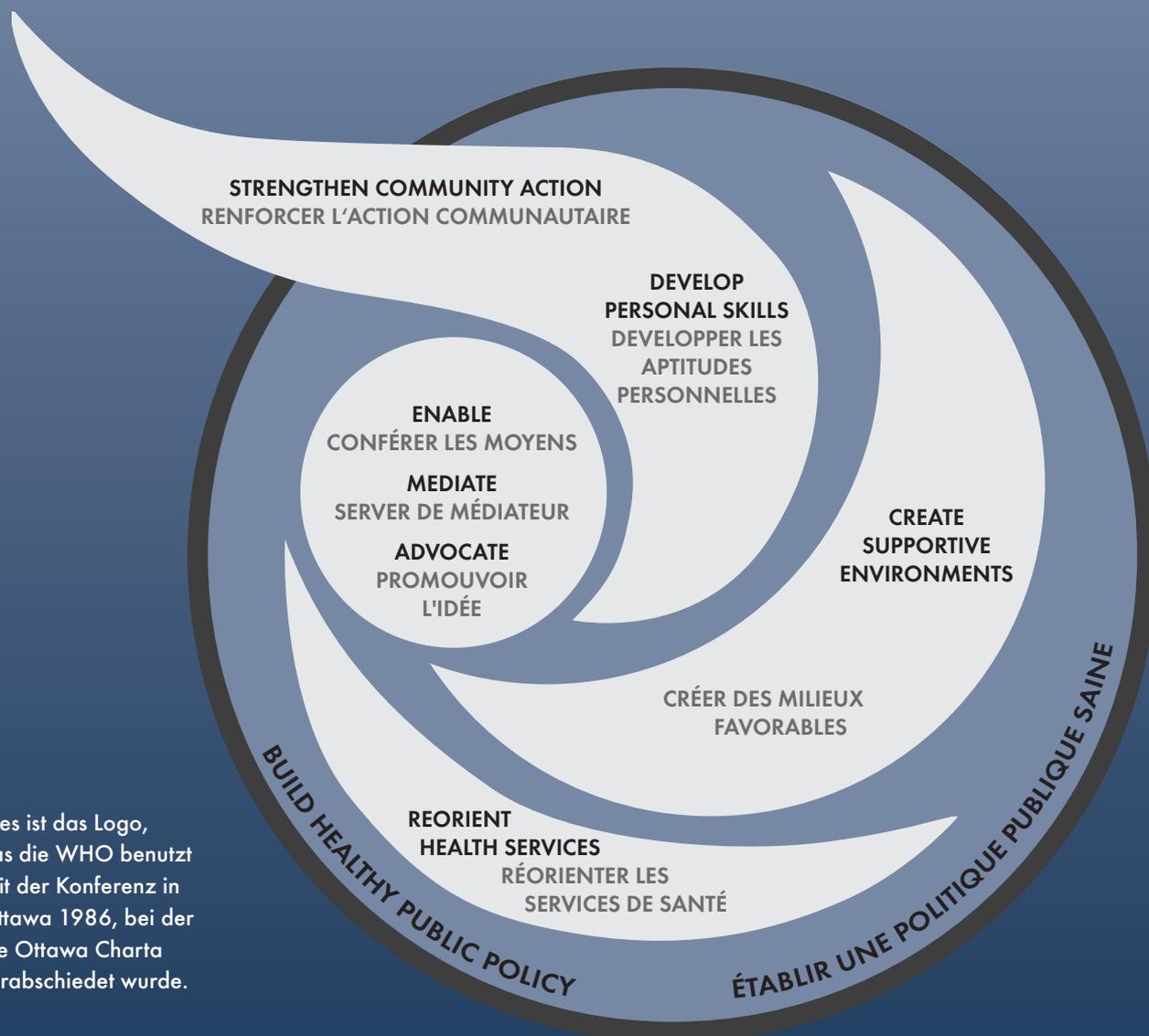


# GESUNDHEIT braucht POLITIK

verein  
demokratischer  
ärztinnen und  
ärzte



ZEITSCHRIFT FÜR EINE SOZIALE MEDIZIN Nr. 1/2015 | Solibetrag: 5 Euro | ISSN 2194-0258



Dies ist das Logo, das die WHO benutzt seit der Konferenz in Ottawa 1986, bei der die Ottawa Charta verabschiedet wurde.

## Prävention – aber richtig

Jan Lukas: Health in all  
Selbstverwaltung – das neue  
Präventionsgesetz S. 4

Matthias Martin Becker:  
Risiken und Nebenwirkungen  
der Vorbeugung S. 7

Ingelore Fohr: vdäa meets  
»Gesundes Kinzigtal«. Ein Besuch  
bei einem Modellprojekt der  
integrierten Versorgung S. 10

---

## In dieser Ausgabe

---

- 3 Bernhard Winter: **29 Jahre nach der Deklaration der Ottawa-Charta**
- 4 Jan Lukas: **Health in all Selbstverwaltung – das neue Präventionsgesetz**
- 7 Matthias Martin Becker: **Risiken und Nebenwirkungen der Vorbeugung**
- 10 Ingelore Fohr: **vdää meets »Gesundes Kinzigtal«. Ein Besuch bei einem Modellprojekt der integrierten Versorgung**
- 15 Nadja Rakowitz: **Klassenmedizin. Rezension des gleichnamigen Buchs von Bernd Kalvelage**
- 17 Einladung zur Tagung: **Krankenhaus oder Fabrik – Was tun gegen die Kommerzialisierung der Krankenhäuser?**
- 18 **Jetzt die richtigen Konsequenzen ziehen!** Presseerklärung des vdää zu den Todesfällen im Rahmen des Acinetobacter-baumannii-Ausbruchs am UKSH Kiel
- 19 **Staatsmedizin?** Ein Leserbrief von Wulf Dietrich und die Antwort von Max Kaplan
- 21 **»Solidarisches Gesundheitswesen e.V.« stellt sich vor**
- 21 **Griechenland:** Erste, aber kleine Schritte in die richtige Richtung
- 22 Ulrike Faber: **Vier Jahre Frühe Nutzenbewertung. Erfahrungen mit dem AMNOG**
- 26 Bernhard Winter: **Unabhängig oder frei, das ist hier die Frage – Zum Verhältnis der Hessischen Ärztekammer zur Pharmaindustrie**
- 27 **Hungerstreik.** Eine Broschüre des vdää über praktische Fragen der medizinischen Betreuung von Hungerstreikenden

---

## Termine

---

### Vorstandssitzungen des vdää

(offen für alle Mitglieder)

25. April, 11 – 16 Uhr in München

4. Juli, 11 – 16 Uhr in Frankfurt/Main

12. September, 11 – 16 Uhr in Hamburg

6. November, 15 – 18 Uhr in Leipzig

### Tagung Krankenhaus oder Fabrik – Was tun gegen die Kommerzialisierung der Krankenhäuser?

29./30. Mai in Berlin

### Jahreshauptversammlung des vdää

6.-8.11.2015 in Leipzig im Zentrum für Frauenkultur in der Kulturfabrik

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 von uns informiert werden wollen, so setzen Sie sich bitte mit unserer Geschäftsstelle in Verbindung. Gerne können Sie sich auch online über den neuen vdää-Newsletter auf dem Laufenden halten. Die Zeitschrift »Gesundheit braucht Politik« ist die Vereinszeitung, die viermal jährlich erscheint. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Vereinsmeinung wieder.

### Redaktion

Phil Dickel, Wulf Dietrich,  
Thomas Kunkel, Nadja Rakowitz,  
Kirsten Schubert, Bernhard Winter

### Impressum

Gesundheit braucht Politik 1/2015

ISSN 2194-0258

Hrsg. vom Verein demokratischer  
Ärztinnen und Ärzte

V.i.S.d.P. Wulf Dietrich

### 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@vdaeae.de](mailto:info@vdaeae.de)

Internet [www.vdaeae.de](http://www.vdaeae.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](mailto:birgit.letsch@t-online.de)

Druck: Druckerei Grube

### Bilder

Flickr



## Editorial

# 29 Jahre nach der Deklaration der Ottawa-Charta

In der Ottawa-Charta der WHO wurde 1986 ein partizipativer und salutogenetischer Ansatz der Gesundheitsförderung formuliert: »Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können.« Damit greift die Charta das Wissen um psychologische und soziale Determinanten von Krankheit und Gesundheit emanzipativ auf.

Nur kleinschrittig kommt hier zu Lande dieser Ansatz der Gesundheitsförderung voran. Viele Jahre dauert beispielsweise nun schon die Diskussion um das Präventionsgesetz an. Die Bundesregierung hat jetzt einen neuen Gesetzentwurf vorgelegt, der z. Zt. parlamentarisch beraten wird. Der Bundesärztekammer (BÄK) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) bereitet dabei die angeblich unzureichende Einbindung von Ärzten in die Präventionsstrategie Unbehagen. In einer gemeinsamen Stellungnahme anlässlich dessen erster Lesung fordern sie ein »umfassendes ärztliches Präventionsmanagement«. Selbstredend müsse die vertragsärztliche Versorgung stärker in die Präventionsbemühungen eingebunden werden. Jan Lukas setzt in seiner Kritik des Gesetzentwurfes gänzlich andere Schwerpunkte.

Prävention wird bei uns häufig noch ausschließlich als (indi-

viduelle) Verhaltensprävention gedacht. Martin Becker setzt sich in seinem Beitrag kritisch mit Mythen der Vorbeugung auseinander.

Die gesellschaftlichen Verhältnisse, in denen wir Ärztinnen und Ärzte Medizin machen, und wie wir uns dazu verhalten sollten, stehen im Mittelpunkt des Buches »Klassenmedizin« von Bernd Kalvelage. Nadja Rakowitz stellt es vor.

Prävention spielt auch eine wichtige Rolle in dem Modellprojekt zur integrierten Versorgung »Gesundes Kinzigtal«. Eine zentrale These der Akteure lautet dabei: Trotz Kostenreduktion ist eine bessere Medizin möglich. Ingelore Fohr berichtet über eine vom Arbeitskreis Niedergelassene im vdää angeregte Fahrt in das Kinzigtal und von den dort geführten vielschichtigen Diskussionen.

Als Dokumentation eines Präventionsversagens kann die Presseerklärung des vdää zum Acineto baumanii – Ausbruch an der Uniklinik Kiel gewertet werden, die wir in dieser Ausgabe dokumentieren.

Mit einem gänzlich anderen Bereich der Gesundheitspolitik beschäftigt sich Ulrike Faber. Sie geht in ihrem Beitrag der Frage nach, was die seit 2011 geltende frühe Nutzenbewertung von Arzneimitteln bisher gebracht hat. Der frühen Nutzenbewertung kommt aktuell insbesondere auch bei der Diskussion um die extrem hochpreisigen Hepatitis C – Medikamente eine besondere Bedeutung zu.

Eine zentrale Rolle in den politischen Diskussionen der letzten Jahre spielt für den vdää die Auseinandersetzung mit den DRG's als Finanzierungsinstrument der stationären Versorgung. Wir möchten daher ganz

besonders auf die Tagung »Krankenhaus oder Fabrik – Was tun gegen die Kommerzialisierung der Krankenhäuser?« am 29./30. Mai 2015, an deren Vorbereitung der vdää intensiv beteiligt ist, verweisen. Selbstredend sind alle Leserinnen und Leser herzlich eingeladen, an der Tagung, die Auftakt zu weiteren Aktivitäten sein soll, teilzunehmen.

Immer wieder erreichen den vdää Anfragen mit der Bitte um medizinische Unterstützung/Versorgung hungerstreikender Flüchtlinge. Dies stellt die beteiligten Ärztinnen und Ärzte vor zahlreiche ethische und medizinische Probleme. Dankenswerterweise hat eine Autorengruppe von vdää-ÄrztInnen dazu eine praxisorientierte Handreichung erstellt. Insbesondere die medizinethischen Erwägungen sind auch für nicht unmittelbar Betroffene von Interesse. Wir dokumentieren einen Teil der Einführung. Das gesamte Dokument steht auf unserer Website als Download zur Verfügung. Eine Printversion ist geplant.

Viel gelobt wurde unsere Sonderausgabe zu den Folgen der Austeritätspolitik im griechischen Gesundheitswesen. Wir dokumentieren in dieser Ausgabe von GbP erste Schritte der neuen griechischen Regierung. Das Thema Austerität und Gesundheit soll uns auch in den nächsten Ausgaben dieser Zeitschrift regelmäßig begleiten. Dabei werden wir unseren Fokus verstärkt auch auf andere Länder richten.

Nach den ursprünglichen Planungen der Redaktion sollte die erste Ausgabe des Jahres 2015 sich mit dem Thema »Soziale Determinanten des Gesundheitswesens« auseinandersetzen. Heft zwei sollte sich den »Grundlagen des Gesundheits-

wesens« widmen. Im Kontext mit unserer Jahreshauptversammlung wollten wir uns dann dem Thema »Flucht und Migration« zuwenden. Schließlich sollte die letzte Ausgabe des Jahres das Thema »Medizin und Nationalsozialismus« behandeln, da wir den Eindruck hatten, diese Thematik in letzter Zeit vernachlässigt zu haben. Soweit dieser Plan der Redaktion für das Jahr 2015.

Das erste Heft wurde von einer Gruppe aus Hamburg erstellt, die sich schon seit längerem mit dem Thema soziale Determinanten in der Medizin beschäftigt. Da wir zudem annehmen, dass dieses Thema über die Tagesaktualität hinaus von Bedeutung sein wird, hat die Redaktion nach längeren Diskussionen beschlossen, dieses Heft als Sonderausgabe im Frühsommer herauszugeben.

So kommt es, dass Sie nun – leider etwas verspätet – eine Ausgabe mit dem Schwerpunkt Prävention in den Händen halten.

Wir möchten zum Schluss noch auf eine weitere Änderung bei der Gestaltung von GbP hinweisen. Jahrelang zeichnete Wulf Dietrich dankenswerterweise für das Editorial verantwortlich. Zukünftig wollen wir dies in der Redaktion rotieren lassen.

Herzlichst Ihr  
**Bernhard Winter**

### Vereinsbeiträge im vdää

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

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

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

AssistenzärztInnen

**12 €/Monat**,

niedergelassene ÄrztInnen und angestellte FachärztInnen

**20 €/Monat**.



# Health in all Selbstverwaltung

Jan Lukas über das neue Präventionsgesetz

Jan Lukas hat für uns den neuen Entwurf eines Präventionsgesetzes unter die Lupe genommen und kommt zu dem Schluss, dass sich zwar manches zum Positiven verändert hat, dass aber politische Maßnahmen zur gesundheitlichen Prävention zugunsten wirtschaftlicher Interessen nicht ernsthaft in Betracht gezogen werden.

Am 17. Dezember verabschiedete der Deutsche Bundestag den inzwischen vierten Entwurf für ein Präventionsgesetz. Anläufe in den Jahren 2005 und 2007 und zuletzt 2013 waren gescheitert, nicht zuletzt deshalb weil insbesondere dem Entwurf von 2013 breiter Widerstand und massive Kritik von fachlicher und wissenschaftlicher Seite entgegengehalten wurden. Inhaltlich verharrte dieser Entwurf der FDP in seiner Focussierung auf Eigenverantwortung des Individuums und stärkte sehr einseitig Ansätze zur Verhaltensprävention – ganz entsprechend der liberalen Ideologie von »Jeder ist seines Glückes Schmied«.

Positiv lässt sich nun feststellen, dass der aktuelle Entwurf inhaltlich deutlich ausgewogener ist und auch teilweise die Debatten der vergangenen Entwürfe widerspiegelt. Dennoch enthält er Widersprüchlichkeiten in einigen sehr zentralen Punkten, die Anlass für berechtigte Kritik bieten.

## Warum ein Präventionsgesetz?

Jährlich werden etwa 97 Prozent der Gesundheitsausgaben für die kurative Medizin aufgewendet und nur etwa drei Prozent für Präventi-

on und Gesundheitsförderung. Das ist zu einem gewissen Grad politisch so gewollt, um den »Wachstumsmarkt Gesundheitswesen« der Kapitalverwertung zu erschließen. Dennoch ist einerseits offensichtlich, dass das Gesundheitssystem nur mit erheblichem finanziellen Aufwand in der Lage sein wird in 20, 30 oder 40 Jahren die Menschen adäquat zu versorgen. Andererseits – und das ist der relevante Punkt: Gesundheit ist keine Ware, sondern wichtige Grundvoraussetzung für eine hohe Lebensqualität und ein Leben in Selbstbestimmung.

Insofern ist der aktuelle Entwurf der Bundesregierung prinzipiell erstmalig zu begrüßen.

## Worum geht es in dem Entwurf?

Der Entwurf erhebt den Anspruch, Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten, wie KiTas, Schulen, Betrieben und stationären Pflegeeinrichtungen zu verbessern. Durch Verbesserung der Kooperation der Sozialversicherungsträger und durch eine an »gemeinsamen Zielen orientierte nationale Präventionsstrategie«.

