



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

ARZTHONORARE

Medizin all inclusive

Wie Fallpauschalen die ambulante
Versorgung verbessern können



ALLGEMEINMEDIZIN: Wo bleibt Frau Doktor?
KLINIK-EHRENAMT: Die Grünen Damen kommen!

Die Pressestellen der AOK

Gesundheit ist unser Thema!

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

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

AOK-BUNDESVERBAND

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

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

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

AOK BADEN-WÜRTTEMBERG

Hauptverwaltung
Pressesprecher: Kurt Wesselsky

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

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

AOK BAYERN – DIE GESUNDHEITSKASSE

Zentrale
Pressesprecher: Michael Leonhart

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

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

AOK BREMEN/BREMERHAVEN

Pressesprecher: Jörn Hons

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

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

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN

Direktion
Pressesprecher: Ralf Metzger

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

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

AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR NIEDERSACHSEN

Direktion
Pressesprecher: Carsten Sievers

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

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

AOK NORDOST – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecherin: Gabriele Rähse

Region Mecklenburg-Vorpommern
Pressereferent: Markus Juhls

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

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

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

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

AOK NORDWEST – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: Jens Kuschel

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

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

Tel. 0231/4193-10145

Tel. 0431/605-21171

AOK RHEINLAND/HAMBURG – DIE GESUNDHEITSKASSE

Stabstelle Presse: André Maßmann

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

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

AOK RHEINLAND-PFALZ/SAARLAND – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressereferent: Jan Rößler

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

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

AOK PLUS – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR SACHSEN UND THÜRINGEN

Pressesprecherin: Hannelore Strobel

Sitz Erfurt
Stellvertretender Pressesprecher: Jürgen Frühauf

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

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

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

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

AOK SACHSEN-ANHALT – DIE GESUNDHEITSKASSE

Pressesprecher: Andreas Arnsfeld

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

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

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

www.aok-presse.de

AOK
Die Gesundheitskasse.

Kinder wollen kochen lernen

Bewegungsmangel und Übergewicht machen Heranwachsende krank. Der Präsident des Kinderhilfswerkes, Thomas Krüger, plädiert deshalb für ein Schulfach Gesundheits- und Ernährungsbildung.

Das Starren auf die kognitiven Leistungen unserer Schülerinnen und Schüler verdeckt, dass die Schule heutzutage mehr leisten muss als die Vermittlung von überprüfbarbarem Wissen. Insbesondere dem Thema Gesundheit wird viel zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Bewegungsmangel, Übergewicht und Adipositas haben sich bei Kindern zu Kernproblemen entwickelt. Es ist deshalb dringend geboten, dass Schulen als Bildungsinstitutionen mehr als bisher die Gesundheit der Kinder in den Blick nehmen.

Als Kinderrechtsorganisation fordert das Deutsche Kinderhilfswerk, Spiel und Bewegung stärker als bisher in den Schulalltag zu integrieren. Es muss jeden Tag mindestens eine 45-minütige Unterrichtseinheit geben, in der das bewegungsorientierte Lernen im Mittelpunkt steht. Kinder haben

Freude an der Bewegung – ihnen fehlt nur oft die Gelegenheit dazu. Schulhöfe müssen als Bildungsorte begriffen und einbezogen werden. Pädagogen brauchen mehr Fortbildung in diesem Bereich, damit sie den Heranwachsenden in der Schule gute Spiel- und Bewegungsangebote machen können.

Das Spiel stellt für jüngere wie ältere Kinder eine der wichtigsten Lernformen dar – hier erwerben sie unbewusst einen Großteil ihrer sozialen, motorischen und kognitiven Kompetenzen. Deshalb engagiert sich das Deutsche Kinderhilfswerk derzeit mit einer Kampagne unter dem Motto „Isetzen! – Gemeinsam für Bildung“ vor allem für bewegungsorientiertes Lernen und eine Stärkung der außerschulischen Bildungsorte. Dafür muss aber auch Zeit sein: in den Schulen und außerhalb. Daher ist das Turboabitur nach der zwölften Klasse in seiner derzeitigen Ausgestaltung mit übervollen und teils veralteten Lehrplänen nicht der richtige Weg.

Der Ausbau der Ganztagschulen läuft auf Hochtouren. Dabei ist auch das Schulesen ein zentrales Thema. Hier müssen wir feststellen, dass vielfach große Caterer kleine Initiativen verdrängen. Es herrscht das Diktat der klammen Kassen. Am Ende

Beim Spielen erwerben Kinder motorische, soziale und kognitive Kompetenzen.

der Kette steht das schwächste Glied: das Kind an der Essenausgabe der Schulkantine. Grundsätzlich sollten wir weg von Großküchen und stärker auf dezentrale Lösungen setzen. Wenn das Essen nicht verkocht ist, sondern frisch zubereitet wird, schmecken die Mahlzeiten meist besser. Wir Erwachsenen weichen schlechten Kantinen aus. Das ist Kindern kaum möglich.

Wir sollten außerdem überlegen, ob wir unseren Kindern Erdbeeren aus China auf-tischen müssen. Heimische Produkte wenn möglich bevorzugen, Obst und Gemüse der Saison verwenden – das gehört in die Leitlinien für das Schulesen. Wer in der Kindheit nicht erfährt und erlebt, was gesunde Ernährung ist, und dass sie unglaublich gut schmeckt, wird dies als Erwachsener kaum nachholen können. Insofern legen Schulen mit einem ausgewogenen, vollwertigen Essensangebot den Grundstein für ein gesundes Leben.

Wir müssen aber auch die Eltern stärker einbeziehen. Zwar hängt gesunde Ernährung vielfach mit den finanziellen Ressourcen von Familien zusammen. Aber das Einkommen entscheidet nicht ausschließlich über die Qualität des Essens, sondern hier spielen zudem Bildung und Gesundheitsbewusstsein eine Rolle. Es ist wichtig, dass Eltern ein Bewusstsein dafür haben, was Qualität ist und wie man sie auf den Teller bekommt. Der Effekt eines guten Schulesens und einer guten Gesundheits- und Ernährungsbildung ist doch, dass unsere Kinder zu Multiplikatoren werden und dann zum Beispiel zu Hause eine selbst gemachte Erbsensuppe einfordern.

Und noch ein letzter Punkt: Fast 70 Prozent der Kinder und Jugendlichen in Deutschland fänden es gut, in einer Schulküche kochen zu lernen. Aber nur jeder Fünfte hat in der Schule schon einmal gekocht. Sowohl Kindertagesstätten als auch Schulen müssen die gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen stärker fördern. Wieso also nicht ein Schulfach „Gesundheits- und Ernährungsbildung“ ausprobieren? ■



Thomas Krüger, geboren 1959, ist seit 1995 Präsident des Deutschen Kinderhilfswerkes. Er absolvierte eine Ausbildung zum Facharbeiter für Plast- und Elastverarbeitung und studierte dann Theologie. Anschließend war er Vikar. Seine politische Karriere begann er 1989 als eines der Gründungsmitglieder der Sozialdemokraten in der DDR. Bis 1990 saß Krüger für die SPD in der Volkskammer der DDR. Von 1991 bis 1994 war er Senator für Jugend und Familie in Berlin, von 1994 bis 1998 Bundestagsabgeordneter. Anschließend nahm er eine zweijährige Erziehungspause. Seit Juli 2000 ist Krüger Präsident der Bundeszentrale für politische Bildung/bpb. Er ist verheiratet und Vater zweier Kinder.

Kontakt: dkhw@dkhw.de

Grüne Damen mit Herz



H.-B. Henkel-Hoving,
Chefredakteur

Was wäre Deutschland ohne freiwilliges Engagement? Arm dran! Laut Bundesfamilienministerium übernehmen etwa 23 Millionen Menschen in der Bundesrepublik in Vereinen, sozialen Organisationen und anderen Bereichen Aufgaben, die mit Geld nicht aufzuwiegen sind. Und wenn man es tun würde, wäre das Land pleite – nicht nur finanziell, sondern auch emotional.

Ganz besonders gilt das für die vielen Frauen und Männer, die sich unentgeltlich um die Gesundheit und Pflege anderer kümmern. Stellvertretend für all diejenigen, ohne die unser Gesundheitssystem weitaus schlechter funktionieren würde, stellen wir Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, in dieser Ausgabe die „Grünen Damen und Herren“ vor. Unter dem Dach der Evangelischen Krankenhaus-Hilfe sind mehr als 11.000

Frauen und Männer – meist zu erkennen an einem grünen Halstuch oder einer grünen Weste – in Kliniken und Heimen unterwegs und tun Patienten Gutes. **Dass sie dabei die Arbeit der Profis in Medizin und Pflege weder ersetzen können noch wollen, gehört zu den ehernen Grundsätzen der Grünen Damen und Herren.**

Zwei von ihnen hat mein G+G-Kollege Thomas Hommel zusammen mit Fotograf Marc-Steffen Unger einen Tag lang begleitet. Christa Tschernig und Beate Liebmann behandelten die Besucher aus Berlin von Anfang an so, wie sie auf die Kranken in der Asklepios-Klinik im brandenburgischen Birkenwerder zugehen: „Herzlich, offen und geduldig.“ (O-Ton Hommel). Grund genug für den G+G-Reporter, auch in der eigenen Familie für die Grünen Damen und Herren ein wenig die Werbetrommel zu rühren: Vielleicht gibt es ja bald einen Grünen Herren mehr.

Viel Freude beim Lesen wünscht



Besuch bei einer Grünen Dame:
G+G-Reporter Thomas Hommel im
Gespräch mit Christa Tschernig.

MAGAZIN

14 PRÜFLISTE FÜR PRAXISNETZE

Die Kassenärztlichen Vereinigungen können Ärztenetze finanziell fördern. Dafür gibt es klare Vorgaben. Neues Geld von den Kassen ist aber nicht zu erwarten.

Von Katrin Krämer und Martin Arnold

16 ABSCHIED VON DER TRENNUNG

Von der zweigeteilten hin zur integrierten Krankenversicherung – Verbraucherzentrale und Bertelsmann Stiftung legten dafür einen Zehn-Punkte-Plan vor.

Von Burkhard Rixin

17 ALTER SCHÜTZT VOR ZAHNWEH NICHT

Bei Pflegebedürftigen geht es mit der Mundgesundheit oft bergab. Welche Zahnpflege Heimbewohner brauchen, diskutierten Zahnärzte und Pflegekräfte.

Von Änne Töpfer

18 ROTE BLAUPAUSE FÜR DEN UMBAU

Das Krankenversicherungssystem neu aufstellen – ein Positionspapier der Friedrich-Ebert-Stiftung setzt Akzente für einen Kurswechsel im Gesundheitswesen.

Von Burkhard Rixin

19 EINSATZ IM EMERGENCY ROOM XXL

Kein Geschubse und schnellere Behandlungen: Am Unfallkrankenhaus Berlin ist eine der modernsten Rettungsstellen Europas entstanden.

Von Thomas Hommel

20 VERAH MACHT MOBIL

In Baden-Württemberg bauen Gesundheitskasse und Ärzte die hausarztzentrierte Versorgung aus – mit Versorgungsassistentinnen und neuen Leistungen.

Von Thomas Hommel

21 „MIGRANTINNEN NUTZEN DIE VORSORGE“

Schwangerschaft und Geburt: Frauen mit Migrationshintergrund setzen auf Vorsorge. Aber auch das Wissen ihres sozialen Umfelds ist ihnen wichtig, sagt Theda Borde von der Alice Salomon Hochschule Berlin.

THEMEN

22 TITEL: PAUSCHALEN FÜR DIE PRAXIS

Wie ärztliche Leistungen zu honorieren sind, diskutieren Parteien und Verbände immer wieder neu. Eine Reformperspektive: ambulante Fallpauschalen. Von Christian Peters und Stephan Feldmann

28 DAMENBESUCH

Sie kümmern sich ehrenamtlich um Patienten: die Grünen Damen und Herren. G+G war mit zwei freiwilligen Helferinnen im Krankenhaus unterwegs. Von Thomas Hommel (Text) und Marc-Steffen Unger (Fotos)

34 FRAU DOKTOR UND DIE DREI K

Kinder, Küche und Karriere können Ärztinnen nur schwer unter einen Hut bringen – zu langsam verändert sich die Rollenaufteilung zwischen Frau und Mann. Von Norbert Schmacke

40 POLITIKER IM GROSSFORMAT

Die Kindheit verbrachte er auf einem Binnenschiff, mit 16 heuerte er bei der SPD an. Jetzt ist Alexander Schweitzer Kapitän des Sozialressorts Rheinland-Pfalz. Von Burkhard Rexin

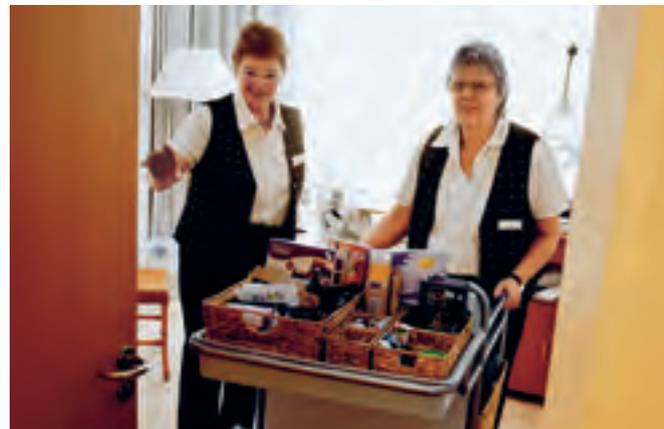
RUBRIKEN

- 3 **Einwurf** Kinder wollen kochen lernen
- 13 **Kommentar** Die Organspende neu denken
- 42 **Recht** Chronische Krankheit kann Behinderung sein
- 44 **AOK-Notizen** Aktuelles aus Bund und Ländern
- 46 **Service** Bücher, Termine und mehr
- 48 **Debatte** Trauer ist keine Krankheit
- 49 **Nachlese** Briefe an die Redaktion
- 49 **Impressum** Wer steckt hinter G+G?
- 50 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen



22

Ärzte-Vergütung: Wie Fallpauschalen die ambulante Versorgung verbessern



28

Reportage: Mit den Grünen Damen Christa Tschernig (r.) und Beate Liebmann auf Krankenhaustour



34

Analyse: Wie sich Ärztinnen für die Allgemeinmedizin gewinnen lassen

QUALITÄTSBERICHT Gewässer laden zum Baden ein

Die deutschen Badegewässer gehören zu den saubersten in Europa. Nach dem aktuellen EU-Badegewässerbericht erreichten von 2.295 untersuchten Badestellen an deutschen Flüssen, Seen sowie der Nord- und Ostseeküste 2012 fast 90 Prozent ausgezeichnete Werte. Von 50 Badestellen an der Küste befand die Europäische Umweltagentur (EUA) im vergangenen Jahr nur zwei an der Mündung der Ems und eine an der Schlei für schlecht. Auch in fast allen geprüften Binnengewässern konnte man bedenkenlos baden. Negative Ausnahmen waren die Unterhavel in Berlin, der Buchhorner See in Baden-Württemberg, das Strandbad Eriskirch am Bodensee, der Blausteinsee in Nordrhein-Westfalen und eine Badestelle an der Nied im Saarland. Die EUA veröffentlicht jährlich die Daten von mehr als 22.000 Badestellen in der EU, Kroatien und der Schweiz. Maßstab ist unter anderem die bakterielle Belastung durch Abwässer. In Luxemburg und Zypern hatten 2012 alle Badeorte eine ausgezeichnete Wasserqualität. Besser als Deutschland schnitten zudem Malta, Kroatien und Griechenland ab. ■

MEHR INFOS:
www.eea.europa.eu

URHEBERRECHT Bundesrat will mehr Open Access

Bund und Länder planen den Einstieg in den freien Zugang zu wissenschaftlichen Veröffentlichungen. Nach der von der Bundesregierung vorgelegten Novellierung des Ur-



heberrechts sollen Arbeiten, die im Rahmen einer mindestens zur Hälfte öffentlich geförderten Forschungstätigkeit entstanden sind, ein Jahr nach ihrer Erstveröffentlichung in einer Fachzeitschrift vom Urheber kostenlos anderweitig – zum Beispiel im Internet – zugänglich gemacht werden dürfen. Der Bundesrat forderte in seiner Stellungnahme zum Gesetzentwurf, die Frist auf ein halbes Jahr zu verkürzen und auf öffentlich geförderte Lehrtätigkeiten auszuweiten. ■

BEHANDLUNGSFEHLER Fast jeder dritte Verdacht bestätigt

Der Medizinische Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS) fordert ein umfassendes bundesweites Behandlungsfehlerregister. Es solle die Daten aller Institutionen enthalten, die in die Bearbeitung von Behandlungsfehlern eingebunden sind, also auch von Haftpflichtversicherern und Gerichten. Das kürzlich in Kraft getretene Patientenrechtegesetz habe die Situation der Patienten bei vermuteten Behandlungsfehlern nur teilweise verbessert, sagte der stellvertretende Geschäftsführer des MDS, Dr. Stefan Gronemeyer, bei der Vorstel-

lung der aktuellen Behandlungsfehler-Statistik des MDS für 2012. Danach wurden 3.932 von rund 12.500 vermuteten Behandlungsfehlern (31,5 Prozent) durch Gutachten der Medizinischen Dienste der Krankenkassen bestätigt. Fast die Hälfte passierte im Therapiemanagement, in der Dokumentation und bei der Patientenaufklärung. Die meisten nachgewiesenen Fehler gab es bezogen auf die Zahl der Vorwürfe in der Pflege und der Zahnmedizin, dort insbesondere bei Wurzelbehandlungen. Gronemeyer plädierte dafür, zumindest in Fällen, in denen ein Facharztgutachten den Fehler bestätigt, die Beweislast für den Patienten zu erleichtern. ■

MEHR INFOS:
www.mds-ev.de

PFLEGEBRANCHE Mindestlohn steigt

Der seit 1. Januar 2012 geltende Mindestlohn in der Pflege steigt am 1. Juli um 25 Cent auf acht Euro pro Stunde in den neuen und neun Euro in den alten Bundesländern und Berlin. Die Steigerung beträgt damit 2,85 Prozent im Westen und 3,22 Prozent im Osten. Auch nach der Erhöhung liegt der Pflege-Mindestlohn noch immer deutlich unter dem von ungelernten Arbeitnehmern im Maler- und Lackierhandwerk, die seit 2012 in Ost wie West 9,75 Euro pro Stunde erhalten, und etwa auf dem Niveau von Raumpflegerinnen in der Gebäudereinigung. Die neuen Mindestlöhne in der Pflege gelten bis Ende 2014. ■

kurz & bündig

+++ PFLEGE: Die Ausgaben der Krankenkassen für häusliche Krankenpflege sind nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes 2012 um zehn Prozent auf 3,87 Milliarden Euro gestiegen. Rund drei Millionen gesetzlich Versicherte nahmen die Leistung in Anspruch. **+++ KONJUNKTUR:** Der Anteil der Gesundheitswirtschaft am deutschen Bruttoinlandsprodukt ist von 11,8 Prozent 2009 auf 11,3 Prozent 2011 gesunken. Nach Angaben des Bundeswirtschaftsministeriums arbeiteten 2011 in der Branche gut 4,8 Millionen Menschen in 3.648 Berufen. **+++ HYGIENE:** Der Verbrauch von Hand-Desinfektionsmitteln in deutschen Krankenhäusern ist in den vergangenen fünf Jahren um rund 50 Prozent gestiegen, so Hygiene-Expertin Dr. Christiane Reichardt von der Charité Berlin.



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



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.



INKLUSION

Auszeichnung für barrierefreie Städte

Die EU-Kommission hat die Städte in Europa zum vierten Mal zur Teilnahme am Wettbewerb um den Access-City-Award aufgerufen. Damit will sie das Engagement für Barrierefreiheit auszeichnen. Im vorigen Jahr gewann Berlin den Preis vor Nantes in Frankreich und Stockholm in Schweden. Insgesamt hatten 99 Städte mitgemacht. Städte mit mehr als 50.000 Einwohnern können sich noch bis zum 10. September unter www.accesscityaward.eu bewerben. Nach einer Entscheidung auf nationaler Ebene wählt eine Jury aus Fachleuten für Barrierefreiheit sowie Vertretern des Europäischen Behindertenforums die Finalisten aus. In Europa leben rund achtzig Millionen Menschen mit Behinderung. Sie



sind beim Zugang zu Verkehrsmitteln, Informations- und Kommunikationstechnologien und zu anderen Einrichtungen und Diensten oft benachteiligt. ■

MEHR INFOS:

<http://ec.europa.eu/justice/discrimination/disabilities> > Access City Award

Zitat des Monats

Privatpatienten sind Euro-Scheine auf zwei Beinen. Die Klinik bekommt bei mir für jeden Eingriff dreimal soviel Geld wie bei einem Kassenpatienten.

Sonia Mikich, Fernsehjournalistin, in einem Interview mit dem Nachrichten-Magazin „Der Spiegel“

KONGRESS

Hebammen werben für normale Geburt

Der Deutsche Hebammenverband will die Zahl der Kaiserschnitte senken und wirbt für natürliche Geburten. Schwangerschaft und Geburt sollten wieder als etwas Normales und Natürliches angesehen werden, sagte Verbandspräsidentin Martina Klenk auf dem Hebammen-Jahreskongress in Nürnberg, der unter dem Motto „Das Normale ist etwas ganz Besonderes“ stand. Der Anteil der Schnittentbindungen hat sich in Deutschland von 18,5 Prozent 1997 auf rund 33 Prozent in 15 Jahren fast verdoppelt. ■

PHARMAFORSCHUNG

Datenbank enthält nur wenige Studien

PharmNet.Bund, das Arzneimittel-Informationssystem des Bundes und der Länder, sollte Ergebnisberichte von 10.000 klinischen Studien enthalten. Doch die Datenbank ist noch fast leer. Der Grund dafür ist laut Bundesgesundheitsministerium, dass viele Berichte inhaltliche und formale Mängel aufwiesen. Zudem sei die Datenqualität so unterschiedlich, dass eine automatisierte Verarbeitung nur teilweise möglich sei, teil-

te Staatssekretärin Ulrike Flach auf eine Anfrage der Links-Abgeordneten Kathrin Vogler mit. Aus Sicht des Verbandes forschender Pharmaunternehmen liegt die Verzögerung an der schieren Menge der Studien. Arzneiersteller müssen die rückwirkend bis August 2004 dem Bundesinstitut für Arzneimittelsicherheit und Medizinprodukte oder dem Paul-Ehrlich-Institut zur Verfügung stellen. ■

MEHR INFOS:

<http://PharmNet.Bund.de>

BERUFSLEBEN

Freiwilligendienst lockt viele Ältere

Im Bundesfreiwilligendienst sind etwa 40 Prozent der Teilnehmenden 27 Jahre und älter. Von insgesamt fast 37.000 Freiwilligen gehören in den westdeutschen Flächenländern zwischen 15 Prozent (Bayern) und 22 Prozent (Hessen) zu dieser Altersgruppe, in den ostdeutschen 70 bis 86 Prozent. Das zeigt die Studie „Experiment Altersöffnung im Bundesfreiwilligendienst“ des Centrums für soziale Investitionen und Innovationen der Uni Heidelberg und der Hertie School of Governance in Berlin. ■

MEHR INFOS:

www.csi.uni-hd.de

EVALUATION

Patientenberatung auf gutem Weg

Die Bundesregierung ist mit der bisherigen Arbeit der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) zufrieden. Das Angebot der UPD erfolge auf einem qualitativ hohen Niveau und werde gern genutzt, teilte die Regierung in ihrem ersten Erfahrungsbericht dem Bundestag mit. Die UPD ist nach zehnjähriger Modellphase (Start: Januar 2011) zum Regelangebot der Krankenkassen geworden. Die Kassen finanzieren die UPD mit jährlich fünf Millionen Euro. Die UPD berät vorrangig telefonisch in 21 regionalen Beratungsstellen sowie online. Nach dem vom GKV-Spitzenverband im Februar 2013 veröffentlichten ersten Evaluationsbericht des Berliner IGES-Instituts sei die Beratung weitgehend korrekt und geeignet, den Ratsuchenden weitere Wege zur Lösung ihrer Probleme aufzuzeigen. Den UPD-Beratern werde eine gute Kommunikationskompetenz attestiert. Verbesserungen seien vor allem bei der Erreichbarkeit und den Beratungsangeboten für Migranten möglich, so die Bundesregierung. Für die muttersprachliche Telefonberatung in Türkisch und Russisch erhält die UPD in diesem Jahr zusätzlich 380.000 Euro vom Verband der Privaten Krankenversicherungen. Die UPD hat nach eigenen Angaben im Jahr 2012 rund 80.000 Anfragen bearbeitet. ■

MEHR INFOS:

Bundestags-Drucksache 17/13127 und www.gkv-spitzenverband.de > Prävention > Patienten- und Verbraucherberatung

Durchblick bei Chefarzt-Boni?

Kliniken müssen künftig angeben, ob sie die Empfehlungen zu fallzahlorientierten Bonuszahlungen für leitende Ärzte einhalten. Tun sie es nicht, ist im Qualitätsbericht des Hauses offenzulegen, für welche Leistungen Vereinbarungen getroffen wurden. Reicht das aus?



JENS SPAHN, *gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion*: Künftig kann jeder Patient feststellen, ob ein Krankenhaus seinen Chefärzten Boni bezahlt. Im Qualitätsbericht müssen die Kliniken erklären, ob sie die Empfehlungen von Deutscher Krankenhausgesellschaft und Bundesärztekammer einhalten. Die Empfehlungen schließen Zielvereinbarungen aus, die auf finanzielle Anreize bei einzelnen Leistungen abstellen. Halten sie dies nicht ein, müssen

sie angegeben, in welchen Bereichen es Boni-Vereinbarungen gibt. Dann kann der Patient kritisch nachfragen. Damit wollen wir die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen sichern. Leider ist ein vollständiges Verbot von Boni-verträgen aus verfassungsrechtlichen Gründen nicht ohne Weiteres umsetzbar.

PROFESSOR KARL LAUTERBACH, *gesundheitspolitischer Sprecher der SPD-Bundestagsfraktion*: Das reicht auf keinen Fall.

Es ist falsch, dass es weiterhin fallzahlorientierte Bonuszahlungen geben darf. Sie führen zu unnötigen Operationen, schaden Patientinnen und Patienten und verursachen enorme zusätzliche Kosten, die die Versichertengemeinschaft aus ihren Beitragsgeldern zu tragen hat. Der Gesetzgeber muss dafür sorgen, dass derartige Vereinbarungen unterbleiben und Verstöße sanktioniert werden. Hier haben Union und FDP versagt. Die geregelte Offenlegung der Vereinbarungen kann nicht darüber hinwegtäuschen, dass Patientinnen und Patienten einmal mehr sich selbst überlassen bleiben.



GEORG BAUM, *Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)*: Die gemeinsame Empfehlung mit der Bundesärztekammer schafft die geforderte Transparenz. Zielvereinbarungen mit ökonomischen Inhalten zwischen Krankenhausträger und Chefarzt sind unter der Beachtung der berufsrechtlichen Regelungen grundsätzlich legitim und sachgerecht. Selbstverständlich gilt für solche Zielvereinbarungen, dass das Handeln eines jeden Arztes an der medizinischen Notwendigkeit für den einzelnen Patienten ausgerichtet ist. Das Wohl der Patienten und die Versorgung der Bevölkerung müssen stets im Vordergrund stehen. Die jetzt getroffene Klarstellung unterstreicht diesen Anspruch.

Die Ergebnisse der Studien GINIplus und LISApplus wurden im Mai im britischen Fachblatt „Diabetologia“ veröffentlicht. Für jeden Anstieg des Feinstaubgehalts um sechs Mikrogramm pro Kubikmeter Luft wurde eine Zunahme der Insulinresistenz um 19 Prozent ermittelt. Die Insulinresistenz nahm zudem um sieben Prozent pro 500 Meter Entfernung von viel befahrenen Straßen ab. ■

RALF DRALLE, *Vorstand der AOK Sachsen-Anhalt*: Ökonomisch-quantitative Anreize für Krankenhausärzte erhöhen das Risiko, medizinisch unnötige oder fragwürdige Behandlungen vorzunehmen. Das Vertrauen des kranken Menschen in die ärztliche Profession wird dadurch gefährdet. Die vorgesehenen Neuregelungen sind ein erster kleiner Schritt in die richtige Richtung. Viel zu kurz kommen jedoch patientenorientierte Ansätze nach medizinisch-qualitativen Kriterien – zum Beispiel Operationsergebnisse oder Patientensicherheit. Unberücksichtigt bleibt auch die Problematik der überholten Klinikstrukturen als weitere Ursache für die ständige Zunahme an Operationen in Deutschland.



