



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

TRANSSEXUALITÄT

# Fremd im eigenen Körper

Der Weg ins gefühlte  
Geschlecht – und wie die  
Medizin dabei hilft

KASSENFINANZEN

Wo sich die Bundesbank verrechnet

INTERVIEW GASSEN

Was der Kassenarzt-Chef erreichen will

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

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

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

## **AOK BADEN-WÜRTTEMBERG**

Hauptverwaltung  
Pressesprecher: Kurt Wesselsky

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

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

## **AOK BAYERN – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Zentrale  
Pressesprecher: Michael Leonhart

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

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

## **AOK BREMEN/BREMERHAVEN**

Pressesprecher: Jörn Hons

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

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

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

Direktion  
Pressesprecher: Ralf Metzger

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

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

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

Direktion  
Pressesprecher: Carsten Sievers

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

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

## **AOK NORDOST – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Pressesprecherin: Gabriele Rähse

Region Mecklenburg-Vorpommern  
Pressereferent: Markus Juhls

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

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

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

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

## **AOK NORDWEST – DIE GESUNDHEITSKASSE**

Pressesprecher: Jens Kuschel

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

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

Tel. 0231/4193-10145

Tel. 0431/605-21171

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

Pressesprecher: André Maßmann

Region Hamburg: Pressesprecherin Antje Meyer

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

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

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

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

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

Pressereferent: Jan Rößler

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

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

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

Pressesprecherin: Hannelore Strobel

Sitz Erfurt  
Stellvertretender Pressesprecher: Jürgen Frühauf

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

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

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

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

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

Pressesprecher: Andreas Arnsfeld

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

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

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

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

**AOK**  
Die Gesundheitskasse.

# Ausprobieren hilft bei Demenz

Alte Fotos anschauen, Lieblingslieder singen – seine demenzkranke Mutter sträubte sich gegen solche Angebote, erzählt Filmemacher **David Sieveking**. Mit Versuch und Irrtum fand er heraus, was sie noch machen wollte.

**Der typische Alzheimererkrankte**, wie er in Filmen und Büchern auftaucht, verliert peu à peu sein Kurzzeitgedächtnis, aber kann sich mit der Zeit immer besser an seine Kindheit erinnern und erstaunt durch textsicheres Vortragen von Liedern und Gedichten. Als bei meiner Mutter eine Alzheimer-Demenz diagnostiziert wurde, zeigte sie keine dieser „Talente“. Auf alte Kinderfotos oder Lieblingslieder reagierte sie abwehrend. Es schien beinahe, als wollte sie gegen die gängigen Alzheimer-Verhaltensmuster rebellieren. So war sie beispielsweise alles andere als weglaufgefährdet. Im Gegenteil: Sie war vielmehr „imbettbleibgefährdet“. Anstatt ständig auszubüxen, vermied sie es, überhaupt noch aufzustehen.

Dem Physiotherapeuten war das ein Graus: „Kommen Sie Frau Sieveking! Sie müssen sich bewegen, sonst bleiben Sie bald für immer liegen!“ Aber meine Mutter ließ sich nicht einschüchtern: „Fragen Sie doch meinen Mann, ob er Ball spielen möchte!“

Ehrgeizig versuchten wir einige Zeit, meine Mutter irgendwie noch dazu zu bringen, ihre Chor- oder Streichquartettprobe wahrzunehmen, schließlich hatte sie früher gerne musiziert. Die Notlügen meiner Mutter, um diesem Pflichtprogramm zu entgehen, ließen wir nicht gelten. Genauso beharrte mein Vater unerbittlich auf ausgedehnten Waldspaziergängen. Einmal rief sie ihm verzweifelt hinterher: „Du, ich bin noch nicht gestorben!“ Rückblickend bereuen mein Vater und ich, dass wir meine Mutter derart überfordert haben. Die Therapeuten hatten uns beschworen, für möglichst viel Beschäftigung, Musik und Bewegung zu sorgen, aber da kam auf einmal so ein Leistungsgedanke und Ehrgeiz ins Spiel, der zur Folge hatte, dass meine Mutter sich immer mehr verweigerte und zurückzog.

Ein weiterer Ratschlag eines Alzheimer-Experten bezüglich meiner Mutter lautete: „Machen Sie eins bloß nicht: Verreisen. Tun sie ihr das nicht an! Sie ist ja schon verwirrt genug. Wenn Sie ihr jetzt noch das gewohnte Umfeld nehmen, ist sie gänzlich

verloren.“ Doch meine Mutter fühlte sich in unserem Zuhause längst nicht mehr zu Hause. Eines Nachts stand sie mit Jacke und Mütze vor ihrer Schlafzimmertür und erklärte, sie wolle jetzt endlich nach Hause. Wenn ich sie morgens beim Frühstück fragte, wo sie denn gerade sei, erwiderte sie: „Keine Ahnung. Hier war ich noch nie.“ Und eines Tages fragte sie mich hoffnungsvoll: „Kommst Du mit?“ „Wohin denn?“ „Ja, nach Haus. Nach Stuttgart, was denn sonst?“ In Stuttgart war sie aufgewachsen, und

ich fragte mich, warum wir unbedingt zu Hause bleiben sollten, wenn es hier für sie gar kein gewohntes Umfeld mehr gab, und sie sich offenbar nach dem Zuhause ihrer Kindheit sehnte? Also machten wir uns auf den Weg, und das Reisen machte

meiner Mutter auch sichtlich Spaß, selbst wenn sie gleich wieder vergessen hatte, wohin wir unterwegs waren. In Stuttgart fand sie zwar nicht ihr Gedächtnis wieder, aber wir trafen dort ihre ältere Schwester, die geistig noch gut beisammen war und meine Mutter mit breitem Schwäbisch zu einem Kaffeekränzchen empfing. Meine Mutter hatte mit uns nie Mundart gesprochen, aber mit ihrer Schwester war sie so gesprächig wie lange nicht mehr. Meine Tante zeigte ihr die gleichen Kinderfotos, die wir zu Hause so oft vergeblich präsentiert hatten. Aber auf einmal erkannte sich meine Mutter auf den Bildern und konnte sich an die Situation der Aufnahme sogar gefühlsmäßig genau erinnern. Das Entscheidende waren offenbar nicht die Fotos selbst, sondern die lockere, ungezwungene Stimmung und die vertraute Atmosphäre, in der sie betrachtet wurden.

Wir haben in der Pflege meiner Mutter sicherlich einiges falsch gemacht, aber richtig gemacht haben wir, dass wir uns erlaubt haben, Fehler zu machen – um sie dann korrigieren zu können. Mit dem Spazierengehen hat es übrigens auch noch geklappt: Der Trick war einfach, mit meiner Mutter nicht im dunklen Wald zu laufen – der machte ihr nämlich Angst – auf freiem Feld oder im lichten Park lief sie dagegen sehr gerne. ■

**Wir haben uns erlaubt,  
Fehler zu machen – um sie  
korrigieren zu können.**

**David Sieveking**, geboren 1977, absolvierte von 2000 bis 2007 ein Regiestudium an der Deutschen Film- und Fernsehakademie Berlin. In seinem zweiten Kinofilm „Vergiss mein nicht“ porträtierte er seine an Alzheimer erkrankte Mutter und gewann damit den Hessischen Filmpreis. Anfang 2013 erschien das gleichnamige Buch, das den Film inhaltlich ergänzt, im Herder-Verlag. David Sieveking hat eine Tochter und lebt mit seiner Familie in Berlin.

**Kontakt:** [presse@herder.de](mailto:presse@herder.de)

## Wie Aische zu Murat wurde



H.-B. Henkel-Hoving,  
Chefredakteur

„Vor 30 Jahren wurde Murat als Junge geboren – im Körper eines Mädchens. Er wusste immer, dass er im falschen Körper steckt. Schon mit vier, als er noch Aische hieß, war er nicht wie andere Mädchen. Er wollte im Stehen pinkeln und kurze Haare haben. Er hasste Röcke und Puppen, interessierte sich stattdessen für Autos und wollte in den Fußballverein. Heute ist

Murat, der aus einer türkischen Familie kommt und in Berlin lebt, ein Mann.“

In ihrer Reportage über transsexuelle Menschen schildert G+G-Autorin Daniela Noack eindrucksvoll, wie es Murat und anderen Schicksalsgenossen geht, die sich fremd im eigenen Körper fühlen. Die als Mann empfinden, aber einen Busen haben. Die als Frau denken, aber denen ein Bart wächst. „Transsexuelle Menschen haben oft einen langen Leidensweg hinter sich, bevor sie sich einer Geschlechtsangleichung unterziehen“, sagt Daniela Noack.

Auch nach einer Operation oder Hormonbehandlung brauchen die Betroffenen Hilfe, nicht zuletzt, um mit den immer noch vorhandenen Vorbehalten und Vorurteilen ihrer Mitmenschen besser umgehen zu können. Noack: „Dabei wollen diese Männer und Frauen am Ende nur eines, nämlich ein ganz normales Leben. Ob mit Freunden und Familie oder im Job.“

Murat – er trägt eigentlich einen anderen Namen – ist das offenkundig gelungen. Der junge Mann studiert Architektur, hat eine Freundin und blickt optimistisch in die Zukunft. Wer hätte das vor 30 Jahren gedacht.

Eine anregende Lektüre wünscht Ihnen

### MAGAZIN

#### 14 REFORMBAUSTELLE GESUNDHEIT

Krankenhaus und Qualität, Patientennutzen und Prävention – wo der Reformhebel anzusetzen ist, machte das Presseseminar des AOK-Bundesverbandes deutlich.

Von Thomas Hommel

#### 17 STRUKTUREREFORM MIT GROSSEM Q

Die Krankenhausplanung am Bedarf der Patienten und an der Qualität ausrichten – warum dies geboten ist, legt die AOK in einem aktuellen Arbeitspapier dar.

Von Ines Körver

#### 18 AUFSCHLAG FÜR EINE PSYCHIATRIE-REFORM

Psychisch Kranke sektorenübergreifend behandeln – wie das gelingen kann, erproben Krankenkassen, Ärzte und Kliniken in mehreren Modellprojekten.

Von Patrick Garre

#### 20 VOLLDAMPF BIS ZUR RENTE

Ältere Arbeitnehmer erkranken nicht öfter als junge, fehlen allerdings länger. Wie der demografische Wandel in Betrieben wirkt, zeigt der neue Fehlzeiten-Report.

Von Ralf Breitgoff

#### 21 LACKMUSTEST BESTANDEN

Gutes Zeugnis von der Wissenschaft: Der AOK-Hausarztvertrag in Baden-Württemberg verringert Klinikeinweisungen und Arzneiausgaben.

Von Hans-Bernhard Henkel-Hoving

#### 22 EINLADUNG ZU MEHR VORSORGE

Migranten gehen selten zur Vorsorge. Das hessische Projekt Davet trägt dazu bei, dass türkische Mitbürger die Früherkennung stärker wahrnehmen.

Von Wilfried Boroeh

#### 23 „SOLIDARITÄT GEHÖRT BEI GESUNDHEIT DAZU“

Von seiner Zeit als Berater in den USA erzählt Ex-Gesundheitsminister Daniel Bahr. Dort galt der Liberale mit seinem Bekenntnis zur solidarischen Krankenversicherung vielen als Sozialist.



## TITEL

**24 GESCHLECHTSANGLEICHUNG: EIN LANGER WEG**

Geboren im falschen Körper: Marylin, Murat und Sophia sind transsexuell. Sie nehmen viel in Kauf, damit Geschlecht und Gefühle identisch werden.

Von Daniela Noack (Text) und Stefan Boness (Fotos)

## THEMEN

**32 „WARTEZEITEN SIND SENSATIONELL KURZ“**

Langes Warten auf einen Arzttermin? Praktisch kaum! Ärztliche Leistungen substituieren? Überaus gefährlich! KBV-Chef Andreas Gassen geht für Ärzte in Stellung.

Von Thomas Hommel

**36 AU BACKE BUNDESBANK**

Um klamme Krankenkassen künftig zu verhindern, setzt die Bundesbank auf Kostenerstattung und Selbstbehalte. Damit trifft sie aber den falschen Nerv.

Von Klaus Jacobs



## RUBRIKEN

- 9 **Rundruf** Pflegeauszeit für Freunde?
- 13 **Kommentar** Kreativität statt Zentralismus
- 42 **Recht** Notfälle: Kein Extrageld für Klinik-Ambulanz
- 44 **AOK-Notizen** Aktuelles aus Bund und Ländern
- 46 **Service** Bücher, Termine und mehr
- 48 **Debatte** Kooperation statt Sektorendenken
- 49 **Nachlese** Briefe an die Redaktion
- 49 **Impressum** Wer steckt hinter G+G?
- 50 **Letzte Seite** BECKs Betrachtungen

## LEITLINIE Diät-Mythos fällt

Die neue S3-Leitlinie der Deutschen Adipositas-Gesellschaft bringt einen vielfach geglaubten Diät-Mythos zum Einsturz: Bei der Reduktionskost spielt die Zusammensetzung aus Kohlenhydraten, Fett und Eiweiß kaum eine Rolle, entscheidend ist die Gesamtkalorienzahl. Wie das anzustrebende Defizit von 500 Kilokalorien am Tag zustande komme, sei unerheblich. Dies hätten Untersuchungen der vergangenen Jahre gezeigt, heißt es in der Leitlinie der Gesellschaft. Adipositas – also extreme Fettleibigkeit – definiert die Leitlinie zudem als Krankheit. Die Bestätigung, dass es sich bei Adipositas um eine Erkrankung handle, solle der weitverbreiteten Stigmatisierung Übergewichtiger im Alltag entgegenwirken, hieß es zur Begründung. ■

## PSYCHISCHE KRANKHEITEN Weniger Warten auf einen Therapieplatz

Die Bundesregierung hat ihr Ziel bekräftigt, die Wartezeiten in der psychotherapeutischen Versorgung zu verkürzen. Der Gemeinsame Bundesausschuss aus Krankenkassen, Kliniken, Ärzten und Patientenvertretern erhalte den Auftrag, die Psychotherapie-Richtlinien zu überarbeiten, heißt es in einer Antwort auf eine Anfrage der Fraktion von Bündnis 90/Die Grünen. Neben kürzeren Wartezeiten strebe man auch einen niedrigschwelligeren, wohnortnahen Zugang zu psychotherapeutischer Versorgung an. ■

**MEHR INFOS:**  
**Bundestagsdrucksache**  
**(18/2140)**



Muffin oder Obst? Ob jemand abnimmt, hängt allein von der Gesamtkalorienzufuhr am Tag ab.

## VERSICHERUNGSKARTE Nächstes Jahr nur noch die eGK

Ab 1. Januar 2015 gilt ausschließlich die elektronische Gesundheitskarte (eGK) als Berechtigungsnachweis für die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen. Darauf haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband geeinigt. Die „alte“ Krankenversichertenkarte kann noch bis Ende des Jahres verwendet werden. Danach verliert sie ihre Gültigkeit – unabhängig von dem aufgedruckten Datum. ■

## VORSORGE Was nützt Screening bei Brustkrebs?

Mit Nutzen und Risiken von Mammographie-Screenings zur Brustkrebsfrüherkennung befasst sich die Fraktion Die Linke. In einer Kleinen Anfrage an die Bundesregierung verweisen die Abgeordneten auf widersprüchliche Einschätzungen aus Fachkreisen, was den Nutzen einer solchen Reihenuntersuchung betrifft. Das flächendeckende Mam-

mographie-Screening wurde 2005 eingeführt worden. Jede Frau im Alter zwischen 50 und 69 Jahren wird alle zwei Jahre zur Untersuchung der Brust eingeladen. Experten machten aber Vorbehalte gegen die Untersuchungen geltend, da sie riskant seien und wenig brächten, heißt es in der Anfrage der Linken. ■

## KRANKENHÄUSER Fusionswelle rollt

Das Bundeskartellamt rechnet mit etlichen Zusammenschlüssen und Übernahmen von Krankenhäusern. Bis zu 250 Kliniken würden in der einen oder anderen Weise vom Markt verschwinden,

zitierte der Präsident des Amtes, Andreas Mundt, entsprechende Schätzungen: „Deshalb ist es gut, dass die Fusionskontrolle besteht.“ Ziel sei es, den Wettbewerb um die Qualität der Versorgung der Patienten zu erhalten, so Mundt. Das Kartellamt wäge seine Entscheidung stets sorgfältig ab. Aus dem Jahresbericht 2013 der Behörde geht hervor, dass die Bonner Wettbewerbswächter von 2003 bis 2013 mehr als 200 Zusammenschlüsse von Kliniken geprüft haben. In 166 Fällen erteilten sie die Freigabe, sechsmal untersagten sie die Fusion. Die übrigen Fälle fielen nicht unter die Fusionskontrolle oder sind noch nicht entschieden. ■

## kurz & bündig

**+++ ARBEITSWELT:** Zwei Drittel der Erwerbstätigen in Deutschland leisten regelmäßig Überstunden. Jeder Fünfte fühlt sich durch die Erwartung des Arbeitgebers, Mehrarbeit zu leisten, belastet. Das sind Ergebnisse einer Umfrage der Initiative Arbeit und Gesundheit unter 2.000 Beschäftigten. **+++ HAUTKREBS:** Die Zahl der Hautkrebsbehandlungen im Krankenhaus ist zwischen 2007 und 2012 um rund 23 Prozent gestiegen. Wie das Statistische Bundesamt mitteilte, ist dies die größte Zuwachsrate unter allen stationären Krebsbehandlungen. 2012 wurden 91.900 Patienten mit dieser Erkrankung versorgt – Männer häufiger als Frauen. **+++ KINDER:** Die Jugendämter in Deutschland brachten vergangenes Jahr knapp 116.000 Verfahren zur Einschätzung der Gefährdung des Kindeswohls in Gang – 8,5 Prozent mehr als im Jahr 2012.



# 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 ..... IBAN ..... BIC .....

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.



**GESUNDHEITS-SURFER**  
**Internet als Informationsquelle**

Das World Wide Web gewinnt für die Recherche von Gesundheitsthemen weiter an Bedeutung. Das Gros der etwa 40 Millionen Gesundheits-Surfer nutze das Internet vor allem, um an Informationen über Erkrankungen zu gelangen oder einen geeigneten Arzt beziehungsweise eine passende Klinik zu finden, heißt es in der kürzlich vorgelegten „E-Patienten-Studie 2014“. Für die Nutzer von 19 Gesundheitsportalen schalteten Mike Friedrichsen von der Stuttgart Media University und Alexander Schachinger von der Digital Healthcare Research & Consulting zwei Monate lang eine Online-Befragung zur Nutzung des Internets frei. Daraufhin gingen 3.160 ausgefüllte Fragebögen ein. Die Teilnehmer waren im Schnitt 59 Jahre alt. Die meisten Rückmeldungen stammen von Frauen. Zudem zeigt sich, dass die Mehrheit der Surfer chronisch erkrankt sind,

**Zitat des Monats**

**Nicht alle Deutschen glauben an Gott, aber alle glauben an die Bundesbank.**

**Jacques Delors**, französischer Sozialist, von 1985 bis 1995 Präsident der EU-Kommission

gefolgt von Nutzern mit akuten, nicht-chronischen Beschwerden sowie Personen, die einen Angehörigen betreuen. Online-Suchmaschinen bilden für 58 Prozent der Teilnehmer den Einstieg in die Recherche. Gesundheits-Apps werden hingegen bislang eher selten genutzt. ■

**UKRAINE**  
**Krise bedroht HIV-Prävention**

Die Krise in der Ukraine droht nach Einschätzung von Experten die großen Fortschritte des Landes im Kampf gegen HIV und Aids zunichte

zu machen. Besonders prekär sei die Lage auf der von Russland annektierten Halbinsel Krim, sagte Andrij Klepikow, Direktor der Organisation HIV/Aids-Allianz in der Ukraine, anlässlich der Welt-Aids-Konferenz im australischen Melbourne. Michel Kazatchkine, Uno-Sonderberichterstatter zu Aids und HIV in der Region, nannte als Hauptprobleme beim Kampf gegen das Virus, dass Betroffene nicht ausreichend mit Medikamenten versorgt würden und Präventionsmaßnahmen nicht zielgenau angelegt seien. Infizierte würden zudem stigmatisiert, beklagte er. Die Epidemie breite sich vor allem unter Drogennutzern weiter aus, die sich durch den Austausch von gebrauchten Nadeln infizieren. ■

**DIAGNOSTIK**  
**Hausärzte spüren Alkoholiker auf**

Experten zufolge leben in Deutschland rund 1,3 Millionen Alkoholiker und weitere zwei Millionen Männer und Frauen, deren Verhältnis zum Alkohol als „Missbrauch“ gilt. Wie Hausärzte Risikopatienten ohne langwierige Tests erkennen können, hat jetzt eine britische Forschergruppe um Alex Mitchell und Kollegen von der University of Leicester in einer Metaanalyse untersucht. Die Sich-

ung von insgesamt 17 Studien ergab: Wurde nur eine gezielte Frage an die Patienten zu deren Trinkgewohnheiten gestellt, lag die diagnostische Genauigkeit bei mehr als 50 Prozent. Stellten die Ärzte dagegen zwei Fragen, konnten 87,2 Prozent der Patienten mit Alkoholproblemen korrekt identifiziert werden, und bei 79,8 Prozent der als negativ eingestuften Patienten lagen die Ärzte ebenfalls richtig. Die zuverlässigsten Ergebnisse lieferte dabei die Frage „Wie oft trinken Sie sechs oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit?“ Auch mit einer negativen Antwort auf die Frage „Haben Sie jemals morgens zuerst Alkohol getrunken, um sich nervlich zu stabilisieren oder den Start in den Tag zu erleichtern?“ konnten Alkoholprobleme relativ sicher ausgeschlossen werden. ■

**FÖRDERPREIS**  
**Patienten vor Fehlern schützen**

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) hat seinen mit 19.500 Euro dotierten „Deutschen Preis für Patientensicherheit“ ausgeschrieben. Gesucht werden evaluierte Best-Practice-Beispiele und praxisrelevante Forschungsarbeiten, die zu einer neuen Sicherheitskultur in Deutschland beitragen. Einsendeschluss ist der 31. Oktober 2014. Der APS-Förderpreis wird jährlich in Kooperation mit der Aeskulap Akademie, dem Ecclesia Versicherungsdienst, dem Pharmaunternehmen MSD sowie dem Thieme-Verlag ausgelobt. ■

**MEHR INFOS:**  
[www.aps-ev.de/](http://www.aps-ev.de/)  
**deutscher-preis-fuer-patientensicherheit**



## Pflegeauszeit für Freunde?

Aus der Großen Koalition kommt der Vorschlag, die bezahlte zehntägige Auszeit von der Pflege auszuweiten. Nicht nur Ehepartner und Kinder, sondern auch weiter entfernte Verwandte oder sogar Freunde sollen diese in Anspruch nehmen können. Eine gute Idee?



**DR. CAROLA REIMANN**, stellvertretende Vorsitzende der SPD-Bundestagsfraktion: Ja, denn angesichts der Herausforderungen in der Pflege müssen wir stärker auf lokale Netzwerke setzen. Dazu gehören neben Verwandten auch Freunde, Nachbarn und andere nahestehende Personen. Am Ende ist entscheidend, dass wir die unterstützen, die bereit sind, füreinander Verantwortung zu übernehmen. Gerade in Zeiten, in denen junge Menschen aus beruflichen Gründen oft weit entfernt von den Eltern wohnen, sind stabile Netzwerke am Wohnort der Eltern besonders wichtig. Auf diesen gesellschaftlichen Wandel müssen wir reagieren und Netzwerke, die über die Verwandtschaft hinausgehen, besser fördern.

**ANNELIE BUNTENBACH**, Vorstandsmitglied des Deutschen Gewerkschaftsbundes: Wir setzen uns schon lange dafür ein, dass das Pflegezeitgesetz weiterentwickelt wird und eine zehntägige bezahlte Freistellung im Falle akuter Pflegebedürftigkeit naher Bezugspersonen gesetzlich regelt. Immer öfter wird die kurzfristige Organisation eines Pflegearrangements von Menschen übernommen, die ein entsprechendes Vertrauensverhältnis zum Pflegebedürftigen haben, ohne mit ihm verheiratet oder verwandt zu sein. Anspruchsberechtigt sollten deshalb nicht allein Ehepartner oder Kinder sein, sondern auch Menschen aus lebenspartnerähnlichen Gemeinschaften, entferntere Verwandte oder nahe Freunde.



**ALEXANDER GUNKEL**, Mitglied der Hauptgeschäftsführung der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände: Der berechnete Personenkreis derer, die im Fall einer akuten Pflegebedürftigkeit eines nahen Angehörigen der Arbeit fernbleiben dürfen, ist schon heute weit gefasst. Dazu zählen nicht nur Eltern oder Kinder, sondern unter anderem auch Groß- und Schwiegereltern, Lebenspartner, Geschwister, Schwieger- und Enkelkinder. Eine Ausweitung des Anspruchs auf einen nahezu beliebigen Personenkreis würde vor allem zu einer Belastung kleiner und mittlerer Unternehmen führen. Diese Betriebe können Ausfälle von Beschäftigten nur schwer durch personelle Umorganisationen kompensieren.

**HELMUT WALLRAFEN-DREISOW**, Geschäftsführer der Sozial-Holding der Stadt Mönchengladbach: Das Gesetz zur Familienpflegezeit und die jetzt vorgeschlagene bezahlte Auszeit auch für Freunde sind gut gemeinte Versuche, um den demografischen Wandel in den Griff zu bekommen. Beide Vorhaben sind aber viel zu praxisfern entwickelt worden. Unser Landesmodellprojekt „Netzwerk pflegende Beschäftigte“ mit mehr als 15.000 Mitarbeitern aus rund 100 Firmen zeigt, dass die Defizite derzeit weniger bei der Leistungserbringung, vielmehr beim Wissen um Leistungsrecht und Angebotsvielfalt liegen. Schöne Internetseiten ersetzen wohl doch nicht persönliche Beratung, da Emotionalität und Intimität beim Thema Pflege von großer Bedeutung sind.