Die wesentlichen Punkte des Entwurfes sind konkret:

- Einbeziehung der gesetzlichen Rentenversicherung, gesetzlichen Unfallversicherung und der sozialen Pflegeversicherung in die Finanzierungsverantwortung für P & GF.
- Einrichtung einer nationalen Präventionskonferenz, in der gesetzliche Kranken-, Pflege-, Unfall- und Rentenkassen (mit jeweils zwei Sitzen) bundesweit einheitliche Rahmenempfehlungen erarbeiten und nach Absprache (»in Benehmen mit«, d.h. in Mitwirkung aber ohne Zustimmungspflicht) von Gesundheits-, Arbeits-, Ernährungs-, Familien- und Innenministerium Ziele, Handlungsfelder und Zielgruppen, aber auch Qualitätsentwicklungskriterien für Präventionsmaßnahmen festlegen. Die Präventionskonferenz soll dann alle vier Jahre einen Präventionsbericht erstellen, zu dem die jeweilige Bundesregierung Stellung beziehen soll. Vertreter aus Wissenschaft, Zivilgesellschaft und der Arbeitslosenversicherung sind in der Präventionskonferenz nicht vorgesehen.
- Der Spitzenverband der gesetzlichen Kassen wird eine Präventionsstrategie erarbeiten, die einige konkret genannte Gesundheitsziele enthalten soll. Unter anderem – abgeleitet aus dem seit über zehn Jah-

ren bestehenden Kooperationsverbund *Gesundheitsziele.de*

- Anhebung des Ausgabenrichtwertes von aktuell ca. drei Euro auf sieben Euro pro VersicherungsnehmerIn. Dazu kommen Gelder aus den Pflegekassen, so dass das BMG die jährlich für Primärprävention und Gesundheitsförderung zur Verfügung stehenden Mittel auf etwa 511 Millionen Euro beziffert. Die privaten Kranken- und Pflegeversicherungen erhalten »im Falle einer angemessenen finanziellen Beteiligung« ebenfalls einen Sitz in der nationalen Präventionskonferenz.

- Stärkung der betrieblichen Prävention in insbesondere kleinen und mittelständischen Betrieben

- »Präventionsberatung« im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche, inklusive Beratung zum Impfstatus und lokalen Beratungsangeboten; Ausstellung von ärztlichen Präventionsempfehlungen, die zur Inanspruchnahme einer individuellen verhaltenspräventiven Maßnahme berechtigen.

- Erleichterungen beim Zugang zu Präventionsangeboten soll es für Versicherte in speziellen Belastungssituationen geben, wie zum Beispiel Schichtarbeitende oder pflegende Angehörige. Klingt erstmal gut, konkret steht dahinter aber nur ein finanzieller Anreiz durch Erhöhung des täglichen Krankenkassenzuschuss bei Vorsorgekuren von bisher 13 Euro auf 16 Euro pro Tag.

### Erwartungen an ein Präventionsgesetz

Auch wenn der Entwurf deutliche Verbesserungen im Vergleich zum Entwurf von 2013 enthält, hat auch er viel Kritik von allen Seiten erhalten.

Aus gesundheitspolitischer Sicht sind einige der darin vorgeschlagenen Maßnahmen, wie beispielsweise die Stärkung der Kooperation der Präventionsakteure auf Bundes- und Länderebene, sinnvoll. Dennoch sind einige sehr grundsätzliche Punkte im Gesetzentwurf problematisch.

Gesundheitsförderung wird im neuen Paragraph 20 SGB V definiert als »selbstbestimmtes gesundheitsorientiertes Handeln der Versicherten«. Woher die Verfasserinnen

und Verfasser des Entwurfs diese Definition von Gesundheitsförderung nehmen, bleibt ein Geheimnis. In der Ottawa Charta – dem zentralen internationalen Dokument zur Gesundheitsförderung – wird Gesundheitsförderung anders definiert: »Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.«

Hier steht nicht einseitig das »selbstbestimmte Handeln« im Vordergrund und es ist auch nicht nur von Versicherten die Rede, sondern von allen Menschen. Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht ist eine derartige Interpretation des Verständnisses von Gesundheitsförderung nur mit ideologischer Motivation zu erklären.

Fast 30 Jahre nach der Ottawa Charta von 1986 ist längst in sämtlichen internationalen Diskussionen die Erkenntnis eingekehrt, dass die meisten der für die Gesundheit relevanten Entscheidungen nicht in der Gesundheitspolitik getroffen werden. Die Ottawa Charta versteht Prävention und Gesundheitsförderung daher als gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

Diesem Anspruch wird der aktuelle Entwurf leider bei Weitem nicht gerecht. Im Gegenteil. Die Finanzierungsverantwortung, Organisation und inhaltliche Ausgestaltung werden allein in der Selbstverwaltung verortet. Bund? Länder? Kommunen? Ihnen kommt keine Verantwortung zu, obwohl sie de facto die Rahmenbedingungen für soziale Determinanten setzen und für die Bedingungen in den relevanten Lebenswelten wie Schulen, Betriebe, öffentliche Räume, letztendlich die Arbeits- und Lebensbedingungen eine hohe Mitverantwortung tragen.

»Health in all policies«, ein sektorübergreifendes Konzept zur Stärkung der Gesundheit in allen für sie relevanten Politikbereichen, wird damit in seiner deutschen Variante zu »Health in all Selbstverwaltungen« verniedlicht.

### Die widersprüchliche Rolle der gesetzlichen Kassen

Gleichzeitig verschärft der Gesetz-

entwurf die widersprüchliche Lage, in der die gesetzlichen Kassen durch die vergangenen Gesundheitsreformen gebracht wurden. Sie sollen gemäß dem neuen §20 nicht nur auf Bevölkerungsebene kaum wirksame Individualprävention wie Abnehm-Kurse, Ernährungsberatung etc. anbieten, sondern auch den »Aufbau und die Stärkung von gesundheitsförderlichen Strukturen« in den Lebenswelten durchführen.

Hier zeigt sich: Das Gegenteil von gut ist gut gemeint. Zwar klingt der Gesetzestext, der die »Beteiligung der Versicherten und der für die Lebenswelt Verantwortlichen« bei der Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen im Setting vorsieht, erstmal ganz vernünftig. Wie die praktische Umsetzung aussehen könnte bleibt aber vollkommen unklar, da die Krankenkassen ohne gesetzliche Grundlage gar keinen Einfluss auf die Ausgestaltung der Verhältnisse in den Settings wie

---

»Eine derartige Interpretation des Verständnisses von Gesundheitsförderung ist nur mit ideologischer Motivation zu erklären.«

---



Schulen, Kindergärten, Kommunen etc. haben.

Das sollen sie auch gar nicht. Bei näherer Betrachtung geht es nämlich nicht um die Veränderung der Verhältnisse in den Settings bzw. Lebenswelten, sondern lediglich darum »[...] die Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere in den Lebenswelten der Bürgerinnen und Bürger zu stärken [...]«. Konkret bedeutet das, dass nicht die Verhältnisse im Setting

geändert werden sollen, sondern die Lebenswelt, als Zugangsweg für verhaltenspräventive Maßnahmen genutzt werden soll.

Welche Maßnahmen dafür in Frage kommen, legt der Präventionsleitfaden der gKVen fest, in dem man sich auf veralteter Datenbasis vorbehält, esoterisch inspirierte Kurse wie Yoga, QiGong und Tai Chi auf Kosten der Versichertengemeinschaft anzubieten und damit den Kassen weiterhin ein Marketinginstrument für Beitragszahler mit höherer Bildung und besserem Einkommen an die Hand zu geben.

### Zuckerbrot und Peitsche

Der traurige Tiefpunkt im Gesetztext ist jedoch die verbindliche Einführung von Bonus-Systemen – der nicht tot zu kriegenden Schnapsidee jedes marktliberalen Gemüts. Wörtlich heißt es: »[...] jede Krankenkasse ist damit in der Regel verpflichtet, in ihrer Satzung Boni als finanzielle Anreize für ein gesundheitsbewusstes Verhalten ihrer Versicherten vorzusehen.«

Derartige Anreizsysteme sind in der Prävention generell als unethisch, weil diskriminierend, abzulehnen. Nicht erst seit Michael Marmot wissen wir, dass das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitsrisiken zwischen den sozioökonomischen Klassen ungleich verteilt sind. Auch der Zugang zu Präventionsangeboten in Deutschland ist ungleich verteilt, wie der Präventionsbericht der Kassen zeigt. Zudem weisen aktuelle Daten darauf hin, dass die gesellschaftliche Ungleichheit von Gesundheitschancen, das heißt die Verbindung

von niedrigem sozioökonomischen Status und einem überproportional erhöhten Mortalitätsrisiko und veringerteter Lebenserwartung in den vergangenen Jahren in Deutschland sogar zu genommen hat (Lampert & Kroll, 2014).

Vor diesem Hintergrund die besser gebildeten und verdienenden Versicherten auch noch zu belohnen, ist zynisch und sendet eine fatale Botschaft, die eher der Disziplinierung und Diskriminierung unterer sozialen Schichten dient als der Stärkung der Gesundheitsförderung.

### Fazit

Bei aller Kritik, es hat sich im Bereich der Gesundheitsförderung in Deutschland in den vergangenen Jahren auch sehr viel Positives getan. Gesundheitliche Chancengleichheit hat auf staatlicher wie auch zivilgesellschaftlicher Ebene eine breite Aufmerksamkeit erhalten und es existieren vielversprechende Ansätze auf lokaler und kommunaler Ebene. Dennoch bleibt ein spürbarer gesundheitlicher Effekt auf der Bevölkerungsebene aus. Das liegt sicherlich einerseits an der fragmentierten Datenlage aber primär wohl eher daran, dass politische Maßnahmen zur gesundheitlichen Prävention in Deutschland zugunsten wirtschaftlicher Interessen nicht ernsthaft in Betracht gezogen werden. Deutschland bleibt z.B. im Bereich der Tabakkontrolle im internationalen Vergleich deutlich zurück. Auch in anderen Ländern positiv erprobte Maßnahmen wie Ampelsysteme für Nahrungsmittel, Zucker- und Fettsteuer oder Werbeverbote für Süßwaren an Kinder werden in Deutschland nicht aufgegriffen. Wohl auch, weil es so verlockend simpel ist, an die Übergewichtigen zu appellieren, nicht so übergewichtig zu sein und den Rauchern zu erzählen, sie sollen nicht so viel rauchen, anstatt der Nahrungsmittel- und Tabakindustrie klare Grenzen zu setzen und das Problem von seinen Ursachen her anzugehen.

Was fehlt, ist ein integriertes Vorgehen, das die punktuell sinnvollen verhaltenspräventiven Maßnahmen in eine gesamtgesellschaftliche Strategie einordnet. Es bleiben daher berechtigte Zweifel,

ob der aktuelle Gesetzentwurf hier die große – dringend notwendige – Wende einleiten kann. Denn es braucht kein pessimistisches Gemüt, um sich in Sorge auszumalen, welche gewaltige Krankheitslast im Bereich chronischer und psychischer Erkrankungen in Deutschland als Folge der staatlich organisierten Armut in Form der Agenda-Politik in den nächsten Jahren noch ins Haus stehen werden.

### Resourcen und Quellen:

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG), 29.12.2014  
<http://tinyurl.com/n797kyj>

Präventionsbericht des gKV Spitzenverbandes 2014  
<http://tinyurl.com/k2yh6bd>

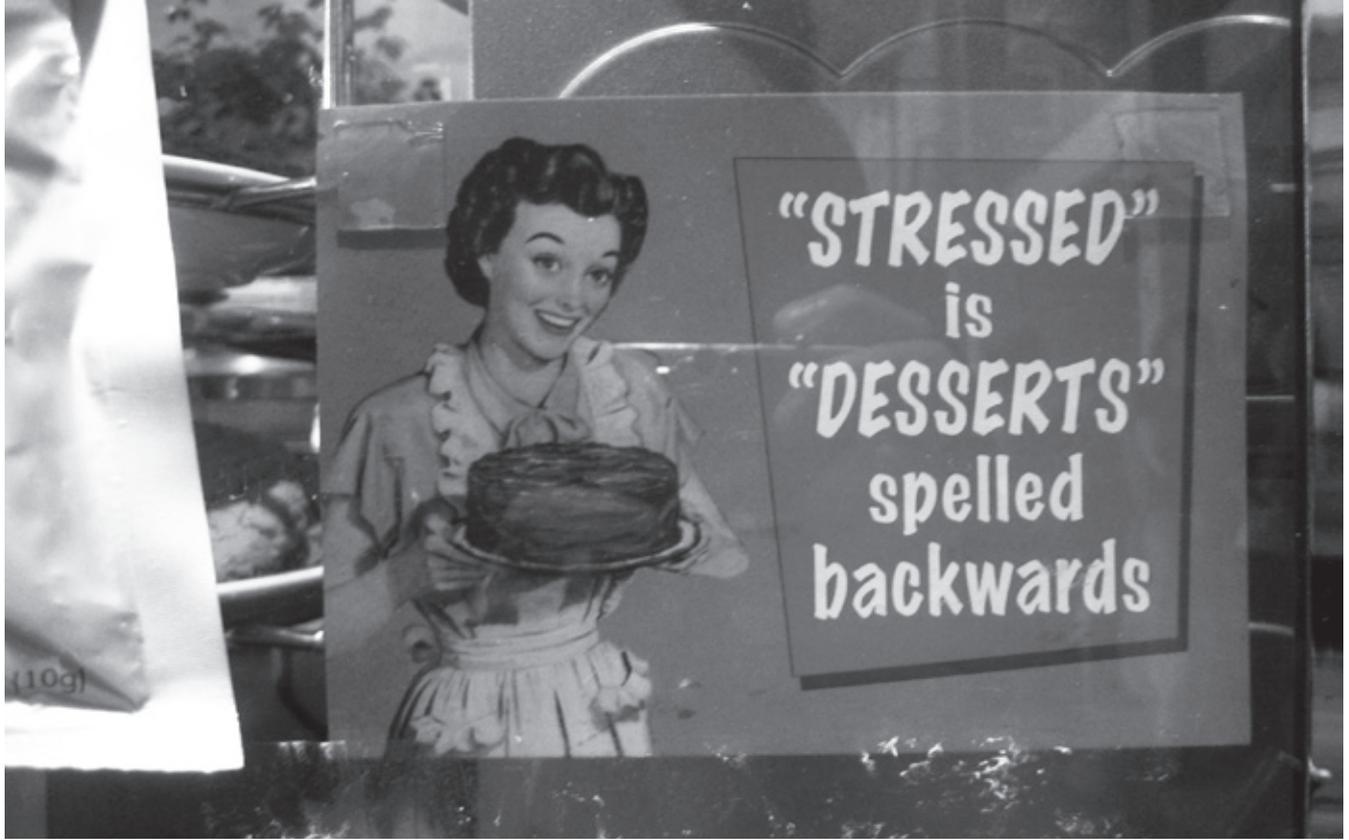
Thomas Lampert / Lars Eric Kroll: »Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung«, GBE Kompakt 5(2), Robert Koch-Institut, Berlin 2014

WHO Europe: »Health in All Policies – A whole-government system approach to tackle health inequalities«, <http://tinyurl.com/p9plkxz>

1 D.h. mindestens ein Betrag i.H. vom gKV Ausgabenrichterwert multipliziert mit der Zahl der insgesamt privat Versicherten

## Das Gesetzgebungsverfahren

Der Entwurf wurde am 17.12.2014 im Bundestag verabschiedet. Der Bundesrat hat Anfang Februar 2015 Stellung genommen und einige (marginale) Änderungen vorgeschlagen. Um nicht wieder im Bundesrat blockiert zu werden wie Daniel Bahr's Entwurf 2013, wurde das Gesetzgebungsverfahren ohne Zustimmungspflicht des Bundesrates gewählt. Das bedeutet jedoch, dass das Gesetz keine Auswirkungen auf die Finanzen der Länder oder die Organisations- und Verwaltungsverfahren von Landesbehörden haben darf. Daher die Beschränkung des Entwurfs auf die Sphäre der Selbstverwaltung. Der vorliegende Entwurf ist am 20. März in erster Lesung im Bundestag beraten worden.



