



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT



# Wer hat die Nase vorn?

Gesundheit steht zur Wahl: Thesen, Talk und Trends

Die Pressestellen der AOK

# Gesundheit ist unser Thema!

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

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

## **AOK-BUNDESVERBAND**

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

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

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

## **AOK BADEN-WÜRTTEMBERG**

Hauptverwaltung  
Pressesprecher: Kurt Wesselsky

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

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

## **AOK BAYERN – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Zentrale  
Pressesprecher: Michael Leonhart

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

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

## **AOK BREMEN/BREMERHAVEN**

Pressesprecher: Jörn Hons

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

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

## **AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN**

Direktion  
Pressesprecher: Ralf Metzger

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

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

## **AOK – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR NIEDERSACHSEN**

Direktion  
Pressesprecher: Carsten Sievers

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

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

## **AOK NORDOST – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Pressesprecherin: Gabriele Rähse

Region Mecklenburg-Vorpommern  
Pressereferent: Markus Juhls

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

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

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

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

## **AOK NORDWEST – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Pressesprecher: Jens Kuschel

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

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

Tel. 0231/4193-10145

Tel. 0431/605-21171

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

Pressesprecher: André Maßmann

Region Hamburg: Pressesprecherin Antje Meyer

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

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

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

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

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

Pressereferent: Jan Rößler

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

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

## **AOK PLUS – DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR SACHSEN UND THÜRINGEN**

Pressesprecherin: Hannelore Strobel

Sitz Erfurt  
Stellvertretender Pressesprecher: Jürgen Frühauf

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

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

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

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

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

Pressesprecher: Andreas Arnsfeld

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

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

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

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

**AOK**  
Die Gesundheitskasse.

# Politik nutzt Patientenwissen

Viele Menschen mit Seltenen Erkrankungen warten lange auf Diagnose und Therapie. Sie werden daher Experten in eigener Sache. Das Gesundheitssystem profitiert von ihrer Erfahrung, sagt Selbsthilfe-Lobbyist **Christoph Nachtigäller**.

Nach europäischer Definition gelten mehr als 5.000 Krankheiten als selten. Schätzungen zufolge haben in Deutschland rund vier Millionen Menschen eine Seltene Erkrankung – insgesamt gesehen treten die „Seltenen“ also ziemlich häufig auf. Die große Patientengruppe steht – bei allen Unterschieden der Krankheitsbilder – vor gleichen Herausforderungen. Vor allem handelt es sich um strukturelle Probleme, die weder die erkrankten Menschen noch Politik, Ärzte, Kassen, forschende Pharmaunternehmen oder andere an der Versorgung Beteiligte allein lösen können. Das deutsche Gesundheitssystem mit seinen getrennten Sektoren sowie die im ambulanten Bereich zumeist fachspezialisierte Versorgung widerspricht dem Bedarf von Menschen mit Seltenen Krankheiten.

Ein Patient mit einer Seltenen Erkrankung irrt zurzeit im Durchschnitt mehrere Jahre durch das Gesundheitssystem, bevor die Diagnose der zumeist komplexen, genetisch bedingten Erkrankung gestellt wird. Und auch eine Diagnose gewährleistet keine interdisziplinäre Behandlung, wie sie häufig notwendig wäre. Die Patienten suchen zumeist selber nach medizinischer Expertise. Sie müssen nicht selten mit Kassen, Behörden und Ämtern kämpfen, wenn es um die Kostenübernahme für Therapie, Hilfsmittel oder Fahrten zu den wenigen Experten geht.

Der Rat der europäischen Gesundheitsminister hat 2009 allen Mitgliedsländern der Europäischen Union empfohlen, „Maßnahmen im Bereich Seltene Krankheiten“ zu ergreifen. Auch in Deutschland diente diese Empfehlung als Initialzündung für die Politik: Das Bundesgesundheitsministerium hat 2010 gemeinsam mit dem Bundesforschungsministerium und der Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen (ACHSE) e. V. das Nationale Aktionsbündnis für Menschen mit Seltenen Erkrankungen (NAMSE) ins Leben gerufen. Zusammen mit 24 weiteren Akteuren des Gesundheitswesens wurde in mehr als drei Jahren ein Nationaler Aktionsplan für Menschen mit Seltenen Erkrankungen erarbeitet.

## Die Expertise der Betroffenen kann die Gesundheitsversorgung verbessern.

Der Plan enthält Anstöße und konkrete Handlungsempfehlungen, die Versorgung von Menschen mit Seltenen Erkrankungen ihren Bedürfnissen entsprechend neu zu ordnen. Dazu gehören an erster Stelle spezialisierte Diagnose- und Versorgungszentren. Drei unterschiedliche Typen von Zentren sollen gewährleisten, dass Ärzte die Patienten mit Seltenen Erkrankungen dem Stand der medizinischen Erkenntnis entsprechend behandeln. Darüber hinaus soll hier die Forschung durch eine enge Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Wissenschaftlern und Selbsthilfeorganisationen vorangetrieben werden. Daneben enthält der Plan Vorschläge, wie die unzulängliche

Informationslage im Bereich der Seltenen Erkrankungen verbessert werden kann. Es geht darum, das vorhandene Wissen besser zu vernetzen und verfügbar zu machen – zum Beispiel mit einer zentralen Informationsplattform vor allem für Patienten und Ärzte. Es geht aber auch darum, Seltene Erkrankungen in der ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung

als festen Bestandteil zu etablieren. Studierende und niedergelassene Ärzte der Primärversorgung sollen sensibilisiert werden, bei Diagnose und Therapie an Seltene Erkrankungen zu denken.

Der Nationale Aktionsplan stellt wichtige Weichen für Menschen mit Seltenen Erkrankungen. Seine Umsetzung erfordert viel Kraft, Zeit, Geld und die Bereitschaft, starre Versorgungsstrukturen aufzuweichen. Ein Ziel aber hat die Selbsthilfe der Seltenen Erkrankungen jetzt schon erreicht: Politik, Industrie und öffentlicher Sektor akzeptieren uns als Diskussionspartner auf Augenhöhe. Die Erfahrung der Betroffenen wird anerkannt und genutzt. Patienten haben über Jahre und Jahrzehnte wertvolle Informationen gesammelt. Ihre Expertise ist in den Aktionsplan eingeflossen und kann so die Versorgung verbessern. Die Selbsthilfe von Menschen mit Seltenen Erkrankungen vertritt nicht nur die Interessen von Patienten, sondern gestaltet das Gesundheitssystem mit. Eine verlässliche und nachhaltige Förderung der Selbsthilfe ist deshalb unabdingbar. ■



**Christoph Nachtigäller**, Jahrgang 1943, Jurist, ist Mitinitiator und Vorsitzender der Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen (ACHSE). Er studierte in München und Bonn Jura mit dem Spezialgebiet Arbeits- und Sozialrecht. Von 1978 bis 2008 arbeitete er für die BAG SELBSTHILFE e.V., von 1990 bis 2008 war er deren Bundesgeschäftsführer. In dieser Funktion hat er zu den Gesundheitsreformen der vergangenen Jahre Stellung genommen und sich für die strukturierte Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen eingesetzt. Von 2004 bis 2008 vertrat Nachtigäller im Gemeinsamen Bundesausschuss die Belange von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen.

**Kontakt:** [www.achse-online.de](http://www.achse-online.de)

## Vorfahrt für die Pflege



H.-B. Henkel-Hoving,  
Chefredakteur

**Herzlichen Dank!** Herzlichen Dank, werte Leserinnen und Leser, dass Sie sich so zahlreich an unserer Umfrage zur Bundestagswahl beteiligt haben. Mehr als 180 G+G-Bezieher haben die Chance genutzt und den Fragebogen ausgefüllt. Herausgekommen ist ein qualifiziertes Stimmungsbild, das vor allem eines zeigt: Die nächste Bundesregierung kommt um eine umfassende

Reform der Pflegeversicherung nicht mehr herum.

So sitzt auf der einen Seite bei den G+G-Lesern die Enttäuschung über das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) tief: Für mehr als 44 Prozent aller Umfrage-Teilnehmer gehört das PNG zu den politischen Flops der vergangenen Legislatur.

Auf der anderen Seite ist offenkundig vielen klar, dass eine bessere Pflege nicht zum Nulltarif zu haben ist: **Fast 80 Prozent rechnen mit steigenden Beiträgen in der Pflegeversicherung.**

Mehr zu den Ergebnissen der G+G-Umfrage finden Sie in dieser Ausgabe ab Seite 20 und auf der Homepage des KomPart-Verlages unter [www.kompart.de](http://www.kompart.de). Die Gewinner des iPads sowie der 20 „Reform-Fibeln“ benachrichtigen wir in den nächsten Tagen schriftlich.

Mit Kritik an der Pflegepolitik der Regierungskoalition hielten auch die Teilnehmer des G+G-Gesprächs nicht hinterm Berg. **Heike Haarhoff (taz), Andreas Mihm (FAZ), Helmut Laschet (Ärzte Zeitung) und Uwe Preusker (Klinik Markt Inside)** nahmen zugleich die gesundheitspolitischen Initiativen von Schwarz-Gelb kritisch unter die Lupe. Nach gut anderthalb Stunden Diskussion war den klugen journalistischen Köpfen der Gesprächsstoffbeileibe nicht ausgegangen – nach der Reform heißt in der Gesundheitspolitik eben immer vor der Reform!

Eine anregende Lektüre wünscht Ihnen



## 36

**Bestandsaufnahme: Wie es um die Umsetzung der Heilkundeübertragungs-Richtlinie steht**

### MAGAZIN

#### 14 PLANEN NACH BEDARF

Die stationäre Versorgung muss sich künftig stärker an Qualität orientieren. Darin waren sich Experten bei der Diskussionsrunde „AOK im Dialog“ einig.

Von Thomas Hommel

#### 16 ENTWICKLUNGSHILFE BÜNDELT KONZEPTE

Im Netzwerk Providing for Health koordinieren Entwicklungshilfe-Partner ihre Arbeit. Die Mongolei setzt mithilfe dieser Initiative eine Gesundheitsreform um.

Von Otmar Müller

#### 18 BYE BYE MINUTENPFLEGE

Der Bericht des Expertenbeirats für einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff liegt vor. Nun ist die Politik am Zug, Taten folgen zu lassen.

Von Thomas Hommel

#### 19 „LEBEN OHNE ALKOHOL IST SEXY“

Feste feiern – das geht auch ohne alkoholische Getränke gut, sagt Frédéric Mauss. Der Informatikstudent engagiert sich beim Verein Juvente für ein drogenfreies Leben.

## TITELTHEMA BUNDESTAGSWAHL

### 20 LESERUMFRAGE: VOTUM FÜR DIE PFLEGE

Die G+G-Leser haben abgestimmt: Die Reform der Pflege steht auf ihrer Prioritätenliste für die künftige Gesundheitspolitik ganz oben.

Von Hans-Bernhard Henkel-Hoving

### 22 HANDBUCH FÜR REFORMER

Zu viel Menge, zu wenig Qualität – die Gesundheitspolitik hat in der nächsten Legislaturperiode einiges zu tun, um das Gesundheitswesen effizienter zu machen.

Von Jan Carels

### 30 „DAS SYSTEM MIT GELD ZUGESCHÜTTET“

Was hat die Gesundheitspolitik erreicht, was muss sie unbedingt anpacken? Beim G+G-Pressclub ziehen vier Journalisten Bilanz und blicken in die Zukunft.

Von Thomas Hommel und Hans-Bernhard Henkel-Hoving



## 22

Reformperspektiven: Wie sich aus Sicht der AOK die Gesundheitsversorgung verbessern lässt

## THEMEN

### 36 NEUE ROLLE FÜR DIE PFLEGE

Die Heilkundeübertragungs-Richtlinie sieht vor, Pflegekräften mehr Kompetenzen und Verantwortung zu geben. Doch Modellversuche lassen auf sich warten.

Von Nadine-Michèle Szepan

### 41 „FACHKRÄFTE TREIBT ES AUS DEM BERUF“

Das enge Pflegeverständnis verleidet motivierten Fachkräften ihren Beruf, sagt Pflegeexpertin Martina Hasseler. Sie seien qualifiziert dafür, bestimmte ärztliche Aufgaben verantwortlich zu übernehmen.



## RUBRIKEN

- 3 **Einwurf** Politik nutzt Patientenwissen
- 13 **Kommentar** PKV: Modelle mit Zukunft gefragt
- 42 **Recht** Arznei-Haftung: Bittere Pille nach Hirninfarkt
- 44 **AOK-Notizen** Aktuelles aus Bund und Ländern
- 46 **Service** Bücher, Termine und mehr
- 48 **Debatte** Krankenhäuser: Partnerschaft clever gestalten
- 49 **Nachlese** Briefe an die Redaktion
- 49 **Impressum** Wer steckt hinter G+G?
- 50 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen



## 30

Pressclub (v.l.o.): Heike Haarhoff, Helmut Laschet, Andreas Mihm und Uwe Preusker zur Gesundheitspolitik von heute und morgen

## FORTBILDUNG

## Netzwerk gegen den Pflegekollaps

Das Expertennetzwerk „Soziales neu gestalten“ (SONG) hat in drei Jahren 110 Fach- und Führungskräfte aus Sozialunternehmen sowie engagierte Bürger zu Quartiersmanagern für die Pflege qualifiziert. Der drohende Pflegekollaps sei weder mit mehr Geld, noch über Zuwanderung zu verhindern, sagte Barbara Steffens, Sozialministerin in Nordrhein-Westfalen, auf der Abschlusskonferenz des mit 1,4 Millionen Euro vom Europäischen Sozialfonds ESF und dem Land geförderten Projekts „LoVe – Lokale Verantwortungsgemeinschaften in kleinen Lebenskreisen“ in Berlin. Erforderlich sei vielmehr eine neue Kultur des Miteinanders von Familien, Nachbarn, engagierten Bürgern und professionellen Diensten im Wohnumfeld. SONG-Koordinator Bodo de Vries vom Evangelischen Johanneswerk forderte, ein Berufsbild für Quartiersmanager zu entwickeln und stationäre Pflegeeinrichtungen in die ambulante Betreuung Pflegebedürftiger in ihrer Nachbarschaft einzubeziehen. ■

## MEHR INFOS:

[www.netzwerk-song.de](http://www.netzwerk-song.de)

## HOCHWASSER

## Krankenkassen stunden Beiträge

Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen (KV) helfen den vom Hochwasser im Juni direkt betroffenen Menschen. Viele Kassen stundeten Arbeitgebern und Selbstzahlern die Beiträge. Auch Säumniszuschläge und Mahngebühren sowie Voll-



Hilfe aus der Nachbarschaft: In Nordrhein-Westfalen qualifizieren sich neben Fachleuten aus Sozialunternehmen auch Bürger zu Quartiersmanagern für die Pflege.

streckungen oder Pfändungen für ausstehende Beiträge werden meist noch bis Ende September nicht erhoben oder zurückgestellt. Die Kassen folgen damit einer Empfehlung des GKV-Spitzenverbandes, Flutopfern möglichst unbürokratisch zu helfen, wenn sie eine Bestätigung der Gemeinde, Fotos oder eine glaubhafte eigene Erklärung vorlegten. Die KV Bayern beschloss, bis zu 1,5 Millionen Euro für vom Hochwasser betroffene Praxen bereitzustellen. In Thüringen und Sachsen-Anhalt soll jede geschädigte Praxis von der zuständigen KV 5.000 Euro erhalten. In Sachsen hilft die KV bei Aufnahme und Bewertung des Schadens sowie organisatorisch gegenüber Ämtern und Versicherungen. Dort waren mehr als 100 Praxen vom Hochwasser geschädigt worden. Die Schäden seien in den meisten Fällen durch Versicherungen gedeckt, sagte KV-Chef Klaus Heckemann. Zudem könnten Ärzte und Apotheker für bis zu drei Jahre zins- und tilgungsfreie Bankkredite in Höhe von bis zu 25.000 Euro erhalten, um die Zeit zu überbrücken, bis die Versicherung zahle. ■

## VORSORGE

## Studie deckt Impflücken auf

Rund ein Drittel aller Erwachsenen in Deutschland hat sich in den vergangenen zehn Jahren nicht gegen Tetanus impfen lassen. 43 Prozent fehlt ein aktueller Impfschutz gegen Diphtherie, nur zwölf Prozent sind gegen Keuchhusten geimpft. Jedem fünften 18- bis 29-jährigen und jedem zweiten 30- bis 39-jährigen fehlt der Schutz gegen Masern. 44 Prozent der Erwachsenen haben sich aber zumindest einmal im Leben gegen Grippe impfen lassen. Das ergab eine Studie mit

8.000 Teilnehmern des Robert Koch-Instituts zur Gesundheit Erwachsener (DEGS1), die erstmals seit 15 Jahren repräsentative Daten zu Impfquoten in der deutschen Bevölkerung enthält. Insgesamt habe sich der Impfschutz verglichen mit 1998 zwar leicht verbessert, auch bei Tetanus, wo sich der Anteil der Erwachsenen mit komplettem Impfschutz um zehn Prozentpunkte erhöht habe. Zufriedenstellend sei die Entwicklung aber nicht, berichten die Autoren Christina Poethko-Müller und Roma Schmitz im Bundesgesundheitsblatt (Ausgabe 56/2013). ■

## kurz &amp; bündig

**+++ PFLEGE:** Die Deutsche Bundesbank rechnet mit einem „spürbaren Überschuss“ in der gesetzlichen Pflegeversicherung. Die Einnahmen seien nach der Beitragssatzerhöhung zum Jahresbeginn im ersten Quartal um 7,5 Prozent gestiegen, die Ausgaben nur um knapp vier Prozent, so der aktuelle Quartalsbericht der Bundesbank. **+++ INTERNET:** Das Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem hat vor Zensur von Gesundheitsinformationen im Internet gewarnt. Gute Informationen herauszufiltern sei eine Herausforderung, Transparenz dabei das wichtigste Gütezeichen. **+++ PHARMA:** Die forschenden europäischen Pharmakonzerne haben 2012 Arzneimittel im Wert von 210 Milliarden Euro (plus zwei Prozent) produziert. Wie ihr Dachverband EFPIA mitteilte, waren auch die Ausgaben der Unternehmen für Forschung und Entwicklung mit rund 30 Milliarden Euro 2012 so hoch wie noch nie.



# Tiefer eintauchen!

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

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



**G+G**  
Gesundheit und Gesellschaft



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



Viermal im Jahr:  
G+G-Wissenschaft

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

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

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



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

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

**KomPart**  
Ihr KommunikationsPartner

## INTERNET

**Suchtberatung für Schwangere**

An der Universität Tübingen hat ein dreijähriges Projekt zur Verringerung des Alkohol- und Tabakkonsums von Schwangeren begonnen. Das vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Programm IRIS II hat das Ziel, schwangere Frauen beim Verzicht auf Alkohol und Tabak zu unterstützen. Dafür haben die Wissenschaftler eine Beratungsplattform im Internet eingerichtet. Nun wird erprobt, in welcher Form das Projekt am besten wirkt. Es soll sich als niedrighschwelliges Unterstützungsangebot für schwangere Frauen etablieren. Die Dauer der Unterstützung beträgt zwölf Wochen, die Behandlung erfolgt anonym. Dazu gehört ein wöchentlicher Mail-Kontakt mit einem Therapeuten. Zur Unterstützung der Abstinenz erhalten die Frauen nach der



Entbindung Erinnerungsmails. Ziel ist es, dass Schwangere mit der Aufnahme ins Programm aufhören, Suchtmittel zu konsumieren. Die zwölfwöchige Behandlungsphase soll die Abstinenz stabilisieren und vor Rückfällen schützen beziehungsweise zur Bewältigung von Rückfällen dienen. ■

**MEHR INFOS:**  
[www.iris-plattform.de](http://www.iris-plattform.de)

**Zitat des Monats**

**Wahlkampf gleicht dem Versuch, einen Touristen statt im Hotel im Reiseprospekt unterzubringen.**

**Karl Garbe**, deutscher Publizist

**SCHLICHTUNGSSTELLEN**  
**Patienten melden öfter Fehlverdacht**

Die Zahl der nachgewiesenen Behandlungsfehler in Arztpraxen und Krankenhäusern ist seit Jahren gleich. Die von Patienten vorgebrachten Verdachtsfälle bei den Gutachter- und Schlichtungsstellen der Ärztekammern steigen dagegen an – im vergangenen Jahr um zehn Prozent, wie die Bundesärztekammer berichtete. Insgesamt hätten 2012 rund 12.000 Patienten bei den Schlichtungsstellen Gutachten beantragt. Bei jeder vierten von 7.578 im gleichen Zeitraum bearbeiteten Beschwerden bestätigte sich der Verdacht. Darüber hinaus seien in 391 weiteren Fällen Behandlungsfehler aufgedeckt worden. 82 Menschen starben aufgrund von Behandlungsfehlern – vor allem in Kliniken. Unter Einbeziehung der Fehlerstatistik des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen, der Gerichte und der Haftpflichtversicherer sei von insgesamt nur 36.000 bis 40.000 strittigen Fällen auszugehen, sagte der Präsident der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Andreas Crusius. Die Unabhängige Patientenberatung und die Deutsche Stiftung Patientenschutz vermuten eine hohe Dunkelziffer. Die gemeldeten Verdachtsfälle seien nur die Spitze des Eisbergs, sagte Stiftungsvorstand Eugen Brysch. ■

**BETRIEBLICHE PRÄVENTION**  
**Kompetenz zum Schutz der Psyche**

Baden-Württemberg stellt zur Prävention psychischer und psychosomatischer Störungen bei Arbeitnehmern und Auszubildenden rund 700.000 Euro zur Verfügung. In einem Kompetenzzentrum sollen in den nächsten zwei Jahren Psychiater, Psychosomatiker, Kinder- und Jugendpsychiater mit Arbeits- und Sozialmedizinern sowie Gesundheitsökonominnen aller fünf Medizinischen Fakultäten Baden-Württembergs zusammenarbeiten. Sie vermitteln Angehörigen von Gesundheitsberufen und Führungskräften in der Lern- und Arbeitswelt, wie sie ein auf Alter und Arbeitsplatzsituation abgestimmtes Präventionsprogramm anbieten können. ■

**SPANIEN**  
**Wer zahlt für kranke Touristen?**

Die Europäische Kommission geht Beschwerden von Reisenden nach, wonach Krankenhäuser in Spanien immer häufiger die kostenlose Behandlung von gesetzlich versicherten EU-Bürgern anderer Länder ablehnen. Statt der nationalen Krankenversicherungskarte, die in der Regel als „Europäische Krankenversicherungskarte (EKVK)“ gilt, würden angeblich von Touristen häufig Angaben zu

Reiseversicherungen und Kreditkarten verlangt, über die dann Leistungen abgerechnet würden, die ihnen kostenlos zustehen. Die EU-Kommission hat von der spanischen Regierung Auskunft verlangt. Sollte diese nicht zufriedenstellend ausfallen, droht Spanien ein förmliches Vertragsverletzungsverfahren. EKVK-Inhaber haben bei vorübergehendem Aufenthalt in einem anderen EU-Land, der Schweiz, Liechtenstein, Norwegen und Island Anspruch auf medizinische Notfallhilfe zu den selben Bedingungen und Kosten wie die Staatsangehörigen des betreffenden Staates. ■

**ÄRZTEAUSBILDUNG**  
**Viele Praktikanten erhalten kein Geld**

Jeder vierte Medizinstudierende in Deutschland erhält nach Angaben des Hartmannbundes im Praktischen Jahr (PJ) keine Vergütung. Das geht aus Zwischenergebnissen einer Online-Umfrage unter rund 25.000 studentischen Mitgliedern des Verbandes hervor. Der Hartmannbund fordert eine PJ-Mindestvergütung in Höhe des BAföG-Höchstsatzes für Studierende von 597 Euro im Monat. Ziel der Umfrage sei eine lückenlose Übersicht über die Zahlungsmoral der Universitätskliniken und Lehrkrankenhäuser, sagte Kristian Otte, Vorsitzender des Ausschusses der Medizinstudierenden im Hartmannbund. Offenbar würden einige Verantwortliche nur auf öffentlichen Druck reagieren und darüber nachdenken, welches Signal sie setzen, wenn sie den ärztlichen Nachwuchs ohne Aufwandsentschädigung in ihren Kliniken arbeiten ließen. ■

## Weich gespülter Arznei-Check?

**Neue Regeln für die Nutzenbewertung: Hersteller können zwischen mehreren, vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) vorgegebenen Vergleichstherapien wählen, um den Zusatznutzen ihres neuen Medikaments zu belegen. Wird das Verfahren dadurch abgeschwächt?**



**BIRGIT FISCHER**, *Hauptgeschäftsführerin des Verbandes forschender Pharmaunternehmen (vfa)*: Nein. Die frühe Nutzenbewertung hat jetzt die Chance, in der Versorgungspraxis anzukommen! Die Bestimmung der zweckmäßigen Vergleichstherapie soll künftig nach rein medizinischen Kriterien erfolgen. Damit gewinnt der GBA einen größeren Beurteilungsspielraum. Er kann die gesamte Evidenz berücksichtigen und wird seltener gezwungen sein, Bewertungen aus formalen Gründen scheitern zu lassen. Das Gremium erhält die Chance, den Besonderheiten der Patientenversorgung besser Rechnung zu tragen. Letztlich ist entscheidend, dass die Patienten von den Veränderungen profitieren.

**DR. ANTJE HAAS**, *Leiterin der Abteilung Arznei- und Heilmittel beim GKV-Spitzenverband*: Definitiv ja! Die von der Koalition herbeigeführte Änderung führt zu einer Entkopplung der Wirtschaftlichkeitsaspekte bei der Auswahl der zweckmäßigen Vergleichstherapie und widerspricht klar dem gesetzlichen Auftrag des GBA. Die dem pharmazeutischen Unternehmer eingeräumte Wahlmöglichkeit eröffnet ihm mit Blick auf die Erstattungsverhandlungen neue strategische Möglichkeiten. In der Folge bedeutet dies sicherlich höhere Erstattungsbeträge und somit höhere Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung. Die geplanten Einsparungen durch das Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz werden damit sicher nicht mehr realisiert.



**JOSEF HECKEN**, *unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses*: Die Änderungen bringen eine Flexibilisierung bei der Festlegung der zweckmäßigen Vergleichstherapie mit sich, stellen die Nutzenbewertung aber nicht infrage. Der GBA bleibt als Bewertungsinstanz Herr des Verfahrens und bestimmt weiterhin die Vergleichstherapie. Das ist entscheidend, denn Unternehmen können keine beliebige Vergleichstherapie wählen. Nur dann, wenn im konkreten Einzelfall therapeutisch mehrere Vergleichstherapien in Frage kommen, kann das Unternehmen – aber nur aus den zuvor durch den GBA bestimmten Gruppe von Wirkstoffen – auswählen, mit welcher Substanz sein Präparat verglichen wird. Dies wurde bei bisherigen Bewertungsverfahren auch oft auch so gehandhabt und ist nun ausdrücklich noch einmal per Gesetz fixiert.

