

GESUNDHEIT braucht POLITIK

verein
demokratischer
ärztinnen und
ärzte



ZEITSCHRIFT FÜR EINE SOZIALE MEDIZIN Nr. 1/2014 | Solibeitrag: 5 Euro | ISSN 2194-0258



Im Scharaffenland?

Über-, Unter-, Fehlversorgung im deutschen Gesundheitswesen

Rolf Rosenbrock: Massive Unter-
versorgung. Über Primärpräven-
tion in Lebenswelten S. 4

Norbert Schmacke: Klempner-
mentalität... Zur Überversorgung
in der invasiven Kardiologie S. 7

Thomas Spies: Land ohne Arzt?
Anmerkungen zur Diskussion
um den Landarztmangel S. 9

In dieser Ausgabe

- 3 Wulf Dietrich: **Über-, Unter-, Fehlversorgung – was hat sich getan?**
- 4 Rolf Rosenbrock: **Primärprävention in Lebenswelten – massive Unterversorgung**
- 7 Norbert Schmacke: **Normale Klempnermentalität. Zur Überversorgung in der invasiven Kardiologie**
- 9 Thomas Spies: **Land ohne Arzt? Anmerkungen zur Diskussion um den Landarztmangel**
- 12 Wulf Dietrich: **Kein Ärztemangel – aber wo sind sie geblieben?**
- 13 Bernhard Winter: »Ich hätte da noch etwas für Sie ...« – **Mit IGeL Unter- und Fehlversorgung ausgleichen?**
- 16 Jenny Merx: **25 Stunden. Der ganz normale Wahnsinn im Krankenhaus**
- 20 Wolfgang Kirchhoff: **Wurzelbehandlung gelungen? Zu den Konsequenzen einer weitgehend privatisierten Zahnmedizin**
- 23 Wulf Dietrich: **Medizinischer Fortschritt – ein Kostenfaktor?**
- 24 **Wie alle anderen auch?** Interview mit Michael Janßen zur Versorgung von Menschen ohne Papiere
- 26 Positionspapier des vdää zur Krankenhausfinanzierung: **Bedarfsgerechte Versorgung statt wirtschaftliche Erfolgszahlen**
- 30 **Mehr Prävention – aber welche?** Rezension von Klaus Thielmann
- 31 **Auf diese Dividende verzichten wir!**
- 31 **Aktuelle Eindrücke vom Gesundheitswesen in Griechenland**

Termine

Vorstandssitzungen

am: 24. Mai in München
16. August in Frankfurt
7. November in Hamburg im Rahmen der JHV
6. Dezember (Ort wird noch bekannt gegeben)

vdää on tour: London

30. April bis 4. Mai 2014

Jahreshauptversammlung

am: 7. – 9. November 2014 in Hamburg

verein
demokratischer
ärztinnen und
ärzte



Der vdää

ist bundesweit organisiert; er setzt sich für die Demokratisierung der Strukturen der ärztlichen Standesvertretung ein und versucht Einfluss zu nehmen auf die Gesundheitspolitik.

Sollten Sie weiterhin von uns informiert werden wollen, so setzen Sie sich bitte mit unserer Geschäftsstelle in Verbindung. Wir werden Sie dann weiterhin auf dem Laufenden halten. Die Zeitschrift »Gesundheit braucht Politik« ist das Vereinsblatt, das viermal jährlich erscheint. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Vereinsmeinung wieder.

Redaktion

Wulf Dietrich, Klaus-Dieter Kolenda, Thomas Kunkel, Nadja Rakowitz, Kirsten Schubert, Bernhard Winter (info@vdaae.de)

Impressum

Gesundheit braucht Politik 1/2014
ISSN 2194-0258
Hrsg. vom Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte

Geschäftsstelle:

Kantstraße 10, 63477 Maintal
Telefon 0 61 81 – 43 23 48
Mobil 01 72 – 1 85 80 23
Fax 0 61 81 – 49 19 35
Email info@vdaae.de
Internet www.vdaae.de
Bankverbindung: Kto.-Nr. 137 476 03,
Postbank Frankfurt, BLZ: 500 100 60
IBAN: DE97500100600013747603
BIC: PBNKDEFF

Satz/Layout: Birgit Letsch,
Email birgit.letsch@t-online.de

Druck: Druckerei Grube

Bilder

Pixelio, Flickr



Editorial

Über-, Unter-, Fehlversorgung – was hat sich getan?

Alte Kamellen weitergekauft? Schon im Gutachten 2000/2001 prägte der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Gutachten die Begriffe von »Über-, Unter-, Fehlversorgung« für das deutsche Gesundheitswesen. Vierzehn Jahre sind ins Land gegangen, hat sich etwas geändert? Das vorliegende Heft von *Gesundheit braucht Politik* beschäftigt sich mit diesem Thema und zeigt, dass es sich nicht um alte Kamellen handelt, sondern dass das Gutachten heute genauso aktuell wie vor 14 Jahren ist. Wir haben in unserem Gesundheitswesen, obwohl es eines der teuersten der Welt ist, krasse Formen von Über-, Unter-, Fehlversorgung.

Rolf Rosenbrock, einer der Autoren des damaligen Sachverständigengutachtens, beschreibt in seinem Artikel die eklatante Unterversorgung im Bereich der Prävention. Die große Koalition hat sich vorgenommen, das in der letzten Periode gescheiterte Präventionsgesetz wieder auf den Weg zu bringen. Auch daher ist dieses Thema von höchster Aktualität. Rosenbrock kommt zu dem Ergebnis, dass »die große Unterversorgung in der nicht-medizinischen Primärprävention« liegt und dass bisherige Ansätze zu sehr Arztzentriert sind. »Durch Verbesserungen der Medizin kann dieses Problem kaum angegangen werden, es werden v.a. nicht-medizinische Strategien der Primärprävention gebraucht.« Anders sehen das Klaus-Dieter Kolenda und Ulf Ratje, deren Buch: »Mehr Prävention! Vorbeugung und Behandlung lebensstilbedingter chronischer Krankheiten« von Klaus Thielmann rezensiert wird. Buch und

Rezension haben innerhalb der Redaktion und des Vorstandes des vdäa eine lebhaft Diskursion über den Zusammenhang von Verhaltens- und Verhältnisprävention und deren Wertigkeit ausgelöst. An diesem Thema müssen wir innerhalb des Vereins unbedingt weiterdiskutieren. Sicher aber ist, dass Prävention und Medizin im Allgemeinen mehr ist als ärztliches Tun.

Norbert Schmacke beleuchtet in seinem Artikel die Überversorgung in einem ganz speziellen Bereich der Medizin, nämlich der Kardiologie. In diesem Fachbereich wird besonders deutlich, wie technisch neue Methoden völlig überbewertet und finanziell gefördert werden, ohne dass ihr medizinischer Nutzen nachgewiesen wäre. Dies gilt für Linksherzkatheter ebenso wie für transarteriellen Klappenersatz oder die Implantation von Defibrillatoren. Dabei wird weniger die Indikation für bestimmte Fälle bestritten, sondern die massenhafte Anwendung und, wie Schmacke feststellt, die fehlende Einbindung evidenzbasierter Netzwerke in die Evaluation dieser Methoden. Klar, dass bei so viel Technik die persönlich Zuwendung auf der Strecke bleibt, sie wird ja auch nicht honoriert. Überhaupt der technische Fortschritt, auch mit ihm setzen wir uns in diesem Heft auseinander.

Interessant ist auch, dass beim Thema Über- oder Unterversorgung jede Profession das sieht, was ihr dient: In der offiziellen Ärzteschaft werden alle Formen von Überversorgung kleingeredet, dafür aber um so mehr auf den Ärztemangel, insbesondere in der ambulanten Versorgung auf dem Land, hingewiesen, während die Kassen

da ganz anderer Meinung sind. Unbestreitbar ist, dass in einigen Regionen auf dem Land, aber auch in ärmeren Vierteln von größeren Städten die ambulante Versorgung problematisch ist. Aber sieht man sich die Gesamtzahl an Ärztinnen und Ärzten an, so muss man feststellen, dass sie wie auch die Zahl der StudienabgängerInnen in den letzten Jahren (wie in jedem Jahr seit Existieren der BRD) ständig gestiegen und auch keine Abwanderung junger Mediziner ins Ausland zu verzeichnen ist, im Gegenteil: In Deutschland arbeiten mehr Mediziner aus dem Ausland, als Mediziner ins Ausland abgewandert sind. Aber, und darauf weist Thomas Spies hin, es besteht ein extreme Fehlverteilung von Ärztinnen und Ärzten in diesem Land. Daran müsste primär angesetzt werden. Solange das Praktizieren in überversorgten Regionen und Städten lukrativ – und immer noch möglich – ist, wird sich an dieser Fehlverteilung nichts ändern. Und zur Not bleibt immer noch das IGeL-Schlupfloch. Bernhard Winter beschreibt die phantasievolle Kreierung neuer Einkommensmöglichkeiten, die mit medizinischer Notwendigkeit nichts zu tun hat. Auf die medizinische Unsinnigkeit von IGeLeistungen hat der vdäa schon häufiger hingewiesen.

Die Zahnärzte können manchen KV-Funktionären als Vorbild dienen: Sie haben es geschafft, sich aus der solidarischen Leistungsvergütung fast ganz auszukoppeln und können ihren Patientinnen und Patienten Leistungen relativ frei, aber mit Selbstbeteiligung, anbieten. Die Kassen haben sich aus der Auseinandersetzung zurückgezogen. Sie zahlen meist nur noch feste Zuschüsse, den finan-

ziellen Rest muss der Patient mit dem Arzt ausmachen.

Schließlich zeigt der Bericht einer jungen Assistenzärztin, warum das Interesse junger KollegInnen an der Medizin förmlich kaputt gemacht wird: Die Kommerzialisierung der Kliniken führt zu unzumutbaren Arbeitsbedingungen und lässt die Berufsanfänger mit ihren Problemen allein.

Zum Schluss doch noch eine positive Nachricht: Der vdäa hat nach langen Diskussionen sein Positionspapier zur Krankenhausfinanzierung verabschiedet. Auch wenn die Materie trocken und nicht immer leicht nachvollziehbar ist, die genaue Lektüre lohnt sich. Wir hoffen auf eine angeregte Diskussion und freuen uns über jeden Kommentar.

Ich wünsche Ihnen viel Spaß bei der nicht immer leichten Lektüre dieses Heftes.

Wulf Dietrich

Vereinsbeiträge im vdäa

Der Beitrag für Studierende, Arbeitslose und RentnerInnen bleibt bei **3 €/Monat**.

Der Mindestmitgliedsbeitrag für Berufstätige (auch für Teilzeitbeschäftigte) bleibt weiterhin bei **8 €/Monat**.

Darüber hinaus schlagen wir folgende **Richtwerte zur Selbsteinschätzung** vor:

AssistenzärztInnen werden gebeten, **12 €/Monat** zu zahlen, niedergelassene ÄrztInnen und angestellte FachärztInnen **20 €/Monat**.



Peter Fenge@pixelio.de

Massive Unterversorgung

Rolf Rosenbrock* über Primärprävention in Lebenswelten

Wir beginnen das Heft zu Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitswesen absichtlich mit einem Artikel von Rolf Rosenbrock, der die Bedeutung der Medizin für die Prävention relativiert und eine Lanze bricht für Verhältnisprävention.

1. Grundbegriffe

Primärprävention bezeichnet die Verminderung von (Teil-)Ursachen bestimmter oder aller Erkrankungen. Zu unterscheiden ist zwischen individual-medizinisch ansetzender Primärprävention, wie z. B. Impfungen, und der sozialen Prävention – als Sammelbegriff für Ansätze, mit denen Lebenslagen, Lebenswelten/Settings, *life-style* und Verhalten ggesundheitstförderlich verändert werden.

Sekundärprävention beginnt mit der individual-medizinischen Entdeckung von meist noch symptomlosen, aber biomedizinisch eindeutig feststellbaren Frühstadien einer Erkrankung (Früherkennung).

Tertiärprävention zielt darauf, Folge- und Spätschäden einer bereits eingetretenen, manifesten Erkrankung zu verzögern, zu begrenzen oder zu verhindern.

2. Begründung des Bedarfs

Die medizinische Seite der Primär-, Sekundär- und Tertiär-Prä-

vention ist in Deutschland – bei allen Defiziten, die ihrerseits mit allerlei Über-, Unter- und Fehlversorgung einhergehen – gut geregelt und verlässlich finanziert.

Die große Unterversorgung liegt in der nicht-medizinischen Primärprävention. Das ergibt sich aus einem Blick auf die großen Linien der Entwicklung der Gesundheit der Bevölkerung:

Am kontinuierlichen Anstieg der Lebenserwartung um knapp zwei Jahre pro Jahrzehnt hat die kurative Medizin einen Anteil von max. einem Drittel. Der ›Rest‹ von ca. zwei Dritteln geht auf eine Mischung aus verbesserten Lebens-, Arbeits-, Wohn-, Erholungs- und Verkehrsverhältnissen, auf bessere Bildung und Ernährung und in der Folge auch auf gesundheitsgerechteres Verhalten zurück.

Ungefähr drei Viertel des Krankheits- und Sterbegeschehens und auch der Versorgungsausgaben erklären sich in den reichen Ländern aus den wenigen großen, und regelmäßig chronisch-degenerativ verlaufenden Krankheiten

(Herz-Kreislauf, Krebse, Muskel-Skelett, Diabetes, COPD sowie psychische Erkrankungen) und den Unfällen. In den meisten Fällen kann die Medizin hier nicht wirklich heilen, es muss – meist lebenslang – therapiert und/oder unterstützt werden. Das ist die wichtigste Ursache dafür, dass für ca. ein Fünftel der Versicherten ca. vier Fünftel der Versorgungskosten aufgewendet werden müssen. Alle diese Erkrankungen sind aber zu einem sehr hohen Anteil der nicht-medizinischen Primärprävention zugänglich. Unter den chronisch Kranken sind Menschen aus den unteren Sozial-schichten stark überrepräsentiert.

Sozialer Gradient

Die Chancen für ein gesundes und langes Leben sind in Deutschland extrem ungleich verteilt: Arme Männer (Frauen) sterben in Deutschland 10,8 (8,4) Jahre früher als wohlhabende. Zudem werden bei ihnen chronisch-degenerative Erkrankungen 3,5 (0,8) Jahre früher behandlungsbedürftig, so dass arme Menschen im

Durchschnitt 14,3 (9,2) gesunde Jahre weniger zu leben haben als wohlhabende. Diese sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen folgt der sozialen Schichtung der Gesellschaft und bildet ein Kontinuum. Mit der zunehmenden sozialen Spreizung vergrößern sich die Abstände sowohl in der Morbidität als auch in der Mortalität. Die Unterschiede erklären sich zu ca. der Hälfte aus den Folgen gesundheitlich riskanteren Verhaltens in den Unterschichten (v.a. Ernährung, Bewegung, Rauchen, Stressregulation), die andere Hälfte »verdankt« sich direkter Wirkungen aus der sozialen Lage. Versuche, das Gesundheitsverhalten durch Information, Erziehung, Kurse, Kampagnen und Aufklärung zu verändern, führen zu nur geringen und meist nicht nachhaltigen Erfolgen. Durch Verbesserungen der Medizin kann dieses Problem kaum angegangen werden, es werden v.a. nicht-medizinische Strategien der Primärprävention gebraucht, die insbesondere bei sozial benachteiligten Menschen chronisch-degenerative Erkrankungen verhüten.

3. Interventionskonzept

In Auswertungen wissenschaftlicher Befunde und praktischer Erfahrungen wurden mit der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung der WHO im Jahr 1986 Fundamente und Eckpunkte für eine Herangehensweise vorgelegt, mit denen diese zentrale Herausforderung erfolgreich bearbeitet werden kann. Die Qualität einer diesem Ansatz folgenden Primärprävention lässt sich an fünf Kriterien feststellen:

Belastungssenkung und Ressourcenförderung

Ziel der Prävention ist nicht nur die Senkung von Gesundheitsbelastungen, sondern mindestens ebenso stark die Steigerung von Gesundheitsressourcen, v.a. Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeit, Einbindung in soziale Netze. Diese Ressourcen steigern nicht nur die Widerstandskraft gegen gesundheitliche Belastungen (Resilienz), sondern befähigen auch besser zur Veränderung sowohl

des Verhaltens als auch der – gesundheitlich belastenden bzw. gesundheitlich belastendes Verhalten begünstigenden Lebenswelt.

Aufwertung unspezifischer Interventionen

Die Beeinflussung von allgemein gesundheitsförderlichen Faktoren (Partizipation, soziale Unterstützung, Selbstwertgefühl, Achtsamkeit) hat in der Regel einen größeren präventiven Effekt als die unmittelbare Bearbeitung von Faktoren, deren kausale Beziehung zu Krankheitsentstehung sehr viel enger ist, wie z. B. Bewegungsmangel und Tabakrauchen.

Priorität für Kontextbeeinflussung

Die Wahrscheinlichkeit des Erfolgs steigt mit der Beeinflussung der Bedingungen und der sozialen Zusammenhänge gesundheitsriskanten Verhaltens. Das gilt sowohl auf individueller Ebene, als auch im Setting, und es gilt auch im Rahmen von Kampagnen für die gesamte Bevölkerung oder definierte Teilgruppen.

Viele Interventionen entfalten erst dann ihre Wirksamkeit, wenn sie nicht nur auf die Veränderung der Lebensweise bzw. Verhaltens abzielen, sondern auch materielle und soziale, belastende ebenso wie stärkende Faktoren und Anreize der physischen und sozialen Umwelt einbeziehen. Damit geraten Faktoren in den Blick, die die Lebensweise und, das Verhalten prägen. Die Intervention erfolgt somit um einen oder mehrere Glieder der Kausalkette früher.

Zur Identifikation dieser Faktoren wie auch zum Entwurf und zur Umsetzung von Veränderungen sind Kontextkenntnisse und aktive Mitwirkung der Zielgruppen unerlässlich. Gesundheitlich relevant im Sinne der Stärkung von Ressourcen ist für die Zielgruppen sowohl die aktive Teilnahme an der Veränderung als auch das Ergebnis der Intervention: die Veränderungen im Setting. An die Stelle des klassischen Dreischritts der sozialen Prävention: »Information verändert Einstellung und führt zu Verhaltensänderung« tritt – verkürzt gesagt – ein neuer: »Selbst bewirkte Setting-Gestaltung verändert Einstellung

und führt dann in der Regel zu weiterem Informationsbedürfnis«.

Priorität für Partizipation

Gesundheitsprojekte müssen demzufolge auf allen Stufen des Public Health Action Cycle (*assessment, policy formulation, assurance, evaluation*) partizipativ gestaltet werden: Einerseits, damit an den tatsächlichen Bedürfnissen der Zielgruppen angesetzt werden kann, und andererseits, weil der Mangel an Teilhabe an der Gestaltung der eigenen Lebensbedingungen selbst eine Gesundheitsbelastung und einen Ressourcenmangel darstellt bzw. auslöst.

Die direkte Beteiligung (Partizipation) ist für den Gewinn an Gesundheitsressourcen (*empowerment*) ebenso wichtig wie die damit zu erzielenden Veränderungen der Umwelt. Beispielhaft zeigt sich dies in Projekten der betrieblichen Gesundheitsförderung, bei denen durch Vorschläge in Gesundheitszirkeln durch direkte Partizipation der Beschäftigten die Arbeitssituation in technischer und sozialer Hinsicht verändert wird und in der Folge der Krankenstand zeitstabil – gleichgerichtet in nahezu allen Krankheitsgruppen – um ca. ein Drittel sinkt, während Arbeits- und Lebenszufriedenheit steigen. Demonstriert wird dies auch durch die HIV/Aids-Prävention, deren – keineswegs auf Verhaltensmodifikation beschränkte – Gestaltung in Deutschland wesentlich in den Händen der am stärksten betroffenen Gruppen liegt. Die relativ frühe und konsequente Umsetzung der Interventionen in Deutschland hat zu den niedrigsten HIV-Neuinfektionsraten in Europa geführt.

Qualitätssicherung

Um die Potenziale dieser vier Innovationen der Primärprävention nachhaltig zur Gestaltung zu bringen und zu verallgemeinern, tritt Qualitätssicherung als Querschnittserfordernis hinzu.

4. Voraussetzungen des Abbaus der Unterversorgung

»Durch Verbesserungen der Medizin kann dieses Problem kaum angegangen werden, es werden v.a. nicht-medizinische Strategien der Primärprävention gebraucht.«

»Gesundheitlich relevant im Sinne der Stärkung von Ressourcen ist für die Zielgruppen sowohl die aktive Teilnahme an der Veränderung als auch das Ergebnis der Intervention.«

Primärprävention und Gesundheitsförderung spielen trotz überzeugender Argumente für die Notwendigkeit und starker Evidenz für die Wirksamkeit in der deutschen Gesundheitspolitik eine nach wie vor beklagenswert geringe Rolle – vor allem mit Blick auf die große und wachsende sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen. Es passiert nach wie vor viel zu wenig, und das Wenige, was gemacht wird, ist meistens wissenschaftlich überholte Verhaltensprävention mit viel Gesundheitsförderungs-Rhetorik und wenig Nachhaltigkeit.

