



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT



Zankapfel Honorare

Ärztevergütung zwischen Mythos und Wirklichkeit

PHYSIOTHERAPIE

Ein Händchen für Schmerzpatienten

BEDARFSPLANUNG

Mehr Einfluss für die Bundesländer

Die Pressestellen der AOK

Gesundheit ist unser Thema!

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

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

AOK-BUNDESVERBAND

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

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

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

AOK BADEN-WÜRTTEMBERG

Hauptverwaltung
Pressesprecher: Kurt Wesselsky

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

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

AOK BAYERN – DIE GESUNDHEITSKASSE

Zentrale
Pressesprecher: Michael Leonhart

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

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

AOK BREMEN/BREMERHAVEN

Pressesprecher: Jörn Hons

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

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

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN

Direktion
Pressesprecher: Ralf Metzger

Basler Straße 2, 61352 Bad Homburg v.d.H.
ralf.metzger@he.aok.de

Tel. 06172/272-161
Fax: 06172/272-139

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR NIEDERSACHSEN

Direktion
Pressesprecher: Carsten Sievers

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

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

AOK NORDOST – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecherin: Gabriele Rähse

Region Mecklenburg-Vorpommern
Pressereferent: Markus Juhls

Wilhelmstraße 1, 10963 Berlin
Potsdamer Straße 20, 14513 Teltow
presse@nordost.aok.de

Am Grünen Tal 50, 19063 Schwerin
presse@nordost.aok.de

Tel. 0800/265 080-22202
Fax: 0800/265 080-22926

Tel. 0800/265 080-41469
Fax: 0800/265 080-22926

AOK NORDWEST – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: Jens Kuschel

Kopenhagener Straße 1, 44269 Dortmund
presse@nw.aok.de

Edisonstraße 70, 24145 Kiel
presse@nw.aok.de

Tel. 0231/4193-10145

Tel. 0431/605-21171

AOK RHEINLAND/HAMBURG – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: André Maßmann

Region Hamburg: Pressesprecherin Antje Meyer

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

Pappelallee 22-26, 22089 Hamburg
antje.meyer@rh.aok.de

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

Tel. 040/2023-1401
Fax: 040/2023-1409

AOK RHEINLAND-PFALZ/SAARLAND – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressereferent: Jan Rößler

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

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

AOK PLUS – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR SACHSEN UND THÜRINGEN

Pressesprecherin: Hannelore Strobel

Sitz Erfurt
Stellvertretender Pressesprecher: Jürgen Frühauf

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

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

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

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

AOK SACHSEN-ANHALT – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: Andreas Arnsfeld

Lüneburger Straße 4, 39106 Magdeburg
presse@san.aok.de
andreas.arnsfeld@san.aok.de

Tel. 0391/2878-44426
Fax: 0391/2878-44576

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

www.aok-presse.de

AOK
Die Gesundheitskasse.

Arbeit ist gut für die Psyche

Fehlzeiten und Frühverrentungen wegen psychischer Krankheiten nehmen zu. Das lastet Arbeitgeberfunktionär **Alexander Gunkel** nicht der Berufstätigkeit an. Vielmehr verschaffe sie Anerkennung und stärke die seelische Gesundheit.

Die **psychische Gesundheit** der Beschäftigten liegt im ureigenen Interesse der Arbeitgeber. Wer nicht voll leistungsfähig ist, kann auch nicht mit ganzer Kraft arbeiten. Deshalb engagieren sich die Unternehmen, um psychisch bedingte Fehlzeiten und Leistungseinschränkungen ihrer Mitarbeiter zu vermeiden. Die These, dass psychische Erkrankungen vorrangig auf Arbeit zurückzuführen seien, ist falsch. Das Gegenteil ist richtig: Arbeit hat in aller Regel einen sehr positiven Effekt auf die psychische Gesundheit, schafft Selbstbestätigung und Anerkennung. Diesen Zusammenhang haben wir mit dem Deutschen Gewerkschaftsbund sowie dem Bundesarbeitsministerium in einer gemeinsamen Erklärung zur psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt im September 2013 zum Ausdruck gebracht (PDF unter www.arbeitgeber.de > Themen > Psychische Belastung). Es ist belegt, dass Beschäftigte seltener an psychischen Erkrankungen leiden als Nichtbeschäftigte. Die bei der Arbeit wahrgenommene psychische Belastung ist in den vergangenen fünf Jahren nicht gestiegen. Das zeigen auch Zahlen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Vielmehr sind 77 Prozent der Männer und sogar 90 Prozent der Frauen der Auffassung, dass Arbeit sie fit hält. Im internationalen Vergleich erreicht Deutschland Spitzenwerte bei der Arbeitszufriedenheit.

Richtig ist zwar, dass der Anteil von Fehlzeiten und Frühverrentungen, die auf psychischen Diagnosen beruhen, in den letzten Jahren gestiegen ist. Bei genauerer Betrachtung zeigt sich jedoch, dass sich dahinter vor allem ein statistischer Effekt verbirgt. Wissenschaftler berichten übereinstimmend, dass es keine generelle Zunahme psychischer Störungen gibt. Für den dennoch erfolgten Anstieg bei den Diagnosen psychischer Erkrankungen ist vor allem die heute deutlich geringere Stigmatisierung psychischer Störungen verantwortlich. Sie hat bei den Patienten die Bereitschaft erhöht, sich auf eine psychische Erkrankung untersuchen zu lassen und

eine entsprechende Diagnose damit zu ermöglichen. Sie erleichtert zudem den Ärzten, eine psychische Erkrankung auch als solche zu diagnostizieren statt im Zusammenhang stehende körperliche Erkrankungen festzustellen. Die gewachsene Sensibilität für psychische Erkrankungen auf Seiten der Patienten und Ärzte ist dabei grundsätzlich sehr positiv zu bewerten. Denn sie ermöglicht, psychische Erkrankungen gezielt, möglichst früh und damit mit erhöhten Erfolgchancen zu behandeln. Verbesserungsbedürftig ist jedoch nach wie vor die Versorgungssituation psychisch kranker Menschen. Zu Recht haben zum Beispiel die Bundespsychotherapeutenkammer und die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde auf

den bestehenden Handlungsbedarf hingewiesen. Notwendig ist ein möglichst enges und konstruktives Zusammenwirken der Sozialversicherungen bei der Betreuung von Patienten mit psychischen Störungen. Mithilfe einer besseren Abstimmung der Angebote der Krankenbehandlung und der Rehabilitation lassen sich vorzeitige Austritte aus dem Berufsleben vermeiden und dringend benötigte Fachkräfte im Arbeitsleben halten.

Die Berufstätigkeit kann eine Rolle bei der Entstehung psychischer Erkrankungen spielen, ist aber nie die alleinige Ursache. Um arbeitsbedingten Gefährdungen der psychischen Gesundheit entgegenzuwirken, gibt es bereits ausreichende Regelungen im Arbeitsschutzrecht. Die Arbeitgeber sind schon nach geltendem Recht gefordert, Risiken für die psychische Gesundheit im Rahmen der gesetzlichen Gefährdungsbeurteilung der Arbeitsplätze zu berücksichtigen und die Arbeitsgestaltung und Unternehmenskultur so anzupassen, dass psychische Fehlbelastungen möglichst vermieden, zumindest aber begrenzt werden. Weitere Regulierung ist überflüssig. Ein gutes Betriebsklima, ein angenehmer kollegialer Umgang sowie ein respektvolles Verhalten auch von Kunden gegenüber Beschäftigten lassen sich nicht staatlich verordnen. ■

Ein gutes Betriebsklima lässt sich nicht staatlich verordnen.



Alexander Gunkel, geboren 1968, ist Mitglied der Hauptgeschäftsführung der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA). Von 1988 bis 1993 studierte er Rechtswissenschaften an der Universität des Saarlandes mit dem Schwerpunkt Arbeitsrecht, parallel dazu bis 1990 Französisches Recht am Centre d'Etudes Juridiques Françaises. 1996 trat Gunkel in die BDA ein. Im April 2003 wurde er zum Mitglied der Hauptgeschäftsführung ernannt. Alexander Gunkel ist alternierender Vorsitzender des Bundesvorstandes der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Kontakt: www.arbeitgeber.de

Ritual auf der Yogamatte



H.-B. Henkel-Hoving,
Chefredakteur

Meine Familie kennt das schon: Während gegen 19.30 Uhr „pur+“ im Kinderkanal läuft, macht Papa wieder „seine lustigen Bewegungen“, wie unsere Jüngste das Ganze nennt. Fast jeden Abend trainiere ich 20 bis 30 Minuten auf einer Yogamatte Bauch- und Rückenmuskulatur, dehne Sehnen und Glieder – und bin anschließend wieder nahezu schmerzfrei.

Hätte ich nicht vor 20 Jahren von einer Krankengymnastin ganz bestimmte Übungen gelernt, säße ich wohl jeden Monat einmal beim Orthopäden im Wartezimmer und würde auf eine Spritze hoffen. Denn der Herrgott hat mir zwei unterschiedlich lange Beine geschenkt. Zwar beträgt die Differenz nur zwei Zentimeter, aber das reicht aus, um trotz Absatzerhöhung und Einlagen Schmerzen zu haben – wenn es nicht die gute alte Krankengymnastik geben würde, die sich seit 1994 Physiotherapie nennt.

Wie die Spezialisten für Bewegung sorgen, hat **G+G-Autor Florian Staeck bei seinem Besuch in der Praxis von Physiotherapeutin Ulrike Bös** festgestellt. Vom Baby mit schwachen Bauchmuskeln bis zum halbseitig gelähmten Mittsechziger reicht die Palette der Patienten, die die Hessin teilweise seit Jahren betreut. „Der Kontakt ist intensiv. Frau Bös muss nicht erst in die Krankenakte schauen, um die Biografie ihrer Patienten zu kennen“, hat Florian Staeck beobachtet.

Bei soviel Know-how ist es kein Wunder, dass Physiotherapeuten mehr Eigenständigkeit für sich reklamieren, bis hin zum **direkten Zugang von Patienten ohne ärztliche Verordnung**. Was dafür und was dagegen spricht – auch das erfahren Sie in dieser Ausgabe von G+G ab Seite 28.

Eine anregende Lektüre wünscht



Gesetzentwurf:
Wie Schwarz-Rot die Kassen-
Finanzstruktur formen will

12

MAGAZIN

12 GESELLENSTÜCK IN DER GESETZESCHMIEDE

Die Bundesregierung will die Qualität in der Gesundheitsversorgung fördern. Mit ihrem aktuellen Gesetzentwurf ist sie auf dem richtigen Weg.

Von Jan Carels

14 QUALITÄTSVERGLEICH FÜR ARZTNETZE

Wie gut versorgen Praxisnetze die Patienten? Wo lässt sich was verbessern? Das Projekt „Qualität in Arztnetzen – Transparenz mit Routinedaten“ gibt Aufschluss.

Von Sonja Milde und Martin Arnold

16 WIE DIE GROSSEN SO DIE KLEINEN

Eine neue Studie zeigt: Den meisten Eltern und Kindern geht es gesundheitlich gut. Allerdings macht der Zeitdruck Vätern und Müttern vermehrt zu schaffen.

Von Thomas Hommel

18 MEHR MUT BEI DER PFLEGEREFORM

Die Reform des Pflegebegriffs steht seit Jahren auf der politischen Agenda. Den Lippenbekenntnissen müssen endlich Taten folgen, so Experten auf einer Tagung.

Von Thomas Hommel

19 „MÄRCHEN SIND NAHRUNG FÜR DIE SEELE“

Rumpelstilzchen, Aschenputtel und Co: Märchen wecken Gefühle und das Erinnerungsvermögen demenzkranker Menschen, sagt die Literaturwissenschaftlerin Silke Fischer.

TITEL

20 ALTER ZANKAPFEL IN NEUEM LICHT

Ärztevertreter machen die ambulante Vergütung madig. Bei genauerem Hinsehen aber entpuppen sich ihre Argumente als wenig berechtigt.

Von Stephan Feldmann



THEMEN

28 PHYSIOTHERAPIE: HAND AUFS KREUZ

Ob motorische Störung oder Schlaganfall – die Physiotherapeutin Ulrike Bös hilft kleinen und großen Patienten, auf die Beine zu kommen.

Von Florian Staeck (Text) und Olaf Hermann (Fotos)

36 PLANEN OHNE GRENZEN

Alle an einem Tisch: In gemeinsamen Gremien entwerfen Länder, Ärzte, Kassen und Krankenhäuser Konzepte zur sektorenübergreifenden Bedarfsplanung.

Von Otmar Müller

40 WIE SICH DIE RATGEBER ORGANISIEREN

Überblick: Wo sich die neuen Landesgremien wie aufgestellt haben, um die Bedarfsplanung zu erörtern und Empfehlungen zu entwickeln.

20

Ambulante Vergütung:
Wie stichhaltig die Kritik
aus der Ärzteschaft ist



28

Berufsporträt: Wie die Physio-
therapeutin Ulrike Bös Kleine
und Große in Bewegung bringt

RUBRIKEN

- 9 **Rundruf** Pille danach ohne Rezept?
- 11 **Kommentar** Sterbehilfe: Der Patientenwille hat Priorität
- 42 **Recht** Prüfungsausschuss: Regeln für den Arznei-Regress
- 44 **AOK-Notizen** Aktuelles aus Bund und Ländern
- 46 **Service** Bücher, Termine und mehr
- 48 **Debatte** Mehr Geld gegen Tuberkulose
- 49 **Nachlese** Briefe an die Redaktion
- 49 **Impressum** Wer steckt hinter G+G?
- 50 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen



36

Landesgremien: Wie Länder,
Kliniken und Patientenvertreter bei
der Bedarfsplanung mitmischen

STUDIE Vorsicht vor Kassenbons

Die östrogenartige Kohlenwasserstoffverbindung Bisphenol A, die in vielen Lebensmittelverpackungen enthalten ist, steht in Verdacht, nicht nur das hormonelle Gleichgewicht zu stören, sondern auch Herzerkrankungen zu begünstigen. Jetzt hat das Kinderhospital in Cincinnati/Ohio in einer Studie besonders hohe Konzentrationen von Bisphenol A im Urin von Probanden gefunden, die Kassenbons aus Thermopapier anfassen. Vermutlich sind also beispielsweise Kassierer dem Stoff stark ausgesetzt. Die Europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA) hatte den Grenzwert für die Bisphenol-Aufnahme 2007 noch von zehn auf 50 Mikrogramm pro Kilogramm Körpergewicht und Tag heraufgesetzt, weil es damals als ungefährlich galt. Die EFSA hat im Zuge einer Neubewertung vorgeschlagen, den Grenzwert auf ein Zehntel des derzeitigen Wertes zu senken. Im April 2008 hatte Kanada als erstes Land Bisphenol A als gesundheitsschädlich eingestuft und die Verwendung für Babyflaschen verboten. Deutschland folgte, was Babyflaschen betrifft, vor drei Jahren. ■

RESSOURCEN Uniklinikum legt Umweltbericht vor

Das Universitätsklinikum Dresden hat erstmals einen Umweltbericht veröffentlicht. Danach konnte die Klinik ihren Papierverbrauch 2012 um fast vier Prozent senken und den Anteil des Recyclingpapiers zum Kopieren und Drucken im ersten Halbjahr



Risiko für Kassiererinnen: Wer häufig Thermopapier anfässt, nimmt viel Bisphenol A auf.

2013 vervierfachen. Aus dem Bericht für die Jahre 2012 und 2013 geht hervor, dass die Klinik die Klimaanlage in betriebsfreien Zeiten abschaltet. Durch den Verzicht auf Müllbeutel in Papierkörben seien rund 300.000 Plastiksäcke eingespart worden. ■

AUSSCHREIBUNG Bund fördert Demenz-Allianzen

Das Programm „Lokale Allianzen für Demenz“ des Bundesfamilienministeriums startet in die dritte Runde. Noch bis 30. April 2014 können Ideen für Projekte eingereicht werden, die den Alltag von Demenzerkrankten und ihren Angehörigen dauerhaft verbessern. Unter dem Motto „Gemeinsam Verantwortung übernehmen“ sollen möglichst viele Kooperationspartner in die Arbeit eingebunden werden. Das Ministerium fördert den Aufbau lokaler Allianzen mit 10.000 Euro für jeden Standort über einen

Zeitraum von zwei Jahren. Ziel ist der Aufbau kommunaler Netzwerke. Bis Ende 2016 soll sich die Zahl von bislang 143 unterstützten lokalen Allianzen, zu denen unter anderem Mehrgenerationenhäuser, Vereine, Organisationen, Kirchengemeinden, Ärztinnen und Ärzte, kulturelle Einrichtungen und Kommunen zählen, auf bis zu 500 Standorte erhöhen. ■

MEHR INFOS:
www.lokale-allianzen.de
> Service

SCHWEIZ Gesundheitssystem braucht Zuwanderer

Etwas mehr als die Hälfte der Schweizer Wähler hat im Februar für eine restriktive Zuwanderungspolitik gestimmt. Im Gesundheitswesen hat das Besorgnis ausgelöst. Nach einer Studie des staatlichen Gesundheitsobservatoriums in Neuchâtel braucht die Schweiz bis zum Jahr 2020 mindestens 25.000 Fachkräfte zusätzlich für die Gesundheitsversorgung und Pflege. Nach Angaben des Berufsverbands der Schweizer Ärzte bildet das Land mit jährlich 850 zu wenig Ärzten aus. Gebraucht werden rund 1.200. Die Lücke wird durch hoch qualifizierte Einwanderer geschlossen, davon die meisten aus Deutschland. Ende 2012 hatten 8.897 deutsche Ärzte eine Arbeits-erlaubnis in der Schweiz. Das Magazin „Die Weltwoche“ beziffert die Einsparungen bei der Ausbildung durch die Zuwanderung von jährlich 700 bis 800 deutschen Ärzten auf rund 1,5 Milliarden Euro. Auch in Deutschland arbeiten immer mehr ausländische Ärzte. 2012 waren es laut Bundesärztekammer 28.310 und damit gut doppelt so viele wie zehn Jahre zuvor. ■

kurz & bündig

+++ APOTHEKEN: Zum Jahreswechsel gab es in Deutschland 20.668 Apotheken, 253 weniger als im Vorjahr. Nach Angaben der Apothekerkammern sinkt die Zahl der Apotheken seit 2008 kontinuierlich. Damals gab es deutschlandweit mit 21.602 Apotheken fast 1.000 mehr als heute. **+++ HAUTKREBS:** In Deutschland ist eine S3-Leitlinie zur Prävention von Hautkrebs erschienen. Das teilen die Deutsche Krebsgesellschaft, die Deutsche Krebshilfe und die Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Prävention mit. **+++ HÖREN:** Nur rund 2,5 Millionen Deutsche haben ein Hörgerät, obwohl nach Angaben des einschlägigen Handels rund 15 Millionen schwerhörig sind. **+++ CANNABIS:** Wegen Cannabiskonsums kommen in Deutschland jeden Tag 28 Menschen ins Krankenhaus. Die Zahl hat sich nach Angaben des Statistischen Bundesamtes in zehn Jahren fast verdreifacht. Der Klinikaufenthalt dauere im Schnitt 12,3 Tage.



Wir sind immer zu gebrauchen

Der komplette G+G-Jahrgang 2013 mit allen Extras



Haben Sie sie noch alle beieinander – die 11 G+G-Hefte des Jahres 2013? Wenn nein: Wir bieten Ihnen den kompletten Jahrgang 2013 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 12/2013 „Das Zusammenspiel wagen“

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

- den kompletten G+G-Jahrgang 2013 gebunden für 30 Euro (inkl. MwSt. zzgl. Verpackung und Versand)
- den G+G-Einband 2013 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

INFORMATIONSCENTER Britten sammeln Patientendaten

Das vor einem Jahr gegründete englische Zentrum für Gesundheits- und Sozialdaten hat seine Arbeit aufgenommen. Das staatliche Informationscenter (Health and Social Care Information Centre/ HSCIC) soll im Auftrag des nationalen Gesundheitsdienstes NHS eine Datenbank aufbauen, zu der auch Versicherer, Pharmakonzerne und andere Interessierte Zugang haben. Das HSCIC hat nach dem „Health and Social Care“-Gesetz von 2012 das Recht, von Ärzten und Kliniken alle Patientendaten anzufordern, die es für notwendig erachtet, um die Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern. Gespeichert werden sollen Daten über

Zitat des Monats

„Ein Paradoxon entsteht, wenn eine frühreife Erkenntnis mit dem Unsinn ihrer Zeit zusammenprallt.“

Karl Kraus (1874–1936),
österreichischer Satiriker, Essayist und Dramatiker

Erkrankungen und deren Verlauf, Lebensgewohnheiten wie Rauchen und Alkoholgenuß sowie Geburtsdatum, Geschlecht, Postleitzahl und die ethnische Zugehörigkeit der Versicherten. Viele Hausärzte haben angekündigt, erst ihre Patienten einzeln zu fragen, ob sie die Daten dem NHS liefern dürfen. Die Datensammlung soll laut Gesetz dem medizinischen Fortschritt dienen. ■

KOMMUNIKATION Neue Struktur für Gesundheitsportal

Evidenzbasiert, nutzerfreundlich und werbefrei: Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat seinen Patienten-Informationsservice „gesundheitsinformation.de“ weiterentwickelt. So hat die Internetseite weniger Barrieren beispielsweise für sehbehinderte Menschen. Jedem Thema – viele sind umfassend überarbeitet worden – ist jetzt ein Überblick vorangestellt. Alle Texte können auch mit Smartphone oder Tablet-Computer abgerufen werden. ■

ARZNEIMITTEL Generika-Umsatz ist rückläufig

Ein zunehmender Teil der Arzneimittelausgaben der Krankenkassen entfällt auf patentgeschützte Medikamente. Im vergangenen Jahr waren es nach Schätzungen der Marktforschungsinstitute IMS Health und Insight Health rund 70 Prozent. Der Umsatz der Pharmahersteller mit patentierten Arzneimitteln zulasten der Krankenkassen stieg danach 2013 um 9,8 Prozent auf 12,2 Milliarden Euro. Der Umsatz mit patentfreien Originalpräparaten und Generika fiel um

4,3 Prozent auf 5,1 Milliarden Euro. Wie der Verband der Generikahersteller Progenerika errechnete, wendeten die Kassen für die rund 75 Prozent der Tagestherapiedosen, die mit Generika bestritten werden, im Jahr 2013 nur 7,3 Prozent ihrer Arzneimittelausgaben auf. Diese beliefen sich laut Deutschem Apothekerverband auf insgesamt 28,8 Milliarden Euro. Das seien 4,2 Prozent mehr als im Vorjahr gewesen. Die Rabattverträge, die überwiegend Generika betreffen, ersparten den Kassen nach Schätzungen des Marktforschungsinstituts IMS Health 2,5 Milliarden Euro. ■

ARZTHELFERIN Praxis-Azubis erhalten mehr Geld

Die Ausbildungsvergütungen für Medizinische Fachangestellte (MFA) liegen im Vergleich mit anderen Branchen im unteren Mittelfeld. Nach einer Auswertung des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) erhielten Auszubildende in Deutschland 2013 im Durchschnitt 761 Euro im Monat. MFA bekommen hingegen in der Ausbildung nur 683 Euro (Tarifvertrag vom September 2013). Im April 2014 steigen die Azubi-Gehälter der MFA auf 670 Euro monatlich im ersten Ausbildungsjahr, 710 Euro im zweiten und 760 Euro im dritten Ausbildungsjahr. Unter den freien Berufen stehen die Arztpraxen mit ihrer Ausbildungsvergütung gar nicht so schlecht da. Dort liegt der Durchschnittswert laut BIBB bei 656 Euro in den alten und 668 Euro in den neuen Bundesländern. Die MFA liegen mit den in West und Ost tariflich gezahlten 683 Euro etwas darüber. ■

Köpfe und Karrieren



+++ ANDREAS GASSEN, 51, ist neuer Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Der promovierte und niedergelassene Facharzt für Orthopädie, Unfallchirurgie und Rheumatologie trat die Nachfolge von Dr. Andreas Köhler an, der aus gesundheitlichen Gründen das Amt niedergelegt hatte. Dr. Gassen war bislang stellvertretender Vorsitzender der Vertreterversammlung der KBV. Zudem ist er Vorsitzender des Spitzenverbandes der Fachärzte Deutschlands, Vorsitzender des Deutschen Facharztverbandes sowie Präsident des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie. Im Vorstand der KBV wird er die fachärztlichen Interessen vertreten. Für den hausärztlichen Bereich ist nach wie vor Regina Feldmann zuständig.

+++ KARL-HEINZ KELLERMANN, 62, examinierter Krankenpfleger und Physiotherapeut mit abgeschlossenem Fachschulstudium und eigener physiotherapeutischer Praxis, hat den Vorsitz des neu gegründeten Spitzenverbandes der Heilmittelverbände (SHV) übernommen. Unter dem Dach des SHV haben sich der Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten, der Deutsche Verband der Ergotherapeuten, der Deutsche Verband für Physiotherapie sowie der Verband Physikalische Therapie – Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe zusammengeschlossen.



Pille danach ohne Rezept?

Sie wirkt schnell und ist für den Notfall gedacht: Nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr soll die Pille danach eine ungewollte Schwangerschaft vermeiden. In Deutschland ist das Präparat bislang verschreibungspflichtig. Soll das so bleiben?



BARBARA STEFFENS (Grüne), Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter in Nordrhein-Westfalen: Die Rezeptpflicht gehört aufgehoben. Das sagt auch der vom Bund eingesetzte unabhängige Sachverständigenausschuss für Verschreibungspflicht. Gesundheitsminister Hermann Gröhe und Teile der Union wollen dieses Fachvotum nicht akzeptieren. Doch ob ein Medikament verschreibungspflichtig ist oder nicht, darf nicht von der Moralvorstellung einer Partei

oder eines Ministers abhängen. Es geht darum, eine unnötige Hürde für jene Frauen zu beseitigen, die in einer speziellen Notlage schnelle Hilfe brauchen. Viele europäische Länder haben das längst getan. Deutschland muss folgen.

JENS SPAHN, gesundheitspolitischer Sprecher der Bundestagsfraktion von CDU/CSU: Die aufgeheizte Debatte zur Pille danach bringt uns nicht weiter. Objektiv gibt es gute Gründe, die Verschreibungspflicht beizubehalten. Die Pille danach ist und bleibt ein Medikament mit Nebenwirkungen, das eben nicht bedenkenlos eingenommen werden sollte. Neue Studien zeigen zudem, dass die Wirksamkeit der Pille danach auch mit dem Körpergewicht der Patientin zusammenhängt.



Das spricht in der Summe für eine ärztliche Beratung – zumal wir in Deutschland über ein sehr enges Netz an Ärzten und Apothekern verfügen. Niemand muss fürchten, nicht rechtzeitig behandelt zu werden.



PROFESSOR DR. KARL LAUTERBACH, stellvertretender Vorsitzender der SPD-Bundestagsfraktion: Bei der aktuellen Diskussion über die Sicherheit der Pille danach geht es vordergründig um den Wirkstoff Levonorgestrel. Ein Produkt, das in 79 Ländern rezeptfrei erhältlich und nach sorgfältiger evidenzbasierter Bewertung auch sehr sicher ist. Es gibt viel gefährlichere Wirkstoffe, die in Apotheken rezeptfrei erhältlich sind. In der Summe macht es den Eindruck, dass die Freiheitsrechte der Frauen eingeschränkt werden sollen und ein Exempel statuiert werden soll – nach dem Motto: „Ein bisschen Strafe muss sein. Geht zumindest zum Frauenarzt!“ Das halte ich für eine unangemessene Position.

PROFESSOR DR. FRANK ULRICH MONTGOMERY, Präsident der Bundesärztekammer: Die Pille danach ist und bleibt ein Notfallmedikament mit Nebenwirkungen. Deshalb ist die ärztliche Beratung sinnvoll und die Apothekenpflicht zwingend. Darüber hinaus gibt es mit dem Wirkstoff Ulipristalacetat eine bessere Alternative zum derzeit diskutierten Wirkstoff Levonorgestrel. Kritisch zu erörtern ist also nicht nur die Vergabe eines Notfallmedikaments, sondern auch die Wirksamkeit und Verträglichkeit des Wirkstoffes beziehungsweise derzeitige Alternativen. Zu bedenken ist außerdem, dass die Entlassung von Levonorgestrel aus der Verschreibungspflicht die Möglichkeit der Werbung für das Präparat eröffnet, und zwar mit allen damit verbundenen Implikationen.