### STUDIE Salzkonsum liegt weltweit zu hoch

Kartoffelchips, Salami-Sticks, Gewürzgurken: Viele Lebensmittelunternehmen würzen ihre Produkte sehr großzügig mit Salz. Das könnte der Gesundheit jedoch enorm schaden, wie eine Analyse der Forscher um Dariush Mozaffarian von der US-amerikanischen Harvard School of Public Health zeigt.



Den Wissenschaftlern zufolge führt die zu hohe Aufnahme an Natrium – Kochsalz besteht aus Natriumchlorid – jährlich zu über einer Million Todesfälle weltweit. Für ihre statistische Analyse im „New England Journal of Medicine“ sammelten die Forscher Daten aus 66 Ländern. Die Analyse ergab, dass nahezu jeder Mensch auf der Welt zu viel Natrium zu sich nimmt. Die WHO rät zur Zufuhr von zwei Gramm Natrium am Tag, der weltweite Durchschnitt lag 2010 bei 3,95 Gramm. Die niedrigsten Werte erreichten afrikanische Länder südlich der Sahara mit über zwei Gramm täglich, die höchsten die Bewohner Zentralasiens mit 5,51 Gramm. Alles in allem habe die hohe Natriumzufuhr zur Folge, dass weltweit 2010 etwa 1,65 Millionen Menschen an Herz-Kreislauf-Erkrankungen starben, so die Forscher. ■

### HAFTPFLICHT Hebammen erhalten Ausgleich

Nach monatelangem Streit um zuletzt stark gestiegene Haftpflichtprämien haben sich Hebammen und Krankenkassen geeinigt: Die Geburtshelferinnen erhalten rückwirkend ab dem 1. Juli 2014 einen finanziellen Ausgleich, um die Prämien bezahlen zu können. Der Deutsche Hebammenverband teilte mit, er habe das Angebot der Krankenkassen angenommen. Laut GKV-Spitzenverband stellen die gesetzlichen Kassen 2,6 Millionen Euro für den Haftpflichtausgleich der Hebammen mit Geburtshilfe bereit. Zuletzt waren die Beitragssätze bei der Haftpflichtversicherung kräftig nach oben geschneit. Viele der freiberuflich Hebammen sorgen sich daher um ihre Existenz. ■

### KLEINE ANFRAGE Beamte meist privatversichert

Rund acht Prozent aller Beamten sind nach Schätzungen der Bundesregierung Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Dies geht aus der Antwort der Bundesregierung (18/2218) auf eine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen hervor. Danach liegen der Regierung keine statistischen Daten über die Anzahl der freiwillig in der GKV versicherten Beamten und Versorgungsempfänger vor. Die Mitgliedschaft in der GKV könne jedoch bei Beamten als „untypisch“ bezeichnet werden, da sich mehr als 90 Prozent von ihnen für die Mitgliedschaft in der privaten Krankenversicherung entscheiden würden. ■

## INTERNET

**Klinikärzte bewerten ihre Arbeitgeber**

Die Gewerkschaft der Krankenhausärzte Marburger Bund hat ein neues Online-Bewertungsportal eingerichtet. Unter [www.mbz-bewertungsportal.de](http://www.mbz-bewertungsportal.de) können Krankenhausärzte ihre Erfahrungen mit ihrem Arbeitgeber an Kolleginnen und Kollegen weitergeben. Das Portal stehe allen Ärzten – dem Arzt im Praktischen Jahr genauso wie dem Chefarzt zur Verfügung. Bei vorgegebenen Themen wie Arbeitsklima, Work-Life-Balance, Weiterbildungsmöglichkeiten, Einkommen und Zusammenarbeit können die Ärzte ihre Zufriedenheit ausdrücken, indem sie dafür unterschiedlich viele Sterne vergeben. ■

## BRANDENBURG

**Grünes Licht für Medizin-Hochschule**

Das Land Brandenburg bekommt ab 2015 eine Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane. Ab kommenden Jahr sollen pro Semester 45 Medizinstudierende starten. Mit der neuen Hochschule sei die Hoffnung verbunden, die ärztliche Versorgung in Brandenburg abzusichern, so Wissenschaftsministerin Sabine Kunst (parteilos). Sie erwarte, dass die Absolventen nach ihrem Studium im Land blieben. Gerade im ländlichen Raum bestehe ein Mangel an Medizinern. Kunst betonte, dass mit der Genehmigung kein Landeszuschuss verbunden sei. Die Hochschule werde sich über Studiengebühren und Geld der Krankenhäuser finanzieren. Für angehende Ärzte soll es ein Stipendien-system geben. ■

## Köpfe und Karrieren



**+++ SYLVIA MATHEWS BURWELL**, 49, ist neue Gesundheitsministerin der USA. Ihre Vorgängerin Kathleen Sebelius hatte nach Kritik an dem chaotischen Start von Barack Obamas Gesundheitsreform ihr Amt niedergelegt. Wegen technischer Pannen konnten im Oktober 2013 viele US-Bürger keine Krankenversicherung abschließen. Sylvia Mathews Burwell war seit 2013 US-Finanzministerin und zuvor Präsidentin der Stiftung des Einzelhandelsriesen Walmart. Auch arbeitete sie bei der Stiftung von Microsoft-Gründer Bill Gates in führender Position. Die Absolventin der Eliteuniversitäten Harvard und Oxford war Ende der 1990er Jahre unter dem damaligen Präsidenten Bill Clinton stellvertretende Budgetchefin sowie Vize-Stabschefin im Weißen Haus.

**+++ SABINE OBERHAUSER**, 51, übernimmt das österreichische Gesundheitsressort. Die Ärztin für Allgemeinmedizin und Fachärztin für Kinder- und Jugendheilkunde gehört dem österreichischen Nationalrat seit dem Jahr 2006 an und fungierte zuletzt als gesundheitspolitische Sprecherin der Sozialdemokratischen Parlamentsfraktion. 2009 wurde sie zur Vizepräsidentin des Österreichischen Gewerkschaftsbundes (ÖGB) und 2013 zur Frauenvorsitzenden des ÖGB gewählt. Seit 2011 ist sie stellvertretende Vorsitzende der Sozialdemokratischen Ärztinnen Österreichs.



**+++ KARL BROICH**, 54, leitet als neuer Präsident das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Der promovierte Facharzt für Nervenheilkunde und Psychotherapie sowie Honorarprofessor an der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn übernahm das Amt von Professor Dr. Walter Schwerdtfeger, der aus Altersgründen ausgeschieden ist. Professor Broich war seit 2009 Vizepräsident des BfArM. Bevor er im Jahr 2000 als Fachgebietsleiter Neurologie/Psychiatrie zum Bundesinstitut ging, arbeitete er als Leitender Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Halle-Wittenberg.

**+++ DIETLINDE SCHREY-DERN**, 62, steht als neue Präsidentin an der Spitze des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie (dbl). Die Logopädin und Gymnasiallehrerin aus Aachen bekleidete dieses Amt schon einmal von 1997 bis 2001. Zwischen 1987 und 2007 arbeitete sie als Logopädin am Universitätsklinikum Aachen. Seit 2008 ist sie Dozentin an der Gesundheitsakademie Düsseldorf. Neue dbl-Vizepräsidentin ist Dagmar Karrasch. Der dbl vertritt nach eigenen Angaben die Interessen von 12.000 selbstständigen und angestellten Logopäden.



**+++ CHRISTIAN ZAHN**, 66, alternierender Verwaltungsratsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes versichertenseits und Vorsitzender des Ersatzkassenverbandes vdek, ist neuer Präsident der Association Internationale de la Mutualité (AIM), der europäischen Dachorganisation der Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit und der Krankenversicherungen in Europa und der Welt. Ziel der AIM ist es, durch eine solidarische und gemeinnützige Krankenversicherung Gesundheitsschutz für 200 Millionen Menschen weltweit und 160 Millionen Menschen in Europa zu gewährleisten. Die AIM hat 59 Mitglieder in 27 Ländern.



**+++ RAINHARDT FREIHERR VON LEOPRECHTING**, 64 (links), und **MANFRED WIRSCH**, 55, haben den Vorstandsvorsitz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) übernommen. Der promovierte Jurist Rainhardt von Leoprechting vertritt die Arbeitgeber in der paritätischen Selbstverwaltung der DGUV und Manfred Wirsch die Versicherten. Hauptberuflich war Dr. von Leoprechting viele Jahre im Handel tätig, unter anderem bei der Metro AG. Manfred Wirsch arbeitet hauptberuflich als Fachkraft für Arbeitssicherheit bei ArcelorMittal Distribution.





# Klinik-Management



Jürgen Klauber, Christian Günster,  
Bettina Gerste, Bernt-Peter Robra,  
Norbert Schmacke (Hrsg.)

## Versorgungs-Report 2013/2014

### Depression

2014. 346 Seiten, 50 Abb., 78 Tab., kart.,  
mit Online-Zugang  
€ 54,99 (D) / € 56,60 (A)  
ISBN 978-3-7945-2929-2

#### • **Schwerpunktthema:**

Besonders relevant für die Gesundheitsversorgung

#### • **Versorgungs-Monitoring:**

Analysen zu häufigen Krankheiten und Therapien

#### • **Statistikteil:**

Nützliche und exklusive Daten als Diskussionsgrundlage

#### • **Internetportal:**

Umfangreiche Materialien auf [www.versorgungs-report-online.de](http://www.versorgungs-report-online.de) zum Herunterladen

### Gesundheitsversorgung auf den Punkt gebracht

Der Versorgungs-Report 2013 widmet sich schwerpunktmäßig der Depression. Es ist die häufigste psychische Erkrankung, für die in jüngster Zeit oft das alarmierende Bild einer neuen Volkskrankheit gezeichnet wird. Das Buch beleuchtet dieses Krankheitsbild aus unterschiedlichen Perspektiven und liefert neue Erkenntnisse zu folgenden Punkten:

- Krankheitshäufigkeit, Versorgung mit Leistungen und Krankheitskosten
- Forschungsstand zum Thema Diagnose, Therapie und möglicher Angebote im Bereich Versorgung und Prävention
- Diskussion innovativer Versorgungsansätze
- Depression in der hausärztlichen Praxis
- Arzneimitteltherapie

Des Weiteren analysieren namhafte Experten aus Medizin und Versorgungsforschung im neuen „Versorgungs-Monitoring“ jährlich wiederkehrend die Gesundheitsleistungen und die Versorgungsqualitäten folgender Krankheiten und Therapien:

- Diabetes mellitus und Fußamputationen
- Herzinsuffizienz mit Blick auf Pharmakotherapie und hausärztliche Versorgung
- Muskuloskeletale Erkrankungen und Entwicklung von Operationshäufigkeiten in der Wirbelsäulenchirurgie
- Arzneimitteltherapie bei Älteren und Polypharmazie
- Herzkatheteruntersuchungen und Komplikationen



Jürgen Klauber, Max Geraedts,  
Jörg Friedrich, Jürgen Wasem (Hrsg.)

## Krankenhaus-Report 2015

### Strukturwandel

2014. Ca. 528 Seiten, 80 Abb., 60 Tab., kart.,  
mit Online-Zugang zum Internetportal:  
[www.krankenhaus-report-online.de](http://www.krankenhaus-report-online.de)  
Ca. € 54,99 (D) / € 56,60 (A)  
ISBN 978-3-7945-3091-5

#### Bestellen Sie jetzt:

E-Mail: [order@schattauer-shop.de](mailto:order@schattauer-shop.de)

Fax: 0711 22987-85

Tel.: 0711 22987-69

[www.schattauer-shop.de](http://www.schattauer-shop.de)

Schattauer GmbH  
Buch-Shop  
Postfach 10 45 43  
70040 Stuttgart • Deutschland

- ✓ 14 Tage Rückgaberecht
- ✓ Bezahlung gegen Rechnung
- ✓ Portofreie Lieferung innerhalb Deutschlands

Geschäftsführer: Dieter Bergemann, Dipl.-Psych. Dr. med.  
Wulf Bertram, Jan Haaf, Registergericht Stuttgart HRB 3357

## GESUNDHEITSPREIS Zusammenarbeit in Kliniken im Fokus

Innovative Diagnostik und Therapie, neue technische Möglichkeiten, mehr ältere und mehrfach erkrankte Patienten: Deutschlands Kliniken stehen vor großen Herausforderungen, aus denen sich auch veränderte Anforderungen an die Kooperation unterschiedlicher Berufsgruppen ergeben. „Zusammenspiel als Chance – Interprofessionelle Teams im Krankenhaus“ lautet daher das Thema des „Berliner Gesundheitspreises 2015“. Mit dem mit 50.000 Euro dotierten Preis wollen AOK-Bundesverband, Ärztekammer Berlin und AOK Nordost Ansätze fördern, mit denen der Klinikalltag im Interesse von Patienten und Beschäftigten besser organisiert werden kann. Gesucht werden Beispiele, die Antworten auf die Herausforderungen der stationären Patientenversorgung geben



Teamarbeit: Im Krankenhaus entscheidet auch die enge Kooperation von Ärzten und Pflegekräften über das Patientenwohl.

und als Blaupause für andere Einrichtungen dienen können. Eine hochrangig besetzte Jury wählt die Preisträger aus. Einsendeschluss ist der 30. November 2014. ■

**MEHR INFOS:**  
[www.berliner-gesundheitspreis.de](http://www.berliner-gesundheitspreis.de)

## ÄRZTEAUSBILDUNG Telemedizin im Studium kein Thema

Obwohl die Telemedizin im deutschen Gesundheitswesen künftig eine stärkere Rolle spielen soll, kennen sich die meisten angehenden Ärzte kaum mit dem Thema aus.

Zu diesem Ergebnis kommt eine aktuelle Studie der Universität Bielefeld, bei der insgesamt 524 Studierende der Humanmedizin zu ihren Einstellungen zur Telemedizin befragt wurden. Vier Fünftel der befragten Medizinstudierenden geben an, dass sie sich im Rahmen ihres Studiums gar nicht oder nur unzureichend über Telemedizin informiert fühlen. „Telemedizin kann sich nur dann durchsetzen, wenn die Ärzte die Behandlungsmöglichkeiten, die Diagnose- und Therapieeffizienz, die die Telemedizin ermöglicht, positiv einschätzen“, kommentierte Christoph Dockweiler von der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld die Studie. Die Fakultät begleitet die Entwicklung telemedizinischer Systeme vor allem mit Blick auf deren Bedarfsgerechtigkeit und Akzeptanz der. Telemedizin sei für viele angehende Ärzte noch immer eine „Black-Box“. ■

## SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH

### „Bundesweite Qualitätsstandards in Krankenhäusern“

Qualität soll im Klinik-Sektor künftig eine größere Rolle spielen, so die übereinstimmende Meinung in der Politik. Dazu Fragen an **Rainer Knerler**, alternierender Verwaltungsratsvorsitzender der AOK Nordost.



**G+G:** Herr Knerler, Patienten wünschen sich, bestmöglich im Krankenhaus behandelt zu werden. Auswertungen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) zeigen aber, dass die Behandlungserfolge einzelner Krankenhäuser stark variieren.

**KNERLER:** Dass es Unterschiede in der Qualität gibt, die sich etwa in der Zahl der Komplikationen nach planbaren Operationen widerspiegeln, ist ein offenes Geheimnis. Die WIdO-Auswertung bestätigt, dass in einigen Kliniken besonders wenige Komplikationen auftreten, in anderen auffallend viele. Es zeigt sich immer wieder: Je häufiger Kliniken bestimmte Eingriffe vornehmen, desto besser ist deren Qualität.

**G+G:** Welche Konsequenzen sollten gezogen werden?

**KNERLER:** Wir wollen Patienten vor schlechter Qualität schützen. Deshalb müssen wir bei jeder Klinik mit hohen Komplikationsraten hinterfragen, ob sie bestimmte Operationen überhaupt anbieten

sollte. Insbesondere für komplizierte, planbare Eingriffe brauchen wir Kliniken, die sich mit Qualität und Erfahrung am Markt behaupten und nicht mit vielen für sie lukrativen Behandlungsangeboten.

**G+G:** Welche Forderungen leiten Sie daraus für die Klinik-Reform ab?

**KNERLER:** Es bedarf in Zukunft bundesweit festgelegter, verpflichtender Qualitätsstandards für die Kliniken und bei deren Nichteinhaltung Konsequenzen bis hin zum Entzug des Versorgungsauftrages. Auch wenn wir Kliniken besonders in der Fläche für den ambulanten Bereich künftig dringend brauchen, ist die Konzentration auf spezialisierte Standorte bei komplizierten und schweren Erkrankungen dringend geboten. Die Länder müssen dies in ihrer Krankenhausplanung wieder stärker berücksichtigen. Damit die Versorgung auf dem hohen Standard gehalten werden kann, müssen die Länder endlich ihren Investitionsverpflichtungen für den Klinik-Sektor nachkommen.

## Kreativität statt Zentralismus

Alle Jahre wieder warten die Gesundheitsweisen mit zahlreichen Reformvorschlägen auf. Diesmal machen sie sich für einen Honorarzuschlag stark, der junge Mediziner aufs Land ziehen soll. Zu Ende gedacht sei das Ganze aber nicht, wendet **Helmut Laschet** ein.



### ALS UNWIRKSAM UND NICHT AUSREICHEND DOSIERT

hat der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen das Anfang 2013 in Kraft getretene Versorgungsgesetz und seine Umsetzung durch die Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen bewertet. Die Gesundheitsweisen empfehlen der Politik weitaus stringenter Instrumente – insbesondere zur Steuerung der Niederlassung von Ärzten und deren fachlicher Struktur.

Die Fakten, die der Sachverständigenrat – vor allem in der Langfassung seines Gutachtens – als Begründung darlegt, sind beeindruckend. Jährlich fehlten etwa 2.000 Hausärzte, rechnen die Gesundheitsweisen vor. Und das Stadt-Land-Versorgungsgefälle verschärft sich weiter.

Um wirksam Abhilfe zu schaffen, empfiehlt der Rat ein verbindliches Anreizprogramm: einen Aufschlag von 50 Prozent für alle ärztlichen Grundleistungen in Planungsbezirken, die von Unterversorgung bedroht sind. Die Grenze soll bei 75 Prozent für die Hausärzte und bei 90 Prozent bei den Fachärzten liegen. Der Aufschlag soll mindestens für zehn Jahre auch schon niedergelassenen Ärzten garantiert sein. Lediglich sich neu niederlassende Ärzte erhalten keinen Aufschlag, wenn die Versorgungsgrade von 75 beziehungsweise 90 Prozent überschritten werden. Die Finanzierung erfolgt aus der Gesamtvergütung aller Ärzte.

Naturgemäß stößt dies auf Kritik bei den Ärzten selbst, weil sie dieses Incentivierungs-Programm selbst finanzieren sollen. Aber auch das Konstrukt ist fragwürdig. Die Tatsache, dass schon in unterversorgten Regionen tätige Ärzte – meist sind dies große Versorgerpraxen mit hohen Umsätzen wie etwa in allen neuen Bundesländern – eine zusätzliche Vergütung erhalten, ändert gar nichts am Versorgungsgrad. Entscheidend kommt es auf neue Niederlassungen oder vermehrte Anstellungen an. Gerade für diese Ärzte soll aber der Zuschlag entfallen, wenn eine drohende Unterversorgung nicht mehr gegeben ist. Da wird sich jeder junge Arzt dreimal überlegen, ob er wirklich aufs ungeliebte platte Land geht oder nicht.

Ordnungspolitisch fragwürdig ist auch der zentralistische Ansatz des Modells. Er schlägt von Flensburg bis Garmisch-Partenkirchen alles über einen Leisten. Dabei zeigen die Sachverständigen im letzten Kapitel ihres Gutachtens etliche regionale Initiativen, die darauf ausgerichtet sind, quantitative und qualitative Versorgungsmängel zu bewältigen. In einem dezentral organisierten Gesundheitswesen scheint dies der erfolgversprechendere Weg zu sein. ■

**Helmut Laschet** ist Leiter des Hauptstadtbüros der „Ärzte Zeitung“ aus Neu-Isenburg.

### VERGÜTUNG

## Ohne Evaluation kein Pay for Performance

Der Verband der Christlichen Krankenhäuser in Deutschland (CKiD) hat vor einer unkritischen Anwendung von Pay for Performance (P4P) gewarnt – Modelle also, bei denen sich die Bezahlung von Ärzten und Kliniken nach der Qualität der Leistungen richtet. Wer eine Steuerung der Qualität mit P4P in Erwägung ziehe, müsse zunächst einmal prüfen, ob ein solches Vorgehen auch erfolgversprechend sei, betonten die Teilnehmer der zweiten CKiD-Jahrestagung in Essen. Auswirkungen von P4P-Ansätzen im stationären Bereich seien daher wissenschaftlich zu untersuchen, um Folgewirkungen abschätzen zu können. Eine generelle Verknüpfung von Qualität und Vergütungsabschlüssen lehnten die Christlichen Häuser ab. Unter dem Dach der CKiD sind der Evangelische und der Katholische Krankenhausverband vereint, die eigenen Angaben zufolge zusammen rund 640 Kliniken repräsentieren. ■

### TÜRKEI

## Werbeverbot für Schnaps & Co.

In der Türkei darf nicht mehr für Alkohol geworben werden. Ladenbesitzer, Restaurants, Kneipen oder Supermärkte müssen jegliche Werbung für Schnaps, Bier und andere alkoholische Getränke entfernen. Alkohol-Produzenten dürfen ferner nicht mehr als Sponsoren werben, das Logo ihrer Marken darf nicht zu sehen sein. Bei wiederholten Verstößen gegen das Verbot drohen bis zu einer halben Million Türkische Lira

Strafe – das sind umgerechnet knapp 175.000 Euro. Bereits seit September 2013 dürfen Geschäfte zwischen zehn Uhr abends und sechs Uhr morgens keinen Alkohol mehr verkaufen. In Restaurants, Kneipen und Bars kann allerdings weiterhin jeder trinken, wann und was er will. Die islamisch-konservative AKP-Regierung führte als Grund für das Gesetz den Schutz der „Volksgesundheit“ an. ■

### GESUNDHEITSFÖRDERUNG

## Betriebe halten ihre Leute fit

Immer mehr Unternehmen in Deutschland, Österreich und der Schweiz bieten Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) an, wie aus einer Umfrage der Gesundheits- und Lifestyle-Navigationsplattform „dacadoo“ hervorgeht. „dacadoo“ fragte bei den Unternehmen telefonisch nach, ob und wenn ja welche BGF-Angebote sie haben. 40 Prozent gaben an, dass sie ein Betriebliches Gesundheitsmanagement installiert haben. 33 Prozent bestätigten, dass es einzelne Programme zur Gesundheitsförderung gibt. 25 Prozent der befragten Betriebe halten auch Online-Angebote vor. „dacadoo“ entwickelt mobile, webbasierte Lösungen, mit denen sich der eigene Gesundheitszustand nachverfolgen lässt. Mit der AOK Nordost hat das Unternehmen das app-basierte Programm „AOK mobil vital“ entwickelt: Versicherte haben ein Jahr lang kostenfreien Zugang zur dacadoo-Fitness- und Gesundheitsplattform, wo sie sportliche Aktivitäten, aber auch Veränderungen im Lebensstil und deren Einfluss auf die eigene Gesundheit aufzeichnen und nachverfolgen können. ■

# Reformbaustelle Gesundheit

Die politische Sommerpause ist zu Ende. Höchste Zeit, um ausstehende Struktur-reformen im Gesundheitswesen anzugehen, findet der AOK-Bundesverband. Richtschnur bei all dem müsse der Patientennutzen sein. **Von Thomas Hommel**

**Baustellen gehören zu Berlin** wie die berühmten Currywurst-Buden. Im Stadtbezirk Mitte etwa ist derzeit die Fertigstellung der „Kanzler-U-Bahn“ zu bestaunen. Zuletzt musste dafür sogar die Spree verlegt werden. In schöner Regelmäßigkeit repariert auch die S-Bahn marode Gleise und kaputte Bahnhöfe. Die Bauarbeiten am Flughafen Berlin-Brandenburg dauern ebenfalls an. Ende offen.