FORSCHUNG

Marienkäfer könnte Medizin liefern

Im Blut des asiatischen Marienkäfers *Harmonia axyridis* haben Wissenschaftler so viele antimikrobielle Peptide entdeckt wie noch bei keinem anderen Tier. Die Abwehrmoleküle werden an der Universität Gießen und am Max-Planck-Institut in Jena auf ihre Eignung für Medika-



Telefonumfrage des Meinungsforschungsinstituts TNS Emnid im Auftrag des Verbandes Deutscher Betriebs- und Werksärzte (VDBW). Die Wissenslücken seien zum Teil erheblich. Von 1.001 im April befragten Berufstätigen aller Altersgruppen fühlten sich nur 61 Prozent ausreichend informiert. 39 Prozent wollten mehr über Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung erfahren. Nur 56 Prozent kannten den für sie zuständigen Betriebsarzt. VDBW-Präsident Wolfgang Panter forderte, die Aufgaben des Betriebsarztes eigenständiger und offensiver zu kommunizieren, um seine Rolle bei der Prävention zu stärken. ■

DIABETES

Feinstaub fördert Insulinresistenz

Die Zunahme von Diabetes-Erkrankungen könnte auch auf die Luftverschmutzung zurückzuführen sein. Zwei Langzeitstudien des Helmholtz-Gesundheitsforschungszentrums München mit zusammen gut 9.000 Kindern aus München, Wesel, Leipzig und Bad Honnef zeigen, dass Kinder, die in der Nähe viel befahrener Straßen aufwachsen, ein erhöhtes Risiko für eine Insulinresistenz haben.

Die Ergebnisse der Studien GINIplus und LISApplus wurden im Mai im britischen Fachblatt „Diabetologia“ veröffentlicht. Für jeden Anstieg des Feinstaubgehalts um sechs Mikrogramm pro Kubikmeter Luft wurde eine Zunahme der Insulinresistenz um 19 Prozent ermittelt. Die Insulinresistenz nahm zudem um sieben Prozent pro 500 Meter Entfernung von viel befahrenen Straßen ab. ■

mente untersucht. Die Antikörper schützen den asiatischen Marienkäfer gegen Parasiten. Von einem Peptid des asiatischen Marienkäfers, einer Substanz namens Harmonin, wisse man bereits, dass es gegen Tuberkulosebakterien wirke, berichteten die Gießener Forscher im Mai im amerikanischen Wissenschaftsmagazin „Science“. ■

UMFRAGE

Betriebsarzt ist vielen unbekannt

Deutsche Arbeitnehmer interessieren sich zwar für Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Doch häufig kennen sie nicht einmal ihren Betriebsarzt. Das ergab eine repräsentative

GENTECHNIK

Stammzellforscher gründen Netzwerk

Mit Unterstützung des Bundesforschungsministeriums haben zwölf Stammzellforscher aus Universitäten und außeruniversitären Einrichtungen das „Deutsche Stammzellnetzwerk“ gegründet. Es wird im Max-Delbrück-Centrum Berlin koordiniert. Die deutsche Stammzellforschung solle international vernetzt werden, sagte der Präsident des Netzwerks, Professor Oliver Brüstle von der Universität Bonn. Ziel sei es, Fachgruppen aufzubauen, die sich mit wissenschafts- und gesellschaftspolitisch relevanten Themen befassen. Auch das Deutsche Krebsforschungszentrum Heidelberg gehört zum Netzwerk. Das Forschungsministerium fördert die Initiative zunächst mit rund 300.000 Euro. Auf der Jahreskonferenz im November in Berlin wird insbesondere jungen Stammzellforschern ein Forum geboten. ■

DOPING

Cannabis-Grenzwert angehoben

Die Welt-Anti-Doping-Agentur hat den Grenzwert für den Cannabis-Konsum im Training von Sportlern angehoben. So dürfen bei Doping-Tests jetzt 150 Nanogramm Tetrahydrocannabinol (THC) pro Milliliter Urin enthalten sein. Das ist zehnmal mehr als bisher erlaubt. In Wettkämpfen bleibt Cannabis verboten. Sportverbände hatten immer wieder gefordert, Cannabis von der Verbotsliste zu nehmen. Das Parlament der Tschechischen Republik hatte im Januar eine Legalisierung von Cannabis zu medizinischen Zwecken

Köpfe und Karrieren



+++ JÜRGEN BENDER, 66, bis Ende 2011 Präsident des saarländischen Landesozialgerichts, ist zum Pflegebeauftragten des Saarlandes gewählt worden. Der parteilose Jurist kümmert sich ehrenamtlich um die Belange von Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen und Pflegekräften sowie kranker und behinderter Menschen. Die Geschäftsstelle des Pflegebeauftragten ist beim Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie eingerichtet. Zu Jürgen Benders Aufgaben gehört es, dem Landtag jährlich einen Pflegebericht vorzulegen sowie einmal im Jahr Regionalkonferenzen im Einzugsbereich der acht saarländischen Pflegestützpunkte auszurichten. Er ist bei Vorhaben der Landesregierung zu beteiligen, die Fragen der Rechte und des Schutzes von Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen sowie Pflegekräften betreffen.

+++ DIRK MEYER, 54, hat als neuer Patientenbeauftragter der nordrhein-westfälischen Landesregierung Dr. Eleftheria Lehmann abgelöst. Sie war aus persönlichen Gründen aus diesem Amt ausgeschieden. Dirk Meyer engagiert sich seit mehr als 25 Jahren in der Selbsthilfe. Von 1987 bis 1992 war er als Vorstand und von 1992 bis 2011 als Landesgeschäftsführer für die nordrhein-westfälische AIDS-Hilfe tätig. Zudem war er bis zum Jahr 2011 Sprecher der Landesverbände in der Gesundheitsselfhilfe in Nordrhein-Westfalen (Wittener Kreis) und Mitglied der Ethik-Kommission der Ärztekammer Nordrhein. Zuletzt leitete Dirk Meyer das AIDS-Referat in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.



+++ MICHAEL P. MANNS, 61, steht als neuer Vorstandsvorsitzender an der Spitze der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM). Der habilitierte Internist und Gastroenterologe und Direktor der Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie an der Medizinischen Hochschule Hannover folgt auf Professor Elisabeth Märker-Hermann, die nun Vizevorsitzende der DGIM ist. Der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaft gehören Internisten in Klinik und Praxis, Forschung und Lehre, Fort- und Weiterbildung an. Sie zählt rund 22.000 Mitglieder.

FORSCHUNGSPROJEKT

Mit Nanotechnologie Malaria auf der Spur

Ein Tropfen Blut und ein Smartphone-ähnliches Gerät könnten bald genügen, um eine Malaria-Infektion zu erkennen. Einen entsprechenden Test haben Forscher der University of London, der Universität Tübingen und des Karolinska-Instituts in Stockholm mit einem auf DNA-Sequenzierung spezialisierten britischen Unternehmen entwickelt. Das zu 75 Prozent von der EU mit vier Millionen Euro finanzierte Nanomal-Projekt nutzt Nanotechnologie, um in einem Blutstropfen nicht nur Malaria, sondern auch Arzneimittel-

resistenzen aufzuspüren. Laut Forschungskommissarin Máire Geoghegan-Quinn hat die EU seit dem Jahr 2002 rund 209 Millionen Euro für Malaria-Forschung ausgegeben. Die Hälfte der Weltbevölkerung sei einem Malaria-Risiko ausgesetzt. An der Krankheit sterben etwa 660.000 Menschen jährlich, vor allem Kinder unter fünf Jahren. Die Projektpartner gehen davon aus, dass das neue Gerät bei erfolgreichem Verlauf der Feldversuche ab 2015 in Entwicklungsländern eingesetzt werden kann. Es liefere Ergebnisse in der gleichen Qualität wie Labors. ■

MEHR INFOS:

www.nanomal.org

Wer up to date sein will...



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

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

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

Stichwort Gesundheitswesen Ein Lexikon für Einsteiger und Insider.

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

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

Ja, ich bestelle ...

Stichwort Gesundheitswesen Ein Lexikon für Einsteiger und Insider.

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

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

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



Lieferung gegen Rechnung per Bankeinzug

Vor- und Zuname

Straße, Haus-Nr.

PLZ

Ort

Konto-Nr.

BLZ

Geldinstitut

Datum, Unterschrift

KLEINE ANFRAGE

Zahnmedizin auf Kassenkosten reicht

Die Bundesregierung hält die von den Krankenkassen gewährte zahnärztliche Regelversorgung für ausreichend. Die Fälle, in denen sich Vertragszahnärzte geweigert hätten, Amalgam als Füllungs-material zu verwenden, sei mit 245 sehr gering, teilte die Regierung unter Berufung auf die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) auf eine Kleine Anfrage der Linksfraktion im Bundestag mit (Bundestagsdrucksache 17/13356). Auch die darin gemachte Behauptung, ein ausreichender Zahnersatz sei mit der Regelversorgung nicht zu erzielen oder die Wurzelbehandlung eines Zahnes sei nur mit zusätzlichen Leistungen erfolgversprechend, entbehre jeder Grundlage. Der Regierung seien keine Fälle bekannt, in denen Zahnärzte die Erfolgswahrscheinlichkeiten von Wurzelbehandlungen



bei Backenzähnen herabmindern würden, um Zusatz- oder Privat- statt Kassenleistungen erbringen zu können. Nach Angaben der KZBV werde bei Zahnersatz in 69 Prozent aller Fälle allein die Regelversorgung ausgeführt. Bei Versicherten mit Anspruch auf 100-prozentige Kostenübernahme sei dies sogar in knapp 80 Prozent der Fall. Es bestehe keine medizinische Notwendigkeit für nicht in der Regelversorgung finanzierte Leistungen. Gleichwohl ermögliche der

Festzuschuss bei Zahnersatz den Versicherten, sich etwa aus ästhetischen oder Gründen des Tragekomforts für über die Regelversorgung hinausgehende Varianten zu entscheiden. Die Regierung wies darauf hin, dass der Gemeinsame Bundesausschuss die Richtlinien für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten in der Zahnmedizin ständig überprüft – wobei neue wissenschaftliche Erkenntnisse Eingang fänden. ■

GERICHTSVERFAHREN

Gutachter strenger kontrollieren?

Der Petitionsausschuss des Bundestages hat empfohlen, medizinische Gutachter in Gerichtsprozessen stärker zu überprüfen. Er reagierte damit auf Berichte über Gefälligkeitsgutachten. Die Bundesregierung sieht derzeit aber keine Notwendigkeit zu einer gesetzlichen Spezialregelung. Jeder Sachverständige, der einen Interessenkonflikt befürchtet, habe dies dem Gericht aus eigener Veranlassung und unverzüglich mitzuteilen. Eine weitergehende Aufklärungspflicht von Seiten der Richter sei nicht erforderlich, teilte die Regierung auf eine Kleine Anfrage des fraktionslosen Bundestagsabgeordneten und ehemaligen Bundesrichters Wolfgang Neškovic und der Linksfraktion zu medizinischen Gutachten in Gerichtsverfahren (Bundestags-Drucksache 7/12947) mit. ■

SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH

„Weiterer Schritt hin zur Stärkung des mündigen Patienten“

Einfach und schnell: Mithilfe einer elektronischen Patientenquittung können Versicherte der AOK Nordost ihre Gesundheitskosten einsehen. Dazu Fragen an den Verwaltungsratsvorsitzenden der Kasse, Rainer Knerler.



G+G: Herr Knerler, warum bietet die AOK Nordost ihren Versicherten eine elektronische Patientenquittung an?

KNERLER: Viele unserer Versicherten wünschen sich mehr Transparenz bei ihren persönlichen Gesundheitskosten. Gleichzeitig aber nutzen sie die ihnen bisher zur Verfügung stehenden Instrumente nur selten oder überhaupt nicht. Mit dem neuen kostenfreien Online-Service können Versicherte der Gesundheitskasse ab sofort per Mausclick jederzeit und von jedem Ort aus nahezu alle Leistungen einsehen, die über ihre Krankenversichertenkarte abgerechnet wurden. Ich begrüße das sehr, denn die elektronische Patientenquittung stellt einen weiteren Schritt hin zur Stärkung des mündigen Patienten dar.

G+G: Über welche Leistungen gibt die Quittung Auskunft?

KNERLER: In der elektronischen Patientenquittung sind Medikamentenpreise, Kosten für Heil- und Hilfsmittel bis hin zu den Aufwendun-

gen für Krankenhausaufenthalte, Arztbesuche, Zahnersatz, zahnärztliche und kieferorthopädische Behandlungen übersichtlich aufgeführt. Anders als bei den Privaten Krankenkassen müssen unsere Versicherte auch nicht in Vorkasse gehen, um diese zu erfahren.

G+G: Ist sichergestellt, dass die Daten immer aktuell sind?

KNERLER: Ja, die Abrechnungsdaten werden sofort aktualisiert, sobald sie der Gesundheitskasse vorliegen. Und sie sind für die vergangenen 20 Monate abrufbar. Im ambulanten Bereich können die Kosten wegen der komplexen Abrechnungssystematik etwa nach einem halben Jahr eingesehen werden. Sie stellen beim ärztlichen Honorar einen Näherungswert dar. Bei stationären Aufenthalten sind die Daten nach acht bis zehn Wochen verfügbar. Um die elektronische Patientenquittung zu nutzen, können sich Versicherte über einen datenschutzrechtlich sicheren Zugang via Online-Geschäftsstelle unter www.aok24.de anmelden.

Die Organspende neu denken

Nach den Skandalen um manipulierte Wartelisten für eine Transplantation macht sich die Politik daran, das System der Organspende neu aufzubauen. Mehr Kontrolle und reine Gewissensappelle alleine reichen dafür aber nicht aus, meint **Anno Fricke**.



JEDES JAHR STERBEN IN DEUTSCHLAND mehr als 1.000 Menschen, weil es für sie kein Spenderorgan gibt. Es bedurfte der Skandale um Manipulationen an der Warteliste in den Transplantationszentren großer Krankenhäuser, um die Politik aufzurütteln. Jetzt haben sich alle Fraktionen des Deutschen Bundestages zusammengetan, um das Monopol des privat organisierten Transplantationssystems zu brechen. Der Staat hat sich aufgemacht,

das System der Organspende ordnungspolitisch einzuhegen.

Dass nun bei der Deutschen Stiftung Organtransplantation außer ihren Trägerorganisationen auch Vertreter von Bund und Ländern mitreden dürfen, ist keine große Sache. Das Gleiche gilt für die Regelung, wonach die gesetzlichen Kassen verpflichtet sind, Versicherte in regelmäßigen Abständen darauf hinzuweisen, dass es die Organspende gibt. Das ist das alte System des Appells an das Gewissen – nur in neuem Gewand.

Entscheidender ist die noch in dieser Legislaturperiode geplante staatliche Rechtsaufsicht über die Richtlinien der Bundesärztekammer und die Aufforderung an die Länder, die Zahl der Transplantationszentren zu überprüfen. Erst-

malms stände damit die Führung der Wartelisten unter öffentlicher Kontrolle. Und – hier setzt hoffentlich eine spannende Debatte an – auch die ärztlichen Dogmen zur Feststellung des Hirntods. Der Abbau der 47 Transplantationszentren hat bereits begonnen. Bayern hat angekündigt, zwei dieser Zentren zu schließen. Mehr Länder sollten diesem Beispiel folgen. Wenn zu viele Akteure um das knappe Gut Organe konkurrieren, kann auch das bestgemeinte, nichtkommerzielle Verteilungssystem Gerechtigkeit nicht gewährleisten. Das spüren die Menschen in Deutschland. Sie stimmen gegen das für sie nicht durchschaubare, anonyme und dem Spender entfremdete System ab. Das lässt sich an den sinkenden Spendezahlen ablesen.

Reichen die bisher verabredeten Korrekturen aus? Die Antwort darauf lautet: Nein. Fachpolitiker denken schon viel weiter – beispielsweise an größere Spielräume für die Zuteilung von Organen. Warum nicht das Wartelistensystem ergänzen um sich frei bildende Netzwerke von Menschen, die einander kennen und bereit sind, zumindest innerhalb eines solchen Beziehungsrahmens ihre Organe zu spenden? Damit würden die Menschen zu Akteuren des Spendsystems und wären nicht bloß enteignete Körper. Übrigens: Für diese Idee erhielt der US-amerikanische Ökonom Alvin E. Roth in diesem Jahr den Nobelpreis. ■

Anno Fricke ist Redakteur im Berliner Hauptstadtbüro der „Ärzte Zeitung“.

KRANKENHÄUSER

Neue Regeln für Qualitätsberichte

Die Krankenhäuser müssen in ihren diesjährigen Qualitätsberichten erstmals auch Daten zur Hygiene in den Kliniken veröffentlichen. Insgesamt sind für die Qualitätsberichte Zahlen zu 289 Themen über die Situation im abgelaufenen Jahr 2012 zu veröffentlichen. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) im Mai beschlossen und damit die Zahl der sogenannten Qualitätsindikatoren deutlich erhöht. Die Kliniken müssen künftig für jeden ihrer Standorte einzeln berichten. Wegen der erheblichen Neuerungen müssen die Kliniken die Daten diesmal erst bis Mitte Februar 2014 dem GBA übermitteln. Die zurzeit aktuellen Qualitätsberichte der rund 2.000 Krankenhäuser mit Daten des Jahres 2010 aus 25 Leistungsbereichen und damals vorgeschriebenen 182 Indikatoren sind seit Anfang 2012 auf Internetseiten der Krankenkassen und Krankenhäuser einzusehen. ■

ENTSCHLISSUNG

Bundesrat kritisiert Klinikfinanzierung

Der Bundesrat hat die Bundesregierung aufgefordert, die Krankenhausfinanzierung umzugestalten. Vor allem die Berechnung des Kostenorientierungswertes müsse geändert werden, damit die Krankenhäuser eventuelle Kostensteigerungen bei Tarif-erhöhungen oder Erhöhung der Haftpflichtprämien ohne Mehrleistungen und Personalabbau finanzieren könnten. Das geht aus einer von der Länderkammer auf Antrag von Baden-Württemberg,

Bremen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein im Mai beschlossenen Erklärung (Bundesrats-Drucksache 295/13) hervor. Die Länder kritisieren die Berechnungsmethode des Orientierungswertes, weil dadurch die tatsächlichen Kostenerhöhungen stark unterschätzt würden. Darüber hinaus forderte der Bundesrat eine Überprüfung der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRGs). Diese müssten so verändert werden, dass damit keine falschen Anreize gesetzt würden und es nicht zu medizinisch unbegründeten Mengensteigerungen bei gut bezahlten Leistungen komme. Die Länder sprachen sich zudem für eine weitere Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung aus, insbesondere um diese auch in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu sichern. ■

TRANSPLANTATIONEN

Ministerium bereitet Register vor

Das Bundesgesundheitsministerium hat beim BQS-Institut für Qualität und Patientensicherheit ein Gutachten für ein nationales Transplantationsregister bestellt. Das Institut soll bis 20. Dezember unter medizinischen, organisatorischen und rechtlichen Aspekten untersuchen, wie und welche Daten künftig am besten erfasst und erhoben werden. Man brauche Daten, die eine Auswertung von der Organentnahme bis hin zur Nachbetreuung ermöglichen, sagte Gesundheitsminister Daniel Bahr zur Auftragserteilung. Er erwarte, dass die mit dem Gutachten gewonnenen Erkenntnisse helfen, die Qualität der Transplantationsmedizin zu verbessern. ■

Prüfliste für Praxisnetze

Die Kassenärztlichen Vereinigungen können Ärztenetze finanziell fördern. Dafür müssen die Teamworker bestimmte Auflagen erfüllen. Eine zusätzliche Finanzspritze von den Kassen kann es aber nicht geben. **Von Katrin Krämer und Martin Arnold**

Das Versorgungsstrukturgesetz ermöglicht es, ärztliche Praxisnetze im Rahmen der Honorarverteilung finanziell zu fördern. Das Gesetz sieht gesonderte Vergütungsregelungen vor. Das Geld soll aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung kommen. Zusätzliche Honorartöpfe soll es also nicht geben. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist der Hauptteil der Gesamtvergütung, die die gesetzlichen Krankenkassen für die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung ihrer Versicherten zur Verfügung stellen. Die Höhe richtet sich nach dem vorhersehbaren Behandlungsbedarf. Zur Gesamtvergütung zählen auch die Einzelleistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sowie der nicht vorhersehbare Behandlungsbedarf, zum Beispiel nach Katastrophen.

Praxisnetze können nach dem Gesetz finanziell gefördert werden, wenn sie die ambulante Versorgung verbessern und von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) anerkannt sind (Paragraf 87b Absatz 2 Sozialgesetzbuch V). Welche Anforderungen die Netze erfüllen müssen, um anerkannt und finanziell gefördert zu werden, regelt eine Rahmenvorgabe, die die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband vor kurzem vereinbart haben. Damit ist die Förderung von Praxisnetzen



als besondere Versorgungsform nicht mehr allein über Struktur- und Integrationsverträge sowie Modellvorhaben möglich, sondern auch im Rahmen des Kollektivvertrages.

Strukturen vorgegeben. Zuständig für die Anerkennung sind die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Wollen Praxisnetze als förderungswürdig gelten, müssen sie nach der vereinbarten Rahmenvorgabe seit mindestens drei Jahren bestehen sowie eine Geschäftsstelle, eine Geschäftsführung und einen ärztlichen Leiter haben. Das Netz muss mindestens 20 bis höchstens 100 vertragsärztliche und psychotherapeutische Praxen umfassen, die wohnortnah ein zusammenhängendes Gebiet betreuen und in denen neben Hausärzten zwei weitere Fachgruppen vertreten sind. Zudem müssen mindestens ein nichtärztlicher Leistungserbringer (zum Beispiel Krankenpflege, Physiotherapie) und ein Kranken-

haus beteiligt sein. Dadurch soll die fachübergreifende vernetzte Versorgung gestärkt werden. Die Netze sind aber auch zur Unabhängigkeit gegenüber Dritten wie zum Beispiel Pharmaindustrie verpflichtet und müssen gemeinsame Standards beim Qualitäts-, Wissens- und Informationsmanagement nachweisen.

Versorgungsziele festgelegt. Um förderungsfähig zu sein, müssen die Netze drei Versorgungsziele erreichen: Patientenzentrierung, kooperative Berufsausübung und verbesserte Effizienz/Prozessoptimierung (siehe Tabelle). Für jedes Versorgungsziel gibt es Kriterien. Sie können stufenweise erfüllt werden. Auf jeden Fall aber muss mindestens die Basisstufe umgesetzt sein, um förderungsfähig zu sein. So sind zum Beispiel beim Versorgungsziel „Patientenzentrierung“ in der Basisstufe ein Medikationscheck und in den nächsten Stufen Medikationspläne und ein IT-unterstütztes Medikationsma-

Webtipps

- Vereinbarungen zwischen Praxisnetzen und der AOK: www.aok-gesundheitspartner.de
> Arzt und Praxis > Verträge/Vereinbarungen > Vertragsformen > Ärztenetze
- Agentur deutscher Ärztenetze: www.deutsche-aerztenetze.de
- Rahmenvorgabe für die Anerkennung von Praxisnetzen: www.kbv.de/koop/8793.html

nagement nachzuweisen. Für das Versorgungsziel „Kooperative Berufsausübung“ sind unter anderem regelmäßige Fallbesprechungen, Qualitätszirkel und verbindliche Absprachen zur elektronischen Kommunikation untereinander gefordert. Für das Versorgungsziel „Verbesserte Effizienz“ müssen die Netze zumindest Nachweise für eine verbesserte Versorgung bieten – etwa indem sie die Zahl der Patienten mit Medikationscheck oder die Zahl der Fallbesprechungen nennen. Offen bleibt in der Rahmenvorgabe allerdings, welche Auswirkungen der Stufenkatalog – es gibt neben der Basisstufe noch zwei weitere Stufen – auf die finanzielle Förderung von Praxisnetzen durch die KVen haben wird.

Honorartopf umverteilen? Nach dem Gesetz haben die KVen die Finanzmittel zur Förderung von Praxisnetzen aus dem Topf der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung zu nehmen. Doch in den 17 KVen besteht wenig Bereitschaft, die schwierige Debatte über die Umverteilung des Honorartopfes zu führen. Das hat eine Umfrage der Agentur deutscher Ärztenetze zu Jahresbeginn ergeben (*siehe Webtipps*). Danach will die Mehrheit der KVen Praxisnetze finanziell zwar fördern – aber nicht über eine Umverteilung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung zwischen den Arztgruppen. Stattdessen setzen die KVen eher auf Verhandlungen mit den Krankenkassen über Zusatzverträge (Add-on-Verträge).

Nach Einschätzungen von KV- und Netzvertretern sind von den rund 400 bundesweit aktiven Praxisnetzen aktuell kaum mehr als 30 anerkennungsfähig und damit förderungswürdig. Um zur

Verbesserung der ambulanten Versorgung weitere Potenziale kooperativer Versorgungsformen in Form von Praxisnetzen zu heben, haben die KVen Niedersachsen und Schleswig-Holstein angekündigt, nicht nur akkreditierte, sondern auch bestehende und in Gründung befindliche Netze finanziell zu fördern.

Die Fördermittel sind aus der Gesamtvergütung abzuzweigen.

Die KV Niedersachsen stellt beispielsweise eine Fördersumme von insgesamt einer Million Euro zur Verfügung, um Praxisnetze „fit für Verträge“ mit Krankenkassen zu machen.

Gute Praxis der Gesundheitskasse.

Während die KVen nun beginnen, die Akkreditierung von Praxisnetzen umzusetzen, verfügt die AOK schon seit vielen Jahren über Erfahrungen mit Praxisnetzen. Bundesweit arbeitet die Gesundheitskasse mit über 50 Netzen zusammen. Bereits 1997 wurde der erste Vertrag mit einem Praxisnetz geschlossen. Inzwischen gibt es Praxisnetze der neueren Generation, die bereit sind, Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der medizinischen Versorgung zu übernehmen. Dabei stellt die AOK Anforderungen an die Netze, mit denen sie Verträge geschlossen hat. Dazu gehören beispielsweise die interne Vernetzung und die Erarbeitung von Behandlungspfaden. Vor allem auch die

Qualitätssicherung wird großgeschrieben und kann sich allemal mit den KBV-Vorgaben messen. Mit dem Qualitätsindikatorensystem QISA unterstützt die Gesundheitskasse Praxisnetze darin, transparent zu machen, inwieweit die Qualität ihrer geleisteten medizinischen Versorgung über das Niveau der Regelversorgung hinausgeht.