**ILONA KÖSTER-STEINEBACH**, *Referentin Gesundheit beim Verbraucherzentrale Bundesverband*: Der Teufel steckt im Detail. Geregelt wurde, dass bei gleichermaßen zweckmäßigen Alternativen für die Vergleichstherapie der Unternehmer wählen kann, gegenüber welcher der (Zusatz-)Nutzen nachgewiesen wird. Ob damit die Nutzenbewertung aufgeweicht wird, hängt ab von der Auslegung der „gleichermaßen zweckmäßigen Alternativen“. Wenn die Unternehmen hier ähnlich kreativ vorgehen wie bisher mitunter geschehen, ist der Konflikt vor Gericht programmiert. Dort entscheidet sich, wie es sich mit dem „gleichermaßen zweckmäßig“ verhält. Bis das geklärt ist, besteht ein Risiko für die Nutzenbewertung.



### NATURHEILKUNDE

## Anis wird Heilpflanze des Jahres 2014

Der Naturheilverein Theophrastus hat Anis zur Heilpflanze des Jahres 2014 gekürt. Anisfrüchte wirken gegen Blähungen, fördern die Verdauung und lösen Schleim. Außerdem könnten sie viele chronische Krankheiten positiv beeinflussen, teilte der Vorsitzende des Heilpraktiker-Verein, Konrad Jungnickel, beim 10. Heil-



gen und dabei vor allem die zunehmenden Resistenzen gegen Antibiotika. Auch Routineoperationen wie der Einsatz künstlicher Hüften und Chemotherapie würden dadurch riskanter. Die G8-Minister kamen überein, gemeinsam neue Antibiotika und Technologien für beschleunigte Diagnosen und gezieltere Behandlungen zu entwickeln. In Vertretung von Bundesforschungsministerin Johanna Wanka unterzeichnete ihr Staatssekretär Georg Schütte die gemeinsame Erklärung. Die G8-Forschungsminister hatten zuletzt 2008 in Japan getagt. In London nahmen erstmals die Vorsitzenden der G8-Forschungsakademien an einem G8-Ministertreffen teil, die seit 2005 jedes Jahr gemeinsame Stellungnahmen zu jeweils aktuellen Themen zur Unterstützung der Regierungsverhandlungen während der G8-Gipfels erarbeiten. ■

### KOOPERATION

## Tunesische Pfleger lernen in Hamburg

Die Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium, Ulrike Flach, hat bei einem Besuch in Tunis eine Ausbildungskooperation im Gesundheitswesen vereinbart. Auf der Grundlage eines erfolgreich verlaufenen Projektes zur Ausbildung von 150 tunesischen Krankenpflegeschülerinnen und -schülern an Kliniken in Hamburg sollen weitere Ausbildungs- und Weiterbildungspartnerschaften in der Facharztzubereitung und Altenpflege abgeschlossen werden. Damit leiste Deutschland einen Beitrag zur gesellschaftlichen Transformation in Tunesien, sagte Flach. ■

kräuter-Fachsymposium in Sachsen mit. Der Verein will mit der Auszeichnung helfen, naturkundliches Wissen zu bewahren. ■

### FORSCHUNG

## G8-Staaten suchen neue Antibiotika

Die Forschungsminister der G8-Staaten Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Italien, Japan, Kanada, Russland und USA haben sich kurz vor dem Gipfel der G8-Staats- und Regierungschefs in London getroffen. Ganz oben auf der Agenda stand nach Angaben des britischen Innovationsminister David Willetts der Umgang mit globalen Herausforderun-

## BRANDENBURG

## Staatsbank fördert Pflegeheime

Die Investitionsbank des Landes Brandenburg (ILB) hat seit ihrer Gründung vor 20 Jahren rund 3.100 Vorhaben in der Gesundheitswirtschaft mit Krediten und Zuschüssen in Höhe von 2,5 Milliarden Euro finanziert. Der größte Teil davon – 1,5 Milliarden Euro – floss in den Bau und die Modernisierung von Pflege- und Wohnstätten für alte, behinderte und kranke Menschen, 230 Millionen Euro in die Modernisierung von Kliniken. Auch rund 800 Arztpraxen und Apotheken hätten zusammen gut 90 Millionen Euro erhalten, sagte ILB-Vorstandschef Tillmann Stenger bei der Vorstellung des Geschäftsberichtes 2012. ■

## KLINIKTRÄGER

## Babyboomer im Reha-Alter

Ein höheres Reha-Budget hat der Geschäftsführer der Celenus-Kliniken, Berthold Müller, kürzlich in Berlin gefordert. Müller wies darauf hin, dass derzeit die Babyboomer ins Reha-Alter kämen. Dieses liege schwerpunktmäßig zwischen 45 und 60 Jahren. „Es ist nicht hinzunehmen, dass das Problem gelöst wird, indem mehr Ablehnungsbescheide verschickt werden“, erklärte Müller. Celenus engagiere sich auch in vor- und nachgelagerten Bereichen der Reha. So weite die Klinik-Gruppe ihr Angebot an Prävention und betrieblicher Gesundheitsförderung aus. Das Offenburger Unternehmen hat 2012 nach eigenen Angaben seinen Umsatz um 36 Prozent gesteigert und drei neue Kliniken gekauft, darunter ein Akut-Haus. ■

## Köpfe und Karrieren



+++ **KARL-JOSEF LAUMANN**, 57, Vorsitzender der CDU-Fraktion im Landtag Nordrhein-Westfalen, ist als Bundesvorsitzender der Christlich-Demokratischen Arbeitnehmerschaft (CDA) bestätigt worden. Der gelernte Maschinenschlosser bekleidet diesen Posten seit 2005. Der CDU gehört er seit 1974 an. 1990 zog er in den Bundestag ein, dem er bis 2005 angehörte. Anschließend errang er ein Mandat für den nordrhein-westfälischen Landtag und war bis 2010 Arbeits- und Sozialminister des Landes. Seit elf Jahren gehört er dem CDU-Bundesvorstand und seit 2004 dem Präsidium an.

+++ **ANNETTE GRÜTERS-KIESLICH**, 57, bleibt für weitere fünf Jahre Dekanin der Charité – Universitätsmedizin. Die C4-Professorin ist damit weiterhin die einzige Dekanin der 36 medizinischen Fakultäten in Deutschland. Bis zu ihrer erstmaligen Wahl zur Dekanin im Jahr 2008 war sie Ärztliche Leiterin des Centrums für Frauen-, Kinder- und Jugendmedizin der Charité und leitete die Poliklinik und das Sozialpädiatrische Zentrum für chronisch kranke Kinder. Sie ist unter anderem Mitglied der Senatskommission für Klinische Forschung der Deutschen Forschungsgemeinschaft, der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften und der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina.



+++ **UWE LAUE**, 56, führt als neuer Vorsitzender den Verband der privaten Krankenversicherung (PKV). Er hat das Amt von Reinhold Schulte übernommen, der mit Erreichen der Altersgrenze den Verbandsvorsitz nach elf Jahren niederlegte. Uwe Laue, der seine Ausbildung zum Versicherungskaufmann bei der Stuttgarter Debeka machte, stieg schließlich im Jahr 2002 zum Vorstandsvorsitzenden der Debeka Versicherungen auf. Zwei Jahre später wurde er zum stellvertretenden Vorsitzenden des PKV-Verbandes gewählt.

+++ **MANFRED WITKOWSKI**, 63, steht weiterhin als Vorstandsvorsitzender an der Spitze des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes (DEKV). Als stellvertretende Vorsitzende bestätigte die DEKV-Mitgliederversammlung Andrea Trenner, Ordensoberin des Johanniter-Ordens in Berlin. Manfred Witkowski ist zudem Vorstand der Evangelischen Krankenhäusergesellschaft, einer Holding mit drei Kliniken und weiteren Gesundheitseinrichtungen, sowie Geschäftsführer der Valeo-Kliniken, einem Verbund von 14 evangelischen Krankenhäusern in Westfalen.



+++ **JÖRG TWIEFEL**, 49, vertritt künftig den alleinigen Vorstand der AOK Bremen/Bremerhaven, Olaf Woggan, bei dessen Abwesenheit. Jörg Twiefel ist Krankenkassenbetriebswirt und steuert seit November 2004 die Direktion Markt der Gesundheitskasse. Vor seinem Wechsel zur Gesundheitskasse in Bremen/Bremerhaven war er seit 1994 unter anderem für die AOK Niedersachsen und die AOK Sachsen-Anhalt tätig. Ehrenamtlich engagiert sich der gebürtige Walsroder als Bundesvorsitzender der Straffälligen-Hilfe Schwarzes Kreuz.

+++ **GUIDO NOELLE**, 50, übernimmt am 1. September von Stefan Hahne die Geschäftsführung der gevko GmbH Gesundheit · Versorgung · Kommunikation. Professor Noelle ist Experte für Versorgungsforschung und hat sich unter anderem auf Fragen des Arzneimittelmanagements und der Gestaltung von Selektiv- und Integrierten Versorgungsverträgen spezialisiert. Der promovierte Mediziner lehrt als Honorarprofessor Medizinische Informatik und eHealth an der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg in Sankt Augustin. Zuvor arbeitete er als EDV-Leiter und Gesundheitsökonom beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen und anschließend bei der InterComponentWare AG, einem IT-Lösungsanbieter für die Medizinbranche. Die gevko GmbH entwickelt IT-Standards für Einzelverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern.



# Wer up to date sein will...



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

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

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

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

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

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

Ja, ich bestelle ...

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

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

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

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



Lieferung gegen Rechnung  per Bankeinzug

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

\_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

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

\_\_\_\_\_  
BLZ

\_\_\_\_\_  
Geldinstitut

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

## WASSERSPORT

## Hobbytaucher gehen hohes Risiko ein

Tauchen ist nicht nur für Extremsportler gefährlich, die mit oder ohne Atemgerät in große Tiefen vorstoßen. Auch Hobbytaucher stehen vor den zwei Grundproblemen dieses Wassersports: Atmung und Druck. Bereits ab ein Meter Tiefe wird der Druck so groß, dass ein Mensch nicht mehr genug Kraft für die Atmung aufbringen kann. Mit jedem Meter mehr steigt der Druck um 0,1 Bar. In 30 Meter Wassertiefe wird die Lunge auf ein Viertel ihres Volumens zusammengedrückt. Auch das Innenohr, die Nasennebenhöhlen, die Augen und sogar Zahnfüllungen sind von den Druckänderungen betroffen. Die Risiken sollten nicht unterschätzt werden, sagte der Kölner Chefarzt für Intensivmedizin Jürgen Thomas Lutz in seiner Antrittsvorlesung über extreme Formen des Tief-



und Apnoetauchens als Professor im Studiengang Physiotherapie an der Medical School der Fresenius-Hochschule Köln. Geübte Taucher sorgten mit speziellen Belüftungstechniken für einen Druckausgleich in den Körperhöhlen, ohne den sich die Bindehaut des Auges eintrüben oder das Trommelfell platzen könne. Bei Tauchunfällen komme es auch zu Hautirritationen, Muskel- und Gelenkschmerzen, Herzproblemen, neurologischen Ausfällen oder Lähmungserscheinungen. ■

## SOZIALVERSICHERUNG

## Gefangene bleiben ausgeschlossen

Wenn es nach den Sozialpolitikern im Bundestag ginge, würden Strafgefangene in die gesetzliche Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung einbezogen. Die Links-Fraktion hatte eine entsprechende Regelung beantragt. Das lehnten die anderen Fraktionen und das Plenum des Bundestages aber ab (Drucksache 17/13806). Die Bundesländer müssten jährlich rund 160 Millionen Euro mehr für die

Gefangenen an die Sozialversicherungen zahlen. Deshalb gebe es dafür keine Mehrheit im Bundesrat, argumentierten CDU/CSU. Die SPD sah die Schwierigkeit, Strafgefangenen eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung zu garantieren. Regeln müsse man zudem den Zugang älterer ehemaliger Strafgefangener zur Krankenkasse, so die SPD. Sie enthielt sich ebenso wie die Grünen der Abstimmung im Bundestag. Die FDP lehnte eine Regelung ab, weil der Strafvollzug Ländersache sei. ■

## SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH

## „Die Entscheidung für die Organspende ist eine für Leben“

Die Zahl der Organspenden in Deutschland ist zuletzt bedenklich zurückgegangen. Dazu Fragen an **Wolfgang Ropertz**, alternierender Verwaltungsratsvorsitzender der AOK Rheinland/Hamburg.



**G+G:** Herr Ropertz, bundesweit warten etwa 12.000 Patienten auf ein Spenderorgan. Wie lässt sich die Spendebereitschaft erhöhen?

**ROPERTZ:** Die Regelverstöße an mehreren Kliniken haben leider zu großer Verunsicherung geführt. Wichtig ist, Transparenz beim Organvergabesystem zu schaffen, die solche Fälle verhindert. Zudem dürfen wir nicht nachlassen, die Menschen über alle Aspekte einer Organspende aufzuklären. Gerade die AOK Rheinland/Hamburg geht hier mit Projekten wie dem Aktionsbündnis Organspende voran. Wir wollen Informationslücken beseitigen und Ängste abbauen. Denn klar ist: Die Entscheidung für die Organspende ist eine Entscheidung für Leben.

**G+G:** Besteht nicht die Gefahr, dass moralischer Druck ausgeübt wird?

**ROPERTZ:** Nein, einen moralischen Druck gibt es nicht. Jedem Menschen ist die Entscheidung, Organspender zu werden, freigestellt. Wir wollen die Menschen aber für das Thema sensibilisieren, über

ihre Möglichkeiten informieren und zu einer Entscheidung auffordern. Neben ‚Ja‘ oder ‚Nein‘ kann dann auch angegeben werden, dass man sich erst später festlegen möchte. Wer auf das Schreiben nicht reagiert, für den bleibt alles beim Alten. Hier würden erst nach dem Tod die Angehörigen befragt, ob sie einer Organ-Entnahme zustimmen.

**G+G:** Was tut die AOK Rheinland/Hamburg beim Thema Organspende?

**ROPERTZ:** Schon lange vor der gesetzlichen Neuregelung im November 2011 haben wir das Thema mit vielen Aufklärungsaktionen begleitet. So wurden etwa Organspendeausweise bei Fußball-Bundesligaspielen verteilt oder das Aktionsbündnis Organspende ins Leben gerufen – mit prominenter Unterstützung von Frank-Walter Steinmeier bis Rudi Völler. Die Resonanz darauf war überaus erfreulich. Aber wir dürfen gerade jetzt nicht nachlassen, immer wieder auf die Notwendigkeit der Organspende hinzuweisen.

## Modelle mit Zukunft gefragt

Steigende Prämien, eingeschränkte Wechselmöglichkeiten, kaum Einfluss auf die Qualität von Leistungen – die private Krankenversicherung ist herausgefordert. Ein schlichtes „Weiter so“ verbietet sich daher für die Branche, meint Ilse Schlingensiepen.



**MANCHE MANAGER** aus der privaten Krankenversicherung (PKV) scheinen der Überzeugung zu sein: Wenn Schwarz-Gelb die Wahl im September gewinnt und das Schreckgespenst der Bürgerversicherung erst einmal verjagt ist, braucht sich die Branche keine Sorgen mehr zu machen. Dann hat das Geschäftsmodell weiter den politischen Rückhalt, den es braucht – und alles kann so weitergehen wie bisher. Doch diese Hoffnung trägt, und die klugen

Vertreter der Branche wissen das auch. Ihnen ist klar, dass die PKV unabhängig vom Ausgang der Bundestagswahl große Baustellen zu bearbeiten hat. Nur wenn sie damit erfolgreich sind, haben die PKV-Unternehmen auch künftig eine Chance. Themen wie stark steigende Beiträge, die nur eingeschränkten Wechselmöglichkeiten zwischen den Versicherungsunternehmen und der unzureichende Leistungsumfang mancher Tarife haben die Branche in den vergangenen Jahren verstärkt unter öffentlichen und politischen Druck gebracht. Die Negativ-Schlagzeilen machen selbst Anhängern des Geschäftsmodells die Verteidigung der privaten Krankenversicherer schwer. Auch wenn Branchenvertreter gerne Verbraucherschützer und Presse für ihr ramponiertes Image verantwortlich machen: Die PKV hat es vor allem sich selbst zuzuschreiben, dass ihr politischer Rückhalt schwindet.

Deshalb müssen die privaten Krankenversicherer zu dauerhaften und tragfähigen neuen Modellen kommen. Zwar gibt es in der Branche Lösungsansätze und Initiativen. Mit der flächendeckenden Umsetzung, auf die sich die Kunden wirklich verlassen könnten, hapert es aber. Wenn es darauf ankommt, überwiegt bei einzelnen Unternehmen dann doch wieder das Schielen auf den kurzfristigen individuellen Vorteil. Das Nachsehen haben die Versicherten, der Ärger bei den Politikern wächst.

Es liegt zwar nicht in der Hand der PKV, wie die regierenden Parteien die künftige Ausrichtung des Krankenversicherungsmarktes in Deutschland gestalten werden – ob mit Beibehaltung des dualen Systems, einer Bürgerversicherung oder einem integrierten Krankenversicherungsmarkt. Welche Rolle die Branche in der Krankenversicherung langfristig spielen wird, hängt aber auch davon ab, wie die Unternehmen mit den aktuellen Herausforderungen umgehen. Eins ist klar: Wenn sie nach dem Prinzip „Weiter so wie bisher“ verfährt, hat die PKV schlechte Karten – unabhängig davon, wie der Urnengang im September endet. ■

**Ilse Schlingensiepen** ist Wirtschaftsjournalistin in Köln und NRW-Korrespondentin der „Ärzte Zeitung“.

### SCHWEIZ

## Zulassungsstopp für ausländische Ärzte

Seit dem 1. Juli dürfen sich ausländische Fachärzte in der Schweiz nicht mehr niederlassen. Nur für Hausärzte gilt kein Zulassungsstopp. Die Schweiz kehrt damit zur von 2002 bis 2011 geltenden Praxis zurück. Nach deren Aufhebung hatten sich die Niederlassungsanträge in den grenznahen Kantonen Basel und Zürich, im Tessin und in Genf verdoppelt und verdreifacht. Der Schweizerische Bundesrat, der die Kehrtwende mit der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes vollzog, sieht den Zulassungsstopp als Notnagel. Die Kantone hätten keine Instrumente, um die Niederlassungen zu steuern. Der Zulassungsstopp ist zunächst auf drei Jahre befristet. Voraussetzungen werden ihn nur drei oder vier der 26 Kantone strikt anwenden. ■

### GESCHLECHTSZUWEISUNG

## Besserer Schutz für intersexuelle Kinder

Operationen zur Geschlechtszuweisung oder Geschlechtsanpassung an minderjährigen Intersexuellen sollen vor deren Einwilligungsfähigkeit verboten werden. Das haben SPD, Grüne und Linke im Bundestag beantragt. Eine stellvertretende Einwilligung der Eltern in irreversible geschlechtszuweisende Operationen dürfe nur in Notfällen zulässig sein. Die Fraktionen setzen sich dafür ein, Menschen, die in ihrer Kindheit gegen ihren Willen operiert worden sind, zu entschädigen. Die CDU/CSU ist für ein Verbot der fraglichen Operationen, hält aber trotz einer Stellungnahme des

Deutschen Ethikrates eine abschließende Bewertung noch nicht für möglich. Die Diskussion dürfe nicht auf die Frage des Verbots von Operationen verkürzt werden (Bundestags-Drucksache 17/14014). Nach Angaben der Fraktionen werden in Deutschland jährlich 150 bis 340 Kinder geboren, deren Geschlecht nicht eindeutig ist. Die Gesamtzahl der Menschen mit „Varianten in der Geschlechtsentwicklung“ liege bei 8.000 bis 10.000. ■

### TRANSPLANTATIONEN

## Regelt China die Organspende neu?

China arbeitet am Aufbau eines nationalen Organspendesystems. Dieses könnte dazu führen, dass Organe hingerichteter Häftlinge nicht mehr für Transplantationen genutzt werden. Man werde in zwei Jahren die Abhängigkeit von solchen Organen beseitigen, sagte der langjährige chinesische Vize-Gesundheitsminister Huang Jiefu der Deutschen Presseagentur in Peking. Allerdings wurde Huang im März entlassen. Aber auch Wang Haibo, Direktor des Koordinationszentrums in Shenzhen, das seit 2011 das neue Verteilungsnetzwerk aufbaut, hat es als unethisch bezeichnet, exekutierte Verbrecher als „Ersatzteil-Lieferanten“ zu nutzen. Das neue Verteilungssystem müsse die Spendenbereitschaft verbessern und kulturelle Hindernisse überwinden, sagte Wang. Nach Angaben des Pekinger Gesundheitsministeriums stammte mehr als die Hälfte der im vergangenen Jahr transplantierten 5.846 Nieren von Hingerichteten, von 2.026 Lebern waren es drei Viertel. ■

# Planen nach Bedarf

Zu viele unnötige Operationen, kaum Anreize für Qualität: Die Kliniklandschaft in Deutschland gehört nach Ansicht von Experten kräftig umgepflügt, wie eine Diskussionsrunde des AOK-Bundesverbandes deutlich machte. **Von Thomas Hommel**

**Tiefgreifende Reformen** im Krankenhausbereich sind laut AOK-Bundesverband unausweichlich. „Dass wir auf den Titel OP-Weltmeister nicht stolz sein können, darüber wurde zuletzt öffentlich intensiv diskutiert. Mittlerweile besteht kein Zweifel mehr daran, dass sich etwas ändern muss, damit Anreize für unnötige Operationen beseitigt werden“, erklärte der Geschäftsführende Vorstand des Verbandes, Uwe Deh, anlässlich der Diskussionsrunde „Zukunft des Krankenhauses – von der Mengen- zur Qualitätsentwicklung“ im Rahmen der Veranstaltungsreihe „AOK im Dialog“ Mitte Juni in Berlin.

Bundes- und Landespolitiker erörterten gemeinsam mit Experten, wie es gelingen kann, von der derzeit vorherrschenden Mengenorientierung zu mehr Qualitätsorientierung in der stationären Versorgung zu kommen. Einfache und

schnelle Lösungen seien dabei zwar nicht in Sicht, sagte Deh. Gleichwohl sei das häufig vorgetragene Argument, die Materie sei derart komplex, dass nichts geändert werden könne, nur vorgeschoben.

**Die QSR-Daten zeichnen ein ziemlich genaues Bild von der Versorgungsgüte in den Kliniken.**

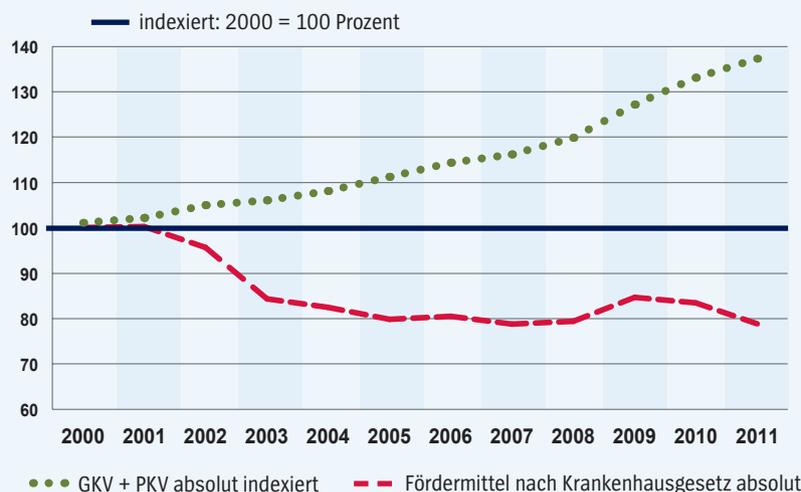
„Das ist lediglich der Brokatvorhang, der vor die Fakten gehängt wird.“ Und aus denen gehe hervor, dass dem grundlegenden Problem der Krankenhäuser – zu viele unnötige und in der Qualität häufig mangelhafte Operationen sowie zu wenig

Landesmittel für die Modernisierung der Häuser – nur durch echte Strukturreformen beizukommen sei (siehe Grafik).

**Raumplanung für Gesundheit.** Eine von den Bedürfnissen der Patienten ausgehende „Raumplanung für Gesundheit“ müsse an die Stelle der bisherigen, allzu starren Krankenhausplanung treten, erläuterte Deh. Eine solche Raumplanung bestehe im Kern aus strukturierten Bedarfsindikatoren, festgelegt durch den Gemeinsamen Bundesausschuss aus Ärzten, Kassen und Kliniken, einer bedarfsorientierten Rahmenplanung, einer für den Notfallbereich regelgebundenen Standortplanung des jeweiligen Bundeslandes sowie aus einem Qualitätswettbewerb für planbare Leistungen wie etwa Hüft- und Kniegelenksoperationen. „Es mangelt nicht an Wissen und Instrumenten, um gute von schlechter Qualität im Krankenhaus unterscheiden zu können. Es braucht aber den Rahmen, um schlechte Qualität wegzukriegen.“

**Mehr Spielraum für Einzelverträge.** „Es wäre schön, wenn wir eine differenzierte Krankenhausplanung bekämen, die sich nach dem tatsächlichen Bedarf der Patienten richtet“, betonte auch Dr. Hans Georg Faust, politischer Koordinator beim AOK-Bundesverband. Der Kontrahierungszwang für die Krankenkassen müsse gelockert und AOK & Co. mehr Spielraum zum Abschluss von Einzelverträgen auch im stationären Bereich eingeräumt werden. In den 47 Jahren, die er nun im Gesundheitswesen tätig sei – davon 25 Jahre als Krankenhausarzt und elf Jahre als Abgeordneter des Deutschen Bundestages – habe er jedoch auch die Erfahrung gemacht, dass sich Veränderungen im Klinikbereich oftmals in einem Schnecken tempo vollzögen, sagte

## Mehr Kassenausgaben, weniger Länderausgaben



Scheren-Entwicklung: Während die Klinikausgaben der gesetzlichen (GKV) und der privaten Krankenversicherung (PKV) zuletzt kräftig gestiegen sind, sanken die Investitionsaufwendungen (Fördermittel) der Länder weiter ab. Im Jahr 2011 betrug die Klinikausgaben von GKV und PKV rund 67,8 Milliarden Euro, die der Länder lagen bei 2,6 Milliarden Euro. Quelle: DKG; AOK-Bundesverband

Faust. Dennoch komme die Gesundheitspolitik um Strukturreformen bei den Kliniken nicht herum.

### Mengenzuwachs beschäftigt Parteien.

Auch die Vertreter von Bund und Ländern zeigten sich überzeugt, dass der Kompass in der Krankenhauspolitik in Zukunft noch stärker als bisher an Qualität und Patientensicherheit ausgerichtet sein muss. „Wir haben uns vorgenommen, uns mit der Mengenentwicklung und Qualität im Krankenhaus in der nächsten Legislaturperiode zu beschäftigen“, sagte Lothar Riebsamen, Krankenhausesperte der Unions-Bundestagsfraktion. Riebsamen, der auch Mitglied des Bundestags-Gesundheitsausschusses ist, sprach von zwei „Themen der Zukunft“. Freilich handle es sich auch um eine Materie, die „aufgrund der Vielzahl der Player sehr vielschichtig ist“.

„Das Grundprinzip in der stationären Versorgung muss sein, dass sich Qualität lohnt“, warb Professor Karl Lauterbach, gesundheitspolitischer Sprecher der SPD-Bundestagsfraktion, für ein radikales Umdenken in der Krankenhauspolitik. Seine Partei präferiere neben verständ-

## Es muss nicht jede Leistung im Maria-Theresia-Krankenhaus am Waldrand erbracht werden.

lichen Patienteninformationen auch Zuschläge für Kliniken, die gute Qualität ablieferten, und Abschläge für Häuser mit Versorgungsmängeln. Lauterbach gab jedoch zu bedenken, dass es mitunter schwierig sei, gleich eine ganze Klinik wegen Qualitätsmängeln zu schließen. Teilweise variierten die Ergebnisse schon innerhalb einer einzigen Abteilung des betreffenden Hauses.