**Reformen anpacken.** Neben solchen Projekten beschäftigen die Bundeshauptstadt natürlich auch politische Baustellen. Und aus Sicht der AOK tun sich da mit Blick auf das Gesundheitswesen gleich eine ganze Reihe von Dingen auf, die anzupacken sind. Eine der dringlichsten Aufgaben beschrieb der Geschäftsführende Vorstand des AOK-Bundesverbandes, Uwe Deh, beim Presse-seminar des Verbandes Anfang September in Potsdam anhand zweier Fragen: „Wie bringen wir gute Neuerungen in der Medizin möglichst schnell in die Versorgung ein, so dass die gesetzlich Versicherten davon profitieren? Und wie verhindern wir Neuerungen, die den Patienten nicht nutzen oder gar schaden?“ Hier gebe es keine einheitlichen, sektorenübergreifenden Regelungen. „Eine Baustelle, der sich die Politik dringend widmen sollte.“

**Sicher und wirksam muss es sein.** Dass längst nicht alles auf Sicherheit und Nutzen überprüft sei, was im Gesundheitswesen zu haben ist, zeige das Beispiel der Medizinprodukte, so Deh. „Wenn ein Patient einen Hüftgelenkersatz oder einen implantierbaren Defibrillator benötigt, erwartet er, dass diese Produkte in aussagefähigen Studien geprüft wurden. Das aber ist bisher nicht der Fall.“ Klinische Studien für solche Produkte würden zwar gefordert, ließen sich von

den Herstellern aber stets unter Bezug auf Daten zu ähnlichen Produkten umgehen. Und wenn Studien gemacht würden, dann handele es sich meist um nichts-

**Medizinprodukte, die nichts taugen oder sogar schaden, dürfen nicht zugelassen werden.**

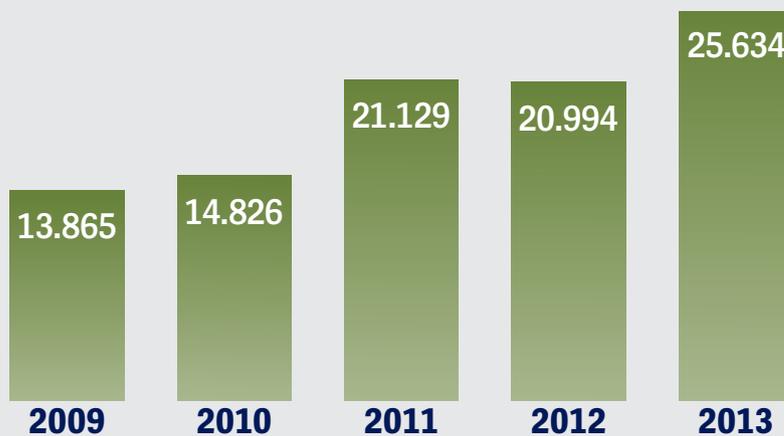
sagende Fallserien, die keinen Vergleich zur Standardtherapie zuließen. Hoffnungen, dass die Europäische Union für mehr Patientensicherheit bei Hochrisiko-

Medizinprodukten Sorge, hätten sich zerstreut. Viele gute Ansätze im Europäischen Parlament seien auf Druck der Industrie fallen gelassen worden. Mit Blick auf die Medizinprodukte-Verordnung der EU herrsche daher Stillstand – obwohl es Handlungsbedarf gebe. Für die AOK heißt das konkret: „Es sollten nur die Hochrisiko-Medizinprodukte für die Patientenversorgung zugelassen sein, deren Nutzen und Risiko in wissenschaftlichen Studien überprüft sind.“

**Innovationen zunächst erproben.** Kaum nachzuvollziehen sei auch die Tatsache, dass die Krankenkassen dazu verpflichtet seien, unausgereifte Behandlungsmethoden im Krankenhaus zu bezahlen, sagte

## Neue Verfahren haben Konjunktur

Anfragen von Kliniken zur Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden:



Alles neu, alles gut? Die Zahl der Einzelanfragen von Kliniken nach Vergütung neuer Untersuchungen und Behandlungen beim Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) hat sich in den vergangenen fünf Jahren nahezu verdoppelt. Die Kassen sind verpflichtet, alle Neuerungen zu bezahlen – selbst dann, wenn deren Nutzen wissenschaftlich nicht belegt ist. Laut AOK-Bundesverband besteht eine der drängenden Aufgaben daher darin, vermeintliche Innovationen auf ihren tatsächlichen Patientennutzen zu überprüfen. *Quelle: InEK; Grafik: AOK-Bundesverband*

Deh und verwies auf das Fünfte Sozialgesetzbuch. Dort ist festgelegt, dass AOK & Co. im stationären Bereich für alle Leistungen aufkommen müssen, die nicht ausdrücklich vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen sind. Heißt im Klartext: Ein Nutznachweis ist für die Vergütung neuer Leistungen – anders als im ambulanten Sektor – im stationären Bereich nicht nötig.

Das aber mache aus Sicht des Patientenschutzes wenig Sinn, unterstrich Deh. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, für die keine wissenschaftliche Evidenz vorliege, sollten in spezialisierten Zentren unter kontrollierten Bedingungen erprobt und erst danach in die Fläche gebracht werden. „Nur so lässt sich vermeiden, dass unsinnige, nutzlose oder gar schädliche Innovationen in den Leistungskatalog aufgenommen werden und Patienten gefährden.“ Dass Handlungsbedarf bestehe, zeige die steigende Zahl von Anfragen zur Vergütung neuer Behandlungen (siehe auch Abbildung „Neue Verfahren haben Konjunktur“ auf Seite 14).

**Mehr Anreize zur Spezialisierung.** Überhaupt gehöre der Krankenhausbereich zu den politischen Großbaustellen, unterstrich Deh. Die Probleme dort seien seit Langem bekannt: „Dennoch ist es bislang nicht möglich, schlechte Krankenhausleistungen auszusortieren.“ Zudem gebe es für die Häuser zu wenig Anreize für Spezialisierung und Zentrenbildung, obwohl nachgewiesen sei, dass die Qualität einer bestimmten Behandlung umso besser sei, je öfter eine Klinik sie erbringe. Immerhin hätten Bund und Länder beim Thema Krankenhaus „den Spaten in die Hand genommen“. Konkrete Ergebnisse lägen indes noch nicht auf dem Verhandeltisch.

Die AOK habe ihre Forderungen zur Reformbaustelle Krankenhaus in einem Arbeitspapier dargelegt (siehe Bericht auf Seite 17). Die zentrale Aussage in dem Papier lautet: Die 2.000 Krankenhäuser brauchen eine aktive Krankenhausplanung, die sich zuerst am Bedarf der Patienten ausrichtet und nach bundesweit festgelegten Qualitätsstandards erfolgt. Deh: „Wichtig ist, dass die Koalition die Krankenhausreform jetzt endlich anpackt und nicht auf die lange Bank schiebt.“



Wie auf der Autobahn: Bund und Länder haben beim Thema Krankenhaus den Spaten in die Hand genommen.

**Bezahlbar muss es bleiben.** Eine andere Baustelle besteht für den AOK-Bundesverband darin, Qualität und Innovation im Gesundheitswesen bezahlbar zu halten. Das gelte etwa für den Arzneimittelbereich, so Deh. Am Beispiel des kürzlich auf den Markt gebrachten Hepatitis-Präparates Sovaldi lasse sich beobachten,

**Bei Prävention alle ins Boot holen.** Quasi als Dauerbaustelle wandert derzeit das Präventionsgesetz umher. Drei Bundesregierungen hätten sich daran abgearbeitet, konstatierten die beiden Aufsichtsratsvorsitzenden des AOK-Bundesverbandes, Dr. Volker Hansen und Fritz Schösser. Ende dieses Jahres soll ein weiterer Kabinettsentwurf für ein Präventionsgesetz vorliegen. „Wichtig dabei ist: Alle gehören ins Boot. Bund, Länder und Gemeinden dürfen sich ihrer finanziellen Verantwortung für die Prävention nicht einfach entziehen“, sagte Hansen.

Als Gesundheitskasse lege die AOK von Natur aus großen Wert auf Prävention, unterstrich Schösser. „Wir sind hier Klassenprimus.“ Entscheidend sei die Frage nach dem Nutzen der Angebote für die Versicherten. „Einfach mehr Geld für Prävention zu fordern, ohne zu sagen, wie dadurch mehr Qualität geschaffen wird, halte ich für problematisch.“

In jedem Fall sei es dem Versicherten zu überlassen, ob er ein Präventionsangebot wahrnehme oder nicht, sagte Hansen. Die Kassen wiederum müssten sich Gedanken machen, wie sie gezielt die Menschen zu mehr Prävention motivieren könnten, die solchen Angeboten eher desinteressiert gegenüberstehen, obwohl sie einen ungesunden Lebensstil pflegen. „Hier sind neue Wege zu beschreiten.“ ■

## Die Qualität einer Behandlung ist umso besser, je öfter eine Klinik sie erbringt.

wie Pharmafirmen das im Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) vorgesehene erste Jahr der freien Preisbildung nutzten, um auf Kosten der Versicherten möglichst hohe Gewinne zu erzielen. Sovaldi kommt bei Hepatitis C zum Einsatz. Eine Tablette kostet über 700 Euro, die Packung mit 28 Tabletten rund 20.000 Euro. Der Gesetzgeber müsse die bestehende Regelungslücke im AMNOG schließen, damit die Kosten nicht aus dem Ruder liefen, sagte Deh. Nötig sei ein Erstattungspreis bereits ab dem ersten Tag des Markteintritts eines neuen Medikaments.



© Reuters, \*10€ zzgl. Kosten einer normalen SMS: 9183€ gehen direkt an ADH.

# Nothilfe Nordirak Jetzt spenden!

1,2 Mio. Menschen flüchten im Irak vor der Terrormiliz Islamischer Staat (IS). Trotz der prekären Sicherheitslage sind unsere Hilfsorganisationen vor Ort, um den Flüchtlingen Nothilfe zu leisten. Mit Nahrungsmitteln, Trinkwasser und medizinischer Hilfe.

**Bitte helfen auch Sie - mit Ihrer Spende!**



Spendenkonto (IBAN): DE62 3702 0500 0000 1020 30

Stichwort: Nordirak. Charity-SMS: Senden Sie ADH10 an die 8 11 90 (10€\*)

Förderer werden unter: [www.Aktion-Deutschland-Hilft.de](http://www.Aktion-Deutschland-Hilft.de)



# Strukturumbau mit großem Q

Die Kliniken sind neben der Pflege das gesundheitspolitische Megathema dieser Legislaturperiode. Bund und Länder wollen bis zum Dezember Reformvorschläge vorlegen. Die AOK schaltet sich nun mit einem Arbeitspapier in die Diskussion ein. **Von Ines Körver**

**Die Steigerungsraten** vieler Operationstypen sind in Deutschland im Vergleich zu anderen OECD-Staaten überdurchschnittlich. Das hat erst kürzlich die als Schreyögg-Gutachten bekannt gewordene Expertise zur Mengenentwicklung in den Krankenhäusern bekräftigt. Man sollte also meinen, den Krankenhäusern ginge es prächtig. Doch das ist nicht der Fall: Rund die Hälfte der etwa 2.000 deutschen Kliniken steckt in den Miesen, obwohl die gesetzlichen Krankenkassen 2014 wohl rund 67 Milliarden Euro für Klinikbehandlungen ausgeben werden.

Wenn volle Auftragsbücher auf rote Zahlen treffen, ist klar: Hier stimmt etwas nicht. „An der Art der Vergütung liegt es nicht. Das 2004 verbindlich eingeführte Fallpauschalsystem ist modern und flexibel. Das Problem ist vielmehr: Wir brauchen eine Strukturreform mit großem Q, also mehr Qualitätsorientierung“, weiß Uwe Deh, Geschäftsführer der Vorstand des AOK-Bundesverbandes.

**AOK-Papier nennt Gründe.** Die AOKs und der AOK-Bundesverband haben die Lage in einem Arbeitspapier analysiert. Sie halten das Fortschreiben historisch gewachsener Überkapazitäten, eine faktisch nicht abgestufte Angebotsvielfalt und eine regionale Wirtschaftsförderung, die hinter der Entwicklung einer modernen medizinischen Versorgungsstruktur zurücksteht, für mitverantwortlich für die Situation.

Ein weiterer Grund, warum die Probleme inzwischen so offen zu Tage treten, ist aus Sicht der AOK die duale Finanzierung. In deren Rahmen haben die Krankenkassen die laufenden Ausgaben, die Bundesländer jedoch die Investitionskosten zu übernehmen. „Viele Länder kommen ihrer Aufgabe zunehmend weniger nach. Das führt dazu, dass viele

Kliniken unter anderem durch hohe OP-Zahlen versuchen, an Geld zu kommen“, diagnostiziert Dr. Helmut Platzer, Vorstandsvorsitzender der AOK Bayern.

**Bundeseinheitliche Qualitätsstandards.** In ihrem Arbeitspapier plädieren AOKs und AOK-Bundesverband nun für einen Strukturumbau. „Dieser muss über die Krankenhausplanung, genauer über Kriterien für Struktur- und Prozessqualität

**Für die Klinikreform ist ein Strukturfonds nötig, der auf zehn Jahre angelegt ist.**

geschehen“, fasst Platzer die Haltung der AOKs zusammen. Ziel müsse es sein, die Krankenhauslandschaft am Bedarf der Patienten auszurichten. „Wir sind für bundesweit festgelegte Qualitätsstandards, deren Einhaltung ohne spezielle Beauftragung regelmäßig überprüft wird. Kliniken, die die entsprechenden Kriterien nicht erfüllen, dürfen dann die damit verbundenen Leistungen nicht mehr erbringen“, erklärt Uwe Deh und richtet sich damit explizit gegen die im Koalitionsvertrag angedachten Zu- und Abschläge für Qualität.

**Abgestufte Angebotsstruktur.** Das Gesundheitssystem müsse auch den Mut zu einer abgestuften Angebotsstruktur haben, so Deh weiter. Im Klartext: Ziel soll nicht mehr sein, dass jedes Krankenhaus ein möglichst breites Spektrum an Leistungen anbietet, sondern dass es neben einer flächendeckenden Akutversorgung spezialisierte Kliniken für planbare Ein-

griffe gibt. „Der Umbau kann nicht von heute auf morgen stattfinden. Er muss über einen auf zehn Jahre angelegten Strukturfonds – also mit Augenmaß statt Gießkannenprinzip – geregelt werden. Für jedes einzelne Krankenhaus sind dabei Ziele und Aufgaben zu definieren“, resümiert Deh das Arbeitspapier. Darin schlägt die Gesundheitskasse vor, die Bedarfsplanung solle künftig Standards für die personelle Besetzung von Kliniken, Mindestvoraussetzungen für bestimmte Leistungen, Mindestmengen bei erwiesenem Zusammenhang mit der Behandlungsqualität und Grundregeln für die Zusammenarbeit mit anderen Versorgungsbereichen, etwa bei der ambulanten Weiterbehandlung, enthalten. Die AOK plädiert zudem dafür, die derzeit drei Säulen der Notfallversorgung, also ambulante Notfallversorgung, Rettungsdienst und Notaufnahme der Krankenhäuser, zusammenzuführen.

Ein wichtiges Problem sieht die AOK auch darin, dass sich in den vergangenen Jahren die Preisbildung von den regionalen Gegebenheiten gelöst hat. Der Versorgungsbedarf, die Strukturen, Konzepte, Kooperationen und Verträge – all dies sei aber regional, deswegen müssten auch die Preise regional sein. „Um die Finanzierung zu stabilisieren, muss der Landesbasisfallwert zum Preisanker werden. Bundesweite Preise wären da kontraproduktiv“, ist Deh überzeugt. ■

**Ines Körver** ist Redakteurin im KomPart-Verlag.

## Lese- und Webtipps

Das AOK-Arbeitspapier zur Krankenhausreform liegt dieser Ausgabe bei und ist auf der Internetseite des AOK-Bundesverbandes eingestellt. Kostenloser Download unter [www.reform-aktuell.de](http://www.reform-aktuell.de)

# Aufschlag für eine Psychiatrie-Reform

Ambulant vor stationär – diesem Grundsatz will der Gesetzgeber in der Psychiatrie mehr Geltung verschaffen. In aktuell zwölf Modellvorhaben erproben Krankenkassen, Kliniken und Ärzte sektorenübergreifende Behandlungskonzepte. **Patrick Garre** zieht eine Zwischenbilanz.

**Akutkrankenhaus, Tagesklinik,** ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung, Soziotherapie – das Spektrum der Behandlungsmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen ist groß. Allerdings sind diese Angebote noch nicht ausreichend aufeinander abgestimmt. Insbesondere Patienten mit schwerwiegenden, chronischen seelischen Erkrankungen landen deshalb immer wieder zur stationären Behandlung in der Klinik. Das Psychiatrie-Entgeltgesetz stellte Mitte 2012 mit Paragraph 64b Sozialgesetzbuch (SGB) V die Weichen für Modellvorhaben zur Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker. Zu den Herausforderungen in der Psychiatrie gehören die häufig lange Betreuungsdauer, wiederholte Arztkontakte und die Vielzahl der beteiligten Therapeuten und Einrichtungen. Auf Basis von Paragraph 64b können Krankenkassen, Kliniken und Ärzte Konzepte zur Verbesserung der sektorenübergreifenden psychiatrischen Versorgung etablieren und fördern.

**AOK beteiligt sich an elf Modellen.** Inzwischen haben die Vertragspartner zwölf Modelle nach Paragraph 64b SGB V vereinbart und setzen sie um (*siehe Tabelle „Wo Psychiatrie-Modellvorhaben laufen“*). Ziel ist mindestens ein Modellprojekt in jedem Bundesland. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie soll dabei besonders berücksichtigt werden. Bisher ist das Modellprojekt in Zwickau das einzige Vorhaben, das diesen Bereich einbezieht. Weitere sollen folgen. Die AOK beteiligt sich derzeit an elf Modellvorhaben oder setzt sie in Eigenregie um. Alle Modelle in Schleswig-Holstein sowie das Projekt in Nordhausen basieren auf älterer Gesetzgebung (Paragraph 24 Bundespflegegesetzverordnung a. F., Modellvorhaben zur Entwicklung pauschalierter Vergütun-



In der Psychiatrie am Klinikum Hanau ersetzen ambulante Akutteams bis Herbst 2014 insgesamt 40 Klinikbetten.

gen) und laufen bereits seit mehreren Jahren – die Verträge sind umgewandelt worden. Das Modellprojekt in Hanau wie das Modell in Rüdersdorf beruhen auf einem Vertrag zur Integrierten Versorgung nach Paragraph 140 SGB V. Das Hanauer Modell wurde mit der Umstellung auf die neue Rechtsgrundlage des Paragraphen 64b SGB V auf fast die gesamte gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ausgeweitet. Der Gesetzgeber sieht ausdrücklich vor, dass sich auch die private Krankenversicherung an der Umsetzung und Finanzierung von Modellen beteiligt. Bisher ist sie nur in Hamm mit im Boot. Kassen, Kliniken und Ärzte verhandeln bundesweit aktuell über mindestens zehn weitere Modellvorhaben, die keine Vorläufer haben. An vielen dieser Sondierungsgespräche oder Vertragsverhandlungen nimmt die AOK teil.

**Gleiche Abrechnung für alle.** Sämtliche Modelle haben die gleiche Grundstruktur: Den Kern bildet jeweils ein psychiatrisches Krankenhaus mit angeschlossener Tagesklinik und/oder einer psychiatrischen Institutsambulanz (multiprofessionelles ambulantes Behandlungsangebot, angebunden an Fachkliniken oder -abteilungen). In der Behandlung gilt der Grundsatz ambulant vor stationär. Das Budget ist in der Regel kassenartenübergreifend ausgestaltet. In den meisten Modellen ist fast die gesamte GKV Vertragspartner. Die beteiligten Einrichtungen können die Projekte so besser handhaben, denn sie müssen bei der Behandlung und Vergütung nicht zwischen den Versicherten einzelner Kassen unterscheiden. Wenn die Projekte angelaufen sind, sollen dort mehr als 20.000 Patienten behandelt werden. Neun der zwölf Modellvorhaben schöpfen die gesetzlich vorgegebene Laufzeit von acht Jahren aus.

**Im gewohnten Umfeld bleiben.** In den Zielen unterscheiden sich die einzelnen Modellvorhaben kaum voneinander. Primär gilt es, die Versorgungsqualität der psychiatrisch behandelten Patienten durch verstärkte Nutzung sektorenübergreifender Ansätze zu verbessern. Die Vertragspartner streben eine ganzheitliche, am Patienten orientierte Versorgung an. Dafür steuern sie die vollstationär behandelten Patienten in die erweiterten teilstationären und ambulanten Behandlungsmöglichkeiten um. Der Ansatz erlaubt es, dass der Patient je nach Stand seiner Genesung so intensiv wie nötig behandelt wird. Gleichzeitig kann er so lange wie möglich in seinem gewohnten Umfeld bleiben. Dieses patientenorientierte Konzept sorgt für einen sachgerechten Einsatz der knappen Ressourcen und vermeidet Fehlanreize.

**Vertragspartner nähern sich an.** Wie jede Neuerung haben auch die Psychiatrie-Modelle Anlaufschwierigkeiten – insbesondere, wenn sich viele Kassen über Ziele und Umsetzung einigen müssen. So haben beispielsweise einige Kassen den Umstieg der beteiligten Krankenhäuser auf das pauschalierende Entgeltsystem (PEPP) zur Bedingung für einen Vertrag gemacht. Diese Vorgabe engt die Vielfalt der Finanzierungs- und Abrechnungsmöglichkeiten ein. Das hat mancherorts den Diskussionsbedarf erhöht und die Etablierung neuer Modellprojekte nicht gefördert. Auch die unterschiedliche Rechtsaufsicht der Krankenkassen – Bundesversicherungsamt oder Landesaufsichten – hat die Ausarbeitung von Verträgen teilweise erschwert. Schließlich mussten die Krankenkassen untereinander Vertrauen aufbauen: Sie ziehen bei Verträgen nach Paragraph 64b SGB V an einem

Strang, um die Versorgung psychisch kranker Menschen zu verbessern.

**Strukturen verbinden.** Für eine abschließende Bewertung der Modellprojekte ist es noch zu früh. Erste strukturelle Ergebnisse liegen für die Konzepte vor, die zuvor auf einer anderen Rechtsgrundlage bestanden haben. So konnte zum Beispiel das Klinikum Hanau zwei psychiatrische Stationen mit 40 Betten durch ambulante Akutteams ersetzen – bei gleichbleibender Behandlungsqualität. Ähnliche Ergebnisse liegen für Itzehoe und Geesthacht vor. Die Patienten profitieren allein durch die Vermeidung eines belastenden stationären Aufenthalts im Rahmen eines veränderten Behandlungskonzepts. Interessant ist die Frage, wie sich die medizinische Leistung der Modellvorhaben gegenüber der Regelversorgung entwickelt: Wie und mit welchen Ergebnissen

behandeln die beteiligten Therapeuten und Einrichtungen die Patienten? Wie wirken sich die Modelle auf die Medikamenten-Verordnung, die Arbeitsunfähigkeit oder die Zahl der Behandlungsabbrüche aus? Diese und ähnliche Fragen sind Gegenstand einer wissenschaftlichen Evaluation, mit deren Ergebnissen erst in einigen Jahren zu rechnen ist. Zurzeit sind die Projektpartner vielmehr damit beschäftigt, die Strukturen sektorenübergreifend zu verbinden. Dieser Prozess kann abhängig von der Größe und der Komplexität eines Modells bis zu 15 Monate dauern. Alle Beteiligten sind davon überzeugt, dass die Modelle ihre Überlegenheit unter Beweis stellen werden. ■

**Patrick Garre** ist Referent Stationäre Versorgung/Rehabilitation in der Geschäftsführungseinheit Versorgung des AOK-Bundesverbandes.  
**Kontakt: Patrick.Garre@bv.aok.de**

## Wo Psychiatrie-Modellvorhaben laufen

Ort/Bundesland	Krankenhaus	Vorläufermodell	Laufzeit	AOK-Beteiligung
Hanau/Hessen	Klinikum Hanau gGmbH	Vertrag zur Integrierten Versorgung	acht Jahre (Start am 1.9.2013)	ja
Nordfriesland/Schleswig-Holstein	Fachkliniken Nordfriesland gGmbH	Paragraf 24 Bundespflege-satzverordnung a.F.	acht Jahre (Start am 1.1.2013)	ja
Rendsburg-Eckernförde/Schleswig-Holstein	Imland Krankenhaus Rendsburg-Eckernförde	Paragraf 24 Bundespflege-satzverordnung a.F.	acht Jahre (Start am 1.1.2013)	ja
Herzogtum Lauenburg/Schleswig-Holstein	Johanniter-Krankenhaus Geesthacht/Lauenburg	Paragraf 24 Bundespflege-satzverordnung a.F.	acht Jahre (Start am 1.1.2013)	ja
Steinburg/Schleswig-Holstein	Zweckverband Krankenhaus Itzehoe	Paragraf 24 Bundespflege-satzverordnung a.F.	sieben Jahre (Start am 1.1.2014)	ja
Heide/Schleswig-Holstein	Westküstenklinikum Heide	Paragraf 24 Bundespflege-satzverordnung a.F.	acht Jahre (Start am 1.1.2013)	ja
Hamm/Nordrhein-Westfalen	St. Marien-Hospital Hamm gGmbH	kein Vorläufer	acht Jahre (Start am 1.1.2014)	ja
Zwickau/Sachsen	Heinrich-Braun-Klinikum gGmbH	kein Vorläufer	zunächst vier Jahre (Start am 1.1.2013)	ja
Glauchau/Sachsen	Kreiskrankenhaus Glauchau gGmbH	kein Vorläufer	zunächst vier Jahre (Start am 1.1.2013)	ja
Nordhausen/Thüringen	Südharz Klinikum Nordhausen gGmbH	Paragraf 24 Bundespflege-satzverordnung a.F.	acht Jahre (Start am 1.1.2014)	ja
Lüneburg/Niedersachsen	Psychiatrische Klinik Lüneburg	kein Vorläufer	acht Jahre (Start am 1.1.2014)	ja, als einzige Kasse
Rüdersdorf/Brandenburg	Immanuel Klinik Rüdersdorf	Vertrag zur Integrierten Versorgung	acht Jahre (Start am 1.1.2014)	nein

Im Zentrum der sektorenübergreifenden Versorgungsmodelle nach Paragraph 64b SGB V steht jeweils eine Klinik. Vertragspartner sind die Krankenkassen, darunter – außer in Rüdersdorf – die AOK. Im Rahmen des Modells erhalten Patienten aufeinander abgestimmte voll- und teilstationäre Leistungen sowie Home-Treatment und Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanz.

Quelle: AOK-Bundesverband

# Volldampf bis zur Rente

Ältere Arbeitnehmer werden nicht öfter krank als junge, fehlen allerdings bis zu viermal länger. Wie sich der demografische Wandel in den Betrieben auswirkt, zeigt der Fehlzeiten-Report des Wissenschaftlichen Instituts der AOK. **Von Ralf Breitgoff**

**Bereits heute leiden** viele Branchen unter Fachkräftemangel. Er wird sich weiter verschärfen: Während im Jahr 2013 noch zirka 45 Millionen Menschen ihre Arbeitskraft zur Verfügung stellten, werden es im Jahr 2030 fünf Millionen weniger sein. Die Unternehmen sind daher auch auf ältere Beschäftigte angewiesen. Des-

von Mitarbeitern über 50 verursachten 2013 rund 46 Prozent der Kosten der ausgefallenen Bruttowertschöpfung. Das entspricht einem Verlust der Arbeitsproduktivität von 42,6 Milliarden Euro.

**Anteil über 50-Jähriger steigt.** Seit der deutschen Einheit ist der Anteil der Beschäftigten über 50 Jahre um über ein Drittel auf 31 Prozent gestiegen. „Es ist davon auszugehen, dass der Scheitelpunkt in den Jahren 2022/23 mit knapp 37 Prozent erreicht wird, um dann auf vergleichsweise hohem Niveau zu stagnieren“, sagt Helmut Schröder, Mitherausgeber des Fehlzeiten-Reports und stellvertretender Geschäftsführer des WIdO.

