



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

**PAY FOR PERFORMANCE**  
Ansporn für Qualitätsmedizin

**ARMUTSEXPERTE BUTTERWEGGE**  
Plädoyer für den Sozialstaat

RISIKO MULTIMEDIKATION

# Wohl bekomm's

Wenn Patienten zu viele  
Pillen schlucken

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.bernathek@bv.aok.de](mailto:michael.bernathek@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: 01802/4710 02-104\*

Tel. 0361/6574-80021  
Fax: 01802/4710 02-115\*

## **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.

# Medizin für die Peripherie

Auf dem Land dünnen die medizinischen Angebote aus, warnt Sachsen-Anhalts Ministerpräsident **Reiner Haseloff**. Stipendien für Studierende und Filialpraxen sollen helfen, die Gesundheitsversorgung abseits der Ballungszentren zu sichern.

Die Gesundheitspolitik sieht sich zunehmend mit den Herausforderungen des demografischen Wandels konfrontiert. Ländliche und periphere Räume leiden immer mehr an einer Ausdünnung medizinischer Angebote, insbesondere im ambulanten Bereich. Das betrifft vor allem die neuen Bundesländer. Die geringe Bevölkerungsdichte, der anhaltende Bevölkerungsrückgang, ein hohes Durchschnittsalter der Ärzte und Patienten sowie die steigende Lebenserwartung bereiten in einigen Regionen Sachsen-Anhalts bereits heute erhebliche Versorgungsschwierigkeiten. In den kommenden Jahren wird es darum gehen, die politischen Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass eine nachhaltige Sicherung der medizinischen Versorgung auch außerhalb der Ballungsräume gewährleistet ist. Davon hängt die Zukunftsfähigkeit unseres Gesundheitssystems ab.

Die medizinische Versorgung steht und fällt mit der Verfügbarkeit einer ausreichenden Anzahl von medizinischen Fachkräften, insbesondere von Ärztinnen und Ärzten. Deshalb haben die AOK, die Kassenärztliche Vereinigung (KVSA) und das Gesundheitsministerium Sachsen-Anhalt 2010 ein Stipendienprogramm für den Landarzt Nachwuchs aufgelegt. Die Stipendiaten verpflichten sich, nach ihrer Ausbildung für eine bestimmte Zeit vertragsärztlich in Sachsen-Anhalt zu praktizieren. Bisher haben 25 Studierende Stipendien erhalten. Die ersten von ihnen schließen jetzt ihr Studium ab und beginnen mit ihrer Facharzt Ausbildung.

Die drei genannten Partner haben in Sachsen-Anhalt zudem Modelle erprobt, die im Anfang 2012 in Kraft getretenen Versorgungsstrukturgesetz zur Beseitigung des Ärztemangels Berücksichtigung fanden. Das betrifft beispielsweise das Projekt „Vernetztes Versorgungszentrum“. Filialpraxen ersetzen vakante Haus- und Facharztpraxen. Die Sprechstunden werden nach einem Dienstplan im Wechsel durch niedergelassene Ärzte der Region sowie durch Ärzte im Ruhestand und aus anderen Berei-

chen besetzt. Ein Vernetztes Versorgungszentrum, angesiedelt bei der KVSA, nimmt die Managementaufgaben der Filialpraxen wahr. Das Land hat sich an der Finanzierung von Filialpraxen in der Altmark beteiligt. Die Bevölkerung der Region nimmt diese Angebote sehr gut an.

Eine große Bedeutung hat die Ausbildung in den Pflege- und Gesundheitsfachberufen. Sie bilden mit ihrer Fachlichkeit einen wichtigen Baustein in der gesundheitlichen Versorgung und leisten einen

zentralen Beitrag zur Entlastung von Ärzten sowie zur Gewährleistung der Primärversorgung. Ich denke in diesem Zusammenhang an die Ausbildung zur Praxisassistentin. Von 2009 bis 2011 hat das Land über Fördergelder der Europäischen Union das Projekt „Zukunft Praxisassistentenz“ unterstützt. Mittlerweile haben sich auf diesem Wege 300

medizinische Fachkräfte zu Praxisassistentinnen weiterbilden lassen. Mit der Qualifizierung von Fachpersonal wird die fachlich versierte Patientenversorgung gestärkt und die soziale Betreuungsqualität erhöht. Vor allem Ärztinnen und Ärzte im ländlichen Raum werden durch diese Initiative entlastet.

Bei diesen Projekten belassen wir es nicht. Das Versorgungsstrukturgesetz sieht die Einrichtung von Gemeinsamen Landesgremien vor, die sich an der Bedarfsplanung beteiligen (Paragraf 90a Sozialgesetzbuch V). Damit sollen den Bundesländern größere Mitwirkungs- und Gestaltungsmöglichkeiten im Bereich der medizinischen Versorgung eröffnet werden. Unter anderem kann das Gemeinsame Landesgremium Empfehlungen zur sektorenübergreifenden medizinischen Versorgung abgeben. Dem Gremium werden Vertreter des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen und der Landeskrankenhausgesellschaft angehören.

Der demografische Wandel stellt uns vor große Herausforderungen. Aber er ist keine Gefahr. Gefährlich ist es nur, ihn zu ignorieren. ■

**Der demografische Wandel ist keine Gefahr. Gefährlich ist es nur, ihn zu ignorieren.**



**Dr. Reiner Haseloff**, geboren 1954 in Bülzig bei Wittenberg, ist seit April 2011 Ministerpräsident des Landes Sachsen-Anhalt. Nach seinem Physikstudium arbeitet Rainer Haseloff bis 1990 am Institut für Umweltschutz in Wittenberg. In den achtziger Jahren absolviert der Katholik einen zweijährigen Fernkurs Theologie. Seit 1976 CDU-Mitglied, startet Haseloff seine politische Karriere 1990 im Stadtrat und Kreistag Wittenberg sowie als stellvertretender Landrat. 2002 tritt er als Staatssekretär ins Wirtschaftsministerium des Landes Sachsen-Anhalt ein. Von 2006 bis 2011 amtiert Haseloff als Wirtschaftsminister. Er ist verheiratet, hat zwei Kinder und vier Enkel.

**Kontakt:**  
[mp@stk.sachsen-anhalt.de](mailto:mp@stk.sachsen-anhalt.de)

## Armut macht krank



H.-B. Henkel-Hoving,  
Chefredakteur

Es gibt Themen, die sind gesundheitspolitische Dauerbrenner: Arzthonorare, Klinikbudgets und Kassenfinanzen sorgen regelmäßig für Schlagzeilen. Und es gibt Themen, die nur selten die Öffentlichkeit beschäftigen. Der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit gehört dazu. Oder anders ausgedrückt: Wer arm ist, stirbt früher. Zahlreiche Studien belegen das. „Frauen, die in Armut leben, haben eine um acht Jahre kürzere Lebenserwartung als sozial besser Gestellte, bei Männern sind es sogar elf Jahre“, heißt es auf der Homepage des Kongresses „Armut und Gesundheit“, dem wichtigsten wissenschaftlichen Forum zu dem Thema ([www.armut-und-gesundheit.de](http://www.armut-und-gesundheit.de)). **Jeder sechste Einwohner in Deutschland gilt Fachleuten zufolge als armutsgefährdet**, das sind rund 12,6

Millionen Menschen. Und als arm gilt, wer über weniger als 60 Prozent des Durchschnittseinkommens verfügt – bei einem Single sind das etwa 950 Euro monatlich.

Einer der Armutsexperten hierzulande ist Christoph Butterwegge. Unentwegt wirbt der Kölner Hochschullehrer in Talkshows und auf Veranstaltungen dafür, den Wohlstand gerechter zu verteilen und so weniger Menschen durch Armut aus der Gesellschaft auszugrenzen. Meine G+G-Kollegin Anne Töpfer hat den 63-Jährigen in Hannover gewissermaßen in der Pause zwischen zwei Auftritten getroffen. Trotz des Termindrucks erwies sich Butterwegge „als konzentrierter und engagierter Interviewpartner“ (Töpfer), der sich nach einer knappen Stunde per Pedes („Ich bin ein guter Fußgänger“) zum Bahnhof aufmachte: In Bielefeld wartete abends schon der nächste Vortrag.

Eine anregende Lektüre wünscht Ihnen



Gefragter Interviewpartner: Armutsexperte Christoph Butterwegge

### MAGAZIN

#### 14 MEHR PS FÜR DIE INTEGRATION

Die integrierte Versorgung auf Trab bringen und die Behandlungsqualität erhöhen – Geld allein reicht dafür nicht, so das Resümee eines internationalen Kongresses.

Von Bettina Nellen

#### 16 PROFITDENKEN GEFÄHRDET PATIENTEN

Gewinnwarnung: Die Ökonomisierung des Medizinbetriebs schreitet voran. Das aber kann dazu führen, dass die Patientensicherheit auf der Strecke bleibt.

Von Burkhard Rexin

#### 17 TÜRCHEN IN DER SEKTORENUMAUER

Hand in Hand arbeiten bei der Behandlung von Schwerkranken: Für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung gibt eine Richtlinie erste Details vor.

Von Anne Töpfer

#### 18 WETTBEWERB STATT EINHEITSBREI

Ein einheitliches Krankenversicherungssystem ist nicht des Teufels. Im Gegenteil: Es kann den Wettbewerb um die beste Versorgung beflügeln.

Von Burkhard Rexin

#### 19 WENN DIE SEELE WEINT

Um psychisch kranken Menschen zu helfen, müssen Ärzte und Kliniken eng zusammenarbeiten. Ein regionales Psychriatriebudget kann dafür förderlich sein.

Von Thomas Hommel

#### 20 SPECKGÜRTEL KOMMT IN DIE JAHRE

Auch das wohlhabende Bayern muss sich auf den demografischen Wandel einstellen. Der Freistaat erprobt Konzepte für die Pflege im häuslichen Umfeld.

Von Hans-Bernhard Henkel-Hoving

#### 21 „WIR WOLLEN PATIENTEN SCHÜTZEN“

Für einige von Ärzten angepriesene individuelle Gesundheitsleistungen wie die Bachblütentherapie fehlen Nutzenbelege. Andere bergen sogar Risiken, sagt Monika Lelgemann vom Medizinischen Dienst.

## THEMEN

### 22 TITEL: PILLEN-MIX MIT RISIKO

Eine blaue, eine rote, eine weiße: Viele ältere Patienten schlucken einen bunten Arznei-Cocktail. Mögliche Wechselwirkungen bleiben dabei häufig außer Acht.

Von Guido Schmiemann

### 28 „KRANKHEIT KANN ARM MACHEN“

Die Schere zwischen Arm und Reich öffnet sich. Christoph Butterwegge fordert von der Politik, das sozialstaatliche Gefüge wieder ins Lot zu bringen.

Von Anne Töpfer

### 32 WUNDERMITTEL FÜR MEHR QUALITÄT?

Mit der leistungsorientierten Vergütung die ambulante Versorgung verbessern – internationale und hiesige Projekte setzen darauf. Ob das gelingt, ist nicht belegt.

Von Dagmar Hertle und Christof Veit

## RUBRIKEN

- 3 **Einwurf** Medizin für die Peripherie
- 13 **Kommentar** Der Fonds ist Schäubles Bank
- 38 **Recht** Frühchen-Behandlung: Erhöhte Mindestzahl gekippt
- 40 **AOK-Notizen** Aktuelles aus Bund und Ländern
- 42 **Service** Bücher, Termine und mehr
- 44 **Debatte** Pflege braucht hohe Qualifikation
- 45 **Nachlese** Briefe an die Redaktion
- 45 **Impressum** Wer steckt hinter G+G?
- 46 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen



## 22

Bestandsaufnahme:  
Gefahren der Multimedikation  
und mögliche Gegenmittel



## 28

Interview: Politikwissenschaftler  
Christoph Butterwegge über  
gesundheitliche Folgen von Armut



## 32

Analyse: Wie sich die leistungs-  
orientierte Vergütung auf die  
Behandlungsqualität auswirkt

## REHABILITATION

**Spiegeltherapie hilft nach Schlaganfall**

Manchmal kann ein schlichter Gebrauchsgegenstand wie ein Spiegel dazu beitragen, Schmerzen zu lindern oder die Beweglichkeit von Patienten zu verbessern. Wie gut das bei nach einem Schlaganfall halbseitig gelähmten Menschen klappt, hat der Physiotherapeut Holm Thieme in seiner Dissertation untersucht. Er erhielt für die Arbeit den zum dritten Mal vergebenen jährlichen Reha-Förderpreis der Celenus-Kliniken. Thieme zeigte, dass Patienten mit der 1995 in den Vereinigten Staaten entwickelten Spiegeltherapie zur Steigerung der motorischen Funktionen nach Schlaganfall nach entsprechender Anleitung auch selbstständig arbeiten können. Bei dem Verfahren wird ein Spiegel so zwischen Arme oder Beine platziert, dass der Patient den Eindruck hat, dass er mit der gesunden Seite auch die gelähmte Seite normal mitbewegt. Das motiviert und macht Schmerzen bei Bewegungsübungen leichter erträglich. Der mit 7.500 Euro dotierte Förderpreis wurde auf dem Reha-wissenschaftlichen Kolloquium der Deutschen Rentenversicherung in Mainz verliehen. ■

## BEFRAGUNG

**Pharmafirmen sehen Korruptionsgefahren**

Die Pharmahersteller achten in ihrem Verhältnis zu niedergelassenen Ärzten zunehmend auf Korruptionsgefahren. Nach einer Studie von PricewaterhouseCoopers (PwC) und der Universität Halle-Wittenberg sehen zurzeit rund drei Viertel von



50 befragten Unternehmen ein signifikantes Korruptionsrisiko bei der Überlassung von Geräten, der Vergabe von Anwendungsbeobachtungen und Beraterverträgen. Vor zwei Jahren hatte lediglich die Hälfte der Unternehmen solche Bedenken. Prominente Verdachtsfälle, in denen Ärzte für mehr oder weniger verdeckte Zuwendungen bevorzugt bestimmte Medikamente verschrieben haben sollen, hätten den Pharmaunternehmen die Risiken offenbar vor Augen geführt. Die Unternehmen täten aber nach wie vor zu wenig, um derartige Absprachen zu unterbinden, sagte Michael Burkhardt, Leiter des PwC-Bereichs Gesundheitswesen und Pharma. Der Studie „Wirtschaftskriminalität – Pharmaindustrie“ zufolge waren von 2009 bis 2011 gut vier von zehn Unternehmen von Wirtschaftskriminalität betroffen. Noch häufiger als Korruption seien allerdings Verstöße gegen Patent- und Markenrechte in der Pharmaindustrie. ■

## MEHR INFOS:

[www.pwc.de](http://www.pwc.de) > Gesundheitswesen und Pharma

## GESCHICHTE

**Bundestag ergänzt sein Internet-Archiv**

Das elektronische Archiv des Bundestages enthält jetzt alle verfügbaren Drucksachen und Plenarprotokolle seit 1949. Bisher waren die Dokumente der ersten sieben Wahlperioden (1949 bis 1976) gar nicht und die der nachfolgenden Wahlperioden bis 2005 nur lückenhaft und in teilweise veralteten Dateiformaten verfügbar. Nach dem Update können Interessierte die gesamte Geschichte der Bundestagssitzungen im Internet nachvollziehen. Bundestagspräsident Norbert

Lammert nannte dies einen wichtigen Beitrag zur Transparenz der parlamentarischen Arbeit. ■

## MEHR INFOS:

<http://pdok.bundestag.de>

## INKLUSION

**Expertenwissen für Leitfaden gesucht**

Die Fraunhofer Gesellschaft will untersuchen, wie Menschen mit Kommunikationsbeeinträchtigung besser am Arbeitsleben teilhaben können. Ziel des Voice@Work-Projekts ist es, einen Leitfaden für Betriebe, Institutionen und Verbände zu erstellen. Dieser zeigt, wie unterstützt kommunizierende Arbeitnehmer ergonomisch richtig beschäftigt werden und wie ein kollegiales Miteinander entstehen kann. Dafür werden Betroffene, Betreuer und Arbeitgeber gesucht, die bereit sind, ihre Erfahrungen mit elektronischen Kommunikationshilfen im beruflichen Alltag einzubringen. Das Voice@Work-Projekt wird von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung gefördert. ■

## MEHR INFOS:

<http://voiceatwork.izb.fraunhofer.de>

**kurz & bündig**

**+++ ARZTPRAXEN:** Rund ein Drittel der niedergelassenen Ärzte in Deutschland haben barrierefreie Praxen oder haben erste Schritte unternommen, behinderten Patienten den Zugang zu erleichtern. Das zeigt eine Erhebung der Hamburger Stiftung Gesundheit. **+++ STERBEHILFE:** Bundesärztekammer, Deutsche Bischofskonferenz und der Rat der Evangelischen Kirche haben den Gesetzentwurf zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Sterbehilfe kritisiert, weil dadurch der Eindruck entstehe, dass nicht-kommerzielle Sterbehilfe legitim sei. Jede Mitwirkung beim Suizid widerspreche dem ärztlichen Ethos. **+++ DEMOGRAFIE:** In Schweden sind neun Prozent aller berufstätigen Ärzte, sechs Prozent der Fachkrankenschwestern und drei Prozent der Hebammen älter als 65 Jahre, teilte das Amt für das Gesundheits- und Sozialwesen mit.



# Tiefer eintauchen!

Das G+G-Probeabo – für alle, die mehr Durchblick brauchen

Sie wollen gesundheitspolitisch up-to-date sein? Sie schätzen die prägnante Meldung ebenso wie die engagierte Reportage und den wissenschaftlichen Fachaufsatz? Dann sind Sie bei Gesundheit und Gesellschaft (G+G) richtig. Wer G+G abonniert, bekommt zusätzlich den elektronischen Newsletter „G+G-Blickpunkt“ und die Wissenschaftsbeilage „G+G-Wissenschaft“ – drei Produkte zu einem Preis!



**G+G**  
Gesundheit und Gesellschaft



Der elektronische Newsletter:  
für G+G-Leser im Abo enthalten



Viermal im Jahr:  
G+G-Wissenschaft

## Ja, ich will! Bestell-Fax: 030 22011-105

- Ein Kennenlern-Abo für drei Monate zum Sonderpreis von 7,80 Euro. Wenn Sie nicht 14 Tage nach Erhalt des dritten Exemplars schriftlich widersprechen (Postkarte genügt), gehen wir davon aus, dass Sie G+G für weitere 9 Monate zum Preis von 49,80 Euro abonnieren wollen.
- Ich abonniere G+G zum Preis von 71,80 Euro jährlich. Das Abo verlängert sich um ein weiteres Jahr, wenn es nicht drei Monate vor Ablauf gekündigt wurde.

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



Name ..... Ich bezahle per Bankeinzug  Ich bezahle per Rechnung   
 Straße ..... BLZ ..... Geldinstitut ..... Konto-Nr. ....  
 Meine E-Mail-Adresse für den Newsletter „G+G-Blickpunkt“: .....  
 PLZ/Ort ..... Datum, Unterschrift .....

Dieser Auftrag kann schriftlich beim G+G-Leserservice, Postfach 110226, 10832 Berlin, innerhalb von 10 Tagen nach Eingang widerrufen werden. Rechtzeitige Absendung genügt zur Fristwahrnehmung.

**KomPart**  
Ihr KommunikationsPartner

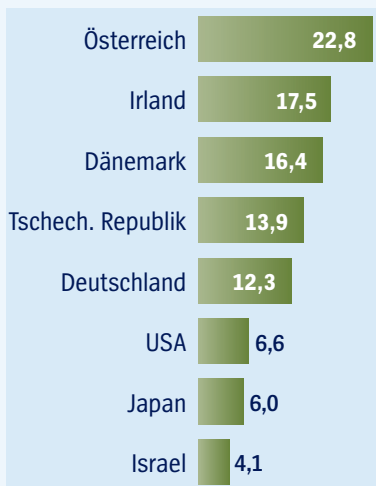
**STUDIUM**  
**Österreich führt bei  
 Mediziner Ausbildung**

Bezogen auf seine Größe bildet Österreich fast doppelt so viele Ärzte aus wie Deutschland. Nach der Statistik der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) wurden dort zuletzt pro Jahr und 100.000 Einwohner 23 fertige Mediziner von den Universitäten entlassen. In Deutschland sind es dagegen nur 12,3 (gut 10.000 Absolventen auf 82 Millionen Einwohner). Auch in Irland, Dänemark und der Tschechischen Republik werden bezogen auf die Bevölkerungszahl viele Ärzte ausgebildet. Am Ende der OECD-Statistik mit Daten für ihre 34 Mitgliedsländer liegen Japan, Israel und die USA. ■

**MEHR INFOS:**  
<http://stats.oecd.org> >  
**Health Care Resources**

**Wie viele Ärzte von der Uni kommen**

Arztexamen pro Jahr  
 bezogen auf 100.000 Einwohner



Bei der Zahl der Jungmediziner liegt Deutschland weit hinter Ländern wie Österreich und Dänemark. Hierzulande legten im Jahr 2012 lediglich 12,3 Studierende pro 100.000 Einwohner ihr Examen ab. In Österreich waren es im Jahr 2009 fast doppelt so viele.

Quelle: OECD, Daten für 2012, Österreich 2009

**Zitat des Monats**

**Für verlorene Gelegenheiten  
 in der Politik gibt es kein  
 Fundbüro.**

Paul-Henri Spaak (1899-1972), belgischer Staatsmann

**LEITFADEN**  
**Elektronischer Rat  
 für die Pflege**

Pflegebedürftige, die ihre tägliche Mund- und Zahnpflege nicht mehr selbstständig bewältigen, sind häufig auf die Hilfe ihrer Angehörigen angewiesen. Für sie hat die Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) der privaten Krankenversicherungen gemeinsam mit der Bundeszahnärztekammer einen Ratgeber im eBook-Format entwickelt. Er erklärt professionell, wie gesundheitsgefährdenden Zahn- oder Zahnbett-Erkrankungen vorzubeugen ist. eBook-Ratgeber zu weiteren Pflege-Themen sollen folgen, kündigte der ZQP-Vorsitzende Ralf Suhr an. Die Stiftung hat bereits einen elektronischen Leitfaden für die Pflegeberatung freigeschaltet, der an der Hochschule Mannheim entwickelt wurde. Er ist sowohl für die aufsuchende Pflegeberatung als auch für die über 400 Pflegestützpunkte bundesweit gedacht. Nach Paragraph 7a Sozialgesetzbuch XI haben Pflegebedürftige seit 2009 Anspruch auf Pflegeberatung. Mithilfe des Leitfadens könnten Mitarbeiter der Stützpunkte individuelle Hilfepläne erstellen, meldet das ZQP. Die Software erlaube es Pflegeberatern, flexibel zwischen verschiedenen Frageblöcken hin- und herzuwechseln oder Beratungsge-

sprache abzurechnen und zu einem späteren Zeitpunkt fortzusetzen. Das Programm steht Interessierten zur nicht-kommerziellen Nutzung kostenfrei zur Verfügung. ■

**MEHR INFOS:**  
[www.mundgesundheits.zqp.de](http://www.mundgesundheits.zqp.de)  
[www.epbi.zqp.de](http://www.epbi.zqp.de)

**BEFRAGUNG**  
**Psyche profitiert von  
 Schönheits-Op**

Schönheitschirurgie macht glücklich, haben Psychologen der Universitäten Bochum und Basel herausgefunden. Sie untersuchten, warum sich Menschen unter das Messer legen, um ihr Aussehen verändern zu lassen. Die Patienten zeigten angeblich mehr Lebensfreude, Zufriedenheit und Selbstwert, nachdem ihr Erscheinungsbild chirurgisch verändert worden war. Studienleiter war Professor Jürgen Margraf, der in Bochum für Klinische Psychologie und Psychotherapie zuständig ist. Die Studie belege ein hohes Niveau für den durchschnittlichen Therapieerfolg der ästhetischen Chirurgie aus Sicht der Psychologie, so Margraf. Die Forscher befragten 544 erstmals operierte Patienten, 264 Menschen, die sich eine Schönheits-Op gewünscht, aber dann nicht machen lassen hatten, und rund 1.000 Personen, die sich nie dafür interessierten. ■

**TELEMEDIZIN**  
**Pilotprojekt für  
 Epileptiker startet**

In Franken entsteht ein Telemedizin-Netzwerk für Epilepsie-Patienten. Es soll Patienten eine Expertenbehandlung via Internet und Computer im heimischen Krankenhaus ermöglichen. Der Freistaat Bayern fördert das Projekt „TelEP“ des Epilepsiezentrums Erlangen mit dem Bezirkskrankenhaus Bayreuth, dem Leopoldina Krankenhaus Schweinfurt und weiteren regionalen Kliniken in den kommenden zwei Jahren mit 227.770 Euro. Seit 1995 seien in Bayern insgesamt sieben Telemedizin-Netzwerke, zum Beispiel für COPD- und Parkinson-Patienten, mit elf Millionen Euro gefördert worden, sagte Landesgesundheitsminister Marcel Huber beim Bayerischen Tag der Telemedizin. Weil der Zugang zu hochwertiger medizinischer Versorgung im ländlichen Raum schwieriger werde, würden moderne Medizintechnik und die Kommunikationstechnologien gebraucht, so Huber. ■

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

**AUSBILDUNG**  
**Mehr Zahnarthelfer**

Immerhin 201 junge Männer absolvierten im Jahr 2011 eine Ausbildung zum Zahnmedizinischen Fachangestellten. Nach Angaben der Bundeszahnärztekammer hat sich damit in den vergangenen zehn Jahren die Zahl der männlichen Auszubildenden in diesem Beruf vervierfacht. „Dies ist zumindest ein positiver Trend“, sagte Peter Engel, Präsident der Bundeszahnärztekammer. ■



## Alle Fakten auf den Tisch?

Experten sprechen sich für den freien Zugang zu allen vorliegenden Arzneimittelstudien aus. Nur so könnten Wirksamkeit und Nebenwirkungen von Medikamenten unabhängig bewertet werden. Bedarf es tatsächlich einer solchen Offenlegung sämtlicher Daten?