DATENBANK

Bewegungskonzepte für Pflegebedürftige

Für die Verbesserung der Bewegungsfähigkeit von Pflegebedürftigen fehlt es an guten Konzepten. Von 222 untersuchten Vorschlägen zur Bewegungsförderung in Heimen haben nach einer Studie der Universität Bielefeld nur 19 einen praxisrelevanten Nutzen. Das Angebot an Präventionskonzepten sei unübersichtlich. Meist fehle der Nachweis, dass die Bewegungsprogramme wirken, heißt es in der Studie, die die Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) in Auftrag gegeben hatte.



Das ZQP hat die brauchbaren Konzepte zur Bewegungsförderung systematisch aufbereitet. In einer Internet-Datenbank können Pflegeheime beispielsweise die organisatorischen und personellen Voraussetzungen recherchieren. Zudem entwickelte die Stiftung ein Analyseinstrument, das stationären Einrichtungen helfen soll, maßgeschneiderte Bewegungsprogramme für ihre Bewohner zusammenzustellen. ■

MEHR INFOS:
www.zqp.de

PRÄVENTION

Aids-Aufklärung mit Magazin-Charakter

Die Deutsche Aids-Hilfe hat ihre Internet-Präventionskampagne „Ich weiß, was ich tu“ neu gestaltet. Die Webseite mit Magazincharakter soll schwulen Männern Lust auf Themen rund um Sexualität und Gesundheit machen. Neben Geschichten aus dem Leben, umgesetzt in Texten, Bildern und Videos, bietet ein „Wissenscenter“ Informationen in prägnanter und leicht verständlicher Form. Die Kampagne orientiere sich an den Lebenswelten schwuler Männer. Man wolle sie dabei unterstützen, sich zu schützen und eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen, sagte Manuel Izdebski vom Vorstand der Deutschen Aids-Hilfe. ■

MEHR INFOS:
www.iwwit.de

GEHIRNENTZÜNDUNG

Zecken leben im milden Winter auf

Die Zahl der meist durch Zecken übertragenen FSME-Erkrankungen (Frühsommer-Meningoenzephalitis) ist im vergangenen Jahr gestiegen. Laut vorläufigen Zahlen gab es 411 Krankheitsfälle, nach 195 im Jahr zuvor. Das berichtete Ute Mackenstedt von der Universität Hohenheim auf dem 2. Süddeutschen Zeckenkongress in Stuttgart. Aufgrund des milden Wetters seien Zecken auch im Winter aktiv. Meist sind es sehr kleine Gebiete, in denen eine große Zahl mit FSME infizierten Zecken vorkommen, sagte die Parasitologie-Professorin. Zecken können mehr als 50 verschiedene Krankheitserreger übertragen. ■

FRÜHGEBORENE Daten zur Qualität von Perinatalzentren

Werdende Eltern und einweisende Ärzte können seit Anfang März die Behandlungszahlen sowie ausgewählte Qualitätsdaten von Perinatalzentren im Internet nachlesen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hatte die Veröffentlichung im Juli 2013 beschlossen. Zum Start haben 93 der rund 190 hochspezialisierten Perinatalzentren, die für die Versorgung von Säuglingen mit einem Geburtsgewicht von unter 1.500 Gramm zugelassen sind, ihre Daten für die letzten fünf Jahre geliefert. Die Teilnahme an der Veröffentlichung der Daten auf der Internetseite Mein-Kind.de soll, anders als 2013 beschlossen, freiwillig bleiben. Detaillierte Angaben zur Ergebnisqualität, etwa über die Häufigkeit von Hirnblutungen, Netzhauterkrankungen, entzündlichen Darmerkrankungen



Unter Mein-Kind.de veröffentlichen Kliniken freiwillig, wie oft es bei der Behandlung von Frühgeborenen Komplikationen gibt.

und Sterblichkeitsraten, wie sie auf den Internetseiten der einzelnen Kliniken stehen müssen, sucht man auf Mein-Kind.de allerdings noch vergeblich. Dafür lassen sich die Kliniken nach Entfernung zum Wohnort, Zahl der Behandlungsfälle und Komplikationsraten sortieren und vergleichen. Das Göttinger AQUA-Institut hat die Internetseite im Auftrag des GBA erstellt. Zudem hat das Institut eine Telefon- und E-Mail-Hotline (0551 78952 186/ Mo.-Fr. 10-18 Uhr oder perinatalzentren@aqua-institut.de) eingerichtet. ■

BROSCHÜRE Einblicke in den Bundesausschuss

Mit der Broschüre „Entscheidungen zum Nutzen von Patienten und Versicherten“ gibt der Gemeinsame Bundesausschuss anhand ausgewählter Beispiele Einblick in seine Arbeit. Zielgruppe sind Journalisten, interessierte Bürger, Patienten, Beratungsinstitutionen sowie Studierende und Auszubildende aus Berufen des Gesundheitswesens. Das PDF steht auf www.g-ba.de, die Druckversion gibt es unter info@g-ba.de. ■

AUSSCHREIBUNG Preis für sichere Medizintechnik

Das Aktionsbündnis für Patientensicherheit hat erneut einen Preis für Patientensicherheit in der Medizintechnik ausgeschrieben. Es vergibt den mit 6.500 Euro dotierten Preis, den ein öffentlich bestellter Medizinprodukte-Sachverständiger gestiftet hat, zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Biomedizinische Technik (DGBMT). Der Preis soll die Entwicklung und Anwendung sicherer medizinischer Geräte, Systeme und Prozesse fördern. Prämiert werden drei Arbeiten des wissenschaftlich-technischen Nachwuchses (Alter bis 35 Jahre) in deutschen Forschungseinrichtungen, Kliniken oder in der Industrie. Bewerbungsschluss ist der 30. April 2014. ■

MEHR INFOS:
www.dgbmt.de > Ehrungen
und Preise

SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH

„Wir wollen die Belastung von Schichtarbeitern verringern“

Auch dieses Jahr investiert die AOK Sachsen-Anhalt wieder kräftig in gesundheitliche Vorsorge. Dazu Fragen an **Traudel Gemmer**, Vorsitzende des Verwaltungsrates der Gesundheitskasse.



G+G: Frau Gemmer, wo setzt die Gesundheitskasse 2014 ihre Schwerpunkte im Bereich Prävention?

GEMMER: Die Schwerpunkte liegen in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Entspannung und Stressbewältigung. Hier arbeiten wir auf verschiedenen Ebenen der individuellen Prävention, vor allem aber in den Lebenswelten Kita, Schule und Betrieb. Gerade in Kitas und Schulen sind wir sehr aktiv. Die dortigen Projekte setzen nicht nur bei Kindern und Jugendlichen an, sondern beziehen auch das Umfeld ein. Eltern, Erzieher, Lehrer, Freunde werden genauso integriert wie die Schule oder die Kita selbst. Präventionsangebote können ihre volle Wirkung nur dann entfalten, wenn sie ganzheitlich sind.

G+G: Und im Bereich des Betrieblichen Gesundheitsmanagements, was plant die Gesundheitskasse hier konkret?

GEMMER: Die AOK Sachsen-Anhalt wird im Betrieblichen Gesundheits-

management ihr Angebot weiter ausbauen. 2013 setzte sie bereits in rund 400 Betrieben Präventionskonzepte um. Dank eines größeren Netzwerkes sowie der engen Verzahnung der AOK-Gesundheitscoaches mit den AOK-Firmenkundenbetreuern werden 2014 mindestens 800 Unternehmen davon profitieren. Ein besonderer Schwerpunkt ist die Gesundheit von Schichtarbeitern.

G+G: Sie sagten, ein Fokus sei auf die Schichtarbeit gerichtet. Warum?

GEMMER: In 19 Prozent der Betriebe gibt es Schichtarbeit. Beschäftigte, die nachts oder zu wechselnden Zeiten arbeiten, leben gegen ihren biologischen Rhythmus. Die innere Uhr gerät aus dem Takt. Schlafstörungen, Herz-Kreislaufkrankungen oder Magen-Darm-Beschwerden können die Folge sein. Hier werden wir mit den Arbeitgebern betriebspezifische Lösungen entwickeln, um die Gesundheitskompetenz der Unternehmen und ihrer Beschäftigten zu stärken.

Patientenwille hat Priorität

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe und Teile der Union haben sich für ein striktes Verbot sowohl der gewerbsmäßigen wie auch der nichtkommerziellen Suizidhilfe ausgesprochen. Heike Haarhoff wertet dies als Rückschritt in der Diskussion.



HERBERT WITTIG WAR DER ERSTE PROMINENTE FALL.

Der Hausarzt aus Krefeld respektierte 1981 den Willen einer Patientin auf Selbsttötung und sah davon ab, die Frau ins Leben zurückzuholen als er sie vergiftet auffand. Das Urteil des Landgerichts Krefeld sorgte damals für Furore: Erstmals sprach ein deutsches Gericht einen Mediziner frei – obwohl der sich nicht um Reanimation bemüht hatte. Gut 30 Jahre später scheint dieser Kurs-

wechsel gesellschaftlich weitgehend akzeptiert: Bei der Sterbebegleitung gilt, dass der Patientenwille oberstes Gebot für jegliches Handeln Dritter zu sein hat. Patientenverfügungen sind gesetzlich klar geregelt, die ärztliche Beihilfe zum Suizid ist laut Strafrecht legal.

Noch, muss man allerdings hinzufügen. Denn die Reform der Sterbehilfe, die großen Teilen des unionsdominierten Deutschen Bundestages vorschwebt, bedeutet einen Bruch mit dem mühsam erkämpften Primat des Patientenwillens: Zur Debatte steht ja nicht bloß, die gewerbsmäßige Beihilfe zur Selbsttötung unter Strafe zu stellen. Das wäre in Ordnung, denn wer möchte schon, dass dubiose Organisationen aus dem Sterbewunsch schwerkranker Menschen Geld schlagen. Zur Diskussion stehen auch Gefängnisstrafen für Ärzte, die einzelnen verzweifelten Patienten helfen wollen: Indem sie ihnen, weil selbst die beste Palliativmedizin an Grenzen stößt, aus Gründen der Humanität Medikamente überlassen.

Ärztliche Berufsfreiheit? Selbstbestimmung mündiger Patienten? Das alles wäre passé, würden die Pläne Realität. Schön geredet wird die paternalistische Bevormundung, indem sie vermengt wird mit einer – unbestritten ebenfalls wichtigen – Debatte: der Diskussion um den Zustand der Palliativmedizin. Es stimmt ja: 78 Prozent der Menschen, die auf palliative Begleitung am Lebensende angewiesen wären, haben laut Deutscher Hospiz Stiftung trotz Rechtsanspruchs derzeit keinerlei Zugang zu entsprechenden Angeboten. In Krankenhäusern und Pflegeheimen mangelt es nicht nur an Personal generell, sondern auch an palliativmedizinisch geschulten Fachkräften im Besonderen.

Doch selbst bei idealer medizinischer Versorgung wird es immer Menschen mit Todeswunsch geben. Ihnen das Recht abzusprechen, sich hierbei professionelle Hilfe suchen zu dürfen, ist unlauter. Würdelos wird es, wenn Politiker zur Durchsetzung ihrer eigenen Moralvorstellungen völlig unterschiedliche Debatten gegeneinander ausspielen. ■

Heike Haarhoff ist Redakteurin der „tageszeitung“ (taz) in Berlin.

VERDI-FORDERUNG

Pflege-Mindestlohn bundesweit gleich

Die Dienstleistungsgewerkschaft Verdi hat die Anhebung des Mindestlohns in der Pflegebranche von derzeit acht Euro im Osten und neun Euro im Westen auf bundesweit einheitlich 12,50 Euro pro Stunde gefordert.

Die Verhandlungen über die Lohnuntergrenze haben im Februar in der Pflege-Mindestlohnkommission begonnen. Sie werden sich voraussichtlich über mehrere Monate hinziehen. Die beim Bundesarbeitsministerium angesiedelte Kommission ist paritätisch mit Vertretern der Arbeitnehmer (Gewerkschaften) und der Arbeitgeber (Kommunen/Kirchen) besetzt. In der Pflegebranche arbeiten etwa 950.000 Menschen. Ein höherer Mindestlohn soll laut Verdi helfen, die Altenpflege attraktiver zu machen. ■

PATIENTENINFORMATION

Bekannterbrief senkt Antibiotika-Menge

Die Kommunikationswissenschaftlerin Daniella Meeker von der RAND Corporation in Santa Monica hat ein einfaches Rezept vorgestellt, das Ärzten hilft, weniger Antibiotika zu verschreiben: ein „Bekannterbrief“ mit einer Selbstverpflichtung zum maßvollen Antibiotikaeinsatz im Posterformat zum Aushang in Praxen. In dem Brief wird erklärt, wie Antibiotika bei unangemessener Anwendung zur gesundheitlichen Bedrohung werden können und dass es in vielen Fällen sinnvoll ist, auf die Präparate zu verzichten. Laut Meeker ist es mit dem Poster in fünf Hausarztzentren gelungen,

während einer Erkältungswelle im Februar 2012 die Rate der nach Leitlinien unangemessenen Verordnungen von Antibiotika innerhalb von drei Monaten von 43,5 Prozent auf 33,7 Prozent zu senken. In einer Vergleichsgruppe ohne Poster stiegen die nutzlosen Verschreibungen von 42,8 auf 52,7 Prozent. An der Studie nahmen 14 Ärzte teil, die im Studienzeitraum 954 Patienten wegen einer akuten Atemwegsinfektion behandelten. ■

RESISTENZEN

Schärfere Gesetze gegen Klinik-Keime

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen hat vor den zunehmenden Gefahren durch Krankenhauskeime gewarnt. Die Ärzte forderten auf ihrem Bundeskongress Chirurgie im Februar in Nürnberg schärfere Gesetze für den Kampf gegen multi-resistente Keime. Das neue Infektionsschutzgesetz reiche nicht aus, Herr des Problems zu werden. Den Angaben zufolge infizieren sich in Deutschland jährlich etwa 600.000 Menschen mit den Krankenhauskeimen. Etwa 22.000 sterben daran. Wichtig sei, bereits bei der Entstehung der Keime anzusetzen und nicht erst zu handeln, wenn sie ins Krankenhaus hineingeschleppt worden sind, sagte Verbandspräsidentin Julia Seifert. Auch die Zulassung neuer Antibiotika müsse vereinfacht werden. Wenn sich die Entwicklung neuer Medikamente aus betriebswirtschaftlichen Gründen für die Pharmaindustrie nicht mehr lohne, müssten Staat und Industrie diese Aufgabe gemeinsam übernehmen. ■

Gesellenstück in der Gesetzesschmiede

Die neue Bundesregierung will die Weichen auf mehr Qualitätswettbewerb stellen. Mit dem aktuellen Gesetzentwurf ist sie auf gutem Wege, wenn sie dabei die Stringenz des Koalitionsvertrages beibehält, meint Jan Carels.

Der Koalitionsvertrag hat die klare Botschaft, dass die Gesundheitsversorgung in Deutschland mehr nach Qualitätsmaßstäben ausgerichtet werden soll. Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) scheint die Bundesregierung diesen Ankündigungen nun erste Taten folgen lassen zu wollen. Der seit Mitte Februar vorliegende Referentenentwurf setzt dazu an zwei Punkten an: Erstens soll ein dafür zu gründendes Institut die Qualität der ambulanten und stationären Behandlungen systematisch messen und Verbesserungspotenziale aufzeigen. Zweitens sollen die Finanzströme zwischen den Mitgliedern, den Krankenkassen und dem Gesundheitsfonds so umgestaltet werden, dass sich die Krankenkassen wieder stärker um die Qualität der Gesundheitsversorgung kümmern können.

In der bestehenden Finanzarchitektur dominiert dagegen der Preiswettbewerb. Kassen, die einen absoluten Zusatzbeitrag einziehen müssen, leiden unter existenzgefährdenden Mitgliederverlust. Aufgrund der absehbaren Einnahmen- und Ausgabenentwicklung ist damit zu rechnen, dass schon im Jahr 2015 immer mehr Kassen hiervon betroffen wären.

Das Behandlungsergebnis messen. Die systematische Messung der Behandlungsqualität mit Routinedaten durch ein fachlich und wissenschaftlich unabhängiges Institut ist richtig und notwendig. Damit wird der Grundstein gelegt, um

das bereits an verschiedenen Stellen vorhandene Wissen über das Niveau der Behandlungsqualität zu verstetigen und zu vertiefen. Wichtig ist, dass das *Behandlungsergebnis* gemessen wird statt lediglich die Einhaltung von Struktur- und Prozessvorgaben zu beobachten. In Zukunft müssen außerdem die Ergebnisse der Qualitätsmessungen bei der Kapazitätsplanung und Finanzierung berücksichtigt werden, damit sich die Versor-

Die Krankenkassen sind Schrittmacher in der Qualitätssicherung.

gungsqualität verbessert. Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass die Qualitätsforschung und deren Veröffentlichung nicht ausschließlich einem einzelnen Institut überantwortet werden. In den vergangenen Jahren hat sich die Verpflichtung der Krankenkassen, die Ergebnisse der Qualitätssicherung zu veröffentlichen und um eigene Erkenntnisse zu ergänzen, als Schrittmacherfunktion in der Entwicklung der Qualitätssicherung erwiesen. Deshalb sollte der Gesetzgeber weiterhin alle Vertragspartner des Gesundheitswesens darin bestärken, eigene Initiativen zur Qualitätssicherung zu ergreifen und über die Ergebnisse zu berichten.

Wieder unterschiedliche Beitragssätze.

Die mit dem GKV-FQWG geplanten Änderungen der Finanzierungsmechanismen enthalten vieles, was SPD und Union im Koalitionsvertrag vereinbart hatten. An einigen Stellen weicht der Gesetzentwurf jedoch deutlich davon ab.

Vereinbarungsgemäß und sachgerecht soll sich die Beitragssatzgestaltung ändern. Der von allen Krankenkassen zu erhebende Beitragssatz soll zukünftig 14,6 Prozent betragen. Falls eine Kasse damit nicht auskommt, kann sie den einkommensabhängigen prozentualen Beitragssatz entsprechend erhöhen. Der Beitrag wird dann komplett über das Quellenabzugsverfahren eingezogen.

Da der obligatorische Beitragssatz von bisher 15,5 Prozent um 0,9 Prozentpunkte sinken wird, nimmt der Gesundheitsfonds, der das Geld den Kassen über den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zuweist, im Jahr 2015 rund elf Milliarden Euro weniger ein. Somit ist davon auszugehen, dass wohl alle Kassen ihren Versicherten einen Beitragssatz oberhalb von 14,6 Prozent berechnen müssen. Dieser wird sich aber in der Höhe unterscheiden – auch aufgrund der unterschiedlich hohen Rücklagen der einzelnen Kassen. Experten gehen davon aus, dass der zusätzliche Beitragsanteil im Durchschnitt aller Kassen zwischen 0,9 und 1,2 Prozent liegen könnte.

Schluss mit reinem Preiswettbewerb.

Das veränderte Beitragssystem ist nicht nur unbürokratischer, weil das Einzugsverfahren einfacher wird und der komplizierte Sozialausgleich ersatzlos entfallen kann. Zudem kann sich der Wettbewerb zwischen den Kassen wieder auf Leistungen und Preise gründen statt ausschließlich auf die Beitragshöhe.

Auch würde die neue Beitragssatzgestaltung ein wenig gerechter, denn die Belastung für Geringverdiener wäre niedriger als für Gutverdiener. Darüber hinaus stellt der Gesetzentwurf sicher, dass auch künftig kein Versicherter nur deshalb einen höheren Beitragssatz zahlen muss, weil seine Krankenkasse einkom-

Webtipp

Der Referentenentwurf des GKV-FQWG steht zum Download unter www.aok-bv.de > Politik > Gesetze

mensschwächere Mitglieder in ihren Reihen hat. Da alle Beitragsbestandteile über den Gesundheitsfonds einem vollständigen Einkommensausgleich unterzogen werden, ist eine wesentliche Voraussetzung für einen fairen Preiswettbewerb erfüllt. Andernfalls bestünden ungewollte Anreize für die Krankenkassen, Besserverdienende stärker zu umwerben – was den Wettbewerb erheblich verzerren würde.

Genauigkeit des Ausgleichs verbessern.

Mit dem GKV-FQWG will die Koalition auch die Zielgenauigkeit des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches (RSA) verbessern. Im Koalitionsvertrag heißt es dazu: „Der morbiditätsorientierte RSA bildet die finanzielle Ausgangslage für einen fairen Wettbewerb zwischen den Kassen. Die im jüngsten Gutachten des wissenschaftlichen Beirats des Bundesversicherungsamtes gemachten Vorschläge zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs zur Annualisierung der Kosten für verstorbene Versicherte, sowie zum Krankengeld und den Auslandsversicherten wollen wir zeitgleich umsetzen.“

Leider findet sich dies im Referentenentwurf des GKV-FQWG so nicht wieder. Zwar bedarf es für die vereinbarte Beseitigung des Fehlers in der Zuweisung von Mitteln aus dem Gesundheitsfonds für im Laufe des Jahre verstorbene Versicherte keiner gesetzlichen Regelung. Dies muss das Bundesversicherungsamt (BVA) aufgrund des inzwischen rechtskräftigen Urteils vom Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen lediglich ab dem Berechnungsjahr 2013 umsetzen.

Wissenschaftliche Expertise ignoriert.

Nicht nachvollziehbar ist hingegen, wieso der Gesetzgeber die anderen beiden Vorschläge zur Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten RSA nicht wie vom wissenschaftlichen Beirat des BVA vorgeschlagen umsetzen will – obwohl es die Koalitionspartner in ihrem Vertrag vereinbart haben. Das betrifft zum einen die Berücksichtigung des Krankengeldes im RSA. Die BVA-Gutachter haben explizit dargestellt, dass gegenwärtig kein adäquater Ansatz dafür bekannt ist – es



Schlag auf Schlag:
Die Koalition formt die
Kassen-Finanzstruktur um.

bestehe zunächst erheblicher Forschungsbedarf. Im Gesetzentwurf findet sich nun zwar der Forschungsauftrag. Entgegen der gutachterlichen Expertise soll darüber

Bei der Auslands- krankenversicherung besteht gar kein Handlungsbedarf.

hinaus jedoch vorher ein „Übergangsverfahren“ installiert werden. Dieses ist wissenschaftlich weder belegt noch begründet und sieht im RSA-Verfahren unzulässige Ist-Kosten-Ausgleiche vor. Hiermit würden erhebliche Anreize zur Unwirtschaftlichkeit gesetzt, da dann Versorgungssteuerung nicht mehr honoriert würde. Auf diesen Aspekt wird im Begründungsteil des Gesetzentwurfes sogar – ganz richtig – hingewiesen.

Ebenfalls entgegen der Vorgaben des Koalitionsvertrages sieht das GKV-FQWG eine Veränderung der Zuweisungen für Auslandsversicherte vor. Auch hier stellt der BVA-Beirat fest, dass mit

Blick auf die Beurteilung der Zuweisungssituation bei den Auslandsversicherten die Datenlage unzureichend ist. Inzwischen hat sich herausgestellt, dass an dieser Stelle gar kein Handlungsbedarf mehr besteht: Die vergangenen Ausgleichsjahre zeigen, dass die im wissenschaftlichen Beirat genannte Überdeckung im damaligen Erhebungsjahr 2009 ein Einzelereignis war. Zu allem Überfluss ließe sich die im Gesetzentwurf vorgeschlagene Regelung auch gar nicht umsetzen, da die dafür benötigte versichertenbezogene Zuordnung der Daten nicht möglich ist.

Regelwerk fördert Qualität. Die Bundesregierung legt mit dem Referentenentwurf des GKV-FQWG ein Regelwerk vor, das durchaus geeignet ist, die Gesundheitsversorgung mehr nach Qualitätsmaßstäben auszurichten. Leider hält es jedoch an wichtigen Stellen die schwungvolle Stringenz des Koalitionsvertrages nicht in letzter Konsequenz ein. ■

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

Qualitätsvergleich für Arztnetze

Welche Medikamente bekommen Herzpatienten? Wie oft waren Diabetiker in der Klinik? Mit solchen Kenngrößen verbessert das Projekt „Qualität in Arztnetzen – Transparenz mit Routinedaten“ (QuATRo) die ambulante Versorgung. **Von Sonja Milde und Martin Arnold**

Die Qualität der medizinischen Versorgung soll stärker in den Fokus der Gesundheitspolitik rücken. Dies fordert die schwarz-rote Bundesregierung in ihrem Koalitionsvertrag. Motivierte und engagierte Ärzte, die in Verbänden arbeiten, sind geeignete Partner, um ambitionierte Qualitätsziele zu erreichen. Seit Ende der 1990er Jahre haben AOKs Einzelverträge mit Arztnetzen geschlossen mit dem Ziel, die Versorgung zu verbessern. Inzwischen gibt es Verträge mit über 60 Netzen. Dabei verfolgt das Gros dieser Netze einen populationsbezogenen Ansatz, bezieht also die ganze Bevölkerung der Region ein. Die Netzärzte koordinieren die gesamte medizinische Versorgung. Die Patienten haben eine starke Bindung an ihren Hausarzt im Netz. Einige Arztnetze sind auf die Versorgung einer bestimmten Erkrankung wie zum Beispiel das diabetische Fußsyndrom spezialisiert.

Projekt sorgt für Transparenz. Es gibt erste Hinweise darauf, dass die Versorgung von Patienten, die von Praxisnetzen betreut werden, wegen der Kommunikation, Vernetzung und Zusammenarbeit der Mediziner besser und effektiver ist als die Behandlung außerhalb von Arztnetzen. Um zu belegen, dass sich die Versorgungsqualität in Praxisnetzen tatsächlich erhöht, ist Transparenz erforderlich. Dabei werden auch Qualitätsdefizite identifiziert. Zudem ist sicherzustellen, dass wirtschaftliche Ziele nicht auf Kosten der Qualität umgesetzt werden. Bisher gibt es aber nur vereinzelt Initiativen, um die Versorgungsqualität transparent zu machen. Hier setzt das neue AOK-übergreifende Projekt QuATRo an. Die Abkürzung steht für „Qualität in Arztnetzen – Transparenz mit Routinedaten“. Ziel ist es, einen standardisierten Prozess zur arztnetzvergleichenden Qualitätsmessung

zu etablieren. Die methodische Grundlage liefert das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung (QiSA). Die QiSA-Indikatoren sind in mehrjähriger Zusammenarbeit zwischen dem AOK-Bundesverband und dem Göttinger Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA) entwickelt worden. Sie machen die Qualität in der Arztpraxis auf wissenschaftlich fundierter Basis messbar. Dadurch entsteht ein differenziertes Bild der Qualität in der ambulanten Versorgung.

Kein Mehraufwand für die Netze. Die Analyse im Rahmen von QuATRo basiert auf den Routinedaten der AOK-Versicherten. Dazu gehören Abrechnungsdaten der ambulanten und der stationären Versorgung sowie der Arzneimittelversorgung. Auch fließen Leistungen ein, die außerhalb des Arztnetzes für die eingeschriebenen Versicherten erbracht worden sind. Vorteil für die Arztnetze: Sie haben keinen zusätzlichen Dokumentationsaufwand. Die Datenauswertung erfolgt beim Kostenträger. In enger Zusammenarbeit zwischen den AOKs und

den Praxisnetzen wird das Indikatoren-Set weiterentwickelt. Dies stellt ein Höchstmaß an Akzeptanz für die Indikatoren seitens der Netze sicher.

An QuATRo sind die AOK Bayern, Nordost und Rheinland/Hamburg sowie 14 Praxisnetze beteiligt. Die drei Gesundheitskassen haben bisher die Routinedaten von über 90.000 ihrer Versicherten, die in die Praxisnetze eingeschrieben sind, für die Jahre 2011 und 2012 ausgewertet. Das größte Praxisnetz betreut 20.400, das kleinste etwas über 650 eingeschriebene AOK-Versicherte. In diesen Praxisnetzen waren im Jahr 2012 insgesamt knapp 440 Hausärzte und rund 380 Fachärzte zusammengeschlossen.

