budget genutzt wird, entscheidet das Krankenhaus. Der Vertrag ist inzwischen auf die Immanuel Klinik Rüdersdorf ausgeweitet worden.

Mehr Infos: www.klinikum-hanau.de

Hamburger Modell

Das „Hamburger Modell“ läuft an der Klinik für Psychriatrie und Psychotherapie des Uniklinikums Eppendorf (UKE) in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Psychriatern. Es ist auf Menschen mit Psychosen (beispielsweise Schizophrenie oder schwere Depressionen mit Wahnvorstellungen) und ihre Angehörigen ausgelegt. Zu den Vertragspartnern gehört seit dem 4. Quartal 2009 die AOK Rheinland/Hamburg. **Zweierteams aus Arzt und Bezugstherapeut betreuen die Patienten intensiv und langfristig.** Das Angebot umfasst neben den Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanz, der Tagesklinik und dem vollstationären Aufenthalt die Behandlung zu Hause, eine 24-Stunden-Krisenintervention sowie psychotherapeutische Interventionen. Das UKE als Hauptvertragsnehmer bekommt eine versichertenbezogene Jahrespauschale, mit der alle Leistungen finanziert werden. Im Rahmen einer Evaluationsstudie mit 120 Patienten zeigte sich, dass die Modellteilnehmer im Vergleich zu einer Kontrollgruppe nach zwölf Monaten bei funktionellem Status, Psychopathologie und Lebensqualität besser abschnitten.

Mehr Infos: www.uke.de

PNP-Vertrag Baden-Württemberg

Die AOK Baden-Württemberg hat im Jahr 2012 mit verschiedenen Ärzte- und Psychotherapeutenverbänden, darunter die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie – Berufsverband Psychosoziale Berufe und dem Medi Baden-Württemberg e.V., einen Vertrag zur Versorgung von psychisch kranken Menschen abgeschlossen (Laufzeit bis Ende 2016). Basis sind die gesetzlichen Regelungen zur hausarztzentrierten und besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (§ 73b und c SGB V). **Der Vertrag regelt eine eng abgestimmte, interdisziplinäre Behandlung durch Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten, Neurologen und Psychiater (PNP).** Der Facharzt kann regelmäßig und zeitlich flexibel ambulant betreuen, Hilfsangebote koordinieren sowie zum Beispiel die medikamentöse Einstellung beobachten. Flexibilisierte Behandlungsmöglichkeiten wie Kurzzeitinterventionen und Gruppentherapie werden ebenso angeboten wie kontinuierliche Verlaufskontrollen mit fachärztlicher Gesprächsbehandlung. Grundlage für die leitliniengerechte Versorgung ist die ICD-10-gerechte Diagnostik und Therapie. **Mehr Infos: www.aok-gesundheitspartner.de/bw/arztundpraxis/facharztprogramm**

Schizophrenie-Projekt Niedersachsen

Die AOK Niedersachsen hat mit dem Institut für Innovation und Integration im Gesundheitswesen I3G GmbH (unabhängige Tochter von Janssen-Cilag) einen **landesweiten Vertrag zur Integrierten Versorgung von Schizophrenie-Patienten** geschlossen. Mit Teilen der operativen Umsetzung hat I3G die Care4S GmbH beauftragt. Seit Oktober 2010 baut Care4S ein flächendeckendes Netz von Fachärzten, Fachpflegern, Kliniken und weiteren Leistungsanbietern im psychiatrischen Bereich auf. **Nervenärztlich geführte Leitstellen koordinieren in Kooperation mit der ambulanten psychiatrischen Fachpflege die Versorgung der eingeschriebenen Patienten.** Leitstellen und Fachpflege bieten eine aufsuchende gemeindenahere Betreuung und eine 24-h-Krisenintervention an. Bei einer Klinikeinweisung gewährleistet der Austausch zwischen ambulantem und stationärem Team eine kontinuierliche Behandlung. Die Qualität wird anhand evidenzbasierter Indikatoren überprüft. Evaluationsergebnisse werden im Frühjahr 2014 erwartet. Der Vertrag soll über sieben Jahre laufen. Im Januar 2013 nahmen 153 Leistungserbringer und -institutionen sowie rund 730 Patienten teil. **Mehr Infos: www.I3G-gmbh.de**

Zusammenstellung: G+G

Psychiatrie-Strukturen in Zahlen

Stationäre Versorgung (2011): • insgesamt 792 psychiatrische Fachabteilungen • 67.942 Betten in psychiatrischen Fachabteilungen • Fallzahl: 934.036

Ambulante Versorgung (2008): • 18.107 niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie • 554 niedergelassene Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie • 13.901 niedergelassene Psychologische Psychotherapeuten • 491 Psychiatrische Institutsambulanzen • 818 niedergelassene Fachärzte für Kinder und Jugendpsychiatrie • 3.334 niedergelassene Kinder- und Jugendpsychotherapeuten

Ausgaben insgesamt (2008): 28,7 Milliarden Euro (darunter 52% für stationäre Pflege und Behandlung sowie 11% für Medikamente in der ambulanten Versorgung)

Quellen: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Statist. Bundesamt

ten. Die Behandlungsintensität muss deshalb an den jeweils aktuellen Hilfebedarf angepasst werden. Die strikte Trennung der Finanzierung erschwert diese Flexibilität der Leistungserbringung aber deutlich, weil beispielsweise in der Klinik begonnene Therapien nicht nahtlos ambulant weitergeführt werden können. Patienten bleiben dann unnötig lange in der Klinik oder brechen Therapien zu früh ab.

Pauschalen fördern Patientenorientierung. Mit der Finanzierung über Regionalbudgets oder Kopfpauschalen versuchen neue Versorgungskonzepte dieser Problematik gerecht zu werden. Die Pauschalfinanzierung ermöglicht es den Anbietern psychiatrischer Leistungen, Therapeuten und Behandlungsintensität auf die spezifischen Bedürfnisse der Patienten abzustimmen. Voraussetzung für das Gelingen derartiger Ansätze ist allerdings, dass sich die beteiligten Anbieter auf eine für alle akzeptable Aufteilung der Pauschalen einigen können. So muss in der Regel einer der Leistungsanbieter, zum Beispiel eine Klinik oder ein Ärzte-Netz, das Budget verwalten und die beteiligten Leistungsanbieter entsprechend vergüten. Für die Patienten ergeben sich neben den grundsätzlichen Vorteilen aus einer Pauschalfinanzierung besondere Anforderungen, die mit Nachteilen verbunden sein können. So bringt eine Pauschalfinanzierung meist mit sich, dass Patienten ausschließlich Leistungen der Programmteilnehmer in Anspruch nehmen können. Die Patienten erklären sich durch die Unterzeichnung eines Behandlungsvertrags (Einschreibung) mit der Einschränkung des Rechts auf freie Arzt- beziehungsweise Therapeutenwahl einverstanden.

Privatwirtschaftliche Interessen kontrollieren. Da die Pauschalen so kalkuliert werden, dass sie die durchschnittlichen Behandlungskosten decken, müssen die Leistungsanbieter darauf achten, dass sich Patienten mit hohem und solche mit niedrigem Leistungsbedarf einigermassen die Waage halten. Die Programm-Anbieter wissen aber erst am Ende einer Budgetperiode, ob

diese Balance tatsächlich erreicht wird. Daher besteht eine gewisse Gefahr, dass sie versuchen, die Einschreibung so zu steuern, dass möglichst wenige Patienten mit hohem Leistungsbedarf teilnehmen. Schwerer erkrankte Patienten wären dann von dem Programm ausgeschlossen. Zusätzlich könnten sich ihre Behandlungsmöglichkeiten insgesamt verschlechtern, falls besonders gute Therapeuten ihre Leistungen nur noch im Rahmen von Pauschalverträgen anbieten. Verschärft werden kann die Gefahr einer negativen Entwicklung dann, wenn auf Seiten der Leistungsträger privatwirtschaftliche Interessen, beispielsweise in Form gewinnorientierter Gesundheitsmanagement-Gesellschaften, ins Spiel kommen. Dies bedeutet nicht, dass privatwirtschaftliche im Vergleich zu gemeinnützigen Anbietern grundsätzlich schlechter sind. Allerdings muss es Kontrollmechanismen geben, die dafür sorgen, dass weder die Qualität der Behandlung noch der Zugang durch ökonomische Interessen beeinträchtigt werden.

Ressourcen reichen aus. Zwar hat die Wissenschaft die Grundlagen und Entstehungsbedingungen psychischer Erkrankungen noch lange nicht vollständig entschlüsselt. Mit dem biopsychosozialen Krankheitsmodell liegen aber umfassende Erkenntnisse über das Zusammenwirken der unterschiedlichen Faktoren der Krankheitsentstehung vor. Verschiedene Studien deuten darauf hin, dass weitaus mehr Menschen psychisch krank sind, als noch vor 20 Jahren vermutet. Gleichzeitig gibt es aber keine Anzeichen für einen dramatischen Anstieg der Krankheitshäufigkeit, sondern eine wachsende Bereitschaft, ärztliche oder psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen.

Die heute verfügbaren medikamentösen, psychologischen, sozialen und sonstigen therapeutischen Methoden und die dafür insgesamt bereitgestellten finanziellen Ressourcen entsprechen durchaus den Anforderungen moderner Krankheits- und Behandlungskonzepte. Ihr optimaler Einsatz wird jedoch durch traditionell gewachsene, aber zu wenig flexible Formen der Leistungserbringung und der Finanzierung behindert. ■

Prof. Dr. rer. soc. Reinhold Kilian ist Leiter der Sektion Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm (Bezirkskrankenhaus Günzburg).

Prof. Dr. med. Thomas Becker ist Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II.

Kontakt: Reinhold.Kilian@bkh-guenzburg.de

Mehr zu psychiatrischen Modellvorhaben im Beitrag „Konzepte gegen den Bettenboom“ auf den Seiten 14 und 15 in diesem Heft.