Deshalb gibt es seit Beginn der 2000er Jahre die Forderung nach einem neuen rechtlichen Rahmen. Die bisherigen drei Anläufe (2005, 2008, 2013) waren – gemessen an den Anforderungen und den Möglichkeiten – sämtlich suboptimal und wurden von Mal zu Mal schlechter. Die Ablehnung des 2013er Entwurfs durch den Bundesrat im September 2013 war aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht verdienstvoll, weil die Reparatur all der gesundheitswissenschaftlichen Fehler dieses Produkts weit mehr legislative Arbeit bedeutet hätte als die Produktion eines neuen Entwurfs.

Die Serie gescheiterter Anläufe muss mit einem legislativen Neuanfang durchbrochen werden. Den verspricht nun der Koalitionsvertrag von 2013: »Wir werden noch 2014 ein Präventionsgesetz verabschieden, das insbesondere die Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten wie KiTa, Schule, Betrieb und Pflegeheim und die betriebliche Gesundheitsförderung stärkt und alle Sozialversicherungsträger einbezieht. Die Kooperation und Koordination aller Sozialversicherungsträger sowie der Länder und Kommunen werden über verpflichtende Rahmenvereinbarungen analog der Regelungen zur Förderung der Zahngesundheit (§ 21 SGB V) und von Schutzimpfungen (§ 20d Abs. 3 SGB V) auf Landesebene verbessert. Da-

bei sind bundesweit einheitliche Gesundheitsziele und Vorgaben zur Qualität und Evaluation zu berücksichtigen. Länderpräventionsansätze werden einbezogen.« (Abschnitt 2. 4 des Koalitionsvertrages)

Auf Basis und ohne Widerspruch zu diesen dürren Formulierungen lässt sich ein sehr gutes, europaweit vorbildliches Präventionsgesetz entwickeln, aber eine Garantie für ein gutes Gesetz sind diese Sätze nicht. Die Qualität des Gesetzes wird sich daran entscheiden und messen lassen, ob und inwieweit die folgenden Punkte berücksichtigt werden:

- Durch ein Bundesgesetz zur nicht-medizinischen Prävention und Gesundheitsförderung (SGB XIII?) müssen diese Interventionsformen tatsächlich und symbolisch in den gleichen Rang gehoben werden wie medizinische, pflegerische und rehabilitative Interventionen.
- Zu regeln ist der gesamte Bereich öffentlich geförderter Prävention und Gesundheitsförderung, und zwar von allen Sozialversicherungen, dem ÖGD und anderen kommunalen Stellen sowie von Länder- und Bundesprogrammen.
- Die epidemiologische Situation und ihre Dynamik erfordern, dass das Regelwerk am Oberziel der Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen ausgerichtet wird.
- Zur Bündelung der praktischen und wissenschaftlichen Kräfte wie auch zur Ergebnismessung sollen sich die Interventionen auf konsensual gefundene und verbindliche Präventionsziele beziehen.
- Weil Lebenswelt-/Setting-Interventionen zwar einerseits komplex und schwierig zu steuern sind, aber andererseits den größten Ertrag versprechen, müssen sie durch Gesetz – zum Beispiel durch klare Kriterien und ggf. eine Quotierung – besonders gefördert werden.
- Prävention bedarf wie jede gesundheitsbezogene Intervention einer verbindlichen Qualitätssicherung. Verfahren

und Kriterien könnten von der hierfür gut qualifizierten Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung entwickelt und implementiert werden.

- Niemand in Deutschland weiß, wie viel Geld derzeit hierzulande von Sozialversicherungen, Gemeinden, Ländern und dem Bund für nicht-medizinische Primärprävention und Gesundheitsförderung ausgegeben wird. Das ließe sich herausfinden. Damit wäre der Betrag bekannt, von dem aus der Ressourcenfluss unter dem neuen Gesetz unter Einschluss der Beiträge der neu hinzu kommenden Sozialversicherungen kontinuierlich und proportional zu steigern wäre. Ein solches Vorgehen könnte verhindern, was im Entwurf von 2005 eine offene Flanke war: dass sich einzelne Akteure unter Verweis auf andere aus Aktivitäten bzw. ihrer Finanzierung zurückziehen.

Ein Gesetz, das diese Kriterien erfüllt, könnte einen erheblichen Teil der aus der wachsenden Ungleichheit von Lebenslagen resultierenden Ungleichheit von Gesundheitschancen kompensieren und damit die verhängnisvolle Unterversorgung auf diesem Feld verringern.

Literatur und Vertiefung: Rolf Rosenbrock/Thomas Gerlinger: Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage Huber Verlag, Bern usw. 2013

** Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Wirtschafts-, Sozial- und Gesundheitswissenschaftler, 1988 – 2012 Leiter der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum für Sozialforschung (WZB), 1999 – 2009 Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR – G), seit 2012 Vorsitzender des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes – Gesamtverband.*



Rainer Sturm@pixelfo.de

Normale Klempnermentalität...

Norbert Schmacke* zu Überversorgung in der invasiven Kardiologie

»Dabei werden medizinische Maßnahmen angewendet, die keinen Mehrwert für den Patienten erwarten lassen, aber in letzter Konsequenz aufgrund der Nebenwirkungen dem Patienten sogar schaden können (Netto-Schaden). Im Unterschied zum nichtwirtschaftlichen ärztlichen Handeln schadet eine Überversorgung dem Patienten direkt und stellt zugleich eine ineffiziente Verwendung begrenzter Ressourcen dar, was wiederum zu einem weiteren indirekten Patientenschaden führen kann« (Strech 2014). Überversorgung betrifft bildgebende Verfahren wie die Kernspintomographie oder operative Eingriffe wie die radikale Entfernung der Prostata. Sie ist für Laien schwer erkennbar, da sie nicht den Anschein von Humbug hat, sondern mit positiven Erfahrungen verbunden ist: Was für den einen die Lösung lästiger Probleme geworden ist, wird für den anderen zur Qual. Jede/r berufserfahrene/r Ärztin/ Arzt weiß um solche Geschichten. Umso erstaunlicher ist, dass die Forschung zum Umfang derartiger Missbrauchs der Medizin außerordentlich überschaubar ist: Es gibt – ganz einfach – leichter Geld für Studien, die Überversorgung herausstellen sollen,

als Forschung zur Überversorgung. Zudem sind die methodischen Anforderungen an gute Kriterien zur Feststellung nicht geeigneter Verfahren relativ hoch (Lawson et al 2012).

Die Koronarangiographie ist einer der Bereiche, die relativ gut untersucht sind. Und die Beschäftigung mit der Frage »angemessene Indikationsstellung« führt zu zwei Ursachen, die nicht unmittelbar zusammenhängen. Es ist zunächst offenkundig, dass eine gut vergütete und sehr technische orientierte Leistung zur Mengenausweitung verführt. Die Untersuchung ist außerdem für Laien höchst eindrucksvoll, auf Wunsch werden ihnen Bilder oder Filme präsentiert, auf denen ihnen gefährliche Einengungen gezeigt werden können: Und es erschließt sich für die meisten Menschen unmittelbar, dass solche Engen beseitigt gehören. Das ist normale Klempnermentalität. Nun haben aber Topos und Nissen schon 1995 in einem Review gezeigt, dass nicht nur die Patienten sondern auch die Ärzte von den schönen Bildern begeistert sind. Sie prägten den Begriff des »oculostenotischen Reflex«: Wo das Auge auf den Angiogrammen eine Enge sieht, muss diese re-

flexartig beseitigt werden. Nicht einmal eigentlich leicht zu verstehende Einwände zur Begrenztheit zweidimensionaler Abbildungen konnten daran über die Jahrzehnte etwas ändern, schon gar nicht kompliziertere pathophysiologische Überlegungen. Und nachdem solche Engen dann Jahre später noch »minimalinvasiv« mit Stents überbrückt werden konnten, schien sogar der heroische Eingriff am stillgelegten Herzen zum Bauen von Bypassen nicht mehr nötig. Welch ein Fortschritt, denken Ärzte und Patienten, und das große Problem ist, dass in diesem Fall die Angiografie (samt Dilatation) als lebensverlängernde invasive Maßnahme und als fehlindizierte Überversorgung ziemlich nahe beieinander liegen können. Es ist auch nicht so, dass gute, evidenzbasierte Leitlinien fehlen würden, um Ärzten wie Patienten bei der Indikationsstellung zur Angiografie und zu Interventionen an den Herzkranzgefäßen zu helfen. Aber die Untersuchung der Herzkranzgefäße wurde ganz einfach rasch zur Routine, über die man vermeintlich nicht groß nachdenken musste. Große kardiologische Praxen schossen aus dem Boden, und man kann die Untersuchung auch schnell mal

Norbert Schmacke zeigt am Beispiel der invasiven Kardiologie, wie schnell Überversorgung entstehen kann, wie schlecht dies empirisch untersucht ist und wie schwer es ist, in Deutschland Kampagnen wie die US-amerikanische »Less is more« oder »Choosing wisely« zu initiieren.

eben in der Rehaklinik nach erfolgreich überstandem Herzinfarkt durchführen, ohne dass es irgendeinen Grund dafür gibt. Das genaue Ausmaß der Überversorgung in der invasiven Kardiologie in Deutschland ist gleichwohl unbekannt. Ob man es jemals durch methodisch hochwertige Untersuchungen ermitteln wird, ist fraglich.

»Es ist oft die Plausibilität, die das Erfolgsgeheimnis von Überversorgung ausmacht.«

Es gibt auch Streifen am Horizont. In den USA und in Kanada ist die Initiative »Less is more« lebendig, und ihr Ableger »Choosing Wisely« hat es vermocht, eine Vielzahl von Fachgesellschaften dazu zu bewegen, eine Top-5-Liste von zu unterlassenden Eingriffen zu formulieren. Dabei spricht das American College of Cardiology 2014 viermal moderne Diagnostik an, im fünften »Don't« geht es um Stents:

1. »Don't perform stress cardiac imaging or advanced non-invasive imaging in the initial evaluation of patients without cardiac symptoms unless high-risk markers are present.
2. Don't perform annual stress cardiac imaging or advanced non-invasive imaging as part of routine follow-up in asymptomatic patients.
3. Don't perform stress cardiac imaging or advanced non-invasive imaging as a pre-operative assessment in patients scheduled to undergo low-risk non-cardiac surgery.
4. Don't perform echocardiography as routine follow-up for mild, asymptomatic native valve disease in adult patients with no change in signs or symptoms.
5. Don't perform stenting of non-culprit lesions during percutaneous coronary intervention (PCI) for uncomplicated hemodynamically stable ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI).«

Versuche, eine solche Kampagne etwa über das Netzwerk evidenzbasierte Medizin auch in Deutsch-

land zu initiieren, sind bislang gescheitert. Man sägt nicht gern am Ast, auf dem man sitzt. Es gibt leider weite Bereiche, in denen aus guten Gründen Überversorgung angenommen werden muss. Aus dem Feld invasive wie interventionelle Ansätze ist die Arthroskopie zu nennen, die trotz der Bahn brechenden Studie von Moseley et al 2002 weiter auch dazu benutzt wird, eine unsinnige »Gelenktoilette« durchzuführen, wenn Unebenheiten oder Abfaserungen zu sehen sind.

Es ist oft die Plausibilität, die das Erfolgsgeheimnis von Überversorgung ausmacht. Für Ärzte und Patienten klingen Dinge gut nachvollziehbar, und dann werden sie mit Leidenschaft angeboten und angenommen. Ein besonders dramatisches Beispiel dafür ist das Konzept der »Normalisierung des Blutzuckers« beim Typ-2-Diabetes. Wem leuchtete es nicht zunächst einmal ein, dass »Zuckerkrank« davon profitieren müssten, wenn ihr Blutzuckerprofil dem Profil Gesunder so gut wie möglich gleicht? Die therapeutischen Erfolge beim Typ-1-Diabetes sprachen zudem klare Worte. Die Mahnungen von Vertretern der evidenzbasierten Medizin, dass man Typ-2 nicht mit Typ-1 vergleichen dürfe, weil es völlig verschiedene Erkrankungen sind und die Studienlage das Konzept der »Normalisierung« hier nicht trage, verhallten über Jahrzehnte. Erst als durch weitere randomisierte kontrollierte Studien gezeigt wurde, wie gefährlich die Unterzuckerungen infolge aggressiver Ansteuerung »normnaher« Blutzuckerwerte insbesondere für ältere Patientinnen und Patienten sind, machten die diabetologischen Fachgesellschaften Schritt für Schritt einen Rückzieher. Gefreut hat die Normalisierungshypothese aber über diese langen Zeiträume die Industrie, die immer neue überflüssige Antidiabetika in den Markt drücken konnte – und sie werden mit Hilfe ihrer Mietmäuler immer wieder versuchen, neue Indikationen für weitere nutzlose Antidiabetika zu erfinden, einfach deshalb, weil es Millionen von Diabetikern gibt.

Der Medizinethiker Strech hat in den letzten Jahren immer wie-

der argumentiert, dass es die vornehme Aufgabe der Ärzteschaft selber sein sollte, Überversorgung zu erkennen und zu vermeiden: »Der Abbau von Überversorgung in Kombination mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot macht den Bereich ethisch gebotener ärztlicher Rationalisierung aus. Um überhaupt Bereiche der Über- und Unterversorgung zu identifizieren und hier wiederum Dringlichkeiten festzulegen, bedarf es dieser zunächst gedanklichen Prozesse einer Priorisierung von Indikationen, Maßnahmen und Patientengruppen.« Denn es gibt neben leicht erkennbaren Bereichen von Überversorgung immer auch eine Grauzone, in der gehandelt oder abgewartet werden kann. »Choosing wisely« könnte, neudeutsch formuliert, zur neuen Kernkompetenz der Arztprofession werden. Jedenfalls lohnt es sich, dafür zu kämpfen. Auch Ärzte werden irgendwann zu Patienten, sie müssen dann auch darauf vertrauen, in gute Hände zu kommen.

** Norbert Schmacke ist Professor an der Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung*

Weiterführende Literatur:

- www.choosingwisely.org/doctor-patients/americ-college-of-cardiology/
www.thelancet.com/series/research
Lawson EH, Gibbons MM, Ko CY, Shekelle PG (2012). The appropriateness method has acceptable reliability and validity for assessing overuse and underuse of surgical procedures. *J Clin Epidemiol.* 65 (11): 1133-43
- Moseley JB, O'Malley K, Petersen NJ, Menke TJ, Brody BA, Kuykendall DH, Hollingsworth JC, Ashton CM, Wray NP. (2002). A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. *New Engl J Med.* 347 (2): 81-88
- O'Connor PJ, Ismail-Beigi F. (2011). Near-Normalization of Glucose and Microvascular Diabetes Complications: Data from ACCORD and ADVANCE. *Ther Adv Endocrinol Metab.* 2 (1): 17-26
- Strech D. (2014). Der Abbau von Überversorgung als Teil der ärztlichen Berufsethik. *Z Gerontol Geriatr.* 47 (1): 17-22
- Topol EJ, Nissen SE. (1995). Our preoccupation with coronary luminology. The dissociation between clinical and angiographic findings in ischemic heart disease. *Circulation* 15; 92 (8): 2333-42

»Versuche, eine solche Kampagne etwa über das Netzwerk evidenzbasierte Medizin auch in Deutschland zu initiieren, sind bislang gescheitert.«



Land ohne Arzt?

Anmerkungen von Thomas Spies* zur Diskussion um den Landarztmangel

Lange Zeit wurde und wird die Diskussion um die medizinische Versorgung – auch und gerade in ländlichen Räumen – vor allem als interessengeleitete Angstdebatte geführt. Die üblichen Verdächtigen des neoliberalen gesundheitspolitischen Diskurses haben spätestens seit Ende der neunziger Jahre die aufkeimende Debatte um den demographischen Wandel zu nutzen versucht, um das, was sie schon immer wollten, neu zu begründen. Auf der Welle des demographischen Wandels als Horrorvision schwammen alle mit, die ihren Teil am großen Kuchen des Gesundheitswesens mehren wollten: Reflexartig forderten Standesvertreter mehr Honorar und gleich auch noch öffentliche Zuschüsse für Praxen. Selbst in der Diskussion um die Finanzierungsstrukturen (Kopfpauschale und Bürgerversicherung) mussten der demographische Wandel und vermeintliche Versorgungslücken immer wieder als Begründung für Privatisierungsbestrebungen herhalten.

Obwohl das Thema große

Aufmerksamkeit erfuhr und von vielen Menschen als eine der wichtigsten Herausforderungen gesehen wurde und wird, blieben auch in der Folge die Debatten und Ansätze eher an der Oberfläche, wie selbst das – in Ansätzen durchaus richtige – Versorgungsstrukturgesetz aus 2011 zeigte. Noch immer dienen Mangelphantasien eher, Einzelinteressen zu bedienen, statt zu einer konsequenten Lösungsstrategie zu kommen.

Aber die Hoffnung ist nicht verloren: Langsam macht sie sich breit. Wie alle Diskurse um den demographischen Wandel und seine Auswirkungen kann auch diese Herausforderung als Chance begriffen werden. Sie hilft, sich des öffentlichen Versorgungscharakters des Gesundheitswesens zu besinnen. Damit wird zugleich die Auseinandersetzung um die Ökonomisierung des Gesundheitswesens auf eine neue Stufe gehoben und eine Orientierung auf den Daseinsvorsorgecharakter erleichtert.

Tatsächlich gehört Deutschland nach wie vor zu den Län-

dern mit der höchsten Arztdichte auf der Welt, und seit Jahrzehnten steigt die Zahl berufstätiger ÄrztInnen in Deutschland. Ein allgemeiner Ärztemangel ist daher in naher Zukunft nicht zu erwarten. Insbesondere die Zahl der ambulant tätigen Ärzte stieg laut Bundesarztregister der KBV von 1990 bis 2009 um über fünfzig Prozent. Auch die Zahl der Medizinstudierenden liegt rund vierzig Prozent über der Zahl der jährlich ausscheidenden Ärzte.

Dennoch steht die medizinische Versorgung in ländlichen Räumen vor erheblichen Herausforderungen. Durch eine rückläufige Bevölkerungsdichte müssen weniger Menschen über einen größeren Raum versorgt werden, die überproportionale Alterung der Bevölkerung (durch den Weggang der Jüngeren in die Ballungsräume) erhöht den Versorgungsaufwand. Der (gewünschte) Wandel zu einer patientenzentrierten, damit personal- und zeintensiveren Medizin führt zu einem steigenden Zuwendungsbedarf. Reduzierter ÖPNV führt zu

Thomas Spies nimmt die aktuelle und immer wiederkehrende Diskussion um den Ärztemangel zum Anlass, nach vorne zu blicken. Und siehe da: Die Zukunft müsste gar nicht finster sein. Er kommt zum Schluss, dass am Ende eine intelligent organisierte, präventiv ausgerichtete und die sozialen Bedingungen beachtende Medizin zu einer besseren Versorgung auch auf dem Land führen wird.

mehr Hausbesuchen – also mehr Zeitaufwand.

Eine ungünstige Altersstruktur der Ärzte führt dazu, dass in den nächsten Jahren viele Ärzte in den Ruhestand gehen und die Nachfolge nicht immer geklärt ist. Die nachwachsende Generation

von Ärztinnen und Ärzten hat eine »normalere« Erwartung an Lebensqualität und Lebensumfeld. Dies und der überproportionale Anstieg von Ärztinnen verändern die Bereitschaft der Rundum-die-Uhr-Verfügbarkeit und verstärken den Wunsch nach Teilzeitbeschäftigung und Arbeit im Team. Das macht die Tätigkeit in der Einzelpraxis mit erheblichen

Investitionskosten und laufenden Ausgaben wenig attraktiv, gerade im ländlichen Raum.

Zudem finden wir eine deutliche Fehlverteilung: So gibt es bereits jetzt im Ballungsraum eine deutliche Überversorgung, die zudem durch die Doppelstruktur im fachärztlichen Bereich unnötig verstärkt wird. Deshalb muss nicht nur Unterversorgung, sondern auch Überversorgung konsequent angegangen werden.

In der Summe führt das dazu, dass in den ländlichen Räumen mittlerweile eine medizini-

sche Unterversorgung sowohl im fach- als auch im hausärztlichen Bereich droht. Und weil die Bedarfsplanung immer noch eine Verhinderungsplanung ist, sichert sie keine Versorgung bei Mangel, sondern kann allenfalls Überversorgung eindämmen – doch auch das ist weitgehend gescheitert. Statt sich an der nachwachsende Ärztegeneration zu orientieren, war die Debatte lange vor allem am überholten Einzelpraxislandarztmodell ausgerichtet.

Primärärztliche Zentren statt Einzelpraxen

Arbeitsmöglichkeiten im ländlichen Raum müssen den Vorstellungen junger Ärztinnen und Ärzte entsprechen – sowohl in Bezug auf die Arbeitsbedingungen wie die Art der Medizin. Geregelt Arbeitszeiten, Vereinbarkeit von Arbeit und Beruf, mäßige Beanspruchung im Notdienst, Autonomie und Arbeiten im Team und Entlastung von Verwaltungsaufgaben – all das kann erreicht werden, wenn Versorgung nicht als Einzelpraxis sondern als primärärztliches Zentrum gestaltet ist. Das entspricht meist auch der Vorstellung von ganzheitlicher Medizin derjenigen, die Lust an Primärversorgung im ländlichen Raum haben oder entwickeln können.