Ausgefeiltes Indikatoren-Set. Bisher fließen mehr als 30 QiSA-Indikatoren in die Analyse ein, die verschiedene Aspekte der Qualität abbilden. Das Set beinhaltet indikationsspezifische Indikatoren für Diabetes mellitus Typ 2, Koronare Herzkrankheit (KHK), Herzinsuffizienz, COPD/Asthma, Rückenschmerz und Depression sowie indikationsübergreifende zur Pharmakotherapie und Prävention (siehe Grafik „Qualitätsindikatoren: Gradmesser für gute Versorgung“). Zu den allgemeinen Indikatoren gehören die Zahl der Hausarztkonsultationen, der Krankenhauseinweisungen und der Anteil der Facharztbesuche mit Überweisung. Sie geben Auskunft über den Erfolg der Versorgungssteuerung.

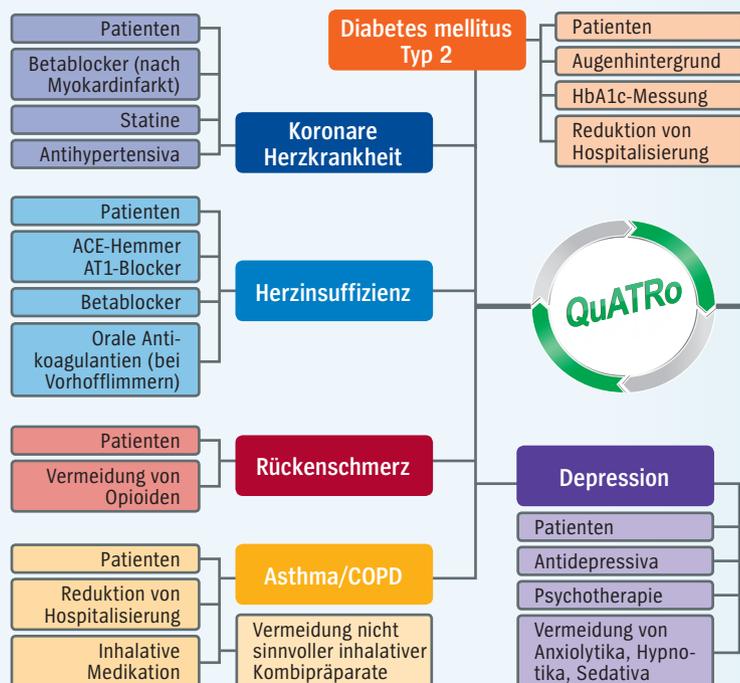
So wird zum Beispiel bei KHK-Patienten, die bereits einen Herzinfarkt erlitten hatten, geschaut, wie viele von ihnen Betablocker erhalten haben. Je höher diese Quote, desto erfolgreicher die Versorgungssteuerung. Denn Betablocker senken nachweislich die Sterberate und die kardiovaskuläre Morbidität bei Herzinfarkt-Patienten. Auch die Behand-

Musterkonzept in der Entwicklung

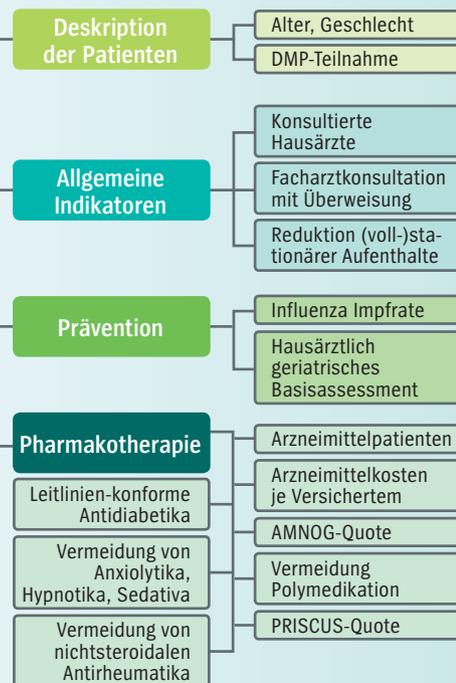
Wie können Praxisnetze bei der Qualitätsarbeit unterstützt werden? Diese Frage im Blick entwickeln der AOK-Bundesverband, das Nürnberger Praxisnetz QuE, das AQUA-Institut und die AOK Bayern beispielhaft an den QiSA-Indikatoren für die Koronare Herzkrankheit ein Musterkonzept. Es umfasst die Nutzung alternativer Datenquellen jenseits von Routinedaten, die Entwicklung eines Softwaretools zur Erstellung von Feedbackberichten sowie datengestützte Qualitätszirkel. Die entwickelten Arbeitshilfen sollen anderen Praxisnetzen und Ärztgruppen zur Verfügung gestellt werden.

Qualitätsindikatoren: Gradmesser für gute Versorgung

Indikationsspezifisch



Indikationsübergreifend



Mit indikationsspezifischen und indikationsübergreifenden Indikatoren kann die Versorgungsqualität für Arztnetze gemessen sowie mit anderen Netzen und der Regelversorgung verglichen werden. Indikationsspezi-

fische Indikatoren gibt es für Diabetes, Koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Rückenschmerz, Asthma/COPD und Depression.

Quelle: AOK-Bundesverband

lung mit Statinen bei KHK-Patienten gibt Auskunft über die Versorgungsqualität. Denn die Einnahme dieser Wirkstoffe senkt die Sterberate und die kardiovaskuläre Morbidität. Zudem gibt bei KHK-Patienten mit zu hohem Blutdruck die Behandlung mit Blutdrucksenkern wie ACE-Hemmer oder Calciumantagonisten Aufschluss über die Versorgungsqualität. Denn Bluthochdruck gehört zu den Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Aus den drei krankheitsspezifischen Indikatoren lassen sich Rückschlüsse auf die Prozessqualität bei KHK-Patienten ziehen und gegebenenfalls Ansatzpunkte zur Verbesserung ihrer Versorgung finden. Kontraindikationen bei der Versorgung und damit bei der Bewertung der Indikatoren werden selbstverständlich berücksichtigt.

Stärken und Schwächen beleuchtet.

Insgesamt lässt sich mit QuATRO die Qualität in den Netzen sichtbar machen. Zugleich können sie ihre Versorgungsqualität mit der anderer Netze sowie mit

der Regelversorgung vergleichen. Dazu verfeinern die beteiligten AOKs und die Praxisnetze gemeinsam die Nutzung von Qualitätsindikatoren. Davon profitieren Arztnetze und Kostenträger gleichermaßen. So zeigen erste Analysen, dass viele der Arztnetze, die sich an QuATRO beteiligen, ihre Patienten bereits gut versorgen. Um die Behandlung aber noch weiter zu verbessern, werten die Netzärzte untereinander sowie gemeinsam mit der Gesundheitskasse die Ergebnisse in Qualitätszirkeln aus und besprechen Handlungsoptionen. Um Praxisnetze bei der Qualitätsarbeit zu unterstützen, ist kürzlich ein weiteres Projekt gestartet (siehe Kasten „Musterkonzept in der Entwicklung“ auf Seite 16).

Neben einer Qualitätsoffensive will die schwarz-rote Koalition die „Förderung von Praxisnetzen verbindlich machen und ausbauen“. Die aktuelle Rahmenvorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Förderung von Praxisnetzen fordert zwar ein standardisiertes Qualitätsmanagement, aber bis-

lang fehlen konkrete Zielvorgaben. Aktuell ist eine Förderung der Praxisnetze durch die Kassenärztlichen Vereinigungen demnach unabhängig von der erzielten Versorgungsqualität möglich.

Einzelverträge helfen zu steuern. Das den Netzen und der Gesundheitskasse gemeinsame Ziel einer hohen Behandlungsqualität lässt sich jedoch nur erreichen, indem ausschließlich solche Ärzteverbände gefördert werden, die auch tatsächlich eine bessere Versorgung gewährleisten. Hierfür bieten sich einzelvertragliche Lösungen an. Bereits heute bestehen vielerorts Einzelverträge zwischen AOKs und Praxisnetzen, in denen unter anderem Steuerungselemente zur Verbesserung der Versorgung vereinbart sind. Daran gilt es, weiter zu arbeiten. ■

Dr. Sonja Milde und **Martin Arnold** sind Referenten in der Abteilung Vertragsentwicklung der Geschäftsführungseinheit Versorgung des AOK-Bundesverbandes.

Kontakt: Martin.Arnold@bv.aok.de

Wie die Großen so die Kleinen

Den meisten Familien in Deutschland geht es gut. Einen Haken hat die Sache aber: Mütter und Väter fühlen sich vermehrt zeitlichem Stress ausgesetzt. Das wirkt sich negativ auf die Gesundheit der Kinder aus. **Von Thomas Hommel**

Statistiker zählen in Deutschland derzeit rund acht Millionen Familien mit Kindern im Alter von vier bis 14 Jahren. Wie es um die Gesundheit dieser Familien bestellt ist, hat jetzt das Heidelberger Sinus-Institut im Auftrag des AOK-Bundesverbandes ermittelt. 1.503 Mütter und Väter wurden in der AOK-Familienstudie 2014 telefonisch befragt. Die Auswahl war für die Bevölkerung in Deutschland repräsentativ. Es ist – nach 2007 und 2010 – die dritte Untersuchung dieser Art, die die Gesundheitskasse im Rahmen ihrer Initiative „Gesunde Kinder – gesunde Zukunft“ vorgelegt hat.

Die Ergebnisse der aktuellen Studie, deren Fokus auf der Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie möglichen Auswirkungen auf die Eltern- und Kindergesundheit liegt, lesen sich größtenteils erfreulich positiv:

- So geht es zwei Drittel der befragten Eltern (67 Prozent) gesundheitlich gut oder sehr gut. Wenn es um deren Zufriedenheit mit dem Familienleben geht, liegt der Wert sogar bei 93 Prozent.
- Diese Zufriedenheit ist mit Blick auf die Gesundheit von Kindern äußerst wichtig. Denn die Studie zeigt, dass ein glückliches Zusammenleben in der Familie sowie ein gutes soziales Netzwerk beste Voraussetzungen für gesunde Kinder und Eltern sind. Anders formuliert: Eltern, die mit ihrem Familienleben zufrieden sind, haben seltener Kinder, die über gesundheitliche Probleme klagen.
- Sehr wichtig ist die Qualität der in der Familie gemeinsam verbrachten Zeit. Wenn sich die Eltern beispielsweise häufiger zusammen mit dem Kind an der frischen Luft bewegen, haben die Kinder nachweislich weniger körperliche Beschwerden. Auch Gespräche zwischen Eltern und ihren Kindern wirken sich



Putzmunter und quietschfidel:
Die meisten Kinder in Deutschland
wachsen gesund auf.

positiv auf deren physische und psychische Gesundheit aus – ebenso wie Gesellschaftsspiele sowie regelmäßige Mahlzeiten mit Eltern und Geschwistern.

Das Wohlbefinden der Eltern ist eng mit dem ihrer Kinder verwoben.

- Eltern achten darauf, wie viel Zeit ihre Kinder vor dem Fernseher und dem Computer verbringen. Eigenen Angaben zufolge informieren sich die meisten über die Medieninhalte, sprechen regelmäßig mit dem Kind darüber und verabreden feste Regeln. So setzen neun von zehn befragten Eltern ein Zeitlimit beim Fernsehen und grenzen die Nutzung des Computers ein. Etwas nachlässiger verhalten sie sich bei Smartphones. Hier setzen 72 Prozent dem Gebrauch der kleinen Geräte eine zeitliche Grenze.

Weniger finanzielle Engpässe. Also alles perfekt in Deutschlands Familien? Nicht ganz, wie die AOK-Familienstudie ebenfalls offenbart:

- Alleinerziehenden Müttern und Vätern geht es deutlich schlechter als Eltern in Paarfamilien: Sie sind weniger zufrieden und leiden stärker unter dem hohen Organisationsaufwand, den der Familienalltag mit sich bringt. Die Folge: Nicht einmal jeder zweite Alleinerziehende berichtet von einem guten bis sehr guten Gesundheitszustand. 17 Prozent nennen sogar andauernde gesundheitliche Beschwerden.
- Bei jedem fünften Kind berichten Eltern von wiederkehrenden gesundheitlichen Problemen wie Einschlafstörungen, Rücken-, Bauch- oder Kopfschmerzen. Die betroffenen Kinder haben im Kindergarten und in der Schule häufiger Probleme als gesunde Altersgenossen. Die Konzentration fällt ihnen deutlich schwerer.
- Und die Eltern? Gemeinsame Momente mit den Kindern kosten vor allem eines:

Zeit. Und genau die fehlt vielen Familien. So stellen Zeitprobleme laut Studie die größte Last im Familienalltag dar. Nahezu jeder Zweite gibt an, dass er oft unter Zeitstress steht – die Betroffenen klagen denn auch häufiger über eine psychische Belastung. Finanzielle Sorgen hingegen macht sich laut der Umfrage nicht einmal jeder Dritte (28 Prozent). Hier hat sich die Situation im Vergleich zu 2010 offenbar verbessert: Damals klagten noch 33 Prozent der befragten Eltern über finanzielle Engpässe.

- Der Zeitstress der Großen wirkt sich direkt auf die Gesundheit der Kleinen aus. So geht aus der Befragung hervor, dass Eltern, die zeitlich weniger belastet sind, auch seltener Kinder mit gesundheitlichen Beschwerden haben.

Auf gesundheitliche Signale achten.

„Die Befunde der Studie zeigen klar, dass das Wohlbefinden der Eltern mit dem ihrer Kinder eng verknüpft ist“, erklärte Dr. Ulrike Ravens-Sieberer, Professorin für Gesundheitswissenschaften, Gesund-

Acht von zehn Kindern geht es gut



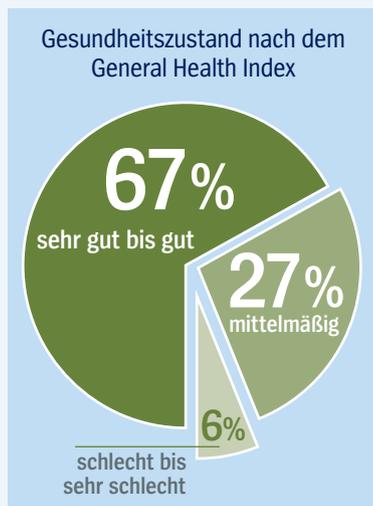
Zur Messung der Kindergesundheit orientiert sich die Familienstudie am international standardisierten Verfahren Health Behaviour of School Aged Children (HBSC). Dazu wurde erhoben, wie oft ein Kind unter bestimmten gesundheitlichen Problemen wie Bauch- oder Kopfschmerzen leidet. Der HBSC ist positiv, wenn in den letzten sechs Monaten wiederkehrend zwei oder mehr Beschwerden mehrmals pro Woche oder täglich auftreten. *Quelle: Sinus-Institut/AOK-Bundesverband*

heitspsychologie und Versorgung von Kindern und Jugendlichen am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Jürgen Graalman, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, betonte: „Unsere Studie zeigt, wie wichtig

„Hören Sie auf die gesundheitlichen Signale Ihres Kindes“, heißt eine weitere. Die Empfehlungen ließen sich gut im Familienalltag umsetzen, betonte Ravens-Sieberer. „Kindergesundheit kann damit bewahrt und sogar verbessert werden.“

Das Gros fühlt sich gesund



Den meisten Eltern in Deutschland geht es gesundheitlich gut oder sogar sehr gut. Nur sechs Prozent berichten von einem schlechten oder sehr schlechten Gesundheitszustand. Dieser wurde in der AOK-Studie anhand des General Health Index ermittelt, daneben flossen Fragen nach körperlichen und seelischen Problemen in die Erhebung ein.

Quelle: Sinus-Institut/AOK-Bundesverband

Gemeinsame Mahlzeiten wirken sich positiv auf die Kindergesundheit aus.

die Gesundheit der Eltern und ein entspannter Familienalltag für ein gesundes Aufwachsen der Kinder sind.“ Kindergesundheit, so Graalman, hänge direkt vom Elternwohl ab. „Eltern selbst, aber auch die Gesellschaft sollten diese Botschaft berücksichtigen.“

Auf Grundlage der Ergebnisse der Studie hat die AOK gemeinsam mit der Wissenschaftlerin Ravens-Sieberer sowie dem Berliner Erziehungs- und Sozialforscher Professor Dr. Klaus Hurrelmann verschiedene Handlungsempfehlungen formuliert. „Nehmen Sie mindestens eine Mahlzeit pro Tag gemeinsam mit Ihren Kindern ein“, lautet eine Empfehlung,

Positiver Effekt flexibler Arbeitszeiten.

Um Familien weiter zu entlasten, empfahl Ravens-Sieberer zwei weitere Ansatzpunkte: „Flexible Arbeitszeiten können sich positiv auswirken. Eltern, die zeitlich und örtlich flexibel arbeiten können, fühlen sich oft gesünder.“ Häufige Überstunden und Wochenendarbeit hingegen führten zu einem negativen Gesundheitsempfinden. Entlastend wirke dagegen eine verlässliche Kinderbetreuung. Dabei sollten sich Eltern nicht scheuen, auch mal eine Auszeit für sich in Anspruch zu nehmen. „Achten Sie auf Ihre eigene Gesundheit. Sie kommt der Gesundheit Ihrer Kinder direkt zugute“, zitierte AOK-Chef Jürgen Graalman die entsprechende Empfehlung der Familienstudie. ■

MEHR INFOS:

Die Familienstudie 2014 zum Download sowie weitere Informationen zur AOK-Initiative „Gesunde Kinder – gesunde Zukunft“ finden Sie unter: www.familie.aok.de

Mehr Mut bei der Pflegereform

Den großen Wurf in der Pflege versprechen die Parteien seit Jahren. Passiert ist bislang wenig. Bei einer Fachtagung der AOK Baden-Württemberg zeigten Experten der Hinhaltetaktik der Politik die Rote Karte. **Von Thomas Hommel**

Der Professor hätte tricksen und einen alten Vortrag aus der Schublade hervorkramen können. Den hätte er gehalten und keiner hätte wohl etwas bemerkt. Er hätte damit zum Ausdruck gebracht, dass Probleme und Reformansätze in der Pflege seit Jahren bekannt sind. Allein: Auf die eine Reform, mit der der Pflegebegriff zur Einstufung des Betreuungsbedarfes eines pflegebedürftigen Menschen modernisiert und eine nachhaltige Finanzierung der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung sichergestellt wird, wartet Deutschland noch immer.

Kein Restrisiko. Dr. Heinz Rothgang, Professor für Gesundheitsökonomie an der Universität Bremen, entschied sich dann aber doch dafür, anlässlich der Fachtagung „Pflege – jetzt!“, zu der die AOK Baden-Württemberg ins Stuttgarter Rathaus eingeladen hatte, einen aktualisierten Folienvortrag aufzulegen. Dabei wurde rasch klar: Die Pflege lässt sich nicht mal eben so im Vorbeigehen auf Vordermann bringen. Dafür sind die Baustellen zu tief und die Bedarfe zu groß. „Jeder zweite Mann und drei von vier Frauen werden in ihrem Leben pflegebedürftig“, rechnete Rothgang vor. Deshalb

sei Pflegebedürftigkeit auch kein „Restrisiko“, wie viele meinten. Vielmehr handele es sich um ein „allgemeines Lebensrisiko“ – und so sei es auch zu behandeln.

Professor Dr. Doris Schaeffer, Pflegewissenschaftlerin an der Universität Bielefeld machte deutlich, dass eine weitere Professionalisierung der Pflege unverzichtbar sei, um den Beruf attraktiv zu machen. Damit ältere Menschen ihre Lebensqualität so lange wie möglich aufrechterhalten könnten, müsse man zudem über neue integrative Versorgungsmodelle nachdenken. „Pflege ist hier zu wenig vertreten.“ Ein besonderer Stellenwert in der Pflege komme Menschen mit Demenz zu, da es sich um eine sehr schutzbedürftige Klientel handele, unterstrich Sylvia Kern, Geschäftsführerin der Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg. Sie monierte: „Die Leistungen der Pflegeversicherung decken längst nicht den tatsächlichen Unterstützungsbedarf ab.“

Fehlanreize beseitigen. „Pflege ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe“, betonte Dr. Christopher Hermann, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg. Es sei höchste Zeit, die Strukturen bedarfsgerecht zu gestalten und Fehlan-

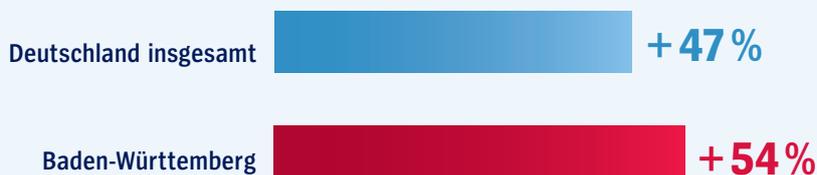
reize zu beseitigen. So scheitere etwa der Grundsatz „Reha vor Pflege“ oft daran, dass Nutznießer der Investitionen am Ende die Pflege- und nicht die Krankenkasse sei. Die Pflegereform müsse Leistungsverbesserungen für Pflegebedürftige bringen, forderte Hermann. Die im Koalitionsvertrag von Union und SPD vorgesehene Erprobung der neuen Begutachtungssystematik sei „ohne weitere Verzögerungen“ anzugehen. Die AOK bringe ihre Kompetenz zur Ergänzung eines neuen Pflegebegriffs gerne ein und stehe als Modellregion zur Verfügung.

Auch der wachsende Bedarf an Pflegefachkräften dürfe nicht aus dem Blick geraten. Angesichts einer stetig steigenden Zahl von Pflegebedürftigen bei gleichzeitigem Rückgang pflegender Angehöriger rechne das Statistische Landesamt Baden-Württemberg mit einem Bedarf von 54.000 zusätzlichen Pflegekräften bis zum Jahr 2030.

Nicht zum Nulltarif. Dass eine Pflegereform nicht zum Nulltarif zu machen ist, darauf wies schließlich Experte Rothgang hin. „Die wachsende Zahl Pflegebedürftiger lässt die Kosten für die Versorgung deutlich steigen.“ Diese über freiwillige Zusatzversicherungen wie den „Pflege-Bahr“ auffangen zu wollen, sei „wenig erfolgversprechend“. Stattdessen müsse die Pflegeversicherung in ihrer Substanz gestärkt werden. „Die Pläne der Koalition gehen hier in die richtige Richtung. Dies betrifft insbesondere die vorgesehene Beitragssatzanhebung, weil so Leistungen verbessert werden können.“ Mit dem geplanten Pflegevorsorgefonds „als Nebenkasse“ schieße die Koalition aber am Ziel vorbei. „Für eine nachhaltige Finanzierung der Pflege bietet sich vielmehr eine Zusammenführung von sozialer und privater Pflegeversicherung an.“ ■

Baden-Württemberg bekommt Alterung besonders zu spüren

Zunahme der Pflegebedürftigen 2009 bis 2030



Im „Ländle“ macht sich der demografische Wandel stärker bemerkbar als im Rest der Republik: Während bundesweit eine Zunahme der Pflegebedürftigen um 47 Prozent auf 3,5 Millionen Menschen im Jahr 2030 prognostiziert wird, liegt die Zunahme in Baden-Württemberg bei 54 Prozent: von 246.000 auf 345.000 im Jahr 2030. *Quelle: Heinz Rothgang, Themenreport Pflege (2012)*

„Märchen sind Nahrung für die Seele“

Professionelle Erzählerinnen tragen demenzkranken Menschen traditionelle Volksmärchen vor. Das hat zwei Effekte, berichtet die Literaturwissenschaftlerin **Silke Fischer**. Die Zuhörer entspannen sich und die Pflege geht leichter von der Hand.

Im Herbst 2013 ist der Startschuss für das bundesweite Modellprojekt „Es war einmal...Märchen und Demenz“ gefallen. Frau Fischer, welche Idee steckt hinter dem Projekt?

Fischer: Seit vielen Jahren organisiert Märchenland – Deutsches Zentrum für Märchenkultur mit Sitz in Berlin diverse Veranstaltungen und Festivals für alle Altersgruppen. Bei unserer Arbeit fiel uns auf, dass sich an Demenz erkrankte Menschen sehr gut mit traditionellen Volksmärchen erreichen lassen. Bei einer Demenz schwindet ja bekanntlich das Kurzzeitgedächtnis. Die Betroffenen sind stark verunsichert. Sie entwickeln Ängste, auf die sie mit herausfordernden Verhaltensweisen reagieren. Dies macht den Pflegealltag für alle Beteiligten schwierig. Bei Menschen mit Demenz gewinnt alles, was im Langzeitgedächtnis verankert ist, an Bedeutung. Wenn man ihnen dazu einen Zugang ermöglicht, fühlen sie sich sicher und geborgen. Sie werden ruhiger. Und hier kommen die Märchen ins Spiel: Im Langzeitgedächtnis sind Kindheits-erinnerungen abgelegt, zu denen auch Märchen gehören.

Auf wen geht das Modellprojekt „Märchen und Demenz“ zurück?

Fischer: Zunächst haben wir mit unseren Partnern, der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales in Berlin, dem Bundesfamilienministerium, der Katharinenhof-Gruppe sowie der Agaplesion Bethanien und Markus Diakonie, gemeinsam ein Pilotprojekt initiiert. Nachdem wir es nach einem Jahr erfolgreich abgeschlossen hatten, entwickelten wir in Berlin, Brandenburg, Hessen und Niedersachsen ein bundesweites Modellprojekt. Die AOK Nordost engagiert sich im Projekt-Beirat.

Sie sagten, das Erzählen traditioneller Volksmärchen ebne einen Weg in das Langzeitgedächtnis von an Demenz erkrankten Menschen. Wie hat man sich das konkret vorzustellen?

Fischer: Das funktioniert bei Demenzkranken nur über Emotionen. Die Mär-

men Märchen hören von einer neuen und ganz anderen Seite. Diese positiven Erkenntnisse transportieren sie in den Pflegealltag.

Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Welche Erkenntnisse erhoffen Sie sich?



Im Langzeitgedächtnis sind Kindheits-erinnerungen abgelegt, zu denen auch Märchen gehören.

Silke Fischer, Direktorin von Märchenland

chen vermitteln den Zuhörern Sicherheit, Geborgenheit und Zuwendung. Dazu bedarf es definierter Rahmenbedingungen. Die Märchen müssen in einem ruhigen, vertrauten Umfeld erzählt und frei vorgetragen werden. Das heißt konkret: ständiger Blickkontakt, ohne störende Barrieren in Form eines Buches. Und die ausgewählten Märchen müssen gut ausgehen. Märchen sind Nahrung für die Seele.

Inwiefern lässt sich mithilfe der Märchenstunden auch der Alltag in Pflegeheimen erleichtern?

Fischer: Sowohl Männer als auch Frauen entspannen sich, wenn wir ihnen Märchen vortragen. Auch danach sind sie zugänglicher, wie uns Pflegekräfte und pflegende Angehörige berichten. Letztere erleben die Bewohner beim gemeinsa-

Fischer: Wir wollen belegen, dass sich Märchen im Pflegealltag positiv auswirken. Später wollen wir dann Qualitätskriterien entwickeln, anhand derer wir das freie Erzählen von Märchen als eine kreativ-therapeutische Bereicherung für demenzkranke Menschen im Pflegealltag verankern. ■

Das Interview führte Thomas Hommel

Zur Person

Silke Fischer (53) ist von Beruf Literaturwissenschaftlerin. 2004 gründete sie zusammen mit ihrer Kollegin Monika Panse „Märchenland – Deutsches Zentrum für Märchenkultur“, um das Kulturgut Märchen im Bewusstsein der Gesellschaft zu verankern. Märchenland ist nach eigenen Angaben das einzige Zentrum seiner Art in Deutschland. Es organisiert jedes Jahr europaweit mehr als 1.500 Veranstaltungen. Infos: www.märchenland.de

Alter Zankapfel



in neuem Licht

Ärztevertreter machen die ambulante Vergütung madig. Das Geld reiche nicht für eine gute Versorgung. Die Einkommen seien nicht planbar. Und ohne privatärztliche Einnahmen müssten viele Praxen dicht machen. Was an diesen Argumenten dran ist, beleuchtet [Stephan Feldmann](#).