Wettbewerb gefragt. Insgesamt bringt die neue Rahmenvorgabe frischen Schwung in die Netzbewegung – und das nicht nur in der kollektivvertraglichen ambulanten Versorgung. Sie setzt auch Impulse für die Weiterentwicklung von Integrationsverträgen zwischen Praxisnetzen und Krankenkassen. Aber sie darf nicht dazu dienen, Einzelverträge zwischen Ärztenetzen und Kassen auszuhebeln. Dies würde den Kassenwettbewerb unterlaufen. Auch darf aus Sicht der AOK die finanzielle Förderung von Praxisnetzen durch die KVen nicht zu einer Ausweitung der Gesamtvergütung führen. Wenn die Netze mit einem Budget im Honorarverteilungsmaßstab (Verteilung der von den Krankenkassen entrichteten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung auf KV-Ebene) ein eigenes wirtschaftliches Interesse erhalten, muss natürlich das Wettbewerbsrecht beachtet werden. Auch ist Transparenz gefordert. Über die Transparenzanforderungen wollen sich der GKV-Spitzenverband und die KBV bis Ende 2013 verständigen. ■

Dr. Katrin Krämer leitet die Abteilung Vertragsentwicklung in der Geschäftsführungseinheit Versorgung des AOK-Bundesverbandes. **Martin Arnold** ist dort Referent. **Kontakt: Martin.Arnold@bv.aok.de.**

Was Praxisnetze belegen müssen

Versorgungsziele und ihre Kriterien

Patientenzentrierung

- Patientensicherheit (*Medikationscheck, internes Fehlermanagement*)
- Therapiekoordination/ Kontinuität der Versorgung
- Befähigung/informierte Entscheidungsfindung (*Patienteninformationen*)
- Barrierefreiheit im Netz

Kooperative Berufsausübung

- Gemeinsame Fallbesprechungen
- Netzzentrierte Qualitätszirkel
- Sichere elektronische Kommunikation
- Gemeinsame Dokumentationsstandards
- Wissens- und Informationsmanagement
- Kooperationen mit anderen Leistungserbringern (*z. B. Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen*)

Verbesserte Effizienz

- Darlegungsfähigkeit auf Praxis- wie auf Netzebene (*jährliche Netzberichte, Nutzung von Qualitätsindikatoren*)
- Nutzung (oder Einbeziehung) der Patientenperspektive (*z. B. Patientenbefragungen, Beschwerdemanagement*)
- Beschleunigung von Diagnose- und Therapieprozessen
- Wirtschaftlichkeitsverbesserungen
- Nutzung von Qualitätsmanagement

Quelle: Rahmenvorgabe KBV und GKV-Spitzenverband

Abschied von der Trennung

Schritt für Schritt zu einer integrierten Krankenversicherung – wie das gehen kann und was daraus folgt, haben der Verbraucherzentrale Bundesverband und die Bertelsmann Stiftung in einem Zehn-Punkte-Plan aufgelistet. **Von Burkhard Rexin**

Für ein Ende des Nebeneinanders von gesetzlicher und privater Krankenversicherung haben sich die Bertelsmann Stiftung und der Verbraucherzentrale Bundesverband ausgesprochen. „Die Aufspaltung der Krankenversicherung ist ineffizient und problematisch“, so der Vorstandsvorsitzende der Bertelsmann Stiftung, Aart De Geus, bei der Vorstellung eines „Zehn-Punkte-Plans zur integrierten Krankenversicherung“ auf einer Tagung beider Organisationen in Berlin. Gerd Billen, Vorstand der Verbraucherzentrale, sagte, eine integrierte Krankenversicherung sei „im Interesse aller, auch der privat Versicherten“. Die ärztliche Vergütung solle angeglichen und eine Differenzierung von Beiträgen nach Alter oder Gesundheitsrisiko ausgeschlossen werden. Die Krankenversicherung soll nach den Plänen der beiden Organisationen mit Beiträgen der Mitglieder, der Arbeitgeber und aus Steuermitteln finanziert werden.

Wie viel aus den verschiedenen Quellen kommt und wie sich das auf die Be-

lastung der Versicherten als Arbeitnehmer und Steuerzahler, aber auch auf die Renten- und Arbeitslosenversicherung auswirkt, hat das IGES-Institut im Auftrag der Stiftung und der Verbraucherzentrale an vier verschiedenen Modellen durchgerechnet (siehe Grafik).

Einkommensgarantie für Ärzte. Alle Szenarien unterstellen, dass ambulante ärztliche Leistungen künftig einheitlich honoriert werden, etwas höher als in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) heute, aber deutlich niedriger als in der privaten. Unter dem Strich sollen die Ärzte jedoch dasselbe Gesamthonorar wie bisher haben. Die Modellrechnungen des IGES-Instituts beruhen auf der Ausgangssituation von 2010. Die Ausgaben pro Versicherten würden in einer integrierten Krankenversicherung von jährlich 2.515 Euro auf 2.601 Euro steigen.

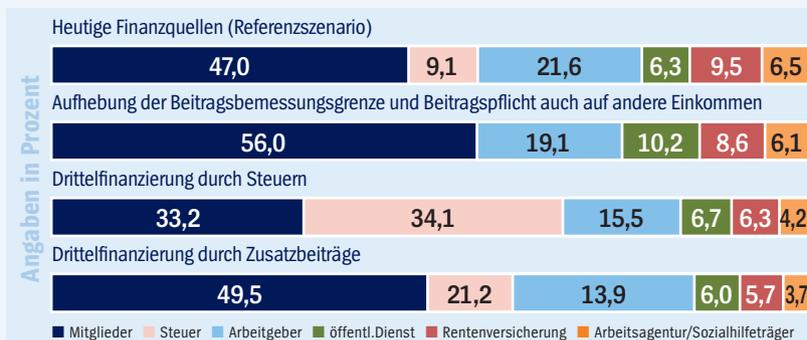
Der Zehn-Punkte-Plan von Verbraucherzentrale und Stiftung sieht vor, dass zunächst vier Schlüsselfragen geklärt werden: die Integrationsprinzipien, Rechts-

form und Wettbewerbsordnung, der Umgang mit den Altersrückstellungen und ob auch die Pflegeversicherung in eine integrierte Krankenversicherung einbezogen werden soll. Danach sieht der Plan sechs „Reformschritte“ vor: Konvergenz der Vergütungssysteme, Schaffung eines neuen Beamten- und Selbstständigentarifs in der GKV, Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze für Neversicherte, Wechselrecht von der PKV in die GKV sowie Regelungen für die in der PKV verbleibenden Versicherten.

Kritik an den Vorschlägen. Versorgungsforscher Professor Jürgen Wasem von der Universität Duisburg-Essen warnte auf der Veranstaltung vor der „Illusion“, dass ein integriertes Krankenversicherungssystem eine Zwei-Klassen-Medizin verhindern könne. Der ehemalige Gesundheitswissenschaftler Professor Bert Rürup äußerte sich ebenfalls skeptisch: Reichere könnten sich immer eine bessere Medizin kaufen. Außerdem würde eine Bürgerversicherung Versorgungs- oder Finanzprobleme nicht lösen.

Auch die SPD distanziert sich von den Vorschlägen. Die „integrierte Krankenversicherung“ beruhe auf anderen Annahmen als das sozialdemokratische Konzept der Bürgerversicherung, erklärte SPD-Generalsekretärin Andrea Nahles. Anders als im IGES-Gutachten schlage die SPD weder vor, ein Drittel der GKV über Steuern zu finanzieren, noch belaste sie die Menschen über die Einkommenssteuer. Die Gegenfinanzierung der SPD erfolge über Steuern auf Kapitalerträge und treffe daher hohe Vermögen. ■

Szenarien für die Finanzierung



Je nachdem, welches Finanzierungsmodell für die Krankenversicherung gewählt wird, verändert sich die Belastung der Mitglieder. Den höchsten Finanzierungsanteil (56 Prozent) hätten sie bei einem Wegfall der Beitragsbemessungsgrenze und einer Beitragspflicht auch auf andere Einkommen, den niedrigsten (33 Prozent) bei einer Drittelfinanzierung durch Steuern.

Quelle: IGES-Institut

MEHR INFOS:

www.vzbv.de/Gesundheit.htm >
Perspektiven für eine Reform der Krankenversicherung

Alter schützt vor Zahnweh nicht

Immer mehr Menschen haben bis ins hohe Alter eigene Zähne. Wenn sie pflegebedürftig werden, geht es mit ihrer Mundgesundheit aber oft bergab. Welche Zahnpflege Heimbewohner brauchen, diskutierten Zahnärzte und Pflegekräfte in Hannover. Von **Anne Töpfer**

Prothese raus und rein ins Glas mit der Reinigungstablette – so einfach ist die Zahnpflege im Alter heute nicht mehr. „Das ist der Fluch der guten Tat“, sagte der Präsident der Zahnärztekammer Niedersachsen, Dr. Michael Sereny. „Mit Prophylaxe haben wir es geschafft, älteren Menschen viele eigene Zähne zu erhalten.“ Mit der Pflegebedürftigkeit beginnen aber die Probleme. So sei komplizierter Zahnersatz wie beispielsweise an Teleskopkronen befestigte Prothesen Pflegekräften oft unbekannt und im Alltag schwer zu handhaben. „Die Lösung kann nicht sein, ältere Menschen in die Zahnlosigkeit zu befördern“, sagte Sereny. Die Zahnärztekammer hatte deshalb gemeinsam mit der AOK Niedersachsen und der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen zur Tagung „Alterszahnmedizin und Altenpflege“ eingeladen.

Fortbildung für Pflegekräfte. Zentimeterdicker Zahnstein, verpilzte Prothesen, schwarze Stümpfe, entzündetes Zahnfleisch: Dr. Ina Nitschke, eine von bundesweit drei Professoren für Alterszahnmedizin, zeigte Fotos von desolaten Gebissen pflegebedürftiger Menschen. Für deren schlechte Mundgesundheit seien strukturelle Mängel verantwortlich, so die Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin. „Die Schnittstellen zwischen Medizin, Zahnmedizin und Pflege sind nicht gut.“ Nitschke möchte mithilfe ihrer Fachgesellschaft Pflegekräfte zu „Oral Health Care Managern“ fortbilden: „Zwei dieser Expertinnen pro Einrichtung würden reichen.“ Zudem plädiert Nitschke für standardisierte Reihenuntersuchungen. Heimleitungen sollten regelmäßige Kontrollbesuche von Zahnärzten organisieren. Der Einsatz für die Zähne älterer Menschen lohnt sich nicht nur aus ästhe-



tischen Gründen. „Die Mundgesundheit ist wichtig für die allgemeine Gesundheit und die soziale Einbindung.“ Krankmachende Keime aus dem Mund wirkten sich im ganzen Körper aus und könnten beispielsweise Lungenentzündung hervorrufen. Ein schlechter Zahnstatus könne Gewichtsverlust verursachen.

Zahnarzt kommt auf Hausbesuch

Pflegebedürftige, demenzkranke und behinderte Menschen sollen eine bessere zahnmedizinische Versorgung erhalten. Eine zum **1. April 2013 in Kraft getretene Neuregelung** sieht vor, dass der Zahnarzt zu Patienten, die nicht mehr selbst eine Praxis aufsuchen können, nach Hause oder ins Heim kommt. Um den damit verbundenen erhöhten Aufwand besser abzubilden, haben der GKV-Spitzenverband und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung eine neue Position im Leistungskatalog der Krankenkassen vereinbart. Das Wegegeld, das Zahnärzte für Haus- und Heimbesuche erhalten, wurde angepasst.

Quelle: www.aok-gesundheitspartner.de

Schulungen verbessern Zahnpflege. In der Pflege führt die Mundhygiene häufig ein Schattendasein. „In der Zeit, die vom Gesetz aus dafür zur Verfügung steht, wären selbst Fachleute nicht in der Lage, das Gebiss ausreichend zu reinigen“, sagte Ina Nitschke. Das bestätigte Pflegewissenschaftlerin Erika Sirsch vom Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen Witten. „In der Masse der Aufgaben von Pflegekräften ist Mundpflege nur ein kleiner Teil.“ In der Ausbildung lernten Altenpflegerinnen „ernüchternd wenig“ über Mundgesundheit. Laut Sirsch zeigte eine Studie an der Universität Witten-Herdecke 2009, dass ein spezielles Schulungsprogramm für Pflegenden „deutliche Wirkung auf den Pflegezustand von natürlichen Zähnen und Zahnersatz hat“.

In einem Projekt der AOK Niedersachsen in zwei Osnabrücker Pflegeheimen (Laufzeit: 2012 bis Anfang 2014) sind deshalb neben Patientenschulungen Seminare für Pflegekräfte vorgesehen. „Ein Zahnarzt vermittelt Grundwissen beispielsweise zur Mundhygiene, zu Krankheitsanzeichen im Mund und zum Essen und Trinken“, erläuterte Frank Ernst, Unternehmensbereich Zahnärzte der AOK Niedersachsen. „Wir versprechen uns davon eine bessere Zahnerhaltung und Mundgesundheit der Heimbewohner.“

Eine berechtigte Hoffnung, wie das seit 2005 laufende, von der AOK Bayern finanzierte Projekt „Zahnmedizin für Pflegebedürftige“ in München und Würzburg zeigt. Schulungen für Pflegekräfte, mobile Prophylaxe und Patentzahnärzte haben dort laut Initiator Professor Christoph Benz die Mundgesundheit bei über 96 Prozent der 1.850 Teilnehmenden verbessert. Zugleich sanken die Kosten im Vergleich zur herkömmlichen Versorgung, sagt Gaby Schweiger, Bereich Zahnärzte AOK Bayern. ■

Rote Blaupause für den Umbau

Ein einheitliches Krankenversicherungssystem, eine einheitliche Ärztevergütung, mehr Selektivverträge – ein Positionspapier der SPD-nahen Friedrich-Ebert-Stiftung setzt Akzente für einen Kurswechsel im Gesundheitswesen. **Von Burkhard Rexin**

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland muss reformiert werden. So lautet das Fazit des Positionspapiers „Wettbewerb, Sicherstellung, Honorierung“, das Fachleute aus Politik, Gewerkschaften, Wissenschaft, Krankenkassen und Ärzteverbänden mit der SPD-nahen Friedrich-Ebert-Stiftung zur Neuordnung der Versorgung im deutschen Gesundheitswesen erarbeitet haben. Als zentrale Schwachstellen des derzeitigen Versorgungssystem machen die 17 Autoren die Trennung von ambulanter und stationärer sowie kurativer und rehabilitativer Versorgung, das duale Vollversicherungssystem und die Kollektivverträge aus. Daran schließen sie dann ihre detaillierten Reformvorschläge an, um eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen.

Integrierte Versorgung ausbauen. Die Zunahme chronischer und psychischer Erkrankungen, die demografische Entwicklung und der medizinische Fortschritt machen nach Ansicht der Experten die Förderung integrierter Versorgungsformen erforderlich. Zugleich sollten die Primärversorgung gestärkt und die hausarztzentrierte Versorgung ausgebaut werden. Das System korporatistischer Selbstverwaltung sei bisher nicht in der Lage gewesen, die aktuellen Versorgungsdisparitäten zu lösen. Deshalb sollte der Gesetzgeber mithilfe wirtschaftlicher Anreize darauf hinwirken, die bedarfsgerechte Ausgestaltung der Versorgung über eine Kombination von Kollektiv- und Selektivverträgen zu intensivieren. Der rechtliche Rahmen sei so auszugestalten, dass Kollektiv- und Selektivverträge gleichrangig nebeneinanderstehen. Zudem sollten Einzelverträge konsequent als wettbewerbliche Versorgungsform ausgestaltet werden. Sie müssen

zugleich aber auch verbindliche Vereinbarungen über Qualitätsstandards und deren Evaluierung sowie Sanktionen bei deren Nichteinhaltung enthalten.

Sektorübergreifend planen. Entscheidend sei, die Bedarfsplanung der medizinischen Versorgung künftig sektorübergreifend zu gestalten und durch eine Rahmenplanung konsequent an den Bedürfnissen der Patienten zu orientieren. Der Rahmen solle bundeseinheitlich vorgegeben werden, die Umsetzung verfassungsrechtlich in der Letztverantwortung

der Länder liegen. Bei den Verträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern müssten die Vorgaben der Bedarfsplanung zwingend berücksichtigt werden. Die Länder sollten deren Einhaltung überwachen und Durchgriffsrechte erhalten, wenn Versorgungslücken drohen oder bestehen.

Aus- und Weiterbildung verbessern. Seit Jahren verringere sich die Zahl der Allgemeinmediziner kontinuierlich, während die Zahl der Fachärzte zunehme, so die Stiftung. Diesem Trend stehe ein wachsender Bedarf an Hausärzten gegenüber. Außerdem sei das Gesundheitssystem stark arztzentriert, was vor allem in der Primärversorgung problematisch sei. Beides sei eine große Herausforderung für die Aus- und Weiterbildung. Der effektive Einsatz qualifizierter Gesundheitsfachberufe müsse gefördert werden. Zugleich sei aber auch die Position der Hausärzte aufzuwerten und ihre Lotsenfunktion zu stärken. Beides bedürfe einer gezielten Förderung von Forschung, Aus- und Weiterbildung.

Das Positionspapier der Friedrich-Ebert-Stiftung enthält auch detaillierte Vorschläge zur Entwicklung einer neuen einheitlichen Honorarordnung, um Fehlanreize für Über-, Unter- und Fehlversorgung und Zugangsprobleme für gesetzlich Versicherte zu beseitigen. Dass einige der Vorschläge auch in der SPD strittig sind, machte Hamburgs Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks deutlich, die als politische Kommentatorin an der Vorstellung des FES-Papiers in Berlin teilnahm. Die SPD-Politikerin forderte unter anderem, die Bedarfsplanung bei den Kassenärztlichen Vereinigungen zu lassen und diese nicht zu nachgelagerten Behörden der Länder zu degradieren. ■

Was nach dem Papier zu ändern ist

- Sowohl die demografische Entwicklung als auch die effektive Umsetzung des medizinischen Fortschritts erfordern integrierte Versorgungsformen und kooperative Betriebsformen. Die bestehende Segmentierung in ambulante und stationäre Versorgung muss ebenso überwunden werden wie die Dominanz von Einzelpraxen in der ambulanten Versorgung.
- Vor allem für die Versorgung chronisch Kranker und Multimorbider müssen adäquate Strukturen und Anreize zur sektorübergreifenden Zusammenarbeit geschaffen werden.
- Die Hausärztinnen und -ärzte müssen als Lotsen im Gesundheitssystem gestärkt und der Ausbau der hausarztzentrierten Versorgung gezielt vorangetrieben werden.
- Selektivverträge über integrierte Versorgungsformen und die hausarztzentrierte Versorgung müssen gezielt gefördert werden. Rechtliche Hindernisse für ihren Ausbau sind zu beseitigen.
- Das Nebeneinander von Kollektiv- und Selektivverträgen muss neu geordnet werden.
- Kollektiv- wie Selektivverträge müssen verbindliche Vereinbarungen über Qualitätsstandards und deren Evaluierung enthalten.

Quelle: Positionspapier der Friedrich-Ebert-Stiftung, <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/09893.pdf>

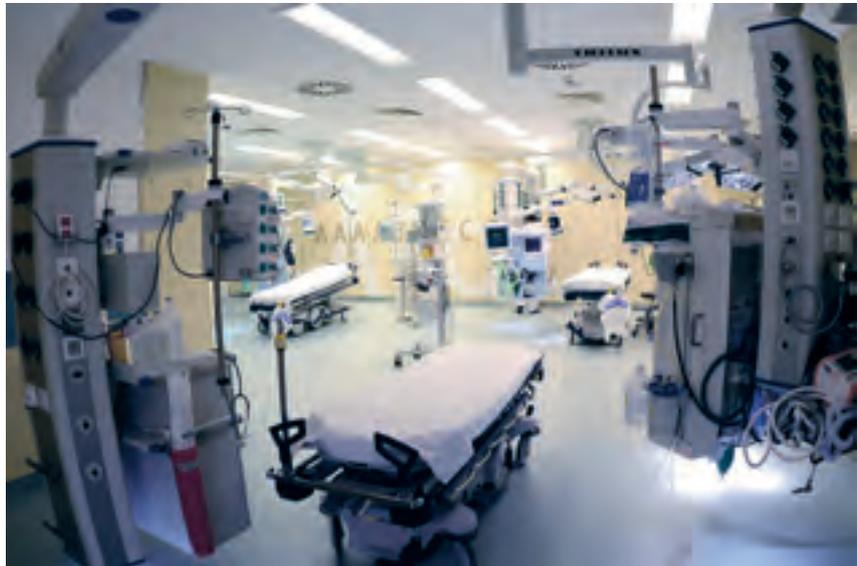
Einsatz im Emergency Room XXL

Kein Geschubse und schnellere Behandlungen: Auf 1.600 Quadratmetern ist am Unfallkrankenhaus Berlin eine der modernsten Rettungsstellen Europas entstanden. Ärzte und Pflegekräfte können dort bis zu 39 Patienten gleichzeitig versorgen. **Von Thomas Hommel**

George Clooney kam nicht. Der Hollywood-Schauspieler, der in den 1990er Jahren in der US-amerikanischen Kultserie „Emergency Room“ den smarten Notarzt Dr. Douglas „Doug“ Ross mimte, sagte aus Termingründen ab. Clooney drehte bis vor Kurzem in der historischen Altstadt von Goslar sein neues Weltkriegsdrama „The Monuments Men“.

Wäre er auf Stippvisite nach Berlin-Marzahn gekommen, hätte der Kinostar einiges zu staunen gehabt: Für knapp zehn Millionen Euro hat die Berufsgenossenschaftliche Klinik, in der im Jahr 87.000 Behandlungsfälle gezählt werden, dort auf 1.600 Quadratmetern eine neue Rettungsstelle errichtet. Sie steht den großen „Emergency Rooms“ in den USA oder Großbritannien in nichts nach. Der Umbau dauerte drei Jahre und fand bei laufendem Betrieb statt. „Bei durchschnittlich 140, in Spitzenzeiten bis zu 250 Patienten täglich war das eine echte Herausforderung“, erinnert sich Oberarzt Dr. Gerrit Matthes, der Leiter der Rettungsstelle.

Offene Raumstruktur. 18 Ärzte sowie 45 notfallmedizinische Fachpflegekräfte können ab sofort bis zu 39 Patienten versorgen – und zwar gleichzeitig. „Die offene und übersichtliche Raumstruktur erlaubt, alle Patienten permanent medizinisch zu überwachen“, so Matthes. Die Privatsphäre der Patienten wird durch blaue Trennvorhänge zwischen den Liegen gewährleistet. Neu strukturierte Behandlungsprozesse und eine optimierte Aufnahme per Triage-System – ein Verfahren zur Ersteinschätzung von Patienten in der Notaufnahme, um so schneller entscheiden zu können, wer zuerst versorgt werden muss – sollen einen idealen Arbeitsablauf und maximale Sicherheit garantieren.



Der Schockraum der Rettungsstelle, der sich auf 156 Quadratmeter erstreckt und vier Parallelbehandlungen ermöglicht, ist nach den sogenannten ATLS-Standards konzipiert. Dabei handelt es sich um ein System, das diagnostische und therapeutische Handlungsabläufe in der medizinischen Erstversorgung schwerverletzter, das heißt polytraumatisierter Patienten im Schockraum festlegt. Das System wurde in den 1970er Jahren von einem US-amerikanischen Unfallchirurgen entwickelt, der einen Flugzeugabsturz schwer verletzt überlebte. Heute wird das System in vielen Ländern der Welt gelehrt und angewendet.

Aus dem Helikopter in den OP-Saal. Mit dem Rettungshubschrauber eingelieferte Patienten gelangen am Berliner Unfallkrankenhaus per Aufzug auf kürzestem Weg in den Schockraum. Computertomografie und ambulante Operationsäle liegen gleich nebenan. „Bei Notfallpatienten zählt jede Minute. Deshalb muss alles reibungslos ablaufen“, sagt Matthes.

„Während man in vielen Kliniken mit zusätzlichen Räumen und Personal auf steigende Patientenzahlen reagiert, sind wir einen anderen Weg gegangen“, betont Professor Ernst Haider, Geschäftsführer des Unfallkrankenhauses Berlin: Das Rezept dort habe so ausgesehen: „Offene Strukturen, effiziente Ressourcenplanung, optimale Prozesse.“

Rund um die Uhr. Ärzte und Pflegekräfte der Rettungsstelle sind zu jeder Tages- und Nachtzeit im Einsatz – so wie es sich für eine Station, auf der es nicht selten um Leben und Tod geht, gehört. „Alle beteiligten Fachdisziplinen arbeiten eng zusammen“, sagt Oberarzt Matthes. Auch Mitarbeiter der Herzkatheter- und Brandverletztenversorgung sowie die überregional zertifizierte Stroke Unit zur Erstbehandlung von Schlaganfall-Patienten befinden sich in permanenter Bereitschaft. In einer Rettungsstelle müsse halt jeder Handgriff sitzen. So wie bei Notarzt Dr. „Doug“ Ross im legendären „Emergency Room“. ■

VERAH macht mobil

AOK Baden-Württemberg, Hausärzterverband und MEDI bauen die hausarztzentrierte Versorgung im Land aus – mit neuen Leistungen für die Versicherten und 1.000 Kleinwagen für die Praxismitarbeiterinnen. **Von Thomas Hommel**

Sie sind weiß und flitzen ab diesem Sommer quer durchs Ländle: Fünf Jahre nach Unterzeichnung des Hausarztvertrages können in Baden-Württemberg ab Juli landesweit Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAH) in neuen Dienstwagen zu ihren Hausbesuchen aufbrechen. Die zu VERAHs ausgebildeten Praxismitarbeiterinnen übernehmen delegierbare, arztentlastende Tätigkeiten und Hausbesuche. Die ihnen zur Verfügung gestellten Fahrzeuge sind Teil einer Mobilitätsoffensive, mit der die ambulante Versorgung im Land weiter verbessert werden soll: Die AOK Baden-Württemberg und ihre Vertragspartner – Hausärzterverband und MEDI – wollen in den kommenden fünf Jahren mehr als 1.000 solcher Kleinwagen mit einheitlichem Aussehen auf die Straße bringen.

Leasing zu Sonderkonditionen. Alle Hausärzte, die am Hausarztvertrag der Gesundheitskasse teilnehmen und eine VERAH beschäftigen, können die Autos zu Sonderbedingungen leasen. Die AOK und ihre Partner übernehmen je 100 Euro der monatlich anfallenden Kosten. „Wir gehen davon aus, dass dadurch unter dem Strich deutlich mehr Hausbesuche ermöglicht werden“, sagte der Landesvorsitzende des baden-württembergischen Hausärzterverbandes, Berthold Dietsche.

Die wissenschaftliche Evaluation des Hausarztvertrages der AOK-Baden-Würt-

temberg, die im Sommer 2012 vorgelegt worden war, hatte ergeben, dass VERAHs mit 71 Prozent überdurchschnittlich oft in Arztpraxen auf dem Land eingesetzt werden. Dort können sie den Hausarzt durch Übernahme von Routine-Hausbesuchen entlasten. 41 Prozent der be-

VERAHs übernehmen delegierbare, arztentlastende Tätigkeiten und Hausbesuche.

fragten VERAHs machen bereits Hausbesuche. Dies sei angesichts einer abnehmenden Zahl von Hausärzten gerade auf dem Land von großer Bedeutung, so Dietsche. „Die Hausarztpraxis der Zukunft wird zunehmend zur Teampraxis“, sagte Dr. Christopher Hermann, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg. Gerade die Versorgung einer steigenden Anzahl von Patienten mit mehreren, oft chronischen Krankheiten werde immer komplexer und anspruchsvoller. „Dafür brauchen wir eine vom Hausarzt als Lotsen umfassend gesteuerte Versorgung vor Ort.“ Derzeit nehmen rund 1,1 Millionen der etwa vier Millionen AOK-Versicherten in Baden-Württemberg am Hausarztvertrag der

Gesundheitskasse teil. Rund 3.500 Hausärzte übernehmen ihre Versorgung.

Besseres Honorar für Heimbefuche. Gesundheitskasse und Ärzterverbände verständigten sich auch auf weitere Neuerungen ihres Vertrages, von denen Versicherte und Hausärzte gleichermaßen profitieren. Dazu zählt unter anderem ein verbessertes Honorar für die Behandlung besonders betreuungsintensiver Patienten in Praxen und Heimen. Neu ist zudem der „AOK-Gesundheitscheck“ für Versicherte im Alter zwischen 18 und 34 Jahren. Darüber hinaus sind künftig für alle Versicherten zwischen zwölf und 17 Jahren bislang nicht erstattungsfähige apothekenpflichtige, aber nicht verschreibungspflichtige Medikamente kostenfrei. Voraussetzung ist jedoch die Verordnung eines Arztes, der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnimmt.

Kritik an Refinanzierungsklausel. AOK, Hausärzterverband und MEDI nutzten das Jubiläum auch zur Kritik an der aktuellen Gesetzeslage. Zwar habe sich Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr im vergangenen Jahr die hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg angeschaut und den entsprechenden Vertrag ausdrücklich gelobt.

Gleichwohl halte die Bundesregierung an dem mit der Gesundheitsreform von 2010 eingeführten Investitionsvorbehalt für Hausarztverträge fest. Danach müssen Mehrausgaben zeitnah refinanziert werden. Der Gesetzgeber müsse diese „innovationsfeindliche Regelung“ der Refinanzierung von Hausarztverträgen, die ab 2014 auch für den Vertrag im Südwesten gilt, zurücknehmen. Ansonsten drohe ein „riesiger Rückschritt in der ambulanten Versorgung“, warnte Hermann. ■

Spürbare Entlastung für den Hausarzt

Medizinische Fachangestellte (MFA), die sich als VERAHs ausbilden lassen, entlasten spürbar den Hausarzt, so das Ergebnis der wissenschaftlichen Evaluation des VERAH-Einsatzes innerhalb des AOK-Hausarztvertrages in Baden-Württemberg. Dabei zeigte sich, dass VERAH spezifische Tätigkeiten öfter als nicht fortgebildete MFA übernehmen. 41 Prozent der VERAHs gingen mindestens einmal pro Woche auf Hausbesuch, bei den MFA waren es nur neun Prozent. Interessant ist auch die Sicht der Ärzte auf die Versorgungsassistentin: 58 Prozent geben an, dass VERAHs sie zeitlich entlasten. 70 Prozent der Ärzte sagten zudem, dass sich die Patientenversorgung verbessert hat.