Zudem könne er sich vorstellen, dass die Kassen dazu verpflichtet werden, ihren Versicherten für planbare Eingriffe Zweitmeinungsverfahren anzubieten.



Auf der Suche nach Wegen zu mehr Qualität in Deutschlands Kliniken (v.l.n.r.): AOK-Vorstand Uwe Deh, Berlins Gesundheitssenator Mario Czaja, Moderator Helmut Laschet (Ärzte Zeitung), Hamburgs Gesundheits- und Verbraucherschutzsenatorin Cornelia Prüfer-Storcks sowie die Bundestagsabgeordneten Karl Lauterbach (SPD) und Lothar Riebsamen (CDU/CSU).

Auch auf diese Weise ließe sich der Mengenausweitung begegnen, zeigte sich der Politiker überzeugt.

**Qualitätsdaten liegen vor.** Hamburgs Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks hob ebenfalls hervor, dass in Zukunft stärker auf die Ergebnisqualität in den Kliniken geachtet werden müsse. Die AOK erhebt dazu seit mittlerweile zehn Jahren mit dem sogenannten QSR-Verfahren (Qualitätssicherung mit Routinedaten) aussagekräftige Daten. Die Politik brauche jedoch mehr als nur die Angaben „einer einzigen Kassenart“, gab die SPD-Politikerin zu bedenken.

AOK-Vorstand Deh betonte in diesem Zusammenhang, die Gesundheitskasse sitze auf ihren Qualitätsdaten nicht wie „auf einem Goldschatz“. Die im QSR-Verfahren erhobenen Daten zeichnen ein ziemlich genaues Bild, wie es um die Versorgungsgüte der Kliniken bestellt sei. „Es handelt sich da ja nicht um ein selektives Ergebnis.“ Gerne weise die AOK beim Thema Qualitätssicherung in der

stationären Versorgung den Weg. „Aber wir müssen endlich einmal anfangen“, forderte der AOK-Vorstand.

**Nicht alle müssen alles machen.** Berlins Gesundheitssenator Mario Czaja (CDU) betonte, in der Hauptstadt seien zuletzt so viele Krankenhausbetten abgebaut worden wie in keinem anderen Bundesland. Derzeit gebe es noch 20.000 Betten – etwa 50 Prozent weniger als noch vor wenigen Jahren. Wichtig sei für ihn, zu einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung und Qualitätssicherung zu kommen: „Die entscheidende Frage für mich ist, wie es uns gelingt, ambulante und stationäre Versorgung zusammenzubringen.“ Überkapazitäten seien konsequent abzubauen, so Czaja.

Dies mahnte auch Professor Axel Ekkernkamp, Ärztlicher Direktor und Geschäftsführer des Berliner Unfallkrankenhauses, an. Seine Schlussfolgerung: „Es muss nicht jede Leistung im Maria-Theresia-Krankenhaus am Waldrand erbracht werden.“ ■

# Entwicklungshilfe bündelt Konzepte

Verzahnt statt verzettelt – im Netzwerk Providing for Health koordinieren verschiedene Entwicklungshilfe-Partner ihre Arbeit. Die Mongolei hat mit Unterstützung der Initiative kürzlich eine Gesundheitsreform auf den Weg gebracht. **Von Otmar Müller**

**In westlichen Industrieländern** müssen sich die Menschen um die Finanzierung ihrer medizinischen Versorgung in der Regel keine existenziellen Sorgen machen. In ärmeren Staaten sieht das anders aus. Ausgaben für medizinische Leistungen gehören weltweit zu den Hauptursachen, die Familien verarmen lassen. Der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zufolge haben 1,3 Milliarden Menschen – mehr als ein Fünftel der Weltbevölkerung – keinen ausreichenden Zugang zu Arztpraxen und Kliniken. 100 Millionen Menschen fallen Schätzungen zufolge jährlich unter die Armutsgrenze, weil sie nicht versichert sind und ihre medizinische Behandlung deshalb bar bezahlen müssen.

Um in Entwicklungs- und Schwellenländern den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu verbessern und Verarmungsrisiken zu senken, engagiert sich die deutsche Entwicklungszusammenarbeit seit Jahren beispielsweise für den Aufbau von Krankenversicherungen. Der Bereich Gesundheitsversorgung gehört

zu den zentralen Aufgaben der Entwicklungspolitik, da eine fehlende soziale Absicherung auch die wirtschaftliche und soziale Entwicklung eines Landes stark beeinträchtigt.

**Forum für internationale Geber.** In der Vergangenheit boten jedoch verschiedene Geberländer oder Organisationen ihre Unterstützung in den hilfeschenden Ländern parallel und isoliert an. „In Bangladesch gab es bis 2001 jedes Jahr rund 130 verschiedene Programme im Gesundheitswesen. Für die Partnerländer bedeutet die Koordination einen großen Aufwand. Deshalb müssen sich die Geberländer selbst koordinieren und so für Effizienz sorgen“, erklärt Jean-Olivier Schmidt, Projektleiter in der deutschen Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit (GIZ, *siehe Kasten*). Eine Einsicht, die 2008 im Rahmen des G8-Gipfels in Heiligendamm auf Initiative Deutschlands zur Gründung der „Providing for Health“-Initiative (P4H) führte. Daran beteiligen sich neben Deutschland

Frankreich, die Schweiz, Spanien, die International Labour Organization, die Weltgesundheitsorganisation, die Weltbank sowie die Afrikanische Entwicklungsbank. Die Initiative agiert als ein Forum für internationale Akteure und Geber, die ihre Zusammenarbeit intensivieren wollen. Deutschland wird in der Initiative durch das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung vertreten. Umsetzungspartner sind die GIZ GmbH und die KfW Entwicklungsbank. Im Rahmen der bereits seit 14 Jahren bewährten Zusammenarbeit des internationalen Geschäftsbereichs der AOK-Consult GmbH mit der GIZ waren auch Experten des AOK-Systems bereits in Projekten und Aktivitäten der P4H-Initiative eingebunden. So war beispielsweise zu Beginn der länderübergreifenden Arbeit 2008 und 2009 Dr. Michael Drupp von der AOK Niedersachsen bei einer Regierungsberatung in Uganda dabei. In der Mongolei hat die AOK die Gesundheitsreform seit 2010 punktuell mit ihrer Expertise begleitet.

## AOK-Consult und GIZ – bewährte Partnerschaft

Als Bundesunternehmen unterstützt die **Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ)** GmbH die Bundesregierung dabei, ihre Ziele in der internationalen Zusammenarbeit für nachhaltige Entwicklung zu erreichen. Das Unternehmen ist in vielen Arbeitsfeldern aktiv – so auch in der Sicherung von Ernährung, Gesundheit und Grundbildung. Als anerkannter Träger des Entwicklungsdienstes entsendet die GIZ Fachkräfte als Entwicklungshelfer in die Partnerländer.  
Mehr Infos: [www.giz.de](http://www.giz.de)

Der **Geschäftsbereich Internationales bei der AOK-Consult GmbH** berät politische Entscheidungsträger, Krankenversicherungen und Krankenversicherungsprojekte im Ausland. Dabei kooperiert AOK-Consult mit verschiedenen Partnerorganisationen, so auch mit der GIZ. Die AOK-Consult bietet Expertise beispielsweise beim Aufbau von Institutionen in der Krankenversicherung, Marketing und Kommunikation, Gestaltung von Verträgen mit Leistungserbringern und der Finanzierung von Krankenversicherungen.

Mehr Infos: [www.aok-consult.de](http://www.aok-consult.de); [Karin.Dobberschuetz@consult.aok.de](mailto:Karin.Dobberschuetz@consult.aok.de)

**Providing for Health (P4H)** ist ein globales Netzwerk, das sich in verschiedenen Ländern für den Aufbau einer allgemeinen Krankenversicherung und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes einsetzt.

Mehr Infos: [www.who.int](http://www.who.int) > programmes and projects > Providing for Health

## Netzwerk nutzt vorhandene Strukturen.

Das P4H-Netzwerk verwendet für seine Arbeit die vorhandenen globalen, regionalen und länderspezifischen Strukturen seiner Mitglieder. Die regelmäßigen Netzwerk-Treffen finden jeweils bei einer der beteiligten Organisationen statt. Über eine Koordinierungsstelle bei der Weltgesundheitsorganisation in Genf können alle P4H-Partner über laufende oder geplante Aktivitäten informiert und bei Bedarf in einen Beratungsprozess miteinbezogen werden.

Ein Ziel von P4H ist es, in Entwicklungs- oder Schwellenländern eine nachhaltige Finanzierung des Gesundheitswesens aufzubauen, individuelle Direktzahlungen der Patienten im

Krankheitsfall zu reduzieren und somit Gesundheitsleistungen vor allem für die ärmere Bevölkerung besser zugänglich zu machen.

### **P4H unterstützt Strategien der Länder.**

Mehr als 20 Ländern hat das P4H-Netzwerk bislang dabei geholfen, eigene Strategien zur universellen Absicherung im Krankheitsfall zu entwickeln – unter anderem Kenia, Uganda, Nepal, Bangladesch und Kambodscha. Der jüngste Beratungsprozess für eine Reform des Gesundheitswesens in der Mongolei ist erst seit kurzem abgeschlossen. „In der Mongolei hatten wir es am Anfang mit einer äußerst angespannten Situation zu tun“, berichtet Holger Thies von der GIZ, der den Beratungsprozess in der Mongolei als Projektverantwortlicher über ein Jahr gesteuert hat. Der Weg zum Neuaufbau eines staatsfernen und effizienten Vollversicherungssystems war unklar. Das Problem: Neben dem Sozialministerium, das bislang für das staatlich gesteuerte Sozialversicherungsinstitut (mit Kranken-, Arbeitslosen-, Unfall-, Rentenversicherung) verantwortlich war, erhob auch das Gesundheitsministerium den Anspruch auf die Federführung bei der Reform. Beide Ministerien waren in der Vergangenheit von unterschiedlichen Entwicklungspartnern beraten worden.

**Mongolei baut Selbstverwaltung auf.** Die Häuser verfolgten deshalb unterschiedliche Ansätze, beispielsweise bei der Frage nach der Finanzierung oder dem Aufbau einer autonomen Selbstverwaltung der Ärzte und anderen Leistungserbringer. „In dieser verfahrenen Situation einigten sich die beiden Ministerien darauf, über das P4H-Netzwerk neutrale Partner wie die GIZ, die Weltbank und die WHO ins Boot zu holen“, erklärt Thies. Im Mai 2012 hat seine Beratung begonnen, in deren Verlauf weitere zukünftige Partner im Gesundheitswesen einbezogen wurden: Vertreter aus der Arbeitgeber- und Arbeitnehmerschaft, von Ärzterverbänden, Ärztekammern und anderen Gesundheitsberufen. In den gemeinsamen Beratungsprozessen unter der Leitung von P4H haben die Partner zunächst entschieden, dass das Gesundheitswesen weiterhin beim Sozialministerium angedockt bleibt. Sie definierten acht Themengruppen, die sie in Kleingruppen



anschließend bearbeiteten. In monatelangen Gesprächen diskutierten sie beispielsweise über den Umfang des Leistungskatalogs, Zuzahlungen, die Qualität der medizinischen Leistungen, private Versicherungen oder eine Krankenhausplanung. „Wir haben uns beispielsweise auf eine nachhaltige Finanzierung als Ziel geeinigt. Das bedeutet, dass jeder Bürger künftig für seine Krankenversicherung einen prozentualen Beitrag von seinem Einkommen zahlen soll“, sagt Thies. Einen solchen prozentualen Beitrag gab es zwar schon, bislang zahlten Arbeitnehmer und Arbeitgeber allerdings nur zwei Prozent vom Einkommen. „Dieser Betrag wird steigen müssen, denn Direktzahlungen der Bürger sollen künftig nicht mehr als 25 Prozent der Gesamtausgaben des Gesundheitswesens betragen“, so Thies. Bislang waren es fast 50 Prozent – für viele Familien ein hohes Armutsrisiko.

**Sozialminister lobt die Kooperation.** Ein weiteres Ergebnis der Beratung: Möglichst allen Versicherten eine kostenlose Versorgung mit allgemeinärztlicher Behandlung inklusive Vorsorgeuntersuchungen zu ermöglichen. Die ärztlichen Leistungen sollen sich an internationalen Qualitätsstandards orientieren. Mengen und Preise der medizinischen Leistungen verhandeln Vertreter der Leistungserbringer künftig direkt mit dem mongolischen Gesundheitsinstitut. Auch der Aufbau einer Selbstverwaltung als Basis für ein effizientes Gesundheitswesen hat

sich als Ziel herauskristallisiert. Im Krankenversicherungsinstitut war dank der Einbindung der Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertreter bereits eine gewisse Selbstverwaltungsstruktur vorhanden. Nun sollen auch die Leistungserbringer eine schlagkräftige Vertretung aufbauen. Das Vorbild des deutschen Gesundheitssystems ist dabei nicht zu übersehen. Ganz anders als bei der Frage der privaten Versicherung: Diese soll in der Mongolei eine reine Zusatzversicherung sein; eine private Vollversicherungsstruktur neben der gesetzlichen Versicherung wird es nicht geben.

Für die Mongolei war die P4H-Beratung ein voller Erfolg. „Die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den kooperierenden internationalen Organisationen war eine Voraussetzung dafür, dass die neue Regierung der Mongolei die Reform des Gesundheitswesens in Angriff nehmen konnte. Insbesondere das Einbinden der Sozialpartner mit ihren Sichtweisen und Anregungen für eine Umgestaltung des Gesundheitssystems haben wir als sehr vorteilhaft erlebt“, sagte Sozialminister Sodnomzundui Erdene zum Abschluss der Beratungen im Dezember 2012. Im April 2013 hat das Parlament der Mongolei die mit P4H beschlossenen Eckpunkte abgesegnet. Das Sozialministerium wird nun in den kommenden Monaten die Reformen Schritt für Schritt umsetzen. ■

**Otmar Müller** ist Redakteur beim KomPart-Verlag.

# Bye bye Minutenpflege

Nach 15 Monaten hat der 2012 eingesetzte Pflegebeirat seinen Bericht vorgelegt. Darin empfiehlt er, bei den Verrichtungen auf Zeitwerte zu verzichten. Bei der Umsetzung des neuen Pflegebegriffs müsse die Politik nun Tempo machen, betont die AOK. **Von Thomas Hommel**

**Ohne ihn geht in der Pflege** nichts: Auf Grundlage des Pflegebedürftigkeitsbegriffs stufen die Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes der Kassen ein, in welche Pflegestufe ein Mensch mit Hilfebedarf kommt. Davon wiederum hängt ab, welche Leistungen der Pflegebedürftige aus dem Topf der Pflegeversicherung bezieht.

Die Tage des geltenden Pflegebegriffs aber dürften gezählt sein. Nach Ansicht von Experten muss eine neue Definition gefunden werden, da der geltende Pflegebegriff ausschließlich verrichtungsbezogen sei. Dadurch würden wichtige Aspekte wie Kommunikation oder soziale Teilhabe ausgeblendet und der Bedarf an allgemeiner Betreuung und Beaufsichtigung insbesondere der rund 1,2 Millionen an Demenz erkrankten Menschen zu wenig berücksichtigt.

**Wie selbstständig ist ein Patient?** Die Politik strebt schon seit Längerem eine Korrektur des Pflegebegriffs an (*siehe Kasten*) – bislang ohne Erfolg. Ende Juni hat nun zum zweiten Mal nach 2009 ein Expertengremium aus Wissenschaftlern sowie Vertretern von Sozialverbänden, Krankenkassen und Nichtregierungsorganisationen ein Reformkonzept an Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr überreicht. Auf 182 Seiten listet der „Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ Empfehlungen „zur Entscheidungs-

findung der Politik“ nach der Bundestagswahl am 22. September auf.

Die Experten sprechen sich dafür aus, die geltenden drei Pflegestufen durch fünf Pflegegrade abzulösen. Diese sollen maßgebend sein für die Höhe der Sach- und Geldleistungen, die der Pflegebe-

## Die Regierung muss festlegen, welche Leistungen es in den fünf Pflegegraden gibt.

dürftige bezieht. Grundlage für die Einstufung in einen der Pflegegrade soll das „neue Begutachtungsassessment“ sein. Damit soll gemessen werden, wie selbstständig der Patient im Alltag noch ist. „Die bisherige Beschränkung auf nur bestimmte, körperbezogene Verrichtungen entfällt“, heißt es dazu in den Empfehlungen des Beirats. Auch die vielkritisierte Minutenpflege, bei der in Abhängigkeit von der jeweiligen Pflegestufe bestimmte Zeitwerte festgesetzt werden – zum Beispiel 30 Minuten am Tag für Waschen, 25 Minuten für Essen verabreichen – soll „ersatzlos“ entfallen. Die Zeitmessung leide unter „Scheingenauigkeit“, so die Begründung.

Die beiden Vorsitzenden des Pflegebeirats, Klaus-Dieter Voß und Wolfgang Zöller, forderten von der Politik eine rasche Einführung des neuen Pflegebegriffs. Man habe die Ergebnisse des Vorkonferenzgremiums von 2009 „abgerundet“, sagte Voß. Die Politik müsse nun handeln. Nach Angaben von Zöller könnte die Reform über zwei Milliarden Euro kosten. Das bedeute in der Konsequenz steigende Pflegebeiträge.

**Keine Ausflüchte mehr.** Der AOK-Bundesverband nannte die Empfehlungen des Pflegebeirats „eine gute Entscheidungsgrundlage“ für den Gesetzgeber. Die Politik müsse beim Thema Pflege nun aber Tempo machen. „Wir brauchen nach der Bundestagswahl schnell eine politische Entscheidung über den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff. Das ist die Politik den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen schuldig“, sagte der Vorstandsvorsitzende des Verbandes, Jürgen Graalman. Die nächste Regierung müsse festlegen, wie viel Geld und welche Leistungen in den neuen Pflegegraden zur Verfügung stünden.

„Nach der Wahl muss der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff schnellstmöglich umgesetzt werden“, forderte auch die pflegepolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen, Elisabeth Scharfenberg. Gesundheitsminister Daniel Bahr warf sie vor, nicht entschieden zu haben, was ein neuer Pflegebegriff kosten dürfe. „Ohne klare Vorgaben kann man keine Reform anpacken, die so umwälzend ist.“

Seitens der SPD hieß es, es sei vollkommen unverständlich, dass die schwarz-gelbe Koalition in den vergangenen vier Jahren mit Blick auf eine Reform des geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs nichts zustande gebracht habe. ■

### Pflegebeirat, der Zweite

Der von Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr 2012 eingesetzte Pflegebeirat, der jetzt seinen Bericht veröffentlicht hat (PDF unter [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de)), ist nicht der erste seiner Art. Bereits 2006 hatte die damalige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt einen Beirat zur Ausgestaltung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes einberufen, der 2009 seinen Abschlussbericht vorlegte. Darin empfahl auch dieses Gremium, die bisherigen drei Pflegestufen durch fünf Bedarfsgrade zu ersetzen. Diese sollten den Grad der Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen bemessen.

# „Leben ohne Alkohol ist sexy“

Bier zum Fußball, Sekt zum Geburtstag, Wein zum Sonnenuntergang: Viele Menschen mögen solche Rituale. **Frédéric Mauss** dagegen trinkt gar keinen Alkohol. Der Student engagiert sich beim Verein Juvente für ein drogenfreies Leben und hat auch nüchtern viel Spaß.

**G+G:** Wie leicht ist es, alkoholfrei zu leben?

**Mauss:** Heute ist es für mich selbstverständlich. Früher war das eher eine Herausforderung: Als ich mit 14 oder 15 Jahren die ersten Partys hatte, wurde ich schief angeguckt, wenn ich Alkohol abgelehnt habe. Meine engeren Freunde wissen, warum ich keinen Alkohol trinke und bei Juvente Mitglied bin. Sie akzeptieren das und finden es teilweise sogar richtig gut. Nur wenige sagen: Eh, was bist Du für ein Spießler. Da kann ich lächelnd drüber stehen. Ich bin keine Spaßbremse und mache jede Feier mit.

**G+G:** Haben Sie schlechte Erfahrungen mit Alkohol oder Drogen gemacht?

**Mauss:** Ich selber nicht, aber meine Mutter ist Alkoholikerin. Als ich drei oder vier Jahre alt war, haben sich meine Eltern wegen des Alkohols getrennt. Ich bin bei meinem Vater aufgewachsen. Ab und zu hatte ich Kontakt zu meiner Mutter und immer wieder mitbekommen, wie sie sich abgeschossen hat.

**G+G:** Warum ist sober – nüchtern – sexy, wie es im Juvente-Logo heißt?

**Mauss:** Sie haben bestimmt schon Leute gesehen, die nach übermäßigem Alkoholkonsum gekotzt haben. Oder man hört von Menschen, die alkoholisiert andere zusammenschlagen. Alkohol erhöht die Zahl an Verkehrstoten. Jugendliche landen im Krankenhaus, weil sie sich in den Rausch getrunken haben. Daraus ziehe ich den Schluss, dass ein Leben ohne Alkohol sexy ist. Ich möchte nicht behaupten, dass wir mehr Spaß haben als andere, aber doch mindestens genauso viel.

**G+G:** Wie geht das: Spaß haben ohne Alkohol?

**Mauss:** Zum Beispiel in der Disko: Ich fange einfach an zu tanzen und verliere dabei nach und nach die Hemmungen, mich zu bewegen. Auch Leute kennen-

etwas erleben. Mit elf Jahren habe ich bei einem Camp viele Freunde gewonnen. Erst später habe ich darüber nachgedacht, dass sie alkoholfrei leben. Als ich auf meine ersten Partys ging, hätte ich vielleicht mitgetrunken. So konnte ich sagen: Ich bin bei Juvente, ich und wir trinken



Die Grenze zur Abhängigkeit liegt bei jedem Menschen woanders. Deshalb ist es sicherer, keinen Alkohol zu trinken.

Frédéric Mauss

lernen funktioniert wunderbar, ohne dass man sich vorher die Birne zusäuft und dann nicht mehr weiß, was man redet.

**G+G:** Welche Vorteile hat Abstinenz gegenüber maßvollem Alkoholkonsum?

**Mauss:** Was ist ein maßvoller Konsum? Viele sagen: Ein Glas Wein zum Abendbrot. Ein paar Kumpels geben sich alle zwei oder drei Wochen mal richtig die Kante und finden das maßvoll. Niemand wird vorsätzlich Alkoholiker, sondern weil er es mit dem maßvollen Umgang übertrieben hat. Die Grenze liegt bei jedem Menschen woanders. Deshalb ist es sicherer, gar keinen Alkohol zu trinken.

**G+G:** Warum machen Jugendliche bei Juvente mit?

**Mauss:** Das ist wie bei anderen Gruppen auch: Sie wollen die Camps mitmachen,

keinen Alkohol. Das ging besser, als wenn ich das allein hätte durchziehen müssen.

**G+G:** Was erwarten Sie von der Politik hinsichtlich der Drogenprävention?

**Mauss:** Ich erwarte mindestens, dass sie die Gesetze zum Jugendschutz durchsetzen. Wir haben Testkäufe mit Juvente gemacht: Das war erstaunlich, was ein zwölfjähriges Mädchen alles an alkoholischen Getränken kaufen kann. ■

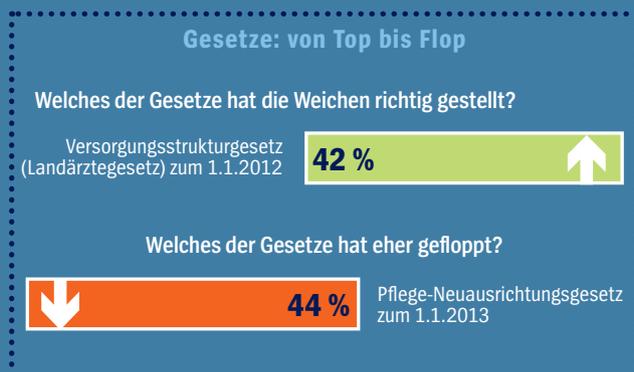
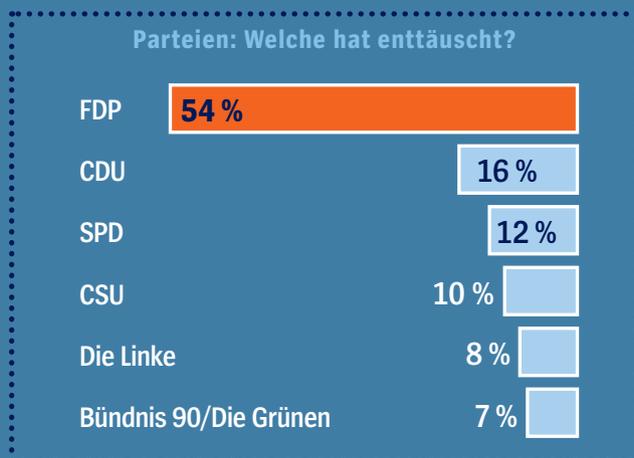
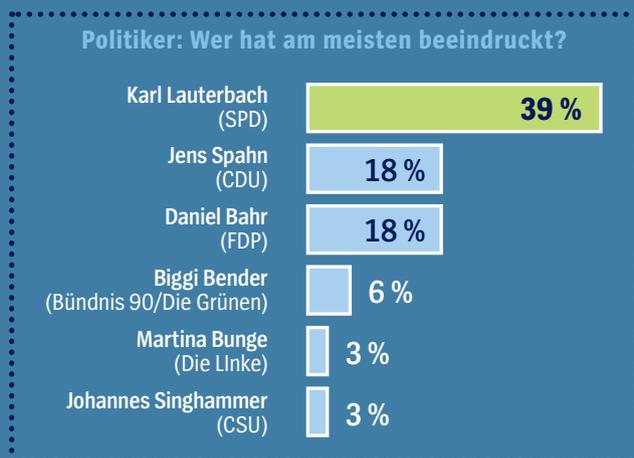
Die Fragen stellte Änne Töpfer.

## Zur Person

**Frédéric Mauss**, 25, studiert Informatik in Berlin. Er ist Vizepräsident von Juvente. Der Verein besteht in Deutschland seit 2011 und hat rund 100 Mitglieder. Juvente ist Teil einer internationalen Organisation junger Menschen, die drogenfrei leben. 2012 gewann Juvente den European Drug Prevention Prize. [www.juvente.de](http://www.juvente.de)

# Votum für die Pflege

Viel Zuspruch für Karl Lauterbach, eine gelbe Karte für die FDP und ein klares Signal für weitreichende Veränderungen in der Pflege: Die G+G-Leserumfrage zur Bundestagswahl gibt der Politik Reform-Hausaufgaben mit auf den Weg. Von Hans-Bernhard Henkel-Hoving



Wenn es nach dem Willen der Leserinnen und Leser von G+G geht, dann spielt Karl Lauterbach auch künftig eine wichtige Rolle in der Gesundheitspolitik. Mit klarem Vorsprung hat der gesundheitspolitische Sprecher der SPD-Bundestagsfraktion das Rennen bei unserer Leserbefragung zur Bundestagswahl gemacht: 39 Prozent der G+G-Nutzer sind von dem rheinischen Abgeordneten besonders beeindruckt.

