



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

# Roter Teppich für den Hausarzt

Wie Nachwuchsmediziner  
schneller in die Praxis kommen

G+G-Leserumfrage:  
Treffen Sie Ihre Wahl!



Die Pressestellen der AOK

# Gesundheit ist unser Thema!

Unter [www.aok-presse.de](http://www.aok-presse.de) bieten wir Ihnen:

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

## **AOK-BUNDESVERBAND**

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

Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin  
[udo.barske@bv.aok.de](mailto:udo.barske@bv.aok.de)  
[gabriele.hauser-allgaier@bv.aok.de](mailto:gabriele.hauser-allgaier@bv.aok.de)  
[michael.bernatek@bv.aok.de](mailto:michael.bernatek@bv.aok.de)  
[christine.goepner-reinecke@bv.aok.de](mailto:christine.goepner-reinecke@bv.aok.de)

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

## **AOK BADEN-WÜRTTEMBERG**

Hauptverwaltung  
Pressesprecher: Kurt Wesselsky

Heilbronner Straße 184, 70191 Stuttgart  
[presse@bw.aok.de](mailto:presse@bw.aok.de)

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

## **AOK BAYERN – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Zentrale  
Pressesprecher: Michael Leonhart

Carl-Wery-Straße 28, 81739 München  
[presse@by.aok.de](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto:presse@nordost.aok.de)

Am Grünen Tal 50, 19063 Schwerin  
[presse@nordost.aok.de](mailto: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](mailto:presse@nw.aok.de)

Edisonstraße 70, 24145 Kiel  
[presse@nw.aok.de](mailto:presse@nw.aok.de)

Tel. 0231/4193-10145

Tel. 0431/605-21171

## **AOK RHEINLAND/HAMBURG – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Stabstelle Presse: André Maßmann

Kasernenstraße 61, 40123 Düsseldorf  
[andre.massmann@rh.aok.de](mailto:andre.massmann@rh.aok.de)

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

## **AOK RHEINLAND-PFALZ/SAARLAND – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Pressereferent: Jan Rößler

Virchowstraße 30, 67304 Eisenberg/Pfalz  
[jan.roessler@rps.aok.de](mailto: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](mailto:presse.sac@plus.aok.de)

Augustinerstraße 38, 99084 Erfurt  
[presse.thr@plus.aok.de](mailto:presse.thr@plus.aok.de)

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

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

## **AOK SACHSEN-ANHALT – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Pressesprecher: Andreas Arnsfeld

Lüneburger Straße 4, 39106 Magdeburg  
[presse@san.aok.de](mailto:presse@san.aok.de)  
[andreas.arnsfeld@san.aok.de](mailto: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](http://www.aok-presse.de)

**AOK**  
Die Gesundheitskasse.

# Kein Raum für Missbrauch

Kindergärten, Schulen und Kliniken sollen Schutzkonzepte gegen sexuelle Gewalt entwickeln, fordert **Johannes-Wilhelm Rörig**. Als Missbrauchsbeauftragter der Bundesregierung will er die Gesellschaft mit einer Kampagne sensibilisieren.

**Kaum etwas kann** das Leben und die Entwicklung eines Menschen so schwer und umfassend belasten, wie sexuelle Gewalt in der Kindheit. Es muss unser Ziel sein, die Orte, an denen sich Kinder aufhalten, sicherer zu machen. Dies gilt für Institutionen ebenso wie für die Familie selbst. Mit der Kampagne „Kein Raum für Missbrauch“ appellieren wir insbesondere an Eltern und Fachkräfte, Mädchen und Jungen besser vor sexueller Gewalt zu schützen. Auffällige Plakate mit dem weißen „X“, dem Symbol der Kampagne, hängen seit Januar 2013 in vielen deutschen Großstädten. Über TV-Spots des Regisseurs Dani Levy findet das Thema sexuelle Gewalt an Mädchen und Jungen Einzug in die Wohnzimmer der Familien.

An unserer Kampagne „Kein Raum für Missbrauch“ beteiligen sich große zivilgesellschaftliche Dachorganisationen wie der Deutsche Olympische Sportbund, die beiden christlichen Kirchen und Wohlfahrtsverbände, außerdem alle im Bundestag vertretenen Parteien, fast alle Ministerpräsidentinnen und -präsidenten, Unternehmen, Vereine und Stiftungen sowie Prominente wie die Kinderbuchautorin Cornelia Funke, die Schauspielerin Katja Flint oder der Regisseur Wim Wenders. Sie alle stellen sich hinter das Anliegen „Kein Raum für Missbrauch“ und sind Teil eines gesamtgesellschaftlichen Bündnisses gegen sexuelle Gewalt an Mädchen und Jungen.

Ziel der Kampagne ist die weitere Sensibilisierung der Gesellschaft. Jahr für Jahr findet in Deutschland tausendfacher sexueller Missbrauch statt. Es sind Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung von Mädchen und Jungen. Missbrauch findet nicht zufällig oder aus Versehen statt, sondern wird von Tätern und Täterinnen mit hoher krimineller Energie und ausgefeilten Strategien geplant und begangen – oftmals im Schatten weit verbreiteter Ahnungslosigkeit sowohl in Familien als auch in Einrichtungen. Es gibt nach wie vor Vorbehalte, das Thema offen anzusprechen. Missbrauch findet aber vor allem dort statt, wo darüber geschwiegen wird.

## Sexueller Missbrauch ist kein Zufall: Die Täter handeln mit hoher krimineller Energie.

Umso wichtiger ist es, dass alle gesellschaftlichen Kräfte das Thema weiter aus der Tabuzone holen.

Deshalb richtet sich die Kampagne auch an Einrichtungen, in denen sich Kinder und Jugendliche aufhalten. Sie regt die Fachkräfte dieser Einrichtungen an, sich mit dem Thema Kindesmissbrauch intensiv auseinanderzusetzen und Schutzkonzepte zu entwickeln. Das betrifft Kindertagesstätten und Schulen ebenso wie Kirchengemeinden, Sportvereine, Heime oder Kliniken. Schutzkonzepte sind ein

wichtiges Qualitätsmerkmal jeder Einrichtung. Durch klare Normen und Regeln tragen Schutzkonzepte dazu bei, die Handlungsspielräume von Tätern und Täterinnen einzuschränken. Prävention fällt aber nicht vom Himmel, und es gibt sie nicht zum Nulltarif. Einrich-

tungsleitungen müssen dafür gewonnen und Eltern und Fachkräfte ermutigt werden, Fortbildungen einzufordern und das Thema offensiv anzupacken.

Ein Verhaltenskodex ist zum Beispiel ein zentrales Element eines Schutzkonzepts: Er regelt den Umgang der hauptberuflichen und ehrenamtlichen Beschäftigten mit den ihnen anvertrauten Mädchen und Jungen. Darin steht beispielsweise unter welchen Voraussetzungen ein Lehrer nach dem Sportunterricht ausnahmsweise die Dusche seiner Schüler betreten darf, oder wie sich Betreuerinnen und Betreuer in Kindertagesstätten oder Krankenhäusern beim Wickeln von Kleinkindern zu verhalten haben.

Ein gut durchdachter Verhaltenskodex schützt nicht nur Mädchen und Jungen vor sexueller Gewalt, sondern nimmt auch Erwachsenen Unsicherheiten im Umgang mit Kindern und Jugendlichen und schützt sie vor falschen Verdächtigungen. Darüber hinaus eröffnet er Fachkräften die Möglichkeit, kompetente Ansprechpersonen auch für die vielen Kinder und Jugendlichen zu sein, die sexuelle Übergriffe zum Beispiel in der Familie, durch andere Kinder und Jugendliche oder durch Kontakte mit dem Internet erleiden. ■



**Johannes-Wilhelm Rörig**, geboren 1959, ist seit Ende 2011 Unabhängiger Beauftragter der Bundesregierung für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs. Der Betriebswirt und Jurist arbeitet seit 1998 im Bundesfamilienministerium, zuletzt in der Abteilung Kinder und Jugend. Als Unabhängiger Beauftragter knüpft er an die Empfehlungen seiner Amtsvorgängerin Christine Bergmann und des „Runden Tisches Sexueller Kindesmissbrauch“ an. Primär geht es um den Ausbau von Anlauf- und Hilfemöglichkeiten.

### Weitere Informationen:

[www.beauftragter-missbrauch.de](http://www.beauftragter-missbrauch.de)  
[www.kein-raum-fuer-missbrauch.de](http://www.kein-raum-fuer-missbrauch.de)

## Weiß macht glücklich



H.-B. Henkel-Hoving,  
Chefredakteur

**Welcher gesundheitspolitische Kopf** hat Sie in den letzten vier Jahren überzeugt? Welches Gesetzeswerk hat Ihre Erwartungen ganz und gar nicht erfüllt? Welches Problem im Gesundheitswesen muss die nächste Bundesregierung in jedem Fall anpacken? Antworten auf diese und weitere Fragen können Sie, liebe Leserinnen und Leser, im Rahmen der **G+G-Umfrage zur Bundestagswahl**

2013 geben. Und mit etwas Glück ein iPad oder einen der anderen wertvollen Preise gewinnen.

Sie müssen dazu nur den Fragebogen ausfüllen, der dieser Ausgabe beiliegt, und an die Redaktion faxen. Sollte jemand den Fragebogen schon weggeschnappt haben, können Sie ihn auch unter [www.kompart.de](http://www.kompart.de) herunterladen oder online ausfüllen. Einsendeschluss

ist der 31. Mai 2013. Über die Ergebnisse der Umfrage berichten wir in einer der nächsten Ausgaben. Und wer weiß: Vielleicht gehören Sie ja zu den Glückspilzen.

Sollte allerdings Bruno S. Frey an dem Stimmungstest teilnehmen, stehen ihre Chancen eher schlecht. Der Schweizer Hochschullehrer ist nämlich so etwas wie ein Glücksprofi: Schon seit langem beschäftigt sich der 72-jährige wissenschaftlich damit, was Menschen glücklich macht, warum etwa Schweizer optimistischer sind als US-Amerikaner und **welche Wirkung ein fröhliches Naturell auf die Gesundheit von Menschen hat**. Beim Interview mit meinem G+G-Kollegen Thomas Hommel zeigte sich der international renommierte Ökonom selbst von seiner heiteren Seite: Es mache ihn glücklich, Berlin endlich einmal „ganz in weiß“ zu sehen. Daran sollten sich Millionen von Hauptstädtern mit Winterblues mal ein Beispiel nehmen.



Kein Winterblues: Glücksforscher Bruno S. Frey (li.) und G+G-Reporter Thomas Hommel.

Viel Glück wünscht Ihnen

### MAGAZIN

#### 14 LURS Hilft beim Lesenlernen

Über zwölf Prozent der Viertklässler haben Probleme beim Lesen und Schreiben. Eine preisgekrönte Initiative nimmt Kindern die Angst vor den Buchstaben.

Von Ulrich P. Schäfer

#### 16 SYSTEMVERGLEICH MIT DER BRECHSTANGE

Die private Krankenversicherung hat einen länderübergreifenden Systemvergleich vorgelegt. Teile der Studie aber sind wissenschaftlich kaum haltbar.

Von Klaus Jacobs und Sabine Schulze

#### 18 KEIN PATIENT GLEICHT DEM ANDEREN

Einst haben Ärzte und Forscher große Hoffnungen in die personalisierte Medizin gesetzt. Inzwischen macht sich Ernüchterung breit.

Von Burkhard Rixin

#### 19 KINDER BEGEGNEN DEM TOD

Sterben, Tod und Trauer gehören zum Leben dazu. In der Schule können Kinder lernen, damit umzugehen – mithilfe der Hospizbewegung.

Von Anne Töpfer

#### 20 „YUM ME“ SCHMECKT KIDS GUT

Wie lassen sich Heranwachsende für gesundes Essen begeistern? Die neue Stiftung Ernährung – Bildung – Gesundheit setzt auf das Know-how von Kochprofis.

Von Hans-Bernhard Henkel-Hoving

#### 21 „NEUE HEIZUNG SENKT DIE KLINIK-KOSTEN“

Investieren Kliniken in die Wärmetechnik, haben sie geringere Energiekosten, sagt Annegret Dickhoff vom Bund für Umwelt und Naturschutz. Jährliches Sparpotenzial für die Krankenhäuser: 600 Millionen Euro.

## THEMEN

### 22 **TITEL: ROTER TEPPICH FÜR DEN HAUSARZT**

Die Allgemeinmedizin erfreut sich bei angehenden Ärzten keiner so großen Beliebtheit. Weiterbildungsverbände wollen das Fach attraktiver machen.

Von Florian Staeck

### 28 **„WER GLÜCKLICH IST, LEBT GESÜNDER“**

Glücklichsein hilft besser gegen Krankheit als so manches Medikament. Davon ist der Schweizer Ökonom Bruno S. Frey überzeugt.

Von Thomas Hommel

### 32 **REFORM AUF REALITÄTSKURS**

Die Niederländer setzen auf ein einheitliches Krankenversicherungssystem. Für alle Bürger gelten gleiche Konditionen. Doch die Finanzierung hat ihre Tücken.

Von Stefan Greß, Stephanie Heinemann und Willemijn Schäfer

## RUBRIKEN

- 3 **Einwurf** Kein Raum für Kindesmissbrauch
- 13 **Kommentar** Arzneimittel: Kein Zurück zu Mondpreisen
- 38 **Recht** Kliniken: Enger Zeitrahmen für Nachforderung
- 40 **AOK-Notizen** Aktuelles aus Bund und Ländern
- 42 **Service** Bücher, Termine und mehr
- 44 **Debatte** Schwache Lobby für Schweizer Netze
- 45 **Impressum** Wer steckt hinter G+G?
- 46 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen



## 22

Bestandsaufnahme: Wie sich Jungärzte für die Allgemeinmedizin begeistern lassen



## 28

Interview: Der Schweizer Ökonom Bruno S. Frey über Glück und Gesundheit



## 32

Analyse: Was im niederländischen Gesundheitswesen anders läuft als in Deutschland

## STUDIE

**Wie Demenzkranke entscheiden würden**

Menschen mit Alzheimer- oder anderen Demenzen sind im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung meist nicht mehr in der Lage, Entscheidungen beispielsweise über medizinische Behandlungen zu treffen. Nach einer Studie des Max-Planck-Instituts für Bildungsforschung in Berlin und der Universität Basel sollten sie deshalb rechtzeitig selbst einen Stellvertreter bestimmen, der für sie entscheidet. Denn dafür können sie jemanden aussuchen, der ihre Präferenzen teilt. Auch Beschlüsse durch die Familie empfiehlt die Studie. Die Forscher haben mit den rund 1.000 Studienteilnehmern hypothetische Situationen durchgespielt, um herauszufinden, mit welchen Entscheidungen Demenzerkrankte wohl am zufriedensten sind. Weit weniger gut beurteilten die Probanden Beschlüsse von einem Arzt oder einem gesetzlich bestellten Vertreter. Das Ergebnis der Studie sei mit Blick auf die Gesetzgebung relevant, weil sie nahelege, Familienbeschlüssen künftig ein größeres Gewicht zu geben, sagte Studienleiter Renato Frey. ■

## VERBRAUCHERSCHUTZ

**Neue Regeln für Arzneimittel-Namen**

Arzneimittel sollen künftig keine Namen tragen, die Patienten oder Ärzte in die Irre führen könnten. Nach einer Leitlinie des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte und des Paul-Ehrlich-Instituts sollen verharmlosende oder werbende Namen verlässlich ausgeschlossen werden. Die



Angehörige wissen oft besser als Ärzte, was sich demenzkranke Familienmitglieder wünschen.

beiden Bundesbehörden begründeten ihr Vorgehen „mit einem Trend in der Pharmaindustrie, bei der Entwicklung neuer Arzneimittelbezeichnungen verstärkt auch Marketingstrategien in den Vordergrund zu stellen“. So würden immer häufiger verharmlosende Arzneimittel-Namen und verwirrende Namenszusätze wie „super“ oder „express“ beantragt. ■

## MEHR INFOS:

[www.bfarm.de](http://www.bfarm.de) > Aktuelles

## FORSCHUNG

**Fördergeld für Antibiotika-Forscher**

Vor 20 Jahren forschten noch 18 Pharmakonzerne nach neuen Antibiotika. Heute sind es nicht mal mehr eine Handvoll. In 30 Jahren sind nur zwei neue Antibiotika-Klassen in die Anwendung gekommen. Das liegt nach Angaben des Helmholtz-Zentrums für Infektionsforschung und der Jacobs University Bremen daran, dass neue Antibiotika nicht rentabel vermarktet werden können. Die Europäische Union (EU) hat deshalb das Projekt „Translocation“ gestartet. Es ist Teil der Initiative für innovative Medikamente (IMI)

der EU und des Verbandes der europäischen Pharmaindustrie. An dem über fünf Jahre mit 29,3 Millionen Euro geförderten Projekt beteiligen sich 14 Universitäten – darunter Frankfurt/Main und Freiburg sowie die Jacobs University – sowie mehrere Pharma- und Medizintechnik-Unternehmen. Für öffentlich geförderte Antibiotika-Forschung spricht sich auch der Berufsverband der Internisten aus. Die Forscher wollen an multiresistenten Keimen die molekularen Mechanismen untersuchen, die die Aufnahme von Antibiotika verhindern, bevor sie ihre Wirkung entfalten können. ■

## MEHR INFOS:

[www.imi.europa.eu/content/translocation](http://www.imi.europa.eu/content/translocation)

## ORTHOPÄDIE

**Schwangerschaft auf großem Fuß**

Etwa zwei Drittel aller Schwangeren brauchen größere Schuhe, manche Frauen auch nach der Entbindung auf Dauer. Ihre Füße vergrößern sich um bis zu einem Zentimeter, wie der Orthopädie-Professor Neil Segal an der University of Iowa feststellte. Er untersuchte 49 Frauen in der Schwangerschaft und nach der Niederkunft. Die im American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation veröffentlichte Studie zeigt, dass die Füße zudem breiter wurden. Bei ersten Schwangerschaften ist der Effekt besonders groß. Die Ärzte führen das auf das erhöhte Körpergewicht zurück. ■

**kurz & bündig**

**+++ ARZNEIMITTEL:** Die Verkaufspreise von Arzneimitteln, für die Krankenkassen nach Paragraph 35 Sozialgesetzbuch V bis zu bestimmten Festbeträgen aufkommen, und die eventuell von Patienten zu leistenden Zuzahlungen sind unter [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de) 14-täglich aktualisiert abrufbar.

**+++ SCHLICHTUNG:** Die Beschwerden über die private Krankenversicherung (PKV) sind von 6.511 im Jahr 2011 auf 6.354 im Jahr 2012 gesunken. In jedem vierten Fall, der 2012 abgeschlossen wurde, schlichtete der unabhängige PKV-Ombudsmann Helmut Müller laut Tätigkeitsbericht erfolgreich.

**+++ MIGRATION:** Die Zahl der ausländischen Ärzte in Deutschland hat sich in den vergangenen fünf Jahren um rund 50 Prozent auf gut 30.000 erhöht, so die Statistik der Bundesärztekammer.

**Treffen Sie Ihre Wahl!**  
**www.kompart.de**



# G+G-Umfrage zur Bundestagswahl Gewinnen Sie ein iPad!

**Der Countdown läuft: Am 22. September wird ein neuer Bundestag gewählt. Höchste Zeit, Bilanz zu ziehen.**

Und wer könnte die Gesundheitspolitik der zurückliegenden vier Jahre besser beurteilen und einen Ausblick wagen als die Leserinnen und Leser von G+G. Deshalb bitten wir Sie, uns fünf Minuten Ihrer Zeit zu schenken und unseren Fragebogen zur Bundestagswahl im Internet unter [www.kompart.de](http://www.kompart.de) zu beantworten – selbstverständlich anonym. Ihren Namen und Ihre Anschrift benötigen wir nur, wenn Sie bei der Verlosung eines neuen iPad und weiterer Gewinne mitmachen wollen. Deadline ist der **31. Mai 2013**.

## 1. Preis

Das neue iPad  
von Apple



## 2. Preis

Eine von  
20 Reformfibeln  
aus dem  
KomPart-Verlag



[www.kompart.de](http://www.kompart.de)

## IGEL-MONITOR Orientierungshilfe gut angenommen

Seit dem Start des IGeL-Monitors des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes (MDS) im Januar 2012 haben sich fast 900.000 Interessierte dort über Nutzen und Schaden von individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) informiert. Die große Resonanz auf das Portal zeige, dass das Informationsbedürfnis hoch sei und dass die IGeL-Entscheidungshilfe die Versicherten erreiche, sagten MDS-Geschäftsführer Dr. Peter Pick und IGeL-Monitor-Projektleiterin Dr. Monika Lelgemann. Ärzte hätten die Menge der Selbstzahler-Leistungen in den vergangenen drei Jahren um rund 25 Prozent auf 26,2 Millionen gesteigert und damit zuletzt einen geschätzten Jahresumsatz von 1,3 Milliarden Euro gemacht, sagte Pick mit Verweis auf Zahlen aus dem aktuellen WiDO-Monitor des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO). Die Mehrzahl der 30 bisher bewerteten IGeL-Leistungen schneide nicht gut ab. ■

**MEHR INFOS:**  
[www.igel-monitor.de](http://www.igel-monitor.de)  
[www.wido.de](http://www.wido.de)

## Zitat des Monats

**Die Welt ist voll von Wissensriesen, aber auch voll von Realisierungszwergen.**

Prof. Dr. h.c. Reinhold Würth, deutscher Unternehmer

## BEFRAGUNG Votum für eine Pflegekammer

Um die Chancen für Pflegekammern auszuloten, finden in mehreren Bundesländern Befragungen statt. An einer landesweiten Abstimmung zur Einrichtung einer Pflegekammer beteiligten sich in Rheinland-Pfalz 7.061 Pflegekräfte, von denen rund drei Viertel dafür votierten. Durch die Befragungskampagne sei eine außerordentliche Dichte im Dialog mit den Pflegekräften erreicht worden, sagte der rheinland-pfälzische Sozialminister Alexander Schweitzer (SPD). Eine Gründungskonferenz soll nun über weitere Schritte hin zu einer Pflegekammer beraten. In Bayern läuft bis 15. Juni eine vom Sozialministerium organisierte repräsentative Befragung von Pflegekräften in 300 Krankenhäusern, Reha-Einrich-

tungen, ambulanten Diensten und Pflegeheimen. Auch in Niedersachsen wird die Einrichtung einer Pflegekammer erwogen. Nach einer repräsentativen Umfrage des Meinungsforschungsinstituts Infratest unter den Pflegekräften des Landes sprachen sich 67 Prozent der Befragten dafür aus. In Schleswig-Holstein solle es vor Einrichtung einer Kammer nun ebenfalls eine Befragung geben, kündigte Sozialministerin Kristin Alheit (SPD) an. ■

## UMWELTMEDIZIN Hormonstörungen in den Fokus nehmen

Das Europaparlament hat mehr Geld für die Erforschung hormonstörender Substanzen gefordert. Steroidhormone, einige Pestizide, Dioxine und Kunststoffadditive stehen im Verdacht, Störungen des Hormonsystems auszulösen. Sie werden beispielsweise mit verschlechterter Spermienqualität und früherem Eintritt in die Pubertät in Verbindung gebracht. Vorsorgliche Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit besonders von Schwangeren und Kindern seien notwendig, heißt es in der im März vom EU-Parlament mit großer Mehrheit angenommenen Entschließung. Das Parlament forderte die EU-Kommission auf, bis Ende 2014 eine Liste besonders bedenklicher potenziell hormonstö-

render Substanzen in Kunststoffprodukten, Baustoffen, Möbeln oder Fußbodenbelägen vorzulegen. Aber auch die einzelnen EU-Staaten sollten stärker in die Forschung auf diesem Gebiet investieren. Nach dem heutigen Stand der Wissenschaft sei kein Grenzwert festzulegen, unter dem schädliche Wirkungen ausgeschlossen werden könnten. ■

## REGISTER Lungenkrebs-Risiko steigt für Frauen

Das Risiko, an Darmkrebs zu erkranken, ist seit 2004 um mehr als zehn Prozent gesunken. Dagegen steigt insbesondere für Frauen das Risiko für Lungenkrebs. Das geht aus dem aktualisierten Krebsatlas der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister (GEKID) hervor. Er enthält alle Daten der Landeskrebsregister bis 2010. Dabei zeigen sich teilweise große regionale Unterschiede. So ist der Anstieg beim Lungenkrebs von Frauen in Schleswig-Holstein, Hamburg, Bremen und im Saarland besonders groß. Hautkrebs kommt in den meisten westdeutschen Bundesländern häufiger vor als in den ostdeutschen. Die erfassten Hautkrebsfälle sind mit der Kostenübernahme für das Hautkrebscreening durch die Krankenkassen im Jahr 2008 um rund 20 Prozent angestiegen. Gebärmutterhalskrebs wird bei Saarländerinnen etwa doppelt so häufig diagnostiziert wie bei Bremerinnen. Den Rückgang der Darmkrebsfälle führt die GEKID auf die Einführung der Darmspiegelung zur Früherkennung im Jahr 2002 zurück. ■

**MEHR INFOS:**  
[www.gekid.de](http://www.gekid.de)

### Feedback zum IGeL-Monitor

Insgesamt rund 2.800 Kommentare und Zuschriften, davon:



Über individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) informiert der Medizinische Dienst des GKV-Spitzenverbandes auf seinem Internet-Portal „IGeL-Monitor“. Dort gingen seit dem Start im Januar 2012 rund 2.800 E-Mails ein. Rund 1.800 Zuschriften enthielten Themenvorschläge oder Zustimmung zu dem Beratungsangebot.