**DR. GÜNTHER JONITZ**, *Präsident der Berliner Ärztekammer*: Zugang und Offenlegung von Daten und Fakten zu Arzneimittelstudien sind zwingend nötig, um den Nutzen von Medikamenten unabhängig zu überprüfen. Selektives Publizieren, also die Unterschlagung von negativen Ergebnissen, Informationen zu Studiendesign und abgebrochenen Studien, führt zur Verzerrung der Erkenntnislage und stellt eine Gefahr für die Patientensicherheit dar. Die Ärztekammer Berlin beteiligt sich daher an Initiativen wie der „Berliner Erklärung“ für den ungehinderten Zugang zu allen Studiendaten und wissenschaftlichen Dokumenten. Das Patientenwohl muss klar vor den Geschäftsinteressen der Pharmaindustrie stehen.

**HENNING FAHRENKAMP**, *Hauptgeschäftsführer des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie*: Der Prozess zur Veröffentlichung klinischer Daten ist schon seit langem in Gang gesetzt. Wir begrüßen grundsätzlich das Anliegen, auch die Öffentlichkeit über klinische Prüfungen informieren zu wollen. Dies entspricht der gegenwärtigen nationalen Rechtslage. Wichtig ist, dass es am Ende nicht eine Vielzahl verschiedener Datenbanken gibt, in denen zu veröffentlichen ist. Auch müssen die vertraulichen Geschäftsinformationen unbedingt geschützt bleiben. Sonst würde dies Forschungs- und Entwicklungsinvestitionen in Milliardenhöhe und in der Folge die Forschung und Entwicklung neuer und innovativer Arzneimittel zur Förderung der öffentlichen Gesundheit gefährden.



**PROFESSOR JÜRGEN WINDELER**, *Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen*: Nur wenn alle Studiendaten vorliegen, lässt sich sagen, welche Vor- und Nachteile ein Medikament, ein Operations- oder ein Diagnoseverfahren hat. Wer an einer Studie teilnimmt, hat zudem ein Anrecht, dass die Daten allgemein zugänglich sind: Nur dann können spätere Patienten davon profitieren. Hersteller versuchen aber immer wieder, für sie ungünstige Informationen zu unterschlagen, wie zuletzt das Beispiel Tamiflu lehrt. Ohne gesetzliche Regelung wird man solche Praktiken kaum verhindern können. Diese müsste alle Studien umfassen und nicht – wie bisher – nur ausgewählte.

**JÜRGEN KLAUBER**, *Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiAO)*: Die Forderungen der „Berliner Erklärung“ für den ungehinderten Zugang zu Arzneimittelstudien sind zu begrüßen. Erfreulich ist auch, dass die Europäische Arzneimittelagentur beabsichtigt, ab 2014 die Studiendaten zugelassener Medikamente zu veröffentlichen. Es bedarf des freien Zugangs zu Arzneimittelstudien und den Rohdaten der Pharmahersteller, da selektiv herausgefilterte Informationen gegebenenfalls Risiken für die Patientenversorgung beinhalten oder Unwirtschaftlichkeiten zeitigen. Auch die frühe Nutzenbewertung im Rahmen des Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetzes (AMNOG) profitiert von umfassender Transparenz bei der Daten- und Studienlage.



## ARZNEIMITTELSICHERHEIT Goji-Beere kann Leber gefährden

Vor der gleichzeitigen Einnahme von Vitamin-K-Antagonisten (Gerinnungshemmer) und Goji-Beeren hat das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gewarnt. Die Früchte des Gemeinen Bocksdorns werden in der Naturheilkunde eingesetzt sowie als Tee oder Extrakt in Kapseln und als Bestandteil von Nah-

Einzelnen zugeschnitten sind und ihm Fragen und Aufgaben vorgegeben werden. Dann könnten durch den Einsatz neuer Medien gesundheitsschädliche Verhaltensweisen wie Rauchen und Bewegungsmangel positiv verändert werden, so das Ergebnis einer Studie an der Jacobs University in Bremen unter Leitung von Sonia Lippke, Professorin für Gesundheitspsychologie. Neue Medien könnten ohne großen persönlichen Aufwand helfen, sich Ziele zu setzen und einen gesunden Lebensstil aufzubauen und zu erhalten. Vor allem bei älteren Menschen und im Bereich der Rehabilitations-Nachsorge stellten mangelnde Zeit und große Entfernungen zum Behandlungsort häufige Probleme dar, die der Einsatz von neuen Medien aufheben oder zumindest vermindern könne. ■



## AUSTAUSCH Europäer studieren in China Medizin

rungsergänzungsmitteln zur Stärkung des Immunsystems angeboten. Sie stehen in Verdacht, die Wirksamkeit der Vitamin-K-Antagonisten zu vervielfachen und dadurch die Leber zu schädigen. Das BfArM rät Patienten, die Vitamin-K-Antagonisten einnehmen, den Verzehr von Goji-Beeren oder ihren Zubereitungen zu vermeiden. ■

Die Zahl der ausländischen Studierenden in China ist im vergangenen Jahr um 12,2 Prozent auf 328.330 gestiegen. Davon sind 54.453 Europäer, von denen 6.271 aus Deutschland kommen. Das teilte das Büro des Deutschen Akademischen Austauschdienstes (DAAD) in Peking unter Berufung auf Angaben des chinesischen Bildungsministeriums mit. Rund 40.000 Ausländer studieren Medizin, davon etwa 70 Prozent Schulmedizin und 30 Prozent traditionelle chinesische Medizin. Wie viele Deutsche unter den Medizinstudenten sind, ist laut DAAD nicht bekannt. ■

## SENIOREN Neue Medien helfen bei der Prävention

Internet, SMS und Smartphones können ältere Menschen bei der Gesundheitsförderung unterstützen. Wichtig ist, dass die darüber transportierten Informationen auf den

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

**ARBEITSWELT**

**Ministerium rät zu Gesundheitskultur**

Das Bundesarbeitsministerium hat „Empfehlungen für eine neue Kultur der Gesundheit im Unternehmen“ veröffentlicht. An der Entwicklung waren Krankenkassen und Arbeitgebervereinigung beteiligt. Die Empfehlungen sind Teil der Demografiestrategie der Bundesregierung. Sie sollen Unternehmen und Beschäftigte bei der Förderung von Gesundheit, Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit unterstützen. Ein besonderes Augenmerk wird dabei auf die Verhütung von arbeitsbedingten Gesundheitsrisiken und den Erhalt der Arbeitsfähigkeit gerichtet. ■

**MEHR INFOS:**

**www.bmas.de > Service > Publikationen > Gesundheit im Unternehmen**

**HAUSÄRZTE**

**Verbands-Streit um Weiterbildung**

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat der Universitätsmedizin vorgeworfen, nicht genug für die Weiterbildung zum niedergelassenen Arzt zu tun. Unter den 10.127 Ärzten, die im vergangenen Jahr ihre Weiterbildung abgeschlossen haben, seien nur 949 Hausärzte gewesen. 2005 habe die Zahl noch 3.506 betragen, sagte Regina Feldmann, Allgemeinmedizinerin und KBV-Vorstand, bei der Vorstellung eines Positionspapiers zur Bundestagswahl über die Sicherstellung der ambulanten Versorgung. Die ambulante Tätigkeit müsse künftig eine stärkere Rolle spielen. Die derzeitige Ausbildung in den Unikliniken bilde in

keiner Weise die Versorgungsrealität ab, kritisierte Feldmann. Der Verband der Universitätsklinik und der Medizinische Fakultätentag warfen der KBV vor, eigene Zahlen falsch wiederzugeben und damit die Ärzteausbildung in Misskredit zu bringen. 35 Prozent der Nachwuchsmediziner seien bereit,

Hausarzt in eigener Praxis zu werden. Hausärzte seien aber nicht nur Allgemeinmediziner, sondern kämen auch aus der Inneren Medizin sowie der Kinder- und Jugendmedizin, die neben der Allgemeinmedizin zu den drei beliebtesten Weiterbildungsfächern gehörten. Ob jemand Hausarzt werde,

hänge nicht von der Zahl allgemeinmedizinischer Lehrpraxen ab. Der Landärztemangel habe nichts mit der Grundausbildung zu tun. Wenn die KBV es nicht schaffe, ihren Sicherstellungsauftrag zu erfüllen, solle sie sich um die Rahmenbedingungen kümmern, unter denen Hausärzte arbeiteten. ■

**Köpfe und Karrieren**



**+++ IRMGARD STIPPLER**, 48, ist vom Verwaltungsrat der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland zur Vorstandsvorsitzenden der Gesundheitskasse mit Wirkung ab 1. Januar 2014 gewählt worden. Die promovierte Diplom-Volkswirtin tritt dann die Nachfolge von Walter Bockemühl an, der nach über 20 Jahren an der Spitze der Gesundheitskasse in den Ruhestand geht. Dr. Irmgard Stippler war zuletzt Vorstandsmitglied der Rhön Klinik AG und leitete bis April 2012 das Universitätsklinikum Gießen-Marburg als Vorsitzende der Geschäftsführung.

**+++ ANDREAS GASSEN**, 51, hat den Vorstandsvorsitz des Spitzenverbandes Fachärzte Deutschlands (SpiFa) übernommen. Der promovierte und niedergelassene Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie ist Nachfolger von Dr. Thomas Scharmman, der Anfang dieses Jahres aus persönlichen Gründen zurückgetreten war. Dr. Gassen ist zudem Vizepräsident des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie. Ihm zur Seite stehen als stellvertretende SpiFa-Vorstandsvorsitzende der Präsident des Deutschen Berufsverbandes der Hals-Nasen-Ohrenärzte und Bundesvorsitzender des NAV-Virchowbundes Dr. Dirk Heinrich sowie der Präsident des Berufsverbandes Deutscher Urologen Dr. Axel Schroeder. Neuer SpiFa-Hauptgeschäftsführer ist der FDP-Bundestagsabgeordnete und Rechtsanwalt Lars Lindemann.



**+++ CHRISTIAN W. HAMM**, 59, Direktor der Medizinischen Klinik I der Universitätsklinik Gießen und Ärztlicher Direktor der Bad Nauheimer Kerckhoff Klinik, Herz- und Thoraxzentrum, steht als neuer Präsident an der Spitze der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung (DGK). Der habilitierte Internist und Kardiologe löste turnusgemäß Professor Georg Ertle vom Universitätsklinikum Würzburg ab. Die DGK ist eine wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaft. Zu ihren mehr als 8.200 Mitgliedern zählen Kardiologen aus universitären Einrichtungen, niedergelassene Mediziner, Pharmakologen, Physiologen, Pathologen und Biologen.

**+++ JOACHIM ROGALL**, 53, führt künftig gemeinsam mit Dr. Ingrid Hamm die Geschäfte der Robert Bosch Stiftung. Der habilitierte Historiker übernahm das Amt von Dieter Berg, der die Stiftung seit 2003 als Vorsitzender der Geschäftsführung geleitet hatte und nach Erreichen der Altersgrenze in den Ruhestand getreten ist. Professor Rogall arbeitet seit 1996 in der Robert Bosch Stiftung. Zuletzt war er dort Bereichsdirektor Völkerverständigung Mitteleuropa, Südosteuropa, Gemeinschaft Unabhängiger Staaten (GUS), dem Zusammenschluss verschiedener Nachfolgestaaten der Sowjetunion, und China. Außerdem ist er außerplanmäßiger Professor am Seminar für Osteuropäische Geschichte der Universität Heidelberg. Die Robert Bosch Stiftung beschäftigt sich unter anderem mit Zukunftsfragen der Gesundheitsversorgung.



Fotos: AOK Rheinland-Pfalz/Saarland; SpiFa; DGK; Robert Bosch Stiftung;

# 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

## STUDIE Geld hilft beim Abnehmen

Mit Geld gelingt es, Patienten zum Abspecken zu motivieren. Besonders erfolgreich wirken offenbar Strafzahlungen. Das jedenfalls ist das Ergebnis einer Studie der Mayo Clinic in Cleveland/Ohio. Dort wurde angeblich erstmals der Nutzen verschiedener finanzieller Belohnungssysteme über ein ganzes Jahr getestet. Teilnehmer waren gesunde Erwachsene mit einem Body-Mass-Index zwischen 30 und 40. Alle Patienten sollten monatlich zwei Kilogramm abnehmen. Wer dies schaffte, erhielt 20 Dollar, wer es nicht schaffte, zahlte 20 Dollar. Die Strafzahlungen flossen in einen Bonustopf, der zum Schluss unter all den Studienteilnehmern verlost wurde, die immer zu den monatlichen Kontrollmessungen gekommen waren und erfolgreich abgenommen hatten. 62 Prozent



der Patienten in der Interventionsgruppe sowie 26 Prozent der Patienten einer Kontrollgruppe blieben die ganzen 52 Wochen über bei der Stange. Die finanziell motivierten Patienten verloren im Schnitt vier Kilo, die Kontrollpatienten nur gut zwei Kilo. Wie Studienleiter Steven Driver auf einem Kongress in San Francisco berichtete, motivierte die Angst vor Strafzahlungen die Patienten 2,5-mal mehr, ihre Gewichtsziele zu erreichen, als die Aussicht auf eine Bonuszahlung. ■

## VERBÄNDE Kinderzahnärzte gründen Verband

Bisher waren die rund 1.300 Kinderzahnärzte eine Teilgruppe in der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Jetzt haben sie mit der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde einen eigenen Verband gegründet. Zum Präsidenten wurde Professor Christian Splieth gewählt. Er leitet die Abteilung für präventive Zahnmedizin und

Kinderzahnheilkunde der Ernst-Moritz-Arndt-Universität in Greifswald. Im Januar startete dort ein Masterstudiengang Kinderzahnheilkunde. Über ein Drittel der Teilnehmer kommt aus dem Ausland. Nach Splieths Angaben gibt es in Deutschland an den 25 Hochschulen, die Zahnärzte ausbilden, derzeit nur drei Professuren für Kinderzahnheilkunde. ■

**MEHR INFOS:**  
[www.kinderzahnheilkunde-online.de](http://www.kinderzahnheilkunde-online.de)

## SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH

### „Wir wollen psychisch kranken Menschen schnell helfen“

In Niedersachsen haben AOK und Ärzteschaft einen Vertrag für Patienten mit Burn-out und Depression geschlossen. Dazu Fragen an den Verwaltungsratsvorsitzenden der Gesundheitskasse **Bernd Wilkening**.



**G+G:** Herr Wilkening, der neue Versorgungsvertrag von AOK Niedersachsen und Kassenärztlicher Vereinigung ist auf Patienten mit Burn-out oder Depression zugeschnitten. Warum diese Krankheitsbilder?

**WILKENING:** Psychische Erkrankungen sind weiterhin auf dem Vormarsch. Sie stellen für die Betroffenen eine belastende Situation dar und führen zu steigenden Arbeitsunfähigkeitszeiten. So entstehen hohe Ausfallkosten für Arbeitgeber, Krankengeld-Zahlungen für die Gesundheitskasse und die Notwendigkeit vorzeitiger Berentungen. Gleichzeitig sehen wir ein Versorgungsdefizit in diesem Fachgebiet. Mit dem Vertrag schließen wir die Lücke und investieren in eine qualitativ verbesserte Versorgung.

**G+G:** Welches Ziel verfolgen die Vertragspartner?

**WILKENING:** Vor allem soll psychisch kranken Patienten schnell geholfen werden. Deshalb ist unser gemeinsames Ziel ein frühzeitiger

Therapiebeginn, um eine schnellstmögliche Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu erreichen. Die bisher bestehenden Wartezeiten bei Facharzt- oder Psychotherapie-Terminen werden vermieden, weil dank des Vertrages zusätzliche Behandlungsplätze bei Fachärzten und Psychotherapeuten vorhanden sind.

**G+G:** Welche Ärzte können zu welchen Voraussetzungen an dem Versorgungsvertrag teilnehmen?

**WILKENING:** Der Vertrag beinhaltet Behandlungsmodule für Hausärzte, niedergelassene Psychiater sowie zugelassene ärztliche und psychologische Psychotherapeuten. Diese können nach einer obligatorischen Schulung zu medizinischen Inhalten und Prozessen des Vertrages, die übrigens auch online erfolgen kann, ihre Teilnahme daran erklären. Sobald regional eine ausreichende Anzahl erreicht ist, können sich auch die Patienten einschreiben.

## TRANSPLANTATION Organentnahmen oft abgebrochen

Bei jedem dritten potenziellen Organspender wird die Organentnahme auf der Intensivstation abgebrochen, weil die Angehörigen eine Organspende ablehnen oder erst dann bekannt wurde, dass der Patient kein Organspender sein will. Nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes war dies im Jahr 2011 bei 601 Patienten mit Hirntod-Diagnose der Fall, während 1.276 Entnahmen meist mehrerer Organe erfolgreich waren. In 68 Fällen wurde eine Organentnahme aus anderen Gründen als der fehlenden Zustimmung auf der Intensivstation oder im Operationssaal abgebrochen. Krankenhäuser erhalten für jede geglückte Entnahme eines Organs rund 3.000 Euro oder rund 4.000 Euro für die gleichzeitige Entnahme mehrerer Organe. ■

## UNFALLKASSE Tipps für pflegende Angehörige

Pflegende Angehörige können auf vielfältige Art und Weise Unterstützung und Wertschätzung erfahren: in der Kirche, beim Friseur, in der Apotheke und in der Bank. Das ist das Ergebnis des Modellprojektes „Neuheit für Pflege“ der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen. Der Abschlussbericht des Projekts in Dortmund und Solingen enthält 23 Handlungsempfehlungen für nicht erwerbsmäßig Pflegende und zum Aufbau eines Netzwerks für Pflegebedürftige außerhalb von Heimen. Eine Broschüre, die nicht nur die Erfolge, sondern auch die Schwierigkeiten

des Projekts beschreibt, steht unter <http://publikationen.dguv.de> zum Download im Internet. ■

**MEHR INFOS:**  
[www.beim-pflegen-gesundbleiben.de](http://www.beim-pflegen-gesundbleiben.de) > **Infos zum Projekt > Abschlussbericht**

## ANHÖRUNG Experten warnen vor Marihuana-Mafia

Der Gesundheitsausschuss des Bundestages hat in einer öffentlichen Anhörung im April Experten zur aktuellen Situation beim Drogenkonsum gehört. Zwischen Cannabis, Amphetaminen wie Crystal Meth und Legal Highs, die als Kräutermischungen oder die Badesalze legal zu kaufen sind, werde zu wenig unterschieden, so die Fachleute. Legal Highs kämen hauptsächlich aus China und würden von regelmäßigen, experimentierfreudigen Drogenkonsumenten genutzt. Der als Experte geladene Staatsanwalt Jörn Patzak warnte davor, Cannabis zu verharmlosen. Die heutigen Marihuana-Pflanzen seien anders als vor 20 Jahren mit teurem Equipment hochgezüchtet. Bei einer Legalisierungsdebatte müsse nach Art des Cannabisproduktes und nach dem Wirkstoffgehalt unterschieden werden. Grund für die Anhörung waren Anträge der Grünen, die dafür plädieren, den Eigengebrauch von Cannabis straffrei zu stellen, und der SPD-Fraktion, die ein schärferes Vorgehen gegen neue synthetische Drogen fordert. ■

**MEHR INFOS:**  
[www.bundestag.de](http://www.bundestag.de) > **Ausschüsse > Gesundheit > Anhörungen**

# Kommentar

## Der Fonds ist Schäubles Bank

Der Bundesfinanzminister will den Steuerzuschuss an die gesetzliche Krankenversicherung erneut kürzen, um im nächsten Jahr einen ausgeglichenen Etat vorzuweisen. Doch damit kann der CDU-Politiker auch Schiffbruch erleiden, meint **Birgid Becker**.



**ES KLANG ALLES SO EINFACH** und unmissverständlich. „Versicherungsfremde Leistungen werden künftig aus Steuermitteln mitfinanziert“. So hieß es im Jahr 2003 in der Begründung für das Gesundheitsmodernisierungsgesetz, kurz GMG genannt, mit dem die damalige rot-grüne Bundesregierung gemeinsam mit den Unionsparteien den Steuerzuschuss in der gesetzlichen Krankenversicherung einführte. Doch für die Politik scheint kaum

etwas schwieriger zu sein, als eine solch klare und auch noch selbst gesetzte Vorgabe dann auch wirklich zu erfüllen.

Seit Einführung des Steuerzuschusses 2004 tut die Politik alles, um ihre Glaubwürdigkeit bei der Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen zu erschüttern. Denn die Höhe des Steuerzuschusses hängt längst nicht mehr daran, wie hoch die versicherungsfremden Leistungen sind. Wäre dem so, dann müssten es mehr als 30 Milliarden Euro im Jahr sein, die der Fiskus dazu gibt. Der Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds war von Beginn an daran ausgerichtet, wie viel nach Vorgabe des Bundesfinanzministers im Haushalt gerade möglich ist. Damit ist der Steuerzuschuss ein Spielball haushalts- und konjunkturpolitischer Entwicklungen und Vorhaben. Und zwar in einem Ausmaß, das weder bei anderen Bundeszuschüssen – wie etwa in der Rente – noch bei Subventionen angelegt wird.

Bundesfinanzminister Wolfgang Schäuble steht also in einer schlechten Tradition, wenn er – die Schuldenbremse und den Europäischen Fiskalpakt im Nacken – für das nächste Jahr den Steuerzuschuss zum Gesundheitsfonds noch weiter absenken will. Mag sein, dass er damit dem Haushalt etwas Luft verschafft. Möglicherweise hat dieser Schritt aber auch den gegenteiligen Effekt, wenn einige Kassen einen Zusatzbeitrag einführen sollten und der Bund dann Geringverdienern Zuschüsse aus Steuergeldern zahlen muss.

In jedem Fall gibt das Vorgehen von Schäuble Anlass zu der Überlegung, ob ein Steuerzuschuss, dessen Höhe nicht von den damit zu finanzierenden versicherungsfremden Leistungen der Krankenkassen abhängt, sondern im Ermessen eines Bundesfinanzministers liegt, überhaupt sinnvoll ist. Oder ob es am Ende nicht besser wäre, wenn nach der nächsten Bundestagswahl im September in einer dann ohnehin anstehenden Gesundheitsreform ein anderer einfacher und unmissverständlicher Satz als der eingangs erwähnte stehen sollte – etwa dieser: „Alle Bürger zahlen auf alle Einkommensarten einen Beitrag in die gesetzliche Krankenversicherung.“ ■

**Birgid Becker** ist Wirtschaftsredakteurin beim Deutschlandfunk (DLF) in Köln.

# Mehr PS für die Integration

Die sektorenübergreifende medizinische Versorgung richtig auf Trab bringen und die Qualität der Behandlung erhöhen – Geld allein reicht dafür nicht aus. Darin waren sich internationale Experten auf einem Kongress in Berlin einig. **Von Bettina Nellen**

**Wie lauten die Erfolgsfaktoren** für integrierte Versorgungsstrukturen, von denen Patienten wirklich profitieren? Dieser Frage gingen rund 220 Teilnehmer aus aller Welt bei der zweitägigen „13th International Conference on Integrated Care“ kürzlich in Berlin nach. „Auf der Suche nach der besten Versorgung gibt es keine einfachen Lösungen“, sagte Uwe Deh, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, in seiner Begrüßung und nahm damit den Tenor der Vorträge und Diskussionen vorweg. Weltweit stünden die Gesundheitssysteme vor zahlreichen Problemen. Alternde Gesellschaften verlangten immer dringender nach innovativen Antworten. Anstatt sich an den Bedürfnissen der Patienten zu orientieren, würde der Kranke aufgrund sektoraler Versorgungszuständigkeiten „zerhackt“. Das sei das Gegenteil von integrierter Versorgung.

Dies bestätigte auch Chris Ham, Vorstandsvorsitzender der unabhängigen Stiftung The King's Fund aus London.

## Lese- und Webtipps

- **Versorgungsmangement der AOK: Strukturiert zum Erfolg.** G+G-Spezial 10/2012. Kostenloser Download unter [www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Mediathek > G+G > G+G-Spezial
- Christian Günster/Joachim Klose/Norbert Schmacke: **Versorgungs-Report 2011. Schwerpunkt: Chronische Erkrankungen.** Schattauer Verlag, Stuttgart.
- Natascha Curry/Chris Ham: **Clinical and service integration. The route to improved outcomes.** The King's Fund, London 2010.
- Informationen zur Integrierten Versorgung und zu Disease-Management-Programmen: [www.aok-gesundheitspartner.de](http://www.aok-gesundheitspartner.de) > Versorgungsverträge > Vertragsformen
- alle Präsentationen der Berliner Konferenz stehen zum Download unter: [www.integratedcarefoundation.org](http://www.integratedcarefoundation.org)

Um dies zu ändern, seien wichtig: eine visionäre und stabile Führung durch entsprechend geeignete Persönlichkeiten, dass Verantwortung für eine bestimmte Population übernommen werde, klare Ziele für eine bessere Ergebnisqualität definiert und verfolgt würden sowie eine

## Auf der Suche nach der besten Versorgung gibt es keine einfachen Lösungen.

elektronische Patientenakte. Vergütungssysteme würden keinesfalls die wichtigste Rolle spielen, wenn es darum gehe, die Qualität in der Patientenversorgung langfristig zu verbessern. Dies ließe sich viel eher erreichen, wenn die Integration auf Ebene der Leistungserbringer gelänge, und sei für den Erfolg wichtiger als die Integration auf Ebene der Einrichtungen beziehungsweise Institutionen.

Auf die Bedeutung integrierter IT-Systeme ging unter anderem Helmut Hildebrandt, Geschäftsführer der Opti-Medis AG in Hamburg und Vorstandsmitglied im Bundesverband Managed Care, ein. Diese würden zwar eine große Investition bedeuten, vor der viele Beteiligte in integrierten Versorgungsmodellen noch zurückschreckten. Das Fehlen solcher unterstützenden Systeme sei aber mit ein Grund dafür, weshalb diese Versorgungsstrukturen dann oft nicht reibungslos funktionierten.