Lese- und Webtipps

- Frank Jacobi: **Der Hype um die kranke Seele.** In G+G 5/2012, Seiten 22–27.
- G+G-Wissenschaft 3/2012 mit dem Schwerpunktthema: **Psychische Erkrankungen: wie steht es in Deutschland um die Versorgung der Patienten?** Download unter: www.wido.de > Publikationen > G+G-Wissenschaft
- Thomas Becker et al.: **Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie.** Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 2008.
- www.aok-gesundheitspartner.de > Krankenhaus > Psych-Entgeltsystem

„Ambulante Krisenintervention hilft, Klinikaufnahmen zu vermeiden“

Das Psychiatrie-Entgeltgesetz zementiert die wirtschaftliche Trennung von ambulanter und stationärer Behandlung, sagt die Ärztin **Christiane Roick**. Gleichzeitig ermöglicht der Gesetzgeber Modellvorhaben, um sektorenübergreifende Ansätze zu erproben. Die AOK nutzt diese Chance.

G+G: Ärzte diagnostizieren bei immer mehr Menschen in Deutschland eine psychische Erkrankung. Grund genug für den Bettenzuwachs in der Psychiatrie?

Roick: Tatsächlich beobachten wir nach einer Phase des Bettenabbaus nun seit mehreren Jahren eine Zunahme psychiatrischer Klinikbetten. Parallel dazu ist aber die Zahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Psychiater, Neurologen und Nervenärzte zurückgegangen. Diese gegenläufige Entwicklung legt nahe, dass der Bettenzuwachs eher durch ein Ungleichgewicht zwischen stationärem und ambulanten Bereich zustande kommt. Ein Indiz dafür ist die Tatsache, dass die Ausgaben zur Versorgung psychischer Erkrankungen in Krankenhäusern fast doppelt so hoch sind wie die Ausgaben für ambulante Leistungen.

G+G: Warum landen psychisch kranke Menschen in der Klinik, wenn eine ambulante Behandlung ausreichen würde?

Roick: Durch die gegenwärtige pauschalierte Vergütung im vertragsärztlichen Bereich sind intensivierete Krisenbehandlungen für niedergelassene Psychiater oder Nervenärzte finanziell wenig attraktiv. Psychiatrische Institutsambulanzen haben dazu eher die Möglichkeit. Aber eine klinikersetzende oder klinikvermeidende Therapie in Form eines Hometreatments ist auch für sie nicht attraktiv. Dies hat zur Folge, dass auch Patienten stationär behandelt werden, bei denen eine ambulante Krisenbehandlung ausreichend wäre. Die ambulante Krisenintervention hilft, Klinikaufnahmen zu vermeiden.

G+G: Ist das Psychiatrie-Entgeltgesetz Hemmnis oder Rückenwind für ambulante Angebote?

Roick: Sowohl als auch. Das Gesetz zielt primär auf die Einführung leistungsbezogener Tagespauschalen für den stationären und tagesklinischen Bereich. Damit wird die wirtschaftliche Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zementiert. Parallel dazu erleichtert der Gesetzgeber aber Modellvorhaben, in denen settingübergreifende Finanzierungskonzepte, wie regionale Psychiatriebudgets, erprobt und weiterentwickelt werden können. Diese Modelle bieten den Kliniken

einen starken Anreiz, stationäre Aufenthalte durch ambulante Kriseninterventionen zu vermeiden oder zu verkürzen. Dabei bieten sie auch die Möglichkeit, Patienten alternativ zur Klinik in ihrem häuslichen Umfeld zu behandeln.

G+G: Welche Wirkungen erwarten Sie von den Modellvorhaben?

Roick: Das erste regionale Psychiatriebudget wurde 2003 im Kreis Steinburg, Schleswig-Holstein, eingeführt. Bis 2007 konnten dort 18 Prozent der Betten abgebaut werden. Die vollstationären Behandlungstage gingen deutlich zurück, die ambulanten Kontakte



PD Dr. Christiane Roick, MPH,
ist stellvertretende Leiterin des Stabs
Medizin im AOK-Bundesverband.

nahmen zu. Zugleich entwickelte sich das psychosoziale Funktionsniveau der Patienten günstiger als in der Routineversorgung. Ähnliche Effekte erwarte ich von Modellvorhaben in anderen Regionen mit bislang hoher psychiatrischer Bettenmessziffer.

G+G: Welche Rolle spielt die AOK dabei?

Roick: Nach dem Psychiatrie-Entgeltgesetz soll in jedem Bundesland mindestens ein Modellvorhaben umgesetzt werden. Die AOK engagiert sich dabei besonders. So erprobt sie gemeinsam mit der Techniker Krankenkasse und dem Klinikum Hanau ein sektorenübergreifendes Vergütungsmodell, das mit der Betrachtung patienten- statt fallbezogener Aufwände sowie leistungsbezogenen Tagesentgelten einen interessanten neuen Ansatz zur Optimierung des psychiatrischen Versorgungsprozesses verfolgt. Darüber hinaus plant die AOK weitere Modellprojekte, für die sie gegenwärtig gemeinsam mit Fachexperten ein einheitliches Begleitforschungskonzept entwickelt. ■

PATIENTEN-UNIVERSITÄT

Lernen



„Man lernt und behält nur das, was man versteht.“ Oberärztin Dorothee Brockmann verzichtet in der Patienten-Universität auf Fachjargon.

mit Herz und Hand

Hier ist Neugier gefragt und kein Abitur: Die Patienten-Universität der Medizinischen Hochschule Hannover bietet Laien Einblicke in den menschlichen Körper. So können sie sich besser um ihre Gesundheit kümmern und kommen mit ihrem Arzt ins Gespräch, bevor er mit seinem Latein am Ende ist. Von **Katrin Zöfel** (Text) und **Ralf Niemzig** (Fotos)

Ein Hörsaal an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) um kurz vor halb sechs an einem Dienstagabend mitten im Semester: Die Studenten strömen nach draußen – genug gelernt für heute. Ihnen kommen durch die große Glastür am Gebäudeeingang gut 150 Menschen entgegen, darunter viele Ältere, Rentner, aber auch einige Kindergärtnerinnen, Erzieher und Lehrer. Sie wollen sich an diesem Abend einen Vortrag über die Sehentwicklung des Kindes anhören. Danach können sie an 15 Ständen ihr neu erworbenes Wissen testen und vertiefen.

Gesundheitskompetenz stärken. Es sind Besucher der Patienten-Universität, einer Einrichtung der MHH, die es so nur einmal in ganz Deutschland gibt. Der Vortrag heute Abend ist einer in einer Reihe von zehn Veranstaltungen unter der Überschrift

„Gesund aufwachsen“. „Wir wollen die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung erhöhen“, sagt Marie-Luise Dierks. Die Professorin für Public Health an der MHH leitet die Patienten-Universität. Sie hat sie 2006 gegründet, zusammen mit ihrem inzwischen emeritierten Kollegen Friedrich Wilhelm Schwartz. Dierks: „Gesundheitskompetenz meint die Fähigkeit, sich aktiv im Gesundheitswesen zu bewegen und selbst etwas zu tun, um mit Gesundheit und Krankheit positiv umzugehen.“ Beide Wissenschaftler haben sich in ihrer Arbeit über Jahre intensiv mit der Frage beschäftigt, wie sich die Rolle des Patienten im „System Gesundheit“ stärken ließe. Marie-Luise Dierks: „Irgendwann war die logische Konsequenz daraus, dass wir gesagt haben: Man kann viel auf Seiten der Ärzte, also der Anbieter im Gesundheitssystem, tun. Aber eigentlich muss man auch daran arbeiten, dass die Patienten selbst kompetenter werden und dann



Dienstag, 18 Uhr: Rund 150 Besucher der Patienten-Universität wollen alles über den Sehsinn wissen. Im Selbstversuch erkunden sie das räumliche Sehen (Foto unten).



Die Patienten-Universität an der Medizinischen Hochschule Hannover (Leitung: Marie-Luise Dierks und Friedrich Wilhelm Schwartz) macht Angebote in drei Fachbereichen: **Gesundheitsbildung für Bürger, Gesundheitssystemkompetenz für Patientenvertreter und Patientenschulung für Erkrankte.** Sie startete im Herbst 2006 mit Veranstaltungen zur Gesundheitssystemkompetenz für Patientenvertreter. Im März 2007 begann die erste Vortragsreihe zur Gesundheitsbildung für die interessierte Bevölkerung. Die jüngste Reihe zum Thema „Gesund aufwachsen“ besuchten im Schnitt 180 Menschen. **Bei der nächsten Vortragsreihe ab April 2013 werden zum einen Behandlungsmethoden und zum anderen die Orientierung im Gesundheitssystem im Mittelpunkt stehen.** Im Jahr 2009 erhielt die Patienten-Universität als Auszeichnung für herausragende Leistungen auf dem Gebiet der patientenorientierten Gesundheitskommunikation den von der BLEIB GESUND STIFTUNG verliehenen Oskar-Kuhn-Preis.

www.patien-ten-universitaet.de

ihre Rechte anders und besser einfordern können. Das ist die Idee, die hinter der Patienten-Universität steht.“

Im Hörsaal hat der Vortrag inzwischen begonnen. Dorothee Brockmann steht vor ihrem Publikum. Sie ist leitende Oberärztin an der MHH, Fachgebiet Augenheilkunde. „Ich freue mich sehr, dass ich ihnen heute ein paar Informationen über die Entwicklung des Sehens im Kindesalter geben darf“, sagt sie. „Wenn man im Lexikon unter Auge nachschaut, dann steht da: Organ, das der Vermittlung von Seh Wahrnehmungen von außen an das Gehirn dient, es ist das Organ des Lichtsinnes. – Ich finde aber, das Auge ist viel mehr als nur das Organ des Lichtsinns.“ Die Fachärztin nimmt ihre Hörer ganz offensichtlich ernst, sie begegnet ihnen auf Augenhöhe. Es dauert lange, bis der erste medizinische Fachbegriff fällt: „Makula“, der Punkt des schärfsten Sehens auf der Netzhaut. Bis dahin sind Zuhörer und Vortragende schon mittendrin in der visuellen Entwicklung des Kindes: Wie viel sieht ein Neugeborenes? Womit kommt es zur Welt und was muss es erst lernen? Wann zum Beispiel entwickelt sich das räumliche Sehen?