Sein Pendant von der CDU/CSU-Fraktion, Jens Spahn, und der amtierende Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) landen mit jeweils 18 Prozent Zustimmung gemeinsam auf Platz 2. Auf den Plätzen dahinter: Biggi Bender (Grüne), Martina Bunge (Linke) und Johannes Singhammer (CSU).

Bemerkenswert: Bahrs Amtsvorgänger Philipp Rösler, der mit dem Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) gegen viele Widerstände die Nutzenbewertung für Arzneimittel auf den Weg gebracht hat, bekommt nur eine Stimme. Politik ist eben ein schnelles Geschäft.

Der verhaltene Zuspruch für die liberalen Gesundheitspolitiker – insgesamt haben 181 Leserinnen und Leser mitgemacht – deckt sich mit der kritischen Haltung der G+G-Nutzer zur FDP: 54 Prozent sind vom gesundheitspolitischen Kurs der Freidemokraten enttäuscht. Die Koalitionspartner CDU und CSU schneiden weit weniger schlecht ab.

Eindeutig fällt das Urteil der G+G-Leser auch aus, wenn es um die Gesundheitsgesetze der vergangenen vier Jahre geht: So sind 42 Prozent der Meinung, dass das Versorgungsstrukturgesetz („Landärztegesetz“) die Weichen richtig gestellt hat, dicht gefolgt vom AMNOG. Zu den Flops der vergangenen Legislatur zählt dagegen in den Augen der G+G-Bezieher vor allem das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG): 44 Prozent der Umfrage-Teilnehmer zeigen sich enttäuscht von diesem Regelwerk, trotz der damit verbundenen Leistungsverbesserungen für Demenzzranke. Nach der Ankündigung von Philipp Rösler, das Jahr 2011 zum „Jahr der Pflege“ zu machen, hatten sich viele Beobachter wohl mehr versprochen – offenbar auch um den Preis deutlich steigen der Beiträge: Rund 80 Prozent der Leser rechnen damit, dass die gesetzliche Pflegeversicherung teurer wird.

Wie sehr den Leserinnen und Lesern von G+G das Thema Pflege unter den Nägeln brennt, zeigen die Antworten auf



die Frage, was die nächste Bundesregierung gesundheitspolitisch unbedingt anpacken sollte: 27 Prozent nennen hier Veränderungen im Pflegebereich, noch vor Themen wie Klinikfinanzierung und Ärztemangel. Weit oben auf der Pflegereform-Agenda der Leser steht dabei der Wunsch nach einer anderen Arbeitsteilung zwischen Medizinern und Pflegekräften: Drei Viertel der Leser würden es befürworten, wenn qualifiziertes Pflegepersonal eigenverantwortlich ärztliche Aufgaben übernimmt – in anderen Ländern ist das längst Usus, in Deutschland gibt es bislang noch nicht einmal entsprechende Modellversuche.

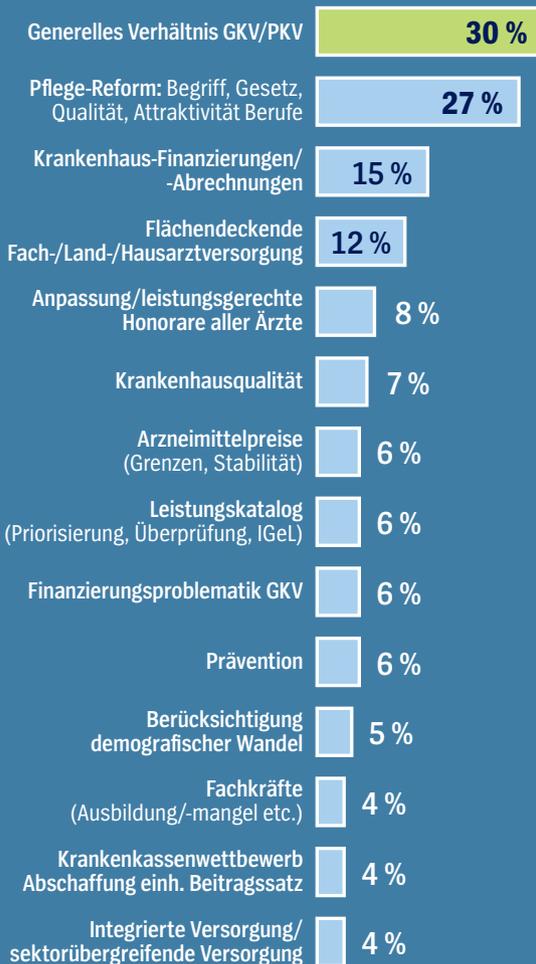
**Während jeweils etwa 80 Prozent** der Leser meinen, dass die Eingriffe des Gesetzgebers in den Arzneimittelmarkt den Pharmastandort Deutschland nicht gefährden und deshalb konsequenterweise für ein Beibehalten des höheren Herstellerrabattes zugunsten der gesetzlichen Krankenversicherung plädieren, sind 75 Prozent der Auffassung, dass es zu viele Klinikstandorte in Deutschland gibt. Zugleich halten 60 Prozent der Leser die 2.000 Krankenhäuser in Deutschland für nicht ausreichend durch Krankenkassen und Bundesländer finanziert. Hier erwarten die Leser ebenso Lösungen von der Politik wie beim Thema Über- und Unterversorgung mit Ärzten: Fast drei Viertel aller Umfrage-Teilnehmer halten die neue Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für nicht geeignet, Mediziner besser zwischen Stadt und Land zu verteilen. Für eine stärker qualitätsorientierte ärztliche Vergütung sprechen sich rund 90 Prozent aus: Pay for Performance ist en vogue.

**Beim Blick in die gesundheitspolitische Glaskugel** schließlich entdecken die G+G-Leser zweierlei: Die übergroße Mehrheit (88 Prozent) sieht die Finanzreserven der gesetzlichen Krankenversicherung schmelzen, aber nur eine knappe Mehrheit (53 Prozent) hält ein Zusammenwachsen von gesetzlicher und privater Assekuranz für wahrscheinlich. Mal sehen, wie das Ergebnis in vier Jahren ausfällt. ■

**Mehr Infos:**

Ein PDF mit allen Umfrageergebnissen finden Sie unter [www.kompart.de](http://www.kompart.de)

**Was muss die nächste Bundesregierung gesundheitspolitisch unbedingt anpacken?**



Wunschliste: 30 Prozent der G+G-Leser erwarten von der nächsten Regierungskoalition, das Verhältnis zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung neu zu regeln. Ähnlich stark unter den Nägeln brennen Pflege Themen (Mehrfachnennungen waren möglich).

# Handbuch



# für Reformen

Kliniken operieren zu viel und teilweise schlecht, Ärzte sind immer schwerer erreichbar und in der Pflege klaffen große Bedarfslücken. Doch wir bezahlen für die Gesundheitsversorgung so viel wie noch nie. Wie die Politik diese Missstände beseitigen kann, schildert **Jan Carels** in seiner Reformskizze.

**R**ente, Steuern und Bildung gehören zu den Bereichen, in denen sich die Parteien vor der Bundestagswahl mit Verbesserungsvorschlägen gegenseitig übertreffen. Nur in der Gesundheitspolitik ist es ruhig. Dabei gäbe es in diesem wichtigen Politikfeld einiges zu tun: Wir geben so viel wie noch nie für die Gesundheitsversorgung aus. Dennoch häufen sich die Fälle von falschen oder medizinisch unnötigen Behandlungen. In strukturschwachen Gebieten warten Patienten länger auf Behandlungstermine, weil Ärzte fehlen. Es bestehen also erhebliche Ineffizienzen und Qualitätsdefizite.

Die Experten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen oder der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) machen seit langem auf diese Mängel aufmerksam. Die Lösungsansätze liefern sie mit: Mehr Wettbewerb um Qualität durch mehr Transparenz, mehr Handlungsfreiheit bei der Vertragsgestaltung für Kassen, Ärzte und Kliniken, bessere Verzahnung der Sektoren, verbunden mit einer strikten Orientierung am Patientennutzen sowie Preissignale, die für die Versicherten erkennbar sind und die Leistungsfähigkeit der Krankenkassen widerspiegeln. Was davon hat die Politik auf den Weg gebracht? Welche Aufgaben kommen auf die neue Regierung zu?

**Strukturelle Defizite kosten jährlich vier Milliarden Euro.** Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) steigen jedes Jahr mehr als doppelt so schnell wie die beitragspflichtigen Einnahmen. Mehrausgaben von jährlich etwa 3,6 Prozent stehen Mehreinnahmen in Höhe von nur 1,5 Prozent gegenüber. Die Ausgabensteigerung ist nur zum kleinen Teil auf die Alterung der Bevölkerung und den medizinisch-technischen Fortschritt zurückzuführen (circa 1,6 Prozent). Dieser Teil des Ausgabenwachses wäre durch die Zunahme der beitragspflichtigen Einkommen finanzierbar. Die Hauptursachen für Ausgabensteigerungen sind ineffiziente Versorgungsstrukturen und falsche Anreizmechanismen. Über-, Unter- und Fehlversorgung führen in der GKV rein rechnerisch jedes Jahr zu einem Defizit von

## Web- und Lesetipps

- [www.gesunde-wahl.de](http://www.gesunde-wahl.de)
- [www.morbi-rsa.de](http://www.morbi-rsa.de)
- [www.qualitaetssicherung-mit-routinedaten.de](http://www.qualitaetssicherung-mit-routinedaten.de)
- OECD: *Managing Hospital Volumes – Germany and experiences from OECD-Countries*, April 2013. PDF unter [www.oecd.org](http://www.oecd.org)
- AOK-Positionen zur Bundestagswahl: *So geht's*. Beilage in G+G 6/2013, PDF unter: [www.gesunde-wahl.de](http://www.gesunde-wahl.de)



## „Gute Qualität muss sich auszahlen“

**Fritz Schösser** ist Aufsichtsratsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes (Versichertenseite) und Mitglied im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes.

Politik, Medien und Leistungsanbieter reden viel über Wettbewerb im Gesundheitswesen. Er soll den Versicherten dienen, für bedarfsgerechte Leistungen sorgen und die Qualität der medizinischen Versorgung verbessern. Schaut man genau hin, bleibt nur ein Lippenbekenntnis. Die Krankenkassen konkurrieren untereinander um die meisten, zum Teil medizinisch fragwürdigen Zusatzleistungen und um die jüngsten und einkommensstärksten Versicherten. Ärzte, Apotheker, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen konkurrieren um die Menge: um die meisten und teuersten Behandlungsfälle, die höchste Zahl abgegebener Medikamente, die meisten Operationen und den höchsten Auslastungsgrad.

Das muss sich nach der Bundestagswahl ändern. Die AOK hat nachgefragt: 95 Prozent der Bundesbürger wollen, dass der Arzt sie so behandelt, wie es medizinisch sinnvoll ist und nicht, wie es für ihn finanziell am besten ist. 88 Prozent wünschen, dass die Behandlungsqualität stärker kontrolliert und bei der Vergütung berücksichtigt wird. 85 Prozent der Befragten wollen mehr Aufklärung über Behandlungsalternativen. Die Versicherten geben der Politik damit einen klaren Auftrag: Der Wettbewerb muss vom Kopf auf die Füße gestellt werden, mit Nutzen und Qualität als den entscheidenden Parametern. Die Politik muss die Weichen für den Wettbewerb im Gesundheitswesen neu stellen, indem sie Qualität messen und für Versicherte transparent machen lässt. Gute Qualität muss sich auszahlen und schlechte Qualität sanktioniert werden. Den Krankenkassen muss es zudem erlaubt sein, qualitätsgesicherte Leistungserbringer unter Vertrag zu nehmen und Versicherte bei der Wahl eines besonders guten Krankenhauses oder einer Pflegeeinrichtung zu belohnen.

etwa vier Milliarden Euro. Damit dies nicht realisiert wird, hat der Gesetzgeber bislang die Beitragssätze angehoben, Zuzahlungen eingeführt, Steuerzuschüsse erhöht oder Kosten gedeckelt.

So auch in der zurückliegenden Legislaturperiode. Vor dem Hintergrund drohender Milliardendefizite in der gesetzlichen Krankenversicherung hob die Regierung Anfang 2011 mit dem GKV-Finanzierungs-Gesetz den allgemeinen Beitragssatz von 14,9 Prozent auf 15,5 Prozent an. Die Steuerzuschüsse an die GKV verdoppelten sich von 2009 bis 2012 von 7,2 auf 14 Milliarden Euro. Zusätzlich deckelte der Gesetzgeber zeitlich befristet die Ausgaben. So durften beispielsweise die Verwaltungskosten der Krankenkassen 2011 und 2012 nicht steigen. Die Ausgabenzuwächse der Krankenhäuser wurden für diese zwei Jahre und für die Vertragsärzte für ein Jahr gedeckelt. Zudem erhöhte die schwarz-gelbe Koalition den Herstellerrabatt für Arzneimittel ohne Festbetrag von sechs auf 16 Prozent und koppelte die Erhöhung an ein Preismoratorium. Dies sind alles

finanzielle Notbremsen. Sie überdecken kurzfristig die strukturellen Defizite, ohne sie zu beseitigen.

**Regierung muss Rechenfehler korrigieren.** Zusammen mit der guten Konjunktur der letzten Jahre führten die gesetzgeberischen Eingriffe sogar zu einem Überschuss. Der Gesundheitsfonds sowie einige Krankenkassen konnten Rücklagen aufbauen. Letztere sind jedoch zwischen den Kassen sehr unterschiedlich verteilt. Dazu beigetragen hat insbesondere ein Berechnungsfehler im ansonsten reibungslos funktionierenden Risikostrukturausgleich. Dieser Fehler führt dazu, dass Kassen mit einer jüngeren und gesünderen Versichertengemeinschaft zu viel Geld und Kassen mit überdurchschnittlich vielen älteren und kranken Versicherten zu wenig erhalten. Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat auf der Grundlage eines Gutachtens seines wissenschaftlichen Beirates im Auftrag der Bundesregierung im Sommer 2012 eine entsprechende Korrektur angemahnt. Das Bundesgesundheitsministerium hat das unterbunden. Dieses gravierende Versäumnis sollte die neue Regierung schnellstmöglich nachholen. Denn der Preis einer Krankenkasse, also die Höhe der Beiträge, muss ausdrücken, wie gut und effizient sie die Gesundheitsversorgung organisiert, und nicht wie viele junge und gesunde Versicherte sie in ihren Reihen hat.

**Der Druck für Strukturreformen ist gewachsen.** Zwar erhebt angesichts der Überschüsse gegen Ende der Legislaturperiode keine Kasse mehr einen Zusatzbeitrag, und die Regierung schaffte die Praxisgebühr ab. Einige Kassen können – auch wegen der sie begünstigenden Zuweisungen aus dem Risikostrukturausgleich – Prämien an ihre Mitglieder ausschütten. Doch das Ganze ist ein finanzielles Strohfuder, denn die Politik hat an den ineffizienten Versorgungsstrukturen kaum etwas geändert. Nach aktuellen Berechnungen des BVA-Schätzerkreises werden die GKV-Ausgaben im Jahr 2013 um 4,7 Prozent steigen. Dagegen wird der Einnahmewachstum wie in den Vorjahren nur 1,6 Prozent betragen. Die vorhandenen Reserven werden deshalb wie Schnee in der Sonne schmelzen, und die GKV wird wieder ins Defizit rutschen.

Hinzu kommt, dass der Bund in den nächsten Jahren weniger Steuerzuschüsse an den Gesundheitsfonds zahlen wird. Der europäische Fiskalpakt und die deutsche Schuldenbremse machen strikte Vorgaben zur Begrenzung der Neuverschuldung. Die Regierung muss den Bundeshaushalt konsolidieren. Sie hat für das laufende und das kommende Haushaltsjahr die Steuerzuschüsse für die GKV bereits um insgesamt sechs Milliarden Euro gekürzt. Der Druck, die Strukturen im Gesundheitswesen zu verändern, ist dadurch gewachsen. Die nächste Bundesregierung kann sich nicht erneut in die Erhöhung von Beitragssätzen, Zusatzbeiträgen oder Zuzahlungen flüchten.

**Kliniken bauen Kapazitäten aus.** Insbesondere in der stationären Versorgung hat die Politik jahrelang notwendige Strukturreformen versäumt. Die Krankenkassen zahlen heute an die rund 2.000 Krankenhäuser so viel Geld wie noch nie: Im Jahr 2012 waren es 62,47 Milliarden Euro, das sind rund sechs Milliarden Euro oder fast zwölf Prozent mehr als noch 2009. Vielen Kran-

## „Rücklagen gehören den Beitragszahlern“



**Dr. Volker Hansen** ist Aufsichtsratsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes (Arbeitgeberseite) und Verwaltungsratsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes.

Der Gesundheitsfonds ist gut gefüllt. Ärzte, Apotheker, Kliniken und Haushaltspolitiker haben sich überboten mit Vorschlägen, wem wie viel Gutes mit den Rücklagen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geschehen soll. Die Bundesregierung ist auf diesen gesundheitspolitischen C(r)ashkurs eingeschwenkt und hat das Geld mit vollen Händen verteilt. Die Mehrheit der Bürger möchte jedoch, dass die Überschüsse als Rücklagen in der GKV verbleiben, wie eine Umfrage der AOK zeigt. Dieses Votum für einen vorausschauenden und verantwortlichen Umgang mit den Beitragsgeldern muss Maßstab für die politischen Entscheider werden. Die AOK erwartet von der kommenden Bundesregierung Mut, Weitblick und Verlässlichkeit.

Die Rücklagen sind Eigentum der Beitragszahler und sollten bei konjunkturellen Schwankungen Mindereinnahmen abfedern. Um sie politischen Zugriffen zu entziehen, müssen die Reserven des Gesundheitsfonds in eine gesetzliche Schwankungsreserve überführt werden. Steigen die Rücklagen über eine bestimmte Grenze, werden die Beitragssätze gesenkt. Die GKV übernimmt zahlreiche Aufgaben, von denen die Gesellschaft profitiert. Diese Leistungen müssen – verbindlich festgelegt vom Gesetzgeber – in vollem Umfang und dauerhaft durch den Bundeshaushalt finanziert werden.

Voraussetzung für einen funktionsfähigen Wettbewerb der Krankenkassen ist die gerechte Verteilung der Beitragseinnahmen. Kein Versicherter darf Nachteile dadurch haben, dass seine Kasse viele Geringverdiener, arbeitslose, kranke oder alte Menschen versichert. Der vollständige Einkommensausgleich zwischen den Kassen muss unverrückbar stehen. Der Risikostrukturausgleich muss so weiterentwickelt werden, dass er die unterschiedlichen Krankheitsrisiken methodisch korrekt ausgleicht.

rücksichtigt werden. Auch könnten Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, für planbare Leistungen wie den Gelenkersatz mit Krankenhäusern qualitätsbasierte Einzelverträge abzuschließen. Wenn auf Grundlage valider Qualitätsmessungen feststeht, in welchem Krankenhaus die Versicherten eine weit unterdurchschnittliche Behandlung einer bestimmten Erkrankung erhalten, ist es ethisch nicht vertretbar, Kassen weiterhin zu Verträgen mit diesen Häusern zu verpflichten. Sie würden sonst ihre Versicherten sehenden Auges der schlechteren Qualität aussetzen.

**Planung am echten Bedarf orientieren.** Um die Planung der stationären Kapazitäten und die Vergabe von Investitionsmitteln stärker an der Qualität der medizinischen Leistungen sowie am Bedarf innerhalb der Versorgungsregion auszurichten, sind weitere Änderungen erforderlich. Die Entscheidungen über Investitionen müssen alle Akteure – auch die Kassen – gemeinsam treffen. Die Kassen finanzieren zwar den Großteil der In-

kenhausträgern ist das noch immer nicht genug. Sie klagen darüber, dass ihren Häusern das Geld für Investitionen und Personal fehlt. Gleichzeitig häufen sich Medienberichte über überflüssige oder mangelhafte Operationen.

Die Ursachen dafür sind vielfältig. Gegenwärtig plant jedes Krankenhaus faktisch für sich allein. Dabei steht nicht der medizinische Bedarf einer Region oder die Qualität der Behandlung im Vordergrund, sondern die Frage, wie vorhandene Kapazitäten weiter genutzt oder ausgebaut werden können, um höhere Einnahmen zu erzielen. Die Bundesländer vollziehen die Investitionsplanung der einzelnen Häuser lediglich nach. Sie lassen dabei Qualität und medizinischen Bedarf außer Acht. Ambulante fachärztliche Kapazitäten werden bei der Planung der stationären Kapazitäten ebensowenig berücksichtigt. Zugleich kommen die Länder immer weniger ihrer gesetzlichen Verpflichtung nach, die Investitionen der Kliniken zu finanzieren. 1991 betrug das Fördervolumen der Länder rund 3,6 Milliarden Euro, das waren neun Prozent der GKV-Ausgaben für stationäre Behandlungen. Im Jahr 2012 zahlten die Länder nur noch rund 2,6 Milliarden Euro Investitionskosten, das entsprach 3,6 Prozent der GKV-Ausgaben für stationäre Behandlungen. Die Folge: Statt die GKV-Einnahmen für den laufenden Betrieb zu verwenden, zweckentfremden die Kliniken diese Mittel für ihre Investitionen in überbordende Kapazitäten. Sie erhöhen die Zahl der Behandlungen und senken die Personalkosten, vor allem im Pflegebereich. Die Qualität bleibt dabei auf der Strecke.

**Ergebnisqualität ist messbar.** Der Gesetzgeber muss die Fehlansätze korrigieren: Kapazitätsplanung, Vertragsgestaltung und Vergütung müssen sich am Behandlungsbedarf und der Ergebnisqualität orientieren. Gute Qualität muss sich für die Kliniken auszahlen, schlechte Qualität nicht. Konzepte aus Schweden und den USA zeigen, dass die Ergebnisqualität zuverlässig messbar ist und dass diese Ergebnisse zielgerichtet eingesetzt werden können, um die stationäre Versorgung zu verbessern. Dass die Qualität der Behandlung auch in Deutschland ohne zusätzlichen bürokratischen Aufwand gemessen werden kann, zeigt beispielsweise das von der AOK in Kooperation mit Klinikträgern angewandte QSR-Verfahren (Qualitätssicherung mit Routinedaten, siehe *Webtipps*).

Die neue Bundesregierung sollte diese Ansätze konsequent fördern, indem sie die rechtlichen Anforderungen und Rahmenbedingungen dafür verbessert, dass die Ergebnisse gemessen sowie leicht zugänglich und verständlich veröffentlicht werden. Die von vielen Kliniken gegenwärtig erhobenen und veröffentlichten sogenannten Qualitätsdaten messen zumeist nicht die Ergebnisse, sondern listen nur Strukturen und Prozesse auf. Zudem erschließen sich die Daten für Patienten kaum, da sie unübersichtlich und unverständlich dargestellt werden. Je mehr echte Qualitätsparameter messbar und transparent sind, desto sinnvoller können sie in der Planung der Kapazitäten sowie der Vergütung der erbrachten Leistungen genutzt werden.

Für schlechte Qualität sollte es kein Geld geben. Beispielsweise könnte der Gesetzgeber die Voraussetzungen dafür schaffen, dass Klinikabteilungen, die in der Behandlungsqualität weit unter dem Durchschnitt liegen, nicht mehr in der Planung be-

vestitionen, haben aber auf die Planung bisher keinen Einfluss. Sie können für eine aus Sicht der Versicherten bedarfsgerechte Kapazitätsplanung sorgen. Außerdem muss die Planung der Leistungen, die sowohl Kliniken als auch Fachärzte ambulant erbringen können, für beide Bereiche gemeinsam erfolgen. Die Verträge für solche Leistungen müssen über die Sektorengrenzen hinausgehen. Ambulante und stationäre Leistungen sollten zudem nach gleichen Qualitätskriterien gemessen und nach einer diagnosebezogenen Gebührenordnung bezahlt werden, die in den jeweiligen Regionen gleiche Preise für gleiche Leistungen sicherstellt. Von dem auf diese Weise initiierten Qualitätswettbewerb würden Patienten profitieren, weil sich dann das Angebot nach ihrem Bedarf richtet. Schlechte Qualität und Doppelstrukturen würden verschwinden. Aber statt eine solche Reform in Gang zu setzen, hat der Gesetzgeber mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz einen neuen spezialfachärztlichen Sektor geschaffen. Hier gilt das Prinzip „Wer kann, der darf“ – es entstehen zusätzliche Doppelstrukturen und Ineffizienzen.

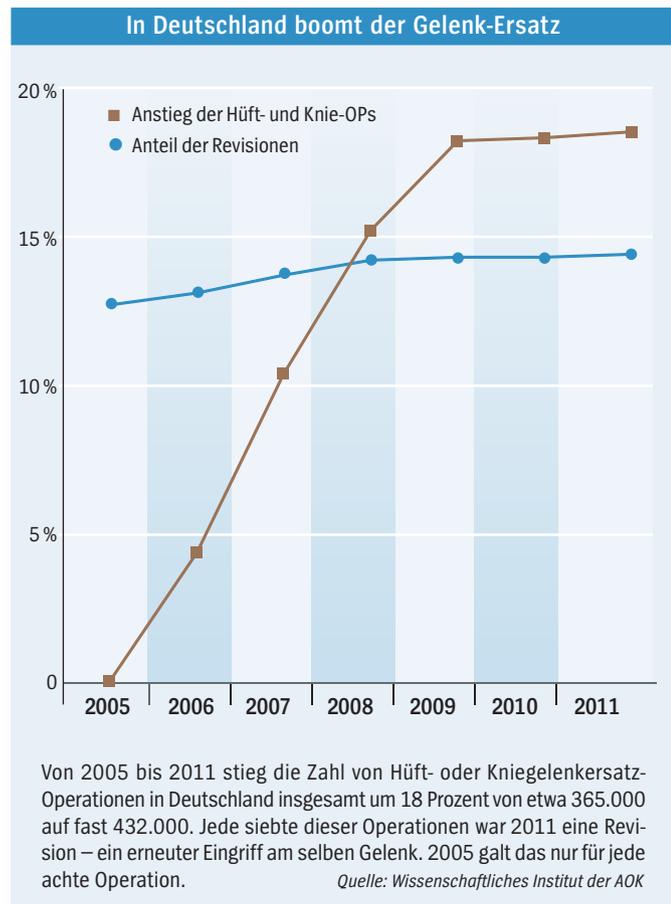
**Mit der steigenden Ärztezahl wächst die Unzufriedenheit.** Auch in der ambulanten haus- und fachärztlichen Versorgung bestehen nach wie vor ineffiziente Strukturen und Fehlanreize. Die Beitragszahler der GKV brachten 2012 fast 35 Milliarden Euro für die Ärzte auf – knapp fünf Milliarden Euro oder gut zwölf Prozent mehr als 2009. Im selben Zeitraum erhöhte sich die Zahl der Vertragsärzte und -Psychotherapeuten um mehr als zwei

Prozent auf über 157.000. Trotzdem wächst die Unzufriedenheit auf allen Seiten. Vertragsärzte halten ihre Honorare für zu niedrig und das Vergütungssystem für ungerecht. Patienten klagen in einigen Regionen darüber, dass sie sich immer länger gedulden müssen, bis ein Facharzt für sie Zeit hat. Die Hälfte der Versicherten wartet inzwischen mehr als eine Woche auf einen Termin; 2006 war es noch jeder dritte. Während in einigen Regionen Ärzte fehlen, gibt es in zahlreichen Regionen und Facharztgruppen zu viele Ärzte mit entsprechend hoher Leistungsmenge, die von den Krankenkassen zu vergüten ist. Das von der Regierungskoalition 2012 auf den Weg gebrachte GKV-Versorgungsstrukturgesetz beseitigt diese Missstände nicht. Eine Vielzahl von nicht aufeinander abgestimmten Einzelmaßnahmen soll mehr Ärzte aufs Land locken. Ein bisschen mehr Geld und ein wenig mehr Flexibilität reichen aber bei weitem nicht aus. Das Gesetz enthält keine wirksamen Konzepte zur Verringerung der Wartezeiten und zur bedarfsgerechteren Verteilung der Ärzte. Statt Kassen und Ärzten mehr individuelle Handlungsspielräume zu eröffnen, konserviert das Gesetz die planwirtschaftlichen Strukturen und schafft neue Gremien, Ausschüsse, Beanstandungs- und Initiativrechte.