Quelle: MDS

## Im Notfall gut versorgt?

**Bundestag und Bundesrat haben einen neuen Beruf beschlossen: den Notfallsanitäter. Dessen Ausbildung dauert länger, dafür darf er auch mehr. So soll er etwa am Unfallort entscheiden dürfen, ob ein Notarzt alarmiert wird oder nicht. Ist das im Sinne der Patienten?**



**LARS LINDEMANN, FDP-Bundestagsabgeordneter:** Die christlich-liberale Koalition hat mit dem Notfallsanitätergesetz einen wichtigen Beitrag geleistet, um die Ausbildung im Rettungsdienst und die Versorgung der Menschen in Notfällen zu verbessern sowie eine qualifizierte und flächendeckende Notfallversorgung zu gewährleisten. Die Neuregelung kommt auch Notfallpatienten zugute. Für sie ist die rasche Versorgung durch hochqualifizierte Fachkräfte oft entscheidend, um einen Notfall ohne Folgen zu überstehen. Außerdem schafft das Gesetz Rechtssicherheit für die Betroffenen und die Notfallsanitäter bei der Ausübung ihrer Tätigkeit.

**DR. THEODOR WINDHORST, Präsident der Ärztekammer**

*Westfalen-Lippe:* Notfallversorgung ist anspruchsvolle Schwerstarbeit! Eine bessere Qualifikation der Notfallsanitäter durch eine längere Ausbildungszeit ist deshalb sicherlich im Sinne der Patienten. Eine ärztliche Ausbildung kann sie aber nicht ersetzen: Entscheidend für die Qualität der Versorgung ist, wichtige heilkundliche Aufgaben bei dafür speziell qualifizierten Ärzten zu belassen und nicht auf Notfallsanitäter zu übertragen. Die Qualität in der Rettungsmedizin darf nicht geopfert werden, weil nichtärztliches Personal billiger zu haben ist und sich so Lücken unter Kostendruck bequemer schließen lassen.



**PROFESSOR GERHARD NADLER, Beauftragter für Berufsbildungsfragen beim Berufsverband für den Rettungsdienst:** Die von den Gegnern des Notfallsanitätergesetzes zuletzt immer wieder angeführte Kritik entbehrt jeder Grundlage. In welchen Fällen ein Notarzt zum Einsatz kommt, ist durch Rechtsvorschriften der Bundesländer geregelt. Auf dieser Basis wird seit jeher von „Sanitätern“ in den Leitstellen entschieden, ob ein Notarzt zum Einsatz kommt. Das Notfallsanitätergesetz ändert hieran nichts. Das neue Gesetz ist im Sinne der Patienten, weil der Notfallsanitäter aufgrund einer besseren Ausbildung bis zum Eintreffen des Notarztes mit zusätzlichen Maßnahmen bessere Hilfe leisten kann.

**UWE DEH, Geschäftsführender Vorstand des AOK-Bundesverbandes:**

Im Notfall zählt jede Sekunde. Dass in Zukunft Sanitäter im Rettungsdienst bis zum Eintreffen des Arztes in konkreten Gefährdungssituationen noch eigenverantwortlicher Hilfe leisten können, ist daher für die Patienten ein echter Fortschritt. Außerdem wird mit dem Gesetz die Rechtssicherheit für Helfer erhöht. Gut ist, dass man die Ausbildung für diesen wichtigen Beruf verbessern will. Eine längere Lehrzeit und reformierter Lehrstoff reichen aber nicht aus. Bei der Ausbildung ist vor allem für ausreichend Praxisnähe zu sorgen. Wer unter hohem Druck vor Ort die richtige Entscheidung treffen muss, der braucht Erfahrungswissen. Dass dieser Fortschritt für Retter und zu Rettende mit einem Ausstieg der öffentlichen Hand aus der Ausbildungsfinanzierung erkaufte wird, wirft allerdings einen Schatten auf das Gesetz.



### ERNÄHRUNG

## Leinöl kann Seefisch teilweise ersetzen

Leinöl, das aus den reifen Samen von Flachs gewonnen wird, verbessert den Status an Omega-3-Fettsäuren im Blut. Es eigne sich daher als ergänzendes Nahrungsmittel, könne aber Seefisch nicht vollständig ersetzen. Das ergab die auf einem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Ernährung in Bonn mit dem Alpro-Forschungspreis ausgezeichnete Arbeit der Ernährungswissenschaftlerin Melanie Köhler von der Uni Jena. Köhlers Probanden – neun Männer und zehn Frauen – waren im Schnitt 62

### VERKAUFSVERBOT

## Aus für an Tieren getestete Kosmetika

Kosmetika, die an Tieren getestet wurden, dürfen seit 11. März in der Europäischen Union (EU) nicht mehr verkauft werden. Ursprünglich sollte das Verkaufsverbot bereits vom März 2009 an gelten. Die Frist war verlängert worden. Nach Angaben des für Gesundheit und Verbraucherpolitik zuständigen EU-Kommissars Tonio Borg hat die EU für Forschungsarbeiten zum Ersatz von Tierversuchen für Kosmetika von 2007 und 2011 etwa 238 Millionen Euro bereitgestellt. ■

### GESUNDHEITSSCHUTZ

## Chemische Stoffe günstig registrieren

Die Europäische Kommission hat die Gebühren und Entgelte für die Registrierung und Zulassung chemischer Stoffe für kleine und mittlere Unternehmen gesenkt. Diese zahlen künftig 25 bis 95 Prozent weniger als die Standardgebühr nach der REACH-Chemikalien-Verordnung. Die EU-Kommissare für Industrie, Antonio Tajani, und Umwelt, Janez Potocnik, begründeten dies mit dem Schutz von Umwelt und Gesundheit sowie der Schaffung von Arbeitsplätzen. Nach Angaben des Umweltbundesamtes sind durch die seit Mitte 2007 geltende REACH-Verordnung bisher 138 besonders besorgniserregende Stoffe registriert worden. Für diese müssen eventuell zusätzliche Regelungen geschaffen werden, um ein hohes Gesundheits- und Umweltschutzniveau zu gewährleisten. Bis 2020 sollen alle in relevanten Mengen hergestellten Chemikalien registriert sein. ■



Jahre alt. Alle litten an Bluthochdruck und waren Übergewichtig. Hinzu kamen Störungen des Blutzucker-Stoffwechsels. Sie nahmen acht Wochen lang täglich zwei Esslöffel Leinöl zu sich und aßen keinen Fisch. Nach acht Wochen zeigten sich im Blut der Probanden etwa doppelt so viele Omega-3-Fettsäuren wie vorher, sagte Köhler. Zudem verbesserten sich Blutdruck- und Blutfettwerte. ■

## HILFSMITTEL

## Orthopädietechnik wächst dynamisch

Der Prothesen-Hersteller Otto Bock Healthcare, nach eigenen Angaben Weltmarktführer in der technischen Orthopädie, hat 2012 das beste Jahr seiner Geschichte absolviert. Der Umsatz sei um 15 Prozent auf 794,4 Millionen Euro, der Betriebsgewinn um fast 13 Prozent auf 128,3 Millionen Euro gestiegen, teilte das in Duderstadt ansässige Familienunternehmen mit. Im Laufe des Jahres seien knapp 83 Millionen Euro investiert und 518 Mitarbeiter eingestellt worden. Der Privaten Fachhochschule Göttingen, an der Firmenchef Hans Georg Näder seit 2005 Honorarprofessor für Betriebswirtschaftslehre ist, finanzierte der Konzern ein „Zentrum für Healthcare Technology“ im Universitätsklinikum, das die einzigen Bachelor- und Masterstudiengänge für Medizinische Orthobionik (Orthopädietechnik) und Sport-Reha-Ingenieurwesen anbietet. Der Konzern beschäftigt nach eigenen Angaben in 44 Ländern über 6.000 Mitarbeiter. In Berlin eröffnete Otto Bock 2009 zwischen Potsdamer Platz und Brandenburger Tor das „Science Center Medizintechnik“ als Museum. ■

## PHARMAMARKT

## Kleinere Konzerne verbessern Position

Die 20 größten Pharmaunternehmen der Welt haben ihren Umsatz im Health-Care-Bereich im vergangenen Jahr um fünf Prozent auf 471 Milliarden Euro gesteigert und dabei 120 Milliarden Euro (plus drei Prozent) Gewinn gemacht. Branchenprimus ist

jetzt Johnson & Johnson, der mit einem Umsatzplus von zwölf Prozent auf 52,3 Milliarden Euro den Wettbewerber Pfizer (45,9 Milliarden Euro/minus fünf Prozent) von der Spitze verdrängte. Wie aus einer im März veröffentlichten Aufstellung der Unternehmensberatung Ernst & Young hervorgeht, wuchsen die kleineren der großen Pharmakonzerne gut doppelt so schnell, darunter Teva

Pharmaceutical, die Muttergesellschaft von Ratiopharm, die mit 15,8 Milliarden Euro Umsatz 2012 (plus 20 Prozent) jetzt auf Platz 12 der Weltrangliste liegt. Für Forschung und Entwicklung gaben die 20 größten Pharmakonzerne den Angaben zufolge zusammen 69,6 Milliarden Euro (plus acht Prozent) aus. Aus Sicht der meisten in den USA beheimateten Konzerne war 2012 allerdings nicht

ganz so rosig. Wegen des schwachen Euro ergibt sich währungsbereinigt (in US-Dollar gerechnet) statt eines Wachstums ein Rückgang von ein Prozent beim Umsatz und drei Prozent beim Gewinn. Bei Forschung und Entwicklung schrumpft das Plus auf ein Prozent. ■

## MEHR INFOS:

[www.ey.com](http://www.ey.com) > Suchwort: „Big Pharma“

## Köpfe und Karrieren



**+++ MARTIN KREMSER**, 54, führt als neuer Vorstandsvorsitzender den Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvpp). Der promovierte und niedergelassene Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Vorsitzender des bvpp-Landesverbandes Westfalen-Lippe ist Nachfolger von Dr. Birgit Clever, die nach fast 20-jähriger Amtszeit nicht mehr kandidiert hatte. Stellvertretende bvpp-Vorsitzende sind der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut Martin Klett und der Diplom-Psychologe Jürgen Doebert. Der Verband versteht sich als Interessenvertretung aller

Vertragspsychotherapeuten, also niedergelassene Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Er zählt 4.300 Mitglieder.

**+++ FRANZ KNIEPS**, 56, ist ab 1. Juli Vorstand des BKK Dachverbandes. Der Jurist, Politik- und Literaturwissenschaftler weist jahrzehntelange Erfahrungen im deutschen und internationalen Gesundheits- und Sozialwesen auf. Sein beruflicher Werdegang führte ihn von der Universität Bonn über die Verbandsarbeit als Geschäftsführer Politik beim AOK-Bundesverband zum Leiter der Abteilung „Gesetzliche Krankenversicherung, Pflegesicherung“ im Bundesgesundheitsministerium. Daneben arbeitete er als Berater für Sozialpolitik und Gesundheitssystementwicklung für die Weltgesundheitsorganisation, die Europäische Union und die Bundesregierung.

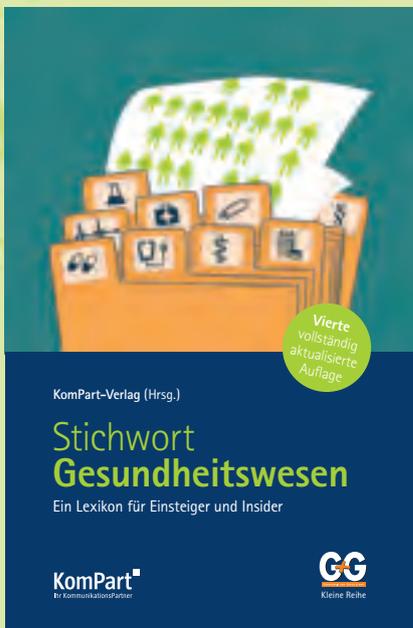


**+++ NORBERT JANSSEN**, 55, steht als neuer Vorsitzender an der Spitze des Bundesverbandes Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen (BAD). Er trat die Nachfolge von Ursula Bauer an, die das Amt niedergelegt hatte. Der Krankenpfleger und Fachwirt in der Alten- und Krankenpflege ist Geschäftsführer eines ambulanten Pflegedienstes in Darmstadt mit dem Schwerpunkt außerklinische Intensivpflege. Dem BAD-Vorstand gehört er seit acht Jahren an. Ihm steht als neue stellvertretende Verbandsvorsitzende Katja Bluhm zur Seite.

**+++ DANIELA BERG**, 45, ist neue Vorsitzende der Deutschen Parkinson Gesellschaft (DPG). Mit der habilitierten Neurologin und Hirnforscherin steht erstmals eine Frau an der Spitze dieser wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaft. Professorin Berg ist Forschungsgruppenleiterin am Hertie-Institut für klinische Hirnforschung und am Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen in Tübingen sowie Oberärztin an der Neurologischen Klinik des Universitätsklinikums Tübingen. Die DPG ist eine Schwerpunktgesellschaft der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. Sie fördert die Erforschung der Parkinson-Krankheit.



# Wer up to date sein will...



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

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

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

## **Stichwort Gesundheitswesen** Ein Lexikon für Einsteiger und Insider.

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

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

Ja, ich bestelle ...

## **Stichwort Gesundheitswesen** Ein Lexikon für Einsteiger und Insider.

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

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

per Fax **030 220 11-105**  
oder [www.kompart.de/shop](http://www.kompart.de/shop)



Lieferung gegen Rechnung  per Bankeinzug

\_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname

\_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Konto-Nr.

\_\_\_\_\_  
BLZ

\_\_\_\_\_  
Geldinstitut

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

**BROSCHÜRE****Wie Ärzte Barrieren abbauen können**

Die ambulante Versorgung von Menschen mit Behinderung steht im Mittelpunkt einer neuen Broschüre der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Im Heft „Barrieren abbauen“ finden Ärzte und Psychotherapeuten Tipps, wie sie ihre Praxis auf die Bedürfnisse von behinderten Menschen einstellen können. „Dabei geht es nicht allein um den räumlichen Zugang und die baulichen Voraussetzungen, sondern vielmehr auch um das Verstehen der Patienten und das Eingehen auf ihre speziellen Bedürfnisse“, sagte KBV-Vorstand Regina Feldmann. Die 24-seitige Broschüre enthält Hinweise und Ideen, wie Patienten, die in ihrer Mobilität eingeschränkt, blind, gehörlos oder geistig behindert sind, der Zugang zur ambulanten medizinischen Versorgung erleichtert werden kann. Diese



reichen von der passenden räumlichen Ausstattung über die richtige Ansprache der Patienten bis hin zur behindertengerechten Internetseite der Praxis. ■

**MEHR INFOS:** [www.kbv.de](http://www.kbv.de) >  
**Service > für die Arztpraxis**

**FORSCHUNGSPROJEKT**  
**Knochen-Ersatz aus der Tiefsee**

Ein „Deutsch-Chinesisches Zentrum für bio-inspirierte Materialien“, das Knochenersatzmaterial sowie Medikamente gegen Osteoporose

entwickeln soll, hat Anfang März an der Universität Mainz seine Arbeit aufgenommen. Die Europäische Union fördert das Zentrum mit zwei Millionen Euro. Deutsche und chinesische Chemiker, Molekularbiologen und Ärzte für regenerative Medizin wollen nach dem Vorbild von Organismen aus der Tiefsee Knochengerüste aus glasähnlichem Biosilikat herstellen. Der Wissenschaftliche Vorstand der Universitätsmedizin, Professor Reinhard Urban, sagte, das gemeinsame Projekt mit der Chinesischen Akademie der Geowissenschaften in Peking

habe eine starke Signalwirkung. Es zeige zudem, dass die Universitätsmedizin Mainz offen für unkonventionelle Wege sei. ■

**VERBÄNDE****Homöopathen ziehen nach Köthen**

Der Weltverband der Homöopathen hat seinen Sitz von Genf nach Köthen in Sachsen-Anhalt verlegt. Die 1925 in Rotterdam gegründete Liga Medicorum Homoeopathica Internationalis (LMHI) zog dort in das Haus, in dem der Arzt Samuel Hahnemann von 1821 bis 1835 die Grundlagen der Homöopathie entwickelte. Köthen sei deshalb das Mekka der Alternativmedizin, sagten LMHI-Präsident José Matuk aus Mexiko und der Präsident des Europäischen Homöopathie-Verbandes, der Allgemeinmediziner Thomas Peinbauer aus Rohrbach in Österreich, beim Festakt im März. ■

**SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH****„Für die Menschen verantwortlich nicht erst wenn sie krank sind“**

Die AOK Hessen bietet ihren Versicherten ein reichhaltiges Präventionsangebot – von Gesundheitskursen bis zur Betrieblichen Gesundheitsförderung. Dazu Fragen an die Verwaltungsratsvorsitzende **Brigitte Baki**.

**G+G: Frau Baki, warum ist Prävention ein so wichtiges Thema?**

**BAKI:** Als Gesundheitskasse fühlen wir uns für die Menschen verantwortlich – und zwar nicht erst, wenn sie krank sind. Wir möchten schon vorher aktiv einen Beitrag leisten, die Gesundheit der Menschen zu erhalten. Studien belegen einen großen Handlungsbedarf, der vor allem auf die Auswirkungen der neuen Anforderungen in der Arbeitswelt, des demografischen Wandels sowie die Veränderung des Krankheitsspektrums hin zu chronisch-degenerativen Erkrankungen zurückzuführen ist. Diesen sehen wir auch bei Kindern, bei denen Untersuchungen vermehrt Haltungsschäden aufzeigen.

**G+G: Was leistet die AOK Hessen konkret zur Gesundheitsförderung?**

**BAKI:** Eine ganze Menge. Mit unseren Angeboten an Gesundheitskursen in Betrieben, Kindergärten, Schulen und Stadtteilen erreichen wir die Menschen generationenübergreifend vor Ort. Mit zahlreichen

Programmen wie TigerKids, ‚Beweg-dich-Schule‘ oder ‚Mehr Mädchen auf den Rasen‘ vermitteln wir Kindern und Jugendlichen altersgerecht die Themen Bewegung und Ernährung. Die AOK-Laufschule ist schon seit Jahren ein beliebtes Angebot für Erwachsene. Zudem haben wir mittlerweile die AOK-Laufserie etabliert, die in diesem Jahr flächendeckend aus 60 Läufen bestehen wird. Unsere Gesundheitskurse, etwa Rückentraining oder Yoga, sind auch für Ältere interessant.

**G+G: Bringt das geplante Präventionsgesetz das Thema voran?**

**BAKI:** Insgesamt soll dadurch für Prävention mehr Geld zur Verfügung stehen. Aber das Gesetz nimmt hierbei fast ausschließlich die gesetzlichen Kassen in die Pflicht. Prävention ist jedoch eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Alle Akteure sind einzubinden – auch der Bund, die Länder und die Kommunen – und müssen Verantwortung übernehmen. Hier greift das Gesetz viel zu kurz.

## Kein Zurück zu Mondpreisen

Union und FDP bessern beim Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz nach: Pharmahersteller sollen nicht mehr gegen Verfahren zur Nutzenbewertung von bereits auf dem Markt befindlichen Präparaten klagen dürfen. Ein überfälliger Schritt, meint Rainer Woratschka.



**ES GEHT UM RIESENSUMMEN.** Auf drei bis vier Milliarden pro Jahr schätzen Experten die Ersparnis, wenn nicht nur neue, sondern auch bereits auf dem Markt befindliche Arzneimittel mit Patentschutz einer Nutzenbewertung unterzogen werden. Der Gesetzgeber hat das aus gutem Grund so gewollt, denn neben den Beitragszahlern profitieren davon auch die Patienten. Sie können sich dank der Prüfungen sicher sein, dass sie nicht nur teure, sondern

auch wirklich wirksame Arzneimittel erhalten.

Die einzigen, denen die Neuerung nicht passt, sind die Pharmahersteller. Sie hatten bisher von dem Privileg profitiert, die Preise nach eigenem Gusto festzusetzen und bezahlt zu bekommen – und sind nun stinksauer auf diejenigen, die ihnen die Gewinnmargen schmälern. Erst Preismoratorium und Herstellerrabatt, dann die Nutzenbewertung für neue Arzneimittel. Da muss ihnen die Politik doch wenigstens auf dem Bestandsmarkt ein wenig entgegenkommen, meinen sie.

Dass ausgerechnet ein FDP-geführtes Ministerium der Pharmaindustrie derart auf die Füße zu treten wagte, hat viele überrascht – nicht zuletzt die Betroffenen. Die finanzielle Wirkung aber lässt sich inzwischen besichtigen. Die Ausgaben für Arzneimittel gingen mit 31,3 Milliarden Euro zwar auch im vergangenen Jahr weiter nach oben. Allerdings betrug die Steigerung diesmal nur vergleichsweise geringe 1,1 Prozent. Manche Krankenkassen – darunter die AOK – gaben sogar weniger aus als im Jahr 2011. Und aus dem zeitweise zweitgrößten Ausgabenposten ist nun wenigstens wieder der drittgrößte geworden – nach den Aufwendungen für Kliniken und die ambulante ärztliche Behandlung.

Doch die Erfolge stehen auf der Kippe. Auf Betreiben des Pharmakonzerns Novartis hin hat ein Gericht die Nutzenbewertung für dessen Diabetiker-Präparate gestoppt – die ersten Medikamente des Bestandsmarktes, die dem Verfahren unterzogen werden sollten. Der Marsch durch die Instanzen lohnt sich für die Kläger auch dann, wenn sie am Ende juristisch unterliegen sollten: Jeder Monat vor Gericht, in dem die Verkaufspreise nicht gesenkt werden können, bringt den Herstellern immense Einnahmen.

Wenn ein Gericht Zweifel äußert, dass ein Gesetz von derart großer Tragweite juristisch wasserdicht ist, dann gibt es nur eine Konsequenz: Das Paragrafenwerk muss nachgebessert werden – und zwar schnell. Schwarz-Gelb hat eine solche Klarstellung zügig auf den Weg gebracht. Und damit verdeutlicht, dass es kein Zurück zu früheren Mondpreisen der Pharmaindustrie mehr geben darf. Gut so. ■

Rainer Woratschka ist gesundheitspolitischer Redakteur beim Berliner „Tagesspiegel“.

### KONGRESS

## Patienten verloren im Medizinbetrieb

Die Arbeit der neuen Patientenbeauftragten des Landes Nordrhein-Westfalen stößt auf reges Interesse. Allein seit ihrem Amtsantritt im Mai vergangenen Jahres habe sie rund 600 Anfragen von Patienten erhalten, berichtete Dr. Eleftheria Lehmann beim Gesundheitskongress des Westens. Vor allem beim barrierefreien Zugang zu Kliniken und Praxen hapere es nach wie vor. Darüber hinaus beklagten viele Versicherte die Intransparenz von Genehmigungsverfahren der Krankenkassen sowie die Undurchsichtigkeit des Medizinbetriebs. Lehmann: „Die Menschen durchblicken das System nicht, und manche verzichten dann notgedrungen lieber auf Leistungen.“ Auch der Geschäftsführer der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD), Dr. Sebastian Schmidt-Kaehler, monierte die hohe Komplexität von leistungs- und verfahrensrechtlichen Fragen aus Sicht der Patienten. Von den rund 80.000 bei der UPD bislang eingegangenen Anfragen beziehe sich ein Großteil auf die Themen Krankengeld und individuelle Gesundheitsleistungen. Dem Patienten zu helfen, sich im Versorgungsdickicht zurechtzufinden – dafür setzte sich Günter Wältermann, Vorstandsvorsitzender der AOK Rheinland/Hamburg, ein und verwies auf Orientierungshilfen seiner Krankenkasse. Dazu gehörten beispielsweise Öffnungszeiten montags bis freitags von 8 bis 18 Uhr und samstags von 9 bis 12 Uhr, Gesundheitsnavigatoren im Internet, der Informations-Service Clarimedis und ein ärztliches

Zweitmeinungsverfahren. Neben guten Informationen und guter Versorgungsqualität, so der AOK-Chef, „brauchen wir im Gesundheitswesen aber auch immer Anteilnahme, damit der Mensch nicht verlorengeht.“ ■

### KOMMUNIKATION

## Klinik sendet eigenes Programm

In der Berliner Charité können Patienten im Fernsehen einen hauseigenen Kanal empfangen. Das Programm enthält tagesaktuelle Berichte, Unterhaltung, Kultur, gesundheitsrelevante Themen und medizinische Beiträge. Das Programm solle den Patienten helfen, sich in der ungewohnten Umgebung wohler zu fühlen, Ängste abzubauen und unter Umständen deshalb schneller zu genesen, so Hedwig Francois-Kettner, Pflegedirektorin der Charité. Finanziert wird das Projekt mit Hilfe von Sponsoring-Partnern wie Pflegediensten oder therapeutischen Einrichtungen, die sich im Rahmen des Programms mit Werbespots präsentieren. ■

### AUSBILDUNG

## Osteopathen wollen ein Berufsgesetz

Sechs Organisationen und Berufsverbände der Osteopathen haben ein Berufsgesetz gefordert, das die Ausbildung und Tätigkeit des Osteopathen regelt. Dies sei nicht zuletzt im Sinne der Patientensicherheit unabdingbar, heißt es in einem gemeinsam erarbeiteten Positionspapier für Bund, Länder und Krankenkassen. ■

### MEHR INFOS:

[www.osteopathie.de](http://www.osteopathie.de)

# Lurs hilft beim Lesenlernen

Mehr als zwölf Prozent aller Viertklässler haben Schwierigkeiten beim Lesen und Schreiben. LegaKids ist eine preisgekrönte Initiative, die Kindern die Angst vor den Buchstaben nehmen und ihr Selbstbewusstsein stärken will. Dazu nutzt sie Online-Spiele. **Von Ulrich P. Schäfer**

**Es gibt Monster**, denen kann man nicht wirklich böse sein. Lurs zum Beispiel ist zwar eindeutig übergewichtig, selbstgefällig und hinterlistig, seine Haut ist mit Buchstaben und Zahlen übersät, spitze Bleistifte dienen ihm als Hörner und sein Drachenschwanz kann rote Tinte verspritzen. Andererseits möchte man ihn fast knuddeln, wenn es ein Kind wieder geschafft hat, ihn zu überlisten, so enttäuscht ist er dann. Lurs ist das Monster, das die Lese- und Rechtschreibschwäche verkörpert. Wenn irgendwo auf der Welt ein Kind vor Orthografie und Grammatik oder – bei Dyskalkulie – vor Multiplikation und Division in die Knie zu gehen droht, dann setzt Lurs alles daran, dass die Hürden höher gelegt werden und das Leid noch größer wird. Das klappt häufig – aber immer öfter nicht, und das liegt an den LegaKids.