Grundabläufe vermitteln. Dorothee Brockmann verzichtet bewusst auf Fachjargon und lässt viele Details einfach weg: „Es geht darum, dass die Leute hinterher bestimmte Grundabläufe kennen. Wenn ich ihnen nur ein paar Begriffe an den Kopf werfe, dann fallen den meisten einen Tag später nur noch die Hälfte der Begriffe wieder ein. Ich glaube, dass man etwas nur lernt und behält, und darauf dann eine höhere Achtsamkeit aufbauen kann, wenn man es auch versteht.“ Am Ende ihres Vortrags gibt die Ärztin trotzdem ein paar einzelne, ganz klare Hinweise: Wunderschöne, weil sehr groß wirkende Kinderaugen etwa, sagt sie, könnten auch Hinweis auf ein Glaukom sein. Oder ein Kind, das sich häufig stößt oder das stolpert, sollte einmal zum Augenarzt, denn die Stolpererei könnte als Ursache eine gestörte Sehfähigkeit haben.

„Ich kann jetzt Eltern eher direkt ansprechen, wenn mir etwas auffällt“, sagt eine 58-jährige Kindertagesstättenleiterin nach



„Ich kann genauer hinschauen, manches besser einschätzen und Eltern direkt darauf ansprechen.“ Erzieherinnen lernen in der Vortragsreihe „Gesund aufwachsen“ mehr über Sehfehler von Kindern.

dem Vortrag. „Ich kann genauer hinschauen und manches besser einschätzen, ganz sicher. Sonst beschäftigen wir Erzieher uns ja eher mit pädagogischen oder psychologischen Themen. Die körperliche Entwicklung kommt manchmal zu kurz. Das fließt zwar immer ein, aber so wie das hier vermittelt wird, das finde ich klasse. Für uns als Betreuer von Kindern ist dieses Wissen wirklich wichtig.“ Ganz konkret: In der Einrichtung, in der die 58-Jährige arbeitet, werden Kinder von anderthalb bis zehn Jahren betreut. Einige kommen mit dem Fahrrad. Der Pädagogin wird an diesem Abend klar, dass es dabei einiges zu beachten gibt. „Dass Kinder, die acht oder zehn Jahre alt sind, noch nicht so sehen wie ein Erwachsener wusste ich. Aber jetzt ist mir deutlicher geworden: Es geht um das räumliche Sehen.“ Die Pädagogin deutet auf einen Fahrradsimulator, der im Foyer vor dem Hörsaal aufgebaut ist. Neben dem Simulator stehen zwei Verkehrspolizisten. Kinder, so die Botschaft, sollten sich erst ab einem gewissen Alter selbstständig mit dem Fahrrad im Straßenverkehr bewegen – erst dann, wenn sie die Welt um sich herum räumlich korrekt wahrnehmen können.

Neben dem Fahrradsimulator sind im Foyer vor dem Hörsaal 14 weitere Infostände aufgebaut. In der Patienten-Universität heißen sie Lernstationen. Unter dem Mikroskop können die Teilnehmer Zellen der Iris betrachten, eine Apothekerin erklärt die Anwendung von Augentropfen und -salben bei Kindern, Augenärzte erläutern, welche Bindehautentzündung ansteckend ist und welche nicht.

Kommunikationsübung für Studenten. An einer der ersten Stationen steht Maximilian Deest, vor sich auf dem Tisch zwei Augenmodelle aus Plastik, deren Einzelteile man in die Hand nehmen kann. Deest ist 24 und studiert Medizin im siebten Semester. Den Job am Abend mache er nicht nur, um sich etwas dazuzuverdienen. „Ich finde das gut, weil es für uns Medizinstudenten wichtig ist, dass man lernt, mit Patienten zu reden, ohne Fachchinesisch zu benutzen. Mir fällt immer wieder auf, wie schnell man Fachbegriffe benutzt, die man schon ganz

selbstverständlich findet. Hier kriegt man dann so einen fragenden Blick und man weiß: Okay, das muss ich nochmal erklären.“ Den beiden Erzieherinnen, die sich gerade an ihn wenden, erklärt er: „Am einfachsten ist es, wenn wir den Weg des Lichts durch das Auge nachvollziehen. Also hier ...“, er deutet auf die Hornhaut, „... trifft das Licht auf, geht durch und trifft auf die Linse.“ Und schon wird er unterbrochen: „Die Linse, das ist doch der Teil, der trüb werden kann, und dann funktioniert das Auge nicht mehr, oder? Was kann man denn dann bei Kindern machen?“, fragt eine der beiden Erzieherinnen.

Gespräche auf Augenhöhe. Um genau diese Gespräche auf Augenhöhe gehe es, sagt die Geschäftsführerin der Patienten-Universität, Gabriele Seidel. Deshalb habe man die Info-Stände entworfen und wolle sie auch beibehalten, obwohl sie in der Vorbereitung sehr aufwendig sind. Seidel: „Wir wollen, dass Situationen entstehen, in denen man mit Herz und Hand lernen kann, in denen man ein Gespräch führen und seinen persönlichen Wissensdurst stillen kann. Im großen Auditorium können die Hörer nur eingeschränkt nachfragen. An den Lernstationen können sie schauen: Habe ich das jetzt wirklich verstanden?“

Doch zunächst noch einmal einen Schritt zurück: Wozu eigentlich all die Mühe, wozu überhaupt das genaue Verstehen? Was nutzt es? Wer regelmäßig zum Arzt geht, dessen Fragen ehrlich beantwortet und seine Anweisungen befolgt, tut der nicht genug? Nein, sagt die Augenärztin Dorothee Brockmann und berichtet von ihren Erfahrungen in der Klinik: „Ich glaube, dass das Verhältnis zwischen Arzt und Patient Einfluss auf den Heilverlauf hat. Wenn ich den Patienten auf meiner Seite habe, wenn er mir vertraut, auch wenn es Komplikationen gibt, dann ist das gut für den Verlauf insgesamt.“

Dieses Vertrauen entstehe durch die Aufklärung der Patienten. „Die meisten Patienten sind dankbar für die Informationen, die wir ihnen geben.“ Das Gefühl, etwas wirklich verstanden zu haben, beruhigt – und trägt dazu bei, dass ein Patient seine Genesung aktiv unterstützen kann.

„Das muss ich nochmal erklären.“ Ärzte und Studentinnen der Medizinischen Hochschule betreuen Lernstationen und üben dabei, mit Patienten verständlich zu reden.



„Der Grundgedanke ist, dass jeder Mensch für seine eigene Gesundheit verantwortlich ist, und dass er in dieser Kompetenz ernst genommen werden sollte“, sagt Friedrich Wilhelm Schwartz, der die Patienten-Universität mitgegründet hat. „Das war das Gegenkonzept zu einer Entwicklung, in der alles ausschließlich von der Kompetenz und dem Eingreifen der Medizin abhängt.“ Schwartz nimmt 1986 an der „Ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung“ in Ottawa teil, zu deren Abschluss die „Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung“ veröffentlicht wird. Die Charta geht auf eine Initiative der Weltgesundheitsorganisation zurück und ist ein deutliches Zeichen für einen Paradigmenwechsel im internationalen gesundheitswissenschaftlichen Diskurs. Die Idee vom mündigen Patienten wird populär, Arzt und Patient sollen sich als gleichberechtigte Koproduzenten sehen, ihr Produkt: die Gesundheit eines Menschen. Die Patienten-Universität, so Schwartz, ist Teil dieser Entwicklung. „Heute ist es für viele selbstverständlich, dass sie nicht mehr einfach sang- und klanglos hinnehmen, was Ärzte vorschlagen oder veranlassen. Man fragt nach und will selbst mitbestimmen oder sogar bestimmen, was mit einem geschieht.“

Geld von unabhängigen Stiftungen. Die Resonanz auf das Bildungsangebot überraschte die Initiatoren 2006, sagt Marie-Luise Dierks. „Wir haben gedacht, wenn 50 bis 100 Personen kommen, finden wir das gut. Aber wir hatten viel mehr Anmeldungen. Die erste Veranstaltungsreihe haben wir mit 280 Leuten laufen lassen. Dabei mussten wir Interessenten abweisen.“ Die Veranstaltung war ausverkauft. Zum Anfangskonzept gehörte, dass eine Hannoveraner Tageszeitung das Projekt mit einer Sonderseite je Veranstaltung begleitete. Die positive Resonanz auf die Reihe ist bis heute stabil. Die finanziellen Mittel kommen zu einem großen Teil von der MHH, außerdem von unabhängigen Stiftungen. Von Seiten der MHH scheint klar: Solange das Angebot nachgefragt wird, wird es weiter unterstützt. Damit ist die Patienten-Universität nicht auf Geld aus Pharma-Unternehmen oder privat geführten Kliniken angewiesen.