**Patienten stärker einbeziehen.** Professor Guus Schrijvers, Vorsitzender der Internationalen Stiftung für Integrierte Versorgung (IFIC – International Foundation for Integrated Care), die neben dem

AOK-Bundesverband, dem Bundesverband Managed Care, den Universitäten Heidelberg, Rennes und Utrecht sowie dem AQUA-Institut Veranstalter der Konferenz waren, forderte, Patienten stärker in die Entscheidungsprozesse einzubeziehen und für gesundheitsbewusstes Verhalten zu belohnen. Er schlug dazu ein „Pay for Performance for Patients“ (P4P4P) vor.

**Neue Rolle für Assistenzberufe.** Eine chronische Erkrankung kommt selten allein. Vor allem die steigende Zahl von Menschen mit chronischen Erkrankungen im Alter von unter 60 Jahren, müsste stärker in den Fokus der Gesundheitsversorgung rücken. Darauf wies Professor Joachim Szecsenyi, Ärztlicher Direktor der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung an der Universität Heidelberg, hin. Die vor zehn Jahren in Deutschland eingeführten strukturierten Versorgungsprogramme (DMP) hätten schon zu neuen Rollen und Kompetenzen bei medizinischen Assistenzberufen geführt. Und Professor Dominique Somme, Geriater und Public-Health-Forscher an der französischen Universität Rennes, ergänzte, dass das Fallmanagement erweitert werden müsse und es nicht länger ausreiche, dieses nur auf eine einzelne Erkrankung auszurichten.

Auch in Singapur erhöht der demografische Wandel den Druck auf das Gesundheitswesen, sagte Dr. Jason Cheah, Vorstandsvorsitzender der dortigen Agentur für Integrierte Versorgung: „Es wird höchste Zeit, dass wir von den Pilotprojekten wegkommen.“ Es seien Menschen mit Führungsqualitäten gefragt, die mit allen Beteiligten sprächen und erklärten, wozu eine integriert organisierte und gelebte Versorgung gut sei. „In Singapur ist die Versorgung im Team

immer noch sehr arztzentriert.“ Die „Macht der Professionen“ stünde dem Teamgedanken und dem Kommunizieren auf Augenhöhe im Weg.

Auf die Bedeutung des Faktors „Mensch“ bei der Organisation von integrierten Versorgungsstrukturen wies auch Professor Runo Axelsson von der Aalborg-Universität in Dänemark hin: Der Schlüssel zum Erfolg einer solchen Versorgung sei, dass gleichgesinnte Menschen zusammenkämen. Eine gemeinsame finanzielle Basis sei zwar wichtig, aber nicht erfolgsentscheidend und sollte daher nicht erzwungen werden.

Dass es inzwischen genügend Erfahrung mit innovativen Modellprojekten gibt, unterstrich Maureen Bisognano, Präsidentin und Vorstand des Institute for Health Improvement, USA. „Wir wissen, wie wir es machen müssen. Es liegen uns alle Informationen vor.“ Jetzt ginge es darum, die Geschwindigkeit zu erhöhen, erfolgreich erprobte Verbesserungen allen Patienten anzubieten. Daten

## Gleichgesinnte zusammenzubringen, ist ein wesentlicher Schlüssel zum Erfolg.

stünden ausreichend zur Verfügung und müssten nur konsequenter für den Vergleich innerhalb einzelner Modellprojekte und mit anderen genutzt werden.

Ein wenig pessimistischer, was die Geschwindigkeit betrifft, flächendeckend Verbesserungen zu erzielen, äußerte sich Christoph Straub, Vorstand der Barmer GEK, und reihte sich damit bei zahlreichen anderen Tagungsteilnehmern ein: Integrierte Versorgungsmodelle seien sehr personen- und regionengebunden und eng mit den Machtstrukturen der Routineversorgung verknüpft. „Unser System wartet immer noch auf den Patienten.“ Dieser müsse aber viel stärker proaktiv aufgesucht werden, möglicherweise auch mithilfe der sozialen Netzwerke.

In Deutschland erfolge die Versorgung immer noch sehr arztbezogen, meinte auch Andreas Brandhorst, Referent für



Gesundheitspolitik bei der Heinrich-Böll-Stiftung. Bei neuen Strukturen ginge es schließlich immer darum, Besitzstände anzugreifen: „Wir brauchen mehr Koordination und Kooperation.“ Auch er forderte mehr Teamarbeit, die bereits in der Ausbildung beginnen müsse. Und Jason Cheah ging noch einen Schritt weiter: Wenn eine neue Methode eingeführt werden solle, müssten Ärzte, Krankenschwestern und technische Assistenten gemeinsam geschult werden und nicht jede Berufsgruppe für sich getrennt. „Notfalls müssen sie dazu gezwungen werden.“ In diesem Zusammenhang machte er deutlich, dass die politischen Rahmenbedingungen eine entscheidende Rolle spielten, wenn neue Strukturen eingeführt werden sollen. Je stabiler diese Rahmenbedingungen, desto besser seien die Voraussetzungen.

**Finanzkrise verleiht Schubkraft.** Vor dem Hintergrund der politischen Verhältnisse in Griechenland lässt sich verstehen, warum Yannis Tountas, Professor für Sozial- und Präventionsmedizin und Direktor des Zentrums für Versorgungsforschung an der Universität von Athen, zu dem Schluss kommt, dass gerade die Finanzkrise eine sektorenübergreifende

Versorgung erforderlich macht. Integrierte Versorgung sei kein Luxus, sondern eine Voraussetzung für effiziente Versorgungsstrukturen und berge somit die Chance, ein Gesundheitssystem zukunftsfähig zu machen.

**Eine Blaupause gibt es nicht.** Evert-Jan van Lente, Abteilungsleiter Versorgungsmanagement und stellvertretender Geschäftsführer der Geschäftsführungseinheit Versorgung beim AOK-Bundesverband, fasste schließlich die zentralen Botschaften des Kongresses zusammen: „Es sind nicht nur finanzielle Aspekte, die die Entwicklung einer besseren qualitativen Versorgung voranbringen.“ Die Teilnehmer des Kongresses seien sich darüber hinaus einig, dass es für die erfolgreiche Implementierung von integrierter Versorgung nicht das eine Modell gebe, das alle anderen nur noch kopieren müssten. Und schließlich sei auch eine ganze Reihe von „weichen“ Faktoren für den Erfolg entscheidend, zum Beispiel der offen positive Umgang aller an der Versorgung von Patienten beteiligten Professionen miteinander. ■

**Bettina Nellen** leitet das Ressort Wissenschaft und Medizin beim KomPart-Verlag.

# Profitdenken gefährdet Patienten

Heilen als Geschäft – peu à peu richtet sich der Medizinbetrieb nach ökonomischen Kriterien aus. Das aber kann auf Kosten einer guten Medizin gehen, warnten Fachleute auf der Jahrestagung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit. **Von Burkhard Rexin**

**Der Freiburger Medizinethiker** Professor Giovanni Maio hat als Hauptredner der 8. Jahrestagung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) die schleichende Ökonomisierung im Gesundheitswesen, insbesondere im stationären Bereich, scharf kritisiert. „Schwarze Zahlen werden zu einem neuen Qualitätsmerkmal, wichtiger als gute Versorgung“, sagte der Direktor des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin der Universität Freiburg. Da die Politik die Verantwortung für Verteilungsentscheidungen nicht

vernünftig einzusetzen, sei per se ja nicht schlecht. Es dürfe nur nicht dazu kommen, dass am Ende die Medizin der Ökonomie diene statt den Kranken.

Wenn bereits bei der Aufnahme an die mittlere Versorgungszeit, den Ressourcenverbrauch und damit an Rentabilität und Profitmöglichkeit gedacht werde, sei das relevant und folgenswer für die Patientensicherheit, sagte Maio. Die ökonomische Logik führe zur Deprofessionalisierung der Behandlung und gefährde die Patienten: „Die Ökonomisierung

insbesondere durch Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme (CIRS). Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA), der die Details bis Februar 2014 festlegen muss, könne dabei auf die CIRS-Handlungsempfehlung des APS zurückgreifen. Die von der Bundesregierung kalkulierte zusätzliche Vergütung von 720.000 Euro im Jahr für die Beteiligung von Krankenhäusern an Fehlermeldesystemen sei zu wenig, sagte die stellvertretende GBA-Vorsitzende Dr. Regine Klakow-Franck. Dr. Bernd Metzinger von der Deutschen Krankenhausgesellschaft sagte, man rede jetzt nicht mehr über Geld, sondern über Mindeststandards. Mehr zu fordern sei wie beim Hygiene-Gesetz müßig, wenn dafür kein Personal auf dem Markt sei.

## Ökonomisierung im Klinikalltag

**Bei der Aufnahme:** Patienten mit unklaren Diagnosen werden wegen möglicherweise langen Liegezeiten als „Draufzähler“ gemieden, relativ Gesunde werden bevorzugt.

**Mehr Kontrollen:** Aushöhlung des ärztlichen Ethos, Abnahme der intrinsischen Motivation und der Bereitschaft zum persönlichen Einsatz.

**Sparen beim Personal:** Weniger Zeit für Arzt-Patienten-Gespräche, Routine geht vor, weniger große Visiten mit Pflegepersonal, Vernachlässigung der Ausbildung: Weiterbildungsassistenten

kommen kaum noch in den Operationssaal, weil auch billigere Mitarbeiter Haken halten können.

**Fallpauschalen:** Schnelle Entscheidungen für Operationen, Konzentration auf Primärdiagnostik, Fragmentierung der Behandlung mit mehrfachen kürzeren Aufnahmen insbesondere bei älteren Patienten.

**Bei der Entlassung:** Delegation der Nachsorge in den ambulanten Bereich, mangelnde Aufklärung der Patienten und Angehörigen, wie sie sich zuhause verhalten sollen. *Quelle: Prof. Maio*

übernehme, diktiert die Ökonomie mehr und mehr das Verhalten. Betriebswirtschaftliche Zahlen und Effizienz ersetzen ärztliche und pflegerische Logik.

Die Herrschaft der Ökonomie führe nicht direkt in die Rationierung, aber zu einer Absenkung des Versorgungsniveaus, sagte Maio. Die Medizin werde unter der Hand dazu verleitet, Entscheidungen zu treffen, die nicht der besten Versorgung dienen (siehe Kasten „Ökonomisierung im Klinikalltag“), sondern der Finanzbilanz, weil diese ja auch über den Fortbestand einer Klinik entscheide. Das System funktioniere ganz ohne Druck: „Man publiziert einfach die Zahlen“, so Maio. Auf Wirtschaftlichkeit zu achten und Gelder

zielt darauf, Patienten zu marginalisieren, mit denen kein Geld zu verdienen ist.“

**Investitionen in die Sicherheit.** Die APS-Vorsitzende Hedwig François-Kettner, Pflegedirektorin der Berliner Charité, sagte, ökonomische Prinzipien, die prinzipiell nicht im Widerspruch zur medizinischen Ethik ständen, würden zunehmend zu einem Hindernis für die humane Krankenversorgung. „Wir müssen die Entwicklung und ihre Auswirkungen kritisch verfolgen und ehrlich diskutieren.“ Große Hoffnungen setzt sie auf das Patientenrechtegesetz und die dort verankerte Förderung von Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit,

**Finanzlage prekär.** Die Finanzierung der Projekte und Arbeitsgemeinschaften des APS beruht nach Angaben von APS-Geschäftsführer Hardy Müller vor allem auf Spenden. Das mache es schwierig, für längere Zeiträume zum Beispiel die Entwicklung einer neuen Sicherheitskultur zu planen. Die Basisfinanzierung für das größte Projekt, das Institut für Patientensicherheit (IfPS) an der Universität Bonn, musste bereits auf 150.000 Euro jährlich herabgesetzt werden. IfPS-Geschäftsführerin Dr. Constanze Lessing hat als Ersatz erste Drittmittel eingeworben, darunter 260.000 Euro aus einem EU-Projekt zum Aufbau einer Datenbank mit internationalen Best-practice-Beispielen für Maßnahmen, die Patienten vor Fehlern oder Beinahe-Fehlern schützen. ■

## Webtipps

- **Dokumentation der APS-Jahrestagung:**  
> [www.aps-ev.de/aktuelles](http://www.aps-ev.de/aktuelles)
- **Institut für Patientensicherheit (IfPS) der Universität Bonn** > [www.ifpsbonn.de](http://www.ifpsbonn.de)



# Türchen in der Sektorenmauer

In der Behandlung von schweren Erkrankungen wie Krebs müssen niedergelassene Ärzte und Kliniken reibungslos zusammenarbeiten. Der Gesetzgeber hat deshalb die ambulante spezialfachärztliche Versorgung geschaffen. Nun regelt eine Richtlinie erste Details. **Von Anne Töpfer**

**Anfang 2012** hat das Versorgungsstrukturgesetz die bisherigen Regelungen für die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach Paragraph 116b erweitert und für die niedergelassenen Ärzte geöffnet. An der neuen ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) dürfen nun Krankenhäuser und ambulant tätige Vertragsärzte teilnehmen, sofern sie bestimmte Kriterien erfüllen. Am 21. März 2013 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) eine Richtlinie zur ASV beschlossen. Wichtige Detailfragen zur Vergütung und Budgetbereinigung, zu Qualitätsanforderungen, zur Vernetzung der Therapeuten sowie zu Art und Verlauf der eingeschlossenen Krankheiten müssen die Beteiligten allerdings noch verhandeln.

**Erste Krankheiten ausgewählt.** Der Gesetzgeber schreibt vor, dass nur bestimmte seltene Erkrankungen oder „schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen“ im Rahmen der ASV behandelt werden dürfen. Außerdem hat der GBA festgelegt, für welche Krankheitsbilder als nächstes die Zulassungskriterien erarbeitet werden sollen: gastrointestinale Tumoren/Tumoren der Bauchhöhle, gynäkologische Tumoren, rheumatologische Erkrankungen, Herzinsuffizienz (fortgeschrittene Stadien), Tuberkulose, Marfan-Syndrom (genetisch bedingte Bindegewebsstörung), Pulmonale Hypertonie, Mukoviszidose, primär sklerosierender Cholangitis (chronische Entzündung der Gallenwege). „Auf Basis der beschlossenen allgemeinen Regelungen werden wir nun Zug um Zug die diagnose-spezifischen Anlagen überarbeiten und so die neue Richtlinie so bald wie möglich mit Leben erfüllen“, sagte Dr. Regina Klakow-Franck, Vorsitzende des zuständigen Unterausschusses im GBA. Dies soll zunächst für Tuber-



kulose und die Gastrointestinal-Tumoren geschehen. Bereits festgelegt hat der GBA einige allgemeine Kriterien für Leistungserbringer, die an der ASV teilnehmen dürfen. Diese bilden jedoch keine geeignete Grundlage, die Teilnahme an der ASV zu beantragen. Erst wenn die Konkretisierungen zur ASV-Richtlinie vorliegen, können Anträge beim Landesausschuss eingereicht werden. Dieser muss innerhalb von zwei Monaten entscheiden, ob die Kriterien des Antragstellers den Anforderungen der Richtlinie entsprechen. Bei Überschreitung dieser Frist erfolgt eine automatische Zulassung.

**Klare Qualitätskriterien gefordert.** Die neue Regelung diene einem besseren Einandergreifen von stationärer und fachärztlicher Versorgung, meldet das Bundesgesundheitsministerium. Sie sei ein Baustein dafür, eine wohnortnahe fachärztliche Versorgung für die Bevölkerung gewährleisten zu können. Auch die Ver-

braucherzentrale Bundesverband (VZBV) äußert sich positiv: Die Öffnung in den niedergelassenen Bereich hinein beinhalte Chancen, gerade in Bezug auf seltene Erkrankungen. Damit die ASV für Patienten einen Mehrwert im Vergleich zur bestehenden fachärztlichen Versorgung habe, bedürfe es aber klarer Qualitätsanforderungen. Andernfalls wäre sie nur eine neue Vergütungsform für Niedergelassene, so die VZBV.

**Evaluation bis 2017.** Die Kassenärztliche Bundesvereinigung freut sich, dass „Behandlung und Vergütung im neuen Versorgungsbereich ohne Kapazitätssteuerung und zu festen Preisen ohne Mengensteuerung erfolgen“. Damit könnten medizinische Erwägungen bei der Versorgung den Ausschlag geben, unabhängig von Mengenbegrenzungen und anderen Steuerungsmechanismen. Dazu Birgit Schliemann, Referatsleiterin Verträge im AOK-Bundesverband: „Es geht den Kassen vorrangig darum, dass der Patient mit einer schweren Erkrankung den Zugang zu einem Team von erfahrenen Spezialisten erhält.“ Ob das gelinge, werde erst die Konkretisierung der Krankheitsbilder zeigen. „Viele Anforderungen sind noch zu weit und zu weich gefasst“, so Schliemann.

Das Versorgungsstrukturgesetz sieht vor, die Auswirkungen der ASV auf Kostenträger, Leistungserbringer und Patientenversorgung zu bewerten. Bis 31. März 2017 müssen die Ergebnisse dieser Evaluation dem Bundesgesundheitsministerium vorliegen – ein ehrgeiziger Zeitplan hinsichtlich des aktuellen Standes der Umsetzung. ■

## MEHR INFOS:

[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) > **Informationsarchiv** > **Beschlüsse** > **Unterausschuss ASV**

# Wettbewerb statt Einheitsbrei

Weg vom Nebeneinander: Ein einheitliches Krankenversicherungssystem erhöht die Chancen auf einen Wettbewerb um die beste Versorgung. Davon waren Experten auf einer Veranstaltung in Stuttgart überzeugt. **Von Burkhard Rexin**

**Provokanter geht es nicht:** Wer eine Bürgerversicherung will, also gleichen Versicherungsschutz zu gleichen Bedingungen für alle, der sollte als erstes die Beitragserhebung der Krankenkassen auf Kopfpauschalen umstellen und die Einkommensumverteilung in das Steuersystem auslagern. Mit diesem Vorschlag für mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen eröffnete der Konstanzer Gesundheitsökonom Professor Friedrich Breyer eine Veranstaltung der AOK Baden-Württemberg über die Zukunft des Krankenversicherungsmarktes, zu der der Verwaltungsratsvorsitzende der Gesundheitskasse, Versichertenvertreter Günter Güner im Namen der AOK in der Stuttgarter Staatsgalerie rund 400 Gäste begrüßte.

Volkswirt Breyer beruhigte die Gäste aber sofort wieder: „Die gesetzlichen Kassen brauchen diesen Wettbewerb nicht zu scheuen, weil sich schnell zeigen wird, wie preiswert sie im Vergleich mit der privaten Krankenversicherung sind.“ Wenn private, gewinnorientierte Versicherungsunternehmen im GKV-Markt nach dessen Regeln zugelassen würden, könne durchaus ein wirksamer Wettbewerb entstehen. „Dieser einheitliche Markt sollte zudem mehr Vertragsfreiheit für die Krankenkassen beinhalten“, sagte Breyer in Stuttgart.

**Kassen sind mehr als reine Kostenträger.** Die Zukunft der privaten Krankenversicherung (PKV), die derzeit heftig diskutiert wird – Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr warnte zeitgleich in Berlin davor, die Existenz der PKV infrage zu stellen –, interessierte Dr. Christopher Hermann, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg, an diesem Abend nur am Rande. Für ihn bietet ein einheitlicher Krankenversicherungsmarkt vor allem die Chance, den Wett-

bewerb um die beste Versorgung zu fördern. „Es geht uns vor allem um die Stärkung des Qualitätswettbewerbs“, sagte Hermann, „und zwar nicht nur mit der PKV oder im Bereich der gesetzlichen Kassen.“ Der eigentliche Qualitätswettbewerb müsse zwischen den Leistungserbringern laufen. Um diesen in Gang zu setzen, benötigen die Krankenkassen vor allem im stationären Bereich mehr Spiel-

## Krankenhäuser sollen gut verdienen, müssen dafür aber auch gute Leistungen bringen.

raum für individuellen Vertragsgestaltung. Die Kassen müssten auch dort aus ihrer reinen Kostenträgerrolle heraus. Ähnlich wie mit der hausarztzentrierten Versorgung und Facharztverträgen im ambulanten Bereich sollten sie im stationären Sektor mehr Möglichkeiten erhalten, die Versorgung zu optimieren.

Hermann forderte, die Vergütung für Krankenhausleistungen auch von der erbrachten Qualität abhängig zu machen: „Krankenhäuser sollen gut verdienen, müssen dafür aber auch gute Leistung bringen.“ Ziel des einheitlichen Krankenversicherungssystems müsse es sein, dass die Kassen – bei gleichem Leistungskatalog – Versorgungsalternativen anbieten können, die den Versicherten eine echte Wahlmöglichkeit eröffnen. Dass ein einheitliches Krankenversicherungssystem einen „Einheitsbrei“ zur Folge hätte, sei gänzlich falsch, sagte Hermann. Gleiche Rahmenbedingungen sowohl für gesetzliche als auch private Krankenversicherer

dürften und würden nicht zu weniger Wettbewerb führen. „Wir sprechen vielmehr von einem dezidiert wettbewerblichen System, in dem sowohl gesetzliche als auch private Krankenversicherer um die bestmögliche Versorgung ihrer Versicherten konkurrieren würden.“

**Bewährte Elemente erhalten.** Professor Thomas Gerlinger, Gesundheitswissenschaftler von der Universität Bielefeld, warnte vor zu großen Erwartungen an den Qualitätswettbewerb. Finanzielle Anreize oder ökonomische Zwänge könnten zu gesellschaftlich unerwünschten Nebenwirkungen führen, etwa selektiven Werbestrategien der Kassen oder Aufschieben von Behandlungen durch Leistungserbringer. Um solche Umgehungsstrategien zu unterbinden, müsse der Staat dann stärker mit detaillierten Vorgaben und mehr Kontrollen durch den Medizinischen Dienst oder auch das Bundesversicherungsamt regulierend eingreifen. Gerlinger empfahl, bewährte Elemente der gesetzlichen Krankenversicherung, wie den einkommensabhängigen Beitrag, unbedingt beizubehalten.

Peer-Michael Dick, AOK-Verwaltungsratsvorsitzender der Arbeitgeberseite, wünscht sich in einem einheitlichen Krankenversicherungssystem auch Elemente aus der PKV, insbesondere einen Kapitalstock für Altersrückstellungen. Von mehr Wettbewerb erwartet er ein günstigeres Preis-Leistungs-Verhältnis. „Vieles könnte besser werden, wenn das Geld anders verteilt würde.“ ■

### Lesetipps

Vorträge von Friedrich Breyer und Thomas Gerlinger unter: [www.aok-bw-presse.de](http://www.aok-bw-presse.de) > Pressemitteilungen > Gesundheitspolitik > AOK im Dialog > Dokumente

# Wenn die Seele weint

Die Zahl der Menschen mit psychischen Leiden ist zuletzt kräftig gestiegen. Um den Patienten zu helfen, fördert die AOK PLUS die Zusammenarbeit von Ärzten und Kliniken – zum Beispiel mit einem regionalen Psychriatriebudget. **Von Thomas Hommel**

**Seit einigen Jahren** steigt in Deutschland die Zahl der Menschen mit kranker Seele – so auch in Sachsen. Laut aktuellem Gesundheitsbericht der AOK PLUS verzeichneten im Freistaat psychische Erkrankungen in den vergangenen sieben Jahren einen Zuwachs um 50 Prozent. Die Zahl der Ausfalltage im Job verdoppelte sich. Und das Krankengeld für betroffene AOK-Patienten summierte sich 2011 auf fast 51 Millionen Euro (siehe Grafik). Für die AOK PLUS sei der Gesundheitsbericht mehr als ein Sammelsurium nackter Zahlen, sagte die Vorsitzende des Verwaltungsrates der Gesundheitskasse, Iris Kloppich, anlässlich des Forums „Psyche im Lot?“ in Dresden. „Wir nehmen ihn vor allem zum Anlass, Strategien für eine bessere Versorgung unserer Versicherten zu entwickeln.“

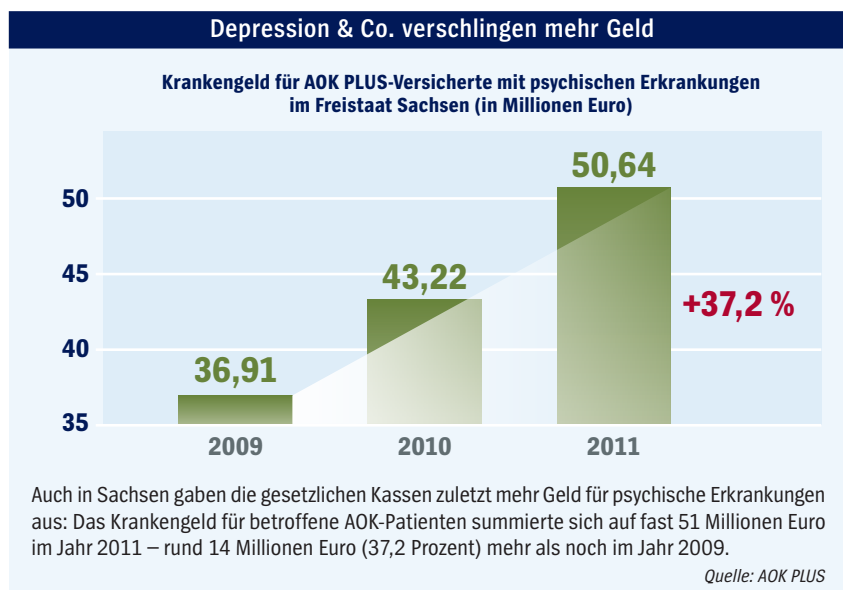
Rolf Steinbronn, Vorstandsvorsitzender der AOK PLUS, wies darauf hin, dass die höheren Behandlungszahlen wegen einer kranken Seele nicht bedeuteten, „dass die Sachsen psychisch kränker geworden sind“. Vielmehr zeichne sich eine Verschiebung zwischen den Diagnosen ab. „Was Ärzte früher als ‚Rücken‘ diagnostizierten, erscheint heute klar als Depression.“ Hinzu komme eine Enttabuisierung psychischer Erkrankungen.