Die Vergütung der niedergelassenen Ärzte ist ein Politikum. Obwohl ihre Verdienste in den letzten Jahren erneut deutlich gestiegen sind, klagen Mediziner über zu geringe und nicht kalkulierbare Vergütung, zu viel Bürokratie und die allgegenwärtige Gefahr von Regressen. Ob es sich hierbei um reale Probleme oder um Behauptungen handelt, die aus dem Reich der Mythen stammen, ist für den gesundheitspolitischen Laien nicht leicht erkennbar. Aber schauen wir uns die Argumente einmal genauer an.

Immer wieder fordern Ärzte, ihre Vergütung müsse planbar und kalkulationssicher sein. Diese Forderung gehört zu den wohl meist benutzten Bausteinen für einen gelungenen Auftritt auf dem Ärztetag. Sie wird im gleichen Atemzug genannt mit der Notwendigkeit fester und kostendeckender Preise. Diese semantische Verknüpfung soll einen kausalen Zusammenhang suggerieren, der in Wirklichkeit nicht existiert. Denn in Wahrheit hat das eine mit dem anderen wenig zu tun. Feste und kostendeckende Preise in Rechnung zu stellen, führt nicht zwangsläufig zu plan- und kalkulierbaren Einnahmen. Vielmehr ist das

Unternehmertum mit zahlreichen Risiken und Unsicherheiten verbunden. Jeder Betrieb kann trotz sauber kalkulierter Preise in wirtschaftliche Schwierigkeiten und in die Insolvenz geraten, wenn er nicht konkurrenzfähig ist oder Kunden nicht zahlen.

Gesamtvergütung bietet Sicherheit. Im Vergleich zu anderen Freiberuflern sind die Ärzte in einer komfortablen Situation. Denn die Krankenkassen zahlen an die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) eine Gesamtvergütung für die vertragsärztliche Versorgung. Von dieser Summe weisen die KVen im Rahmen der Honorarverteilung regelmäßig den Vertragsärzten im Voraus praxisbezogene Honorarvolumina zu, die der Arzt in einem Quartal erzielen kann, soweit er die entsprechenden Leistungen abrechnet. Er erhält gewissermaßen eine Abnahmegarantie für einen vorab festgelegten Umfang seiner Tätigkeit. Für ihr voraussichtlich erzielt Honorar bekommen die Mediziner monatliche Abschlagszahlungen von den KVen. Damit verfügen sie über eine robuste, aber vor allem planbare Ertrags-situation. Da zudem die KVen praktisch nicht insolvent gehen können, besteht für die Ärzte hinsichtlich ihrer Einnahmen aus



der Behandlung der GKV-versicherten Patienten weder ein Liquiditätsrisiko, noch müssen sie den Ausfall ihrer Forderungen fürchten. Für die Leistungen, die sie privatärztlich erbringen, gilt dies nicht. Somit genießen die niedergelassenen Ärzte eine im Vergleich zu anderen selbstständigen Berufen unvergleichbare Vergütungssicherheit. Kein anderer freier Beruf weiß im Voraus, wie hoch seine Einnahmen in den kommenden drei Monaten ausfallen. Genauso wenig können andere selbstständige Berufe stets darauf vertrauen, dass ihre Kunden fristgerecht bezahlen oder die Rechnung überhaupt begleichen. Ein höheres Maß an Planbarkeit und Kalkulationssicherheit böte Ärzten nur noch die Zahlung eines leistungsunabhängigen Festgebalts.

Natürlich sagt die Planbarkeit nichts darüber aus, ob sich von den Einnahmen auch die Kosten decken lassen. So kritisieren Ärzte, dass einzelne Leistungen nicht ausreichend bewertet sind. Als Beispiele führen sie häufig Pauschalvergütungen an, wie die hausärztliche Versichertenpauschale, die ein Hausarzt einmal im Quartal für einen Patienten abrechnen kann, oder die Honorare für Hausbesuche. Kritisiert wird vor allem, dass die Pauschalen den besonderen Aufwand für Patienten mit schweren Erkrankungen nicht ausreichend berücksichtigen. Diese Argumentation verkennt aber, dass der Bewertung von Pauscha-

len eine Mischkalkulation zugrunde liegt, die einen durchschnittlichen Preis über alle Patienten bildet. Dementsprechend steht der womöglich „zu niedrigen“ Pauschalvergütung für aufwendigere Patienten eine „zu hohe“ Vergütung für Patienten mit leichteren Beschwerden gegenüber. Gegen die Bewertung einzelner Leistungen ist in der Vergangenheit auch geklagt worden. Doch die Rechtsprechung hat stets darauf abgestellt, ob ein Arzt in der Gesamtschau seiner abgerechneten Leistungen ein angemessenes Honorar erhalten kann – eine Position, die in pragmatischer Hinsicht vernünftig ist.

Zu hoch bewertete Leistungen verleiten zur Menge. Dass einzelne ärztliche Leistungen objektiv zu hoch und andere zu niedrig bewertet sein könnten, wäre sicherlich auf Dauer nicht hinnehmbar. Denn dies verleitet dazu, aus wirtschaftlichen Gründen bestimmte Leistungen häufiger zu erbringen als andere oder besonders aufwendige Patienten erst gar nicht zu behandeln (Risikoselektion). So wird seit längerem vermutet, dass die außergewöhnlich dynamische Mengenentwicklung bei bestimmten ambulanten Eingriffen, beispielsweise Kataraktoperationen, durch eine zu hohe Bewertung verursacht wird und die Operateure deshalb diese Eingriffe bevorzugt erbringen.

Auch wenn einzelne Leistungen objektiv zu hoch und andere zu niedrig bewertet sein sollten, so zeigt doch ein Blick auf die Honorarumsätze der Ärzte, dass ihre Vergütung insgesamt angemessen ist. Dies legen auch die Ende vergangenen Jahres veröffentlichten Zahlen des Statistischen Bundesamtes nahe. Danach betrug im Jahr 2011 der durchschnittliche Reinerlös je Arztpraxis rund 235.000 Euro (siehe Tabelle „Ärzte erzielen hohe Erträge“). Von Unterbezahlung kann also kaum die Rede sein. Und aus dem Umstand, dass eine Leistung zu niedrig bewertet sein könnte, lässt sich nicht die Forderung ableiten, diese Leistung einfach höher zu vergüten. Allerdings sollte der Bewertungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen für eine in sich stimmige Bewertung der Leistungen im Verhältnis untereinander sorgen, um Fehlanreize zu vermeiden.

Immer wieder monieren Ärzte, sie hätten nur wenige Euro im Quartal zur Verfügung, um ihre Patienten angemessen be-

Ärzte erzielen hohe Erträge

Durchschnittliche Einnahmen, Aufwendungen und Reinerträge je Arztpraxis im Jahr 2011 in 1.000 Euro

	über alle Arztpraxen	Arztpraxen ohne Privateinnahmen	Arztpraxen mit Privateinnahmen in Höhe von			
			0,1–25% des Umsatzes	25–50% des Umsatzes	50–75% des Umsatzes	75–100% des Umsatzes
Einnahmen je Praxis	486	323	398	573	781	710
Aufwendungen je Praxis	251	160	198	293	459	405
Reinertrag je Praxis	235	163	200	280	321	305

2011 nahm ein niedergelassener Arzt im Schnitt jährlich 486.000 Euro ein. Nach Abzug der Praxiskosten blieben 235.000 Euro als Reinertrag über. Davon sind noch Steuern und die Altersversorgung zu zahlen. Ohne Einnahmen aus der privatärztlichen Tätigkeit beläuft sich der Reinertrag eines Arztes auf 163.000 Euro. Machen die Privateinnahmen bis zu 25 Prozent des Umsatzes aus, blieben unterm Strich 200.000 Euro pro Praxis.

Quelle: Statistisches Bundesamt 2013

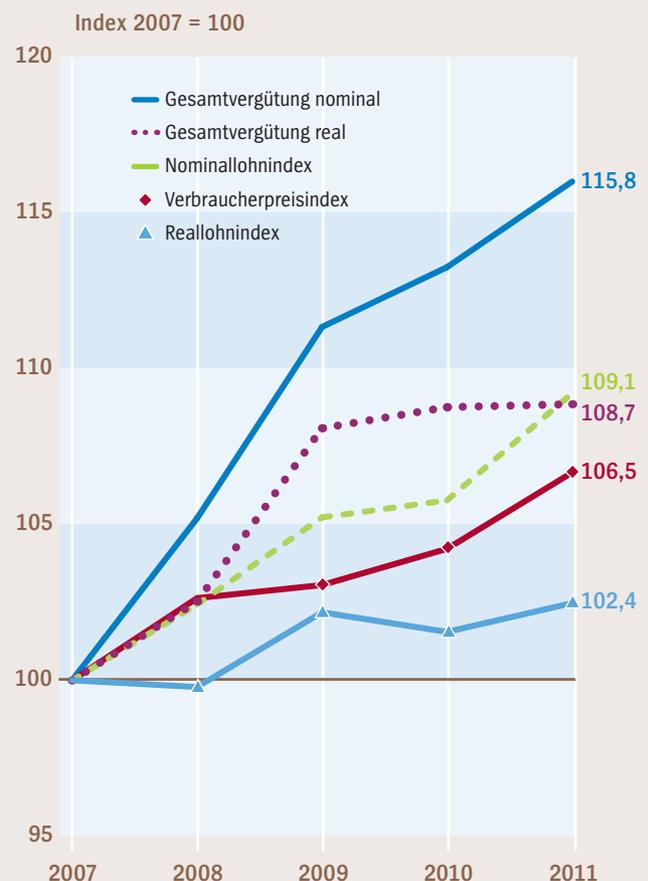
handeln zu können. In der Hochphase der konfliktreichen Honorarverhandlungen im Oktober 2012 wurde in einer ARD-Talk-Show über die vertragsärztliche Vergütung diskutiert. Die Redaktion meinte, aufgedeckt zu haben, dass die Urologen im KV-Bezirk Nordrhein ihre Patienten für einen „Festpreis“ von 13,31 Euro im Quartal behandeln müssten. Ärzte hätten aus dieser skandalösen Unterfinanzierung bereits die Konsequenzen gezogen und ihre Patienten darauf hingewiesen, nur wenige Minuten für ihre Behandlung erübrigen zu können.

Träfe es zu, dass ein Urologe einen Patienten für nur 13,31 Euro im Quartal zu behandeln hätte, wäre dies mit Sicherheit erstaunlich. Da ist es schon ein wenig beruhigend, dass das Honorar tatsächlich deutlich höher ist. Der Honorarbericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) weist für die Urologen im KV-Bezirk Nordrhein für das dritte Quartal 2012 ein durchschnittliches Honorar von 41,17 Euro pro Behandlungsfall aus – also gut das Dreifache des vermeintlichen „Festpreises“.

Fallwert ist nicht gleich Honorar. Nun lag der Redaktion der Honorarbericht der KBV für diesen Zeitraum zwar noch nicht vor. Aber ein Blick auf die Quartalszahlen des Jahres 2011 hätte einen ähnlichen Wert offen gelegt. Aber woher kommen dann bloß die 13,31 Euro? Von der KV Nordrhein. In ihrer Veröffentlichung zu den Regelleistungsvolumina-Fallwerten für das dritte Quartal 2012 gab sie für die Urologen einen „RLV-Fallwert“ von 13,31 Euro an. Der Betrag wäre damit korrekt wiedergegeben. Allerdings ist der RLV-Fallwert kein Festpreis, sondern ein in Euro ausgedrückter durchschnittlicher Wert für einen Behandlungsfall. Er ist also eine Berechnungsgröße aus der Honorarverteilung, die nichts über das durchschnittliche Honorar aussagt, das der Arzt am Ende eines Quartals für einen Patienten erhält. Nach inzwischen überholter Rechtslage hatte die KV den Ärzten vier Wochen vor Beginn eines Quartals einen Bescheid über das arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumen (RLV; siehe Glossar auf Seite 27) auszustellen. Das RLV stellt diejenige Menge an ärztlichen Leistungen dar, die der Arzt zum vollen Preis (dem Punktwert) abrechnen kann. Es wird aus dem RLV-Fallwert und der Fallzahl des Arztes aus dem zurückliegenden Quartal errechnet. Über das RLV hinausgehende Leistungen sollen mit einem niedrigeren Punktwert vergütet werden. Das RLV ist somit gewissermaßen ein arztbezogenes Budget.

Von Beginn an umfassten die RLV aber nur einen Teil der erbrachten Leistungen. Je nach Arztgruppe unterlag ein kleinerer oder größerer Anteil der abrechenbaren Leistungen nicht der Mengensteuerung der RLVs. Daher wurde das RLV der Höhe nach nur für eine Teilmenge der ärztlichen Leistungen berechnet und fiel regelmäßig deutlich geringer aus als das tatsächlich am Quartalsende erzielte Honorar. Dennoch werden der RLV-Fallwert und das Honorar häufig verwechselt. Derartige Missverständnisse sind nicht auf dieses Beispiel beschränkt, sondern treten auch auf, wenn das Honorar auf die in nahezu jeder Arztgruppe abrechenbaren Versicherten- oder Grundpauschalen (siehe Glossar) reduziert wird, ohne die zahlreichen weiteren Abrechnungsmöglichkeiten zu beachten. In dem unübersichtlichen Geflecht aus Fallwerten, Grund- und Zusatzpauschalen,

Gesamtvergütung steigt stetig an



Zwischen 2007 und 2011 ist die Gesamtvergütung, die die Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen zahlen, kontinuierlich gestiegen. Sie legte deutlich stärker zu als die Verbraucherpreise und die Reallöhne.

Quelle: AOK-Bundesverband

budgetärer und extrabudgetärer Vergütung sowie Honorar können selbst Fachleute schon mal den Überblick verlieren.

Einnahmen aus Direktverträgen kommen noch hinzu. Einen guten Anhaltspunkt über die Einnahmesituation bietet allein das Gesamthonorar eines Arztes, obgleich auch hier stets zu beachten ist, dass das Honorar nicht gleichbedeutend mit Reinertrag (Honorar abzüglich aller Praxiskosten) ist. Auch ist bei den Honorarstatistiken der KVen immer zu berücksichtigen, dass dort die Einnahmen der Vertragsärzte aus Direktverträgen mit den gesetzlichen Krankenkassen (insbesondere aus Hausarztverträgen) nicht enthalten sind. Für die Urologen beispielsweise hat das Statistische Bundesamt Einnahmen aus der Behandlung gesetzlich Krankenversicherter in Höhe von rund 190.000 Euro im Jahr 2011 ausgewiesen. Der Reinertrag lag bei rund 168.000 Euro. Das klingt doch schon ein wenig anders als 13,31 Euro.

Sachleistungsprinzip hinterfragt. Gerne stellen Ärzte auch das in der GKV vorherrschende Sachleistungsprinzip infrage. Ihrer Meinung nach gäbe es weniger unnötige Arztbesuche, wenn der

Patient seine Arztrechnung erst selbst bezahlt und sich die Auslagen anschließend von seiner Krankenkasse erstatten lässt – so, wie es in der PKV üblich ist. Die Kostenerstattung genießt im Vergleich zum Sachleistungsprinzip insbesondere unter Ökonomen und liberalen Gesundheitspolitikern, Ärzteverbänden wie dem Hartmannbund, aber auch dem Gros der Ärzteschaft einen erstaunlich guten Ruf. Während das Sachleistungsprinzip vielerorts für eine angeblich ungehemmte Inanspruchnahme des Gesundheitswesens verantwortlich gemacht wird, werden mit der Kostenerstattung viele Vorteile verbunden: Die Patienten nähmen aufgrund der Kostentransparenz Gesundheitsleistungen sparsamer in Anspruch, der Spielraum für Abrechnungsbetrug sei geringer und die Gesundheitsversorgung würde wirtschaftlicher, heißt es von den Verfechtern der Kostenerstattung.

Kostenerstattung verhindert keine unnötigen Behandlungen.

Diese erhofften Segnungen sind allerdings empirisch nicht belegt. Gerade die Erfahrungen der PKV mit der ungezügelter Mengendynamik zeigen, dass von der Kostenerstattung kein Anreiz zu einer sparsameren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ausgeht. Aller Rhetorik vom mündigen Patienten zum Trotz ist das Informationsgefälle zwischen Arzt und Patient zu groß, als dass eine hinreichende Kontrolle des Arztes durch den Patienten stattfinden könnte. Dies gilt nicht nur für ärztliche Leistungen, sondern auch für die Verordnung von Arzneimitteln oder Leistungen der Physiotherapie.

Auch die erhoffte Überprüfbarkeit von Arztrechnungen bleibt eine Illusion. Denn es ist weniger die Abrechnung nicht erbrachter Leistungen. Sie dürfte in der Praxis eine eher untergeordnete

Rolle spielen, auch wenn Privatversicherte davon berichten. Es ist vielmehr die Erbringung unnötiger Behandlungen, die gerade von der Kostenerstattung nicht gelöst wird.

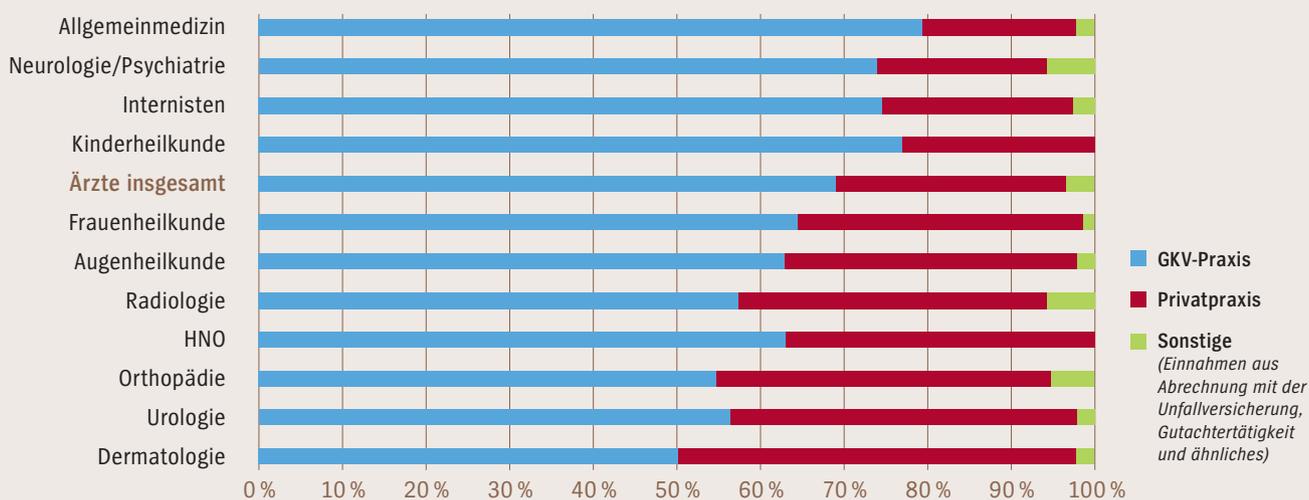
Mengenrisiko auf Patienten abgewälzt. Obwohl die Kostenerstattung die in sie gelegten Erwartungen nicht ansatzweise erfüllt, kehrt sie immer wieder in die gesundheitspolitischen Forderungskataloge zurück. Ursache sind die honorarpolitischen Implikationen. In einem Kostenerstattungssystem sind Kollektivbudgets heutigen Charakters (Gesamtvergütung), in denen die Ärzte das Mengenrisiko übernehmen, faktisch nicht mehr durchführbar. Zwar können Krankenkassen einen Wegfall der Ausgabenbegrenzung kompensieren, indem sie nur einen Teil der Kosten erstatten. Dies aber ginge zulasten des Patienten, der seine Auslagen nur unvollständig ersetzt bekäme. Bei der Kostenerstattung würde das Mengenrisiko von den Ärzten auf die Patienten abgewälzt, obgleich weiterhin die Ärzte in erster Linie bestimmen, welche und vor allem wie viele Leistungen erbracht werden. Die Kostenerstattung führt damit implizit zur Einführung einer Selbstbeteiligung des Patienten zugunsten der Ärzte.

Individuelle Abrechnung verursacht beträchtlichen Mehraufwand.

Den von der Ärzteseite erhofften positiven Auswirkungen der Kostenerstattung auf die Entwicklung ihrer Einnahmen muss auch der bürokratische Mehraufwand gegenübergestellt werden. Im gegenwärtigen GKV-Sachleistungssystem ist die Abrechnung zwischen Arztpraxis und KV weitgehend automatisiert. Im Wege des Datenaustauschs sendet der Arzt nach Ende eines Quartals seine Abrechnungsdaten an die KV. Diese zahlt den Arzt aus

Wie sich die Einnahmen zusammensetzen

Anteil privatärztliche Tätigkeit und Behandlung gesetzlich Versicherter im Jahr 2011 nach Arztgruppen



Die Bedeutung der Einnahmen aus privatärztlicher Tätigkeit unterscheidet sich erheblich zwischen den Arztgruppen. Bei den Allgemeinmedizinern macht der Anteil nur 18 Prozent aus, bei den Dermatologen aber 50 Prozent. Mit

Ausnahme der Hautärzte stammt das Gros des ärztlichen Verdienstes aus der Behandlung der gesetzlich Krankenversicherten.

Quelle: Kostenstrukturerhebung des Statistischen Bundesamts 2013, Berechnungen Feldmann

Ein Wegfall privatärztlicher Honorare führt nicht zum Ruin.



und rechnet dann mit der jeweiligen Kasse ab. Auch die Überprüfung der Rechnungen durch KVen und Krankenkassen erfolgt größtenteils vollautomatisch. Würde auf eine patienten- und arztindividuelle Abrechnung umgestellt, entstünde für die Praxen und die Krankenkassen ein erheblicher Verwaltungsaufwand. Wie hoch er ausfallen könnte, machen Modellrechnungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI) deutlich. Anlässlich eines Modellprojekts in Rheinland-Pfalz – dort sollten Patienten auf Wunsch eine Patientenquittung erhalten – errechnete das ZI Verwaltungskosten in Höhe von 1,57 bis 3,11 Euro je ausgestellter Patientenquittung. Hinzu kämen dann noch die Kosten für den Zahlungsverkehr und bei säumigen Zahlern die Inkasso-Kosten. Bei etwa 500 Millionen Behandlungsfällen mit rund 1,5 Milliarden Arzt-Patienten-Kontakten im Jahr dürfte der zusätzliche Aufwand allein in den Arztpraxen alles in den Schatten stellen, was heute als unzumutbar kritisiert wird. Der zusätzliche Aufwand bei den Krankenkassen dürfte sich in einer ähnlichen, wenn nicht sogar umfanglicheren Größenordnung bewegen.

Nicht alle Ärzte sind auf Privat-Einnahmen angewiesen. Und was ist dran an der Behauptung, dass viele Ärzte ohne die Einnahmen aus privatärztlicher Tätigkeit wirtschaftlich nicht überleben könnten und ihre Praxis schließen müssten? Richtig ist, dass die Einnahmen aus privatärztlichen Leistungen erheblich sind. Der Markt der Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL), die der Patient aus eigener Tasche zahlt, wächst. Und die privatärztliche Vergütung ist gemessen an der Zahl der Versicherten um ein Vielfaches höher als die Honorare aus vertragsärztlicher Tätigkeit. Für rund neun Millionen Privatversicherte flossen 2011 aus Vergütungen der PKV, der Beihilfe und aus der Selbstbeteiligung rund 9,7 Milliarden Euro in die Kassen der Ärzte. Die GKV bezahlte für die knapp achtfache Anzahl an Versicherten rund 33 Milliarden Euro. Hinzu kommen schätzungsweise 1,5 Milliarden Euro aus der Abrechnung individueller Gesundheitsleistungen (IGeL) mit GKV-Versicherten.

Dieses insgesamt große Volumen der Privateinnahmen macht sich in den Arztpraxen bemerkbar. Allerdings variieren diese Einnahmen deutlich zwischen den verschiedenen Arztgruppen. Während bei den Allgemeinmedizinerinnen der Anteil der GKV-Einnahmen am Gesamtumsatz 80 Prozent beträgt, die privatärztlichen Einnahmen aber nur rund 20 Prozent seines Gesamtumsatzes ausmachen, ist das Verhältnis von Kassen- und privatärztlichen Einnahmen bei Hautärzten rund 50 zu 50. Auch in absoluten Beträgen sind die Unterschiede zwischen den Fachgebieten enorm (siehe Grafik „Wie sich die Einnahmen zusammensetzen“ auf Seite 24). Angesichts dieser Zahlen hätte ein – wenn auch wenig realistischer – Wegfall privatärztlicher Einnahmen für einige Arztgruppen wie Dermatologen und Frauenärzte einschneidende Folgen.

Der Vergleich der in manchen Arztgruppen hohen Privateinnahmen und der jeweiligen durchschnittlichen Praxiserlöse darf nicht zu dem Schluss verleiten, dass beim Wegfall der privatärztlichen Tätigkeit der Praxiserlös entsprechend sinkt. Denn zum einen verschwinden die PKV-Versicherten nicht spurlos vom Erdboden, sondern würden fortan wie GKV-Versicherte vergütet.

Zum anderen würden auch die Praxiskosten niedriger sein. Denn die Ärzte müssten nicht mehr eine so umfangreiche Ausstattung vorhalten, zum Beispiel Apparate für Leistungen, die nicht zum GKV-Katalog gehören. Nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes vom Dezember 2013 liegt der jährliche Reinertrag von Arztpraxen, die nur gesetzlich versicherte Patienten behandeln, bei 163.000 Euro (siehe Tabelle „Ärzte erzielen hohe Erträge“ auf Seite 22). Dieser Betrag bleibt zwar deutlich hinter jenen Praxen zurück, die Privatversicherte behandeln (235.000 Euro). Er zeigt aber auch, dass Ärzte, die hauptsächlich GKV-Patienten versorgen, einen Reinertrag erzielen, der weit von einer Insolvenz entfernt ist.

Privatversicherte ziehen Ärzte an. Dem lässt sich entgegengeltend, dass es sich hierbei um Durchschnittsbetrachtungen handelt. Ärzte in Regionen mit einem überdurchschnittlich hohen PKV-Anteil sind wahrscheinlich deutlich stärker von privatärztlichen Einnahmen abhängig als ihre Kollegen in Gebieten mit nur wenigen Privatversicherten. Insbesondere in den Ballungszentren – dort ist der Anteil der Privatversicherten wesentlich höher als etwa auf dem Land – könnte ein Wegfall der Privateinnahmen die Existenz mancher Praxis gefährden. Bei Lichte betrachtet dient dieses Argument dazu, das duale Versicherungs- und Vergütungssystem samt seiner Fehlsteuerungen zu erhalten. Wie eingangs dargelegt, entrichtet die PKV für gesündere Versicherte ein ungefähr dreimal so hohes Honorar als die GKV. In Regionen mit hohen Anteilen an Privatversicherten entstehen dysfunktionale Vergütungskonzentrationen. Die Erlösaussichten für niedergelassene Ärzte korrelieren nicht mit dem objektiven medizinischen Bedarf der Wohnbevölkerung, sondern mit dem Versichertenstatus. Dieser ökonomische Anreiz beeinflusst

das Niederlassungsverhalten. Wo viele Privatpatienten leben, lassen sich Vertragsärzte auch gerne nieder. Die Folge: Überversorgung in Regionen mit vielen Privatversicherten und Unterversorgung in Gegenden mit wenig Privatversicherten. Bei einem Wegfall der privatärztlichen Vergütung würde diesen Überkapazitäten die wirtschaftliche Grundlage weitgehend entzogen – eine wesentliche Voraussetzung für eine wirklich bedarfsgerechte und gleichmäßige ärztliche Versorgung.