Die Erwerbsbevölkerung wird in Zukunft an ihrem oberen Ende so alt sein wie nie zuvor. Auf der anderen Seite werden jüngere Fachkräfte von den Unternehmen stärker umworben. Um zu verstehen, wie sich jüngere und ältere Beschäftigte im Hinblick auf Arbeitsorientierung und Lebensziele unterscheiden, hat das WIdO die 15- bis 30-Jährigen (Generation Y) und die 50- bis 65-Jährigen (Babyboomer) befragt. „Zwischen der Generation Y und den Babyboomern zeigen sich zwar geringe Unterschiede bei der Bewertung von Lebensbereichen und der Arbeitsorientierung. Aber sie haben ein falsches Bild voneinander“, fasst Schröder die Ergebnisse zusammen. So schätzen beide Altersgruppen einen sicheren Arbeitsplatz und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf als wichtig ein. Als weniger wichtig beurteilen beide Generationen gleichermaßen den Bereich Karriere und Prestige sowie ein hohes Einkommen und die Ausübung eines angesehenen Berufs.

**Demografieberater für Betriebe.** Allerdings überschätzen die Babyboomer vor allem die Bedeutung von flexiblen Ar-

beitszeiten, eines hohen Einkommens und von Aufstiegsmöglichkeiten für die Generation Y. Sie unterschätzen dagegen das Bedürfnis der Jüngeren, einen Beruf auszuüben, in dem sie anderen helfen oder etwas Nützliches tun. Die Jüngeren unterschätzen die Babyboomer in deren Bedürfnis nach einer Arbeit, die Spaß macht, nach Aufstiegsmöglichkeiten, nach Autonomie bei der Arbeit und nach flexiblen Arbeitszeiten.

Laut Schröder könne diese Fehleinschätzung einer Zusammenarbeit der Generationen im Wege stehen. „Altersgemischte Teams und generationengerechtes Führen in den Unternehmen helfen, Vorurteile abzubauen.“ Dies fördere gleichzeitig den dringend nötigen Wissenstransfer zwischen den Generationen. Demografieberater der AOK unterstützen die Betriebe im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Dazu Helmut Schröder: „Für die Betriebe lohnt sich das Engagement, weil sie damit die Produktivität verbessern, ihre Arbeitskräfte an sich binden und so dem Fachkräftemangel vorbeugen.“ ■

**Ralf Breitgoff** ist stellvertretender Chefredakteur Aktuelles und Internet beim KomPart-Verlag.

## Lesetipp

Der Fehlzeiten-Report enthält Daten und Analysen zu den krankheitsbedingten Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft. Er wird vom WIdO in Kooperation mit der Universität Bielefeld und der Beuth Hochschule für Technik Berlin publiziert und erscheint unter dem Dach von Springer Medizin.

Badura/Ducki/Schröder/Klose/Meyer (Hrsg.): **Fehlzeiten-Report 2014, Schwerpunktthema: Erfolgreiche Unternehmen von morgen – gesunde Zukunft heute gestalten**, Berlin 2014



Altersgemischte Teams fördern den Wissenstransfer.

halb sollte die Wirtschaft die Betriebliche Gesundheitsförderung stärker in den Blick nehmen. Das ist eine der Konsequenzen aus dem Fehlzeiten-Report 2014 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). Denn während in der Gruppe der 15- bis 19-Jährigen der Durchschnitt bei knapp fünf Fehltagen pro Fall liegt, steigt er mit zunehmendem Alter stetig an. Ein 60- bis 64-Jähriger kommt auf fast 22 Tage. Grund dafür sind vor allem ein Anstieg der Herz- und Kreislauferkrankungen sowie der Muskel- und Skeletterkrankungen ab dem 50. Lebensjahr. Die gesundheitlichen Belastungen

# Lackmustest bestanden

Weniger Klinikeinweisungen und Arzneiausgaben, mehr Zeit für die Betreuung von chronisch kranken und alten Patienten: Von wissenschaftlicher Seite bekommt der AOK-Hausarztvertrag in Baden-Württemberg sehr gute Noten. Von Hans-Bernhard Henkel-Hoving

**Mit sichtlichem Stolz** hören Dr. Christopher Hermann, Dr. Berthold Dietsche und Dr. Werner Baumgärtner den beiden Hochschullehrern neben ihnen auf dem Podium in Berlin zu. Kein Wunder, bekommen die drei Väter der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) in Baden-Württemberg ein erstklassiges Zeugnis für ihr Vertragswerk von Prof. Dr. Joachim Szecsenyi und Prof. Dr. Ferdinand Gerlach.

Im Auftrag der AOK, des Hausärzteverbandes und von MEDI Baden-Württemberg – den HZV-Vertragspartnern – haben Szecsenyi und Gerlach das seit 2008 bestehende Angebot nun zum zweiten Mal unter die Lupe genommen und mit der herkömmlichen Versorgung verglichen. Dafür konnten die Forscher auf die Routinedaten von knapp 1,2 Millionen AOK-Versicherten zurückgreifen: Daten, die beispielsweise darüber Aufschluss geben, wie oft HZV-Versicherte im Vergleich zu Nicht-HZV-Versicherten ins Krankenhaus mussten und wie häufig ihnen die gut 3.800 beteiligten Hausärzte Medikamente verschrieben haben.

**Intensive Beziehung.** Für 2011 und 2012 konnten Szecsenyi und Gerlach dabei Bemerkenswertes feststellen:

- HZV-Versicherte sind im Schnitt älter und kränker als die Vergleichsgruppe. Kommentar Gerlach: „Es findet keine Rosinenpickerei statt.“
- HZV-Versicherten bleibt die Klinik häufiger erspart als Nicht-HZV-Versicherten. Szecsenyi geht von mehr als 4.500 vermiedenen Einweisungen pro Jahr aus: „Das Ergebnis ist nicht zufällig, es ist die Folge der viel intensiveren Beziehung zwischen HZV-Arzt und Patient.“
- HZV-Patienten haben durchschnittlich pro Jahr drei Hausarztkontakte mehr als andere AOK-Versicherte. Zugleich liegt



Der AOK-Hausarztvertrag (HZV) in Baden-Württemberg rechnet sich: Während im vergangenen Jahr 200 Millionen Euro weniger Honorar an die Kassenärztliche Vereinigung (KV) überwiesen werden musste, kamen weitere Einsparungen in Höhe von gut 100 Millionen Euro durch weniger Klinikeinweisungen und Arzneimittelausgaben sowie den Wegfall von Einzelleistungsvergütungen zustande. Direkt profitiert haben auch die HZV-Versicherten: Sie mussten 22 Millionen Euro weniger an Zuzahlungen leisten.

die Zahl der unkoordinierten Facharztkontakte um mehr als 20 Prozent unter der Standardversorgung, die Menge der verordneten Medikamente ist um ein Drittel geringer. Szecsenyi: „Pro Jahr und Patient macht das über 100 Euro weniger Pharmakotherapiekosten als in der Regelversorgung.“

- HZV-Versicherte nehmen häufiger an Disease-Management-Programmen teil als Nicht-HZV-Versicherte: Rund 74 Prozent aller HZV-Altersdiabetiker machen bei den Programmen mit, aber nur knapp die Hälfte aller Zuckerkranken außerhalb der HZV.
- Ältere HZV-Versicherte bekommen weniger Neuroleptika (Psychopharmaka) und Beruhigungsmittel verschrieben, erhalten aber häufiger eine Gripeschutzimpfung als Nicht-HZV-Versicherte.
- HZV-Versicherte in Baden-Württemberg stürzen seltener als AOK-Versicherte aus der Vergleichsgruppe: Pro Jahr kommt es deshalb zu 250 Hüftgelenksfrakturen weniger.

**Zufriedene Mediziner.** Für Hausärztechef Berthold Dietsche sind die guten Ergebnisse auch die Folge einer höheren Berufszufriedenheit der beteiligten Allgemeinmediziner, die nicht zuletzt in eine höhere Weiterbildungsbereitschaft mündete: „Die über 300 Pharmakotherapie-Qualitätszirkel in der HZV haben ihre Wirkung entfaltet.“

Während MEDI-Vorsitzender Werner Baumgärtner die Vorteile einer schnellen Terminvergabe bei den 1.500 teilnehmenden Fachärzten unterstreicht („Das Problem der Wartezeiten ist bei uns gelöst“), sendet AOK-Vorstandschef Christopher Hermann in Berlin ein Signal an die Politik: „Der Hausarztvertrag zeigt, wie es gehen kann. Die Politik muss ihre Anstrengungen intensivieren und Rahmenbedingungen schaffen, die mehr Kreativität zulassen. Und sie sollte mit einer Ausweitung der Möglichkeiten, Selektivverträge auch für den stationären Sektor abzuschließen, weitere Zeichen setzen.“ ■

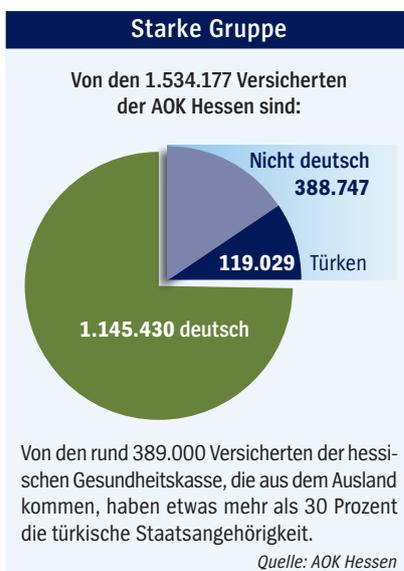
# Einladung zu mehr Vorsorge

Menschen mit Migrationshintergrund gehen selten zur Vorsorge. Durch eine direkte Ansprache trägt das hessische Projekt „Davet“ dazu bei, dass türkische Mitbürger die Früherkennung stärker wahrnehmen. **Von Wilfried Boroch**

**Deutschland ist** ein Einwanderungsland. Der Bevölkerungsanteil von Menschen mit Migrationshintergrund beträgt bereits heute rund 20 Prozent und steigt voraussichtlich weiter. Allein im Jahr 2013 sind nach vorläufigen Ergebnissen des Statistischen Bundesamtes mehr als 1,2 Millionen Menschen zugezogen. Zieht man die Fortzüge ab, bleibt ein Saldo von 437.000 Menschen. Studien zeigen, dass ein hoher Anteil der Zuwanderer spezifische Gesundheitsbedürfnisse hat und höhere Gesundheitsrisiken aufweist. Dies ist eine große Herausforderung für das deutsche Gesundheitswesen, dem sich die AOK Hessen mit dem Projekt „Davet“ stellt. Davet ist türkisch und heißt Einladung.

**Gemeinsame Sache.** Durch das Projekt „Davet“ sollen zusammen mit niedergelassenen Ärzten kultur- und sprachbedingte Barrieren überwunden werden. Ziel ist es, Versicherte mit Migrationshintergrund nachhaltiger zu motivieren, Früherkennungsmaßnahmen wahrzunehmen. Es richtet sich an die türkeistämmigen Migranten in Hessen, die größte Bevölkerungsgruppe mit ausländischen Wurzeln. In Hessen haben 162.000 Menschen die türkische Staatsangehörigkeit. Von ihnen sind rund drei Viertel bei der AOK versichert (siehe Grafik).

Kooperationspartner ist die Türkisch-Deutsche Gesundheitsstiftung e.V. Schirmherr ist der hessische Minister für Soziales und Integration, Stefan Grüttner. Das Projekt ist regional auf die Stadt Dietzenbach im Kreis Offenbach ausgerichtet, da hier sehr viele türkeistämmige Menschen wohnen. Die zweijährige Praxisphase ist in diesem Sommer ausgelaufen. Die bis Beginn des nächsten Jahres dauernde Evaluation wird zeigen, wie erfolgreich „Davet“ war.



Anstoß für das Projekt war die Erkenntnis, dass die Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen bei Versicherten mit Migrationshintergrund noch geringer ausgeprägt ist als bei der deutschstämmigen Bevölkerung. Angebote der Krankenkassen sind in der Zielgruppe wenig bekannt und deren Inanspruchnahme offensichtlich mit Vorbehalten belegt. Sprachbarrieren, vor allem bei der ersten Einwanderergeneration nach der Unterzeichnung des deutsch-türkischen Anwerbeabkommens aus dem Jahr 1961, kommen hinzu. Daher will „Davet“ durch gezielte Ansprache, Aufklärung und Beratung die Inanspruchnahme von Gesundheitsuntersuchungen und insbesondere der Krebsfrüherkennung verbessern.

**Enge Kooperation mit Ärzten.** Mit den niedergelassenen Vertragsärzten wird eng zusammengearbeitet. Am Projekt beteiligt sind 24 Ärzte aus Dietzenbach und Umgebung. Sie profitieren ebenso wie die Patienten von der türkischsprachigen Begleitung durch die Telefon-Hotline der

AOK Hessen und vom zweisprachigen Informationsmaterial. Für den erhöhten Beratungs- und Dokumentationsaufwand der Ärzte ist ein zusätzliches Honorar vorgesehen.

**Vorsorge-App auf türkisch.** Die Vorteile für die Versicherten liegen auf der Hand: Ihr Gesundheitszustand verbessert sich langfristig, Erkrankungen können früher erkannt, somit schneller und besser behandelt werden. Das Angebot ist für die Teilnehmer kostenfrei und freiwillig. Begleitend können sie die Vorsorge-App „AOK-Sağlık hizmeti“ nutzen, die über kostenlose Vorsorgeuntersuchungen informiert und Arzttermine koordiniert. Ein integriertes Wörterbuch unterstützt die Versicherten beim Gespräch mit dem Arzt.

**Botschafter als Multiplikatoren.** Zur Teilnahme waren rund 1.900 AOK-versicherte Dietzenbacher mit türkischem Migrationshintergrund eingeladen. Im Laufe des Projektes wurden zudem vier in Dietzenbach lebende Botschafter bestimmt, die mit den Menschen persönlich sprechen und auf das Projekt aufmerksam machen. Die Zwischenbilanz zeigt, dass die Ärzte bisher rund 880 Evaluationsbögen abgerechnet haben. Die Zahl der tatsächlich in Anspruch genommenen Gesundheitsuntersuchungen steht noch nicht fest. Die Evaluation durch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Berlin endet Anfang 2015. Insgesamt trägt das Projekt „Davet“ dazu bei, die spezifischen Anforderungen von Menschen mit Migrationshintergrund besser zu berücksichtigen. ■

**Dr. Wilfried Boroch** leitet die Hauptabteilung Unternehmenspolitik, Kommunikation & Marketing bei der AOK Hessen.

**Kontakt: Dr.Wilfried.Boroch@he.aok.de**

# „Solidarität gehört bei Gesundheit dazu“

Nach seinem Abschied vom Gesundheitsministerium verbrachte **Daniel Bahr** einige Monate als Berater in den USA. Mit dem Bekenntnis zur solidarischen Krankenversicherung galt der FDP-Politiker dort vielen als Sozialist.

**Welchen Eindruck haben Sie von der Diskussion über die Gesundheitsreform in den USA?**

**Bahr:** Ich hatte nicht erwartet, dass die Frage, ob jeder Zugang zu einer Krankenversicherung haben soll, so aggressiv und fundamental diskutiert wird. Es sind nach wie vor sehr viele, seien es Taxifahrer, Politiker, Journalisten oder Lobbyisten, die es als freiheitsberaubend empfinden, dass der Bundesstaat von ihnen verlangt, sich zu versichern. Dabei ist man weit davon entfernt, ein staatliches Gesundheitssystem zu haben. Es gibt immer noch die freie Wahl der Versicherung und den Selbstbehalt. Ich als Liberaler wurde hier als Sozialist bezeichnet, nur weil ich finde, jeder soll krankenversichert sein.

**Worauf beruht diese massive Ablehnung der Versicherungspflicht?**

**Bahr:** Die USA sind ein Kontinent. Der ist nicht zu vergleichen mit der Europäischen Union. Doch auch wenn die Europäische Kommission auf die Idee käme, ein einheitliches Gesundheitssystem aufzubauen, würde das nicht funktionieren. Aus ethischen, kulturellen und historischen Gründen steht auch in Europa das Gesundheitssystem unter nationaler Verantwortung. Dennoch gibt es einen europäischen Konsens über den Zugang zu einer Versicherung. Die Ablehnung der Gesundheitsreform beruht aber auch darauf, dass viele eine Versicherung hatten und sie nun in eine neue Versicherung wechseln sollen.

**Sind die Amerikaner sauer, weil die neue Versicherung für mehr Geld weniger leistet?**

**Bahr:** Ich glaube nicht, dass die neue

Versicherung weniger leistet. Ich denke, einen Mindestumfang festzuschreiben, wie im Affordable Care Act geschehen, ist richtig. Große Risiken müssen versichert sein. Wer jetzt die Versicherung wechselt, bekommt mehr. Viele sehen das momentan noch nicht, weil bestimmte Krankheiten sie vielleicht erst in zehn

kaner sind anfällig für die Meinung, dass in Europa alles sozialistisch ist. Die meisten glauben, alles ist so wie beim National Health Service in Großbritannien. Sie sind immer wieder überrascht, wenn ich ihnen erläutere, dass wir freie Arztwahl haben, Freiberuflichkeit und Therapiefreiheit und keine Rationierung. Gleich-



Die Amerikaner sind immer wieder überrascht, wenn ich ihnen erläutere, dass wir freie Arztwahl haben.

Daniel Bahr, Bundesgesundheitsminister a. D.

oder zwanzig Jahren ereilen. Ich gebe zu, dass es mir schwer fällt, in Amerika zu behaupten, der Leistungsumfang müsse hier ebenso groß sein wie in Deutschland. Das muss er nicht. Letztlich herrscht in den USA eine andere Kultur. Die USA sind ein Land von Immigranten – Zuwanderung ist an der Tagesordnung. Eigenverantwortung wird betont. Gesundheit ist Aufgabe des Einzelnen. Das ist mir als Liberalem sehr sympathisch. Aber Eigenverantwortung und Solidarität gehören bei der Gesundheit zusammen.

**Im Zusammenhang mit der Einführung von Obamacare war häufig von socialized medicine die Rede. Was verbirgt sich hinter dem Begriff?**

**Bahr:** Socialized medicine ist ein Wahlkampf-begriff. Wahlkämpfe laufen in den USA anders ab als bei uns. Viele Ameri-

zeitig gibt es in den USA bereits in Teilen mehr socialized medicine als man denkt. Schauen Sie auf Medicare, das Sozialversicherungsprogramm für die Rentner. Oder das Veterans Affairs-System, das über eigene staatliche Kliniken läuft. Über diese Systeme sind mehr Personen versichert als über den National Health Service in Großbritannien. ■

Das Interview führte Martina Merten während eines Recherchestipendiums des American Council on Germany in Washington D.C..

## Zur Person

**Daniel Bahr** (FDP), ehemaliger Bundesgesundheitsminister, arbeitete von Frühjahr bis Sommer 2014 als Senior Fellow am Center for American Progress, einer unparteiischen Bildungseinrichtung mit Sitz in Washington D.C.. Daniel Bahr kehrt jetzt nach Deutschland zurück und will sich weiterhin in der FDP engagieren.

# Ein langer

Buchhändlerin Sophia trug einst Bart und Männergarderobe. Ein krankheitsbedingter Testosteron-Mangel hat sie verändert: Sie fühlt und kleidet sich heute als Frau.





# Weg

## TITELTHEMA

Marylin führte das Leben eines Mannes und zog zu Hause Frauenkleider an. Murat kam als Mädchen zur Welt und wollte ein Junge sein. Beide ließen sich medizinisch behandeln, um das Geschlecht ihren Gefühlen anzugleichen. Auch Sophia plant diesen Schritt.

**Daniela Noack** hat mit drei Transsexuellen gesprochen und beschreibt, wie Ärzte und Psychotherapeuten ihnen helfen, in den passenden Körper zu finden.

# M

arilyn\* kleidet sich dezent. Dunkle Naturstoffe, flache Schuhe. Keine

Schminke, kleine Ohrringe, die Haare glattgekämmt. Und doch passiert es, dass Menschen mit dem Finger auf sie zeigen. Die promovierte Literaturwissenschaftlerin, die einst an der Harvard Universität in Boston/USA arbeitete, ist keine gewöhnliche Frau. Und das liegt nicht nur an ihrer Größe von knapp 1,90 Meter. Früher war das anders. Da drehte sich niemand nach ihr um. Damals führte Marilyn das Leben eines scheinbar normalen Mannes, der zu Hause am liebsten in Frauenkleider schlüpfte. Erst als vor zehn Jahren ihr Vater starb, fand die heute 67-Jährige den Mut, als Frau zu leben.

Vor 30 Jahren wurde Murat\* als Junge geboren – im Körper eines Mädchens. Er wusste immer, dass er im falschen Körper steckt. Schon mit vier, als er noch Aische hieß, war er nicht wie andere Mädchen. Er wollte im Stehen pinkeln und kurze Haare haben. Er hasste Röcke und Puppen, interessierte sich stattdessen für Autos und wollte in den Fußballverein. Heute ist Murat, der aus einer türkischen Familie kommt und in Berlin lebt, ein Mann. (\*Namen geändert)

**Ein kleines Vermögen für die Operationen.** Marilyn zog sich schon als Kind gerne Mädchenkleider an. Obwohl sie sehr prude erzogen wurde, konnte sie damit auch in der Pubertät nicht aufhören. Sie quälte sich „mit unglaublichen Schuldgefühlen“. Liebesbeziehungen mit Frauen zerbrachen, sobald sie die Wahrheit über ihren Freund erfuhren. Nach außen hin funktionierte Marilyn weiter als Mann, arbeitete als Bibliothekar und als Lehrer. Statt sozialer Kontakte pflegte sie lieber intellektuelle Interessen. Nach dem Tod des Vaters wagte Marilyn, ihren langgehegten Traum zu verwirklichen und wurde äußerlich ganz Frau. Dafür hat sie in den USA ein kleines Vermögen ausgegeben. Einzelheiten will die Wahlberlinerin nicht nennen. Nur soviel: 5.000 Dollar „für oben“ und 15.000 Dollar „für unten“. Trotzdem bleiben Merkmale, die davon Zeugnis ablegen, dass sie – zumindest körperlich – nicht als Frau auf die Welt gekommen ist. Die Stimme blieb dunkel, trotz Kursen bei einer Sprachtherapeutin. Vor einer Stimmband-Operation hat sie Angst. Sie ist Menschen begegnet, bei denen es schief gegangen ist. Auch die Barthaare wachsen weiter – trotz Hormonen. Für die Epilation hat sie insgesamt schon 15.000 Dollar hingeblättert.

**Geschlechtsangleichung als Kassenleistung.** Bei entsprechender medizinischer Indikation gehören in Deutschland Maßnahmen zur Angleichung der primären, aber auch von sekundären Geschlechtsmerkmalen, wie etwa die Bartentfernung, inzwischen zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung.

(GKV). Zu den Voraussetzungen für eine Kostenübernahme gehört unter anderem, dass dem Wunsch, die geschlechtliche Identität zu wechseln, keine psychische Störung oder Wahnerkrankung zugrunde liegen. Nach Empfehlungen von sexualwissenschaftlichen Fachgesellschaften und der Begutachtungsanleitung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (siehe *Kasten* „Krankenkassen übernehmen Kosten“ auf Seite 30) soll vor einer gegengeschlechtlichen Hormonbehandlung mindestens ein Jahr Psychotherapie stattgefunden haben. Zu den Voraussetzungen für geschlechtsangleichende Behandlungen wie Epilation (Bartentfernung) oder Operationen gehören mindestens anderthalb Jahre Psychotherapie. Zum Zeitpunkt des Antrags soll der Betroffene außerdem mindestens anderthalb Jahre in der neuen Geschlechtsrolle gelebt haben.

Die US-Amerikanerin Marilyn konnte in ihrer Heimat froh sein, dass sie ihren Arbeitsplatz und ihre Krankenversicherung behalten durfte. Letztere zahlte nach anfänglichem Widerstand die Hormone. Inzwischen würden in den USA einige Krankenversicherungen und Arbeitgeber zumindest teilweise die Kosten der Geschlechtsangleichung übernehmen, erzählt Marilyn. Sogar beim amerikanischen Militär fände ein Umdenken statt.

**Psychotherapeuten begleiten Transsexuelle.** Wird Transsexualität gesellschaftsfähig? Ganz so einfach ist es nicht, weiß der Berliner Psychotherapeut Günther Schon, der 200 Transsexuelle auf ihrem Weg in die neue Identität begleitet hat. Und der ist vor allem für Transfrauen (siehe *Glossar auf Seite 30*) steinig. Auch nach einer Geschlechtsangleichung sind sie meist als Transsexuelle erkennbar und müssen es mitunter ertragen, angestarrt oder gar angepöbelt zu werden. Die Folgen des „Outens“ und öffentlichen Lebens in der gefühlten Geschlechtsidentität sollten deshalb reflektiert und begleitet werden, so Schon. Deshalb sei eine psychotherapeutische Behandlung sinnvoll. Der Patient wird unterstützt, seinen eigenen Weg zum sozialen Ausleben seiner Geschlechtsidentität zu finden. Das kann möglicherweise auch ein Weg ohne Hormone oder geschlechtsangleichende Operationen sein.

Transmänner, die durch die Hormonbehandlung Stimbruch und Bartwuchs bekommen, werden leichter als Mann wahrgenommen. Auch ist die Wahrscheinlichkeit größer, dass die Partner – meist Frauen – zu ihnen halten. Mit der sexuellen Orientierung hat Transsexualität übrigens wenig zu tun. Die bleibt im Allgemeinen auch nach der Geschlechtsangleichung identisch. Nur die Umgebung nimmt sie anders wahr.

## Zahlen, Daten, Fakten

Wie viele Transsexuelle in Deutschland leben, können Experten nur schätzen. In den Niederlanden und Belgien, wo Betroffene zentraler erfasst werden, liegt die Häufigkeit der Transsexualität bei 1:12.000 (Mann zu Frau) und bei 1:30.000 (Frau zu Mann). Die Dunkelziffer ist sehr hoch: Vermutlich hat tatsächlich jeder 1.500ste Mann den Wunsch, als Frau zu leben, und jede 3.500ste Frau würde gern ein Mann sein. Andere halten auch diese Zahlen noch für deutlich zu niedrig.