# Über Risiken und Nebenwirkungen der Vorbeugung

von Matthias Martin Becker\*

»Ich kam in die Herzklinik und die Lungenabteilung. Ich lief herum und sagte zu meinen Kollegen: ›Den Typen kenne ich, der war vor drei Monaten schon mal da. Akutes Lungenversagen. Jetzt ist er wieder hier.« Dem Medizinstudenten im Praktischen Jahr schien die Art, wie die Patienten im Krankenhaus behandelt wurden, nicht richtig. »Die Leute kamen mit Herzinsuffizienz und chronischen Lungenkrankheiten. Wir flickten sie zusammen, wir schickten sie nach Hause und nach drei Monaten waren sie wieder da!«

Anfang der 1960er Jahre deutete nicht viel darauf hin, dass dieser junge Arzt später »für seinen Beitrag zum Verständnis gesundheitlicher Ungleichheit« in den Adelsstand erhoben werden sollte. Michael Marmot, Sohn armer jüdischer Einwanderer in Großbritannien, wurde zu dem wohl bekanntesten und einflussreichsten Gesundheitswissenschaftler und im Jahr 2002 von der englischen Königin geadelt. Dass Marmot sich von der praktizierenden Medizin abwandte, lag an seiner Frustration

über den biomedizinischen Reparaturbetrieb. »Mir kam es so vor, als sei das, was wir da im Krankenhaus machten, lediglich gescheiterte Vorbeugung, besonders in der Chirurgie. Entsprechend meiner damaligen, ziemlich primitiven Vorstellung stellte ich mir die Frage: ›Warum kriegt dieses Kind immer wieder Asthma? Warum kommen die immer wieder?« Ich dachte wirklich, wenn wir die Patienten nur richtig behandeln, kriegen wir unsere Abteilungen leer!«

## Der Student Michael Marmot

Wie kriegen wir die Lungenabteilungen in den Krankenhäusern leer? Wie verhindern wir den Herzinfarkt, Diabetes, die Depression? Vorbeugend zu denken war damals, als Marmot seine wissenschaftlichen Forschungen begann, keineswegs selbstverständlich. Erst die Medizinkritik der 1970er Jahre kritisierte die damalige kurative Praxis als fehlgeleitet und entmündigend. Statt einzelne Krankheiten abzuwehren, müsse die Selbsttätigkeit und Widerstandskraft der Pa-

tienten gestärkt werden. Die präventive Ausrichtung der Gesundheitssysteme war eine Kernforderung von *New Public Health*.

Wie viele Forderungen und Befehle der sogenannten Neuen Sozialen Bewegungen wurde auch dieser vom (gesundheits-)politischen Establishment aufgegriffen. Heute bezweifelt kaum jemand mehr, dass Vorbeugen besser ist als Heilen. Mit dem neuen, lange umkämpften Präventionsgesetz verpflichtet die Bundesregierung die gesetzlichen Krankenkassen, ihre Ausgaben für Vorbeugungsmaßnahmen deutlich zu erhöhen. Die Gelder sollen teils für individuelle Verhaltensprävention aufgewendet werden, teils für Gesundheitsförderung im Setting, also sprich in den Betrieben, sozialen und Bildungseinrichtungen.

Besonders erfolgreich ist der präventive Ansatz auf der Ebene der offiziellen Verlautbarungen und Absichtserklärungen. 2013 verpflichtete sich die Bundesrepublik Deutschland auf einer UN-Konferenz sogar, die Zahl der vorzeitigen Todesfälle durch nicht-übertragbare

**Die medizinische Versorgung präventiver zu gestalten war einst eine wichtige Forderung von Patientenbewegung und Medizinkritik. Heute bezweifelt kaum jemand mehr, dass mehr Vorbeugung der gesundheitspolitische Königsweg ist. Aber was eigentlich gesund sein soll, das stellt die herrschende Prävention äußerst einseitig dar – so die These von Matthias Martin Becker.**



Krankheiten bis zum Jahr 2025 um ein Viertel zu senken und die Zunahme von Adipositas, Diabetes und Herzerkrankungen zu stoppen. Die Vereinten Nationen (UN) und die Weltgesundheitsorganisation propagieren mittlerweile das Konzept »Health in all policies« (»Gesundheit in allen Politikfeldern«), was nicht weniger bedeutet, als jede staatliche Maßnahme unter den Vorbehalt zu stellen, diese dürfe der Gesundheit der Bevölkerung nicht schaden. Welche Rolle das wohl spielt, wenn im Arbeitsministerium, Finanzministerium oder Verteidigungsministerium über den nächsten Gesetzesentwurf beraten wird?

#### **Von New Public Health zur Verhaltensprävention**

Vorbeugung ist in aller Munde, aber die präventive Praxis sieht anders aus, als Michael Marmot und andere Kritiker der biomedizinisch-kurativen Praxis erwartet und erhofft hatten. Denn gesundheits-schädliche Einflüsse werden keineswegs »oben am Fluss« bekämpft und abgestellt, wie der amerikanische Arzt und Aktivist Irving Zola 1970 formulierte, nicht dort, wo sie gesellschaftlich entstehen, sondern wo sie individuell bearbeitet werden. Die staatlich moderierte Prävention klärt nicht auf über Armut, Arbeitslosigkeit, berufliche und familiäre Überlastung, Wohnungsnot oder Emissionen. Stattdessen warnt sie vor den immer gleichen Verhaltensweisen – Fehlernährung, Bewegungsarmut, Tabak- und Alkoholkonsum – die

übrigens schon in der »Gesundheits-erziehung« der frühen Bundesrepublik die Rolle des pathogenen Bösewichts spielten.

»Für einen Mann mit einem Hammer, sieht alles wie ein Nagel aus!«, sagt ein schönes englisches Sprichwort: Wenn die Therapie von vornherein feststeht, verengt sich auch die Diagnose. Die konventionelle epidemiologische Theorie, die die präventive Praxis anleitet, thematisiert daher ausschließlich jene »Risikofaktoren«, die angeblich »eigenverantwortlich« bekämpft werden können. Wenn soziale und psychosoziale Belastungen überhaupt auftauchen, dann bezeichnenderweise nur als individuelle Herausforderungen, gegen die geeignete Verhaltensänderungen helfen sollen: Yoga gegen Stress, Ballaststoffe gegen Krebs, Diät gegen Diabetes ...

Sicher, der Verzicht auf Tabak, Alkohol und Völlerei kann das Leben verlängern. Aber die gesundheitliche Vorbeugung übertreibt ihren Einfluss maßlos. Dass Frauen mit leichtem Übergewicht die längste Lebenserwartung haben – ein Idealgewicht in dieser Hinsicht also gerade nicht ideal ist –, das passte so wenig ins Bild, dass es zu einem »Paradox« erklärt wurde. Dass viel Sport nicht unbedingt viel hilft, dass gegen Schicht- und Nachtarbeit »Schlafhygiene« kaum etwas ausrichtet, dass der Einfluss bestimmter Ernährungsweisen auf die Inzidenz chronischer Krankheiten keineswegs geklärt ist – solche wichtigen Informationen finden sich nicht in den Aufklärungsbroschüren, die in hohen Auflagen un-

ters Volk gebracht werden, wohl »um die Patienten nicht zu verunsichern«.

Damit bringen sich die Experten um Glaubwürdigkeit und verschenken Vertrauen. Noch wichtiger und gesellschaftspolitisch bedenklicher ist aber, dass ihr Fokus auf Genussmittel als dem wesentlichen Gesundheitsproblem und Sport als Therapie der Wahl falsche Körperbilder mit vermeintlich wissenschaftlichen Weihen versieht. Denn wer den Broschüren der Kassen und staatlichen Stellen glaubt, muss ja geradezu auf die Idee kommen, ein jeder sei seiner Gesundheit eigener Schmied, er müsse sich nur »vernünftig« verhalten und die Finger von Zigaretten und Sahnetörtchen lassen!

Die Aufgabe einer kritischen Medizin wäre dagegen, im Gespräch mit den Patienten deren Vorstellungen davon zu weiten, was gesund erhält und was krank macht; sie sollte persönliche Beziehungen, Arbeitsbedingungen und Wohnverhältnisse zur Sprache bringen. Kritische Medizin darf ihre Patienten nicht als bloße Opfer der Verhältnisse behandeln und so abermals entmündigen. Sie muss aber auch ehrlich aufzeigen, wie wenig aussichtsreich es ist, Belastungen durch »gesundes Verhalten« auszugleichen. So würde sie wenigstens diejenigen entlasten, die ihr Leiden als ein eigenes Versagen erleben.

Wenigstens bezüglich der Prävention können gesundheitspolitische Aktivisten aus den 1970ern mit Recht behaupten: »Die Revolution ist vorbei, wir haben gewon-

nen!« Ja, sie stärkt die Selbsttätigkeit der Patienten – im Sinne einer individuellen Investition in den eigenen Körper. Sie fördert seine Widerstandskraft – als Konkurrenzsubjekt. International ist die präventivere Ausrichtung der Versorgungssysteme eng mit der neoliberalen Umgestaltung des Sozialstaates verbunden. Auch diese zielt auf eine Emanzipation und Ermächtigung der Bürger – und setzt sie gleichzeitig untereinander in Konkurrenz und erhöht die Gefahr des sozialen Abstiegs.

Diese gesellschaftliche Entwicklung bringt *New Public Health* in eine dubiose Rolle. »Die Verhältnisse gesund zu gestalten« ist ja in gewisser Weise tatsächlich zu einer staatlichen Aufgabe geworden. Die präventive Praxis zielt aber nicht auf gute Lebensbedingungen, in denen Menschen selbst entscheiden können, was für sie gesund ist. Im Rahmen einer unsystematischen, aber umfassenden Bevölkerungspolitik erschwert der Staat vielmehr Verhaltensweisen, die als gesundheitsschädlich gelten (z.B. Rauchen), um der Bevölkerung einen

»nachhaltigen« Umgang mit dem eigenen Körper sozusagen aufzunötigen – auch gegen deren Willen. Diese Art von »Verhältnisprävention« ist nicht fortschrittlicher als »Verhaltensprävention«.

Anfang des Jahres wurde aus Japan gemeldet, die Regierung plane eine Vorschrift, nach der Beschäftigte mindestens fünf Tage Urlaub im Jahr nehmen *müssen*. Auch in deutschen Betrieben verbreitet sich zunehmend die »interessierte Selbstgefährdung«. Sie stellt Betriebsräte vor das merkwürdige Problem, die Leute davon abzuhalten, sich kaputt zu arbeiten: Beschäftigte verzichten auf Urlaub und Pausen, machen eigenverantwortlich Überstunden bis tief in die Nacht und setzen häufig auch ihre Kollegen unter Leistungsdruck. Solche Verhaltensweisen haben sich aber nachweislich verbreitet, weil die Mitarbeiter Angst haben, ihren Arbeitsplatz zu verlieren und neue betriebliche Steuerungsmethoden ihnen die Verantwortung für den Erfolg des Unternehmens aufbürden. Die betriebliche Gesundheitsförderung setzt dagegen: Rituale

der Anerkennung und Mitsprache, Entspannungsübungen, besseres Kantinenessen. Oberflächlich betrachtet wirkt das paradox, tatsächlich hat dieser Wahnsinn Methode: Die gegenwärtige gesundheitliche Prävention stellt sich gerade nicht gegen die Verhältnisse, sondern ergänzt und stützt sie.

*\* Matthias Martin Becker ist Autor des Buches »Mythos Vorbeugung: Warum Gesundheit sich nicht verordnen lässt und Ungleichheit krank macht«, das 2014 im Promedia Verlag erschienen ist.*





## vdää meets »Gesundes Kinzigtal«

**Ingelore Fohr über den Besuch bei einem Modellprojekt der integrierten Versorgung**

Das im Ortenaukreis/Schwarzwald angesiedelte »Gesunde Kinzigtal« gilt als umfassendes Modellprojekt der integrierten Versorgung. Am 6./7. Februar fuhr eine Gruppe aus dem vdää nach Haslach, um den theoretischen Ansatz kennenzulernen, die praktische Umsetzung aus unterschiedlichen Perspektiven zu diskutieren und das vielerorts hochgelobte Projekt kritisch zu hinterfragen. Die wichtigsten Diskussionsstränge werden im Bericht von Ingelore Fohr dargestellt.

Der Arbeitskreis »Niedergelassene im vdää« ringt schon lange um Ideen und politische Forderungen die zum Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung sowie zu einer Überwindung der Sektorengrenzen im Gesundheitswesen beitragen. Dabei ist das Ziel eine bessere Versorgung aller, v.a. auch benachteiligter Patienten bei gleichzeitig sorgfältigem Umgang mit den vorhandenen finanziellen Ressourcen. Diskutiert wurden verschiedene, von der Gesundheitspolitik veranlasste Veränderungen wie Hausarztverträge, MVZ oder Integrierte Versorgung. Es zeigte sich, dass bisher keine der Neuerungen zu nachhaltigen Veränderungen geführt hat. Hausarztverträge reduzieren nicht die Anzahl der Facharztbesuche, Hausärzte werden zu Überweisern statt den Behandlungsprozess zu steuern, weil sie keine Zeit haben, den Sinn von Überweisungen mit den Patienten zu diskutieren und außerdem riskieren, dadurch die Arzt-Patient-Beziehung zu stören. MVZ werden häufig in attraktiven Zentren gegründet und

erhöhen tendenziell die dort bereits vorhandene Überversorgung. Verträge zu Integrierter Versorgung und andere Selektiv-Verträge zergliedern die Versorgungslandschaft und behindern damit die flächendeckende Versorgung. Außerdem sind viele dieser neuen Versorgungsformen einige Jahre nach der Einführung gescheitert. Es gibt aber eine Ausnahme: die Integrierte Versorgung des »Gesunden Kinzigtal« scheint ein Erfolgsmodell zu sein und beansprucht, bei zunehmend optimierter gesundheitlicher Versorgung der Bevölkerung sparsamer mit den Ressourcen der Krankenkassen umzugehen als dies andernorts geschieht.

Das wollten wir uns ansehen und haben deshalb eine schon länger bestehende Einladung des Geschäftsführers, Helmut Hildebrandt, genutzt, um das »Gesunde Kinzigtal« zu besuchen.

### **Geschichte des »Gesunden Kinzigtal«**

Das Projekt wurde 2006 von ei-

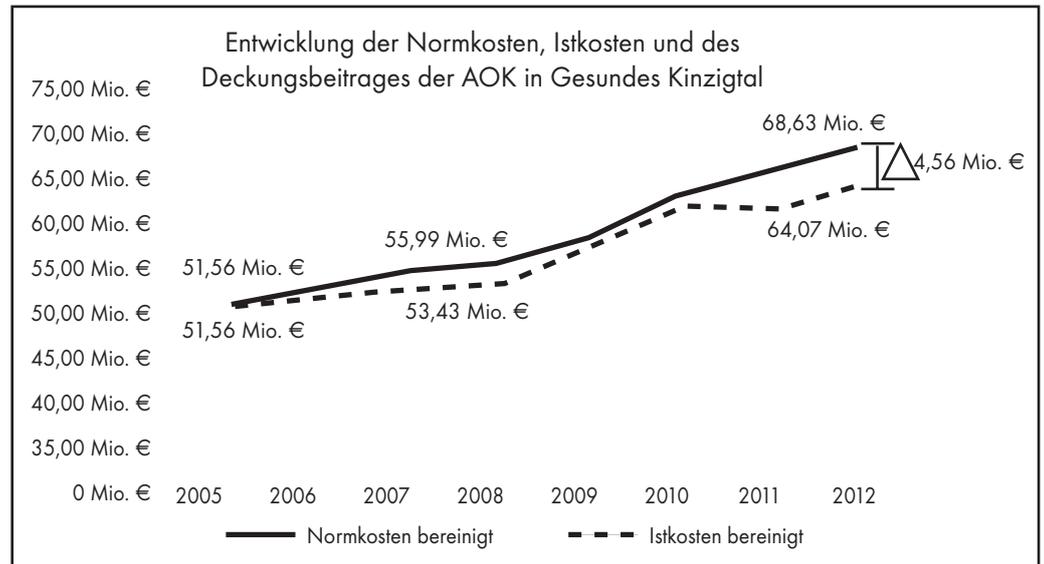
nem schon viele Jahre bestehenden Ärztenetz und Optimedis, einer Gesundheitsmanagement-Gesellschaft mit Schwerpunkt Integrierte Versorgung, gegründet. Optimedis implementierte die neue Versorgungsform und handelte entsprechende Verträge mit den Krankenkassen (AOK Baden Württemberg und LKK, die 45 Prozent der Bevölkerung in dem Tal versorgen) aus. Die Ärzte, die sich in dem Netz zusammengeschlossen hatten, verstanden sich selbst als »Rebellen« im Gesundheitssystem und wollten die Phase des Klagens und der Unzufriedenheit durch aktives Handeln überwinden. Beide Akteure, Ärztenetz und Optimedis, sind Gesellschafter des »Gesunden Kinzigtal GmbH«. Patienten können sich in diese Form der Integrierten Versorgung einschreiben und werden Mitglieder. Davon haben bisher etwa ein Drittel der Versicherten von AOK und LKK Gebrauch gemacht. Die freie Arztwahl bleibt erhalten. Die eingeschriebenen Patienten können auch Ärzte aufsuchen, die nicht zum Netzwerk gehören.