Wirtschaftlichkeit ist geboten. Neben dem Wegfall privatärztlicher Einnahmen fürchten Ärzte Regresse. Diese drohen, wenn ein Arzt im Vergleich zum Fachgruppendurchschnitt das durch Richtgrößen festgelegte Arznei-, Heil- oder Hilfsmittelbudget um mehr als 25 Prozent überschreitet. Ärztliche Verordnungen müssen stets wirtschaftlich sein (Wirtschaftlichkeitsgebot nach Paragraf 12 Sozialgesetzbuch V). Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung haben Krankenkassen und KVen zu überprüfen (Paragraf 106 SGB V). Damit die Vertragsärzte das vereinbarte Ausgabenvolumen einhalten und wirtschaftlich verordnen, werden für die einzelnen Arztgruppen Richtgrößen festgelegt. Die Richtgrößen geben das durchschnittliche Verordnungsvolumen je Fall an. Das jeweilige Volumen eines Arztes errechnet sich aus den Richtgrößen und den Fallzahlen der Praxis. Wird im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung eine Überschrei-

ung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 Prozent festgestellt, muss ein Arzt den Mehraufwand erstatten (Regress) – sofern er nicht besondere Umstände nachweist. Dem besonderen Verordnungsbedarf einzelner Praxen ist gegebenenfalls durch die Anerkennung von Praxisbesonderheiten Rechnung zu tragen. Zu Praxisbesonderheiten zählen beispielsweise die besondere Morbidität der Patienten, ein hoher Rentneranteil oder eine besondere Praxislage (zum Beispiel Landarztpraxis).

Beratung geht vor Regress. Da insbesondere bei der Verordnung von Arznei- und Heilmitteln (zum Beispiel Physiotherapie) das Schadenspotenzial durch unwirtschaftliches Handeln immens ist, gibt es hierfür besondere Richtlinien für die Wirtschaftlichkeitsprüfung. Außerdem gilt seit dem am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetz der Grundsatz „Beratung vor Regress“. Danach haben Ärzte, die zum ersten Mal die Richtgrößen um mehr als 25 Prozent überschreiten, einen Rechtsanspruch auf Beratung. Somit ist bei der erstmaligen Feststellung einer Regresspflicht statt einer Honorarkürzung die gezielte Beratung vorgeschrieben.

Hat nun ein Arzt deutlich mehr verordnet, als es die Richtgröße zulässt, wird zwar zunächst ein Prüfverfahren eröffnet. In der Mehrheit der Fälle kommt es aber nicht zum Regressbescheid, weil viele der betroffenen Ärzte Praxisbesonderheiten

Gegenstimme

„Es muss wieder feste Preise geben“

Durch die jahrelang anhaltende Budgetierung zahlen die gesetzlichen Krankenkassen nicht für rund 30 Prozent der ärztlichen Leistungen, die sie für Kassenspatienten erbringen. Die Auswirkungen zeigen sich bei der nachwachsenden Ärztegeneration: Schon heute verzeichnen wir einen gravierenden Ärztemangel auf dem Land. Ähnlich ist die Entwicklung im städtischen Bereich. Immer häufiger können Arztsitze in sozial schwachen Stadtbezirken nicht mehr nachbesetzt werden. Dabei ist der hausärztliche wie der fachärztliche Versorgungsbereich gleichermaßen betroffen.

Daher muss es endlich wieder feste Preise für alle ärztlich erbrachten Leistungen geben. Nur so kann den nachrückenden Praxisärzten die wirtschaftlich kalkulierbare Zukunftsperspektive aufgezeigt werden, die sie vor der Aufnahme hoher Kredite für den Kauf einer Praxis brauchen. Bei den nächsten Honorarverhand-

lungen müssen zunächst die Grundleistungen aus der Budgetierung genommen werden. Diese Grundleistungen fallen bei jedem Patienten an. Schließlich kann es nicht sein, dass Patienten angenommen und behandelt werden müssen, für die am Ende eines Quartals noch nicht mal die Basisversorgung vergütet wird.

Darüber hinaus ist bei der Berechnung des Honorars ein vollständiger Inflationsausgleich für die letzten Jahre überfällig. Ein Ausgleich ist bei den zurückliegenden Verhandlungsrunden ausgeblieben. Als Folge zeigt sich eine besorgniserregende Investitionsschwäche in den Praxen. Die letzte Erhebung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI-Praxispanel) ergab, dass die Investitionslücke je Praxis im Jahr 2010 bei durchschnittlich 9.500 Euro lag.

Überdurchschnittlich stark gestiegen sind die Aufwendungen für das Praxispersonal. Nach den ZI-Berechnungen



Dr. Dirk Heinrich
ist Vorsitzender des
NAV-Virchow-Bundes,
Verband der
niedergelassenen
Ärzte Deutschlands.

erhielten die Mitarbeiterinnen zwischen 2007 und 2009 rund neun Prozent mehr Lohn. Vor dem Hintergrund des Mangels an qualifizierten Fachkräften ist der Zuwachs zwar gut und richtig, aber die Mehrbelastung der Praxisinhaber muss dringend kompensiert werden.

Insgesamt muss es bei der künftigen vertragsärztlichen Vergütung daher so schnell wie möglich darum gehen, den durch die Budgetierung erzeugten Mangel zu beheben. Dies kann schrittweise erfolgen. Der Ärztemangel und die damit verbundenen Lücken in der Versorgung der Bevölkerung lassen jedoch keinen anderen Weg zu. ■

geltend machen können. Nach Angaben der KBV und einzelner KVen ist weniger als ein Prozent der Ärzte von Regressen betroffen. Die in den Bescheiden festgesetzten, aber noch nicht rechtskräftigen Regresse beliefen sich nach Angaben des Deutschen Ärzteblatts vom 6. Mai 2011 auf durchschnittlich 28.400 Euro im Jahr 2007. Die höchste Forderung habe gut 150.000 Euro betragen. Von den Regressen bedroht seien vor allem Ärzte, die besonders hochpreisige Arzneimittel verschreiben, obwohl sie keine besondere Patientenstruktur aufzuweisen haben.

Außerdem bedeutet ein Regressbescheid noch lange nicht, dass es tatsächlich zu einer Honorarkürzung auch in der oben genannten Größenordnung kommt. Der betroffene Arzt kann gegen einen Regressbescheid nicht nur Widerspruch und Beschwerde einlegen. Auch kann er dagegen vor dem Sozialgericht klagen. Dies führt nicht selten zur Abwehr oder zumindest zur Minderung des Regresses.

Gefahr überschätzt. Anders als es die öffentlichen Äußerungen so mancher Ärztesfunktionäre suggerieren, ist der Regress also eher eine Randerscheinung als ein massenhaft auftretendes Ereignis. Durch eine frühzeitige und verbesserte Beratung durch die bei den KVen gebildeten Prüfungsausschüsse der Ärzte und Kassen wird seine Bedeutung weiter abnehmen. Im Übrigen haben auch KVen ausdrücklich darauf hingewiesen. So sah sich zum Beispiel die KV Westfalen-Lippe bereits im Oktober 2010 dazu veranlasst, in einer Pressemitteilung öffentlich klarzustellen, dass die „Gefahr von Arzneimittelregressen überschätzt“ werde. In dem oben erwähnten Beitrag des Deutschen Ärzteblatts versicherte der Vorsitzende der KV Westfalen-Lippe, Dr. Wolfgang-Axel Dryden, dass „kein Kollege, der seine Patienten angemessen versorge, Angst vor Prüfungen haben müsse“. Die Regresse sind daher eher ein gefühltes als ein tatsächliches Risiko. Dennoch stellen sie aus Sicht der Ärzte, aber insbesondere der Medizinstudierenden, ein bedeutendes Hemmnis für eine Niederlassung dar.

Dieser Stimmungslage in der Ärzteschaft ist die im schwarz-roten Koalitionsvertrag vorgesehene Absicht geschuldet, bis Ende 2014 die Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch regionale Vereinbarungen zu ersetzen. Inwieweit diese wirksame Anreize für ein wirtschaftliches Verordnungsverhalten setzen können, bleibt indes abzuwarten.

Ungleich verteilte Honorare sorgen für schlechte Stimmung.

Insgesamt offenbart der genauere Blick auf die Kritik an der vertragsärztlichen Vergütung, dass die ökonomische Lage der Ärzte besser ist als ihre Stimmung. Allerdings ist nicht zu übersehen, dass innerhalb der Ärzteschaft die Honorare ungleich verteilt sind. Die aus dieser Schiefelage entstehende Unzufriedenheit verbunden mit einem komplexen Vergütungssystem fördert einfache Erklärungsmuster über die Ursachen der eigenen Situation. Die aber haben nichts mit der Wirklichkeit zu tun, sondern gehören ins Reich der Mythen. ■

Stephan Feldmann ist Referent für Vergütung in der Abteilung Ambulante Versorgung des AOK-Bundesverbandes.

Kontakt: Stephan.Feldmann@bv.aok.de

Bewertungsausschuss: Der Bewertungsausschuss ist ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen. Ihm gehören je drei von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und vom GKV-Spitzenverband benannte Mitglieder an. Er setzt den Einheitlichen Bewertungsmaßstab als Honorarordnung der Vertragsärzte fest. Zudem beschließt er Regelungen zur vertragsärztlichen Vergütung.

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM): Verzeichnis, nach dem ambulante ärztliche Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden. Der EBM bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und stellt ihr in Punkten ausgedrücktes Wertverhältnis zueinander dar.

Grund- und Versichertenpauschalen: Die abrechenbaren Gebührenordnungspositionen im EBM lassen sich in Grund- und Versichertenpauschalen, Zusatzpauschalen und Einzelleistungen unterteilen. Die Grund- und Versichertenpauschalen sind in der Regel für jeden Patienten in einem Quartal abrechenbar. Zusatzpauschalen bilden den besonderen Aufwand für besondere Patientengruppen oder Behandlungen ab.

Punktzahl, Punktwert: Alle abrechnungsfähigen ärztlichen Leistungen werden im EBM mit Punktzahlen zueinander ins Verhältnis gesetzt. Der Punktwert ist ein in Cent bemessener Wert, der mit der Punktzahl einer ärztlichen Leistung multipliziert wird. Daraus ergibt sich die Höhe der Vergütung dieser Leistung.

Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung: Die Krankenkassen entrichten an die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) eine morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, mit der die meisten vertragsärztlichen Leistungen, die durch niedergelassene Ärzte abgerechnet werden, abgegolten sind (entspricht einem klassischen Budget). Etwa 30 Prozent der vertragsärztlichen Leistungen werden allerdings außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, also unbudgetiert, von den Krankenkassen vergütet. Darunter sind beispielsweise Früherkennungsleistungen, ambulante Operationen oder die antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapie.

Honorarverteilung: Die KVen verteilen die von den Krankenkassen geleistete Gesamtvergütung an die Vertragsärzte entsprechend der abgerechneten Leistungen. Da die zu verteilenden Mittel budgetiert sind, weisen die KVen den Versorgungsbereichen (Haus- und Fachärzte) feste Anteile an der Gesamtvergütung zu, die erst auf die Arztgruppen und schließlich auf die einzelnen Praxen aufgeteilt werden. Diese zugewiesenen arzt- und praxisbezogenen Honorarvolumina werden häufig als Regelleistungsvolumina oder Individualbudget bezeichnet.

Regelleistungsvolumina (RLV): Nach Paragraph 87b SGB V alter Fassung (bis 31. Dezember 2011) wiesen die KVen im Rahmen der Honorarverteilung den Ärzten arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina (RLV) zu. Ein RLV ist die von einem Arzt oder einer Praxis insgesamt abrechenbare Menge an Leistungen, die mit einem festen Punktwert vergütet werden. Darüber hinausgehende Leistungen werden mit einem verringerten Punktwert vergütet. Die RLV berechnen sich aus dem durchschnittlichen RLV-Fallwert und der RLV-Fallzahl – Größen, die aus der Abrechnung des Vorjahres ermittelt wurden. Im GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 1. Januar 2012 sind die Vorschriften zur Honorarverteilung reduziert. Die KVen wenden heute teilweise andere Methoden an, um arzt- und praxisbezogene Budgets zu ermitteln.

Quelle: AOK-Bundesverband, DIMDI, InEK



Hand aufs Kreuz



Das Baby braucht Balance, die Serviererin will Rückenschmerzen loswerden, der Schlaganfall-Patient auf die Beine kommen – allen hilft Ulrike Bös. Mit geübten Griffen löst die Physiotherapeutin Verspannungen, kräftigt Muskeln und lenkt die Schritte. **Florian Staeck** (Text) und **Olaf Hermann** (Fotos) haben sie in ihrer Praxis im Taunus besucht.

Der kleine Patient ächzt auf dem roten Gymnastikball. Vorsichtig bewegt die Physiotherapeutin Ulrike Bös seine Ärmchen hin und her. Für den fünf Monate alten Maximilian ist das Schwerstarbeit. Eine Haltungsasymmetrie verzögert seine motorische Entwicklung. „Wir versuchen, bei Maximilian das Drehen anzubahnen und die motorische Entwicklung zu fördern“, erklärt Bös. Der Kleine hat seine Rückenmuskulatur zu stark und seine Bauchmuskulatur zu wenig beansprucht. Jetzt geht es für Ulrike Bös darum, mit den Übungen die Symmetrie des Körpers zu erreichen. Denn dies ist die Basis für das altersgerechte Erlernen von Drehen, Robben und anderen Bewegungsmustern.

Jetzt liegt Maximilian auf den angewinkelten Knien der Therapeutin, sie klemmt seine Beine mit ihren Unterarmen ein. „Wir müssen Ruhe in die Beine bringen, damit die Oberarme besser arbeiten können“, erklärt sie. Später liegt Maximilian auf dem Bauch, er greift nach einer Rassel, die ihm seine Mutter Christiane hinhält. Dabei wird Maximilian durch gezielte Griffe von der Therapeutin unterstützt. Gegen Ende der Sitzung ist der Säugling erschöpft, man merkt, dass er keine Kraft mehr



hat – so wie nach dem Training eines Sportlers. Doch es geht nicht nur um den kleinen Patienten, auch die Eltern bekommen Hausaufgaben: „Die richtige Tragetechnik und ein gutes Handling sind bei einer muskulären Dysbalance wie bei Maximilian besonders wichtig“, sagt Ulrike Bös.

Viel Zeit für die Patienten. Die Physiotherapeutin arbeitet in eigener Praxis in Schmitten-Seelenberg im Taunus, rund 30 Kilometer nördlich von Frankfurt am Main. Hier beschäftigt sie fünf Mitarbeiter sowie eine Bürokräft. Im zehn Kilometer entfernten Neu-Anspach betreibt sie eine Zweigstelle mit sechs Physiotherapeuten und einer weiteren Bürokräft. Nimmt man die bloßen Zahlen, dann boomt der Berufsstand von Ulrike Bös. Fast 37.000 Praxen für Physiotherapie gibt es zurzeit in Deutschland, neun Jahre zuvor waren es weniger als 29.000 Heilmittelerbringer. Rund 136.000 Beschäftigungsverhältnisse sind vom Statistischen Bundesamt in der Physiotherapie erfasst, darunter rund 42.000 Physiotherapeuten, die Teilzeit arbeiten. Im Konzert der nicht-ärztlichen Gesundheitsfachberufe bezeichnet Ute Repschläger vom Verband der selbstständigen Physiotherapeuten (IFK) die Angehörigen ihrer Berufsgruppe als „Spezialisten für Bewegung“, die ganzheitlich arbeiteten. „Dabei gilt für uns, dass wir im Vergleich mit anderen Gesundheitsfachberufen relativ viel Zeit mit den Patienten verbringen.“

Zwei Drittel aller Auszubildenden sind Frauen. Zwar kannten schon die alten Römer Massagen, Bäder und gymnastische Übungen. Doch erst im Jahr 1900 wurde in Deutschland die erste „Lehranstalt für Heilgymnastik“ von Hermann Lubinus in Kiel eröffnet. Die Heilgymnasten waren damals ausschließlich Frauen, die als Hilfskräfte des Arztes arbeiteten. Mit den früheren „Helferinnen des Orthopäden“ hat das Aufgabenfeld von Physiotherapeuten heute nur wenig gemein. Das erste bundeseinheitliche Berufsgesetz für Krankengymnastik wurde 1959 erlassen, doch es fehlten einheitliche Standards für die Aus- und Weiterbildung. Erst seit 1994 ist die Berufsbezeichnung Physio-



Bald kann er sich drehen: Ulrike Bös unterstützt Maximilian in der motorischen Entwicklung.



Patientin Jutta Stürzel arbeitet in der Gastronomie und konnte vor Schmerzen kaum noch ein Tablett heben. Mit Manueller Therapie lindert Ulrike Bös ihre Beschwerden.

therapeut gesetzlich geschützt und im Masseur- und Physiotherapeutengesetz geregelt. Eine eigene Verordnung legt Einzelheiten der dreijährigen Ausbildung fest, die 2.900 Stunden Theorie und 1.600 Stunden praktische Ausbildung umfasst. Zu den Inhalten gehören Anatomie und Physiologie genauso wie physiotherapeutische Befund- und Untersuchungstechniken oder Bindegewebsmassage und Lymphdrainage. Wer Physiotherapeut werden will, benötigt mindestens die Mittlere Reife und muss sich an einer der bundesweit mehr als 260 staatlich zugelassenen Schulen ausbilden lassen. An öffentlichen Schulen ist die Ausbildung mit Ausnahme beispielsweise von Prüfungsgebühren kostenfrei. Die staatlich anerkannten Privatschulen erheben in der Regel Lehrgangsgebühren, die meistens zwischen 200 bis 350 Euro pro Monat betragen. Zur Finanzierung können die Schüler – ähnlich wie Studenten – Unterstützung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz beantragen. Knapp 23.000 Schüler wurden im Schuljahr 2011/2012 insgesamt gezählt, zwei Drittel davon waren Frauen.

Medizinisches Training zur Prävention. Wer den Abschluss geschafft hat, dem steht ein breites, abwechslungsreiches Arbeitsfeld beispielsweise in Kliniken, Rehabilitations- oder Kur- und Erholungseinrichtungen, Fitness-Studios oder in der selbstständigen Physio-Praxis offen: Das Spektrum der Tätigkeit reicht von der Orthopädie über die Neurologie bis zur Pädiatrie. Physiotherapeuten können kurativ arbeiten oder sich stärker in der Prävention engagieren. Wie beispielsweise auch Ulrike Bös. Sie betreibt eine Zweigstelle im nahegelegenen Neu-Anspach,

bei der der Name Programm ist: „Praxis für Physiotherapie und Prävention“. Als Selbstzahlerleistung bietet sie dort beispielsweise medizinisches Training an. Nach einem Eingangsscheck arbeitet ein Physiotherapeut mit dem Kunden einen Trainingsplan aus. Dieses Präventionsangebot gibt es zu festen Terminen in Kleingruppen mit maximal fünf Personen. Die Abgrenzung dieser Selbstzahlerleistung zur Physiotherapie als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ist Ulrike Bös wichtig. Akute Schmerzpatienten etwa gehörten nicht in ein solches medizinisches Training, stellt sie klar.

Handgriffe gegen Schmerzen. In der Physio-Praxis in Schmittenseelenberg sitzt schon die nächste Patientin im Wartebereich. Wer möchte, kann sich am Kaffeeautomaten bedienen, den weiten Blick in den Taunus gibt es inklusive. Jutta Stürzel hat nun ihren Behandlungstermin. Die Patientin arbeitet im gastronomischen Service – und konnte kaum noch ein Tablett halten, als sie erstmals zur Physiotherapie kam. Anlass für die Therapie ist ein Halswirbelsäulensyndrom, auch Zervikalsyndrom genannt. Unter dieser Sammelbezeichnung werden Schmerzleiden im Hals- und Nackenbereich zusammengefasst. Das Krankheitsbild kann mit verschiedenen gesundheitlichen Beschwerden einhergehen, beispielsweise Schmerzen im Schulter-Nacken-Bereich, neurologische Symptome wie Ausstrahlungen in den Arm, Muskelverspannungen, Kopfschmerzen, Schwindel oder Sehstörungen.

„Zu Beginn der Therapie konnte ich die Patientin kaum anfassen“, erzählt Ulrike Bös. Zunächst stand deshalb die

Schmerzlinderung im Zentrum. Jutta Stürzel liegt auf nun auf einer Liege auf dem Bauch, die Therapeutin steht seitlich von ihr. Ihr Ziel ist es, die einzelnen Segmente der Halswirbelsäule zu mobilisieren und die Durchblutung zu verbessern. In der Manuellen Therapie wirkt die Physiotherapeutin mit speziellen Handgriffen auf Strukturen wie Muskulatur und Nerven ein. Bei der sogenannten Traktion entfernt sie Gelenkflächen durch sanften Zug voneinander, um die Gelenkkapsel und umliegende Bänder zu entlasten. Durch Gleittechniken werden Gelenkflächen parallel zueinander bewegt, um das Gelenkspiel zu verbessern. Für Ulrike Bös ist es wichtig, in den Sitzungen typische Belastungssituationen im Arbeitsalltag der Patientin aufzugreifen. „Wir haben geübt, wie man ein Tablett richtig hält“, berichtet sie. Am Ende der Behandlung fragt die Therapeutin: „Wie geht es jetzt?“. „Besser“, seufzt Jutta Stürzel. Die Patientin ist seit mehr als einem Jahr in physiotherapeutischer Behandlung. Anfangs, als die Schmerzen besonders arg waren, kam sie zwei bis drei Mal wöchentlich in die Praxis, inzwischen noch einmal pro Woche.

Kranke Wirbelsäule ist häufigster Behandlungsgrund

Im Jahr 2012 haben Physiotherapeuten in Deutschland bei gesetzlich krankenversicherten Patienten insgesamt 235 Millionen einzelne physiotherapeutische Behandlungen erbracht. Diese hatten einen Gegenwert von 3,6 Milliarden Euro (AOK: 1,3 Milliarden Euro). Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für sämtliche Heilmittel – Physio-, Ergo- und Sprachtherapie sowie Podologie – beliefen sich auf 5,01 Milliarden Euro, davon entfielen 1,84 Milliarden Euro auf AOK-Versicherte. **Das geht aus dem Heilmittelbericht 2013 hervor, den das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) veröffentlicht hat.** 85,5 Prozent der Heilmittelverordnungen entfallen in der GKV auf die Physiotherapie, die 72,5 Prozent aller Heilmittelausgaben nach sich ziehen (AOK: 70,2 Prozent).

Drei Arztgruppen bestimmen rund 80 Prozent der Verordnungen in diesem Segment. Allein 38 Prozent sämtlicher Verordnungen kommen von Allgemeinärzten. Weitere 30 Prozent der Rezepte gehen auf Orthopäden zurück. Chirurgen zeichnen für nochmals knapp elf Prozent der Rezepte verantwortlich. **Mit Abstand am häufigsten haben AOK-Versicherte Rezepte für Krankengymnastik als Einzelbehandlung erhalten.** 5,6 von insgesamt 12,9 Millionen Leistungen entfielen im Jahr 2012 auf diese Behandlungsart. Zwei Diagnosegruppen sind Ursache für 41,5 Prozent aller physiotherapeutischen Behandlungen, nämlich „Wirbelsäulenerkrankungen mit länger dauerndem Behandlungsbedarf“ und solche „mit kurzzeitigem Behandlungsbedarf“.

Einen Großteil der Leistungen nehmen Versicherte zwischen 50 und 79 Jahren in Anspruch. Allein 37 Prozent aller physiotherapeutischen Behandlungen entfallen auf Leistungen für Frauen dieser Altersgruppe. Die relativ meisten Behandlungen erhalten Frauen zwischen 75 bis 79 Jahren und Männer zwischen 80 und 85 Jahren.

Mehr Infos: www.wido.de > Heilmittel > Heilmittelanalysen > Heilmittelbericht 2013 (PDF)

www.gkv-spitzenverband.de > Krankenversicherung > Ambulante Leistungen > Heilmittel



Die Manuelle Therapie hat Ulrike Bös in einer Fortbildung erlernt – Voraussetzung für die Abrechnung der Leistung mit den Krankenkassen.

Das Rezept muss stimmen. Wie lange eine Behandlung bei gesetzlich Versicherten Patienten dauert und welche physiotherapeutischen Anwendungen die Krankenkassen bezahlen, ist im Heilmittelkatalog des Gemeinsamen Bundesausschusses verzeichnet (siehe Kasten „Kranke Wirbelsäule ist häufigster Behandlungsgrund“ auf dieser Seite). Eine Erstverordnung umfasst sechs Behandlungseinheiten. Für Krankengymnastik sind 15 bis 20 Minuten je Einheit vorgesehen, bei erwachsenen Patienten (über 18 Jahre) mit neurologischen Krankheitsbildern 25 bis 35 Minuten. Bei einer Lymphdrainage dauert die Behandlung in Abhängigkeit von der ärztlichen Verordnung 30, 45 oder 60 Minuten. Wenn nach der Erstverordnung weiter Beschwerden bestehen, sind Folgeverordnungen möglich. Die Gesamtdauer der Physiotherapie ergibt sich aus dem Krankheitsbild und den individuellen Beschwerden.

Wichtig ist die richtige ärztliche Verordnung. „Eine vollständige Heilmittelverordnung ist notwendige Basisinformation für die Therapeuten, damit sie zielgerichtet arbeiten können“, sagt Bernd Faehrmann, Leiter der Abteilung Arznei-, Heil- und Hilfsmittel beim AOK-Bundesverband. „Hier kommt es immer wieder zu Unstimmigkeiten, weil die Vorschriften des Heilmittelkataloges nicht beachtet werden. Die AOK hat deshalb ein Online-Lernprogramm für die Verordnung von Heilmitteln entwickelt.“ Mit „Praxiswissen Quickcheck“, so der Name des Programms, können sich Ärzte und ihre Teams anhand von authentischen Fallbeispielen über die richtige Verordnung von Physiotherapie informieren (siehe Kasten „Lernprogramm fürs richtige Rezept“ auf Seite 34).

Zusatzqualifikation kosten tausende Euro. Bevor die Physiotherapeutin Leistungen etwa der Manuellen Therapie mit den Krankenkassen abrechnen darf, muss sie anerkannte Fortbildungen besuchen, die mit einer Prüfung abschließen – und teilweise tausende von Euro kosten. Zu den Leistungen, die eine eigene Fortbildung erfordern, gehören neben der Manuellen Therapie beispielsweise die Manuelle Lymphdrainage oder das Bobath-Konzept. Dass Physiotherapeuten viele Leistungen erst abrechnen können, wenn sie entsprechende Zertifikatsweiterbildungen nachweisen können, hält Bernd Faehrmann für unbefriedigend: „Es ist zu überlegen, ob diese Qualifikationen nicht mittlerweile zumindest teilweise in der aktuellen Physiotherapie-Ausbildung ausreichend vermittelt werden oder integriert werden können.“

Ob weitergebildet oder nicht: Für Ulrike Bös ist es im ländlich geprägten Schmittchen nicht einfach, Mitarbeiter zu finden. Sie ist damit nicht allein – ein Nachwuchsmangel zeichnet sich in nahezu allen Branchen und in vielen Regionen Deutschlands ab. „Zukünftig wird die Nachwuchsgewinnung noch schwieriger werden“, sagt Ute Repschläger vom IFK. Sie verweist dazu auf ein Gutachten des rheinland-pfälzischen Gesundheitsministeriums aus dem Jahr 2012 zur „Fachkräftesicherung in den Gesundheitsfachberufen“. Schon in sechs Jahren prognostizieren die Gutachter in Rheinland-Pfalz einen Mangel an Physiotherapeuten. Deshalb hat das Land mit der „Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Gesundheitsfachberufe 2012 bis 2015“ frühzeitig gegengesteuert. Bleibt die Hoffnung, dass solche Initiativen greifen, denn die Nachfrage nach Physiotherapie ist stetig gestiegen. Im Jahr 2012 betrug die Ausgaben für Heilmittel zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung 5,01 Milliarden Euro, im Jahr 2004 waren es noch 3,64 Milliarden Euro. Rund 73 Prozent der Ausgaben und 86 Prozent der Verordnungen entfielen auf die Physiotherapie, berichtet AOK-Experte Bernd Faehrmann. Von den jährlichen Zuwachsraten von rund fünf Prozent resultieren nach seinen Angaben nur etwa 1,5 Prozentpunkte aus der Preisentwicklung. Das Gros der Ausgabensteigerung gehe dagegen auf mehr erbrachte Leistungen zurück, so Faehrmann. Dieser Zuwachs wiederum erklärt sich auch aus der steigenden Zahl der Leistungserbringer.