„Migrantinnen nutzen die Vorsorge“

Schwangerschaft und Geburt verlaufen bei Frauen mit Migrationshintergrund unkomplizierter als bei Frauen ohne ausländische Wurzeln, sagt **Theda Borde**. Sie nehmen die ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen umfassend wahr und nutzen zudem Ressourcen aus ihrem sozialen Umfeld.

G+G: Viele Schwangere sind Monate vor der Entbindung in Kreißsälen unterwegs auf der Suche nach optimalen Bedingungen für die Geburt. Gilt das auch für Frauen mit Migrationshintergrund – oder sind sie gelassener?

Borde: Anders als bei der Inanspruchnahme der ärztlichen Schwangerenvorsorge zeigen sich bei Angeboten wie Besichtigung von Kliniken, Geburtsvorbereitungskursen und Schwangerengymnastik tatsächlich Unterschiede in der Nachfrage. Nach Ergebnissen unserer Befragung nehmen Frauen mit Migrationshintergrund diese Angebote seltener wahr als Frauen ohne ausländische Wurzeln. Vielleicht entwickeln Frauen mit Migrationshintergrund wirklich mehr Gelassenheit, weil sie in ihrem sozialen Umfeld mehr Erfahrung mit Schwangerschaft und Mutterschaft sammeln können.

Borde: Was war der Anlass für Ihre Befragung in Berliner Geburtskliniken?

Borde: Die Mütter- und Säuglingsgesundheit sind Indikatoren für die Gesundheitsversorgung und den Gesundheitsstatus einer Bevölkerung. In den achtziger Jahren, als die Kliniken begannen, systematisch medizinische Daten rund um die Geburt zu erfassen, hat man festgestellt, dass Migrantinnen unterversorgt sind. Wir wollten wissen, wie das heute aussieht. In der Befragung haben wir zudem soziale und Migrations- sowie Akkulturationsfaktoren erfasst, um deren Einfluss auf Schwangerschaft und Geburt zu messen.

G+G: Was ist dabei herausgekommen?

Borde: Bei Frauen mit Migrationshintergrund verlaufen Schwangerschaft und Geburt offenbar unkomplizierter als bei

Frauen ohne Migrationshintergrund. Sie haben seltener Risikoschwangerschaften und brauchen seltener Eingriffe wie Kaiserschnitt und Dammschnitt. Die ärztliche Schwangerenvorsorge wird in beiden Gruppen gleichermaßen in Anspruch genommen. Diese Untersuchungen scheinen für Frauen unabhängig vom ethni-

betrachtet. In einer früheren Studie über Frauen in den Wechseljahren haben wir Versorgungslücken bei älteren Migrantinnen gefunden. Man muss nach Alter und Aufenthaltsstatus differenzieren, wenn man den Zugang zur medizinischen Versorgung bewerten will. Spannend finde ich aber vor allem, welche



Schwangere Migrantinnen können oft auf das Wissen von Familie und Freundinnen zurückgreifen.

Prof. Theda Borde

schon Hintergrund selbstverständlich zu sein. Auch Migrantinnen kennen und nutzen die ärztlichen Vorsorgeangebote und halten sie für eine wichtige Unterstützung in der Schwangerschaft. Das freut uns. Allerdings haben wir auch eine Gruppe von Schwangeren entdeckt, die noch unterversorgt ist: Frauen, die erst vor kurzem eingewandert sind und geringe Deutschkenntnisse oder einen unsicheren Aufenthaltsstatus haben. Um diese Frauen sollten wir uns kümmern.

G+G: Was schließen Sie aus Ihrer Studie für den Zugang von Migrantinnen zu medizinischer Versorgung allgemein?

Borde: Es würde zu weit führen, wenn wir Rückschlüsse auf die allgemeine Gesundheitsversorgung zögen. In unserer Schwangeren-Studie haben wir eine verhältnismäßig junge Bevölkerungsgruppe

Ressourcen bei Frauen mit Migrationshintergrund rund um Schwangerschaft und Geburt vorhanden sind. Die meisten einheimischen Frauen setzen sich individuell mit ihrer Schwangerschaft auseinander, weil sie wenige Vorbilder in ihrem sozialen Umfeld haben. Migrantinnen können oft auf das Wissen von Familie und Freundinnen zurückgreifen. ■

Die Fragen stellte Änne Töpfer.

Zur Person und zum Projekt

Prof. Dr. Theda Borde ist Rektorin der Alice Salomon Hochschule Berlin. In ihrer von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten Studie zur Mütter- und Säuglingsgesundheit (2012) beantworteten 7.100 Frauen in drei Berliner Geburtskliniken Fragen zu Schwangerschaft und Geburt. Projektpartner sind Prof. Dr. Matthias David (Charité) und Prof. Dr. Oliver Razum (Uni Bielefeld). Kontakt: borde@ash-berlin.eu

Pauschalen



für die Praxis

Abhören, zuhören, verordnen – was Ärzte den Kassen dafür in Rechnung stellen dürfen, diskutieren Politik und Verbände immer wieder neu. Eine Reformperspektive sind auf ein Krankheitsbild bezogene Fallpauschalen nach dem Vorbild der Klinik-Vergütung. Was das für die ambulante Versorgung bedeutet, skizzieren Christian Peters und Stephan Feldmann.

Wie viel Geld sollen Ärzte für welche Leistungen bekommen? An dieser Frage arbeiten sich Experten seit Jahrzehnten ab. Die ambulante Vergütung ist Ergebnis eines chronischen Reformprozesses. Zuletzt stellte das Wettbewerbsstärkungsgesetz im April 2007 die Weichen für umfangreiche Änderungen in der ärztlichen Vergütung. Das System, nach dem die finanziellen Mittel aus dem Topf der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf die Ärzte verteilt werden, bleibt komplex und ist für die Öffentlichkeit schwer nachzuvollziehen. Vertreter der Ärzte und Krankenkassen ringen im Bewertungsausschuss (*siehe Glossar auf Seite 27*) regelmäßig um die Honorarverteilung und die Abrechnung der medizinischen Leistungen – so auch aktuell. Dabei werden sie häufig von den Interessen einzelner Arztgruppen getrieben. Insbesondere die Hausärzte drängen derzeit auf eine Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM, *siehe Glossar*), da sie die Grundversorgung in der gegenwärtigen Vergütung nicht ausreichend abgebildet sehen.

Im Kontrast zu diesen Reformbemühungen steht die Modernisierungsresistenz der privatärztlichen Vergütung. Die Gebüh-

renordnung der Ärzte (GOÄ) ist seit 1983 nicht mehr aktualisiert worden. Neue ärztliche Leistungen werden für Privatversicherte mithilfe von Analogziffern abgerechnet, also bereits bestehenden Abrechnungspositionen anderen Inhalts. Die Bundesärztekammer legt diese Analogregelungen fest.

Schweres Geschütz belebt die Debatte. Es erscheint immer wahrscheinlicher, dass gesetzliche und private Krankenversiche-

Web- und Lesetipps

- www.aok-gesundheitspartner.de > Arzt und Praxis > Aktuelle Gesetzgebung > Versorgungsstrukturgesetz
- www.g-drg.de > Homepage des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus
- www.gkv-spitzenverband.de > Krankenversicherung > Ärztliche Versorgung > Vergütung und Leistungen
- www.institut-des-bewertungsausschusses.de
- G+G Wissenschaft 2/2013: **Schwerpunkt Ambulante Vergütung.** Mehr Infos unter: www.wido.de > Publikationen > G+G Wissenschaft
- Manfred Partsch: **Punktsieg für die Ärzte?** In: G+G 12/2007, S. 28–33

rung in absehbarer Zukunft auf einem Markt zu gleichen Bedingungen miteinander konkurrieren. Mit dieser Perspektive erhält die Debatte um das Vergütungssystem in der ambulanten Versorgung neue Antriebskräfte. In Anbetracht der herausziehenden Systementscheidungen positionieren sich Verbände und Parteien. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hatte unter dem Eindruck der zurückliegenden Vergütungsverhandlungen ihre Vorstellungen für kommende Gesundheitsreformen formuliert und sich mittels einer Umfrage der Legitimation durch ihre Basis versichert. Dabei bot sie schweres Geschütz auf: Nicht weniger als der Sicherstellungsauftrag (die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen, die ambulante ärztliche Versorgung bedarfsgerecht, wirtschaftlich und qualitätsgerecht zu gewährleisten) stehe zur Disposition, falls die Forderungen der Ärzteschaft nicht erfüllt würden. Nicht nur dieser Erpressungsversuch mit dem eigenen institutionellen Suizid überrascht, sondern auch die Wunschliste der KBV. Sie liest sich mit ihren Forderungen, beispielsweise nach Aufhebung jeglicher Mengensteuerung, wie eine Retrospektive der Gesundheitspolitik der – was die Ärzteschaft betrifft womöglich im Wortsinne – goldenen 70iger und 80iger Jahre.

Parteinaher Stiftungen positionieren sich. Weniger Sinn für Nostalgie scheinen die SPD-nahe Friedrich-Ebert-Stiftung und die den Grünen verbundene Heinrich-Böll-Stiftung zu haben. Das von der KBV postulierte Grundvertrauen, bei hinreichender Handlungsfreiheit der Ärzte regelt sich die Versorgung der Versicherten von selbst, sucht man hier vergebens. Nahezu übereinstimmend diagnostizieren die beiden Stiftungen schlecht abgestimmte Versorgungsstrukturen, Anreize für Mengenausweitungen und das Fehlen jeder Qualitätsbindung. Als Konsequenz empfehlen sie eine Anpassung der Vergütungssysteme. Während die Heinrich-Böll-Stiftung das nicht konkretisiert, macht die Friedrich-Ebert-Stiftung deutlich, wohin die Reise gehen soll: In eine pauschalierte Vergütung ähnlich wie für Krankenhausleistungen. Kliniken erhalten mithilfe der Diagnosis Related Groups (DRGs, *siehe Glossar*) gebildete, indikationsbezogene (auf ein Krankheitsbild/eine Heilanzeige bezogene) Fallpauschalen für ihre Leistungen. Das heißt, sie bekommen beispielsweise für eine Blinddarmentfernung einen festen Betrag, unabhängig davon, wie lange der Patient im Krankenhaus liegt.

Paradigmenwechsel im Versorgungsverständnis. Die Entscheidung der sozialdemokratischen Denkfabrik erschließt sich auch und gerade auf den zweiten Blick. Die Aussicht auf eine Fusion der Versicherungszweige allein mag für das Modell einer indikationsbezogenen pauschalierten Vergütung einen guten Anlass bieten, hinreichend begründen kann sie es jedoch nicht. Vielmehr ergibt sich der Gedanke der Vergütung nach dem Krankheitsbild des Patienten aus einem Paradigmenwechsel im Verständnis von Gesundheitsversorgung. Bisher betrachten Politik und Verbände die Versorgung aus dem Blickwinkel der Leistungserbringer und machen Angebotskapazitäten und Leistungsmengen zum Maßstab. Eine gute Versorgung findet demnach dort statt, wo viele Ärzte für eine angemessene Vergütung viele Leistungen erbringen. Entsprechend sind auch die

Gebührenordnungen nach Fachgruppen und Einzelleistungen sortiert. Im Mittelpunkt steht die Frage, was der Arzt für seine Leistungen abrechnen kann. Derartige verrichtungsbezogene Kataloge sorgen zwar für Transparenz, da die Einzelleistungen in der Abrechnung sichtbar werden. Sie setzen allerdings gleichzeitig Anreize, mehr Leistungen zu erbringen, ohne dass dies nötig wäre oder es die Qualität medizinischer Versorgung erhöht. Das Interesse eines Arztes, „in die Menge zu gehen“, muss nicht mit dem Bedürfnis des Patienten nach einer guten Versorgung harmonisieren – das hat die Diskussion über überflüssige Operationen in Krankenhäusern hinlänglich gezeigt.

Pauschalen fördern Patientenorientierung. Im Gegensatz zum oben skizzierten Versorgungsverständnis rückt eine patientenzentrierte Sichtweise die Behandlung von Krankheitsbildern und die Ergebnisse in den Mittelpunkt. Dabei spielt es eine untergeordnete Rolle, welche diagnostischen und therapeutischen Mittel Ärzte anwenden, wenn Patienten nur eine auf ihre Krankheit zugeschnittene, qualitätsgesicherte Versorgung erhalten. Eine nach Krankheitsbildern differenzierte Vergütung ohne oder mit möglichst geringem Bezug zu einzelnen Leistungen setzt dieses Konzept auf der monetären Ebene um. Zugleich können indikationsbezogene Fallpauschalen entsprechende Versorgungsstrukturen fördern.

Grundlage einer indikationsbezogenen pauschalierten Vergütung ist ein Klassifikationsverfahren, das Patienten anhand definierter Morbiditätskriterien (zum Beispiel ICD-Diagnosen, Alter oder Geschlecht) in ökonomisch vergleichbare Gruppen einordnet. Derartige Klassifikationsmodelle sind national wie international in verschiedenen Zusammenhängen bereits im Einsatz. Allein in Deutschland werden drei unterschiedliche Modelle mit einem jeweils anderen Zweck eingesetzt: im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zur Verteilung der Geldmittel aus dem Gesundheitsfonds auf die Krankenkassen, in der vertragsärztlichen Vergütung zur jährlichen Anpassung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sowie im stationären Sektor bei der Ermittlung der DRGs.

Anreiz zur Überwindung von Sektorengrenzen. Von den genannten drei Modellen dient nur die DRG-Systematik der Ermittlung von Vergütungssätzen. Bislang ist noch kein Klassifikationsverfahren zur Berechnung von Fallpauschalen im ambulanten Bereich angewandt worden. Dabei ist der Gedanke einer indikationsbezogenen Vergütung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab nicht neu. Vor Inkrafttreten des Versorgungsstrukturgesetzes sah das Sozialgesetzbuch (SGB) V für den fachärztlichen Bereich eine entsprechende Vergütungsstruktur vor. Der Bewertungsausschuss hat diesen Auftrag des Gesetzgebers allerdings nicht umgesetzt.

Auch die Regelungen zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (Paragraf 116b SGB V) sehen eine indikationsbezogene pauschalierte Vergütung vor. Eine große Herausforderung wird darin liegen, dass sich mehrere Leistungserbringer die Pauschale gegebenenfalls teilen müssen. Das soll einen Anreiz setzen, die Sektorengrenzen zu überwinden und kooperative Strukturen zu bilden. Diese Aufgabe wird auch im Zusammen-

hang mit indikationsbezogenen Fallpauschalen für die gesamte – insbesondere fachärztliche – Versorgung zu lösen sein.

DRG-Systematik als Schablone nutzen. Von den hierzulande im Gesundheitswesen verwendeten Klassifikationsverfahren kommt die DRG-Kalkulationssystematik am ehesten als Schablone für ein indikationsbezogenes Vergütungssystem im ambulanten – schwerpunktmäßig fachärztlichen – Bereich infrage. Gleichzeitig machen aber die Besonderheiten der ambulanten Versorgung erhebliche Anpassungen erforderlich. In der ambulanten Praxis reicht das Spektrum ärztlicher Tätigkeiten von der Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung mit kurzem Gespräch über die zeitlich gut abgrenzbare ambulante Operation mit Vor- und Nachsorge bis hin zur dauerhaften Betreuung eines multimorbiden geriatrischen Patienten in dessen häuslicher Umgebung. Der klassische stationäre Fall ist hingegen tagesgenau eingegrenzt von Aufnahme und Entlassung sowie den in der Zwischenzeit angewandten medizinischen Prozeduren. In der ambulanten Versorgung werden womöglich mehrere Falldefinitionen notwendig sein, um die unterschiedlichen Ausprägungen ärztlicher Zuwendung treffend zu charakterisieren.

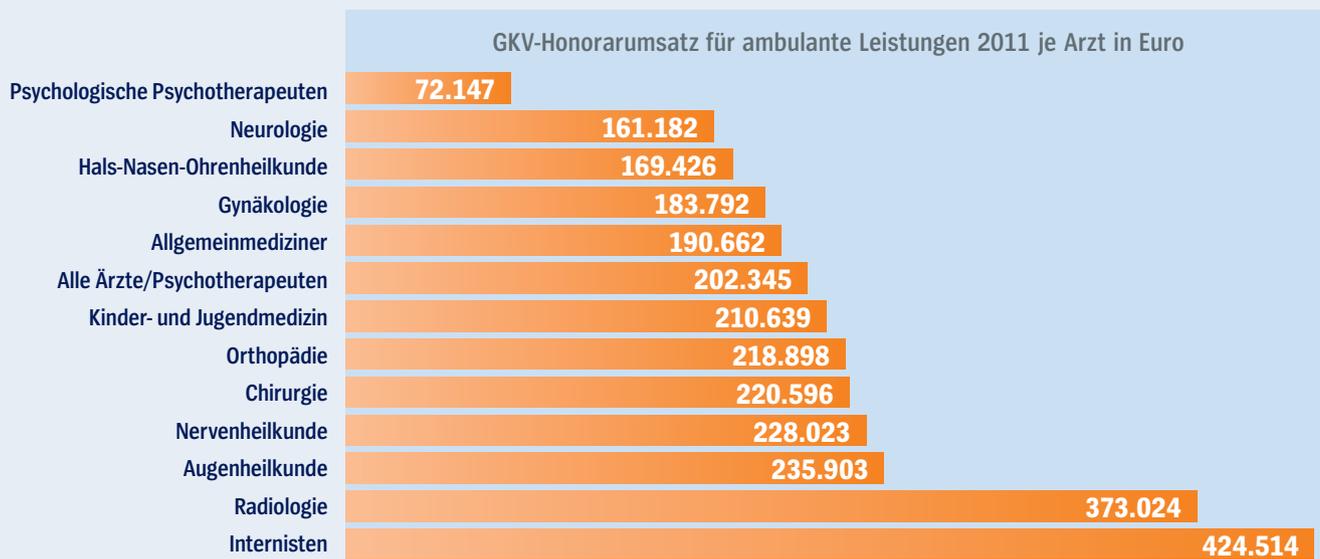
Zahl der Fallgruppen überschaubar halten. Hinsichtlich des Komplexcharakters (Zusammenfassung von mehreren einzelnen Leistungen, die in einem Zusammenhang stehen) sollten die ambulanten Fallpauschalen sich hingegen eng an die DRG-Logik anlehnen. Um die an den Patienten und ihren Krankheitsbildern orientierte Integration der ambulanten Versorgung zu fördern und die Ver- und Abschiebung finanziell unattraktiver Patienten zu unterbinden, sollten die Pauschalen weitgehend

und umfassend den arztgruppenübergreifenden Behandlungsumfang abbilden.

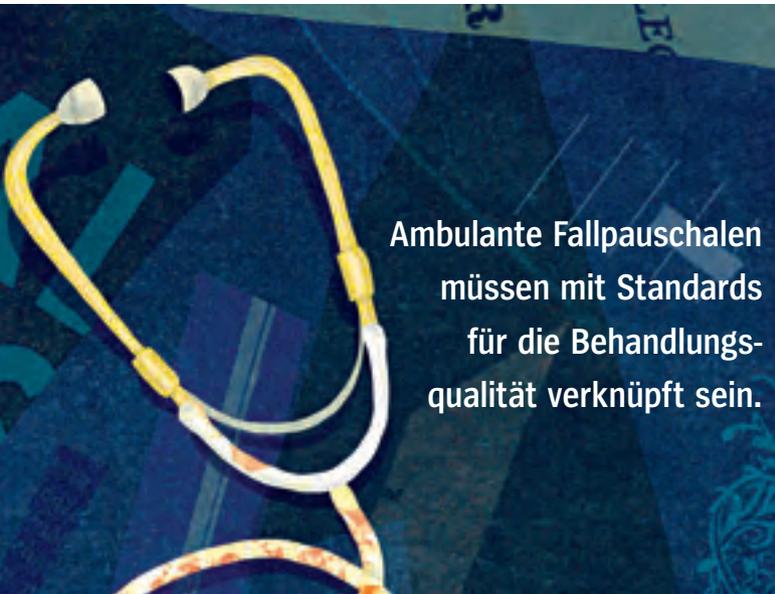
Der Anwendungsbereich von indikationsbezogenen Fallpauschalen sollte nicht auf komplexe, multidisziplinär zu behandelnde Erkrankungen wie beispielsweise Diabetes oder Herzinsuffizienz begrenzt sein. Allerdings ist hier der größte Mehrwert dieser Vergütungsform gegenüber der Abrechnung nach Einzelleistungen zu vermuten. Gleichzeitig sollte aber aus Gründen der Übersichtlichkeit und der Transparenz die Anzahl der Fallgruppen überschaubar sein. Erfahrungen aus den Niederlanden (in dem dortigen sektorübergreifenden pauschalen Vergütungssystem gab es ursprünglich circa 100.000 Fallgruppen, die inzwischen auf 30.000 reduziert worden sind) zeigen, dass eine zu kleinteilige Differenzierung schnell zu Akzeptanzproblemen führen kann. Zudem setzt die Statistik Grenzen, die bei einer gegebenen Datengrundlage belastbare und aussagekräftige Ergebnisse liefern muss.

Medizinische Prozeduren einbeziehen. Die Nutzung eines Klassifikationsverfahrens zur Ermittlung eines erwarteten Aufwands für einen bestimmten Versicherten darf sich nicht ausschließlich auf Diagnosen als Morbiditätskriterium stützen. Dafür ist der statistische Zusammenhang zwischen den dokumentierten Diagnosen und den abgerechneten ärztlichen Leistungen eines Patienten in der Regel zu gering. Aus diesem Grunde werden in der DRG-Kalkulation zunehmend einzelne Prozeduren (medizinische Handlungen) als aufwandsauslösendes Kriterium einbezogen. So ist beispielsweise bei einer Beatmungs-DRG, die den Behandlungsaufwand für einen intensivmedizinisch betreuten, künstlich beatmeten Patienten abbildet, nicht die

Was die Kassen den Ärzten zahlen



Im Jahr 2011 bekam jeder Arzt im Durchschnitt etwas mehr als 200.000 Euro Honorar von den Krankenkassen. Mit Abstand am meisten Geld bekamen die Internisten: Im Durchschnitt konnte jeder von ihnen rund 425.000 Euro GKV-Honorar für sich verbuchen. Ihnen folgten mit rund 370.000 Euro die Radiologen. *Quelle: Honorarbericht der KBV*



Ambulante Fallpauschalen müssen mit Standards für die Behandlungs- qualität verknüpft sein.

Diagnose der Krankheit maßgeblich, sondern die Beatmungsdauer, die im Operationen- und Prozeduren-Schlüssel (OPS-Code, *siehe Glossar*) abgebildet ist. Ähnliche Konstellationen sind auch in der ambulanten Vergütung denkbar. Daher wird ein Klassifikationsmodell für die ambulante Versorgung nicht rein indikationsbezogen gestaltet sein, sondern wie bei den stationären DRGs aufwandsbestimmende Leistungen integrieren. Zudem kommt auch eine Pauschalvergütung nicht ohne Mengensteuerung aus.

Datengrundlage in Kalkulationspraxen erheben. Die Vielzahl der zu berücksichtigenden Faktoren bei der Kalkulation der Vergütungssätze setzt eine umfangreiche Datengrundlage voraus, aus der sich ein statistisch belastbarer Zusammenhang zwischen Krankheitsbild und angewandten medizinischen Prozeduren auf der einen Seite sowie der Kostenstruktur der Arztpraxis auf der anderen Seite ableiten lässt. Erst die Kenntnis dieser Faktoren erlaubt es abzuschätzen, mit welchem Aufwand bei der Behandlung einer Erkrankung im Durchschnitt zu rechnen ist. Eine solche Datenbasis ist heute noch nicht verfügbar. Die für die Kalkulation des EBM genutzte Kostenstrukturerhebung des Statistischen Bundesamtes enthält keine Informationen über Patienten und Leistungen einer Arztpraxis. Die erforderlichen Daten müssten in einer zufälligen Auswahl von Arztpraxen (Kalkulationspraxen) erhoben werden. Dies entspräche der Praxis bei der DRG-Ermittlung, zu der Krankenhäuser auf freiwilliger Basis Kosten- und Leistungsdaten zur Verfügung stellen (Kalkulationshäuser).

Behandlungsqualität kontinuierlich messen. Die Erfahrungen mit dem DRG-System offenbaren nicht nur die Gefahr von Mengenausweitungen, sondern eine große Anpassungsfähigkeit der Leistungserbringer hinsichtlich der Kodierung der Diagnosen und Prozeduren. Die Einführung verbindlicher Kodierrichtlinien für den ambulanten Bereich ist daher eine zwingende Voraussetzung für die Vergütung mit Fallpauschalen. Um eine

ökonomisch optimierte Kodierung so unwahrscheinlich wie möglich zu machen, muss die Gestaltung solcher Richtlinien in Zusammenhang mit der Kalkulation der indikationsbezogenen Fallpauschalen regelmäßig auf ihre Konsistenz geprüft werden. Stichprobenartige Kontrollen der Dokumentation auf Upcoding (fahrlässiges oder vorsätzliches Kodieren von mehr oder höher gewerteten Diagnosen und Leistungen) in zufällig ausgewählten Arztpraxen – beispielsweise durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen – werden wie derzeit in den Krankenhäusern zur Routine gehören.

Jede Pauschalierung der Vergütung birgt unabhängig von der Sorgfalt bei der Kalkulation die Gefahr, dass Ärzte die Behandlung leichter Fälle bevorzugen (Risikoselektion) beziehungsweise aufwendige, aber notwendige Leistungen vermeiden. Daher muss in einem pauschalierten Vergütungssystem in der ambulanten Versorgung die Behandlungsqualität kontinuierlich gemessen werden. Bei Unterschreiten vereinbarter Standards müssen verbindliche Sanktionen greifen.

Unabhängiges Institut vermeidet Interessenkonflikte. Traditionell rekrutieren sich die Autoren der ärztlichen Gebührenordnungen aus den Organisationen der Ärzteschaft. Diese sind auch die ersten Ansprechpartner der Politik. Dies geht so weit, dass die Erarbeitung der privatärztlichen Gebührenordnung GOÄ über eine Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit weitgehend an die Bundesärztekammer delegiert ist. Sie hat auch die Definitionsmacht über Analogregelungen, also die Abrechnung neuer Leistungen nach bereits bestehenden Abrechnungsziffern. Der Gesetzgeber geht davon aus, dass die Ärzteschaft die höchste Kompetenz in der Formulierung der eigenen Abrechnungspositionen hat. Auch wenn dies zutreffen mag, gibt es aber keine Kompetenz ohne Interessen. Damit kommt es auch zu Interessenkonflikten. So werden Verhandlungen zu Änderungen am EBM regelmäßig von Verteilungskämpfen innerhalb der Ärzteschaft belastet, häufig sogar dominiert. Auch die aktuellen Beratungen zur Neukalkulation des EBM zeigen dies wieder sehr deutlich. An eine versorgungsorientierte Honorarordnung ist da kaum zu denken.

Es war eine der wesentlichen Voraussetzungen für das Gelingen der Fallpauschalen im Krankenhaus, die Erarbeitung und Einführung der DRGs dem unmittelbaren Zugriff der betroffenen Parteien zu entziehen und einem weitgehend unabhängigen Institut (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, *siehe Glossar*) zu überlassen. Auch die Kalkulation der pauschalierten Vergütung im ambulanten Bereich sollte auf diese Weise von Einzelinteressen gelöst werden.

Fallpauschalen sollen Wettbewerb intensivieren. Die Fallpauschalen im ambulanten Bereich dürfen den bereits angestoßenen Wettbewerb nicht beeinträchtigen. Im Gegensatz zum stationären Sektor, in dem bislang kaum wettbewerbsfördernde Vertragsselemente möglich sind (die DRGs gelten unabhängig davon, welche Krankenkasse sie bezahlt), ist die Konkurrenz der Verträge zwischen Kassen und Leistungserbringern etablierter Bestandteil der ambulanten Versorgung (beispielsweise Hausarztverträge, Verträge zur integrierten Versorgung). Ein Zusammenlegen der

Bereinigung: Das Bereinigungsverfahren soll Doppelfinanzierung vermeiden und ist die wesentliche Voraussetzung für die wirtschaftlich tragfähige Umsetzung eines Selektivvertrags und damit für den Vertragswettbewerb an sich. Bei der Vereinbarung von Selektivverträgen ohne Beteiligung einer Kassenärztlichen Vereinigung muss die im Voraus vereinbarte, kollektivvertragliche Vergütung einer Krankenkasse um jene Bestandteile reduziert („bereinigt“) werden, die fortan im Versorgungsumfang des Selektivvertrags enthalten sind und direkt von der Krankenkasse vergütet werden.