## Theoretischer Hintergrund

Die besondere Ausgestaltung dieses Versorgungsmodells hat Helmut Hildebrandt in einem Artikel in der Zeitschrift »Sozialer Fortschritt« 2009 veröffentlicht. Er analysiert in ihm verschiedene Anreizsysteme auf ihre Wirkungen hin: Einzelvergütungen führen zur Mengenausweitung, Leistungsbegrenzungen zu Reaktanz und negativer Stimmungsmache, Pay for Performance zur Vermeidung »schlechter Risiken« (arme und kranke Patienten) etc. Ziel sollte aber sein, Anreize für sinnvolle Leistungen und den Gesundheitsnutzen aller Patienten zu setzen. Dies wird möglich durch eine indirekte Gratifikation der Leistungserbringer dafür, dass sich die Gesundheitsversorgung im gesamten System verbessert. Die Idee dahinter ist, dass die Kosten für die Krankenkassen sinken, wenn sich mit hoher Versorgungsqualität die Gesundheit aller Versicherten verbessert. Der Effekt ist besonders stark bei Patienten, die bisher besonders hohe Kosten verursachten. Bei gesünderen und wohlhabenderen Patienten ist dieser Effekt nicht so deutlich. Die Ökonomen sprechen hier von einem schnell abnehmenden Grenznutzen. Diese Prinzipien werden im Gesunden Kinzigtal zugrunde gelegt.

## Grundlagen und Maßnahmen des Projekts »Gesundes Kinzigtal«

Das Modell-Projekt »Gesundes Kinzigtal« wurde 2006 gegründet. Die gesetzliche Grundlage waren die Vorgaben zu Selektiv-Verträgen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen nach §140a SGB V. In dem Vertrag, der um eine ausreichende Planungssicherheit zu erzielen über zehn Jahre läuft, wurde festgelegt, dass im Erfolgsfall die GmbH die Hälfte der Einsparungen der beteiligten Krankenkassen bezogen auf die gesamte Region erhält. Aus dem Vergleichswert wurden jährliche Sollwerte von Ausgaben der Krankenkassen in der gesamten Region errechnet. Dem wurden die tatsächlichen Ausgaben pro Jahr als Istwerte gegenübergestellt. Wenn die Istwerte unter den Sollwerten bleiben, erhält das Projekt die Hälfte dieser



Quelle: *Gesundes Kinzigtal Newsletter 12/2014*

Einsparungen. Die Einsparungen sollen erzielt werden durch eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung mit dem Ziel, dass die Patienten zufriedener und gesünder werden, was tendenziell und auf längere Sicht zur Kostenreduktion bei den Krankenkassen führt. Dies soll erreicht werden durch Optimierung der Versorgung und Präventionsprogramme. Tatsächlich sind die Istwerte über die Jahre immer unter den Sollwerten geblieben. 2012 lag dieses Delta bei 4,56 Mio. Euro.

Die Optimierungsmaßnahmen setzen bei allen Beteiligten an:

Bei den Leistungserbringern (Ärzte, Therapeuten) führen Weiterbildungen und Benchmarking (Vergleich konkreter Behandlungsaspekte und Verordnungen) zur »best practice«. Schnittstellen zwischen Fachgruppen und Sektoren werden gestaltet durch direkte persönliche Kontakte und Absprachen. Der Informationsaustausch wird erleichtert durch eine elektronische Patientenakte, die jedem am Behandlungsprozess Beteiligten sofort Zugang zu bisherigen Behandlungsdaten ermöglicht, sofern der Patient zustimmt. Leitlinienbezogene Weiterbildungen sollen die Qualität der medizinischen und therapeutischen Interventionen auf einem hohen Niveau halten.

Zum Beispiel konnte die Behandlung mit Antibiotika optimiert werden durch Vergleich des Ordnungsverhaltens der einzelnen Praxen und offene Diskussion im

Ärzteneetz darüber. Beeindruckend war hier das Ausmaß an Transparenz und Vertrauen unter den Kollegen. Ein anderes Beispiel ist die Verordnung von Neuroleptika bei demenzkranken Patienten, die im Gesunden Kinzigtal weit unter den Vergleichsgruppen liegt.

Bei den Patienten führen Informationsveranstaltungen zu einer Verbesserung des Gesundheitswissens und zur Befähigung, eine Behandlung zu beurteilen. Dadurch ändert sich die Arzt-Patient-Beziehung zu einem »shared decision making«.

Das Gesundheitsmanagement generiert neue Konzepte oder übernimmt bewährte Maßnahmen, um sie im System zu implementieren. Die Effekte werden durch externe Evaluation geprüft. Maßnahmen, die sich als sinnvoll erwiesen haben, werden beibehalten und ausgebaut, Maßnahmen, die sich nicht bewähren, werden modifiziert oder aufgegeben.

Außerdem gibt es Präventionsprogramme wie gesundes Herz, agile Gesundheitsförderung im Alter oder rauchfreies Kinzigtal.

Ergänzt werden diese Angebote durch Informationsveranstaltungen zu bestimmten gesundheitspolitischen Themen. Die beteiligten Leistungserbringer erhalten für die Durchführung dieser Angebote eine Extra-Vergütung.

---

**»Die Idee dahinter ist, dass die Kosten für die Krankenkassen sinken, wenn sich mit hoher Versorgungsqualität die Gesundheit aller Versicherten verbessert.«**

---

Um die Präventionsprogramme durchführen zu können, werden auch ortsansässige Vereine einbezogen, die Angebote zur Gesundheitsförderung machen können.

Auf den ersten Blick kann der Eindruck entstehen, dass die Patienten durch die Präventionsprogramme zu einem gesundheitsbewussten Verhalten diszipliniert werden sollen. Da die Teilnahme freiwillig ist, scheint dies nicht der Fall zu sein. Tatsächlich beinhalten die Angebote in erster Linie Verhaltensprävention, die eine individuelle Verhaltensänderung bewirken soll. Es gibt aber neuerdings auch einen Ansatz zur Verhältnisprävention in Form des Projekts »Gesundheit im Betrieb«, das die Veränderung von Arbeitsbedingungen zum Ziel hat.

#### Wer zahlt was?

Die Honorierung der Leistungserbringer erfolgt wie üblich über die KV und die Krankenkassen. Die Überschüsse werden dazu genutzt, Mitarbeiter der Verwaltung des Projekts zu bezahlen, zusätzliche angeforderte Leistungen (ausgewählt nach den implementierten Maßnahmen) zu vergüten und ein zusätzliches Einkommen aller Be-

teiligten zu ermöglichen, wenn die Differenz zwischen Ist- und Sollwerten der beteiligten Krankenkassen besonders günstig ausgefallen ist. Boni können dann sowohl an die Leistungserbringer als auch an die eingeschriebenen Patienten (Mitglieder) ausgeschüttet werden. Ein Teil der Überschüsse wird an die einbezogenen Vereine gespendet.

Obwohl diese Form der integrierten Versorgung nur einen Teil der Versicherten, der Krankenkassen und der Leistungserbringer in der Region erfasst, generalisiert der gesundheitsfördernde und durch größere Effizienz erreichte Einsparereffekt auf die gesamte Versorgungsregion. Dies geschieht indirekt einerseits über die Leistungserbringer, die die nicht eingeschriebenen Patienten in gleicher Weise behandeln wie die eingeschriebenen Patienten. Durch die besondere Art der Finanzierung sind sie an der Gesundheit aller Versicherten interessiert. Außerdem verändert das Projekt Einstellungen und Haltungen innerhalb und zwischen den Praxen sowie das Arzt-Patient-Verhältnis. Andererseits geschieht diese Generalisierung über die Patienten, die auch bei nicht beteiligten Ärzten auf längere Sicht die besondere Art des Umgangs einfordern. Dass sie die Macht dazu haben, wird durch die uneingeschränkte freie Arztwahl gesichert.

#### Stellungnahme des Patienten-Beirats

Ein Beiratsmitglied berichtet, dass er sich als Patient im »Gesunden Kinzigtal« gut aufgehoben und gut behandelt fühle. Er erlebe gründliche Untersuchungen und sei ange-tan von dem Recall-System, das ihm helfe, wichtige Maßnahmen für seine Gesundheit beizubehalten (z.B. Impfungen, Termine, Laborergebnisse). Auch die Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Behandlung sei durch direkte Kontakte der Behandler gut organisiert. Die Organisation der Praxisabläufe (z.B. Wartezeit bei Termin, Aushändigung der Befunde) sei sehr effizient. Er sehe, dass »Gesundes Kinzigtal« viele zusätzliche Mitarbeiter außer den eigentlichen Behandlern habe, er habe aber nicht den Eindruck, dass den Pati-

enten dadurch etwas fehle, weil das Geld anderweitig ausgegeben werde. Auch die trotz der Einschreibung in das Netzwerk weiter bestehende freie Arztwahl kommt den Bedürfnissen der Patienten entgegen. Sie fühlen sich frei, auch eine Zweitmeinung einzuholen. Die Informationsveranstaltungen zu gesundheitlichen Themen werden gerne angenommen. Auch die zentrale elektronische Krankenakte wird als hilfreich wahrgenommen, um die notwendigen Behandlungen schnell und effizient koordinieren zu können, mögliche Probleme mit Datenschutz sind für die Patienten eher nicht essentiell.

Der Patientenbeirat hat in dem Netzwerk keine Entscheidungskompetenz, nimmt aber an den Planungen neuer Maßnahmen teil, hat dabei beratende Funktion und kann eigene Ideen einbringen.

#### Ergebnisse der externen Evaluation

Eine Mitgliederbefragung wurde 2012/13 durchgeführt (Rücklauf 717 = 23,6 Prozent). Im 1. Teil wurde eine Arztbewertung analog zur weißen Liste vorgenommen, im 2. Teil eine Bewertung des »Gesunden Kinzigtal« kombiniert mit Lebens- und soziodemografischen Daten.

#### Ergebnisse

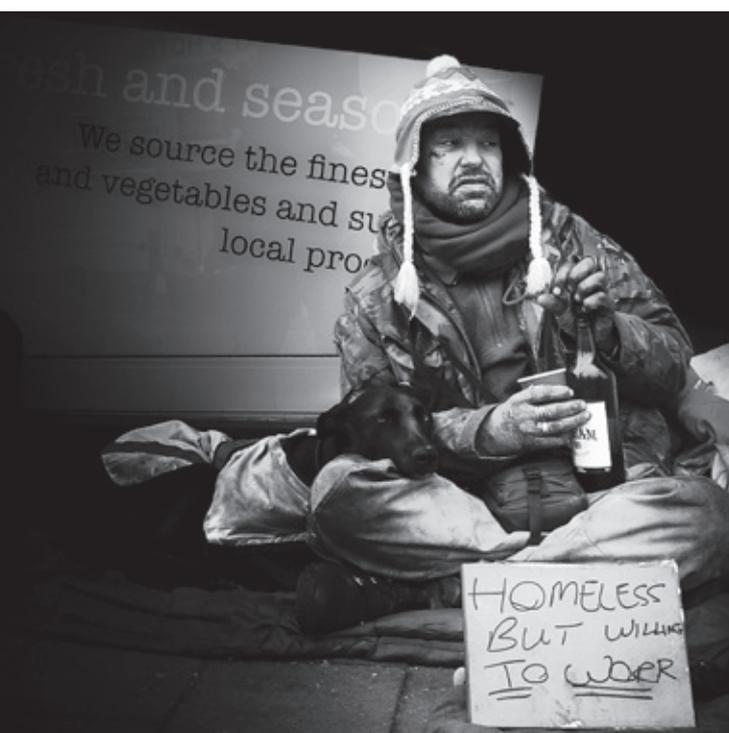
Das Gesundheitswissen hat bei den Mitgliedern leicht zugenommen. Das Gesundheitsverhalten hat sich bei einem Viertel der Mitglieder verändert. Ebenfalls bei einem Viertel der Mitglieder hat der behandelnde Arzt mit dem Patienten Gesundheitsziele vereinbart, bei chronisch Kranken mehr als bei nicht chronisch Kranken. Die gesundheitliche Betreuung insgesamt bewerteten die Mitglieder zu 53 Prozent als unverändert, zu 23 Prozent als etwas besser und zu 13 Prozent als deutlich besser.

Die Mitglieder- und Patientenzufriedenheit wurde mit der Frage untersucht, ob die Befragten das »Gesunde Kinzigtal« weiterempfehlen würden. Gesamtergebnis: ja bestimmt (40 Prozent), ja wahrscheinlich (49 Prozent). Diese gemessene Zufriedenheit wurde mit weiteren Faktoren korreliert, um zu bestimmen, wovon die Mitglie-

---

»Außerdem verändert das Projekt Einstellungen und Haltungen innerhalb und zwischen den Praxen sowie das Arzt-Patient-Verhältnis.«

---



der-Zufriedenheit abhängig ist. Dabei zeigte sich, dass die Zufriedenheit steigt mit einer positiven Beurteilung der gesundheitlichen Betreuung, mit der Vereinbarung von Gesundheitszielen (hier v.a. bei chronisch Kranken), und mit einem positiven Gesamteindruck vom behandelnden Arzt, mit erweitertem Wissen über Gesunderhaltung sowie mit der Teilnahme an Programmen des »Gesunden Kinzigtal«.

Der Faktor »chronisch krank« alleine zeigte eine negative Korrelation mit Zufriedenheit (besonders kritische Haltung von chronisch Kranken). Ein überraschendes Ergebnis ist der hohe Stellenwert von Zielvereinbarungen. Die beteiligten Praxen unterschieden sich sehr stark in der Häufigkeit von Zielvereinbarungen mit ihren Patienten (20-60 Prozent). Neben der Häufigkeit scheint auch die Art der Zielvereinbarungen eine Rolle zu spielen, d.h. wer die Ziele festlegt (Arzt oder Patient selbst?) und ob die Ziele grundsätzlich für den betroffenen Patienten erreichbar sind. Die Wirksamkeit der Gesundheitsziele korreliert wiederum mit chronischen Erkrankungen und der Konsultationshäufigkeit.

**Möglichkeiten und Grenzen der Vervielfältigung des Projekts**

Trotz begrenzter Forschungsmittel wurde versucht, die Integrierte Versorgung im »Gesunden Kinzigtal« bzgl. Über-, Unter- und Fehlversorgung zu evaluieren. Dazu wurden adjustierte Vergleiche zwischen eingeschriebenen und nicht eingeschriebenen Versicherten in einer Längsschnittuntersuchung durchgeführt. Als Ergebnisse zeigten sich weniger Verordnungen von Benzodiazepinen, kein Unterschied in der Anzahl stationärer Behandlungen sowie geringere Pflegestufen bei eingeschriebenen im Vergleich zu nicht eingeschriebenen Patienten. Kosteneinsparungen ergaben sich im gesamten Versorgungsgebiet bei Ärzten, Apotheken, Krankenhäusern und Hilfsmitteln. Die positive Differenz zwischen Ist- und Sollwerten (Delta) ist über die Jahre geblieben. Das Delta wurde kleiner, als im Jahr

**Beispiele für Präventionsprogramme des Gesunden Kinzigtal**

Starkes Herz	Stufenförmig aufgebautes Gesundheitsprogramm für Herz-Insuffizienz-Risikopatienten
Gesundes Gewicht	Frühzeitige Erkennung und Versorgung von Patienten mit metabolischem Syndrom
Rauchfreies Kinzigtal	Ärztlich intensiv begleitete Raucherentwöhnung mit multimodalem Programm
AGIL	Aktive Gesundheitsförderung im Alter: Gruppentraining mit weitergehenden individualisierten Informationen zu Gesundheit und besserem Management
Psycho Akut	Patienten in akuten psychischen Krisen erhalten kurzfristig ärztliche oder psychologische Psychotherapie, außerhalb des Antragsverfahrens
Starke Muskeln - Feste Knochen	Multimodales fachärztlich-hausärztliches Programm zur Prävention von Osteoporose-assoziierten Frakturen
Sozialer Dienst	Spezielle hausärztliche und sozialarbeiterische Gesundheits- und Sozialberatung für Mitglieder in sozialen Konflikten oder nach Erkrankungen und Sucht
Ärzte Plus Pflege	Kooperation zwischen Pflegekräften und Hausarzt für die verbesserte Betreuung von Pflegeheimbewohnern
Besser gestimmt - die Depression im Griff	Case-Management von Patienten mit depressiver Erkrankung zur Vermeidung einer Zustandsverschlechterung
Starker Rückhalt - mein gesunder Rücken	Verbesserte Therapie von chronischen Rückenschmerzen mit ganzheitlichem bio-psycho-sozialem Ansatz
Im Gleichgewicht - meinen Blutdruck im Griff	Strukturiertere Betreuung mit Schulungsangebot zur Reduktion von renalen und vaskulären Spätfolgen
Beweglich bleiben - Rheuma frühzeitig behandeln	Früharthritis-Sprechstunde zur eindeutigen Diagnose und frühem Therapiestart

2009 der Morbi-RSA eingeführt wurde und Deutschland kurzfristig auch von der Wirtschaftskrise betroffen war. Die »Kinzigtaler Rebellen« verweigerten zeitweise die exakte ICD-Codierung, was zu geringeren Einnahmen der Krankenkassen aus dem Morbi-RSA führte. Hier zeigte sich deutlich, in welchem Ausmaß in diesem System eine ökonomische Abhängigkeit von der wirtschaftlichen Situation der beteiligten Krankenkassen besteht und wie diese Abhängigkeit dazu führt, dass jeder Akteur auch die anderen Akteure und deren Interessen im Auge behalten muss. Eine Verfolgung egoistischer betriebswirtschaftlicher Interessen oder Alleingänge können das Ganze gefährden und damit auch die Verdienstmöglichkeiten des Einzelnen.