Organisatorisch können solche

primärärztlichen Strukturen aus einer Zentrale und mehrere Außenstellen bestehen. In der Zentrale sind die medizinischen Mitarbeiter überwiegend im Einsatz. Hier werden zudem Organisation, Terminplanung und Verwaltung umgesetzt – durch Mitarbeiter, die das medizinische Personal von Verwaltung entlasten. Hier kann kooperativ im Team gearbeitet werden und eine gemeinsame Geräteausstattung bedarfsgerecht eingesetzt werden – einschließlich Binnenspezialisierung der Kollegen.

Außenstellen, z. B. in kleineren Ortsteilen, werden durch eine besonders qualifizierte Pflegekraft geleitet, die auch pflegerische Aufgaben erfüllen kann, im Notfall Erstversorgung sichert, und als Gemeindepflege auch soziale Aufgaben übernehmen kann. Ärzte sind hier nur so oft und lang wie nötig – mancherorts nur stundenweise. In Mecklenburg-Vorpommern übernehmen zum Teil zentrale Gesundheitshäuser schon die ambulante medizinische Versorgung einer Region.

Solche Zentren können den Beteiligten gehören oder der Kommune, wenn die Große Koalition demnächst kommunale MVZ ermöglicht, oder Kombinationen oder Genossenschaften oder ähnliches. Damit kann man angestellt arbeiten, ohne eigene Investitionsverpflichtung und ohne im Ort auch leben zu müssen.

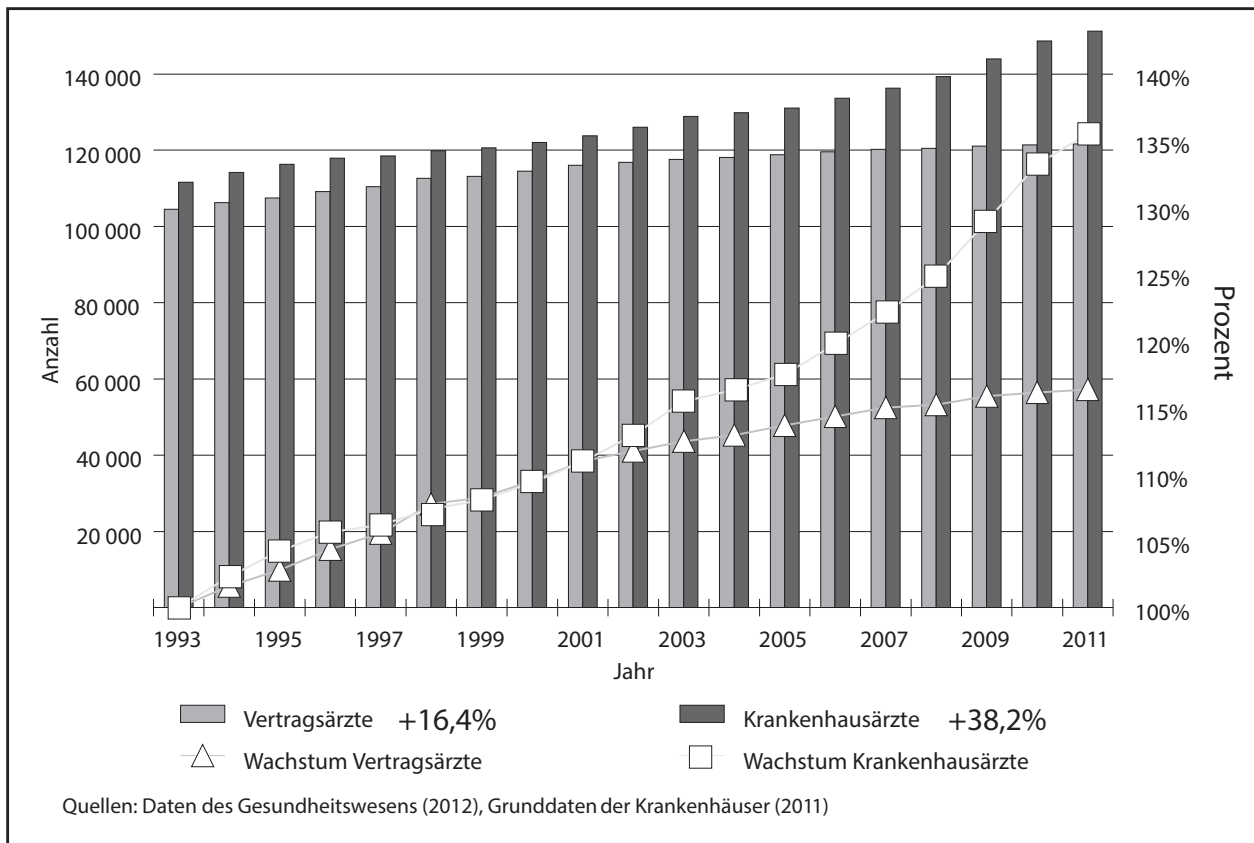
Facharztversorgung wird im ländlichen Raum auf Dauer nur durch angestellte Fachärzte der öffentlichen Krankenhäuser (zunächst noch in Kooperationen mit den bereits niedergelassenen Ärzten) möglich sein, die auch in Außenpraxen tageweise Sprechstunden abhalten – der rollende Facharzt. So entsteht die integrierte ambulante und stationäre Versorgung durch die gleichen Ärztinnen und Ärzte, also mehr Behandlungskontinuität und die Überwindung der doppelten Facharztschiene.

Medizin ist mehr als Ärzte

Und Medizin ist mehr als Ärzte. Durch eine Ausweitung der Möglichkeiten anderer Heilberufe kann nicht nur eine erhebliche

»Statt sich an der nachwachsende Ärztegeneration zu orientieren, war die Debatte lange vor allem am überholten Einzelpraxislandarztmodell ausgerichtet.«





Entlastung der ärztlichen Tätigkeiten und zugleich eine verbesserte Versorgung der Patientinnen und Patienten erreicht werden. Eine Aufwertung der Pflege begegnet auch dem drohenden Fachkräftemangel und erhöht dadurch Autonomie die Attraktivität der Pflege.

Die Honorierung muss dem Aufwand folgen, und der ist auf dem Land durch Wege, Altersstruktur, soziale Faktoren und die wachsende Bedeutung patientenzentrierter Ansätze und psychosozialer Aufgaben anders. Deshalb muss sich die Verteilung der für die Honorierung ambulanter ärztlicher Leistungen zur Verfügung stehenden Mittel an regionalen Strukturen orientieren.

Im ambulanten Bereich ist deshalb ein regionalisiertes Teil-Budget nötig, wie es in einzelnen Modellregionen schon praktiziert wird. Es muss von einer lokalen Gesundheitskonferenz unter Vorsitz der Kommune und unter Beteiligung aller Akteure des Gesundheitswesens (ÄrztInnen, Pflege, PatientInnen, Krankenhäuser) verwaltet werden, um es den lokalen Verhältnissen anzupassen.

Neben der inneren Organisation muss auch nach der politischen und gesellschaftlichen

Verantwortung für die Sicherstellung gefragt werden. Doch in der ambulanten Sicherstellung stoßen die beauftragten Kassenärztlichen Vereinigungen zusehends an enge Grenzen. Sie verstehen sich immer mehr als Interessenvertretung einer Berufsgruppe und nicht als diejenige Institution, deren Hauptaufgabe die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung ist.

Aber Gesundheit ist keine Ware, Versorgung auch nicht, sondern Aufgabe der Daseinsvorsorge. Nötig sind klare Kriterien, wann der Sicherstellungsauftrag erfüllt ist. Dabei sollten neben der Bevölkerungsrelation auch räumliche Entfernungen und Verkehrsverbindungen, Erreichbarkeit, Wartezeiten etc. beachtet werden. Nötig ist die Klärung der Fragen: Wer ist verantwortlich und wie wird Verantwortung eingefordert? Und nötig ist die Integration der medizinischen Versorgungsplanung in die Daseinsvorsorgeorganisation insgesamt.

Kommunale Gebietskörperschaften sind schon jetzt die erfolgreichsten Organisatoren medizinischer Versorgung, wo man sie lässt. Sie sichern einen Teil der medizinischen Versorgung

rund um die Uhr, nach strengen Qualitätskriterien und mit hervorragendem Erfolg. Die Rede ist vom Rettungsdienst, und er steht exemplarisch für die Kompetenz kommunaler Daseinsvorsorge in der Organisation von medizinischer Versorgung. Denn Versorgungsplanung ist kommunale Kernkompetenz, wie Schulen, Polizei, Wasser und Energie, Feuerwehr und Rettungsdienst zeigen.

Nötig ist deshalb eine Stärkung der Rechte und Verantwortung von Ländern und Kommunen auch in der medizinischen Versorgung. Sie sind es, die Daseinsvorsorge organisieren. Sie müssen die Fachaufsicht über die KVen bekommen und eingreifen können, weil Versorgung Vorrang hat. Am Ende wird intelligent organisierte, präventiv ausgerichtete und die sozialen Bedingungen beachtende Medizin zu einer besseren Versorgung auch auf dem Land führen.

** Dr. Thomas Spies ist Arzt und Landtagsabgeordneter (SPD) im Hessischen Landtag.*

»Durch eine Ausweitung der Möglichkeiten anderer Heilberufe kann nicht nur eine erhebliche Entlastung der ärztlichen Tätigkeiten und zugleich eine verbesserte Versorgung der Patientinnen und Patienten erreicht werden.«

Kein Ärztemangel – aber wo sind sie geblieben?

Von Wulf Dietrich

Wulf Dietrich entzaubert die Zahlenmystik der Ständevertretungen und zeigt: Einen absoluten Mangel an ÄrztInnen gibt es nicht. Im Gegenteil. Die Diskussion muss anders geführt werden. Nicht Mangel sondern Fehlversorgung ist das Problem.

Vor dreißig Jahren wurden unsere Ständefunktionäre nicht müde, vor einer drohenden Ärzteschwemme zu warnen. Genau so eifrig wird heute ein angeblich anstehender Ärztemangel von unseren Funktionären an die Wand gemalt. Doch wie sehen die Zahlen aus?

Im Studienjahr 2012/13 haben 11 329 Studierende ihr Medizinstudium aufgenommen. Seit 2008 ist das ein Anstieg um sechs Prozent. Etwa 27 Prozent davon sind ausländische Studienanfänger. Knapp 10 000 Studentinnen und Studenten haben 2013 ihr Medizinstudium erfolgreich abgeschlossen. Diesem Zuwachs an jungen Ärztinnen und Ärzten stehen ca. 6 600 Ärzte gegenüber, die bis 2015 altersbedingt aus dem Erwerbsleben ausscheiden werden. Auch wenn man bedenkt, dass die jungen Studie-

nabgänger wegen ihrer Facharztweiterbildung dem Arbeitsmarkt nur bedingt zur Verfügung stehen, sind dies eigentlich keine alarmierenden Zahlen. Für ausreichend Nachwuchs ist gesorgt.

Nun kommt natürlich sogleich der Einwand, dass unsere jungen ÄrztInnen wegen angeblich schlechter Bezahlung und miserablen Arbeitsbedingungen »alle« ins Ausland abwandern. Es arbeiten ca. 24 000 Ärzte, die in Deutschland ihren Abschluss gemacht haben, im Ausland. Darunter sind auch die Ärzte ohne deutschen Pass, die nur für das Studium nach Deutschland kamen. Diesen 24 000 Ärzten stehen aber laut Bundesärztekammer im Jahr 2010 25 316 ausländische Ärzte, die in Deutschland tätig sind, gegenüber. Das *Institut der Wirtschaft (IW)* geht sogar von 35 900 Ärztinnen und Ärzten aus, die ihren Studienabschluss im Ausland erlangt haben und die in Deutschland arbeiten. Von diesen sind ca. 16 400 Personen deutsche Staatsbürger (z. B. NC-»Flüchtlinge«), während die übrigen 19 500 mit einem ausländischen Abschluss zugewanderten Humanmediziner über eine ausländische Staatsangehörigkeit verfügen. Das IW geht von 31 000 berufstätigen Ärztinnen und Ärzten mit einem im Ausland erworbenen Studienabschluss aus. Es wird in diesem Zusammenhang von einem »Braingain« von 7 000 Ärztinnen und Ärzten gesprochen.

Natürlich hat die Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen in den letzten zehn Jahren neue Arbeitsstellen geschaffen und damit Mediziner absorbiert. Obwohl der weibliche Anteil der Ärzteschaft ca. 44 Prozent beträgt, sind nur 14,1 Prozent aller Ärztinnen und Ärzte in Teilzeit tätig. Das Argument, der große weibliche Anteil der Berufstätigen würde familienfreundlichere Arbeitszeiten

bedingen und damit mehr MedizinerInnen binden, ist also nicht stichhaltig.

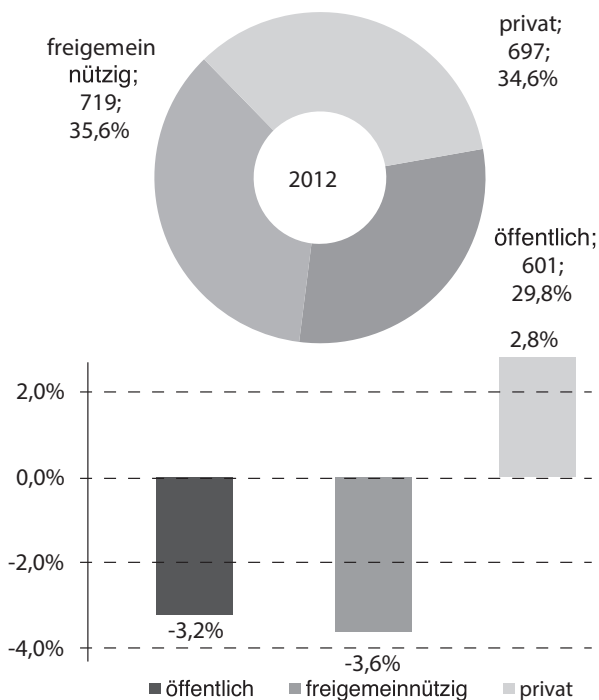
Und schließlich wird Deutschland mit einer Arztdichte von 3,8 ÄrztInnen/1 000 EinwohnerInnen diesbezüglich nur noch von Österreich, Spanien, Italien und Schweden übertroffen. Die USA, nicht gerade ein Vorbild in der medizinischen Versorgung, haben dagegen nur 2,46 ÄrztInnen/1 000 EinwohnerInnen. (OECD). Es ist also noch reichlich Luft für die Übernahme bisher ärztlicher Tätigkeit durch andere Berufsgruppen.

Es soll hier sicher nicht geleugnet werden, dass in bestimmten Bereichen der hausärztlichen Versorgung, insbesondere auf dem Land und in ärmeren Stadtteilen deutscher Großstädte, Versorgungslücken bestehen. Diesen Engpässen steht aber eine enorme ärztliche Überversorgung in den Ballungsgebieten gegenüber. Zusammenfassend kann also gesagt werden, dass immer noch mehr Ärzte in Deutschland ausgebildet werden, als aus dem Berufsleben ausscheiden. Auch wird die Auswanderung ins Ausland zahlenmäßig vom »Import« von Arbeitskräften mit im Ausland erworbenem Hochschulabschluss um ca. 7 000 Arbeitskräfte übertroffen. Es handelt sich also nicht um absoluten Mangel an Arbeitskräften, sondern um eine eklatante Fehlversorgung.

Quellen:
IW-Trends, September 2013
Roland Berger, Oktober 2013
OECD Health Data, 2013
BÄK, Ärztestatistik 2013

Empfehlenswert ist in diesem Zusammenhang auch der Artikel von Daniel Rühmkorf: »Die Mär vom Ärztemangel« im Neuen Deutschland vom 10. Januar 2014 (siehe: vdaa-Homepage unter Themen/ambulanter Sektor).

Anteile Krankenhaussträger 2012 bundesweit und Veränderungen gegenüber 2011



Quelle: destatis



Kann man mit IGeL...

mit IGeL Unter- und Fehlversorgung ausgleichen? fragt Bernhard Winter*

Gerne wird von interessierten ÄrztInnen das Argument vorgebracht, »Individuelle Gesundheitsleistungen« – IGeL – seien notwendig, um Unter- und Fehlversorgung im Angebot der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) auszugleichen. Sie ermöglichen den GKV-Versicherten zudem einen Zugang zu innovativen diagnostischen und therapeutischen Methoden. Auf diesem Weg könne man PatientInnen zu Leistungen verhelfen, die von den Krankenkassen (noch) nicht oder nicht mehr übernommen werden. Diese Argumentation hätte dann eine gewisse Berechtigung, wenn der GKV-Leistungskatalog relevante Lücken bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen insbesondere bei häufigen Erkrankungen aufwies und diese Prozeduren nach dem heutigen Wissenstand zur Prävention, Vorsorge oder Therapie erforderlich sind oder gegenüber einem bereits etablierten Verfahren geringere unerwünschte Effekte aufwiesen.

In der Tat dauert es meist einige Zeit bis die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossenen Ergänzungen des Leistungskataloges in die Abrechnungspraxis umgesetzt werden können. Auch wird in diesem Kontext gerne darauf verwiesen, dass ursprünglich als IGeL angebotene Leistungen zu einem späteren Zeitpunkt in den Leistungskatalog aufgenommen wurden, wie dies beim Hautkrebscreening und der Blutzuckerbestimmung für Schwangere der Fall war. Ist bei kritischer Betrachtung die anspruchsvolle Rolle von IGeL als Innovationsmotor und als ausgleichendes Element bei Unterversorgung haltbar? Dies würde ja nur dann wirklich sinnvoll sein, wenn diese Leistungen diejenigen erreicht, die gesundheitlich besonders von ihnen profitieren würden.

Das Wörtchen »individuell« bei dieser Sprachschöpfung soll diese Leistungen bewusst wertend von den »kollektiven« Leis-

tungen der gesetzlichen Krankenversicherung abgrenzen. Oder wie es der Erfinder von IGeL, der ehemalige Hauptgeschäftsführer der KBV, Krimmel ausdrückte: »Es gibt bei der Inanspruchnahme von IGeL-Leistungen einen klaren Gegensatz zwischen kollektivem und individuellem Nutzen« (HÄB 12/2013). Dies kann denn auch als Aufruf dazu verstanden werden, diagnostische und therapeutische Maßnahmen, deren medizinische Evidenz in Studien nicht belegt werden konnte, als IGeL anzubieten. Entsprechend ist diese Aussage denn auch so interpretierbar, dass Leistungen, die sich für ein Kollektiv als unwirksam herausstellten, individuell nützlich seien. Damit ist der Beliebigkeit Tür und Tor geöffnet. Natürlich gibt es in der Praxis gelegentlich Situationen in denen man als Ärztin/Arzt bei einem ungewöhnlichen Krankheitsverlauf Methoden einsetzen möchte, die für dieses Krankheitsbild nicht zugelassen sind, die man aber im

»Gesundheit ist keine Ware!« – das hört man inzwischen auch bei Ärztetagen und von offiziellen StändesvertreterInnen... Bernhard Winter zeigt dagegen, dass niedergelassene ÄrztInnen, die ihren PatientInnen Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) verkaufen, genau das tun: Sie machen Gesundheit zur Ware.



Rainer Sturm@pixelio.de

individuellen Fall sehr gut medizinisch begründen kann. Aber um diese Art der Individualität der Krankengeschichte geht es beim IGeL gerade nicht, sondern es geht um Leistungen, die relativ häufig bei relativ vielen PatientInnen in relativ kurzer Zeit erbracht werden können. So individuell ist dann IGeL gar nicht mehr. Krimmel hat denn auch bei anderen Gelegenheiten betont, dass das IGeL-Konzept primär entwickelt wurde, um niedergelassenen ÄrztInnen eine Kompensation bei angeleglichen Honorarverlusten im GKV-Bereich zu ermöglichen und damit einen zweiten Gesundheitsmarkt für gesetzlich Versicherte zu etablieren. Eine Praxis, die sich in den letzten 15 Jahren durchsetzte.

Bei IGeL können Leistungen ohne überprüfbare Indikationsstellungen sowie unter Verzicht auf jegliche Qualitätssicherung erbracht werden. Hilfreich für willkürliche Leistungsausweitungen ist zudem ein unstrukturiertes Umfeld in dem möglichst auf verbindliche

Definitionen und Abgrenzungen verzichtet wird. Dieses Vorgehen scheint recht erfolgreich zu funktionieren. Während im Jahr 2001 8,9 Prozent der Versicherten für IGeL bezahlten, waren es 2012 bereits 29,9 Prozent (WIDOMonitor 1/2013). Ein Anstieg der schwerlich durch medizinische Notwendigkeiten, aber sehr einleuchtend durch extensive Marketingstrategien erklärt werden kann und sich in klingender Münze auszahlt. Schätzungsweise 1,5 Mrd. Euro kosten jährlich IGeL die PatientInnen. Der bei IGeL angewandten Einzelleistungsvergütung ist überdies der Hang zur Mengenausweitung inhärent.