Bewertungsausschuss: Der Bewertungsausschuss ist ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen. Ihm gehören je drei von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und vom GKV-Spitzenverband benannte Mitglieder an. Der Bewertungsausschuss hat die Aufgabe, den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM, siehe unten) als Honorarordnung der Vertragsärzte festzusetzen. Daneben beschließt er Regelungen zur vertragsärztlichen Vergütung.

Diagnosis Related Groups (DRGs): Indikationsbezogene Fallgruppen bilden die Grundlage für ein leistungsorientiertes Vergütungssystem im stationären Bereich. Alle Behandlungsfälle werden darin nach pauschalierten Preisen vergütet. Die erstmals in den 1980er Jahren in den USA entwickelten DRGs haben sich in verschiedenen

Ausprägungen international als Vergütungssystem in Krankenhäusern durchgesetzt. Einzelne stationäre Behandlungsfälle werden anhand bestimmter Kriterien (zum Beispiel Diagnose nach dem ICD-Schlüssel, dem Schweregrad der Erkrankung, dem Alter des Patienten) zu Fallgruppen zusammengefasst. Es werden Fälle gruppiert, die medizinisch ähnlich und hinsichtlich der Behandlungskosten möglichst homogen sind. Ergänzt wird das Klassifikationssystem durch Abrechnungs- und Kodierregeln.

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

Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ): Für Privatpatienten gilt die GOÄ, die zugleich Abrechnungsgrundlage in der privaten Krankenversicherung (PKV) und in der Beihilfe für Beamte ist. In der GOÄ werden die Leistungen von Ärzten in Punktzahlen bewertet und der Punktwert in Cent festgelegt. Der Arzt berechnet in der Regel den 2,3-fachen Satz des Punktwerts, wobei in begründeten Ausnahmefällen auch höhere Hebesätze – zumeist das 3,5-fache – möglich sind. Im Basis- beziehungsweise Standardtarif der PKV wird das 1,8-fache abgerechnet.

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK): Das InEK unterstützt die Vertragspartner der Selbstverwaltung und die von ihnen gebildeten Gremien bei der Einführung und kontinuierlichen Weiterentwicklung der Diagnosis Related Groups als Grundlage eines pauschalierten Preissystems in Krankenhäusern. Es veröffentlicht jährlich eine unter Berücksichtigung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden überarbeitete DRG-Liste.

Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS): Der OPS ist die amtliche Klassifikation zum Verschlüsseln von Operationen, Prozeduren und allgemein medizinischen Maßnahmen im stationären Bereich und beim ambulanten Operieren. Der OPS ist eine wichtige Grundlage für das Vergütungssystem nach DRGs. Für die Vergütung der ambulanten Operationen nach dem EBM werden Operationen und Prozeduren ebenfalls nach dem OPS kodiert. Auch die Qualitätsberichte der Krankenhäuser basieren auf OPS-kodierten Operationen.

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

Quelle: AOK-Bundesverband, DIMDI, InEK

vertrags- und privatärztlichen Vergütung böte die Gelegenheit, auch die Regelversorgung dem Wettbewerb zu öffnen und Direktverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern in weit größerem Umfang als bisher zu ermöglichen.

Eine solche Wettbewerbsordnung umzusetzen, ist jedoch ein ambitioniertes Vorhaben: Die Kassenärztlichen Vereinigungen wären fortan nicht mehr in der Lage, ihren Sicherstellungsauftrag auszuführen; dieser müsste auf die Krankenkassen übergehen. Infolgedessen müsste das System der gemeinsamen Selbstverwaltung neu ausbalanciert werden. Wahrscheinlicher erscheint daher die Fortführung des bestehenden Nebeneinanders von Kollektiv- und Selektivverträgen. Dann bleibt es aber von herausragender Bedeutung, dass ein neues Vergütungssystem weiterhin die technische Möglichkeit eröffnet, die Budgets von kollektiv- und selektivvertraglicher Versorgung voneinander abzugrenzen und die kollektivvertraglichen Budgets angemessen zu bereinigen (siehe Glossar), um eine doppelte Bezahlung von Leistungen zu verhindern.

Methodische Fragen sind lösbar. Die beispielhaft erörterten Herausforderungen bei der Konzeption einer indikationsbezogenen pauschalierten Vergütung sind in erster Linie technischer Natur. Die Erfahrungen mit den stationären DRGs, die zunächst von einem Konzert kritischer Stimmen begleitet waren und schlussendlich erfolgreich eingeführt worden sind, lassen erwarten, dass methodische Fragen keine unüberwindbaren Hürden darstellen. Eine erheblich größere Bedeutung für das Gelingen einer Reform der ambulanten Vergütung kommt dem Willen des Gesetzgebers zu: Er muss den versorgungspolitischen Rahmen so setzen, dass das Interesse der Patienten an einer wirtschaftlichen und qualitätsgesicherten Gesundheitsversorgung im Mittelpunkt steht. ■

Dr. med. Christian Peters, MBA, ist Leiter der Abteilung Ambulante Versorgung im AOK-Bundesverband.

Stephan Feldmann ist Referent für Vergütung in der Abteilung Ambulante Versorgung. **Kontakt: Stephan.Feldmann@bv.aok.de**



Auf Tour: Die Grünen Damen
Christa Tschernig (r.) und
Beate Liebmann fahren mit ihrem
Servicewagen in der Asklepios Klinik
Birkenwerder bei Berlin von einem
Patientenzimmer zum nächsten.

Damenbesuch

Sie gehen zu Patienten und Heimbewohnern, lesen ihnen vor, bringen Zeitschriften und Lutschbonbons vorbei oder hören einfach nur zu, wenn ein Ohr gebraucht wird. Grüne Damen und Herren helfen ehrenamtlich und unterstützen so die Arbeit von Ärzten und Pflegekräften in Krankenhäusern und Altenheimen. **Thomas Hommel** (Text) und **Marc-Steffen Unger** (Fotos) haben zwei der freiwilligen Helferinnen begleitet.

Sie nehmen Fahrt auf. Den metallenen Servicewagen vor sich haben Christa Tschernig (59) und Beate Liebmann (73) dabei immer fest im Blick. Die Frauen – beide mit Kurzhaarfrisur, zarten Brillengestellen auf den Nasen, dahinter ein freundlicher, warmer Blick, beide gekleidet in weißen Blusen und einer grünen Weste mit gelben Farbtupfern darüber – bewegen das Vehikel lieber zu zweit. Die Utensilien darauf sind zahlreich: Mineralwasser in Flaschen und Tetra Pak, diverse Obstsäfte, Schokoladenriegel, süßes und salziges Gebäck, Zeitungen und Zeitschriften, Kämmе, Deos und vieles andere mehr – auf dem rollenden Gemischtwarenladen kommen locker ein paar Kilogramm zusammen.

In schneller werdendem Tempo geht es mit dem Gefährt den Stationsflur entlang und durch sich automatisch öffnende und wieder verschließende Glastüren. Vor einem der Zimmer, die rechts und links vom Gang im zweiten Stock der Asklepios Klinik Birkenwerder bei Berlin abgehen und in denen vor allem Patienten mit Gelenkfrakturen oder Spätfolgen einer Diabetes-Erkrankung liegen, folgt ein plötzlicher, aber gekonnter Stopp.

Nach dem Klopfen an der Tür wird der Servierwagen von den beiden Frauen mit viel Schwung hinein ins Zimmer katapultiert. „Einen schönen guten Morgen wünschen wir“, begrüßt Christa Tschernig die Anwesenden und schaut zu einer älteren Patientin hinüber. Helga Frisch (*Name von der Redaktion geändert*) hat im hinteren Teil des Raumes am Fenster Quartier bezogen. Der Blick in den Park entschädigt ein wenig für die strenge Betruhe, die Ärzte ihr verordnet haben. Vor ein paar Tagen musste die 72-Jährige an der Lendenwirbelsäule operiert werden – sie war gestürzt. Gut eine Woche muss sie noch in der Klinik bleiben. Dann geht es ab in die Reha. „Am liebsten nach Bad Wilsnack.“

Die Frauen schütteln Hände und tauschen Neuigkeiten aus. Der Wetterbericht verheißt Gutes und der Schwiegersohn will heute kurz vorbeischaun. Ob sie denn trotzdem noch etwas gebrauchen könne, will Beate Liebmann von der Patientin wissen. Etwas zu trinken? Ein paar Keckse vielleicht? Weder noch, ein Rätselheft soll es stattdessen sein. Und die aktuelle Ausgabe der „Frau im Spiegel“. „Ein bisschen Klatsch und Tratsch ist immer gut“, meint Helga Frisch – und greift mit der Hand stracks nach der bunten Illustrierten. Dass Christa Tschernig und



Zwischenstopp am Desinfektionsspender: Wie Ärzte und Pflegekräfte des Krankenhauses müssen sich auch die ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer regelmäßig die Hände reinigen.

Pink Ladies als Vorbild

Der Verein **Evangelische Krankenhaus-Hilfe (eKH)**, in dem sich die Grünen Damen und Herren zu einem überregionalen Netzwerk zusammengeschlossen haben, wurde 1969 von Brigitte Schröder (1917 bis 2000), der Ehefrau des früheren CDU-Bundesministers Gerhard Schröder, gegründet. Die Idee der Grünen Damen entstand während eines USA-Besuches. Dort lernte Brigitte Schröder die sogenannten Pink Ladies kennen, die ehrenamtlich in Hospitälern tätig waren. Die Mitarbeiter des deutschen Pendants erhielten grüne Kittel und nannten sich fortan Grüne Damen und Grüne Herren. **Zurzeit sind etwa 10.500 Frauen und knapp 800 Männer für die eKH tätig – verteilt auf rund 460 Kliniken und 260 Altenheime. Laut eKH wurden von den Grünen Damen und Herren zuletzt mehr als 1,8 Millionen Einsatzstunden im Jahr unentgeltlich geleistet.** Die eKH-Geschäftsstelle sitzt in Bonn und wird von zwei Teilzeitkräften koordiniert. Das ausschließlich ehrenamtlich tätige, fünfköpfige Vorstandsteam hält engen Kontakt zu den zwölf Landesbeauftragten, die wiederum die 700 Gruppen vor Ort betreuen. *Quelle: www.ekh-deutschland.de*



Zuhören am Krankenbett: Christa Tschernig im Gespräch mit einer Patientin. Seit zehn Jahren leitet sie den Besuchsdienst an der Asklepios Klinik Birkenwerder.

Beate Liebmann jeden Tag bei ihr und den anderen Patienten der Klinik vorbeischauen, findet Helga Frisch eine „richtig tolle Sache“. Ihr Lob untermauert sie mit einer Geschichte, die sich vor zwei Tagen abspielte: Da wollte sie, um aufkeimender Langeweile zu entfliehen, der Enkeltochter ein Paar rote Wollsocken stricken. „Oma Helga“, habe die Enkelin zu ihr gesagt, „ich brauche unbedingt etwas Warmes an den Füßen. Du weißt doch, ich friere immer so schnell.“ Wie aber Socken stricken, wenn die Nadel fehlt? Für rasche Abhilfe sorgten schließlich Christa Tschernig und Beate Liebmann. Sie brachten aus der Stadt Stricknadel und Wolle für Oma Helga mit.

Kleine Wünsche erfüllen. Es sind solche und andere Erledigungen, die zu den Aufgaben von Christa Tschernig und Beate Liebmann gehören. Die Frauen sind zwei von mittlerweile mehr als 11.000 Bundesbürgern, die sich „Grüne Damen und Herren“ nennen und als ehrenamtliche Helferinnen und Helfer in Krankenhäusern sowie Alten- und Pflegeheimen unterwegs sind. Sie erfüllen Patienten und Heimbewohnern persönliche Wünsche, für die das hauptamtliche Personal – Ärzte, Krankenschwestern und Pfleger – in der Regel keine Kapazitäten frei hat. Ihr grünes Adjektiv verdanken die Damen und Herren der Tatsache, dass zu ihrer Dienstkleidung meist lindgrüne Kittel, Schalttücher oder Westen sowie Namensschildchen gehören. Die ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer bauen kleine Bibliotheken auf, verteilen Bücher und Zeitschriften an Patienten, lesen daraus vor, gehen im Park spazieren, benachrichtigen bei Bedarf Verwandte oder Freunde, holen Besucher in der Eingangshalle ab und besorgen – wenn gewünscht – auch mal eine frische Prepaid-Karte fürs Handy.

Bundesweit werden derzeit etwa 700 Gruppen gezählt, in denen sich die Damen und Herren zusammengefunden haben. Jeder Gruppe steht eine Dame vor, die den Einsatz der Ehrenamtlichen vor Ort organisiert, Dienstpläne für sie verfasst und den Kontakt zu den Pflegekräften und Ärzten in der zu betreuenden Einrichtung hält. Die Gruppen sind in einem überregionalen Netzwerk zusammengeschlossen: der Arbeitsgemeinschaft



Liebesroman oder Krimi? Beate Liebmann sucht in der hauseigenen Bibliothek nach einem Buch, aus dem sie einer Patientin vorlesen möchte.

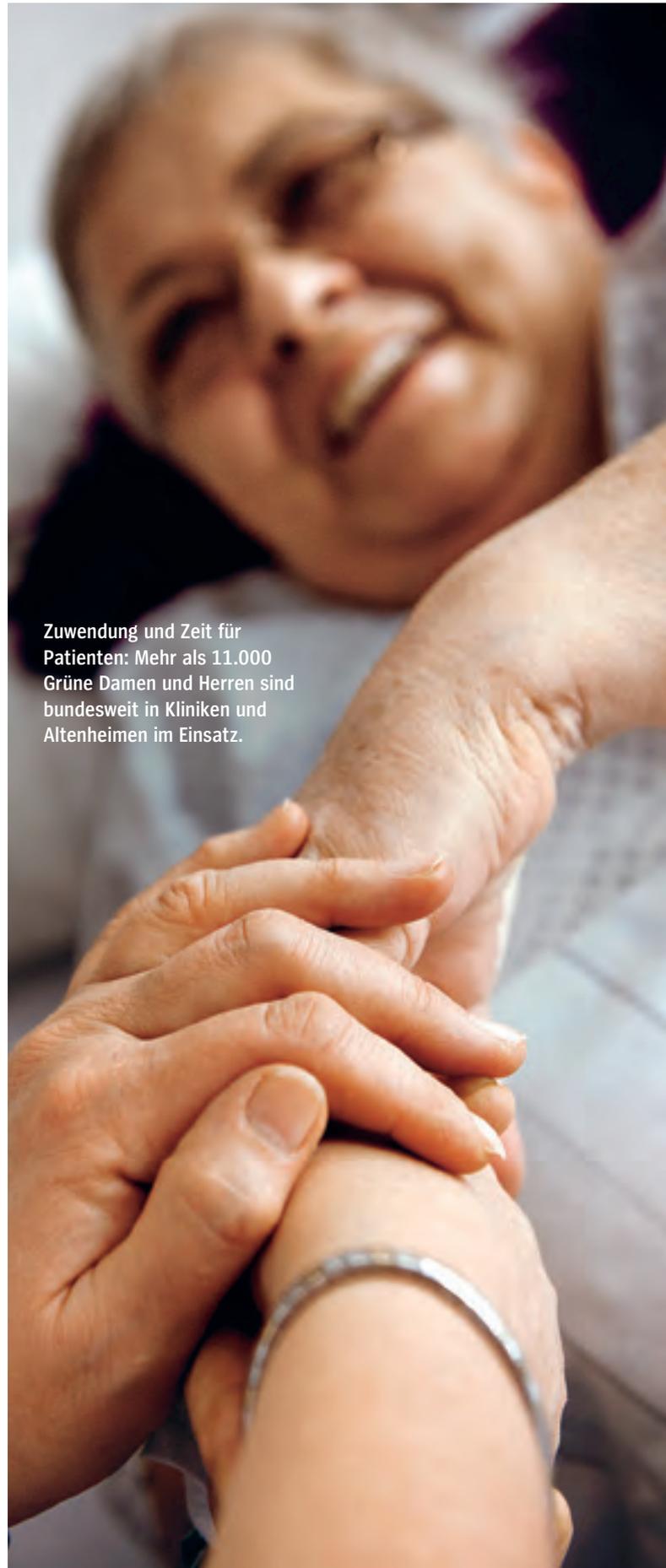
Evangelische Krankenhaus-Hilfe (eKH), die 1969 von der Ehefrau des früheren CDU-Bundesministers Gerhard Schröder ins Leben gerufen wurde.

Tue Gutes und rede darüber. „Grüne Damen und Herren springen dort ein, wo die Arbeit von Pflegekräften und Ärzten endet“, fasst Dr. Cornelia Kunkat die Grundidee der ehrenamtlichen Bewegung zusammen (siehe Interview auf Seite 32). Die gelernte Fachfrau für Public Relations kennt sich gut aus mit dem Thema Ehrenamt. Bevor sie für die eKH tätig wurde, arbeitete Kunkat für den Bundesverband Deutscher Stiftungen. Dort hob sie 2011 den Deutschen Engagement-Preis mit aus der Taufe, mit dem freiwillige Helferinnen und Helfer für ihr gesellschaftliches Wirken ausgezeichnet werden. „Zu den ersten Preisträgern gehörte damals die eKH. So entstand der Kontakt zu dem Verein, dessen Engagement ich mich seither eng verbunden fühle.“

Im Home-Office ihrer Wohnung, die im fünften Stock eines alten Fabrikhauses in Berlins historischer Mitte liegt, will Cornelia Kunkat nun der Arbeit der Grünen Damen als Projektleiterin für Qualifizierung und Organisationsentwicklung zu größerer Bekanntheit und Professionalität verhelfen. „Rund 1.000 ehrenamtliche Frauen und Männer kommen jedes Jahr neu zu uns“, sagt sie stolz. Die Ehrenamtlichen täten reichlich Gutes, würden in der Öffentlichkeit aber oft nicht wahrgenommen. „Ich will dazu beitragen, dass sich das ändert.“

Im Sinne christlicher Nächstenliebe schenken Grüne Damen und Herren kranken, alten und pflegebedürftigen Menschen Zeit und Zuwendung – etwas, das im hektischen Alltag eines Krankenhauses manchmal zu kurz komme, betont Kunkat. Nicht nur Häuser in konfessioneller Trägerschaft, auch private und kommunale Kliniken sowie große Uniklinika wie die in Heidelberg – wo die Damen und Herren lila Arbeitskleidung tragen – machten von dem Besuchsdienst regen Gebrauch. Das verdeutliche, welchen Stellenwert das Ehrenamt im Gesundheits- und Pflegebereich inzwischen erlangt habe. „Es kann die Arbeit der Professionellen nirgendwo ersetzen, aber auf jeden Fall sinnvoll ergänzen.“

Zuhören hilft beim Genesen. Davon überzeugt ist auch Jens Wehmeyer, kaufmännischer Geschäftsführer der Diakonie-Kliniken in Kassel. In seinen drei Häusern – dem Diakonissen-Krankenhaus, dem Burgfeld-Krankenhaus und der Frauenklinik Dr. Koch – sind insgesamt 32 Grüne Damen und drei Grüne Herren im Einsatz. „Diese Menschen sind einfach für unsere Patienten da. Sie hören zu und sprechen mit ihnen über Dinge, die mit der Erkrankung nichts zu tun haben.“ Das sei gut für die Genesung, glaubt Wehmeyer. An den Diakonie-Kliniken seien die freiwilligen Helferinnen und Helfer sogar in der Notaufnahme anzutreffen. Aus gutem Grund. Viele Patienten kämen oft mit Angst und Ungewissheit dorthin. Sie fragten sich: Was passiert jetzt mit mir? Wie finde ich mich hier zurecht? „Das“, sagt Klinikchef Wehmeyer, „sind Fragen, die für einen Laien in



Zuwendung und Zeit für Patienten: Mehr als 11.000 Grüne Damen und Herren sind bundesweit in Kliniken und Altenheimen im Einsatz.



„Grüne Damen füllen eine Lücke aus“

Dr. Cornelia Kunkat ist Projektleiterin für Qualifizierung und Organisationsentwicklung bei der Evangelischen Krankenhaus-Hilfe, der Dachorganisation der Grünen Damen.

G+G: Frau Dr. Kunkat, die Grünen Damen und Herren haben sich als Besuchsdienst an vielen Kliniken und Heimen Deutschlands fest etabliert. Was ist die Grundidee, die hinter der Bewegung steckt?

Kunkat: Grüne Damen und Herren springen dort ein, wo die Arbeit von Pflegekräften und Ärzten endet. Sie versorgen also weder offene Wunden, noch setzen sie Spritzen oder helfen beim Essen. Sie erledigen stattdessen kleine persönliche Dienste, setzen sich ans Bett und hören zu oder erkundigen sich, was dem Patienten auf der Seele liegt. Sie füllen eine Lücke im Gesundheitswesen, ohne Lückenbüßer zu sein. Das, was die Grünen Damen leisten, kann definitiv nicht vom Hauptamt gemacht werden.

G+G: Wer engagiert sich als Grüne Dame oder Grüner Herr? Und welche Eigenschaften muss sie oder er mitbringen?

Kunkat: Es engagieren sich Menschen aller Altersgruppen – vorwiegend aber die Generation 50 plus. Wer als Grüne Dame tätig werden will, muss den physischen und psychischen Belastungen gewachsen sein, um Kranken, Alten und hilfsbedürftigen Menschen Zuwendung zu schenken. Die wichtigste Ressource aber sind Erfahrungen im Umgang mit Menschen. Sie müssen Ausstrahlung haben, das Gespräch mit anderen eröffnen, sich in bestimmten Situationen aber auch zurücknehmen können. Und sie sollten mit sich selbst im Reinen sein. Wer meint, ein privates Problem aufarbeiten zu können, indem er hier ehrenamtlich arbeitet, erleidet Schiffbruch.

G+G: Wie beurteilen Sie das Zusammenwirken von Ärzten und Pflegekräften auf der einen und Grünen Damen auf der anderen Seite?

Kunkat: Die Grünen Damen sind definitiv ein gutes Beispiel für das sinnvolle Zusammenwirken von Haupt- und Ehrenamt, denn wo findet man ein derartiges Netzwerk, das seit über 40 Jahren kontinuierlich gute Arbeit leistet. Das Ehrenamt kann die Arbeit der Professionellen natürlich nirgendwo ersetzen, aber auf jeden Fall sinnvoll ergänzen. Wichtig ist, dass den Helferinnen und Helfern von Seiten der Pflegekräfte und Ärzte Wertschätzung entgegengebracht wird. Sonst gedeiht da nichts.

G+G: Die Grünen Damen werden seit 2012 vom Bundesfamilienministerium und dem Generali Zukunftsfonds unterstützt. Mit welchem Ziel?

Kunkat: Die Fördermittel – 790.000 Euro verteilt auf drei Jahre – fließen in ein Projekt, mit dem wir die Fortbildungen der Grünen Damen und Herren zu Themen wie Kommunikation und Abläufe in Gesundheitseinrichtungen standardisieren und an neue Herausforderungen in der Pflege anpassen. Zudem wollen wir unsere Organisation weiter professionalisieren, damit die Evangelische Krankenhaus-Hilfe als Anlaufstelle für Ehrenamtliche, die kranken und alten Menschen in schweren Stunden beistehen möchten, auch in Zukunft attraktiv aufgestellt ist. ■

einem großen Krankenhaus nicht so leicht zu durchschauen sind. Deshalb ist es von großem Wert, wenn eine Grüne Dame einen Patienten in Empfang nimmt und ihn auf Station begleitet und damit als eine Art Lotse im Haus fungiert.“ Schon deshalb sei er froh darüber, „dass es die Ehrenamtlichen an unseren drei Kliniken gibt“.

„In der Pflege sind wir zunehmend auf ehrenamtliches Engagement angewiesen“, stimmt Anke Magdeburg (42), seit 2010 Leiterin des Pflegedienstes an der Asklepios Klinik Birkenwerder, zu. Grüne Damen und Herren übernehmen mit ihren Hol- und Bringdiensten eine wichtige Funktion auf den Stationen des Krankenhauses. Das Pflegepersonal werde dadurch ein Stück weit entlastet und könne sich noch stärker auf seine eigentliche Arbeit konzentrieren – im zunehmenden Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander ein nicht unwichtiger Aspekt, findet die Diplom-Pflegewirtin. Obendrein praktizierten die Grünen Damen und Herren so etwas wie gelebten sozialen Beistand. Auch dies sei für den „Gesundheitsbetrieb Krankenhaus“ ein wichtiges Aushängeschild, das bei Patienten wie Angehörigen zusätzliches Vertrauen stifte.

Haupt- und Ehrenamt strikt voneinander trennen. Dem Einsatz der Grünen Damen und Herren in Kliniken und Pflegeheimen sind aber auch Grenzen gesetzt. Zu einer Vermischung von professionell-klinischen und ehrenamtlichen Tätigkeiten dürfe es jedenfalls nicht kommen, betont Klinikchef Jens Wehmeyer aus Kassel. „Das Ehrenamt ist eine wichtige Ergänzung zum Hauptamt – gerade da, wo wir mit Mangel an Zeit umgehen müssen. Aber das Ehrenamt kann und darf das Hauptamt niemals ersetzen. Das wäre unter Qualitätsgesichtspunkten – und die sind in Medizin und Pflege existenziell – äußerst kritisch“, meint Wehmeyer.

In den Stationsalltag übersetzt heiße das im Klartext: Grüne Damen und Herren äußerten sich zu keinem einzigen Zeitpunkt zu einer ärztlichen Diagnose oder pflegerischen Maßnahme. „Da sind wir schon sehr konsequent an den Schnittstellen zwi-



Grünes Buch für den Einsatz: Gruppenleiterin Christa Tschernig studiert die Dienstzeiten der Kolleginnen und Kollegen. Im Buch steht auch drin, welcher Wunsch bei welchem Patient noch offen geblieben ist.



Ein paar Schritte: Beate Liebmann und Christa Tschernig begleiten einen Patienten mit diabetischem Fuß bei einem Ausflug auf den Stationsflur. Der findet es „richtig jut, wat die tun“. (Bilder oben)



Hier entlang, bitte! Christa Tschernig nimmt eine Besucherin der Klinik in Birkenwerder in Empfang und sorgt für eine erste Orientierung. (Bild rechts)



schen Arzt und Ehrenamt beziehungsweise Pflegekraft und Ehrenamt.“

Auch an der Asklepios Klinik Birkenwerder achten die Verantwortlichen darauf, dass Profession und Ehrenamt getrennt sind. Aus diesem Grund gebe es auch keine gemeinsamen Besprechungen der Grünen Damen mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Pflegedienstes, stellt dessen Leiterin Anke Magdeburg klar. „Natürlich tauscht sich die Einsatzleiterin mit mir aus.“ Eine institutionalisierte Runde jedoch könne draußen schnell den Eindruck erwecken, die Klinik lasse professionelle ärztliche oder pflegerische Arbeit von ehrenamtlichen Helfern erbringen. „Das wollen wir aufkeinen Fall“, so Magdeburg. „Da ist der Rucksack der Grünen Damen einfach zu klein.“

Einladung zur Weihnachtsfeier. Völlig spannungsfrei läuft der Stationsalltag zwischen Grünen Damen und Pflegekräften sowie Ärzten denn auch nicht immer ab. Nach Einschätzung von Klinikdirektor Jens Wehmeyer liegt dies auch darin begründet, dass die Arbeitstempi professioneller und ehrenamtlicher Kräfte recht unterschiedlich ausfallen. Deshalb sei es „extrem wichtig, dass es klare Absprachen gibt, wann Ehrenamtliche in den Stationsbereich kommen und bei welchen Patienten sie sich aufhalten.“

Auch die regelmäßige Schulung der Ehrenamtlichen durch Ärzte und Pflegekräfte über Abläufe auf den Stationen sowie bestimmte Krankheitsbilder sei hilfreich. Wichtig sei obendrein, den freiwilligen Helferinnen und Helfern das Gefühl zu vermitteln, Teil des Krankenhauses zu sein. Eine Einladung zu Feierlichkeiten wie der obligatorischen Weihnachtsfeier am Ende des Jahres bewirke da manchmal Wunder, denn es mache deutlich: „Wir schätzen und anerkennen euren Einsatz.“

Auftrag im Andachtsraum. In der Klinik in Birkenwerder haben die Grünen Damen Beate Liebmann und Christa Tschernig gerade ihren letzten Patienten für diesen Mittwoch mit einer neuen Zahnbürste und der aktuellen Ausgabe der Boulevard-Zeitung mit Großbuchstaben versorgt. Nach etwa fünf Stunden Einsatz naht für beide Frauen der Feierabend. Im grünen Aktenordner wird alles sauber vermerkt und der nächste Dienst eingetragen.