**Schneller zum Facharzt.** Als Beispiel für eine funktionierende Versorgung nannte Kloppich das Projekt „PsycheAktiv“. Grundlage ist ein Vertrag der AOK PLUS mit Haus- und Fachärzten sowie Fachkliniken in Sachsen. Ziel sei es, Betroffenen schneller einen Facharzttermin zu ermöglichen und das Entlassungsmanagement nach einem Klinikaufenthalt zu optimieren, sagte Ralf Bodenschatz, Psychiater am Medizinischen Versorgungszentrum Mittweida. Am Südharzkrankenhaus Nordhausen in Thüringen

wiederum gibt es ein „Regionales Psychiatriebudget“ für die flexible – das heißt stationäre, teilstationäre und ambulante – Behandlung psychisch Kranker aus der Region. Mit dem von Kassen und Krankenhaus ausgehandelten Gesamtbudget können die dortigen Ärzte auf der Basis gegenseitigen Vertrauens zwischen Kassen und Krankenhaus frei umgehen.

niederließen, betonte Rainer Striebel, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der AOK PLUS.

Ein besonderes Augenmerk müsse auf jungen Menschen liegen, betonte Professor Veit Rößner, Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie des Universitätsklinikums Dresden. Bundesweit



**Hoffen auf Bedarfsplanung.** In Sachsen beträgt die Wartezeit auf ein Erstgespräch beim Psychotherapeuten derzeit fast 14 Wochen. Landesgesundheitsministerin Christine Clauß nannte diese Zeitspanne inakzeptabel. Einen Grund sehen Experten in der vergleichsweise geringen Anzahl an Praxen. In Sachsen kommen derzeit knapp 19 Psychotherapeuten auf 100.000 Einwohner – die fünftniedrigste Quote bundesweit. Die neue Bedarfsplanungsrichtlinie, die der Gemeinsame Bundesausschuss beschlossen habe, biete die Möglichkeit, dass sich demnächst mehr Psychotherapeuten im Freistaat

wiesen heute rund 22 Prozent aller Kinder und Jugendlichen Symptome einer psychischen Erkrankung auf.

Dass Deutschland bei der Versorgung psychischer Erkrankungen relativ gut aufgestellt ist, machte Professor Klaus Jacobs, Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO), deutlich. Ein Blick über die nationale Grenze offenbare, dass die Spanier zum Beispiel einige Monate auf eine Behandlung beim Psychotherapeuten warten müssten. Und in Frankreich werde die ambulante Psychotherapie erst gar nicht als allgemeine Kassenleistung geführt. ■

# Speckgürtel kommt in die Jahre

Gemeinden mit einer heute noch jungen Bevölkerung sehen in 20 Jahren alt aus: Dann sind viele Bewohner pflegebedürftig geworden und Fachkräfte fehlen. Experten machen sich deshalb für mehr „Pflege im Quartier“ stark. **Von H.-B. Henkel-Hoving**

**Für Dr. Claudia Wöhler** ist die Sache klar: Die Herausforderungen, die mit der wachsenden Zahl Pflegebedürftiger einhergehen, „sind eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe“. Bund, Länder und Gemeinden müssten dazu ebenso ihren Beitrag leisten wie Sozialversicherungsträger, Unternehmen, Arbeitnehmer und viele weitere gesellschaftliche Gruppen, machte die Verwaltungsratsvorsitzende der AOK Bayern auf dem Pflegeforum der Gesundheitskasse in München deutlich: „Pflege geht uns alle an.“

Selbst das wohlhabende Bayern steht bei der Versorgung Pflegebedürftiger vor gewaltigen Hürden, auch wenn die aktuelle Situation gut ist. So hat sich nach Angaben Wöhlers zwischen 1999 und 2011 zwar die Zahl der Pflegebedürftigen im Freistaat um zwölf Prozent auf 330.000 erhöht. Zugleich aber ist die Zahl der Pflegekräfte (plus 52 Prozent), der Heimplätze (plus 40 Prozent) und der ambulanten Dienste (plus 15 Prozent) stärker gestiegen. Diese Momentaufnahme, so

die Arbeitgebervertreterin, dürfe nicht darüber hinwegtäuschen, dass die „demografische Welle den Freistaat zeitverzögert erreichen wird“ – etwa im Jahr 2030.

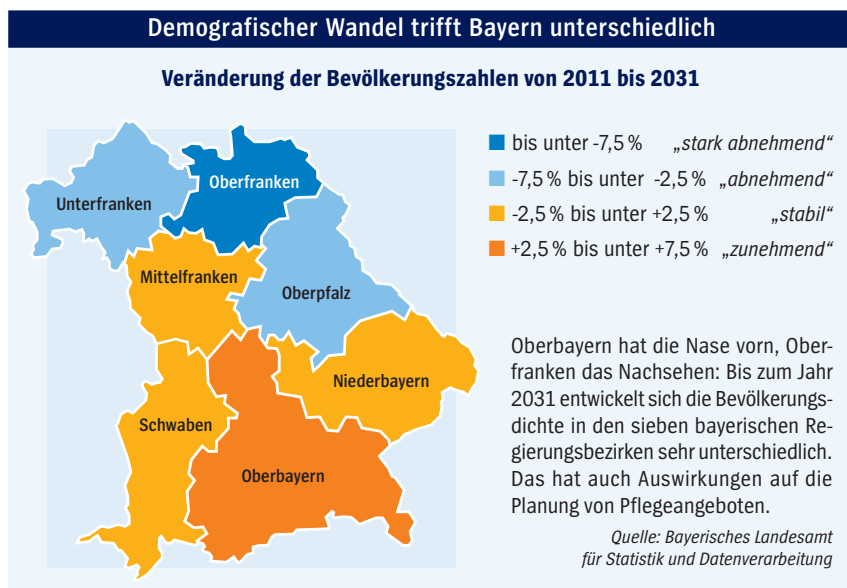
Nach Berechnungen von Professor Heinz Rothgang von der Uni Bremen steigt bis dahin die Zahl der Pflegebedürftigen in Bayern um rund 54 Prozent im Vergleich zum Jahr 2009. Nur in Berlin, Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg verläuft die Entwicklung dramatischer. Innerhalb des Freistaates wiederum trifft es den Speckgürtel rund um München besonders heftig: Dort ist die Bevölkerung heute noch vergleichsweise jung, in 20 Jahren aber sind dafür umso mehr Menschen im pflegebedürftigen Alter. Rothgang: „Hier kommt etwas auf das Land zu.“

**Fachkräfte fehlen.** Verschärft wird die Situation durch den Fachkräftemangel. Rothgang zufolge fehlen im Jahr 2030 bis zu einer Million Beschäftigte in der Pflege, allein 62.000 davon in Bayern.

Weil Heimpflege die höchste Personalintensität aufweise und die meisten Menschen zu Hause betreut werden wollten, seien deshalb die häusliche Pflege und die „Pflege im Quartier“ zu stärken.

Wie das gelingen kann, zeigt das Beispiel Nürnberg. Dort gibt es ein eigenständiges Seniorenamt, das nach Angaben des stellvertretenden Leiters Klaus Schmitz mittlerweile elf Stadtteil-Seniorennetzwerke aufgebaut hat und zusammen mit den Pflegekassen einen Pflegestützpunkt mit 4.400 Beratungskontakten im Jahr unterhält. Pflege im Quartier organisiert auch die Bremer Heimstiftung, etwa in einer Hochhaus-siedlung aus den 1970er-Jahren mit Generationentreff, Tagespflegeangebot, Demenz-WG, Pflegedienstbüro und barrierearm umgebauten Wohnungen. Diese Angebote ermöglichten den Bewohnern, so Heimstiftungs-Chef Alexander Künzel, in ihrer vertrauten Umgebung zu bleiben und nicht ins Heim zu müssen: „Wir brauchen Settings mit mehr Ehrenamt und Nachbarschaft und weniger Profis.“

**Lasten verteilen.** Während Ministerialdirektor Friedrich Seitz vom Sozialministerium des Freistaates dafür plädierte, pflegende Angehörige rentenrechtlich besserzustellen, unterstrich Professor Andreas Büscher von der Hochschule Osnabrück die nach wie vor tragende Rolle von Familien: 70 Prozent aller Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt. AOK-Verwaltungsratsvorsitzender und Versichertenvertreter Fritz Schösser schließlich forderte, die Lasten einer alternden Gesellschaft „fair auf alle Schultern zu verteilen“ und den Dienst am Nächsten nicht allein unter kommerziellen Gesichtspunkten zu betrachten: „Pflege darf kein Profit-Center werden.“ ■



# „Wir wollen Patienten schützen“

Von der Bachblütentherapie bis zum Früherkennungs-Ultraschall: Was Ärzte als individuelle Gesundheitsleistung anpreisen, bewertet der Medizinische Dienst im IGeL-Monitor meist als unklar oder negativ. Weil Nutzenbelege fehlen oder sogar Risiken bestehen, sagt **Monika Lelgemann**.

**G+G:** Warum machen Krankenkassen ihren Versicherten individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) madig? Wenn Patienten solche Leistungen selbst bezahlen, ist das doch ihre Sache.

**Lelgemann:** Wir machen keine Leistungen madig, sondern liefern verlässliche Informationen über deren Sinnhaftigkeit. Dazu werten wir wissenschaftliche Daten aus. Patienten sollen wissen, ob eine IGeL Nutzen oder vielleicht sogar Schaden bringt. Wir wollen sie vor unnötigen oder schädlichen Leistungen schützen.

**G+G:** Für welche Zielgruppen haben Sie den IGeL-Monitor entwickelt?

**Lelgemann:** In erster Linie haben wir Laien im Blick. Der Monitor ist aber auch für die Fachöffentlichkeit gedacht. Für Ärzte stellen wir den wissenschaftlichen Hintergrund unserer Bewertungen dar. Bisher hatte der IGeL-Monitor mehr als 900.000 Besucher, von denen uns rund 3.000 geschrieben haben – überwiegend Patienten. Aber auch Ärzte haben Mails geschickt. Zum Teil waren sie empört wegen unserer Bewertungen. Von anderen Ärzten bekamen wir Zustimmung, weil sie selbst keine IGeL anbieten und so ein Portal sinnvoll finden.

**G+G:** Welche Reaktionen kamen denn von den Patienten?

**Lelgemann:** Bemerkenswert finde ich, dass viele Patienten sich nicht trauen, ihrem Arzt zu widersprechen oder ihn zu enttäuschen. Sie haben deshalb Hemmungen, Selbstzahler-Leistungen abzulehnen. Das macht deutlich, dass sich Arzt und Patient nicht auf Augenhöhe befinden. Ärzte sind sich vielleicht nicht darüber im Klaren, dass Patienten sie als derart über-

mächtig wahrnehmen. Das Rollenbild des Arztes als allwissende Autorität ist in unserer Gesellschaft lange gepflegt worden.

**G+G:** Wie wählen Sie die Leistungen für den IGeL-Monitor aus?

**Lelgemann:** Wir gehen davon aus, dass

abzusprechen. Es fehlen zwar Belege für einen spezifischen Nutzen, aber sie ist auch nicht schädlich. In diesem Fall kommen wir zu der Bewertung unklar. Wenn wir eine Leistung als unklar bewerten, ist das eine klassische IGeL-Situation: Der Patient kann sich entscheiden, ob er sie in Anspruch nimmt oder nicht.

Viele Patienten trauen sich nicht, ihrem Arzt zu widersprechen.

Dr. med. Monika Lelgemann



unter den schätzungsweise mehr als 350 IGeL etwa 50 sind, die häufig und von vielen Praxen angeboten werden. Zu den Rennern gehören die Augeninnendruckmessung, bestimmte Ultraschall-Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung bei Frauen, die professionelle Zahnreinigung und der PSA-Test zur Früherkennung von Prostata-Krebs. Alle diese Leistungen haben wir bewertet. Bei der Auswahl weiterer IGeL berücksichtigen wir, was uns die Nutzer zurückmelden.

**G+G:** Eine aus schulmedizinischer Sicht wirkungslose Methode wie die Bachblüten-Therapie, die der Monitor als unklar bewertet, kann über Placebo-Effekte vielleicht zur Heilung beitragen. Warum spricht das nicht für diese Angebote?

**Lelgemann:** In der Tat: Der Bachblüten-Therapie ist ein Placebo-Effekt nicht

**G+G:** Welche Zukunft hat der Monitor?

**Lelgemann:** Die sehr positive Resonanz auf den IGeL-Monitor zeigt, dass der Informationsbedarf der Versicherten hoch ist. In Zukunft wollen wir den Monitor noch passgenauer auf die Bedürfnisse der Patienten und Verbraucher einstellen – bei der Auswahl der Themen und in der Art der Kommunikation. ■

Die Fragen stellte Änne Töpfer.

## Zur Person

Dr. Monika Lelgemann ist Bereichsleiterin Evidenzbasierte Medizin beim Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) und baut dort den 2012 gestarteten IGeL-Monitor mit auf. Zudem hat die Anästhesistin den Vorsitz im Deutschen Netzwerk für Evidenzbasierte Medizin. [www.igel-monitor.de](http://www.igel-monitor.de)

# Pillen-Mix mit Risiko

Viele ältere Menschen nehmen fünf oder sogar noch mehr Arzneimittel gleichzeitig ein.

**Guido Schiemann** beschreibt Ursachen und Gefahren der Multimedikation. Als Gegenmittel empfiehlt er, die Kommunikation zwischen Ärzten, Apothekern und Patienten zu verbessern. Zudem sollten sich klinische Studien stärker an Alltagsbedingungen orientieren.



# G

egen Bluthochdruck und Gichtanfälle nimmt Herr W., 70 Jahre, bereits drei Medikamente regelmäßig ein. Zusätzlich hat ihm jetzt der Diabetologe ein blutzuckersenkendes Medikament verordnet.

Der Psychiater hat ein Antidepressivum verschrieben und gegen Prostatabeschwerden soll die Verordnung des Urologen helfen. Zur Therapie seiner Rückenschmerzen und für gelegentliche Muskelkrämpfe versorgt Herr W. sich mit zwei weiteren Präparaten aus der Apotheke selbst. Wie Herr W. in diesem fiktiven Beispiel haben mehr als die Hälfte der über 65-jährigen Bundesbürger drei oder mehr chronische Erkrankungen. Fortschritte in der Arzneitherapie haben das Leben mit vielen dieser Erkrankungen erst möglich gemacht. Die medikamentöse Therapie ist zu einem wesentlichen Baustein in der ärztlichen Behandlung geworden. Eine Zunahme der Krankheitslast führt daher zu einem Anstieg der verordneten Medikamente. Nimmt ein Patient fünf oder mehr unterschiedliche Wirkstoffe gleichzeitig ein, spricht man von Polypharmazie oder Multimedikation – das trifft auf ungefähr 40 Prozent der über 65-jährigen Deutschen zu, so die Angaben in der Leitlinie Multimedikation von 2013.

**Mehr Wirkstoffe, mehr Wechselwirkungen.** Mit der Zahl der eingenommenen Medikamente nimmt das Risiko für unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) zu. Zu den unerwünschten Wirkungen durch die einzelnen Präparate kommen unerwünschte Reaktionen durch die gleichzeitige Einnahme mehrerer Wirkstoffe (Wechselwirkungen/Interaktionen). Bei drei eingenommenen Wirkstoffen können drei unterschiedliche Wechselwirkungen auftreten, bei sieben Medikamenten sind bereits 21 Wechselwirkungen möglich. Nach aktuellen Studien von Andreas Sönnichsen (Universität Witten/Herdecke) und Wolfgang Hoffmann (Universität Greifswald) treten bei der Mehrheit der hausärztlichen Patienten mit einer Polypharmazie potenziell relevante Wechselwirkungen auf. Heute sind UAW für circa fünf Prozent aller Klinikweisungen verantwortlich. Die Kosten werden für Deutschland auf 430 Million Euro pro Jahr geschätzt. Eine Multimedikation kann zudem den Nutzen einer Arzneitherapie verringern. So nimmt bei steigender Verordnungsmenge die Therapietreue (Adhärenz) der Patienten ab. Je mehr die Ärzte verschreiben und je häufiger am Tag jemand Medikamente einnehmen soll, desto geringer wird seine Adhärenz. Nach Ergebnissen aktueller Studien nehmen zum Beispiel bis zu 70 Prozent der Frauen mit Brustkrebs innerhalb von fünf Jahren ihre Hormontherapeutika nicht mehr ein. Mehr als die Hälfte der Patienten setzen innerhalb von zwei Jahren nach einem Schlaganfall ihre blutverdünnenden Medikamente (Thrombozyten-Aggregationshemmer) ab.

**Leitlinien beschränken sich auf einzelne Krankheiten.** Mit dem Alter, der Anzahl der Therapeuten und der Zahl der Erkrankungen steigt das Risiko für eine Polypharmazie. Auch wenn jede einzelne Verordnung für sich betrachtet sinnvoll ist, entstehen in Kombination der Wirkstoffe mögliche Wechselwirkun-

gen. Um sie zu erkennen, müssen die Beteiligten über die Verordnungen der Mitbehandler informiert sein. Im Beispiel von Herrn W. beeinflussen die Schmerzmittel ebenso wie das urologische Präparat den Blutdruck, während sich das Antidepressivum nachteilig auf die Prostatabeschwerden auswirken kann.

Evidenzbasierte Leitlinien verbessern die Behandlungsqualität. Allerdings beschränken sich Leitlinien fast ausschließlich auf einzelne Erkrankungen – sie fassen die vorhandene Evidenz zusammen und geben Empfehlungen zur Behandlung vom Asthma bis zu Zwangserkrankungen. Am Beispiel aller verfügbaren Leitlinien hat eine amerikanische Autorin den evidenzbasierten Therapieplan einer 79-jährigen multimorbiden Patientin (Diagnosen: chronische Bronchitis, Osteoporose, Arthrose, Diabetes, Bluthochdruck) vorgestellt. Die leitliniengerechte Verordnung führt in diesem Fall zu zwölf verschiedenen Wirkstoffen, aufgeteilt auf 19 Tagesdosen. Ein solch komplexes Medikamentenregime lässt sich im Alltag häufig nicht umsetzen.

**Patienten nehmen zusätzlich rezeptfreie Arzneien.** Eine wachsende Anzahl von Medikamenten wird aus der Rezeptpflicht entlassen. Zusätzlich haben Apotheken ein wirtschaftliches Interesse am Vertrieb weiterer rezeptfreier Medikamente. Nach Ergebnissen des Bundesgesundheits surveys von 2003 gaben 30 Prozent der 18- bis 79-Jährigen an, in den zurückliegenden sieben Tagen nicht ärztlich verordnete Medikamente eingenommen zu haben. Rezeptfrei bedeutet aber keinesfalls frei von einer Gefährdung durch Nebenwirkungen oder mögliche Wechselwirkungen. So kann Gingko (zur Förderung der Hirnleistung) die Blutungsneigung verstärken. Johanniskraut (gegen depressive Verstimmung) kann die Wirksamkeit der Antibabypille reduzieren. Die (zusätzliche) regelmäßige Einnahme rezeptfreier Schmerzmittel wie Acetylsalicylsäure (ASS) oder Ibuprofen ist eine typische Ursache für Magenblutungen.

**Medikationsmanagement ist Aufgabe des Apothekers.** Wer ist neben dem Patienten verantwortlich für den Umgang mit all den verordneten und rezeptfreien Pillen, Tropfen und Pflastern? Um die Risiken von Multimedikation einschätzen zu können, müssen Fachleute einen Überblick über alle Präparate haben. Apotheken bieten sich als zentrale Ansprechpartner an. Voraus-

## Lese- und Webtipps

- [www.arriba-hausarzt.de](http://www.arriba-hausarzt.de) Evidenzbasierte Patienteninformationen und Beratungsinstrumente insbesondere bei Herz-Kreislaufkrankungen
- [www.priscus.net](http://www.priscus.net) > Was wir machen > Teilprojekt 3: Risiken und Nebenwirkungen – im Alter immer häufiger
- WIdO-Monitor 1/2012: **Einstellungen älterer Menschen zur Arzneimitteltherapie.** Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). Download: [www.wido.de](http://www.wido.de) > Publikationen > WIdO-Monitor
- [www.aok-gesundheitsnavi.de](http://www.aok-gesundheitsnavi.de) > Apotheken und Arzneimittel
- Gisbert W. Selke: **Ältere vor Arzneimittelrisiken schützen.** In: G+G 3/2012, S. 18 und 19

gesetzt, die Patienten nutzen nur eine „Hausapotheke“, dann gehen dort die zulasten der Kassen und die privat verordneten sowie die freiverkäuflichen Präparate über den Tresen. Die Apothekenbetriebsordnung nennt das Medikationsmanagement explizit als Aufgabe des Apothekers. Es umfasst die Analyse der gesamten Medikation des Patienten, einschließlich der Selbstmedikation. Ziel ist die Verbesserung der Arzneimittelsicherheit und der Therapietreue. Diesen sinnvollen Ansätzen steht eine Realität entgegen, in der Patienten verschiedene Apotheken nutzen oder ihre Medikamente im Internet bestellen. Allenfalls für Patienten mit einer (lokal geltenden) Kundenkarte dürften in einer Apotheke vollständige Informationen über alle Verordnungen vorliegen und dadurch zumindest eine Beratung über mögliche Wechselwirkungen möglich sein.

Ein weiteres Dilemma im Zusammenhang mit der Medikamentenabgabe sind die Aut-idem-Regelung („oder ein Gleiches“) und die Rabattverträge. Der Arzt verordnet ein Medikament, der Patient erhält möglicherweise in der Apotheke ein wirkstoffgleiches Präparat von einem Anbieter, mit dem die Krankenkasse einen Vertrag abgeschlossen hat. Wechselnde Verträge und logistische Probleme können dazu führen, dass sich die Verpackungen und Namen der Präparate ändern. Das kann Patienten verwirren und zu Fehlern bei der Einnahme führen.

**Hausärzten fehlen wichtige Informationen.** Auch auf ärztlicher Seite fehlt vielen Patienten in Deutschland ein zentraler Ansprechpartner. Es besteht überwiegend ein direkter und unkoordinierter Zugang zur spezialärztlichen Behandlung. Nach Ergebnissen einer Studie von 2012 (Hendrik van den Busche, Uniklinikum Hamburg Eppendorf) befinden sich Patienten mit einer Multimorbidität im Durchschnitt in der Behandlung von sechs unterschiedlichen Fachärzten. In vielen Nachbarländern (Niederlande, Dänemark, Großbritannien) ist dieser Zugang durch den verpflichtenden Erstkontakt über den Hausarzt reglementiert. Hausarztverträge sollen auch in Deutschland die Rolle des Allgemeinmediziners als Gatekeeper stärken. Bestehende Koordinationsprobleme und damit verbundene Risiken

der Multimedikation können dadurch vermutlich reduziert werden. Seiner Aufgabe als zentraler Ansprechpartner und Koordinator der unterschiedlichen Therapie-Empfehlungen kann ein Hausarzt jedoch nur nachkommen, wenn er informiert wird. In Deutschland erfolgen Überweisungen überwiegend auf Veranlassung durch andere Fachärzte. Sie informieren die Hausärzte nicht immer über ihre Verordnungen oder weitere Überweisungen. Die Praxisgebühr hat hier ein gewisses Regulativ dargestellt, da Patienten die Gebühr meist beim Hausarzt entrichteten und sich zu Fachärzten überweisen ließen. Durch den Wegfall der Praxisgebühr Anfang 2013 wird sich das Informationsdefizit der Hausärzte voraussichtlich weiter vergrößern.

**Klinische Studien bilden Realität nicht ab.** Evidenzbasierte Leitlinien könnten Ärzte darin unterstützen, die Risiken der Polypharmazie einzuschätzen und zu minimieren. Leitlinien erfassen aktuelle medizinische Erkenntnisse und stellen praxistaugliche Empfehlungen für die Therapie zur Verfügung. Sie orientieren sich idealerweise am Behandlungsanlass oder an definierten Erkrankungen. Das ist bei einer Multimorbidität aus verschiedenen Gründen kaum möglich. So ist bereits die Erstellung einer krankheitsübergreifenden Leitlinie ein äußerst anspruchsvolles Unterfangen.

Eine wesentliche Barriere ist der Mangel an hochwertigen kontrollierten Studien, die als wissenschaftliche Basis dienen können. Dies liegt unter anderem daran, dass multimorbide Patienten in klinischen Studien kaum berücksichtigt werden. So überwiegen in Medikamenten-Studien idealtypische Patienten ohne Einschränkungen der Nierenfunktion oder relevante Begleiterkrankungen. Der Effekt eines Medikaments lässt sich in dieser „bereinigten“ Gruppe besser beobachten. Außerhalb der Studienrealität werden diese Medikamente jedoch von weniger idealtypischen Patienten eingenommen. Der Patient, der ein Präparat für seinen Bluthochdruck benötigt, hat sehr häufig weitere, medikamentös behandelte Erkrankungen. Ergebnisse aus klinischen Studien können daher oft nur sehr eingeschränkt auf die Versorgungsrealität übertragen werden.

## Umfrage: Ältere unterschätzen Arznei-Risiken

Einstellung älterer Menschen zu Arzneimittelwirkungen (n=1.000)	trifft zu	teils, teils	trifft nicht zu	keine Angabe
Ältere Menschen sind anfälliger, unerwünschte Arzneimittelwirkungen zu erleiden.	25 %	23 %	28 %	24 %
Bestimmte Arzneimittel vertragen ältere Menschen besonders schlecht.	25 %	17 %	22 %	36 %
Bei der Einnahme mehrerer unterschiedlicher Medikamente kommt es vermehrt zu Nebenwirkungen.	38 %	15 %	32 %	15 %
Je mehr Medikamente ich einnehme, desto größer ist das Risiko unerwünschter Arzneimittelwirkungen.	57 %	12 %	17 %	14 %

Nur ein Viertel der für den WIdO-Monitor befragten über 65-jährigen gesetzlich Versicherten rechnet mit einer altersbedingten schlechteren Verträglichkeit von Arzneimitteln. Auch was die Multimedikation angeht, sind viele sorglos: Rund ein Drittel der Befragten glaubt nicht, dass es dadurch vermehrt zu Nebenwirkungen kommt. Die AOK setzt hier auf Aufklärung (siehe Interview S. 27). *Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) 2012*



Zu viel des Guten? Je mehr Medikamente ein Patient einnehmen soll, desto geringer wird seine Therapietreue.