Dabei gibt es heute durchaus einige IGeL-Leistungen, die medizinisch sinnvoll (beispielsweise Sport- und Reisemedizin) sind. Diese wenigen Leistungen, die in den GKV-Katalog übernommen werden sollten, werden besonders häufig zur Begründung des IGeL-Konzeptes herangezogen – wohl wissend, dass es sich dabei nur um einen kleinen Bruchteil aller IGeL-Leistungen handelt. Es bleibt daher die Frage, welche medizinischen Probleme IGeL-Leistungen lösen, die durch das Leistungsspektrum der GKV nicht gelöst werden können?

Gerne tummelt sich die IGeL im Bereich der Vorsorge und Früherkennung. Dabei sind gerade auch viele GKV-Aktivitäten in diesem Bereich wissenschaftlich nicht unumstritten und ihre Evidenz zu hinterfragen bzw. noch zu belegen. Man denke an die Diskussionen um das Check up ab 35 Jahren, die Mammographie oder die Vorsorgekoloskopie. Die Daten, die eine Evidenz für bevorzugte IGeL-Leistungen wie ein Glaukomscreening für über 40-Jährige, das immerhin 16 Prozent aller IGeL-Leistungen darstellt, oder für das PSA-Screening belegen sollen, sind nochmals erheblich umstrittener als die der erwähnten GKV-Leistungen. Für viele in diesem Bereich angebotenen IGeL-Leistungen gibt es überhaupt keine belastbaren Daten, die eine flächendeckende Durchführung bei fast allen PatientInnen rechtfertigen. Etwas kleinlaut heißt es denn auch in einer Broschüre von BÄK und

KBV, die den richtigen Umgang von PatientInnen mit IGeL befördern soll: »IGeL zur Früherkennung (auch »Vorsorge«) von Krankheiten sind meist Untersuchungen, deren Nutzen in Studien nicht ausreichend belegt ist.« Dies ist noch untertrieben. Der Nutzen einiger IGeL zur Früherkennung, wie beispielsweise das Ultraschallscreening auf Ovarialkarzinom, kann mittlerweile als widerlegt gelten. Gerade auf dem Gebiet der Vorsorge ist indes das Anstreben einer Evidenzbasierung der durchzuführenden Maßnahmen essentiell, da ansonsten PatientInnen nahezu unbegrenzt Leistungen anempfohlen werden können. Auch ist gerade hier zwischen tatsächlichen Nutzen und Schaden durch falsch-positive Befunde sowie Überdiagnostik abzuwägen.

Um der fehlenden Evidenz abzuwehren, hat sich eine Kultur der Nötigung etabliert, indem PatientInnen schriftlich erklären müssen, dass sie eine Vorsorgeuntersuchung, die als IGeL angeboten wird, ablehnen. Eine Maßnahme, die für allgemein anerkannte und von der GKV übernommene Vorsorgeuntersuchungen vollkommen unüblich ist. Es wird dann angeführt, dies sei notwendig, da man sich sonst juristisch angreifbar mache, wenn man GKV-Patienten nicht dieselben Leistungen anbiete wie Privatpatienten. Der Präsident des Oberlandesgerichtes a. D. Dr. jur. H. Dieter Laun, Vorsitzender der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein, stellt dazu im *Deutschen Ärzteblatt* fest: »Die Gutachterkommission Nordrhein wirft einem Arzt, der den Leistungskatalog der GKV sorgfältig erfüllt hat, keinen Behandlungsfehler vor, auch wenn ein Privatpatient in der gleichen Lage mehr Leistungen erhalten hätte. Die staatlichen Gerichte verhalten sich im Allgemeinen ebenso.« Wenn man davon absieht, dass die Suggestion mehr Leistungen = bessere Behandlung nicht stimmen muss, ist das eigentlich eine einleuchtende Position. Laun fordert darüber hinaus die Politik auf, diesen Punkt gesetzlich zu klären. Aber zum Schluss kommt

»Der bei IGeL angewandten Einzelleistungsvergütung ist überdies der Hang zur Mengenausweitung inhärent.«

auch bei dieser juristischen Bewertung eine schwammig weiche Formulierung heraus, wie sie in der gesamten IGeL-Problematik so beliebt sind: »... erscheint es nicht ausgeschlossen, dass die wirtschaftliche Aufklärung (i. S. einer selbst zu zahlenden IGeL-Leistung, B.W.) eines Tages durch die Gerichte rückwirkend zur Pflicht gemacht wird.« (DÄB 44/2012) Wenig hört man hingegen, dass IGeL-Leistungen mitunter komplikations- und kostenträchtige Folgeuntersuchungen nach sich ziehen können, die dann allerdings wiederum von der GKV getragen werden müssen.

Da den PatientInnen möglichst viel Gutes angetan werden soll, gilt es, neue IGeL-Leistungen zu kreieren. So empfiehlt die Zeitschrift *der niedergelassene arzt* in dem Fall, dass bei »kognitiver Schwäche« eines über 70-Jährigen die EBM-Positionen 03360 oder 03362 nicht abgerechnet werden können, von alterstypischen Veränderungen auszugehen. Diese könnten dann mit IGeL-Leistungen angegangen werden (*der niedergelassene arzt*, 12/2013). Warum müssen alters-typische Veränderungen ärztlich behandelt werden? Bei aller Phantasie niedergelassener ÄrztInnen ist es nur begrenzt möglich, neue Leistungen zu erschaffen. Schamlos werden denn auch Leistungen der GKV als IGeL umdefiniert. Wie ein Blick auf entsprechende Praxis-websites zeigt, werden einfach EKG, HIV-Tests, Abdominal- und Schilddrüsenultraschall etc. in Kassenzustellen als IGeL-Leistungen angeboten. Welches sinnvolle EKG wird durch die GKV nicht abgedeckt? Das Hautkrebscreening macht mittlerweile 3,6 Prozent aller IGeL-Leistungen aus (WIDOMonitor 1/2013). Tendenz steigend, obwohl es seit 2008 eine Leistung der GKV ist. Bei Endoskopikern ist es beliebt, die Prämedikation für Gastroskopien oder Koloskopien als IGeL abzurechnen, obwohl sie nach der Leistungslegende ein integraler Bestandteil der entsprechenden EBM-Ziffern sind. Ernährungsberatung, die bei entsprechender Indikation eine nichtärztliche GKV-Leistung darstellt, wird als IGeL angeboten.

Die Verteilung privat angebotener beziehungsweise nachgefragter Leistungen in der Arztpraxis*

„Welche Leistung war das genau?“

Art der Leistung	Angaben in %
Ultraschalluntersuchung	20,0
Glaukomvorsorgeuntersuchung	16,2
Medikament bzw. Heil- und Hilfsmittel	11,5
Blutuntersuchung/Laborleistung	10,1
keine vertragsärztliche Leistung	10,0
ergänzende Krebsfrüherkennung bei Frauen	9,9
PSA-Wert-Bestimmung	6,2
Hautkrebsvorsorge	4,4
Knochendichtemessung	3,8
Akupunktur	3,2
Kosmetische Leistung	1,3
EKG	1,0
Nahrungsergänzungsmittel	0,9
Sonstiges	1,5

* von insgesamt 791 angebotenen oder nachgefragten Leistungen, ohne zahnärztliche Leistungen

Ultraschall, Glaukomvorsorgeuntersuchungen und zusätzliche Verordnungen für Medikamente und Heil- und Hilfsmittel liegen an der Spitze der Zusatzangebote. Auf diese drei Leistungsgruppen entfällt fast die Hälfte der angebotenen IGeL.

Quelle: WIdO 2010

In den Medien haben IGeL keinen guten Ruf und sind immer mal wieder Gegenstand heftiger Kritik. Offensichtlich haben es einige Arztgruppen übertrieben und zu bedenkenlos ihren PatientInnen Leistungen aufgeschwatzt. Daher bemühen sich BÄK und KBV die Wild-West-Zeiten für beendet zu erklären und ein Regelwerk für korrektes, seriöses Anbieten von IGeL zu entwickeln. Dieses soll das Dilemma lösen, dass ÄrztInnen zunehmend als VerkäuferInnen wahrgenommen werden und dass das Arzt-Patient-Verhältnis darunter leidet. Es wird dann immer gerne argumentiert, ärztlicherseits solle man IGeL nicht aktiv anbieten. Aber wie soll das bei dem Informations- und Wissensgefälle in der Arzt-Patient-Beziehung funktionieren? Geradezu perfide ist es zu argumentieren, IGeL würden vorrangig auf Nachfrage von PatientInnen erbracht. Natürlich fragen PatientInnen, durch die jahrzehntelange Abwertung des solidarisch finanzierten GKV-Systems verunsichert, nach, ob es noch etwas gäbe, das ihnen helfen könnte, auch wenn sie es privat zahlen müssten. Dies hat aber nichts mit

der Nachfrage nach höchst fragwürdigen Leistungen zu tun.

Nachweislich werden IGeL-Leistungen vorwiegend den Bevölkerungs- und Altersgruppen angeboten, die sie sich pekuniär leisten können. Dies wurde inzwischen schlüssig in mehreren WIDO-Studien nachgewiesen. Dieses erscheint, wenn man von dem medizinischen Nutzen dieser Leistungen überzeugt ist, sehr fragwürdig, da es sich dabei nicht um die Gruppen mit den meisten medizinischen Problemen handelt.

Die gesamte Konstruktion IGeL hat sich zu keiner Zeit an medizinischen Notwendigkeiten orientiert, sondern war im Kern schon immer ein Instrument der medizinisch nicht begründbaren Leistungsausweitung und damit der Überversorgung von Bevölkerungsgruppen, die es sich leisten können.

* Dr. Bernhard Winter ist niedergelassener Gastroenterologe und stellvertretender Vorsitzender des vdaä

»Für viele in diesem Bereich angebotenen IGeL-Leistungen gibt es überhaupt keine belastbaren Daten, die eine flächendeckende Durchführung bei fast allen PatientInnen rechtfertigten.«



© Kellerabtei, Foto 1800

25 Stunden

Jenny Merx* über den ganz normalen Wahnsinn im Krankenhaus

Jenny Merx illustriert konkret, wie Unter- und Fehlversorgung im Krankenhausalltag aussehen. Personalmangel, überlange Arbeitszeiten – kurz: die massive Arbeitsverdichtung im Krankenhaus lassen gute Arbeit (und gute Versorgung) inzwischen oft nicht mehr zu.

Ich arbeite als Assistenzärztin einer Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie. Ich bin am Beginn meines dritten Weiterbildungsjahres und habe gerade den dritten 24-Stunden Dienst in 12 Tagen hinter mich gebracht.

Samstag, 08:00 Uhr, Übergabe

Das Dienst-Team vom Vortag, ein Altassistent und eine Oberärztin, sitzt erschöpft bei Kaffee im Arztzimmer. Sie sind vor einer halben Stunde aus dem OP gekommen, haben zwei akute OPs gemacht, nachdem sie am Abend zuvor gegen 17:00 Uhr einen 37-jährigen Patienten geplant im Saal hatten, der initial eine Umgehung seiner Magenausgangsstenose bei unklarem Prozess am Pankreas bekommen sollte, intraoperativ dann auf telefonische Anweisung des Chefs auf einen Whipple umgeschwenkt wurde. Unser Haus macht diese Operation nicht sehr häufig, das Dienst-Team blieb bis gegen Mitternacht mit dem Patienten im Saal. Danach waren die beiden

ÄrztInnen in der Notaufnahme und haben dann die beiden dort aufgenommen akuten Positionen operiert. Fünf geplante OPs blieben vom Vortag liegen und sollen heute im (sogenannten) Bereitschaftsdienst von uns nachgeholt werden.

Samstag, kurz vor 09:00 Uhr

Ich laufe Visite auf unserer Station mit 30 Patienten. Mein Facharztkollege visitiert die Außenlieger, Kinder und Patienten auf der Intensivstation. Es sind drei Pflegekräfte im Frühdienst da, davon ein erfahrenerer Pfleger von unserer Station und zwei Leasingkräfte. Neben allerlei unkomplizierten Fällen wie Appendizitiden und Gallenblasen-OPs liegen bei uns drei Patienten mit multipel metastasierten Karzinomen des Ösophagus, der Kardia und des Pankreas. Zwei davon sind noch nicht operiert, plagen sich mit Erbrechen und Schmerzen. Einer der beiden wurde im Verlauf der letzten Tage zunächst wunderbarlich

aggressiv, dann immer verwirrter und bettflüchtig.

Der Alkoholiker mit Durchbruch der Magenhinterwand vor drei Tagen aus dem ersten Zimmer sucht mich im Lauf des Vormittages immer wieder auf und versucht Fragen an mich zu stellen, hat jedoch jedes Mal vergessen, was er eigentlich fragen will. Bei jedem neuen Anlauf lallt er stärker. Er trinkt direkt weiter, drei Tage nach seinem Magendurchbruch.

Ein Patient liegt mit paralytischem Darm nach OP bei perforierter Appendizitis im Bett und krümmt sich vor Schmerzen. Er läuft »im Orbit« für eine erneute Lavage im OP, noch allerdings zeigt der Bauch keine Abwehrspannung.

In der Nacht kam eine Neuaufnahme über die Notaufnahme, ein junger Mann, alkoholkrank, mit multiplen Pankreaspsedozysten. Er ist im Oberbauch voroperiert und hat Anzeichen eines hohen Dünndarmileus im Rönt-

gen und CT. Mein Facharztkollege kümmert sich erst mal um ihn, verschafft sich einen klinischen Eindruck und versucht, ihn auf den OP-Plan zu setzen. Er ruft die diensthabende Oberärztin der Anästhesie an, um mit ihr die anstehenden akut-OPs und auch die Eintaktung der liegendebliebenen OPs vom Vortag zu besprechen. Sie wird sofort laut am Telefon: Sie habe kein Personal zur Verfügung und legt mitten im Satz auf. Der Ton zwischen allen Beteiligten ist jetzt bereits scharf und gereizt.

Samstag, 10:30 Uhr

Ich stehe die folgende Stunde im Arbeitsraum der Station und ziehe die Antibiotika und i.v. Medikamente auf, die ich dann den PatientInnen anhängen. Die Pflegekräfte haben keine Zeit dafür. Die Gabe ist auf 08:00 Uhr angesetzt, die meisten PatientInnen bekommen ihre Medikamente gegen 11:00 Uhr.

Beim Anhängen des Antibiotikums für den Patienten mit der lokalen Peritonitis nach Appendixperforation finde ich diesen gekrümmt im Bett vor, er erbricht sich über die Bettkante auf den Boden. Ich rufe eine Pflegekraft zu Hilfe. Wir lagern den Patienten aufrecht, geben ihm eine Spucktüte, ziehen sein Hemd aus und verabreichen ihm Antiemetika. Ich ahne, dass es nichts bringen wird. Sein Bauch ist gebläht, aber noch weich. Wir wollen ihm eine Magensonde legen, unsere Versuche sind jedoch frustant. Der Patient drängt darauf, nochmals operiert zu werden. Wenn er wüsste, dass er im OP-Programm bisher noch nicht einmal vorgesehen ist...

Samstag, 12:00 Uhr

Nachdem ich die Entlassungen des Tages fertig gemacht habe, machen mein Kollege und ich die anfallenden Verbände auf Station. Wunddehiszenzen, ischiorektale Abszesse, Teilklammerentfernungen usw. Die Leasingkräfte sind nicht ausgebildet für diese Tätigkeiten.

Wir warten weiter auf das Startsignal von der Anästhesie und die Freigabe für den OP. Zwei Elektivpatienten vom Vortag sind seit Stunden nüchtern und war-

ten auf ihre Fistel-Ausschneidung. Sie sind bereits am Vortag abends abgesetzt worden. Um es vorweg zu nehmen: Beide werden am Nachmittag nach Hause entlassen – ohne OP!

Der Patient mit der Whipple-OP vom Vortag wird nach nicht einmal dreizehn Stunden wegen Bettenmangel im Intensivbereich zu uns auf die Station verlegt. Seine Baxterpumpe streikt bald, innerhalb einer Stunde liegt er mit Schweißausbrüchen und starken krampfartigen Bauchschmerzen im Bett. Ich titriere ihn vorsichtig mit Piritramid an die Schmerzlinderung, einen Monitor haben wir auf Station nicht, um ihn dabei zu überwachen. Der Patient bittet, auf die IMC zurück verlegt zu werden. Ich weiß nach einem vorangegangenen Telefonat mit dem Kollegen der IMC, dass dort wegen Notfällen gar nichts geht. Ich bitte den Patienten, sich zu melden, wenn die Schmerzen wieder zunehmen. Er sagt, er traue sich nicht zu klingeln, die Pflegekräfte hätten letztes Mal entnervt behauptet, er hätte was am Kopf.

Anruf an die Oberärztin der Anästhesie mit der Info, die Pumpe würde streiken und der Patient hätte Schmerzen. Sie findet keine Zeit, die Pumpe wird dann erst gegen Mitternacht – also 12 Stunden später – wieder in Gang gesetzt.

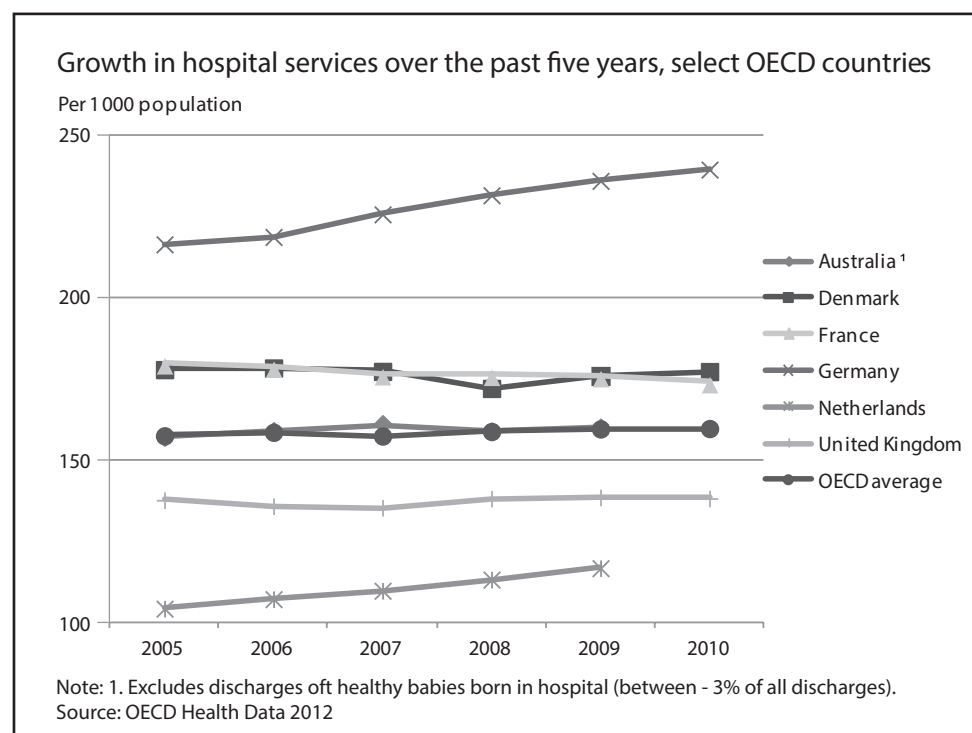
13:00 Uhr

Wir essen verbotenerweise das übriggebliebene fade Klinikessen und verschaffen uns einen Überblick über die Patienten. Der Ileuspatient wird klinisch immer schlechter. Sein Bauch ist prall gespannt, aber immerhin erbricht er noch nicht. Ich will gerade eine Patientin für einen Eingriff aufklären, da geht der Pieper – Polytraumalar alarm.

Mein Kollege ist schon in der Notaufnahme. Dort ist ein unfallchirurgischer Assistenzarzt anwesend, der eigentlich alle allgemein-chirurgischen Patienten ansehen und in Absprache mit uns behandeln sollte. Meist sind die KollegInnen in der Notaufnahme aber so überfordert von der Patientenzahl, dass sie uns die Patienten einfach einige Stunden sammeln und dann en-bloc abarbeiten lassen.

Das Polytrauma wird hereingefahren: Mann als Fußgänger bei Rot vom Auto erfasst und mehrere Meter durch die Luft geschleudert. Der Bauch ist klinisch unauffällig und die Frakturen im CT geben erst mal den anderen Fachrichtungen zu tun. Für unseren Ileuspatienten und uns heißt das: weiter warten.

»Der Ton zwischen allen Beteiligten ist jetzt bereits scharf und gereizt.«



16:00 Uhr

Zurück auf Station. Der Nachbar des Ileuspatienten ist ein bisher nicht operierter Patient mit einem metastasierten, stenosierenden Magenkarzinom. Wir haben ihn vor einigen Tagen wegen Stuhlnormalitäten aufgenommen und in der CT zeigte sich ein später histologisch gesichertes Magen-CA. Er hat nun einen PDK und einen ZVK liegen. Er wurde in den vergangenen Tagen immer wunderlicher, verwirrt und bettlüchlig.