Das Projekt »Gesundes Kinzigtal« ist eine systemische Antwort auf die Herausforderungen des solidarischen Gesundheitssystems durch den Anstieg chronischer Erkrankungen, die Änderung der Patientenrolle (hin zu informiertem Patienten mit Anspruch auf partnerschaftlichen statt paternalisti-

schen Umgang) sowie die grundsätzliche Begrenzung von Beitragssteigerungen bei den Krankenkassen. Dies ist nicht möglich durch immer mehr des Bisherigen, sondern mit einer diskursiven Weiterentwicklung und eine disruptiven Innovation. Voraussetzungen dieser Innovationen sind technologische Erneuerung, einfachere Prozesse sowie das Aufbrechen autoritärer und hierarchischer Denkstrukturen. Dabei ist die Implementierung einer geeigneten IT ein wichtiger Teilprozess. Kooperation gelingt vor diesem Hintergrund besser. Außerdem gehören dazu auch neue Geschäftsmodelle mit geringeren Kosten und höherer Effizienz. Der Prozess ist im Gesunden Kinzigtal zustande gekommen durch die Auseinandersetzung zwischen einem Ärzte-Netz und der Dissonanz aus der Wissenschaft. Dadurch konnte Erstarrung überwunden werden. Das Setting entspricht einem Public Health An-

---

**»Voraussetzungen dieser Innovationen sind technologische Erneuerung, einfachere Prozesse sowie das Aufbrechen autoritärer und hierarchischer Denkstrukturen.«**

---



satz. Voraussetzungen für Gelingen sind eine ausreichende Startinvestition, Motivation, Patienteninteresse und eine entsprechende Positionierung der Krankenkassen.

Die Übertragbarkeit des Modells auf andere Regionen ist abhängig von kleinen Einheiten, der Vereinbarung von Gesundheitszielen (können zu weniger Arztbesuchen und weniger Krankenhaus-Einweisungen führen), des Vorrangs von Gesundheitszielen für die Bevölkerung vor kurzfristigen ökonomischen oder Sparinteressen, der Koordination der Projekte durch Gesundheitswissenschaftler, der Kooperation mit Universitäten sowie der Ausbildung von Gesundheitsmanagern.

#### **Bewertung des Projekts durch die Gruppe des vdää**

Die Gruppe war beeindruckt und überrascht von den Maßnahmen

und Effekten im »Gesunden Kinzigtal«. Es entstand der Eindruck von hoher Arbeitszufriedenheit bei den Behandlern. Beindruckend war auch der offene und kollegiale Umgang der Ärzte untereinander, mit dem Praxisteam und anderen Berufsgruppen, was sich wohl auch auf die Patienten überträgt. Dieses Klima macht es möglich, dass die Evaluationen der einzelnen Praxen gemeinsam reflektiert werden können. Die Stellung der MFA scheint sich in den beteiligten Praxen ebenfalls verändert zu haben, hin zu mehr Kompetenzerleben und Selbstbewusstsein. Eine Verbindung von sozialem Anspruch und besserer Qualität wird spürbar. Im Vergleich zum Hausarztmodell oder Primärarztmodell steht ein partnerschaftlicher Ansatz in der Arzt-Patient-Beziehung stärker im Vordergrund. Es geht auch ohne Verpflichtung des Patienten, bei einem Arzt zu bleiben!

Auffallend ist die Macht der indirekten Effekte: Die Interventionen verlaufen indirekt. Es gibt keine Vorgaben von oben, sondern ständige Diskussionsprozesse. Die Stellschrauben in diesem systemischen Ansatz sind die gemeinsame Budgetverantwortung, die Evaluation und die freie Arztwahl, die die Patientenseite stärkt. Beeindruckend waren auch das klare Denken und die klare Analyse von Herrn Hildebrandt und die Tatsache, dass diese fachliche und gesundheitsökonomische Perspektive etwas in Bewegung bringt. Alle Akteure reden miteinander, gehen offen miteinander um, sind vernetzt und weniger in Konkurrenz. Am Beispiel dieses Projekts wird die Ineffizienz des herrschenden Gesundheitssystems deutlich. Die Effizienz beruht nicht auf einer Steuerung durch Ökonomie, Sparmaßnahmen oder Verordnungen von oben. Die Menschen der Region werden in gleicher Weise versorgt und können frei darüber bestimmen. Auch die Transparenz im Gesunden Kinzigtal kontrastiert mit der Intransparenz im Gesundheitssystem.

Ein Potential wird deutlich, das im Allgemeinen zu wenig genutzt wird. Die Frage ist: Geht da noch mehr? Gesundheitsverhalten wird gefördert, aber nicht repressiv verordnet.

Das Modell scheint übertragbar auf andere Regionen mit bedürftigen Patienten. In dieser Gruppe sind die Spareffekte besonders hoch, wenn die Versorgung optimiert wird. Das Modell ist demnach besonders geeignet, gerade die bedürftigsten Patienten besser zu versorgen und nicht die Reichen und Gesunden zu bevorzugen.

*Ingelore Fohr*

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

Die Zeitschrift des vdää ist inhaltlich mehr als eine reine Vereinszeitschrift. Wir machen vier Themenhefte pro Jahr zu aktuellen gesundheitspolitischen Problemen, die sich hinter anderen gesundheitspolitischen Zeitschriften im deutsch-

sprachigen 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](mailto:info@vdaae.de)

# Klassenmedizin

## Rezension von Nadja Rakowitz

Schon der Titel macht stutzig: Erst einmal irritiert an Bernd Kalvelages Buch die Kombination eines marxistisch anmutenden Begriffs wie Klassenmedizin mit dem eher altertümlich konservativ daherkommenden der Heilkunst – und dieser auch noch kombiniert mit Reformation statt Reform. Noch mehr irritiert aber der affirmative Bezug zum Begriff Klassenmedizin. Man hätte eine Kritik derselben erwartet, wie sie von Linken geführt wird – oft mit einer zum Zwecke der Dramatisierung versehenen quantitativen Bestimmung (Zweiklassenmedizin, Dreiklassenmedizin etc.). Kalvelage meint dagegen mit Klassenmedizin »eine Sicht auf Medizin und Gesellschaft von unten«, es geht ihm darum, an der Utopie einer konfliktfähigen und solidarischen Gesellschaft festzuhalten und deshalb dem Leser zuzumuten, den »selektierenden Einfluss der Schicht- und Klassenzugehörigkeit auf das Krankwerden und Kranksein« anschaulich und damit angehenden ÄrztInnen bewusst zu machen (S. VII).

Denn das Buch von Bernd Kalvelage ist als Lehrbuch für Medizinstudierende und angehende ÄrztInnen gedacht. Es ist aus der medizinischen Praxis in Wilhelmsburg, einem sozialen Brennpunkt in Hamburg entstanden. Dort wachsen »Hochhäuser und nicht Utopien« in den Himmel, dort muss »ein Minimalstandard gehalten werden« und die Herstellung von Chancengleichheit muss »am Existenzminimum versucht« werden (S. 20). Von hier aus, und nicht von dem geographisch gegenüberliegenden Villenvorort Blankenese, will das Buch – angelehnt an T.W. Adornos »Minima Moralia« – ein »Minima Utopia« einer patientenorientierten schichtsensiblen Medizin entwerfen, denn Wilhelmsburg sei stärker für Zukunftsentwürfe offen, weil ihrer mehr bedürftig (ebd.). Von hier aus erklärt sich aber auch die massive Kritik an den eklatanten Qualitätsdefiziten der in Deutschland praktizierten Medizin.

Dass dem Buch ein Adorno-Zitat vorangestellt und dieser auch mehrfach im Buch zitiert wird, ist nicht bloß Attitüde, sondern spiegelt sich auch im methodischen Herangehen an den Gegenstand: Statt vermeintlich wissenschaftliche Objektivität zu behaupten (wie der bürgerliche Mainstream, der dabei immer auch Partei ergreift), wird hier klar und transparent Partei ergriffen (S. 9) – für die armen und kranken Menschen, die diese Gesellschaft nicht zufällig »produziert«, in Deutschland ca. ein Fünftel der Gesellschaft. Armut und Ausgrenzung, Herr-

schaft zu bekämpfen wird hier als Teil der praktischen Medizin vorgestellt. Kalvelage nennt diese Perspektive – sympathisch old school und ohne Angst vor neoliberalen Zynismus – die Perspektive »von unten« (S. 10). Es geht dabei um den Spagat, einerseits die sozialen Determinanten von Gesundheit/Krankheit zu erkennen und damit den Einfluss der medizinischen Versorgung auf dieselbe als sehr beschränkt anzuerkennen, andererseits aber den Spielraum der praktischen Medizin, der trotz dieser Erkenntnis bleibt, für den Patienten und mit dem Patienten möglichst gut und im Interesse der Betroffenen zu nutzen. Der Grund dafür, dass Kalvelage hierfür den eher patriarchal anmutenden Begriff der »Heilkunst« wieder auspackt, erschließt sich dem Leser nicht, zumal das, was er konkret beschreibt, weniger an Kunst als an solides und reflektiertes Handwerk erinnert.

### Was heißt das nun konkret?

Das Buch ist in acht Abschnitte eingeteilt und endet mit »Thesen zur Reformation der Heilkunst« und dem Kapitel »Gesundheit und soziale Ungleichheit« aus der programmatischen Schrift des vdaä, dessen Mitglied Kalvelage ist und den er für den einzigen politisch-motivierten Zusammenschluss von Ärzten in Deutschland hält, »der den Patienten und nicht die eigenen Standesinteressen in den Mittelpunkt seiner Programmatik stellt« (S. 214). Der erste Abschnitt »Minima utopia« (S. 1-22) beschäftigt sich mit den gesellschaftlichen Verhältnissen, also mit sozialer Ungleichheit und dem Problem des Anspruchs auf Gleichheit in der Behandlung, wie es z.B. Medizinstudierende anhand der Theorie von Parsons lernen sollen. Kalvelage setzt dagegen eine »individuelle« Medizin, weil eine Lehrbuch-Behandlung »ohne Ansehen der Person« nicht die Lösung des Ungleichheitsproblems sein kann, weil etwas Entscheidendes ausgeblendet oder gar nicht erst wahrgenommen wurde, dass nämlich jeder Kranke eine individuelle Medizin benötige, die »seinen sozialen Status, seine Möglichkeiten und Grenzen kennt und berücksichtigt« (S. 5). Klassenmedizin bedeute dementsprechend, Patientenerwartungen aufzunehmen, nachzufragen und nachzuschauen, wo der Patient steht und was er braucht. (S. 6)

Selbstredend müssen, um dieses Anliegen deutlich zu machen, viele praktische Beispiele bzw. Beispiele aus der Praxis dargestellt



*Bernd Kalvelage: »Klassenmedizin. Plädoyer für eine soziale Reformation der Heilkunst«, Springer Verlag, Berlin/Heidelberg 2014, 218 Seiten, 34,99 Euro, ISBN 978-3-642-54749-2*

und diskutiert werden. So werden uns durch alle Kapitel hindurch Fallbeispiele/Patienten und ihre individuellen Geschichten vorgestellt und Erfahrungen und Vorschläge für den Umgang mit ihnen. Bei vielen Beispielen wird deutlich, dass eine gute Behandlung sich oft nicht erschöpft in der »rein« medizinischen Behandlung des Leidens, sondern dass die Angehörigen, die Arbeits- und Lebensbedingungen miteinbezogen werden müssen – die sich freilich oft sehr viel schwerer »heilen« lassen als Krankheiten.

Das zweite Kapitel widmet sich unter dem Titel »Vorsicht Arzt« (S. 23-40) der Funktion und Rolle des Arztes und der Frage, was ein guter Arzt sei. Dabei bekommen Halbgötter in Weiß genauso ihr Fett weg wie zu IGeL-Verkäufern verkommene KollegInnen. Die Fallbeispiele in diesem Kapitel – meistens Patienten, die Kalvelage von den Erfahrungen bei anderen (Fach-)ÄrztInnen berichten – zeugen davon, wie weit die Ökonomisierung im deutschen Gesundheitswesen oder hier besser: unter deutschen ÄrztInnen fortgeschritten ist. Da das Anliegen des Buches auch immer die Selbstreflexion des Arztes ist, endet dieses Kapitel mit dem »Arzt als Patient« und der Selbsterfahrung des Autors, die Informationen preisgibt, die ich als Leser lieber nicht erfahren hätte. Die Passagen, in denen auch die eigene Rolle, die eigenen Probleme mit bestimmten Situationen geschildert werden, sind ansonsten aber lehrreich und nützlich.

Kapitel 3 »Arzt werden und Mensch bleiben« (S. 41-50) setzt die Überlegungen des vorherigen Kapitels fort und reflektiert zunächst den Umgang mit Krankheit, Tod und Angst – nicht nur des Patienten, sondern

auch des Arztes und endet mit einer Wendung in Positive: dass man nämlich als Arzt sich aller menschlichen Sinne bedienen solle. Es endet mit einem Plädoyer für die Medizin als Erfahrungswissenschaft, einer kleinen Wahrnehmungskunde.

Kapitel 4 »Preis, Wert, Würde« (S. 51-84) und Kapitel 5 »Hierarchie: Das Sakrament der heiligen Herrschaft« (S. 85-104) beschäftigen sich dann mit den strukturellen Momenten des Gesundheitswesens. Dort räumt Kalvelage als erstes – und zu Recht! – auf mit der Propaganda des »zu hohen Anspruchsdenkens« vor allem bei PatientInnen aus der Unterschicht, die man z.B. in dem Buch von Paul Nolte (2004) aber auch in vielen anderen Büchern über das Gesundheitswesen bzw. in Kritiken des solidarischen Gesundheitswesens findet. Erstens ist diese eher auf der Seite der Leistungserbringer zu finden und zweitens werde dies auch gefördert durch IGe-Leistungen etc. Wenn man Anspruchsdenken auf Seiten der PatientInnen finde, dann »besonders bei gesunden Angehörigen der ›Mittel- und ›Oberschicht« (S. 54). Es erfordere vom Arzt »eine ehrliche (!) Aufklärung über berechnete Ansprüche und ihre Grenzen und gelegentlich ein überzeugendes, emotionsloses NEIN.« (ebd.)

Hier setzt sich das Buch auch mit der Honorierung von ÄrztInnen und folgerichtig (im Denken der ÄrztInnen) mit der Zweiklassenmedizin auseinander, die das Gegenteil von Klassenmedizin ist, nämlich die Ungleichbehandlung von PKV- und GKV-PatientInnen aus finanziellen Gründen. Kapitel 4 endet mit einer massiven Kritik an Ärzte-Streiks. Bei allen Unterschieden zwischen

Streiks von angestellten und niedergelassenen Ärzten (letzteres ist streng genommen gar nicht »Streik« zu nennen), laufen Ärztforderungen aus Klinik und Praxis, so Kalvelage, auf »2 unvereinbare Wünsche hinaus: alles zu belassen, wie es ist, **und** mehr Geld« (S. 82). Die Streiks der Niedergelassenen hält Kalvelage für verlogen: »Die ehrliche Aussage müsste lauten: Wir Ärzte wollen mehr Honorar. Du, Patient sollst es bezahlen.« (Ebd.)

In Kapitel 5 erinnert Kalvelage dankenswerter Weise noch einmal an das demokratische Konzept des »klassenlosen Krankenhauses« aus den 70er Jahren als Moment der antiautoritären (im Krankenhaus antihierarchischen) Bewegung, die an den Krankenhäusern mehr oder weniger spurlos vorübergegangen sei. Auch wenn Kalvelage in diesem Kapitel auf die Veränderungen eingeht, die durch die Ökonomisierung der letzten Jahre die Krankenhäuser erfasst hat und die zu Überversorgung (»diagnostische und therapeutische Maßnahmen ohne ausreichende Indikation«, S. 94) und zu Unter- und Fehlversorgung (»Unterlassung aus Kostengründen«, ebd.) führt, hätte man sich hier eine genauere Auseinandersetzung mit den DRG und ihren fatalen Konsequenzen gewünscht. Freilich ist die Kritik an der Hierarchie im Krankenhaus nach wie vor notwendig und berechtigt, aber die Zwänge und Veränderungen, die durch das DRG-Preissystem und die mit diesem einhergehende Konkurrenz Einzug im Krankenhaus gehalten und die bis in die Prozeduren hinein die Versorgung verändert haben, bleibt in dem ansonsten so (gesellschafts-)kritischen Buch zu wenig beleuchtet.