**Leitlinie zur Multimedikation erschienen.** Dennoch ist es der Leitliniengruppe Hessen gelungen, gemeinsam mit Vertretern der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) eine Leitlinie zur Multimedikation zu erstellen (siehe Kasten „Neue Leitlinie erinnert an gute Verordnungspraxis“ auf Seite 26). Sie ist Anfang 2013 erschienen und bietet eine Sammlung umfangreicher Hilfestellungen und Empfehlungen. Diese beziehen sich unter anderem auf das Erfassen der Medikamente, das Erkennen von Risiken und Gefahren einer Multimedikation, aber auch auf Strategien zur Vermeidung oder Verringerung der Zahl unnötiger Medikamente. Eine Leitlinie kann jedoch nur so gut sein, wie die vorhandene Evidenz. Bisher fehlt beispielsweise ein Beweis dafür, wie eine Überprüfung der Medikamente idealerweise erfolgt. Durch diese Überprüfung sollen mögliche Gefährdungen des Patienten durch unerwünschte Arzneimittelwirkungen verhindert werden. In der Vergangenheit sind verschiedene Instrumente entwickelt worden. Der Nachweis ihrer Wirksamkeit zum Beispiel auf die Rate an Klinikeinweisungen steht jedoch aus. Wissenschaftlich hochwertige klinische Studien zur optimalen Versorgung multimorbider Patienten werden dringend benötigt.

**Arznei-Alternativen für Ältere.** Die Arzneimitteltherapie-Sicherheit ist ein wichtiger Bestandteil im Umgang mit einer Polypharmazie. Ein großer Teil der unerwünschten Arzneimittelwirkungen und ihrer Folgen wie Krankenhausaufenthalte scheint durch ein konsequentes Monitoring vermeidbar zu sein. Dazu gehört die regelmäßige Überprüfung besonders sensibler Laborparameter, wie beispielsweise der Nierenfunktion. Diese nimmt mit dem Alter häufig ab und erhöht dadurch das Risiko für UAW. Die oben genannte Leitlinie fasst sinnvolle und in der Praxis umsetzbare Laborkontrollen zusammen.

Zudem haben Experten Listen mit Medikamenten zusammengestellt, die in bestimmten Gruppen oder bei ausgewählten Erkrankungen vermieden werden sollten. Die vom US-Amerikaner Mark Beers entwickelte Beers-Liste, hat seit 2010 mit der Priscus-Liste ein deutsches Pendant (siehe Lese- und Webtipps auf Seite 23). Die Priscus-Liste umfasst insgesamt 83 Medikamente, die Experten als potenziell inadäquat für ältere Menschen ansehen. Gleichzeitig schlägt sie therapeutische Alternativen vor. Die Priscus-Liste findet bereits Einsatz sowohl in der Analyse von Routinedaten, als auch in stationären Einrichtungen. Zur individuellen Beurteilung eines Medikamentsplans ist sie allerdings nur bedingt geeignet. Für den (ärztlichen) Alltag ideal wäre eine Positivliste, eine Zusammenstellung sinnvoller Medikamente oder Medikamenten-Kombinationen, für die bei älteren Patienten oder bei Multimedikation eine hohe Evidenz besteht. Doch auch hierzu fehlen Studien.



**Patienten urteilen anders.** Die Beurteilung eines komplexen Medikationsplanes ist nur im Rahmen eines persönlichen Gesprächs zwischen Arzt und Patient möglich. Computerprogramme können bei der Verschreibung vor möglichen Interaktionen der verordneten Medikamente warnen, aber eine individuelle Bewertung können sie nicht leisten. Zur wissenschaftlichen Beurteilung eines Medikamentes kommt die persönliche Bewertung des Patienten. Die Bewertung wird davon beeinflusst, ob ein Arzneimittel Beschwerden wie beispielsweise Schmerzen lindert oder zur Behandlung eines an und für sich nicht schmerzhaften Risikofaktors wie Bluthochdruck eingesetzt wird. Hinzu kommen Vorlieben in Bezug auf die Behandlung. Aus vielen Untersuchungen ist bekannt, dass sich die Prioritäten zwischen Ärzten und Patienten deutlich unterscheiden können. Ärzte neigen eher zu einer Verschreibung, wenn sie den Eindruck haben, dass Patienten eine solche erwarten. Für die eigene Versorgung würden Ärzte dagegen häufig eine andere Therapie wählen, als die, die sie ihren Patienten empfehlen.

**Weniger ist mehr.** Der Beginn einer medikamentösen Therapie ist einfach und gehört zu den häufigsten ärztlichen Tätigkeiten. Die Ausstellung eines Rezeptes nimmt wenig Zeit in Anspruch und signalisiert Zuwendung. Verschiedenen Studien zufolge kann auch das Absetzen von Medikamenten bei Patienten mit einer Polypharmazie die Lebensqualität verbessern und sogar die Sterblichkeit verringern. Im Alltag ist die ärztlich initiierte Verringerung der Medikamentenzahl jedoch mit vielen Barrieren verbunden. Patienten empfinden das Absetzen möglicherweise als Wegnehmen. Bei der Vielzahl der Behandler stellt sich zudem die Frage, wer denn ein Medikament absetzen darf – nur der Arzt, der es ursprünglich verordnet hat oder derjenige, der gemeinsam mit dem Patienten die Gesamtverantwortung übernehmen möchte? Im Alltag kann dies zu unterschiedlichen Konflikten führen. Der Hausarzt hat möglicherweise Bedenken, eine durch einen Spezialisten angefangene Behandlung zu beenden. Ähnliche Bedenken bestehen vielleicht bei einigen Patienten. Die Vorstellung, eine medikamentös gut behandelbare Erkrankung nicht oder weniger aggressiv zu behandeln, ruft bei Ärzten wie Patienten noch immer Zweifel hervor.

Ein Mehr an medizinischer Versorgung ist nicht mit einem Zuwachs an Gesundheit gleichzusetzen. Unter der Überschrift „Less is more“ werden seit 2010 im Journal of the American Medical Association Artikel (JAMA) Studien veröffentlicht, die

sich mit den Folgen der medizinischen Übertherapie beschäftigen. Um ein Beispiel zu nennen: In der Diabetestherapie ging es früher in erster Linie um eine maximale Senkung der Blutzuckerwerte. Inzwischen steht in der Behandlung des Diabetes Typ 2 eine individuell angepasste Therapie mit maximal zwei Wirkstoffen im Vordergrund. Diese Entwicklung ist auch eine Konsequenz aus Studien, die eine erhöhte Sterblichkeit unter einer antidiabetischen Mehrfachtherapie belegten.

**Ärzte brauchen Gesprächskompetenz.** Wie kann die Versorgung von Patienten mit einer Polypharmazie im bestehenden System verbessert werden? Entscheidend ist zunächst einmal die Kommunikation. Der Arzt muss im Gespräch mit dem Patienten dessen vollständige Medikation und seine Bedürfnisse erfragen. Neben der notwendigen Zeit und Gesprächskompetenz braucht der Arzt evidenzbasierte Patienteninformationen, in denen Therapieeffekte realistisch dargestellt werden. Eine solche Gesprächsgrundlage zum individuellen Risiko für Herz-Kreislauferkrankungen liefert beispielsweise das Beratungsinstrument Arriba

### Neue Leitlinie erinnert an gute Verordnungspraxis

Die Leitliniengruppe Hessen legte Anfang 2013 eine **Leitlinie zur Multimedikation** vor. „Da haben wir Neuland betreten. Nach meiner Kenntnis existiert nur in den Niederlanden eine weitere Leitlinie zu diesem Thema“, sagt Dr. Ingrid Schubert. Die Soziologin der „PMV forschungsgruppe“ an der Universität Köln moderiert die Treffen der Gruppe. Die Leitlinie richtet sich an Hausärzte und niedergelassene Fachärzte. „Die Hausärzte wissen oft nicht, was Patienten zusätzlich zu den von ihnen verordneten Medikamenten einnehmen“, sagt Schubert. Wenn der Internist bei einer Patientin den Diabetes behandelt, der Orthopäde die Arthrose und der Frauenarzt noch etwas anderes, und das nicht koordiniert wird, kann es zu Problemen kommen. Außerdem sei den Patienten häufig nicht bewusst, dass auch rezeptfreie Arzneimittel Wechselwirkungen mit den verordneten Präparaten haben könnten, so Schubert.

Vor einer Verordnung sollte die vorhandene Medikation bewertet werden. **Dazu liefert die Leitlinie einen Katalog von Fragen. Nach dem MAI-Schema (Medikation erfassen, Angemessenheit bewerten, Interventionen durchführen) können Ärzte zum Beispiel Indikation, Evidenz, Dosierung, Interaktionen, Doppelverordnung, Therapiedauer und Einnahmeplan prüfen und, falls notwendig, die Medikation verändern.** Erfahrungsgemäß werden unter Zeitdruck im Praxisalltag solche Fragen meist nicht gestellt, sagt Ingrid Schubert. „Was die Leitlinie beschreibt, ist gute Verordnungspraxis. Das müssen wir in Erinnerung rufen.“ Allerdings lesen Ärzte eine Leitlinie mit rund 100 Seiten nicht im alltäglichen Prozess. Eine Strategie zur Nutzung und Verbreitung der Leitlinie könnte sein, in Qualitätszirkeln darüber zu sprechen. Zudem wäre es gut, wenn im Rahmen von Selektivverträgen ein Medikations-Check bezahlt werde, sagt Schubert. „Dass der Arzt mit dem Patienten eine Stunde über seine Medikation spricht, ist im laufenden Betrieb nicht machbar.“

Die Mitglieder der 1998 gegründeten Leitliniengruppe Hessen sind Moderatoren der hessischen Qualitätszirkel. Sie entwickelten die Leitlinie Multimedikation in Kooperation mit der Ständigen Leitlinien-Kommission der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin.

(G+G)

Kontakt: pmv@uk-koeln.de  
www.pmvforschungsgruppe.de > Publikationen > Leitlinien

(siehe Lese- und Webtips). Das von den Allgemeinmedizinischen Abteilungen der Universitäten Marburg und Düsseldorf entwickelte Instrument steht kostenlos zur Verfügung und wird in vielen Hausarztpraxen regelmäßig im Rahmen von Gesundheitsuntersuchungen eingesetzt. In einzelnen Bundesländern ist Arriba Bestandteil von Hausarztverträgen. Mithilfe von Arriba lässt sich nicht nur das individuelle Risiko quantifizieren („Wie groß ist die Wahrscheinlichkeit für mich in den nächsten zehn Jahren einen Herzinfarkt zu erleiden?“), sondern auch der individuelle Nutzen unterschiedlicher Therapieoptionen veranschaulichen („Wie stark sinkt mein Risiko, wenn ich ein blutdrucksenkendes Medikament einnehme?“).

**Gesundheitskarte könnte Übersicht verschaffen.** Auch die Kommunikation zwischen Arzt und Apotheker ist entscheidend für den Umgang mit den Gefahren der Multimedikation. In der Apotheke laufen die Verordnungen unterschiedlicher Behandler zusammen. Potenziell gefährliche Medikamenten-Kombinationen können hier entdeckt werden. Die Kommunikation zwischen Ärzten und Apotheken ist aber von vielen Reibungsverlusten gekennzeichnet. Ärzte sind ungehalten über aus ihrer Sicht unnötige, weil klinisch nicht relevante Warnungen durch Apotheker. Apotheker wiederum beklagen das fehlende Interesse an Rückmeldungen und die mangelnde Kommunikationsbereitschaft der Ärzte.

Die Kommunikation zwischen den behandelnden Ärzten, verbunden mit einer Klärung der Zuständigkeiten, ist ein weiteres Problemfeld. In anderen Ländern (Großbritannien, Niederlande, Dänemark) erfolgen Verschreibungen fast ausschließlich durch den Hausarzt. Ambulant tätige Spezialisten geben allenfalls Empfehlungen für eine medikamentöse Therapie ab, stellen aber keine entsprechenden Verordnungen aus. Auf diese Weise ist gewährleistet, dass alle Verordnungen an einer Stelle zusammenlaufen und kontrolliert werden können. Möglicherweise kann auch eine elektronische Gesundheitskarte einen Teil der Koordinationsprobleme lösen. Sie hätte den Vorteil, dass bei jedem Arztbesuch, egal welcher Fachrichtung, eine verlässliche Übersicht über alle verordneten Medikamente vorliegt.

**Patientenbedürfnisse als Maßstab.** Um zu verhindern, dass Patienten durch eine Multimedikation zu Schaden kommen, muss sich nicht nur die Kommunikation zwischen Patienten, Ärzten und Apothekern verbessern. Die Forschung muss sich stärker auf die Versorgungsrealität ausrichten. Dies schließt ein, die bislang weitgehend unbekanntes Bedürfnisse von Patienten mit einer Polypharmazie zu ermitteln. Klinische Studien müssen so konzipiert werden, dass deren Ergebnisse stärker als bisher in die Versorgungspraxis übertragen werden können. Das heißt, sie müssen typische Patienten einschließen und Alltagsbedingungen berücksichtigen. Bisher genügen nur wenige klinische Studien solchen Anforderungen. ■

**Dr. Guido Schmiemann**, MPH, Facharzt für Allgemeinmedizin, arbeitet in der Abteilung Versorgungsforschung am Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen. Sein Projekt zum Check-up 35 erhielt den Berliner Gesundheitspreis 2013. Kontakt: Schmiemann@uni-bremen.de

# „Viele Patienten kennen die Gefahren nicht“

Bei Einnahme mehrerer Medikamente steigt die Wahrscheinlichkeit für unerwünschte Wechselwirkungen. Das Risiko ist vielen nicht bewusst, meint AOK-Arzneimittel-Experte **Helmut Schröder**. Die Gesundheitskasse klärt Ärzte und Patienten über Gefahren der Multimedikation auf.

## **G+G:** Wie gut ist die Datenlage zur Multimedikation?

**Schröder:** Dass Menschen im Alter viele Medikamente einnehmen, wissen wir möglicherweise aus der eigenen Familie. Die Verordnungsdaten der Krankenkassen und Befragungen belegen diese Erfahrung. Die Menge der an die über 65-jährigen Versicherten verordneten Arzneimittel reicht rein rechnerisch dafür aus, dass im Durchschnitt jeder von ihnen knapp vier Arzneimittel an 365 Tagen pro Jahr einnimmt. Im WIdO-Monitor berichtet mehr als jeder vierte ältere Versicherte, dass ihm der Arzt mindestens fünf verschiedene Arzneimittelpackungen verordnet hat.

## **G+G:** Wie groß ist das Problembewusstsein?

**Schröder:** Viele Patienten kennen die Gefahren einer Multimedikation nicht. Der WIdO-Monitor zeigt, dass nur knapp 30 Prozent der mit mehr als fünf Medikamenten behandelten Patienten wissen, dass es bei der Einnahme mehrerer Arzneien eher zu Nebenwirkungen kommt. Obwohl nicht einmal jeder zweite Befragte sich erinnert, vom Hausarzt über Risiken von Multimedikation beraten worden zu sein, ist gleichzeitig das Vertrauen in die Therapie hoch: Mehr als 70 Prozent der über 65-Jährigen sind überzeugt, dass ihr Arzt weiß, was das Beste für sie ist.

## **G+G:** Eine Hand weiß nicht, was die andere tut – inwiefern trifft das auf die Arzneimittelverordnungen zu?

**Schröder:** Wenn Patienten mehrere Arzneimittel mit möglichen unerwünschten Arzneimittelinteraktionen verordnet bekommen, ist dafür nach Datenanalysen des WIdO nur in jedem fünften Fall mehr als ein Arzt verantwortlich. 80 Prozent der möglichen unerwünschten Arzneimittelinteraktionen wird durch eine Arztpraxis veranlasst. Das Medikamenten-Management muss also insbesondere innerhalb einer Praxis wie auch in geringerem Ausmaß zwischen zwei behandelnden Ärzten optimiert werden.

## **G+G:** Wer vermittelt Ärzten das nötige Wissen?

**Schröder:** In Qualitätszirkeln informieren Beratungspapotheker der AOK auf Basis von Analysen mit unserer Software pharmPRO Ärzte über kritische Punkte bei deren Verordnungen. Qualitative

Aspekte wie zum Beispiel Unter- oder Überdosierung, Wechselwirkungen oder problematische Kombinationen können Arzt und Beratungspapotheker anhand von Patienten-Arzneimittelprofilen diskutieren. Nur durch dauerhaftes Reflektieren des eigenen Handelns unter Begleitung von Experten und unter Nutzung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse können Ärzte bei mehr als 50.000 verschiedenen Arzneimitteln den Überblick zu behalten.

Helmut Schröder ist Mitglied der Geschäftsführung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO).



## **G+G:** Wo können sich Patienten über Arzneimittel informieren?

**Schröder:** Therapierelevante Entscheidungen sollten Arzt und Patient gemeinsam treffen. Das erhöht die Zufriedenheit mit der Behandlung und den Therapieerfolg. Mit Unterstützung durch Beratungsangebote, wie beispielsweise den Arzneimittelbewertungen der Stiftung Warentest, die die Gesundheitskasse ihren Versicherten über den AOK-Arzneimittelnavigator zur Verfügung stellt, können Patienten Verantwortung für sich und ihre Therapie übernehmen. Die Beratung durch Apotheker bei Selbstmedikation ist dagegen nicht immer frei von wirtschaftlichen Zielen, können sie doch mit dem Verkauf rezeptfreier Arzneimittel ihr Geschäftsergebnis verbessern.

## **G+G:** Tragen die Arznei-Rabattverträge zur Verwirrung von Patienten bei?

**Schröder:** In der Vergangenheit war der Apotheker verpflichtet, eines der drei günstigsten Arzneimittel abzugeben. Produktwechsel waren deshalb gängige Praxis. Solange ein Rabattvertrag läuft, bekommen Patienten immer dasselbe Medikament, Produktwechsel werden vermieden. Das hat die Therapietreue eher gestärkt. ■

A portrait of Christoph Butterwegge, a middle-aged man with glasses, wearing a dark blue blazer over a light-colored polo shirt. He is standing in a lecture hall with rows of yellow seats behind him. The lighting is warm and focused on him.

## INTERVIEW

Wer seine Arbeit verliert oder im Alter erkrankt, kann auch im reichen Deutschland arm werden – weil der Sozialstaat schwindet, meint **Christoph Butterwegge**. Der Politikwissenschaftler bezeichnet sich selbst als Weltverbesserer. Er kämpft für eine Gesellschaft, in der jeder Bürger Anspruch auf die sozialen Leistungen hat, die ihn vor Ausgrenzung bewahren.

# „Krankheit kann auch in Deutschland arm machen“

**Sie waren nach Ihrem Studium eine Weile arbeitslos. Waren Sie damals arm? Und sind Sie heute reich?**

**Butterwegge:** Beides nicht. Damals war ich nicht arm, weil ich finanziell Rückhalt hatte durch meine Familie. Heute bin ich nicht reich, sondern wohlhabend: Ich habe sowohl ein stattliches Einkommen als auch ein kleines Vermögen. Aber als Reichtum würde ich definieren, dass man sich um sein Auskommen überhaupt keine Sorgen mehr machen muss. Nur derjenige ist reich, der von seinem Vermögen leben kann. Für alle anderen gilt: Wenn die Einkommensquelle wegfällt, droht der Betroffene von staatlichen Transferleistungen abhängig zu werden.

**Sie werden als Armutsexperte bezeichnet. Wie sind Sie zu diesem Expertentum gekommen?**

**Butterwegge:** Das Etikett des Armutforschers habe ich nicht gerne aufgeklebt bekommen, weil ich mich zusätzlich mit vielen anderen Themen beschäftige, zum Beispiel mit Rechtsextremismus, Neoliberalismus und Globalisierung. Aber Armut ist für mich in der Tat zu einem dominanten Arbeits- und Themenfeld geworden. Statt von Armut spreche ich übrigens lieber von sozialer Ungleichheit und prekären Lebensverhältnissen – also von unsicheren, schwierigen Lebensumständen.

**Welche Ursachen haben Armut oder prekäre Lebensverhältnisse in Deutschland?**

**Butterwegge:** Das Problem der sozialen Polarisierung, der Spaltung in Arm und Reich, hat sich in unserer Gesellschaft in den letzten Jahren und Jahrzehnten verstärkt. Das hat im Wesentlichen zwei Gründe. Zum einen liegt es am Um- und Abbau des Sozialstaates. Die Agenda 2010 und Hartz IV sowie die verschiedenen Gesundheitsreformen haben die Menschen hart getroffen, wenn sie Geringverdiener waren oder Empfänger staatlicher Hilfeleistungen. Das hat zu mehr Armut geführt. Zum anderen kritisiere ich eine Regierungspolitik nach dem Matthäus-Prinzip. Im Evangelium des Matthäus heißt es sinngemäß: Wer hat, dem wird gegeben, und wer wenig hat, dem wird das Wenige noch genommen. Das bedingt sich durch lobbyistischen Einfluss und durch die in unserer Gesellschaft vorherrschenden Leistungsideologien. Die Politik entlastet die

Starken und belastet die Schwächeren stärker – immer vor dem Hintergrund, dass man die sogenannten Leistungsträger nicht verschrecken und erst recht nicht aus dem Land jagen will.

**Warum ist Armut schlimm? Es gibt Menschen, die sich bewusst entscheiden, mit ganz wenig Geld auszukommen. Sie legen sich lieber auf eine Wiese, schauen sich die Wolken an und es geht ihnen gut. Das ist eine Form von Armut, die aus philosophischer oder religiöser Sicht durchaus als Tugend gilt.**

**Butterwegge:** Für den Mönch des Bettelordens oder für den Freak, der zufrieden ist, seine Freiheit zu genießen, nicht arbeiten zu müssen und mit wenig auskommen zu können, ist Armut kein Problem. Das müsste eher als Bedürfnislosigkeit bezeichnet werden. Dagegen ist Armut dadurch gekennzeichnet, dass jemand die nötigsten Lebensbedürfnisse nicht befriedigen kann. Darunter leiden Menschen in aller Regel, weil sie diese Mangel-situation nicht selbst gewählt haben. Außerdem gibt es die relative Armut – man hat das nicht, was in der Gesellschaft als normal gilt: eine schöne Wohnung, einen Kleinwagen, Fernseher, Waschmaschine, Spülmaschine. Zur relativen Armut gehört, am gesellschaftlichen Leben nicht oder nur begrenzt teilnehmen zu können. Darunter leiden besonders Kinder und Jugendliche, die noch keine Verdrängungsmechanismen entwickelt haben. Diese soziale Ausgrenzung ist für die meisten Menschen erniedrigend und deprimierend. Armut ist also schlimm, weil das soziale Leiden dazukommt, von anderen nicht ernst genommen zu werden. Ein Jugendlicher, der im tiefen Winter in Sandalen und Sommerkleidung auf dem Schulhof steht und von den Mitschülern ausgelacht wird, leidet vielleicht nicht so sehr darunter, dass er friert. Sein Problem ist, ausgelacht zu werden.

**Ist Armut auch deshalb schlimm, weil die Gesellschaft Druck erzeugt: Du musst anders sein? Eure Armut kotzt mich an, hieß das mal auf einem Autoaufkleber.**

**Butterwegge:** Das würde ich alles unter soziale Ausgrenzung fassen. Relative Armut lässt sich in zweierlei Hinsicht bekämpfen. Erstens, indem man dafür sorgt, dass Menschen materiell so ausgestattet sind, dass sie dieser sozialen Ausgrenzung nicht unterliegen. Die zweite Möglichkeit ist, Menschen durch Bildung



„Du bist, was du hast – das ist eine Maxime, nach der fast alle handeln.“

so zu beeinflussen, dass sie andere akzeptieren, auch wenn sie den üblichen Lebensstandard nicht halten können. Was den Umgang mit Armut in der Schule betrifft, halte ich eine kritische Konsumenten-Erziehung für wichtig. Wir müssen den Schülern vermitteln: Nicht derjenige ist ein toller Hecht, der das neueste Handy hat, sondern der mit dem guten Charakter, der anderen hilft. Aber ich würde sehr davor warnen, sich nur auf diesen Aspekt zu beschränken und die materiellen Ungleichheiten in der Gesellschaft zu akzeptieren, nach dem Motto: Das Wenig-haben ist eine Tugend.

#### Was ist ein Suppenküchenstaat und warum lehnen Sie ihn ab?

**Butterwegge:** Ein Suppenküchenstaat geht weg vom Sozialstaat Bismarckscher Prägung, in dem bestimmte Leistungen des Staates soziale Rechte sind, auf die jeder Bürger Anspruch hat. Der Suppenküchenstaat zwingt bedürftige Bürger dagegen, zu betteln und damit zufrieden zu sein, wenn der Staat, die Tafeln, Wohlfahrtsverbände oder karitative Einrichtungen ihm ermöglichen, sein Leben zu fristen. Das ist ein großer Unterschied: ob ich abhängig bin vom Wohlwollen anderer oder ob ich dem Staat gegenüber Rechtsansprüche geltend machen kann.

#### Wo und wann hat es einen funktionierenden Sozialstaat gegeben oder wo gibt es ihn derzeit?

**Butterwegge:** Deutschland im Jahre 1972 bei der Wiederwahl von Willy Brandt war ein Sozialstaat, wie ich ihn mir wünsche. Damals herrschte die Vorstellung: Wir beteiligen alle Gruppen der Gesellschaft am wachsenden Reichtum und bauen die Mitbestimmung aus. Seit etwa Mitte der 70er-Jahre gab es einen Bruch in der Sozialstaatsentwicklung. Der Sozialstaat wurde umgebaut, wie man damals sagte – aus meiner Sicht aber auch abgebaut.