Daniela Noack

**Leberzirrhose löste Testosteronmangel aus.** Murat stand schon immer auf Frauen und galt als lesbisch. Seit der Personenstandsänderung ist er plötzlich heterosexuell. Sophia dagegen gilt als lesbisch, weil sie Frauen liebt. Das tat die Buchhändlerin, die seit fünf Jahren als Frau lebt, aber auch schon, als sie noch ein heterosexueller Mann war. Anders als die meisten Betroffenen, hatte sie als Kind und junge Erwachsene keinerlei Ambitionen, das Geschlecht zu wechseln. Die Feminisierung entstand bei ihr nicht durch Hormongabe, sondern durch eine Erkrankung. Bei der Leberzirrhose kommt es unter anderem zu Testosteronmangel. Einige Medikamente haben zusätzlich eine antiandrogene Wirkung. Sophias Oberweite nahm zu und auch ihr

## Die sexuelle Orientierung ändert sich bei einer Geschlechtsangleichung im Allgemeinen nicht.

Empfinden und sogar das Weltbild änderten sich quasi über Nacht dramatisch. „Ich sehe die Welt heute ganz anders, weil mein Gehirn anders funktioniert“, glaubt sie. „Es fehlt noch Wissen auf dem Gebiet“, findet sie und hofft dass sich Neurowissenschaftler

des Themas annehmen. Mit ihrer neuen Rolle kommt Sophia gut klar. Trotzdem geht sie momentan zur Psychotherapie, „weil es zum Prozess nun mal dazugehört“. Sie möchte „ganz Frau“ werden. Dafür ist sie bereit, sich unters Messer zu legen.

**Suizidrate liegt über dem Durchschnitt.** Marilyn hat sich diesen Traum schon erfüllt. Ihr Leben ist trotzdem nicht „das Paradies auf Erden“. Aber sie fühlt sich heute wohler in ihrer Haut und ist unendlich erleichtert, sich nicht mehr verstecken zu müssen. Sie ist eine Einzelgängerin geblieben, mit wenigen Freunden. „Die Einsamkeit unter Transsexuellen ist sehr groß“, weiß sie.

Der Prozentsatz der Transsexuellen, die einen Suizidversuch unternommen haben, liege mit 30 bis 40 Prozent deutlich über dem der Allgemeinbevölkerung, weiß der Wissenschaftler Matthias Auer. Er erforscht seit vielen Jahren im Münchner Max-Planck-Institut für Psychiatrie die Effekte der gegengeschlechtlichen Hormontherapie auf Psyche und Stoffwechsel. Gefährdet seien vor allem Transfrauen. Ihre Suizidrate sei im Vergleich zum Durchschnitt bis zu sechsfach erhöht. Bei Transmännern dagegen zeige sich im Langzeitverlauf kein erhöhtes Suizidrisiko. Eine Hormontherapie führe bei 80 Prozent der Patienten zu einer Besserung der Lebensqualität und beeinflusse in der Mehrzahl der Fälle die Psyche positiv, erklärt Auer.

**Behandlung kann mit Beginn der Pubertät starten.** Ein Bedauern bleibt bei Marilyn. Ihr Leben hätte anders verlaufen können, wenn sie früher hätte anfangen können, glaubt sie. Das ist heute einfacher. Einige Behandlungen starten schon mit Beginn der Pubertät. Voraussetzung dazu ist das Einverständnis der Eltern, welche in die Therapie mit eingebunden werden.

Achim Wüsthof, Hormonspezialist für Kinder- und Jugendliche, betreut im Hamburger Endokrinologikum über hundert transsexuelle Kinder und Jugendliche, je zur Hälfte Transjungen und Transmädchen. Hat der behandelnde Kinder- und Jugend-



Mit ihrer neuen Rolle kommt Sophia gut klar. Sie möchte ganz Frau werden und ist bereit, sich dafür operieren zu lassen.

psychiater bereits eine Transsexualität diagnostiziert, kann Zeit gewonnen werden – bis zu mehreren Jahren –, indem die beginnende Pubertät von sogenannten Pubertätsblockern unterdrückt wird. So wird den Jugendlichen die Qual erspart, die unerwünschten Geschlechtsmerkmale zu entwickeln, um sie später mit großem Aufwand und oft fragwürdigem Erfolg wieder rückgängig machen zu lassen. Der jüngste Transsexuelle, der sich in Wüsthofs Behandlung begab, war ein Transjunge von knapp zehn Jahren, bei dem die Brustentwicklung bereits eingesetzt hatte. Nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft der Kinder- und Jugendpsychiatrie sollte die gegengeschlechtliche Hormongabe aber erst ab 16 erfolgen. „Wenn der Leidensdruck unerträglich wird, behandeln wir manchmal auch früher“, berichtet Wüsthof. Für eine Behandlung erst die Volljährigkeit abzuwarten, wie es einige fordern, hält der Hormonexperte für „menschenverachtend“. Nichts zu tun, sei keine Option.

**Frühes Angleichen verhindert Stigmatisierung.** Die frühe Behandlung habe eindeutige Vorteile, sagt Wüsthof. Die äußerliche Angleichung an das Zielgeschlecht verlaufe problemlos, und die Jugendlichen erlebten deshalb – anders als ihre älteren Leidensgenossen – keine Stigmatisierung. Im Allgemeinen verläuft die



## „Die Behandlung setzt Energie frei“

**Günther Schon** ist Diplom-Psychologe am Berliner Centrum für Sexualwissenschaft e.V.

**Sie entscheiden mit, ob ein Mensch sein Geschlecht wechseln darf. Ist das nicht ein bisschen, wie Gott spielen?**

**Schon:** Nein. Auch wenn beim Großteil meiner Patienten die Lage eindeutig ist, und ich seit über 30 Jahren mit Transsexuellen arbeite, bleibt die Angst, eine falsche Entscheidung zu treffen. Die Frage, ob ein Patient Hormone bekommen oder operiert werden soll, überschreitet rein therapeutische Dimensionen. Es sind gravierende, zum Teil unumkehrbare Schritte. Gott spielen andere, zum Beispiel Ärzte, die den Hilfesuchenden ohne Therapie und ohne Indikation durch den behandelnden Psychotherapeuten oder Psychiater Hormone verschreiben und sie mit den Auswirkungen alleine lassen.

**Warum braucht ein Transsexueller eine Therapie, wenn er keine psychischen Probleme hat?**

**Schon:** Hormone sind kein Traubenzucker und reichen allein für eine neue Identität nicht aus. Sowohl vor als auch während und auch nach einer körperlichen Geschlechtsangleichung sind die Betroffenen mit zahlreichen Fragen und Problemen konfrontiert. Und speziell transidente Frauen müssen sich ein dickes Fell zulegen. Denn aufgrund ihres manchmal ungewöhnlichen Erscheinungsbildes und ihrer tiefen Stimme passiert es bisweilen, dass sie ausgelacht oder angepöbeln werden. Auch wenn die Leidensgeschichte lang ist, halte ich nichts von schnellen Entscheidungen.

**Ist das Wechseln des Geschlechts mittlerweile Routine?**

**Schon:** Nein. Die Geschlechtsangleichung ist eine komplexe, lebensverändernde Behandlung. Damit sie gelingt, ist es wichtig, dass sich Experten wie Psychologen, Chirurgen, Endokrinologen und Betroffene an einen Tisch setzen. Wir brauchen einheitliche Behandlungsstandards. Im Berliner Centrum für Sexualwissenschaft leite ich seit vier Jahren einen Qualitätszirkel, in dem Experten der unterschiedlichen Disziplinen zusammenkommen. Das bietet mehr Sicherheit für die Betroffenen, aber auch für die Behandler.

**Lohnen sich die Strapazen einer Behandlung für die Betroffenen?**

**Schon:** Transsexuelle, die keine Unterstützung bekommen, entwickeln häufig Depressionen oder andere psychische Störungen. Die Behandlung setzt oft positive Energie frei und hilft Transsexuellen, mit neuem Selbstbewusstsein am Leben teilzunehmen. ■

Die Fragen stellte Daniela Noack.

Entwicklung der jungen Transsexuellen sehr positiv. Sie fühlen sich im neuen Körper wohl und stabilisieren sich psychisch. Nur einen einzelnen Fall hat der Endokrinologe erlebt, wo ein Transjunge zurückwollte in die weibliche Identität. Für die junge Frau sei es heute rückblickend trotzdem der richtige Weg gewesen, der ihr gezeigt habe, wo sie nicht hinwollte. Nach dem Absetzen der männlichen Hormone habe sie sich ganz normal weiblich entwickelt. Nur eine markante Stimme sei zurückgeblieben.

In der Berliner Charité wird für die gegengeschlechtliche Hormonbehandlung eine gewisse sexuelle Reife vorausgesetzt. „Denn bei der Mehrheit derjenigen, die sich präpubertär als transsexuell outen, stellt sich mit der Zeit heraus, dass hinter dem Wunsch, das Geschlecht zu wechseln andere Gründe, wie eine abgelehnte Homosexualität stecken“, weiß die gynäkologische Endokrinologin und Sexualmedizinerin Julia Bartley aus verschiedenen Langzeitstudien. „Die eigene Homosexualität mögen sich viele nicht eingestehen, aus Angst vor Ausgrenzung.“

**Begleitfantasien sichern die Diagnose.** Auch wenn sehr viele Transsexuelle sich schon in der Kindheit einem anderen Geschlecht zugehörig fühlten (80 Prozent der Frau-zu-Mann-Transsexuellen, 50 Prozent der Mann-zu-Frau-Transsexuellen), heiße das im Umkehrschluss nicht, dass alle Kinder mit Geschlechtsidentifikationsstörung eine transsexuelle Entwicklung nähmen. Nur bei 20 Prozent sei das der Fall. Ein wichtiger Bestandteil der Diagnosesicherung seien die sogenannten Begleitphantasien, sagt Bartley. Damit sind die Phantasien oder Bilder gemeint, die Menschen während der sexuellen Erregung durch den Kopf gehen. Für diese muss allerdings erst eine ausreichende Pubertätsentwicklung und sexuelle Reife erreicht sein. Nach und nach werden die Phantasien je nach individueller Veranlagung eindeutiger und verraten mit hoher Treffsicherheit die sexuelle Identität der Betroffenen. Diese kann nicht mehr wegtherapiert werden. Manche können ihre Begleitphantasien schon mit elf oder zwölf, andere erst mit 16 Jahren oder noch später abrufen und bewusst machen.

Zur Diagnosesicherung gehört in der Berliner Charité außerdem der psycho-therapeutische Alltagstest, der sich über zwölf bis 18 Monate erstreckt und Voraussetzung für eine gegengeschlechtliche hormonelle und operative Therapie ist. Während des Alltagstests sollen die Jugendlichen sukzessive in allen Bereichen im anderen Geschlecht leben. Die Pubertät wird nur in Einzelfällen frühzeitig mit Medikamenten geblockt. In der Charité war der jüngste Patient, der gegengeschlechtliche Hormone erhielt, 16 Jahre alt.

**Ohne Hilfe nimmt der Druck zu.** In der Pubertät nimmt bei transsexuellen Jugendlichen, die keine Hilfe bekommen der Druck zu. Häufig entwickeln sie psychische Probleme, Depressionen, oder konsumieren Drogen. Sie durchleben schwere innere Kämpfe und eine existenzbedrohende Krisenzeit. Murat erinnert sich noch gut daran, wie es war, als er auf die Oberschule kam und unter dem Gruppenzwang litt. Er versuchte, sich mit seiner weiblichen Identität und seinem großen Busen anzufreunden. Wie seine Mitschülerinnen ging er aufgetakelt und geschminkt zur Schule und hatte sogar einen ersten Freund. Doch diese Rolle hielt er nicht lange durch. In der 9. Klasse ließ er sich die Haare kurz schneiden und tauschte die weiblichen Klamotten gegen weite Hosen und T-Shirts.

Ihm wurde bewusst, dass ihm Mädchen gefielen. Verzweifelt suchte er Rat bei der Lesbenberatung: „Ich bin 15 Jahre alt und vielleicht lesbisch. Ist das normal?“

Eine schwierige Phase. Murat hatte Probleme mit den Eltern und kiffte viel. Irgendwann sagte er sich: Ok, Du stehst auf Frauen. Danach ging es ihm besser. Er ging offen mit seiner sexuellen Orientierung um und suchte in der Lesbenszene nach Gleichgesinnten. Doch auch dort fühlte er sich anders. Mit 17 konsultierte er wegen Menstruationsbeschwerden einen Gynäkologen, der ihm eine merkwürdige Frage stellte: „Bist Du vielleicht transsexuell? Du verhältst Dich sehr männlich.“ Rückwärtig wünscht Murat sich, dass es damals schon „klick“ gemacht hätte und er seinen Weg früher gegangen wäre.

**Austausch im Internet und am Stammtisch.** Mit Anfang zwanzig bekam Murat Panikattacken und begann eine Verhaltenstherapie. Wegen seiner Angststörung verließ er kaum noch das Haus. Im Internet stieß er auf die Seite eines Transmannes. Die Möglichkeit, den falschen Körper anpassen zu können, faszinierte ihn. Und er erkannte, was die ganzen Jahre sein Problem gewesen war. Das Internet war eine große Hilfe. Er tauschte sich mit anderen in Foren aus und fand einen Transmann-Stammtisch. Auch Marilyn fand im Internet Gleichgesinnte, die verstanden, dass ihr Wunsch, sich zu verkleiden, kein Spiel war.

Murat stammt aus einer modernen türkischen Familie, die sein Lesbisch-Sein immer akzeptiert hatte. Seine Freundinnen durfte er ganz selbstverständlich mit nach Hause bringen. Doch als er seinem Vater von der gewünschten Geschlechtsangleichung erzählte, reagierte der ablehnend: „Warum willst Du Dir das antun?“ Mit dem Ansinnen, das Geschlecht zu wechseln, rührte Murat nicht an religiösen Grundsätzen: „Es ging nicht darum, dass ich die Ehre meiner Familie verletzte. Meine Eltern machten sich ganz einfach Sorgen um mich.“ Murat weiß, dass er Glück hat. Viele türkische Transmänner leben gefährlich und müssen den Kontakt zur Familie ganz abbrechen. Seine Leidensgenossen in der Türkei werden von Ärzten schräg angeguckt.

**Auf mehr Verständnis gehofft.** Einfach war es aber auch für Murat nicht. „Du verstümmelst Deinen Körper“, weinte seine Mutter, die sich wegen Herzproblemen nicht aufregen sollte. Auf seinem Weg fühlte sich Murat häufig sehr alleine: „Es war für alle Beteiligten sehr schwer, mit der Situation umzugehen.“ Murat sprach mit Ärzten, Gutachtern und Psychologen und fand einen Therapeuten, der sich mit dem Thema Transsexualität gut auskannte. Die nächste Etappe waren Hormone. Murat erlebte eine zweite Pubertät und Gefühlschaos. Aber auch Glücksmomente und Freude über jedes Haar im Gesicht. Seine Partnerin war überfordert. Familie und Freunde, selbst, wenn sie wohlmeinend waren, reagierten verunsichert. Rückblickend hätte sich Murat mehr Verständnis gewünscht.

Obwohl der heute 30-Jährige schon lange als Mann lebt, ist er auf dem Papier erst seit zwei Jahren einer. Nötig war eine



Sein oder Nichtsein – in Sophias Buchladen zitiert eine Figur Hamlets Todessehnsucht. Auch viele Transsexuelle sind lebensmüde: Mehr als ein Drittel von ihnen hat einen Suizidversuch unternommen.

**Viele Transsexuelle fühlen sich bereits in der Kindheit einem anderen Geschlecht zugehörig.**

Personenstandsänderung beim Amtsgericht. Dafür brauchte er zwei psychologische Gutachten. Seitdem wird er offiziell als Herr angeredet und hat einen neuen Vornamen.

**Qualitätszirkel für Experten.** Der Psychologe Günther Schon arbeitet seit 1983 im Berliner Centrum für

Sexualwissenschaft e. V., in dem sich damals eine der ersten Selbsthilfegruppen für Transsexuelle gründete. Seit 2010 leitet er den „Interdisziplinären Qualitätszirkel“, dessen Ziel es ist, die Behandlung von Menschen mit Problemen bei der Geschlechtsidentifikation zu verbessern und für die beteiligten Kollegen einheitliche Vorgehensweisen bei der Behandlung zu entwickeln. Zehn Mal im Jahr treffen sich Experten der unterschiedlichsten Disziplinen zum Erfahrungsaustausch. Sie sprechen über konkrete Fälle oder darüber, wie schwierig es mitunter für die Patienten ist, bei ihrer Krankenkasse den richtigen Ansprechpartner zu finden. Der Qualitätszirkel ist eine Veranstaltung der Kassenärztlichen Vereinigung und gilt als zertifiziertes Fortbildungsangebot der Psychotherapeutenkammer. Mit dem Qualitätszirkel sei man auf dem richtigen Weg. Die Betroffenen können so auf eine kompetentere Behandlung hoffen. Die einzelnen Disziplinen sind besser aufeinander abgestimmt, die Wege kürzer. Deutschlandweit gäbe es aber höchstens eine Handvoll solcher Initiativen, bedauert Günther Schon.

# Glossar

**Transsexualität, Transidentität:** Transsexualität galt lange als psychische Störung. Experten sprechen heute von einer Geschlechtsidentitätsstörung. Die Betroffenen fühlen sich ihrem biologischen Geschlecht nicht zugehörig (im falschen Körper) und hegen oft seit frühester Kindheit den Wunsch, dem anderen Geschlecht anzugehören. Weil Transsexualität nichts mit sexuellen Vorlieben oder der sexuellen Orientierung zu tun hat, ist Transidentität der zutreffendere Begriff.

**Transgender:** Oberbegriff für Menschen, die sich mit ihrem Geburts-geschlecht nicht arrangieren können. Transgender bezeichnet auch Menschen, die sich nicht hundertprozentig als Mann oder Frau verstehen, sondern die sich zwischen den Geschlechtern empfinden.

**Intersexualität** liegt vor, wenn ein Mensch genetisch und/oder anatomisch und hormonell nicht eindeutig dem weiblichen oder dem männlichen Geschlecht zugeordnet werden kann.

**Transmann:** Menschen, die physisch weiblich sind, aber ein männliches Identitätsgeschlecht haben, werden in der Regel als Frau-zu-Mann-Transsexuelle oder Transmänner bezeichnet.

**Transfrau:** Menschen, die physisch männlich sind, aber ein weibliches Identitätsgeschlecht haben, bezeichnet man entsprechend als Mann-zu-Frau-Transsexuelle oder Transfrauen.

Daniela Noack

**Behandlung verhindert Rückzug.** Wenn Transsexuelle keine Hilfe bekommen, ziehen sie sich zurück. Viele werden depressiv und sind nicht mehr arbeitsfähig. Die medizinische und psychologische Behandlung und die Akzeptanz von Familie oder Freunden setzt indes bei transsexuellen Menschen neue Energien frei, und sie können wieder am Leben teilnehmen.

Murat hatte Glück. Er fühlte sich auf seinem Weg immer gut begleitet. Wichtig sei gewesen, dass er vorher gut recherchiert hatte und gute Adressen und erfahrene Ärzte hatte. Überall begegnete ihm „coole Leute“, ob im Prüfungsamt an der Uni, wo er einen neuen Studienausweis abholte oder im Bürgeramt. Vor zwei Jahren ließ er sich die Gebärmutter, Eierstöcke und die Brust entfernen. Vor allem Letzteres war eine Erleichterung. Vorher musste er seine große Brust mit sogenannten Bindern zusammenschnüren und unter mehreren Schichten Kleidung verbergen. Einfach war der Schritt trotzdem nicht. „Die Familie hatte Angst und ich auch.“ Über das Ergebnis ist Murat glücklich. „Es fehlen nur noch die Brusthaare“, scherzt er. Sogar eine Tante aus der Türkei sagte: „So gefällst Du mir viel besser.“ Noch ist die Verwandlung nicht abgeschlossen. Immer häufiger denkt Murat an einen operativen Penis-aufbau. Nur Zeitmangel und Angst halten ihn noch ab.

**Penisaufbau aus Hautlappen.** „Operativ ist mittlerweile vieles möglich“, sagt Bernhard Liedl von der Chirurgischen Klinik München-Bogenhausen. Seit 22 Jahren operiert der Urologe und plastische Chirurg Transmänner. Seine Spezialität: Phalloplastiken. Allein im vergangenen Jahr haben er und sein Team bestehend aus Urologen, plastischen Chirurgen und Gynäkolo-

gen, etwa 70 Penisse aus Unterarm-Hautlappen aufgebaut. Damit die nicht ohne Gefühl bleiben, werden gleichzeitig Nerven an die Leisten und an den Klitorisnerv angeschlossen. Ein komplizierter und komplikationsanfälliger Eingriff. Nur wenige Teams in ganz Deutschland beherrschen diese Kunst.

Die Patienten, die zu ihm kommen, seien definitiv transsexuell. Für Liedl ist es ein gutes Gefühl, ihnen zu helfen zu können. Ihr Leidensdruck sei enorm. Um sich dem gefühlten Geschlecht anzunähern, nehmen sie viele Risiken auf sich. Auch beim Aufbau einer Phalloplastik kann einiges schief gehen: Es kann zu Entzündungen kommen oder zu einer Verengung der Harnröhre. Der schlimmste Zwischenfall, das Absterben eines Phallus, ist allerdings bisher nur einmal eingetreten. Dank großer Erfahrung gäbe es mittlerweile sehr gute Ergebnisse. Damit das so ist, werde jeder Fall genauestens geprüft und die individuellen Risiken abgewogen, sagt Liedl.

**Selbstbewusst im neuen Körper leben.** Murats Leben kreist nicht mehr nur um seine neue Geschlechtsidentität. Der Architekturstudent, der gerade seine Masterarbeit schreibt, hat ein fröhliches Wesen. Mit zwei Jobs finanziert er sein Studium. Inzwischen blickt er optimistisch in die Zukunft. Mit seiner Freundin ist er schon sechs Jahre zusammen. Für sie war es nicht immer leicht, mit anzusehen, wie ihr Partner sich innerlich und äußerlich veränderte. Murat fühlt sich heute viel selbstbewusster. Auch wenn es für alle Beteiligten mitunter schwer war, hat er alle seine Freunde behalten und wurde nie gemobbt oder fertiggemacht. Keinen seiner Schritte bereut Murat. Immer hat er sich auf seine innere Stimme verlassen. Es war kein einfacher Weg, aber er würde ihn jederzeit wieder gehen. ■

Daniela Noack ist freie Journalistin und Fotografin in Berlin.

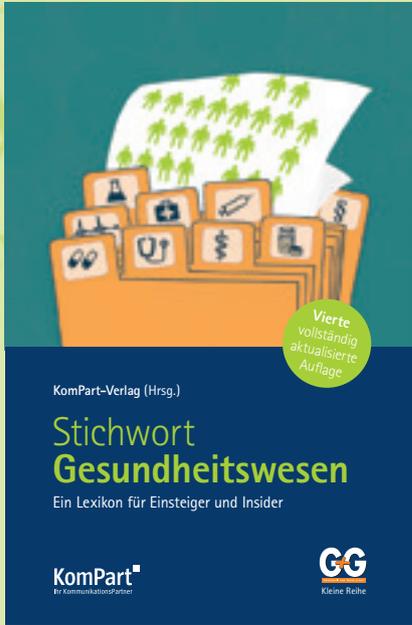
Kontakt: Daniela.Noack@t-online.de

## Krankenkassen übernehmen Kosten

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) übernimmt die Kosten für geschlechtsangleichende Behandlungen, wenn durch die Transsexualität ein Leidensdruck entsteht, der so groß ist, dass er einen Krankheitswert hat (Urteil des Bundessozialgerichts 1 RK 14/92 vom 10.2.1993). Die Medizinischen Dienste der Krankenkassen geben Gutachten zu medizinischen Fragestellungen der Transsexualität ab, um den Kassen Entscheidungen zu beantragten medizinischen Leistungen zu ermöglichen. Bei gegebenen Voraussetzungen besteht im Einzelfall eine Leistungspflicht der GKV für folgende geschlechtsangleichende Behandlungen: Arzneimitteltherapie (gegengeschlechtliche Hormonbehandlung), Epilationsbehandlung zur Änderung der Gesichtsbehaarung, Brustchirurgie, genitalangleichende operative Maßnahmen, Stimmlagen- und Kehlkopfkorrekturen, Versorgung mit technischen Produkten/Hilfsmitteln. **Die AOK hat im Jahr 2012 nach Angaben ihres Wissenschaftlichen Instituts (WIdO) in 370 Fällen geschlechtsangleichende Behandlungen bezahlt.**

Quelle: [www.mds-ev.org](http://www.mds-ev.org) > Dokumente und Formulare > Gesundheit/Krankheit/Prävention > MDK-Begutachtung – Rechtliche Grundlagen > Begutachtungsanleitung Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualität

# 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 ...**

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



## **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

Lieferung gegen Rechnung  per Bankeinzug

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

\_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC

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

INTERVIEW



# „Unsere Wartezeiten sind sensationell kurz“

Die Debatte über langes Warten auf einen Arzttermin hält er für populistisch, den Ersatz ärztlicher Leistungen für brandgefährlich und die Vergütung der niedergelassenen Mediziner für zu niedrig: **Andreas Gassen**, seit diesem Frühjahr Chef der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, nimmt im Gespräch mit G+G kein Blatt vor den Mund.

**Herr Dr. Gassen, Sie sind Orthopäde. In letzter Zeit schmerzt mein linkes Knie. Heute ist Freitag. Wann könnte ich zu Ihnen in die Sprechstunde kommen, damit Sie sich das mal anschauen?**  
**Andreas Gassen:** Montag um acht können Sie kommen.