Als ich in sein Zimmer komme, steht er zwei Meter weg von seinem Bett und insbesondere von seinem Infusionsständer, dessen Strippen sich wie Wäscheleinen durch den Raum spannen. Er steht mitten im Raum, vor

ihm sein Erbrochenes auf Körper, Hemd, Bett und Boden. Ich rufe eine Pflegekraft. Sie sind zu zweit im Spätdienst für die 30 PatientInnen zuständig und obwohl beide erfahrene chirurgische Schwestern sind, wirken sie heute sichtlich überfordert und können nicht direkt kommen. Ich führe den Patienten ins Bett, wische seinen Mund ab, entkleide ihn und ziehe sein Bett ab. Er ist unruhig und fahrig. Ich besorge Spucktüte, An-

tiemetika i.v. und laufe auf die IMC, um etwas intravenöses Tavor zu holen. Der Patient hat eine Alkoholanamnese und ich vermute Entzugssymptomatik hinter seinem Zustand. Ich verabreiche ihm das Tavor langsam intravenös. Einen Monitor oder ein Sauerstoffmessgerät habe ich wieder nicht zur Verfügung. Das Lumen des Schmerzpumpenschlauches ist durch das Manöver des Patienten so eingengt, dass dort wohl kein Naropin mehr durchkommt. Ich hoffe, er bleibt schmerzfrei.

18:30 Uhr

Wir haben uns etwas Warmes zu Essen bestellt und eine halbe Stunde Zeit für ein Gespräch. Themen: Die unbefriedigenden Arbeitsbedingungen und die pseudophilosophische Frage, ob wir noch nützliche Idioten oder schon Täter sind, die dieses System am Laufen halten.

Beim Essen ein Anruf von der Intensivstation: Ein Patient wurde instabil und man befürchtet, bei der erfolgreichen Reanimation eine intraabdominelle Verletzung provoziert zu haben. Im Röntgen ist freie Luft zu sehen – eine dringende OP-Indikation. Wir wittern unsere Chance, nun endlich Priorität für die OP-Freigabe zu bekommen, um auch unser restliches Programm abzuarbeiten.

Wir suchen davor den Ileuspa-

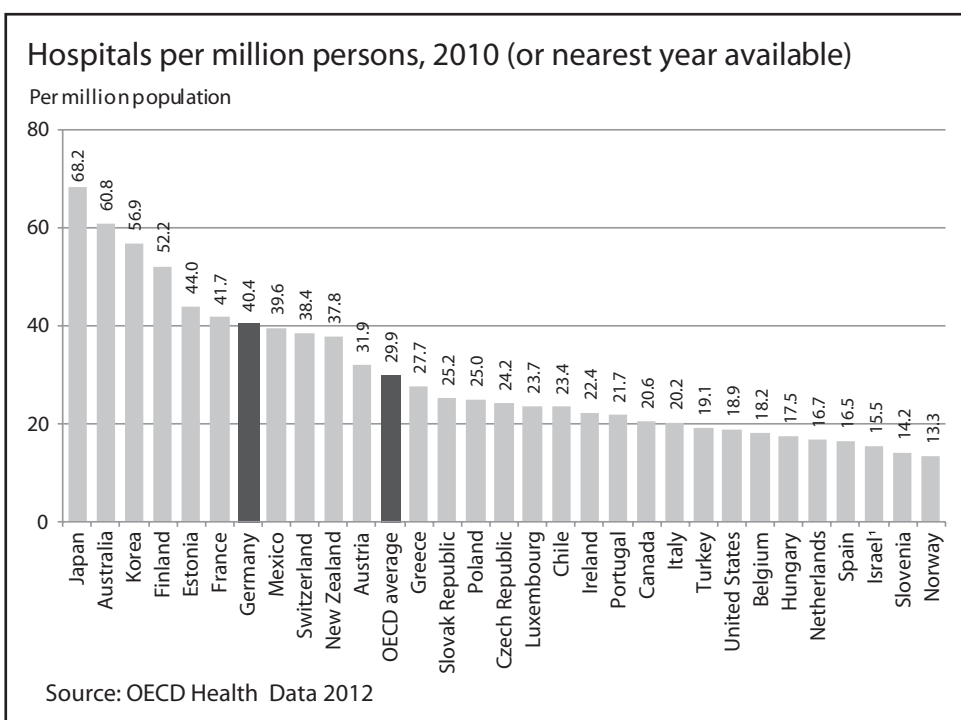
tienten noch einmal auf. Als wir ins Zimmer kommen steht er vor seinem Bett, das Laken dahinter, der Boden, seine Beine – alles voll mit flüssigem Stuhl. Ein schlimmer Anblick. Wir helfen der Schwester beim Reinigen des Patienten. So zynisch es klingt, aber für den armen Mann war dieser erniedrigende Zustand seine Rettung – wäre sein Ileus weiter manifest geworden, wer weiß, wann endlich Kapazität gewesen wäre, ihn zu operieren?

Jetzt geht alles ganz schnell. Wir werden vom OP angepiepst, die Instrumentenschwester meckert in einem schlimmen Ton, dass wir verdammt nochmal endlich kommen sollen. Miserable Stimmung steht uns bevor. Mein Kollege fängt allein an, ich muss noch zwei Venenzugänge auf Station legen und die i.v. Medikamente anhängen. Es ist etwa 19:30 Uhr als die PatientInnen ihre 16:00 Uhr-Medikamente bekommen und ich in den Saal gehe.

Die Stimmung ist auf dem Tiefpunkt. Gemecker, unfreundlicher Ton, wenige zaghafte Scherze über Gott und die Welt meines Kollegen machen die Stimmung nicht besser. Wir merken: Der Anästhesist ist total erschöpft. Er ist wie wir seit 12 Stunden im Dienst – ohne Pause. Wir laparoskopieren die Patientin. Der Magen ist langstreckig perforiert. Der Bauch wird nun vollständig geöffnet, der Magen übernährt und die Patientin intubiert wieder auf die ITS gelegt. Wir gehen nach der OP auf Station und besuchen erneut den Ileuspatienten. Er hat weiter abgeführt und wir entscheiden uns gegen eine OP. Auch der andere Patient mit der Paralyse ist klinisch »entschärft«.

Während der vermeintlich letzten OP funkt uns die internistische Notaufnahme an. Eine akute Cholezystitis wäre noch in der Notaufnahme. Ich bleibe im Saal, helfe beim Ablegen, mein Kollege läuft in die Notaufnahme. Alle sind müde, ausgepowert und entnervt. Es ist nach 24:00 Uhr. Ich ziehe blanken Hass auf mich, als ich dem OP- und Anästhesieteam mitteilen muss, dass die Gallenblase akut ist und auch noch operiert werden soll.

»Die unbefriedigenden Arbeitsbedingungen und die pseudophilosophische Frage, ob wir noch nützliche Idioten oder schon Täter sind, die dieses System am Laufen halten.«



Ich renne auf Station, helfe, die Papiere fertig zu machen und fahre die Patientin mit meinem Kollegen gegen 00:30 Uhr in den OP. Es herrscht eisiges Schweigen im Saal während dem nicht einfachen Eingriff. Danach lässt das völlig überarbeitete Anästhesieteam lautstark seinen Frust an uns ab. Ich kann es ihnen nicht mal verdenken.

03:00 Uhr

Wir bringen die Patientin auf Station. Ich tippe noch einen Arztbrief für die heutige Entlassung und gehe gegen 03:45 Uhr ins Bett, aus dem ich dann noch zweimal herausgeklingelt werde.

07:30 Uhr

Ich sitze mit einer Tasse Kaffee im Arztzimmer und bereite die Übergabe vor.

Auf der Station teilt um 08:00 Uhr die vollkommen erschöpfte Nachtschwester das Frühstück aus. Ich frage sie, warum sie noch hier ist. Der Pfleger vom Vortag hat sich krank gemeldet. Sie ist erst mal allein mit zwei Leasingkräften, bis die Stationsleitung um 09:00 Uhr anwesend ist. Der Krankenstand in der Pflege auf unserer Station ist damit aktuell bei sieben KollegInnen. Ich schreibe noch drei Entlassungsbriefe gehe nach der Übergabe um halb zehn nach Hause.

Fazit

Was mich im Rückblick an diesem – sicher für viele KollegInnen durchschnittlichen – Dienst, so beschäftigt hat, war die schlechte Stimmung und die Anspannung, die durch die hohe Arbeitsbelastung ausnahmslos aller KollegIn-



© H. Kunath, 2014_01 Dresden – Städtisches Krankenhaus Friedrichstadt

nen verursacht wurde. Die Pflegekräfte auf unserer Station, das Anästhesieteam, die KollegInnen in der Notaufnahme – sie alle waren am Anschlag.

Reflexartig wird mit der Überlastung so umgegangen, dass die Ursache nicht in der Verdichtung der Arbeitskraft gesehen wird, sondern auf das (vermeintliche Fehl-) Verhalten einzelner KollegInnen geschoben wird. Die Überlastung des Personals wird verschärft durch eine Kultur des Gegeneinanders. Darüber hinaus ist bemerkenswert, wie viel Zeit ich in einem solchen Dienst letztendlich mit originär pflegerischen Tätigkeiten verbringe – eine Folge der Unterbesetzung in den Pflegeteams. Eine Pflegekraft für 15, teilweise kritisch kranke, chirurgische PatientInnen ist einfach zu wenig.

Die negativen Folgen eines derartigen Systems tragen ohnehin die PatientInnen. Für die vom Vortag liegengebliebenen Elektiv-PatientInnen bedeutete dies, einhalb Tage lang nüchtern warten zu müssen, um letztendlich

doch nicht operiert zu werden. Akute Patienten wie unser Ileus-Patient kommen nicht rechtzeitig in den Saal, weil personelle Ressourcen fehlen. Schmerzpatienten, wie der Mann, der am Vortag eine Whipple-OP hatte, sind nicht adäquat versorgt. Die Teams der Anästhesie und die OP-Schwestern haben an diesem Tag mehr als 20 Stunden durchgehend gearbeitet.

Ich habe mich oft gefragt, ob es eventuell an strukturellen Problemen in den Arbeitsabläufen liegt. Aber rückblickend muss ich sagen, dass in meinem Haus die Abläufe sehr, sehr effizient organisiert sind. So effizient, dass aus dem verfügbaren Arbeitskräften auf allen Ebenen das Letzte herausgequetscht wird.

** Jenny Merx ist Assistenzärztin und im vdää aktiv. Der Name wurde von der Redaktion geändert.*

»Darüber hinaus ist bemerkenswert, wie viel Zeit ich in einem solchen Dienst letztendlich mit originär pflegerischen Tätigkeiten verbringe – eine Folge der Unterbesetzung in den Pflegeteams.«

»Gesundheit braucht Politik – Zeitschrift für eine soziale Medizin« im Abonnement?

Die Zeitschrift des vdää ist inhaltlich längst mehr als eine reine Vereinszeitschrift. Wir machen vier Themenhefte pro Jahr zu aktuellen gesundheitspolitischen Problemen, die sich hinter anderen gesundheitspolitischen Zeitschriften im deutschsprachigen Raum nicht verstecken müssen. Vereinsmitglieder bekommen die Zeitschrift kostenfrei zugesandt.

Wer nicht Vereinsmitglied ist, hat die Möglichkeit, die »Zeitschrift für eine soziale Medizin« zum Preis von 26 Euro im Jahr zu abonnieren. Ein Probeabo besteht aus zwei Ausgaben und kostet 10 Euro.

Bei Interesse wenden Sie sich bitte an die Geschäftsstelle:
info@vdaae.de



Wurzelbehandlung gelungen?

Wolfgang Kirchhoff* zu den Konsequenzen einer weitgehend privatisierten Zahnmedizin

Der Zahnarzt Wolfgang Kirchhoff zeigt, wie die Privatisierung der Zahnmedizin, die inzwischen zu etwa zwei Dritteln vollzogen ist, zum Nachteil des überwiegenden Anteils der Bevölkerung und zum Vorteil der Einkommen der ZahnärztInnen zu massiver Über-, Unter- und Fehlversorgung geführt haben.

Die zunehmende Privatisierung der Zahnmedizin steuert beträchtliche Unter-, Fehl- und Überversorgungen

Hinsichtlich der Privatisierungsbestrebungen im deutschen Gesundheitswesen stand die verfasste Zahnärzteschaft seit altersher an vorderster Front. Bereits Ende des 19. Jahrhunderts arbeiteten die Vertretungen der niedergelassenen ZahnärzteInnen hartnäckig an zwei Zielsetzungen: der Ausschaltung unliebsamer Konkurrenz und der Durchsetzung von frei zu vereinbarenden Honoraren. 1933 gelang es im engen Schulterschluss mit den Nationalsozialisten, nicht nur die auch international vorbildliche Kinder- und Jugendbetreuung des ÖGD, sondern auch die Kasenambulatorien auszuschalten. Ab 1945 verfolgte die Zahnärzteschaft sukzessive, die Privatisierung der gesamten Zahnmedizin voran zu treiben. Auf diesem Weg waren ihnen nicht nur die unterschiedlich zusammengesetzten

Parlamente behilflich. Wenn es zur wirtschaftlichen Konsolidierung beitrug, dann war auch die GKV zu Leistungsausgrenzungen bereit. Die jeweiligen Leistungs-Deckelungen im GKV-Bereich begleitete die Zahnärzteschaft sowohl durch medienwirksame Kampagnen als auch durch eine dahingehende Patientenagitation, die Qualität und Wissenschaftlichkeit von GKV-Leistungen und der Tätigkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in Zweifel zu ziehen. Inzwischen sind wesentliche Teile der zahnmedizinischen Versorgung privatisiert. Damit wurden einer sachleistungsorientierten Steuerung sehr enge Grenzen gesetzt. Es resultieren Unter-, Fehl- und Überversorgungen.

Die Entwicklung

In den ersten Nachkriegsjahrzehnten hatte sich ein bedeutender Nachholbedarf bei der zahnmedizinischen Versorgung aufgebaut. Die begründete Nachfrage bei

Zahnersatzversorgungen und kieferorthopädischen Behandlungen ermöglichte nicht nur die »Goldenen 1970er Jahre« der westdeutschen Zahnärzteschaft, sie ließ auch die GKV-Ausgaben in diesen Bereichen ansteigen. Von der FDP goutiert und der Zahnärzteschaft mit Hilfe der die PatientInnen diskriminierenden »Selbstverschuldungslegende« erfolgreich sekundierte, ermöglichte Herbert Ehrenberg (SPD) 1977 den Einstieg in die Selbstbeteiligung. Da zu diesem Zeitpunkt die sog. Arbeitgeberanteile zur Krankenversicherung noch nicht limitiert waren, wurde der politische Blick auf die Höhe der Beitragssätze gerichtet; die Lohnnebenkosten senkend und die Privatisierungsabsichten der Zahnärzteschaft berücksichtigend, folgten unter Norbert Blüm (CDU) und Horst Seehofer (CSU) weitere »Reformen« im Gesundheitswesen. Die Expansion der zahnärztlichen Leistungseinschränkungen fand ihren Höhepunkt durch die Einführung von Festbeträgen bei der

Zahnersatzversorgung durch eine Große Koalition. In den alten Bundesländern sanken die Ausgaben der GKV für zahnärztliche Behandlungen von 1981 bis 2012 um 28 Prozent; die Ausgaben für Zahnersatz je Mitglied lagen im Jahr 2004 um 14,5 Prozent und im Jahr 2012 um 30,2 Prozent unter den Ausgaben von 1997. Der Anteil des Bereichs Zahnersatz an den Ausgaben für zahnärztliche Behandlung sank von 36,2 Prozent in 1997 auf 26,2 Prozent in 2012. Aus diesem Sachverhalt müssen Unter- und Fehlversorgungen gefolgert werden. Die Summe der nicht über die KZV vereinnahmten privaten Honorare betrug 2011 bereits 50,8 Prozent (206 845,00 Euro); im Vergleich zu 2010 nahm dieser Anteil innerhalb eines Jahres um weitere 6,1 Prozent zu. Das Honoraraufkommen durch Privatversicherte (PKV) wurde hier nicht eingerechnet.

Zahnersatz

Durch die Ausweitung der Selbstbeteiligung erhöhte sich sukzessive der Privatanteil der zahnärztlichen Honorare, währenddessen zwischen 1985 und 2004 in den Kernbereichen der zahnärztlichen Prothetik ein Leistungsrückgang eintrat. In den alten Bundesländern ging die Gesamtzahl der prothetischen Einzelleistungen um 25 Prozent, in den neuen Bundesländern seit 1992 sogar um 40 Prozent zurück. Die im Gegensatz zum herausnehmbaren Zahnersatz kostenintensiveren Brückenversorgungen verminderten sich in diesem Zeitraum um 56 Prozent, der herausnehmbare Zahnersatz um 18 Prozent und die Versorgung mit Totalprothesen um 29 Prozent. Nur die Anzahl eingegliedelter Kronen nahm um 8 Prozent zu. Insofern ist die Senkung des Versorgungsniveaus evident. Diese Zahlen lassen den Schluss zu, dass aus wirtschaftlichen Gründen anstelle festsitzender Versorgungen suboptimalen Lösungen der Vorzug gegeben wurde, bzw. die Rehabilitation ganz unterbleiben musste.

Die bislang stärkste Leistungseinschränkung erfolgte nach dem 2005 von der Großen Koalition

eingeführten System der »befundbezogenen Festzuschüsse«. Bei dieser Gelegenheit neu definierte Standards der für die Zuschüsse maßgeblichen Regelversorgung enthielten teilweise deutlich weniger bewährte Leistungen als zuvor. Die Versicherten erhalten lediglich einen Zuschuss in Höhe von 50 Prozent der Kosten der Regelversorgung, bei regelmäßiger Teilnahme an Vorsorgemaßnahmen auch etwas mehr. Der Restbetrag muss selbst aufgebracht werden; wenn eine über die Regelversorgung hinausgehende Versorgung gewählt wird, können die Zahnärzte nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) abrechnen, wodurch der Eigenanteil der PatientInnen noch einmal deutlich steigt. Manche der über die Regelversorgung hinausgehenden Versorgungsmaßnahmen gelten nicht als evidenzbasiert. Ihre Legitimation erhalten sie durch ein fest gefügtes wissenschaftslobbyistisches System, das den deutschen HochschullehrerInnen diverse Nebenverdienste einbringt und die Umsätze des dentalmedizinisch-industriellen Komplexes steigert. Für die finanziell besser gestellten PatientInnen kann sich daraus der Tatbestand einer unkontrollierten Überversorgung ergeben; handelt es sich um nicht evidenzbasierte Überversorgungsmaßnahmen im implantat-prothetischen, parodontologischen oder kieferorthopädischen Bereich, ist ihre ungewollte Teilnahme an einem medizinischen Feldversuch nicht grundsätzlich auszuschließen.

Konservierende Zahnheilkunde

Mit der tendenziellen Verbesserung der Mundgesundheitsdaten nahm die Anzahl der Zahnfüllungen seit 1985 um knapp 20 Prozent ab. Parallel zur medial forcierten Amalgam-Diskussion eröffnete sich das kompensatorische Geschäftsmodell »Füllungsaustausch«. Letztlich ohne evidenzbasierte Nachweise von Schwermetallschädigungen durch Amalgam wurden ersatzweise zahnfarbene Kunststoffe appliziert; deren gleichwertige Haltbarkeit und toxikologische Unbedenklichkeit

konnten im Langzeitverhalten bislang nicht belastbar nachgewiesen werden. Ohne die in ihrer Höhe plausibel nachgewiesenen Zuzahlungsbeträge werden im Rahmen der GOZ, bei Steigerungsfaktoren nach Marktlage 100 Euro oder mehr pro Seitenzahn-Füllung und Begleitleistungen nach Abzug des GKV-Füllungshonorars in Rechnung gestellt. Inzwischen weigern sich immer mehr Zahnarztpraxen, Versorgungen mit Amalgam-Füllungen zum Kassenhonorar durchzuführen. Qualitativ vergleichbare Füllungswerkstoffe, die auf GKV-Basis honoriert werden könnten, stellte die Dentalindustrie aus naheliegenden Gründen bislang nicht zur Verfügung. 2012 wurden insgesamt 52,5 Mio. Füllungen erbracht. Diese Zahl schließt u.a. auch Füllungen im Frontzahnbereich ohne Zuzahlungen ein. Die KZBV interpretierte den Rückgang der Füllungsversorgung von 2011 auf 2012 um 2,9 Prozent je Mitglied als erneute Verbesserung der Mundgesundheit; ökonomische Gründe zu problematisieren in einer Gesellschaft, in der knapp acht Millionen Lohnabhängigen für weniger als zehn Euro pro Stunde arbeiten, wurde vorsorglich vermieden. Eine Unterversorgung im Füllungsbereich kann daher nicht ausgeschlossen werden.