#### Welche Ursachen hat der Um- oder Abbau des Sozialstaats?

**Butterwegge:** Das hängt sicher mit engeren Verteilungsspielräumen zusammen. Aber vor allen Dingen ist das einem veränderten Gerechtigkeitsempfinden geschuldet. Die Wohlhabenden und Reichen haben nicht mehr akzeptiert, dass sie zum Beispiel

hohe Steuern zahlen mussten. 1953 betrug der Spitzensteuersatz in der Bundesrepublik 91 Prozent. Wenn heute die Reichen in Deutschland 45 Prozent Spitzensteuersatz zahlen müssen, gehen viele von ihnen lieber nach Luxemburg, in die Schweiz oder in irgendwelche Steueroasen. Die Strategie, die weniger Wohlhabenden zumindest an den Wohlstandszuwächsen zu beteiligen, ist abgelöst worden von einer Umverteilungsstrategie. Heute versuchen diejenigen, die über den Reichtum verfügen, ihre Lasten zu minimieren und die Belastung der großen Bevölkerungsmehrheit zu vergrößern.

#### Spielt da auch Gier eine Rolle?

**Butterwegge:** Ich habe Probleme, das so stark zu psychologisieren. Ich glaube eher, das hat mit gesellschaftlichen Verhältnissen zu tun, in denen derjenige, der 20 Milliarden besitzt, ein noch toller Hecht ist als der, der zehn Milliarden hat. Das Wirtschaftsmagazin Forbes führt eine Liste der reichsten Menschen. Ich vermute, die Forbes-Liste veranlasst viele der Reichen, nicht zu spenden, sondern darauf zu setzen, noch reicher zu werden, um weiter nach vorne zu rücken. Wenn es in der Gesellschaft schick wäre, zu verschenken oder zu teilen und ein entsprechendes Gerechtigkeitsempfinden die Menschen beseelen würde, dann gäbe es diesen Drang nach so viel Reichtum nicht.

#### Welche Rolle spielen beim Abbau sozialer Leistungen Egoismus, Angst, Dummheit und Ignoranz?

**Butterwegge:** Das sind politisch bewusst getroffene Entscheidungen. Es kann allerdings sein, dass Reiche und Superreiche aus kurzfristigen Überlegungen heraus nach Gewinnmaximierung streben, ohne zu berücksichtigen, dass es für sie am Ende vielleicht ein schlechtes Geschäft ist, weil der soziale Frieden gefährdet wird. So gesehen könnte man von Dummheit sprechen, aber Kurzsichtigkeit wäre der bessere Begriff. Egoismus ist eine wesentliche Triebkraft in einer kapitalistischen Gesellschaft. Du bist, was du hast: Das ist eine Maxime, nach der fast alle handeln. Was in der Gesellschaft als normal gilt, übt eine disziplinierende Wirkung auf alle aus.

Wer arm ist, stirbt früher – dieser Zusammenhang besteht immer noch. Hat da die Gesundheitspolitik versagt?

**Butterwegge:** Ja, absolut. Die Praxisgebühr beispielweise war gesundheitspolitisch aus meiner Sicht eine Katastrophe. Wenn Menschen aus finanziellen Gründen davon abgehalten werden, zum Arzt zu gehen, verschlechtert sich eventuell ihr Gesundheitszustand. Man hat eher Spar- als Gesundheitspolitik gemacht.

Gibt es in Deutschland auch den umgekehrten Zusammenhang: Wer krank ist, wird arm?

**Butterwegge:** Nicht jeder, der krank ist, wird arm. Aber bestimmte Gruppen der Gesellschaft, die ohnehin armutsgefährdet sind, werden durch Krankheiten so stark finanziell belastet, dass sie die Kosten nicht tragen können. Krankheit kann auch in Deutschland arm machen, insbesondere im Alter. Die Gesundheitskosten steigen mit dem Alter und die Einkommen steigen nicht mehr. Dadurch sind Ältere mit höheren Krankheits- und Pflegekosten stärker armutsgefährdet. Die beiden Hauptauslöser für Armut sind Krankheit und Kündigung. Vielleicht kommt der Niedriglohnsektor als Drittes hinzu: Er ist ein Einfallstor sowohl für Erwerbsarmut als auch für Altersarmut.

Welche Politik wünschen Sie sich?

**Butterwegge:** Ich wünsche mir eine sozial gerechtere Politik. Ein entwickelter Sozialstaat festigt die Demokratie. Eine gute Politik beteiligt die Menschen und sorgt dafür, dass alle Menschen ihr Auskommen finden. Politik ist daran zu messen, ob sie in einer Gesellschaft, die über genügend Ressourcen verfügt, dafür sorgt, dass durch eine bessere Verteilung weniger Menschen arm sind. Das sehe ich bei den etablierten Parteien nicht verwirklicht. In den frühen 70er-Jahren – bei 175.000 Arbeitslosen und doppelt so vielen offenen Stellen – dachte man: Jetzt wird der Sozialstaat immer weiter ausgebaut. Seitdem haben aber verschiedene politische Konstellationen auf der Regierungsebene das, was diese Gesellschaft positiv kennzeichnete, ausgehebelt. Das hat mich sehr geprägt, und dagegen kämpfe ich seit über 40 Jahren an.

Und in der Politik hören Ihnen durchaus auch Leute zu.

**Butterwegge:** Die politischen Entscheidungsträger hören nicht auf mich, sondern auf die Einflüsterer, die sie in der Meinung bestätigen, dass die sogenannten Leistungsträger entlastet werden müssen und dass der Sozialstaat weiter um- und abgebaut werden muss.

Der Philosoph Gottfried Wilhelm Leibniz hat gesagt: Wir leben in der besten aller möglichen Welten. Inwiefern würden Sie ihm widersprechen?

**Butterwegge:** Als Politikwissenschaftler bin ich der Meinung, dass Politik die Gesellschaft verändern und verbessern, sozial gerechter machen kann. Das ist ein ständiger Prozess. Die Idealgemeinschaft – sei sie kommunistisch, sozialistisch oder wie auch immer – gibt es nicht als Endpunkt, sondern man bewegt sich dahin, möglicherweise die Welt besser zu machen. Das ist auch ein Antrieb für mich: Ich bekenne mich als Gutmensch und Weltverbesserer und sehe darin keine Schimpfwörter. ■

Das Gespräch führte Änne Töpfer.



„Es ist ein Unterschied, ob ich abhängig bin vom Wohlwollen anderer oder ob ich dem Staat gegenüber Rechtsansprüche habe.“

## Zur Person

**Professor Dr. Christoph Butterwegge**, geb. 1951 in Albersloh (Münsterland), studierte in Bochum Sozial- und Rechtswissenschaft, Psychologie und Philosophie. Er engagierte sich bei den Jungsozialisten, bis ihn die SPD 1975 ausschloss. 1990 habilitierte er sich in Bremen und arbeitet nach Lehraufträgen an verschiedenen deutschen Universitäten und Fachhochschulen seit 1998 als Professor für Politikwissenschaft an der Universität Köln. Zu seinen Arbeitsfeldern gehören Rassismus, Gewalt, Migrationspolitik und Globalisierung, demografischer Wandel und Armut. Darüber hat er zahlreiche Bücher veröffentlicht – jüngst erschienen ist „Armut im Alter“ (Campus Verlag). Christoph Butterwegge ist verheiratet und Vater einer fünfjährigen Tochter.



PAY FOR PERFORMANCE

# Wundermittel für mehr Qualität?

In den USA und in Großbritannien ist sie etabliert, im deutschen Gesundheitswesen führt sie eher noch ein Nischendasein: die leistungsorientierte Vergütung im ambulanten Bereich. Wie es um die Wirksamkeit von Pay-for-Performance-Projekten bestellt ist, skizzieren **Dagmar Hertle** und **Christof Veit**.



**P**ay for Performance (P4P) wird seit etwa zwei Jahrzehnten vor allem im englischsprachigen Raum immer häufiger als Steuerungsinstrument im Gesundheitswesen eingesetzt. Mithilfe finanzieller Anreize sollen die Versorgungsqualität erhöht und die Kosten im Gesundheitswesen gesenkt werden.

Auch in Deutschland ist P4P seit einiger Zeit im Gespräch. Vor kurzem veröffentlichte das Bundesgesundheitsministerium ein von ihm in Auftrag gegebenes wissenschaftliches Gutachten des BQS Instituts für Qualität und Patientensicherheit, das die Frage einer möglichen, praxisnahen Umsetzung von P4P in Deutschland detailliert erörtert (*siehe Lesetipps*). Danach findet die überwiegende Zahl der P4P-Projekte bisher im hausärztlichen Bereich statt. Große Projekte dieser Art sind im internationalen Bereich zum Beispiel das Quality and Outcomes Framework in Großbritannien oder das hausärztliche Projekt der Integrated Healthcare Association in Kalifornien.

**Trend zu kostenneutralen Lösungen.** Nachdem in Großbritannien und in den USA zunächst meist zusätzliche Finanzmittel für die Bonuszahlungen zur Verfügung gestellt wurden, geht nun der Trend zu kostenneutralen Lösungen. Seit dem Patient Protection and Affordable Care Act vom 23. März 2010, bekannt als „Obama Care“, ist in den USA ein neuer Ansatz festzustellen.

Die Projekte fußen zwar weiterhin auf bekannten P4P-Bausteinen (Messung der Versorgungsqualität und finanzielle Anreize), rücken jedoch die Verantwortlichkeit der Leistungserbringer mehr in den Mittelpunkt: Sie übernehmen Budgetverantwortung, profitieren von Einsparungen und tragen Verluste mit. Gleichzeitig sind sie verantwortlich für die qualitätsgesicherte Versorgung einer bestimmten Patientenpopulation. Für dieses Konzept haben die USA unter dem Oberbegriff „Accountable Care Organizations“ (ACOs) die gesetzlichen Grundlagen geschaffen.

**Wenige P4P-Projekte in Deutschland.** Hierzulande gibt es zwar auch P4P-Projekte. Sie beruhen auf Selektivverträgen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern. Allerdings ist ihre Anzahl relativ gering. Dies hat die Umfrage unter Kostenträgern, Leistungserbringern, Institutionen des Gesundheitswesens, Wissenschaftlern und Experten im Rahmen des Gutachtens ergeben. Eine ganze Reihe dieser Projekte fördert bestimmte Strukturvoraussetzungen und Qualifikationen. Können die Leistungserbringer die als qualitätsfördernd eingestuften Strukturen und/oder Prozesse nachweisen, erhalten sie einen Bonus. Können sie dies nicht, gibt es Vergütungsabzüge. Die in den Projekten verwendeten Qualitätskriterien spiegeln in der Regel die räumliche, apparative, prozessuale oder persönliche Kompetenz wider. Sie messen aber nicht die tatsächlich erbrachte Versorgungsqualität (Performance) – weder während des Prozesses noch das eigentliche Ergebnis. Daher verwendet das BQS-Gutachten für diese Projektarten den Begriff Pay for Competence oder Pay for Structure und nicht P4P (*siehe Glossar*

#### Lesetipps

- Christof Veit/Dagmar Hertle/Sven Bungard/Andrea Trümner/Verena Ganske/Bettina Meyer-Hofmann: **Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung.** Ein Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, 2012. BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit (Hrsg.). Düsseldorf. 2012. Kostenloser Download unter [www.bqs-institut.de](http://www.bqs-institut.de) > Aktuelles > Gutachten zu Pay-for-performance im Gesundheitswesen veröffentlicht
- Herbert Langer/Anne Busemeyer: **Qualitätsindikatoren – Gradmesser für gute Behandlung.** In: G+G 9/2012, Seite 18–19.
- Volker Amelung/Sören Jensen/Christian Krauth/Sascha Wolf: **Pay-for-Performance – Märchen oder Chance einer qualitätsorientierten Vergütung?** In: G+G-Wissenschaft 2/2013, Seite 7–15.

auf Seite 37). Zwar ist eine gute Versorgung ohne die dafür notwendigen Strukturen nicht möglich. Aber das Vorhalten bestimmter Strukturen sagt wenig über die tatsächlich erbrachte Qualität aus. Unabhängig davon gibt es in Deutschland Projekte, die nicht explizit als P4P initiiert worden sind. Ein Beispiel hierfür ist eine Regelung im Krankenhausabrechnungssystem (G-DRG), die die Fallzusammenführung vorsieht, wenn ein Patient innerhalb einer vorgegebenen Grenzverweildauer wegen eingetretener Komplikationen erneut stationär aufgenommen werden muss. Tritt dieser Fall ein, gibt es für die erneute Behandlung keine zusätzliche Vergütung. Interessanterweise haben die Befragten diese Regelung nicht als Beispiel für P4P genannt, obwohl sie eine Form von qualitätsorientierter Vergütung darstellt.

**Kassen setzen auf Selektivverträge.** Inzwischen nutzen einige Krankenkassen die Möglichkeit, im Rahmen von Selektivverträgen leistungsorientierte Vergütungsbestandteile einzuführen. So hat beispielsweise das von der Techniker Krankenkasse und dem Dachverband Gemeindepsychiatrie aufgelegte Projekt Netzwerk Psychische Gesundheit, an dem sich die AOK Rheinland/Hamburg beteiligt, zum Ziel, die Integrierte Versorgung (IV) von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu fördern. Eine zentrale Koordinierungsstelle organisiert die Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten, Psychotherapeuten, Ergotherapeuten, Soziotherapeuten und ambulanten psychiatrischen Pflegediensten. Als Vergütung erhalten die beteiligten Versorger für jeden eingeschriebenen Patienten eine risikoadjustierte, prospektive Versorgungspauschale sowie Bonuszahlungen für jeden Patienten, bei dem sich aufgrund der Integrierten Versorgung ein Krankenhausaufenthalt vermeiden lässt. Wird ein Patient akutstationär oder in einer Psychiatrischen Institutsambulanz behandelt, wird das Gesamtbudget des Versorgers um die dort anfallenden Kosten gekürzt (Bonus-Malus-Regelung).

Auch AOKs haben Selektivverträge initiiert, die leistungsorientierte Vergütungsbestandteile erhalten. Im IV-Vertrag Schlaganfall und TIA (Transitorische ischämische Attacke)

sowie im IV-Vertrag Alloplastischer Gelenkersatz (Hüft- und Knieendoprothetik) zwischen der AOK Hessen und den behandelnden Krankenhäuser sind Rabatte vereinbart, die qualitätsabhängig modifiziert werden können. Bei sehr guter Qualität können die beteiligten Krankenhäuser trotz Rabattvereinbarung die volle Vergütung erhalten. Zentrales Qualitätskriterium in beiden Projekten ist die stationäre Wiederaufnahme innerhalb des ersten Jahres nach dem Ereignis: Je geringer die Wiederaufnahme ist desto höher fällt die Vergütung aus.

P4P-Elemente enthält auch der IV-Vertrag der AOK Bayern mit dem Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz Nürnberg (QuE). Die aufgrund der verbesserten Qualität oder erhöhter Effizienz eingesparten Geldmittel teilen sich Kostenträger und Ärztenetz auf (Shared-Saving-Ansatz). Das Ärztenetz übernimmt Budgetverantwortung. Einsparungen werden aus einer Vergleichsgruppe von nicht-teilnehmenden Ärzten errechnet. Zur Qualitätsmessung dienen Indikatoren der Disease-Management-Programme und die Raten an Generika-Verordnungen. Unterstützend gibt es verpflichtende Qualitätszirkel sowie Feed-back-Berichte, die den Leistungserbringern widerspiegeln, ob sie die Qualitätsziele erreicht haben und wie sie im Vergleich zum Durchschnitt der Nichtteilnehmer liegen. Weitere Bestandteile des Projekts sind die Publikation der Ergebnisse, die Beratung zur Vermeidung von Polypharmakotherapie und Umfragen zur Patientenzufriedenheit.

Dass auch Leistungserbringer hoch motiviert sind, die Versorgung zu verbessern, belegen von ihnen initiierte Projekte. Beispiele dafür sind die Fußnetze für Patienten mit diabetischem Fußsyndrom und das Phlebologikum (Ulm). Letzteres ist bemerkenswert, weil es darauf abzielt, die Überversorgung von Patienten mit Venenerkrankungen zu reduzieren. Durch eine Anpassung der Vergütung an eine nachgewiesene adäquate Indikationsstellung sollen Operationen ohne stichhaltige Indikation vermieden werden. Die Initiatoren des Projekts können deutliche Einsparungen nachweisen, obwohl eine höhere Honorierung für die Eingangsuntersuchung und die Behandlung von Patienten mit höheren Schweregraden der Erkrankung vorgesehen ist.

**Wirksamkeit wissenschaftlich nicht eindeutig belegt.** Die Analyse der zwischen 1999 und 2011 erschienenen Cochrane-Reviews (systematische Übersichtsarbeiten der Cochrane Collaboration, einem internationalen Netzwerk von Ärzten, Wissenschaftlern, Methodikern, etc.), zu den Auswirkungen der finanziellen Interventionen auf das Verhalten von Hausärzten und/oder auf die Patientenversorgung im hausärztlichen Bereich enthalten keine eindeutigen Belege für eine Wirksamkeit von P4P. Insgesamt folgen P4P-Projekte bisher eher pragmatischen als streng wissenschaftlichen Kriterien, wie einige Ergebnisse aus großen hausärztlichen Projekten belegen.

Das größte und bekannteste Projekt im hausärztlichen Bereich ist das bereits erwähnte Quality and Outcomes Framework (QOF) des National Health Service (NHS) in Großbritannien. Es startete 2004. Von Anfang an war eine Einkommenserhöhung für die Hausärzte geplant. Die Qualitätsmessung soll dazu dienen, die Geldmittel vor allem denjenigen zukommen zu lassen, die eine gute Qualität nachweisen können. Ein breit

### QISA: Werkzeugkasten für die Qualität

Qualität in der Arztpraxis messbar zu machen, ist das Ziel des „Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung“ (QISA). Es hilft Ärzten in der Einzelpraxis, in Ärztenetzen und in anderen Versorgungsmodellen, die Qualität ihrer medizinischen Arbeit zu messen, zu bewerten und weiterzuentwickeln. **Dafür stellt QISA aktuell über 130 Qualitätsindikatoren zur Verfügung. Inzwischen sind 13 Themenbände erschienen.** QISA umfasst eine Einführung und einen Band mit allgemeinen Indikatoren für regionale Versorgungsmodelle und je einen Band zu Asthma/COPD, Bluthochdruck, Depression, Diabetes Typ 2, Herzinsuffizienz, Hausärztliche Palliativversorgung, Krebsfrüherkennung, Koronare Herzkrankheit, Pharmakotherapie, Prävention und Rückenschmerz. In Arbeit sind Bände zu Alkoholmissbrauch und Multimorbidität. QISA ist ein Gemeinschaftsprojekt des AOK-Bundesverbandes und des Göttinger AQUA-Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen. **Mehr Infos: [www.QISA.de](http://www.QISA.de)**

gefächertes Indikatorenset bildet die hausärztliche Tätigkeit in möglichst allen Facetten ab. Dabei werden die Ergebnisse in den Bereichen klinische Indikatoren, Organisation, Patientenerfahrung und zusätzlicher Service (zum Beispiel Vorsorgeuntersuchungen) durch die Vergabe von Punkten bewertet.

Bereits im ersten Jahr der Teilnahme – sie ist freiwillig – waren die britischen Hausärzte sehr erfolgreich: Die Erfüllungsquote bei den Indikatorzielen lag bei 85,1 Prozent. In den Folgejahren verbesserten sich die Hausärzte weiter und erreichten durchschnittlich 954 von 1.000 möglichen Punkten. Die Auswertung der QOF-Daten zeigte, dass sich die Versorgung von Diabetikern zwischen 2004 und 2008 signifikant verbesserte (Langzeitblutzuckerwert, Blutdruck, Cholesterinspiegel).

**Es gibt keine klaren Belege dafür, dass P4P zu einem Mehr an Gesundheit führt.**

Allerdings war diese Entwicklung auch schon vor der Einführung von finanziellen Anreizen zu verzeichnen. Der Nachweis einer tatsächlichen Verbesserung der Patientenergebnisse als Folge der Bonuszahlungen wurde bisher nicht erbracht. Ein Zusammenhang zwischen den QOF-Punkten und der Sterblichkeit oder der Anzahl der Krankenhauseinweisungen ließ sich nur bei der Behandlung von Epileptikern nachweisen, sonst nicht. Eine weitere Studie – sie verglich die geschätzte Mortalitätsenkung durch acht präventive Interventionen ohne zusätzliche Vergütung mit den Ergebnissen von QOF – kommt zu dem Schluss, dass es keinen Zusammenhang zwischen Vergütung und Zugewinn an Gesundheit gibt. An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass 99 Prozent der britischen Hausärzte an QOF teilnehmen. Somit können zum Vergleich nur Qualitätsmessungen aus anderen Versorgungsbereichen herangezogen werden, für die es keine finanziellen Anreize gibt. Dort ist ein geringerer Zielerreichungsgrad festzustellen als in den Bereichen, in denen die neue Vergütungsform eingeführt wurde. Ob diese Unterschiede auf einer veränderten Dokumentation statt auf einem geänderten Verhalten der Hausärzte beruhen, ist nicht klar. Dafür gibt es aber durchaus Hinweise.

**Ausschluss von Patienten möglich.** QOF erlaubt den Hausärzten, Patienten unter bestimmten Voraussetzungen aus dem Bewertungsverfahren herauszunehmen (Beispiele für die zulässigen Ausschlusskriterien: Patient erscheint auch nach der dritten schriftlichen Erinnerung nicht; Patient verweigert die Behandlung; der Patient bekommt die maximal verträgliche Medikamentendosis, aber die Wirkung bleibt suboptimal). Den Ausschluss müssen die Hausärzte aber nicht begründen. Auch werden nur solche Praxen überprüft, die besonders viele Patienten ausschließen. Eine Studie von 2008 legt dar, wie die Praxen aufgrund dieser Regelung für die Zielerreichung unter 100

Prozent den maximalen Bonus erhalten können, auch wenn nicht jeder Patient die angemessene Therapie erhält. Erreicht zum Beispiel der Arzt die vorgegebenen Ziele zu 70 Prozent und hat sechs Prozent der Patienten ausgeschlossen, bekommt er den Bonus, obwohl mehr als ein Drittel der Patienten nicht optimal versorgt worden ist. Eine andere Untersuchung aus dem Jahre 2011 wies nach, dass Patienten, die von P4P ausgeschlossen wurden, seltener die Therapieziele erreichten. Durch den erlaub-



ten Ausschluss von Patienten könnte sich die Benachteiligung bestimmter Patientengruppen vergrößern. Bereits vor der Einführung von QOF wurden durch andere Maßnahmen wie zum Beispiel die Implementierung von Leitlinien Qualitätsverbesserungen erzielt. Hochrechnungen dieser positiven Trends und Vergleiche mit den Qualitätsergebnissen unter QOF ergaben nur geringe Unterschiede zwischen den ohnehin zu erwartenden Qualitätsverbesserungen.

**Qualitätsziele überwiegend erreicht.** In den USA begann Medicare, die öffentliche Krankenversicherung für ältere und behinderte Bürger, im Jahr 2005 ebenfalls ein P4P-Projekt für Hausärzte: An der bis zum Jahr 2010 laufenden Physician Group Practice Demonstration (PGPD) nahmen zehn große Praxen teil. Das Programm verfolgte von Beginn an das Ziel, Einsparungen (savings) zu generieren, diese mithilfe einer Vergleichsgruppe nachzuweisen und dann die eingesparten Mittel zwischen Medicare und Leistungserbringern aufzuteilen. Die PGPD wollte mit Qualitätsmessungen sicherstellen, dass Einsparungen nicht mit einem Verlust der Behandlungsqualität einhergehen, sondern im Idealfall Qualitätsverbesserungen erzielt werden.

Ähnlich wie im britischen QOF hatten die Hausärzte überwiegend keine Schwierigkeiten, die vorgegebenen Ziele zu erreichen. Diese bestanden hauptsächlich in Strukturvorgaben und der Durchführung bestimmter Maßnahmen wie zum Beispiel Blutdruckmessung oder Vorsorgeuntersuchungen. Die Verbindung der gemessenen Prozessindikatoren zu Patientenergebnis-

sen war – wie im britischen QOF – schwach. Somit ist auch hier der Nutzen für die Patientenversorgung nicht nachgewiesen. Und: Das Hauptziel, Kosten einzusparen, wurde nicht erreicht. Bereits die Berechnung der Einsparungen erwies sich als schwierig. Im Rahmen eines Nachfolgeprojekts sollen die Schwierigkeiten der Berechnung von Einsparungen überwunden werden, um eine Grundlage für die Übernahme von Budget-Verantwortung bei der Versorgung einer bestimmten Patientenpopulation zu schaffen. Die Arztpraxen sollen an den eingesparten Kosten beteiligt werden und so Gewinne erzielen können. Ab dem dritten Jahr sollen sie dann auch die Verluste mittragen.

Das größte hausärztliche P4P-Projekt der USA startete 2003 in Kalifornien: An der Integrated Healthcare Association (IHA) nehmen sieben private Krankenversicherungen (health plans),



35.000 Ärzte und rund 6,2 Millionen Patienten teil. Ähnlich wie bei QOF und PGPD stehen beim IHA-Projekt Prävention und chronische Krankheiten im Fokus. Die verwendeten Indikatoren betreffen die Bereiche klinische Indikatoren (zum Beispiel Blutdruck), Indikatoren zu Patientenerfahrungen (zum Beispiel Wartezeiten) und IT-Strukturindikatoren wie das Vorhandensein elektronischer Patientenakten. Die Grundvergütung wurde beibehalten und kann aus Kopfpauschalen, Einzelleistungsvergütung oder Gehaltszahlungen für die einzelnen Ärzte bestehen. Indikatorenabhängige Bonuszahlungen erfolgen als Gruppenbonus an die teilnehmende Versorgungseinrichtung. Ob und wie die Boni an die einzelnen Versorgenden weitergegeben werden, entscheidet die jeweilige Institution selbst.