**Ambulante Vergütung reformieren.** Für eine bedarfsgerechte Verteilung der Ärzte reicht es nicht, die Arztsitze entsprechend zu planen. Kein Arzt wird seine Praxis vom Starnberger See in die Uckermark verlegen und kein Radiologe zum Hausarzt umschulen, weil die Stellen auf dem Papier so ausgewiesen sind. Vielmehr muss die Politik das ambulante Vergütungssystem reformieren. Das Geld der Beitragszahler muss dort zur Verfügung stehen, wo Patienten die ärztlichen Leistungen brauchen. Momentan richtet sich die Verteilung der Mittel jedoch danach, wo sich bereits Ärzte niedergelassen haben und wie kraftvoll sie innerhalb der ärztlichen Selbstverwaltung vertreten sind. Derzeit fließt zu viel Geld in Ballungszentren und in Stadtteile mit einem Überangebot vor allem an Fachärzten. Es fehlt in Regionen und Stadtteilen mit Versorgungsbedarf. Auch die innerärztliche Verteilung ist unausgewogen. Haus- und Kinderärzte mit einem hohen Anteil sprechender Medizin stehen meist am unteren Ende der Einkommensskala. Techniknahe Facharztgruppen wie Radiologen oder Dialyseärzte erhalten häufig ein Mehrfaches an Honorar.

Um die Verteilung der Ärzte mittelfristig zu verbessern, muss sich die Vergütung am Versorgungsbedarf der Patienten orientieren: Wo Ärzte fehlen, müssen sie mehr verdienen, in überversorgten Regionen oder Fachgruppen entsprechend weniger. Auf diese Weise würden die Ärzte dem Geld folgen und nicht das Geld den Ärzten. Voraussetzung für ein solches Vergütungssystem ist, dass die Vertragsärzte die von ihnen erfassten Krankheiten und Leistungen nach einheitlichen Richtlinien dokumentieren (kodieren). Zudem müssen Behandlungsgrund und der Behandlungsumfang Basis für die Abrechnungen sein, und nicht – wie heute – die ärztliche Verrichtung und die einzelnen Therapieschritte.

**Privatversicherte dürfen nicht lukrativer sein.** Bisher rechnen Ärzte für gesetzlich und privat versicherte Patienten unterschiedlich ab. Leistungen für gesetzlich Versicherte vergüten die



**Kein Mediziner verlegt seine Praxis vom Starnberger See in die Uckermark, nur weil neue Arztsitze so ausgewiesen sind.**



Krankenkassen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Für Privatleistungen gilt die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Privat versicherte Patienten sind für niedergelassene Ärzte in einigen Gebührenpositionen lukrativer. Sie bekommen deshalb vor allem in Facharztpraxen schneller einen Termin. Ärzte veranlassen bei ihnen häufiger medizinisch nicht notwendige Laborleistungen und Untersuchungen. Um diese Fehlentwicklungen zu beseitigen, müssen die Vergütungssysteme angeglichen werden. Dabei ist jedoch sicherzustellen, dass die Fehler der GOÄ-Systematik nicht auf die Abrechnung der GKV-Leistungen übertragen werden. Außerdem darf die Korrektur der überhöhten Preise für Privatleistungen nicht zu höheren GKV-Beiträgen der gesetzlich Versicherten führen.

**Vertragszwänge stören den Wettbewerb.** Gesundheitsversorgung ist eine regionale Sache. Die Politik sollte deshalb maßgeschneiderte Lösungen für die Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten sowie Kliniken, Reha- und Pflegeeinrichtungen in einer Region fördern. Dafür gilt es, bürokratische Hindernisse zu beseitigen. In der integrierten Versorgung beispielsweise muss die Gesamtvergütung, die an die Kassenärztlichen Vereinigungen fließt, einfacher zu bereinigen sein, damit die Krankenkassen die Leistungen nicht doppelt bezahlen. Kassen und Leistungserbringer sollten alle Kooperationsverträge, auch Hausarztverträge, freiwillig schließen – wenn alle Partner davon überzeugt sind, dass sich Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung verbessern.

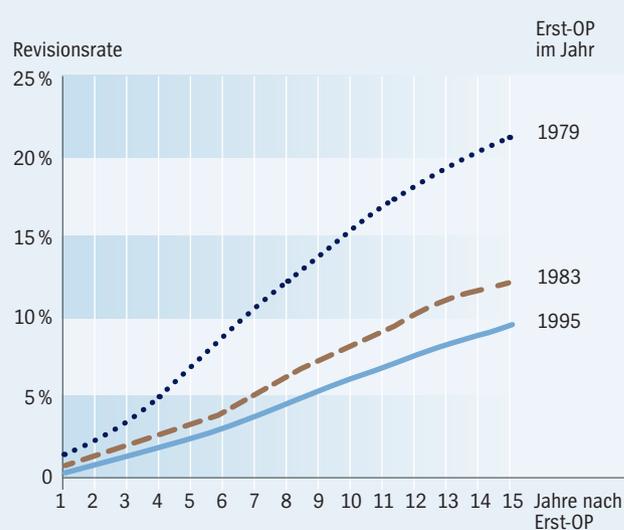
Möglichkeiten der Delegation und insbesondere der Substitution bestimmter ärztlicher Leistungen an fortgebildete Pflegefachkräfte sind auszubauen. Bisherige Erfahrung zeigen, dass Patienten die Kompetenz dieser Mitarbeiter sehr schätzen.

Somit ließen sich nicht nur in strukturschwachen Regionen Kapazitätsprobleme reduzieren, sondern auch in städtischen Gebieten die Versorgungsqualität verbessern.

**Nutzenbewertung auch für Medizinprodukte.** Mit dem Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz hat der Gesetzgeber Anfang 2011 einen erfolgreichen Schritt unternommen, um Innovationen zu fördern und die Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung zu erhöhen. Das Prinzip, den Preis der Medikamente an den Nachweis ihres Nutzens für Patienten zu koppeln, sollte auf Bereiche wie Medizinprodukte oder Hilfsmittel übertragen werden. Bei Medizinprodukten spielt der Patientennutzen schon beim Marktzugang keine Rolle und wird auch bei der Vergütung bisher nicht berücksichtigt. Dies muss sich insbesondere für Hochrisiko-Medizinprodukte ändern, sonst nimmt die Politik weiterhin erheblichen gesundheitlichen Schaden für viele Patienten in Kauf. Die Erstattung eines Hilfsmittels sollte ebenfalls künftig davon abhängen, ob der Hersteller einen Patientennutzen im Vergleich zu bestehenden Alternativen nachweisen kann. Basierend auf solchen Erkenntnissen könnten Krankenkassen individuelle Verträge mit Herstellern schließen.

**In der Pflege ist nichts passiert.** Die wohl größten Versäumnisse der Bundesregierung in der Gesundheitspolitik der letzten vier Jahre betreffen die Pflege. Zwar hat die schwarz-gelbe Koalition alle Herausforderungen mediengerecht diskutiert: von einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff über den Ausbau häuslicher und kommunaler Strukturen für ein selbstbestimmtes Leben in den eigenen vier Wänden sowie den absehbaren

#### Schweden: Gelenk-Register senkt Revisionsrate bei Hüft-OPs



Transparenz fördert Qualität: In Schweden ist die Rate von Revisionen (erneute Operation am selben Gelenk) nach Hüftgelenkersatz seit der Einführung eines Endoprothesenregisters im Jahr 1979 deutlich gesunken. Von den Patienten, die 1979 eine künstliche Hüfte bekommen hatten, mussten sich nach 15 Jahren mehr als 20 Prozent erneut einer Operation unterziehen. Dagegen betrug die Revisionsrate bei den 1995 operierten Patienten nur noch knapp zehn Prozent.

Quelle: Swedish Hip Arthroplasty Register, Annual Report 2011

Pflegekräftemangel und die Unterstützung von pflegenden Angehörigen bis hin zu einer nachhaltigen Finanzierung der Pflegeleistungen. Doch passiert ist nahezu nichts. Das Anfang 2013 in Kraft getretene Pflegeneuausrichtungsgesetz ist ein Sammelsurium von vielen kleinen Einzelmaßnahmen. Davon gehen zwar einige in die richtige Richtung. So erhalten beispielsweise Menschen mit Demenz etwas mehr Leistungen. Pflegenden Angehörige haben die Möglichkeit, selbst Vorsorge- und Rehabilitationsangebote in Anspruch zu nehmen. Doch das ist nur ein Tropfen auf den heißen Stein. Mehr war wohl nicht möglich – stand das Gesetz doch unter der Maßgabe des Koalitionsbeschlusses vom 7. November 2011, nach dem für die

## Interview



### „Patientenschutz hat oberste Priorität“

Uwe Deh ist Geschäftsführender Vorstand des AOK-Bundesverbandes.

**G+G:** Herr Deh, die AOK forciert das Thema Qualität in der Versorgung in jüngster Zeit sehr stark. Warum?

**Deh:** Weil die Qualität einer Leistung ganz entscheidend für Patienten ist. Vor einer Operation würde sich doch niemand freiwillig für das Krankenhaus entscheiden, das im Qualitätsvergleich besonders schlecht abschneidet. Das Problem ist aber, dass uns zwar viele Daten zur Verfügung stehen, für Patienten die Situation aber weiterhin recht undurchsichtig ist. Außerdem haben wir kaum Instrumente, Versicherte vor schlechter Qualität zu bewahren. Der Patientenschutz hat für uns oberste Priorität.

**G+G:** Welche konkreten Hilfen bietet die AOK Patienten und Ärzten, wenn es um mehr Qualität geht?

**Deh:** Mit den ersten Ergebnissen unseres wissenschaftlich anerkannten QSR-Verfahrens sind wir schon vor einigen Jahren direkt in die Kliniken gegangen, um mit der internen Qualitätssicherung ins Gespräch zu kommen. In einem zweiten Schritt haben wir unsere Informationen im Krankenhaus-Navigator online veröffentlicht. Wir sind jetzt dabei, unser Informationsangebot für Patienten sowie für einweisende Ärzte kontinuierlich auszubauen.

**G+G:** Welche Initiativen für mehr Qualität erwarten Sie von der Politik?

**Deh:** Es kann nicht sein, dass wir jede Leistung ganz unabhängig von der erbrachten Qualität bezahlen müssen. Jetzt ist das Geld, das einer Krankenkasse für Krankenhäuser zur Verfügung steht, praktisch am Jahresanfang ausgegeben. Das nennt man Kontrahierungszwang. In Zukunft sollte es möglich sein, dass wir zumindest ganz besonders schlechte Qualität nicht bezahlen. Eine Lockerung des Kontrahierungszwangs wäre für Patienten eine echte Erleichterung. Außerdem muss die Krankenhausplanung verändert werden: Statt das vorhandene Angebot an Krankenhäusern fortzuschreiben, sollte man zunächst den tatsächlichen Bedarf der Versicherten einer Region berücksichtigen und Qualitätskriterien für Krankenhäuser festlegen.

Leistungsverbesserungen der Beitragssatz der Pflegeversicherung lediglich um 0,1 Prozentpunkte steigen darf. Deshalb hatte auch der Mitte 2009 veröffentlichte Bericht einer 2006 eingesetzten Expertenkommission zur Definition eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der auslaufenden Legislaturperiode keinerlei Folgen. Die damit verbundenen Verbesserungen würden den Beitragssatz wohl viel stärker erhöhen. Stattdessen setzte das Bundesgesundheitsministerium 2012 erneut einen „Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ ein, der kürzlich seinen Bericht vorlegte. Die Umsetzung der Expertise wird weiter auf sich warten lassen.

Das Pflegeneuausrichtungsgesetz legte die Grundlage für mit fünf Euro monatlich staatlich geförderte individuelle und freiwillige Pflegezusatzversicherungen („Pflege-Bahr“). Diese Policen werden die gesamtgesellschaftlichen Finanzierungsprobleme jedoch nicht beheben. Auch für die individuelle Vorsorge taugen die neuen Tarife wenig, so die Bewertung der Stiftung Warentest.

**Pflege muss uns mehr wert sein.** Die künftige Bundesregierung steht also im Pflegebereich vor denselben Herausforderungen wie vor vier Jahren. Eine wichtige pflegepolitische Aufgabe in der kommenden Legislaturperiode ist die grundlegende Neudefinition des Pflegebegriffs beziehungsweise seine Umsetzung. Darüber hinaus sollte auch in der Pflege die Ergebnisqualität eine größere Rolle spielen. Mehr Evidenz und Transparenz im Pflegealltag muss das Ziel sein. Gute Pflege muss finanziell belohnt und schlechte Pflege sanktioniert werden. Für Pflegebedürftige und deren Angehörige muss erkennbar sein, welche Einrichtungen gute Pflege bieten. Die Wahl eines Pflegedienstes oder Pflegeheimes hat für die Betroffenen eine andere Bedeutung als der Einkauf beim Bäcker. Deshalb sind die systematischen und methodischen Schwachstellen der Pflege-Transparenzvereinbarungen („Pflegenoten“) zügig zu beseitigen. Gute Pflege braucht gut ausgebildete Fachkräfte. Die neue Bundesregierung sollte daher eine Reform der Pflegeberufe in Gang bringen, bei der das duale Ausbildungssystem bei der Finanzierung der Ausbildungskosten zugrunde gelegt wird, also die Pflegeschüler für ihre Ausbildung nichts mehr bezahlen müssen. Für die Anerkennung von Qualifikationen aus anderen Ländern muss es sinnvolle, pragmatische Regelungen geben. Der mit diesen dringend notwendigen Reformen verbundene finanzielle Mehraufwand hängt von deren konkreter Ausgestaltung ab.

**Strukturelle Defizite angehen.** In Anbetracht der Vielfalt, Komplexität und Dringlichkeit der hier skizzierten Aufgaben ist es in der Gesundheitspolitik momentan zu ruhig. Statt die gravierenden Qualitätsmängel und Ineffizienzen zu beseitigen, geben wir nur immer mehr Geld ins System. Wenn die Politik die strukturellen Defizite jetzt nicht anpackt, wird es schon bald ein böses Erwachen geben. Denn die Qualität der Gesundheitsversorgung interessiert die Menschen sehr. Und auch auf ihren Geldbeutel haben sie ein wachsames Auge. Das sollte jede Partei beachten. ■

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

# Handbuch mit Aha-Effekt



**Sie wollen Fakten und die Story dahinter?** Die Reformfibel bietet beides: die Inhalte der wichtigsten Gesundheitsgesetze seit 1989 zum Nachschlagen und Texte mit Aha-Effekt zum Nachlesen. Von GRG bis VStG – Abkürzungsverzeichnis inklusive.

**Wer hat die Praxisgebühr eingeführt?** Wie hoch war das Krankenhaus-Notopfer? Getrennt nach den Themenfeldern Ärzte, Kliniken, Kassen und Versicherte finden sich in der Fibel zentrale Inhalte von 23 Reformgesetzen. Stichwortartig und schnörkellos.

**Doch damit aus Fakten Wissen wird,** bedarf es mehr. Hintergrundtexte zeichnen Legislaturperiode für Legislaturperiode ein prägnantes Bild von der jeweiligen gesundheitspolitischen Bühne und ihren Akteuren. Von Norbert Blüm bis Daniel Bahr.

**Die Reformfibel** – 96 Seiten mit Aha-Effekt. Und historischen Karikaturen von Horst Haitzinger mit Schmunzelgarantie.

**Die Reformfibel**  
Handbuch der Gesundheitsreformen  
KomPart-Verlag (Hrsg.)  
1. Auflage 2012, 96 Seiten, Klappenbroschur,  
16,80 Euro zzgl. 2,50 Euro Verpackung und Versand  
ISBN 978-3-940172-26-6

## Ja, ich bestelle ...

**Die Reformfibel**  
Handbuch der Gesundheitsreformen

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

Die Reformfibel – Handbuch der Gesundheitsreformen  
KomPart-Verlag (Hrsg.)  
1. Auflage 2012, 96 Seiten, Klappenbroschur, 16,80 Euro  
ISBN 978-3-940172-26-6

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



Lieferung gegen Rechnung  per Bankeinzug

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

\_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

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

\_\_\_\_\_  
BLZ

\_\_\_\_\_  
Geldinstitut

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

**Heike Haarhoff (43)** ist seit 2010 gesundheitspolitische Redakteurin der Berliner „tageszeitung“ (taz). Sie studierte Journalistik und Politikwissenschaften in Dortmund und Marseille (Maîtrise des Sciences et Techniques en Journalisme). Thematische Schwerpunkte ihrer Berichte und Kommentare sind Gesundheitspolitik, Ethik und Medizin. Heike Haarhoff ist Mutter einer Tochter und eines Sohnes und lebt in Berlin.

**Andreas Mihm (53)** ist seit 1990 Redakteur und seit 2001 Wirtschaftskorrespondent der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ (FAZ) in Berlin. Der Volkswirt volontierte bei der Nachrichtenagentur Reuters und arbeitete unter anderem für den Westdeutschen Rundfunk. Schwerpunkte seiner Berichterstattung sind Gesundheit und Energie. Andreas Mihm ist verheiratet, hat zwei erwachsene Kinder und lebt in Berlin.

**Dr. Uwe Preusker (63)** ist als Fachjournalist, Moderator und Berater im Gesundheitswesen tätig. Seit 2003 gibt der promovierte Politologe den Hintergrund-Informationsdienst „Klinik Markt inside“ heraus, dessen Chefredakteur er auch ist. Außerdem ist er Herausgeber und Autor des Lexikons des deutschen Gesundheitssystems. Uwe Preusker ist Vater zweier erwachsener Söhne und lebt mit seiner Frau in Vantaa in Finnland.

**Helmut Laschet (61)** ist seit Gründung der „Ärzte Zeitung“ 1982 Mitglied der Redaktion, seit 1983/84 Ressortleiter Gesundheitspolitik und stellvertretender Chefredakteur. Seit 2001 leitet er auch das Hauptstadtbüro. Der Diplom-Volkswirt war ab 1979 als Redakteur bei der „Lebensmittel-Zeitung“ und in der Presseabteilung des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie tätig. Helmut Laschet hat zwei erwachsene Kinder.



# „Schwarz-Gelb hat das System mit Geld zugeschüttet“

Was haben Union und FDP gesundheitspolitisch erreicht, was hat die Koalition liegen lassen? Im G+G-Gespräch nehmen vier journalistische Köpfe die vergangene Legislatur unter die Lupe – und wagen einen Ausblick in die Zukunft.

Die Legislaturperiode neigt sich dem Ende zu. Was hat Sie – liebe Kollegin, liebe Kollegen – mit Blick auf die Gesundheitspolitik der Koalition am meisten geärgert, was positiv überrascht?

**Heike Haarhoff:** Am meisten geärgert hat mich die Reform der Pflegeversicherung, die keine war. Die Koalition hat Pflegebedürftige, Angehörige wie auch Beschäftigte der Pflegebranche im Regen stehen lassen. Positiv überrascht hat mich die Arzneimittelmarkt-Reform, also das AMNOG, da es eine konsequente Nutzenbewertung vorsieht. Das hätte ich den Liberalen nicht zugetraut. Wir haben das in der Redaktion diskutiert und sind zu dem Schluss gekommen: Es ist wohl wie bei der Arbeitsmarktreform 2003 gewesen. Für die brauchte es einen SPD-Kanzler.

**Helmut Laschet:** Gefreut hat mich am meisten, wozu diese Bundesregierung eigentlich nichts kann: der Umstand, dass die Finanzausstattung der gesetzlichen Krankenversicherung außerordentlich komfortabel ist. Ein großes Ärgernis ist, dass es

mit Ausnahme des AMNOG fast keine strukturellen Reformen gegeben hat. Die FDP hatte bei Start der Koalition erklärt, sie stünde für mehr Wettbewerb und Freiheit im Gesundheitsbereich. Tatsächlich haben dort Korporatismus und Monopolisierung Einzug gehalten. GKV-Spitzenverband und Gemeinsamer Bundesausschuss haben sehr an Macht gewonnen.

**Andreas Mihm:** Überwiegend positiv das AMNOG. Überholte Strukturen im Arzneimittelbereich wurden damit beseitigt. Eine große Enttäuschung ist, dass die Bundesregierung ihr Versprechen einer Strukturreform auf der Finanzseite nicht eingelöst hat. Stattdessen hat sie das System mit Geld zugeschüttet und so dafür gesorgt, dass eine Finanzreform unnötig erschien. Und als sie das erkannten, waren Union und FDP nicht bereit, den Geldhahn abzdrehen. Aus Angst vor der eigenen Courage.

**Uwe Preusker:** Im negativen Sinne hat mich überrascht, dass die Möglichkeiten der Akteure im Gesundheitswesen, selbst-



.....

## Ganz gleich, wer künftig regiert: Es wird keine großen Umbrüche im Gesundheitswesen geben.

.....

*Andreas Mihm*

bestimmt arbeiten zu können, weiter eingeschränkt wurden. Ein Kardinalproblem ist doch, dass Ärzte, Pflegekräfte oder Kasernenmanager ihren Job nicht so machen können, wie sie es als Profis für richtig halten. Der Gesetzgeber gibt stattdessen bis ins kleinste Detail vor, wie man zu arbeiten hat. Dieses Problem hat Schwarz-Gelb forciert, da man offenbar glaubte, auf diese Weise eine sinnvolle, wettbewerblich organisierte Struktur hinzubekommen. Eine glatte Fehleinschätzung!

**Herr Laschet, hat Sie überrascht, dass ein FDP-Gesundheitsminister schafft, woran sich Politiker von SPD und CDU zuvor die Zähne ausgebissen haben: die Nutzenbewertung von Arzneimitteln, noch bevor diese auf den Markt kommen!?**

**Laschet:** Dass das Thema kommt, hat mich nicht überrascht. Dass es in dieser Härte exekutiert wird, ist schon überraschend für eine liberale Partei, weil sie mit dem AMNOG auch eigenen Grundprinzipien wie der Funktionstüchtigkeit von Marktmechanismen widerspricht. Aber die FDP hat ein großes Handicap. Sie steht in der Öffentlichkeit im permanenten Verdacht, Klientelpolitik für Ärzte, Apotheker, private Krankenversicherung und Pharma zu betreiben. Und die Liberalen haben mit Händen und Füßen alles getan, um diesem Eindruck entgegenzuwirken. Mit dem AMNOG wurde ein gordischer Knoten durchgeschlagen. Jeder neue Wirkstoff kommt in die frühe Nutzenbewertung. In der Umsetzung zeigen sich aber erhebliche Probleme, die langfristig schädlich sein könnten für die Versorgung wie auch den Industrie- und Forschungsstandort Deutschland.

**Haarhoff:** Entschuldigung, Herr Laschet, wenn ich da einhake. Aber im Ergebnis stimmt das nicht, was Sie sagen. Wir haben bislang etwa 40 frühe Nutzenbewertungen. Davon haben zwei Drittel der Wirkstoffe einen Zusatznutzen zugesprochen be-

kommen. Vielleicht keinen außerordentlich großen, aber immerhin! Das ist mehr als in anderen EU-Ländern. Die Pharmaindustrie kommt in Deutschland also immer noch sehr gut weg. Die Unternehmen machen noch eine ganze Menge Umsatz.

**Einig sind wir uns wohl darin, dass es eine wirkliche Alternative zur frühen Nutzenbewertung nicht gibt, oder Herr Mihm?**

**Mihm:** Sicher nicht. Doch gestatten Sie mir einen Vergleich: Ich glaube nicht, dass die Fußballstadien bei uns noch lange gefüllt wären, wenn eine der Mannschaften auf dem Platz nicht nur das Regelwerk bestimmt, sondern auch die Hälfte des Schiedsrichter-Gespans mitbringt. Beim Verfahren der Nutzenbewertung passiert genau das. Hier gibt es eine Übermacht der Kassenseite, die bei der Auswahl der Prüfverfahren beginnt und bei der Preisverhandlung endet. Aber hier hat es auf den letzten Metern der Wahlperiode ja noch etwas Bewegung in die richtige Richtung bei der Rahmensetzung für die Nutzenbewertung gegeben. Wenn das Regelwerk nicht sauber ist, muss nachgearbeitet werden. Das ist eine ordnungspolitische Frage, die unabhängig von irgendwelchen Standortinteressen für Deutschland zu klären ist.

**Preusker:** Fakt ist: Deutschland hat mit der Nutzenbewertung Neuland betreten. Es gibt international keinen Goldstandard dafür. Ziel des AMNOG ist nicht nur, die Qualität in der Arzneimittelversorgung zu optimieren. Es geht bei dieser gesetzlichen Regelung auch um Kostendämpfung. Dies geschieht vor dem Hintergrund, dass es offenbar eine Menge Scheininnovationen



gab, für die Mondpreise verlangt wurden. Und noch eine Bemerkung zur Standortfrage Deutschland: Aus meiner Sicht sollte dies keinen Einfluss darauf haben, wie man gesundheitspolitische Grundentscheidungen trifft. Gesundheitspolitische Grundentscheidungen muss man an gesundheitspolitischen und nicht an irgendwelchen wirtschaftspolitischen Zielen festmachen.

Eine gesundheitspolitische Entscheidung von Schwarz-Gelb war zuletzt, den etwa 2.000 Kliniken über eine Milliarde Euro Zuschuss zu geben. Würde hier noch schnell vor dem Urnengang im Herbst ohne Not eine Stange Geld verteilt?

**Preusker:** Die Koalition hat mit ihrem Geldsegen sicher nicht nur auf die rund 1,1 Millionen in den Krankenhäusern Tätigen geschickt. Sie hat auch auf die Wähler geschaut, denen es nicht egal ist, wie es dem eigenen Krankenhaus vor Ort geht. Es ist eine Mischung aus verschiedenen Dingen. Es gibt ja durchaus Kliniken, die haben wirtschaftliche Probleme, weil sie in ländlichen Regionen liegen, wo sie für die Versorgung wichtig sind, wo sie aber nicht über Mehrleistungen wieder ins Plus rutschen können. Die brauchen Hilfe. Die Politik müsste das Geld gezielt auf die verteilen, die wirklich Bedarf haben, weil sie besondere Versorgungsnotwendigkeiten haben. Das wurde versäumt.

Die Finanzprobleme mancher Kliniken dürften auch darin begründet sein, dass sich die Länder aus ihrer Verpflichtung zur Finanzierung von Investitionen zurückziehen. Angesichts öffentlicher Schuldenbremsen dürfte sich das Problem verschärfen.