Im Zeitraum von 2002 bis 2012 sank die Zahl der abgerechneten Wurzelkanalbehandlungen (WKB) von ca. 7,9 Mio. auf ca. 7,2 Mio, das sind knapp neun Prozent. Während ursprünglich alle WKB als Kassenleistung vertraglich obligatorisch waren, erfolgten 2004 wissenschaftlich umstrittene Indikations-einschränkungen; diese führten zunächst zu einem Leistungsrückgang um 25 Prozent. Seither werden WKB an Molaren als Kassenleistung ungenau definiert: Danach sind sie ausschließlich zum Erhalt einer geschlossenen

»Diese Zahlen lassen den Schluss zu, dass aus wirtschaftlichen Gründen anstelle festsitzender Versorgungen suboptimalen Lösungen der Vorzug gegeben wurde.«

»Ihre Legitimation erhalten sie durch ein fest gefügtes wissenschaftslobbyistisches System, das den deutschen HochschullehrerInnen diverse Nebenverdienste einbringt und die Umsätze des dentalmedizinisch-industriellen Komplexes steigert.«

»Ein durchgehend sachleistungsorientierter zahnmedizinischer Gesundheitsschutz ist schon seit langer Zeit nicht mehr gewährleistet.«

Buchempfehlung

Sanjay Basu,
David Stuckler:

»Sparprogramme töten. Die Ökonomisierung der Gesundheit«, Aus dem Englischen von Richard Barth, Berlin, 2014, Wagenbach Verlag, 224 Seiten, Gebunden mit Schutzumschlag mit vielen Grafiken, 19,90 €, ISBN 978-3-8031-3649-7



Siehe dazu auch die Rezension der englischen Ausgabe von Wulf Dietrich in »Gesundheit braucht Politik«, Nr. 3/2013

Zahnreihe, zur Vermeidung einer einseitigen Freundsituation sowie zum Erhalt eines funktionsfähigen Zahnersatzes indiziert. Eine weitere Möglichkeit zu außervertraglichen Abrechnungsmodi eröffnet die subjektive Einschätzung der Erhaltungsmöglichkeit und Therapierbarkeit eines jeden Zahnes durch den jeweiligen Therapeuten. Für außervertraglich durchgeführte WKB sind je nach Marktlage, Art und Anzahl der Begleitleistungen (z. B.

Mikroskop-Anwendung) und/oder Steigerungsfaktor je Wurzelkanal Rechnungen bis zu 1000 Euro keine Einzelfälle. Alternativ ist oftmals der Zahnverlust unausweichlich. Während im außervertraglichen Bereich WKB teilweise als nicht zu rechtfertigende Überversorgung gewertet werden kann, erfüllt die alternative Extraktion die Tatbestände von Unter- bzw. sich anschließender Fehlversorgungen.

Systematische Parodontaltherapie

Wissenschaftlich unstrittig liegt bei den Parodontalerkrankungen eine hohe Prävalenz vor. Allerdings wird deren Therapie nicht in einem ausreichenden Maße durchgeführt; es fehlt an adäquater Aufklärung, Vorbereitung und Nachsorge. Wesentliche Faktoren, die zu schweren Parodontitisformen beitragen, sind mangelhafte Mundhygiene, bakterielle Beläge, Zahnstein- und Konkrementansatz; von schwerer Parodontitis sind in Deutschland ca. zehn Mio. Menschen betroffen. Parodontologisch behandelt wurden beispielsweise im Jahr 2006 nur 840 100 Patienten.

Eine effektive Mundhygiene wird vorrangig im Kindesalter erlernt. Nach 1945 boykottierte die Zahnärzteschaft die Wiederaufnahme der diesbezüglich epidemiologisch wirksamen Betreuung in Kindergärten und Schulen durch den ÖGD nachhaltig. Aktuell verfolgt sie das standespolitisch motivierte Ziel, die Parodontalbehandlung durch Festbeträge zu deckeln, um das Erlernen der

Mundhygiene im Erwachsenenalter, das Motivationstraining inkl. diverser Begleitleistungen und wissenschaftlich fragwürdiger Therapieansätze außervertraglich nach GOZ in Rechnung stellen zu können. Mit der Reduktion auf die jährlich einmalige GKV-Leistung einer Zahnreinigung wurde die Tür zur außervertraglichen sog. »Professionellen Zahnreinigung« (PZR) mit einer Kostenbeteiligung von bis zu ca. 100 Euro geöffnet. Diese bislang nicht evidenzbasierte Leistung soll in der Regel mehrmals jährlich erbracht werden, obwohl der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes der Krankenkassen 2012 den Nutzen der PZR zumindest als »unklar« bezeichnet hatte. Während die evidenzbasierte systematische Parodontaltherapie weiterhin ein relatives Schattendasein fristet, konnte die außervertragliche, von fortgebildeten Zahnärztinnen erbrachte Verdienstquelle PZR nachhaltig ausgebaut werden. Dieser Sachverhalt zeigt einerseits eine zweifelsfreie Unterversorgung durch Leistungseinschränkungen bei der ggf. jährlich mehrfach notwendigen Entfernung von Zahnstein/Belägen und andererseits eine Überversorgung durch außervertragliche PZR. Vielfach angebotene parodontaltherapeutische Maßnahmen wie das Auffüllen von Knochentaschen, Abdecken von Zahnfleischrezessionen etc. sind bei der Abwägung von Kosten und Nutzen den Kategorien von Fehl- oder Übertherapien zuzuordnen.

Kieferorthopädie

Zahnfehlstellungen wurden höchststrichlerlich als Krankheit bewertet. Die Fachzahnärzte für Kieferorthopädie waren seit jeher bemüht, ihre therapeutischen Bemühungen von Schönheitschirurgischen Eingriffen abzugrenzen. Ihre hypothetische Begründung dafür lautet: Die Beseitigung der häufigsten Anomalien beuge Karies, Parodontitis und Kiefergelenkerkrankungen vor. Dieser Nachweis konnte allerdings niemals erbracht werden. Zahlreiche Zahnstellungsanomalien entstehen durch frühzeitige Milchzahnverluste infolge einer

mangelhaften zahnmedizinischen Kinderbetreuung. Durch die zahnmedizinisch nachvollziehbare Ausgrenzung leichter KFO-Behandlungsfälle aus der Leistungspflicht der GKV im Jahr 2002 kam es bei den Neufällen anfangs zu einem Rückgang von nahezu 50 Prozent. Diese Einbußen wurden inzwischen wieder ausgeglichen. Im Rahmen des Geburtenrückgangs werden Tendenzen sichtbar, durch nicht validierte Frühbehandlungen im Kleinkindalter mit nachfolgender Spätbehandlung im Wechselgebiss Mehrfachhonorare am gleichen Patienten zu realisieren. Außervertragliche Zusatzhonorare werden u. a. durch ästhetisch ansprechendere Materialien und Methoden, dentale Hilfsimplantate und eine zunehmende kieferorthopädische Erwachsenenbehandlung generiert. Sieht man bei einer Beurteilung der KFO von der in der zahnmedizinischen Versorgung ohnehin äußerst benachteiligten Gruppe von sozial deklassierten Kindern und Kindern mit Migrationshintergrund ab, so ergeben sich Hinweise auf eine tendenzielle Überversorgung mit vorwiegend ästhetischen Zielsetzungen. Teilweise eklatant unterversorgt sind darüber hinaus Menschen mit Behinderungen und Heimbewohner.

Fazit

Ein durchgehend sachleistungsorientierter zahnmedizinischer Gesundheitsschutz ist schon seit langer Zeit nicht mehr gewährleistet, obwohl Deutschland mehr volkswirtschaftliche Ressourcen aufwendet als jedes andere Land mit vergleichbarem Zahngesundheitsniveau. Die Privatisierung der Zahnmedizin zum Nachteil des überwiegenden Anteils der Bevölkerung ist zu etwa zwei Dritteln vollzogen. Je ausgeprägter die Möglichkeiten der außervertraglichen Gestaltung der (zahn-)medizinischen Versorgung im Vordergrund stehen, desto weniger Einfluss bleibt der Gesellschaft auf die Steuerung eines demokratisch legitimierten Gesundheitswesens.

* Dr. med. dent. Wolfgang Kirchoff ist Gründungsmitglied der Vereinigung demokratische Zahnmedizin (VDZM), <http://vdzm.de/>.



© digital cat, Medizin-GG-the big Kitchen Aid

Medizinischer Fortschritt – ein Kostenfaktor?

Von Wulf Dietrich

Neben der demographischen Entwicklung der Bevölkerung wird in gesundheitspolitischen Debatten als zweiter Faktor oft der medizinische Fortschritt als verantwortlich für den Kostenanstieg im Gesundheitswesen genannt. Doch lässt sich das wirklich mit Zahlen belegen?

In der Laienpresse aber auch in medizinischen Journalen werden wir immer wieder mit »revolutionären« technischen Neuerungen konfrontiert. Leider wird meist nur über die spektakuläre Einführung berichtet, wie es mit diesen Neuerungen weitergeht, wird häufig nicht mehr berichtet. Einige Beispiele: Die renale Denervierung wurde als revolutionäre Behandlung bei der therapieresistenten Hypertonie angepriesen. In mehr als 200 Zentren wurde inzwischen der Hochdruck »einfach wegoperiert« – und von den Krankenkassen bezahlt. Belastbare Studien für die Effektivität dieser Methode gab es nicht. Das ist in Deutschland

für Medizinprodukte auch nicht notwendig. Hier ist nur ein CE-Zertifikat notwendig, d. h. die Produkte dürfen nicht explodieren, Brände auslösen oder den Patienten sichtbar schädigen. Jetzt wurden die Ergebnisse der ersten kontrollierten Studie zu dieser Methode aus den USA veröffentlicht. Und siehe da: Unter kontrollierten Bedingungen war kein Effekt dieser Methode auf den Blutdruck nachweisbar.

Oder TAVI, der kathetergestützte Ersatz der Aortenklappe. Dieser Eingriff wurde 2012 bei fast 10000 Patientinnen in fast 100 Zentren durchgeführt – mit stark steigender Zahl im vergangenen Jahr –, während der konventionelle Ersatz der Klappe in etwa der gleichen Größenordnung konstant blieb. Hat sich der Gesundheitszustand der Patienten durch diese Verdoppelung der Eingriffe nun verbessert? Wir wissen es einfach nicht. Nur eine einzige ernstzunehmende Studie zu dieser Methode, wiederum

aus den USA, zeigte eine Nicht-unterlegenheit dieser Methode im Vergleich zum konventionellen Aortenklappenersatz. Dafür gab es mehr Komplikationen, wie Schrittmacher-Einsatz, Gefäßverletzungen oder Schlaganfälle. Und wie lange die Klappe hält, ist auch noch nicht nachgewiesen. Dagegen ist schon jetzt klar, dass man mit dieser Methode sehr viel Geld verdienen kann, weil die Vergütung nach den Kosten für dieses Devices von vor zwei Jahren kalkuliert wurde, während der aktuelle Preis zwischenzeitlich deutlich gefallen ist. Außerdem gibt es viele ältere Menschen mit einer Aortenstenose, bei denen ein Eingriff bisher nicht für notwendig erachtet wurde. Kein Wunder, dass sich die Kardiologen und die Herzchirurgen inzwischen heftig darüber streiten, wer denn diese lukrativen Eingriffe durchführen darf. Eine ernsthafte Studie zum Nutzen dieser Methode aber ist in Deutschland nicht in Sicht.

Andere Beispiele für die

Demographischer Wandel und medizinischer Fortschritt – das sind die beiden – in der Regel unhinterfragten – Universalgründe für viele »Reformen« des Gesundheitswesens der letzten Jahre. Den Mythos Demographie hatten wir schon früher entlarvt, nun zeigt Wulf Dietrich, wie der »medizinische Fortschritt« einzuschätzen ist.

»Sicher gibt es einen technischen medizinischen Fortschritt, der auch den Patienten zugute kommt. Dieser sollte aber nicht überschätzt werden.«

scheinbaren technischen Innovationen in der Medizin ist die Roboterchirurgie, die computerassistierte Modellierung von Endoprothesen oder die transmyocardiale Laser-Revascularisierung des Herzens, bei der mit einem Laserstrahl Löcher in den Herzmuskel geschossen wurden in der Hoffnung, daraus könnten Blutgefäße entstehen. Auch diverse Modifikationen von Koronarstents (goldbeschichtet, strahlend usw.) wurden als technologische Revolution in der Presse angekündigt und verschwanden später kommentarlos in der medizinischen Asseverantenkammer. Alle diese Neuerungen haben sich als Flop erwiesen,

der günstigenfalls nur der Klinik Geld gebracht hat, aber eventuell auch den PatientInnen geschadet hat.

Bei den neuen Arzneimitteln sieht es auch nicht viel besser aus: In der »frühen Nutzenbewertung« hat der G-BA bisher 63 Bewertungen neuer Arzneimittel auf ihren Nutzen vorgenommen. Bei 24 Wirkstoffen erkannte der G-BA auf: »kein Zusatznutzen«, in 20 Fällen wurde ein »geringer« Zusatznutzen festgestellt, elf Mal war das Ausmaß »beträchtlich«. Die höchste Bewertung »erheblich« erhielt keines der Arzneimittel. Die restlichen Arzneimittel waren nicht beurteilbar. Sicher gab es bei den Mitteln gegen seltene Erkrankungen einige Fortschritte, doch sind die Erfolge der

medikamentösen Therapie sehr überschaubar.

Sicher gibt es einen technischen medizinischen Fortschritt, der auch den Patienten zugute kommt. Dieser sollte aber nicht überschätzt werden. Der vda fordert ein Ende des technologischen Wildwuchses: Medizinprodukte sollten nur bei Nachweis ihrer Wirksamkeit – ähnlich wie Arzneimittel – zugelassen werden und nicht jeder Klinik soll es erlaubt sein, neue technische Verfahren unkontrolliert anzuwenden. Der sogenannte Verbotsvorbehalt (eine Klinik darf alles machen, was nicht verboten ist) muss, wie bei den Vertragsärzten, in einen Erlaubnisvorbehalt (es darf nur gemacht werden, was erlaubt ist) umgewandelt werden.



Wie alle anderen auch?

Interview mit Michael Janßen* zur Versorgung von Menschen ohne Papiere

Eine massive Unterversorgung herrscht in Deutschland für alle Menschen ohne Papiere. Wir dokumentieren ein Interview mit Michael Janßen, das dieser in der Taz gegeben hat.

Herr Janßen, in Deutschland hat jeder Anspruch auf gesundheitliche Versorgung; auch Menschen ohne Aufenthaltsrecht. Warum behandeln Sie solche Patienten umsonst?

Michael Janßen: Wer keinen Aufenthaltstitel hat und krank wird, bekommt zwar vom Sozialamt einen Krankenschein – aber nur, wenn er sich dort meldet und zu erkennen gibt. Das kommt für viele nicht in Frage, denn dann

könnten sie verhaftet und abgeschoben werden.

Was geschieht, wenn ein solcher Patient in ihre Praxis kommt?

Ich erfasse sie als Privatpatienten in unserem Praxisverwaltungssystem, teils unter echtem Namen, teils unter Pseudonym. Dann behandle ich sie wie alle anderen auch.

Mit was für Beschwerden haben Sie dabei zu tun?

Teils sind das leichte Erkrankungen, kürzlich gab es aber auch jemand, der hatte starke Schmerzen im Brustkorb. Den habe ich zum Röntgen geschickt – und es stellte sich heraus, dass er ein Projektil im Brustkorb hatte, eine alte Schussverletzung.

Und das wusste er nicht?

Es war ein Kriegsflüchtling, einer der Flüchtlinge vom Kreuzberger Oranienplatz. Er hat es mir erst nach der Untersuchung gesagt.



Logo des MediBüros Berlin

Wer übernimmt die Kosten für Laborleistungen und Medikamente?

Es gibt zwei kooperierende Apotheken, die uns kostenlos oder preisgünstig Medikamente zur Verfügung stellen. Klappt das nicht, stelle ich ein Privatrezept aus. Die Medikamente werden dann teils aus Spenden finanziert. Es gibt auch ein Labor, das kooperiert. Die meisten Untersuchungen, die wir brauchen, kosten zwischen 5 und 30 Euro. Die bekommen wir umsonst. Ansonsten kriegen wir eine Rechnung und tragen die dann selbst.

Was ist mit Fachärzten?

Das Medibüro hat eine Liste mit kooperierenden Fachärzten. Aber manche Spezialisten wie Dermatologen und Urologen gibt es darauf kaum.

Haben die Kooperationspartner nicht Angst, sich so etwas wie ›Beihilfe zum illegalen Aufenthalt‹ schuldig zu machen?

Die Angst wäre unbegründet, bei unseren Partnern ist das auch nicht der Fall. Aber das gilt natürlich nicht für jeden.

Was geschieht bei schweren Erkrankungen, etwa wenn Operationen notwendig werden?

Diesen Fall hatte ich noch nicht. Ich würde dann eine Krankenhausverordnung ausstellen und sie zum Medibüro zurückschicken.

Ist es den Patienten peinlich, sich umsonst behandeln lassen zu müssen?

Das merke ich so nicht. Das Sprachliche kommt oft über einen Dolmetscher, das Nonverbale ist schwierig zu beurteilen. Menschen etwa aus subsaharischen Ländern haben kulturell ein anderes Auftreten beim Arzt. Ich kann

es schwer beurteilen, aber mir fällt nicht auf, dass sie sich zieren oder dass sie sagen, ›ach, lassen Sie mal, das kostet doch soviel‹, oder ›machen Sie sich nicht solche Umstände‹.

Wirkt sich die soziale Lage dieser Patienten auf ihre Gesundheit aus?

Das deutlichste Zeichen sind die Folgen von Fehlernährung. Die Menschen sind gezwungen, billig zu essen, das bedeutet meist fett- und kohlenhydratreich – mit den bekannten gesundheitlichen Folgen. Manche sind auch unterernährt.

Gibt es auch psychische Folgen?

Viele leiden an posttraumatischen Belastungsstörungen, Depressionen oder Angststörungen. Es ist aber für mich schwer ersichtlich, was davon auf ihre aktuelle Situation zurückzuführen ist. Tendenziell sind die Menschen natürlich sehr skeptisch und vorsichtig.

Begegnen Sie auch Ihnen mit Misstrauen?

Teilweise ja. Neulich hatte ich einen, der wollte noch nicht mal, dass ich den Röntgenbefund den er mitgebracht hat, in das System einscane. Den hat er sofort wieder eingesteckt und mitgenommen. Ich kenne die Vorgeschichte der Patienten oft nicht, und ich frage auch nicht danach. Ich will bei ihnen nicht den Eindruck erwecken, ich würde sie auch noch verhören.

Wurden schon Patienten während der Behandlung abgeschoben?

Jedenfalls nicht, soweit ich weiß. Etwa jeder fünfte kommt mehrfach. Behandlungen über längere Zeit sind aber selten. Wenn nun jemand nicht wieder kommt, weiß ich nicht, warum.

Inwiefern spielen Krankheiten eine Rolle für das Aufenthaltsrecht?

Bisweilen wollen die Anwälte, dass ich ein Attest ausstelle, um das gegenüber der Ausländerbehörde zu verwenden. In dem Rahmen, den ich durch meine Behandlung überblicke, kann ich das dann schon machen.

Wie oft behandeln Sie papierlose Patienten?

Jede Woche.

Auf wie viel Honorar verzichten Sie dafür im Jahr?

Ich schätze etwa 2000 Euro.

Warum tun Sie das?

Ich bin seit langem im Menschenrechtsausschuss der Ärztekammer Berlin aktiv. Kann sein, dass ich auf das Thema aufmerksam wurde, als die *taz* 2009 dem Berliner Medibüro den Panther-Preis verliehen hat.

»Viele leiden an posttraumatischen Belastungsstörungen, Depressionen oder Angststörungen.«

Fast zur gleichen Zeit gab es eine Gesetzesnovelle um die Versorgung Papierloser zu verbessern. Was hat sich seitdem geändert?

Krankenhäuser können ihre Notfallleistungen seither direkt mit dem Sozialamt abrechnen, ohne Übermittlung der Patientendaten. Aber für die Behandlung durch niedergelassene Ärzte hat sich leider nichts geändert.

Das Interview führte: Christian Jacob; es ist zuerst in der taz vom 6. Januar 2014 erschienen.

Michael Janßen ist 54 Jahre und Facharzt für Allgemeinmedizin und Physiotherapeut. In seiner Praxis in Berlin-Neukölln behandelt er in Zusammenarbeit mit dem Berliner Medibüro Menschen ohne Aufenthaltsrecht.



bergeist007@pixello.de

Bedarfsgerechte Versorgung statt wirtschaftliche Erfolgszahlen

vdää-Positionspapier zur Krankenhausfinanzierung

Die Kritik an den Zuständen, den Arbeitsbedingungen und der Patientenversorgung in Krankenhäusern wächst. Aber die Reformvorschläge beziehen sich allzu oft nur auf Symptome oder Stellschrauben des Systems. Der vdää legt mit seinem Positionspapier zur Krankenhausfinanzierung eine grundlegende Kritik mit entsprechend grundlegenden Reformvorschlägen vor. Wir hoffen, dass wir damit beitragen können zu einer gesellschaftlichen Bewegung gegen die Ökonomisierung der Krankenhäuser.