**LegaKids ist ein Familienprojekt.** Die Internetseite LegaKids.net (siehe *Kasten auf dieser Seite*) gibt es seit dem Jahr 2004. Dr. Britta Büchner, Psychologin und Lerntherapeutin, hatte im Internet nach Angeboten gesucht, mit denen sie die kindliche Computer-Begeisterung für die Legasthenie-Therapie in ihrer Praxis nutzen könnte. Sie suchte gemeinsam mit ihrem Mann, dem Psychotherapeuten Michael Kortländer, sehr gründlich und fand: nichts. Also beschlossen die beiden, die Lücke zu füllen. LegaKids war geboren und startete als Familienbetrieb. Michael Kortländer steckt hinter den einfühlsamen Texten, Britta Büchner hat Programmieren gelernt, Sohn Niklas Kortländer steuert die Musik zu den Videos bei, sein Bruder Sascha Kortländer sorgt unter anderem für die Buchhaltung. LegaKids greift die kindliche Freude am Surfen auf und packt die Kinder zum Beispiel mit einem spannenden Abenteu-

erspiel, bei dem man erst auf das nächste Level kommt, wenn man ein paar Rechtschreib- oder Rechenspiele gelöst hat. Das neueste Projekt ist die „Lurs-Akademie“: In einer Filmreihe erklärt Lurs seinen Helfern die Geheimnisse der Rechtschreibung und wie man sie vor den Menschen verbirgt. Die sanft-gemeine Stimme leiht dem Monster der Münchner Schauspieler Burchard Dabinnus.



**Preis im Wettbewerb Start Social.** Das kleine Team aus Enthusiasten hat eindeutig mehr Ideen als Geld. Die private Initiative hat zahlreiche Preise abgeräumt (fast alle nicht dotiert), darunter die GIGA-Maus der Zeitschrift „Eltern family“. Bisheriger Höhepunkt war der Sonderpreis der Bundeskanzlerin beim Wettbewerb „Start Social“. Kanzlerin Angela Merkel empfing die LegaKids-Macher und steuerte ein Grußwort zur LegaKids-Broschüre bei.

Was sind die Ursachen der Legasthenie? „Es gibt sicherlich eine genetische Komponente, auch eine soziale“, zählt Britta Büchner auf. „Es gibt Familien, in denen nicht viel gelesen wird, es gibt Schulklassen, in denen nicht viel gelernt wird. Und Kinder entwickeln sich einfach unterschiedlich schnell. Wer spät spricht, schreibt oft auch später.“ Wer möchte, dass sein Kind als Legastheniker anerkannt wird, braucht die Bescheinigung eines Kinderpsychiaters oder Kinderpsychotherapeuten, dass die Lese- und

## LegaKids: Hintergrund und Ziele

In Deutschland erreichen 12,5 Prozent der Viertklässler nur das Lese-Kompetenzniveau II und darunter. Diese Kinder können kaum oder nur schlecht lesen – sie gelten als leseschwach. **Probleme in den Bereichen Lesen und Schreiben werden zum Beispiel mit folgenden Begriffen benannt: Legasthenie, Lese- und/oder Rechtschreibschwäche, Lese- und Rechtschreibstörung. Wissenschaftler streiten über die Ursachen.**

LegaKids ist ein soziales Non-Profit-Unternehmen. Das für alle Nutzer kostenfreie Onlineprojekt LegaKids.net richtet sich an Kinder, Eltern, Lehrer und andere Interessierte, die Hilfestellung zum Umgang mit und Informationen über Lese-/Rechtschreibunsicherheiten, Legasthenie oder Rechenschwäche suchen. **LegaKids.net hat es sich zur Aufgabe gemacht, dabei mitzuhelfen, ein eventuelles Handicap in den Bereichen Lesen, Schreiben und Rechnen frühzeitig zu erkennen, um so betroffene Kinder vor gravierenden Folgeerscheinungen zu bewahren.** LegaKids.net bietet vielfältige Übungen und Spiele an, die geeignet sind, verlorene Lern-, Lese- und Schreibfreude und den Spaß an Buchstaben oder Zahlen wiederzufinden. LegaKids ist Preisträger im Wettbewerb „Bildung in Deutschland – Land der Ideen“ 2012/13.

Seit 2007 unterstützt der AOK-Bundesverband im Rahmen der Initiative „Gesunde Kinder – gesunde Zukunft“ die Aktivitäten von LegaKids.

Quelle und mehr Infos: [www.LegaKids.net](http://www.LegaKids.net)

Rechtschreibfähigkeiten des Kindes weit hinter seiner Intelligenz zurückbleiben und andere Ursachen – zum Beispiel Schwerhörigkeit – auszuschließen sind. Nur dann kann das Jugendamt – um einer seelischen Behinderung vorzubeugen – die Kosten einer Therapie übernehmen, und nur dann gibt es einen Nachteilsausgleich für das Kind, zum Beispiel mehr Zeit bei Klassenarbeiten. Die Kultusminister haben beschlossen, dass in die Zeugnisse des Kindes ein Hinweis aufzunehmen ist, falls ein Nachteilsausgleich gewährt wird. „Man kann sich vorstellen, was das bei der Suche nach einem Ausbildungsplatz bedeutet“, sagt Michael Kortländer.

### Therapie verbessert Selbstwertgefühl.

Die Legasthenie-Therapie hat eine doppelte Aufgabe: Sie führt die Kinder ans Lesen und an die Rechtschreibregeln heran. Sie sorgt aber auch dafür, dass sie ihr Selbstwertgefühl erhalten oder, das ist häufiger der Fall, wieder aufbauen können. Es ist ein furchtbares Gefühl, von der Klasse ausgelacht zu werden, weil man die einfachsten Wörter nicht lesen kann. „Den Lehrern fehlen die Zeit und die Instrumente, Kinder mit Schwächen zu fördern, weil die Schule immer noch einseitig auf Leistungsmessung ausgerichtet ist und nicht auf Bildung“, sagt Michael Kortländer. „Das Schlimme ist: Den Kindern wird suggeriert, dass sie selbst schuld seien.“ Deshalb ist das erste Lernziel bei LegaKids: „Du bist nicht blöd, nur weil Du Probleme beim Lesen, Schreiben und Rechnen hast.“

**Grün für die richtigen Wörter.** In Britta Büchners Praxis mit dem knallorangenen Sofa geben sich vorwiegend Kinder aus Akademikerhaushalten die Klinke in die Hand. Das liegt an der Lage im Bildungsbürger-Stadtteil München-Neuhausen und daran, dass gebildete Eltern eher aktiv werden: Wer das Problem nicht erkennt, der wird auch keine Hilfe suchen. Spielerisch führt Britta Büchner die Kinder in 40 bis 80 Sitzungen an die geschriebene Sprache heran. Jonas zum Beispiel ist theoretisch alles klar, er kennt die Regeln, er erzählt mit großem Wortschatz, aber wenn er den Wörtern gegen-



übersitzt, liest er nur stockend. Lukas hat, so scheint es, überhaupt keine Probleme mit dem Lesen. Er nimmt sich die Tafel, über die beim letzten Mal gesprochen wurde, zeigt auf einzelne Punkte und tut

**Es ist ein furchtbares Gefühl für Kinder, von der Klasse ausgelacht zu werden, weil sie die einfachsten Wörter nicht lesen können.**

so, als lese er vor. Dabei gibt er auswendig wieder, was er sich beim letzten Mal gemerkt hat. Bei neuen Texten entziffert er den Anfangsbuchstaben und rät schnell, wie das Wort wohl weitergehen könnte. Bei all den Möglichkeiten, die er nennt, wird ja wohl die richtige Lösung dabei sein. Da hat Britta Büchner noch eine Menge Arbeit vor sich. Wenn sie Probediktate schreiben lässt, wendet sie übrigens einen schönen Trick an: Sie markiert die richtigen Stellen mit Grün – schon sehen die rot angestrichenen Fehler nicht mehr so bedrohlich aus.

**Minimator kriegt das Monster klein.** Die Therapeutin greift gern auf ein Pro-

gramm zurück, das auf LegaKids.net kostenlos allen angeboten wird: den Lurs-Minimator – das Programm, mit dem man das Monster kleinkriegt. Jeder eigene oder zum Beispiel aus dem Internet kopierte Text wird in kleine Häppchen zerlegt: die Silben. Sie werden abwechselnd eingefärbt, sodass ein Wort, das gewiss nicht zum Wortschatz eines Zehnjährigen gehört wie, sagen wir einmal, Wirtschaftswissenschaften plötzlich zur bunten Reihe von sechs Silben wird, mit rotem „Wirt“ und blauem „schafts“ und so weiter. Das Wort als schwarze Schlange lauerte bedrohlich hinter dem großen W; das Wort als bunte Reihe sieht jetzt nach Kindergeburtstag aus, durchaus so, als könnte man es schaffen. Moritz lässt sich deshalb nicht abschrecken und liest ruhig und flüssig, als würde er das Wort täglich benutzen: „Wirtschaftswissenschaften“. Man glaubt, in der Ferne ein Monster grauenhaft stöhnen zu hören. ■

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

### Webtipp

<http://bvl-legasthenie.de>  
Internetseite des Bundesverbands Legasthenie und Dyskalkulie mit Informationen zu Diagnose, Therapie und Schulrecht

# Systemvergleich mit der Brechstange

Mit einem länderübergreifenden Systemvergleich will die private Krankenversicherung ihre Existenz rechtfertigen. Die Studie hält wissenschaftlichen Anforderungen jedoch nicht stand, kritisieren Klaus Jacobs und Sabine Schulze.

**Das Wissenschaftliche** Institut der privaten Krankenversicherung (WIP) hat Anfang März 2013 eine Studie vorgelegt, die das deutsche Gesundheitssystem mit den Systemen anderer Industrieländer vergleicht. Die große Mehrheit der Staaten in der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) weisen einheitliche Gesundheitssysteme für alle Einwohner auf. Das deutsche Gesundheitssystem ist dagegen durch ein Nebeneinander (Dualität) von gesetzlicher und privater Krankenversicherung (GKV und PKV) gekennzeichnet. Laut WIP führen „Einheitssysteme“ jedoch keineswegs zu mehr Gleichheit in der medizinischen Versorgung. Vielmehr seien Rationierung und Versorgungsunterschiede in diesen Systemen sogar größer als im dualen System in Deutschland. Von dessen Existenz würden insofern alle Bürger profitieren.

**Kopfschütteln über die Definitionen.** Aus wissenschaftlicher Sicht birgt die Studie manche Überraschung. Das beginnt mit zentralen Begriffsdefinitionen. Das WIP spricht von Rationierung, „wenn es eine Nachfrage nach Gesundheitsleistungen gibt, die nicht vom Gesundheitssystem befriedigt wird.“ Auf die medizinische Notwendigkeit der Leistungen kommt es dabei nicht an – im Unterschied etwa

zur Sicht des Sachverständigenrats Gesundheit. Nach dessen Definition liegt Rationierung vor, wenn Behandlungsleistungen „trotz Nachfrage und zugleich festgestelltem objektivem Bedarf (oder latentem Bedarf)“ verweigert oder nicht bereitgestellt werden. Auch den Begriff „Versorgungsunterschiede“ bezieht das WIP auf alle Behandlungs- und Service-

**Wenn nicht jeder Patient im Krankenhaus ein Einzelzimmer bekommt, ist das laut WIP-Studie Rationierung.**

leistungen im Kontext der Gesundheitsversorgung, seien sie medizinisch notwendig oder nicht. Das WIP nennt selbst als Beispiel die Unterbringung im Ein-Bett-Zimmer im Krankenhaus. Wenn nicht jeder Patient ein Ein-Bett-Zimmer bekommt, bedeutet das laut WIP „Rationierung“, denn es gibt ja eine solche Nachfrage bei manchen Patienten. Letztlich bedeutet diese Definition jedoch, dass alle Anstrengungen, Kriterien für die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit

medizinischer Leistungen zu entwickeln und anzuwenden – Stichworte dazu lauten Evidenzbasierung und Nutzenbewertung – zu Rationierung führen. Das mag für manche Leistungserbringer sympathisch klingen, kann aus gesundheitsökonomischer und politischer Sicht aber nur Kopfschütteln hervorrufen.

## **Fragwürdige Auswahl von Indikatoren.**

Den zweifelhaften Definitionen entspricht auch die Auswahl von Indikatoren, die in der Studie betrachtet werden. Dies sind vor allem Wartezeiten, Einschränkungen individueller Wahlfreiheiten bei der Arztwahl, Begrenzungen des Leistungsumfangs etwa durch Positiv- und Negativlisten sowie obligatorische Zuzahlungen.

Keine Berücksichtigung finden Kriterien wie die Notwendigkeit und Angemessenheit der Versorgung oder Fragen der Versorgungsqualität – von Prozess- und Ergebnisindikatoren ganz zu schweigen. Instrumente zur Verbesserung der „Rationalität“ der Versorgung diskreditiert die Studie pauschal als Einschränkung der individuellen Wahlfreiheit der Patienten. Doch wer jedes Instrument zur Gewährleistung von Nutzen, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit dem Vorenthalten von Leistungen gleichsetzt, erhebt ein weithin steuerungsunfähiges und damit letztlich auch unfinanzierbares Gesundheitssystem zur Norm. Damit konterkariert die PKV ihre eigenen Bemühungen um mehr Versorgungsrationalität, etwa in Gestalt einer Öffnungsklausel in der Gebührenordnung für Ärzte als Grundlage für Vertragsbeziehungen zwischen PKV-Unternehmen und Leistungserbringern.

Einen Eindruck von der Fragwürdigkeit dieser Argumentation vermittelt exemplarisch ein Blick auf den Abschnitt

## Lese- und Webtipps

- Finkenstädt V, Niehaus F: **Rationierung und Versorgungsunterschiede in Gesundheitssystemen.** Ein internationaler Überblick, Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP), Köln, März 2013; **Download unter [www.wip-pkv.de](http://www.wip-pkv.de)**
- Health at a Glance 2011: **OECD Indicators.** Paris 2011; **Download unter [www.oecd.org](http://www.oecd.org)** > topics > health > Health at a Glance 2011
- Schoen C, Osborn R: **2010 International Health Policy Survey in Eleven Countries. The Commonwealth Fund.** New York, November 2010. **[www.commonwealthfund.org](http://www.commonwealthfund.org)** > publications
- Thomson S, Osborn R, Squires D, Jun M: **International Profiles of Health Care Systems, 2012.** The Commonwealth Fund, New York, November 2012. **[www.commonwealthfund.org](http://www.commonwealthfund.org)** > publications

„Rationierung bei der Versorgung mit Arzneimitteln“. Darin nennen die Autoren für Deutschland zwei GKV-Instrumente. Die Negativliste für rund 2.000 Arzneimittel legt der Gemeinsame Bundesausschuss fest und schließt bestimmte Medikamente aus der Erstattungspflicht der GKV aus. Nach der Aut-idem-Regelung wird ein verordnetes Medikament gegen ein preisgünstigeres wirkstoffgleiches Arzneimittel in der Apotheke ausgetauscht. Dabei vergisst das WIP freilich zu erwähnen, dass der verordnende Arzt den Austausch aus therapeutischen Gründen explizit ausschließen kann. In beiden Fällen wird die Frage, ob der Behandlungserfolg im Sinne der Vorenthaltung einer notwendigen und zweckmäßigen Leistung geschmälert

### Die WIP-Studie ist ein misslungener Versuch, ein politisch erwünschtes Ergebnis wissenschaftlich zu untermauern.

wird, gar nicht erst aufgeworfen, geschweige denn beantwortet. Bei der Negativliste geht es explizit um den Schutz der Patienten vor bestimmten Kombinationsmedikamenten, die nicht nur ohne nachgewiesenen therapeutischen Nutzen sind, sondern teilweise sogar als schädlich angesehen werden. Diesen Schutz wertet das WIP jedoch als Beschränkung der individuellen Wahlfreiheit von Patienten und insoweit als „Rationierung“.

**Regelungen selektiv wahrgenommen.** Kritisch ist auch die sehr selektive Berücksichtigung länderspezifischer Regelungen und Ergebnisse zu sehen. Zwar kann ein internationaler Überblick nicht sämtliche Detailregelungen aller Länder beschreiben. Dennoch darf die Auswahl von Informationen in einer Studie mit wissenschaftlichem Anspruch und weitreichenden gesundheitspolitischen Schlussfolgerungen keineswegs derart unvollständig erfolgen wie hier.

Was das heißt, wird am Beispiel der Zuzahlungsregelungen deutlich. Laut WIP sind obligatorische Zuzahlungen „ein weit verbreitetes Mittel der Rationierung“. Deshalb werden sie für zahlreiche Länder im Detail aufgeführt. Jedoch bleiben sämtliche Mechanismen unerwähnt, die einkommensschwache und/oder chronisch kranke Patienten vor finanzieller Überforderung schützen sollen. Das gilt etwa für die Härtefallregelungen in der GKV, die die jährlichen Zuzahlungen von Chronikern auf maximal ein (sonst zwei) Prozent des Einkommens begrenzen. Die Studie berücksichtigt auch nicht die vielfältigen Schutzmechanismen in Frankreich, etwa die komplette Befreiung von Eigenbeteiligungen bei Chronikerbehandlungen sowie bestimmte Jahreshöchstgrenzen für die Zuzahlungen aller Versicherten.

### Korrelation mit Kausalität verwechselt.

Zudem greift das WIP im Kontext von Wartezeiten einzelne Ergebnisse einer Studie des Commonwealth Fund von 2010 heraus (siehe *Lesetipps*). Ein besonders spannendes Ergebnis dieser Studie wird dem Leser jedoch vorenthalten: In den elf betrachteten Ländern gaben nur in den USA mehr Befragte als in Deutschland an, sie hätten im Verlauf des vergangenen Jahres aus Kostengründen auf medizinische Leistungen verzichtet. Allerdings hätte dieses für Deutschland ungünstige Ergebnis nicht zur Botschaft der WIP-Studie gepasst, wonach Einheitssysteme quasi automatisch zu mehr Rationierung führen als unser duales System.

Selbst wenn alle bislang angesprochenen Kritikpunkte grundlos wären, könnte das WIP nicht einfach schlussfolgern, dass das für Deutschland (vermeintlich) festgestellte relativ geringere Ausmaß an Rationierung und Versorgungsunterschieden ursächlich auf das hiesige duale System zurückzuführen ist oder dass die einheitlichen Gesundheitssysteme der anderen Länder zu mehr Rationierung und größeren Versorgungsunterschieden führten. Wer sich einmal mit Statistik befasst hat, weiß: Wenn es in einer Region überdurchschnittlich viele Störche und Geburten gibt (Korrelation), ist das noch lange kein Beleg dafür, dass Störche

die Babys bringen (Kausalität). Übertragen auf die Kernaussage der WIP-Studie hat deshalb die *Ärzte Zeitung* vom 4. März 2013 zu Recht festgestellt: „Einen Beleg dafür, dass die Zusammenlegung von PKV und GKV in einem gemeinsamen Markt hierzulande zu Rationierungen größeren Ausmaßes führt, liefern die Autoren nicht.“



Letztlich muss die WIP-Studie gleich in mehrfacher Hinsicht als gründlich misslungener Versuch gewertet werden, ein offensichtlich politisch erwünschtes Ergebnis wissenschaftlich zu untermauern. Wenn die PKV keine besseren Argumente für den Fortbestand des international weithin einzigartigen dualen Systems findet, muss sie sich um ihre Zukunft für wahr große Sorgen machen. ■

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

**Sabine Schulze**, Diplom-Volkswirtin, ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im WIdO-Forschungsbereich Gesundheitspolitik/Systemanalysen.

**Kontakt:** [Klaus.Jacobs@wido.bv.aok.de](mailto:Klaus.Jacobs@wido.bv.aok.de)

# Kein Patient gleicht dem anderen

In die personalisierte Medizin haben Experten einst große Hoffnungen gesetzt. Mittlerweile aber sind Mediziner sowie die Pharmaforschung skeptischer. Und Krankenkassen bemängeln oft die fehlende Evidenz. **Von Burkhard Rexin**

**Der Hype ist vorbei.** Die großen Hoffnungen, die sich noch vor wenigen Jahren mit der Personalisierten Medizin (PM) verbanden, haben sich nicht erfüllt. Selbst in der Onkologie, wo die PM bei einigen seltenen Tumoren Erfolg hatte, sei der Nutzen insgesamt minimal und echter therapeutischer Fortschritt nicht zu sehen, sagte der Vorsitzende der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und Chefarzt einer Helios-Klinik für Onkologie in Berlin, Professor Wolf-Dieter Ludwig. Stattdessen explodierten die Kosten. Wo immer Ludwig zurzeit auftritt, zieht er eine eher pessimistische Bilanz der PM. So auch an diesem Abend beim „Berliner Wirtschaftsgespräch“, wo er mit Vertretern der Pharmaindustrie, der Krankenkassen und des Deutschen Ethikrats darüber streiten soll, ob „PM das Allheilmittel der Zukunft“ ist.

**Kosten sind tragbar.** Viel gestritten wird nicht. Zu eindeutig ist die Faktenlage. Personalisierte Medizin sei eine außerordentlich unglückliche Bezeichnung, sagt Ludwig. Er spricht lieber von einer „Genom- und Biomarker-basierten“ Medizin. Die entscheidende Frage sei, ob diese Medizin, die im Wesentlichen auf Laborwerten basiere, Patienten nutzlose Therapien erspare oder von einer Therapie ausschließe, die ihnen nur mit geringerer

Wahrscheinlichkeit hilft, im Einzelfall aber eben doch.

Die neuen Onkologie-Medikamente kosteten zwischen 50.000 und 100.000 Euro pro Patient und Jahr, brächten bisher aber nur wenige Wochen Lebensverlängerung. In dieser Zeit fühle sich der Patient oft nicht besser, so Ludwig. Wirk-

**Dass Biomarker die Behandlung verbessern, ist wissenschaftlich nicht belegt.**

lich gute genbasierte neue Pharmatherapien gebe es nur für Erkrankungen, bei denen eine einzelne Genmutation zum Tumor führt. Meist seien es aber 20 oder mehr. Insgesamt sei die Enttäuschung groß. Die immensen Kosten hält Ludwig nicht für das eigentliche Problem. Da wahrscheinlich 30 Prozent aller Therapien nutzlos seien, könne das Geld dort herkommen. Als Beispiel nannte er MRT-Untersuchungen bei Rückenschmerzen.

**Patientennutzen ist entscheidend.** Auch für Krankenkassen ist der hohe Preis kein Argument gegen die PM und Medikamente, die nur einer sehr kleinen Gruppe von Patienten helfen, die die passenden Gendefekte haben. „Das Entscheidende ist die Qualität“, sagte Dr. Gerhard Schillinger, Leiter des Stabs Medizin des AOK-Bundesverbandes. Das gelte insbesondere für die Biomarker-Tests, mit denen bestimmt werde, bei wem ein genspezifisches Medikament Erfolg verspricht. Vor allem aber müsse aus den Tests die richtige Therapieentscheidung gezogen werden. Hierfür brauche man belastbare

Studien zum Nutzen und müsse diese auch kennen. Die Test-Ergebnisse seien oft nicht verlässlich. Die Tests könnten aber leicht zu einem Verkaufsschlager werden, weil sie immer bei allen Patienten durchgeführt werden müssen. Deshalb stürzten sich die Pharma-Konzerne auch auf diesen Markt.

**Forschung geht weiter.** Einigkeit bestand auch darin, dass im Bereich PM noch viel geforscht werden muss. Der für die Pharmaforschung zuständige Vizepräsident von Bayer Healthcare, Dr. Matthias Gottwald, regte an, dafür auch elektronische Patientenakten zugänglich zu machen. Desto eher habe man die Chance, die Methoden der PM auch auf Volkskrankheiten, etwa Rheuma, anzuwenden. PM mache das Gesundheitssystem nicht preiswerter, aber vielleicht effizienter.