**Wirklich? Viele Patienten klagen, sie müssten ewig auf einen Termin beim Facharzt warten. Sind die Wartezeiten zu lang?**  
**Gassen:** Grundsätzlich nein. In der großen Masse der Fälle sind sie sensationell kurz. Das belegt auch eine Umfrage, die wir kürzlich unter gesetzlich Versicherten zum Thema Wartezeiten erstellt haben. Zwei Drittel bekommen ihren Termin demnach binnen drei Tagen. Das ist letztlich sofort. Gleichwohl haben wir ein gewisses Quantum, wo Patienten zu lange warten.

**Und wie groß ist dieses gewisse Quantum?**

**Gassen:** Wir gehen von etwa zehn Prozent aus. Bei über 230 Millionen Arzt-Patienten-Kontakten im Quartal sind die wenigen Fälle, wo es lange dauert, aber zu vernachlässigen. Im Ausland schmunzelt man über die Debatte.

**Die Große Koalition sieht dennoch Handlungsbedarf und möchte die 17 Kassenärztlichen Vereinigungen zum Aufbau von Terminservicestellen bewegen. Klingt doch vernünftig, oder?**

**Gassen:** Klingt erst mal gut. Bei genauerem Hinschauen entpuppt sich das aber als Aktionismus, was nicht verwunderlich ist. Das Wartezeiten-Thema ist eines, das Politiker im Wahlkreis direkt zu spüren bekommen und auf das sie reagieren und sagen: „Da gehen wir ran, das lösen wir!“ Ob die Lösung am Ende sachgerecht ist, steht auf einem anderen Blatt. „Terminservicestelle“ ist ja nur eine Worthülse. Was das konkret heißt, muss man abwarten. Auf jeden Fall sollten wir der gemeinsamen Selbstverwaltung

von Vertragsärzten und Krankenkassen die Ausgestaltung vor Ort überlassen. Das wird regional unterschiedlich sein. Die Situation in Bayern ist halt eine andere als die in Hamburg.

**Die gemeinsame Selbstverwaltung bewegt sich nach Ansicht von Kritikern nicht eben wie ein Schnellzug vom Fleck. Sie nehme sich bei manchen Entscheidungen zu viel Zeit, heißt es.**

**Gassen:** Bekanntlich liegt in der Ruhe die Kraft. Im Übrigen muss es kein Zeichen mangelnder Entschlusskraft sein, wenn man sich für gute Lösungen Zeit nimmt. Und zu solchen Lösungen ist die Selbstverwaltung aus Ärzten, Kliniken und Kassen in der Lage. Sonst hätten wir nicht so eine exzellente Patientenversorgung. Obendrein wäre es extrem schwierig, die Arbeit der gemeinsamen Selbstverwaltung von behördlichen

## Zur Person

**Dr. med. Andreas Gassen** (52) ist seit dem 1. März 2014 Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), die rund 140.000 niedergelassene Vertragsärzte und -psychotherapeuten vertritt. Von 1982 bis 1988 absolvierte Andreas Gassen sein Studium der Humanmedizin in Düsseldorf. Seit 1996 ist er dort in einer Gemeinschaftspraxis als Facharzt für Orthopädie, Unfallchirurgie und Rheumatologie tätig. Gassen engagiert sich für seinen Berufsstand zudem als Vorsitzender des Spitzenverbandes der Fachärzte Deutschlands sowie als Präsident des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie. Andreas Gassen ist verheiratet und Vater von drei erwachsenen Kindern.

Institutionen regeln zu lassen. Der Gesetzgeber sollte für einen klaren Rahmen sorgen. Dann ginge auch manches schneller.

**Sind Sie eigentlich sauer, dass der Bundesgesundheitsminister jetzt Dampf bei der elektronischen Gesundheitskarte, der eCard, macht, weil ihm das Projekt offenbar zu schleppend vorankommt?**

**Gassen (lacht):** So schnell werde ich nicht sauer. Dass mancher fürchtet, die eCard gerate zum zweiten BER-Flughafen, verstehe ich. Die Umsetzung der eCard zieht eben – wie die gesamte Telematik – mehr Probleme nach sich als das viele vorher für möglich gehalten haben. Für uns Vertragsärzte hat es schon Konsequenzen, wenn eine Karte durch eine andere abgelöst wird und die Gültigkeit der alten Karte, die von der ursprünglichen Anlage her bis ins Jahr 2022 gegeben wäre, mal eben par ordre du mufti einkassiert wird. Dann entsteht eine Situation, bei der fünf bis sieben Prozent der Versicherten ohne eine gültige Karte zu uns in die Praxis kommen. Das ist irre aufwendig.

**Gassen:** Nein, ich bin nicht enttäuscht. Natürlich löst das Ergebnis nicht unsere Probleme. Das Ergebnis bewegt sich im normalen Rahmen. Ein beachtlicher Punkt ist aber, dass mehr Mittel in die extrabudgetäre Gesamtvergütung fließen. Der Weg hin zu festen Preisen ist damit beschritten worden.

**Sie hatten im Vorfeld der Verhandlungen erklärt, der ambulanten medizinischen Versorgung fehlten rund fünf Milliarden Euro. Wie kommen Sie auf diese Summe?**

**Gassen:** Wir Ärzte machen einen sehr guten Job. Wir erbringen viele Leistungen, mit denen die Versorgung der Patienten auf hohem Niveau sichergestellt wird. Dafür fordern wir eine angemessene Vergütung. Ich würde mich auch nicht hinstellen und behaupten, wir haben 100.000 von der Insolvenz bedrohte Praxen. Aber ich sage schon, dass unsere Vergütung in manchen Fällen nicht adäquat und in manchen Fällen nicht einmal ausreichend ist.



„Wir müssen wieder eine faire Balance finden zwischen Leistungsanforderung und Vergütung.“



**Glauben Sie noch an einen Erfolg der eCard?**

**Gassen:** Mittlerweile haben wir ja eine Einigung mit dem GKV-Spitzenverband erreichen können und Klarheit für Ärzte und Patienten geschaffen. Die eCard gilt ab dem 1. Januar 2015 ausschließlich. Das vierte Quartal dieses Jahres ist ein Übergangsquartal. Alle erwischen wir nicht. Aber das ist handhabbar. Vermeiden müssen wir eine Situation wie im letzten Quartal 2013, wo wir über 16 Millionen Behandlungsfälle über die alte Karte abrechnen mussten.

**Braucht es ein eHealth-Gesetz, wie es Schwarz-Rot plant?**

**Gassen:** Das Problem bei solchen Gesetzen ist ja immer das gleiche: Ist das Gesetz zu konkret, wirkt es wie ein enges inhaltliches und zeitliches Korsett. Projekte wie die eCard brauchen aber Zeit.

**Apropos Zeit. Die jüngsten Honorarverhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband gingen überraschend schnell über die Bühne. Rund 800 Millionen Euro gibt es im kommenden Jahr mehr für die niedergelassenen Ärzte. Sind Sie enttäuscht?**

**Sondern?**

**Gassen:** Fakt ist: Die Honorare der niedergelassenen Ärzte sind in den vergangenen fünf, sechs Jahren von dem mit den gesetzlichen Krankenkassen vereinbarten Referenzwert des Tarifgehaltes eines Oberarztes im Krankenhaus sukzessive abgekoppelt worden. Statt 105.000 Euro müssten einem Niedergelassenen heute rund 133.000 Euro zustehen, was nicht der Fall ist. Daraus ergibt sich eine Lücke von drei Milliarden Euro. Die fehlen dem System.

**Und wie begründen Sie die restlichen zwei Milliarden Euro?**

**Gassen:** Wir stellen – nicht über ein einzelnes Quartal, sondern über mehrere Jahre hinweg – fest, dass wir Vertragsärzte einen konstanten Anteil an Leistungen erbringen, der weit über das mit den Kassen vereinbarte Budget hinaus reicht. Nach unseren Berechnungen sind das zehn bis elf Prozent der Leistungen. Das ergibt etwa 2,3 Milliarden Euro, die ebenfalls fehlen.

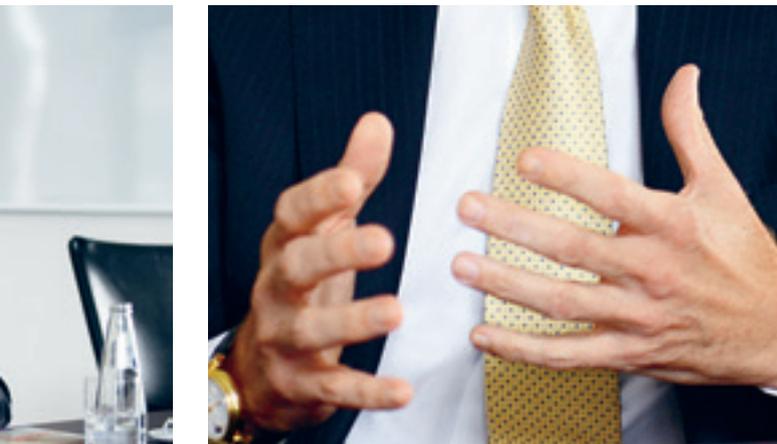
**Was bedeuten die Rechenspiele konkret für Ihre Honorarpolitik den Krankenkassen gegenüber?**

**Gassen:** Wir müssen wieder eine faire Balance finden zwischen Leistungsanforderung und Vergütung. Dass dies nicht tagesgenau und auf die zweite Stelle hinterm Komma exakt sein kann, weiß ich, und das ist auch völlig in Ordnung. Dafür haben wir eine Vertragspartnerschaft, die sich im Übrigen bei den jüngsten Honorarverhandlungen bewährt hat.

**Sie glauben demnach an eine Honorarreform, bei der es unter Haus- und Fachärzten nur Gewinner und keine Verlierer gibt?**

**Gassen:** Es wird natürlich schwer, es allen recht zu machen. Das Grundproblem ist das gedeckelte Budget. Das limitiert unsere Verteilungsoption. Wenn Sie im Bett liegen und die Decke ist zu kurz, können Sie immer an irgendeiner Ecke ziehen, ein Körperteil guckt raus und friert. Wir brauchen eine größere Honorardecke.

**Wie steht der KBV-Chef zum Thema Substitution? Sollen Ärzte ein paar ihrer Aufgaben an nicht-ärztliche Heilberufe abgeben?**



**Gassen:** Eine Substitution lehnen wir ab, sprechen uns aber für die Delegation aus. Manche argumentieren: Mensch, in diesen oder jenen Regionen gibt's keine Ärzte mehr. Dann ersetzen wir die doch durch wen auch immer. Das ist brandgefährlich! Und da meine ich nicht nur die Haftungsproblematik und die Gefahr von Behandlungsfehlern. Ich halte es für schwer nachvollziehbar, einen Flickenteppich zu schaffen: hier die Versorgung durch Ärzte, dort durch Substitutionskräfte. Wie wollen Sie da die Doktrin einer solidarisch finanzierten gesetzlichen Krankenversicherung aufrechterhalten, bei der alle den gleichen Beitrag zahlen und Anspruch auf eine Versorgungsstruktur haben?

**Passt ein kategorisches Nein zum Aufweichen des Arztvorbehalts in diese Zeit, in der alle über mehr Teamarbeit und Interdisziplinarität im Gesundheitswesen reden? Warum sollte sich die Fachkrankenschwester, um ein Beispiel zu nennen, nicht die Wunde eines Patienten anschauen und diese selber versorgen?**

**Gassen:** Das ist dann okay, wenn ein Arzt die Wunde zuvor gesehen, Ursache und Schwere festgestellt und einen Therapieplan erstellt hat, auf Basis dessen die Schwester den Patienten



versorgt. Ich hätte aber Bauchschmerzen, wenn die Pflegekraft die Wunde diagnostiziert, möglicherweise falsch, und behandelt.

**In Städten zu viele, auf dem Land zu wenige Ärzte! Stimmt diese Diagnose?**

**Gassen:** Das ist eine Fehldiagnose. In manchen Regionen haben wir drohende oder bereits bestehende Unterversorgung. Aber diese Regionen sind nicht immer ländlich geprägt. Es gibt auch eine drohende Unterversorgung in den urbanen Regionen. Die Stadt Hamburg ist ja gerade so ein Paradebeispiel, wo es immer wieder heißt: „Da gibt es zu viele Mediziner.“ Und in Schleswig-Holstein, da fehlen uns die Ärzte. Tatsächlich ist es so, dass etwa jeder dritte Patient, den Ärzte in Hamburg versorgen, aus dem Umland kommt. Wir haben also enorme Mitversorgereffekte.

**Kein Landarztproblem demnach?**

**Gassen:** Natürlich besteht hier Handlungsbedarf. Aber es ist sicherlich auch ein wenig Sozialromantik im Spiel, wenn man der Vorstellung anheim fällt, dass in jedem kleinen Dorf in Deutschland ein Landarzt sitzen muss, wenn es dort schon lange keinen Apotheker, keinen Friseur, keinen Metzger und auch keinen Bäcker mehr gibt. Die Entfernungen auf dem Land zur nächstgelegenen Hausarztpraxis werden zwangsläufig etwas größer. Dafür muss man sich innovative Konzepte überlegen, damit das Problem nicht zu sehr ausufert. ■

Das Interview führte Thomas Hommel.



# Au Backe Bundesbank

Die Ausgaben steigen, die Einnahmen hinken hinterher: Die Bundesbank rechnet mit klammen Krankenkassen. Kapitaldeckung, Kostenerstattung und Selbstbehalte sollen helfen. Doch mit Instrumenten der Privatversicherung treffen die Währungshüter den falschen Nerv, meint **Klaus Jacobs**.

**W**as die Deutsche Bundesbank sagt, hat in der Regel Gewicht. Das gilt nicht nur unmittelbar für die Geld- und Bankenpolitik, sondern auch darüber hinaus. Wenn sich etwa Bundesbank-Chef Jens Weidmann zur Höhe von Lohnabschlüssen äußert, ist ihm breite Aufmerksamkeit gewiss. Dass der Bundesbank in ökonomischen Fragen außerhalb ihres Kerngeschäfts auch in Zukunft Gehör geschenkt wird, setzt allerdings hinreichende Sachkompetenz voraus. Hieran muss bezüglich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) jedoch gehörig gezweifelt werden.

Wie kommt es zu dieser Einschätzung? In ihrem Monatsbericht vom Juli 2014 hat sich die Bundesbank gezielt mit der GKV beschäftigt. „Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung und Herausforderungen für die Zukunft“ ist ein rund 20-seitiges Kapitel überschrieben (*Monatsbericht der Bundesbank, siehe Lese- und Webtipps auf Seite 40*). Darin wird zunächst ein Blick auf „Grundzüge der GKV“ sowie „Grundtendenzen in den vergangenen zehn Jahren“ geworfen, bevor einige „ausgewählte Aspekte der Diskussion über die GKV“ näher beleuchtet sowie abschließend einige Handlungsempfehlungen an die Politik ausgesprochen werden. Den Bericht er-

gänzen zwei separate Textkästen, die zum einen der „Beziehung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung“ und zum anderen den „Finanzbeziehungen zwischen Gesundheitsfonds und Krankenkassen“ gewidmet sind.

**Korrektur Befund.** Was die Bundesbank zum Status quo der GKV in Bezug auf die Grundstrukturen und die Finanzlage ausführt, trifft überwiegend zu. Dazu zählt insbesondere auch der – wenn gleich hinlänglich bekannte – Befund, dass die beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder dauerhaft schwächer wachsen als die Ausgaben (*siehe Grafik „Lücke in der Kassenfinanzierung“ auf Seite 39*). Deshalb besteht für die Politik trotz der aktuell noch guten Finanzlage der GKV auch kein Grund, die Hände in den Schoß zu legen.

Wenn die Bundesbank aufgrund der Wachstumsschwäche der Beitragsbasis der GKV „perspektivisch entweder höhere Beitragssätze oder erneute diskretionäre Einschränkungen im Leistungsrecht“ für absehbar hält, könnte sie damit durchaus recht behalten. Doch es gibt sehr wohl noch andere Maßnahmen, um das Problem in den Griff zu bekommen. Genau hier liegt das zentrale Problem der Bundesbank-Analyse: weniger bei dem,

was zum Status quo der GKV ausgeführt ist, sondern vor allem bei dem, was fehlt. Das betrifft aber nicht nur finanzierungsseitige Reformoptionen zur längerfristigen Stabilisierung der Beitragssätze, sondern gilt in ganz besonderem Maße für die Instrumente der Leistungs- und Ausgabensteuerung.

**Einzelverträge nicht im Banker-Blick.** Das ist wahrscheinlich das Bemerkenswerteste an der gesamten Bundesbank-Analyse: Ein zentrales Merkmal der GKV, die überwiegend vertragsbasierte Leistungs- und Ausgabensteuerung zur Beeinflussung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung, spielt in der Wahrnehmung der Bundesbanker offenbar so gut wie überhaupt keine Rolle. Eine einzige Ausnahme gibt es insoweit, als im Abschnitt über „Maßnahmen zur Ausgabenkontrolle“ im Kontext Arzneimittel darauf verwiesen wird, dass die Kassen „in Verhandlungen mit den Arzneimittelherstellern zusätzliche kassenspezifische Rabatte aushandeln (konnten)“. Doch ansonsten: Erfahrungen und Perspektiven des Wettbewerbs durch selektivvertragliche Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern? Völlige Fehlanzeige im GKV-Modell der Bundesbank-Experten!

Dabei fordern viele Gesundheitsexperten schon seit Langem, der seit Einführung von freier Kassenwahl und Risikostrukturausgleich in den 1990er Jahren eingeleiteten Wettbewerbsorientierung der GKV mehr Substanz zu verleihen, indem den Kassen, Ärzten und Kliniken größere Freiräume zur gezielten Versorgungsgestaltung eingeräumt werden. Seit gut zehn Jahren ist die Politik dieser Forderung durchaus ein Stück gefolgt – wenngleich oftmals eher widerwillig statt überzeugt, eher zögerlich statt konsequent und in der Umsetzung eher widersprüchlich statt konsistent. Dennoch gibt es einige hoffnungsvolle Entwicklungen bei den vorhandenen Selektivvertragsoptionen, speziell bei der Integrierten, der hausarztzentrierten und der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung.

**Gesundheitsweise setzen auf Vertragswettbewerb.** Zwar halten die Entwicklungen in Deutschland noch lange nicht Schritt mit den vorwiegend vertragswettbewerblichen Managed-Care-Modellen in der Krankenversicherung der Schweiz. Dort ist mittlerweile über die Hälfte der Versicherten freiwillig in spezielle Versorgungsformen eingeschrieben, bei denen im Durchschnitt – je nach Modell – Kosteneinsparungen in einer Größenordnung von rund fünf bis nahezu 20 Prozent realisiert werden (siehe Beck unter Lese- und Webtipps). Doch ist auch bei uns das entsprechende Potenzial längst erkannt. So fordert etwa der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen vom Gesetzgeber „mehr Vertragsfreiheit und weniger staatliche Regulierung“ ein (siehe Sondergutachten des Sachverständigenrates von 2012 unter Lese- und Webtipps).

Inwieweit die gegenwärtige Bundesregierung dieser Empfehlung folgt, ist zurzeit noch nicht abzusehen. In ihrem Koalitionsvertrag ist immerhin die Absicht formuliert, bestehende

Hemmnisse bei der Umsetzung von Selektivvertragsmodellen zu beseitigen. Selbst im bislang vollkommen wettbewerbsfreien Krankenhausbereich könnte es demnächst Selektivverträge für planbare Leistungen geben („elektiv wird selektiv“) – etwa beim Einsatz künstlicher Hüft- und Kniegelenke. Auch wenn die angedachten Rahmenbedingungen hierfür noch überaus restriktiv erscheinen, könnte dies gleichwohl ein erster wichtiger Schritt sein, um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung im Interesse aller Versicherten und Beitragszahler gezielt weiter zu verbessern.

**Direktverträge steuern die Versorgung.** Wie wesentlich die vertragsbasierte Versorgungssteuerung grundsätzlich ist – ganz abgesehen von zusätzlichen Potenzialen ihrer dezidiert wettbewerblichen Ausgestaltung –, ist nicht zuletzt auch den Kennern der privaten Krankenversicherung (PKV) bewusst. Vor zehn Jahren hat die aus namhaften Experten aus Wissenschaft und Praxis des privaten Versicherungswesens gebildete Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts einen bemerkenswerten Bericht vorgelegt. Dort heißt es unter der Überschrift „Managed Care“ in Bezug auf die PKV: „Der Versicherer hat keine direkten Vertragsbeziehungen mit dem Leistungserbringer und kann demnach auf Qualität oder Menge der medizinischen Leistungen keinen Einfluss nehmen; auch die mengenorientierten

Vergütungsstrukturen kann er durch Verträge mit den Leistungserbringern nicht ändern, weil die entsprechenden Gebührenordnungen unabdingbar sind. Im Gegensatz zur GKV steht der PKV damit kein rechtliches Instrumentarium zur Verfügung, um auf die Kostensteigerungen Einfluss zu nehmen.“

Damit hat die Kommission ausdrücklich festgestellt, dass in der Existenz beziehungsweise Nichtexistenz direkter Vertragsbeziehungen zwischen den Krankenversicherungen und den Leistungserbringern ein grundlegender Systemunterschied zwischen der GKV und der PKV besteht. Während die GKV damit vom Grundsatz her über ein eigenständiges Instrumentarium der gezielten Leistungs- und Ausgabensteuerung verfügt, ist die PKV im Prinzip dazu verdammt, Kostensteigerungen weitgehend tatenlos zuzusehen und ihre Prämien entsprechend fortlaufend zu erhöhen. Dies ist der Bundesbank offenbar vollkommen verborgen geblieben. Und so reduziert sie die (von ihr wahrgenommenen) Systemunterschiede zwischen GKV und PKV weitgehend auf die vergleichsweise weniger bedeutsame Frage der Existenz von Kapitaldeckung bei der Finanzierung.

**Dürftige Aussagen zum Kassenwettbewerb.** Wenn die Bundesbank die Existenz direkter Vertragsbeziehungen zwischen Krankenversicherungen und Leistungsanbietern aber schon generell nicht für wesentlich hält, kann sie hierin logischerweise auch keinen Anknüpfungspunkt für sinnvolle Wettbewerbsperspektiven erkennen. Entsprechend dürftig fallen ihre Aussagen zum Kassenwettbewerb aus. Das gilt zum Beispiel für den zweiten Teil der Aussage zum Risikostrukturausgleich (RSA),

Das beste Rezept für eine gute Versorgung übersieht die Bundesbank: mehr Vertragsfreiheit für die Kassen.

wonach dieser Anreize zur Risikoselektion in der GKV verringern und „damit den wettbewerbsfördernden Kassenwechsel unabhängig vom jeweiligen Gesundheitszustand erleichtern (soll)“. Mit etwas gutem Willen könnte man das vielleicht noch als unglückliche Formulierung ansehen – zum Beispiel bei der Hausarbeit eines Mediziners in einem gesundheitsökonomischen Seminar. Legt man jedoch strengere Maßstäbe an, muss der Sinn dieser Aussage grundlegend hinterfragt werden.

**Ziel des Risikostrukturausgleichs verkannt.** Der RSA – technischer Kern der solidarischen Wettbewerbsordnung der GKV (siehe Cassel et al. unter *Lese- und Webtipps*) – soll in der Tat Beitragsatzverzerrungen aufgrund unterschiedlicher „Solidarlasten“ einzelner Kassen ausgleichen und damit zugleich Anreize zur Risikoselektion reduzieren. Aber doch nicht etwa mit dem primären Ziel, Kassenwechsel auch von Kranken zu erleichtern, sondern um die Wettbewerbsaktivitäten der Kassen vorrangig auf die Verbesserung der Gesundheitsversorgung auszurichten. Ob und gegebenenfalls wie viele Versicherte – gesunde wie kranke – dann ihre Kasse wechseln, ist demgegenüber nachrangig und keineswegs ein geeigneter Indikator dafür, ob der Wettbewerb im Gesamtinteresse der GKV funktioniert.

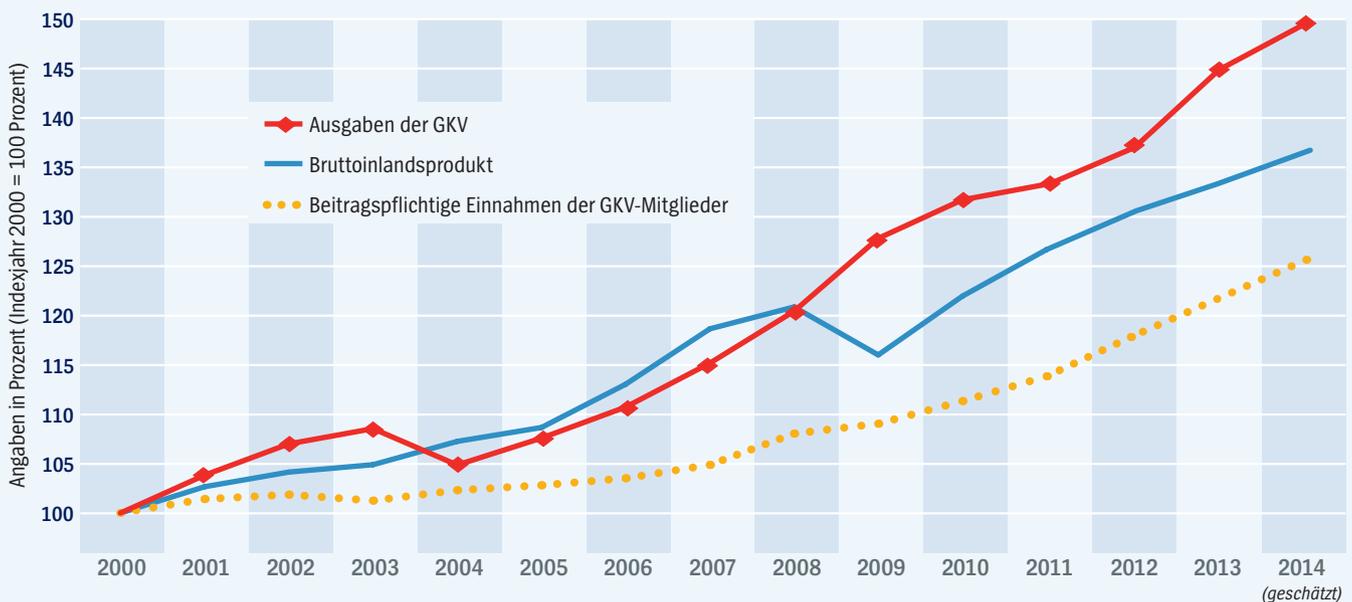
Ein noch so intensiver, angesichts unzureichender Handlungsparameter jedoch weithin inhaltsleerer Wettbewerb würde vielmehr die ohnehin schon verbreitete Wettbewerbskepsis

vieler Akteure noch weiter fördern und damit dem Wettbewerbsgedanken grundsätzlich sogar eher schaden. Das gilt in besonderem Maße, solange die Preissignale im Kassenwettbewerb – also die künftigen Unterschiede bei Zusatzbeiträgen – aufgrund noch bestehender „Unwuchten“ im Risikostrukturausgleich nicht hinreichend unverzerrt sind. Vor diesem Hintergrund relativiert sich aber auch die Kritik der Bundesbank an der künftig einkommensabhängigen (prozentualen) Ausgestaltung der Zusatzbeiträge, die damit begründet wird, dass sich der Kassenwettbewerb dadurch „weniger intensiv“ gestalten werde. Diese Sicht blendet aus, dass bei der jetzigen (pauschalen) Ausgestaltung der Zusatzbeiträge – von der Sondersituation übervoller Kassen einmal abgesehen – „allzu einseitig der Preis- den Qualitätswettbewerb (dominiert)“, wie es der Sachverständigenrat Gesundheit in seinem Sondergutachten 2012 formuliert hat.