Sehr verdienstvoll ist dagegen, wie viel Gewicht das Buch dem Thema »Aesculap und andere Ausländer« (Kap. 6, S. 105-148) gibt. Hier diskutiert Kalvelage Probleme der Kommunikation und der Compliance, die zusammenhängen, mit migrantischen PatientInnen. Es werden aber auch politische Probleme von Diskriminierung, Ungleichbehandlung und einem zunehmend rassistischen politischen Diskurs als auch ethische Probleme der Medizin thematisiert – z.B. wenn sich Ärzte beim Brechmitteleinsatz gegen den Willen des »Patienten« zum Handlanger der Staatsgewalt machen (S. 111). Es werden aber auch – vor dem Hintergrund der Arbeit der MediBüros – ganz praktisch – rechtliche Fragen bezüglich der Behandlung von Menschen ohne Papiere diskutiert (S. 115f.). Genauso wie praktische Probleme des Dolmetschens in der Praxis mit Hilfe von Angehörigen. Zurecht endet das Kapitel mit der These, dass die »Qualität der Versorgung von Migranten ... ein Indikator für soziale Verantwortung und Humanität in unserem Gesundheits- und Gemeinwesen« sei (S.

139). Gemessen daran ist der Reformbedarf freilich extrem hoch in Deutschland!

Im Kapitel 7 »Chronifizierung und die Folgen« (S. 149-184) werden nicht nur die Chronifizierung von Krankheiten bei PatientInnen diskutiert, sondern auch die »Chronifizierung des Arztseins«, die »Chronifizierte ärztliche Standespolitik«, die »Chronifizierung der sozialen Lage« und letztlich die »Chronifizierung der Gesundheit« selbst thematisiert. In letzterem Abschnitt geht es um die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens, von IGeL bis zur Erfindung neuer Krankheiten zwecks Steigerung der Profite.

Kapitel 8 widmet sich dann der »Solidarität« (S. 185-206) und fragt – frei nach Tina Turner – ob diese nicht inzwischen eine »second hand emotion« sei, denn »Geiz ist geil«-Kampagnen, aber auch Priorisierungsdebatten unter der Ärzteschaft haben gesellschaftliche Solidarität ausgehöhlt. Kalvelage hält mit den Erkenntnissen von Wilkinson/Pickett dagegen, die zu zeigen versuchten, »warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind« (S. 188). Und gegen bislang unnötige Rationierungsforderungen schlägt Kalvelage vor, ungenutzte Rationalisierungsreserven zu nutzen, wie z.B. die Beseitigung von Fehl- und Überversorgung, Veränderung der Gebührenordnungen für Niedergelassene, um unsinnige Mengenausweitungen zu vermeiden, Kontrolle von Großgeräteinsatz, Kontrolle und Steuerung der pharmazeutischen Produktion und Zulassung etc. (S. 196).

Diese Forderungen findet man dann auch in den insgesamt 30 »Thesen zur Reformation der Heilkunst«, die allerdings gesundheitspolitisch noch grundsätzlicher sind: Es gehören die Forderung einer Rekommunalisierung der Krankenhäuser, das Verbot von IGeLeistungen, ein Vorrang der Verhältnisprävention, eine gemeinsame Ausbildung von Medizinstudierenden mit Auszubildenden in Pflegeberufen etc. dazu (S. 208f.) Die Forderungen ergeben sich schlüssig aus der vorher entwickelten Kritik der aktuellen Verhältnisse und aus den Erfahrungen der praktischen Klassenmedizin.

Aus meiner langjährigen Erfahrung in der gesundheitspolitischen Zusammenarbeit mit ÄrztInnen und in Forschung und Lehre der Medizinsoziologie, deren Lehrbücher ein eher verzweigtes wissenschaftliches Niveau haben, kann ich nur sagen: Wie froh wäre ich gewesen, hätte ich für die Lehre von Medizinstudierenden schon mit dem Buch von Kalvelage arbeiten können!



## Einladung zur Tagung

# Krankenhaus oder Fabrik – Was tun gegen die Kommerzialisierung der Krankenhäuser?

Freitag, 29. Mai 2015, ab 19 Uhr

Samstag, 30. Mai 2015,

9.30 bis 17.30 Uhr

ver.di Bundeszentrale,

Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

Das öffentliche Unbehagen an der DRG-basierten Krankenhausfinanzierung wächst. Zahlreiche Reportagen, Berichterstattungen, Initiativen und Interessenvertretungen thematisieren die vielschichtigen Probleme der Patientinnen und Patienten wie der Beschäftigten, die vom System der Fallpauschalen verursacht werden.

Zum Teil werden in den Berichten und Auseinandersetzungen die DRGs als Mittel der Kommerzialisierung und Ökonomisierung benannt. Eine breit geführte öffentliche Debatte über dieses bewusst installierte marktwirtschaftliche Steuerungsinstrument steht allerdings noch aus.

Gründe für eine solche Auseinandersetzung aber gibt es zuhauf. Denn die DRGs sind ein Steuerungsinstrument, mit dem nicht bedarfsgerecht gesteuert bzw. geplant werden kann: Die Leistung folgt dem Geld, nicht das Geld der Leistung. Das ist das Prinzip des »freien Marktes«, nicht das der öffentlichen Daseinsvorsorge. Krankenhäuser, die sich nicht dem Wettbewerb unterordnen, gehen unter. Die Gewinner dieses Wettbewerbs sind profitorientierte Krankenhauskonzerne, deren Macht in den letzten 20 Jahren auf unheimliche Art und Weise gewachsen ist.

Höchste Zeit also, die verstreute, aber im Alltagshandeln der Gesundheitsakteure täglich präsente Kritik an den DRGs zu bündeln, um die Diskussion über Alternativen zu eröffnen. Mit der Tagung möchten wir die kritischen Initiativen und Stimmen miteinander ins Gespräch bringen.

Ziel der Tagung ist es, nach Verbindungen und Gemeinsamkeiten der verschiedenen Perspektiven und Forderungen zu suchen. Wir wollen gemeinsame Ansprüche an eine gemeinwohlorientierte Krankenhausversorgung formulieren und eine breit getragene Kritik an der Kommerzialisierung des Gesundheitswesens und seinen Folgen unüberhörbar in die politische Debatte einbringen. Damit wollen wir den Raum für

Diskussionen darüber öffnen, wie eine Krankenhauspolitik gestaltet sein muss, die sich an den Interessen der Gesellschaft orientiert und nicht an denen der privaten Gesundheitsindustrie.

Zur Tagung laden ein: Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (vdää), Attac, ver.di Landesfachbereich Gesundheit und Soziales Baden-Württemberg, ver.di Landesfachbereich Gesundheit und Soziales Berlin-Brandenburg, Harald Weinberg, gesundheitspolitischer Sprecher der Fraktion DIE LINKE im Bundestag, Gesellschaft für Psychotraumatologie, Traumatherapie und Gewaltforschung (GPTG), Soltauer Initiative

### ■ Eröffnungsveranstaltung Freitagabend

#### Vom Krankenhaus zur Fabrik? Die Kommerzialisierung der Krankenhäuser aus Sicht der Beteiligten

**Carola Sraier**, Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP)

**Christiane Schulz**, Gesundheits- & Krankenpflegerin, Personalrätin und ver.di-Aktive an der Universitätsklinik Göttingen

**Peter Hoffmann**, Oberarzt, Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (vdää)

**Stefan Wöhrmann**, Abteilungsleiter »Stationäre Versorgung«, Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) [angefragt]

**Uwe Alschner**, Geschäftsführer des Interessenverbands kommunaler Krankenhäuser e.V. (IVKK)

**Moderation: Jan Latza** (Tagungs-Vorbereitungsgruppe)

### ■ Samstag | 30. Mai 2015

09.30–10.30 Uhr | Eröffnung

10.45–11.00 Uhr | Kaffeepause

11.00–13.00 Uhr | Workshop-Phase I

13.00–14.00 Uhr | Mittagspause

14.00–15.45 Uhr | Workshop-Phase II

15.45–16.00 Uhr | Kaffeepause

16.00–17.30 Uhr | Abschlussveranstaltung

ab 17.30 Uhr | weiterer Austausch bei Essen & Getränken

### ■ Abschlussveranstaltung

Samstag 16.00 Uhr

#### Von der Fabrik zum Krankenhaus. Wie können wir der Kommerzialisierung gemeinsam etwas entgegensetzen?

**Dana Lützkendorf**, Intensivkrankenpflegerin und Vorsitzende des ver.di, LFB 03 in Berlin-Brandenburg

**Michael Simon**, Prof. für Gesundheitspolitik, Hochschule Hannover

**Nadja Rakowitz**, Geschäftsführerin des vdää

**Moderation: Dagmar Paternoga** (attac)

### ■ Workshop I:

Prozeduren statt Zuwendung, Kostendruck statt Verantwortung – Auswirkungen der DRGs auf medizinische, pflegerische und therapeutische Professionalität

### ■ Workshop II:

Die Beschäftigten als Kostenfaktor – Auswirkungen der DRGs auf die Arbeitssituation im Krankenhaus

### ■ Workshop III:

Der Patient als »Kunde« und Erlösfaktor – Auswirkungen der DRGs auf Patientinnen und Patienten

### ■ Workshop IV:

DRGs und Politik: Markt, Wettbewerb und Kostendruck schaden der Gesundheit!

### ■ Workshop V:

Das »Pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik«: Müssen die schlechten Erfahrungen mit den DRGs bei PEPP wiederholt werden?

### ■ Workshop VI:

Offener Workshop: Eigene Themen

Ausführliches Programm unter: [www.krankenhaus-oder-fabrik.de](http://www.krankenhaus-oder-fabrik.de) und in dem dieser Ausgabe von GbP beiliegenden Flyer

# Jetzt die richtigen Konsequenzen ziehen!

## Presseerklärung des vdää zu den Todesfällen im Rahmen des Acinetobacter-baumannii-Ausbruchs am UKSH Kiel

Maintal, 4. Februar 2015

Der vdää bedauert die tragischen Todesfälle, die durch den Ausbruch des multiresistenten 4-MRGN Bakteriums der Gattung *Acinetobacter baumannii* auf der Intensivstation des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH) Campus Kiel eingetreten sind. Prinzipiell kann ein solcher Ausbruch jede Klinik treffen. Dass nun das UKSH Kiel in einem derartigen Ausmaß betroffen ist, hat jedoch mit der speziellen Situation vor Ort zu tun. Seit Jahren leiden das Klinikum und insbesondere die betroffene Station unter personeller Unterbesetzung und schwierigen baulichen Verhältnissen. Der vdää beobachtet an immer mehr deutschen Kliniken eine Zuspitzung des Personal mangels unter den Finanzierungsbedingungen des DRG-Systems. Auch Gebäude und deren Ausstattung bleiben immer weiter hinter den Erfordernissen zurück, weil die Bundesländer nur ein Bruchteil der notwendigen Investitionsmittel bereitstellen.

In praktisch jeder Schicht auf der betroffenen Intensivstation am UKSH werden, so Informationen der Gewerkschaft ver.di, von Beschäftigten der Pflege Überlastungsanzeigen geschrieben. Tagsüber betreue eine Pflegekraft 2-3 Patienten, nachts 3-4 zum Großteil beatmete, hochkomplexe internistische PatientInnen. Zum Vergleich: In den Niederlanden und in den skandinavischen Ländern ist auf Intensivstationen eine Verhältnis Pflege zu Patient von 1:1 üblich, was nachweislich zu einer Verminderung von nosokomialen Infektionen führt.<sup>1</sup>

Außerdem nimmt die Zahl von kurzfristig angestellten MitarbeiterInnen (LeiharbeiterInnen, Pflegepool) am UKSH zu. In ver-

schiedenen Studien ist belegt, dass dies eine Zunahme von nosokomialen Infektionen zusätzlich begünstigt.<sup>2</sup> Die absolute Zahl der outgesourcten (und deutlich schlechter bezahlten) Service- und Reinigungskräfte der UKSH ist in den letzten Jahren zwar konstant geblieben, aber – nach Informationen des NDR – die Arbeitsfelder seien deutlich erweitert worden, so dass pro Station und Zeiteinheit weniger Reinigungspersonal zur Verfügung steht. Auch auf ärztlicher Seite nahm die Arbeitsbelastung in den letzten Jahren durch Mitbetreuung weiterer Stationen stetig zu.

Die bauliche Situation in den zum Teil über hundert Jahre alten Gebäuden ist eine enorme Herausforderung: Auf der Intensivstation sind, wie man in einem NDR-Bericht diese Woche sehen konnte, Dreibettzimmer die Regel, es gibt wenige Einzel- / Iso-Zimmer. Die vorhandenen Einzelzimmer verfügen nicht über einen Vorraum als Schleuse und die Tür öffnet sich direkt in den zentralen Stationsraum. Diese unzureichenden Isolationsmöglichkeiten sind ein wesentlicher Faktor für nosokomiale Infektionen. Der Indexpatient des aktuellen *Acinetobacter baumannii*-Ausbruchs wurde aufgrund fehlender Isolationsmöglichkeiten zunächst in einem Dreibettzimmer untergebracht<sup>3</sup> – ein Umstand, der sicherlich zur Verbreitung des Keims beigetragen hat.

Einige dieser Mängel, wie die bauliche Situation, sind strukturell bedingt und werden sich voraussichtlich wohl erst mit einem geplanten Neubau dauerhaft verbessern. Andere, wie der eklatante Personal mangel, sind jedoch hausgemacht. Da das UKSH als wirt-

schaftlich handelndes Unternehmen im wettbewerblich organisierten Krankenhaussektor die Kosten möglichst gering halten muss, ist Personalverknappung bis zum Notstand vorprogrammiert. Das Grundproblem ist hierbei die Ökonomisierung der (stationären) Gesundheitsversorgung mit den unzureichenden pauschalierten Entgelten im deutschen DRG-System.

Der vdää fordert, aus dem aktuellen Ausbruch die richtige Konsequenz zu ziehen und die personelle Situation der betroffenen Stationen dauerhaft zu verbessern. Ein Betreuungsschlüssel von 1:1 (Pflegekraft/Patient), wie in den Niederlanden und vielen skandinavischen Ländern üblich, sollte das Ziel sein. Zu erreichen wäre dies durch eine gesetzlich vorgeschriebene Personalbemessung, wie sie z.B. die Gewerkschaft ver.di fordert. Ein festes Zahlenverhältnis von Pflegekraft zu Patient wäre des Weiteren auch auf Normalstation anzustreben. Die Schaffung von Einzelzimmern auf den Intensivstationen sowie in der Notaufnahme sollte zudem Bestandteil baulicher Erneuerungen sein. Dazu müssen die Bundesländer endlich höhere Investitionsmittel bereitstellen, statt diese immer weiter zu kürzen, um ausgeglichene Länderhaushalte zu erreichen.

Außerdem muss das von der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) empfohlene risikoadaptierte Screening für multiresistente Erreger konsequent umgesetzt werden. Hierbei werden Hochrisikopatienten (z.B. nach vorangegangenen Krankenhausaufenthalten im Ausland) bei Übernahme und Erstaufnahme obligat so lange isoliert, bis das Screening-Ergebnis vorliegt.

**Prof. Dr. Wulf Dietrich**  
(Vorsitzender)  
**Dr. Peter Hoffmann**  
(stellv. Vorsitzender)



- 1 Stone PW1, Mooney-Kane C, Dick AW et al. Nurse working conditions and patient safety outcomes. *Med Care* 2007 Jun.
- 2 Robert J, Fridkin SK, Blumberg HM et al. The influence of the composition of the nursing staff on primary bloodstream infection rates in a surgical intensive care unit. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2000; 21: 12 – 17
- 3 <http://www.ndr.de/nachrichten/schleswig-holstein/UKSH-Keim-breitet-sich-nicht-weiter-aus,keim104.html>



## Staatsmedizin?

### **Leserbrief von Wulf Dietrich zu einem Leitartikel von Max Kaplan im Bayerischen Ärzteblatt:**

In seinem Jahresrückblick stellt Dr. Kaplan die ärztliche Selbstverwaltung in Kontrast zur Staatsmedizin. Er befürchtet, dass, wenn der Gesetzgeber das Stärkungsgesetz wie geplant verabschiedet, »ein Meilenstein hin zur Staatsmedizin gelegt« wird. Große Worte, doch was steckt dahinter? Was, bitte schön, soll denn Staatsmedizin sein? Wo beginnt der »Staat«?

Öffentliche Daseinsvorsorge ist Aufgabe des Staates. Da auch die Organisation des Gesundheitswesens dazu zählt, hat der Staat auch hier die Rahmenbedingungen abzustecken. Selbst die Kammern sind als Körperschaften des öffentlichen Rechts mittelbare Staatsorgane. Der »Staat« ist der Ärzteschaft auch immer dann willkommen, wenn es um Finanzierungen geht, dieser also Geld gibt: sei es die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser, seien es die Zuschüsse zur ambulanten Weiterbildung der Allgemeinärzte oder Investitionszuschüsse für die Niederlassung in unterversorgten Regionen.

»Staatsmedizin« ist ein ideologischer Kampfbegriff, der zu Zeiten von Ulla Schmidt die geplanten Gesundheitsreformen unter Anspielung auf die DDR diffamieren sollte. Auch der Bundesärztekam-

merpräsident benutze auf dem 116. Deutschen Ärztetag in Hannover diesen Begriff, als er gegen die »Einheitsversicherung« – gemeint war die Bürgerversicherung – vom Leder zog. »Staatsmedizin« soll Ängste schüren und dabei die Realität verzerren.