Ihre Kollegin Ursula Franosch (70) verstaubt derweil die Dienstkleidung im braunen Spind eines kleinen Aufenthaltsraumes, der im Erdgeschoss der Klinik liegt. Im schönsten Äppelwoi-Dialekt erzählt die Rentnerin, die aus dem hessischen Vogelsberg stammt, dass sie schon seit 25 Jahren als Grüne Dame auf den Stationsfluren verschiedener Krankenhäuser unterwegs und deshalb „um mindestens einen Zentimeter“ geschrumpft sei, wie sie schmunzelnd hinzufügt. Das Ehrenamt bereite ihr viel Freude und gebe ihr das „gute Gefühl, etwas für andere Menschen tun zu können“. Und in einem Vierteljahrhundert kommt da einiges zusammen – auch menschlich Anrührendes. So sei sie einmal von einem schwerkranken Patient mit brüchiger Stimme gefragt worden, ob sie denn nicht geschwind in den Andachtsraum gehen und ein gutes Wort beim lieben Gott für ihn einlegen könnte. Ursula Franosch musste nicht lange nachdenken. Spontan suchte sie den „Raum der Stille“ auf und fing an, leise für den kranken Mann zu beten. ■



Frau Doktor und die drei K

Kinder, Küche und Karriere sind für viele Frauen immer noch schwer unter einen Hut zu bringen. Auch Ärztinnen treten beruflich meist einen Schritt zurück, wenn sich die Familie vergrößert. [Norbert Schmacke](#) geht der Frage nach, welche Rolle das weibliche Potenzial für die Zukunft der Allgemeinmedizin spielt – und was Männer damit zu tun haben.

Ende 2012 hat der Gemeinsame Bundesausschuss eine neue Bedarfsplanungsrichtlinie verabschiedet. Der Reformbedarf ist groß: Die Ungleichverteilung der niedergelassenen Mediziner zwischen ländlichen und städtischen Regionen sowie auch innerhalb der Ballungszentren nimmt trotz stetig wachsender Arztzahlen zu. Die Hauptidee der Reform: die Planungsbezirke kleiner fassen und damit Über- und Unterversorgungsregionen besser harmonisieren. Die zweite Idee: mehr Hausärzte zulassen, um den Mangel in strukturschwachen Regionen zu beheben. Das klingt gut und bietet einige Chancen. Hinter dieser zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und GKV-Spitzenverband lebhaft geführten Debatte fristen allerdings weitere Fragen ein unverdientes Schattendasein. Drei dieser zentralen Fragen lauten: Was heißt angemessener Bedarf im Bereich der ambulanten Versorgung? Wie können junge Ärztinnen und Ärzte wie auch Wiedereinsteigerinnen und -einsteiger für die Allgemeinmedizin gewonnen werden? Warum ist die Auseinandersetzung mit den Geschlechterrollen („Genderdebatte“) wichtig für die Zukunftssicherung der Allgemeinmedizin?

Mit diesen und weiteren Fragen beschäftigt sich das Gutachten „Die Zukunft der Allgemeinmedizin“, das der Autor dieses Artikels im Auftrag im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes kürzlich erstellt hat (*siehe Web- und Lesetipps*). Nachfolgend soll die dritte Frage ausführlicher beantwortet werden.

Die Medizin wird weiblich. Seit vielleicht zehn Jahren taucht auch in den gesundheitspolitischen Debatten das Thema Gender auf. Damit ist angesprochen, ob die Perspektiven und Belange von Frauen und Männern in ihrer jeweiligen Vielschichtigkeit sowohl auf Seiten der Patientinnen und Patienten wie auf Seite der Professionellen angemessen berücksichtigt werden. Viele Akteure haben sich schwer damit getan, den Sinn dieser Betrachtung zu erkennen. Soweit es nun um den ärztlichen Nachwuchs geht, scheint sich auf den ersten Blick ein Durchbruch der Genderdebatte abzuzeichnen. Überall ist von der Feminisierung der Ärzteschaft oder gar der Medizin zu lesen, weil inzwischen der Frauenanteil unter den Medizinstudierenden mehr als 60 Prozent beträgt. Der Begriff der Feminisierung ist allerdings aus zwei

Gründen irreführend. Zum ersten hat bislang niemand über die Maskulinisierung der Medizin geklagt. Die jahrhundertelange Dominanz der Männer in der Medizin war für die große Mehrheit der Ärzteschaft – und wohl auch der Öffentlichkeit – kein Problem. Zum zweiten stimmt zwar, dass Frauen in allen Industrieländern inzwischen das Berufsziel Ärztin genauso gut und häufiger als Männer realisieren. Nach Bestehen des Staatsexamens und der Promotion öffnet sich dann aber rasch eine Schere zwischen den Karrieren von Männern und Frauen, wie die Soziologin Andrea Abele-Brehm dies nennt. Eine Langzeitstudie der Erlanger Professorin zeigte, dass Frauen deutlich häufiger als Männer ohne ärztliche Tätigkeit sind, seltener in einflussreichere und besser bezahlte Positionen aufsteigen und die Hauptlast familiärer Verpflichtungen tragen. Auch eine Befragung des Hochschul-Information-Systems (HIS) von Medizin-Absolventinnen des Jahrgangs 1997 zu ihrer Berufsausübung über einen Zeitraum von zehn Jahren belegt diesen Trend (*siehe Abbildung „Familie geht vor“ auf Seite 37*).

Web- und Lesetipps

- Norbert Schmacke: **Die Zukunft der Allgemeinmedizin – Potenziale für eine angemessene Versorgung.** Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes, Januar 2013. PDF unter: www.ipp.uni-bremen.de
- Uwe Lötzerich: **Kinder erwünscht.** (Familienfreundlicher Arbeitgeber Krankenhaus). In: G+G 6/2010, S. 20–25
- Florian Staeck: **Roter Teppich für den Hausarzt.** (Weiterbildungskonzepte in der Allgemeinmedizin). In: G+G 4/2013, S. 22–27
- Andrea Abele-Brehm: **Erwerbsverläufe von Frauen und Männern in der Medizin.** In: F. W. Schwartz, P. Angerer (Hrsg.): *Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. Befunde und Interventionen.* Deutscher Ärzte Verlag Köln 2010, S. 149–158
- Jutta Allmendinger: **Verschenkte Potenziale?** Lebensverläufe nicht erwerbstätiger Frauen. Campus, Frankfurt/New York 2010
- Gesche Brandt: **Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei Hochschulabsolvent(inn)en.** Hochschul-Information-System (HIS) 8/2012. unter: www.his.de > Publikationen
- Jost Steinhäuser et al.: **Lösungsansätze gegen den Allgemeinartzmangel auf dem Land. Ergebnisse einer Online-Befragung unter Ärzten in Weiterbildung.** In: DMW 2011; 136: S. 1.715–1.719



„In den Köpfen herrschen Rollenklischees“

Dr. Regine Rapp-Engels ist Allgemeinmedizinerin und Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes.

In der Medizin sind 70 Prozent aller Studienanfänger weiblich. Ist Ärztin ein typischer Frauenberuf?

Rapp-Engels: Nein, Frauen sind bei den ärztlich Berufstätigen immer noch unterrepräsentiert. Der Arztberuf ist wahrscheinlich auch deshalb von Männern dominiert, weil er gute Verdienstmöglichkeiten bietet. In sprechenden Fächern wie der Kinderheilkunde, die schlechter bezahlt werden, liegt der Frauenanteil heute bereits deutlich höher.

Was hält Ärztinnen davon ab, in ihrem Beruf zu arbeiten?

Rapp-Engels: Eine Vollzeit-Tätigkeit mit kleinen Kindern ist nach wie vor problematisch, vor allem in Berufen mit ungewöhnlichen Arbeitszeiten. Eine Chirurgin mit dreijährigem Kind erzählte: Damit sie um sieben Uhr in der Klinik anfangen kann, hat sie eine Tagesmutter, die das Kind später in den Kindergarten bringt und am Nachmittag abholt. Bei Nachtdiensten muss die Ärztin ihr Kind von ihren Eltern betreuen lassen. Aber auch die hierarchischen Strukturen halten Ärztinnen von der Berufstätigkeit ab.

Wie könnten die Allgemeinmedizin und eine Niederlassung auf dem Land für Frauen attraktiver werden?

Rapp-Engels: Vielen Frauen wie Männern erscheint eine Selbstständigkeit wegen des wirtschaftlichen Risikos und dem Verwaltungsaufwand nicht mehr attraktiv. Auch die Notdienstregelungen stehen einem Niederlassungswunsch häufig entgegen. Ebenso wichtig wie die strukturellen Voraussetzungen ist ein Mentalitätswandel, auch bei den Frauen. Zumindest in Westdeutschland denken viele: Ich will keine Rabenmutter sein, ich bleibe bei meinem Kind. Das scheint im Osten Deutschlands etwas anders zu sein, dort ist eine Vollzeit-Tätigkeit für mehr Frauen selbstverständlich.

Welche Karrierechancen haben Frauen in der Medizin?

Rapp-Engels: In Leitungspositionen liegt der Frauenanteil teilweise nur im einstelligen Bereich, bei den hochdotierten W3/C4-Professuren zum Beispiel bei unter sechs Prozent. In den Köpfen herrschen Rollenklischees wie: Eine Frau kann das nicht und mit Kindern schon gar nicht. Ich höre immer wieder, dass Frauen maximal Oberärztin werden wollen. Das kann damit zusammenhängen, dass Führung in Teilzeit nicht möglich ist, dass sie eine höhere Arbeitsbelastung bedeutet, die nicht adäquat honoriert wird. Wenn Frauen nicht wollen, nützt auch eine Quote nichts. Aber es gibt Frauen, die Führungspositionen anstreben und trotzdem nicht weiterkommen. Deshalb hat der Ärztinnenbund die Aktion Pro Quote unterstützt. Schlimm finde ich voraussetzenden Gehorsam: Frauen sollten sich nicht mit den bestehenden Strukturen abfinden und von vornherein die Latte niedriger hängen. ■

Die Fragen stellte Änne Töpfer.

Beruflich und privat benachteiligt. Wörtlich heißt es in einer Veröffentlichung von Andrea Abele-Brehm: „Männer sind stärker karriere- und erfolgsorientiert, und Erfolgsorientierung erleichtert tatsächlich Erfolg. Frauen sind stärker balanceorientiert und Balanceorientierung, verbunden mit hohem familiärem Engagement, verlangsamt Berufserfolg.“ Und weiter: „Frauen sind genauso erfolgreich wie Männer – wenn sie nicht Mütter werden. Auch Mütter können beruflich genauso erfolgreich sein wie Männer, wenn sie es schaffen, mit Kind(ern) Vollzeit berufstätig zu bleiben. Viele Medizinerinnen nehmen berufliche Nachteile meist in der Kleinkindzeit ihrer Kinder in Kauf.“ Abele-Brehm spricht hier von gesellschaftlich hervorgebrachten „Entmutigungsmechanismen“, die offenkundig in Deutschland besonders ausgeprägt sind. Anders formuliert: Viele Frauen fügen sich in die vermeintlich traditionelle weibliche Rolle.

Dies gilt laut der Untersuchung auch für die hoch qualifizierten Ärztinnen. Drei Prozent der Medizinerinnen aus der Studie von Abele-Brehm waren ohne ärztliche Tätigkeit und wiesen zu fünf Prozent keine Facharztbezeichnung auf, während dies auf keinen einzigen Mann zutrifft. Männer und Frauen waren nach dem Examen bis zum Alter von 29 Jahren in gleich hohem Umfang in Vollzeit beschäftigt. Im Alter von 42 Jahren übten jedoch nur 40 Prozent der Frauen einen Vollzeit-Job aus. 94 Prozent der Männer gingen in diesem Alter weiter einer Vollzeitbeschäftigung nach. Der hohe zeitliche Aufwand von Frauen für die Familienarbeit führt dazu, dass Ärztinnen seltener Kinder haben als ihre männlichen Kollegen. Männer können – wie schon gesagt – darauf rechnen, dass ihre Partnerinnen die Hauptverantwortung der Kindererziehung übernehmen. Ärztinnen sind also sowohl im beruflichen wie privaten Bereich benachteiligt. Beide „Verzichte“ entsprechen wohlbemerkt nicht ihren primären Vorstellungen (*Abele-Brehm 2010, siehe Web- und Lesetipps auf Seite 35*).

Konservative Rollenmuster bestehen fort. In einer vom Bundesforschungsministerium und dem Europäischen Sozialfonds finanzierten Längsschnittstudie geht es um Karriereverläufe und Karriereabbrüche bei Ärztinnen und Ärzten während der fachärztlichen Weiterbildung (KarMed-Studie der Universitäten Hamburg und Leipzig). Die Studie verfolgt eine Kohorte von Absolventinnen und Absolventen des Praktischen Jahres (PJ) seit 2008. Erste wichtige Befunde: Der Anteil der ins Ausland abwandernden Ärztinnen und Ärzte ist außerordentlich gering (drei Prozent). Eine Abkehr vom Berufsziel einer klassisch klinisch-medizinischen Karriere ist nicht nachweisbar. Das Krankenhaus gewinnt offenbar im Vergleich zur niedergelassenen Praxis an Bedeutung. Sieben Prozent der PJler geben das Fach Allgemeinmedizin als erste Präferenz an, ebenso nennen viele die Innere Medizin ohne Schwerpunkt als Priorität. Es lassen sich bei diesen Angaben keine geschlechterspezifischen Unterschiede ermitteln. Aufhorchen lässt die Tatsache, dass insgesamt nur zehn Prozent der PJ-Absolventinnen und Absolventen nach diesen ersten Erhebungen eine hausärztliche Niederlassung planen. Der Wunsch nach einer Teilzeitbeschäftigung ist bei Frauen deutlich ausgeprägter als bei ihren männlichen Kollegen, wobei dies mit der erwarteten Phase der Kindererziehung in

Verbindung gebracht wird. Auch die Erwartungen an die Karriere (Leistungspositionen und Wahl des Weiterbildungsgebiets) sprechen für ein in dieser Form unerwartetes Fortbestehen konservativer Rollenmuster, wie sie Andrea Abele-Brehm in ihrer Kohorte bereits über lange Zeiträume dokumentiert hat.

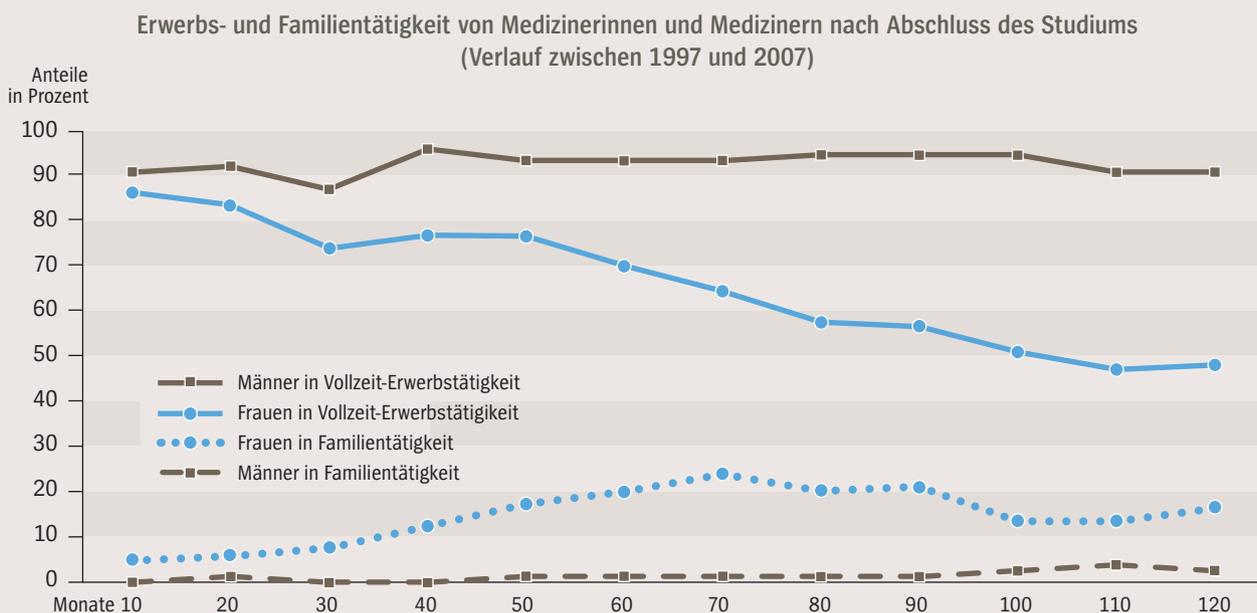
Mehr Spielraum für sprechende Medizin. Die Barrieren für Frauen im medizinischen Karriereverlauf waren bereits 2004 Gegenstand eines Berichtes der Bund-Länder-Kommission „Frauen in der Medizin“. Diese Analyse hat bis heute vor allem insofern Bestand, als sie weit über die bloße Beschreibung der Benachteiligung von Frauen hinausgeht und konstatiert: „Die Anforderungen der ärztlichen Praxis sind bis heute in ihren Lehrinhalten, Leistungskriterien, Forschungsmethoden und Arbeitsbedingungen an der männlichen Normalbiografie ausgerichtet.“ Weiter heißt es: „In den letzten Jahren wird jedoch der Notwendigkeit einer geschlechtsspezifischen Gesundheitsforschung in der Medizin auch in Deutschland Rechnung getragen.“ Hierzu gehört ganz wesentlich die Frage, ob es gelingen kann, die eher auf Hochleistungsmedizin orientierte Grundhaltung so zu verändern, dass die sprechende Medizin und die auf Langzeitbetreuung ausgerichtete Versorgungsphilosophie den notwendigen Spielraum erhalten. Dies ist die zweite, immer noch zu wenig beachtete Dimension der Genderdebatte, vertreten Männer doch traditionell deutlich stärker als Frauen die klassische Orientierung auf die Maximalmedizin.

Für die geschilderte Karriereproblematik sei in Kürze auf aktuelle soziologische Forschungsergebnisse zur Bedeutung der

Rollenmuster verheirateter Paare hingewiesen. Danach ist belegt, dass (auch in anfänglich auf Chancengleichheit orientierten Ehen) die Geburt des ersten Kindes einen universellen Tradionalisierungsschub auslöst: Frauen übernehmen den größeren Teil der Hausarbeit und erleiden einen mit Status- und Erwerbseinbußen verbundenen Karriereknick. Dieser Effekt bleibt auch wirksam, wenn die Frau zuvor das höhere Einkommen hatte. Die Verfestigung traditioneller Rollenmuster kommt nur dann nicht zum Tragen, wenn die Unterbrechung der Erwerbstätigkeit der Frauen kurz gehalten werden kann.

Frauen haben geringere Einkommenserwartung. Die aus den wenigen, besonders aussagekräftigen Längsschnittuntersuchungen gewonnenen Erkenntnisse zu Karriereverläufen von Ärztinnen und Ärzten werden ergänzt durch aktuelle Befragungen von Medizinstudierenden. Eine große Online-Umfrage unter allen deutschen Medizinstudierenden (Institut für Soziologie der Universität Trier in Kooperation mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung) im Jahr 2010 ergab bezüglich der Wunschfacharztausbildung eine stark überwiegende Präferenz der Frauen für Gynäkologie sowie für Kinder- und Jugendmedizin, während Männer deutlich stärker etwa zu Chirurgie, Orthopädie und Radiologie neigten. Bei der Allgemeinmedizin fanden sich mit jeweils um die 30 Prozent der Befragten, die diese Fachrichtung anstreben, keine ausgeprägten Geschlechterunterschiede. Beim Thema Niederlassung oder Angestelltenstatus zeigen Frauen ein deutlich größeres Interesse an einem Angestelltenstatus in einem Medizinischen Versorgungszentrum oder

Familie geht vor: Viele Ärztinnen geben ihren Vollzeit-Job auf



Während die meisten männlichen Mediziner zehn Jahre nach Abschluss ihres Studiums in Vollzeit berufstätig sind (91 Prozent), widmen sich viele Frauen zu diesem Zeitpunkt verstärkt der Familie. So arbeiteten nach Ergebnissen einer Verlaufsstudie des Hochschulinformations-Systems

nur noch 48 Prozent aller Medizin-Absolventinnen des Abschlussjahrgangs 1997 im Jahr 2007 Vollzeit in ihrem Beruf. Rund 16 Prozent hatten den Schwerpunkt auf die Familientätigkeit verlegt.

Quelle: G. Brandt/HIS Hochschul-Informationssystem

einer Praxis. Der Wunsch nach Niederlassung generell schlägt bei beiden Geschlechtern gleich hoch zu Buche. Bezüglich des angestrebten Einkommens zeigen Frauen deutlich niedrigere Erwartungen. Stellt man diesen Befunden gegenüber, dass beide Geschlechter (abstrakt) die Vereinbarkeit von Familie und Beruf und einen Kinderwunsch sehr hoch bewerten, dann findet sich hier bestätigt, dass auch die heutigen weiblichen Medizinstudierenden die typisch weibliche Karriere antizipieren. Einen weiteren wichtigen – und die internationale Studienlage bestätigenden – Hinweis gibt diese Studie in Sachen Standortwunsch der späteren Berufstätigkeit: Ländlich sozialisierte Studierende und Frauen sind demnach eher bereit, auch im ländlichen Raum zu praktizieren.

Allgemeinmedizin schlägt Chirurgie als Wunschfach. Mit den Erwartungen von Medizinstudierenden an ihre künftige Berufstätigkeit hat sich intensiv die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der Universität Heidelberg befasst. Die Forschergruppe (Leitung: Jost Steinhäuser) befragte für ihre 2011 erschienene qualitative Studie (*siehe Web- und Lesetipps*) Medizinstudierende in Baden-Württemberg zu ihren Weiterbildungswünschen. Die Befragten nannten als Wunsch-Fachgebiete am häufigsten Innere Medizin, Gynäkologie, Pädiatrie, Chirurgie, Anästhesie und Allgemeinmedizin. Die Studie differenzierte diese Wünsche nach Studienabschnitten und konnte zeigen, dass die anfänglich sehr hoch bewertete Chirurgie deutlich an Attraktivität verlor, während etwa Allgemeinmedizin sich von anfänglich 7,1 Prozent auf zehn Prozent zum Studienende hin verbesserte. Skandinavische Forscherinnen wie-

derum berichten übereinstimmend, dass Frauen zu Beginn der ärztlichen Karriere ein genauso großes Interesse an der Chirurgie zeigen wie Männer, dass sie aber im Verlauf der Weiterbildung abgeschreckt werden. Möglicherweise sehen weibliche Medizinstudierende in Deutschland derartige Hemmnisse voraus und resignieren noch eher als ihre Kolleginnen in Skandinavien.

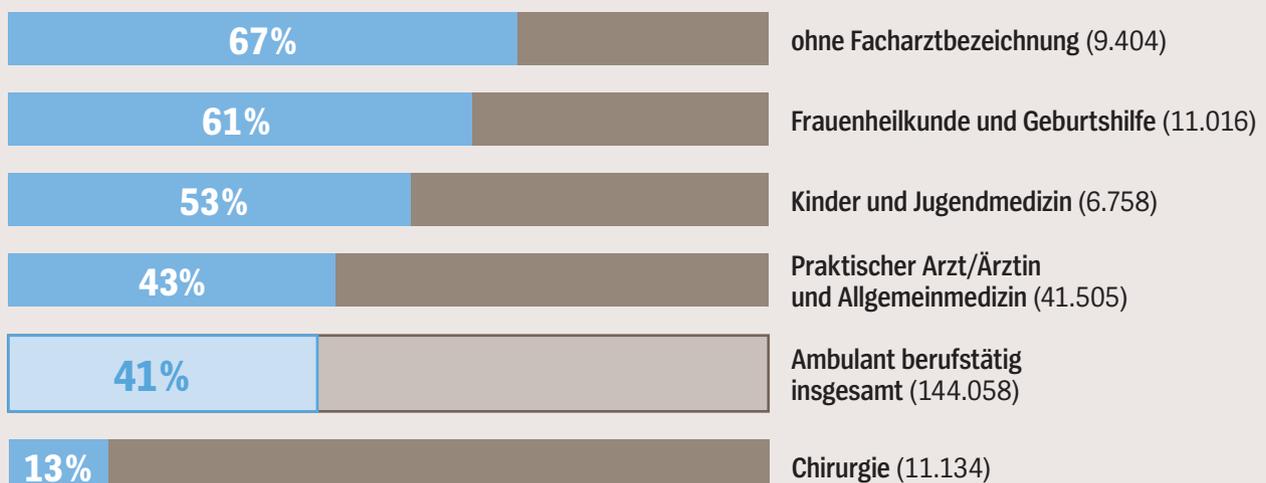
Die Heidelberger Arbeitsgruppe interpretiert ihre Daten zum einen in Richtung eines ausgeprägten Wunsches nach einem planungssicheren Arbeitsplatz. Zweitens zeigen sich im Hinblick auf das Thema der Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei der hier eingesetzten Fragetechnik wiederum deutliche, typische Geschlechterunterschiede. Daraus leitet die Forschergruppe dezidiert die Notwendigkeit der Förderung gendersensibler Arbeits(zeit)modelle ab. Drittens interessierte sich dieser Forschungsansatz für die Frage möglicher Faktoren für die spätere Wahl hausärztlicher Tätigkeit. Studierende, die eine hausärztliche Tätigkeit anstreben, gewichten im Vergleich zum Gesamtkollektiv die sogenannte Work-Life-Balance noch stärker. Das weist darauf hin, dass bei der Förderung der Attraktivität hausärztlicher Tätigkeit genderspezifische Aspekte beachtet werden müssen, denn Frauen werden nicht automatisch die Besetzung der Hausarztsitze erleichtern, wie in der gesundheitspolitischen Debatte gelegentlich angenommen wird.

Im Übrigen liegt der Frauenanteil in der von den Heidelberger Allgemeinmedizinerinnen koordinierten „Verbundweiterbildung plus“, die den hausärztlichen Nachwuchs fördern soll, derzeit bei über 70 Prozent (304 Teilnehmerinnen). Hier existiert ein vielversprechender Ansatz zur Gewinnung einer neuen Hausarztgeneration, der offenbar Frauen besonders anspricht.

Hausärztliche Tätigkeit: Frauen sind noch in der Minderheit

Anteil der Frauen unter den ambulant berufstätigen Ärztinnen und Ärzten in ausgewählten Fachrichtungen (31.12.2012)

■ Frauen ■ Männer



Ende 2012 lag der Frauenanteil unter den im hausärztlichen Bereich tätigen Medizinerinnen und Mediziner bei 43 Prozent. Das entspricht ungefähr dem Frauenanteil unter allen ambulant berufstätigen Ärztinnen

und Ärzten (41 Prozent). Dagegen sind Frauen in der Kinder- und Jugendmedizin sowie der Gynäkologie überproportional vertreten (53 beziehungsweise 61 Prozent). *Quelle: Bundesärztekammer, Tätigkeitsbericht 2012*

Hohe Teilzeitquote bei Frauen. Eine gesonderte Betrachtung innerhalb der Karrieredebatte verdient die Frage der Teilzeitbeschäftigung von Frauen und Männern in der Medizin. Hier zeigen Daten des Statistischen Bundesamtes – ähnlich wie die oben erwähnte HIS-Verlaufsstudie –, dass Frauen und Männer sich sowohl bezüglich des Status wie des Umfangs von Teilzeitarbeit in der vertragsärztlichen Versorgung erheblich unterscheiden. Im Jahr 2010 lag der Anteil von Frauen in der vertragsärztlichen Versorgung bei 36 Prozent von insgesamt 138.472 Ärztinnen und Ärzten. Die Teilzeitquote von Frauen betrug 26 Prozent, die der Männer acht Prozent (in absoluten Zahlen: 38.000 gegenüber 15.000). Dies entspricht kaum den ursprünglichen Präferenzen der Ärztinnen und verweist auf die hohe Bedeutung der Beseitigung der genannten Barrieren.