Wie es um die Gesundheitskompetenz der Europäer tatsächlich bestellt ist, haben Forscher 2011 zum ersten Mal überhaupt wissenschaftlich untersucht. Für den „European Health Liter-

acy Survey“ wurden in acht Ländern (Spanien, Bulgarien, Griechenland, Holland, Irland, Polen, Österreich, Deutschland) je tausend Menschen befragt. Das Ergebnis hat selbst Projektkoordinatorin Kristine Sørensen von der Universität Maastricht überrascht: „47 Prozent aller Teilnehmer haben nach eigenen Angaben Schwierigkeiten, die Informationen zu verstehen, die sie von Ärzten, Apothekern oder anderen Menschen im Gesundheitswesen bekommen. Das ist fast jeder zweite.“ Deutschland (untersucht wurde nur Nordrhein-Westfalen) liegt mit etwas über 46 Prozent knapp unter diesem Schnitt. Es sind Werte ähnlich denen in den USA. Zum Teil hat die Politik inzwischen auf die Ergebnisse reagiert, sagt Kristine Sørensen: „In Österreich hat die Regierung die Förderung der Gesundheitskompetenz als eins von zehn nationalen Zielen in der Gesundheitspolitik festgesetzt.“ Beunruhigend findet sie ein weiteres Ergebnis der Untersuchung: „Wir sehen ganz klar, dass in bestimmten Gruppen die Gesundheitskompetenz besonders schlecht ist. Das sind ältere Menschen, sozial Benachteiligte, außerdem Menschen, die mehr als sechsmal im Jahr zum Arzt gehen und Menschen, die von sich selbst glauben, dass ihr Gesundheitszustand eher schlecht ist.“ Missglückte Kommunikation habe also negative Konsequenzen – gesundheitlich für den Einzelnen und in finanzieller Hinsicht für die ganze Gesellschaft.

Gleichberechtigung hilft sparen. Kristine Sørensen und ihre Kollegen argumentieren, dass eine Gesellschaft viel Geld im Gesundheitswesen einsparen könnte, wenn dieses Problem gezielt angegangen würde. Erste Hinweise, worauf es ankommt, lassen sich aus dem Survey ableiten. Spitzenreiter der acht untersuchten Länder ist Holland: Dort liegt der Anteil der Befragten mit mangelhafter oder problematischer Gesundheitskompetenz bei 29 Prozent. Sørensen: „Wir haben noch nicht wissenschaftlich überprüft, was die Gründe dafür sind. Aber wir haben unsere Vermutungen. Es könnte unter anderem an den flachen Strukturen im holländischen Gesundheitssystem liegen. Die Beziehung zwischen Laien und Fachleuten ist relativ gleichberechtigt. Kampagnen der Regierung, die über bestimmte Gesundheitsthemen aufklären sollen, werden weniger aus der Sicht der Experten konzipiert, sondern stark vom Patienten her gedacht.“



Nachahmer gefunden. Die Patienten-Universität der MHH hat inzwischen einen Ableger am städtischen Krankenhaus in Braunschweig. Dort läuft bis Ende Februar die erste Veranstaltungsreihe unter der Überschrift „Organe des menschlichen Körpers“. Auch die Ludwig-Maximilians-Universität in München interessiert sich für das Konzept. In Jena hat das Universitätsklinikum 2009 eine „Gesundheitsuniversität“ mit regelmäßigen Veranstaltungen für Laien ins Leben gerufen.

In Hannover laufen unterdessen die Vorbereitungen für die nächste Veranstaltungsreihe, die im April beginnt. Marie-Luise Dierks: „Es wird Themen geben, die noch mehr auf den mündigen Patienten zielen. Also: Was bedeuten die verschiedenen Zertifizierungen von Krankenhäusern und was habe ich als Nutzer davon? Dann wird es einen Abend lang um Interessenkonflikte im Gesundheitswesen gehen, unter den Stichworten Korruption und Einflussnahme.“ Außerdem sollen einzelne Behandlungsmethoden genauer beleuchtet werden. Dierks: „Es wird einen Abend zum Thema Narkose geben, einen zu Röntgenaufnahmen und einen Abend zum Thema Strahlentherapie.“ Mit der Themenauswahl reagiere man auch auf die Rückmeldungen der Teilnehmer. „Wir evaluieren jede Veranstaltung einzeln und fragen nach, was gefällt und was nicht.“

Eine Teilnehmerin, die in der Patienten-Universität immer wieder Spannendes für sich entdeckt, ist Marianne Preß. Sie ist seit 2006 ohne Unterbrechung dabei. „Für mich kam das wie gerufen“, sagt sie. Die 65-Jährige hat seit Jahren Arthrose in den Knien und kennt die Schwierigkeiten, die sich in der Kommunikation mit Ärzten ergeben können. „Mein Arzt wollte vor ein paar Jahren ein neues Kreuzband in mein Knie einsetzen lassen. Das habe ich abgelehnt, und mir geht es bis heute gut damit.“ Solch selbstbewusstes Auftreten, sagt sie, falle ihr dank der Patienten-Universität leichter. Und je mehr Wissen sie habe, umso besser könne sie in sich und ihren Körper hineinhorchen. ■

Katrin Zöfel ist freie Wissenschaftsjournalistin in Köln.

Ralf Niemzig ist freier Fotograf in Hamburg.

Mehr zum Thema Patientenrechte im G+G-Spezial „Eine Mogelpackung?“, das dieser Ausgabe beiliegt.



Augen auf und staunen: Am Kunststoff-Modell begreifen Besucher der Patienten-Universität, wie das Licht auf die Netzhaut trifft.



Kürzung droht bei schlechter Pflege

Um einem Heim die Vergütung seiner Leistungen zu kürzen, sind ihm Qualitätsmängel in der Pflege nachzuweisen. Aus einer kurzzeitigen personellen Unterbesetzung ist nicht automatisch der Schluss zu ziehen, dass die Bewohner schlecht gepflegt werden, urteilte das Bundessozialgericht. **Von Anja Mertens**

Urteil vom 12. September 2012
– B 3 P 5/11 R –
Bundessozialgericht

In dem Rechtsstreit ging es um einen Schiedsspruch der beklagten Schiedsstelle gegen ein Pflegeheim in Hessen über die Kürzung der Pflegevergütung wegen verletzter Pflichten bei der stationären Pflege in den Jahren 2005 und 2006. Die Landesverbände der Pflegekassen hatten den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) damit beauftragt, in einem Seniorenpark mit 150 Pflegeplätzen die Qualität der Leistungen zu prüfen. Grundlage dafür bildete Paragraph 114 Sozialgesetzbuch (SGB) XI. Bei der Prüfung im Oktober 2005 stellte der MDK Mängel vor allem bei der Pflegedokumentation fest. Er forderte das Heim auf, bis zum 30. April 2006 eine Reihe von Sofortmaßnahmen umzusetzen.

Zu wenig Pflegekräfte beschäftigt? Im Rahmen der Qualitätsprüfung fand ein Personalabgleich statt (Paragraph 80a Absatz 5 SGB XI alter Fassung, jetzt Paragraph 84 Absatz 6 SGB IX). Der beigeordnete Sozialhilfeträger stellte dabei – ausgehend von einer 38,5-Stunden-Woche – eine personelle Unterbesetzung fest. Zwischen August 2005 bis Dezember 2006 mit Ausnahme von Oktober 2006 hätte das Heim 3,5 Pflegekräfte zu wenig beschäftigt. Bei monatlich durchschnittlichen Personalkosten von 3.185 Euro je Pflegekraft errechnete sich für das eingesparte Personal ein Gesamtbetrag von rund 178.153 Euro. Dies entspräche einem täglichen „verdeckten Gewinn“ von 2,58 Euro je Heimbewohner. Die Trägerin des Seniorenparks wandte dagegen ein, dass in der Einrichtung eine 40-Stunden-

Woche gelte und deshalb sogar von einer durchschnittlichen Personalüberbesetzung von 2,5 Pflegekräften auszugehen sei. Nachdem sich beide Seiten nicht einigen konnten, kam es zu einem Schiedsverfahren.

Die Schiedsstelle – ihr gehören Vertreter der Landesverbände der Pflegekassen, der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen und drei Unparteiische an – verfügte schließlich im Juni 2008 eine Kürzung der Pflegevergütung

Nur wenn monatelang zu wenig Pflegekräfte in einem Heim arbeiten, sind Qualitätsmängel nicht extra zu belegen.

um täglich 2,58 Euro je Heimbewohner unabhängig von der Pflegestufe für August 2005 bis Dezember 2006. Angenommen war der Monat Oktober 2006. Die Schiedsstelle folgte dabei den Berechnungen der Kostenträger zum Personalausgleich und stützte sich auf die Leistungs- und Qualitätsvereinbarung (LQV) vom August 2004. Diese sehe für Pflege und Betreuung 56,4 Vollzeitstellen (exmanierte Pflegekräfte, Pflegehilfskräfte und Mitarbeiter für die soziale Betreuung) und einen Gesamtanteil der Pflegefachkräfte von 50 Prozent bei einer an-

genommenen durchschnittlichen Belegung von 147 Heimplätzen vor. Die LQV sei arbeitszeitneutral und somit auch für die hausinterne 40-Stunden-Woche maßgeblich. Gegen den Schiedsspruch klagte die Heimträgerin. Das nach Paragraph 29 Absatz 2 Sozialgerichtsgesetz als Erstinstanz zuständige Landessozialgericht wies die Klage ab. Im anschließenden Revisionsverfahren vor dem Bundessozialgericht (BSG) hatte die Heimträgerin Erfolg.

Schiedsspruch zu Unrecht ergangen.