Wer, wenn nicht die Politik, soll denn die Eckpfeiler unseres Gesundheitswesens definieren? Sollen es Helios und Asklepios oder Bayer und Roche tun? Hat nicht erst die Pharmafirma Gilead bewiesen, wie es läuft, wenn die ungebremsten Profitinteressen der Pharmaunternehmen die Kosten medizinischer Behandlungen diktieren? Und da soll kein gemeinsamer Bundesausschuss bremsend und regulierend eingreifen? Indem er eine diffuse Staatsangst schürt, verschleierte Dr. Kaplan die Probleme. Er greift den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) als »eine Art Gesundheitsbehörde« an. Wie das? Sitzen sich im G-BA nicht Krankenkassen als Finanzier des Gesundheitswesens einerseits und Ärzteschaft und Krankenhäuser als Anbieter von Gesundheitsleistungen andererseits paritätisch gegenüber? Haben die Kassen denn nicht das Recht, über die Verwendung der 180 Milliarden Euro Beiträge ihrer Mitglieder mitzuentcheiden? Wo ist die »Staatsmedizin« bei dieser Art der Selbstverwaltung? Auch Termin-Servicestellen, immerhin bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV)

und nicht im Ministerium angesiedelt, mögen ein bürokratischer Unsinn sein, haben aber mit »Staatsmedizin« nichts zu tun.

Und dass nur wir, also die Ärzteschaft, »die Qualität der ärztlichen Versorgung unserer Patientinnen und Patienten zu bestimmen« haben, kann doch nicht ernst gemeint sein. Die Zeiten, in denen die Kassen der Ärzteschaft ihre Gelder ungeprüft zur Verfügung stellten, die sind schon lange vorüber. Auch daran ist die Ärzteschaft nicht ganz schuldlos. Der G-BA – übrigens keine staatliche Organisation, sondern Teil der Selbstverwaltung – ist heute eine gesundheitspolitische Institution, die auch von der Ärzteschaft akzeptiert werden sollte. Denn das ist vernünftig.

Auch der mit 300 Millionen Euro ausgestattete Innovationsfonds, der übrigens von Krankenkassen und Gesundheitsfonds – also aus Beiträgen der Versicherten – finanziert werden soll, ist der Ärzteschaft willkommen. Nur sollen, wenn es nach unserem Präsidenten geht, die Kammern daran beteiligt werden. Also sollen die Kammern zukünftig »innovative sektorübergreifende Versorgungsformen« betreiben. Die Kammern als Betreiber von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder Integrierter Versorgung (IV) in Konkurrenz zu den KVen? Auch hier ist kein »ordnungspolitischer Meilenstein hin zur Staatsmedizin« zu sehen.

**Im Bayerischen Ärzteblatt vom Dezember letzten Jahres hat Dr. Max Kaplan einen Leitartikel zum Thema »Staatsmedizin« (siehe BÄB Heft 12/2014, S. 675) geschrieben, der Wulf Dietrich zum nebenstehenden Kommentar provozierte. Wir dokumentieren seinen Leserbrief und die Antwort von Max Kaplan, die beide im BÄB 3/2015, S. 116f. veröffentlicht wurden.**

---

**»Etwas mehr Sachlichkeit  
und etwas weniger Polemik  
in der gesundheitspolitischen  
Diskussion täten der  
Ärztenschaft gut.«**

---

Bei der Krankenhausbedarfsplanung zu viel »Staat« zu beklagen, ginge am Problem der Misere der Krankenhäuser vorbei, wo derzeit über 50 Prozent der öffentlichen Krankenhäuser defizitär sind und ein eklatanter Investitionsstau besteht.

In allen Bundesländern kommt der »Staat« seinen gesetzlichen Verpflichtungen nicht nach. Hier ist also noch mehr »Staat« zu fordern.

Unser Gesundheitswesen wird nicht durch ein zuviel an »Staatsmedizin« bedroht oder beschädigt. Unser Gesundheitssystem wird vielmehr eklatant fehlgesteuert durch die einseitige ökonomische Orientierung an den Prinzipien von Markt und Wettbewerb. Dies geschieht vor allem zu Lasten der Patienten. Aber auch die Krankenhausärzte und die niedergelassenen Vertragsärzte können ein Lied davon singen. Es wäre die Aufgabe des Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK), seinen Finger in diese Wunde zu legen.

Etwas mehr Sachlichkeit und etwas weniger Polemik in der gesundheitspolitischen Diskussion täten der Ärzteschaft gut. Denn nur dann wird sie als ernsthafter Diskussionspartner von der Politik wahrgenommen werden.

**Professor Dr. Dr. habil. Wulf Dietrich, Facharzt für Anästhesiologie, 80639 München**

#### **Antwort**

Die Kritik an meiner Verwendung des Begriffs »Staatsmedizin« kann

ich nicht so stehen lassen, ist doch die Wortwahl meines Leitartikels allenfalls polarisierend, keinesfalls polemisch, was in einem Meinungsbeitrag jedoch auch erlaubt sein muss. Die Politik agiert zunehmend auf Kosten der ärztlichen Selbstverwaltung – darum geht es!

»Alle Staatsgewalt geht vom Volke aus« heißt es bekanntlich im Artikel 20 des Grundgesetzes. Und dann? Der Souverän wird durch besondere Organe im Sinne der Gewaltenteilung vertreten. Im Gesundheitswesen haben wir uns auf ein korporatistisches Modell verständigt: staatliche Daseinsvorsorge und körperschaftliche Selbstverwaltung. Seit Jahren erleben wir allerdings, dass der Staat sich in originäre Aufgaben der (ärztlichen) Selbstverwaltung einmischt, ja diese teilweise übernimmt und nachgeordnete Institutionen, wie den G-BA, instrumentalisiert. Sieht man sich die Zusammensetzung des obersten Beschlussgremiums der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen an, so bemerkt man schnell, dass wir Ärztinnen und Ärzte hier nur eine marginale Rolle einnehmen.

Der ehemalige Präsident der Bundesärztekammer, Professor Jörg-Dietrich Hoppe, verwendete den Begriff »Staatsmedizin« im Jahr 2006 im Vorfeld des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG). Hoppe kritisierte seinerzeit die vermehrte Einflussnahme des Bundesgesundheitsministeriums und die Kompetenzmehrung des G-BA. Dieser Trend ist bis heute ungebrochen. Im Gesetzentwurf des Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) haben wir es mit der

Etablierung von Termin-Servicestellen, dem Kauf von Arztsitzen in sogenannten überversorgten Regionen und der Öffnung der Kliniken für die ambulante Patientenversorgung zu tun. Klarstellen muss ich auch, dass ich beim Thema Innovationsfonds nicht an die Schaffung von »Kammer-MVZs« oder ähnlichen Konstrukte(n) gedacht habe. Vielmehr geht es mir um die Antragstellung bezüglich »innovativer sektorübergreifender Projekte«.

Einig bin ich mit dem Kollegen Dietrich, dass unser Gesundheitssystem »fehlgesteuert durch die einseitige ökonomische Orientierung an den Prinzipien von Markt und Wettbewerb« ist. Dies haben wir in den vergangenen Jahren wiederholt, ja fast gebetsmühlenartig, in zahlreichen Veranstaltungen, Veröffentlichungen, Pressemeldungen und nicht zuletzt anlässlich der Auftaktveranstaltung des 73. Bayerischen Ärztetages in Weiden 2014 mit dem Titel »Pay for Performance – die Lösung für die Medizin von morgen?« dargestellt und angeprangert.

Daseinsvorsorge des Staates und originäre Aufgaben der ärztlichen Selbstverwaltung – eine dialektische Beziehung also? Freiheit und Kontrolle – wie passen diese beiden Gegenpole zueinander? Vertrackterweise ist nie eines ohne das andere zu haben. Jede Seite hat ihren Auftrag, ihre Legitimation und ihre jeweiligen Grenzen, die man auch in Zukunft einhalten und respektieren sollte. Ich danke Kollegen Dietrich ausdrücklich für seinen Diskussionsbeitrag, trägt doch jeder Beitrag zu einer weiteren Reflexion des Themas bei.

**Dr. Max Kaplan,  
Präsident der BLÄK**

## **Ich will HIER nicht sein.**

### **Der Kongress der medizinischen Flüchtlingshilfen vom 22. bis 25.05.2015 in Jena**

Einladung des MediBüro Jena:

Liebe Menschen der MediNetze, MediBüros und Medizinischen Flüchtlingshilfen in Deutschland, Griechenland und Italien, wir laden Euch und alle anderen Interessierten hiermit noch einmal herzlich zum 8. MediBüro-Bundeskongress vom 22. bis 25.05.2015 nach Jena ein.

»Ich will hier nicht sein« hat für uns viele Bedeutungen. Wir wollen nicht in einem Land leben, in dem vielen Menschen ihr Grundrecht auf medizinische Versorgung verwehrt wird. Wir wollen nicht einmal in unserem Verein sein, denn eigentlich übernehmen wir ehrenamtlich eine Aufgabe, die von der Gesellschaft in Form des Staates übernommen werden müsste. Und schließlich wollen sogar

viele der Geflüchteten nicht hier sein. Sie hatten nur leider nicht die Option, dort zu bleiben, wo sie geboren wurden.

Trotzdem wollen wir Euch hier haben. Damit wir etwas verändern und wir alle in Zukunft gerne hier sind.

Zum Programm, an dem sich auch der vdäa mit einem Workshop beteiligt, siehe: <http://ich-will-hier-nicht-sein.de/>

# »Solidarisches Gesundheitswesen e.V.« stellt sich vor

Das Ziel dieses kürzlich gegründeten Vereines ist die Gestaltung eines solidarischen Gesundheitswesens, das allen Menschen einen Zugang zu einer adäquaten medizinischen Versorgung sowie eine Teilnahme an präventiven Maßnahmen ermöglicht. Er tritt für den Abbau gesundheitsgefährdender Verhältnisse in Gesellschaft und Umwelt ein. Einen Schwerpunkt sieht der Verein darin, insbesondere bisher besonders sozial und ökonomisch benachteiligten gesellschaftlichen Gruppen (z.B. Arme, Flüchtlinge, Migranten) eine adäquate Partizipation an der medizinischen Versorgung und Gesundheitsförderung zu ermöglichen. Auf der anderen Seite widersetzt er sich Tendenzen, soziale Gruppen an der Teilhabe am Gesundheitswesen auszuschließen.

Dabei gehen wir allerdings auch davon aus, dass gesundheitliche Belastungen und gesundheitsdienliche Ressourcen in einem

so wohlhabenden Land wie Deutschland sehr ungleich verteilt sind. Armut erhöht das Krankheitsrisiko in der Gesellschaft erheblich und ist zu einem großen Teil verantwortlich für deren gesundheitliche Ungleichheit. Im Einklang mit der WHO-Deklaration von Alma Ata (1978) sehen wir in dem Abbau sozialer Ungleichheit einen zentralen Bestandteil der Gesundheitspolitik.

Der Verein »Solidarisches Gesundheitswesen« tritt daher für eine gleichmäßige Verteilung des gesellschaftlichen Reichtums, eine ausgleichende Sozialpolitik, gute Arbeits- und Wohnverhältnisse sowie eine gesunde Umwelt ein. Er versucht diese Zusammenhänge zwischen sozialen Verhältnissen und Gesundheit in Publikationen, Bildungsveranstaltungen und der Entwicklung gesundheitspolitischer Konzepte darzustellen.

Der Verein steht allen offen, die seine Ziele teilen. Er wendet sich nicht an spezifische

Bevölkerungs- oder Berufsgruppen. Er tritt ein für eine enge Kooperation und Vernetzung mit bereits bestehenden (berufsgruppenorientierten) Organisationen und Initiativen.

Der Verein ist für den Zweck der allgemeinen und politischen Erwachsenenbildung vom Finanzamt Frankfurt/Main als gemeinnützig anerkannt und kann entsprechend Spendenquittungen ausstellen.

Dem Vorstand gehören an: Bernhard Winter, Nadja Rakowitz, Andreas Wulf und Wulf Dietrich

**Kontakt: Solidarisches Gesundheitswesen e.V. c/o Bernhard Winter, Falkstraße 34, 60487 Frankfurt/Main  
solid.g-wesen@gmx.de**

**Spendenkonto:**

**Frankfurter Sparkasse 1822**

**IBAN: DE07 5005 0201 0200 5795 25**

**BIC: HELADEF1822**



## Griechenland: Erste, aber kleine Schritte in die richtige Richtung

Laut dem Gesundheitspolitiker von SYRIZA uns stellvertretenden Gesundheitsminister, Andreas Xanthos, betragen die öffentlichen Gesundheitsausgaben Griechenlands Anfang 2015 faktisch nur noch 4,5 Prozent des BIP. Die Auswirkungen auf das Gesundheitswesen und für die PatientInnen hat der vdää in einer Sonderausgabe seiner Zeitschrift dokumentiert. Mit der Wahl der neuen Regierung und dem geplanten Kurswechsel ist unsere Solidaritätsarbeit nicht zu Ende. Wir werden die dringend nötigen – wirklichen – Reformen des Gesundheitswesens in Griechenland weiter verfolgen und unterstützen, soweit uns das möglich ist. Anfang Juni wird im Rahmen von vdää on tour eine Delegation des vdää nach Athen fahren, um vor Ort mit den KollegInnen über weitere Möglichkeiten von Solidarität zu diskutieren.

Wir haben für diese Ausgabe von *Gesundheit braucht Politik* unsere Kollegin vor

Ort, Katerina Notopoulou gebeten, uns die aktuellen Vorhaben der Syriza-Regierung zu schildern. Demnach ist es zentrale Aufgabe der Regierung Tsipras, den Ausschluss der Mehrheit der Bürger vom Zugang zum Gesundheitswesen zu stoppen und sich für ein öffentliches, kostenloses, qualitativ hochwertiges und für jeden Bürger zugängliches Gesundheitssystem einzusetzen. Hierfür soll der Fluss von Mitteln aus dem öffentlichen Bereich in den privaten Sektor gestoppt werden, zusätzlich Arbeitskräfte eingestellt und Investitionen getätigt werden. Gleichzeitig sollen die Verwaltungen wieder funktionsfähig werden. Eine weitere Priorität stellt der Kampf gegen Korruption im Gesundheitswesen dar.

Konkrete erste Schritte verkündete der neue Gesundheitsminister Kouroumplis im griechischen Parlament: Die fünf Euro Gebühr für den Zugang ins Krankenhaus und

für medizinische Untersuchungen, sowie ein Euro extra pro medizinische Verordnung in den Apotheken, wurden abgeschafft. Bis April sollten 1000 Ärzte im Krankenhausbereich eingestellt und Stellen für 900 weitere Ärzte ausgeschrieben werden. Das weitere Ziel der Regierung ist die Wiederherstellung des staatlichen Gesundheitswesens, das in den 80er Jahren gegründet und in der Krise abgebaut wurde. Ziel ist einen modernen Rechtsrahmen zu schaffen und den Schwerpunkt auf Prävention zu legen.

Auch in den nächsten Ausgaben werden wir weitere Updates zur Situation in Griechenland machen.

Neueste Informationen finden sich jeweils auf der Homepage des vdää unter: [www.vdaae.de/index.php/themen/gesundheitspolitik-%28international%29/583-gesundheitswesen-in-griechenland](http://www.vdaae.de/index.php/themen/gesundheitspolitik-%28international%29/583-gesundheitswesen-in-griechenland)



# Vier Jahre Frühe Nutzenbewertung

Ulrike Faber\* über die Erfahrungen mit dem AMNOG

Seit dem 1. Januar 2011 muss sich jeder neue Wirkstoff, wenn er auf den Markt kommt, einer Nutzenbewertung unterziehen. Dabei soll der Zusatznutzen gegenüber dem bisherigen Therapiestandard dargelegt werden. Der VdPP hat sich bereits 2010 mit dem Gesetzentwurf der CDU/CSU/FDP kritisch auseinandergesetzt und fragt: Wie sieht die Bilanz der Frühen Nutzenbewertung nach gut vier Jahren aus? Wir dokumentieren einen Text von Ulrike Faber aus dem VDPP-Rundbrief Nr. 91, 2/2015

Das AMNOG<sup>1</sup> ist in erster Linie als Instrument der Preisregulierung gedacht. Das Ziel: Senkung der jährlichen GKV-Ausgaben um 2,2 Mrd. Euro. Der Preis, den die Gesetzliche Krankenversicherung GKV für ein neues Arzneimittel bezahlt, muss sich zukünftig vor allem nach seinem konkreten therapeutischen Nutzen richten. Der schematische Verlauf des Verfahrens ist in Abb. 1 dargestellt.

## So funktioniert das AMNOG

Zum Markteintritt des Arzneimittels mit einem neuen Wirkstoffs muss ein Dossier eingereicht werden. Das Verfahren endet mit dem Erstattungspreis, der ab Anfang des 13. Monats gilt.