**Übernachfrage spielt keine Rolle.** Wenn schon die Analyse nicht viel taugt, kann auch in Bezug auf die Empfehlungen nicht viel erwartet werden. Was die Bundesbank der Politik als Maßnahmen zur Ausgabensteuerung empfiehlt, ist jedoch nur noch als grotesk zu bezeichnen. Da wird doch tatsächlich wieder einmal der Mythos des speziell aus der Versicherungslehre bekannten Phänomens des „Moral Hazard“ bemüht und lehrbuchhaft ausgeführt, dass bei „einer Versicherung, bei der die Inanspruchnahme ohne individuelle Kostenbeteiligung und ohne strikte

## Lücke in der Kassenfinanzierung

Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), des Bruttoinlandsprodukts und der beitragspflichtigen Einnahmen



Das Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder ist im Zeitverlauf deutlich hinter den Kassen-Ausgaben zurückgeblieben. Diese entwickelten sich – mit Ausnahme des Krisenjahres 2009 – mehr oder weni-

ger parallel zum Bruttoinlandsprodukt. Setzt sich diese Entwicklung unverändert fort, müssen die Kassen ihre Zusatzbeiträge künftig regelmäßig erhöhen.

Quelle: WIdO nach BMG, Destatis, BVA-Schätzerkreis und Bundesregierung



Höhere Zuzahlung,  
mehr Selbstbehalt?  
Das macht  
wenig Sinn!

Überprüfung der erbrachten Leistungen erfolgt, (...) die Gefahr einer übermäßigen Nachfrage (besteht), insbesondere wenn die Leistungsanbieter einen starken Einfluss auf diese ausüben können.“ Als wenn die „Übernachfrage“ der Patienten tatsächlich eine relevante Rolle spielte! Da 80 Prozent der Leistungsausgaben auf 20 Prozent der Versicherten mit ernsthaften akuten und chronischen Krankheiten entfallen, kann die patientenseitige Steuerung des Versorgungsgeschehens keine große Wirkung erzielen – von der Bedeutung der Informationsasymmetrie zwischen Arzt und Patient ganz abgesehen (*siehe Jacobs/Kip/Schulze sowie Reiners unter Lese- und Webtipps*).

**Empfohlene Steuerungsinstrumente untauglich.** Der GKV mit der Einführung von Kostenerstattung und Selbstbehalten ausgerechnet das in seiner Wirkung weithin untaugliche Steuerungsinstrumentarium der PKV anzusehen, während dort – wie oben ausgeführt – gleichzeitig neidvoll auf die weit wirksameren vertragsbasierten Steuerungsstrukturen der GKV geschaut wird, kann nur noch Kopfschütteln verursachen. Um nicht missverstanden zu werden: Hier soll keineswegs pauschal gegen Selbstbeteiligungen aller Art plädiert und schon gar nicht der Einschätzung widersprochen werden, dass die ersatzlose Abschaffung der Praxisgebühr in der vergangenen Legislaturperiode vorschnell und allein wahltaktischem Kalkül geschuldet war. Nur: Die maßgeblichen Einflussfaktoren für die Leistungs- und Ausgabenentwicklung der GKV liegen wahrlich an anderer Stelle, weshalb es folglich auch grundsätzlich anderer Steuerungsstrukturen bedarf.

**Geringer Einnahmenschwund durch Rente mit 63.** Enttäuschend sind aber auch die finanzierungsseitigen Reformperspektiven, die die Bundesbank eröffnet. Zwar hat sie das zentrale Problem der Wachstumsschwäche der GKV-Beitragsbasis richtig erkannt, doch greift die Fokussierung auf rentenrechtliche Anpassungen bei der Skizzierung von Lösungswegen entschieden zu kurz. So ist etwa der konkret angesprochene jüngste Beschluss zur (Wieder-)Einführung der abschlagsfreien Rente mit 63 in diesem Kontext von absolut marginaler Bedeutung. Selbst bei einer umfangreichen Inanspruchnahme dieser Regelung dürfte sich die daraus resultierende Verminderung der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV lediglich in einem niedrigen einstelligen Promillebereich bewegen.

**Klare Regeln für den Steuerzuschuss.** Wenn wirklich dauerhaft verhindert werden soll, dass Zuwächse der GKV-Ausgaben im Ausmaß der Entwicklung der allgemeinen Wirtschaftskraft unvermeidlich zu Beitragssatzsteigerungen führen – künftig bei den kassenindividuellen Zusatzbeiträgen –, sind andere Maßnahmen erforderlich als nur Anpassungen beim Rentenrecht. Dass sich dabei der als vermeintlicher Königsweg angesehene Ausbau der Steuerfinanzierung der GKV rasch als allzu „unsicherer Kantonist“ erwiesen hat, moniert auch die Bundesbank. Deshalb hatte sie bereits in ihrem Monatsbericht vom März 2014 eine klare Regelbindung für den Bundeszuschuss zur GKV vorgeschlagen. Wenigstens in diesem Punkt ist ihr uneingeschränkt zuzustimmen, doch ansonsten für die Zukunft deutlich mehr Zurückhaltung zu empfehlen, wenn sie sich mit Fragen außerhalb ihres unmittelbaren Kompetenzbereichs befasst. ■

**Prof. Dr. Klaus Jacobs** ist Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (Wido). **Kontakt: Klaus.Jacobs@wido.bv.aok.de**

#### Lese- und Webtipps

- Konstantin Beck: **Wettbewerbserfahrungen aus der Schweiz.** In: Klaus Jacobs, Sabine Schulze (Hrsg.): Die Krankenversicherung der Zukunft. Anforderungen an ein leistungsfähiges System, KomPart-Verlag, Berlin 2013, Seite 241–262.
- Deutsche Bundesbank: **Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung und Herausforderungen für die Zukunft,** in: Monatsbericht Juli 2014, Seite 31–51; Download unter: [www.bundesbank.de](http://www.bundesbank.de) > Veröffentlichungen
- Dieter Cassel, Klaus Jacobs, Christoph Vauth, Jürgen Zerth (Hrsg.): **Solidarische Wettbewerbsordnung.** Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung, medhochzwei Verlag, Heidelberg 2014.
- Klaus Jacobs, Carolin Kip, Sabine Schulze: **Mehr Kostenerstattung in der GKV?** Auswirkungen auf Kostentransparenz und Inanspruchnahmeverhalten – Wunsch und Wirklichkeit. G+G Wissenschaft 4/2010, Seite 17–26; Download unter: [www.wido.de/g\\_g\\_wissenschaft.html](http://www.wido.de/g_g_wissenschaft.html)
- Hartmut Reiners: **Mythen der Gesundheitspolitik,** 2., vollständig überarbeitete Auflage, Verlag Hans Huber, Bern 2011.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: **Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung.** Sondergutachten 2012, Verlag Hans Huber, Bern 2012; Download unter: [www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de) > Gutachten > Sondergutachten 2012.

# Ein Land, zwei Systeme?



**Die Kritik** am Nebeneinander von privater und gesetzlicher Krankenversicherung wird immer lauter. Doch wo genau liegen die Schwächen der beiden Systeme? Und wie könnte der Versicherungsmarkt von morgen aussehen?

**Antworten** liefert der Sammelband „Die Krankenversicherung der Zukunft“ des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). Autoren wie Klaus Jacobs, Heinz Rothgang oder Stefan Greß nehmen darin die strukturelle Einnahmeschwäche der gesetzlichen Kassen ebenso unter die Lupe wie etwa die mangelnde Fähigkeit der privaten Assekuranz, die Versorgungsqualität durch Verträge zu steuern.

**Knapp 300 Seiten** Analyse, rund 40 Tabellen und viele Lesetipps zu **dem** gesundheitspolitischen Zukunftsthema. Für alle, die mitreden wollen.

**Die Krankenversicherung der Zukunft**  
Anforderungen an ein leistungsfähiges System  
Klaus Jacobs und Sabine Schulze (Hrsg.)  
288 Seiten, Broschur, 17,80 Euro zzgl. 2,50  
Euro Verpackung und Versand  
ISBN: 978-3-940172-31-0

Die WIdO-Reihe im KomPart-Verlag

## Ja, ich bestelle ...

**Die Krankenversicherung der Zukunft**  
Anforderungen an ein leistungsfähiges System

— **Exemplar(e) zum Preis von 17,80 Euro**  
(zzgl. 2,50 Euro Verpackung und Versand)

**Die Krankenversicherung der Zukunft**  
Anforderungen an ein leistungsfähiges System  
Klaus Jacobs und Sabine Schulze (Hrsg.)  
288 Seiten, Broschur  
ISBN: 978-3-940172-31-0

**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

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC

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

# Kein Extrageld für Klinik-Ambulanz

Krankenhaus-Ambulanzen können für ihre Notfall-Behandlung in der Sprechstundenfreien Zeit von Vertragsärzten kein höheres Honorar verlangen als Mediziner im organisierten ärztlichen Notdienst. Strukturdefizite im Notfalldienst können nicht über die Vergütung gelöst werden, entschied das Bundessozialgericht. **Von Anja Mertens**

Urteil vom 2. Juli 2014  
– B 6 KA 30/13 R –  
Bundessozialgericht

**In dem Fall**, der dem Bundessozialgericht (BSG) zur Entscheidung vorlag, war zwischen einem Krankenträger und einer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) strittig, ob das Honorar für Notfallbehandlungen in der Klinik-Ambulanz richtig festgesetzt worden ist. Mit Bescheid vom 20. November 2008 setzte die KV das Honorar für das Quartal II/2008 in Höhe von 120.600 Euro fest. Der Berechnung lagen die Gebührenordnungspositionen 01210 bis 01218 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen (EBM) zugrunde, welche die Leistungen der Vertragsärzte im organisierten Notfalldienst sowie der nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Institutionen, insbesondere der Krankenhäuser beschreiben und bewerten. Gegen den Honorarbescheid legte die Klinik Widerspruch ein. Sie war der Auffassung, es müssten zusätzlich die Gebührenpositionen 01100 und 01111 EBM angesetzt werden, nach denen der besondere Aufwand eines Vertragsarztes bei der Inanspruchnahme außerhalb der regulären Sprechstunde abgegolten werde. Zusätzlich seien noch die chirurgischen Grundpauschalen (Nummern 07210 bis 07212 EBM) zu vergüten.

## Sicherstellungsauftrag nicht erfüllt.

Nachdem Widerspruch, Klage und Berufung des Klinikträgers erfolglos blieben, legte er Revision beim BSG ein. Die beklagte KV sei ersichtlich nicht in der Lage, ihren Sicherstellungsauftrag vor Ort auch zu den Sprechstundenfreien

Zeiten zu erfüllen. Etwa 50 Prozent der Notfall-Leistungen würden nicht von Vertragsärzten, sondern von den Krankenhaus-Ambulanzen angeboten. Die Inanspruchnahme von Kliniken in Sprechstundenfreien Zeiten sei zu einer Art Regelversorgung geworden. Es wäre ein zweiter Versorgungsbereich entstanden. Dies rechtfertige eine generelle vergütungsmäßige Gleichstellung der Notfallambulanzen mit vertragsärztlichen

**An der ambulanten Versorgung dürfen sich Kliniken nur mit akuten Notfallleistungen beteiligen.**

Praxen. Im Übrigen sei die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser ungünstiger als die der Vertragsärzte im organisierten Notfalldienst. Im Unterschied zu den Vertragsärzten hätten sie laufende Vorhaltekosten, unabhängig davon, ob ihre Leistungen tatsächlich in Anspruch genommen würden. Bei vertragsärztlichen Praxen sei dies anders: Der Arzt, der nicht in Anspruch genommen würde, erhalte keine Vergütung. Ihm seien aber auch keine Kosten entstanden. Um diesen strukturellen Nachteil auszugleichen, müssten die Notfall-Leistungen der Krankenhäuser höher als die der Vertrags-

ärzte vergütet werden. Anders als Krankenhäuser seien Ärzte nicht mit den Kosten des Notdienstes vor allem für Räume und Hilfspersonal belastet.

Das BSG folgte der Argumentation der Klinik nicht und wies die Revision zurück. Zwar sei richtig, dass Notfallbehandlungen in Klinik-Ambulanzen nicht schlechter als die entsprechenden Leistungen der Ärzte im organisierten Notfalldienst honoriert werden dürften. Dennoch habe die Klinik keinen Anspruch darauf, nach Positionen vergütet zu werden, welche die besonderen Leistungen von Vertragsärzten außerhalb der Sprechstundenzeit abgelten. Denn Kliniken dürften weder reguläre vertragsärztliche Behandlungen vornehmen noch Sprechstunden anbieten. Allein deshalb scheidet die Abrechnung von sogenannten Unzeitzuschlägen von vornherein aus. Außerdem enthalte der EBM (Nummern 01210 bis 01218) detaillierte Hinweise für die Abrechnung des organisierten Notfalldienstes.

Chirurgische Grundpauschalen könne die Klinik ebenfalls nicht berechnen. Auch dies ergebe sich aus dem EBM und dem begrenzten Behandlungsspektrum in der Notfallversorgung. Die Pauschalen in den einzelnen fachärztlichen Bereichen deckten den typischen Behandlungsbedarf für die reguläre vertragsärztliche Versorgung eines Versicherten im gesamten Quartal ab und ließen sich deshalb nicht von vornherein für eine punktuelle Notfallversorgung berechnen.

## TIPP FÜR JURISTEN



Aktuelle Rechtsprechung zum Vergaberecht, europarechtliche Anforderungen an Vergabeverfahren – diese und weitere Themen behandelt die Tagung „**Brennpunkt Vergaberecht**“. Sie findet vom 4. bis 6. November in Düsseldorf statt. Veranstalter ist Euroforum. Mehr Infos: [www.euroforum.com](http://www.euroforum.com) > **Veranstaltungen** > **Recht**

## Gesetz gibt Behandlungsspektrum vor.

Zugleich verwies das BSG auf Paragraf 76 Absatz 1 Satz 2 Sozialgesetzbuch V. Danach dürften Kliniken bis auf die dort angesprochene Notfallbehandlung und gegebenenfalls erteilten besonderen Ermächtigungen keine vertragsärztlichen Leistungen erbringen. Ihnen sei es nicht erlaubt, akute Fälle in Zeiten zu behandeln, in denen Arztpraxen offenstünden. Die ambulante vertragsärztliche Versorgung habe nach dem Gesetz Vorrang. Allein der Wunsch eines Versicherten, innerhalb der üblichen ärztlichen Sprechstundenzeiten im Krankenhaus ambulant behandelt zu werden, stelle keinen Notfall dar. Das Gesetz beschränke die Notfallbehandlung auf akute Fälle während der Sprechstundenfreien Zeit.

**Vorhaltekosten unerheblich.** Zugleich ließ das BSG das Argument der Vorhaltekosten nicht gelten. Es könne keine Ungleichbehandlung darin gesehen werden, dass Krankenhäuser aus ihrem Honorar ihre sächlichen und personellen Kosten der Notfallversorgung bestreiten müssten. Das gelte auch – anders als der Kläger meine – für den organisierten vertragsärztlichen Notfalldienst. Böten Praxen einen Notfalldienst an, müsse die KV die Kosten der dafür erforderlichen Ausstattung aus der Gesamtvergütung aufbringen. Ob dies über einen Vorwegabzug erfolge und damit von allen Vertragsärzten finanziert werde, oder in erster Linie die Ärzte, die am Notdienst teilnehmen, die Kosten über eine Umlage aufbringen, spiele unter dem Aspekt der Gleichbehandlung von Notfallambulanzen der Kliniken und vertragsärztlichen Notfallpraxen keine Rolle. ■

**Kommentar:** In der Notfallversorgung können nur solche ärztlichen Behandlungsmaßnahmen ergriffen werden, die in der jeweiligen gesundheitlichen Situation des Versicherten unverzichtbar sind. Die Leistungen der Vertragsärzte im organisierten Notfalldienst sowie der nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Institutionen sind rechtlich klar geregelt, ebenso deren Berechnung. Für Strukturprobleme muss der Gesetzgeber eine Lösung finden.

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

	INHALT	AKTUELLER STAND	
<b>DATENSCHUTZ</b>	Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Bundesdatenschutzgesetzes – Stärkung der Unabhängigkeit der Datenschutzaufsicht im Bund durch Errichtung einer obersten Bundesbehörde, Bundesrats-Drucksache 395/14	Umsetzung europarechtlicher Anforderungen; rechtlicher Status des/der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit als eigenständige und unabhängige Bundesbehörde; weder Rechtsaufsicht durch die Bundesregierung noch Dienstaufsicht durch das Bundesinnenministerium; ausschließlich unter parlamentarischer und gerichtlicher Kontrolle; Wahl des/der Bundesbeauftragten durch den Bundestag; Vereidigung durch Bundespräsident/in; Dienstsitz in Bonn.	Das Bundeskabinett hat am 27.8.2014 beschlossen, den Gesetzentwurf in die parlamentarische Beratung einzubringen.
<b>GESUNDHEITSBERUFE</b>	Entwurf eines Gesetzes über den Beruf des Operationstechnischen Assistenten und zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, Bundestags-Drucksache 18/1581	Regelung der Ausbildungs- bzw. Tätigkeitsvoraussetzungen für die Erteilung der Berufsbezeichnung „Operationstechnischer Assistent“ (OTA); Dauer der Ausbildung: drei Jahre (Vollzeitform) oder höchstens fünf Jahre (Teilzeitform); staatliche Prüfung als Abschluss der Ausbildung; Finanzierung der Ausbildung durch die Krankenkassen.	Der Bundesrat hat am 11.4.2014 beschlossen, den Gesetzentwurf erneut in die parlamentarische Beratung einzubringen.
<b>PFLEGE</b>	Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Leistungsausweitung für Pflegebedürftige, Pflegevorsorgefonds (Fünftes SGB XI-Änderungsgesetz, 5. SGB XI-ÄndG), Bundestags-Drucksache 18/1798	Erste Stufe: Anhebung des Beitragssatzes zum 1.1.2015 um 0,3 Prozent und im Laufe der Wahlperiode um weitere 0,2 Prozent; Erhöhung der Leistungsbeträge um 4 Prozent (2,67 Prozent für die mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz neu eingeführten Leistungen); Ausbau der Unterstützungsleistungen (Kurzzeit-, Verhinderungs- sowie Tages- und Nachtpflege); zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen (z. B. für Hilfe im Haushalt); Erhöhung der Zahl von Betreuungskräften in Pflegeheimen; Aufbau eines Pflegevorsorgefonds. Zweite Stufe: neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff ab 2017.	Erste Lesung im Bundestag war am 4.7.2014. Der Bundesrat hat am 11.7.2014 Stellung genommen.
<b>RETTUNGSDIENST</b>	Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) – Gesetzliche Krankenversicherung – Bundestags-Drucksache 18/1289	Herausnahme des Rettungsdienstes (Notfallrettung, qualifizierter Krankentransport) aus dem Leistungsbereich Fahrkosten (Paragraf 60 SGB V) und Regelung als eigenständiger Leistungsbereich; Möglichkeit der landesrechtlichen Einbeziehung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes in das System der Rettungsleitstellen.	Der Bundesrat hat am 14.3.2014 beschlossen, den Gesetzentwurf erneut in die parlamentarische Beratung einzubringen.

Stand: 5.9.2014



## Internet-Tipp

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

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

## RHEINLAND/HAMBURG

## Neue Wege zur Selbsthilfe

Die AOK Rheinland/Hamburg, die AOK NordWest und weitere Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen wollen der Selbsthilfe im Land zu mehr Aufmerksamkeit verhelfen. Dazu haben sie zusammen mit der Agentur „Die Werb tätigen“ ein neues Projekt entwickelt, zu dem auch die Internet-Seite [www.vernetz dich.de](http://www.vernetz dich.de) gehört. Vorrangiges Ziel ist, möglichen Berührungspunkten mit dem Thema entgegenzuwirken und junge Menschen mit der Selbsthilfe in Kontakt zu bringen. Das Projekt basiert auf einer neuen visuellen und sprachlichen Darstellung, die durch direkte, plakative Sprache eine Auseinandersetzung mit Erkrankungen erreichen soll. Besucher der Homepage können sich dort umfassend über das Thema Selbsthilfe informieren und nach Gruppen oder Ansprechpartnern in der Nähe ihres Wohnortes recherchieren. Grundlage ist eine stets aktuelle Datenbank, die von der KOSKON (Koordination für Selbsthilfe in NRW) zur Verfügung gestellt wird.



Beim Thema Selbsthilfe haben gerade junge Menschen mitunter Berührungspunkte – ein neues Projekt wirkt dem entgegen.

Sollten Betroffene keine passende Selbsthilfegemeinschaft finden, besteht die Möglichkeit, sich über eine eigene Gruppenneugründung zu informieren. ■

## SACHSEN-ANHALT

## Bessere Vorsorge für Kinder

Die AOK Sachsen-Anhalt hat ihre Vorsorgeuntersuchungen für Kinder um die U10, die U11 und die J2 erweitert. Die

erweiterten Vorsorgeuntersuchungen U10 und U11 würden helfen, Entwicklungsstörungen früh zu erkennen, teilte die Gesundheitskasse mit. Zudem würde die Lücke zur J1-Untersuchung geschlossen. Bei der sogenannten J2 handelt es sich um die letzte Vorsorgeuntersuchung vor dem Erwachsenenalter. Hier kann der Jugendliche auch ohne Eltern ein offenes Gespräch mit dem Jugendarzt führen. Die Abrechnung sei einfach und unkompliziert, hieß es weiter. ■

## SACHSEN/THÜRINGEN

## Konzept gegen Facharztmangel

In Thüringen haben AOK PLUS, Kassenärztliche Vereinigung (KVT), Landesärztekammer (LÄKT) und Landeskrankenhausgesellschaft (LKG) gemeinsam ein bundesweit einmaliges Konzept gegen den drohenden Facharztmangel vorgelegt. Ziel des Programms „Schlau für Thüringen“ sei es, zusätzliche Mediziner in dringend benötigten Facharztgruppen auszubilden. Dafür sollen zusätzliche Stellen eingerichtet werden, um den wachsenden Bedarf frühzeitig durch eigene Ausbildung und damit Bindung an Thüringen zu decken. Ein solches Engagement sei insbesondere deshalb sinnvoll, weil etwa 25 Prozent der in Thüringen niedergelassenen Augenärzte und 26 Prozent der Kinderärzte 60 Jahre und älter seien. Um das Konzept auf breite Füße zu stellen, sei es jedoch nötig, dass das Land ebenfalls Verantwortung für die Sicherung der ärztlichen Versorgung übernehme, betonten die Initiatoren in einem Brief an Thüringens Sozialministerin **Heike Taubert**. ■

## AOK aktuell

### Männer nutzen selten Angebote zur Früherkennung

Männer in Westfalen-Lippe sind beharrliche Vorsorgemuffel. Das geht aus einer aktuellen Auswertung der AOK NordWest hervor. Danach nahm nur etwa jeder vierte Mann über 45 Jahren (23,3 Prozent) im vergangenen Jahr an der Krebsfrüherkennung teil. Bei den Frauen lag der Anteil deutlich höher. Hier nutzten immerhin 40,4 Prozent die Früherkennungsuntersuchung ab dem Alter von 20 Jahren. „Wir appellieren an die Bevölkerung, die kostenfreien Früherkennungsuntersuchungen der gesetzlichen Krankenkassen noch besser zu nutzen. Die Vorsorge ist nichts Schlimmes und erhöht die Sicherheit. Denn wenn Krebs frühzeitig erkannt wird, bestehen gute Heilungschancen“, sagte AOK-Vorstandsvorsitzender **Martin Litsch**. Aktuelle Zahlen des Krebsregisters Nordrhein-

Westfalen zufolge wurden in Westfalen-Lippe im Jahr 2011 insgesamt 49.443 Krebs-Neuerkrankungen sowie 22.773

Todesfälle erfasst. Männer ab einem Alter von 50 Jahren haben zum Beispiel einmal im Jahr Anspruch auf Untersuchungen zur Darmkrebsvorsorge. Dazu wird eine Tastuntersuchung des Enddarms und ein Schnelltest auf verborgenes Blut im Stuhl vorgenommen. Im Alter von 55 Jahren besteht dann die Wahlmöglichkeit zwischen zwei Darmspiegelungen im Abstand von zehn Jahren oder alle zwei Jahre ein weiterer Schnelltest. ■



## Kostenerstattung zu 100 Prozent

Die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland übernimmt für ihre Versicherten ab sofort 100 Prozent der Kosten für Leistungen der künstlichen Befruchtung. Die gesetzlich festgeschriebene Kostenbeteiligung liegt bei 50 Prozent. In Deutschland gibt es viele Menschen, die in einer Partnerschaft leben, gerne Kinder hätten und deren Kinderwunsch aus medizinischen Gründen unerfüllt bleibe. Aus Sicht der Gesundheitskasse verdienten diese Paare umfassende Unterstützung, hieß es. Gute Neuigkeiten hält die Gesundheitskasse auch für Familien bereit: Die AOK übernimmt die Kosten für die drei zusätzlichen Vorsorgeuntersuchungen U10, U11 und J2, die sich an Kinder im Schulalter richten. Komplettiert wird das neue Leistungspaket durch Osteopathieleistungen für Kinder und Jugendliche. Dieses ganzheitliche Therapieverfahren biete eine große Bandbreite gesundheitsförderlicher Möglichkeiten und komme ohne Medikamente sowie Apparate aus, so die Gesundheitskasse. **Dr. Irmgard Stippler**, Vorstandsvorsitzende der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, nannte die neuen, erweiterten Leistungsangebote ein „deutliches Plus“ für junge Familien. ■

## HESSEN

### Förderpaket für junge Kickerinnen

Mit einem Förderpaket in Höhe von mehr als 40.000 Euro unterstützt die AOK Hessen auch dieses Jahr junge Fußballerinnen. Die gemeinsame



Strahlemann: Die Gesundheitskasse Rheinland-Pfalz/Saarland übernimmt ab sofort 100 Prozent der Kosten für die künstliche Befruchtung – gesetzlich vorgeschrieben sind lediglich 50 Prozent.