.....  
**Der Gesetzgeber gibt detailliert vor, wie im Gesundheitswesen gearbeitet wird. Die Koalition hat das noch forciert.**  
.....

*Dr. Uwe Preusker*

dafür zu sorgen, dass qualitativ schlechte Kliniken aus dem Wettbewerb ausscheiden. So lange sich die Politik dem auf Druck der Kliniken und Kommunen hin verweigert, gibt es keine Möglichkeit, dieses Ventil zu öffnen. Also wird immer mehr Geld ins System geschüttet, damit die qualitativ und wirtschaftlich Schlechten weiter durchgefüttert werden können. Diesen absurden Zustand hat auch Schwarz-Gelb nicht zu ändern vermocht.

Das würde bedeuten, dass es tendenziell weniger Kliniken gibt und die Menschen weiter und länger fahren müssen bis zum nächsten Krankenhaus. Ist das zumutbar, Frau Haarhoff?

**Haarhoff:** Natürlich! Alles andere wäre auch verlogen. Wir alle wissen, dass wir mit der Hälfte der aktuell rund 2.000 Kran-



**Wohin entwickelt sich die Klinikfinanzierung, Herr Mihm?**

**Mihm:** Grundsätzlich würde ich mir mehr Wettbewerb wünschen. Die Kassen sollten das Recht haben, für planbare Operationen mit Kliniken Verträge zu schließen. Dann können die Kassen auch die paar Milliarden, die die Länder heute noch bezahlen, mitübernehmen. Das fällt dann nicht mehr ins Gewicht. Aber wie gesagt: Die Politik muss den Kassen als denjenigen, die alles bezahlen, ein Instrument an die Hand geben, in einem nachvollziehbaren klaren System

krankenhäuser auskommen könnten. Nicht jede Klinik muss alles machen. Gerade bei planbaren Eingriffen können sich Krankenhäuser spezialisieren. Den Menschen ist es dann durchaus zuzumuten, einen gewissen Weg in Kauf zu nehmen, um dort hinzugelangen, wo Spezialisten qualitätsgesichert operieren. Kleinere Krankenhäuser stünden für die Notfallversorgung bereit. In dieser Situation käme es zu weniger unnötigen Operationen, weil eben nicht mehr jedes Bett gefüllt und nicht jedes Knie operiert werden muss. Am Ende stünde nicht weniger, sondern mehr Qualität.

**Mehr Qualität und ausreichend Ärzte auch in ländlichen Regionen – dies sind zwei erklärte Ziele des Versorgungsstrukturgesetzes. Herr Mihm, Sie haben dem sogenannten Landarztgesetz ein eher dürftiges Zeugnis ausgestellt und in einem Ihrer Kommentare von einem „Scheinriesen“ gesprochen. Warum?**



## Dem System der ambulanten ärztlichen Versorgung wurden mehr Hürden als neue Wege gebaut.

Helmut Laschet

**Mihm:** Das Wesen des Scheinriesen aus „Die wilde 13“ ist ja, dass er immer kleiner wird, je näher man ihm kommt. So verhält es sich auch bei diesem Gesetz. Je genauer man hinschaut, umso weniger steckt drin. Es klingt ja vom Ansatz her ganz toll sicherzustellen, dass es auf dem Land eine bessere ambulante Versorgung geben soll. Aber ich habe meine Zweifel, ob dieses Gesetz tatsächlich dazu führt. Kein Arzt geht doch aufs Land, weil es dort keine Abstufung beim Honorar mehr gibt oder die Kommune ihm die Hälfte oder die ganze Miete seiner Praxis zahlt. Es gibt ein ganzes Set anderer Gründe, die gesetzlich nicht zu regeln sind. Zudem krankt das Landärztegesetz an einer ordnungspolitischen Schwäche. Die liegt darin, dass die Länder erstmals mitreden dürfen bei der Versorgungsplanung, ohne dass sie einen Cent zahlen. Ich schwöre Stein und Bein, dass die Länder immer stärker in die ambulante Versorgung reinregieren, ohne dass sie auf der Finanzseite für Konsequenzen in die Verantwortung genommen werden. Das ist schlecht und falsch.

**Laschet:** Da muss ich widersprechen. Die stärkere Einbindung der Länder und letztendlich der Kommunen ist durchaus eine Option, die für die Versorgung vor Ort von Relevanz sein kann.

Ich kenne die Entwicklung in Baden-Württemberg ziemlich gut. Dort gibt es ein Zusammenwirken von Krankenkassen, Kassenärztlicher Vereinigung, Land und Kommunen, die freilich in Baden-Württemberg recht gut ausgestattet sind, um die ärztliche Versorgung auf hohem Niveau zu sichern. Das heißt: Da existiert eine große Bereitschaft der Kommunen Finanzmittel, Kredite und Räumlichkeiten zur Verfügung zu stellen, also eine Infrastruktur zu schaffen, die insbesondere die Versorgung älterer multimorbider Menschen auf Dauer sicherstellt. Und das ist gut so, denn Gesundheitsversorgung ist vor allem eines: Local Business.

**Frau Haarhoff,** mit dem Versorgungsstrukturgesetz sind etliche Ankündigungen verbunden, die jetzt von der Selbstverwaltung umgesetzt werden müssen. Bei der Bedarfsplanung für Ärzte ist das geschehen. Seit Jahresbeginn gibt es eine neue, flexiblere Richtlinie. Taugt die, um Unterversorgung auf dem Land und Überversorgung in der Stadt zu beseitigen?

**Haarhoff:** Die Bedarfsplanung hat, seit sie existiert, nie funktioniert, um Ungleichverteilung zu beseitigen. Entscheidend dafür, wo sich ein junger Arzt niederlässt, sind eine gute Schule vor Ort, ein ordentliches Theater, eine gute Infrastruktur, wenig Rechtsradikalismus. Außerdem brauchen wir eine andere Form der Honorierung von Ärzten. Momentan ist es doch so: Jeder Arzt tut das, was er am besten kann und guckt, dass er damit die meiste Kohle verdient. Davon müssen wir wegkommen.

Und wie könnte das gelingen?

**Haarhoff:** Indem man nicht mehr einzelne Leistungen, sondern indikationsbezogen vergütet: Ein Netz aus Ärzten erhält für die Versorgung eines Darmkrebs-Patienten Summe X und verteilt diese Summe anteilig auf die Ärzte. Ich denke sowieso, dass wir künftig mehr Zusammenarbeit unter den Ärzten brauchen, sprich mehr Netze und Versorgungszentren, in denen Mediziner als Angestellte zu festen Arbeitszeiten und zu einem festem Salär arbeiten. Die Einzelpraxis, in der der Herr oder die Frau Doktor 70-Stunden-Wochen schieben, ist immer weniger angesagt unter jungen Medizinerinnen, vor allem unter den weiblichen.

**Laschet:** Genau da hat der Gesetzgeber in dieser Legislaturperiode der Weiterentwicklung des Systems der ambulanten Versorgung mehr Hürden gebaut als neue Wege geebnet. Die Gründung eines MVZ etwa ist von bestimmten Voraussetzungen abhängig. Es dürfen keine „Gesundheitsfremde“ in den Markt einsteigen. Das ist ein Widerspruch zur FDP-Philosophie der Investitionsfreiheit. Ein Euro ist ein Euro! Von wem der kommt, sofern nicht aus Mafia-Kanälen, ist völlig wertfrei zu sehen. Und auch der Abschluss von Selektivverträgen – Stichwort Hausarztverträge – wurde von Schwarz-Gelb erschwert und daran geknüpft, dass die Vertragspartner fast uno actu bei Vertragsabschluss schon die Rendite einfahren müssen. So kommt es zur Vermachtung monopolistischer und verkrusteter Strukturen.

---

## Die Pflege bleibt weiter ein großes Thema. Hier hat die Koalition nichts Substanzielles geliefert.

---

Heike Haarhoff

Als Megathema hat die Koalition das Thema Pflege ausgemacht. Das Bundesgesundheitsministerium berief 2011 sogar Experten zu einem Pflegedialog ein. Herausgekommen ist ein Pflege-Neuausrichtungsgesetz. Herr Dr. Preusker, reichen die neuen Paragraphen aus, um Pflege für die Zukunft fit zu machen?

**Preusker:** Bei Weitem nicht. Ein bisschen Beitragssatzerhöhung, ein paar zusätzliche Leistungen für Demenzkranke und pflegende Angehörige, ein kleiner Schritt bei der privaten Pflegevorsorge – das alles ist schön und gut, reicht aber definitiv nicht angesichts der enormen Herausforderungen, vor denen wir im Pflegebereich stehen. Das größte Versäumnis aber ist, dass die Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes ein weiteres Mal auf die lange Bank geschoben worden ist. Die Koalition hatte eine gute Vorlage dafür noch aus der Zeit der Vorgängerregierung aus Union und SPD. Wir verlieren zu viel Zeit. Leidtragende sind die Demenzkranken, die sozialpolitisch im Regen stehen bleiben. Liegen gelassen wurde auch die Frage, wie ein zukunftstaugliches Finanzkonzept aussieht.

**Herr Mihm, Stichwort Finanzierung: Kommt es im Wahlkampf zu einer Neuauflage Gesundheitsprämie versus Bürgerversicherung oder ist das Thema erst einmal ad acta gelegt?**

**Mihm:** Das interessiert momentan so gut wie niemanden. Es gibt da ganz andere Themen, die den Menschen unter den Nägeln brennen: Euro-Krise, Energiewende, Steuern. Gerechtigkeit wird allenfalls über die Frage des Mindestlohns diskutiert und die Frage, ob jeder, der muss, auch die richtigen Steuern zahlt. Gesundheit ist in diesem Kontext kein Blockbuster. Außerdem geht es dem System finanziell derzeit so gut – warum sollte man dann etwas grundsätzlich ändern? Meine Prognose lautet daher: Unabhängig davon, wer nach dem 22. September Deutschland regiert, es wird keine großen Systemumbrüche im Gesundheitssystem geben. Weder in die eine noch in die andere Richtung. Das gilt im Übrigen auch für die Zusammenführung der beiden Krankenversicherungszweige in einer Legislaturperiode. Das wäre ein ebenso überbordendes Projekt.

**Die Kassen relativ gut gefüllt, die politische Bereitschaft zu einschneidenden Änderungen gering: Was müsste von der kommenden Bundesregierung dennoch unbedingt angepackt werden?**

**Haarhoff:** Die Pflege bleibt ein großes Thema. Hier hat Schwarz-Gelb nichts Substanzielles geliefert, nur versprochen. Und ich denke auch, dass sich der duale Krankenversicherungsmarkt – übrigens fast ein weltweites Unikum – überlebt hat. Die private



Krankenversicherung wird auf Dauer nicht mehr alle Risiken versichern können. Sie dümpelt schon jetzt vor sich hin. Sie steht inmitten großer Baustellen, ohne das Werkzeug dafür zu haben.

**Preusker:** Wir brauchen dringend eine Vereinheitlichung der Vergütungssysteme im ambulanten Bereich. Das würde dann auch die Reform des Krankenversicherungssystems mittelfristig nach sich ziehen. Das duale System von gesetzlicher und privater Krankenversicherung mit unterschiedlichen Honorarsystemen führt zu einer Fehlsteuerung von Niederlassungsentscheidungen seitens der Ärzte. Zwei-Klassen-Medizin hat hier ihren Ursprung.

**Mihm:** Der Krankenhausektor ist das dringendste Reformthema der nächsten Jahre. Mindestens ein Drittel der Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung fließen ins Krankenhaus. Und da das Gesundheitssystem auch in den nächsten Jahren aufgrund der guten Beschäftigungssituation und der Lohnzuwächse gut mit Geld ausgestattet sein wird, hat die Politik auch den finanziellen Spielraum, ordnungspolitisch und strukturell etwas Neues auf die Beine zu stellen. Wettbewerb muss der Grundbass sein.

**Laschet:** Was immer wir uns an Vergütungssystemen für Ärzte ausdenken werden, es wird Mängel haben. Ein einheitliches Vergütungssystem birgt die Gefahr, dass es auch als das einzig Wahre angesehen wird, ohne dass es das tatsächlich ist. Wir brauchen vielmehr eine Kultur des Probierens. Eine Kultur, in der sich Innovationen entwickeln können. Wir hatten dazu noch im vergangenen Jahrzehnt gute Ansätze, siehe Integrationsversorgung, die jedoch viel zu früh von ihrer finanziellen Förderung her abgebrochen wurden. Damit hatte man einfach zu wenig Geduld. Es gibt in der Ärzteschaft, bei den Krankenhäusern und auch bei den Krankenkassen einige Verantwortliche, die Träger von Innovationen sein können. Deren Probieren müssen wir mehr fördern, anstatt es von vornherein zu stigmatisieren. ■

Die Fragen stellten Thomas Hommel und Hans-Bernhard Henkel-Hoving.

The image features three rolls of fabric. The central roll is white with thin orange horizontal stripes and is secured with two silver metal buckles. To its left is a roll of solid orange fabric, and in the foreground is a roll of plain white fabric. The background is a light, neutral color.

**Neue Rolle**

# für die Pflege

Nicht nur den Verband wechseln, sondern als Wundexpertin Patienten beraten und Therapien empfehlen: Die Heilkundeübertragungs-Richtlinie sieht vor, Pflegekräften mehr Kompetenzen und Verantwortung einzuräumen. Doch entsprechende Modellversuche lassen auf sich warten. Eine verpasste Chance, findet **Nadine-Michèle Szepan**.

**F**ür Patienten ist es selbstverständlich, dass Krankenschwestern, Altenpfleger oder Medizinische Fachangestellte gewisse ärztliche Tätigkeiten ausführen. Die nichtärztlichen Fachkräfte nehmen beispielsweise Blut ab, wechseln Verbände oder kontrollieren die Wundheilung. In Zukunft könnten sie verstärkt und mit mehr Verantwortung in die Gesundheitsversorgung eingebunden werden. Die Weichen dafür hat der Gesetzgeber mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz im Jahr 2008 gestellt. Auf Grundlage des Paragraphen 63 Absatz 3c Sozialgesetzbuch V hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) im Oktober 2011 die Heilkundeübertragungs-Richtlinie verabschiedet. Danach dürfen nun Krankenkassen und Leistungserbringer (Pflege, Ärzte, Kliniken) Verträge über Modellvorhaben abschließen, in denen speziell qualifizierte Pflegefachkräfte ärztliche Aufgaben übernehmen. Die Projekte sollen jeweils über zwei Jahre laufen und wissenschaftlich begleitet werden.

**Substitution statt Delegation.** Bei der Heilkundeübertragung geht es nicht um die Tätigkeit an sich. Vielmehr stellt sich die Frage, wer über eine Tätigkeit entscheidet: der Arzt oder die Pflegefachkraft? Heute delegieren Mediziner ärztliche Tätig-

keiten an medizinisches Assistenzpersonal, sei es in der vertragsärztlichen Versorgung an Medizinische Fachangestellte oder im Krankenhaus an Pflegefachkräfte. Die Gesamtverantwortung für diese Leistungen liegt aber weiter beim Vertragsarzt beziehungsweise beim Krankenhaus. Sie müssen im Rahmen des Behandlungsvertrages gegenüber dem Patienten für Behandlungsfehler haften. Ob eine ärztliche Leistung erbracht wird, entscheidet allein der Arzt. Bei dieser Art der Aufgabenübertragung spricht man von Delegation.

Dagegen geht es in den vom Gesetzgeber vorgesehenen Modellvorhaben der Heilkundeübertragung um eine Substitution. Dabei geht die Entscheidungskompetenz vom Arzt auf die

## Web- und Lesetipps

- [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) > **Richtlinien** > Richtlinie des GBA über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V
- Adelheid Kuhlmeier: **Rollenwandel im Gesundheitswesen**. In: G+G 10/2007
- VPU Verband der Pflegedirektorinnen der Unikliniken: **Übernahme ärztlicher Tätigkeiten**. Zu beziehen beim VPU: [info@vpu-online.de](mailto:info@vpu-online.de)

## In anderen Ländern geht's

Mit der **Advanced Nursing Practice** (fortschrittliche Pflegepraxis) weisen Länder wie USA, Großbritannien, Schweden, Finnland und Dänemark der Pflege bereits seit langem erweiterte und vertiefte Aufgaben zu. Nach Definition des International Council of Nurses (2008) ist eine Nurse Practitioner oder Advanced Practice Nurse eine Pflegefachkraft, die Expertenwissen erworben hat und über die Fähigkeit zu komplexen Entscheidungen verfügt sowie klinische Kompetenzen für erweiterte Aufgaben mitbringt. Das Council of Nurses empfiehlt einen Universitäts-Abschluss als Zugangsvoraussetzung. Nurse Practitioner übernehmen Aufgaben, die früher Ärzte geleistet haben. Die akademisch qualifizierten Pflegekräfte sind also weiterhin in der direkten Versorgung tätig, erhalten aber mehr Verantwortung und Autonomie.

**USA** In den Vereinigten Staaten hat eine **Registered Nurse** einen Universitätsabschluss, meistens einen Bachelor nach vier Jahren Studium. Immer mehr Registered Nurses durchlaufen eine in der Regel zweijährige Zusatzausbildung mit Master- oder Doktorabschluss im Bereich der Advanced Nursing Practice. Als **Nurse Practitioner** dürfen sie beispielsweise Medikamente verschreiben und Patienten in „Minute Clinics“ selbstständig behandeln. Im ambulanten Bereich übernehmen Nurse Practitioners etwa Hausbesuche bei chronisch Kranken oder im Anschluss an Klinikaufenthalte.

**Großbritannien** In „Walk-In-Centern“ des National Health Service in Großbritannien versorgen erfahrene Krankenschwestern (**Nurse Practitioner**) Patienten mit leichteren Erkrankungen wie Erkältungen, Durchfall, Hautausschlag und kleineren Schnittverletzungen selbstständig ohne ärztliche Aufsicht. Im Rahmen ihrer Arbeit verordnen sie auch die notwendigen Medikamente. Während ein Allgemeinarzt in England pro Patient im Schnitt nur sieben Minuten aufwendet, können sich Nurse Practitioner mehr Zeit nehmen: Pro Stunde betreuen die Schwestern im Londoner „Soho NHS Walk-In-Center“ nur drei bis vier Patienten. Jährliche Qualitätskontrollen des NHS ergeben Bestnoten, wie die leitende Schwester des Centers berichtet. Die Patientenzufriedenheit sei ebenfalls hoch, nicht zuletzt, weil Patienten ohne Termin in die Praxis kommen können. Von April 2011 bis März 2012 besuchten rund 40.000 Patienten das Soho-Walk-In-Center in London. In der britischen Hauptstadt gibt es weitere vier Einrichtungen dieser Art. (Quelle: „Schwestern mit Walk-In-Praxis“, in: G+G 11/2012, S. 14–15)

**Skandinavien** Pflegende in Dänemark, Finnland, Norwegen und Schweden übernehmen viele Aufgaben, die in Deutschland Ärzten vorbehalten sind. Eine **Bezirkskrankenschwester in Schweden** macht beispielsweise Hausbesuche. Sie darf in diesem Rahmen häufig benötigte Medikamente verschreiben. Hierbei ist festgelegt, welche Qualifikation die Pflegekraft haben muss und welche Gruppen von Arzneimitteln bei welchen Diagnosen in ihren Verantwortungsbereich fallen (Beispiel: Penicillin bei Scharlach). Pflegekräfte absolvieren in den skandinavischen Ländern ein in der Regel vierjähriges Studium, das zur unabhängigen und eigenverantwortlichen Tätigkeit in der Pflege befähigen soll. In Schweden etwa bestimmt das Gesetz zur Ausbildung von Krankenpflegekräften, dass ihnen die Kenntnisse und Fertigkeiten vermittelt werden müssen, die erforderlich sind, um unabhängig als Krankenschwester im Gesundheitswesen zu arbeiten. Außerdem sollen Pflegekräfte in ihrer Ausbildung Kenntnisse für die Planung, das Führen und die Koordination der Versorgung erwerben.

*Zusammenstellung: G+G*

**Mehr Infos:** [www.oecd.org/health/workforce](http://www.oecd.org/health/workforce)

dort: OECD Health Working Papers No. 54: **Nurses in Advanced Roles**

Pflegefachkraft über: Sie entscheidet, ob eine bestimmte ärztliche Leistung erbracht wird und ist fachlich, wirtschaftlich und rechtlich dafür verantwortlich. Dieses eigenständige Handeln ist in den skandinavischen und angelsächsischen Ländern etabliert (*siehe Kasten links*). So nimmt etwa die schwedische District Nurse neben der ärztlichen Betreuung chronisch Kranker auch beratende, koordinierende und steuernde sowie gesundheitsfördernde Aufgaben wahr. Sie übernimmt also Tätigkeiten, die in Deutschland ausschließlich Ärzten vorbehalten sind.

**Diagnose bleibt in ärztlicher Hand.** Im Jahr 2007 hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen mit seinem Gutachten „Kooperation und Verantwortung“ die Neuordnung der Arbeitsteilung zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufen in den Fokus des deutschen Gesetzgebers gerückt. Ausgehend von einem zunehmend komplexen Versorgungsgeschehen und verbunden mit der Erwartung, die Kooperation im Gesundheitswesen und damit die Arbeitszufriedenheit zu verbessern, Versorgungsqualität zu sichern, Kosten zu stabilisieren und Versorgungsentpässe aufzufangen, haben die Sachverständigen die schrittweise Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten auf Pflegefachkräfte empfohlen. Der Gesetzgeber hat mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz Mitte 2008 diese Empfehlung aufgegriffen und den GBA verpflichtet, in Richtlinien die Voraussetzungen hierfür zu schaffen.

Der GBA hat zwar festgelegt, dass Pflegekräfte fachliche, wirtschaftliche und rechtliche Verantwortung übernehmen dürfen. Die Indikations- und Diagnosestellung hat er aber in ärztlicher Hand belassen. Man kann daher von einer „Substitution light“ sprechen. Der GBA hat in seiner Richtlinie außerdem beschrieben, welche Tätigkeiten übertragen werden dürfen. Dabei unterscheidet er zwischen diagnosebezogenen Versorgungskonzepten (Diabetes Typ I und II, Bluthochdruck, Demenz und chronische Wunden) und prozedurbezogenen Tätigkeiten (zum Beispiel Infusionstherapie, Injektionen). Ärztliche Tätigkeiten, die in der Richtlinie nicht genannt sind, dürfen Pflegekräfte auch in den Modellvorhaben nicht eigenständig ausführen. Die ergänzende Qualifikation der Pflegekräfte, die ärztliche Aufgaben verantwortlich übernehmen, regelt Paragraph 4 Abs. 7 im Kranken- und Altenpflegegesetz. Der GBA hat in seiner Richtlinie den übertragbaren ärztlichen Tätigkeiten die jeweils notwendigen Qualifikationen zugeordnet und damit den engen inhaltlichen Zusammenhang unterstrichen.

**Start hängt von Formalitäten ab.** Mit der GBA-Richtlinie wird der Anschluss ans europäische Ausland allerdings nicht gelingen. In Finnland oder den USA beispielsweise haben Pflegekräfte einen Grad an Autonomie, der in Modellvorhaben zur Heilkundeübertragung in Deutschland nicht zu erreichen ist. Zudem können die Modellvorhaben mehr als anderthalb Jahre nach Verabschiedung der Richtlinie nicht starten, weil noch Formalitäten zu regeln sind. So müssen sich GKV-Spitzenverband und Kassenärztliche Bundesvereinigung als Bundesmantelvertragspartner über die Vergabe von Leistungserbringer- und Betriebsstättennummern sowie die Verwendung der Vordrucke (zum Beispiel für Heil- und Hilfsmittelverordnungen) einigen. Die Beratungen hierzu hat der GKV-Spitzenverband initiiert. Hier

wird sich zeigen, ob die Vertreter der Selbstverwaltung die Weichen für die Modelle wirklich stellen wollen.

Es können nur Pflegefachkräfte an Modellvorhaben teilnehmen, die erweiterte Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten mit einem Examen nachweisen. Dazu müssen vor dem Start eines Vorhabens zunächst die Ausbildungspläne angepasst und – unter Bezug auf den vereinbarten Modellversuch – vom Gesundheits- und Familienministerium genehmigt werden. Kritiker bemängeln insbesondere, dass sich die zusätzlichen Qualifikationen direkt an die grundständige Ausbildung anschließen. Das heißt, dass frisch examinierte Pflegefachkräfte ohne Berufserfahrung bereits die Voraussetzungen zur eigenverantwortlichen Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten erfüllen.

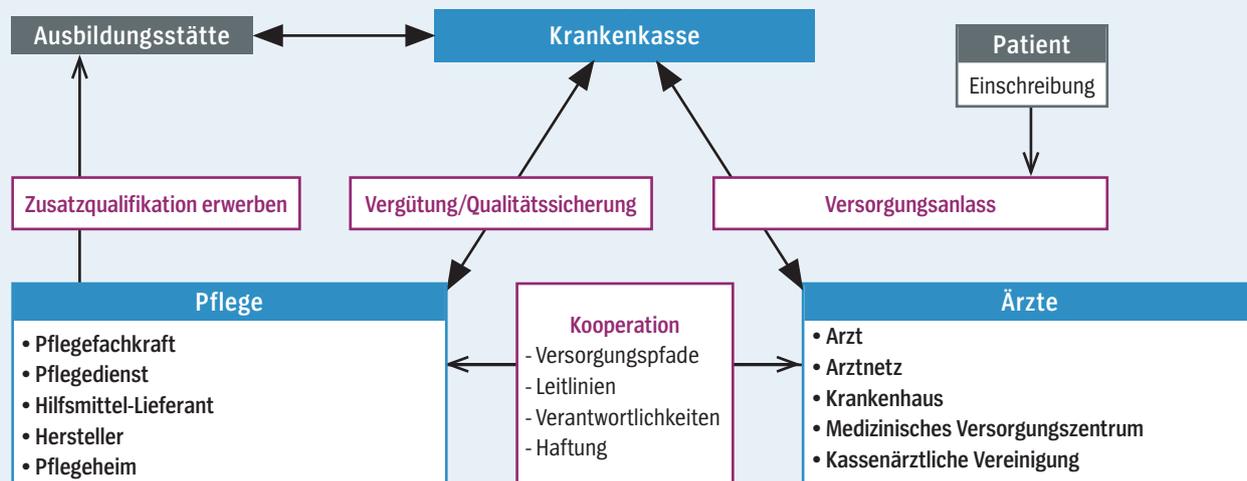
**Vorbereitungen dauern ein Jahr.** Die Krankenkassen wiederum müssen sich fragen, ob ein Modellvorhaben zur Heilkundeübertragung in ihre unternehmenspolitische Strategie passt. Weiterhin gilt es zu prüfen, welches diagnosebezogene Versorgungskonzept für die Kasse relevant ist – hinsichtlich der Zahl der infrage kommenden Versicherten, der derzeitigen Versorgungssituation und des Finanzvolumens. Auch muss geklärt sein, wo sie das Modell erproben und wer ihre Vertragspartner sein könnten. Wenn sich die Krankenkasse für die Umsetzung eines Modellprojektes entschieden hat, beginnt die Studienplanung und die Vertragspartnersuche. Erfahrungen zeigen, dass die Vorbereitungen bis zum Abschluss eines Modellvertrages mindestens ein Jahr in Anspruch nehmen. Modellvorhaben müssen in den Satzungen der Krankenkassen berücksichtigt werden. Die Aufsichtsbehörde muss die Satzungsänderung genehmigen. Da die Projekte der Erprobung neuer Leistungen oder – wie hier – neuer Leistungserbringer dienen, sorgen die Krankenkassen für eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung nach allgemein anerkannten Standards (Evaluation nach Paragraf 65

Sozialgesetzbuch V). Auf Grundlage der Ergebnisse dieser Evaluation wird der Gesetzgeber entscheiden, ob Alten- und Krankenpflegekräfte künftig auch in der Regelversorgung ärztliche Aufgaben verantwortlich übernehmen sollen.