Mit dem Physiomobil auf Hausbesuch. In der Praxis von Ulrike Bös wartet inzwischen Tim Ehlers auf seine Behandlung. Ehlers, Jahrgang 1947, erlitt vor zwölf Jahren einen Schlaganfall. Eine Hemiparese, die Lähmung einer Körperseite, macht ihn seit Jahren zum Dauerpatienten bei Ulrike Bös. Patienten mit Hemiparese haben nach einem Schlaganfall die Kontrolle über eine Körperseite verloren, auch das Gleichgewichtsempfinden ist gestört. Die Läsionen in der betroffenen Gehirnhälfte sind nicht rückgängig zu machen, wohl aber ist eine Kompensation möglich. Dabei können intakt gebliebene Areale im Gehirn die motorischen Funktionen von zerstörten Strukturen übernehmen. Physiotherapie unterstützt diesen Prozess. Nach einem Schlaganfall können Patienten sehr stark in ihrer Mobilität eingeschränkt sein. Dann machen Ulrike Bös und ihre Mitarbeiter Hausbesuche: Rund ein Fünftel aller Behandlungen finden beim

Patienten in den eigenen vier Wänden statt. Unterwegs sind die Therapeuten dabei mit praxiseigenen Autos, die einen auffälligen „Physiomobil“-Schriftzug tragen. Viele der besuchten Patienten haben neurologische Erkrankungen und sind – anders als Tim Ehlers – bettlägerig, berichtet Bös.

Während ein kleines Kind das Gehen im Spiel lernt, muss sich Tim Ehlers die Bewegungsabfolgen in der Gangschule neu erarbeiten. Dabei steht er auf einem Laufband mit Haltegriffen, einem Gangtrainer. „Rumpf ist Trumpf“, ruft die Therapeutin Tim Ehlers zu. Die Kontrolle des Rumpfes ist wesentlich für alle weiteren Sequenzen: Nach dem Abheben der Ferse muss das Körpergewicht verlagert werden, dann schwingt das Bein nach vorn, bevor der Fuß wieder Bodenkontakt hat. Ulrike Bös kniet direkt neben ihrem Patienten und begleitet jede einzelne Bewegungseinheit: „Gewicht auf die Fersen! Stabil bleiben im Oberkörper! Knie weich für den Schritt, dann wieder Spannung!“

Erfolge gibt es nur im Team. Ulrike Bös möchte einem typischen Gangbild vieler Schlaganfall-Patienten entgegenarbeiten. Dabei hebt Tim Ehlers beim Gehen die Hüfte an, hebt das gesamte Bein herum und setzt den Vorderfuß wieder auf – ein in der Fachsprache Cirkumduktion genanntes Gangmuster, bei dem Sturzgefahr drohen kann. Im Garten ihrer Praxis hat Ulrike Bös einen Therapie-Weg angelegt, auf dem Patienten mit und ohne motorische Funktionsstörungen einen „Härtetest“ durchlaufen: Der Boden hat unterschiedliche Untergründe, Kieselsteine, Kopfsteinpflaster und Unebenheiten erschweren das Gehen. Physiotherapie soll helfen, die neurologischen Patienten möglichst wieder fit für den Alltag machen. Dabei betont Ulrike Bös die gute Zusammenarbeit mit einer Ergotherapeutin, bei der



Ein Schlaganfall hat Tim Ehlers zum Dauerpatienten von Ulrike Bös gemacht. Die Physiotherapie verbessert sein Gleichgewichtsempfinden.

einzelne Patienten ebenfalls in Behandlung sind. Mit Tim Ehlers macht die Ergotherapeutin vor allem feinmotorische Übungen für Schulter und Arme. Ulrike Bös konzentriert sich in ihrer Arbeit mit dem Schlaganfall-Patienten auf die Gangschule. „Erfolge gibt es nur im Team“, sagt die Physiotherapeutin.

Das gilt auch für die berufspolitische Arbeit, meint Ute Mattfeld, Vorsitzende des Deutschen Verbands für Physiotherapie (ZVK): „Wir arbeiten mit anderen Gesundheitsfachberufen eng zusammen. In den grundsätzlichen politischen Aussagen ziehen wir an einem Strang.“ Eines der Kernanliegen der Physiotherapeuten lautet: Mehr Autonomie, weniger Abhängigkeit von der Diagnose des Arztes (siehe Statements auf Seite 35).

Stabilisierungstraining verhindert Stürze. Besonders chronisch kranke Patienten profitieren von guter interdisziplinärer Zusammenarbeit. Elke Merkle wird in diesem Jahr 74 und hat eine lange Krankengeschichte hinter sich. „Mit rund 60 Jahren ging es los“, berichtet sie. Sie ist bereits an beiden Schultern operiert worden, Arthrose an Hüfte und Knien kommt hinzu. Die Schulter- und Rückenbeschwerden waren so stark, dass die geliebte Gartenarbeit liegenbleiben musste. Elke Merkle kommt nun regelmäßig zwei Mal pro Woche zu Ulrike Bös in die Praxis. Die Physiotherapeutin geht mit der Patientin in den Geräteraum. Ganzkörperkräftigung steht ebenso auf dem Programm wie ein Stabilisierungstraining. Denn Stürze gelten als eine der häufigsten Ursachen für die Pflegebedürftigkeit älterer Menschen.

Mit der Arbeit an der Beinpresse fängt die Behandlung an. Dabei sitzt die Patientin und drückt mit den Füßen auf eine Platte, die Knie werden gebeugt und gestreckt – Kräftigung ist hier das erste Ziel. Im zweiten Schritt wird es schwieriger, denn nun kommt mit dem Pezzi-Ball statt der starren Platte eine labile Unterlage dazu. Wieder muss Elke Merkle mit den Beinen den beweglichen Schlitten des Geräts wegdücken, doch nun ist zusätzlich Koordination gefragt. Bei dieser Übung werden die Propriozeptoren (Bestandteile der Muskeln, Sehnen und Gelenke)



„Knie weich für den Schritt. Dann wieder Spannung!“ Tim Ehlers lernt unter Anleitung von Ulrike Bös sicherer zu gehen.

angeregt, die wichtig sind für die Balance und die Kontrolle der Körperhaltung. Zum Schluss trainiert Elke Merkle im Stehen am Seilzug, ihr vorderes Bein ist leicht gebeugt, das hintere etwas gestreckt. Jetzt muss die Patientin ihren Rumpf stabil halten und die Haltegriffe in Brusthöhe schräg nach vorn drücken. Auch eine Übung, die ein Stabilitäts- und Kräftigungstraining verbindet. „Handgelenke gerade halten, nicht zu schnell“, ruft Ulrike Bös. „Noch drei, zwei, eins“ – dann ist die Patientin für heute erlöst.

Zufriedenheit gibt Kraft. Die Physiotherapeutin hat nun Zeit für eine kurze Mittagspause. Ulrike Bös arbeitet seit mehr als 20 Jahren im Beruf. Was ihr Erfolgserlebnisse beschert? „Die Dankbarkeit der Patienten“, sagt sie. Auf dem Dorf kenne jeder jeden, viele Dauerpatienten behandelt sie seit Jahren. Manche Patienten kämen extra ein paar Minuten zu früh zum Termin – Zeit für ein Schwätzchen im Warteraum mit Nachbarn, die auch Patienten sind. Deren Zufriedenheit, sagt Ulrike Bös, „gibt mir Kraft weiterzumachen“. ■

Florian Staeck ist Redakteur bei Springer Medizin, Ärzte Zeitung.

Kontakt: Florian.Staeck@springer.com

Olaf Hermann ist freier Fotograf. Kontakt: mail@olafhermann.de

Lernprogramm fürs richtige Rezept

Mit dem Online-Lernprogramm „Praxiswissen Quickcheck“ unterstützt die AOK Ärzte und ihre Teams beim korrekten Ausstellen der Rezepte für Physiotherapie. Im „Quickcheck“ haben sie die Möglichkeit, anhand von Fallbeispielen ihr Wissen zu testen. Nutzern, die beim Quickcheck nicht weiterkommen oder sich unsicher sind, bietet das Programm umfangreiche Hilfe. Unter dem Stichwort „Praxiswissen“ finden Ärzte und Praxisteams detaillierte Informationen darüber, was sie bei der Verordnung von Physiotherapie beachten müssen. Entsprechende Lernprogramme stehen auf der Gesundheitspartner-Seite der AOK auch für Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, häusliche Krankenpflege und Krankenfahrten zur Verfügung. Anhand von Formular-Abbildungen mit beispielhaften Eintragungen können die Nutzer sehen, wie die Rezept-Felder auszufüllen sind.

www.aok-gesundheitspartner.de > Arzt und Praxis > Praxiswissen Quickcheck > Physikalische Therapie

Wo klemmt es in der Physiotherapie?

Ein schöner Beruf – und dennoch bleiben Wünsche offen. Vergütung, direkter Zugang für Patienten und Akademisierung gehören zu den Themen, die Berufsverbände und Kassen umtreiben. Drei Stimmen zur Physiotherapie der Zukunft.



Ute Repschläger,
Vorsitzende des
Bundesverbandes
selbstständiger
Physiotherapeuten (IFK)

Vergütung · Physiotherapeuten mussten zwischen 2004 und 2013 einen realen Einkommensverlust von weit über zehn Prozent hinnehmen, weil die Inflationsrate höher war als die Gebührensteigerungen. Wir fordern eine leistungsrechte Vergütung.

Direktzugang · Ob die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Physiotherapeut klappt, ist oft von den Personen vor Ort abhängig. Daher plädieren wir für einen Direktzugang der Patienten zum Physiotherapeuten. In einem Modellvorhaben, das der Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten im Jahr 2011 gestartet hat, wird untersucht, welche Auswirkungen mehr Autonomie für Physiotherapeuten bei der Behandlung hat. In dem Vorhaben dürfen Physiotherapeuten, nachdem der Arzt die Diagnose gestellt, selbst Art, Häufigkeit und Gesamtdauer der physiotherapeutischen Interventionen festlegen.

Akademisierung · Wir fordern schrittweise die volle Akademisierung des Berufs. Mittlerweile sind bundesweit 39 Bachelor-Studiengänge etabliert. Die Akademisierung ist damit auf einem guten Weg. Zusätzlich brauchen wir dringend Forschungsstrukturen in der Physiotherapie – beispielsweise Institute an Universitäten. ■



Ute Mattfeld,
Vorsitzende des
Deutschen Verbands für
Physiotherapie (ZVK)

Vergütung · Angesichts der wenig attraktiven Verdienstmöglichkeiten wird die Nachwuchsgewinnung immer schwieriger. Zudem hat sich die Verweildauer der Physiotherapeuten im Beruf nach meiner Wahrnehmung in den vergangenen Jahren radikal verkürzt. Grund dafür ist der Abbau angemessen bezahlter Jobs im Krankenhaus sowie die unbefriedigende Vergütungssituation in freien Praxen. Als Folge wandern Absolventen von Schulen und Hochschulen in andere Beschäftigungsfelder ab und stehen nicht mehr für die Versorgung von gesetzlich versicherten Patienten zur Verfügung.

Direktzugang · Die erste Stufe einer Änderung bestünde darin, im Berufsgesetz zu verankern, dass Patienten zumindest im Selbstzahlerbereich Direktzugang zu Physiotherapeuten haben – wenn diese entsprechende Kompetenzen nachweisen. Ziel muss aber bleiben, dies auch im gesetzlichen System zu etablieren.

Akademisierung · Von Physiotherapeuten werden viele Kompetenzen gefordert, die in der Regel nicht im berufsfachschulischen, sondern im akademischen Rahmen vermittelt werden. Nicht jeder Physiotherapeut muss forschen, aber jeder Berufsangehörige muss Methoden und Ergebnisse der Forschung verstehen. ■



Uwe Deh,
Geschäftsführender
Vorstand des
AOK-Bundesverbandes

Vergütung · Die Ausgaben für Heilmittel sind von 2004 bis 2012 um fast 1,5 Milliarden Euro gestiegen. Die Physiotherapie ist eine boomende Branche, die Anzahl der zugelassenen Leistungserbringer nimmt stetig zu. Die Diskussion um die Vergütungssituation der Physiotherapeuten darf sich daher nicht einseitig auf die Steigerung der Gebühren konzentrieren. Eine wesentliche Rolle spielt auch die Menge der abgegebenen Leistungen und die Art der verordneten Heilmittel.

Direktzugang · Bei vielen Krankheitsbildern ist der Heilmittelsatz eine von mehreren Therapiealternativen. Das Grundprinzip, dass der Arzt nach der Diagnosestellung die Therapieauswahl trifft, hat sich bewährt. Gerade weil Heilmittel auf die weiteren therapeutischen Maßnahmen abgestimmt werden müssen, sehen wir den Direktzugang ohne ärztliche Verordnungssteuerung kritisch.

Akademisierung · Die Physiotherapie ist geprägt durch die praktische Ausbildung und Erfahrungen im direkten Patientenkontakt. Dies im Rahmen eines Studiums mit theoretischem Wissen zu untermauern und weiterzuentwickeln kommt den Patienten zugute. Eine vollständige Akademisierung des Berufes erscheint uns allerdings nicht zwingend. ■

ÄRZTLICHE VERSORGUNG

Planen



ohne Grenzen

Damit Patienten weiterhin Ärzte in erreichbarer Nähe finden, hat der Gesetzgeber die Bedarfsplanung reformiert. Jüngste Neuerung: Länder, Kliniken und Patientenvertreter dürfen mitmischen. In gemeinsamen Landesgremien arbeiten sie zusammen mit Ärzten und Krankenkassen an Fragen der sektorenübergreifenden Versorgung und der Praxisverteilung. **Von Otmar Müller**

Lieber in einer Großstadt leben, mit reichhaltigem Kulturangebot oder auf dem Land in guter Luft und mit viel Platz für die Kinder? Wo ein Arzt seine Praxis eröffnet, richtet sich nicht nur nach seinen persönlichen Prioritäten. Ärzte, die gesetzlich versicherte Patienten ambulant behandeln wollen, benötigen eine Zulassung als Vertragsarzt. Voraussetzung dafür ist, dass es am gewünschten Niederlassungsort überhaupt einen freien Arztsitz gibt.

Wie viele Zulassungsmöglichkeiten in einer Region bestehen, regelt die ambulante ärztliche Bedarfsplanung, die der Gesetzgeber 1993 eingeführt hat. Ein wesentliches Ziel dieser Reform war es, eine bundesweit ausgewogene haus- und fachärztliche Versorgung zu sichern. Im Klartext: Ärzte sollen sich bevorzugt dort niederlassen, wo sie für die Versorgung der Menschen gebraucht werden (*siehe Kasten „Wie viele Ärzte braucht das Land?“ auf Seite 39*). Doch die gesetzliche Regelung zeigte zunehmend Schwächen. Während sich trotz der Reform in den meisten Ballungsgebieten eine deutliche Überversorgung entwickelte, zeichnet sich seit einiger Zeit in manchen ländlichen Regionen, vor allem im Osten Deutschlands, teilweise eine medizinische Unterversorgung ab. Für Patienten in diesen Gegenden bedeutet das: Die Wege zum Arzt werden länger. 2012 hat der Gesetzgeber deshalb mit dem Versorgungsstrukturgesetz gegengesteuert. So soll die Bedarfsplanung flexibler gestaltet werden, beispielsweise indem die Planer alle Arztgruppen einbeziehen und die Planungsräume je nach Versorgungsbereich unterschiedlich groß abstecken.

Empfehlungen binden nicht. Um auch sektorenübergreifend Versorgungsprobleme zu erörtern, also die Krankenhäuser einzubeziehen, bietet das Gesetz nun die Möglichkeit, alle für die Versorgung zuständigen Organisationen an einen Tisch zu bringen. Der im Sozialgesetzbuch V neu geschaffene Paragraph 90a bildet die Grundlage dafür, dass jedes Bundesland ein gemeinsames Landesgremium aufbaut. Aufgabe dieser Landesgremien soll es sein, Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen und Stellungnahmen zur Aufstellung und Anpassung des Bedarfsplans abzugeben. Die weiterhin für die Bedarfsplanung zuständigen Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen haben diese Stellungnahmen in ihre Entscheidungen einzubeziehen. Sie sind jedoch nicht bindend. „Prinzipiell begrüßt die AOK das Anliegen, eine sektorenübergreifende Versorgungsbetrachtung endlich in Angriff zu nehmen“, sagt Birgit Schliemann, Referatsleiterin Verträge in der Geschäftsführungseinheit Versorgung beim AOK-Bundesverband. „Allerdings scheint mir das Gemeinsame Landesgremium nur dann der geeignete Ort dafür zu sein, wenn der ambulante Versorgungsbedarf nach vergleichbaren Kriterien ermittelt wird und die Versorgungsleistung von Vertragsärzten und Krankenhäusern ausreichend transparent und vergleichbar ist.“

Die Mehrheit der Länder gründet Gremium. Der Aufbau eines gemeinsamen Landesgremiums ist für die Bundesländer eine Option, die sie in Anspruch nehmen können, aber nicht müssen. Die bundesweite G+G-Übersicht (*siehe Seiten 40 und 41*) zeigt



„Beirat schafft Dialogkultur“

Dr. Johannes Fechner ist stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg.

Noch vor dem Gesetzesvorstoß zur Einrichtung gemeinsamer Landesgremien hat 2011 in Baden-Württemberg der Sektorenübergreifende Landesbeirat seine Arbeit aufgenommen. Inwiefern hat er die Bedarfsplanung verbessert?

Fechner: Der Sektorenübergreifende Landesbeirat in Baden-Württemberg hat frühzeitig die Chance ergriffen, eine offene Dialogkultur mit einem politisch selbstverpflichtenden Charakter unter stärkerer Einbindung der kommunalen Gebietskörperschaften zu schaffen. Dies führte dazu, dass bereits zu einem sehr frühen Zeitpunkt die Diskussion über notwendige, an die Gegebenheiten in Baden-Württemberg anzupassende Änderungen der neuen bundesweiten Bedarfsplanungs-Richtlinie aufgenommen werden konnte. Der Beirat eröffnete den Beteiligten die Möglichkeit, erforderliche Handlungsspielräume zu erproben.

Wie groß sind die Gegensätze im Landesbeirat und wie findet er Kompromisse?

Fechner: Die Auffassungen der Beteiligten über die nötigen Kapazitäten und die Verteilung der Leistungserbringer gehen zum Teil stark auseinander. Deshalb hat eine vom Sektorenübergreifenden Landesbeirat eingesetzte Arbeitsgruppe vereinbart, dass die Auswirkungen der Bedarfsplanung auf die Versorgungssituation nicht nur auf der abstrakten Ebene erfasst und gelöst werden. Vielmehr sollen die Effekte der Bedarfsplanung mit Sicht auf die konkrete Versorgungssituation in einzelnen Bereichen detailliert dargestellt werden – samt möglicher Alternativszenarien. Daraus könnten dann weitere Konsequenzen gezogen werden. Diesen Vorschlag hat der Sektorenübergreifende Landesbeirat aufgegriffen.

Was bedeutet das für die praktische Arbeit des Beirats?

Fechner: Die Beteiligten haben sich darauf geeinigt, dass die Kassenärztliche Vereinigung die Versorgungssituation im Ostalbkreis mittels Kartendarstellungen von Bevölkerungsstruktur, Topographie, Erreichbarkeit und anderen Kenngrößen untersucht. Die Ergebnisse dazu werden im Laufe des Jahres der weiteren Fortentwicklung der Versorgungssituation zugrunde gelegt werden.

Wie hat sich das auf den Bedarfsplan ausgewirkt?

Fechner: Das wird sich erst mit Abschluss der Untersuchung der Situation im Ostalbkreis und Umsetzung von definierten Abweichungen im Bedarfsplan für Baden-Württemberg niederschlagen.

Die Fragen stellte Änne Töpfer.

allerdings, dass die überwiegende Mehrheit der Länder die Möglichkeit genutzt hat, sich an der ambulanten Bedarfsplanung stärker zu beteiligen. Lediglich in Niedersachsen und in Bremen gibt es bislang keine gesetzliche Grundlage, um ein Landesgremium zu bilden. In Bremen ein Gesetzentwurf für die Einrichtung eines Landesgremiums zurzeit in der Anhörung der Verbände. In Baden-Württemberg und Mecklenburg-Vorpommern hat sich mit dem „Sektorenübergreifenden Landesbeirat“ beziehungsweise der „Konzertierten Aktion“ jeweils ein Gremium etabliert, das die Aufgaben des gemeinsamen Landesgremiums seit längerem wahrnimmt (siehe Interview auf dieser Seite). Eine gesonderte gesetzliche Grundlage für ein weiteres gemeinsames Landesgremium nach Paragraph 90a haben diese beiden Bundesländer deshalb nicht geschaffen. Alle anderen Bundesländer haben die Einrichtung des neuen Gremiums mittlerweile beschlossen. In Sachsen-Anhalt und Bayern steht eine Geschäftsordnung, die den endgültigen Tätigkeitsrahmen des Gremiums festlegt, noch aus.

Sitzungen sind nicht öffentlich. Die Landesgremien werden beim für die Gesundheit zuständigen Landesministerium eingerichtet. Die Sitzungen des Gremiums sind in der Regel nicht öffentlich, auch die Sitzungsergebnisse werden nicht veröffentlicht. Wer also Informationen über die Empfehlungen und Stellungnahmen eines gemeinsamen Landesgremiums sucht, muss diese über die Geschäftsstelle oder die Pressestelle des zuständigen Gesundheits- beziehungsweise Sozialministeriums erfragen.

Nach Paragraph 90a sitzen Vertreter des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung (KV), der Landesverbände der Krankenkassen, der Ersatzkassen und der Landeskrankenhausesellschaft als stimmberechtigte Mitglieder im Landesgremium. In den Regelungen über weitere stimmberechtigte und nicht stimmberechtigte Mitglieder unterscheiden sich die Bundesländer teilweise erheblich. Während sich beispielsweise das Saarland auf die gesetzlich vorgesehenen stimmberechtigten Teilnehmer beschränkt, hat Rheinland-Pfalz festgelegt, dass sich auch Landespsychotherapeutenkammer, private Krankenversicherung, Landesärztekammer, Landesapothekerkammer, der Dachverband der Pflegeorganisationen Rheinland-Pfalz, Landkreistag sowie Städtetag und ein Patientenvertreter mit Stimmrecht am gemeinsamen Landesgremium beteiligen dürfen. „Grundsätzlich ist es für die Beschlussfähigkeit eines Gremiums sicherlich nicht förderlich, wenn zu viele stimmberechtigte Mitglieder eingebunden werden“, sagt AOK-Expertin Birgit Schliemann. Richtig problematisch werde es, wenn das Stimmgleichgewicht zwischen Kassen und Leistungserbringern zulasten der Kassen verschoben ist. „Dann könnten die Beratungen in dem Gremium zum Wunschkonzert der Leistungserbringer werden, bei dem die sektorenübergreifende Versorgung und die Wirtschaftlichkeit auf der Strecke bleiben“, kritisiert Schliemann einen wesentlichen Konstruktionsfehler.

Kompetenzen in Pflege und spezialfachärztlicher Versorgung. Nicht nur in der Zusammensetzung, sondern auch in den Aufgaben unterscheiden sich die Landesgremien. Schleswig-Holstein beispielsweise hat dem Gremium neben sektorenübergreifenden

Versorgungsfragen die Aufgabe übertragen, auf die einzelnen Regionen bezogene Versorgungsstrukturen zu entwickeln. Auch in Nordrhein-Westfalen ist das thematische Spektrum ausdrücklich nicht auf die vertragsärztliche Bedarfsplanung beschränkt. Das Gremium soll auch Themen wie die ambulante spezialfachärztliche Versorgung oder die pflegerische Versorgung im Land beraten.

Um die bestehende Überversorgung in Berlin nicht noch zu erhöhen, hat sich das gemeinsame Landesgremium dafür ausgesprochen, dass Berlin weiterhin als ein Planungsbezirk gesperrt bleibt. Gleichzeitig wurde ein Konzept zur Versorgungssteuerung auf Ebene der zwölf Stadtbezirke beschlossen, um das ungleiche ambulant-ärztliche Versorgungsangebot zwischen diesen ausgeglichener und zielgenauer zu gestalten. Praxisverlegungen werden – von Ausnahmen abgesehen – nur zugelassen, wenn diese von einem Bezirk mit höherem Versorgungsgrad in einen Bezirk mit geringerem Versorgungsgrad erfolgen. Bei der Versorgungssteuerung des haus- und kinderärztlichen Angebots soll zudem künftig auch die unterschiedliche bezirkliche Sozialstruktur stärker berücksichtigt werden.

Patientenbeauftragte kritisiert fehlende Verbindlichkeit. Auch die Beschlüsse des Berliner Gremiums haben lediglich Empfehlungscharakter und zunächst keinerlei bindende Wirkung. Diese Freiwilligkeit bei der Bedarfsplanung kritisiert die Berliner

Wie viele Ärzte braucht das Land?

In der vertragsärztlichen Versorgung erstellen die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) im Einvernehmen mit den Krankenkassen Bedarfspläne für die Anzahl der benötigten Vertragsärztinnen und -ärzte im jeweiligen KV-Bezirk. Die zuständige oberste Landesbehörde kann den Bedarfsplan beanstanden. Grundlage der Bedarfsplanung ist die vom Gemeinsamen Bundesausschuss erlassene Bedarfsplanungs-Richtlinie.

Um zu regeln, wo und wie viele Ärzte in einer Region benötigt werden, ist Deutschland in verschiedene Planungsbezirke aufgeteilt. In diesen Bezirken wird die Zahl der praktizierenden Vertragsärzte und die Einwohnerzahl im Planungsbereich erfasst. Aus diesen Werten ergibt sich für jede der 23 (Fach-)Arztgruppen eine Verhältniszahl (Einwohner je Arzt), die mit der in der Bedarfsplanungs-Richtlinie festgelegten Verhältniszahl verglichen wird. **Wird der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um zehn Prozent überschritten, besteht nach geltendem Recht Überversorgung.** In diesem Fall sind gemäß Paragraph 103 Sozialgesetzbuch V für diese Arztgruppe im entsprechenden Planungsbereich Zulassungsbeschränkungen anzuordnen. **Unterversorgung liegt vor, wenn der Versorgungsgrad um mehr als 25 Prozent (Hausärzte) beziehungsweise um mehr als 50 Prozent (Fachärzte) unterschritten wird.** Die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen können allerdings unter bestimmten Voraussetzungen zusätzliche Zulassungen aussprechen (lokaler Versorgungsbedarf, Sonderbedarf), auch wenn die Planungsbezirke – gemessen an den gesetzlichen Vorgaben – Überversorgt sind (Paragraph 100 Abs. 3 Sozialgesetzbuch V).

Quelle: www.aok-bv.de > Lexikon > Bedarfsplanung



„Die Beratungen dürfen nicht zum Wunschkonzert für Leistungserbringer verkommen.“

Patientenbeauftragte Karin Stötzner in einer Stellungnahme vom 9. Oktober 2013 (www.berlin.de > *Senatsverwaltung für Gesundheit > Patientenbeauftragte > Schwerpunktthemen > Bedarfsplanung*). Sie hätte lieber eine gesetzlich verbindliche, sehr kleinräumige Bedarfsplanung gesehen, bei der die Stadt Berlin in einzelne Planungsbezirke unterteilt worden wäre. Die Berücksichtigung von Sozialstrukturen in der Bedarfsplanung begrüßt sie hingegen ausdrücklich, vermisst aber den Beschluss weiterer Faktoren für die Bedarfsplanung – etwa die Barrierefreiheit oder die Auslastung von Arztpraxen.