Aktion mit dem Hessischen Fußball-Verband steht unter dem Motto „Mehr Mädchen auf den Rasen!“ und ist mittlerweile drei Jahre alt. Sie soll Clubs mit Ausstattung, Geld und Know-how in ihrer Mädchenarbeit unterstützen. Regelmäßiges Kicken im Verein sei, so die Gesundheitskasse, die beste Prävention für Kinder und Jugendliche. Der Schwerpunkt liegt auf den qualitativen Elementen, die Bestandteil des so genannten Premium-Paketes sind. Dazu gehören ein Mentoring-Programm sowie diverse Fortbildungen für die Trainer. Jeder Verein bekommt außerdem einen Trikotsatz sowie einen Zuschuss in Höhe von 500 Euro. Darüber hinaus sponsert die AOK Hessen die B-Juniorinnen in der Hessenliga und den Gruppenligen. Unter den geförderten Vereinen sind kleine und mittelgroße Clubs aus allen Regionen Hessens, darunter in diesem Jahr die JSG Ostkreis aus dem Raum Marburg, der SSV 1921 Bischoffen (Lahn-Dill-Kreis) sowie der SV Phönix Düdelsheim in Büdingen. ■

## BADEN-WÜRTTEMBERG

### Kinzigal zieht positive Bilanz

Der 2005 von der AOK Baden-Württemberg und der Opti-Medis AG geschlossene Vertrag zur Integrierten Versorgung (IV) Gesundes Kinzigal soll ab dem 1. Januar 2016 unbefristet fortgesetzt und inhaltlich weiterentwickelt werden. „Wir möchten dem neuen Vertrag zusätzliche Innovationsimpulse geben. Hierzu gehört die direkte Verbindung der Integrierten Versorgung im Kinzigal mit den erfolgreichen landesweiten AOK-Verträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung und zu den Facharztprogrammen“, sagte **Dr. Christopher Hermann**, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg. Im Rahmen des IV-Vertrages koordiniert und steuert die Gesundes Kinzigal GmbH die Versorgung für alle bei der AOK und der Landwirtschaftlichen Krankenkasse (LKK) Baden-Württemberg versicherten Menschen im Kinzigal. Dies gilt für sämt-

liche medizinische Diagnosen und über alle Leistungserbringer – also Haus- und Fachärzte, Krankenhäuser, Physiotherapeuten, Masseur, Pflegeeinrichtungen und Apotheken – hinweg. Die Gesellschaft finanziert sich über ein sogenanntes „Einsparcontracting“. Das heißt, sie verdient nur, wenn sich der Deckungsbeitrag der im Kinzigal lebenden AOK- und LKK-Versicherten nachweislich verbessert – und zwar bei gleichbleibend hoher Versorgungsqualität. Für 2012 konnte durch den IV-Vertrag Gesundes Kinzigal im sechsten Jahr in Folge ein positiver Deckungsbeitrag erzielt werden. Dieser lag bei 146 Euro je AOK-Versicherten beziehungsweise 4,6 Millionen Euro für alle 31.000 AOK-Versicherten. „Das Ergebnis ist umso bemerkenswerter, weil wir für die Ergebnisberechnung nicht nur die in den IV-Vertrag eingeschriebenen AOK-Versicherten einbeziehen, sondern alle Versicherten der AOK in der Region“, sagte **Helmut Hildebrandt**, Geschäftsführer der Gesundes Kinzigal GmbH. ■

**Politikberatung  
Wie Wissen den Wandel bewirkt**

Nicht ohne Grund gilt der Gesundheitssektor als schwieriges Politikgeschäft. Es gibt Milliarden an Euros zu verteilen und viele Interessengruppen, die mitreden wollen. Der Politikwissenschaftler und Jour-



nalist Dennis Maelzer hat drei Gesundheitsreformen der vergangenen 15 Jahre untersucht. Er wollte herausfinden, wann welche Art von Beratung besonders effizient ist. Sein Fazit: Fachwissen allein löst keinen Politikwandel aus. Die Politikberatung wird erst dann wirksam, wenn aktuelle Herausforderungen oder situative

Ereignisse hinzukommen. Beispiel: die Rürup-Kommission von 2002 und 2003. Die namhaften Experten aus Politik und Wirtschaft trugen ihre unterschiedlichen Meinungen häufig in aller Öffentlichkeit aus. Die medial geführte Debatte war nötig, so die These von Dennis Maelzer, um richtungsweisende Impulse in der Gesundheitspolitik setzen zu können. Ein anderes Beispiel: die Etablierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Dies wäre nicht gelungen ohne eine politische Stiftung, die Räume der Begegnung zwischen Politik, Wissenschaft und Öffentlichkeit schafft. Experten der Friedrich-Ebert-Stiftung hatten ein solches Institut in einem Positionspapier vorgeschlagen. Die SPD-nahe Stiftung trat als Makler der Ideen auf und stieß so einen Lernprozess an, der in die Gesundheitspolitik hineinwirkte.

**Dennis Maelzer: Politik gut beraten? 2014. 416 Seiten. 76 Euro. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.**

**Pflegekammer  
Hohe Erwartungen, vage Aussichten**

In Bayern, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein ist es längst eine beschlossene Sache, eine Pflegekammer zu errichten. Andere Bundesländer ringen noch darum. Auch innerhalb der Berufsgruppe wird über die Sinnhaftigkeit von Pflegekammern immer wieder gestritten. Der Deutsche Pflegerat, dem 16 Berufsverbände der Pflege angehören, wirbt dafür. Der Verbund erhofft sich von einer Pflegekammer, auf der gesundheitspolitischen Ebene endlich auf Augenhöhe mit den Ärzten zu kommen. Die Dienstleistungsgewerkschaft ver.di dagegen kritisiert das Vorhaben und fürchtet, dass sich darüber die realen Probleme nicht lösen lassen. Die Pflegefachkräfte, die dazu befragt werden, äußern sich zwiespältig. Schließlich käme mit einer berufsständischen Vertretung ein Pflichtbeitrag auf sie zu, der das ohnehin knappe Gehalt der zumeist festangestellten Fachkräfte zusätzlich belasten würde. Der Verwaltungswissenschaft-



ler Mario Martini wägt Risiken und Nebenwirkungen des berufspolitischen Vorhabens klug ab. Sicher ist, dass eine Pflegekammer nicht automatisch für mehr Anerkennung und bessere Gehälter sorgen wird. Die große Chance liegt, so Mario Martini, im „Aktivierungspotenzial“. Sie ist mit der politischen Debatte um die Pflegekammern verbunden. Dieser Diskussionsprozess ist es, der der Berufsgruppe im Idealfall eine starke Stimme zu verleihen mag.

**Mario Martini: Die Pflegekammer – veraltungspolitische Sinnhaftigkeit und rechtliche Grenzen. 2014. 260 Seiten. 39,90 Euro. Duncker & Humblot, Berlin.**

SEMINARE | TAGUNGEN | KONGRESSE

<p>■ <b>19. HANDELSBLATT-JAHRESTAGUNG „HEALTH 2014“</b></p>	<p>GKV-Finanzierung, Pflege-reform, Arzneimittel-Bewertung, Krankenhaus-Finanzierung</p>	<p>28.–29.10.2014 Berlin</p>	<p>Euroforum Deutschland Prinzenallee 3 40549 Düsseldorf</p>	<p>Tel.: 02 11/96 86–3577 Fax: 02 11/96 86–4040 anmeldhb@euroforum.com www.health-jahrestagung.de</p>
<p>■ <b>BETRIEBLICHES GESUNDHEITSMANAGEMENT</b></p>	<p>Politischer und rechtlicher Rahmen, Initiativen der Krankenkassen, neue Konzepte</p>	<p>29.–30.10.2014 Köln</p>	<p>MCC – The Communication Company 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; Veranstaltungen</p>
<p>■ <b>INTERNATIONALES SYMPOSIUM „HEALTH LITERACY“</b></p>	<p>Stärkung der Nutzer-kompetenz und des Selbstmanagements bei chronischer Krankheit</p>	<p>30.–31.10.2014 Bielefeld</p>	<p>Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften Universitätsstraße 25 33615 Bielefeld</p>	<p>Tel.: 05 21/1 06–3361 annett.horn@uni-bielefeld.de www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/nuv/symposium2014.html</p>
<p>■ <b>BERLINER PFLEGEKONFERENZ</b></p>	<p>Pflegekräfte und Systeme national/international, Case Management, Vereinbarkeit Familie, Pflege und Beruf</p>	<p>11.–12.11.2014 Berlin</p>	<p>spectrumK GmbH Spittelmarkt 12 10117 Berlin</p>	<p>Tel.: 0 30/21 23 36–153 Fax: 0 30/21 23 36 39–150 anette.kubach@spectrumK.de www.spectrumK.de</p>
<p>■ <b>MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN DER PERSONALISIERTEN MEDIZIN</b></p>	<p>Status quo der personalisierten Medizin, Anforderungen an die Qualität, Evidenz</p>	<p>19.11.2014 Hannover</p>	<p>AOK Niedersachsen Organisation: LVG &amp; AFS Fenskeweg 2 30165 Hannover</p>	<p>Tel.: 05 11/3 50 00 52 Fax: 05 11/3 50 55 95 info@gesundheit-nds.de www.gesundheit-nds.de</p>

## Gesundheitssysteme Informativer Blick in andere Länder

Italien stellte Ende der 1970er Jahre sein Gesundheitswesen um. Die bis dahin aktiven rund 100 Krankenkassen wurden von einem staatlichen Gesundheitsdienst abgelöst, der wiederum mehr und mehr dezentralisiert wurde. Heute verantworten Italiens Regionen die Gesundheitsversorgung. In Großbritannien scheint sich der häufig skeptisch beurteilte National Health Service verbessert zu haben. Die Zahl derjenigen, die lange Wartezeiten für eine Krankenhausbehandlung hinnehmen müs-



sen, hat sich in den vergangenen Jahren halbiert. Hausärzte sind in Polen die zentralen Lotsen im Gesundheitssystem. Allerdings sorgt die geringe Vergütung dafür, dass viele Ärzte ins westliche Ausland abwandern. Deutsche Patienten zählen zu den Spitzenreitern, wenn es um die Zahl der Arztbesuche geht. Mit 9,7 Kontakten bei Haus- und Fachärzten pro Jahr gehen sie deutlich häufiger zum Arzt als andere Bewohner in Westeuropa. Die Autoren Martin Schöllkopf und Holger Pressel haben umfangreiche Daten zum internationalen Gesundheitswesen zusammengetragen. Das Nachschlagewerk be-

sticht durch seine übersichtliche Struktur. Klar gegliederte Berichte informieren über die Systeme in rund 30 Ländern – von Neuseeland bis Estland, von Japan bis Portugal. Vergleichende Analysen zu den Versorgungssektoren ergänzen die Informationen. Ein Kapitel widmet sich der europäischen Gesundheitspolitik. Die Statistiken und Zahlen sind informativ und lesbar aufbereitet sowie schlüssig analysiert.

*Martin Schöllkopf, Holger Pressel:*  
**Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage.**  
2014. 304 Seiten. 69,95 Euro.  
*Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.*

## Internet Mehr Gesundheit für die Patienten

Die Informationstechnik verändert unseren Umgang mit Gesundheit. Der ePatient entpuppt sich dabei als weit mehr als ein Objekt, um medizinische Statistiken zu füllen. Folgt man den Herausgebern und Autoren des Buches „Gesundheit 2.0“, steht das kleine „e“ nicht mehr nur für elektronisch, sondern auch für „empowered“, „engaged“, „enabled“. Das Internet wandelt also die bislang passiven Empfänger von Gesundheitsdienstleis-



tungen zu mündigen, engagierten und kompetenten Kommunikationspartnern. Medizinisches Wissen bleibt nicht länger das Monopol der Ärzteschaft, sondern zeigt sich als „vernetztes Gesundheit“ – als geteiltes Wissen unterschiedlichster Akteure. Der Patient spielt darin die Hauptrolle und sollte die Verantwor-

tung dafür auch annehmen. Das Handbuch ermutigt nicht nur. Es liefert auch praktische Tipps, wie Patienten mithilfe von Web 2.0 mehr für ihre Gesundheit tun können.

*Andréa Belliger, David J. Krieger*  
(Hrsg.): **Gesundheit 2.0.**  
2014. 144 Seiten. 15,99 Euro.  
*transcript Verlag, Bielefeld.*

## Zeitschriftenschau

### ■ Qualitätssicherung: Rechtsgrundlagen systematisiert

Die rechtlichen Regelungen für die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen sind für viele unübersichtlich. Die Juristen Anke Harney, Professor Dr. Stefan Huster und Britta Reckenwald von der Universität Bochum systematisieren die Regeln des Sozialgesetzbuches (SGB) V. Für den vertragsärztlichen und den stationären Bereich existierten Kategorien und Instrumente. So gebe es beispielsweise die Kategorie „Qualitätssicherung durch Qualitätsinformationen“ mit dem Ziel, die Versorgungsqualität transparent und öffentlich zugänglich zu machen. Zu den Instrumenten zählten die Krankenhaus-Bewertungsportale der Krankenkassen, die über die Qualität zugelassener Kliniken informieren.

*Medizinrecht 5/2014, Seite 273–282 (Teil 1) und 6/2014, Seite 365–372 (Teil 2)*

### ■ Whistleblowing: Taugliches Instrument zur Bekämpfung von Fehlverhalten

Spätestens seit dem Fall Edward Snowden ist Whistleblowing (Enthüllung) in aller Munde. Dr. Gerrit Forst beleuchtet die Rolle des Whistleblowing im hiesigen Gesundheitswesen. Für den Gastprofessor an der FU Berlin taugt es dazu, rechtswidriges Verhalten im Gesundheitswesen zu unterbinden und Gemeinwohlinteressen zu schützen. Insbesondere würde ein Zusammenwirken von Leistungserbringern zulasten der Kostenträger erschwert. Mit den Vorschriften zu den Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen und zu Fehlermeldesystemen in Krankenhäusern habe Deutschland einen Anfang damit gemacht, die Potenziale des Whistleblowing zu nutzen.

*Die Sozialgerichtsbarkeit 8/2014, Seite 413–422*

### ■ Pharmabranche: Veröffentlichung von Zuwendungen ab 2016

Vor etwa zehn Jahren gründeten die Mitgliedsunternehmen des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller e.V. (vfa) den Verein Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie e.V. (FSA). Die Justiziere des vfa, Dr. Uwe Broch und Martin Lenz, stellen den aktuellen Stand des FSA-Transparenzkodexes dar. Die derzeit 56 Unternehmen des Vereins würden erstmals 2016 die an Ärzte, Kliniken sowie andere Gesundheitsberufe im Jahr 2015 geleisteten Zuwendungen veröffentlichen. Sie versprechen sich davon mehr Vertrauen und Glaubwürdigkeit sowie eine versachlichte Diskussion.

*Gesundheit und Pflege 3/2014, Seite 85–91*

### ■ Klinische Prüfungen: Plädoyer für ein Probandenrechtgesetz

Nach der europäischen Verordnung Nr. 536/2014 über klinische Prüfungen von Humanarzneimitteln vom 16. April 2014 müssen die Studienteilnehmer medizinische und rechtliche Informationen erhalten. Ernst Jürgen Kratz, Mitglied der Ethikkommission und stellvertretender Vorsitzender der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein, plädiert dafür, rasch ein nationales und für alle Forschungsbereiche geltendes Probandenrechtgesetz zu schaffen. Die Entschädigung von Probanden bei Schäden müsse umfassend durch Versicherung und Fonds abgesichert werden. Dies schütze letztlich auch die Forscher vor einer finanziellen Inanspruchnahme.

*Versicherungsrecht 19/2014, Seite 788–795*

# Kooperation statt Sektorendenken

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung soll Sektorengrenzen überwinden. Doch bisher verhindern Interessenkonflikte in der Selbstverwaltung beispielsweise den Einsatz elektronischer Fallakten oder die gemeinsame Abrechnung interdisziplinärer Teams, meint **Axel Munte**.

**Um schwere und seltene Krankheiten** erfolgreich zu behandeln, müssen Kliniken und niedergelassene Ärzte reibungslos zusammenarbeiten. Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) bietet auf den ersten Blick sinnvolle Ansätze zur Überwindung der Sektorengrenzen. Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung trat die ASV 2012 an die Stelle der ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach Paragraph 116b Sozialgesetzbuch V. An der ASV sollen sich Kliniken und Vertragsärzte gleichberechtigt beteiligen. Dafür müssen sie jeweils die gleichen Qualifikationen nachweisen. Zudem strebt der Gesetzgeber eine fach- sowie sektorenübergreifende Kooperationsverpflichtung an und sieht ein umfassendes Überleitungsmanagement des Patienten vor. Doch in der Umsetzungsrichtlinie haben die Selbstverwaltungspartner diese positiven Ansätze nicht konsequent verfolgt. Ärzte, Kliniken und Krankenkassen wollen ihre unterschiedlichen Interessen wahren und verhindern so sinnvolle Innovationen.

**Sektorenübergreifende Zusammenarbeit in der Onkologie.** Der Gesetzgeber verpflichtet den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) lediglich bei onkologischen Erkrankungen, eine sektorenübergreifende Kooperation vorzuschreiben. Bei anderen „schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf“ (zum Beispiel Multiple Sklerose, HIV/Aids) ermöglicht er dem GBA, diese zu fordern, schreibt es aber nicht vor. Für seltene Erkrankungen hat der GBA keine gesetzliche Befugnis, eine sektorenübergreifende Kooperationspflicht zu regeln. In Anbetracht der konfliktbeladenen Entscheidungsfindungen im GBA steht zu befürchten, dass die sektorenübergreifende Kooperationspflicht auf die Onkologie beschränkt bleibt.

**Interdisziplinäre Teams nur innerhalb einer Klinik.** Die Auslegung durch den GBA führt zu zwei getrennten Kooperationsebenen in der ASV: das interdisziplinäre Team als regelhafte Voraussetzung für die ASV-Teilnahme und eine sektorenübergreifende Kooperation – zumindest für onkologische Indikationen. Die sektorenübergreifende Zusammenarbeit ist jedoch ausdrücklich unabhängig vom interdisziplinären Team zu gestalten. Somit könnte im Bereich der gastrointestinalen Tumoren ein interdisziplinäres Team mit den benötigten Fachdisziplinen innerhalb einer Klinik gebildet werden. Um die sektorenübergreifende Kooperationspflicht pro forma zu erfüllen, legt das Krankenhaus lediglich zum Beispiel einen niedergelassenen Hausarzt als Kooperationspartner fest. Dass sich damit keine bessere Patientenversorgung erzielen lässt, dürfte unstrittig sein.

Interdisziplinäre Teams rechnen zudem nicht gemeinsam ab. Stattdessen erbringt jeder ASV-Berechtigte seine Leistungen eigenverantwortlich und stellt diese direkt den Kassen in Rechnung. Bei ASV-Teams für gastrointestinale Tumoren könnten somit die 17 vorgeschriebenen Teammitglieder bis zu 17 unterschiedliche Abrechnungswege wählen – für einen einzigen Patienten. Ob Teams freiwillig eine konsolidierte Abrechnung vorziehen, bleibt abzuwarten.

**Potenzial des Gesetzes nutzen.** Auch eine „einheitliche, sektorenübergreifende Dokumentation“, wie sie im Paragraphenteil der ASV-Richtlinie angekündigt wird, findet sich in den krankheitsspezifischen Konkretisierungen für gastrointestinale Tumoren und Tuberkulose nicht mehr wieder. Gerade bei schwerstkranken Patienten, die im interdisziplinären und gegebenenfalls auch sektorenübergreifenden Team behandelt werden, wäre eine elektronische Fallakte mit Datenaustausch zwischen den Therapeuten zwingend nötig. Bestimmte Inhalte dieser Fallakte könnten dabei als normierter Datensatz, orientiert beispielsweise an Leitlinien, schon fest vorgegeben werden. Doch beides hat der Gesetzgeber in der ASV versäumt.

Paragraph 116b neuer Fassung bietet die Chance, die bisher isolierten Sektoren zu verbinden. Dazu müssen jedoch die Selbstverwaltungsgremien sich erinnern, wofür sie geschaffen wurden: ausschließlich zur Sicherung der bestmöglichen Patientenversorgung. Davon hängt letztendlich auch die Existenz dieser Gremien ab. ■

**Dr. med. Axel Munte** ist Vorstand des Bundesverbandes ambulante spezialfachärztliche Versorgung e.V.  
**Kontakt: Axel.Munte@bv-asv.de**

## Leserforum



### Ihre Meinung ist gefragt.

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

Oder schreiben Sie uns:

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

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

Herausgeber AOK-Bundesverband

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

Chefredakteur Hans-Bernhard Henkel-Hoving  
Artdirection Anja Stamer  
Chefin vom Dienst Gabriele Hilger  
Chefreporter Thomas Hommel  
Verantw. Redakteurin Änne Töpfer

Titel Getty Images

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. 16  
vom 1.1.2014  
ISSN 1436-1728



G+G 6/2014

Gesundheit unterm Nordlicht

## Schwangere quartieren sich kliniknah im Hotel ein

*Auf den Beitrag „Gesundheit unterm Nordlicht“ in der Juniausgabe erreichte uns folgende Leseranfrage: Wie muss ich mir eine Geburt in Finnland vorstellen, wenn bei der Mutter die Wehen einsetzen und die nächste Geburtsklinik 500 Kilometer entfernt ist? Wie erfolgt der Transport beziehungsweise die Behandlung? Darauf antwortet Autor Dr. Uwe K. Preusker:*

Auch bei weiten Entfernungen zum Geburtskrankenhaus machen sich ein bis zwei Prozent der werdenden Mütter erst mit Beginn der Wehen auf den Weg ins Krankenhaus. Der Transport erfolgt im Regelfall per Rettungswagen, selten per Taxi. In extremen Ausnahmen wird das Kind während des Transports geboren. Das Personal der Krankentransport-beziehungsweise Rettungswagen ist in Finnland auf solche Situationen vorbereitet. Grundsätzlich aber ist die sehr engmaschige Beratung während der Schwangerschaft darauf angelegt, die werdenden Mütter dazu zu bewegen, sich früh genug in die Nähe der Klinik zu begeben. Die Frauen quartieren sich üblicherweise zwei bis drei Tage vor dem errechneten Geburtstermin in einem Hotel in der Nähe des Krankenhauses ein und gehen mit Beginn der Wehen ins Krankenhaus. Risiko-Schwangerschaften werden zu nahezu 100 Prozent der Fälle frühzeitig erkannt und spezifisch betreut. Die Statistik aus dem Jahr 2012 zeigt, dass die 29 Geburtskliniken in Finnland

im Durchschnitt 1.896 Geburten betreu-  
en. Das Maximum liegt bei 5.293 Ge-  
burten, das Minimum bei 287. Dabei  
handelt es sich um die einzige Geburts-  
klinik auf den Åland-Inseln, die als auto-  
nomes Gebiet zu Finnland gehören. Acht  
Kliniken (zusammen mit der Åland-Kli-  
nik) verzeichnen unter 1.000 Geburten  
pro Jahr, sieben Kliniken über 3.000 Ge-  
burten. Ziel der Gesundheitspolitik ist  
es, keine Geburtskliniken mit weniger als  
1.000 Geburten pro Jahr mehr zu haben.  
Ausnahme wird dabei Åland bleiben,  
weil hier ansonsten immer ein Transport  
aufs Festland erfolgen müsste.  
Dr. U. K. P., Vantaa/Finnland

G+G 7-8/2014

Rundruf: Kürzer Warten per Dekret?

## Eine Frage der Organisation

Bei einer Augenärztin bekam ich neulich die Auskunft, dass der nächste Termin in einem halben Jahr frei wäre. Mit meinen Sehstörungen solle ich als „Notfall“ frühmorgens zu Beginn der Sprechzeit kommen und mich auf mehrstündiges Warten einstellen. Ich fühlte mich abgewimmelt. Meine Sehstörungen empfand ich nicht als Notfall, wollte sie aber abgeklärt haben. Deshalb wagte ich mich am fortgeschrittenen Vormittag in die Praxis. Dort erlebte ich eine Überraschung: Bereits nach wenigen Minuten saß ich im Sprechzimmer. Nach mir wartete kein einziger Patient mehr. Mein Fazit für das heiß diskutierte Thema Wartezeiten: alles eine Frage der Organisation.  
O. S., Hannover

# 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 „Meister der komischen

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

# Ist die neue Pille auch die bessere?

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

*The New York Times*



## Ja, ich bestelle ...



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

IBAN

BIC

Datum, Unterschrift

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

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

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

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



AOK

Die Gesundheitskasse.



Gesunde  
**Kinder**  
gesunde  
**Zukunft**

# Die besten Tipps für eine gesunde Kindheit

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

Gesundheit in besten Händen

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