Wolf-Michael Catenhusen, der sich schon seit 30 Jahren mit Gendiagnostik befasst – er leitete 1984 die Enquete-Kommission „Chancen und Risiken der Gentechnologie“ des Bundestages – warnte vor zu großen Hoffnungen. Die Pharmakogenetik sei trotz des unglaublichen Sprungs, den die Genanalyse-Verfahren gerade machen, kein Modell, an dem sich die Medizin ausrichten sollte. Bei Volkskrankheiten mache es keinen Sinn, genetische Risikowahrscheinlichkeiten zu bestimmen, da Umweltfaktoren und Lebensverhalten auch wichtig seien. Die Tests kämen je nach Software zu ganz unterschiedlichen Ergebnissen.

Das Fazit zog Professor Alfred Holzgreve von den Vivantes-Kliniken in Berlin: Bei Patienten sei der Begriff Personalisierte Medizin sehr positiv besetzt. Die auf den Einzelnen zugeschnittene Therapie bleibe auch das Wichtigste, weil kein Patient dem anderen gleiche – das zeige sich aber nicht erst im Genprofil. ■

## Lese- und Webtipps

- **Personalisierte Medizin – der Patient als Nutznießer oder Opfer?** Dokumentation der Jahrestagung 2012 des Deutschen Ethikrats 2012. Download unter [www.ethikrat.org](http://www.ethikrat.org) > Publikationen > Dokumentationen
- **Bleibt die Pille nach Maß ein Traum?** Bericht von der Jahrestagung des Deutschen Netzwerks für Evidenzbasierte Medizin, in: G+G 4/2011, Seite 18.

# Kinder begegnen dem Tod

Viele Erwachsene wollen Kinder vor der Konfrontation mit Sterben und Tod bewahren – oder wissen nicht, wie sie darüber reden sollen. Die Hospizbewegung bereitet das Thema deshalb für Lehrer, Eltern und Schüler auf. **Von Anne Töpfer**

**Die Welt ist** viel zu schön, um nur einmal zu leben. Das sagt der siebenjährige Timo im Kinderhospiz Löwenherz in Syke, wo er mit zwei sterbenskranken Geschwistern einige Zeit verbringt. Kinder haben tiefe Einsichten in existenzielle Fragen. Dennoch haben wir Scheu, mit ihnen über den Tod zu reden. Das soll sich ändern, wie die Hospiz Stiftung, die Hospiz Landesarbeitsgemeinschaft und die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen auf ihrem 3. Hospiz Forum deutlich machten. Die diesjährige Tagung widmete sich den Möglichkeiten der Hospizbewegung, die Themen Tod, Sterben und Trauer in Schulen zu vermitteln.

**Sterben gehört in ein Lebensfach.** Pastor Stephan Lorenz, Vorsitzender der Hospiz Stiftung Niedersachsen, hatte im Vorfeld der Veranstaltung eine Mail erhalten, die das als „Schnapsidee“ wertet: „Ich würde meine Kinder nicht mit Sterbenden in Kontakt treten lassen“, schreibt ein empörter Vater. Tod und Sterben befinden sich in unserer Gesellschaft in einer Tabuzone. Dabei sei der Tod allgegenwärtig, so die Veranstalter des Hospiz Forums in ihrer Einladung. Umso wichtiger sei es, bereits Kinder möglichst frühzeitig an das Thema heranzuführen – nicht irgendwie, sondern pädagogisch durchdacht.

Silke Kirchmann vom Caritasverband Wuppertal/Solingen hat mit entsprechenden Konzepten langjährige Erfahrung. Sie ist Hospizbeauftragte für die beiden Städte und übernimmt seit neun Jahren die Trauer- und Trauma-Beratung in Schulen. „Sterben, Tod und Trauer gehören im Rahmen eines Lebensfaches in die Schule hinein“, sagt Kirchmann. Rund 70 Tode erleben 14-Jährige jeden Tag – im Internet, bei Computerspielen, in der Zeitung und im Fernsehen. Das zeigt eine Studie des Medienpädagogischen



Tobias Hübner aus dem Jahr 2008. Die Jugendlichen nähmen den Tod aber einseitig wahr, da die Medien ihn verharmlosten, so Kirchmann. Die Caritas-Expertin bringt in Projektwochen Lehrern, Eltern und Schülern einen anderen Umgang mit Sterben und Tod nahe. Im Zentrum stehen die Erfahrungen und Gefühle der Jugendlichen. So sensibilisiert Kirchmann sie zum Beispiel für unterschiedliche Trauerhaltungen von Menschen. „Nicht jeder möchte zum Trost umarmt werden“, so die Beraterin.

**Hospizpreis ausgelobt.** Wie wichtig Trauerrituale sind, weiß Christa Förster, Heilpädagogin im Kinderhospiz Löwenherz in Syke. Wenn dort einer der kleinen Gäste stirbt, brennt bis zur Beerdigung eine Kerze, und zur Erinnerung an das Kind hängt ein Papierschmetterling an der Decke. Kinder würden oft nach dem Tod fragen, wenn Erwachsene nicht damit rechnen. „Dann müssen wir offen und ehrlich reagieren“, betont Förster.

Um Lehrern Mut zuzusprechen, das Thema in die Schule einzubinden, hat die Hospiz Stiftung Niedersachsen den Niedersächsischen Hospizpreis 2013 unter

das Schwerpunktthema „Schule begegnet Hospiz – Hospiz begegnet Schule“ gestellt. Bis 15. Juni können sich niedersächsische Grundschulen für den mit insgesamt 6.500 Euro dotierten Preis bewerben. Dafür müssen sie ein Konzept vorlegen, mit dem sie auf Trauerfälle oder auf lebensverkürzende Erkrankungen bei Lehrern oder Schülern angemessen reagieren können. Dabei gilt es, mit dem regionalen Hospizdienst zusammenzuarbeiten, die Eltern einzubinden und kulturelle Besonderheiten zu berücksichtigen. „Um den Tod zu enttabuisieren und das Sterben wieder als Teil des Lebens zu integrieren, ist es wichtig, Kinder für das Thema zu sensibilisieren und ihre Angst davor abzubauen. Darum möchten wir mit dem Hospizpreis Lehrer motivieren, das Thema in die Schule zu integrieren“, sagt Pastor Stephan Lorenz. ■

## Webtipps

- [www.hospiz-stiftung-niedersachsen.de](http://www.hospiz-stiftung-niedersachsen.de) > Ausschreibungsunterlagen für den Hospizpreis
- [www.hospiz-nds.de](http://www.hospiz-nds.de) Homepage der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz Niedersachsen
- [www.gesundheit-nds.de](http://www.gesundheit-nds.de)

# „yum me“ schmeckt Kids gut

Wie lassen sich Kinder und Jugendliche für gutes Essen begeistern? Die neue Stiftung Ernährung – Bildung – Gesundheit setzt nicht nur auf das Know-how von Kochprofis. Sie hört auch auf Kids und Teens. **Von Hans-Bernhard Henkel-Hoving**

**Eigentlich hatten sich** Frank Michalak und Ronny Pietzner schon entschieden: Jung und frisch sollten der Name und das Erscheinungsbild der von ihnen gegründeten Stiftung „Ernährung – Bildung – Gesundheit“ schon sein. Aber das Ganze „yum me“ (sprich: jammi) zu nennen und angeknabbertes Obst ins Logo zu inte-

Obst und Gemüse schälen, ist das für viele von ihnen ein Stück Esskultur und ein Geschmackserlebnis, das sie nicht kennen. Das wollen wir ändern.“

Deshalb möchte die Stiftung Kitas und Schulen in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern – dem Verbreitungsgebiet der AOK Nordost – un-

ein gutes Essen in Schulen und Kitas nötig sind. „Angesichts der angespannten Finanzlage in vielen Städten und Gemeinden fehlen oft die 10.000 Euro für einen professionellen Dampfgarer, um Essen schonend zuzubereiten. Ein Zuschuss von der Stiftung könnte hier im Einzelfall viel bewirken“, erläutert Michalak, der mit der Stiftung zugleich wissenschaftliche Untersuchungen und systematische Erhebungen zur Qualität von Schulverpflegung unterstützen will.



Energie, eine Prise Action und eine große Portion Spaß sind Zutaten für ein gesundes Leben.

**Partner gesucht.** Um all das leisten zu können, sucht die neue Stiftung Partner und Sponsoren. Das Gründungskapital haben die AOK Nordost und Ronny Pietzner eingebracht – Benefiz-Fußballspiele, etwa von regionalen Fußballclubs gegen Hertha BSC – haben dem Konto der Stiftung ebenfalls gut getan. Um aber wirklich was bewegen zu können – Pietzner und Michalak wollen mittelfristig etwa zehn Projekte im Jahr realisieren – ist mehr Geld und ein großes Netzwerk von Partnern mit Know-how notwendig. „Wir können Unternehmen interessante Möglichkeiten bieten, sich für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu engagieren und nachhaltig etwas für das eigene Image zu tun“, so die Stiftungsgründer. „yum me“, da sind sich Pietzner und Michalak sicher, kommt nicht nur bei Kids und Teens gut an. ■

grieren, ging den beiden 56 und 34 Jahre alten Herren anfangs zu weit – bis sie unabhängig voneinander ihren eigenen Nachwuchs fragten. „Die Kids haben uns gesagt, wo es langgeht“, erzählt Meisterkoch Ronny Pietzner schmunzelnd.

**Lust auf gutes Essen machen.** Genau das ist das Besondere an der neuen Stiftung. „Es geht um Aktionen und Projekte von und mit Jugendlichen für Jugendliche“, sagt Frank Michalak, Vorstandsvorsitzender der AOK Nordost. Zusammen mit erwachsenen Betreuern und Experten sollen engagierte Kinder und Teenager zum Beispiel Ideen für Veranstaltungen entwickeln und umsetzen, die ihren Altersgenossen Lust auf gutes und gesundes Essen machen. Dabei ist der Name „yum me“ Programm: „yummy“ heißt im Englischen „lecker“. Ronny Pietzner: „Wenn Kinder gemeinsam kochen oder

konventionelle Kochkurse unter der Leitung von Profis anbieten. Dabei wird nicht nur Ronny Pietzner selbst den Kochlöffel schwingen. Ebenso werden angehende Jungköche die Kinder zum Mitmachen animieren. Hintergedanke des brandenburgischen Spitzenkochs und Gastronomieberaters dabei: „Potenzielle Nachwuchskräfte kann man nicht früh genug für die Gastrobranche begeistern.“

**Stiftung unterstützt Schulen.** Beraten will die Stiftung darüber hinaus Erzieher, Lehrer, Schulleiter und Schulköche beim Umbau von Großküchen, bei der Auswahl des richtigen Caterers oder bei der Neugestaltung des Mittagsangebots. Frank Michalak: „Die Stiftung kann sich eben dort engagieren, wo der originäre Präventionsauftrag der Krankenkassen nicht greift.“ Das gilt zum Beispiel auch für Zuschüsse zu Küchengeräten, die für

## Kontakt

Stiftung Ernährung – Bildung – Gesundheit  
Thomas Robering  
info@yumme.de · Telefon: 0331/2772-31234  
www.yumme.de

**yum me**  
STIFTUNG ERNÄHRUNG · BILDUNG · GESUNDHEIT

# „Neue Heizung senkt die Klinik-Kosten“

Investiert eine Klinik in die Wärmetechnik, schont sie nicht nur ihr Betriebskosten-Budget, sondern tut auch etwas gegen den steigenden Kohlendioxid-Ausstoß, sagt **Annegret Dickhoff**. Der Bund für Umwelt und Naturschutz verleiht deshalb das Gütesiegel „Energie sparendes Krankenhaus“.

**G+G:** Unter den für ihr Energiesparkonzept ausgezeichneten Kliniken sind viele Berliner Häuser. Sind die Berliner beim Energiesparen besonders pfiffig?

**Dickhoff:** Von den 40 ausgezeichneten Kliniken befinden sich zehn in Berlin. Dies hängt damit zusammen, dass der Berliner Landesverband des BUND das Projekt vor zwölf Jahren initiiert hat und ein Berliner Krankenhaus das erste Siegel bekam. Die Erfahrung zeigt, dass dort, wo eine Klinik das Gütesiegel bekommt, konkurrierende Häuser nachziehen.

**G+G:** In welcher Größenordnung können Krankenhäuser Treibhausgase und Kosten einsparen?

**Dickhoff:** Das Franziskus-Krankenhaus Berlin hat beispielsweise zwischen 2006 und 2011 den Kohlendioxid-Ausstoß um 25 Prozent gesenkt und damit jährlich fast 200.000 Euro gespart. Auf alle Kliniken bezogen sehen wir bei den jährlichen Energiekosten ein Einsparpotenzial von rund 600 Millionen Euro beziehungsweise sechs Millionen Tonnen Kohlendioxid.

**G+G:** Welche Stellschrauben erweisen sich als besonders effektiv?

**Dickhoff:** Häufig senkt eine neue Heizung den Energieverbrauch und damit die Klinik-Kosten. Große Wirkung hat der Wechsel zu umweltschonenderen Energieträgern sowie eine verbesserte Raumlufttechnik mit Wärmerückgewinnung. Auch bei der Beleuchtung lässt sich Energie sparen. Wichtig ist, dass die Klinik Verbrauchsdaten erhebt und ein Energiemanagement nutzt.

**G+G:** Und wann vergibt der BUND sein Gütesiegel?

**Dickhoff:** In jedem Fall muss die Klinik über ein Energiemanagement verfügen. Daneben muss sie nachweisen, dass sie entweder über einen Zeitraum von fünf Jahren den CO<sub>2</sub>-Ausstoß um ein Viertel gesenkt hat oder der Strom- und Wärmeverbrauch in der Summe unter dem Mittelwert der Richtlinie 3807 des Vereins

Bei rund 2.000 Krankenhäusern ist das nicht viel.

**Dickhoff:** Es gibt bundesweit sehr viel mehr Krankenhäuser, die Energie sparen. Nicht alle davon haben sich bei uns beworben. Und von denen, die sich beworben haben, erfüllte nur jedes vierte die



Auf alle Kliniken bezogen sehen wir bei den jährlichen Energiekosten ein Einsparpotenzial von rund 600 Millionen Euro.

Annegret Dickhoff

Deutscher Ingenieure liegt. Bei Neubauten sind wir sogar noch strenger.

**G+G:** Zur Finanzierung notwendiger Investitionen gehen manche Kliniken Partnerschaften ein. Wie funktioniert das Energiespar-Contracting?

**Dickhoff:** Die Partner oder Contractor – oft Energie- oder Baukonzerne – übernehmen die Modernisierung der Technik und finanzieren sie. Die eingesparten Energiekosten werden zur Refinanzierung genutzt. Das Krankenhaus selbst bezahlt aber über die Vertragslaufzeit von rund zehn Jahren einen ähnlich hohen Betrag wie bisher. Allerdings mit dem Unterschied, dass am Ende der Laufzeit die Technik effizienter und günstiger ist.

**G+G:** Bisher können sich 40 Krankenhäuser mit dem Gütesiegel schmücken.

hohen Kriterien. Gleichwohl gibt es angesichts der angespannten Haushaltslage der Länder einen großen Investitionsstau. So manche Klinik schreckt auch davor zurück, sich länger an einen Contractor zu binden. Dabei ist Energiespar-Contracting eine gute Option. Unter den Gütesiegel-Kliniken hat rund ein Drittel diese Möglichkeit gewählt. Bei allen ist es positiv gelaufen. ■

Die Fragen stellte Katrin Birk, freie Journalistin für Wirtschafts- und Verbraucherthemen.

## Zur Person

**Annegret Dickhoff** ist Diplom-Ingenieurin für Technischen Umweltschutz und arbeitet seit 2007 beim Bund für Umwelt und Naturschutz Deutschland e.V. (BUND). Das Gütesiegel-Projekt läuft seit 2001. [www.energiesparendes-krankenhaus.de](http://www.energiesparendes-krankenhaus.de)

Die Allgemeinmedizin leidet bei Jungärzten unter schwindender Beliebtheit. Dabei werden Breitband-Spezialisten dringend gebraucht. Wie Weiterbildungs-Verbände den Weg zur eigenen Hausarzt-Praxis ebnen und damit das Fach attraktiver machen, beschreibt **Florian Staeck**.

# Roter Teppich für den Hausarzt

**H**ausarztpraxis abzugeben: Immer öfter wird man in den kommenden Jahren im Vogelsbergkreis Anzeigen wie diese lesen. Der Kreis mit rund 108.000 Einwohnern in einer ländlichen Region in Osthessen hat überdurchschnittlich viele Hausärzte in den besten Jahren. Nach einer Statistik der Kassenärztlichen Vereinigung ist rund ein Drittel der 73 niedergelassenen Hausärzte über 60, weitere 45 Prozent der Mediziner sind zwischen 50 und 59 Jahre alt. Im Jahr 2025 werden also rund 80 Prozent der heute im Vogelsbergkreis praktizierenden Hausärzte den Kittel an den Nagel gehängt haben. Bürgermeister und Landräte bemühen sich schon jetzt um junge Hausärzte für ihren Sprengel.

Der Mangel an Hausärzten ist längst nicht mehr nur ein Phänomen der neuen Bundesländer. Er ist auch in den wirtschaftlich prosperierenden Regionen der alten Länder angekommen, sagt Berthold Dietsche, Vorsitzender des Hausärzterverbandes in Baden-Württemberg. Im Jahr 2012 haben im Südwesten gerade einmal 117 Ärzte in Weiterbildung ihre Prüfung zum Facharzt für Allgemeinmedizin abgelegt. Im gleichen Zeitraum wollten rund 350 Hausärzte zwischen Heidelberg und Konstanz ihre Praxis abgeben. Die Lücke zwischen Ist und Soll wird jedes Jahr größer, da Hausärzte aus zahlenmäßig starken Jahrgängen aufhören wollen. In Hessen sieht das nicht anders aus. Bis zum Jahr 2025 werden dort voraussichtlich zwei Drittel der heute praktizierenden Hausärzte ausscheiden.

**Geld allein reicht nicht.** Vielerorts hat die Politik reagiert. So werden beispielsweise in Hessen Hausärzte von der Landesregierung, den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen im Rahmen des von 2012 bis 2014 laufenden „Hessischen Pakts zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung“ mit bis zu 50.000 Euro unterstützt, wenn sie sich auf dem Land niederlassen. „Schön und gut – aber Geld allein reicht nicht“, sagt Ferdinand M. Gerlach, der das Institut für Allge-

meinmedizin an der Goethe-Universität Frankfurt am Main leitet. „Wir müssen diese Ärzte erst einmal qualifizieren.“ Das Medizinstudium dauert mindestens sechs Jahre. Die Weiterbildung weitere fünf Jahre und umfasst laut Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Hessen einen Abschnitt im Krankenhaus und einen in der Hausarztpraxis. 36 Monate verbringt ein angehender Allgemeinmediziner in der stationären internistischen Patientenversorgung. Davon dürfen bis zu 18 Monate in Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung angerechnet werden. 24 Monate absolviert der Arzt in Weiterbildung in der hausärztlichen Versorgung. Bis zu sechs Monate davon können in der ambulanten Chirurgie oder in der Kinder- und Jugendmedizin abgeleistet werden. Hinzu kommen 80 Stunden Weiterbildung in Psychosomatischer Grundversorgung. Wer heute ein Medizinstudium beginnt, steht also frühestens 2025 als ausgebildeter Hausarzt zur Verfügung.

**Jungmediziner bleiben auf sich gestellt.** Um so schwerer zu verstehen ist es, dass in der Vergangenheit viele Chancen vertan worden sind, um Medizinstudierende für die Allgemeinmedizin zu begeistern. Wer Hausarzt werden wollte, musste sich überall gegen Widerstände durchboxen. Allgemeinmedizin war – und

## Web- und Lesetipps

- [www.degam.de](http://www.degam.de) > Weiterbildung > Extras > Speciality Training for General Practice in Germany 2009; ebenda unter Downloads: **Die Praxis als Lernort**, Meilensteine für Ausbilder, und die Broschüre **Verbundweiterbildung zum Allgemeinarzt**
- [www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de) > Gutachten > Sondergutachten 2009
- [www.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de) > Ärzte > Weiterbildung > Förderprogramm Allgemeinmedizin > Evaluationsbericht 2010
- Norbert Schmacke et al.: **Wanted: Der Hausarzt**. Befragung zum beruflichen Selbstverständnis. In: G+G 7-8/2008.



## „Koordinierungsstellen sind ein Meilenstein“

Dr. Max Kaplan ist Vizepräsident der Bundesarztekammer

Die Bedingungen der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin haben sich in den vergangenen Jahren deutlich verbessert. Das zeigt auch die Evaluation der Ärztekammern, bei der die allgemeinmedizinische Weiterbildung wirklich gut abgeschnitten hat. Die Weiterzubildenden schätzen insbesondere die Eins-zu-eins-Lehrsituation in der hausärztlichen Praxis. Mit dem am 1. Januar 2010 gestarteten Förderprogramm Allgemeinmedizin haben wir auf viele Kritikpunkte von Ärzten in Weiterbildung reagieren können. Zu den Verbesserungen gehört vor allem die Erhöhung des Förderbetrags im ambulanten Bereich auf 3.500 Euro. Wir erwarten, dass die Praxen den Betrag nicht nur in voller Höhe auszahlen, sondern ihn auf die im Krankenhaus übliche Vergütung anheben. Ein weiterer wichtiger Meilenstein sind die Koordinierungsstellen. Sie haben die Aufgabe, die allgemeinmedizinische Weiterbildung zu fördern. **Wenngleich die Einrichtung der Koordinierungsstellen in den Bundesländern etwas länger gedauert hat, zeigt sich mittlerweile, dass deren Arbeit Früchte trägt.**

Die Anzahl der Weiterbildungsverbände ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Selbstverständlich gibt es weiteren Verbesserungsbedarf. Der betrifft die fachliche Vermittlung von Weiterbildungsinhalten, die Train-the-Trainer-Seminare oder die Einbindung kleinerer Fächer wie Dermatologie und Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde neben der Chirurgie und Pädiatrie. Sehr interessant sind aus unserer Sicht Vorschläge, an den universitären Einrichtungen der Allgemeinmedizin Kompetenzzentren zu gründen. Unser Ziel muss es sein, die hausärztliche Versorgung langfristig zu sichern. Dazu müssen sowohl der ambulante wie auch der stationäre Bereich, die Universitäten, die Krankenkassen und die Länder an einem Strang ziehen.

ist es teilweise bis heute – an den Universitäten und in der klinischen Weiterbildung schlecht beleumundet. „Wer als junger Arzt in die Innere Klinik ging und ankündigte, er wolle Hausarzt werden, konnte gleich wieder zur Türe rausgehen“, berichtet Verbandschef Dietsche. Meist riet man den jungen Ärzten, sich doch für „anständige“ Fächer zu entscheiden – Chirurgie etwa.

In ihrer Weiterbildung, drei Jahre in der Klinik, zwei Jahre anschließend in der hausärztlichen Praxis, blieben die jungen Ärzte meist auf sich gestellt. Hinzu kamen Probleme bei der Organisation der einzelnen Abschnitte. „Bei jeder neuen Stelle kam wieder eine Urlaubssperre hinzu, ein Ortswechsel und eine neue Probezeit“, erinnert sich Ferdinand Gerlach an seine eigene Weiterbildung. Das zog diesen zweiten großen Ausbildungsabschnitt nach dem Studium stark in die Länge. Neuneinhalb Jahre benötigten junge Ärzte im Mittel, bis sie ihre Facharztprüfung für Allgemeinmedizin ablegen, sagt Gerlach.

**Ziel ist die Weiterbildung aus einem Guss.** Diese prekäre Situation ist auch Politikern in Bund und Ländern nicht verborgen geblieben. Die Spitzenverbände von Vertragsärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen schlossen daher die Anfang 2010 in Kraft getretene „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin“ (siehe Kasten „Mehr Geld für angehende Hausärzte“ auf Seite 27). Diese ersetzt die vorherige Vereinbarung zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und den Kassen-Spitzenverbänden über die Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin. Diese hatte seit dem 1. Januar 1999 bestanden und war im GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz verankert. Zum einen wurde mit der neuen, seit 2010 geltenden Regelung die finanzielle Förderung von Ärzten in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung deutlich aufgestockt. Die Praxis-Chefs als Arbeitgeber erhalten seitdem für ihre Assistenten im zweijährigen ambulanten Weiterbildungsabschnitt 3.500 statt wie bisher 2.040 Euro pro Monat. Zum anderen wurden Koordinierungsstellen in den Ländern eingerichtet. Sie sollen die zentrale Anlaufstelle für junge Ärzte sein und diese bei allen Fragen rund um die Weiterbildung unterstützen. Ziel ist die Weiterbildung aus einem Guss.

**Deutschland hinkt hinterher.** In Hessen geht die Hilfe für die Hausärzte in spe über die reine Koordinierung der Weiterbildungsabschnitte hinaus. Dafür soll ein im vergangenen Jahr gebildeter Verbund sorgen, dem vier Partner angehören: Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, die Landesärztekammer Hessen, die Hessische Krankenhausgesellschaft und die allgemeinmedizinischen Institute der Universitäten Frankfurt und Marburg. Damit bekomme erstmals die universitäre Allgemeinmedizin eine vertraglich festgelegte Rolle in der inhaltlichen Gestaltung der Weiterbildung, freut sich Ferdinand Gerlach.