Kliniken entwickeln noch wenig Familienbewusstsein. Auf der anderen Seite ist zu beachten, dass es Ärztinnen schwer gemacht wird, von ihnen erwünschte Teilzeitbeschäftigungen zu realisieren. Diese Problematik wird aus allen Gesundheitssystemen berichtet. Insbesondere die stationären Einrichtungen mit ihrer Doppelfunktion als Weiterbildungsstätten wie als dauerhafter Arbeitgeber sperren sich bis in die Gegenwart hinein weithin, von der Vorstellung einer gewissermaßen männlich definierten Normalarbeitszeit abzurücken. Es soll dabei nicht verkannt werden, dass inzwischen das Thema des familienbewussten Krankenhauses in verschiedenen Regionen Deutschlands politisch gefördert und von einzelnen Krankenhausträgern ernst genommen wird. Das Tempo der entsprechenden organisatorischen Veränderungen im Krankenhausbereich erscheint aber zu gering. Dies ist kein deutsches Problem. 1969 wurde im National Health Service Großbritanniens etwa ein „part-time married women's training scheme“ (übersetzt: Teilzeit-Weiterbildung für verheiratete Frauen) beschlossen, später in „flexible training scheme“ umbenannt – mit mäßigem Erfolg.

Eines der immer wieder vorgebrachten Argumente lautet: Teilzeitbeschäftigung von Ärztinnen und Ärzten lässt sich mit dem hohen Qualitätsanspruch der Versorgung nicht vereinbaren, die Organisationsprobleme sind nur begrenzt zu lösen. Die (freilich wenigen) Studien zur Untersuchung dieser Frage ergeben aber weder für den stationären noch für den ambulanten Bereich Hinweise auf den befürchteten negativen Effekt von Teilzeitbeschäftigung auf die Qualität der Leistungen und die Patientenzufriedenheit.

Aus dem Wunschfach wird Lösung B. Ärztinnen stehen also nach wie vor bei der von ihnen gewünschten Karriere die klassischen Hürden im Weg. Dabei spielt trotz fraglos vorhandener gesellschaftlicher Fortschritte die Bevorzugung von Männern auf der Karriereleiter weiter eine zentrale Rolle. Dies ist zu einem erheblichen Teil dadurch bedingt, dass die Ärztinnen weitaus stärkere Verantwortung für die Erziehung ihrer Kinder übernehmen als ihre Partner, während Ärzte sich sehr häufig darauf verlassen können, dass ihre Partnerinnen den Großteil der Kindererziehung übernehmen. Deutschland nimmt zudem in dieser Frage einen der Schlussplätze im internationalen Vergleich ein. So ist es nicht zuletzt für Ärztinnen viel schwerer als für ihre männli-



**Familie bleibt Frauensache:
Wenn Ärztinnen länger aus ihrem
Job aussteigen, verfestigen sich
traditionelle Rollenmuster.**

chen Kollegen, die Weiterbildung in einem Wunschfach in der vorgesehenen Zeit zu absolvieren. Aus dem Wunschfach wird dann häufig die Lösung B. Mit Blick auf die Medizin stellen sich deshalb verschiedene Fragen. Entscheidend ist: Werden Krankenhäuser und der ambulante Sektor ihre Anstrengungen vervielfachen, damit Frauen und Männer ihre jeweiligen Vorstellungen von Beruf, Familie und sozialem Leben besser miteinander vereinbaren können?

Dies ist nicht allein für die Zukunft der Allgemeinmedizin relevant. Zahlreiche Fächer werden in den kommenden Jahren in schweres Fahrwasser kommen, was die Gewinnung ihres jeweiligen Nachwuchses angeht. Für die Allgemeinmedizin aber stellt sich in besonderer Weise die Frage: Wie attraktiv erscheint jungen Ärztinnen und Ärzten dieses Fach? Schätzen Frauen die Hürden für diesen Weiterbildungsgang als besonders hoch ein oder nicht? Nach aktuellem Forschungsstand muss davon ausgegangen werden, dass sich das Rollenverständnis in den Partnerschaften nur sehr langsam verändert, wenn es um Kinder und Karriere geht. Die Soziologin Jutta Allmendinger spricht von „verschenkten Potenzialen“ durch ein ungewollt hohes Maß an Unterbrechung der Erwerbstätigkeit von Frauen.

Je eher das Gesundheitssystem die Dramatik dieser Situation verstanden hat, umso leichter wird es sein, das Klagen über den Ärztemangel einzustellen und sich den Herausforderungen zu stellen, die mit dem demografischen Wandel auf das Gesundheitssystem zukommen. Auch die Zukunft der Allgemeinmedizin wird ganz wesentlich dadurch gekennzeichnet sein, ob die Genderfrage so ernst genommen wird, wie sie es verdient. ■

Professor Dr. Norbert Schmacke ist Assoziiertes Mitglied der Abteilung Versorgungsforschung des Instituts für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen.

Kontakt: schmacke@uni-bremen.de

Politiker im Großformat

Im rheinland-pfälzischen Kabinett ragt er heraus: Über zwei Meter misst Alexander Schweitzer. Auch das Aufgabenfeld des neuen Ministers ist riesig. Arbeit, Soziales, Gesundheit und Demografie hat er zu beackern. Ein Porträt des Sozialdemokraten von **Burkhard Rexin**

Mit seinen 39 Jahren ist Alexander Schweitzer nicht der Jüngste unter den 16 Landesgesundheitsministern. Mario Czaja aus Berlin ist fast genau zwei Jahre jünger, und auch seiner Parteifreundin, der stellvertretenden SPD-Vorsitzenden und Gesundheitsministerin Manuela Schwesig aus Schwerin, fehlen ein paar Monate, um altersmäßig mit ihm gleichzuziehen. Unerreichbar ist er für alle, was die Größe betrifft: Mit 2,06 Meter überragt der Pfälzer sie alle um mindestens eine Kopflänge.

Engagiert hat sich Alexander Schweitzer schon von klein an. Doch das war anfangs nicht ganz einfach. Denn seine ersten Lebensjahre verbrachte er mit den Eltern auf einem Binnenschiff. „Fahrradfahren habe ich in Wanne-Eickel am Kanal gelernt“, erinnert er sich. Mit fünf Jahren fand er dann mit seiner Mutter und der zwei Jahre jüngeren Schwester in der Pfalz seine Heimat. Die Einschulung stand bevor. „Da wurde ich – endlich mit Gleichaltrigen zusammen – schnell wieder resozialisiert“, erzählt er zwischen zwei Terminen, die er an diesem Tag in der Landeshauptstadt Mainz absolviert.

Pünktlich um 9.30 Uhr erscheint er im Erbacher Hof hinter dem Dom. „Ausgegrenzt und abgehängt“ lautet das Thema der Zusammenkunft der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Arbeit. Es geht um mehr öffentlich geförderte Arbeit, den „sozialen Arbeitsmarkt“. Kein neues Thema, doch der Saal ist gut gefüllt. Schweitzer begrüßt fast ein Dutzend Leute per Handschlag, bevor er ans Rednerpult geht und zunächst das Mikrofon so weit nach oben zieht, dass er sich mit seinen 2,06 Meter nicht ständig bücken muss, um hineinzusprechen. „Jeder sollte eine zweite

oder auch dritte Chance bekommen, um am ersten Arbeitsmarkt wieder Fuß zu fassen“, so eine seiner sozialpolitischen Botschaften. „Die soziale Marktwirtschaft klappt nur mit Unterstützung der Solidargemeinschaft.“ Man sei nach dem langen Winter „auf einem guten Weg, zumindest statistisch“, sagte der Minister. Im März sei die Arbeitslosenzahl in Rheinland-Pfalz um gut zwei Prozent auf rund 121.000 Arbeitslose gesunken, von denen allerdings 58,7 Prozent Sozialleistungen erhielten, also langzeitarbeitslos seien. Er werde dort anknüpfen, wo seine Vorgängerin, die heutige Ministerpräsidentin Malu Dreyer, aufgehört habe, versichert Schweitzer und kündigt eine Initiative im Bundesrat für eine faire Arbeitsmarktpolitik an.

Zuhörer und Mutmacher. Eine Stunde später ist er Gast bei den Behindertenbeauftragten und -beiräten der Kommunen. Souverän meistert er auch diesen Termin, verspricht, für diesen „wichtigen Bereich alles zu tun, was wir als Land beeinflussen können“, egal ob es um behindertengerechte Sporthallen oder den neuen Scheckkarten-großen Behindertenausweis geht, den Rheinland-Pfalz als erstes Bundesland bereits seit Anfang des Jahres ausgabe. Das Wortungetüm „Landesbehindertengleichstellungsgesetz“ geht ihm genauso problemlos über die Lippen wie zuvor „multiple Vermittlungshindernisse“ bei der LAG. Auch die Teilnehmer freuen sich nach einer knappen Stunde, die er in ihrer Sitzung verbrachte, auf „künftig gute Zusammenarbeit“ mit dem neuen Minister, der für die meisten noch ein unbeschriebenes Blatt ist. Er überzeugt, weil er aufmerksam den oft detaillierten Anliegen der Behindertenbeauftragten zuhört und ihnen Mut macht, sich auch vor Ort Gehör zu verschaffen.



„Die soziale Marktwirtschaft klappt nur mit Unterstützung der Solidargemeinschaft.“

Am Nachmittag spricht er im sozialpolitischen Ausschuss des Landtags. In öffentlicher Sitzung werden gut ein Dutzend Tagesordnungspunkte abgearbeitet. Fast immer gibt es Fragen an den Minister – mal von Parteifreunden, mal von der Opposition – zu den Arbeitsbedingungen beim Internethändler Amazon, Leiharbeitern beim Handelskonzern Globus, zu Organspenden oder zur Pflegekammer. Da will die Opposition wissen, ob denn die ganze SPD die Kammer ablehne, oder nur eine lokale Arbeitsgemeinschaft von Sozialdemokraten im Gesundheitswesen, die damit gerade in der regionalen Presse zitiert wurde. Bei der Antwort zeigt sich Schweitzers parteipolitische Erfahrung. Er verweist auf die gerade pro Pflegekammer ausgegangene landesweite Befragung von Pflegekräften, betont die Notwendigkeit der Aufwertung der Pflege und den weiteren Gesprächsbedarf.

Feuertaufe mit Rot-Grün. Schweitzer hat die Ochsentour durch die SPD gemacht. Politisch sozialisiert wurde er zunächst in der Jugendarbeit der katholischen Kirche in seinem Heimatort. Mit 16 Jahren trat er 1989 in die SPD ein. Mit 20 wurde er stellvertretender Juso-Landesvorsitzender, dann Vorsitzender des SPD-Ortsvereins Billigheim-Ingenheim, wurde in den Kreistag und einen Gemeinderat gewählt und dort Fraktionsvorsitzender der SPD. Mit 29 Jahren war er im Landesvorstand der SPD, zwei Jahre später im Landespräsidium und mit 32 Jahren schließlich auch im Landtag, den er im Juli 2009 verließ, weil er Staatssekretär im Ministerium für Wirtschaft, Verkehr, Landwirtschaft und Weinbau Rheinland-Pfalz geworden war. Nach der Landtagswahl 2011 wurde Schweitzer Generalsekretär der rheinland-

pfälzischen SPD. Als rechte Hand von Kurt Beck organisierte er nach dem Verlust der absoluten Mehrheit der SPD die rot-grüne Koalition und um die Jahreswende 2012/13 den Wechsel von Kurt Beck zu Malu Dreyer im Ministerpräsidentenamt. Beide beerbte er: Am 16. Januar 2013 wurde er Nachfolger von Dreyer im Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit, das dazu noch den Zusatz „Demografie“ erhielt. Drei Wochen später, als Beck auch sein Abgeordnetenmandat abgab, rückte Schweitzer für diesen in den Landtag nach.

Sicher auf dem Berliner Parkett. Dass er sein Handwerk nicht nur im Land versteht, sondern auch im Bund, beweist Schweitzer ein paar Tage später in Berlin. Auch hier ist er parteipolitisch gut vernetzt. Gemeinsam mit dem stellvertretenden Vorsitzenden der SPD-Bundestagsfraktion Hubertus Heil und Ministerkollegin Manuela Schwesig stellt er den Antrag der SPD-geführten Länder im Bundesrat für eine bessere Arbeitsmarktpolitik vor. Rheinland-Pfalz hatte die Federführung. Berlin und die Bundespolitik sind für Schweitzer kein Neuland. Acht Jahre gehörte er der SPD-Grundsatzprogrammkommission an. Jetzt ist er mindestens zweimal im Monat in der Hauptstadt. In seiner ersten Rede im Bundesrat mahnte er die von der Bundesregierung schon lange versprochene Reform der Pflegeausbildung an.

Wie viele andere Politiker twittert auch Alexander Schweitzer. Er war einer der ersten, die den neuen Dienst nutzten. Seit 2008 hat er rund 8.000 Tweets abgesetzt, wie auf seinem Account herauszufinden ist, und es auf mittlerweile gut 1.500 Followers gebracht. Man wird sicherlich noch viel von ihm hören, nicht nur vier bis fünf Tweets täglich. ■

Zur Person

Alexander Schweitzer (39) wird 1973 in Landau in der Pfalz geboren. Nach dem Abitur im nahen Bad Bergzabern studiert er Jura in Mainz. Danach arbeitet er vier Jahre bei der Agentur für Qualitätsmanagement im Hochschulwesen des Landes Baden-Württemberg in Mannheim, dann zwei Jahre als Projektleiter beim Steinbeis-Transferzentrum in Heidelberg, bevor er 2006 Landtagsabgeordneter wird. Von 2009 bis 2011 ist er Staatssekretär im Ministerium für Wirtschaft, Verkehr, Landwirtschaft und Weinbau Rheinland-Pfalz, danach bis zu seinem Wechsel ins Ministeramt Generalsekretär der rheinland-pfälzischen SPD. Schweitzer ist katholisch, verheiratet mit einer Realschullehrerin und Vater von drei Kindern. Mit seiner Familie lebt er in Bad Bergzabern – dem Ort, in dem auch er zur Schule ging.

Krankheit kann Behinderung sein

Der Europäische Gerichtshof hat die Rechte kranker Arbeitnehmer gestärkt. Auch wer häufig wegen einer chronischen Erkrankung fehlt, kann unter Umständen als Behinderter einen besonderen Kündigungsschutz genießen. Krankheitsbedingte Entlassungen sind damit aber nicht völlig ausgeschlossen. **Von Anja Mertens**

Urteil vom 11.4.2013
– C-335/11 und C-337/11 –
Europäischer Gerichtshof

Dem Urteil des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) lagen beim dänischen See- und Handelsgericht anhängige Klagen zugrunde. Geklagt hatte eine dänische Gewerkschaft im Namen zweier Arbeitnehmerinnen, die von ihren Arbeitgebern mit einer verkürzten Kündigungsfrist entlassen wurden. Eine der Beschäftigten leidet unter chronischen Rückenschmerzen, die andere hat mit den Folgen eines Schleudertraumas zu kämpfen. Beide waren wiederholt krankgeschrieben.

Hintergrund des Rechtsstreits ist eine in Dänemark geltende Regelung, wonach der Arbeitgeber einem Beschäftigten mit einer verkürzten Frist von einem Monat kündigen kann, wenn dieser innerhalb der letzten zwölf Monate krankheitsbedingt 120 Tage mit Entgeltfortzahlung abwesend war. Die Gewerkschaft vertritt die Auffassung, dass die Arbeitgeber den beiden Arbeitnehmerinnen eine verkürzte Arbeitszeit hätten anbieten müssen, da sie eine Behinderung hätten. Zudem sei die nationale Bestimmung über die verkürzte Kündigungsfrist auf die beiden Frauen nicht anwendbar, weil ihre krankheitsbedingten Fehlzeiten auf die Behinderung zurückzuführen seien.

Gleichbehandlungsgrundsatz verletzt?

Das mit den Klagen befasste dänische Gericht setzte den Rechtsstreit aus und legte dem EuGH zur Vorabentscheidung die Frage vor, ob auch eine Krankheit eine Behinderung im Sinne der Richtlinie 2000/78 über die Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf darstellen kann. Auch wollte es wissen, ob die Ar-

beitszeitverkürzung als eine angemessene Vorkehrungsmaßnahme angesehen werden kann und ob das dänische Gesetz über die verkürzte Kündigungsfrist gegen Unionsrecht verstößt.

In ihrer Entscheidung verwiesen die Luxemburger Richter zum einen auf das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, das die europäische Staatengemeinschaft Ende November 2009 ratifiziert hat. Danach zählen zu den Menschen mit Behinderungen Men-

behandlung zu verwirklichen. Dagegen stelle eine Krankheit, die nicht zu langfristigen körperlichen, seelischen oder geistigen Einschränkungen führe, keine Behinderung dar. Der Begriff Behinderung sei so zu verstehen, dass die Ausübung einer beruflichen Tätigkeit beeinträchtigt sei. Entgegen der Auffassung der beiden dänischen Arbeitgeber sei eine Behinderung nicht unbedingt mit dem vollständigen Ausschluss von der Arbeit oder vom Berufsleben verbunden. Außerdem, so der EuGH weiter, hänge die Feststellung, ob eine Behinderung vorliegt, nicht von der Art der zu treffenden Vorkehrungen ab, zum Beispiel von der Verwendung besonderer Hilfsmittel.

Der Schutz vor Diskriminierung gilt auch für chronisch Kranke.

schen, die „langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können“. Zum anderen sei nicht ersichtlich, dass die europäische Gleichbehandlungs-Richtlinie 2000/78 nur solche Behinderungen erfasst, die angeboren sind oder von Unfällen herrühren. Vielmehr schließe sie Behinderungen nicht aus, die durch eine Krankheit verursacht seien. Denn dies widerspräche dem Ziel, die Gleich-

Arbeitgeber in die Pflicht genommen.

Darüber hinaus weist der EuGH darauf hin, dass die Richtlinie den Arbeitgeber verpflichtet, geeignete und angemessene Maßnahmen zu ergreifen, um Menschen mit Behinderung den Zugang zur Beschäftigung, die Ausübung eines Berufs und den beruflichen Aufstieg zu ermöglichen. Eine Arbeitszeitverkürzung könne, auch wenn sie nicht unter den in der Richtlinie ausdrücklich erwähnten Begriff des „Arbeitsrhythmus“ falle, eine solche Maßnahme sein. Allerdings dürften Arbeitgeber hierdurch nicht unverhältnismäßig belastet werden. Aufwand, Größe, finanzielle Möglichkeiten und Umsatz des Unternehmens müssten ebenso berücksichtigt werden wie die Mög-

TIPP FÜR JURISTEN



Trägerübergreifende Bedarfsfeststellung in der Rehabilitation, aktuelle Rechtsfragen des betrieblichen Eingliederungsmanagements, Bekämpfung von Fehlverhalten in der Rehabilitation – diese und weitere Themen behandelt der „7. Deutsche REHA-Rechtstag“. Er findet am 27. September in Berlin statt. Veranstalter ist die Deutsche Anwalt Akademie. Mehr Infos: www.anwaltakademie.de > Seminare > Sozialrecht

lichkeit, öffentliche Mittel für solche Maßnahmen zu erhalten, die den Zugang von Menschen mit Behinderung zum Arbeitsmarkt erleichtern sollen. Dies zu prüfen, obliege dem nationalen Gericht. Sollte es feststellen, dass die Fehlzeiten der Arbeitnehmerinnen darauf zurückzuführen sind, dass ihre Arbeitgeber keine geeigneten Vorkehrungen ergriffen haben, stünde die von ihnen angewendete verkürzte Kündigungsfrist (ein Monat bei 120 krankheitsbedingten Fehltagen innerhalb eines Jahres) nicht im Einklang mit dem Unionsrecht.

Ungleichbehandlung droht. Die Luxemburger Richter räumten ein, dass die dänische Regelung der verkürzten Kündigungsfrist im Falle der häufigen Erkrankung gleichermaßen für behinderte und nichtbehinderte Menschen gelte. Somit sei nicht von vorneherein davon auszugehen, dass sie eine unmittelbar auf der Behinderung beruhende Ungleichbehandlung schafft. Allerdings sei bei einem behinderten Arbeitnehmer das Risiko erhöht, eine mit seiner Behinderung zusammenhängende Krankheit zu bekommen. Infolgedessen könne er schnell die Grenze der krankheitsbedingten Fehltagereichen und unter die verkürzte Kündigungsfrist fallen. Somit könne die 120-Tage-Regel Arbeitnehmer mit Behinderung durchaus benachteiligen und zu einer mittelbar auf der Behinderung beruhenden Ungleichbehandlung führen. Es sei nun Aufgabe des nationalen Gerichts, unter Berücksichtigung des den Mitgliedstaaten zustehenden sozial- und beschäftigungspolitischen Spielraums zu prüfen, ob den Belangen von Arbeitnehmern mit Behinderungen ausreichend Rechnung getragen wurde. ■

Kommentar: Der Europäische Gerichtshof hat mit dieser Entscheidung den Begriff der Behinderung deutlich erweitert. Die Luxemburger Richter begründen nachvollziehbar, dass es nicht darauf ankommt, ob eine Behinderung angeboren oder die Folge eines Unfalls ist. Dass behinderten Menschen verkürzte Arbeitszeiten angeboten werden müssen, wenn sie nur dadurch am Arbeitsleben teilnehmen können, ist zu begrüßen.

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

	INHALT	AKTUELLER STAND
APOTHEKEN		
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.	Der Bundesrat hat am 3.5.2013 Stellung genommen. Zweite und dritte Lesung im Bundestag war am 6.6.2013.
ARZNEIMITTEL-NUTZENBEWERTUNG		
Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften, Bundestags-Drucksache 17/13083	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. Zweite und dritte Lesung im Bundestag war am 6.6.2013.
BEITRAGSSCHULDEN		
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.
KARTELLRECHT		
Achtes Gesetz zur Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (8. GWB-ÄndG) Bundestags-Drucksachen 17/9852 und 17/13720	Berechtigung des Kartellamts, Fusionen von Krankenkassen daraufhin zu überprüfen, ob sie ihre Marktmacht missbrauchen; Verpflichtung des Kartellamts, die zuständigen Aufsichtsbehörden (Landesversicherungsämter bzw. das Bundesversicherungsamt für bundesweit tätige Kassen) bei der Überprüfung zu beteiligen; Recht der Kassen, sich gegen Entscheidungen der Kartellbehörde vor den Sozialgerichten zu wehren.	Der vom Bundesrat angerufene Vermittlungsausschuss hat sich am 5.6.2013 auf einen Kompromiss verständigt. Der Bundestag hat am 6.6.2013 und der Bundesrat am 7.6.2013 dem Kompromiss zugestimmt.
PRÄVENTION		
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.



BAYERN

Fit in jeder Altersklasse

Auch ältere Beschäftigte können gesund und produktiv sein, wenn die Balance zwischen den Anforderungen am Arbeitsplatz und dem Potenzial des einzelnen Mitarbeiters stimmt. Für diese Balance tragen Beschäftigte und Kommunen als Arbeitgeber gemeinsam Verantwortung. Das ist das Fazit der Teilnehmer am diesjährigen „BGM-Städtetreffen“, zu dem die AOK Bayern Ende April nach Bamberg eingeladen hatte. Die demografischen Veränderungen hätten schon heute Auswirkungen auf den regionalen Arbeitsmarkt, sagte **Hubertus Råde**, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Gesundheitskasse. So sei in Zukunft etwa mit steigenden Krankenständen und einem veränderten Gesundheitsbild bei den in der Tendenz älter und zugleich weniger werdenden Erwerbstätigen zu rechnen. Die Kommunen seien aufgefordert, Akzente zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit der für sie tätigen Menschen zu setzen. „Die Angebote der



AOK Bayern zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement bieten den Kommunen dabei fundierte Instrumente, um konkrete Strategien zu entwickeln“, sagte Råde. Die Expertin für Organisationsentwicklung **Professor Jutta Rump** von der Hochschule Ludwigshafen wies darauf hin, dass die Globalisierung die Mitarbeiter in den Unternehmen zwingt, sich neuen Anforderungen zu stellen. Arbeit werde dadurch komplexer und schneller. Die Verantwortung dafür, die Gesundheit am Arbeitsplatz trotz der neuen Herausforderungen zu erhalten, liege zunächst bei jedem Ein-

zelnen. „Aber die Arbeitgeber sind ebenso in der Pflicht, die Beschäftigungsfähigkeit zu fördern.“ **Karlheinz Bayer**, Berater für Betriebliches Gesundheitsmanagement bei der AOK Bayern, rief die Unternehmen auf, ein „Kompetenzmodell“ für ältere Mitarbeiter zu entwickeln, bei dem Erfahrungswissen und soziale Fähigkeiten wertgeschätzt würden. „Gutes Führungsverhalten, Anerkennung und Wertschätzung wirken sich signifikant auf eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit älterer Beschäftigter aus“, zeigte sich der AOK-Experte überzeugt. ■

NIEDERSACHSEN

Gesundheitspreis ausgelobt

Zum dritten Mal haben das Gesundheitsministerium, das Wirtschaftsministerium, die Kassenärztliche Vereinigung und die AOK Niedersachsen den „Niedersächsischen Gesundheitspreis 2013“ ausgeschrieben. Sozial- und Gesundheitsministerin **Cornelia Rundt** hat die Schirmherrschaft übernommen. Ziel der Auszeichnung ist es, die Versorgung und Gesundheitsförderung im Land weiterzuentwickeln. Der Preis wird in diesem Jahr in drei Kategorien ausgeschrieben, die mit jeweils 5.000 Euro dotiert sind. In der ersten Kategorie werden Projekte gesucht, in denen Menschen mit psychischen Erkrankungen besser versorgt sind. In der zweiten Kategorie geht es um Modelle, die sich der Gesundheitsförderung in Betrieben verschrieben haben. Zudem sollen neuartige Lösungen im e-Health-Bereich prämiert werden. Die Bewerbungsfrist endet am 19. Juli 2013. Weitere Informationen unter: www.gesundheitspreisniedersachsen.de ■

AOK aktuell

Ampel-App hilft beim bewussten Einkaufen

Viele der in Supermärkten angebotenen Nahrungsmittel sind zu fettig oder enthalten zu viel Salz, Zucker oder gesättigte Fettsäuren. Die AOK hat daher einen mobilen Einkaufsberater für Smartphones entwickelt. Nach Einscannen des Barcodes oder durch manuelle Eingabe von Daten werden die Nährwertangaben mit den Ampelfarben rot, grün und gelb gekennzeichnet. So kann der Verbraucher das jeweilige Produkt bewerten und entscheiden, ob er es kauft oder auf eine gesündere Alternative ausweicht. Mit dem neuen AOK-Angebot ist es Konsumenten zudem möglich, den Nährwertgehalt des gesamten Einkaufs zu bewerten. Die Anwendung greift auf rund 15.000 Daten des Bundeslebensmittelschlüssels zurück und wird durch die Produktdatenbank von Barcoo ergänzt. Die App liefert zudem über 60 Tipps für den nächsten Besuch im Supermarkt. Ziel sei es, „Ver-

braucher für einen gesundheitsförderlichen Einkauf zu sensibilisieren“, so **Jürgen Graalman**, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes. Ernährungsbedingte Krankheiten verursachten allein in Deutschland Kosten von jährlich rund 70 Milliarden Euro. „Eine leicht verständliche und verbraucherfreundliche Lebensmittelkennzeichnung könnte einen wichtigen Beitrag zur Prävention von Übergewicht leisten.“ Die App „Bewusst Einkaufen“ gibt es für Smartphones für die Betriebssysteme Android und iOS und ist kostenlos (www.aok.de/bundesweit/nachrichten/index_215606.php). ■



Pflegevergütung besiegelt

In Brandenburg haben der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste sowie Kassen und Krankenkassenverbände eine neue Vergütungsvereinbarung für die Leistungen der häuslichen Krankenpflege geschlossen. Sie ist seit 1. Mai 2013 gültig und endet am 30. April 2014. Damit besitzen alle Anbieterverbände in Brandenburg einvernehmlich geschlossene Vergütungsverträge. Die Entgelte der unterschiedlichen Behandlungspflegen können bei bis zu vier Einsätzen am Tag bei einem Versicherten abgerechnet werden. Die neu geschaffene Behandlungspflege „0“ umfasst beispielsweise das Verabreichen ärztlich verordneter Medikamente – aber keine Gabe von Antidepressiva, Neuroleptika und Beruhigungsmitteln – sowie das Abnehmen von Kompressionsverbänden. Diese Leistung dürfen auch nicht examinierte Pflegekräfte erbringen – jedoch nur unter der Verantwortungshoheit einer Pflegefachkraft. In den Behandlungsstufen I bis IV sind Fachkräfte vorgeschrieben. Dies reicht von Blutzuckerkontrollen, Anlegen von Wundverbänden, Injektionen bis hin zum Bedienen und Überwachen von Beatmungsgeräten. Wegen veränderter Rahmenbedingungen wie der Zunahme betreuter Wohnformen haben sich die Partner auch auf eine neue Vergütungsstruktur für Wegepauschalen geeinigt. Während mit den Vergütungserhöhungen für medizinische Leistungen die Versorgung am Menschen gestärkt wird, werden bisher mehrfach abrechenbare Anfahrten zu einer Senioren-WG nach dem tatsächlichen Aufwand bezahlt. ■



Vertraglich geregelt: Die neue Behandlungspflege „0“ umfasst auch die Medikamenten-Gabe.