Das BSG urteilte, dass der Schiedsspruch rechtswidrig und deshalb aufzuheben sei. Die Schiedsstelle dürfe die Vergütungskürzung nicht allein damit begründen, dass das Heim die vereinbarte Personalbesetzung unterschritten habe. Die Kürzung der Pflegevergütung setze nach Paragraph 115 Absatz 3 Satz 1 SGB XI alter Fassung voraus, dass das Heim gegen gesetzliche oder vertragliche Pflichten, und zwar insbesondere zur qualitätsgerechten Leistungserbringung aus dem Versorgungsvertrag oder aus der LQV (Paragraph 72, 80a SGB XI) verstoßen habe. Zwar müsse der Heimträger mit dem als notwendig festgeschriebenen Personal die Versorgung uneingeschränkt gewährleisten und bei Personalengpässen oder -ausfällen geeignete Gegenmaßnahmen ergreifen. Jedoch enthalte Paragraph 80a SGB XI alter Fassung ebenso wie der heute geltende Paragraph 84 SGB XI keine Sanktionen. Eine Kürzung der Pflegevergütung ließe sich aus Paragraph 115 Ab-

TIPP FÜR JURISTEN



Ärzte unter Korruptionsverdacht, Aktuelles zum Vertragsarzt- und zum Arzthaftungsrecht, Rechtsprechung zur Krankenhausvergütung – diese und weitere Themen behandeln die „9. Mitteldeutschen Medizinrechtstage“ am 15. und 16. März in Halle. Veranstalter ist die Meinhardt Congress GmbH. Mehr Infos: www.mcg-online.de > Termine

satz 3 SGB XI ableiten, wenn tatsächlich Qualitätsmängel festgestellt worden seien. Diese aber einfach aus der Personalbesetzung zu schlussfolgern, wie es die Schiedsstelle und die Pflegekassen getan hätten, reiche nicht aus, um die Vergütung zu kürzen. Auf die Feststellung konkreter Pflegemängel könne nur dann verzichtet werden, wenn über viele Monate hinweg eine personelle Unterbesetzung bestanden hätte. Denn dies führe zwangsläufig zu Qualitätsmängeln, so die obersten Sozialrichter. Allerdings müsse das Personalsoll monatlich um mindestens acht Prozent unterschritten werden. Sei dies aber nicht der Fall und gebe es zeitweise sogar einen personellen Überhang, wie vorliegend im Oktober 2006, müssten konkrete Qualitätsmängel nachgewiesen werden, um die Vergütung kürzen zu können. Schwere Pflegemängel wie Wundliegen, Mangelernährung, Sondenernährung oder rechtswidrige Fixierungen zur Arbeiterleichterung seien nicht belegt worden, sondern Lücken und Fehler bei der Pflegedokumentation.

Pflegebedürftige bekommen das Geld.

Zudem wäre das Schiedsverfahren erst 21 Monate nach Kenntnis der Mängel eingeleitet worden. Dies sei deutlich zu spät. Zu diesem Zeitpunkt sei das Recht zur Kürzung bereits erloschen, da gegen das Beschleunigungsgebot verstoßen wurde. Rückzahlungen stünden den Pflegebedürftigen zu. Dauerten die Verfahren zu lange (hier: sieben Jahre von der MDK-Prüfung 2005 bis zum Revisionsverfahren 2012) seien erfahrungsgemäß viele Heimbewohner bereits verstorben. Und der Aufwand des Heimträgers, anspruchsberechtigte Erben zu ermitteln, sei nicht zumutbar. ■

Kommentar: Das Bundessozialgericht hat klar gestellt, unter welchen Voraussetzungen die Pflegevergütung gekürzt werden darf. Dass alle Beteiligten verpflichtet sind, Überprüfungen zu Vergütungskürzungen sowie gegebenenfalls anschließende Schieds- und Gerichtsverfahren zügig abzuschließen, ist zu begrüßen. Denn nur so können Pflegebedürftige einen finanziellen Ausgleich für verminderte Qualität tatsächlich noch erhalten.

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

	INHALT	AKTUELLER STAND
KARTELLRECHT		
Entwurf eines Achten Gesetzes zur Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (8. GWB-ÄndG) Bundestags-Drucksache 17/9852	Anwendung des Wettbewerbsrechts auf die gesetzlichen Krankenkassen und deren Verbände; Kontrolle von Krankenkassen-Fusionen durch das Bundeskartellamt; ausgenommen vom Kartellverbot bleiben nur Verträge und Vereinbarungen mit Leistungserbringern, zu deren Abschluss die Krankenkassen oder ihre Verbände gesetzlich verpflichtet sind, sowie Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses.	Zweite und dritte Lesung im Bundestag war am 18.10.2012. Der vom Bundesrat angerufene Vermittlungsausschuss hat am 29.1.2013 beschlossen, eine Arbeitsgruppe einzusetzen.
KREBSVORSORGE/-REGISTER		
Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz, KFRG) Bundestags-Drucksache 17/11267	Festlegung der Häufigkeit der Inanspruchnahme und der Altersgrenzen der Früherkennungsuntersuchungen durch den GBA; Möglichkeit des GBA, Früherkennungsprogramme zu erproben; 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 Auswertung der Registerdaten durch GBA; Regelung zu Chefarzt-Boni.	Der Bundesrat hat am 12.10.2012 Stellung genommen. Zweite und dritte Lesung im Bundestag war am 31.1.2013.
PATIENTENRECHTE		
Gesetz 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 hat das Gesetz am 1.2.2013 gebilligt.
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.

Stand: 1.2.2013



Internet-Tipp

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

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

RHEINLAND/HAMBURG

Prävention auf dem Vormarsch

Rund 12,3 Millionen Euro und damit soviel wie noch nie hat die AOK Rheinland/Hamburg im Jahr 2011 für Präventionsleistungen ausgegeben. Die Zahl entspreche einem Wert von etwa 4,30 Euro pro Versicherten und liege damit deutlich über dem bundesweiten Schnitt der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit 3,87 Euro, teilte die Kasse mit. Zu den Präventionsangeboten gehören etwa Aktivitäten zur Verbesserung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens sowie Nichtraucherkampagnen in Schulen. „Prävention ist für uns von essentieller Bedeutung. Einen Schwerpunkt legen wir bewusst auf Setting-Angebote – Maßnahmen, die im direkten Lebensumfeld der Menschen stattfinden“, sagte **Rolf Buchwitz**, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der AOK Rheinland/Hamburg. Bei diesen gesundheitsfördernden Maßnahmen in Schulen, Kindergärten, Altenheimen und Stadtteilen konnte die



Vitamine pur: Gesundheitsförderung in der Kantine.

AOK Rheinland/Hamburg allein im Jahr 2011 in über 5.000 Settings mehr als 1,7 Millionen Menschen erreichen. Ein weiterer Schwerpunkt liegt in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Hier wurden im Jahr 2012 insgesamt 650 Unternehmen betreut und beraten. ■

NORDOST

Gemeinsam gegen Pflegebetrug

Der Berliner Senat hat die Bekämpfung von Leistungsmisbrauch und Abrechnungs-

manipulation in der ambulanten Pflege zu einem Schwerpunktthema gemacht. Erstes Ergebnis der Bemühungen ist eine Kooperationsvereinbarung der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, der AOK Nordost sowie der Berliner Bezirksämter, die im Dezember 2012 geschlossen wurde. Ziel ist eine engere Zusammenarbeit, um Fehlverhalten und Leistungsmissbrauch im Pflegesektor schneller aufzudecken oder ganz zu verhindern. Die Kooperationspartner setzen dabei auf gegenseitige Information und gemeinsames Vorgehen bei

Verdachtsfällen. So soll es künftig auch in begründeten Fällen möglich sein, einzelfallbezogene Daten gezielt zwischen Sozialhilfeträgern und Pflegekassen abzugleichen. Grundlage ist das geänderte Assistenzpflegegesetz, das seit Jahresbeginn in Kraft ist. Der Staatssekretär für Gesundheit und Soziales, **Michael Büge** (CDU), zeigte sich zufrieden, dass mit der AOK Nordost ein Einstieg in eine institutionalisierte und abgesicherte Kooperation bei der Bekämpfung von Missbrauch im Pflegebereich gelungen sei. Gleichzeitig äußerte er die Erwartung, die Zusammenarbeit bald auch auf andere Kassen ausweiten zu können. **Hans Joachim Fritzen**, Geschäftsführer Pflege bei der AOK Nordost, sagte: „Im Interesse unserer Kunden, die neben den Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung teils auch Leistungen des Sozialhilfeträgers erhalten, begrüßen wir die Zusammenarbeit mit dem Land Berlin.“ Dies sei auch im Sinne jener Vertragspartner, die korrekt abrechneten und wegen unseriöser Anbieter in Verruf geraten könnten. ■

AOK aktuell

Hausarzt als Partner für alle Gesundheitsfragen

Seit 1. Januar bietet die AOK Hessen ihren 1,5 Millionen Versicherten eine Hausarztzentrierte Versorgung (HzV). Den entsprechenden Vertrag unterzeichneten die Gesundheitskasse und der Hausärzterverband Hessen. Profitieren würden vom neuen Angebot primär die Patienten, betonten beide Seiten. Für Versicherte, die sich freiwillig für die Teilnahme entscheiden, fungiert der Hausarzt als erster Ansprechpartner in allen Gesundheitsfragen. Dadurch habe dieser den Überblick über die gesamte Behandlung und könne sie besser steuern. Da alle Behandlungsdaten beim Hausarzt zusammenliefen, ließen sich zudem Doppeluntersuchungen und unnötige Einweisungen ins Krankenhaus vermeiden. Der Hausarzt achte auch darauf, dass verordnete Medikamente miteinander verträglich seien. „Das ist besonders für ältere und chronisch kranke Patienten wichtig“, sagte **Dr. Dieter Conrad**, Vorsitzender des Hausärzterverbandes. Die in

den Vertrag eingeschriebenen Ärzte bieten darüber hinaus exklusiv für Berufstätige einmal die Woche Abendterminsprechstunden bis 19 Uhr und Samstagterminsprechstunden an. Zudem unterstützt der Hausarzt die Patienten bei der Vermittlung von Facharztterminen. „Unsere Versicherten kommen im AOK-Hausarztprogramm in den Genuss eines umfassenden Services und werden noch besser als ohnehin schon versorgt“, sagte **Dr. Isabella Erb-Herrmann**, Hauptabteilungsleiterin Integriertes Leistungsmanagement bei der Gesundheitskasse. AOK-Abteilungsleiter **Jens Dapper**, der die Verhandlungen zur HzV führte, sagte: „Nur Verträge, die einen echten positiven Einfluss auf die Versorgungsqualität haben, kommen für uns in Frage. Das ist in diesem Falle gelungen.“ ■