Denn es haperte in Deutschland bislang nicht nur an angemessenen Strukturen, um den Hausärzte-Nachwuchs zu unterstützen. Ob bei den Inhalten der Weiterbildung, bei der pädagogischen Vermittlung oder bei der wissenschaftlichen Bewertung: Deutschland lag bisher hinter dem Niveau der Weiterbildung in führenden Nachbarländern zurück. Das hat eine 2009 veröffentlichte Studie internationaler Experten („Specialty Training for General Practice in Germany“, siehe Web- und Lesetipps auf Seite 23) gezeigt, die von der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) beauftragt worden war. In keinem Kriterium, das die Wissenschaftler anlegten, erreichte Deutschland Best-practice-Niveau, lautete das Ergebnis. Demnach unterscheiden sich beispielsweise die Curricula für künftige Hausärzte kaum von denen anderer Facharzt-Disziplinen, und sind somit zu wenig auf die Anforderungen der Allgemeinmedizin zugeschnitten.

Als einen weiteren Standard guter Weiterbildung forderten die Gutachter, dass die Inhalte von Fachgesellschaften oder Verbänden der Allgemeinmedizin selbst festgelegt werden. Stattdessen stellten die externen Wissenschaftler fest, dass in Deutschland die Inhalte der Weiterbildungsordnungen von Ärztekammern festgelegt werden, in denen Allgemeinmediziner meistens in der Minderheit sind. „Das macht keinen Sinn“, so das Urteil der Gutachter.

**Ratlos bei Hexenschuss.** Dass die Weiterbildung unter dem europäischen Best-practice-Niveau liegt, kommt nicht von ungefähr, erläutert Ferdinand Gerlach, der zugleich Vorsitzender der DEGAM ist. „In den Niederlanden, Großbritannien und in Skandinavien herrscht eine andere Weiterbildungskultur“, so Gerlach. Dort sei Weiterbildung eine Aufgabe der Universitäten. In Großbritannien gebe es dazu an jeder Medizinfakultät ein „Department of Postgraduate Education“. Auch in den Niederlanden geht ein Arzt in Weiterbildung einen Tag in der Woche in die Universität.

Anders in Deutschland: Hier haben die Landesärztekammern die Aufgabe, sich um Weiterbildung zu kümmern. Experten kritisieren, dass es in den vergangenen Jahren eine Weiterentwicklung von Inhalten und pädagogischer Vermittlungspraxis allenfalls sporadisch gegeben hat. „Wer in Großbritannien seine Facharztprüfung macht, muss Videos mitbringen, in dem seine Arzt-Patienten-Kommunikation gefilmt wurde“, berichtet Gerlach. Was in der Ausbildung an Universitäten mittlerweile Standard ist – kontinuierliche Entwicklung von Lehrplänen, wissenschaftliche Bewertung, Training von Dozenten – erweist sich in der Weiterbildung noch weitgehend als Neuland.

Das hatte Auswirkungen auch auf die inhaltliche Vorbereitung des Hausarznachwuchses für die spätere Arbeit in der Hausarztpraxis. So auch bei Berthold Dietsche, dem Verbandschef der Hausärzte in Baden-Württemberg. Zwar sei seine klinische Weiterbildung umfangreich gewesen, doch wirklich vorbereitet auf das typisch hausärztliche Versorgungsspektrum war er nicht: „Ich erinnere mich, wie ratlos ich war, als ich zum ersten Mal vor einem Patienten mit Hexenschuss gestanden habe“, berichtet Dietsche. „So etwas lernte man in der Weiterbildung nicht.“ Auch die Versorgung von chronisch kranken Patienten – für Hausärzte ein wichtiger Teil ihrer Arbeit – war nicht Bestandteil des Curriculums.

**Universität schnürt Rundum-Sorglos-Paket.** Auch darum ist es aus Sicht von Gerlach und der DEGAM so wichtig, dass in Hessen erstmals die Universität bei der Weiterbildung mit im Boot ist. Zusätzlich zur Arbeit der Koordinierungsstelle soll dort das „Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin“ dafür sorgen, dass Medizinstudierende, die sich für Allgemeinmedizin interessieren, an die Hand genommen werden. An dieser Nahtstelle zwischen Aus- und Weiterbildung wollen Gerlach und seine Kollegen im Kompetenzzentrum möglichst viele Studierende für Allgemeinmedizin begeistern. „Wir sehen die Studierenden im Blockpraktikum, im Seminar oder im Praktischen Jahr. Wir können ihnen sagen: Wenn Ihr Euch für Allgemeinmedizin interessiert, bieten wir Euch das Rundum-sorglos-Paket.“ Dieses Paket umfasst nicht nur eine Weiterbildung aus einem Guss, sondern auch die bestmögliche inhaltliche Vorbereitung der angehenden Hausärzte.

Dazu gehört auch ein Weiterbildungskolleg, das in diesem Jahr erstmals Anfang Februar in Gießen stattfand. Viermal jährlich wird sich dort eine Gruppe aus 16 Frauen und sechs Männern zu Seminartagen treffen. Sie vertiefen die in den bisherigen Weiterbildungsabschnitten erworbenen Kompetenzen, und zwar praxisnah. Themen wie Multimedikation, ärztliche



## „Länder müssen Verbünde stärken“

**Karl-Heinz Schönbach** ist Geschäftsführer Versorgung beim AOK-Bundesverband.

Die Zahl fachärztlicher Anerkennungen für Allgemeinmedizin sinkt, während sie in anderen Fachrichtungen steigt. Dass Hausärzte fehlen, wird zum politischen Argument gemacht. Doch die Zahl der Lehrstühle für Allgemeinmedizin wurde nicht spürbar erhöht. Wie bei der Krankenhausplanung lassen sich die Länder auch bei den Universitätskliniken vom Behandlungsbedarf der Bevölkerung weniger beeindruckt als vom Faszinosum der spezialisierten Medizin.

Die Krankenkassen fördern seit 1999 Weiterbildungsstellen in der Allgemeinmedizin im ambulanten und stationären Bereich. Im Jahre 2010 wurden dafür rund 90 Millionen Euro aufgewandt. So ist es gelungen, die Zahl der Allgemeinmediziner zu stabilisieren. In Bezirken, für die Unterversorgung oder ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf festgestellt ist, gelten höhere Fördersätze als in bisher ausreichend versorgten Gebieten. Gemeinsam mit ihren Partnern in den Regionen haben die AOKs Programme aufgelegt, mit denen die Niederlassung von Hausärzten in unterversorgten Gebieten gefördert wird – etwa in Form von Investitionskosten-Zuschüssen oder Stipendien. **Gerade die Länder müssen zudem die Weiterbildungsverbünde stärken, die sich an Bedarfsplanungsregionen orientieren und in denen es vor Beginn der Weiterbildung eine verbindliche Verpflichtung auf das Qualifikationsziel Allgemeinmediziner geben kann.** Im stationären Bereich sind Hilfen zu geben, um die Weiterbildungsbefugnis von Klinik-Abteilungen auch bei Chefarzt-Wechseln zu erhalten. Und schließlich muss die Attraktivität der Niederlassung durch Mentoren-Systeme und teamorientierte Praxisstrukturen gefördert werden. Denn der Hausarzt hat in der Versorgung den Auftrag mit der höchsten Komplexität.

Gesprächsführung, aber auch Fragen zur Praxisübernahme oder Praxisgründung stehen auf der Agenda. „Wir wollen eine Frontalveranstaltung vermeiden, ebenso Powerpoint-Präsentationen“, berichtet Armin Wunder, einer der Leiter des Seminars. Wunder hat sich als Hausarzt in Frankfurt niedergelassen. „Es geht uns um Inhalte, die die Teilnehmer direkt in ihrem Praxis- oder Klinikalltag verwenden können“, sagt Wunder. In Arbeitsgruppen erarbeiten die Mediziner einen Algorithmus für die Behandlung von Patienten mit Schilddrüsenerkrankungen. Die Ergebnisse werden gemeinsam besprochen. So können die jungen Ärzte ihr in Studium und klinischer Ausbildung erworbenes Wissen vertiefen und in für die Hausarztpraxis typischen Fallkonstellationen anwenden. In der Klinik ist für die jungen Ärzte „learning by doing“ tägliche Praxis, klagt einer der Teilnehmer. Im Kolleg des Frankfurter Kompetenzzentrums bekommt er dagegen strukturierte Weiterbildung geboten.



In der **Klinik** gelten  
angehende Allgemeinmediziner  
als **Exoten**. Ihnen fehlen  
Ansprechpartner und  
**Betreuer**.

**Im Kolleg Kontakte knüpfen.** Außerdem knüpfen die Teilnehmer im Weiterbildungskolleg wertvolle Kontakte. „Hier finde ich Mitstreiter in der Allgemeinmedizin und habe die Möglichkeit, ein Netzwerk aufzubauen“, sagt etwa Kristin Wolf, die seit einem halben Jahr in der Inneren Medizin im Krankenhaus arbeitet. In der Klinik gelten Ärzte in Weiterbildung, die Allgemeinmedizin als Fach wählen, nach wie vor häufig als Exoten. Es fehlen Ansprechpartner und Betreuer. Diese Lücke soll das Mentorenprogramm füllen, das zusätzlich zum Seminar angeboten wird. Zehn Mentees werden von einer niedergelassenen Fachärztin oder einem Facharzt für Allgemeinmedizin betreut. Dabei steht die berufliche und persönliche Förderung der Jungmediziner während der gesamten Weiterbildungszeit im Mittelpunkt. Es geht beispielsweise um Themen wie die Planung der eigenen Niederlassung oder Probleme mit Vorgesetzten. Große Bedeutung haben auch Fragen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf, denn rund 70 Prozent der jungen Ärzte, die das Fach Allgemeinmedizin wählen, sind Frauen.

**Kurse für Praxis-Chefs.** In Baden-Württemberg gehen die Erfahrungen mit der Verbundweiterbildung bis ins Jahr 2008 zurück. Zurzeit nehmen rund 270 angehende Hausärzte daran teil. „Verbundweiterbildung plus“ heißt das Programm deshalb, „weil wir ein landesweites inhaltliches Begleitprogramm etabliert haben, das sicher bislang ein Alleinstellungsmerkmal darstellt“, sagt Jost Steinhäuser. Der Allgemeinarzt koordiniert die Verbundweiterbildung und ist wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg. Das dort entwickelte Programm hat für den hessischen Verbund in verschiedener Hinsicht Pate gestanden. Auch in Baden-Württemberg gibt es für die Teilnehmer sechs Schulungstage pro Jahr, an denen Ärzten in Weiterbildung Inhalte vermittelt werden, die für die spätere Tätigkeit in der Praxis relevant sind.

Jost Steinhäuser sieht fünf Jahre nach dem Start erste Früchte der Arbeit: Die universitäre Anbindung schein gerade für die jungen Ärzte wichtig zu sein. „Heute entscheiden sich zehn Prozent mehr bereits im ersten Jahr der Weiterbildung für die Allgemeinmedizin als zu Beginn unseres Programms“, erläutert Steinhäuser. Etabliert ist dort auch das Konzept „Train-the-Trainer“. Weiterbildungsbefugte, also Praxis-Chefs, die einen Arzt in Weiterbildung beschäftigen, können dieses Angebot freiwillig nutzen. Dabei geht es beispielsweise um organisatorische Aspekte der Weiterbildung, aber auch um kommunikative Kompetenzen: Wie gebe ich einem jungen Arzt richtig Feedback? Das Angebot wird laut Steinhäuser gut angenommen: „Über 100 Hausärzte haben bereits teilgenommen.“

Ganz nebenbei hat der Austausch der jungen Mediziner und der Praxis-Chefs noch einen anderen Effekt: „Durch dieses Networking entsteht ein neues Bild der Allgemeinmedizin, ein Wir-Gefühl“, sagt Steinhäuser.

**Exkursionen bauen Vorurteile ab.** Die jungen Hausärzte werden vor allem auf dem Land benötigt. Viele scheuen aber vor einer Niederlassung fernab der Metropolen zurück. Zu Unrecht, meint Jost Steinhäuser. Er hat mit Kollegen junge Ärzte gefragt, welche

Lebensbedingungen sie sich auf dem Land wünschen. „Wir haben gesehen, dass die Infrastruktur im ländlichen Raum in Baden-Württemberg viel besser ist, als sich die Ärzte dies vorstellen“, erzählt der Wissenschaftler. Seit verganginem Jahr werden den Nachwuchsärzten im Rahmen der Verbundweiterbildung daher „Landtage“ angeboten. Per Bus geht es dann gemeinsam in ländliche Regionen Baden-Württembergs, um dort Kollegen zu besuchen – garniert mit einem Kultur- und Besichtigungsprogramm, das den jungen Ärzten die Vorzüge des Landlebens nahebringen soll. „Vor Ort erleben die Teilnehmer teilweise zum ersten Mal die Wertschätzung der Bürgermeister. Zudem vermittelt der Kontakt mit den niedergelassenen Kollegen den Eindruck, was eine Vollversorgungspraxis bedeutet. Viele Ärzte in Weiterbildung sagen: Das ist genau das Spektrum, das ich suche“, sagt Steinhäuser.

Obwohl die neuen Zahlen zu Facharztprüfungen in der Allgemeinmedizin dagegen sprechen, sehen die Organisatoren der Verbundweiterbildung Licht am Ende des Tunnels. Jost Steinhäuser wertet es als positives Zeichen, dass zehn Prozent der Teilnehmer in Baden-Württemberg aus dem Ausland zurückgekommen sind, wo sie bereits in Weiterbildung waren, etwa aus der Schweiz oder Großbritannien. Weitere zehn Prozent der jungen Ärzte stammten aus patientenfernen Tätigkeiten – und wollen wieder in die Patientenversorgung zurückkehren. Für klare Aussagen sei es nach fünf Jahren zwar noch zu früh. Die Teilnahme an einer Verbundweiterbildung schein aber eine Rolle bei der Bereitschaft zu spielen, sich niederzulassen.

**Leuchtturmprojekte bundesweit übertragen.** Aus den beiden Leuchtturmprojekten in Hessen und Baden-Württemberg sollte nach Meinung von Ferdinand Gerlach ein bundesweites Modell an allen 37 universitären Instituten oder Abteilungen für Allgemeinmedizin werden. Denn nach wie vor sei die Qualität der Weiterbildung – quasi je nach Postleitzahl – heterogen. „Wir haben zu wenig verbindliche Qualitätskriterien in der Weiterbildung“, klagt Gerlach. Zahlen zur Qualität der für junge Ärzte entscheidenden Ausbildungsphase fehlten in Deutschland völlig. Auch Curricula, die beschreiben, was ein guter Hausarzt können muss, stünden bislang aus. Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin will daher ein eigenes Konzept formulieren, das „DEGAM Verbundweiterbildung plus“ heißen soll. „Wir möchten beschreiben, wie eine gute, zeitgemäße Verbundweiterbildung aussehen soll“, so Ferdinand Gerlach.

Alle diese Projekte stehen und fallen mit öffentlicher Unterstützung. Für Baden-Württemberg beziffert Jost Steinhäuser die Kosten je Arzt und Jahr auf 1.000 Euro. Drei Landesministerien fördern dort gemeinsam die Verbundweiterbildung, sie ist für die jungen Ärzte kostenlos. In Hessen dagegen wird die Teilnahme für Ärzte in Weiterbildung nur im ersten Jahr gebührenfrei sein. Danach sollen die jungen Ärzte monatlich rund 40 Euro zahlen – sicherlich kein Wettbewerbsvorteil für die Allgemeinmedizin im Vergleich zu anderen Fächern. Zudem ist die finanzielle Unterstützung der Kompetenzzentren aus dem „Hessischen Pakt zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung“ derzeit noch befristet.

## Mehr Geld für angehende Hausärzte

Anfang 2010 trat die „**Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin**“ in Kraft. Eine entsprechende Grundlage hatte der Gesetzgeber im Dezember 2008 verabschiedet. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und GKV-Spitzenverband brachten die Vereinbarung auf den Weg. Sie enthält folgende Eckpunkte:

Die **Förderung** der Weiterbildung in der Hausarztpraxis wurde **von 2.040 auf 3.500 Euro pro Monat erhöht**. Die Kosten teilen sich die gesetzliche Krankenversicherung sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen unter Beteiligung der privaten Krankenversicherung. In der **Klinik stieg die Förderhöhe für Weiterbildungsstellen von 1.020 auf 1.750 Euro**. Die Förderbeschränkung auf jeweils 3.000 Stellen im ambulanten und stationären Bereich wurde gestrichen.

**Auf Landesebene sollen Kassenärztliche Vereinigung und Landeskrankenhausgesellschaft Koordinierungsstellen gründen**. Sie haben die Aufgabe, die Förderung der Weiterbildung auf regionaler und überregionaler Ebene zu organisieren und koordinieren. Dabei dient die Koordinierungsstelle als **Vermittlungsplattform** für Ärzte in Weiterbildung sowie für weiterbildungsbefugte Vertragsärzte und Krankenhäuser. Weiterhin sollen diese Einrichtungen Stellen- und Praxisbörsen etablieren und neue Weiterbildungsverbände anstoßen und unterstützen. Auch die Evaluation der gesamten Fördervereinbarung ist Aufgabe der Koordinierungsstellen.

**Im Jahr 2010 floss das Fördergeld für bundesweit 3.263 Ärzte in Weiterbildung im ambulanten Bereich** (entspricht 1.809 Vollzeit-Stellen). **Im Krankenhaus wurden 1.923 Ärzte** in Weiterbildung im Rahmen des Förderprogramms an 660 Krankenhäusern unterstützt. Dies entspricht 1.173 Vollzeit-Stellen. Die **Gesamtfördersumme lag 2010 bei rund 90 Millionen Euro**. Bundesweit erkannten die Landesärztekammern im Jahr 2010 insgesamt 10.460mal Ärzten eine Facharztbezeichnung zu. **In 1.085 Fällen betraf dies die Facharztbezeichnungen für Allgemeinmedizin (753) und für Innere und Allgemeinmedizin (332)**. *Quelle: Bundesärztekammer*

**Weiterbildung liegt im öffentlichen Interesse.** Die Empfehlungen wissenschaftlicher Gremien wie etwa des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen sind eindeutig: Im Sondergutachten 2009 drangen die Gesundheitsweisen auf die Stärkung der hausärztlichen Versorgung. Als die größten Herausforderungen bezeichneten sie den steigenden Versorgungsbedarf der Bevölkerung durch mehr chronische Erkrankungen, die zunehmende Multimorbidität sowie den Nachwuchsmangel bei Hausärzten.

Es werde „für die Qualität der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung von erheblicher Bedeutung sein“, inwieweit es gelinge, Antworten auf diese Herausforderungen zu finden, folgerten die Gutachter aus dem Sachverständigenrat. Vor diesem Hintergrund versteht sich auch das Plädoyer von Ferdinand Gerlach: „Eine strukturierte und attraktive Weiterbildung für die Hausärzte von morgen ist keine Privatsache, sondern liegt im öffentlichen Interesse.“ ■

**Florian Staeck** ist Redakteur bei Springer Medizin, Ärzte Zeitung.

**Kontakt: Florian.Staeck@springer.com**

## INTERVIEW



Viele halten die lebensverlängernde Wirkung des Glücks für ein Ammenmärchen, das keiner Prüfung standhält. **Bruno S. Frey** sieht das anders. Der Schweizer Ökonom hat Dutzende von Studien zum Zusammenhang von Glück und Gesundheit gesichtet. Sein Fazit: Glückliche sein wirkt besser gegen Krankheit als so manches Zäpfchen.

# „Wer glücklich ist, lebt gesünder“

Herr Professor Frey, das Thema Glück beschäftigte schon die großen Philosophen der Antike. Aristoteles definierte Glück als etwas, das der Mensch um seiner selbst willen anstrebt. Epikur nannte Glück die Abwesenheit von Schmerz und Leid. Welche Formel vom Glück haben Sie parat?

**Frey:** (lacht). Tut mir leid. Aber eine derartige Formel besitze ich nicht. Wir Ökonomen sind ganz anders ausgerichtet. Wir sind der Ansicht, dass die Menschen sehr genau wissen, wie glücklich und zufrieden sie mit ihrem eigenen Leben sind. Und dieser Aussage vertrauen wir und fragen danach, welche Bedeutung das Glück in der Ökonomie hat. Den Rest überlassen wir lieber den Philosophen.

Sie gelten als einer der prominentesten Vertreter der ökonomischen Glücksforschung. Was verbirgt sich dahinter?

**Frey:** Häufig wird ja so getan, als wäre die wirtschaftliche Produktion ein reiner Selbstzweck. Aber Autos oder Kühlschränke werden nicht deshalb hergestellt, damit die Unternehmen mehr davon verkaufen. Darum ging es in der Ökonomie eigentlich noch nie. Das Ziel besteht vielmehr darin, die Menschen zufrieden und glücklich zu machen. Deswegen brauchen wir diese Variable, um Wirtschaft besser verstehen zu können.

Wie lässt sich menschliches Glück messen?

**Frey:** Die Ökonomen haben immer die Auffassung vertreten, das Glück lasse sich wissenschaftlich nicht sauber erfassen. Das stimmt aber nicht. Die wichtigste Methode, um Glück zu messen, besteht darin, die Menschen danach zu fragen, wie glücklich sie sich fühlen. Dies geschieht mithilfe groß angelegter Befragungen einer

repräsentativen Auswahl an Personen. Wir fragen zum Beispiel, wie zufrieden jemand insgesamt mit seinem Leben ist. Die Antwortmöglichkeiten, die er hat, bewegen sich auf einer Skala angefangen bei eins, also „völlig unzufrieden“, bis hinauf zu zehn, das heißt „völlig zufrieden“.

Und wie lauten die Ergebnisse? Sind die Schweizer glücklicher als die Deutschen?

**Frey:** Zu unserer Überraschung stufen sich die allermeisten Personen, die wir befragt haben, als glücklich ein. Sie ordnen sich nahe dem oberen Ende der Glücksskala ein. In der Schweiz bezeichnen sich die Hälfte der Befragten als glücklich und mehr als ein Drittel sogar als sehr glücklich. In Deutschland, Österreich oder den USA liegt das Glücksniveau etwas niedriger. Auch wenn solche Glücksmessungen nicht perfekt sind, so sind sie doch für wirtschaftliche, politische und soziale Fragestellungen sehr nützlich.

Welche Faktoren bestimmen unser individuelles Glücksniveau?

**Frey:** Es ist ein bunter Strauß. Zum einen sind es die Gene, die uns mehr oder aber weniger glücklich machen. Hier ist unser Einfluss naturgemäß sehr begrenzt. Dann gibt es soziodemografische Einflüsse wie das Alter. Hier gilt: Junge und alte Menschen sind am glücklichsten. In der Lebensmitte – so ab Mitte 30 – nimmt das Glück im Durchschnitt leicht ab. Es gibt aber auch politische Faktoren. Menschen, die in Demokratien leben, fühlen sich glücklicher als diejenigen, die in einer Diktatur ihr Dasein fristen. Und dann gibt es schließlich noch soziale Einflüsse wie etwa das familiäre Umfeld oder der Freundeskreis, die das Glücksniveau entweder nach oben oder nach unten bewegen.

**Zu den Fragestellungen, die bei der Vermessung des Glücks eine Rolle spielen, gehört auch die nach dem Zusammenhang von Glück und Gesundheit. Gibt es den?**

**Frey:** Ja, den gibt es! Glück wirkt sich positiv auf den Körper aus. Wer glücklich ist, der lebt gesünder und auch länger. Früher wurden solche Erkenntnisse entweder als profan oder als Ammenmärchen abgetan. Inzwischen liegt jedoch eine Vielzahl seriöser, sprich belastbarer Studien vor allem aus dem angelsächsischen Raum vor. So konnten Forscher der Columbia-Universität in New York nachweisen, dass das Risiko für einen Herzinfarkt umso geringer ist, je positiver die Lebenseinstellung ist. Britische Wissenschaftler wiederum fanden heraus, dass Menschen mit einer depressiven Neigung fast dreimal so häufig an Herzversagen sterben wie gleichaltrige Nicht-Depressive. Der positive Zusammenhang zwischen Glück und Lebenserwartung konnte schließlich im Rahmen einer groß angelegten US-Studie mit Nonnen herausgearbeitet werden.

untersucht und anschließend absichtlich mit einem Erkältungsvirus infiziert. Die sich als glücklich bezeichnenden Teilnehmer erkrankten seltener, später und nicht so schwer als die weniger glücklichen Teilnehmer. Die gleichen Effekte konnten auch für Patienten, die an einer Angststörung leiden, nachgewiesen werden. Es gibt allerdings auch Krankheiten, auf die das nicht zutrifft. Bei Krebserkrankungen etwa werden glückliche Menschen nicht schneller wieder gesund als unglückliche. Aber hier brauchen wir einfach noch mehr Forschung, um genauere Aussagen treffen zu können.