Bereitschaft zu Kompromissen gefragt. Wie erfolgreich die neuen gemeinsamen Landesgremien künftig arbeiten, hängt nicht zuletzt davon ab, wie sehr die im Gremium vertretenen Institutionen willens sind, auch jenseits der eigenen Interessen Kompromissen zuzustimmen, die die sektorenübergreifende Bedarfsplanung voranbringen und eine flächendeckende und zugleich wirtschaftliche Versorgung sicherstellen. Zum anderen wird sich zeigen müssen, inwieweit die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen den Empfehlungen der Gremien folgen wollen. „Ich halte es für sehr sinnvoll, ein solches Gremium abseits des üblichen Geschäfts zu nutzen, um neue Ideen und Konzepte für die regionale Versorgung sektorenübergreifend zu entwickeln. Solange jedoch die Bedarfsermittlung und die Zulassungen zur ambulanten Versorgung nach völlig anderen Regeln als in der stationäre Versorgung erfolgen, sind Gremienbeschlüsse und -empfehlungen nur ein erster Schritt, dem weitere folgen müssen“, bringt es Birgit Schliemann auf den Punkt. ■

Otmar Müller ist freier Journalist in Köln mit den Schwerpunkten Gesundheit und Gesundheitspolitik. **Kontakt:** mail@otmar-mueller.de

Landesgremien: Wie sich die Rat

Stand: Februar 2014

SCHLESWIG-HOLSTEIN

In Schleswig-Holstein arbeitet das gemeinsame Landesgremium seit Mai 2013. Es hat neben sektorenübergreifenden Versorgungsfragen auch die Aufgabe, auf einzelne Regionen bezogene Versorgungsstrukturen zu entwickeln. Für Beschlüsse über Empfehlungen und Stellungnahmen ist eine Dreiviertel-Mehrheit erforderlich.

HAMBURG

Seit April 2013 gibt es in Hamburg die „Landeskonferenz Versorgung“. Diese kann Anregungen und Empfehlungen zur gesundheitlichen Versorgung und Entwicklung medizinischer Versorgungsstrukturen, insbesondere zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben. Hierbei sollen regionale Versorgungsbedürfnisse sowie die Morbiditäts- und Bevölkerungsentwicklung berücksichtigt werden.

NORDRHEIN-WESTFALEN

Das Landesgremium hat im Januar 2012 seine Arbeit aufgenommen. Es soll Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen aussprechen und Themen wie die ambulante spezialfachärztliche Versorgung oder die pflegerische Versorgung beraten. Das Gremium hat zudem die Möglichkeit, modellhafte Erprobungen seiner Empfehlungen zu initiieren.

HESSEN

In Hessen wurde ein Eckpunktepapier zur Bildung des Gremiums im Dezember 2012 beschlossen. Auf dieser Basis hat das Hessische Sozialministerium eine Geschäftsordnung erstellt und zur konstituierenden Sitzung des gemeinsamen Landesgremiums für Ende März 2014 eingeladen.

RHEINLAND-PFALZ

Nachdem das Land im September 2013 die gesetzliche Grundlage zum Gremium beschlossen hat, fand im Januar 2014 die konstituierende Sitzung statt. Im Herbst 2014 ist eine weitere Sitzung geplant. Insbesondere die Verbesserung der Schnittstellen zwischen den Sektoren – wie zum Beispiel zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten sowie zwischen medizinischer und pflegerischer Versorgung – soll im Gremium bearbeitet werden.

SAARLAND

Das Land hat die gesetzliche Grundlage im Oktober 2012 verabschiedet. Die konstituierende Sitzung war im Juni 2013. Stimmberechtigte Mitglieder sind das Land, die Kassenverbände, die Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenhausgesellschaft. Das Gremium tagt mindestens zweimal jährlich. Zur Beschlussfassung bedarf es einer Dreiviertel-Mehrheit.

BADEN-WÜRTTEMBERG

Seit 2011 gibt es hier einen sektorenübergreifenden Landesbeirat, der die Aufgaben des gemeinsamen Landesgremiums ohne gesonderte gesetzliche Grundlage erfolgreich wahrnimmt. Beteiligte: Sozialministerium, Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigung, Krankenkassen, Krankenhausgesellschaft, Gemeinde-, Landkreis- und Städtetag sowie Patientenvertreter.

BREMEN

In Bremen ist ein Gesetzgebungsverfahren für die Einrichtung eines Landesgremiums angelaufen. Der Gesetzentwurf ist zurzeit in der Anhörung der Verbände.

NIEDERSACHSEN

In Niedersachsen gibt es bislang keine gesetzliche Grundlage, um ein Landesgremium zu bilden.

MECKLENBURG-VORPOMMERN

Neben der in Mecklenburg-Vorpommern bereits etablierten „Konzertierten Aktion“ wird derzeit die Einführung eines dem § 90a-Gremium vergleichbaren Forums auf untergesetzlicher Grundlage überlegt. Aufgabe auch dieses Gremiums soll die Diskussion sektorenübergreifender Versorgungsprobleme und die Erarbeitung gemeinsamer Empfehlungen sein.

BRANDENBURG

Das Land hat die gesetzliche Grundlage für das Gremium im September 2013 verabschiedet, die konstituierende Sitzung ist für den 12. März 2014 vorgesehen. Patienten- und Selbsthilfeorganisationen sowie die Dachorganisation der Pflegeberufe im Land, die Landesärztekammer Brandenburg und die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer können ohne Stimmrecht hinzugezogen werden.

BERLIN

In Berlin arbeitet das gemeinsame Landesgremium seit März 2013. In der ambulanten Bedarfsplanung bleibt Berlin aufgrund der Überversorgungssituation ein Planungsbezirk. Gleichzeitig wurde ein komplettes Konzept zum Abbau der ungleichen Versorgung zwischen den zwölf Berliner Stadtbezirken unter Berücksichtigung der unterschiedlichen bezirklichen Sozialstrukturen beschlossen.

SACHSEN-ANHALT

Das Land hat die gesetzliche Grundlage zum Gremium im Mai 2013 beschlossen. Die konstituierende Sitzung fand im September 2013 statt. Das Gesetz sieht Einstimmigkeit bei der Beschlussfassung mit empfehlendem Charakter vor. Wie in allen anderen Ländern auch hat das zuständige Landesministerium den Vorsitz und richtet die Geschäftsstelle ein.

SACHSEN

Das gemeinsame Landesgremium besteht seit April 2013. Neben den gesetzlich festgelegten Teilnehmern (Land, Kassenärztliche Vereinigung, Kassenverbände, Krankenhausgesellschaft) ist in Sachsen die Landesärztekammer als stimmberechtigtes Mitglied dabei. Für einen Beschluss ist eine Zweidrittel-Mehrheit erforderlich.

THÜRINGEN

Die konstituierende Sitzung des Gremiums fand im Juni 2013 statt. Zu den gesetzlich vorgeschriebenen Teilnehmern kommen Landesärztekammer, Landkreistag und der Verband der leitenden Krankenhausärzte hinzu. Grundsätzlich ist für die Beschlussfassung eine Dreiviertel-Mehrheit, für bestimmte Beschlüsse Einstimmigkeit vorgesehen.

BAYERN

Die gesetzliche Grundlage für das neue Landesgremium wurde im Sommer 2013 beschlossen. Eine Geschäftsordnung steht aus, und es ist noch offen, wann das Gremium seine Arbeit aufnimmt. Auch die teilnehmenden Akteure und deren Kompetenzen sind bislang nicht festgelegt.

”

Das Landesgremium muss sich nach seinem gesetzlichen Auftrag darauf beschränken, Empfehlungen abzugeben. Es kann keine rechtsverbindlichen Entscheidungen herbeiführen. Gerade deshalb kann das Gremium jedoch der geeignete Ort sein, für die Versorgungsprobleme vor allem in ländlichen Räumen in konstruktiver Debatte zwischen den Beteiligten neue Lösungen zu erarbeiten. Und dies, ohne dabei vorrangig in Kategorien von ambulant und stationär zu denken.

Frank Michalak, Vorstandsvorsitzender der AOK Nordost

Sektorengrenzen zu überwinden ist ein wichtiges Ziel der Versorgung. Leider sind die Rahmenbedingungen denkbar schlecht. Das 90a-Gremium kann hier Impulse geben, wenn es wie in Nordrhein-Westfalen wenige Hauptakteure zu gemeinsamen Absprachen bewegt. Allerdings braucht es keine weiteren rechtlich normierten Gremien. Dadurch würde die Verantwortung für Bedarfsplanung weiter fraktioniert, schwerfällig und führte zu qualitativ und wirtschaftlich schlechteren Ergebnissen.

Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender der AOK NordWest

Entscheidend für den Erfolg des Landesgremiums wird sein, wie zu behandelnde Fragen angegangen werden und ob über die Interessen der jeweiligen Institution hinaus überzeugende Kompromisse und Lösungen erarbeitet werden, von denen alle profitieren. Mit der Verpflichtung zur Einstimmigkeit bei der Beschlussfassung ist eine wesentliche Grundlage für spätere Umsetzungen geschaffen.

Kay Nitschke, Beauftragter des Vorstandes der AOK Sachsen-Anhalt

“

Regeln für den Arznei-Regress

Haben Vertragsärzte Medikamente verordnet, die nach den Arzneimittel-Richtlinien nicht zur Behandlung einer Erkrankung zugelassen sind, müssen sie der Kasse die Kosten zurückzahlen. Einen Ermessensspielraum bei der Regresshöhe kann es nicht geben. Dies hat das Bundessozialgericht entschieden. **Von Anja Mertens**

Urteil vom 30. Oktober 2013
– B 6 KA 2/13 R –
Bundessozialgericht

In dem Fall ging es um die Frage, ob ein im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung vorgenommener Arzneimittelregress gegenüber einer ärztlichen Gemeinschaftspraxis zulässig war. Die Ärzte hatten bei einer gesetzlich krankenversicherten Patientin eine chronische idiopathische demyelinisierende Polyneuropathie (CIDP) diagnostiziert. Diese seltene entzündliche Erkrankung der peripheren Nerven geht mit einer zunehmenden Schwäche in den Beinen und mitunter auch in den Armen einher und kann zu Lähmungen der Extremitäten führen. Die behandelnden Ärzte der Gemeinschaftspraxis verordneten der Patientin vom dritten Quartal 2001 bis zum zweiten Quartal 2002 Polyglobulin-Infusionslösungen. Dieses Medikament war aber nur für die Behandlung des Guillain-Barré-Syndroms (GBS) zugelassen. GBS ist eine akut auftretende neurologische Erkrankung, bei der es zu entzündlichen Veränderungen des peripheren Nervensystems kommt und die ebenfalls mit einer Schwäche in den Beinen beginnt.

Praxis soll Regress zahlen. Auf Antrag der Krankenkasse setzte der Prüfungsausschuss der Vertragsärzte im Zuge der Wirtschaftlichkeitsprüfung gegen die Gemeinschaftspraxis einen Regress in Höhe von 24.000 Euro fest. Begründung: Die Infusionslösungen seien nicht verordnungsfähig gewesen, da sie nicht zur Behandlung von CIDP zugelassen seien. Dagegen legte die Praxis Widerspruch beim Rechtsvorgänger des Beschwerdeausschusses ein. Dieser hob die Entschei-

dung des Prüfungsausschusses auf. Die Ärzte hätten zutreffend dargelegt, dass es keine Behandlungsalternative gegeben habe. Daraufhin klagte die Kasse gegen den Beschwerdeausschuss. Das Sozialgericht wies die Klage ab. Die Verordnung der Infusionslösungen sei zulässig gewesen. Die Kasse focht das Urteil vor dem Landessozialgericht (LSG) an. Es hob die angefochtene Entscheidung auf und verpflichtete den Beschwerdeausschuss, über den Regressantrag der Kasse neu zu entscheiden. Begründung: Das Medikament hätte nicht verordnet werden dürfen, weil

Ausnahmen sind nicht sinnvoll und führen zu Rechtsunsicherheit, so die Bundesrichter.

die Patientin unter CIDP und nicht unter GBS litt. Auch hätten die Voraussetzungen für einen Off-Label-Use nicht vorgelegen. Obwohl der Regress dem Grunde nach berechtigt sei, müsse der Ausschuss ausnahmsweise Ermessen hinsichtlich der Regresshöhe ausüben. Denn im vorliegenden Fall gäbe es extreme Besonderheiten. Zum einen bestünde in der Wissenschaft kein Konsens über den therapeutischen Nutzen von Polyglobulin bei CIDP. Zum anderen habe es an gleichwertigen Behandlungsalternativen gefehlt. Zudem

dürften inzwischen Polyglobulin-Infusionen arzneimittelrechtlich zur Behandlung von CIDP eingesetzt werden. Die Kasse legte Revision beim Bundessozialgericht (BSG) ein. Das Urteil verstoße gegen Bundesrecht. Nach gängiger BSG-Rechtsprechung hätten die Prüfungsgremien bei der Festsetzung von Arzneimittel-Regressen keinen Ermessensspielraum.

Prüfer haben keinen Spielraum. Dieser Auffassung schloss sich das BSG an. Es hob das Urteil auf und wies den Fall zur erneuten Verhandlung an das LSG zurück. In ihrer Begründung stellten die obersten Sozialrichter klar, dass dem Prüfungsausschuss kein Ermessensspielraum zusteht. Arzneimittelverordnungen seien entweder zulässig oder nicht. Ausnahmen wären weder geboten noch sinnvoll. Denn die Prüfung, ob ein Regress überhaupt gerechtfertigt sei, lasse genügend Raum, um abzuwägen, ob eine besondere Behandlungssituation vorgelegen habe. Zudem müssten die Ausschüsse sowohl unter dem Gesichtspunkt eines Off-Label-Use als auch im Hinblick auf die tatbestandlichen Voraussetzungen des Paragraphen 2 Absatz 1a SGB V prüfen, ob der Versicherte unter Berücksichtigung der bei ihm vorhandenen schwerwiegenden Gesundheitsstörung Anspruch auf die Medikamente hatte. Selbst wenn ein Beschwerdebild nicht einer bestimmten Krankheit zugeordnet werden könne, bestünde kein Grund dafür, einen Ermessensspielraum bei der Regresshöhe

TIPP FÜR JURISTEN



Krankenhausinfektionen und Haftungsrecht, ambulante spezialärztliche Versorgung, Kartellrecht im Gesundheitswesen – diese und weitere Themen behandelt die „14. Frühjahrstagung Medizinrecht“ am 4. und 5. April in Freiburg. Veranstalter ist der Deutsche Anwaltverein. Mehr Infos: www.arge-medinrecht.de

einzuräumen. Habe ein Arzt Arzneimittel rechtmäßig verordnet, könne er nicht an den Kosten beteiligt werden, und die Kassen müssten dafür aufkommen. Im Übrigen würde ein Ermessensspielraum bei der Regresshöhe zu erheblichen Umsetzungsproblemen bei den Prüfungsgremien führen und die Rechtssicherheit verloren gehen. Allgemeine Grundsätze für die Grenze eines Kostenregresses ließen sich nur schwerlich entwickeln.

Krankheit nicht klar abgrenzbar. Im Übrigen habe das LSG deutliche Zweifel anklagen lassen, ob die Krankheitsbilder der CIDP und des GBS klar voneinander abgrenzbar waren. Die Beurteilung, die Verordnung sei wegen des Vorliegens „nur“ einer CIDP eindeutig unzulässig gewesen, sei dem LSG selbst fraglich erschienen. Wenn die jeweiligen Krankheitsbilder nur schwer voneinander abgrenzbar seien, so die Bundesrichter, könnten die verordnenden Ärzte nicht in Regress genommen werden, wenn sie sich nach sorgfältiger Diagnostik für eine bestimmte Krankheit entschieden und diese dann auf der Basis der wissenschaftlichen Erkenntnisse sachgerecht behandelt haben. Im vorliegenden Fall sei es für die Ärzte kaum möglich gewesen, das Krankheitsgeschehen eindeutig der CIDP oder dem GBS zuzuordnen. Beide Krankheiten wären in Betracht gekommen.

Das LSG habe nun gegebenenfalls durch eine erneute Befragung von Sachverständigen zu prüfen, ob eine klare Zuordnung zu einer der in Betracht kommenden Krankheiten möglich war. Sei dies zum Zeitpunkt der Verordnungen nicht möglich, müsse geklärt werden, ob die Entscheidung der Ärzte, Polyglobulin-Infusionen zu verordnen, medizinisch vertretbar gewesen war. Hierbei müsse gegebenenfalls auch geprüft werden, ob ein Off-Label-Use rechtlich zulässig gewesen wäre. ■

Kommentar: Das Bundessozialgericht hat klargestellt, dass die Verordnung von Medikamenten arzneimittelrechtlich entweder zulässig ist oder nicht. Haben Vertragsärzte Arzneimittel rechtswidrig verschrieben, müssen sie der Kasse vollen Schadenersatz leisten.

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

INHALT

AKTUELLER STAND

ARZNEIMITTEL

Entwurf eines Vierzehnten Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (14. SGB V-Änderungsgesetz – 14. SGB V-ÄndG) Bundestags-Drucksache 18/201

Herstellerabschlag für patentgeschützte Arzneimittel: 7 Prozent; Herstellerabschlag für Generika: 6 Prozent; Verlängerung des seit 2010 geltenden Preisstopps für verschreibungspflichtige Medikamente bis zum 31.12.2017; keine Nutzenbewertung von neuen Medikamenten, die vor dem 1.1.2011 auf den Markt gekommen sind (Bestandsmarkt); Übertragung der Zuständigkeit für die Substitutionsausschlussliste auf den Gemeinsamen Bundesausschuss; Gültigkeit des nach der Nutzenbewertung zwischen Kassen und Herstellern vereinbarten tatsächlichen Erstattungsbetrages als Basis für die Berechnung des Großhandels- und Apothekenzuschlags; Vorgaben zur Vergütung und Wirtschaftlichkeit im Bereich der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung (HzV): Aufhebung der Vergütungsbeschränkungen zum 1.4.2014; Pflicht zur Vereinbarung von Kriterien für die Wirtschaftlichkeit des Vertrages und Maßnahmen für den Fall der Nichteinhaltung; Pflicht, Regelungen zur Qualitätssicherung zu vereinbaren, die über die allgemeine hausärztliche Qualitätssicherung hinausgehen.

Zweite und dritte Lesung im Bundestag war am 20.2.2014.

PILLE DANACH

Selbstbestimmung bei der Notfallverhütung stärken – Pille danach mit Wirkstoff Levonorgestrel schnell aus der Verschreibungspflicht entlassen, Antrag von Bündnis 90/Die Grünen, Bundestags-Drucksache 18/492

Unverzügliche Zustimmung zu der vom Bundesrat geforderten Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung bezüglich des Wirkstoffes Levonorgestrel; Vorlage eines Gesetzentwurfs zur Ergänzung von Paragraph 34 Absatz 1 Satz 2 Sozialgesetzbuch V mit dem Ziel der Aufnahme von Notfallkontrazeptiva, die als Therapiestandard gelten; Zurverfügungstellung einer Entscheidungshilfe im Internet und für die Beratung in der Apotheke.

Der Bundestag hat den Antrag am 13.2.2014 in seine Ausschüsse überwiesen.

SCHULOBST

Gesetz zur Änderung des Schulobstgesetzes Bundestags-Drucksache 18/295

Sicherung des Zugangs zum erhöhten Kofinanzierungssatz der Europäischen Union (EU) von 75 Prozent für die derzeit oder im Schuljahr 2014/2015 am EU-Schulobstprogramm teilnehmenden Länder; Ermöglichung einer sach- und zeitgerechten Reaktion des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz auf Friständerungen der Europäischen Kommission durch Verordnung.

Zweite und dritte Lesung des vom Bundesrat eingebrachten Gesetzentwurfes im Bundestag war am 20.2.2014.



Internet-Tipp

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

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

NORDOST

Integrationspreis verliehen

In Rostock ist der diesjährige Integrations- und Vielfaltspreis des Fußballverbandes Mecklenburg-Vorpommern (LFV) an vier Sportvereine im Land überreicht worden. Der Preis wird in vier verschiedenen Kategorien vergeben und ist mit insgesamt 8.000 Euro dotiert. Partner sind die AOK Nordost und die Deutsche Kreditbank (DKB). Mit dem Preis wird das Engagement von Vereinen und Einzelpersonen zur Integration und gleicher Teilhabe von Menschen im Sport gewürdigt. „Als populärste Sportart im Land nimmt der Fußball beim Thema Integration eine wichtige Rolle ein“, erklärte LFV-Präsident **Joachim Masuch**. Masuch ehrte die Sieger gemeinsam mit **Thomas Abrokat**, Niederlassungsleiter der DKB Rostock, und **Frank Ahrend**, Geschäftsführer der Landesdirektion Mecklenburg-Vorpommern der AOK Nordost. „Die Menschen im Land verbinden mit der Gesundheitskasse die Themen Sport, Bewegung und Gesundheit“, betonte Ahrend. „Der Name

AOK steht aber auch für ein solidarisches Miteinander. Unser Engagement für diesen Integrationspreis ist deshalb eine ideale Ergänzung.“ Der Sport verbinde Menschen und trenne sie nicht. ■

NIEDERSACHSEN

Kostenübernahme für Tonsillotomie

Versicherte der AOK Niedersachsen bekommen ab sofort die Kosten für die ambulante

Laser-Teilentfernung der Gaumenmandeln – die sogenannte Tonsillotomie – erstattet. Ein entsprechender Vertrag wurde mit der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen mit Unterstützung des Berufsverbandes der HNO-Ärzte geschlossen. Eine Vergrößerung der Gaumenmandeln – Tonsillenhypertrophie genannt – kann Kinder stark belasten. Bis zu fünf Prozent aller Kleinkinder leiden unter der Erkrankung und den damit einhergehenden Beschwerden wie etwa Atem-, Schluck- und

Sprechprobleme. Sofern es sich bei der Vergrößerung nicht um eine Mandelentzündung handelt, die zunächst gezielt mit Antibiotika oder später bei Bedarf mit einer Komplettentfernung der Gaumenmandeln behandelt wird, kann eine operative Teilentfernung empfehlenswert sein. Das Verfahren, das für Kinder zwischen zwei und sechs Jahren geeignet ist, erspart kleinen Patienten den Krankenhausaufenthalt sowie erhebliche postoperative Schmerzen. „Die Teilentfernung der Mandeln ist für das Kind schmerz- und risikoarm. Das verbliebene Restgewebe übernimmt danach die wichtige Abwehrfunktion für das Immunsystem“, erläuterte **Dr. Jürgen Peter**, Vorstandsvorsitzender der AOK Niedersachsen. „Mit dem Vertrag haben wir jetzt eine Abrechnungsmöglichkeit für den Eingriff der Tonsillotomie geschaffen, um allen betroffenen Kindern Zugang zu dieser modernen Behandlungsmethode zu ermöglichen und ihnen somit eine schonendere und schmerzärmere Alternative zur Tonsillektomie bieten zu können“, sagte **Mark Barjenbruch**, Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen. ■

AOK aktuell

Neue Online-Angebote für chronisch Kranke

Die AOK Baden-Württemberg hat ihr Online-Angebot für chronisch Kranke erweitert. Patienten, die an den Krankheitsbildern Asthma und COPD (atemwegsverengende Lungenerkrankung) leiden, haben ab sofort unter der Internetadresse www.aok-bw.de/curaplan-aktiv die Möglichkeit, sich umfassend zu informieren. Darüber hinaus finden Betroffene dort in Videos praktische Übungen für die körperliche Fitness. Bereits im August 2013 hatte die AOK Baden-Württemberg ihren Internetauftritt für Diabetiker und Herzranke gestartet. In Verbindung mit der Zeitschrift „Curaplan aktiv“ und dem neuen Online-Angebot will die Gesundheitskasse künftig ihre Versicherten dabei unterstützen, besser mit ihrer chronischen Erkrankung zurechtzukommen. Für die ausführliche medizi-

nische Beratung und Untersuchung bleibe aber weiterhin der behandelnde Arzt erster Ansprechpartner, so die Gesundheitskasse. Neben den Betroffenen sollen auch Angehörige von dem Angebot profitieren, da sie oftmals in den Alltag chronisch Erkrankter eingebunden sind. Laut IT-Brancheverband Bitkom nutzen rund 28 Millionen Bundesbürger das Internet als Gesundheitsratgeber. Der Anteil der Senioren, die Tablet-Computer oder Smartphones verwenden, steigt dabei stetig an. ■



Foto: photos.com

Im Westen weniger Knochenbrüche

Die Menschen in den Großstädten des Rheinlandes erleiden deutlich seltener einen Knochenbruch als Bewohner aller anderen Regionen und Bundesländer in Deutschland. Das ergab eine Auswertung der AOK zur Frakturhäufigkeit unter den Einwohnern der 50 größten Städte Deutschlands. Dabei zeigt sich, dass es unter den AOK-Versicherten in Duisburg, Bonn, Köln und Düsseldorf oder Essen die wenigsten Knochenbrüche in der gesamten Bundesrepublik gibt. Die Auswertung macht obendrein deutlich, dass unter den 15 deutschen Großstädten mit den niedrigsten Frakturraten allein acht rheinische Großstädte rangieren. Spitzenreiter ist Duisburg – dort gibt es prozentual die wenigsten Frakturen. Hinter der Niederrhein-Metropole mit einem Wert von 3,29 Prozent – dem Anteil der AOK-Versicherten mit Frakturen 2012 – folgen Bonn mit 3,34 Prozent vor Ludwigshafen (3,38 Prozent) in Rheinland-Pfalz und Köln mit 3,39, Düsseldorf mit 3,43 und Mülheim an der Ruhr mit 3,44 Prozent. Am unteren Ende der Liste der Städte mit der höchsten Frakturrate rangieren Halle an der Saale (6,08 Prozent), Magdeburg (6,34 Prozent) und Rostock (7,15 Prozent). ■

Warnung vor Bürokratie

Vor neuer Bürokratie haben die gesetzlichen Krankenkassen in Rheinland-Pfalz und die Landeskrankengesellschaft gewarnt. Hintergrund ist die

Festlegung durch den Bundesgesetzgeber, dass Streitigkeiten über Abrechnungen zwischen den Kliniken und den Krankenkassen im Wert von bis zu 2.000 Euro auf Landesebene künftig zuerst von einem Schlichtungsausschuss zu behandeln sind. „Ein solcher Ausschuss müsste in Rheinland-Pfalz eigens neu geschaffen werden“, kritisierte **Friedrich Mohr**, Geschäftsführer der Landes-Krankengesellschaft. Für die zu erwartenden 3.500 bis 6.500 Fälle jährlich würden bis zu 60 Fachleute gebraucht. „Eine schnelle, einfache Umsetzung dieser Regelung ist in den Ländern nicht möglich. Im Interesse der Patienten sollten vielmehr pragmatische Lösungen gesucht werden“, sagte **Dr. Irmgard Stippler**, Vorstandsvorsitzende der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Gesetzliche Bestimmungen über Ausgestaltung und Finanzierung dieser zusätzlichen Institution im Gesundheitswesen fehlten teilweise oder seien unklar, sodass zunächst noch aufwendige Verhandlungen zur Bildung des Ausschusses notwendig seien, betonten beide Seiten. ■

Landesbasisfallwert vereinbart

Die Krankenhäuser in Sachsen erhalten in diesem Jahr 114 Millionen Euro mehr für die medizinische Versorgung als 2013. Das ist Resultat des Landesbasisfallwerts 2014, auf den sich die Krankenkassen im Land, darunter die AOK PLUS, und die Krankenhausgesellschaft Sachsen geeinigt haben. Der Landesbasisfallwert ist die entscheidende Richtgröße für den Preis von stationären Behandlungen. Er wird jährlich gemäß der erwarteten Entwicklung der Patientenzahl von den Vertragspartnern neu verhandelt. Er dient als Grundlage für die Abrechnung über Fallpauschalen, mit dem die Kliniken den größten Teil ihrer Erlöse erzielen. Der für 2014 vereinbarte Landesbasisfallwert beträgt 3.117,15 Euro. Damit steht den Kliniken in Sachsen 2014 ein Budget von rund 3,4 Milliarden Euro zur Verfügung – eine Steigerung um 3,5 Prozent gegenüber 2013. In Sachsen gibt es derzeit 80 Krankenhäuser. ■

Innovatives Versorgungskonzept

Gesundheitsministerium und gesetzliche Krankenkassen in Schleswig-Holstein haben ein neues Versorgungskonzept zur psychosomatischen Versorgung angeschoben. „Ziel ist die Stärkung einer wohnortnahen Versorgung. Kern des Konzeptes ist der Aufbau einer gestuften Versorgung, die sich stärker am individuellen Behandlungsbedarf der Patienten orientiert und stationäre sowie tagesklinische Behandlungsangebote miteinander kombiniert“, betonte Gesundheitsministerin **Kristin Alheit**. Ende November 2013 hatte die Beteiligtenrunde zur Krankenhausplanung das Konzept für eine erweiterte psychosomatische Versorgung in Schleswig-Holstein beschlossen. Es wurde gemeinsam mit Vertretern der gesetzlichen Kassen und Experten aus Kliniken erarbeitet. „Es soll eine individuelle und flexible Behandlung ermöglichen, den sozialen Bezug stärken und die Teilhabe am sozialen Leben und am Arbeitsleben erleichtern. Die gemeindepsychiatrischen Versorgungsangebote sollen besser als bisher einbezogen und die Vernetzung bestehender Angebote in der Region gefördert werden“, so Alheit. „Mit der Umsetzung wollen wir eine verbesserte Versorgung auf den Weg bringen. Dabei stehen die Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt“, betonte **Martin Litsch**, Vorstandsvorsitzender der AOK NORDWEST. Das Konzept sei ein erster Ansatz zur zielgerichteten psychosomatischen Versorgung in Schleswig-Holstein. Es biete die Chance, bestehende Strukturen sektorenübergreifend zu verankern. ■

EU-Gesundheitspolitik Brüssel redet immer ein Wort mit

Jedes der 28 Länder der Europäischen Union regelt prinzipiell selbst, wie die medizinische Versorgung organisiert wird, was das Gesundheitssystem leistet und wie es finanziert wird. All das liegt in der



Verantwortung der Nationalstaaten. Brüssel kann da keine Vorschriften machen. Nach Artikel 168 des Vertrages von Lissabon kann die EU-Kommission im Gesundheitsbereich und in der Sozialpolitik nur Initiativen ergreifen, „die die Zusammenarbeit fördern“, und dies auch nur in enger Abstimmung mit den Regierungen

aller Mitgliedsstaaten. In der Verwaltungssprache der EU heißt das „Offene Methode der Koordinierung (OMK)“. Marion Möhle, Professorin an der Fakultät für Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege der Fachhochschule Esslingen, die Bachelor- und Masterstudiengänge für die Bereiche Pflege, Sozialarbeit und kindliche Erziehung anbietet, hat eine kurze Einführung in die Strukturen und Entscheidungsabläufe der EU geschrieben. Sie stellt Institutionen, Akteure und die wichtigsten Entwicklungslinien der europäischen Sozial- und Gesundheitspolitik vor, dazu die Grundlagen der EU-Förderpolitik sowie des OMK-Prozesses, der bei der Gestaltung der europäischen Sozial- und Gesundheitspolitik eine zentrale Rolle spielt. Möhle führt auch systematisch in weitere Politikfelder ein, darunter Beschäftigungspolitik, Armutsbekämpfung, Alterssicherung und Bildungspolitik.