BADEN-WÜRTTEMBERG

Teilhabe am Leben sichern

Für ihr Modellprojekt BesT hat die AOK Baden-Württemberg aus zahlreichen Bewerbungen 15 Freiwilligeninitiativen ausgewählt, die in den nächsten drei Jahren unterstützt werden. Das Kürzel BesT steht für „Bürgerengagement sichert Teilhabe“. Mit dem Projekt fördert die Gesundheitskasse ehrenamtliches Engagement für Pflegebedürftige – sowohl finanziell als auch ganz praktisch mit Rat und Tat. In Baden-Württemberg sind derzeit rund 278.000 Menschen auf Pflege angewiesen. Mehr als die Hälfte von ihnen lebt zu Hause. Bei der Gesundheitskasse sind aktuell rund 146.000 Pflegebedürftige versichert. „Wir engagieren uns umfassend beim Modellprojekt BesT, weil wir vom Konzept überzeugt sind. Es ist genau der richtige Ansatz, Menschen, die darauf angewiesen sind, gezielte Unterstützung zu Hause zukommen zu lassen“, sagte **Dr. Christopher Hermann**,

Vorstandsvorsitzender der Kasse. Dadurch könnten die Betroffenen möglichst lange in ihrer gewohnten Umgebung bleiben. Außerdem werde die Teilhabe am sozialen Leben gestärkt und gleichzeitig bürgerschaftliches Engagement gefördert. Die 15 ausgewählten Modellstandorte werden über einen Zeitraum von drei Jahren mit je 800 Euro pro Monat gefördert. Zudem erhalten sie professionelle Unterstützung bei fachlichen Fragen, bei der Öffentlichkeitsarbeit sowie der Vernetzung untereinander und mit anderen Institutionen. ■

NORDWEST

Muskelerkrankungen liegen vorne

Muskel- und Skeletterkrankungen verursachen noch immer die meisten Fehltagel in Westfalen-Lippe. Mit 25 Prozent liegt deren Anteil an den gesamten Fehltagen mit großem Abstand an erster Stelle. Auf den weiteren Plätzen folgen Verletzungen und Vergiftungen (11,9 Prozent), Atem-

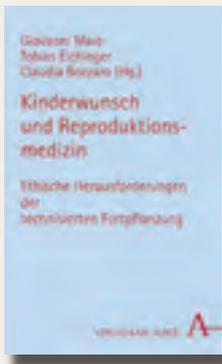
wegserkrankungen (11,7 Prozent) und psychische Erkrankungen (9,5 Prozent). Dies sind Ergebnisse des Gesundheitsberichts 2012 der AOK NORDWEST. „Insbesondere wegen Rückenbeschwerden wurden die Arbeitnehmer im vergangenen Jahr krankgeschrieben“, sagte **Dr. Dieter Paffrath**, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Gesundheitskasse. Mit speziellen Präventionsangeboten für ihre Versicherten und für die Betriebe im Land solle dieser Entwicklung entgegenwirken werden, so Paffrath. ■

Telegramm

+++ Die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland bietet ihren Versicherten ab sofort kostenlos die Möglichkeit, sich mithilfe einer **elektronischen PatientenQuittung** einen Überblick zu den Kosten der Arztbesuche, Zahnarztbehandlungen, Klinikaufenthalte, Medikamente, Heil- und Hilfsmittel zu verschaffen, die über ihre Versicherungskarte in den letzten zwei Jahren abgerechnet wurden. +++ Die G.A.R.D Gesellschaft für Ambulanz und Rettungsdienst aus Hamburg ist einer der Preisträger des Gesundheitspreises der AOK Rheinland/Hamburg und ihres Instituts für **Betriebliche Gesundheitsförderung**. Die Gesundheitskasse unterstützt seit vielen Jahren in Kooperation mit dem Institut Unternehmen bei der Gesundheitsförderung.

Ethik
Kinder sind nicht bestellbar

Die technischen Möglichkeiten der Medizin, kinderlosen Menschen zu eigenem Nachwuchs zu verhelfen, haben sich erheblich erweitert. Ungewollte Kinderlosigkeit muss nicht mehr als Schicksal hingenom-



men werden. Die moderne Reproduktionsmedizin hilft vielen Männern und Frauen bei Unfruchtbarkeit, weckt aber auch neue Begehrlichkeiten. Sie trägt dazu bei, dass sich ganz neue Formen der Elternschaft etablieren. Mit den ethischen, juristischen und sozialen Folgen befasst sich der von Giovanni Maio und zwei seiner Mitarbeiter am Institut

für Ethik und Geschichte der Medizin der Universität Freiburg vorgelegte Sammelband mit Beiträgen von 30 Wissenschaftlern verschiedener Fachrichtungen. Die jahrelange Debatte über die Präimplantationsdiagnostik hat gezeigt, wie schwierig es ist, die Grenzen des Erlaubten abzustecken. Biobanken warten immer noch auf gesetzliche Regelungen, weil Eizellen dort bereits tiefgefroren lagern, um der Spenderin nach der Menopause oder einer Leihmutter eingepflanzt zu werden. Auch in Deutschland beraten anerkannte Reproduktionsmediziner über Leihmutterchaft, nur mitwirken dürfen die Ärzte daran nach dem Embryonenschutz- und dem Adoptionsvermittlungsgesetz nicht. Der Druck des Machbaren auf das Erlaubte nimmt allerdings zu. Dieser Sammelband ist ein wichtiger Beitrag dazu, dass uns die Technik nicht unvorbereitet überrollt.

Giovanni Maio, Tobias Eichinger, Claudia Bozzaro (Hrsg.): Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin. 2013. 532 Seiten, 49 Euro. Verlag Karl Alber, Freiburg.

Demografie
Betriebe erkennen Pflege-Risiko

In immer mehr Unternehmen und Organisationen wird der demografische Wandel aktiv gestaltet. Der Bedarf an qualifizierten Arbeitskräften hat zu Diskussionen über partizipative Führung, familiengerechte Arbeitszeitmodelle, besseren Wissenstransfer und auch eine verstärkte Gesundheitsförderung geführt. Proaktiv, so das Modewort, soll die betriebliche Gesundheitspolitik sein, etwa bei der Vermeidung psychischer Belastungen. Lösungen für die Gestaltung des demografischen Wandels zu entwickeln, ist Kernaufgabe des 2006 von Arbeitgeberverbänden und Gewerkschaften mit Unterstützung des Bundesarbeitsministeriums gegründeten „Demographie-Netzwerks“ (ddn). In elf Facharbeitskreisen werden theoretische und praktische Modelle dafür entwickelt. Der Band der ddn-Fachbuchreihe „Demographie-Management kompakt“ stellt Ergebnisse des Arbeitskreises Zukunftssicherung und Altersvorsorge vor. Dabei spielt



auch die Pflege eine Rolle. Allerdings ist in Unternehmen nur wenig Bereitschaft zu erkennen, sich mit innovativen Ideen an der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung zu beteiligen. Zu groß ist offenbar der Einfluss der Versicherungswirtschaft, die mit Marcel Basedow auch den Leiter des Arbeitskreises stellt und die seit langem eine „Versorgungs- und Nachhaltigkeitslücke“ in der Pflege beklagt, als Lösung aber nur kapitalgedeckte Zusatzversicherungen anbietet.

Marcel Basedow, Rudolf Kast: Betriebliche Vorsorgeinstrumente im demographischen Wandel. 2012. 124 Seiten, 18,50 Euro. Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven.

SEMINARE | TAGUNGEN | KONGRESSE

<p>■ 9. GESUNDHEITSWIRTSCHAFTSKONGRESS</p>	<p>Qualitätstransparenz, Patientensouveränität, Systempartnerschaften, Prävention, Rehabilitation</p>	<p>24.–25.9.2013 Hamburg</p>	<p>WISO HANSE management GmbH c/o Agentur WOK GmbH Palisadenstr. 48 10243 Berlin</p>	<p>Tel.: 0 30/49 85 50 31/34 Fax: 0 30/49 85 50 30 info@gesundheitswirtschaftskongress.de www.gesundheitswirtschaftskongress.de</p>
<p>■ 12. EUROPÄISCHER GESUNDHEITSKONGRESS</p>	<p>Finanzierung des Gesundheitssystems, Prävention vor Reha, Selektivverträge, Kooperationen</p>	<p>10.–11.10.2013 München</p>	<p>WISO S. E. Consulting GmbH Organisation: Interplan AG Landsberger Straße 155 80687 München</p>	<p>Tel.: 0 89/54 82 34 50 Fax: 0 89/54 82 34 43 info@gesundheitskongress.de www.gesundheitskongress.de</p>
<p>■ 12. DEUTSCHER KONGRESS FÜR VERSORGENGSFORSCHUNG</p>	<p>Über-, Unter-, Fehlversorgung; Qualitätsmanagement, Evaluation von Leitlinien</p>	<p>23.–25.10.2013 Berlin</p>	<p>Intercongress GmbH Wilhelmstraße 7 65185 Wiesbaden</p>	<p>Tel.: 06 11/9 77 16-0 Fax: 06 11/9 77 16-16 dkvf@intercongress.de www.intercongress.de > Kongresse</p>
<p>■ REHA-FORUM 2013</p>	<p>Sozialmedizinische Begutachtung, Vergütung, Reha-Budget, Case Management in der Nachsorge</p>	<p>4.–5.11.2013 Köln</p>	<p>MCC – Management Center of Competence Scharnhorststraße 67a 52351 Düren</p>	<p>Tel.: 0 24 21/1 21 77-0 Fax: 0 24 21/1 21 77-27 mcc@mcc-seminare.de www.mcc-seminare.de > Health</p>
<p>■ HEALTH 3.0 GESUNDHEITSKONGRESS NRW</p>	<p>Versorgungsstruktur, regionale Netze, europäische Gesundheitspolitik, neue Rollen der Krankenkassen</p>	<p>3.–4.12.2013 Neuss</p>	<p>MCC – Management Center of Competence Scharnhorststraße 67a 52351 Düren</p>	<p>Tel.: 0 24 21/1 21 77-0 Fax: 0 24 21/1 21 77-27 mcc@mcc-seminare.de www.health3punkt0.com</p>

Organspende Geschichte einer Transplantation

Alles beginnt mit einem Glas Apfelsmus in der Nacht. Plötzlich ein Kratzen im Hals. Dann schwappt Blut aus dem Mund des jungen Mannes, der sich über der Wanne seiner Wohnung erbricht. Der Notarzt kommt. Im Krankenhaus wird alles Weitere veranlasst. Die Diagnose: „Anamnestisch bekannte Varizenerkrankung.“ Was nur der Gastroenterologe versteht, wird für den Mann zur Achterbahnfahrt zwischen Leben und Tod, Bangen und Hoffen – Hoffen auf ein lebenserhaltendes Organ, eine neue Leber. Die eines anderen Menschen, eines toten oder



vielleicht noch lebenden. David Wagner hat in seinem neuen Roman „Leben“, für den er den diesjährigen „Leipziger Buchpreis“ erhalten hat, die berührende Geschichte einer Organtransplantation geschrieben. Nüchtern und dennoch hoch-emotional ist dieses Buch. Jede Zeile stimmt ihren Leser nachdenklich – selbst die über die alltäglichen, aber menschlichen Geschichten der Bettenachbarn in der Klinik, in der unser junger Mann liegt. Dieses Buch macht Mut, auch dann weiterleben zu wollen, wenn alles zu Ende zu sein scheint. „Nicht sterben. Weiterleben. Durch einen anderen.

Für ein Kind.“ In diesem Fall geht der Wunsch, weiterzuleben, in Erfüllung. Um zwei Uhr nachts kommt der Anruf: „Wir haben ein passendes Spenderorgan für Sie.“ Nicht immer geht es so aus: In Deutschland warten derzeit rund 12.000 Menschen auf ein Spenderorgan, allein 8.000 auf eine Niere. Drei von ihnen sterben täglich, weil es nicht genügend Organspender gibt.

David Wagner: Leben.
2013. 282 Seiten, 19,95 Euro.
Rowohlt Verlag, Reinbek

Qualitätsmanagement Definitionen und Interpretationen

Qualitätsmanagement stößt in der Medizin vor allem aus zwei Gründen auf Vorbehalte: Weil es als ökonomisches Druckmittel (miss-)verstanden wird und wegen der eher betriebswirtschaftlichen als medizinischen Begriffe. Rund 500 davon erklärt ein Wörterbuch, das der ehemalige Chirurg, Pharmaforscher und Krankenhausberater Ulrich Paschen für das Deutsche Institut für Normung geschrieben hat. Wichtige QM-Fachbegriffe in der Medizin sind definiert und erläutert. An vielen Stellen schließen weiterführende Ergänzungen die Lücke zwischen den Fachbegriffen und vielfach



verbreiteten Synonymen im alltäglichen Sprachgebrauch der Ärzte und Qualitätsmanager. Das soll helfen, fachliche Missverständnisse und terminologische Streitfälle zu vermeiden. Das Lexikon enthält ein Register mit den englischen Bezeichnungen. Es ist nicht nur für Qualitätsmanager hilfreich, sondern auch für Ärzte,

Pflegende und andere nicht-akademische Mitarbeiter in Einrichtungen des Gesundheitswesens. Es kann gleichermaßen als Einstieg oder als Nachschlagewerk dienen.

Ulrich Paschen: Wörterbuch Qualitätsmanagement in der Medizin. 2012. 190 Seiten, 38 Euro. Beuth-Verlag, Berlin.

Zeitschriftenschau

■ Patientenrechtegesetz hat Lücken

Seit kurzem ist das Patientenrechtegesetz in Kraft. Der Bremer Rechtsprofessor Dieter Hart kommt in seiner Analyse zu dem Ergebnis, dass die Patientensicherheit nicht ausreichend berücksichtigt ist. Die gute und sichere Organisation des Behandlungsprozesses sei in den Regelungen zum Behandlungsvertrag sowie in der Gesetzesbegründung zur Organisationsfehler-Haftung vernachlässigt worden. Auch im Sozialrecht hätten die bisher gewonnenen Erkenntnisse zur Patientensicherheit nur unzureichend zu konkreten Maßnahmen geführt. Hier fehle es insbesondere an einer Förderung von Projekten und Einrichtungen der Patientensicherheit durch die gesetzliche Krankenversicherung.
Medizinrecht (2013) 31: 159-165

■ Hilfsmittel für Allergiker: Aufnahme in die Richtlinie vorgeschlagen

Am Beispiel des Urteils des Bundessozialgerichts (BSG) zum Kostenerstattungsanspruch für antiallergene Matratzen vom 15. März 2012 zeigt der Bayreuther Rechtsprofessor Stephan Rixen auf, wie schwierig es für die Rechtsprechung ist, im Rahmen der Erforderlichkeitsprüfung den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu ermitteln. Das BSG solle künftig nicht mehr die Rolle als fakultative „Supertatsacheninstanz“ übernehmen. Da es sich bei Allergien um Volkskrankheiten handele, schlägt er zur Entlastung der Sozialgerichtsbarkeit vor, das Hilfsmittelverzeichnis um eine entsprechend angepasste Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu ergänzen.
Die Sozialgerichtsbarkeit 3/2013, Seite 140-146

■ Pflegegesetz: Neue Frisur mit alten Zöpfen

Das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz hat nach Ansicht von Dr. Sonja Reimer, Universität Bremen, nur punktuell Neuerungen gebracht. Es orientiere sich immer noch am verrichtungsbezogenen Hilfebedarf. Das aber sei unstreitig überholt. Positiv zu bewerten aber sei, dass die Pflegekassen nun binnen fünf Wochen über Leistungsanträge zu entscheiden haben, und bei Fristüberziehung dem Versicherten 70 Euro pro weiterer Woche zahlen müssen. Hinsichtlich der neu eingeführten staatlichen Förderung der privaten Pflege-Zusatzversicherung (fünf Euro monatlich) kritisiert die Juristin den Mangel guter Policen.
Die Sozialgerichtsbarkeit 4/2013, Seite 193-199

■ Zivilrechtliche Ansprüche lassen sich auch im Strafprozess klären

Schadenersatz oder Schmerzensgeld können Geschädigte einer Straftat nicht nur im Zivil- sondern auch im Strafprozess gegen den Schädiger geltend machen. Für Dr. Kristian F. Stoffers von der Universität Bielefeld und Rechtsanwalt Jens Möckel besteht der Vorteil des strafprozessualen Adhäsionsverfahren darin, dass das Strafgericht von Amts wegen ermittelt und die im Zivilprozess bestehende Kostenvorschusspflicht entfällt. Adhäsionskläger hätten zudem das Recht, an der Hauptverhandlung teilzunehmen, sich anwaltlich vertreten zu lassen sowie Fragen und Anträge zu stellen.
Neue Juristische Wochenschrift 12/2013, Seite 830-832

Trauer ist keine Krankheit

Wer um einen geliebten Menschen trauert, braucht in der Regel keine Medikamente und keinen Psychotherapeuten, sagt **Rainer Richter**. Das neue Diagnose-Handbuch der US-Psychiater sollte normale seelische Reaktionen nicht als krank bewerten.

Die **US-amerikanischen** Psychiater haben im Mai 2013 ihr neues Klassifikationssystem psychischer Erkrankungen, das „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V“ (DSM V) veröffentlicht. Die Neufassung des diagnostischen Klassifikationssystems hat in den USA heftige Kritik ausgelöst. Kritiker werfen dem DSM V vor, die Kriterien für psychische Erkrankungen aufzuweichen und alltägliche seelische Krisen und Turbulenzen, die jeder Mensch allein oder mit Familie und Freunden bewältigen kann, zur behandlungsbedürftigen Krankheit zu erklären. Da das DSM V die Neufassung der ICD-10-Klassifikation beeinflussen wird, die auch in Deutschland verbindlich ist, sind die Kritikpunkte für die Entwickler des ICD-11 sicherlich Warnsignale. Viele Psychotherapeuten teilen die Sorge, dass zum Beispiel Trauer nach dem Verlust eines nahestehenden Menschen zukünftig bereits nach zwei Wochen als krank gelten könnte. Wer intensiv trauert, erfüllt zwar häufig formal die Kriterien einer Depression, ist aber nicht krank. Die meisten Trauernden verkraften ohne Behandlung nach einer Phase, die Monate oder auch über ein Jahr dauern kann, den Verlust eines geliebten Menschen. Das Leiden und der Schmerz von Trauernden sollten nicht pathologisiert werden.

Zahl der ADHS-Diagnosen steigt. Wenig verständlich ist auch ein Aufweichen der diagnostischen Kriterien für das Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom (ADHS). Zukünftig müssen motorische Unruhe und mangelnde Konzentrationsfähigkeit im DSM V erstmalig vor dem zwölften Lebensjahr aufgetreten sein. Bisher gilt die Regel, dass diese Symptome bereits vor dem siebten Lebensjahr zu beobachten gewesen sein müssen, damit eine ADHS-Diagnose gestellt werden kann. Mit dem Heraufsetzen der Altersgrenze erhöht sich der mögliche

Kreis der Kinder und Jugendlichen, aber auch der Erwachsenen, die eine ADHS-Diagnose erhalten können, erheblich. Die diagnostischen Kriterien von ADHS sollten jedoch ausschließen, dass darunter Menschen erfasst werden, die in erster Linie spezifische schulische beziehungsweise berufliche Probleme haben. In Deutschland erhält bereits jetzt circa jeder fünfte Junge zwischen dem siebten und zwölften Lebensjahr eine ADHS-Diagnose und circa jeder zehnte Junge bekommt im Laufe der Kindheit und Jugend mindestens einmal Methylphenidat verordnet. Angesichts dieser Häufigkeit ist auch in Deutschland von einer deutlichen Überdiagnostik und pharmakologischen Übertherapie bei ADHS auszugehen.

Schnelle Hilfe für psychisch Kranke. Das neue US-amerikanische Diagnosesystem DSM V legt insgesamt einen zu starken Schwerpunkt auf die Vermeidung von Unterdiagnostik und nimmt damit eine massive Überdiagnostik von psychischen Störungen billigend in Kauf. Die Kritik am DSM V kann allerdings nicht eins zu eins auf Deutschland übertragen werden. US-Kritiker wie der Psychiater Allen Frances bemängeln vor allem den enormen Einfluss der Pharmaindustrie auf die Behandlung psychischer Erkrankungen. Psychische Diagnosen werden in den USA meist von Hausärzten gestellt und führen fast immer zu einer Verschreibung von Psychopharmaka. In Deutschland ist dagegen in erheblich größerem Umfang eine leitliniengerechte psychotherapeutische Behandlung von psychischen Erkrankungen zumindest möglich, wenngleich auch hier zu oft Psychopharmaka verschrieben werden.

Psychische Erkrankungen sind alltäglicher, als sich die meisten Menschen klarmachen. Psychisch Kranke finden sich fast in jeder Familie oder an vielen Arbeitsplätzen. Seelische Leiden gehören zu den Volkskrankheiten. Die deutsche Psychotherapeutenchaft setzt sich deshalb dafür ein, dass psychisch kranke Menschen eine genauso schnelle und gute Versorgung erhalten wie körperlich kranke Menschen. Das deutsche Gesundheitssystem ist bisher nicht in der Lage, diese Anforderung zu erfüllen. Eine Debatte um die Schärfe diagnostischer Kriterien ist deshalb sehr wichtig. Sie darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass psychische Erkrankungen tatsächlich häufig auftreten. Das alltägliche Leid psychisch kranker Menschen und ihr monatelanges Warten auf einen Behandlungsplatz sind real und Ergebnis niedrigschwelliger Diagnosekriterien. ■

Professor Dr. Rainer Richter ist Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer. **Kontakt: info@bptk.de**

Leserforum



Ihre Meinung ist gefragt.

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

Oder schreiben Sie uns:

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



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

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

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

Titel plainpicture/Lubitz + Dörner

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



G+G 4/2013

Niederlande: Reform auf Realitätskurs

Unterschiede bei der Finanzierung nicht erwähnt

Der in der G+G-April Ausgabe veröffentlichte Artikel „Reform auf Realitätskurs“ über das niederländische Gesundheitssystem weist bezüglich der Finanzierung nicht unerhebliche Lücken auf. Schlussfolgerungen für Deutschland sind deshalb in keiner Weise zu ziehen. Dies gilt selbst dann, wenn man die Modelle der „Bürgerversicherung“ von SPD und Bündnis 90/Die Grünen dabei berücksichtigt. Ein ganz erheblicher Unterschied zwischen den Niederlanden und Deutschland besteht darin, dass in den Niederlanden die „Versicherten“ die Beiträge zahlen – in Deutschland sind es die „Mitglieder“. Dies bedeutet, dass in den Niederlanden auch für Familienangehörige die einkommensunabhängigen Pauschalbeiträge zu zahlen sind. In Deutschland hingegen haben anspruchsberechtigte Familienangehörige prinzipiell keinen Beitrag zu zahlen. In den Niederlanden sind nur die Minderjährigen von der Beitragszahlung ausgenommen. Die Finanzierung dieser Personengruppe erfolgt über einen staatlichen Beitrag in den Krankenversicherungsfonds. Ebenfalls unerwähnt bleibt in dem Artikel die Beteiligung der Arbeitgeber an dem Beitragsaufkommen. Es entsteht der Eindruck, dass die Arbeitnehmer mit dem einkommensabhängigen Beitrag allein belastet bleiben. Diesen Beitrag erhalten sie von dem Arbeitgeber aber erstattet. Daneben zahlen sie den einkommensunabhängigen Pauschalbeitrag. Der

Personenkreis der Rentner wird in dem Artikel auch nicht erwähnt. Sie zahlen neben dem Pauschalbeitrag nach einem ermäßigten Beitragssatz einkommensabhängige Beiträge. Für alle Versicherten in den Niederlanden gilt, dass sie nach einem ermäßigten Beitragssatz zusätzlich Beiträge aus Einkommen von Kapitalvermögen zu zahlen haben. Die Tatsache, dass auch Versicherte ohne oder mit geringem Einkommen den Pauschalbeitrag zahlen müssen, erklärt auch den in den Niederlanden ständig ansteigenden steuerfinanzierten Sozialausgleich.

J. F., Mainz

G+G 4/2013

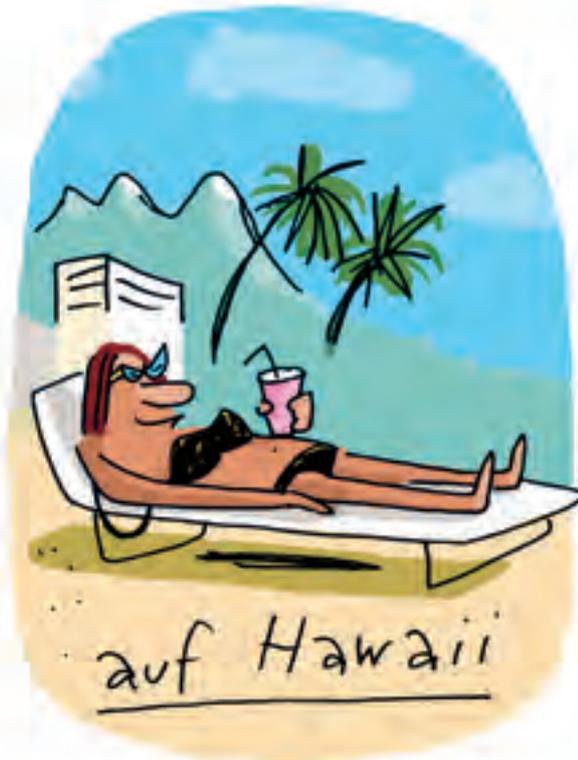
„Wer glücklich ist, lebt gesünder“

Mehr Gemütlichkeit würde uns allen gut tun

Es ist gut, dass der Schweizer Glücksforscher Bruno S. Frey im G+G-Interview eine triviale, aber leider allzu sehr in Vergessenheit geratene Erkenntnis in Erinnerung ruft: Glück schützt vor Kummer und Schmerz, seelischem wie körperlichem. Jeder von uns kann glücklich sein. Der eine mehr, der andere weniger, alle ein bisschen. Auch sollten wir uns wieder ein wenig mehr Gemütlichkeit und Gelassenheit verordnen. Wenn ich all die Menschen sehe, die völlig gestresst durch die Straßen laufen, stets ein Ohr am Handy, permanent auf Empfang und Abruf, dann möchte ich ihnen manchmal zurufen: Probiert es doch mal wieder mit Gemütlichkeit. Sie schützt vor Krankheit.

E.-M. H., Kassel

BECKs Betrachtungen



← S 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

Ist die neue Pille auch die bessere?

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

The New York Times



Ja, ich bestelle ...



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

Marcia Angell **Der Pharma-Bluff**

Wie innovativ die Pillenindustrie wirklich ist

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

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

(zzgl. 2,50 Euro Verpackung und Versand)

Lieferung gegen Rechnung per Bankeinzug

Vor- und Zuname

Straße, Haus-Nr.

PLZ

Ort

Konto-Nr.

BLZ

Geldinstitut

Datum, Unterschrift

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

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

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

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



AOK
Die Gesundheitskasse.



AOK
Die Gesundheitskasse.

Mit dem Rad
zur Arbeit 2013

Eine Initiative von
ADFC und AOK



adfc

Wenn ich motiviert werde, mit dem Rad
zur Arbeit zu fahren, dann ist meine
Gesundheit in besten Händen.

Los geht's zu mehr Gesundheit! Fahren Sie zwischen dem 1. Juni und 31. August an mindestens 20 Tagen „Mit dem Rad zur Arbeit“ und gewinnen Sie attraktive Preise. Alles zur Aktion unter www.mit-dem-rad-zur-arbeit.de oder bei der AOK in Ihrer Nähe.

Eine Gemeinschaftsaktion des Allgemeinen Deutschen
Fahrrad-Clubs und Ihrer AOK – Die Gesundheitskasse.

mit-dem-rad-zur-arbeit.de