**Qualitätslücken trotz finanzieller Anreize.** Zur Wirksamkeit gibt es Untersuchungen sowohl bezogen auf das Gesamtprojekt als auch auf einzelne Einrichtungen. Die IHA selbst hat zwei Berichte veröffentlicht. Hinsichtlich der Qualität der medizinischen Versorgung wird über Verbesserungen berichtet, die bei allen klinischen Indikationen im Bereich von zwölf Prozentpunkten lagen. Allerdings entspricht dies dem nationalen Trend, ist also

keine Besonderheit des IHA-Projekts. Als erstaunliches Ergebnis hat eine Analyse des ersten Jahres herausgefunden, dass sich die Einrichtungen zwar verbesserten, aber trotz der P4P-Anreize nicht das Qualitätsniveau der Kontrollgruppe erreichten. Dies trifft auch auf die Folgejahre zu. Die finanziellen Anreize haben also nicht dazu geführt, die vorhandenen Qualitätslücken zu schließen. Dies betrifft sowohl den Abstand zum nationalen Durchschnitt als auch die große Varianz der Qualität innerhalb des Projektes. Die IHA stellte im Juli 2009 fest, dass sich die Qualität der Versorgung zwar kontinuierlich verbessert hat, ein Durchbruch jedoch nicht erzielt werden konnte. Die Gründe dafür sind nicht bekannt.

**Investitionskosten gedeckt?** Zahlreiche P4P-Projekte stellen das Anliegen in den Vordergrund, die Gesundheitsausgaben zu verringern, ohne dass die Qualität der Versorgung auf der Strecke bleibt. Während die schon länger bestehenden Gainsharing-Projekte eine Beteiligung von Einrichtungen an Einsparungen vorsehen, die durch verbesserte Abläufe erzielt werden (zum

Ob P4P funktioniert, hängt auch vom Fortschritt in der Qualitätsmessung ab.

Beispiel Vermeidung unnötigen Materialverbrauchs), bezieht sich der Shared-Savings-Ansatz (siehe Glossar auf Seite 37) auf alle Arten von Einsparungen, insbesondere auch auf Ersparnisse, die durch bessere Behandlungsergebnisse erzielt werden (Vermeidung von Komplikationen, stationären Wiederaufnahmen, langen Arbeitsunfähigkeiten usw.). Die errechneten Einsparungen werden anteilig als Bonus ausgezahlt. Oft aber ist die Berechnung der Einsparungen schwierig, da diese häufig erst langfristig erzielt werden. So stellen sich Praxen oder Krankenhäuser die Frage, ob sich ihre Teilnahme an P4P-Projekten überhaupt auszahlt. Bei reinen Bonusprogrammen wird von Leistungsanbietern oft berichtet, dass ein Zugewinn an Einkommen selbst bei 100-prozentiger Zielerreichung wegen der Investitionskosten „illusorisch“ sei – eine Einschätzung, die zu Recht als Barriere für die Etablierung von P4P gesehen und diskutiert wird. Besonders problematisch ist die Situation bei Leistungsanbietern mit nur geringen Ressourcen. Sie haben oft auch die schlechteste Ausgangsperformance und können sich die Investitionen am wenigsten leisten.

Auch Versicherungen, die P4P-Projekte initiieren möchten, stehen vor der Frage, ob sich die zusätzlichen Ausgaben für Bonuszahlungen und Verwaltungskosten langfristig lohnen. Wie bereits erwähnt hat das US-Projekt PGPD das Ziel der Kosteneinsparung überwiegend nicht erreicht. Einige health plans (Versicherungen), die am kalifornischen IHA-Projekt teilnahmen, beklagten die hohen Kosten des Programms. Sie mussten zum Teil die Versicherungsbeiträge um mehr als zehn

Prozent erhöhen und verloren bis zu sieben Prozent ihrer Kunden. Eine Studie zum Return-on-Investments auf der Health-Plan-Ebene von 2006 belegte jedoch, dass die Einsparungen bei den Kosten für die stationäre Behandlung von Diabetikern mit 6,8 Prozent höher waren als die Ausgaben für die Zusatzvergütung. Allerdings verglich die Studie die Entwicklung nicht mit einer Kontrollgruppe. Auch wurde die Fluktuation der Patienten nicht berücksichtigt, und berechnungsbedingte Verzerrungen sind nicht auszuschließen.

Im Gegensatz zu den US-Projekten stellt sich beim britischen QOF-Projekt die Frage der Kosteneffektivität nicht: Die britische Regierung investierte von vornherein 1,8 Milliarden Pfund. Eine Analyse zur Kosteneffektivität aus dem Jahr 2010 kommt aber zu dem Ergebnis, dass QOF „wahrscheinlich“ kosteneffektiv ist. Sie errechnete hinsichtlich neun therapierelevanter Prozessindikatoren einen Zugewinn an Quality-Adjusted-Live-Years (QALY, eine Kennzahl für die Bewertung eines Lebensjahres in Relation zur Gesundheit; ein QALY von 1 bedeutet ein gesundes Lebensjahr, ein QALY von 0 bedeutet das Versterben des Patienten). Allerdings stellen die ausgewählten Indikatoren nur eine kleine Teilmenge dar. Außerdem bezog die Analyse die administrativen Kosten für QOF nicht mit ein.

**Ziele müssen klar definiert sein.** Zusammenfassend ist festzustellen: P4P-Projekte stellen einen Steuerungseingriff in ein komplexes System dar. Sie setzen nicht nur ein gutes Verständnis der Zusammenhänge voraus, sondern auch eine klare Definition der angestrebten Ziele. Zwar ist die wissenschaftliche Evidenz für die Wirksamkeit von P4P schwach. Auch sind manche Projekte wie die hier dargestellten großen hausärztlichen P4P-Projekte aus dem angelsächsischen Raum aufwendig und teuer. Und in weiten Teilen können sie nicht belegen, dass sie zu mehr Qualität in der Versorgung und zu geringeren Kosten führen. Aber es gibt durchaus kleinere Projekte, die sich als erfolgreich erwiesen haben – vor allem dann, wenn die Leistungserbringer in die Projektentwicklung einbezogen sind oder das Projekt selbst initiiert haben.

Somit lässt sich die Frage, ob P4P ein guter Weg ist, um mehr Qualität und Effizienz im Gesundheitswesen zu erzielen, nicht mit einem einfachen Ja oder Nein beantworten. Wer P4P-Elemente einsetzen will, sollte sich im Detail mit der vorliegenden Situation, den angestrebten Zielen, den Möglichkeiten der Qualitätsmessung, der Datengrundlage, den Kosten usw. auseinandersetzen. Dass dies oft nicht im gebotenen Ausmaß geschieht, ist ein möglicher Faktor für den nicht belegten Erfolg der bisherigen Projekte. Ob P4P künftig in Deutschland ein wichtiges zusätzliches Instrumentarium zur qualitätsorientierten Steuerung im Gesundheitswesen sein wird, hängt von der dringend notwendigen Weiterentwicklung der Qualitätsmessung, von einer breiten Akzeptanz der Beteiligten und nicht zuletzt von klaren politischen Vorgaben ab. ■

---

**Dr. med. Dagmar Hertle** ist Projektleiterin in der Abteilung integrierte Gesundheitsversorgung des BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit.

**Dr. med. Christof Veit** ist Geschäftsführer des BQS-Instituts.

**Kontakt: D.Hertle@bqs-institut.de**

**Ergebnisqualität:** Sie stellt auf das Behandlungsergebnis ab. Messgrundlage sind Indikatoren wie Verbesserung des Gesundheitszustands, Patientenzufriedenheit, Häufigkeit von Komplikationen und Sterblichkeit.

**Pay for Competence:** Zahlungen für die Schaffung von Strukturen, die die Versorgungsqualität verbessern sollen, zum Beispiel leistungsstarke Diagnose- und Therapiegeräte, IT-Ausstattung oder zusätzliches Personal. Solche Projekte fördern die Voraussetzungen, unter denen gute Qualität geleistet werden kann.

**Pay for Performance:** Vergütungsform, die die Vergütung ganz oder teilweise retrospektiv über die durch Qualitätsmessung nachgewiesene Qualität der Leistung (Performance) festlegt.

**Pay for Transparency:** Leistungserbringer erhalten eine Vergütung dafür, dass sie ihre Versorgungsqualität messen lassen und gegenüber Dritten (zum Beispiel der Öffentlichkeit) darstellen. Im Gegensatz zu Pay for Performance sind diese Zahlungen nicht von einem erreichten Zielwert abhängig.

**Prozessqualität:** Sie umfasst alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen des Versorgungsablaufs eines Patienten. Dabei werden die verfügbaren Erkenntnisse der evidenzbasierten Medizin berücksichtigt. Sie schließt alle Formen der Interaktion zwischen den beteiligten Leistungserbringern sowie zwischen Leistungserbringern und Patienten ein.

**Quality Adjusted Life Years (QALYs):** Instrument der ökonomischen Evaluation, um die Kosten von Prozeduren und Technologien im Gesundheitswesen mit ihren Ergebnissen zu vergleichen. Ein QALY entspricht einem Jahr, das in vollständiger Gesundheit verbracht wird. Über QALYs kann die Wirksamkeit einer therapeutischen Intervention gemessen werden. In die Wirksamkeitsbemessung fließen qualitative Aspekte (Verbesserung der Lebensqualität) sowie quantitative Aspekte (Verlängerung des Lebens) ein.

**Shared Saving:** Ein Anreizverfahren, bei dem Versorger an Kosteneinsparungen beteiligt werden, die aufgrund von verbesserter Qualität oder erhöhter Effizienz entstehen. Die Geldmittel werden zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern verteilt.

**Strukturqualität:** Sie bezieht sich auf die personellen, organisatorischen und sachlichen Voraussetzungen der Leistungserbringung, insbesondere die Qualifikation des ärztlichen und nichtärztlichen Personals sowie Organisation, technische Ausstattung und räumliche Gegebenheiten.

Quelle: BQS-Gutachten/G+G

# Erhöhte Mindestzahl gekippt

Krankenhäuser, die frühgeborene Babys mit besonders geringem Gewicht versorgen wollen, müssen nur 14 Behandlungsfälle pro Jahr nachweisen. Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossene Erhöhung dieser Mindestmenge auf 30 ist nichtig, entschied das Bundessozialgericht. **Von Anja Mertens**

Urteil vom 18. Dezember 2012  
– B 1 KR 34/12 R –  
Bundessozialgericht

**Um die Qualität** der Versorgung von Frühgeborenen zu verbessern, hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) im Jahr 2010 festgelegt, dass ab 2011 nur noch solche Krankenhäuser Früh- und Neugeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.250 Gramm behandeln dürfen, die mindestens 30 dieser Kinder pro Jahr versorgen. Zuvor lag die Mindestmenge bei 14 Fällen jährlich. Bis es zu diesem Beschluss der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Krankenhäuser und Kassen kam, waren viele Jahre vergangen. Bereits 2004 hatten sich die Kassenverbände dafür eingesetzt, dass der GBA entsprechend Paragraph 137 SGB V (Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung) Mindestmengen für die Krankenhäuser festlegt, um die Qualität der Versorgung von Frühchen zu erhöhen. Im Folgejahr legte der GBA zunächst Kriterien für Perinatalzentren Level 1 fest, die Kinder mit einem Gewicht unter 1.250 Gramm behandeln dürfen. Level-1-Zentren werden von Neonatologen (auf Frühgeborene spezialisierte Kinderärzte) und ärztlichen Geburtshelfern geleitet und haben miteinander verbundene Entbindungsstation und Operationssaal sowie eine Neugeborenen-Intensivstation mit mindestens sechs Plätzen. Sie verfügen unter anderem über ständige Arztbereitschaft und einen Neugeborenen-Notarzt.

**Gutachten in Auftrag gegeben.** Schließlich beauftragte der GBA das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) damit, ein Gutachten zur Bewertung von Mindest-

mengen zu erstellen. Das vom IQWiG 2008 vorgelegte Gutachten bejahte bezüglich der Mortalität einen statistischen Zusammenhang zwischen Leistungsmenge und Ergebnisqualität. Daraufhin beschloss der GBA, die Mindestmenge für die Level-1-Zentren von 14 auf 30 pro Jahr anzuheben.

Gegen diesen Beschluss klagten mehrere Krankenhausträger vor dem Landessozialgericht. Es stoppte in einem Eilverfahren die Umsetzung des Beschlusses. Der GBA reagierte sofort und setzte bis

**Mindestmengen festzulegen, ist generell zulässig, so die Bundesrichter.**

zum Abschluss des Gerichtsverfahrens seinen Beschluss aus. Im Hauptsacheverfahren trugen die Kläger vor, sie hätten in den vergangenen Jahren zwar nicht immer die Mindestmenge von 30 übertraffen, jedoch überdurchschnittliche Qualität erbracht. Das LSG hob den GBA-Beschluss auf. Die vom Gesetz verlangte besondere Abhängigkeit der Behandlungsqualität von der Leistungsmenge sei nicht hinreichend belegt.

Gegen dieses Urteil legte der GBA Revision beim Bundessozialgericht (BSG) ein, hatte damit aber keinen Erfolg. Die

obersten Sozialrichter erklärten die Anhebung der Mindestmenge für nichtig. In seinem Urteil bestätigte das BSG jedoch die Rechtsauffassung des GBA, grundsätzlich Mindestmengen festlegen zu dürfen. Der Gesetzgeber habe in Paragraph 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 SGB V die Leistungserbringung an die Einhaltung von Mindestmengen geknüpft. Dies stünde auch im Einklang mit der Verfassung. Der GBA sei zu Recht davon ausgegangen, dass die Behandlung Frühgeborener mit einem Geburtsgewicht von unter 1.250 Gramm eine planbare Leistung darstellt, für die er Mindestmengen beschließen darf. Hierfür genüge es, dass die Leistung in der Regel medizinisch sinnvoll und zumutbar in dafür vorgesehenen Zentren erbracht werden kann. Dies sei bei der Behandlung von Frühgeborenen mit einem sehr geringen Gewicht der Fall.

**Erfahrung gefragt.** Auch sei der GBA zu Recht davon ausgegangen, dass die Qualität der Behandlung in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängt. Bei der Versorgung von Frühchen handele es sich um hochkomplexe medizinische Leistungen, bei denen die durch wissenschaftliche Belege untermauerte Erwartung berechtigt sei, dass neben anderen Faktoren auch Erfahrung und Routine die Qualität der Leistung in besonderem Maße beeinflussen. Aussagekräftige Studien belegten einen Zusammenhang zwischen der Häufigkeit

## TIPP FÜR JURISTEN



Sozialversicherungsrechtliche und strafrechtliche Grenzen der Zusammenarbeit thematisiert das Seminar „Kooperationen im Gesundheitswesen rechtssicher gestalten“. Es findet am 26. und 27. Juni in München statt. Veranstalter ist die Euroforum GmbH. Mehr Infos: [www.euroforum.de](http://www.euroforum.de) > Veranstaltungen > Seminare > Pharma, Gesundheit

der Leistung und der Mortalitätsrate. Ausreichend für das vom Gesetzgeber verfolgte Ziel der Risikominimierung sei eine Studienlage, die nach wissenschaftlichen Maßstäben einen Zusammenhang zwischen Behandlungsmenge und -qualität wahrscheinlich macht. Der GBA sei in vertretbarer Weise zu der Einschätzung gelangt, dass die Güte der Versorgung durch eine Mindestmenge gefördert werden kann. Er habe sich im rechtlichen Rahmen bewegt, als er ausgehend von der Gruppe der Frühgeborenen mit weniger als 1.250 Gramm die Mindestmenge pro Krankenhaus festsetzte.

**Spielraum überschritten.** Allerdings, so das BSG weiter, habe der GBA mit der Erhöhung der Mindestmenge auf 30 pro Jahr seinen Beurteilungsspielraum überschritten. Die Studienlage rechtfertige nicht uneingeschränkt die Einschätzung, dass die Güte der Versorgung Frühgeborener durch die Erhöhung der Mindestmenge in relevanter Weise zusätzlich gefördert werden kann. Eine neue Studie, die dem GBA zwar seinerzeit nicht vorgelegen habe, aber aktuell zu berücksichtigen sei, belege, dass die Mortalitätsrate Frühgeborener nicht linear mit der steigenden Fallzahl sinkt. 56 Prozent der Abteilungen mit einer Fallzahl von jährlich mindestens 30 Kindern behandelten mit überdurchschnittlicher Qualität. Dies treffe aber auch auf 44 Prozent der Abteilungen mit einer Fallzahl von 14 bis 29 Frühchen zu. Die Erhöhung der Mindestmenge auf 30 könne dazu führen, dass in einzelnen Regionen durch den Ausschluss von Kliniken mit überdurchschnittlich guter Versorgung die Behandlungsqualität insgesamt sinkt. ■

**Kommentar:** Das Bundessozialgericht hat für Rechtsklarheit gesorgt: Mindestmengen sind ein nicht zu beanstandendes Instrument zur Qualitätssicherung von Klinikbehandlungen. Um deren Höhe rechtssicher zu machen, sind neue Studien- und Forschungsergebnisse heranzuziehen. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen damit beauftragen, die dafür erforderlichen Daten zu beschaffen und auszuwerten.

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

	INHALT	AKTUELLER STAND
<b>APOTHEKEN</b>		
Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Sicherstellung des Notdienstes von Apotheken (Apothekennotdienstsicherstellungsgesetz ANSG) Bundestags-Drucksache 17/13081	Pauschaler Zuschuss an Apotheken für den Notdienst zwischen 20 Uhr und 6 Uhr des Folgetages; 16 Cent pro verschreibungspflichtigem Medikament zahlen Apotheken in einen Fonds; im Gegenzug wird der Festzuschlag der Kassen an Apotheken um diese Summe erhöht; geschätzte Mehrkosten für die Krankenkassen: 112 Millionen Euro jährlich.	Erste Lesung im Bundestag war am 19.4.2013. Der Bundesrat hat am 3.5.2013 Stellung genommen.
<b>ARZNEIMITTEL-NUTZENBEWERTUNG</b>		
Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften, Bundesrats-Drucksache 263/13	Klarstellung, dass für Arzneimittel des Bestandsmarktes hinsichtlich der Nutzenbewertung grundsätzlich dieselben Regelungen gelten wie für neue Präparate; Begründungspflicht für Pharmafirmen, die ein Medikament vom Markt nehmen.	Der Bundesrat hat am 3.5.2013 Stellung genommen.
<b>BEITRAGSSCHULDEN</b>		
Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung, Bundestags-Drucksache 17/13079	Für freiwillig Versicherte sowie für vormals Nicht-Versicherte in der GKV statt des bisherigen Säumniszuschlags von monatlich fünf Prozent künftig nur der reguläre monatliche Säumniszuschlag von einem Prozent des rückständigen Betrags.	Erste Lesung im Bundestag war am 18.4.2013. Der Bundesrat hat am 3.5.2013 Stellung genommen.
<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 die Beratungen am 23.4.2013 erneut vertagt. Neuer Beratungstermin ist der 5.6.2013.
<b>PRÄVENTION</b>		
Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention, Bundestags-Drucksache 17/13080	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.	Erste Lesung im Bundestag war am 19.4.2013. Der Bundesrat hat am 3.5.2013 Stellung genommen.

Stand: 3.5.2013



**Internet-Tipp**

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

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

## BADEN-WÜRTTEMBERG

## Nach der Reha nicht ins Heim

Auf die wachsende Bedeutung der geriatrischen Rehabilitation in einer älter werdenden Gesellschaft hat die AOK Baden-Württemberg hingewiesen. „Ältere Menschen haben auch in der Rehabilitation andere Bedürfnisse und Anforderungen als junge. Häufig leiden sie an mehreren Krankheiten gleichzeitig. Um dem gerecht zu werden, sind ganzheitliche Konzepte in der darauf spezialisierten geriatrischen Rehabilitation gefragt“, sagte **Dr. Christopher Hermann**, Vorstandschef der AOK Baden-Württemberg, auf dem Fachkongress für Rehabilitationsforschung und Versorgungsmanagement in Stuttgart. Primäres Ziel geriatrischer Reha sei, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern. So müsse es beispielsweise nach einem Oberschenkelhalsbruch möglich sein, „dass die Betroffenen nach Hause zurückkehren können und nicht in ein Pfl-



geheim eingewiesen werden“. Die Gesundheitskasse setze daher auf eine stärkere Verzahnung von Rehabilitation und Pflege, was besonders älteren Menschen zugute komme. ■

## RHEINLAND/HAMBURG

## Kooperation über Grenzen hinweg

Mit einer neuen elektronischen Gesundheitskarte wollen die

AOK Rheinland/Hamburg, die niederländische Krankenversicherung CZ sowie die CKK aus Belgien ihren Versicherten die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung ermöglichen. Sie soll die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen bei niedergelassenen Ärzten in Deutschland für Patienten aus den Grenzregionen in Holland und Belgien erleichtern. Voraussetzung ist die Überweisung durch einen Hausarzt. Ausgeschlossen sind

hausärztliche und zahnärztliche Versorgung, Präventions- und Reha-Leistungen sowie die Psychotherapie. Wenn Versicherte mit den Gesundheitskarten zu einem deutschen Spezialisten kommen, kann dieser über das Internetportal [www.aok-europa.de](http://www.aok-europa.de) die Leistungsberechtigung des Patienten prüfen. Über das Portal erhalten die Ärzte spezielle Abrechnungsscheine. AOK-Versicherte aus grenznahen Regionen, die fachärztliche Leistungen in Belgien oder den Niederlanden in Anspruch nehmen wollen, können sich ebenfalls eine Gesundheitskarte der niederländischen beziehungsweise der belgischen Krankenversicherung ausstellen lassen. Bislang haben rund 8.200 Niederländer, 6.000 Belgier und 3.000 Deutsche eine internationale Gesundheitskarte beantragt. „Mit diesen Projekten sind wir der EU-Patientenrechte-Richtlinie, die ab 2014 eine Staatenkooperation im Gesundheitswesen einfordert, ein gutes Stück voraus“, so **Günter Wältermann**, Vorstandschef der AOK Rheinland/Hamburg. ■

## AOK aktuell

## Nach der Disco sicher nach Hause

Nur fünfzig Prozent zahlen, aber hundertprozentig sicher ankommen: Die neuen Fifty-Fifty-Taxi-Tickets, mit denen Jugendliche zur Disco und anschließend sicher und preiswert wieder nach Hause fahren können, sind ab sofort in allen AOK-Servicecentern in Mecklenburg-Vorpommern erhältlich. Die Verkehrssicherheitsaktion gibt es dort seit 1998. Dabei kooperieren das Ministerium für Energie, Infrastruktur und Landesentwicklung, der Taxi-Landesverband, die AOK Nordost und der Sender Antenne MV. Die günstigen Tickets für Nachtschwärmer zwischen 16 und 25 Jahren gelten an Wochenenden sowie vor und an gesetzlichen Feiertagen. Ticket-Käufer zahlen beim Kauf im Servicecenter der AOK nur die Hälfte des Ticket-Wertes, die andere Hälfte trägt das Land. 2013 stellt das Ministerium für Energie, Infrastruktur und Landesentwicklung dafür 90.000 Euro zur Verfügung. „Wir wollen, dass Jugendliche ein unbeschwertes Discowochen-

ende verbringen und problemlos zur Disco und sicher wieder zurückkommen“, sagt **Volker Schlotmann**, Minister für Energie, Infrastruktur und Landesentwicklung. Mit der Initiative solle verhindert werden, dass jemand betrunken oder übernächtigt von der Disco nach Hause fahre. „Wer am Wochenende einen Discobesuch plant, sollte vorher zur AOK gehen, um sich Fifty-Fifty-Taxi-Tickets zu besorgen. So kommen Jugendliche sicher und entspannt wieder nach Hause, ganz ohne Risiko“, betonte auch **Gerlinde König**, stellvertretende Vorstandsvorsitzende der AOK Nordost. Das entsprechende Angebot gibt es auch im Land Brandenburg. ■





## Gute Führung stärkt die Gesundheit

Ein bewusster Umgang miteinander sowie Unterstützung durch Vorgesetzte sind zwei wesentliche Faktoren, um die Arbeitsfähigkeit und -motivati-on von Mitarbeitern zu erhalten und weiter zu steigern. Davon haben sich die rund 160 Teilnehmer einer Fachtagung der AOK Bayern zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement in München überzeugt gezeigt. „Gesunde Arbeit in einem gesunden Unternehmen ist wirtschaftlich notwendig und gestaltbar“, betonte die Psychologin **Dr. Martina**

**Rummel.** Eine große Rolle für eine gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung sowie die Fähigkeit, mit belastenden Situationen umgehen zu können, spielen die Führungskräfte. Von Fachleuten wird dies als Resilienz bezeichnet. „Führungskräfte wirken als Vorbilder und geben Leitplanken, Lösungsorientierung sowie Sinnhaftigkeit vor.“ **Hubertus Råde,** stellvertretender Vorstandsvorsitzender der AOK Bayern, bot den Unternehmen im Freistaat die Unterstützung seiner Kasse bei Fragen zum Thema Betriebliches Gesundheitsmanagement an. Die Gesundheitskasse verfüge über eine mehr als 20-jährige Erfahrung bei der Beratung von Betrieben. Alarmierend sei insbesondere der Anstieg der Ausfalltage am Arbeitsplatz wegen psychischer Erkrankungen. Nach Berechnungen der AOK Bayern ist deren Anteil seit dem Jahr 2000 allein im Freistaat um rund 55 Prozent gestiegen. Hier sei die Vorsorge für die Menschen von besonderer Bedeutung, da psychische Erkrankungen im Schnitt fast 26 Tage dauerten, so Råde. ■



### NORDWEST

## Pflegetrainer helfen Angehörigen

Schlaganfall, Herzinfarkt oder Oberschenkelhalsbruch: Von einem Tag auf den anderen ist für die Betroffenen und ihre Angehörigen alles anders. Die Familie muss nach einem kurzen Klinikaufenthalt oft unvorbereitet Entscheidungen treffen, wie pflegebedürftige Verwandte weiterversorgt werden sollen. Dies gilt besonders für Angehörige multimorbider und demenziell erkrankter Menschen. In Schleswig-Holstein bietet in solchen Fällen ab sofort das neue Modellprojekt „Familiale Pflege“, das die AOK NORDWEST und die Universität Bielefeld am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) in Kiel gestartet haben. „Wir wollen damit den Angehörigen von Patienten mit praktischen Hilfen den Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Pflege erleichtern“, sagte **Martin Litsch,** Vorstandsvorsitzender der Kasse. Als erste Klinik im Land bietet das UKSH den Angehörigen kostenlose Pflegetrainings an

und nimmt damit eine wichtige Schlüsselstellung ein. „Es ist uns wichtig, dass unsere medizinischen und pflegerischen Erfolge dauerhaft wirken“, erklärte **Christa Meyer,** Vorstand für Krankenpflege und Patientenservice am UKSH. „Deshalb unternehmen wir mit der Einführung familialer Pflege einen wichtigen Schritt, um Angehörige zu guter Pflege zu befähigen und so den Drehtüreffekt von Wiederaufnahmen bereits versorgter Patienten zu vermeiden.“ ■

### SACHSEN-ANHALT

## Drittes Krankenhaus mit an Bord

Mit dem Sana Ohre-Klinikum in Haldensleben hat die AOK Sachsen-Anhalt einen dritten Kooperationspartner zur Anlage eines Dialysezugangs – auch als Shunt bezeichnet – in ihren Vertrag zur integrierten Versorgung von Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz einbezogen. Der Vertrag wurde 2009 aufgelegt. Nierenerkrankungen sollen dadurch möglichst früh erkannt und

nach festgelegten Qualitätsparametern interprofessionell behandelt werden. Auch Menschen, die etwa aufgrund von Bluthochdruck oder Diabetes mellitus ein erhöhtes Erkrankungsrisiko haben, bekommen dadurch schon frühzeitig die geeignete fachärztliche Behandlung. Ziel der Kooperation ist, eine Nierenerkrankung mit ihren chronischen Schäden oder die Dialyse ganz zu verhindern oder den Krankheitsverlauf zu verzögern. Derzeit sind rund 15.000 Versicherte in den Nierenvertrag der Gesundheitskasse eingeschrieben. ■

## Telegramm

+++ Hochgerechnet mehr als 450.000 Kilogramm Körpergewicht haben die bisher knapp 100.000 Absolventen des AOK-Ernährungsprogrammes **Abnehmen mit Genuss** bislang verloren. Das hat eine wissenschaftliche Erhebung des Instituts für Ernährungspsychologie der Universität Göttingen ergeben. Das Programm ist im Internet zu finden unter: [www.abnehmen-mit-genuss.de](http://www.abnehmen-mit-genuss.de) +++ Von den 2,4 Millionen Versicherten der AOK Niedersachsen erleiden jährlich rund 11.500 einen Schlaganfall. Die Häufigkeit steige zwar ab dem 60. Lebensjahr merklich an. Aber auch Kinder und Jugendliche seien betroffen, teilte die Gesundheitskasse anlässlich des **Tages gegen den Schlaganfall** am 10. Mai 2013 mit.