Marion Möhle: Europäische Sozial- und Gesundheitspolitik. Entwicklung – Politikfelder – Akteure. 2013. 142 Seiten, 19,95 Euro. Shaker-Verlag, Aachen.

Krankenhausgeschichte Wie der Arzt den Seelsorger ersetzte

Krankenhäuser gelten als eine christliche Erfindung. Von den ersten Hospiz-Gründungen im 4. Jahrhundert bis ins 20. Jahrhundert waren es vor allen karitative Institutionen zur Versorgung armer Kranker. Noch im hohen Mittelalter erfolgte ihre Versorgung in Hospizen meist durch Seelsorger. Ärzte waren nicht immer dabei. Das änderte sich erst vor rund 300 Jahren. Mit jedem kleinen Fortschritt der Medizin wurden Ärzte wichtiger und ersetzten peu à peu die Seelsorger in den Krankenhäusern, die bis weit ins 19. Jahrhundert Orte zur Versorgung armer Kranker blieben. Erst mit neuen Operations- und Anästhesiemethoden wurden sie auch von der Mittelschicht stärker frequentiert und wandelten sich. Aus den generalisierten Hospizen entstanden Kliniken für akut oder chronisch Kranke, heilbare und unheilbare Patienten, Irrenanstalten und Arbeitshäuser. All dies erfährt der historisch interessierte Leser aus dem aktuellen Jahrbuch



der Deutschen Gesellschaft für Krankenhausgeschichte „Historia Hospitalium Band 28“. Exemplarisch vorgestellt wird der Wandel der Krankenhausstrukturen in Norddeutschland, der Thema eines Symposiums war, das im Jahresband dokumentiert ist. Der Band enthält auch Beiträge zur Entstehung der Knappschaftskliniken im Ruhrgebiet und zur Krankenhausgeschichte Indiens und Chinas.

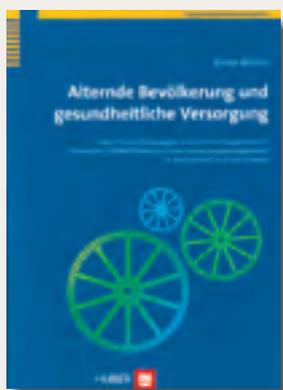
Gunnar Stollberg, Christina Vanja, Ernst Kraas (Hrsg.): Außereuropäische und europäische Hospital- und Krankenhausgeschichte. 2013. 414 Seiten, 34,90 Euro. Lit-Verlag, Münster/Westfalen.

SEMINARE | TAGUNGEN | KONGRESSE

■ GESUNDHEITSKONGRESS DES WESTENS 2014	Versorgungsqualität, Steuerung des Arzneimittelmarktes, Mengenausweitung Krankenhaus	2.–3.4.2014 Köln	WISO S.E. Consulting GmbH c/o welcome Veranstaltungs GmbH Bachemer Straße 6–8 50226 Frechen	Tel.: 0 22 34/9 53 22 51 Fax: 0 22 34/9 53 22 52 info@gesundheitskongress-des-westens.de www.gesundheitskongress-des-westens.de
■ INTERPROFESSIONELLER PFLEGEKONGRESS	Geriatrische Versorgung, Rehabilitation älterer Patienten, Pflegeberatung, Pflegepolitik	10.–11.4.2014 Dresden	Springer Medizin Organisation: Urban & Vogel GmbH Heidelberger Platz 3 14197 Berlin	Tel.: 0 30/8 27 87–55 12 andrea.tauchert@springer.com www.heilberufe-online.de > Heilberufe Kongresse > Aktuelle Veranstaltungen
■ QUALITÄTSMANAGEMENT 2014: QUALITÄT IM KRANKENHAUS	Qualitätswettbewerb, Qualitätsmessung, Pay for performance, Mindestmengen, digitale Versorgung	19.5.2014 Köln	MCC – The Communication Company Scharnhorststraße 67a 52351 Düren	Tel.: 0 24 21/1 21 77–0 Fax: 0 24 21/1 21 77–27 mcc@mcc-seminare.de www.mcc-seminare.de
■ HAUPTSTADTKONGRESS 2014	Forum Gesundheitspolitik, Tag der Versicherungen, Krankenhaus, Klinik, Reha, Ärzteforum, Pflegekongress	25.–27.6.2014 Berlin	WISO S.E. Consulting GmbH Organisation: Agentur WOK Palisadenstraße 48 10243 Berlin	Tel.: 0 30/49 85 50–0 Fax: 0 30/49 85 50–40 schultze@agentur-wok.de www.hauptstadtkongress.de
■ FACHKONGRESS GESUNDHEIT UND VERSORGUNG	Krankenversicherungs- markt, Routinedaten, Arzneimittelmarkt, bundesweite Register, Datenschutz	1.–2.7.2014 Leipzig	Gesundheitsforen Leipzig GmbH Hainstraße 16 04109 Leipzig	Tel.: 0 89/9 99 81 79–10 Fax: 0 89/9 99 81 79–01 maeder@gesundheitsforen.net www.gesundheitsforen.net/fachkongress

Demografischer Wandel Rundumschau über Herausforderungen

Was ist nicht schon alles über die Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die Gesundheitsversorgung geschrieben worden? Klaus Müller, seit 35 Jahren Strategie- und Managementberater im Schweizer Gesundheitswesen, der seine Berufskarriere bei der Prognos AG begann und dann fünf Jahre die Planung im Sanitätsdepartment der Stadt Basel leitete, bevor er sich 1992 selbstständig machte, hat fast alles zusammengetragen, was irgendwie von wissenschaftlicher Bedeutung ist. Müller selbst, gerade 65 Jahre alt geworden, spricht von einer „Gesamtschau der zent-



ralen Herausforderungen“, an der es bisher gemangelt habe. Man liest das 658-Seiten-Werk am besten wie ein Lexikon oder einen Rechtskommentar. Mehr als 800 Stichworte im Register und auch die gut 200 Kapitel- und Unterkapitelüberschriften im Inhaltsverzeichnis sorgen dafür, dass man schnell die gesuchten Themen in den sechs Teilen des Buches findet. Das gilt sowohl für die „Ursachen des Hausärztemangels und ihre Konsequenzen“ als auch für die „notwendige Ausweitung der ehrenamtlichen Sterbebegleitung“. Die Verhältnisse in Deutschland und

der Schweiz berücksichtigt Müller gleichgewichtig. „Wer dieses Buch liest, begibt sich gleichsam auf eine Reise kreuz und quer durch die beiden Länder“, so der Autor selbst. Selektiv sei er auch bewusst in die Tiefe gegangen – und aufgrund der Inhaltsstruktur ende die Reise gleichsam am Sterbebett: Das letzte der 26 Kapitel trägt die Überschrift „Die psychosoziale Begleitung in der terminalen Phase“. Dem Lektor sei dank.

Klaus Müller: Alternde Bevölkerung und gesundheitliche Versorgung. 2014. 646 Seiten, 69,95 Euro. Verlag Hans Huber, Bern.

Lebenshilfe DMP für chronische Kreuzschmerzen?

Frederik Jötten war in den vergangenen zehn Jahren bei 15 Orthopäden, fünf Radiologen und drei Physiotherapeuten. Er besitzt einen Koffer schöner Bilder von seiner intakten Wirbelsäule und einen Ordner mit verschiedensten Befunden. Er ließ sich spritzen, lag bei sanften Handauflegern, zupackenden Chiropraktikern und Osteopathen auf der Behandlungsliege. Und weil alles nichts half, beschloss er, dem Rätsel seiner Schmerzen auf die Spur zu kommen. Was der Journalist dabei erlebte, schildert er in einem Taschenbuch.



Er nennt es „meinen Kreuz-Krimi“. Der enthält nicht nur viele unterhaltsame Geschichten aus dem Patientenalltag, sondern auch Tipps von Deutschlands angeblich besten Spezialisten zur richtigen Therapie, der besten Sitzposition, zu Osteopathie, Krafttraining und Yoga. Jötten wurde seine Rückenschmerzen los. Aber

jeder Fall ist anders. Das sollte auch der Gemeinsame Bundesausschuss bedenken – und deshalb Jötten's Krimi lesen, bevor er das vorgeschlagene neue DMP-Programm „Kreuzschmerzen“ ablehnt.

Frederik Jötten: Viel Rücken. Wenig Rat. 2014. 252 Seiten, 9,99 Euro. Rowohlt Verlag, Reinbek.

Zeitschriftenschau

■ Gesetzliche Krankenversicherung ermöglicht Patientenautonomie

In welchem Verhältnis die Patientenautonomie zum Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) steht, untersucht der Richter am Bundessozialgericht, Professor Dr. Ernst Hauck. Ergebnis seiner Analyse: Das Selbstbestimmungsrecht nimmt einen zentralen Platz ein. Neben verfassungsrechtlichen Garantien, zum Beispiel bei Ansprüchen von besonders schwer erkrankten Versicherten auf Leistungen außerhalb des GKV-Leistungskatalogs, gebe es etwa das Recht auf freie Kassen-, Arzt- und Krankenhauswahl. Nur (unwirtschaftliche) Klinik-Mehrkosten müsse er selbst tragen. Überhaupt mache es die GKV erst möglich, dass circa 90 Prozent der Bevölkerung unabhängig von ihren finanziellen Möglichkeiten Gesundheitsleistungen auswählen könnten.

Die Sozialgerichtsbarkeit 1/2014, Seite 8–18

■ Vorstände haften für eigenes rechtswidriges Handeln

Haben Kassenvorstände Pflichten verletzt, steigt der öffentliche Druck, sie in die Verantwortung zu nehmen. Die Rechtsanwälte Dr. Detlef Schmidt und Dr. Peter Schantz stellen die Grundzüge der Vorstandshaftung dar. Vorstände müssten sich beispielsweise vergewissern, dass das Handeln rechtskonform ist, und sich gegebenenfalls rechtlich beraten lassen. Auch der Verwaltungsrat könne selbst wegen rechtswidriger Nichtanspruchnahme der Vorstände haften. Auf Schadenersatz könne man nicht von sich aus verzichten. Ein Verzicht auf Schadenersatz sei nur mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde möglich.

Neue Zeitschrift für Sozialrecht 1/2014, Seite 5–12

■ Medizinprodukte: Auch die Software muss Prüfung durchlaufen

Wann eine Software als Medizinprodukt einzustufen ist, beleuchtet die Rechtsanwältin Dr. Franziska Irmer. Software mit medizinischer Zweckbestimmung (Stand-Alone-Software), beispielsweise zur Berechnung von Zytostatika-Dosierungen, unterlägen den EU-weiten medizinproduktrechtlichen Regelungen und bedürften des CE-Kennzeichens, bevor sie in Verkehr kommen dürften. Würden später nicht nur Updates, sondern Upgrades daran durchgeführt, müsste sie das CE-Zertifikat erneut erwerben.

Medizin Produkte Recht (MPR) 5/2013, Seite 145–147

■ Arzneimittelschaden: Gesetzgeber muss bei Beweislast nachjustieren

Vor dem Hintergrund der neuen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs zum Kausalitätsnachweis in der Arzneimittelhaftung sowie seiner jüngsten Vorlageentscheidung an den Europäischen Gerichtshof, kommen die Juristen Dominik Franzki und Thius Vogel zu dem Schluss, dass die Reform des Arzneimittelrechts von 2002 so gut wie keine Verbesserung der Beweissituation für Arzneimittelpflichter gebracht hat. Der von Geschädigten in den meisten Fällen weiterhin zu führende volle Kausalitätsnachweis widerspreche dem damaligen gesetzgeberischen Anliegen, die Rechtsstellung der Verbraucher zu stärken. Hier müsse der Gesetzgeber nachsteuern.

Versicherungsrecht (VersR) 1/2014, Seite 28–34

Mehr Geld gegen Tuberkulose

Europäer kennen die Schwindsucht meist nur aus Romanen. In armen Ländern sterben immer noch viele Menschen an der Infektion. Deutschland muss mehr Geld für die Suche nach neuen Mitteln gegen Tuberkulose geben, meint **Philipp Frisch** von „Ärzte ohne Grenzen“.

Fünf gelbe Kapseln, eine große weiße Tablette und eine braune Pille liegen auf einer kleinen Untertasse. Mit einem mutigen Schluck beendet die 23-jährige Phumeza Tisile aus Südafrika das Ritual, das in den vergangenen zwei Jahren täglich zu ihrem Leben gehörte: Sie schluckt die letzten von insgesamt 20.000 Tabletten, die sie einnehmen musste, um eine der schwersten Formen der Tuberkulose (TB) hinter sich zu lassen: die extrem resistente Tuberkulose (XDR-TB).

Die Tuberkulose gehört zu den unterschätzten, vergessenen und vernachlässigten Krankheiten. Die an ihr erkrankten Menschen leben meist in armen Ländern und können sich teure Medikamente nicht leisten. Daher wird in die Forschung und Entwicklung von neuen und besseren Arzneimitteln, Diagnostika und Impfstoffen nicht genug investiert. In den vergangenen 50 Jahren wurden nur zwei Tuberkulose-Medikamente neu zugelassen. Die gängigste Diagnosemethode ist mittlerweile 130 Jahre alt und wurde von Robert Koch entwickelt. Außerdem nehmen Resistenzen gegen die gängigen Antibiotika zu. Jedes Jahr sterben 70.000 Kinder an TB. Bei ihnen sind Diagnose und Behandlung besonders schwierig, da weder Testverfahren noch Medikamente auf ihre besonderen Bedürfnisse zugeschnitten sind.

Resistenzen verteuern die Behandlung. Resistente Tuberkulose-Formen, wie jene, an der Phumeza litt, entwickeln sich, wenn man sehr lange mit den gleichen Antibiotika behandelt – und genau das ist in der Vergangenheit passiert. Liegen Resistenzen gegen die zwei wirksamsten Antibiotika vor, bedarf es einer weitaus schwierigeren Behandlung mit Medikamenten, die extreme Nebenwirkungen wie Psychosen oder permanenten Hörverlust haben. Phumeza hat die XDR-TB überwunden, ist

durch die Behandlung aber taub geworden. Durch veraltete und schlechte Arzneimittel riskieren wir eine drastische Zunahme resistenter TB-Formen. Diese sind nicht nur ungleich schwerer zu behandeln, sondern auch um ein Vielfaches teurer zu bekämpfen als einfache TB. Gleichzeitig sind die Chancen auf eine erfolgreiche Behandlung mit gerade einmal 50 Prozent deutlich schlechter.

Medikamente müssen bezahlbar sein. Angesichts dieser Probleme muss in die Tuberkulose-Forschung und deren Behandlung dringend mehr Geld investiert und international besser zusammengearbeitet werden. Für die effektive Eindämmung der verschiedenen TB-Formen brauchen wir außerdem speziell auf die jeweiligen Formen zugeschnittene Behandlungsregime – also Kombinationen von mehreren unterschiedlichen Medikamenten, die sich gegenseitig ergänzen und vor Resistenzbildung schützen. Neben mehr Forschung ist der bezahlbare Zugang zu den vorhandenen TB-Medikamenten eine der Kernforderungen von Ärzten ohne Grenzen.

Instrumente wie der Globale Fonds zur Bekämpfung von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria, der bislang die Diagnose und Behandlung von mehr als elf Millionen TB-Patienten ermöglicht hat, müssen stärker unterstützt werden. Deutschland leistet hier angesichts seiner wirtschaftlichen Stärke zu wenig und müsste seinen finanziellen Beitrag mindestens verdoppeln, um angemessen zu helfen.

Einer der Hauptgründe, warum nur jeder fünfte an einer resistenten Form der Tuberkulose Erkrankte behandelt wird, sind die extrem hohen Behandlungskosten. Phumezas Therapie kostete 35.862 Euro – eine Summe, die sie und ihre Familie ohne Unterstützung von Ärzten ohne Grenzen nicht hätten aufbringen können. Dass die Behandlung überhaupt erfolgreich war, ist ein kleines Wunder: Die Chancen auf Heilung der XDR-TB liegen mit den derzeit verfügbaren Medikamenten bei weniger als 20 Prozent.

Ausbreitung stoppen. Die Geschichte der Südafrikanerin Phumeza macht deutlich, dass wir dringend neue, bezahlbare und verträglichere TB-Medikamente brauchen. Der Ausbreitung der Tuberkulose muss weltweit entschieden entgegengetreten werden. Was wir dazu brauchen, ist vor allem der politische Wille, diese Krankheit endlich ernst zu nehmen. ■

Philipp Frisch ist Koordinator der Medikamentenkampagne von „Ärzte ohne Grenzen“ in Deutschland. **Kontakt: Philipp.Frisch@berlin.msf.org**

Leserforum



Ihre Meinung ist gefragt.

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

Oder schreiben Sie uns:

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

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

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

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

Titel iStockphoto

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

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

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

Anzeigen KomPart Verlagsgesellschaft mbH
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin
Telefon: 0 30 2 20 11-0
Telefax: 0 30 2 20 11-105
Ansprechpartner:
Christian Lindenberg, Telefon: -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. 16
vom 1.1.2014
ISSN 1436-1728



G+G 2/2014

Japan: Gesundheit im Land der Langlebigkeit

Wahlverwandte

Es ist doch immer wieder erstaunlich, wie gut sich offenkundig Deutsche und Japaner verstehen. Die „Preußen Asiens“, wie die Japaner auch genannt werden, nehmen sich den hiesigen Sozialstaat seit Jahrzehnten zum Vorbild – und schauen sich hoffentlich nur das Beste ab. Wir Deutsche wiederum sollten uns die Achtung vor dem Alter von unseren Zeitgenossen in Fernost zum Vorbild nehmen. In Japan haben alte Menschen einen weitaus höheren sozialen Status als bei uns, zum alten Eisen gehört dort so schnell niemand. In Würde zu altern, hängt nicht nur von der Zahl der Pflege-stufen oder der Zimmergröße im Altersheim ab, sondern ist auch davon abhängig, wie viel Respekt Senioren im besten Sinne im Alltag erleben. Ein Blick über den Gartenzaun lohnt sich eben meist für beide Seiten.

J. S., Celle

G+G-Wissenschaft 1/2014

Auf dem Weg zu einem gemeinsamen Krankenversicherungsmarkt

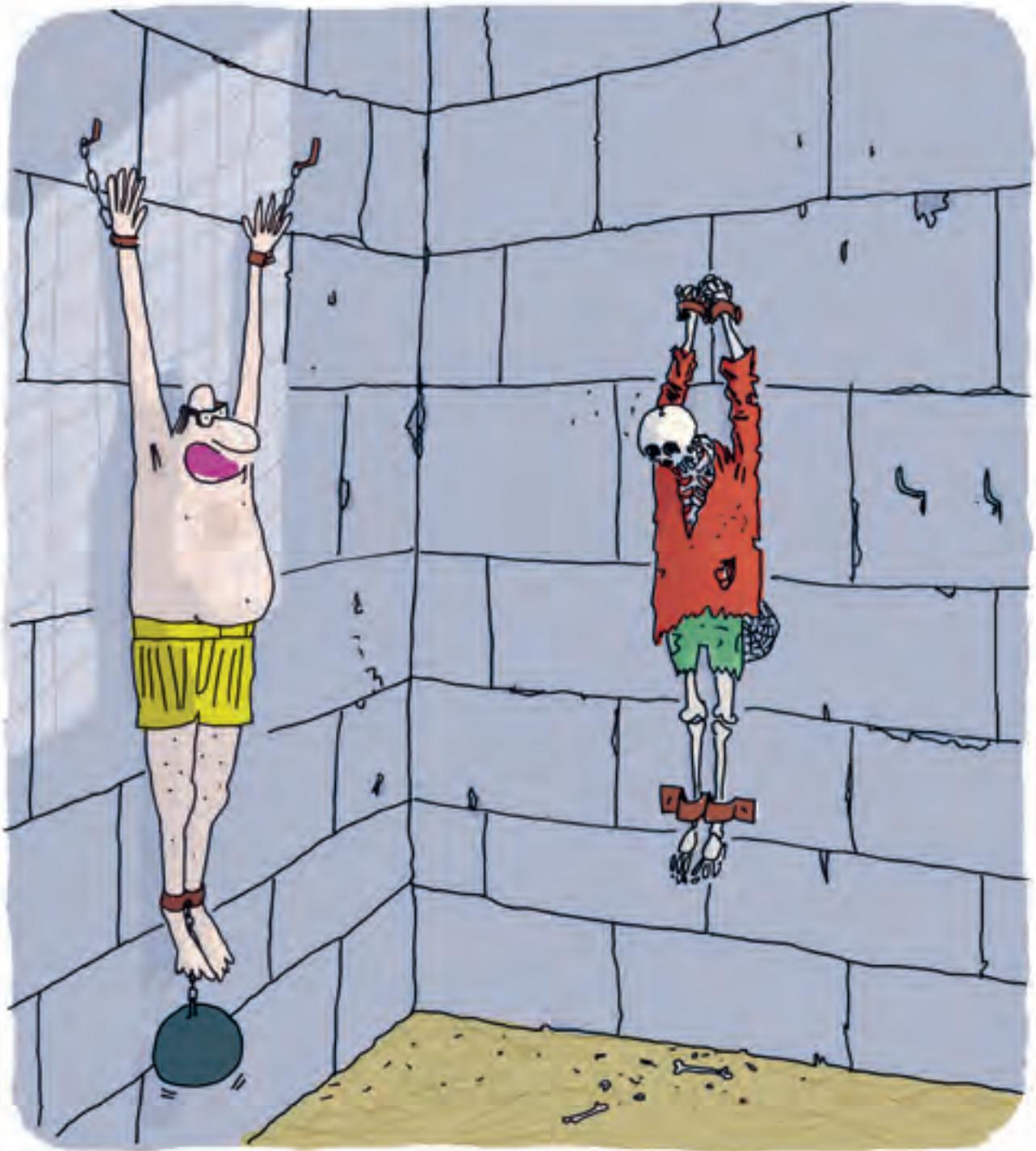
Gesetzlich versicherte Patienten benachteiligt

In den beiden Artikeln „Niemals geht man so ganz: Die Altersrückstellungen in der PKV“ und „Beihilfe ohne Perspektive? Die Zukunft der Gesundheitskos-

tenabsicherung für Beamte“ aus der Januarausgabe von G+G-Wissenschaft, vertreten die Autoren die Auffassung, dass sich die sogenannte Zweiklassenmedizin lediglich auf die kürzeren Wartezeiten der Privatversicherten bei der Terminvergabe im Vergleich zu den gesetzlich Versicherten beschränkt. Die gleiche Qualität der ärztlichen Versorgung wird für beide Versichertengruppen im Wesentlichen nicht in Frage gestellt. Dies sehe ich auch so. Ein Sachverhalt, der aus meiner Sicht von nicht geringer Bedeutung ist, wurde in beiden Artikeln allerdings nicht angesprochen – und zwar der Zugang zur ärztlichen Behandlung. Ich stelle fest, dass immer mehr Fachärzte ihre Zulassung zur Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten zurückgeben und nur noch privat versicherte Patienten behandeln. Auch der direkte Zugang zu niedergelassenen Ärzten bis hin zum Chefarzt in einer Klinik ist nur für den Privatversicherten möglich. Dies kann dann im Einzelfall sehr wohl auch zu einer schnelleren und qualifizierteren Diagnose und Behandlung führen. Hier muss man schon von einer Bevorzugung von Privatversicherten sprechen. Am Rande ist dann auch noch zu erwähnen, dass nicht wenige Fachärzte gesetzlich Versicherte nur behandeln, wenn sie eine Überweisung ihres Hausarztes haben. Die ist zwar nicht vorgeschrieben, aber wird verlangt. Das dieses Verfahren für den Patienten auch Vorteile hat, muss ich an dieser Stelle nicht näher erläutern. Fakt ist aber jedenfalls, dass der Privatversicherte diesen „Umweg“ nicht gehen muss.

J. F., Mainz

BECKs Betrachtungen



Hey, Kann es sein, dass uns unser
Physiotherapeut vergessen hat?

K C E B



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

Kunst: BECK“ (Verlag Antje Kunstmann), Preise und Ausstellungen folgten. Ende 2013 erhielt er zum dritten Mal den Deutschen Karikaturenpreis in Gold. Seit 2003 veröffentlicht BECK täglich einen Cartoon auf www.schneesnee.de

Ist die neue Pille auch die bessere?

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

The New York Times



Ja, ich bestelle ...



per Fax: 030 220 11-105
oder per Mail: verlag@kompart.de

Marcia Angell **Der Pharma-Bluff**

Wie innovativ die Pillenindustrie wirklich ist

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

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

(zzgl. 2,50 Euro Verpackung und Versand)

Lieferung gegen Rechnung per Bankeinzug

Vor- und Zuname

Straße, Haus-Nr.

PLZ

Ort

Konto-Nr.

BLZ

Geldinstitut

Datum, Unterschrift

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

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

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

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



AOK
Die Gesundheitskasse.



Gesunde
Kinder
gesunde
Zukunft

Die besten Tipps für eine gesunde Kindheit

Philipp Lahm – Vorstand der Philipp Lahm-Stiftung: Kinder sind unsere Zukunft. Deshalb mache ich mich als Botschafter der AOK-Initiative „Gesunde Kinder – gesunde Zukunft“ dafür stark, dass Kinder gesund aufwachsen. Holen Sie sich jetzt die besten Tipps!

Gesundheit in besten Händen

www.aok.de/familie