**Sie sagten, in einer Demokratie seien die Menschen glücklicher. Wie müsste denn ein Gesundheitssystem aufgebaut sein, damit sich Menschen darin zufrieden und glücklich fühlen?**

**Frey:** Mitbestimmung und Transparenz spielen eine zentrale Rolle. Aber auch die Kommunikation zwischen Arzt und Patient ist entscheidend. Es darf nicht sein, dass der Arzt irgendetwas



„Auch eine Krankenkasse kann Kunden glücklich machen.“

**Was genau hat es mit dieser Nonnenstudie auf sich?**

**Frey:** Die Wissenschaftler untersuchten die Lebensläufe von 600 US-amerikanischen Nonnen, die über einen längeren Zeitraum unter denselben Bedingungen in einem strengen Kloster lebten. Bevor die Frauen im Alter von 22 Jahren in das Kloster eintraten, wurden sie allesamt nach ihrem Glückszustand befragt. 50 Jahre später zeigte sich dann: Diejenigen Nonnen, die sich zu Beginn selbst als glücklicher bezeichneten, lebten im Schnitt zehn Jahre länger als diejenigen, die sich vor dem Klostereintritt als weniger zufrieden einstufen. Daraus lässt sich schließen, dass das Glück den Gesundheitszustand und die Lebensdauer eines Menschen bestimmt – und nicht umgekehrt. Das gilt im Übrigen nicht nur für Nonnen, sondern für alle Menschen.

**Glücklichsein wirkt also besser und schneller gegen Krankheiten als manche rote oder gelbe Tablette?**

**Frey:** Tatsächlich gibt es klare Belege, dass dem so ist. So konnte nachgewiesen werden, dass sich Glück positiv auf das Immunsystem eines Menschen auswirkt. Um dies zu belegen, wurden in einer US-amerikanischen Studie Probanden psychologisch

sagt und der Patient nur Bahnhof versteht und anschließend total verängstigt reagiert. Das habe ich jüngst in meinem privaten Umfeld erlebt, wo ein Arzt einer Bekannten, die an einem Hirntumor leidet, erklärte, sie würde noch höchstens zwei Monate leben. Die Frau nahm das wörtlich. Dabei hätte der Arzt deutlich machen müssen, dass es sich um eine Wahrscheinlichkeitsaussage handelt, nicht aber um eine individuelle Prognose.

**Gefragt sind in einer solchen existenziellen Situation also vor allem Empathie und Sensibilität seitens des Arztes?**

**Frey:** Absolut. Es gibt zum Beispiel eine interessante Untersuchung zu Scheidungen, aus der das Folgende hervorgeht: Selbst wenn jemand schlecht bei der Scheidung abschneidet, der Richter hat sich aber im Verlauf des Verfahrens intensiv mit ihm und seinen Argumenten beschäftigt, dann ist der Betroffene am Ende zufriedener als wenn alles so gelaufen wäre wie erhofft. Es ist halt nicht nur das Ergebnis, das zählt, sondern auch der Prozess sowie die Art und Weise, wie Professionelle mit Laien kommunizieren. Darauf müsste in der Medizin und der Ausbildung junger Ärzte noch mehr Gewicht gelegt werden.

„Selbst im Kloster gilt:  
Zufriedene Nonnen  
leben länger.“



Menschen kommen als Patienten zum Arzt und als Versicherte zur Krankenkasse. Was kann eine Versicherung tun, um den Einzelnen zufriedener und damit glücklicher zu machen?

**Frey:** Auch hier ist eine stärkere Interaktion entscheidend. Ich kann mich noch gut erinnern: Früher rief ein Versicherter bei seiner Kasse an und wurde von einer Stelle zur nächsten weitergeleitet. Wenn er „Glück“ hatte, landete er irgendwann beim richtigen Ansprechpartner. Wenn er Pech hatte, flog er aus der Leitung, oder es fühlte sich niemand zuständig für ihn und sein Anliegen. Das hat sich mittlerweile Gott sei Dank geändert. Heute gibt es in der Regel einen festen Ansprechpartner – so wie bei den Banken auch. Eine Schweizer Krankenkasse wirbt neuerdings sogar mit dem Slogan: „Uns interessiert nicht der Durchschnitt – wir beschäftigen uns mit Ihnen!“ Wenn solche Botschaften real erlebbar werden für Versicherte, dann fühlen sie sich mit Sicherheit zufriedener und in der Folge auch glücklicher mit ihrer Krankenkasse.

Wenn wissenschaftlich erwiesen ist, dass Unglück anfällig macht für bestimmte Krankheiten und umgekehrt Glück vor bestimmten Erkrankungen schützt, dann ist Abhilfe angezeigt. Lässt sich das Glücklichein möglicherweise erlernen?

**Frey:** Ich denke schon. Auch wenn wir wissen, dass unsere Gene zu 40 bis 60 Prozent unser persönliches Glücksniveau bestimmen, kann jeder von uns zumindest versuchen, sich selbst ein bisschen glücklicher zu machen. Jeder kann sich selbst beibringen, dass ein halb volles Glas halb voll und nicht halb leer ist. Dass, wenn man einmal betrübt ist, ein Spaziergang an der frischen Luft schon ein wenig weiterhilft. Das sind übrigens keine Ratschläge eines Ökonomen wie mir, sondern das haben Psychologen experimentell untersucht. Und es funktioniert! Wichtig ist, dass jeder von uns einfach prinzipiell versucht, die Welt zuerst mal positiv zu sehen, nicht negativ.

Braucht es am Ende eventuell ein eigenes Schulfach zum Thema Glück oder eine Unterrichtseinheit im Sozialkundeunterricht zur Frage, wie man glücklich wird und es auch bleibt?

**Frey:** Solche Ideen gefallen mir ehrlich gesagt überhaupt nicht. Die Vorstellung, da steht ein alter Lehrer vor mir und hält mir eine Predigt, wie ich glücklich sein soll, finde ich nicht besonders



amüsant. Da sind der Pädagogik Grenzen gesetzt. Stellen Sie sich vor, Sie kriegen im Schulfach Glück die Note drei: Was sagt das aus? Wenn ein Schüler gut in Englisch oder Deutsch ist, dann freut er sich, weil er etwas gut kann. Glück ist also gewissermaßen das Nebenprodukt einer guten Bildung, einer guten Ausbildung, eines guten Zeugnisses. Und das ist das richtige Glück. Wenn wir dem Glück nachrennen wollen, das wusste schon der Dramatiker und Lyriker Bertold Brecht, dann entschwindet es uns. Es lässt sich nicht einfach wie ein Stück Papier anfassen und in irgendeine Tasche oder Schublade packen. ■

Das Interview führte Thomas Hommel.

## Zur Person

**Professor Dr. Dr. Bruno S. Frey**, geboren 1941 in Basel, lehrt seit 1977 Volkswirtschaftslehre an der Universität Zürich und ist seit 2010 Professor of Behavioural Science an der Warwick Business School der University of Warwick in Großbritannien. Zudem ist Bruno S. Frey als Gastprofessor an mehreren europäischen Universitäten tätig, unter anderem in Göttingen. Zu seinen primären Forschungsgebieten gehören die Anwendung der Ökonomie auf nicht-wirtschaftliche Bereiche und die Verbindung zwischen Wirtschaft und Psychologie. Frey hat mehr als 600 Aufsätze in diversen Wissenschaftszeitschriften publiziert. Er ist verheiratet und lebt mit seiner Frau in Zürich.

NIEDERLANDE



# Reform auf Realitätskurs

Vor rund sieben Jahren haben die Niederlande ihr Gesundheitssystem reformiert: Die Trennung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung ist aufgehoben, für alle Bürger gelten gleiche Konditionen.

Doch die Finanzierung über Pauschalbeiträge mit Sozialausgleich hat ihre Tücken. Schlussfolgerungen für Deutschland ziehen **Stefan Greß, Stephanie Heinemann** und **Willemijn Schäfer**.

**D**ie Reform des niederländischen Systems der Krankenversicherung aus dem Jahr 2006 hat auch in Deutschland aus mehreren Gründen für Aufsehen gesorgt. Zum einen ist es den Niederlanden gelungen, die soziale Krankenversicherung und die private Krankenvollversicherung in einem gemeinsamen Markt zu integrieren. Zum anderen hat das Land die Finanzierung der Krankenversicherung umgestellt. Es gilt nunmehr der Grundsatz, dass die eine Hälfte der Ausgaben der Krankenversicherer durch einkommensabhängige Beiträge und die andere Hälfte der Ausgaben durch Pauschalbeiträge finanziert werden (siehe Kasten „Eckpunkte der niederländischen Gesundheitsreform von 2006“ auf Seite 35). Da die Pauschalbeiträge einkommensunabhängig für alle in gleicher Höhe anfallen, gibt es einen steuerfinanzierten Sozialausgleich.

Die Reform wurde vergleichsweise geräuschlos und ohne größere Reibungen umgesetzt – dies gilt vor allem für die Zusammenführung von sozialer und privater Krankenvollversicherung. Allerdings erfüllten sich die Erwartungen an einen regulierten Wettbewerb der Krankenversicherer untereinander – vor allem im Hinblick auf Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung – bisher nicht vollständig.

**Mengenausweitungen lassen Ausgaben steigen.** Zu wachsender Besorgnis führt jedoch vor allem die jüngste Ausgabenentwicklung. Nach Angaben des niederländischen Statistikamtes (Centraal Bureau voor de Statistiek, CBS) ist der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt von 13,1 Prozent im Jahr 2006 auf 14,9 Prozent im Jahr 2011 gestiegen. Eine ähnliche Entwicklung zeigt sich bei den Gesundheitsausgaben pro Kopf: Sie sind im gleichen Zeitraum von 4.327 Euro auf 5.375 Euro gestiegen. Genauere Analysen zeigen, dass die zentrale Ursache für diesen Ausgabenanstieg eine Mengenausweitung ist – vor allem im Krankenhaus und in der fachärztlichen Versorgung. Dieser Mengenanstieg ist insofern nicht überraschend, als dass der Gesetzgeber in den letzten zehn Jahren den Krankenhäusern und den in den stationären Einrichtungen tätigen Fachärzten finanzielle Anreize zur Kapazitätsausweitung gesetzt hat. Bis dahin gab es für die Versicherten immer wieder Probleme mit Wartelisten.

**Selbstbehalt soll Pauschalbeitrag begrenzen.** Die Hauptursache für das Ausgabenwachstum in den Niederlanden ist damit ein sehr spezifisches Problem und nicht zentrales Thema dieses Beitrags. Wir haben uns vielmehr mit der Frage beschäftigt, welchen Einfluss der Ausgabenanstieg auf den niederländischen Finanzierungsmix aus einkommensabhängigem Beitrag, Pauschalbeitrag und steuerfinanziertem Sozialausgleich hat. Abschließend leiten wir Schlussfolgerungen für die gesundheitspolitische Diskussion in Deutschland ab.

Die steigenden Gesundheitsausgaben spiegeln sich im Anstieg des einkommensunabhängigen Pauschalbeitrags wider (siehe Tabelle „Pauschalbeitrag zur Krankenversicherung und Sozialausgleich von 2006 bis 2011“ auf Seite 36). Der durchschnittliche jährliche Pauschalbeitrag hat sich von 1.027 Euro im Jahr 2006

auf 1.188 Euro im Jahr 2011 erhöht. Auffällig ist die Absenkung des Pauschalbeitrags im Jahr 2008. Ursache hierfür ist kein Ausgabenrückgang, sondern die Einführung eines obligatorischen Selbstbehalts von 150 Euro pro Jahr. Erhält ein Versicherter Gesundheitsleistungen, muss er sie bis zu dieser Höhe aus eigener Tasche bezahlen – zusätzlich zum Pauschalbeitrag. Ausgenommen vom Selbstbehalt sind allerdings Besuche beim Hausarzt. Bis zum Jahr 2011 ist der Selbstbehalt in kleinen Schritten auf 170 Euro pro Jahr gestiegen. Deutlich spürbarer sind die Anstiege des Selbstbehalts in den Folgejahren. Im Jahr 2012 wurde er auf 220 Euro erhöht, seit 2013 beträgt er sogar 350 Euro jährlich.

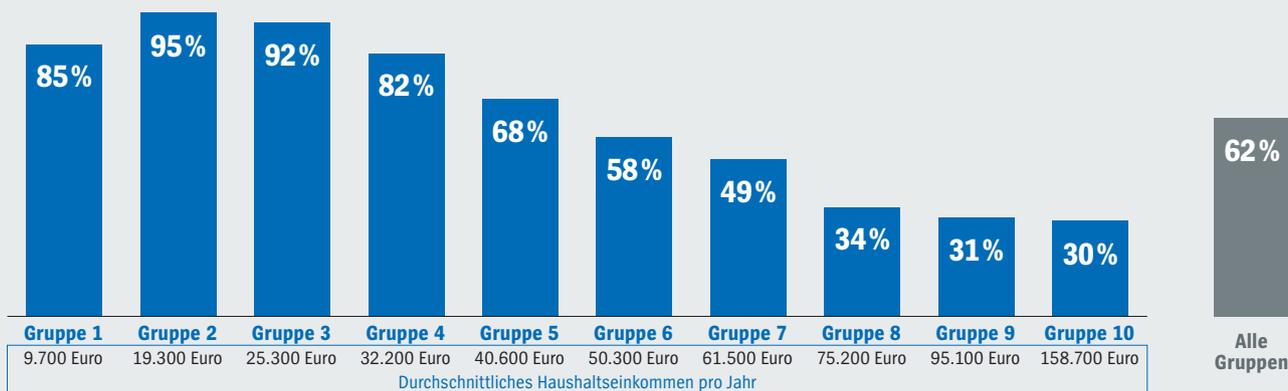
Der Selbstbehalt soll einerseits den Anstieg des Pauschalbeitrags bremsen. Andererseits soll er die Inanspruchnahme von Leistungen begrenzen. Dieses Ziel lässt sich allerdings kaum erreichen, weil der Hausarzt in den Niederlanden eine Gatekeeper-Funktion hat, das heißt, er entscheidet über die Weiterbehandlung bei einem Facharzt. Die Patienten haben daher nur geringen Einfluss auf die Inanspruchnahme der fachärztlichen Versorgung.

Der Beitragssatz für die einkommensabhängige Beitragskomponente betrug bei der Einführung der Reform 6,5 Prozent und ist bis zum Jahr 2011 auf 7,75 Prozent angestiegen. Im Jahr 2012 sank der Beitragssatz auf 7,1 Prozent, ein Jahr später ist der Beitragssatz wieder auf 7,75 Prozent gestiegen. Gleichzeitig wurde die Beitragsbemessungsgrenze von 33.427 Euro auf inzwischen 50.853 Euro jährlich angehoben.

**Ausgaben für Sozialausgleich haben sich verdoppelt.** Steigende Pauschalbeiträge ziehen wachsende Ausgaben für den steuerfinanzierten Sozialausgleich nach sich. Er wird in den Niederlanden haushaltsbezogen gezahlt. Nach Angaben des Statistik-

## Mehr als die Hälfte aller Haushalte bekommen Sozialausgleich

Inanspruchnahme Sozialausgleich in Prozent aller Haushalte nach Einkommensgruppen 2011



Der niederländische Staat pumpt immer mehr Steuern in den Sozialausgleich. Dieser soll Versicherte mit niedrigem Einkommen vor finanzieller Überforderung durch den Pauschalbeitrag zur Krankenversicherung schützen. Teilt man die Gesamtzahl aller niederländischen Haushalte nach ihrem Einkommen in zehn gleich große Gruppen ein, haben im Jahr 2011 in den drei

niedrigsten Einkommensgruppen erwartungsgemäß rund 90 Prozent aller Haushalte entsprechende Mittel bezogen. Gleichzeitig haben jedoch auch in den drei höchsten Einkommensgruppen jeweils rund ein Drittel aller Haushalte Sozialausgleich bezogen.

Quelle: Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)

amtes CBS haben sich diese Ausgaben von 2,5 Milliarden Euro im Jahr 2006 auf 4,7 Milliarden Euro im Jahr 2011 fast verdoppelt. Eine ähnliche Entwicklung gilt für die Transfers pro Haushalt. Im Jahr 2006 haben die Haushalte mit Sozialausgleich im Durchschnitt etwa 550 Euro pro Jahr erhalten – im Jahr 2011 ist dieser Betrag auf rund 1.000 Euro gestiegen.

Befürworter eines steuerfinanzierten Sozialausgleichs argumentieren, dass sich mit diesem Verfahren Umverteilungsprozesse zielgenauer organisieren lassen als das im Beitragssystem erfolgen kann. In den Niederlanden kann der Sozialausgleich diesen Anspruch bisher nicht erfüllen (siehe Abbildung „Mehr als die Hälfte aller Haushalte bekommen Sozialausgleich“ auf Seite 34). Nach CBS-Angaben bezogen im Jahr 2011 rund 62 Prozent aller Haushalte Zahlungen aus dem Sozialausgleich. In den drei niedrigsten Einkommensgruppen in der niederländischen Gesellschaft liegt dieser Anteil erwartungsgemäß bei rund 90 Prozent – danach geht er deutlich zurück. Beachtlich ist allerdings, dass auch in den drei höchsten Einkommensgruppen etwa jeder dritte Haushalt einen Sozialausgleich bezieht.

**Pläne zur Abschaffung der Pauschalbeiträge scheitern.** Für kontroverse Diskussion haben die Pläne der im Herbst 2012 neu gewählten sozial-liberalen Koalition unter Ministerpräsident Mark Rutte gesorgt, die Finanzierung der Krankenversicherung vollständig auf einkommensabhängige Beiträge umzustellen. Dieses Vorhaben war Bestandteil eines im Koalitionsvertrag von Rechtsliberalen und Sozialdemokraten ausgehandelten Sparpakets. Es sollte dazu beitragen, dass die Verschuldungsquote der öffentlichen Haushalte in den Niederlanden im Jahr 2013 wieder unter drei Prozent sinkt. Allein durch die Abschaffung der Pauschalbeiträge und damit des Sozialausgleichs sollten knapp fünf Milliarden öffentliche Ausgaben eingespart werden.

#### Eckpunkte der niederländischen Reform von 2006

Mit der Gesundheitsreform von 2006 haben die Niederlande gesetzliche und private Krankenvollversicherung zusammengelegt – für die gesamte Wohnbevölkerung gibt es nun nur noch eine Bürgerversicherung. Die damals schon bestehende Bürgerversicherung für Pflege und Langzeitversorgung (inklusive Klinikaufenthalte, Psychiatrie) und die private Zusatzversicherung sind erhalten geblieben.

Die Beiträge zur Krankenversicherung werden wie folgt kalkuliert: 50 Prozent sind einkommensunabhängig und vom Versicherten zu finanzieren (Pauschalbeitrag). Um die Versicherten mit niedrigen Einkommen vor finanzieller Überforderung zu schützen, ist ein steuerfinanzierter Sozialausgleich eingeführt worden. Seit 2008 gibt es einen obligatorischen Selbstbehalt: Versicherte, die Leistungen beanspruchen, werden an den Kosten mit einem Betrag von aktuell jährlich 350 Euro selbst beteiligt. Die andere Hälfte des Krankenversicherungsbeitrags wird einkommensabhängig kalkuliert.

Zugleich haben die Versicherten mehr Wahlrechte erhalten: Sie können sich für Sachleistung oder Kostenerstattung entscheiden. Zudem sind unterschiedliche Tarife möglich (freiwilliger Selbstbehalt, Zugang zu einem Kreis von ausgewählten Leistungsanbietern).

Quelle: Greß, Groenewegen, Hoepfner (G+G 2/2005)



In den Niederlanden sollen künftig weniger Versicherte Anspruch auf einen Sozialausgleich haben.

Ministerpräsident Mark Rutte musste allerdings nur wenige Wochen nach Vorstellung des Koalitionsvertrags einen Rückzieher machen – vor allem wegen massiven Widerstands in seiner eigenen Partei. Die Gegner des Plans befürchteten insbesondere eine überproportionale Belastung von Versicherten mit höheren Einkommen – und damit einer wichtigen Wählerklientel. Für große Aufmerksamkeit in der Diskussion sorgte etwa die Tageszeitung „De Telegraaf“, indem sie den Ministerpräsidenten als „Marx“ Rutte betitelte.

Stattdessen hat die Regierung eine Reihe anderer Regelungen beschlossen, um den steigenden Finanzierungsbedarf durch den Sozialausgleich zu begrenzen. Erstens plant sie, die Anforderungen an die Anspruchsberechtigung zu verschärfen. Die Einkommensgrenze für den Bezug des Sozialausgleichs soll voraussichtlich in vier Schritten bis 2015 nach und nach gesenkt werden. Außerdem sollen bei der Anspruchsprüfung zukünftig Vermögen berücksichtigt werden. Dies war bisher nicht der Fall. Auch die oben erwähnte massive Erhöhung des jährlichen Selbstbehalts auf 350 Euro im Jahr 2013 dämpft den Anstieg des Pauschalbeitrags und damit den Finanzbedarf für den Sozialausgleich.

**Deutschland weist Ähnlichkeiten und Unterschiede auf.** Die Beobachtungen in den Niederlanden lassen einige interessante Schlussfolgerungen für die weitere Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland zu. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es neben Ähnlichkeiten im Finanzierungssystem auch eine Reihe von wichtigen Unterschieden gibt.

Die erste Gemeinsamkeit besteht darin, dass die GKV im Grundsatz auf die gleichen Finanzierungsinstrumente angewiesen ist wie die Krankenversicherung in den Niederlanden – nämlich auf eine einkommensabhängige und eine einkommensunabhängige Komponente sowie Steuermittel. Die Steuermittel dienen in Deutschland wie in den Niederlanden sowohl zur

Finanzierung des Sozialausgleichs als auch zur Teilfinanzierung der Ausgaben. Der wichtigste Unterschied besteht gleichzeitig darin, dass in Deutschland zumindest im Status quo Zusatzbeiträge noch nicht in nennenswertem Umfang erhoben werden. Damit ist der Finanzierungsanteil durch einkommensunabhängige Beiträge verschwindend gering, und die Finanzierung des Sozialausgleichs stellt aktuell kein Problem dar. Dies wird sich erst ändern, wenn die finanziellen Reserven im Gesundheitsfonds und bei den einzelnen Krankenkassen abgeschmolzen sind.

Ein weiterer wichtiger Unterschied besteht in der Zweckbindung der Steuermittel, die zur Teilfinanzierung von Ausgaben dienen. In den Niederlanden müssen diese Steuermittel in die Gesundheitsausgaben für Kinder und Jugendliche fließen. In Deutschland dagegen ist der Bundeszuschuss aus Steuermitteln nur lose an die Aufwendungen der Krankenkassen für sogenannte versicherungsfremde Leistungen gebunden.

**Europäische Schuldenbremse engt Steuerfinanzierung ein.** Eine zweite Gemeinsamkeit zwischen den beiden Ländern besteht darin, dass der Spardruck in den Staatshaushalten die Spielräume für die Steuerfinanzierung in der Krankenversicherung zunehmend einengt – in den Niederlanden noch mehr als in Deutschland. Der europäische Fiskalpakt mit Regelungen zur Schulden-Senkung in den Mitgliedsstaaten lässt ab 2014 ein „strukturelles Defizit“ von nur noch 0,5 Prozent des Bruttoinlandsprodukts zu. Unter strukturellem Defizit wird der Teil des Staatsdefizits verstanden, der nicht auf konjunkturelle Schwankungen zurückzuführen ist, sondern etwa auf zusätzliche Aufgaben. In den Niederlanden ist der Konsolidierungsbedarf noch höher als in Deutschland. Doch gibt es in beiden Ländern erste Versuche, die Haushaltskonsolidierung zulasten der Krankenversicherung zu betreiben. Wie oben dargestellt, ist die neue niederländische Regierung zunächst mit dem Versuch gescheitert, die Pauschalfinanzierung und damit den steuerfinanzierten Sozialausgleich abzuschaffen. Auch in Deutschland

muss Gesundheitsminister Daniel Bahr einen Konsolidierungsbeitrag für die Jahre 2013 und 2014 leisten. Im Jahr 2013 soll der Bundeszuschuss von 14 Milliarden Euro auf 11,5 Milliarden Euro sinken, im Jahr darauf von geplanten 14 Milliarden Euro auf 10,5 Milliarden Euro.

**Definition beitragspflichtiger Einnahmen erweitern.** Gemeinsam sind beiden Ländern die Möglichkeiten, auf steigende Gesundheitsausgaben mit Änderungen bei der Finanzierung der Krankenversicherung zu reagieren. Dies machen die jüngsten Entwicklungen in den Niederlanden besonders deutlich. Zum einen hat der Gesetzgeber in den Niederlanden auf die steigenden Pauschalbeiträge durch die Einführung und sukzessive Erhöhung eines obligatorischen Selbstbehalts reagiert. Das entlastet die Krankenversicherungen und die Versicherten, belastet aber die Patienten, also diejenigen, die tatsächlich Gesundheitsleistungen beziehen. In Deutschland ist der Gesetzgeber mit der Abschaffung der Praxisgebühr jüngst den umgekehrten Weg gegangen. Insofern wäre den GKV-Versicherten hier ein Strategiewechsel schwer zu vermitteln.

Eine weitere Option wäre eine Verschärfung der Anspruchsberechtigung für den Sozialausgleich, wie sie der Gesetzgeber in den Niederlanden jetzt beschlossen hat. Bei steigenden Zusatzbeiträgen und entsprechenden Anforderungen an den Sozialausgleich wäre dies eine Möglichkeit, die auch der Gesetzgeber in Deutschland – zumindest in der gegenwärtigen politischen Konstellation – in Erwägung ziehen könnte.

In den Niederlanden hat der Gesetzgeber darüber hinaus das Aufkommen aus der einkommensabhängigen Beitragskomponente erhöht. Dazu hat er die Beitragsbemessungsgrenze angehoben und damit die Definition der beitragspflichtigen Einnahmen erweitert.