**Studie**  
**Verbraucher stehen im Regen**

Seit aus dem Arbeitsamt die Agentur für Arbeit wurde, gibt es dort statt Arbeitslosen, Ratsuchenden und Bewerbern nur noch „Kunden“. Mit dem „aktivierenden Staat“ zog marktwirtschaftliches Denken in die



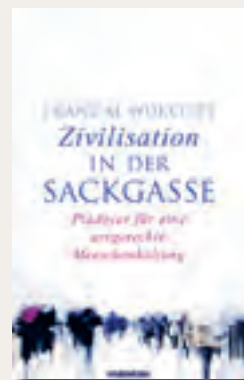
Arbeitsverwaltung ein. Auch im Gesundheitswesen wird immer öfter über Märkte gesprochen. Aus Krankenversicherten wurden Kunden am Kassenmarkt, der für sie Standardprodukte, Wahltarife und Zusatzversicherungen anbietet. Der Wettbewerb der Krankenkassen ist politisch gewollt. „Der Staat überführt sein Schutzdispositiv in Teilen zu-

rück an die Gesellschaft“, schreibt der Sozialwissenschaftler Benjamin Ewert in seiner an der Universität Gießen eingereichten Dissertation. Sie widmet sich vor allem der Frage, wie weit es das Gesundheitswesen nicht mehr nur mit Patienten zu tun hat, sondern mit Versicherten, die als Konsumenten auf einem Markt agieren. Ewert favorisiert dafür den Begriff „Nutzer“ von Gesundheitsleistungen, der in seiner Person und seinen Handlungen jeweils Anteil des Patienten, Koproduzenten und Konsumenten vereint. Wissenschaftlicher Kern seiner Arbeit ist eine empirische Untersuchung, wie unabhängige Nutzer- beziehungsweise Patientenorganisationen, Selbsthilfegruppen und Verbraucherzentralen auf die Ökonomisierung im Gesundheitswesen reagieren. Sein Fazit aus 22 Experteninterviews: „Man kann nicht Märkte einführen und den Verbraucher im Regen stehen lassen.“

**Benjamin Ewert: Vom Patienten zum Konsumenten? 2013.**  
289 Seiten, 39,95 Euro. Springer VS-Verlag, Wiesbaden.

**Philosophie**  
**Leben wider die menschliche Natur**

In den sogenannten zivilisierten Ländern westlicher Prägung ist nahezu jeder Vierte psychisch krank. Stressbeschwerden, Depression und Burnout-Syndrom nehmen stark zu. Kein Wunder, findet der Evolutionsforscher Franz Wuketits. Beruf und Alltag verlangten vom Einzelnen eine Flexibilität, die der menschlichen Natur nicht entspreche. Wir leben nicht mehr artgerecht, stellt der Wissenschaftstheoretiker, Philosoph und Biologe fest. Wir wohnen in anonymen Ballungszentren, schuften in Großbetrieben ohne Bezug zu den Früchten unserer Arbeit, müssen häufig dem Job zuliebe auf familiäre und heimatliche Bindungen verzichten, schreibt der 58-Jährige, der seit 1979 am Institut für Philosophie der Universität Wien lehrt. Wuketits ist auch im Vorstand des Konrad-Lorenz-Instituts für Evolutions- und Kognitionsforschung in Altenberg (Niederösterreich). Bereits mit 27 Jahren erhielt er einen österreichischen Staats-



preis für wissenschaftliche Publizistik. Seitdem hat er viele meist populärwissenschaftliche Bücher geschrieben. Immer wieder geht es darin um den Begriff des Fortschritts, der das Denken der Neuzeit oft fehlgeleitet habe. Dass die Evolution des Menschen eine Entwicklung zum Besseren sei, sei Mythos, Illusion und gefährliche Hoffnung, schrieb er schon 1995. Sein neues Buch beginnt mit unserer „äffischen Abkunft“ und endet mit der Feststellung, dass das, was anderen Tieren zusteht, auch uns zustehen sollte.

**Franz M. Wuketits: Zivilisation in der Sackgasse. 2012.** 262 Seiten, 19,95 Euro. Mankau-Verlag, Mumau am Staffelsee.

SEMINARE   TAGUNGEN   KONGRESSE				
■ <b>HAUPTSTADTKONGRESS MEDIZIN UND GESUNDHEIT</b>	Forum Gesundheitspolitik, Forum der Versicherungen, Klinik, Reha, Ärzteforum, Pflegekongress	5.-7.6.2013 Berlin	WISO S.E. Consulting GmbH Organisation: Agentur WOK GmbH Palisadenstraße 48 10243 Berlin	Tel.: 0 30/49 85 50-0 Fax: 0 30/49 85 50-40 info@hauptstadtkongress.de www.hauptstadtkongress.de
■ <b>AQUA-TAGUNG ZUR SEKTORENÜBERGREIFENDEN QUALITÄTSSICHERUNG</b>	Weiterentwicklung der Qualitätssicherung, Public Reporting, Qualitätssicherung Pflege, Qualitätszirkel	12.6.2013 Göttingen	AQUA-Institut Maschmühlenweg 8-10 37073 Göttingen	Tel.: 05 51/7 89 52-263 Fax: 05 51/7 89 52-10 tagung@aquainstitut.de www.aquainstitut.de > Termine
■ <b>9. GESUNDHEITSWIRTSCHAFTSKONGRESS</b>	Qualitätstransparenz, Patientensouveränität, Systempartnerschaften, Prävention, Rehabilitation	24.-25.9.2013 Hamburg	WISO HANSE management GmbH c/o Agentur WOK GmbH Palisadenstr. 48 10243 Berlin	Tel.: 0 30/49 85 50 31/34 Fax: 0 30/49 85 50 30 info@gesundheitswirtschaftskongress.de www.gesundheitswirtschaftskongress.de
■ <b>12. DEUTSCHER KONGRESS FÜR VERSORGFORSCHUNG</b>	Über-, Unter-, Fehlversorgung; Qualitätsmanagement, Evaluation von Leitlinien	23.-25.10.2013 Berlin	Intercongress GmbH Wilhelmstraße 7 65185 Wiesbaden	Tel.: 06 11/9 77 16-0 Fax: 06 11/9 77 16-16 dkvf@intercongress.de www.intercongress.de > Kongresse
■ <b>HEALTH 3.0 GESUNDHEITSKONGRESS NRW</b>	Versorgungsstruktur, regionale Netze, europäische Gesundheitspolitik, neue Rollen der Krankenkassen	3.-4.12.2013 Neuss	MCC – Management Center of Competence Scharnhorststraße 67a 52351 Düren	Tel.: 0 24 21/1 21 77-0 Fax: 0 24 21/1 21 77-27 mcc@mcc-seminare.de www.health3punkt0.com

## Ernährung Satt sein ist nicht genug

Hinter jedem an Hunger sterbenden Kind stehen zehn weitere Kinder, die unterernährt sind. Rund 2,5 Milliarden Menschen leiden an verborgenem Hunger, sind chronisch mangelernährt. Eine Schale Reis oder Mais, Pommes Frites oder ein Hamburger reichen für die normale geistige und körperliche Entwicklung insbesondere heranwachsender Kinder nicht aus. Satt sein ist nicht alles, auch genug Vitamine, Mineralien und Spurenelemente sind nötig. Das neue Buch des Vize-Chefs des Food-Security-Centers an der



Universität Hohenheim, Professor Hans Konrad Biesalski, geht den Ursachen der Mangelernährung nach, die es auch bei uns gibt. „Wir wissen, dass 2,47 Euro, der Satz für die Ernährung eines Kindes bis zum 6. Lebensjahr im Arbeitslosengeld II, nicht ausreichen, um ein solches Kind gesund zu ernähren“, sagte der Ernährungsmediziner jüngst in einem Interview. Verborgenen Hunger finde man selbst dort, wo mit Knödeln und Schweinshaxen augenscheinlich oft besonders üppig gegessen werde: Studien aus München zeigten, dass die Zahl der Kinder mit kognitiven Störungen in armen Familien

deutlich höher ist als in Familien, die besser verdienen. Biesalski erinnert daran, dass 189 Staaten der Vereinten Nationen am 9. September 2000 in den Millenniumszielen beschlossen haben, die Zahl der Hungernden bis 2015 zu halbieren. Tatsächlich verhungern seit 2008 wieder mehr Kinder und Erwachsene. Auch den verborgenen Hunger sichtbar zu machen, der es selten in die Schlagzeilen schafft, ist das Anliegen Biesalskis. Er zeigt zudem Lösungswege auf, diskutiert die Nachhaltigkeit von Lebensmittelanreicherung, Gentechnik oder Förderung kleiner Landwirte. Oberstes Ziel müsse aber bleiben, die Armut zu beseitigen.

*Hans Konrad Biesalski: Der verborgene Hunger. 2013. 307 Seiten, 24,95 Euro. Verlag Springer Spektrum, Berlin/Heidelberg.*

## Versorgungsforschung Aktionsbündnisse unter der Lupe

Mit der Förderung der „Aktionsbündnisse Gesunde Lebensstile und Lebenswelten“ wurde 2008 Neuland betreten. Ziel der Initiative der damaligen Gesundheitsministerin Ulla Schmidt war es, in elf Gemeinden und Quartieren in zwei Jahren Strukturen aufzubauen, die gesunde Ernährung und Bewegung fördern. Vor al-



lem sozial Benachteiligte sollten erreicht werden, in Kindertagesstätten oder auch in „Gärten für Jeden“ für ein generationenübergreifendes Miteinander im Quartier. Settingansatz und Heterogenität der Initiativen forderten die Begleitforschung heraus. Der jetzt darüber vorliegende Band stellt alle elf Projekte vor, skizziert das methodische Vorgehen und präsentiert die Ergebnisse:

Gute Planung, die sorgfältig die Bedürfnisse der Zielgruppe erfasst, ist für den Erfolg essenziell. Auch müssen die Initiativen langfristig angelegt sein, um nachhaltig zu wirken.

*Petra Kolip, Ute Gerken, Ina Schaefer, Andreas Mühlbach, Birte Gebhardt: Gesundheit fördern in vernetzten Strukturen. 2013. 146 Seiten, 29,95 Euro. Verlag Beltz Juventa, Weinheim.*

## Zeitschriftenschau

### ■ Luftverschmutzung ist gefährlich für Herz und Hirn

Zwischen Luftverschmutzung und dem Auftreten von Herzinfarkten und Schlaganfällen gibt es einen Zusammenhang. Dies ergab eine Studie der Rice University in Houston, Texas. Die Forscher analysierten zwischen 2004 und 2011 die Daten von 11.677 Notfallaufnahmen mit Herzstillstand. Bei einem Anstieg der Feinstaubbelastung auf sechs Mikrogramm pro Kubikmeter oder der Ozonwerte auf 20 Milligramm pro Kilogramm war das relative Risiko für einen plötzlichen Herzstillstand erhöht. Risikogefährdet sind nach der Studie insbesondere Männer, Afroamerikaner und über 65-Jährige.

*Circulation 2013; 127: 1192-1199*

### ■ Homo-Ehen schaden nicht der Entwicklung von Kindern

Die US-amerikanische Akademie für Kinderheilkunde unterstützt die Kindererziehung und Adoption durch Männer und Frauen, die in gleichgeschlechtlichen Lebensgemeinschaften leben. Eine umfassende Untersuchung hatte gezeigt, dass es keinen Zusammenhang zwischen der sexuellen Orientierung der Eltern, der psychischen Entwicklung und des Verhaltens von Kindern gibt. Wichtig sei für Kinder eine stabile Bindung, die ihnen Sicherheit gebe. Der Staat und soziale Einrichtungen sollten gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften anerkennen.

*Pediatrics 2013; 131 (4): 826-831*

### ■ Süße Softdrinks kosten Menschenleben

Nach Angaben der US-amerikanischen Herzgesellschaft sterben jährlich etwa 180.000 Menschen weltweit, weil sie zu viel Limonade oder andere zuckerhaltige Erfrischungsgetränke konsumieren. Dieses Trinkverhalten erhöhe das Risiko, Diabetes, Herzkrankheiten oder Krebs zu bekommen. Im Ländervergleich schneiden die lateinamerikanischen Staaten am schlechtesten ab. Dort sind der Konsum von süßen Getränken und die Zahl der an Diabetes gestorbenen Menschen am höchsten. Die Gesellschaft empfiehlt, wöchentlich nicht mehr als 450 Kilokalorien durch Süßgetränke zu sich zu nehmen.

*American Heart Association, 19. März 2013 (<http://newsroom.heart.org>)*

### ■ Zusätzliches Vitamin C kann zu Nierensteinen führen

Männer, die zusätzlich zur Ernährung hoch dosierte Vitamin C-Präparate (1.000 Milligramm pro Tablette) schlucken, haben ein doppelt so hohes Risiko, Nierensteine zu bekommen, als ihre Geschlechtsgenossen, die dies nicht tun. Zu diesem Ergebnis kommt eine elf Jahre lang dauernde schwedische Studie mit rund 50.000 Männern. Die Autoren der Studie empfahlen Patienten, die schon mal Nierensteine hatten, auf hohe Vitamin C-Dosen zu verzichten. Außerdem gebe es keine Belege dafür, dass die Einnahme von zusätzlichem Vitamin C gesundheitliche Vorteile bringe.

*JAMA Internal Medicine 2013; 173 (5): 386-388*

Die Zeitschriftenschau hat Thomas Ebel vom AOK-Bundesverband zusammengestellt.

# Pflege braucht hohe Qualifikation

**Pflegekräfte brauchen neben sozialen Kompetenzen kognitive Fähigkeiten. Ordensoberin Andrea Trenner plädiert daher für einen höheren Schulabschluss als Voraussetzung für den Pflegeberuf – der auch parallel zur Ausbildung erworben werden könnte.**

**Die Entscheidung des Europäischen Parlamentes**, Deutschland beim Zugang zum Pflegeberuf nach wie vor einen Sonderweg einzuräumen, macht uns zum Schlusslicht bei der Pflegebildung in Europa. Statt einer europaweiten Angleichung der Zugangsvoraussetzungen für die Pflegeausbildung auf zwölf Jahre allgemeine Schulbildung, folgt der Binnenmarktausschuss des EU-Parlamentes dem Kompromissvorschlag der schwarz-gelben Bundesregierung. Das sogenannte Zwei-Säulen-Modell sieht vor, Äquivalente mit allgemeinbildenden Fächern während der dreijährigen Fachausbildung für die fehlenden zwei Schuljahre zu schaffen. Dies bedeutet, dass Pflegekräfte am Ende ihrer qualifizierten Ausbildung bestenfalls über ein Allgemeinwissen verfügen, das ihre europäischen Nachbarn bereits vor Beginn der Ausbildung besitzen.

In Deutschland wird die Frage der Pflegeausbildung rein quantitativ auf Arbeitskräfte reduziert. Das im Übermaß bemühte Argument des Fachkräftemangels begleitet jegliche Reformdiskussion der pflegeberuflichen Bildung seit dem Jahr 1965. Das Tragische: Deutschland verharnt dadurch – pflegewissenschaftlich betrachtet – in einem Gesundheitssystem der 1980er Jahre und sperrt sich gegen notwendige Reformen im Pflegebereich.

**Anforderungen sind massiv gestiegen.** Wir brauchen jedoch dringend innovativere Strategien und den gesellschaftlichen Willen, die Pflegeausbildung auf verlässliche und attraktive Grundlagen zu stellen. Wir benötigen besser qualifizierte und zusätzlich auf akademischem Niveau ausgebildete Pflegekräfte, um multimorbide Patienten in zunehmend komplexen Pflegesituationen gut versorgen zu können. Besonders für die Krankenpflege müssen wir die Entwicklung vorantreiben und

dafür sorgen, dass das Qualifikationsniveau steigt. Denn die Anforderungen in der professionellen Pflege – egal ob im Krankenhaus, im Pflegeheim oder im ambulanten Bereich – sind massiv gestiegen. Alle anderen EU-Länder schreiben deshalb schon jetzt eine bessere Schulbildung vor. Neben den von der Politik so oft beschriebenen sozialen Kompetenzen benötigen Pflegende ebenso kognitive Fähigkeiten. Nicht nur der medizinische Wissenszuwachs, sondern auch der Umgang mit Technik und schnelle Reaktionsfähigkeit erfordern eine andere Ausbildung. Zahlen aus den USA bestätigen, dass mehr akademisch gebildete Pflegekräfte helfen, die Mortalitätsrate im Krankenhaus zu senken.

Es ist eine Herausforderung, professionelle Pflegekräfte akademisch auszubilden, ohne an der Pflege interessierte Menschen vorzeitig auszuschließen. Der Deutsche Evangelische Krankenhausverband plädiert deshalb – gemeinsam mit der Diakonie Deutschland und dem Verband Evangelischer Krankenhäuser Rheinland Westfalen-Lippe – für eine durchlässige und modulare Ausbildung mit unterschiedlichen Zugangsvoraussetzungen. Dies schließt neben einer grundständigen und praxisorientierten Ausbildung bundesweite Regelungen zur Anerkennung der Helferausbildung als Voraussetzungen sowie eine Weiterentwicklung der Akademisierung der Pflegeberufe ein. Eine stärkere Akzeptanz modular erworbener Leistungen ist geboten. In diesem Rahmen kann der höhere, allgemeinbildende Abschluss parallel erlangt werden. So nehmen wir auch die Bewerber mit, die im allgemeinen Bildungssystem auf der Strecke geblieben sind – aber Potenzial haben.

**Lehre durchlässiger machen.** Die Bundesländer reagieren bereits auf die veränderten Anforderungen in den Arbeitsfeldern und den erhöhten Qualifikationsdruck in der täglichen Pflegepraxis. Sie haben zahlreiche Modellprojekte erfolgreich erprobt, die einen Mix von Pflegeausbildung und Studium miteinander kombinieren. Das ist gut so: Denn um dem Fachkräftemangel wirklich begegnen zu können, müssen wir die Pflegeausbildung attraktiv gestalten und eine vertikale Durchlässigkeit sichern. Dazu bedarf es auf Bundesebene einer gemeinsamen Anstrengung für eine einheitliche Regelung und eine solidarische Umsetzung auf Länderebene. ■

**Andrea Trenner** ist stellvertretende Vorstandsvorsitzende des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes (DEKV) und Ordensoberin im Johanniterorden.

**Kontakt:** [info@dekv.de](mailto:info@dekv.de)

## 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)



G+G 3/2013

### Pflege-Bahr mit Nebenwirkungen

## Reines Ablenkungsmanöver

Viele Menschen in Deutschland haben Angst vor Pflegebedürftigkeit. Eine Sorge ist, sich den Heimplatz oder die ambulante Unterstützung durch Pflegedienste nicht leisten zu können und womöglich den Kindern zur Last zu fallen oder schlecht versorgt dahinzuziehen. Berichte über bewegungsunfähige Pflegebedürftige mit Druckgeschwüren, demenzkranke Menschen, die fixiert und zwangsernährt werden, weil unzureichend ausgebildete Pflegekräfte in personell unterbesetzten Heimen schlichtweg überfordert sind, brennen sich ins Gedächtnis ein. So will niemand seinen Lebensabend verbringen. Das dürfte eigentlich eine gute Voraussetzung für den Verkauf privater Zusatzversicherungen sein. Und nun gibt der Staat auch noch etwas dazu: fünf Euro pro Monat für eine Police, die den Kriterien des Pflege-Bahrs entspricht. Das klingt attraktiv. Aber irgendwie scheint das Ganze an den Bedürfnissen sowohl der Versicherungswirtschaft als auch der Kunden komplett vorbeizugehen. Immer noch existieren nur wenige Angebote – die Branche wirbt für ihre ungeforderten Pflegezusatzversicherungen. Und auch die Verbraucherzentrale scheint skeptisch und schreibt in einer Broschüre zum Pflege-Bahr: „Dieses neue Versicherungsprodukt ist Ihnen nicht zu empfehlen, wenn Sie keine relevanten Vorerkrankungen haben. Die herkömmlichen Tarife werden voraussichtlich günstiger im Monatsbeitrag sein

und/oder weniger stark im Beitrag steigen als die förderfähigen Produkte. Es ist nicht davon auszugehen, dass die relativ geringe Zulage von 60 Euro pro Jahr dies kompensieren wird.“ Da frage ich mich schon: Was hat den Gesundheitsminister bewegt, eine solche Idee aus der Tasche zu zaubern? Ob er hofft, so von der Riesenlücke zwischen den Leistungen der Pflegeversicherung und den Kosten für die Pflege ablenken zu können? Und die Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die Dynamisierung der Leistungen auf den St. Nimmerleinstag verschieben zu können? Hoffentlich nicht.

U. S., Hannover

G+G 3/2013

### Spezial „Aktiv älter werden mit App und Web“

## Sprechen statt chatten

Es ist gut, dass das Internet auch für die ältere Generation zahlreiche Informationen zu bieten hat. Und soziale Netzwerke, Blogs, Foren, Chats oder sonstige Communities können Plattformen für den Wissens- und Erfahrungsaustausch sein. Aber letztlich ist Kommunikation übers Internet nicht das Wahre: Nicht nur, weil man die Menschen oft gar nicht kennt, mit denen man chattet, sondern weil man damit im wirklichen Leben seine Mitmenschen vernachlässigt. Und nicht nur das: Kommunikation über den PC ersetzt nie das persönliche Gespräch. Im Chat fehlen zu viele Kommunikationsebenen wie die Mimik, der Tonfall der Stimme und die Körpersprache.

R. C., Berlin

# Impressum

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

Herausgeber	AOK-Bundesverband
Redaktion	Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin Telefon: 0 30 2 20 11-0 Telefax: 0 30 2 20 11-105 E-Mail: gug-redaktion@kompart.de www.kompart.de
Chefredakteur	Hans-Bernhard Henkel-Hoving
Artdirection	Anja Stamer
Chefin vom Dienst	Gabriele Hilger
Chefreporter	Thomas Hommel
Verantw. Redakteurin	Änne Töpfer
Redaktion	Burkhard Rexin (ständiger Autor)
Titel	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



Urplötzliche Urlaubsgefühle während der  
Gallenstein-OP: Ostsee, oh ja!!

← > E B



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

## Kommt zum AOK-Kindertheater: **„Möhren, Kinder, Sensationen“.**

Das AOK-Kindertheater geht wieder auf große Deutschland-Tournee. Kommen Sie mit Ihren Kindern ins Zirkuszelt! Der Eintritt ist frei. Tourdaten unter [www.aok.de/henrietta](http://www.aok.de/henrietta) oder bei der AOK in Ihrer Nähe.

Gesundheit in besten Händen

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