Viele ABC-Schützen brauchen Therapie

Kurz vor oder unmittelbar nach der Einschulung verordnen Ärzte Kindern in Deutschland die meisten Sprachtherapien. Jungen sind dabei häufiger betroffen als Mädchen. Das geht aus dem kürzlich vorgelegten „Heilmittelbericht 2012“ des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) hervor. Danach waren im Jahr 2011 mehr als jedes achte bei der Gesundheitskasse versicherte fünfjährige Mädchen (13,2 Prozent) und jedes sechste sechsjährige Mädchen (16,8 Prozent) auf eine Sprachtherapie angewiesen. Noch höher liegen die Zahlen bei den Jungen. Jeder fünfte fünfjährige (19,6 Prozent) und jeder vierte sechsjährige AOK-versicherte Junge (24,9 Prozent) mussten zum Sprachtherapeuten. „Damit wird in dieser Altersgruppe häufiger als in allen anderen eine Sprachtherapie verordnet“, bilanzierte der stellvertretende WiDO-Geschäftsführer **Helmut Schröder**. Insgesamt erhielten 191.000 AOK-versicherte Kinder im Alter bis einschließlich 14 Jahren eine sprachtherapeutische Verordnung. Das sind 70 Prozent aller Sprachtherapien, die über die AOK abgerechnet wurden. ■

BADEN-WÜRTTEMBERG

Patientenquittung schafft Transparenz

Versicherte der AOK Baden-Württemberg können seit Jahresbeginn auf einer elektronischen Patientenquittung abrufen, welche Leistungen ihr Arzt oder Apotheker mit ihrer



Kasse abgerechnet hat und welche Kosten entstanden sind. „Die AOK-Patienten-Quittung schafft Transparenz und stärkt die Eigenverantwortung“, sagte **Dr. Christopher Hermann**, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg. Das neue Serviceangebot ist kostenlos. Teilnehmen können alle Versicherten ab dem 15. Lebensjahr. Die Nutzer können Leistungsbereiche und Zeiträume, über die sie sich informieren möchten, frei auswählen. Die Leistungen und ihre Kosten werden bis zu 24 Monate rückwirkend auf der Quittung angezeigt. ■

SACHSEN-ANHALT

Landesvater setzt auf Rücklagen

Deutlicher hätte es Ministerpräsident **Dr. Reiner Haseloff** (CDU) beim Neujahrsempfang der AOK Sachsen-Anhalt nicht formulieren können: „Lassen Sie sich als AOK von niemandem einreden, was sie mit ihren Rücklagen zu tun haben.“ Der Landesvater riet vor 350 Gästen aber nicht nur zur Vorsicht beim Umgang mit den Überschüssen in der gesetzlichen Krankenversiche-

rung (GKV). Er erinnerte auch daran, dass es im Land „noch nie eine Versorgungsdichte und -qualität wie heute“ gegeben habe. Daran habe die AOK großen Anteil. „Wir haben die besseren Versorgungsverträge“, sagte Verwaltungsratsvorsitzende **Susanne Wiedemeyer**. So schlossen sich bei AOK-Versicherten dank entsprechender Betreuung chronische Wunden im Schnitt in nur zweieinhalb Monaten – bei anderen Patienten dauere es anderthalb Jahre. Sorgen bereite ihr die Finanzentwicklung in der GKV: Bereits 2013 stehe einem Einnahmenplus von 2,7 Prozent ein Ausgabenanstieg von fast fünf Prozent gegenüber. Damit Kassen weiter in gute Versorgung investieren könnten, so **Professor Klaus Jacobs**, Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK, sei eine gerechtere Verteilung der Finanzmittel nötig. Noch immer erhielten die Kassen für ältere und chronisch kranke Versicherte zu wenig Geld aus dem Fonds. AOK-Vorstand **Ralf Dralle** schließlich überreichte Ministerpräsident Haseloff ein Apfelbäumchen: „Als Zeichen der Verwurzelung der AOK in Sachsen-Anhalt.“ ■

Gegen Manipulation bei Organspende

Angesichts immer neuer Meldungen über Unregelmäßigkeiten bei der Vergabe von Organspenden an großen deutschen Kliniken hat die AOK Bayern alle verantwortlichen Stellen zu einer engeren Zusammenarbeit aufgerufen. Nur so ließen sich Manipulationen oder sogar Korruption bei der Auswahl von Transplantationspatienten ausschließen“, sagte **Dr. Helmut Platzer**, Vorstandsvorsitzender der AOK Bayern. „Dabei dürfen auch vermeintlich unpopuläre Maßnahmen wie beispielsweise die Konzentration von Transplantationszentren nicht ausgeschlossen werden.“ Wichtig sei aber auch, den Menschen in Erinnerung zu rufen, dass jeder in die Lage kommen kann, ein Spenderorgan zu benötigen. „Eine Organspende ist Dienst am Mitmenschen und kein Gefallen für Krankenhäuser oder Transplantateure“, betonte Platzer. Derzeit warten in Deutschland rund 12.000 Patienten dringend auf ein Spenderorgan. ■

Telegramm

+++ Welche Leistungen Ärzte und andere Leistungserbringer über die Versichertenkarte abgerechnet haben und was das gekostet hat, können Versicherte der AOK NordWest jetzt auch mobil auf dem Smartphone einsehen. So lassen sich wichtige Fragen nach verordneten Medikamenten oder Behandlungen sofort klären. +++ Jedes zweite Jahr können bei der AOK PLUS alle Versicherten bereits ab 14 Jahren eine **Vorsorgeuntersuchung auf Hautkrebs** wahrnehmen. Gesetzlich Versicherten ist dies als Leistung erst ab 35 Jahren möglich. Da die Haut im Winter meist weniger gebräunt ist als im Sommer, sei eine Untersuchung in der kalten Jahreszeit ratsam, teilte die Kasse mit. Mögliche Hautveränderungen könnten so vom Arzt einfacher beurteilt werden.

Rehabilitation Software Eva erhöht den Reha-Erfolg

Medizinische Rehabilitation nimmt angesichts der demografischen Entwicklung einen immer größeren Teil der Patientenversorgung ein. Bereits seit 20 Jahren werden deshalb Rehabilitationskonzepte wis-



senschaftlich fundiert und optimiert. Einer der Kernbereiche ist das Qualitätsmanagements. Mit der Software EVA-Reha® hat der Medizinische Dienst Rheinland-Pfalz in Modellversuchen seit 1991 ein schlankes und effizientes Instrument zunächst für die geriatrische und neurologische Rehabilitation entwickelt, das

mittlerweile alle großen Reha-Bereiche in ihrem Bemühen um gute Qualität unterstützt. Seit 2009 ist EVA-Reha auch bei Mutter-Kind-Kuren einsetzbar. Die jüngste Erweiterung betraf die kardiologische Reha. Das vorliegende, von 21 Reha-Spezialisten des MDK und mehrerer Krankenkassen sowie Klinik-Ärzten verfasste Buch beschreibt Grundlagen, Konzepte und Perspektiven der Zusammenarbeit von Einrichtungen, Rehabilitationsträgern und MDK. Praxisnah wird über die Software EVA-Reha® hinaus auf die Leistungen der Rehabilitation und vielfältigen Aktivitäten im Bereich der Qualitätssicherung seit 1990 eingegangen, darunter die Entwicklung von Qualitätssiegeln und Zertifizierungsverfahren. Die Ausführungen sind auch ein Plädoyer für die medizinische Rehabilitation, die mehr ist und sein muss als nur ein aktueller Trend im Gesundheitswesen.

Ursula Weibler, Gundo Zieres
(Hrsg.): **Qualitätsperspektiven in der medizinischen Rehabilitation.** 2012. 188 Seiten, 26 Euro. Latros-Verlag, Potsdam.

Altenpflege Pillen allein helfen nicht bei Demenz

Herausforderndes Verhalten kennzeichnet Menschen mit Demenz. Pflegende und nahe Angehörige sind täglich damit konfrontiert. Das Akzeptieren von Apathie oder Aggression Demenzkranker gegen sich und andere fällt den meisten schwer. Noch schwieriger ist es, mit Schreien, Rufen oder gar anscheinend unmotiviertem Kotschmieren und Urinieren umzugehen. Früher wurde das entsprechende Verhalten Demenzerkrankter vorwiegend auf rein medizinische, hirnpathologische Ursachen zurückgeführt. Diese Sichtweise wurde vor allem in der Pflege, aber auch in Teilen der Medizin, zuerst in den USA und England, jetzt aber auch in Deutschland, von einer eher psychologischen Begründung abgelöst. Der britische Sozialpsychologe Ian Andrew James zeigt in seinem Demenz-Handbuch, dass zwischen beiden Herangehensweisen kein Gegensatz besteht, sondern diese sich gegenseitig ergänzen. Praxisnah und wissenschaft-



lich fundiert stellt er dar, dass man beide für den gewissenhaften Umgang mit herausforderndem Verhalten Demenzkranker braucht. Das Buch gliedert sich in acht Kapitel. James analysiert die Rolle und den Einsatz von Antipsychotika und Neuroleptika bei Demenzen und gibt dazu auch einen Überblick über psychologische und nicht-pharmakologische Interventionen, von der Aromatherapie bis zum Verhaltensmanagement. Selbst die Frage, welche positive Rolle Lügen in der Demenztherapie spielen, beantwortet James.

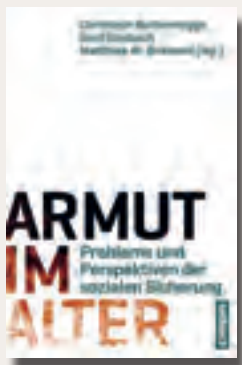
Ian James: **Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz.** 2013. 232 Seiten, 29,95 Euro. Verlag Hans Huber, Bern.