Diese Möglichkeiten stehen dem Gesetzgeber grundsätzlich auch in Deutschland zur Verfügung. Im GKV-Finanzierungsgesetz, das Anfang 2011 in Kraft getreten ist, hat die schwarz-

## Pauschalbeitrag zur Krankenversicherung und Sozialausgleich von 2006 bis 2011

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Durchschnittlicher Pauschalbeitrag pro Jahr in Euro	1.027	1.091	1.040	1.056	1.082	1.188
Obligatorischer Selbstbehalt in Euro pro Jahr	–	–	150	155	165	170
Ausgaben Sozialausgleich in Millionen Euro	2.503	2.706	3.357	3.570	3.835	4.714
Sozialausgleich pro Haushalt in Euro (Durchschnitt)	552	588	737	797	854	1.008

In den Niederlanden ist der Pauschalbeitrag zur Krankenversicherung seit seiner Einführung (2006) stetig gestiegen. 2011 hatten die Versicherten zusätzlich zum einkommensabhängigen Beitrag (7,75 Prozent) im Durchschnitt 1.188 Euro einkommensunabhängigen Beitrag zu zahlen. Immer mehr

Haushalte haben daher Anspruch auf den steuerfinanzierten Sozialausgleich. Die Ausgaben dafür verdoppelten sich nahezu: Von insgesamt 2,5 Milliarden Euro im Jahr 2006 auf 4,7 Milliarden Euro im Jahr 2011.

Quelle: *Quelle: Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), Vektis*

gelbe Bundestagsmehrheit jedoch den einkommensabhängigen Beitragssatz festgeschrieben. Dieser Systematik nach müssen Ausgabensteigerungen zukünftig ausschließlich von den Versicherten über Zusatzbeiträge getragen werden. Eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze, die die Definition der beitragspflichtigen Einnahmen erweitert, hat die derzeitige Bundesregierung überhaupt noch nicht ernsthaft erwogen.

**Konsolidierung als Argument für eine Bürgerversicherung.** Vor dem Hintergrund des akuten und sich zukünftig weiter verschärfenden Konsolidierungsbedarfs der Staatshaushalte sprechen viele Argumente dafür, die Finanzierung der Krankenversicherung von steuerlichen Zuschüssen weitgehend unabhängig zu machen. In den Niederlanden ist dies einerseits gelungen, weil die Teilfinanzierung der Krankenversicherung an eine klare Zweckbindung der entsprechenden Mittel gekoppelt ist. Dies wäre in Deutschland schwieriger, weil eine solche Bindung die Begehrlichkeiten der privaten Krankenversicherer wecken würde. Dagegen ist die völlige Umstellung auf einkommensabhängige Beiträge in den Niederlanden vorerst gescheitert.

Aus gesundheitspolitischer Sicht ist es ein Vorteil, dass es in der GKV noch keinen Finanzierungsbedarf für den steuerfinanzierten Sozialausgleich gibt. Was bisher nur auf dem Papier steht, kann leichter abgeschafft werden. Eine (Wieder-)Einführung eines ausschließlich auf einkommensabhängigen Beiträgen beruhenden Finanzierungsmodells würde die Abhängigkeit von der Steuerfinanzierung des Sozialausgleichs vermeiden. Die Erfahrungen in den Niederlanden widerlegen zudem das Argument von der höheren Zielgenauigkeit und Gerechtigkeit eines steuerfinanzierten Sozialausgleichs.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass eine Rückkehr zum Beitragssatz-Wettbewerb zwingend mit einem vollständigen Finanzkraftausgleich einhergehen muss. Andernfalls würden nicht wünschenswerte Anreize zur Risikoselektion auf der Basis des Einkommens der Versicherten gesetzt.

Durch eine nachhaltige Finanzierung des einkommensabhängigen Beitrags kann darüber hinaus nach und nach die Abhängigkeit vom steuerfinanzierten Bundeszuschuss entfallen. Mit einer Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, der Einbezug von Vermögenseinkommen bei der Beitragsbemessung und mit der Zusammenführung von GKV und privater Krankenvollversicherung zu einer Bürgerversicherung sinkt die Notwendigkeit zur Steuerfinanzierung. Auf diese Art und Weise wird der steigende Konsolidierungsbedarf des Staatshaushalts unter Umständen zum entscheidenden politischen Argument für die Einführung einer Krankenversicherung, in die alle Bürger des Landes einzahlen – auch die mit den höheren Einkommen.

**Schwächen des Beitragssystems beseitigen.** Zusammenfassend lassen sich aus den aktuellen Entwicklungen in den Niederlanden drei zentrale Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung der Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland ziehen. Erstens zeigen die Erfahrungen in den Niederlanden sehr deutlich, dass der Spielraum für die Steuerfinanzierung von Gesundheitsausgaben beziehungsweise eines Sozialausgleichs nicht nur in Deutschland zurückgeht. Verant-



In den Niederlanden ist der Spardruck weitaus größer als in Deutschland.

wortlich für diese Parallelentwicklung sind nicht zuletzt die Konsolidierungsanforderungen im Rahmen des europäischen Fiskalpacts. Zweitens zeigen die Erfahrungen mit dem Sozialausgleich in den Niederlanden, dass dieser eine Umverteilung von Einkommen nicht zwingend zielgenauer organisiert als dies in einem System mit einkommensabhängigen Beiträgen möglich ist. Drittens plädieren die Autoren abschließend auch vor dem Hintergrund der aktuellen Erfahrungen in den Niederlanden dafür, die Schwächen des Beitragssystems in der GKV durch die Einführung einer Bürgerversicherung zu beseitigen, statt sich auf das unsichere Finanzierungsinstrument Steuerfinanzierung zu verlassen. ■

**Prof. Dr. Stefan Greß** ist Professor für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie und Dekan des Fachbereichs Pflege und Gesundheit an der Hochschule Fulda.

**Stephanie Heinemann, M. Sc.**, ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Fachbereich Pflege und Gesundheit an der Hochschule Fulda.

**Willemijn Schäfer, M. Sc.**, ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Netherlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) in Utrecht.

**Kontakt: Stefan.Gress@pg.hs-fulda.de**

#### Web- und Lesetipps

- Stefan Greß, Peter Groenewegen, Karin Hoepfner: **Die Reform-Mühle dreht sich wieder.** G+G 2/2005, S. 20–25.
- Stephanie Heinemann, Stefan Greß: **Managed Competition in den Niederlanden – Was sagen die Stakeholder?** pg papers 1/2013, Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda.
- W. Schäfer et al.: **The Netherlands: Health system review.** Health Systems in Transition 1/2010, S. 1–229.
- **www.cbs.nl** Homepage des niederländischen Statistikamtes Centraal Bureau voor de Statistiek

# Enger Zeitrahmen für Nachforderung

Hat eine Klinik ihre Schlussabrechnung mit der Krankenkasse nicht ausdrücklich unter konkreten Vorbehalt gestellt, kann sie weitere Leistungen nicht erst Jahre später nachträglich abrechnen. Ihre Nachforderung muss zeitnah erfolgen. Dies hat das Bundessozialgericht entschieden. **Von Anja Mertens**

Urteil vom 13. November 2012  
– B 1 KR 6/12 R –  
Bundessozialgericht

**In dem Fall**, den das Bundessozialgericht (BSG) zu entscheiden hatte, war umstritten, ob ein Krankenhaus, das die Behandlung eines Patienten bereits mit der Krankenkasse abgerechnet hatte, im Nachhinein weitere Vergütungen verlangen darf. Eine Universitätsklinik behandelte in der Zeit vom 15. Februar bis 7. März 2005 einen 1925 geborenen Patienten wegen Atherosklerose (Verkalkung der Arterien) und eines akuten Herzinfarkts, den er während des Klinikaufenthalts erlitt. Das Krankenhaus stellte der Kasse am 15. März 2005 rund 15.610 Euro abschließend in Rechnung (Schlussrechnung). Diese zahlte den Betrag Anfang April 2005. Jahre später bemerkte die Klinik, dass sie vergessen hatte, die Nebendiagnosen Kaliummangel und Bluthochdruck zu kodieren und gegebene Blutkonserven und Plasmapräparate abzurechnen. Am 30. November 2009 forderte sie rund 3.728 Euro nach.

**Gegen Treu und Glauben verstoßen.** Die Kasse lehnte es ab, den nachgeforderten Betrag nach der bereits vor Jahren erfolgten Endabrechnung zu zahlen. Die Klinik sah dies anders und berief sich auf die Rechtsprechung des BSG. Die Voraussetzungen für die Ablehnung der Nachberechnung seien nicht erfüllt. Ihre Klage vor dem Sozialgericht blieb ohne Erfolg. Daraufhin legte sie Berufung beim Landessozialgericht (LSG) ein und bekam Recht. Eine Schlussrechnung dürfe innerhalb von sechs Wochen nach Rechnungsstellung korrigiert werden. Nach dieser Frist sei eine Nachforderung zuläs-

sig, wenn sie – wie in diesem Fall – mehr als 100 Euro (seit 25. März 2009 über 300 Euro) und mindestens fünf Prozent des Ausgangsrechnungswerts ausmache. Gegen dieses Urteil legte die Kasse Revision beim BSG ein – mit Erfolg. Die Bundesrichter hoben das LSG-Urteil auf. Die Erstinstanz habe zu Recht die Zahlungsklage abgewiesen, da die Nachforderung mehr als vier Jahre nach erteilter Schlussrechnung gegen Treu und Glauben (Paragraf 242 Bürgerliches Gesetzbuch)

**Kassen müssen sich darauf verlassen können, dass die Leistungen vollständig und korrekt abgerechnet werden.**

verstößt. Bei dauerhaften Vertragsbeziehungen seien die Beteiligten zur gegenseitigen Rücksichtnahme verpflichtet.

Den Kliniken sei bekannt, dass die Kassen die Höhe ihrer Beiträge grundsätzlich bezogen auf das Kalenderjahr kalkulieren müssten – auch wenn inzwischen aufgrund der Einführung des Gesundheitsfonds nur noch geringere Gestaltungsmöglichkeiten bestehen würden. Habe eine Klinik ihre Leistungen einer Kasse abschließend und ohne Vorbehalt in Rechnung gestellt, sei eine Korrektur nach über einem Jahr nicht mehr möglich.

Schließlich benötigten die Kassen tragfähige Berechnungsgrundlagen. Dafür müssten sie sich aber auf die Schlussrechnung von Kliniken verlassen können.

Die Kliniken ihrerseits seien prinzipiell in der Lage, korrekt abzurechnen. Die geltenden Abrechnungsbestimmungen und Fallpauschalen seien einfach strukturiert, damit die Krankenhäuser diese auch sachgerecht anwenden können. Beständen auf Seiten der Kliniken dennoch Unsicherheiten bei der Anwendung von Abrechnungsbestimmungen, sei es Aufgabe der Vertragspartner, diese zu beheben, indem sie beispielsweise die Fallpauschalen- und Sonderentgeltkataloge weiterentwickeln. Der Gesetzgeber habe ja auch die Krankenhausvergütung als jährlich weiter zu entwickelndes und „lernendes System“ angelegt. Könnten sich die Vertragspartner nicht einigen, sei zunächst die Schiedsstelle anzurufen, bevor sich die Gerichte mit der Frage befassen könnten, ob Vergütungen angemessen sind oder nicht.

**Klinik kann Vorbehalt erklären.** Selbst bei auslegungsbedingten Abrechnungsunsicherheiten, so das BSG, könne den Krankenhäusern zugemutet werden, in ihrer Schlussrechnung explizit Vorbehalte zu erklären, um den Krankenkassen die Bildung von Rückstellungen für eventuell nachzufordernde Beträge zu ermöglichen. In diesem Zusammenhang könne das Krankenhaus nicht geltend machen, dass in der elektronischen Abrechnung

## TIPP FÜR JURISTEN



Die aktuelle Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs im Arzthaftungsrecht und Neuerungen im Vertragsarztrecht behandelt das „3. Münchener Symposium Medizinrecht“. Es findet am 3. Mai in München statt. Veranstalter ist das Deutsche AnwaltsForum. Mehr Infos: [www.deutsches-anwaltsforum.de](http://www.deutsches-anwaltsforum.de) > Seminarkalender

kein Feld vorgesehen sei, in dem sich ein Vorbehalt eintragen lasse. Schließlich könne die Klinik statt elektronisch auch schriftlich abrechnen und hierbei einen Vorbehalt ausdrücklich erklären. Auch wäre es ihr möglich, mit der Krankenkasse eine Eingabemaske auf der elektronischen Abrechnung zu vereinbaren, in die dann der Vorbehalt eingetragen wird.

Außerdem, so das BSG weiter, müsse dem Krankenhaus doch klar sein, welche Leistungen es erbracht hat. Schon im Interesse an einer funktionierenden arbeitsteiligen Versorgung der Patienten habe es seine Leistungen zu dokumentieren. Und die Krankenkassen müssten sich darauf verlassen können, dass die erbrachten Leistungen vollständig und zutreffend abgerechnet werden. Nachforderungen lösten bei den Kassen Doppelprüfungen aus. Sie müssten nicht nur nach der ersten, sondern auch nach der zweiten oder einer weiteren Schlussrechnung überprüfen, ob die Abrechnung sachlich und rechnerisch richtig ist oder ob Anlass besteht, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einzuschalten.

**An die Sorgfaltspflicht erinnert.** Zugleich stellte das BSG klar, dass die Krankenkassen eine Nachforderung nicht einfach mit der Begründung ablehnen dürfen, die Schlussrechnung enthalte keinen Vorbehalt. Vielmehr müssten sie einer Klinik die Möglichkeit geben, offensichtliche und ins Auge springende Schreib- und Rechnungsfehler zu korrigieren. Dies gebiete die gegenseitige Rücksichtnahme nach Treu und Glauben. Kassen müssten es aber nicht hinnehmen, dass Krankenhäuser ihre Abrechnung noch nach Jahren nachträglich um Positionen ergänzen, die sie bei normaler Sorgfalt von Anfang an in ihrer ersten Schlussrechnung hätten berücksichtigen können. ■

**Kommentar:** Das Bundessozialgericht hat in seiner Entscheidung zu Recht das Gebot der gegenseitigen Rücksichtnahme (Treu und Glauben) herausgestellt. Denn nur so können Vertragsbeziehungen auf Dauer funktionieren. Bei der Berechnung stationärer Leistungen muss wohl gelegentlich daran erinnert werden.

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

	INHALT	AKTUELLER STAND
<b>KARTELLRECHT</b>		
Entwurf eines Achten Gesetzes zur Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (8. GWB-ÄndG) Bundestags-Drucksache 17/9852	Anwendung des Wettbewerbsrechts auf die gesetzlichen Krankenkassen und deren Verbände; Kontrolle von Krankenkassenfusionen durch das Bundeskartellamt; ausgenommen vom Kartellverbot bleiben nur Verträge und Vereinbarungen mit Leistungserbringern, zu deren Abschluss die Krankenkassen oder ihre Verbände gesetzlich verpflichtet sind, sowie Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses.	Zweite und dritte Lesung im Bundestag war am 18.10.2012. Der vom Bundesrat angerufene Vermittlungsausschuss hat seine Beratungen am 26.2.2013 vertagt.
<b>NOTFALLSANITÄTER</b>		
Gesetz über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters sowie zur Änderung weiterer Vorschriften, Bundestags-Drucksache 17/11689	Neue Berufsbezeichnung „Notfallsanitäter“; Verlängerung der Ausbildung von zwei auf drei Jahre; Qualitätsanforderungen an Schulen und Einrichtungen der praktischen Ausbildung; Anspruch auf Ausbildungsvergütung über die gesamte Ausbildungsdauer; eigenverantwortliche medizinische Erstversorgung und Transport von Patienten durch Notfallsanitäter; praktische Ausbildung von Hebammen für Schwangerenvorsorge, außerklinische Geburt und Wochenbettverlauf auch außerhalb von Kliniken.	Zweite und dritte Lesung im Bundestag war am 28.2.2013. Der Bundesrat hat am 22.3.2013 zugestimmt.
<b>PRÄVENTION</b>		
Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention, Bundesrats-Drucksache 217/13	Erhöhung der Krankenkassen-Ausgaben für Prävention ab 2014 auf jährlich 6 Euro je Versicherten, davon mindestens 2 Euro für betriebliche Gesundheitsförderung und 1 Euro für Leistungen in Lebenswelten; Kostenübernahme der Kassen für Kinderfrüherkennungsuntersuchungen nun bis zum vollendeten 10. Lebensjahr; präventionsorientierte Beratung durch Ärzte; Anhebung des maximalen täglichen Kassenzuschusses für Präventionsangebote in anerkannten Kurorten für beruflich oder familiär besonders Belastete auf 16 Euro und für chronisch kranke Kleinkinder auf 25 Euro.	Das Bundeskabinett hat am 20.3.2013 beschlossen, den Gesetzentwurf in die parlamentarische Beratung zu geben.
<b>STERBEHILFE</b>		
Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung, Bundestags-Drucksache 17/11126	Gewerbsmäßige Förderung der Selbsttötung strafbar; Ausnahme der Strafbarkeit für Angehörige oder andere nahestehende Personen, die sich nicht gewerbsmäßig an der Tat beteiligen; Straffreiheit fürs Unterlassen oder Beenden einer medizinischen Behandlung bei Sterbenskranken (passive Sterbehilfe) und bei einer ärztlich gebotenen schmerzlindernden Medikation bei Sterbenden, die als unbeabsichtigte, aber unvermeidbare Nebenfolge den Tod beschleunigt (indirekte Sterbehilfe).	Der Bundesrat hat am 12.10.2012 Stellung genommen. Erste Lesung im Bundestag war am 29.11.2012.

Stand: 22.3.2013



## Internet-Tipp

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

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

## BREMEN/BREMERHAVEN

## Super-Bilanz nach 46 Jahren

Wolfgang Sölller brachte es bei der Verabschiedung von **Norbert Kaufhold** auf den Punkt: „Sie hinterlassen eine Super-Bilanz“, schrieb der Verwaltungsratsvorsitzende der AOK Bremen/Bremerhaven dem scheidenden Vorstandsvorsitzenden der Gesundheitskasse im besten Sinne ins Stammbuch. Vor rund 170 Gästen würdigte der Arbeitgebervertreter die Verdienste Kaufholds, der nach mehr als 46 Jahren bei der AOK in den Ruhestand trat. Steigende Versicherungszahlen, Rekordüberschüsse, motivierte Mitarbeiter – die Bilanz Kaufholds könne sich wahrlich sehen lassen, unterstrich der Präsident der Bremischen Bürgerschaft, **Christian Weber**: „Sie haben das Bremer Gesundheitswesen geprägt.“ **Fritz Schösser**, Aufsichtsratsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, dankte Kaufhold im Namen der AOK-Gemeinschaft für sein Engagement und zeichnete ihn mit der AOK-Ehrendnadel in Gold aus. Der Geehrte bedankte sich seinerseits bei sei-



Überreichten Norbert Kaufhold (l.) zum Abschied eine alte Bremer Stadtansicht in Öl: die beiden Verwaltungsratsvorsitzenden der AOK Bremen/Bremerhaven Annette Düring und Wolfgang Sölller.

nem langjährigen Stellvertreter **Heinzpeter Mühl** für die Zusammenarbeit und wünschte seinem Nachfolger **Olaf Woggan** („Ich übernehme eine gut aufgestellte AOK“) eine glückliche Hand: „Er kann Streiten mit Verträgen, aber auch Streiten ohne Verträgen“, stellte Kaufhold mit Blick auf Politik und Vertragspartner schmunzelnd fest. Zum Abschied gab's Standing Ovationen und eine alte Bremer Stadtansicht in Öl vom Verwaltungsrat der hanseatischen Gesundheitskasse. ■

## NORDOST

## Reporterkids räumen ab

Die Grund- und Oberschule Schenkenland aus dem brandenburgischen Groß Köris hat den diesjährigen AOK-Sonderpreis des Schülerzeitungswettbewerbs der Länder gewonnen. Die zwölf Nachwuchsredakteure im Alter zwischen acht und elf Jahren überzeugten die Jury mit einer Sonderausgabe zu Schulmahlzeiten. Der Preis

stand unter dem Motto: „Aufgetischt oder abgefertigt?“ Die „Reporterkids“ werden Anfang Juni im Bundesrat zusammen mit allen Gewinnern des Wettbewerbs geehrt. „Uns haben besonders das Herzblut und die Leidenschaft beeindruckt, mit der die Redaktionsmitglieder dieses komplexe Thema bearbeitet und dabei nie den Praxisbezug verloren haben“, sagte Jurymitglied **Anke Tempelmann** vom AOK-Bundesverband. Nichts sei so entscheidend für gutes Lernen wie eine ausgewogene Ernährung. Veranstalter des erstmals 2004 ausgeschriebenen Wettbewerbs sind die Jugendpresse Deutschland und die 16 Bundesländer. Der Wettbewerb will das Engagement von Schülern außerhalb des Unterrichts honorieren, demokratische Strukturen stärken und das Erlernen journalistischer Methoden fördern. Die sechs Sonderpreise werden durch die Stifter Gruner + Jahr, das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, den Bundesverband Deutscher Zeitungsverleger, die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, die Vertretung der Europäischen Kommission in Deutschland sowie die AOK vergeben. ■

## AOK aktuell

### Sommerfrische für krebskranke Jugendliche

Zehn Tage lang Meeresluft, Sport, Spiele, Ausflüge, Action und Entspannung: Zum 17. Mal bietet die AOK Rheinland/Hamburg mit ihrem Angebot LICHTBLICK krebskranken Jugendlichen die Möglichkeit zu einer Auszeit auf der Nordseeinsel Sylt. Kooperationspartner ist die Deutsche Leukämie-Forschungshilfe – Aktion für krebskranke Kinder. Nach langer Krankheitsphase und Behandlungszeit sollten die Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren neue Kraft schöpfen, Spaß haben und fernab vom Alltag wieder neue Eindrücke und Perspektiven gewinnen können, teilte die Gesundheitskasse mit. Dabei können sie von einem gesunden Freund oder einer gesunden Freundin begleitet werden. Der Freizeitaufenthalt, der in diesem Jahr vom 23. Juli bis zum 1. August stattfindet, finanziert sich über die AOK-Mitarbeiter-Spendenaktion „Cents für

ranke Pänz“ sowie Einzelspenden. Für jeden Teilnehmer der zehntägigen Sommerfreizeit fällt deshalb nur ein kleiner Eigenanteil von 50 Euro an. Das Angebot richtet sich an alle krebskranken Jugendlichen, unabhängig von einer AOK-Mitgliedschaft. Betreut werden sie vor Ort von einem Team bestehend aus Sozialpädagogen, Sozialarbeitern und einem Arzt. Mit ihrem Angebot LICHTBLICK setzt sich die AOK Rheinland/Hamburg seit 1996 für Familien mit schwer- und chronisch kranken Kindern und Jugendlichen ein. Zu den Hilfen zur Verbesserung der psychosozialen Nachsorge gehören auch die mehrtägigen Freizeiten für Kinder und Jugendliche. ■



## Präventionsprojekte ausgezeichnet

Das Beratungsportal für pflegende Angehörige [www.pflegen-und-leben.de](http://www.pflegen-und-leben.de) ist auf der Computermesse CeBIT in Hannover mit dem diesjährigen „AOK-Leonardo – Gesundheitspreis für Digitale Prävention“ geehrt worden. Das Modellprojekt der in Berlin ansässigen gemeinnützigen GmbH Catania überzeugte die Jury mit der technischen Innovation zur Förderung einer gesunden Lebensweise älterer Menschen. „Pflegerische Angehörige sind oft enormen körperlichen und seelischen Belastungen ausgesetzt. Für diese Menschen ist es wichtig, dass sie ein Ventil für ihre Sorgen haben und auf professionelle Unterstützung zurückgreifen können“, sagte **Jürgen Graalman**, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes. Neben der Auszeichnung erhielt die Organisation ein Preisgeld von 12.500 Euro. Die Preisverleihung wurde vom Medizinkabarettisten **Dr. Eckart von Hirschhausen** moderiert. Das Motto des AOK-Leonardo, dem höchstdotierten Gesundheitspreis für digitale Prävention in Deutschland, lautete: „Aktiv älter werden mit App und Web“. Ziel der AOK sei es, so Graalman, technische Innovationen mit Prävention zu verknüpfen. Gewinner des vom Bundesforschungsministerium (BMBF) mit bis zu 200.000 Euro dotierten AOK-Leonardo-Förderpreises ist das Projekt „Vera – vernetzt und aktiv: die digitale Gesundheitsbegleitung“ der Bremer Heimstiftung. Es soll Senioren mithilfe von Tablet-PCs unterstützen, möglichst selbstbestimmt körperlich und geistig



Glückliche Gesichter: Die Gewinner des AOK-Leonardo-Gesundheitspreises, Jürgen Graalman (M.), Jurymitglied Ursula Lehr (5.v.r.), Wolf-Dieter Lukas (4.v.r.) und Moderator Eckart von Hirschhausen (r.)

fit zu bleiben. **Professor Wolf-Dieter Lukas**, Abteilungsleiter im BMBF, betonte, der demografische Wandel bringe Herausforderungen mit sich, auf die es Antworten brauche. Wie diese aussehen könnten, zeigten die Preisträger des AOK-Leonardo 2013. ■