Ökonomisierung stoppen – Krankenhausfinanzierung reformieren

1. Krankenhäuser sind Einrichtungen der gesellschaftlichen Daseinsvorsorge. Die Sicherstellung einer flächendeckenden und bedarfsgerechten stationären Versorgung ist eine staatliche Pflichtaufgabe. Krankenhausplanung und -steuerung brauchen gesellschaftliche Planung und politische Steuerung. Sie dürfen nicht Marktkräften überlassen werden.

2. Planung im Gesundheitswesen muss sich am Bedarf von diagnostischen, medizinischen und pflegerischen Leistungen der Menschen orientieren und nicht an privatwirtschaftlichen Interessen der Kapitalverwertung. Das Gesundheitswesen darf nicht zum Gesundheitsmarkt verkommen. Folgt man dieser Vorgabe, so sollten Krankenhäuser in öffentlicher oder freigemeinnütziger Hand verbleiben bzw. zurückgegeben

werden. – Gesundheit ist kein Produkt und Gesundheitsdienstleistungen dürfen nicht Waren sein, die eine kaufkräftige Nachfrage befriedigen. Sie sollen vielmehr dem Versorgungsbedarf der Bevölkerung gerecht werden. In der Realität des Konkurrenzkampfes der Krankenhäuser, der mit dem deutschen Fallpauschalensystem bezweckt wird, werden aber volkswirtschaftliche Ressourcen verschwendet und die Medizin zum Nachteil der Patientinnen und Patienten verändert.

3. Stationäre Versorgung ist bedarfsgerecht und ausreichend, wenn sie allen Patienten, die auf Krankenhausbehandlung angewiesen sind, eine effektive Versorgung auf qualitativ hohem Niveau garantiert. Gesamtgesellschaftlich soll die Versorgungsstruktur wie auch das einzelne Krankenhaus nach Möglichkeit kosteneffizient sein.

4. Deutschland hat mehr Krankenhausbetten und Kran-

kenhäuser als andere europäische Länder. Das hat seinen Ursprung in historisch gewachsenen Unterschieden der Versorgungsstrukturen in den verschiedenen Ländern. So wird in Deutschland z.B. der rasche und ungehinderte Zugang zum Gesundheitswesen höher bewertet als in skandinavischen Ländern. Der vdää unterstützt eine kritische und ergebnisoffene Prüfung des Bedarfs an Krankenhäusern und Krankenhausbetten. Ein Abbau von Kapazitäten darf aber nur aufgrund veränderter medizinischer Notwendigkeiten vorgenommen werden und nicht nach wirtschaftlichen Kriterien erfolgen. In unterversorgten Regionen können auch regionale Gesundheitszentren in öffentlicher Trägerschaft eingerichtet werden.

5. Der vdää sieht die starre Trennung der ambulanten und stationären Versorgung mit der »doppelten Facharztschiene« als unsinnig und als Verschwendung

von Ressourcen an. Wir fordern deshalb eine Prüfung des Bedarfs an ambulanten Versorgungskapazitäten, die Zulassung der Krankenhäuser zur ambulanten, insbesondere fachärztlichen Versorgung sowie verbesserte Möglichkeiten für Vertragsärzte, Krankenhausstrukturen zu nutzen. Die Verkürzung von Verweildauern im Krankenhaus ohne verbesserte Nachsorge und integrierte Versorgung geht am Bedarf der Patientinnen und Patienten vorbei.

6. Krankenhausbedarfspläne sollen auf Länderebene festgelegt und zwischen den Ländern abgestimmt werden. Aus Sicht des vdää sollte die Bedarfsplanung in Zukunft sektorübergreifend erfolgen, d.h. sowohl ambulante und stationäre medizinische Versorgung wie auch Rehabilitation und Pflege integrieren, und auf Absprachen zwischen lokaler, regionaler und überregionaler Ebene beruhen. Diese schwierige, aber lohnende Aufgabe kann eine marktwirtschaftliche Herangehensweise niemals lösen. Da medizinischer Versorgungsbedarf immer nur näherungsweise bestimmt werden kann, sollte Bedarfsplanung als gesellschaftlicher Diskurs angelegt werden, der alle relevanten Akteure im Gesundheitswesen beteiligt. Auch regionale Gesundheitskonferenzen können ein Instrument der Planung sein. Der Klärungsprozess gehört in öffentliche Verantwortung. Bedarfsplanung muss so weit wie möglich wissenschaftlich fundiert und durch Versorgungsforschung objektiviert werden. Die gesetzlichen Grundlagen der Krankenhausbedarfsplanung sollten in der Weise reformiert werden, dass eine bedarfsorientierte politische Steuerung des Krankenhausesektors gegenüber einer profitorientierten Wettbewerbsordnung durchgesetzt werden kann.

7. Krankenhausplanung wird nur wirksam, wenn notwendige Investitionen tatsächlich getätigt werden. Der vdää setzt sich für eine Wiederbelebung der dualen Finanzierung ein. Die allgemeine Praxis der Umwidmung von Betriebsmitteln aus DRG-Erlösen zur Eigenfinanzierung von Investitionen durch die Krankenhäuser ist skandalös. Politische Initiativen sollten wirksamen Druck auf die Bundesländer dahingehend ausüben, dass diese künftig ihrer Verpflichtung zur Finanzierung der Investitionen nachkommen. Der vdää unterstützt die Idee einer politisch breit getragenen Initiative zur Auflösung des über lange Jahre aufgelaufenen Investitionsstaus und zu einer dauerhaft ausreichenden Finanzierung von Investitionen. Eine Änderung der Investitionskostenfinanzierung in Richtung Monistik (Einpreisung der Investitionskosten in die DRGs und Bezahlung durch die Kassen) lehnt der vdää entschieden ab. Sie wäre das Ende einer Be-

darfsplanung durch die Länder, würde dem Sicherstellungsauftrag der Kommunen zuwiderlaufen und den Konkurrenzkampf der Krankenhäuser noch mehr verschärfen.

8. Abgesehen von der ungenügenden Investitionsfinanzierung durch die öffentliche Hand stehen aus Sicht des vdää ausreichende Finanzmittel für eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung. Insgesamt werden die Mittel aber nicht sinnvoll verteilt.

9. Der vdää kritisiert das deutsche Fallpauschalensystem als Transmissionsriemen zu einer Ökonomisierung des Krankenhausesektors. Das G-DRG-System wird weder den Bedürfnissen und Notwendigkeiten von Patientinnen und Patienten noch denen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gerecht. Nur abgeschlossene, dokumentierte, zähl- und abrechenbare Verrichtungen bringen den Kliniken Erlöse ein. Sorgsame Diagnostik und intensive Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten mit einer schließlich abwartenden Vorgehensweise, die riskante oder unnötige Prozeduren vermeidet, werden nicht vergütet. Als Folge davon ist eine ganzheitliche Sicht auf den Patienten nicht mehr möglich, Untersuchung und Behandlung konzentrieren sich auf die Symptome der Aufnahmediagnose.

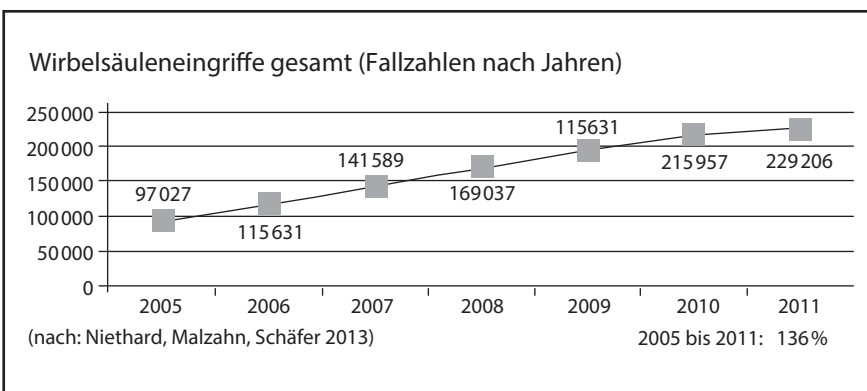
10. Das G-DRG-System setzt – unabhängig vom zu erwartenden gesundheitlichen Nutzen für die Patientin oder den Patienten – Anreize zur Fallzahlsteigerung und zu sachkostenintensiven Prozeduren. Der systembedingte Konkurrenzkampf der Krankenhäuser zwingt zu einer permanenten ökonomischen Wachstumsstrategie bei gleichzeitigem Kostensenkungswettbewerb zu Lasten der Beschäftigten. Das führt zu – im Vergleich der OECD-Länder – auffallend hohen Eingriffszahlen und insgesamt überproportionalen Ausgabensteigerungen zulasten der GKV im stationären Sektor.

11. Das Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung (KHNG) hatte bereits

1985 unter Minister Blüm im stationären Sektor das Kostendeckungsprinzip beseitigt, Profite ermöglicht und die Ökonomisierung eingeläutet. Folgerichtig begannen private Kapitalgesellschaften, mit Gewinnerwartung in den Klinikbereich einzudringen. Die Einführung der G-DRGs hat diese Entwicklung begünstigt und beschleunigt. Kapitalgesellschaften bieten stationäre Versorgung und Medizinprodukte oder integrierte Versorgungsprojekte »aus einer Hand« an, private Zusatzversicherungen dieser Konzerne sind in der Entwicklung. Hier sieht der vdää die Gefahr, dass ein privates, nicht primär am Patientenwohl orientiertes Parallelgesundheitswesen entstehen könnte.

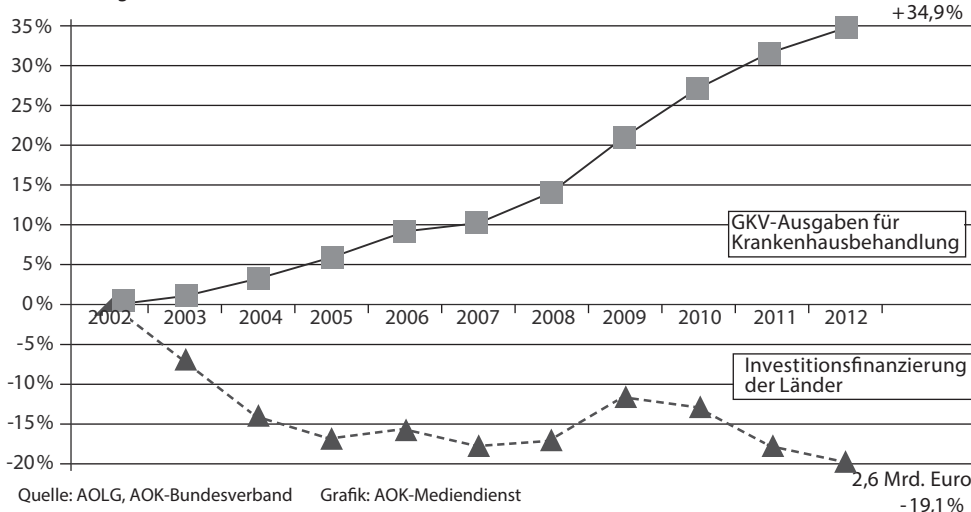
12. Die Vorhaltekosten von Krankenhausstrukturen mit naturgemäß wechselnder Belegung wie Notfallambulanzen, Kreißsäle und Intensivstationen werden im G-DRG-System nicht berücksichtigt. Auch Zukunftsinvestitionen in Aus- und Weiterbildung des schon heute knappen Fachpersonals werden heute unter dem betriebswirtschaftlichen Blickwinkel kurzfristiger Kosteneffizienz kurz gehalten.

13. Das deutsche Fallpauschalensystem ist ein Festpreissystem. Das Niveau dieser Festpreise ist im G-DRG-System von den tatsächlichen Selbstkosten der Krankenhausbehandlungen weitgehend abgekoppelt. Die ständig steigende Zahl von Kliniken, die Verluste erwirtschaften, zeigt, dass das Preisniveau nicht auskömmlich ist. Die Preise werden zwischen Krankenhausgesellschaft und GKV des jeweiligen Bundeslandes jährlich neu ausgehandelt. Für diesen komplizierten Verhandlungsprozess gilt eine ganze Reihe von Regeln, die die Berücksichtigung einer Vielzahl steigender und mindender Faktoren sicherstellen soll. Letztlich wird auf diese Weise der Eurobetrag festgelegt, der im jeweiligen Bundesland für eine durchschnittlich aufwändige Krankenhausbehandlung bezahlt wird, entsprechend einem sog. Relativgewicht der Fallschwere von 1,00. Die Aufgaben des InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) dabei sind:



Investitionen auf absolutem Tief

Veränderung in Prozent



Erstens die Definition von Fallgruppen (Diagnosis Related Groups), die hinsichtlich ihrer Kosten homogen sind und zweitens die Berechnung des Kostenaufwands der Fallgruppen im Vergleich zueinander. Auf diese Weise werden die Relativgewichte der Fallgruppen bestimmt. Eine Fallgruppe, für deren Behandlung zum Beispiel allgemein doppelt so viel Geld aufgewandt werden muss wie für eine durchschnittliche Krankenhausbehandlung, erhält dementsprechend das Relativgewicht 2. Diesen Berechnungen liegen die nach einer einheitlichen Systematik aufgeschlüsselten Kosten aller DRG-Fälle der Referenzkrankenhäuser des InEK zugrunde. Daraus folgt: Ein gleichmäßiger Anstieg der Selbstkosten der Krankenhäuser z.B. durch eine Tarifierhöhung wird in der DRG-Systematik nicht abgebildet.

14. Allgemeine Fallkostenveränderungen können nur über zu verhandelnde Veränderungen der Landesbasisfallwerte eingepreist werden. Zur Kostendämpfung sind die Veränderungen der Landesbasisfallwerte jedoch auch an die Entwicklung der volkswirtschaftlichen Grundlohnsumme gekoppelt worden. Damit wurde die finanzielle Ausstattung der Krankenhäuser an die wirtschaftliche Entwicklung statt an den Versorgungsbedarf gekoppelt, und dabei an einen Parameter, der aus verteilungspolitischen Gründen, nämlich der Umverteilung von unten nach oben, hinter der volkswirtschaftlichen Gesamtentwicklung zurückbleibt. Auf diese Weise wurden die Preise über die vergangenen Jahre beständig unter die Selbstkosten vieler Krankenhäuser gedrückt. Das ungenügende Preisniveau pro Fallpauschale setzt einen starken Anreiz zur kompensatorischen Fallzahlausweitung, um so die Erlöse zu stabilisieren. In diesem Me-

chanismus sehen wir die aktuelle Erscheinungsform von Rationierung: Behandlungen werden zwar durchgeführt, jedoch in Form einer Mangelwirtschaft oftmals ohne ausreichende pflegerische und menschliche Zuwendung.

15. Der Wettbewerb der Krankenhäuser läuft zum anderen Teil über die Senkung der Selbstkosten, vor allem der Personalkosten. Das InEK stellt seine Kostenkalkulationsdaten allen Krankenhäusern transparent zur Verfügung. Mit dieser Datenbasis können sich die Krankenhäuser permanent mit ihren Konkurrenten vergleichen und zielgerichtete Sparmaßnahmen durchführen, um die Fallkosten wie auf einer Kellertreppe immer weiter zu senken. Diejenigen Krankenhäuser, die am rücksichtslosesten Personal abbauen, Arbeit verdichten und Löhne senken, haben die besten betriebswirtschaftlichen Kennzahlen.

16. Mit der geplanten Ausweitung pauschalierter Entgeltsysteme auf Psychosomatik und Psychiatrie mittels PEPP-System (Pauschalisiertes Entgelt für Psychiatrie und Psychosomatik) werden ungeachtet aller Beteuerungen angeblich zu erwartender positiver Wirkungen die gleichen Effekte angestrebt. Angesichts einer zukünftig weiter zu erwartenden Zunahme psychosomatischer und psychiatrischer Erkrankungen soll mit der Erzwingung eines entsprechenden Abrechnungssystems gegen den geschlossenen Widerstand der Fachkreise Druck zur Absenkung der Fallkosten entwickelt werden.

17. Das G-DRG-System verändert den Versorgungsprozess grundlegend in Struktur und Qualität. Medizin und Pflege werden verdinglicht. Während technische Verrich-

tungen als erlösrelevante Elemente aufgewertet und ausgeweitet werden, wird die Bedeutung verschiedenster Formen von Beziehungsarbeit wie Zuwendung, Sorge und Pflege für therapeutische Prozesse zunehmend ausgeblendet, und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden wegrationalisiert. Damit werden Professionalität und Berufsethos einer Vielzahl hochqualifizierter Berufsgruppen im Krankenhaus ausgehöhlt.

18. Vor der Einführung der DRGs wurden die Krankenhäuser nach dem heute verteuerten Selbstkosten-

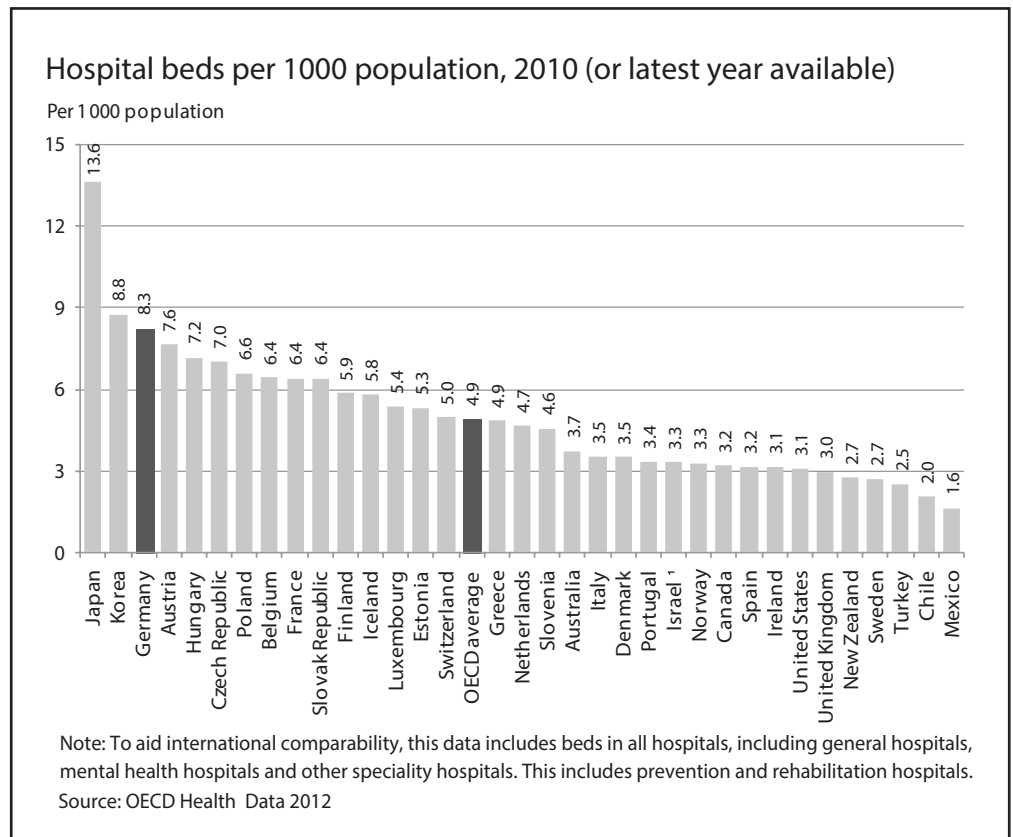
deckungsprinzip vergütet. Alle innerhalb eines Jahres angefallenen Kosten wurden gemeinsam mit den Kassen ermittelt und – allein aus Abrechnungsgründen – durch die angefallenen Pflage tage dividiert (»tagesgleiche Pflegesätze«). Dieses System hatte zwar den Nachteil der Intransparenz der erbrachten Leistungen und setzte keinen Anreiz zu wirtschaftlichem Handeln, dafür aber den Vorteil, dass es keinen ökonomischen Anreiz zu medizinisch unbegründeten Prozeduren setzte.

19. Der vdäa fordert eine radikale Reform der Krankenhausfinanzierung, die nicht nur an Symptomen herumdoktert, sondern an die Wurzel des Übels geht die Ökonomie des Krankenhauswesens muss sich dem medizinischen Bedarf und den Bedürfnissen der Menschen unterordnen nicht umgekehrt! Statt über eine Bezahlung pro Fallpauschale sollen die Betriebskosten über eine Wiedereinführung krankenhaushausindividueller, von den regionalen Akteuren unter staatlicher Aufsicht vereinbarter Budgets finanziert werden. Voraussetzung hierfür ist eine gründliche Bedarfsplanung. Die Grundforderung lautet: Jede Therapieentscheidung muss unabhängig von der Bezahlung fallen! Bei den KH-individuellen Budgets müssen sowohl Vorhaltekosten wie leistungsbezogene Strukturkosten berücksichtigt werden. Krankenhäuser dürfen weder Gewinne noch Verluste machen, da diese Option wirtschaftliche Fehlanreize setzt. Die im Moment den DRGs zugrundeliegenden Fallpauschalengruppen könnten in Zukunft als Instrument dienen, das Versorgungsgeschehen transparent abzubilden, damit eine adäquate Budgetbemessung unterstützt wird. Änderungen im Finanzierungssystem sollten vor ihrer flächendeckenden Einführung als

Pilotprojekte in ausgesuchten Regionen erprobt werden.