SEMINARE | TAGUNGEN | KONGRESSE

<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>■ 18. KONGRESS ARMUT UND GESUNDHEIT</p>	<p>Strategien der Gesundheitsförderung, Qualitätssicherung, Gesundheitsberichterstattung</p>	<p>6.–7.3.2013 Berlin</p>	<p>Gesundheit Berlin-Brandenburg Friedrichstraße 231 10969 Berlin</p>	<p>Tel.: 0 30/44 31 90 73 Fax: 0 30/44 31 90 63 kongress@gesundheitbb.de www.armut-und-gesundheit.de</p>
<p>■ GESUNDHEITSKONGRESS DES WESTENS</p>	<p>Zukunft GKV und PKV, Nutzenbewertung, sektorenübergreifende Versorgung, E-Health</p>	<p>20.–21.3.2013 Bonn</p>	<p>WISO S. E. Consulting GmbH c/o welcome Veranstaltungen GmbH Bachemer Straße 6–8 50226 Frechen</p>	<p>Tel.: 0 22 34/9 53 22–32 Fax: 0 22 34/9 53 22–29 info@gesundheitskongress-des-westens.de www.gesundheitskongress-des-westens.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>

Sozialstaat Die Rente ist nicht sicher

Immer mehr Menschen werden im Ruhestand Zeitungen austragen und Pfandflaschen aus Mülleimern klauben müssen, um ihre Rente aufzubessern, warnen die Herausgeber des Bandes „Armut im Alter“. Knapp 30 Autoren aus Wissenschaft und Politik nähern sich dem Phänomen Altersarmut aus verschiedenen Blickwinkeln, auch unter dem Aspekt gesundheitlicher Ungleichheit im Alter. „Aufgrund der starken Zunahme diskontinuierlicher Erwerbsbiografien und prekärer Beschäftigungsverhältnisse, von Ehe-



scheidungen und zahlreicher Kürzungen im Sozialbereich verschiebt sich die Struktur der Armutspopulation mittelfristig wieder in Richtung der Älteren“, schreibt Mitherausgeber Christoph Butterwege. In seinem gut sortierten historischen Abriss zur Rentenpolitik seit 1945 fehlen auch neueste Entwicklungen wie die „Zuschussrente“ von Bundesarbeitsministerin Ursula von der Leyen nicht. Butterwege skizziert die Ideen und Reformen jeweils kurz, ordnet sie ein, um sie dann hinsichtlich ihrer Wirkung auf die Alterssicherung zu bewerten. Nicht nur er hinterlegt seine Thesen mit Zahlen. Ein Abschnitt des Buches widmet sich „Daten zur

Altersarmut in Deutschland und Europa“. Jutta Schmitz stellt diesem Kapitel eine allgemeine Definition des Begriffs Armut voran. Die Autoren behaupten also nicht nur, sie beweisen auch, wie der Neoliberalismus den Sozialstaat schwächt. Ein informatives, verständliches Buch, das Position bezieht und begründet – und mit den Rentenkonzepthen aller etablierten Parteien ins Gericht geht.

Christoph Butterwege et al. (Hrsg.): **Armut im Alter**. 2012. 393 Seiten, 19,90 Euro, Campus Verlag, Frankfurt am Main.

Handbuch Qualität in der Pflege ist planbar

Prozessveränderungen sind das A und O für mehr Qualität in der Pflege. Mit einem Nachschlagewerk aus dem AOK-Verlag können Pflegeeinrichtungen jetzt leicht alle Arbeitsbereiche am PDCA-Zyklus (Planen, Durchführen, Checken, Agieren) ausrichten und jederzeit planvolles Arbeiten nachweisen. Konkrete Beispiele aus der Pflegepraxis machen die Umsetzung und damit die kontinuierliche Qualitätsverbesserung leicht. Passend zu jedem Arbeitsschritt gibt es im eigens für das Werk eingerichteten Onlinebereich Arbeitshilfen, Checklisten und vieles



mehr, die helfen, den PDCA-Zyklus wirklich zu leben und dabei den Dokumentationsaufwand zu verschlanken. Die Autoren des Loseblattwerks mit Online-Kundenbereich bringen eine geballte Ladung Praxiswissen mit. Sie kennen den Pflegealltag und alle relevanten Schritte, die im PDCA-Prozess wichtig sind. Der besondere Mehrwert des PDCA-

Prozesses liegt darin, dass er ein Kreislauf ist, der immer nach dem „Checken“ wieder in eine angepasste Planung mündet. Genau da setzt das PDCA-Handbuch an.

PDCA – Qualitätsmanagement in der Pflege. 2012. Loseblattwerk mit 560 Seiten und Online-Kundenbereich, 139 Euro. AOK-Verlag, Remagen.

Zeitschriftenschau

■ Kartellrecht nur bedingt auf Krankenkassen anwendbar

Welche kartellrechtlichen Vorschriften sollen für die gesetzliche Krankenversicherung gelten? Für Dr. Sebastian Kluckert, wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Freien Universität Berlin, jedenfalls ist das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen nicht auf die Krankenkassen anzuwenden, wenn sie hoheitliche Aufgaben erfüllen. Im Verhältnis zu den Leistungserbringern sei zwar jüngst durch das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz der kartellrechtliche Schutz erweitert worden (Paragraf 69 Absatz 2 SGB V). Ausnahmeregelungen relativierten ihn aber wieder. Lösungsansätze bietet die frühere Rechtsprechung. Die Durchsetzung kartellrechtlicher Ansprüche durch die Behörden stelle ein weiteres Problem dar. Hier seien die Sozial- und nicht die Zivilgerichte (Kartellgerichte) zuständig. **Neue Zeitschrift für Sozialrecht 2012, Seite 808–814**

■ Behandlungsfehler: Informationspflicht des Arztes mit Einschränkung

Der Behandlungsvertrag soll im Bürgerlichen Gesetzbuch kodifiziert werden. Mediziner müssen dann Patienten über Behandlungsfehler informieren. Dr. Philip Schelling und Dr. Maximilian Warntjen diskutieren die Grenzen dieser Pflicht. Nach Ansicht der Fachanwälte für Medizinrecht werden nur die von Gerichten entwickelten Grundsätze zur Aufklärung festgeschrieben. Zudem müsse der Arzt dem Patienten nur offenlegen, was zu dem Fehler geführt hat, nicht aber eingestehen, die Sorgfaltspflicht verletzt zu haben. **Medizinrecht (2012) 30; Seite 506–512**

■ Risikoarmer Eingriff: Arzt darf ohne Anästhesisten betäuben

Muss ein Arzt, der Patienten bei kleinen, risikoarmen Eingriffen betäubt, zwingend einen Anästhesisten hinzuziehen oder darf er eigenverantwortlich narkotisieren? Letzteres ist der Fall, so der Medizinrechtler Professor Erwin Deutsch. Allerdings müsse sich der Arzt vorab vergewissern, dass der Patient nicht unter Indikationen leidet, die eine sorgfältige und von einem Facharzt überprüfte Anästhesie erforderlich macht. Auch müsse er apparativ ausgerüstet und geschult sein, um auf eventuelle Zwischenfälle reagieren zu können. **Versicherungsrecht 28/2012, Seite 1193–1197**

■ Kostenübernahme: Richterrecht in Paragraf gegossen

Das Bundesverfassungsgericht hatte mit dem sogenannten Nikolausbeschluss vom 6. Dezember 2005 die Krankenkassen dazu verpflichtet, bei lebensbedrohlichen Krankheiten die Kosten auch für nicht anerkannte Behandlungsmethoden zu übernehmen. Diese Grundsatzentscheidung und die weiteren Konkretisierungen durch das Bundessozialgericht sind seit Anfang dieses Jahres in dem neuen Paragraf 2 Absatz 1a Sozialgesetzbuch V aufgegangen. Professor Jacob Joussem von der Ruhr-Universität Bochum vergleicht Rechtsprechung und Norm. Der Sozialrechtler stellt fest, dass der Gesetzgeber nicht mehr getan hat, als bestehendes Richterrecht zu kodifizieren. **Die Sozialgerichtsbarkeit 11/12, Seite 625–630**

Leiharbeit belastet Stammebelegschaft

Engpässe beim Personal überbrücken Krankenhäuser auch mit Leiharbeitern. Damit dies nicht zulasten der Beschäftigten geht, fordert Verdi-Fachmann **Niko Stumpfögger** für vorübergehend angeheuerte Arbeitnehmer gleichen Lohn wie für Festangestellte.

Im Gesundheitswesen ist der Personalbedarf weitgehend planbar. Konjunkturschwankungen und ausländische Absatzmärkte spielen keine Rolle. Unvorhergesehene Arbeitsspitzen, wie beispielsweise die EHEC-Infektionen im Sommer 2011, sind die große Ausnahme. Leiharbeit im Gesundheitswesen ist also ökonomisch unnötig, sollte man meinen.

Leiharbeit war immer schon eine Strategie zur Senkung von Personalkosten. Doch längst hat sie ihre anfängliche Funktion verlassen, Arbeitsspitzen durch externes statt internes Personal abzudecken. Im Gesundheitswesen registrieren wir im Wesentlichen zwei neue Funktionen. Die erste ist Tariffucht. Neben das Outsourcing in Gesellschaften mit festen Arbeitsplätzen trat das Outsourcing in konzerneigene Leiharbeitsfirmen mit Dauer-Leiharbeitsplätzen (Schein-Leiharbeit). In beiden Varianten geht es darum, Löhne zu senken. Das traf zunächst die Beschäftigten in den Servicegesellschaften. Heute finden wir Outsourcing auch in der Pathologie, Physiotherapie, Logopädie bis hin zur Pflege. So hat ein Krankenhauskonzern Pflegekräfte in Brandenburg als Leiharbeiterinnen eingestellt und ihnen monatlich 400 Euro weniger bezahlt. Für die Gründung der eigenen Leiharbeitsfirma hat der Konzern leicht eine Genehmigung bekommen, denn das ist legal.