**Arbeitsteilung baut Versorgungsdefizite ab.** Warum sollen Pflegekräfte überhaupt mehr Verantwortung und neue Aufgaben übernehmen? Die Gründe liegen in den Herausforderungen der Zukunft: Die demografische Entwicklung, Veränderungen des Krankheitsspektrums und der medizinisch-technische Fortschritt verändern die Arbeitsbedingungen im Gesundheitssystem. Der Sachverständigenrat und der Gesetzgeber haben auf diese Entwicklungen reagiert. Sie verknüpfen mit einer sinnvollen Arbeitsteilung das Ziel, die Gesundheitsversorgung zu verbessern. Wenn die Gesundheitsberufe ihre Aufgaben neu aufteilen, trägt das zum Abbau von Versorgungsdefiziten bei – insbesondere in Regionen, in denen sich zu wenig Ärzte niederlassen. Eine sinnvolle Arbeitsteilung kann außerdem die Arbeitszufriedenheit erhöhen und die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung verbessern. An diesen Zielen müssen sich künftige Modellvorhaben zur Heilkundeübertragung messen lassen.

Die GBA-Richtlinie lässt den Vertragspartnern viel Spielraum bei der Ausgestaltung der Modelle. Das liegt unter anderem daran, dass die Beteiligten bei der Entwicklung der Richtlinie unterschiedliche Auffassungen zur Kompetenzübertragung vertraten und im GBA keinen Konsens erreichten. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft wollte lediglich eine rechtssichere Delegation und brachte dafür eine Liste von medizinischen Prozeduren ein. Zu diesen übertragbaren heilkundlichen Handlungen gehören beispielsweise Infusionen und Injektionen, Tätigkeiten im Zusammenhang mit künstlicher Beatmung, mit Ernährung und Ausscheidung, das Legen und Überwachen von Kathetern und Sonden. Der GKV-Spitzenverband hingegen hat

## Verträge für Modellvorhaben zur Heilkundeübertragung: Wer mit wem?



Um ein Modellvorhaben zur Heilkundeübertragung zu starten, schließen Krankenkassen, Vertragsärzte beziehungsweise Kliniken und die Pflege einen Vertrag ab. Zudem müssen sie Ausbildungsstätten als Vertragspartner ins Boot holen und die Ausbildungspläne anpassen, da der Gesetzgeber den Pflegekräften für die Teilnahme an Modellprojekten Zusatzqualifikationen vorschreibt.

Quelle: Szepan/AOK-Bundesverband



Der Gesetzgeber billigt Pflegekräften zwar mehr Kompetenzen zu. Die Diagnose bleibt aber weiterhin in ärztlicher Hand.

mit Unterstützung des Deutschen Pflegerates diagnosebezogene Versorgungskonzepte für die Heilkundeübertragung eingebracht. So überlässt es die Richtlinie nun den Vertragspartnern, ob sie medizinische Prozeduren (Einzelleistungen) oder diagnosebezogene Versorgungskonzepte erproben.

Die Krankenkasse muss darüber vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Abläufe in der stationären und in der ambulanten Versorgung entscheiden. Während den Prozeduren bei der Erprobung in der akutstationären Versorgung der Vorrang zu geben ist, schaffen sie in der ambulanten Versorgung weitere unerwünschte Schnittstellen, an denen es zu Problemen kommen kann. Daran anknüpfend stellt sich die Frage, ob mit diesen Einzelleistungen eine Übertragung der fachlichen, wirtschaftlichen und rechtlichen Verantwortung möglich ist. Die in der Richtlinie aufgelisteten Prozeduren bedürfen nahezu immer einer ärztlichen Veranlassung. Bei der Erprobung eines solchen Modells stünde weniger der Gedanke der Substitution im Fokus. Vielmehr geht es darum, die bisher fehlende Rechtssicherheit bei der Delegation aufzufangen. Die mit der Heilkundeübertragung verbundenen Ziele lassen sich deshalb am besten damit erreichen, dass diagnosebezogene Versorgungskonzepte erprobt werden – also die in der Richtlinie aufgeführte Versorgung bei Diabetes, chronischen Wunden, Demenz und Bluthochdruck.

**Überweisung oder Verordnung?** Offen gelassen hat der GBA auch, auf welchem Weg der diagnose- beziehungsweise indikationsstellende Arzt den Patienten zur qualifizierten Pflegefachkraft schickt. Die Beteiligten haben im GBA keine Einigung darüber erzielt, ob der Arzt den Patienten an eine Pflegefachkraft überweist oder eine Verordnung ausstellt (wie beispielsweise schon heute bei Heilmitteln oder häuslicher Krankenpflege). Die Richtlinie enthält daher nur die Vorgabe, dass der Arzt Diagnose und Indikation (Heilanzeige) der Pflegefachkraft dokumentiert mitzuteilen hat.

Für die Vertragspartner empfiehlt sich die Erprobung des Überweisungsverfahrens zur Mit- und Weiterbehandlung. Damit wird besser zum Ausdruck gebracht, dass Pflegefachkräfte die Heilkunde in eigener Verantwortung ausüben. Um zusätzlichen bürokratischen Aufwand zu vermeiden, sieht die Richtlinie vor, dass GKV-Spitzenverband und Kassenärztliche

Bundesvereinigung eine Vereinbarung treffen, die es erlaubt, in den Modellen die bisher in der vertragsärztlichen Versorgung eingesetzten Überweisungsscheine zu nutzen.

Auch die Frage, wann Pflegefachkräfte die zusätzliche Qualifikation erwerben sollen, muss noch geklärt werden. Während nach dem Alten- und Krankenpflegegesetz sich die angepassten Ausbildungspläne auf ein vereinbartes Modellprojekt beziehen müssen, sieht die GBA-Richtlinie vor, dass es für die Teilnahme an einem Modellprojekt einer abgeschlossenen Zusatzqualifikation der einzusetzenden Pflegefachkräfte bedarf. Um beiden Normen gerecht zu werden, kann der Erwerb der Zusatzqualifikation nur Bestandteil des Modellvorhabens sein, muss aber vor der Erprobung der Heilkundeübertragung erfolgen. Daraus folgt, dass die Ausbildungsstätten (Kranken- oder Altenpflegeschule) als Vertragspartner mit ins Boot geholt werden müssen.

**Heilkundeübertragung bricht Arztvorbehalt auf.** Angesichts der inhaltlichen und organisatorischen Hürden stehen die Chancen für Modellvorhaben derzeit schlecht. Mit der Heilkundeübertragung würde der Arztvorbehalt aufbrechen – ein gewaltiger Schritt, der den Beteiligten große Veränderungsbereitschaft abverlangt. Die Krankenkassen haben großes Interesse an einer wohnortnahen, hochwertigen Gesundheitsversorgung. Mit der Heilkundeübertragung zum Beispiel in der stationären Langzeitpflege oder in unterversorgten Regionen bekämen die Kassen ein Instrument zum Abbau von Versorgungsdefiziten an die Hand. Allerdings haben Krankenkassen auch Vorbehalte: Sie befürchten, dass mit der Heilkundeübertragung langfristig eine weitere Leistungserbringergruppe Einzug in das Sozialgesetzbuch hält. Damit könnten neue Schnittstellenprobleme, höhere Kosten und Ineffizienzen entstehen.

Die ärztliche Selbstverwaltung lehnt die Heilkundeübertragung ab. Lediglich die Ärzte an der Basis – insbesondere in unterversorgten Regionen – verbinden mit diesem Entlastungsmodell eine Chance auf Wiederherstellung ihrer Work-Life-Balance. Sie hoffen, sich wieder auf ihre medizinischen Kernkompetenzen konzentrieren zu können, wenn Pflegekräfte ihnen heilkundliche Aufgaben verantwortlich abnehmen.

**Verantwortung macht Pflege attraktiv.** Zwar haben Vertreter der Pflege längst erkannt, dass die Übernahme von mehr Verantwortung die Attraktivität ihres Berufes erhöht. Sie hoffen, dass die Heilkundeübertragung die gesellschaftliche Wertschätzung der Pflege erhöht. Aber werden Pflegefachkräfte Zeit, Engagement und womöglich auch Geld in eine Zusatzqualifikation investieren, ohne zu wissen, ob sich das irgendwann auszahlt?

Für die nachhaltige Änderung der Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen müssen Ärzte, Pflege und Kassen zum Umdenken bereit sein. In der Ressourcenverteilung und bei den Steuerungshoheiten muss es einen Paradigmenwechsel geben. Solange die Beteiligten nicht geschlossen den Mut dazu aufbringen, wird es bei der alten Rollenverteilung bleiben – und Deutschland hinkt Europa hinsichtlich einer eigenständig handelnden Pflege weiter hinterher. ■

**Nadine-Michèle Szepan** leitet die Abteilung Pflege im AOK-Bundesverband.  
**Kontakt: Nadine-Michele.Szepan@bv.aok.de**

# „Das enge Pflegeverständnis treibt Fachkräfte aus dem Beruf“

Wenn Pflegekräfte ärztliche Aufgaben übernehmen, lässt sich der wachsende medizinische Bedarf einer älter werdenden Bevölkerung besser decken, sagt **Martina Hasseler**. Sie hält Verträge für Modellvorhaben zur Heilkundeübertragung für überfällig.

**Pflegekräfte sind gut ausgelastet – warum sollen sie auch noch ärztliche Aufgaben übernehmen?**

**Hasseler:** In der Heilkundeübertragungs-Richtlinie geht es um Aufgaben und Verantwortlichkeiten, die Pflegekräfte heute längst übernehmen. Bisher war dafür eine Delegation durch einen Arzt erforderlich. Die neue Richtlinie sieht eine Substitution ärztlicher Tätigkeiten vor: Die Aufgaben gehen in voller Verantwortung auf die entsprechend qualifizierten nichtärztlichen Berufsgruppen über. Die Richtlinie bringt die Übernahme auf eine formale Grundlage und stellt Rechtssicherheit her.

**Was müssen Pflegekräfte dafür zusätzlich lernen?**

**Hasseler:** Über die handwerklichen Fähigkeiten hinaus brauchen sie weitergehende Kompetenzen, um eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung zu leisten. Sie müssen lernen, komplexe Situationen einzuschätzen, klinische Entscheidungen zu treffen, zu forschen, interdisziplinär zusammenzuarbeiten und evidenzbasiert zu handeln. Dafür brauchen sie beispielsweise Kenntnisse in Medizin, Public Health, Epidemiologie, Kommunikation und über das Gesundheitssystem. Im angelsächsischen Raum gibt es das Konzept der Clinical leadership: Clinical leader sind in die direkte Gesundheitsversorgung eingebunden und klinische Experten in einem Spezialgebiet. Mit den pflegebezogenen Studiengängen in Deutschland wäre es möglich, ähnliche Konzepte umzusetzen.

**Ist mehr Verantwortung eine Zumutung oder eine Chance?**

**Hasseler:** Aus meiner Perspektive bedeutet mehr Verantwortung eine Chance für Pflegekräfte und für Patienten. Die Heilkundeübertragungs-Richtlinie sorgt dafür, dass Pflegekräfte endlich verantwortlich an der Gesundheitsversorgung teilnehmen können. Ein Problem ist jedoch, dass die Abgrenzung und Definition sogenannter ärztlicher Aufgaben juristisch nicht ganz geklärt zu sein scheint.

**Welche Risiken entstehen für Patienten, wenn Pflegekräfte heilkundliche Aufgaben übernehmen?**

**Hasseler:** Ihre Frage impliziert, dass nur Ärzte die Patienten hochwertig behandeln können. Aber auch Pflegekräfte mit guter akademischer Ausbildung sind in der Lage, entsprechende Aufgaben zu erfüllen. Internationale Studien zeigen, dass die Qualität der Versorgung nicht sinkt, wenn Pflegekräfte sich verantwortlich an der Gesundheitsversorgung beteiligen. Im Gegenteil: Patienten profitieren davon, weil sie schneller und umfassender versorgt werden. Patienten wünschen sich einen niederschweligen Zugang zur Medizin, individuelle Betreuung

Prof. Dr. Martina Hasseler ist Professorin für angewandte Pflegewissenschaften an der Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften in Wolfsburg.



und klare Kommunikation sowie koordinierende Unterstützung. Konzepte, die qualifizierte Pflegekräfte in die Gesundheitsversorgung einbinden, können diese Bedürfnisse erfüllen.

**Was könnte Kassen und Leistungserbringer motivieren, Verträge für Modellvorhaben zu schließen?**

**Hasseler:** Der demografische Wandel, die steigende Zahl chronischer Erkrankungen und die höheren Bedarfe älterer Menschen erfordern innovative Konzepte für die Gesundheitsversorgung. Darauf können sich Kassen und Leistungserbringer mit Modellvorhaben der Heilkundeübertragung vorbereiten. Es grenzt an Ressourcenverschwendung, eine hoch qualifizierte Berufsgruppe nicht verantwortlich an der Gesundheitsversorgung zu beteiligen. Das enge Pflegeverständnis in Deutschland und die derzeitigen Rahmenbedingungen für pflegerische Berufsgruppen treiben die motivierten Fachkräfte aus dem Beruf. ■

Die Fragen stellte Anne Töpfer.

# Bittere Pille nach Hirninfarkt

Ein Patient, der nach der Einnahme des inzwischen vom Markt genommenen Schmerzmittels VIOXX einen Schlaganfall erlitt, hat nicht zwingend Anspruch auf Schadenersatz. Er muss beweisen, dass das Präparat die alleinige Ursache dafür war, entschied der Bundesgerichtshof. **Von Anja Mertens**

Urteil vom 26.3.2013  
– VI ZR 109/12 –  
Bundesgerichtshof

**Bei dem Fall**, den der Bundesgerichtshof (BGH) zu entscheiden hatte, ging es um einen 1932 geborenen Mann. Er litt an rheumatischen Muskelschmerzen mit Verdacht auf chronische Polyarthrit (chronische Gelenkentzündung). Gegen die Schmerzen verordnete ihm sein Arzt das Arzneimittel VIOXX des US-Pharmakonzerns MSD Sharp & Dohme (MSD). Er nahm das Präparat ab März 2003 ein. Zudem war er an Diabetes erkrankt und hatte Hyperlipidämie, sodass seine Blutfettwerte zumindest zeitweise erhöht waren. Am Morgen des 16. Januar 2004 wurde seine linke Körperseite taub. Arme und Beine kribbelten. Sein Hausarzt wies ihn ins Krankenhaus ein. Mit der Diagnose Schlaganfall wurde er zunächst stationär und anschließend längere Zeit ambulant behandelt. Seine Erkrankung und die anhaltenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen führte er auf die Einnahme von VIOXX zurück, das die Pharmafirma aufgrund bekannt gewordener kardiovaskulärer Gesundheitsrisiken am 30. September 2004 schließlich vom Markt nahm.

**Zusammenhang nicht bewiesen.** Nun verlangte der Patient von MSD Auskunft über bekannte Wirkungen, Neben- und Wechselwirkungen und Verdachtsfälle über schädliche Wirkungen des Medikaments sowie Schadenersatz. Das Landgericht wies seine Klage ab, nachdem es zwei pharmakologisch-medizinische Gutachten eingeholt hatte. Die begehrte Auskunft sei für die Feststellung eines Schadenersatzanspruches nach Paragraph 84

Arzneimittelgesetz (AMG, Gefährdungshaftung) nicht erforderlich. Der Kläger habe keinen Anspruch auf Schadenersatz. Wegen seiner anderen Erkrankungen könne der eingetretene Gesundheitsschaden nicht allein auf die Einnahme des Medikaments zurückgeführt werden. Der Patient verfolgte sein Begehren vor dem Oberlandesgericht weiter – aber ohne Erfolg. Daraufhin legte er Revision beim BGH ein, unterlag jedoch erneut. Die Bundesrichter bestätigten die vorinstanzlichen Urteile.

**Die Beweislast ist für Geschädigte nur geringfügig erleichtert, so die Bundesrichter.**

Nach Paragraph 84a AMG, so die Bundesrichter, könnten Geschädigte vom Pharmahersteller dann Auskunft verlangen, wenn Tatsachen vorlägen, die die Annahme begründeten, ein Arzneimittel habe den Schaden verursacht. Die Auskunft müsse aber nicht gegeben werden, wenn sie nicht dazu beitrage, die Kausalität nachzuweisen. Dies sei vorliegend der Fall. Die Beweislast für den direkten Zusammenhang zwischen der Einnahme des Arzneimittels und dem eingetretenen Gesundheitsschaden trage der Geschä-

digte. Um Patienten die Beweislast zu erleichtern, habe der Gesetzgeber die Kausalitätsvermutung eingeführt (Paragraph 84 Absatz 2 AMG). Danach werde ein Ursachenzusammenhang dann vermutet, wenn ein Arzneimittel geeignet sei, den Schaden zu verursachen. Ob die Kausalitätsvermutung im Einzelfall greife, hänge unter anderem von der Zusammensetzung und Dosierung eines Medikaments ab, von der Art und Dauer seiner bestimmungsgemäßen Anwendung, vom zeitlichen Zusammenhang mit dem Schadenseintritt, vom Schadensbild sowie vom gesundheitlichen Zustand des Geschädigten während der Anwendung des Arzneimittels.

**Weitere Faktoren als Auslöser möglich.**

Der BGH führte weiter aus, dass die Kausalitätsvermutung dann auszuschließen sei, wenn ein anderer Umstand nach den Gegebenheiten des Einzelfalls den Schaden hätte verursachen können (Paragraph 84 Absatz 2 Satz 3 AMG). Als andere Umstände kämen beispielsweise der Gesundheitszustand des Geschädigten, insbesondere eine sich schicksalhaft verschlechternde Grunderkrankung, eine hinzutretende Erkrankung oder besondere Lebensgewohnheiten des Geschädigten wie starker Alkohol- oder Zigarettenkonsum in Betracht. Im vorliegenden Fall habe das Oberlandesgericht unter Bezugnahme auf die Ausführungen des Gutachters festgestellt, dass die Ein-

## TIPP FÜR JURISTEN



Nutzenbewertung von Arzneimitteln, Zulassung und Sicherheit von Medizinprodukten, haftungsrechtliche Probleme geschädigter Patienten, Transplantationsgesetz – diese und weitere Themen behandelt der „14. Deutsche Medizinrechtstag“. Er findet am 6. und 7. September in Berlin statt. Veranstalter ist der Medizinrechtsanwälte e. V. Mehr Infos: [www.deutscher-medizinrechtstag.de](http://www.deutscher-medizinrechtstag.de)

nahme von VIOXX zwar das Risiko für einen Schlaganfall erhöht haben könne. Gleichzeitig aber habe es auch ausgeführt, dass die Vorerkrankungen des Klägers den Schlaganfall hätten verursachen können. Dies habe der Kläger nicht entkräften können.

**Verdacht allein reicht nicht.** Auch schloss sich der BGH nicht der Auffassung des Klägers an, die Kausalitätsvermutung liefe ins Leere, wenn Vorerkrankungen und weitere Risikofaktoren des Geschädigten für ihren Ausschluss genügten. Zwar treffe es zu, dass die Kausalitätsvermutung in vielen Fällen wirkungslos bleiben dürfte. Die gesetzliche Regelung sei aber ein politischer Kompromiss, um die widerstreitenden Interessen auszugleichen. Sie solle der schwierigen Beweissituation des Geschädigten Rechnung tragen, ohne aber dem Pharmaunternehmen von vorneherein eine Haftung auf Verdacht aufzuerlegen. Ein geäußelter unbestimmter Verdacht reiche nicht aus, um einen Auskunftsanspruch zu begründen. Dies bedeute aber nicht, dass Schadenersatzklagen älterer oder vorerkrankter Menschen per se aussichtslos wären. Zwar sei die Beweislast des Geschädigten nur gering erleichtert. Er könne aber einen Anscheinsbeweis führen. Dieser setze einen bestimmten Tatbestand voraus, der erfahrungsgemäß auf eine Schadensursache hinweist. Im vorliegenden Fall jedoch habe das Berufungsgericht ohne Rechtsfehler festgestellt, dass sich der Gesundheitsschaden des Klägers mit den bei ihm vorliegenden Risikofaktoren erklären lässt. ■

**Kommentar:** Das Urteil des Bundesgerichtshofs macht deutlich, dass die vom Gesetzgeber beabsichtigte Erleichterung der Beweisführung für Arzneimittelgeschädigte nicht erreicht ist. Da die Einnahme von Medikamenten fast immer im Kontext mit anderen Umständen (Vorerkrankungen, Risikofaktoren) stehen, bleibt in der Regel die Beweislast beim Geschädigten. Es fällt schwer, dies als Ergebnis eines politischen Kompromisses zu akzeptieren. Hierzulande dürften VIOXX-Opfer leer ausgehen. In den USA hingegen erhielten Geschädigte bislang 6,87 Milliarden US-Dollar.

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

	INHALT	AKTUELLER STAND
<b>APOTHEKEN</b>		
Gesetz 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; Erhöhung des Festzuschlags der Kassen an Apotheken um diese Summe.	Zweite und dritte Lesung im Bundestag war am 6.6.2013. Der Bundesrat hat am 5.7.2013 zugestimmt.
<b>ARZNEIMITTEL-NUTZENBEWERTUNG</b>		
Drittes Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften, Bundestags-Drucksache 17/13083	Klarstellung, dass für Arzneimittel des Bestandsmarkts hinsichtlich der Nutzenbewertung grundsätzlich diesselben Regelungen gelten wie für neue Präparate; Regelungen für die Auswahl der zweckmäßigen Vergleichstherapie; Begründungspflicht für Pharmafirmen, die ein Medikament vom Markt nehmen.	Zweite und dritte Lesung im Bundestag war am 7.6.2013. Der Bundesrat hat am 5.7.2013 zugestimmt.
<b>BEITRAGSSCHULDEN/KLINIKEN</b>		
Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung, Bundestags-Drucksache 17/13079	Für freiwillig Versicherte und für vormalis Nicht-Versicherte in der GKV künftig der reguläre monatliche Säumniszuschlag von 1 Prozent des rückständigen Betrags; Einführung eines Notlagentarifs in der PKV; prozentualer Versorgungszuschlag für Krankenhäuser auf die DRG-Fallpauschalen (ein Prozent ab 1. August, 0,8 Prozent für 2014); finanzielle Förderung der Einstellung von Hygienefachkräften aus Mitteln des Gesundheitsfonds; Änderung des Transplantationsgesetzes: Verbot der unrichtigen Erhebung und Dokumentation sowie der Übermittlung eines unrichtigen Gesundheitszustands von Patienten an Eurotransplant zwecks Bevorzugung auf der Warteliste (Freiheits- oder Geldstrafe), Richtlinien der Bundesärztekammer begründungspflichtig und unter Vorbehalt der Genehmigung durch das Bundesgesundheitsministerium.	Zweite und dritte Lesung im Bundestag war am 14.6.2013. Der Bundesrat hat am 5.7.2013 zugestimmt.
<b>PRÄVENTION</b>		
Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention, Bundestags-Drucksache 17/13080	Erhöhung der Krankenkassen-Ausgaben für Prävention ab 2014 auf jährlich 7 Euro je Versicherten, davon mindestens 2 Euro für betriebliche Gesundheitsförderung und 2 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; Regelungen zur Korruptionsbekämpfung.	Zweite und dritte Lesung im Bundestag war am 27.6.2013. Der Bundesrat wird voraussichtlich am 20.9.2013 erneut Stellung nehmen.



## BUNDESVERBAND

## AOK-Schulmeister ausgezeichnet

Die Gymnastien am Alfred-Grosser-Schulzentrum im rheinland-pfälzischen Bad Bergzabern haben den diesjährigen AOK-Schulmeister-Content gewonnen. Hauptgewinn der Aktion ist ein Konzert des Rappers Cro („Einmal um die Welt“) im Herbst ganz exklusiv für Schüler und Lehrer an der Gewinnerschule. Den zweiten Platz belegten Schüler des Kranich-Gymnasiums in Salzgitter in Niedersachsen, gefolgt von Mädchen und Jungen des Hamburger Emilie-Wüstenfeld-Gymnasiums. Auch sie sind zum Cro-Konzert an der Gewinnerschule eingeladen. Kosten für Anreise und Unterkunft übernimmt die AOK. Insgesamt nahmen 37.000 Schüler aus bundesweit 7.500 Schulen am Online-Quiz des Schulmeister-Wettbewerbs teil. Etwa 100 Schüler aus 17 Schulen durften zum großen Finale Mitte Juni nach Berlin anreisen und um den Silber-Pokal streiten. **Jürgen Graalmann**, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, über-



So sehen Sieger aus: Schüler des Alfred-Grosser-Schulzentrums aus Rheinland-Pfalz mit Jürgen Graalmann (M.), Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, und Rapper Cro (3.v.r.).

reichte gemeinsam mit Cro, der auf seinen Konzerten stets eine Panda-Maske trägt, den Pokal an die Siegerklasse. ■

## BAYERN

## Höhere Kosten für Klinikbehandlungen

Mehr als 4,2 Milliarden Euro hat die AOK Bayern im Jahr 2012 für die Klinikaufenthalte ihrer Versicherten ausgegeben.

Das ist ein Anstieg von 2,3 Prozent gegenüber dem Vorjahr 2011. Deutliche Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Patienten stellte die Gesundheitskasse dabei mit Blick auf die Gründe für eine Krankenhauseinweisung fest. Beide Geschlechter suchten die Klinik häufig wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf. Dreimal öfter als Frauen wurden Männer jedoch wegen alkoholbedingter Störungen stationär behandelt werden.