### SACHSEN-ANHALT

#### Hilfe für Kinderhospiz

Die Einrichtung eines Snoezelenraums im Kinderhospiz in den Pfeifferschen Stiftungen in Magdeburg wird von der AOK Sachsen-Anhalt finanziell unterstützt. „Unser Anspruch ist es, für jeden unserer 700.000 Versicherten im Land eine wirklich gute medizinische Versorgung sicherzustellen – und zwar in allen Lebenssituationen“, sagte **Ralf Dralle**, Vorstand der Gesundheitskasse, beim Besuch des Hospizes. Die AOK Sachsen-Anhalt wolle mit der Finanzierung des Snoezelenraums einen Rückzugsort schaffen, in dem Kinder und ihre Familien gemeinsam entspannen könnten. Ein Snoezelenraum kann für Musik- und andere Therapiemög-

lichkeiten genutzt werden. Je nach Therapieansatz können dort über unterschiedliche Ausstattungselemente auch gezielt Sinnesreize wahrgenommen werden. „Eine Mehrzahl der erkrankten Kinder und Jugendlichen ist stark bewegungseingeschränkt. Angebote im warmen Wasser helfen, die vorhandene Beweglichkeit möglichst lange zu erhalten und können die Schmerztherapie sinnvoll unterstützen“, sagte **Christoph Radbruch**, Vorstandsvorsitzender der Pfeifferschen Stiftungen. ■

### BAYERN

#### Neues Outfit für Selbsthilfe-Navi

Immer mehr Selbsthilfeeinrichtungen nutzen den frei zugänglichen Selbsthilfe-Navigator der AOK Bayern im Internet ([www.selbsthilfe-navigator.de](http://www.selbsthilfe-navigator.de)). Aktuell informieren dort mehr als 2.200 Selbsthilfegruppen. Um Hilfesuchende und Selbsthilfeeinrichtungen noch effektiver zu unterstützen, hat die Gesundheitskasse den Navigator neu gestaltet und mit weiteren Funktionen ausgestattet. Menschen, die

Hilfe und Austausch bei der Bewältigung einer chronischen oder schweren Krankheit oder einer Behinderung suchen, können dort eine Gruppe in ihrer Nähe finden. ■

### BADEN-WÜRTTEMBERG

#### Nachsorge für Schwerkranke

Einrichtungen, die sich um die Nachsorge von bei der AOK Baden-Württemberg versicherte schwerkranke Kinder und Frühchen kümmern, erhalten eine höhere Vergütung. Die Gesundheitskasse und der Bundesverband Bunter Kreis unterzeichneten einen Vertrag, demzufolge die Vergütung in zwei Schritten um acht Prozent angehoben wird. Die AOK Baden-Württemberg war 2006 bundesweit die erste Krankenkasse, die Verträge zur sozialmedizinischen Nachsorge umsetzte. Seit 2009 gehört die Nachsorge schwerkranker Kinder zum Leistungskatalog der Kassen. „Leistungen der sozialmedizinischen Nachsorge sind für betroffene Familien mittlerweile unverzichtbar“, sagte **Dr. Christopher Hermann**, Vorstandschef der Kasse. ■

## Sozialpolitik Plädoyer für den Sozialstaat

Deutschland ist ein „sozialer Bundesstaat“. Das ist in Artikel 20 Grundgesetz festgelegt. Über die Ausgestaltung im Detail sagt dies nichts. So hat der deutsche Sozialstaat nicht erst durch die Wiederverein-



gung, sondern schon in der alten Bundesrepublik je nach politischer und gesellschaftlicher Machtverteilung viele Veränderungen erfahren, die mitunter prinzipiellen Charakter hatten. Das betrifft die Arbeitswelt ebenso wie die Renten- und Familienpolitik, wie gerade die Diskussion um die Homo-Ehe zeigt, aber auch die Sozialkassen: Mal werden neue

eingerrichtet (Pflegeversicherung), mal andere geplündert (Krankenversicherung), mal wird die private Vorsorge gefördert (Riester-Rente, Pflegebahr), um Leistungen abbauen zu können. „Wir sind von Verfassungsfeinden umgeben“, schreibt Albrecht Müller, unter Willy Brandt und Helmut Schmidt Leiter der Planungsabteilung im Bundeskanzleramt, in dem Sammelband „Der Sozialstaat“. Herausgeber Michael Spieker von der Akademie für Politische Bildung Tutzing am Starnberger See ist es gelungen, ein gutes Dutzend Autoren so verschiedener politischer Couleur wie Ursula Münch von der Bundeswehrhochschule München und Frank Nullmeier von der Universität Bremen für ein Plädoyer für den Sozialstaat zu gewinnen. Dessen philosophischen Grundlagen werden von ihnen genau so prägnant dargestellt wie die Entwicklungen seit 1950 und die aktuellen Herausforderungen.

*Michael Spieker (Hrsg.): Der Sozialstaat. 2012. 305 Seiten, 49 Euro. Nomos-Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.*

## Entwicklungsländer Versorgung geht auch ganz anders

Vor 25 Jahren hat Steffen Fleßa in Erlangen eine Diplomarbeit über die „Gesundheitsökonomischen Auswirkungen von AIDS auf das kirchliche Gesundheitswesen in Tansania“ geschrieben. Seitdem befasst sich Fleßa, der mittlerweile Professor für Betriebswirtschaftslehre und Gesundheitsmanagement an der Universität Greifswald ist, mit den Gesundheitssystemen von Entwicklungsländern – trotz oder gerade wegen der Vielzahl von Problemen im deutschen Gesundheitswesen. Tatsächlich gibt es gute Gründe dafür, sich nicht nur mit den Gesundheitssystemen der industrialisierten Länder näher zu beschäftigen, sondern auch mit Problemen und Lösungen in ressourcenarmen Ländern. Der Blick über diesen Zaun relativiere nicht nur die eigenen Probleme, sondern schärfe auch den Blick auf die Strukturen hierzulande, so Fleßa. Denn strukturelle Schwierigkeiten zeigten sich in den Entwicklungsländern klarer als



in den USA, in Großbritannien oder Österreich. Der Lerneffekt sei viel größer. Fleßas Studien über Angebot und Nachfrage von Gesundheitsleistungen in ressourcenarmen Ländern zeigen mehr als deutlich, dass die größten Unterschiede in der Gesundheitsversorgung nicht mehr zwischen Nord und Süd, sondern zwischen Arm und Reich innerhalb eines Landes bestehen. Steuerungselemente, die in Entwicklungsländern erfolgreich erprobt wurden, könnten gut auch in Industriestaaten übertragen werden.

*Steffen Fleßa: Internationales Gesundheitsmanagement. 2012. 256 Seiten, 34,80 Euro. Oldenbourg-Verlag, München.*

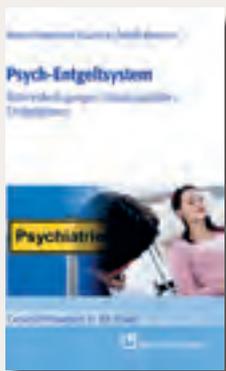
### SEMINARE | TAGUNGEN | KONGRESSE

<p>■ <b>3. PFLEGE-FORUM DER AOK BAYERN</b></p>	<p>Betreuung und Pflege in einer alternden Gesellschaft</p>	<p>3.5.2013 München</p>	<p>AOK Bayern Carl-Wery-Straße 28 81739 München</p>	<p>Tel.: 0 89/6 27 30-250 Fax: 0 89/6 27 30-65 02 50 christian.felkner@by.aok.de</p>
<p>■ <b>BAUSTELLE KRANKENVERSICHERUNG – AUSBESSERN ODER ERNEuern?</b></p>	<p>Wettbewerb GKV/PKV, Fachkräftemangel, Gesundheitsfonds, Bürgerversicherung</p>	<p>14.–15.5.2013 Leipzig</p>	<p>Gesundheitsforen Leipzig GmbH Querstraße 16 04103 Leipzig</p>	<p>Tel.: 03 41/1 29 83 00 Fax: 03 41/1 24 55 99 blankschein@gesundheitsforen.net www.gesundheitsforen.net/kv-konferenz</p>
<p>■ <b>2. FRÜHJAHRSTAGUNG TELEMEDIZIN</b></p>	<p>Versorgungsstrukturgesetz, Erprobung neuer Methoden, EBM 2013, Telemedizin-Konzepte</p>	<p>15.5.2013 Düsseldorf</p>	<p>Deutsche Gesellschaft für Telemedizin Postfach 400143 12631 Berlin</p>	<p>Fax: 0 30/54 70 18 23 info@dgtelemed.de www.dgtelemed.de &gt; Veranstaltungen</p>
<p>■ <b>HAUPTSTADTKONGRESS MEDIZIN UND GESUNDHEIT</b></p>	<p>Forum Gesundheitspolitik, Forum der Versicherungen, Klinik, Reha, Ärzteforum, Pflegekongress</p>	<p>5.–7.6.2013 Berlin</p>	<p>WISO S.E. Consulting GmbH Organisation: Agentur WOK GmbH Palisadenstraße 48 10243 Berlin</p>	<p>Tel.: 0 30/49 85 50-0 Fax: 0 30/49 85 50-40 info@hauptstadtkongress.de www.hauptstadtkongress.de</p>
<p>■ <b>AQUA-TAGUNG ZUR SEKTORENÜBERGREIFENDEN QUALITÄTSSICHERUNG</b></p>	<p>Weiterentwicklung der Qualitätssicherung, Public Reporting, Qualitätssicherung Pflege, Qualitätszirkel</p>	<p>12.6.2013 Göttingen</p>	<p>AQUA-Institut Maschmühlenweg 8–10 37073 Göttingen</p>	<p>Tel.: 0551/7 89 52-263 Fax: 0551/7 89 52-10 tagung@aquainstitut.de www.aquainstitut.de &gt; Termine</p>

## Psychiatrie

### Neue Vergütung hat Pepp für Patienten

Die Vergütung voll- und teilstationärer Leistungen für psychiatrische und psychosomatische Patienten erfolgt künftig nach einem neuen Entgeltsystem. Nach dem am 1. Januar in Kraft getretenen Psychiatrie-Entgeltgesetz sind die derzeitigen Tagespflegesätze bis spätestens Ende 2021 durch diagnosebezogene Pauschalen zu ersetzen. Die Frist ist so lang bemessen, weil der Übergang sanft erfolgen soll. Welche Möglichkeiten die gesetzlichen Rahmenbedingungen für psychiatrische Kliniken



bieten, das neue Abrechnungssystem betriebswirtschaftlich erfolgreich zu nutzen, haben fünf Kenner der Materie in einem Buch zusammengetragen, darunter der zuständige Referatsleiter im Bundesgesundheitsministerium und der Geschäftsführer der Psychiatrie der Universitätsklinik Göttingen. Sie stellen die zu erwartenden Veränderungen aus ihren jeweiligen Blickwinkeln dar. Aus Sicht der Leistungserbringer und der Kostenträger gibt es deutliche Unterschiede. Jeder muss seinen Weg finden. Gemeinsam ist den Autoren die Überzeugung, dass „mit Pepp“ unter dem neuen Vergütungssystem „erfolgreiches Handeln“ zum Wohle der Pati-

enten gelingen kann. Ein nicht nur für Gesundheitspolitiker wegen der verschiedenen Perspektiven interessantes Buch.

*Juliane Hecke, Christian Heitmann, Björn Maier, Ferdinand Rau, Stefan Rutz, Claus Wolff-Menzler: Psych-Entgeltsystem: Rahmenbedingungen, Umsetzungshilfen, Erfolgsfaktoren. 2013. 367 Seiten, 54,95 Euro. Medhochzwei-Verlag, Heidelberg.*

## Politologie Spieltheorie erklärt Reformgesetze

Stakeholder sind in der Politikwissenschaft keine Aktienbesitzer, sondern Leute, die von politischen Entscheidungen betroffen sind und/oder diese beeinflussen (können). Dazu zählen klassische politische Akteure wie Gewerkschaften und Parteien, aber auch Bürgerinitiativen, Institutionen wie der Gemeinsame Bundesausschuss oder Krankenkassen- und Ärzteverbände. Die Politologin Sylvia Pannowitsch, zurzeit wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Technischen Universität Darmstadt, hat in ihrer Dissertation an der philosophischen Fakultät der Universität Münster/Westfalen versucht, den sogenannten Reformstau in der deutschen Gesundheitspolitik mithilfe des Vetospielertheorems des US-amerikanischen Sozialwissenschaftlers George Tsebelis



zu erklären. Sie untersucht dazu drei Gesundheitsreformen und den Einfluss der wichtigsten Stakeholder, der „Vetospiele“, darauf. Mit leichter Modifikation des Grundmodells von Tsebelis gelingt es der Autorin, die Reformergebnisse zu erklären. Für die Politikologie ist das ein schöner Erkenntnisgewinn, die nächsten Gesundheitsrefor-

men dürfte das aber kaum beeinflussen. Für die Vetospieler-Organisationen ist sicher am Interessantesten, wie die Politikwissenschaft sie und ihren Einfluss wahrnimmt.

*Sylvia Pannowitsch: Vetospiele in der deutschen Gesundheitspolitik. 2012. 326 Seiten, 54 Euro. Nomos-Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.*

## Zeitschriftenschau

### ■ Neue Behandlungsmethoden: Erprobung auch ohne Nutzenbeleg möglich

Im Versorgungsstrukturgesetz ist die Erprobung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) geregelt. Die Sozialrechtlerin Professor Dagmar Felix von der Uni Hamburg und der studentische Mitarbeiter Sören Deister analysieren die Regelung. Trotz fehlendem Nutzenbeleg könne auch ein Medizinprodukte-Hersteller die Erprobung einer NUB beantragen – vorausgesetzt, die neue Methode habe das Potenzial einer Behandlungsalternative. Der Gemeinsame Bundesausschuss könne dann im ambulanten Bereich eine Richtlinie zur Erprobung beschließen. Im stationären Sektor müsse er dies tun.

**Neue Zeitschrift für Sozialrecht 3/2013, Seiten 81–88**

### ■ Krankenhausentgelte: Schiedsstelle kann Qualität hinterfragen

Können sich Leistungserbringer und Krankenkassen nicht einigen, sieht das Sozialrecht Schiedsverfahren vor. Professor Thomas Clemens, Richter am Bundessozialgericht, geht der Frage nach, wie weit die Kompetenzen einer Schiedsstelle bei der Festsetzung von Krankenhauspflegesätzen für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gehen. Nach seiner Ansicht ist die Schiedsstelle nicht darauf beschränkt, nur „über Geld nachzudenken“. Sie könne auch die Eignung und Unbedenklichkeit neuer Methoden hinterfragen. Anderenfalls drohe das Ziel einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung unterlaufen zu werden.

**Medizinrecht 12/2012, Seiten 769–777**

### ■ Kooperationen: Ärzte müssen bei Beteiligungen vorsichtig verfahren

Wann überschreitet die Zusammenarbeit von Vertragsärzten und nichtärztlichen Leistungsanbietern das zulässige Maß? Dieser Frage gehen die Rechtsanwälte Dr. Andreas Bombien und Peter Hartmann nach. Insbesondere raten sie den Ärzten und anderen Beteiligten, große Sorgfalt bei bestehenden oder geplanten Beteiligungen an Unternehmen walten zu lassen. Ansonsten könnten sie Gefahr laufen, dass daraus resultierende Einkünfte als unzulässige Zuwendungen sanktioniert werden. Bei Verstößen gegen das Zuwendungsverbot drohe Vertragsärzten der Verlust ihrer Zulassung.

**Die Sozialgerichtsbarkeit 2/2013 Seiten 76–81**

### ■ Arzneigeschädigte: Beweislast-Regeln haben sich bewährt

Können Arzneimittelgeschädigte ihre Ansprüche auf Schadenersatz und Schmerzensgeld heute leichter durchsetzen? Dr. Hans-Georg Bollweg, Ministerialrat im Bundesjustizministerium, ist davon überzeugt. Die geänderten Beweislastregelungen und die Einführung des Anspruchs von Patienten auf Auskunft hätten sich bewährt. Allerdings sei die Kritik, die Haftungsnorm sei verwirrend und führe nicht zu echten Beweislasteleichterungen, nicht ganz unberechtigt. Aber angesichts widerstreitender Interessen habe der Gesetzgeber Kompromisse finden müssen.

**Medizinrecht 12/2012, Seiten 782–786**

# Schwache Lobby für Schweizer Netze

Drei Viertel aller Schweizer stimmten 2012 gegen ein Gesetz, das Arztnetz-Teilnehmer begünstigt. Volker Amelung und Sascha Wolf sehen darin keine Ablehnung von Managed Care. Vielmehr hätten Mediziner-Verbände den Wunsch nach freier Arztwahl instrumentalisiert.

**Managed Care prägt** den medizinischen Versorgungsalltag in der Schweiz. Jeder zweite Grundversorger gehört einem der knapp 90 Ärztenetze an, wovon fast die Hälfte vertraglich fixiert mit anderen Leistungserbringern, insbesondere Krankenhäusern, kooperiert. Laut aktuellen Studien sanken allein durch die Anwendung des Gatekeeping-Modells die Kosten pro Kopf um bis zu 19 Prozent – und das bei hoher Zufriedenheit der Versicherten. Hiervon angespornt verabschiedete das Schweizer Parlament im Frühherbst 2011 mit Dreiviertelmehrheit eine Gesetzesvorlage mit dem Ziel, den Anteil der Versicherten in integrierten Versorgungsmodellen von heute 13 Prozent auf 60 Prozent zu erhöhen. Um das zu erreichen, sollten für in Arztnetze eingeschriebene Versicherte sowohl der in der Schweiz übliche prozentuale Selbstbehalt als auch die maximalen Out-of-Pocket-Zahlungen (private Zuzahlungen) abgesenkt werden. Für alle anderen Versicherten wäre der prozentuale Selbstbehalt gegenüber dem Status quo konstant geblieben und die Out-of-Pocket-Zahlungen spürbar erhöht worden.

**Jeder Dritte stimmt ab.** Der Mut der Parlamentarier wurde nicht belohnt. Gerade einmal jeder dritte Schweizer Stimmberechtigte konnte am 17. Juni 2012 zur Volksabstimmung bewegt werden. Das Ergebnis war überaus enttäuschend: In keinem der 26 Schweizer Kantone setzte sich die angestrebte Reform durch. Insgesamt lag die Ablehnungsquote bei 76 Prozent. Der höchste Nein-Anteil wurde mit bis über 90 Prozent erwartungsgemäß in der Romandie und im Tessin verzeichnet, wo integrierte Versorgungsnetze bislang kaum Verbreitung gefunden haben. Aber auch in Kantonen wie Zürich oder Aargau, in denen sich Versorgungsnetze großer Beliebtheit erfreuen, lag die Ablehnung bei bis zu 70 Prozent.

Je komplexer und emotionaler die zur Entscheidung anstehenden Themen sind, desto schwieriger sind sie politisch umzusetzen – das gilt in besonderem Maße für die direkte Demokratie. Und tatsächlich ist seit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes im Jahr 1996 jeder gesundheitspolitische Reformversuch an der eidgenössischen Urne gescheitert. Entsprechend war bei der Vorbereitung der Managed-Care-Vorlage von Anfang an allen Teilnehmern bewusst, dass eine solch umfassende Reform nur auf Grundlage eines breiten Konsenses möglich ist. Doch weder die weitgehend erzielte Einigkeit unter den politischen Parteien, noch die anfänglich breite Zustimmung zentraler Interessengruppen hielt der emotional geführten gesellschaftlichen Debatte stand.

**Parteien wechseln sukzessive die Fronten.** Entscheidende Bedeutung für den in der Folgezeit einsetzenden Stimmungswandel kam der Urwahl der Schweizer Ärzteschaft (FMH) zu: Entgegen der ursprünglichen Befürwortung des Reformvorhabens stimmten 60 Prozent der teilnehmenden Mitglieder der Ärztevereinigung gegen eine Unterstützung des Managed-Care-Gesetzes. Die FMH nahm daraufhin unter den Reformgegnern eine tonangebende Rolle ein. Andere Verbände schlossen sich an. Auch die meisten politischen Parteien wechselten sukzessive die Fronten. Unter den Leistungserbringern verblieben allein die Hausärzte, der Dachverband der Schweizer Ärztenetze sowie die Apotheker auf Seiten der Befürworter.

Zwar ist keine Lobby für sich allein mächtig genug, um die eigenen Interessen durchzubringen. Aber jede ist stark genug, um das Anliegen der anderen zu torpedieren und letztlich zu blockieren. Da grundlegende Reformen in der Regel stets dazu führen, dass es eine Gruppe von Verlierern gibt, wird sich immer eine Interessengruppe finden, die eine durchaus mehrheitsfähige Initiative verzögern oder gar verhindern kann. Der Erfolg einer Volksabstimmung hängt insbesondere davon ab, ob es den Befürwortern gelingt, die Bürger auf möglichst einfache Weise von den Vorteilen ihres Anliegens zu überzeugen. Die zentrale Herausforderung liegt folglich darin, wenige durchschlagende, mediantaugliche Botschaften zu vermitteln.

**Kampagne schürt Angst vor Zweiklassenmedizin.** Entsprechend fokussierte die erfolgreiche Kampagne der Reformgegner vornehmlich auf den Verlust der freien Arztwahl, den 73 Prozent der Befragten befürchteten. Verbunden mit dem Argument, dass sich aufgrund der höheren Zuzahlungen nur noch Besserverdienende leisten könnten, schürten sie somit die Angst

## Leserforum



### Ihre Meinung ist gefragt.

Im G+G-Weblog [www.reformblock.de](http://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](mailto:gug-redaktion@kompakt.de)



vor einer vermeintlichen Zweiklassenmedizin. Aufgrund der vorgesehenen Budgetmitverantwortung der Leistungserbringer malten sie zudem das Gespenst einer drohenden Rationierung an die Wand. Die Reformgegner profitierten dabei von den noch immer bestehenden erheblichen Vorbehalten gegenüber Managed Care und der Fehleinschätzung vieler Menschen, dass die hierdurch angestrebten Kosteneinsparungen zu einer Verschlechterung der Versorgungsqualität führen. Verglichen mit der hohen Emotionalität der Kampagne der Reformgegner erwies sich die Argumentation der Befürworter als zu kompliziert und technokratisch. Gemäß den vom ehemaligen Obama-Berater Donald Berwick definierten drei zentralen Zielen eines Gesundheitswesens – bessere Gesundheit, bessere Versorgung, niedrigere Kosten – versuchten sie der Bevölkerung komplizierte gesundheitsökonomische Zusammenhänge zu erklären. Die für Laien schwer nachzuvollziehende Kausalität zwischen höherer Qualität und niedrigeren Kosten konnte den Bürgern nicht vermittelt werden und schlug in der öffentlichen Wahrnehmung ins Gegenteil um: Indem die Befürworter eine kostendämmende Wirkung versprachen, vermutete ein Großteil der Bevölkerung geplante Leistungskürzungen.

**Plädoyer für Wahlfreiheit.** Die zentrale Lehre aus dem Scheitern der Managed-Care-Initiative lautet: Es reicht nicht aus, die richtige Idee zu haben, sondern es muss von vornherein überprüft werden, inwieweit sie sich auf überzeugende und einfache Weise vermitteln lässt und inwieweit emotionale Gegenargumente gefunden werden können. So wichtig es ist, für rationale Entscheidungen Sachkenntnisse zu vermitteln, so wird es in der politischen Durchsetzung immer um die Durchschlagskraft einzelner Begriffe gehen. Deshalb wird es schwierig bleiben, ein Managed-Care-Gesetz zu realisieren, denn es wird immer auch ein Gesetz gegen die freie Arztwahl sein. Die Tatsache, dass in der Schweiz bereits heute regional bis zu 40 Prozent der Versicherten sich in Arztnetzen versorgen lassen, zeigt, dass die Menschen die Vorteile alternativer Versorgungsformen durchaus erkennen. Offensichtlich wollen sie jedoch die Möglichkeit haben, sich freiwillig für diese zu entscheiden. Entsprechend ist das Scheitern der Gesetzesvorlage keine Ablehnung von Managed Care, sondern ein Plädoyer für die Wahlfreiheit. ■

**Professor Dr. Volker Amelung** hat die Schwerpunktprofessur für Internationale Gesundheitssystemforschung am Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover inne und ist Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes Managed Care.

**Dr. Sascha Wolf** ist Geschäftsführer des Bundesverbandes Managed Care.

**Kontakt: Wolf@bmcev.de**

# Impressum

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 Artdirection Chefin vom Dienst Chefreporter Verantw. Redakteurin Redaktion	Hans-Bernhard Henkel-Hoving Anja Stamer Gabriele Hilger Thomas Hommel Anne Töpfer Burkhard Rexin (ständiger Autor)
Titel	Corbis
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 unauf-  
gefordert eingesandte Manuskripte  
und Fotos übernimmt der Verlag  
keine Haftung.  
Einzelpreis: 6,95 Euro  
Jahresabo: 71,80 Euro  
inkl. Porto  
Kündigungsfrist 3 Monate  
zum Jahresende

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



# BECKs Betrachtungen



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

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

# Ist die neue Pille auch die bessere?

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

*The New York Times*



## Ja, ich bestelle ...



per Fax: 030 220 11-105  
oder per Mail: [verlag@kompart.de](mailto: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.



Die Gesundheitskasse.



Sie suchen den richtigen Arzt für sich?  
**Mit uns finden Sie einen Arzt,  
der zu Ihnen passt.**

Mit dem AOK-Arztnavigator auf [www.aok.de](http://www.aok.de) finden Sie schnell den Arzt, bei dem Sie sich bestens versorgt fühlen.  
Wir sind für Sie da. AOK – immer in Ihrer Nähe.

Gesundheit in besten Händen

[www.aok.de](http://www.aok.de)