Leiharbeiter können ihre Interessen schwächer vertreten. Dauerleihe zum Zweck der Lohnsenkung bedeutet für die Beschäftigten Lohnverlust, Unsicherheit der Lebensperspektive, schlechte Vereinbarkeit von Familie und Beruf und einen höheren Grad von Unterwerfung unter die Geschäftsführung. Arbeitsort und Anstellungsträger fallen auseinander. Leiharbeitnehmer werden in ihren Interessen von unterschiedlichen Betriebsräten betreut. Arbeitszeiten und -bedingungen überwacht der Betriebsrat des

Einsatzbetriebes, für Arbeitsvertragsinhalte ist der Betriebsrat der Leiharbeitsfirma zuständig. Es liegt auf der Hand, dass Leiharbeitnehmer ihre Interessen schon aus solchen Gründen weniger gut vertreten können. Leiharbeit spaltet die Belegschaften und macht sie insgesamt schwächer. Für viele Leiharbeiter besteht das Streikrecht nur auf dem Papier, praktisch können sie es kaum erfolgreich für ihre Interessen einsetzen.

Lasten werden ungleich verteilt. Die zweite neue Funktion der Leiharbeit trifft fast alle Berufsgruppen im Krankenhaus, häufig auch Personal mit höheren Qualifikationen. Manager beschäftigen weniger Stammpersonal, als für die Arbeitsaufgaben benötigt wird. So setzen sie die Beschäftigten einem maximalen Produktivitätsdruck aus. Mit Leiharbeit wird das Personal so weit aufgestockt, dass die Arbeit überhaupt bewältigt werden kann. Höher qualifiziertes Leihpersonal wird oft sogar besser bezahlt als die Stammebelegschaft. Lasten werden ungleich verteilt. Leiharbeiter haben planbare Arbeitszeiten. Stammbeschäftigte haben das oft nicht, sie springen in kurzfristig geänderte Dienstpläne ein, werden aus ihrer Freizeit geholt. Probleme im Arbeitsablauf können Leiharbeitskräfte nicht lösen, weil sie die Betriebsorganisation nicht kennen. Das schafft zusätzliche Lasten für die Stammbeschäftigten, denn nur sie verfügen über das wertvolle Wissen, wie der Laden läuft und wo sie nachfragen, wenn beispielsweise ein Laborbefund nicht gleich auffindbar ist.

Anreiz für Schein-Leiharbeit eingrenzen. Leiharbeit ermöglicht es den Arbeitgebern, den Wettbewerbsdruck leichter auf die Arbeitnehmer abzuwälzen als das bei Festangestellten möglich ist. Der Anreiz zur Schein-Leiharbeit muss eingegrenzt werden, indem wir zu Regeln zurückkehren, die wir schon einmal hatten. Der Arbeitsvertrag von Leiharbeitnehmern darf nicht auf einen einzigen Arbeitseinsatz bei einem einzigen Entleiher zugeschnitten werden (Synchronisationsverbot). Die Arbeitnehmerüberlassung unter Konzerngesellschaften darf nur zulässig sein, wenn die Arbeitsbedingungen des Entleiherbetriebes gelten. Der Anreiz zum Lohndumping kann durch Equal-Pay verringert werden. Leiharbeitnehmer müssen so bezahlt werden wie die Stammebelegschaft. ■

Niko Stumpfögger ist Bereichsleiter Betriebs- und Branchenpolitik im Fachbereich Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen bei der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft ver.di.

Kontakt: Niko.Stumpfoegger@verdi.de

Leserforum



Ihre Meinung ist gefragt.

Im G+G-Weblog www.reformblock.de können Sie mit uns diskutieren.

Oder schreiben Sie uns:

Gesundheit und Gesellschaft, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin,
E-Mail: gug-redaktion@kompakt.de

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

Herausgeber AOK-Bundesverband
Redaktion Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin
Telefon: 0 30 2 20 11-0
Telefax: 0 30 2 20 11-105
E-Mail: gug-redaktion@kompart.de
www.kompart.de

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

Titel Stefan Boness

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 12/2012

Piraten auf Gesundheitskurs

Das Schiff läuft auf Grund

Wer hoch fliegt, kann tief fallen. Das gilt erst recht im Politikbetrieb. Undgemeint ist ausnahmsweise mal nicht die FDP. Schneller noch als die Liberalen befinden sich derzeit die Piraten im Sinkflug der Wählergunst. Bei der Wahl zum Berliner Abgeordnetenhaus 2011 erzielten die Politikrebellen noch einen Stimmenanteil von 8,9 Prozent. Und jetzt? Magere zwei Prozent in Niedersachsen. Spätestens bei der Bundestagswahl dürfte das Piratenschiff auf Grund laufen. Schuld am Fiasco sind die Piraten selbst. Sie hauen und stechen sich halt lieber untereinander statt sich mit politischen Lösungen zu beschäftigen. Dabei hat die potenzielle Wählerschaft durchaus Sehnsucht nach Antworten, wie der Beitrag in G+G anhand der Gesundheitspolitik zeigt. Doch Hand aufs Herz: Wer bringt die Piraten ernsthaft mit Themen wie „Bezahlbare Gesundheit für alle“ oder „Abkehr von der Zwei-Klassen-Medizin“ in Verbindung? Ich jedenfalls kenne niemanden.

W. H. S., Lohfelden

G+G 1/2013

Ausschuss zeichnet Arztsitz-Karte neu

Föderaler Flickenteppich programmiert

Was haben Bildungs- und Gesundheitspolitik gemeinsam? In beiden Politikbereichen berufen sich die Akteure auf föderale Kompetenzen und regionale

Zuständigkeiten, wenn sie einen wirklichen Vergleich scheuen. Wie anders ist es zu erklären, dass bei den neuen Landesgremien für die sektorenübergreifende Bedarfsplanung wieder einmal jedes Bundesland macht, was es will. Weder die Zusammensetzung noch die genauen Zuständigkeiten der Gremien sind einheitlich geregelt, sodass am Ende echte Vergleiche kaum möglich sind. Dabei wäre es außerordentlich sinnvoll, die Wirkungen und Nebenwirkungen der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses einer systematischen Erfolgskontrolle zu unterziehen und dabei zugleich die Tätigkeit der neuen Landesgremien auf den Prüfstand zu stellen. Nur so lässt sich nämlich die Frage beantworten, welche Rezepte gegen den Landarztmangel wirklich helfen: Stipendien für Medizinstudenten, Zuschüsse für niederlassungswillige Hausärzte, kleinteiligere Planungsbezirke, eine Öffnung der Kliniken für die ambulante Versorgung? Oder muss es schließlich doch die elektronische Gesundheitskarte richten, die – wenn alles gut geht – im Jahr 2030 einsatzbereit sein dürfte. Vermutlich ist die Karte dann in der Lage, selbstständig den Weg zum letzten Arzt oder letzten Krankenhaus zu finden und ihrem stolzen Besitzer – ebenfalls vollautomatisch – das Ticket für die Busfahrt dorthin zu besorgen. Bis dahin ist gewiss auch der neue Berliner Flughafen fertig, den Patienten für den Gesundheitstrip ins benachbarte Ausland nutzen können: Einmal Warschau und zurück zum Preis von einer Zahnkrone! Aber das sind natürlich nur Anmerkungen einer Beobachterin aus der Peripherie.

B. G., Offenburg

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

Wer up to date sein will...



...braucht das **G+G-Lexikon**. Die vierte, vollständig überarbeitete Auflage von „Stichwort Gesundheitswesen“ ist wieder auf dem neuesten Stand. Alle relevanten Änderungen bis zum Versorgungsstrukturgesetz sind eingearbeitet – von nichtärztlichen Gesundheitsberufen über die spezialfachärztliche Versorgung bis zur neuen Struktur des Gemeinsamen Bundesausschusses.

„**Stichwort Gesundheitswesen**“ ist mit seinen knapp 450 Stichworten ein umfassendes Nachschlagewerk. Dank seines Formates passt es zugleich in jede Akten tasche.

Ein **Handbuch** von Experten für Einsteiger und Insider. Mit zahlreichen weiterführenden Links und einem umfangreichen Abkürzungsverzeichnis.

Stichwort Gesundheitswesen Ein Lexikon für Einsteiger und Insider.

Vierte, vollständig überarbeitete Auflage,
ca. 340 Seiten, Broschur, Preis: 16,80 Euro
zzgl. Verpackung und Versand
ISBN: 978-3-940172-27-3

G+G – Kleine Reihe. Das Buch zur Zeitschrift.

Ja, ich bestelle ...

Stichwort Gesundheitswesen Ein Lexikon für Einsteiger und Insider.

— **Exemplar(e) zum Preis von 16,80 Euro**
(zzgl. 2,50 Euro Verpackung und Versand)

Stichwort Gesundheitswesen
Ein Lexikon für Einsteiger und Insider.
Vierte, vollständig überarbeitete Auflage,
ca. 340 Seiten, Broschur, Preis: 16,80 Euro
ISBN: 978-3-940172-27-3

per Fax **030 220 11-105**
oder www.kompart.de/shop



Lieferung gegen Rechnung per Bankeinzug

Vor- und Zuname

Straße, Haus-Nr.

PLZ

Ort

Konto-Nr.

BLZ

Geldinstitut

Datum, Unterschrift



Es steht eine Operation an?

Mit uns finden Sie das richtige Krankenhaus.

Mit dem AOK-Krankenhausnavigator finden Sie einfacher als je zuvor ein Krankenhaus in Ihrer Nähe, auf dessen Erfahrung Sie vertrauen können. Wir sind für Sie da. AOK – immer in Ihrer Nähe.

Gesundheit in besten Händen

www.aok.de