Frauen lagen hingegen bei den Aufenthalten wegen Rückenschmerzen vorne. Ausgeprägte Unterschiede gab es bei einigen Diagnosen, die überwiegend bei Männern auftreten, wie beispielsweise Leistenbruch, COPD („Raucherlunge“) sowie Lungen- und Bronchialkrebs. Bei den Frauen gab es erneut höhere Fallzahlen bei Brustkrebs, Gallensteinen, Kniegelenk-arthrose und Oberschenkelhalsbruch. ■

## AOK aktuell

## Kinder-MRT sorgt für sichere Befunde

Bei der AOK Nordost versicherte Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahr können ein neues Versorgungsangebot zur sicheren Befundung bei einer Magnetresonanztomographie (MRT) in Anspruch nehmen. Das Angebot „Kinder-MRT“ garantiert neben einer Terminvergabe binnen einer Woche die Befundung durch einen kinderradiologischen Experten. Das MRT kann auch ambulant unter Narkose erfolgen. Einen entsprechenden Kooperationsvertrag unterzeichnete das Centrum für Gesundheit der AOK Nordost (CfG) mit dem Diagnostikanbieter medneo. „Mit dem neuen Versorgungsangebot reagiert die Gesundheitskasse auf bestehende Bedarfe und engagiert sich einmal mehr für eine gute Gesundheitsversorgung ihrer jüngsten Versicherten“, sagte CfG-Leiter **Rainer Schmidt**. Das Angebot reiht sich ein in eine Vielzahl speziell für Kinder entwickelter Pro-

gramme. Dazu zählten etwa die CfG-Kinderarztpraxis „Pegasus“ und das Kindervorsorgeprogramm „AOK-Junior“, dessen Leistungen weit über den Pflichtkatalog der gesetzlichen Kassen hinausgingen. „Überdurchschnittlich lange Öffnungszeiten und ein großes Netzwerk an kooperierenden und hoch spezialisierten Radiologen ermöglichen kurzfristige MRT-Termine in unserem Radiologiezentrum. Modernste apparative Ausstattung und eine hohe Serviceorientierung schaffen eine große diagnostische Sicherheit“, erklärte **André Glardon**, Geschäftsführer bei der medneo GmbH. ■



## Pflege neu denken

Nach Einschätzung der AOK Rheinland/Hamburg bietet die Diskussion über einen neuen Begriff von Pflegebedürftigkeit die Chance, Schwerpunkte in der Versorgung anders zu setzen. Dabei müsse der Fokus bei der Anspruchsprüfung auf noch bestehende Fähigkeiten des pflegebedürftigen Menschen statt nur auf den Hilfebedarf bei den Verrichtungen des täglichen Lebens gelegt werden, so **Günter Wältermann**, Vorstandsvorsitzender der Gesundheitskasse. „Aktivierende Pflege sollte stärker in den Vordergrund rücken.“ Die seit Anfang 2013 geltenden erweiterten Leistungen für an Demenz erkrankte Menschen seien ein „Schritt in die richtige Richtung“. Diese neuen Leistungen stellten aber nur eine Übergangslösung dar, da es die Versorgung Demenzkranker ganzheitlicher zu betrachten gelte. „Bei der pflegerischen Betreuung nicht-dementer Menschen müssen wir von den vorgegebenen knappen Zeitrastern wegkommen“, sagte Wältermann. Pflege könne dadurch teurer werden und der Pflegebeitrag steigen. „Das sollten wir im Interesse der pflegebedürftigen Menschen akzeptieren.“ Der Expertenbeirat Pflege hatte im Juni seinen Bericht für eine Neugestaltung des Pflegebegriffs offiziell vorgestellt. ■

### NIEDERSACHSEN

## Mehr Angebote zur Früherkennung

Die gesunde Entwicklung von Kindern umfasst nicht nur eine körperliche, sondern auch eine seelische und soziale Dimen-



sion: Wie läuft es in der Schule? Ist der Kontakt zu Gleichaltrigen gut? Welchen Stellenwert haben Medien und Unterhaltungselektronik, wie stressig ist die Pubertät? Die AOK Niedersachsen hat jetzt die mit der Geburt beginnenden Früherkennungsangebote für Kinder um drei zusätzliche Untersuchungen erweitert: die U10 (7-8 Jahre), U11 (9-10 Jahre) und J2 (16-17 Jahre). Sie können bei allen teilnehmenden Ärzten mit Praxisnitz in Niedersachsen kostenlos auf Chipkarte in Anspruch genommen werden. ■

### NORDWEST

## Mehr Sitze für Ärzte

In Schleswig-Holstein gibt es künftig 69 zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten für Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten. Das sieht ein aktueller Beschluss des Landesausschusses der Ärzte und Kassen im Land vor. „Damit haben wir gemeinsam gute Voraussetzungen geschaffen, um die ärztliche Versorgung in

Schleswig-Holstein auch künftig flächendeckend sicherzustellen“, kommentierte **Martin Litsch**, Vorstandsvorsitzender der AOK NORDWEST, die Übereinkunft. Ausgeschrieben werden für Hausärzte 24 Sitze, für Fachärzte 17 und für Psychotherapeuten 28 Sitze. Von den zusätzlichen Spezialisten sollen insbesondere die ländlichen Regionen Schleswig-Holsteins profitieren. So können sich in Nordfriesland und Dithmarschen unter anderem weitere Augenärzte, Kinderärzte und Orthopäden niederlassen. Auch im Bereich der Psychotherapie wird die Versorgung auf dem Land gestärkt. Von den 28 neuen Zulassungen entfallen 3,5 auf Dithmarschen, 8,5 auf dem Kreis Schleswig-Flensburg und 3,5 auf Nordfriesland. „Insgesamt betrachtet ist die Versorgungslage in Schleswig-Holstein nach wie vor gut. Unter Berücksichtigung von regionalen Besonderheiten wurden die Planungskriterien nunmehr an die realen Versorgungsbedürfnisse im Land angepasst“, so **Armin Tank**, Leiter des Ersatzkassenverbandes vdek im Land. ■

## Personalkräfte gebündelt

Die AOK Baden-Württemberg hat ihr neues Dienstleistungszentrum im Löwentorzentrum an der Stuttgarter Presselstraße eröffnet. Darin haben 600 AOK-Beschäftigte der Hauptverwaltung und der Bezirksdirektion Stuttgart/Böblingen ihre neuen Arbeitsplätze eingenommen. Damit arbeiten jetzt mehr als 1.200 Beschäftigte der Gesundheitskasse in dem Neubau. „Wir bündeln die Kräfte, weil die kurzen Wege zu mehr Effizienz führen und bekennen uns damit einmal mehr für den prominenten Standort in der Landeshauptstadt“, sagte der Vorstandsvorsitzende der AOK Baden-Württemberg, **Dr. Christopher Hermann**, in seiner Eröffnungsrede vor rund 300 geladenen Gästen aus Politik, Wirtschaft und Gesellschaft. „Die Baukosten des erweiterten Dienstleistungszentrums in Höhe von rund 34 Millionen Euro konnte die AOK weitgehend durch den Verkauf des AOK-Areals in der Stuttgarter Breitscheidstraße finanzieren“, erklärte **Günter Güner**, alternierender Vorsitzender des Verwaltungsrates der Gesundheitskasse. ■

## Telegramm

**+++ Pflegenavigatoren der Gesundheitskassen** ermöglichen eine noch bessere Suche nach geeigneten Einrichtungen. Darauf hat die AOK Sachsen-Anhalt hingewiesen. Pflegebedürftige und ihre Angehörige könnten noch gezielter nach Qualitätskriterien suchen, die ihnen besonders am Herzen lägen, hieß es. **+++** Zum zehnten Mal hat die AOK Bayern den mit insgesamt 25.000 Euro dotierten **Dr. Georg Schreiber-Medienpreis** in Kooperation mit den Nachwuchsjournalisten in Bayern und der Deutschen Journalistenschule München verliehen. Der erste Preis ging an den Journalisten Hannes Grassegger für seine im Magazin der „Süddeutschen Zeitung“ erschiene- ne Reportage „Omas kleine schlimme Helfer“.

**Politik**  
**Kritische Fragen rund ums Altern**

Seit 1976 setzt sich das „Jahrbuch für Kritische Medizin“ mit den gesellschaftlichen Bedingungen von Gesundheit und Krankheit sowie Fragen der Krankenversorgung und der Gesundheitspolitik ausein-



ander. Ausgangspunkt war Anfang der 1970er Jahre ein Einzelband der noch heute existierenden Zeitschrift für Philosophie und Sozialwissenschaften „Das Argument“ zur „Kritik der bürgerlichen Medizin“. Aufgrund der allmählichen Erweiterung des thematischen Spektrums wurde der Titel des Jahrbuchs 2009 um „Gesundheitswissenschaften“

ergänzt. Jetzt hat das Jahrbuch auch einen eigenen Internet-Auftritt. Unter [www.jkmg.de](http://www.jkmg.de) stehen alle Jahrgänge von 1976 bis 2011 seit kurzem vollständig im Netz. Die Nutzung des Archivs ist kostenlos. Der aktuelle Band 48 trägt den Titel „Divergentes Altern“. Die Beiträge von Ingo Bode, Tine Buffel, Chris Phillipson, Agnieszka Sarola, Thomas Scharf, Barbara Weigl, Birgit Wolter und Michael Zander befassen sich vor dem Hintergrund der Ökonomisierung der Pflege mit der Frage, wie die letzte Lebensphase gestaltet werden kann, in der Menschen zunehmend auf Hilfe und Unterstützung angewiesen sind. Zu einem „guten Leben“ in dieser Phase gehören Selbstbestimmung, Autonomie, Würde und Teilhabe. Dafür gibt es keine Patentrezepte. Denn nicht nur die kulturellen und ökonomischen Ressourcen der Senioren sind sehr verschieden.

*Ullrich Bauer u.a. (Hrsg.): Divergentes Altern. Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften, Band 48. 2013. 116 Seiten, 15,50 Euro. Argument-Verlag, Hamburg.*

**Rehabilitation**  
**Ausländer sind nach Reha oft nicht fit**

Deutsche mit Migrationshintergrund und Ausländer sind häufiger erwerbsgemindert und nehmen seltener an medizinischen Rehabilitationen teil. Bei 20 bis 25 Prozent gelingt es in der Reha nicht, die berufliche Leistungsfähigkeit wieder voll herzustellen. Bei den deutschen Reha-Teilnehmern gilt dies nur für 15 Prozent. Im Detail untersucht wurde dieses Phänomen in zwei Forschungsprojekten der Universität Bielefeld. Die Ergebnisse fasst das Buch „Migration und medizinische Rehabilitation“ zusammen. Im Mittelpunkt der zehn Kapitel steht meist die Situation von Rehabilitanden türkischer Herkunft. Neben Inanspruchnahme, Reha-Erfolg und Frühberentung sind die besonderen Herausforderungen der Reha-Einrichtungen im Umgang mit Menschen aus anderen Kulturkreisen dargestellt – aus Sicht des Klinikpersonals und aus Sicht türkischer Migrantinnen und Migranten. Nicht alle Einrichtungen sind



darauf ausreichend vorbereitet, wie Studien-Interviews zeigen. Das gilt auch für den Umgang mit Spätaussiedlern. Ihnen widmen die Herausgeber ein eigenes Kapitel. Wegen fehlender oder falscher Informationen kommen sie häufig später und in schlechterem Zustand in die Reha als das Gros der Bevölkerung. Das Buch ist flüssig geschrieben und ein gutes Beispiel dafür, wie Ergebnisse empirischer Studien einem breiten Publikum interessant vermittelt werden können.

*Thomas Schott, Oliver Razum (Hrsg.): Migration und medizinische Rehabilitation. 2013. 233 Seiten, 34,95 Euro. Verlag Beltz Juventa, Weinheim und Basel.*

**SEMINARE | TAGUNGEN | KONGRESSE**

<p>■ <b>9. GESUNDHEITSWIRTSCHAFTSKONGRESS</b></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 Palisadenstraße 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>■ <b>12. EUROPÄISCHER GESUNDHEITSKONGRESS</b></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>■ <b>12. DEUTSCHER KONGRESS FÜR VERSORGENGSFORSCHUNG</b></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 &gt; Kongresse</p>
<p>■ <b>REHA-FORUM 2013</b></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 &gt; Health</p>
<p>■ <b>24. EAHM CONGRESS HOSPITAL MANAGEMENT IN TIMES OF CRISIS</b></p>	<p>Strategische Leitlinien, Umgestaltung der Betriebsprozesse, neue Technologien</p>	<p>28.–30.11.2013 Luxemburg</p>	<p>Fédération des Hôpitaux de Luxembourg 5, rue des Mérovingiens L – 8070 Luxembourg</p>	<p>Sekretariat des Kongresses Tel.: 0 03 52/42 41 42-11 contact@eahm-luxembourg2013.lu http://eahm-luxembourg2013.lu/web/eahm/</p>

## Sozialrecht Fallstricke der Nutzenbewertung

Das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) ist nicht nur sprachlich für Journalisten eine Herausforderung, auch für Juristen bietet es viele Möglichkeiten, sich daran abzuarbeiten. Eine jüngst in den Schriften zum Sozialrecht im Nomos-Verlag als Band 25 erschienene Dissertation widmet sich den durch das AMNOG ins SGB V gekommenen Paragraphen 35a (neu gefasst) und 130b. Diese regeln seit Anfang 2011 die Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen und die Preisverhandlungen des GKV-Spitzenverbandes mit dem



jeweiligen Hersteller. Die am Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Sozialrecht und Gesundheitsrecht von Thorsten Kingreen an der Universität Regensburg vorgelegte Arbeit beschreibt die Funktionsweise der Neuregelungen zusammen mit allen bereits länger bestehenden Instrumenten der Arzneimittel-Preissteuerung auf rund 150 eng bedruckten Seiten. Die anschließende „kritische Würdigung“ fällt etwas kürzer aus. Die konkreten Vorschläge zur Weiterentwicklung der Nutzenbewertung betreffen unter anderem sprachliche Klarstellungen, die mittlerweile schon erfolgt sind. Brisanter

ist die Schlussbemerkung der Doktorandin, die über kurz oder lang eine heftige Debatte über die Aufnahme der Pharma-Hersteller in den Gemeinsamen Bundesausschuss erwartet und dies auch wünscht.

**Andrea Köhler: Das gebrochene Preismonopol der Pharmaindustrie. 2013. 253 Seiten, 59 Euro. Nomos-Verlag, Baden-Baden.**

## Lehrbuch Überblick für Entscheider

Wer sich einen Überblick über Ist und Soll in der Gesundheitspolitik verschaffen möchte, sollte das neue Buch von Reinhard Busse, Miriam Blümel und Diana Ognyanova lesen. In ihrem Kompendium gehen die Wissenschaftler vom Lehrstuhl für Gesundheitsmanagement an der TU Berlin beziehungsweise aus dem Bundeswirtschaftsministerium ausführlich auf zurückliegende und laufende Reformvorhaben ein. Die Autoren folgen in ihrer Darstellung dem Profil der Schriftenreihe Health Care Systems in Transition. Diese hat zum Ziel, mit „relevanten und vergleichbaren Informationen Entscheidungsträger und Analysten bei der Weiterentwicklung von Gesundheitssystemen in Europa zu unterstützen“, wie es im Vorwort



heißt. Das Buch eignet sich auch für Einsteiger, denn die Autoren beschreiben beispielsweise die Krankenhausfinanzierung und die Ärztevergütung in ihrer Zusammenfassung jeweils mit wenigen, leicht verständlichen Sätzen. Gleichzeitig sondieren sie das deutsche Gesundheitswesen in seiner ganzen Breite und Tiefe

und unterfüttern ihre Analysen mit reichlich Datenmaterial, aufbereitet in übersichtlichen Tabellen und Grafiken.

**Reinhard Busse, Miriam Blümel, Diana Ognyanova: Das deutsche Gesundheitssystem. 2013. 284 Seiten, 39,95 Euro. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.**

## Zeitschriftenschau

### ■ Fettarme Milch macht Kinder dick

Um bei Kindern im Vorschulalter Fettleibigkeit vorzubeugen, empfahl bisher die US-amerikanische Akademie der Kinderärzte, Kindern Milch mit nur einem Prozent Fett zu geben. Nun zeigte sich in einer prospektiven Geburtskontrollstudie mit 7.450 Zweijährigen und 8.400 Vierjährigen, dass normalgewichtige Zweijährige, die sehr fettarme Milch getrunken haben, im Alter von vier Jahren deutlich stärker zu Übergewicht neigten als Vollmilch trinkende Kinder. Die Forscher nehmen an, dass die fettreiche Milch den Appetit auf andere kalorienreiche Nahrungsmittel zügelt.

**Archives of Disease in Childhood 2013; 98: 335–340**

### ■ Herzmassage: Maschine ist dem Mensch leicht überlegen

Eine US-amerikanische Metaanalyse untersuchte, welche Herzmassage schneller und zuverlässiger eine stabile Kreislaufsituation herstellen kann – die menschliche oder die maschinelle. Insgesamt gingen in die Metaanalyse die Daten von 6.538 Patienten ein. Im Ergebnis war die maschinelle Herzmassage etwas besser als die des Menschen. Die Maschine „ermüdete“ nicht und konnte gegebenenfalls eine Defibrillation ohne Zeitverzögerung ausführen.

**Journal Watch Emergency Medicine, May 17, 2013**

### ■ Erkältung: Risiko hängt auch vom Alter der Zellen ab

Bei jeder Zellteilung verkürzen sich die Enden der Chromosomen im Zellkern, die sogenannten Telomere. Sind diese zu kurz, kann sich die Zelle nicht mehr teilen und altert. Bekannt ist, dass ältere Menschen mit kurzen Telomeren an den Leukozyten (weiße Blutkörperchen) anfälliger für chronische Krankheiten, Krebs und Herzerkrankungen sind. Nun belegt eine US-amerikanische Studie mit 152 Erwachsenen im Alter von 18 bis 55 Jahren, dass auch das Erkältungsrisiko von der Telomer-Länge abhängt. Die Forscher hatten die Probanden mit Erkältungsviren infiziert und fünf Tage lang unter Quarantäne beobachtet. Ergebnis: Die Studienteilnehmer mit kurzen Telomeren hatten eine bis zu 70 Prozent erhöhte Wahrscheinlichkeit, eine Erkältungskrankheit zu bekommen.

**The Journal of the American Medical Association, 2013; 309 (7): 699–705**

### ■ Jungen kommen immer früher in die Pubertät

Bei Mädchen war es schon belegt, nun haben US-Forscher den Nachweis auch für Jungen erbracht: Sie werden immer früher geschlechtsreif. Für die Studie hatten 212 Kinderärzte zwischen 2005 und 2010 das Wachstum der Geschlechtsmerkmale (Schamhaare, Hoden, Penis) von 4.131 Jungen untersucht. Ergebnis: Die Pubertät der Jungen setzte sechs Monate bis zwei Jahre früher ein als gedacht. Auch gab es herkunftsspezifische Unterschiede. Afroamerikanische Jungen hatten mit durchschnittlich neun Jahren die ersten Anzeichen der körperlichen Veränderungen, weiße Jungen im Schnitt mit zehn Jahren. Nachzügler waren die lateinamerikanischen Jungen. Der Grund dafür ist noch unklar.

**Pediatrics 2012; 130: 1058–1068**

Die Zeitschriftenschau hat Thomas Ebel vom AOK-Bundesverband zusammengestellt.

# Partnerschaft clever gestalten

War die Kooperation öffentlicher Kliniken mit privaten Investoren nur eine Eintagsfliege? Nein, meint Krankenhausexperte **Heinz Lohmann**. Das Modell habe Chancen – vorausgesetzt, alle Beteiligten konzentrierten sich auf ein Ziel: die Strukturierung der Medizin.

**Public Private Partnership** (PPP) hatte schon mal Konjunktur in Deutschland – zumindest in Artikeln einschlägiger Fachzeitschriften und in Debatten diverser Gesundheitskongresse. Betrachtet man die öffentlichen Reflexionen heute, erscheint das Thema ein wenig out. Die Gesundheitswirtschaft tut sich offenbar mal wieder mit erfolgreichen Modellen aus anderen Branchen schwer. Gern machen sich die Entscheider mit Hinweis auf die Besonderheiten des Gesundheitsmarktes aus dem Staub.

Dabei gibt es gelungene Beispiele auch in unserem Wirtschaftssektor. Das Barmbeker Krankenhaus in Hamburg etwa, bei dem ein Neubau über öffentliche Fördergelder und privates Kapital gestemmt wurde, war ein frühes, aber erfolgreiches Experiment. Auf der anderen Seite stehen grandios gescheiterte Projekte. Zu nennen wären die Kliniken Bremen-Mitte und Wien-Nord, wo die Zusammenarbeit zwischen öffentlicher Hand und Investor wegen Unstimmigkeiten platzte. Letzteres Projekt war sogar als allumfassender Ansatz gedacht, in dem der private Investor sogar das Grundstück mitbringen sollte.

Aber: Die enorme Komplexität der Vorhaben hat letztlich vielen PPP-Initiativen den Garaus gemacht. Zudem erwarteten die privaten Partner häufig öffentliche Bürgschaften, die nicht gegeben werden konnten oder wollten. Auch die Rechnungshöfe standen manchmal auf der Bremse. Hier allerdings werden in Milchmädchenrechnungen Äpfel mit Birnen verglichen. Wer PPP-Modelle gegen die herkömmliche duale Finanzierung der Kliniken – die Länder für Investitionen, die Kassen für die Leistungen – rechnet, kommt ganz selbstverständlich zu einem abschlägigen Urteil. Bezogen auf die reine Investitionsfinanzierung allerdings hat die Rechnung zwei Haken: Erstens sind ja gerade ganz häufig die ausbleibenden Fördermittel der Anlass,

über PPP nachzudenken. Zweitens geht es nicht nur ums Geld fürs Bauen, sondern um die Kompetenz des externen Partners im künftigen Betrieb. Schlicht gesagt: Er ist Garant für die Hebung eines wesentlichen Anteils an den Rationalisierungsgewinnen, die durch die Investitionen erschlossen werden sollen. Einfach nur durch die Nutzung der neuen Hülle, das zeigen inzwischen viele auf Kreditbasis eigenfinanzierte Krankenhäuser, stellt sich der gewünschte Spareffekt nicht ein. Im Gegenteil: Der Zinsdienst hängt der nächsten Generation von Managern, die auf die Entscheider dann als Sanierer folgen, wie ein Mühlstein am Hals.

**Optimierung der Arbeitsprozesse.** Letztlich geht es bei PPP um viel mehr als Geldspritzen. Gesundheitsmanager müssen sich angesichts der dramatischen Herausforderungen gemeinsam mit Ärzten, Pflegekräften und weiteren Therapeuten auf die Optimierung der Medizinprozesse konzentrieren. Zentrale Aufgabe ist die Strukturierung der Medizin, um die Chancen des digitalen Workflows für Gesundheitslösungen zu erschließen. Dazu bedarf es starker Partner in Industrie- und Serviceunternehmen, die in der Lage sind, ganze Teile des für den Behandlungsprozess notwendigen Geschehens in eigener Verantwortung und auf eigenes Risiko zu übernehmen. PPP ohne solche Systempartnerschaft springt künftig zu kurz.

**Hoher Modernisierungsbedarf.** Wandel findet aber nur statt, wenn der Veränderungsdruck groß ist. Das ist heute der Fall. Davon bin ich aufgrund meiner langjährigen Erfahrungen in der Gesundheitswirtschaft überzeugt. Mit neuartigen Instrumenten lässt sich der konkrete Modernisierungsbedarf für jedes einzelne Gesundheitsunternehmen prognostizieren. Aktuelle Berechnungen besagen, dass in den kommenden zehn Jahren Kliniken, die weiterhin wirtschaftlich erfolgreich arbeiten sollen, je nach Ausgangslage, Produktivitätsreserven zwischen 25 und 35 Prozent heben müssen. Managern ist zu empfehlen, sich primär auf eigene Stärken zu verlassen. Wer hingegen langfristig auf öffentliche Hilfe hofft, hat schon verloren. Vielmehr müssen die Gesetze des zunehmenden Wettbewerbs akzeptiert werden. Und dabei steht die Medizin im Zentrum des Wettbewerbs. Für alles andere bedarf es starker Partner. PPP so verstanden, führt auch in der Gesundheitsbranche in die richtige Richtung. ■

**Professor Heinz Lohmann** ist Gesundheitsunternehmer, Dozent an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg sowie Vorsitzender der Initiative Gesundheitswirtschaft (IGW).

## Leserforum



### Ihre Meinung ist gefragt.

Im G+G-Weblog [www.reformblock.de](http://www.reformblock.de) können Sie mit uns diskutieren.

Oder schreiben Sie uns:

**Gesundheit und Gesellschaft**, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin,  
E-Mail: [gug-redaktion@kompakt.de](mailto:gug-redaktion@kompakt.de)



# Impressum

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

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

Chefredakteur 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/Claude Langlois

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 6/2013

## Ärzte-Vergütung: Pauschalen für die Praxis

### Modell mit Fragezeichen

Die in der Juniausgabe vorgestellte Idee, die Vergütung ambulanter Leistungen auf indikationsbezogene Fallpauschalen ähnlich zur Klinikvergütung umzustellen, hat was für sich. Dies könnte dazu beitragen, die integrierte Versorgung endlich in der Breite umzusetzen. Allerdings, und das stellen die Autoren auch selbst fest, dürfte es überaus schwierig sein, die Fallgruppen adäquat zu definieren. Aus dem Universum aller möglichen Krankheitszustände – das Spektrum reicht von der Krankschreibung bis hin zum ambulanten Eingriff – müssen die Gruppen isoliert werden, in denen der Behandlungsaufwand in etwa vergleichbar und die Vergütung damit pauschalierbar ist. Ob diese Herkulesaufgabe zu stemmen ist, wage ich zu bezweifeln.

E. B., Bonn

G+G 6/2013

## Frau Doktor und die drei K

### Work-Life-Balance schwer erreichbar

Kinder und Karriere unter einen Hut zu bringen, ist für wahr keine leichte Aufgabe. Dies betrifft aber nicht allein Ärztinnen, sondern alle berufstätigen Frauen ebenso wie Männer. Vielleicht ist es aber für Ärztinnen und Ärzte etwas schwieriger, ihr Familienleben mit den Arbeitszeiten und den anspruchsvollen Aufgaben im Beruf in Einklang zu bringen. Während das Kind einen geregelten

Tagesablauf und einen bestimmten Rhythmus hat und auch braucht, sieht es beim Arzt – ob Mutter oder Vater – ganz anders aus. Schichtarbeit im Krankenhaus, 24-Stunden-Dienste und medizinische Notfälle beeinträchtigen das Familienleben immer wieder. Ein kranker Patient kann halt nicht warten. Den Verpflichtungen, die der Arzt mit seiner Berufswahl dem Patienten gegenüber eingegangen ist, muss er nachkommen – tagsüber und gegebenenfalls auch nachts. Ob im Krankenhaus oder in der Arztpraxis: Die meisten Nachwuchsmedizinerinnen und -mediziner sind im Prinzip auch bereit, viel zu arbeiten – aber nicht um jeden Preis. Und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf als Privatsache abzutun, werden sich Krankenhäuser und Arztpraxen bald nicht mehr leisten können. Weil die Zahl der unbesetzten Arztstellen steigt, gewinnt Familienfreundlichkeit an Bedeutung. Denn Medizinerinnen und Mediziner entscheiden bei ihrer Jobwahl eben nicht nur nach Gehalt und Karriereöglichkeiten. Vielmehr achten sie zunehmend darauf, ob der Arbeitgeber Rücksicht auf ihre familiären Aufgaben nimmt. Wir brauchen Rahmenbedingungen, die es Frauen wie Männern ermöglichen, in ihrem Beruf und in der Familie Verantwortung zu übernehmen. Elterngeld und der Ausbau der Kinderbetreuung sind dabei wichtige Schritte. Aber das allein reicht nicht. Es geht vor allem darum, für die jüngeren Ärztinnen und Ärzte die Patientenversorgung so zu gestalten, dass eine ausgewogene Work-Life-Balance möglich ist und damit die Freude an dem Arztberuf erhalten und ausgebaut wird.

R. C., Berlin

# BECKs Betrachtungen



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

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

# Ist die neue Pille auch die bessere?

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

*The New York Times*



## Ja, ich bestelle ...



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

Marcia Angell **Der Pharma-Bluff**

**Wie innovativ die Pillenindustrie wirklich ist**

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

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

(zzgl. 2,50 Euro Verpackung und Versand)

Lieferung gegen Rechnung  per Bankeinzug

Vor- und Zuname

Straße, Haus-Nr.

PLZ

Ort

Konto-Nr.

BLZ

Geldinstitut

Datum, Unterschrift

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

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

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

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



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

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

Gesundheit in besten Händen

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