20. Der vdää ist von der politischen Notwendigkeit einer radikalen Neuorientierung der Krankenhausfinanzierung überzeugt. Solange diese nicht durchgesetzt werden kann, werden Reformvorschläge für das bestehende deutsche Fallpauschalensystem gemacht, die zumindest Symptome lindern könnten:

- a. Der vdää fordert, dass begründete Realkostensteigerungen der Krankenhäuser, wie Personalkosten oder auch Kosten, die sich aus neuen gesetzlichen Regelungen ergeben, zusätzlich zu den DRG-Erlösen refinanziert werden müssen. Dazu muss der Orientierungswert zur Veränderung der Landesbasisfallwerte realistisch ermittelt und politisch garantiert werden.
- b. Der vdää fordert die gesetzliche Einführung allgemeinverbindlicher Personalschlüssel in der stationären Versorgung. Gute Medizin und gute Pflege brauchen zwingend eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Gesundheitsberufe im Krankenhaus. Nur so kann es gelingen, bedarfsdeckend Nachwuchskräfte zu finden und langfristig zu motivieren.
- c. Der vdää unterstützt sinnvolle Maßnahmen zur Vermeidung der gegenwärtig zu beobachtenden, medizinisch nicht indizierten Mengenausweitungen.
- d. Der vdää schlägt vor, den im ambulanten Sektor etablierten Erlaubnisvorbehalt auch auf im stationären Bereich erbrachte Leistungen auszuweiten. Damit dürften neue Leistungen erst dann im Krankenhausbereich allgemein eingeführt und abgerechnet werden, wenn sie vom G-BA als effektiv zugelassen worden sind. Sinnvoll erscheint eine Staffelung der Zulassung nach dem Grad der Evidenz des Nutznachweises.
- e. Der vdää spricht sich gegen eine Verschärfung des Wettbewerbs und gegen eine weitere Deregulierung des stationären Sektors aus. Der vdää lehnt einen Abbau des Kontrahierungszwangs und eine Ausweitung von Selektivverträgen – auch auf Basis von Qualitätsparametern – auf die stationäre Versorgung ab, weil Preisdumping und ungleichmäßige medizinische Versorgung der Bevölkerung absehbare Folgen sind.



21. In der politischen Fachwelt wird diskutiert, die medizinische Versorgung in einer »Qualitätsoffensive« zu verbessern. »Gute Qualität soll honoriert, »schlechte Qualität« mit finanziellen Abschlägen bestraft werden. Der vdää sieht diese Initiative mit großer Skepsis. Zum einem ist die Qualität medizinischer Leistungen nur schwer zu beurteilen. Dies gilt insbesondere für die Qualität von Indikationsstellungen. Bisherige Qualitätssicherungs-Programme erfassen meist Struktur- und Prozessqualität, während die Ergebnisqualität – also die Antwort auf die Frage »Was hat der Patient eigentlich von der Behandlung?« – in vielen Fällen erst weit nach Abschluss der stationären Behandlung beurteilt werden kann. Die Messung der Ergebnisqualität erfordert also eine sektorübergreifende Datenerhebung und eine faire Risikoadjustierung. Diese ist unabdingbar, aber äußerst komplex und mit den vorhandenen Daten kaum zu realisieren. Die Forderung »Vergütung nach Qualität« ist deshalb populistisch: Die wissenschaftliche Bewertung bisheriger »Pay for Performance«-Strukturen konnte keinen Qualitätsvorteil, jedoch Patientenselektion und eine Tendenz zur Fälschung von Statistiken zeigen. Diese Programme stellen auch einen Hebel zur Einführung von Selektivverträgen zwischen Kassen und Krankenhäusern dar. Zum anderen kann es eher notwendig sein, versorgungsrelevante Kliniken mit schlechter Qualität zur Verbesserung ihrer Qualität finanziell zu unterstützen als sie abzustrafen. Andernfalls kann eine Abwärts-

spirale von wenig Geld und schlechter Leistung zum Schaden der Patienten entstehen.

22. Der vdää fordert alle Betroffenen dazu auf, ihre Haltung zum deutschen Fallpauschalensystem kritisch zu überprüfen. Wir sind davon überzeugt, dass Patientinnen und Patienten und ihre jeweiligen Interessenverbände, gesetzliche wie private Krankenkassen, aber auch die Beschäftigten, ihre Gewerkschaften und beruflichen Interessenverbände sowie nicht-gewinnorientierte Krankenhausträger an der Ökonomisierung der stationären Versorgung kein Interesse haben können.

23. Wir rufen alle Betroffenen auf, miteinander in eine Diskussion zu einer sinnstiftenden Reform der Krankenhausfinanzierung einzutreten, der das gemeinsame Interesse an einem bedarfsgerechten, solidarischen und humanen Krankenhaus über vorhandene, partielle Interessengegensätze stellt.

Wulf Dietrich
Peter Hoffmann

Sie finden dieses Papier (ergänzt um einige Anmerkungen) auch auf der Homepage des vdää unter: www.vdaae.de/index.php/themen/krankenhaus.

Mehr Prävention – aber welche?

Rezension von Klaus Thielmann

Die beiden Autoren haben ein Praxisbuch zur Auseinandersetzung mit dieser größten aller gegenwärtigen Herausforderungen der Medizin vorgelegt. An chronischen nicht-übertragbaren Krankheiten (CNCD) sterben weltweit und meist vorzeitig 63 Prozent aller Menschen, 86 Prozent in der europäischen Region der WHO, 92 Prozent in Deutschland. In den Industrieländern werden für die Behandlung von CNCD ca. 80 Prozent der Gesundheitsausgaben aufgewandt. Ein Präventionspotential von 25 bis 70 Prozent aber liegt weitgehend brach. Gesundheitssysteme, die mit großem Aufwand Folgeschäden vermeidbarer Krankheiten bekämpfen, sich aber wenig für die Verhinderung derselben engagieren, ticken falsch. Das ist umso bedenklicher, wenn einseitige kurative Orientierung mit handfesten wirtschaftlichen und kommerziellen Interessen einher geht, so aber liegt der Fall. Der gegenwärtige Stellenwert der Prävention im Spektrum medizinischer Tätigkeit ist unangemessen. Er offenbart, bei wohlwollender Deutung, eine strategische Schwäche der zuständigen staatlichen Administration, und auch die medizinische Profession selbst sollte sich in dieser Sache kritische Fragen stellen.

Das vorliegende Buch hält sich nicht mit Theorie und Klagen über die Lage auf. Es tritt nüchtern und sachlich mit Anleitung zum Handeln gegen den Missstand an. Die Autoren sind exzellente Kenner der Materie mit einschlägigen praktischen Erfahrungen. Zwei belesene und praktisch erfahrene Präventivmediziner referieren und kommentieren wichtige Studien, Analysen und Meta-Analysen zur Prävention der CNCD. Neun Kapitel behandeln die Prävention von Risikofaktoren und manifesten CNCD, darunter Rauchen, Übergewicht und Adipositas, Diabetes Typ 2, Hypertonie und Krebserkrankungen. Zwei wei-

tere Kapitel geben Anleitung für die Gesprächsführung zur Änderung des Lebensstils bzw. Hinweise zur Vergütung und Erstattung von Präventionsleistungen. Im Anhang findet sich weiteres hilfreiches Material zur Durchführung präventiver Maßnahmen.

Eine Neuorientierung der Medizin ist überfällig. Einseitig kurativer Fortschritt überfordert jede Volkswirtschaft, die ein Recht auf Gleichheit im Zugang zu zeitgemäßer medizinischer Versorgung anerkennt. Weitere Fortschritte in Diagnostik und Therapie, Kuration, Rehabilitation und Pflege sind zwar unverzichtbar, sie verschärfen aber zugleich das Problem fortlaufend, denn sie werden immer mehr Mittel fordern. Die Lösung: Weniger Kranke und weniger kommerzieller Missbrauch der Medizin. Das vorliegende Buch widmet sich der Reduzierung der Zahl der Kranken durch Verhaltensprävention – ein sehr wichtiger, wenngleich nicht der einzige Weg zur Reduzierung des Erkrankungsrisikos für CNCD und zur Verbesserung der Effizienz der medizinischen Versorgung.

80-90 Prozent der CNCD gelten als lebensstilbedingt. Die Bedeutung eigenverantwortlicher Lebensführung für den Gesundheitszustand steht außer Frage. Hier kann viel Präventionspotential erschlossen werden. Das persönliche ärztliche Gespräch bietet beste Voraussetzungen für die Vermittlung von Kenntnissen, Einsicht und Motivierung zur Entscheidung für eine gesundheitsfördernde Lebensweise. Wenn 60 Prozent der deutschen Bevölkerung übergewichtig sind, dann nicht nur deshalb, weil es 60 Prozent der deutschen Bevölkerung an Eigenverantwortung fehlte. Auch rauchen Raucher, trinken Trinker, meiden Menschen körperliche Aktivität nicht nur aus Mangel an Selbstdisziplin. Einer Schädigung der eigenen Gesundheit gegen besseres

Wissen liegen gewöhnlich vielschichtige individuelle psychosoziale und auch sozioökonomische Ursachen zugrunde.

Für die Verhältnisprävention ist die Politik zuständig, heißt es. Wenn aber wirtschaftliche und soziale Bedingungen den Gesundheitszustand der Bevölkerung maßgeblich beeinflussen, dürfen sie von der Medizin nicht ausgeblendet werden. Von ihr als professioneller Autorität in Gesundheitsdingen wird erwartet, dass sie auf wirtschaftliche und soziale Ursachen u.a. von CNCD aufmerksam macht, Veränderungen anmahnt und in ihrem eigenen Verantwortungsbereich notwendige Schritte einleitet. Bei der Politik allein ist Verhältnisprävention nicht gut aufgehoben, besonders dann nicht, wenn diese von wirtschaftlichen Ambitionen diktiert wird. Es ist an der Medizin, ihre Forderungen in professioneller Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung und unbeeinflusst von wirtschaftlichen Interessen durchzusetzen.

Mehr Prävention! als Motto und Programm bedeutet Profilerweiterung der Medizin. Darauf ist diese nicht gut vorbereitet. Sie sieht ihre Aufgabe eher im Reagieren auf Krankheit. Auf Prävention entfallen in Deutschland nominell ca. vier Prozent der Gesundheitsausgaben, *de facto* weniger. Mehr und bessere Prävention fordert eine andere Gewichtung und als Voraussetzung dafür neben re-aktivem mehr vorausschauendes, pro-aktives Denken und Handeln. Viele Fälle von CNCD können nicht nur durch Primärprävention verhindert, sondern in frühen Stadien durch Sekundärprävention auch geheilt werden. 50 Prozent aller Typ-2-Diabetes-Fälle sind durch Änderungen des Lebensstils dauerhaft vermeidbar. Medikamentöse Behandlung ist ein Segen, wo keine andere Wahl bleibt. Zuvor aber müssen die Möglichkeiten von Primär- und Sekundärprävention ausgeschöpft



**Klaus-Dieter Kolenda
und Ulf Ratje:**
»Mehr Prävention! Vorbeugung und Behandlung lebensstilbedingter chronischer Krankheiten«, Hans Marseille Verlag, München 2013, 144 Seiten, ISBN 978-3-88616-144-7, Preis 28 Euro

werden. Gegenwärtig erfolgt der Einsatz von Medikamenten zur Behandlung von CNCD nicht vorwiegend in Erwartung von Heilung, sondern mit dem Ziel der Entlastung von Beschwerden oder wegen der Folgeschäden von CNCD. Zugleich nimmt die Zahl jüngerer CNCD-Patienten zu.

Die Stärken der modernen Medizin bei der Beherrschung akuter Gesundheitsprobleme sind unbestritten. Den CNCD aber ist sie bisher nicht wirklich gewachsen. Der Bedarf an aktueller Information zu Fortschritten bei der Verhütung und Heilung von CNCD wird zunehmen. Nichts könnte die Notwendigkeit umfassender Prävention und politischen Engagements der organisierten Profession in dieser Sache besser vor Augen führen, als die wachsende Belastung der Bevölkerung durch CNCD. Umso wichtiger ist es, keine Zeit zu verlieren, bis die Medizin endlich über ein strategisches Konzept verfügt, das der Prävention den Platz einräumt, der ihr aller Vernunft nach zukommt. Kolenda und Ratjes Beitrag dazu ist hervorragend gelungen.

Auf diese Dividende verzichten wir!

Presseerklärung des vdää

Maintal, 10. März 2014

Der vdää ruft auf, die »Dividende« der Techniker Krankenkasse (TK) an die MediBüros zu spenden.

In diesen Tagen schickt die Techniker Krankenkasse an sechs Millionen beitragszahlende Mitglieder einen Scheck, mit dem eine »Dividende« von maximal 160 Euro einzulösen ist. Weil der Beitragssatz seit 2009 für alle gesetzlichen Krankenkassen vom Gesetzgeber festgelegt wurde und die TK durch »vorausschauendes Wirtschaften, eine effiziente Organisation und niedrige Verwaltungskosten« mit weniger Geld auskommt, als ihr aus dem Gesundheitsfonds zugewiesen wird, soll nun an die Mitglieder eine »Dividende« ausgezahlt werden.

Dividende ist nach der gängigen Definition der Teil des Gewinns, den eine Aktiengesellschaft an ihre Aktionäre ausschüttet. Wir Ärztinnen und Ärzte des vdää lehnen deshalb eine »Dividende« einer dem Solidarprinzip verpflichteten Gesetzlichen Krankenkasse ab. Gesetzliche Krankenkassen sind keine Wirtschaftsunternehmen, die Gewinne machen müssen. Wir Versicherten



sind keine AktionärInnen, sondern Mitglieder einer Solidargemeinschaft. Wir wollen, dass unsere gezahlten Beiträge nach dem Solidarprinzip verteilt werden. Was wir nicht brauchen, brauchen andere! Und es gibt viele Menschen in Deutschland, die ganz ohne Krankenversicherung leben müssen. Wir fordern die TK auf, sich für den Einschluss von Menschen ohne sicheren Zugang zur Gesundheitsversorgung in das etablierte Gesundheitssystem einzusetzen.

Wir Ärztinnen und Ärzte des vdää erklären: *Wir wollen das Geld der TK nicht und spen-*

den es an die MediBüros, die sich um die medizinische Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung kümmern. Wir rufen alle Mitglieder des vdää und alle TK-Versicherten, deren finanzielle Lage dies zulässt, auf, sich uns anzuschließen und ihre »Dividende« an das nächst gelegene MediBüro (<http://www.medibuero.de/de/Links.html>) zu spenden und dies der TK auch mitzuteilen.

Für den Vorstand des vdää und als TK-Versicherte unterzeichnen
Dr. Gerhard Schwarzkopf-Steinhauser
Benjamin Wachtler
Dr. Bernhard Winter
Dr. Andreas Wulf
Dr. Nadja Rakowitz

Eine Liste mit allen MediBüros in Deutschland finden Sie auf der Homepage des Medi-büro Berlin <http://www.medibuero.de/de/Links.html>

Für Rückfragen steht die Geschäftsstelle des vdää gerne zur Verfügung.

Aktuelle Eindrücke vom Gesundheitswesen in Griechenland

Anfang Februar ist erneut eine Delegation von Ärztinnen und Ärzten des vdää und der Hamburger Gruppe *German Physicians Initiative for Solidarity with Greece* nach Athen gefahren, um sich zu informieren über die Auswirkungen der Krise auf das Gesundheitswesen und Möglichkeiten der Solidarität. Die Gruppe hat verschiedene Krankenhäuser und Ambulanzen besucht. Sie war in vier Solidarische Praxen und hat mit den Aktivisten gesprochen und Projekte von unterschiedlichen Flüchtlingsinitiativen besichtigt. Im Vergleich zum letzten Jahr ist die Lage noch schlimmer, gleichzeitig wächst aber die Solidarität...

Berichte über den Besuch und aktuelle Meldungen zum griechischen Gesundheitswesen finden Sie auf der Homepage des vdää unter: www.vdaae.de/index.php/themen/gesundheitspolitik-%28international%29/583-gesundheitswesen-griechenland



Proteste gegen die Schließung der EOPYY-Praxen im Februar 2014

Warum als junge Ärztin/junger Arzt in den vdäa?

Es ist soweit: Das Studium neigt sich dem Ende zu, Du freust Dich, dass es bald losgeht, als »richtige« Ärztin bzw. »richtiger« Arzt zu arbeiten.

Nach den ersten Monaten im Beruf sieht der Tag aber auf einmal ganz anders aus als im PJ: Statt interessanter Einblicke und steiler Lernkurve gibt es Routine, statt Zeit für ein Anamnesegespräch lästige Mehrfachdokumentation. Statt anspruchsvoller Gespräche gehst Du schnell dazu über, nur das Notwendigste von den Patienten abzufragen. Die Stationsarbeit verformt sich zu einem Getriebe, das laufen und am Laufen gehalten werden will: Aufnahmen, Untersuchungen anmelden, Entlassungen, Codieren – kurzum: Fließbandarbeit.

Und immer wieder springst Du ein, wenn mal wieder Ebbe im Wochenenddienstplan ist. Leere Stellen in Deiner Abteilung werden nicht mehr nachbesetzt oder aus Kalkül offen gehalten, um die Personalkosten zu drücken. Der Chef bedauert, keine passenden Bewerber zu finden, ist aber vielleicht nicht wirklich traurig darüber. Ihm helfen eingesparte Personalkosten bei der Erreichung seiner Zielvereinbarungen – mehr Patienten bei weniger Kosten, so die simple Formel für die Bonuszahlungen am Ende des Jahres.

Dann steigt noch der Krankenstand des Pflegepersonals auf Eurer Station. Die Stimmung wird immer schlechter, alle sind gereizt und überarbeitet. Ein gemeinsames Frühstück, Supervision oder andere Strukturen für gegenseitiges Zuhören und Konfliktlösung – Fehlanzeige.

Eine examinierte Pflegekraft arbeitet im Spätdienst alleine mit einem Schüler. Klar, dass Du da mit anpackst bei den schwierigsten Tätigkeiten – das Umbetten adipöser immobiler Patienten, das Reinigen von Patienten während des Verbandwechsels. Das verbindet und dennoch: Bei den nächsten Tarifverhandlungen kämpft wieder jede Gruppe für sich. Die Verhandlungsposition der Ärzte ist stark – die Geschäftsführung weiß sehr wohl, was sie an Dir hat. Aber die Gelder für die Klinik sind gedeckelt – und was Deine Berufsgruppe sich erkämpft fehlt nachher den anderen...

Nach den ersten Jahren weißt Du, wie der Hase läuft, bist sicher im Klinikbetrieb und längst auch den

wichtigsten Nofällen gewachsen. Was bleibt, ist die Unzufriedenheit: Muss der Klinikalltag denn so sein? Läuft es an anderen Kliniken anders? Oder in anderen Ländern? In Norwegen soll es toll sein, aber Auswandern ist ja auch keine Patentlösung, zumal nicht in einer Lebensphase, in der Familienplanung und andere Verbindlichkeiten anstehen...



Warum in den vdäa?

Auch wir im Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte fragen uns, warum in einem der teuersten Gesundheitssysteme der Welt für die Beschäftigten aller Berufsgruppen würdige Arbeitsbedingungen und eine hochwertige Patientenversorgung immer schwieriger werden. Wir sind Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen, in Krankenhäusern und Praxen tätig, wir erleben die Entwicklung im deutschen Gesundheitssystem sehr kritisch und wollen kritischen Positionen im Gesundheitswesen Gehör verschaffen.

Der Dialog und Austausch der Beschäftigten aller Berufsgruppen untereinander ist uns dabei ein zentrales Anliegen. Wir versuchen außerdem regelmäßig einen gemeinsamen Blick über den Tellerrand zu wagen durch Reisen in andere Gesundheitssysteme, wie z.B. in den letzten Jahren in die Schweiz, die Niederlande oder nach Schweden.

Tendenzen der Privatisierung und Kommerzialisierung, Fragen der Medizinethik etwa zu Sterbehilfe oder PID diskutieren wir kritisch und oft auch mit komplett kontroversen Positionen. Wir sind parteipolitisch ungebunden, arbeiten aber zusammen mit anderen Organisationen zu einzelnen Themen, wie z.B. im Bündnis »Köpfe gegen die Kopfpauschale« mit ver.di/DGB und Campact!

Wir sind Medizinerinnen und Mediziner, die die Überzeugung eint, dass positive Veränderungen im Gesundheitswesen nicht von wechselnden Gesundheitsministern auf dem Silbertablett präsentiert werden, sondern mit solidarischer Zusammenarbeit aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen erstritten werden müssen.

Wir sind Medizinerinnen und Mediziner, die die Überzeugung eint, dass positive Veränderungen im Gesundheitswesen nicht von wechselnden Gesundheitsministern auf dem Silbertablett präsentiert werden, sondern mit solidarischer Zusammenarbeit aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen erstritten werden müssen.

Es ist Zeit, sich einzumischen!

Information

Geschäftsstelle des vdäa | Nadja Rakowitz | www.vdaae.de | www.facebook.com/vdaae