Der Zusatznutzen ist ein Nutzen, der qualitativ oder quantitativ höher ist als der Nutzen der zweckmäßigen Vergleichstherapie, also einer bisher verfügbaren Standardtherapie. Der G-BA entscheidet über die Größe des Zusatznutzens (bewertet als erheblich, beträchtlich, gering, nicht quantifizierbar, geringer oder kein Zusatznutzen) und die statistische Wahrscheinlichkeit (ausgedrückt als Anhaltspunkt, Hinweis, Beleg). Der Beschluss des G-BA wird veröffent-

licht, ebenso das Dossier und die Nutzenbewertung des IQWiG und in der »Zusammenfassenden Dokumentation« die schriftlichen Stellungnahmen und das Wortprotokoll der mündlichen Anhörung. Alles ist auf der Homepage des G-BA einsehbar.<sup>2</sup>

Bis Mai 2014 wurden 74 neue Arzneimittel in 134 Indikationen bewertet. In 40 Prozent der bewerteten Indikationen wurde ein beträchtlicher oder geringer oder nicht quantifizierbarer Zusatznutzen festgestellt. Die beste Bewertung »erheblich« kam nicht vor. Aber in 56 Prozent konnte durch die eingereichten Studien kein Zusatznutzen belegt werden (Abb. 2). Dieses Ergebnis lässt aufmerken. Für mehr als 50 Arzneimittel wurden bisher Erstattungspreise zwischen Herstellern und GKV ausgehandelt.

Die Bewertungskriterien für die Zulassung eines Arzneimittels im Arzneimittelrecht sind Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit. Häufig wird in Zulassungsstudien nur gegen Placebo und nicht gegen einen aktiven Vergleichsarm geprüft. Diese »drei Hürden« der Zulassung beurteilen die therapeutische Wirksamkeit eines Arzneimittels, aber nicht den therapeutischen Nutzen.<sup>3</sup>

Für den Beleg des therapeutischen Nutzens muss der Nachweis erbracht werden, dass das Arzneimittel eine für Patienten relevante Zielgröße verbessert. Diese ist dargestellt in »patientenrelevanten Endpunkten«, nämlich Verbesserung des Gesundheitszustandes, Verkürzung der Krankheitsdauer, Verlängerung des Überlebens, Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität oder Verringerung unerwünschter Effekte (Morbidität, Mortalität, Lebensqualität).

Damit knüpft das AMNOG an den im Sozialgesetzbuch (z.B. § 35 SGB V) schon lange geforderten Nachweis des »therapeutischen Nutzens« einer Leistung an.

In Deutschland gab es bis 2010 traumhafte Vermarktungsbedingungen: Arzneimittel konnten unmittelbar nach der Zulassung mit Preisen, die vom Hersteller frei bestimmt werden, die Erstattungsfähigkeit durch die GKV erreichen. Dagegen sind in fast allen europäischen Ländern seit vielen Jahren Regelungen der Nutzenbewertung und der Preisbildung nach der Zulassung etabliert. Kosten-Nutzen-Bewertungen sind international ein rechtlich geregelter und fester Bestandteil bei Entscheidungen im Gesundheitswesen, insbesondere

bei Arzneimitteln. In Deutschland aber nicht.

In den meisten europäischen Ländern gelten die deutschen Arzneimittelpreise als Referenzpreise. In der Gesetzesbegründung zum AMNOG hieß es: »Die hohen Ausgabenzuwächse der vergangenen Jahre haben dazu geführt, dass im Jahr 2009 einschließlich der Zahlungen der Versicherten mehr als 32 Mrd. Euro für Arzneimittel ausgegeben wurden. [...] Wachstumsträger sind kostenintensive Spezialpräparate mit jährlich zweistelligen Zuwachsraten.«<sup>4</sup>

Es ist nachvollziehbar, dass das AMNOG nicht auf Freude bei den Pharmazeutischen Unternehmen stößt, wenn transparente Arzneimittelbewertungen und Preissenkungen und Gefährdung des europäischen Preisniveaus drohen. Ihre offensichtliche Strategie: Die Frühe Nutzenbewertung einerseits begrüßen und andererseits in jedem Detail angreifen: Falsche Vergleichstherapie, bürokratisches Verfahren, intransparentes Vorgehen, Nichtberücksichtigung von Studien, methodische Fehler, Einbeziehung der falschen Experten, Nichtbeteiligung der Fachgesellschaften, keine Mitwirkung von Patienten, Übermacht der GKV, unflexible Preisverhandlungen.

In der Pharmawerbung ist die Frühe Nutzenbewertung angekommen (Abb. 3). Für Sitagliptin imponiert in großer Schrift »beste Nutzenbewertung« (Empfehlung des IQWiG für eine Subpopulation) und verschwindet fast im kaum Lesbaren der Beschluss des G-BA, »Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen«: Dies ist die schwächste Bewertung mit der geringsten Wahrscheinlichkeit, und sie gilt nicht für alle zugelassenen Indikationen von Sitagliptin.

### Positive Aspekte des AMNOG

Unsere damalige Bewertung kritisierte vor allem das Übergewicht der ökonomischen Aspekte in der neuen Gesetzesregelung. Nach gut drei Jahren ist eine differenziertere und im Ergebnis auch positivere Betrachtung möglich.

**Unabhängigkeit und Transparenz:** Eine institutionalisierte unabhängige Aufbereitung der aktuellen Erkenntnisse über einen

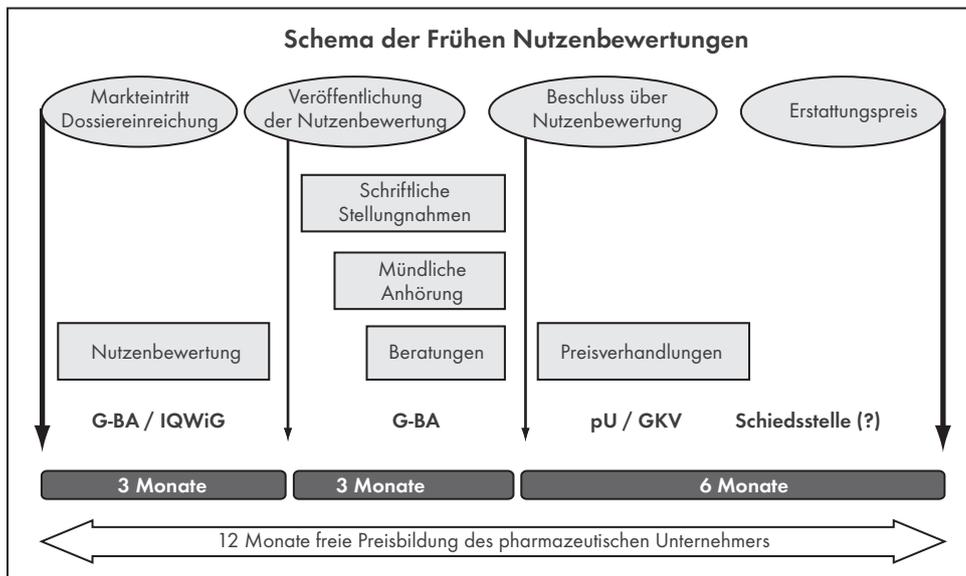


Abb. 1: Schema Frühe Nutzenbewertung

neuen Wirkstoff gab es bisher nicht. Die öffentliche Auseinandersetzung über neue Wirkstoffe kann das wissenschaftlich fundierte Wissen über Arzneimittel und in der Folge auch die Versorgungsqualität verbessern. Für Ärzte, Apotheker und Patienten wird eine bisher nicht erreichte Transparenz über neue Wirkstoffe geschaffen.

**Evidenzbasierte Bewertung:** Die Nutzenbewertung erfolgt evidenzbasiert und nach patientenrelevanten Endpunkten (Morbidität, Mortalität, Lebensqualität); Surrogatparameter, also etwa Laborwerte, werden nicht herangezogen werden, es sein denn, sie würden eine valide Aussage zu den relevanten Endpunkten erlauben, was selten ist. Ihre bisher prominente Bedeutung schrumpft erfreulicher Weise.

**Aktuelle Patienteninformation über neue Wirkstoffe:** Zusammen mit der Nutzenbewertung veröffentlicht das IQWiG eine »Gesundheitsinformation« für Patienten<sup>5</sup>. Diese Möglichkeit, sich hochaktuell und verständlich über Innovationen informieren, ist ein unglaublicher Gewinn für Patientinnen und Patienten und auch für die Gesundheitsberufe. In der pharmazeutischen Praxis scheinen diese Informationen noch gar nicht angekommen zu sein.

**Mögliche Preissenkungen:** Schluss mit überhöhten Preisen! Wenn ein neues Arzneimittel keinen Zusatznutzen belegen kann, darf der Preis nicht höher liegen als der Preis der »zweckmäßigen Ver-

gleichstherapie«. Ein höherer Zusatznutzen dagegen soll mit besseren Preisen »belohnt« werden. Noch ist aber offen, ob dieses Prinzip funktioniert. Im ersten Jahr kann der Hersteller jeden beliebigen Preis fordern, siehe Sovaldi mit 700 Euro pro Tablette. Hohe Erstattungspreise gegen großen Zusatznutzen sollen die Innovationsfreudigkeit der Hersteller anregen; Scheininnovationen sollen sich nicht mehr lohnen. Der Anreiz scheint richtig gesetzt, ist aber noch nicht beurteilbar, weil der zu erwartende Erfolg natürlich einige Zeit braucht.

**Marktberreinigung zum Patientennutzen:** Hersteller haben insgesamt vierzehn Arzneimittel, für die kein Zusatznutzen festgestellt wurde, vom Markt zurückgezogen (u. a. die Bestandsmarktpräparate Galvus, Eucreas, Jaldra und Icandra mit dem Wirkstoff Vildag-

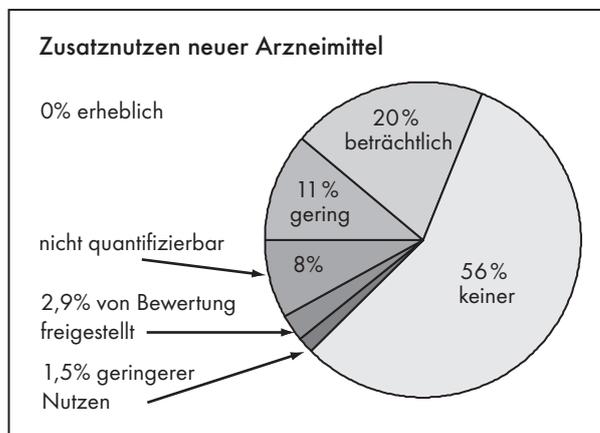


Abb. 2 Zusatznutzen neuer Arzneimittel. 74 Wirkstoffe in 137 Anwendungsgebieten. Stand Mai 2014. (Daten nach Arzneiverordnungsreport 2014, S. 220)



Abb. 3

liptin). Viele Patienten werden deshalb mit Therapieumstellungen konfrontiert; das Gute ist aber, dass sie nun verschont werden von hochpreisigen Arzneimitteln ohne nachgewiesenen Nutzensvorteil im Vergleich zu bewährten Therapeutika. Das AMNOG-Prinzip Geld gegen Nutzen will Novartis nicht mittragen: »Einen Preis, der auf Generika-Niveau festgelegt würde, können wir nicht mitgehen«<sup>6</sup>.

### Die Kritik am AMNOG

**Keine vierte Hürde:** Das AMNOG ist keine vierte Hürde innerhalb des Zulassungsverfahrens, also vor der Zulassung. Wie bisher wird das neue erstattungsfähige Arzneimittel auf den Markt kommen und bleiben, die die Versorgung der Patienten nicht verbessern und vielleicht sogar verschlechtern. Diese Lücke im AMNOG gehört z.B. durch Dossierpflicht geschlossen. Eine kleine Anfrage der LINKEN hat die Debatte darüber befördert<sup>8</sup>; aber Änderungen sind nicht vorgesehen. Auch Dossiers ohne jede Aussagekraft sind möglich. Wie so ein formal vollständiges, aber unzureichendes Dossier beschrieben wird, zeigt Abb. 4 am Beispiel der Nutzenbewertung für Dabrafenib gegen Malignes Melanom.

**Keine Orphan Drug-Bewertung:** Arzneimittel für die Behandlung seltener Krankheiten (Orphan Drugs) sind nach dem Willen des Gesetzgebers und gegen heftige Kritik<sup>7</sup> von der Nutzenbewertung ausgenommen; ihr Nutzen gilt als mit der Zulassung belegt. Diese Ausnahme ist durch nichts gerechtfertigt. Patienten mit seltenen Erkrankungen werden dadurch benachteiligt. Aktuelle Untersuchungen des IQWiG haben ergeben, dass die Studienlage auch für Orphan drugs die Nutzenbewertung ermöglichen würde.

**Keine Verpflichtung zum Dossier:** AMNOG erlaubt, kein Dossier oder ein unvollständiges Dossier einzureichen. Dann heißt das Bewertungsergebnis: »Der Zusatznutzen gilt als nicht belegt«. Ungeklärt bleibt: Ist der Nutzen gleich mit dem der Vergleichstherapie oder ist er sogar geringer? Wenn der Hersteller kein Dossier einreicht und die Chance auf einen besseren Preis nicht nutzt, ist Letzteres eher anzunehmen. Eine Vergleichstherapie auf hohem Preisniveau kann auch den Preis des neuen Präparates ohne Dossier in die Höhe treiben. Das ist unbefriedigend. AMNOG verhindert nicht, dass auch weiterhin Arzneimittel auf den Markt kommen und bleiben, die die Versorgung der Patienten nicht verbessern und vielleicht sogar verschlechtern. Diese Lücke im AMNOG gehört z.B. durch Dossierpflicht geschlossen. Eine kleine Anfrage der LINKEN hat die Debatte darüber befördert<sup>8</sup>; aber Änderungen sind nicht vorgesehen. Auch Dossiers ohne jede Aussagekraft sind möglich. Wie so ein formal vollständiges, aber unzureichendes Dossier beschrieben wird, zeigt Abb. 4 am Beispiel der Nutzenbewertung für Dabrafenib gegen Malignes Melanom.

**Lebensqualität nicht ernst genommen:** Laut SGB V ist die gesundheitsbezogene Lebensqualität neben Morbidität und Mortalität ein patientenrelevanter Endpunkt. In vielen Dossiers legen die Hersteller aber gar keine bewertbaren Daten zur Lebensqualität vor. Für Patienten besteht die Gefahr, dass

geringe Vorteile eines neuen Arzneimittels, etwa eine in Tagen zu messende Verlängerung der Überlebenszeit bei einer Krebserkrankung, mit erheblicher Beeinträchtigung der Lebensqualität erkaufte werden müssen; Patienten und Ärzte brauchen auch diese Daten, wenn sie eine individuelle Entscheidung für oder gegen eine solche Therapie treffen müssen. Diese Problematik wird inzwischen deutlicher wahrgenommen.

**Keine Bestandsmarkt看wertung – Einsparziel verfehlt:** Die im AMNOG vorgesehene Nutzenbewertung von Arzneimitteln des Bestandsmarktes (vor dem 1. Januar 2011 zugelassen) wurde als Ergebnis des Koalitionsvertrages CDU/CSU/SPD Anfang 2014 gänzlich aufgehoben. Die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft hatte gut begründet und energisch dagegen protestiert.<sup>9</sup> Der G-BA musste den Aufruf von 24 relevanten Wirkstoffen zurücknehmen, geblieben sind nur die bereits abgeschlossenen Bewertungen der Gliptine. Das 2-Mrd-Einsparungsziel durch AMNOG ist unerreichbar geworden.

So bleibt z.B. die kostenintensive Oxycodon/Naloxon-Kombination (Targin) unbewertet, Einsparpotenziale um 100 Mio. Euro werden nicht genutzt, während Targin in anderen Ländern (Schweden, Großbritannien, Niederlande, Frankreich) gar nicht oder nur eingeschränkt verordnet werden kann, weil der Zusatznutzen nicht ausreichend belegt ist. Ebenso skandalös ist die Nichtbewertung der neuen oralen Antikoagulantien (Dabigatran, Rivaroxaban) – bei explodierenden Verordnungszahlen, extremen Kosten und nicht bewertetem Zusatznutzen.

Die Interessen der Patientinnen und Patienten an sicherer und wirksamer Arzneitherapie werden mit diesem Beschluss missachtet. Um die Veröffentlichung der Erstattungspreise wird heftig gefochten. Die Hersteller fürchten negative Auswirkungen der Preistransparenz auf das europäische Preisniveau. Dazu schreibt der Arzneiverordnungsreport 2014 treffend: »Die äußerst mangelhafte Transparenz der ausgehandelten Arzneimittelpreise passt nicht zu den Kriterien eines öffentlich-recht-

### G-BA zur Nutzenbewertung von Dabrafenib

»Zur Beurteilung des Zusatznutzens von **Dabrafenib** gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie Vemurafenib sind die durch den pharmazeutischen Unternehmer vorgelegten Nachweise nicht ausreichend. Es fehlen ausreichend aussagekräftige Daten zur Bewertung des Zusatznutzens hinsichtlich des Gesamtüberlebens, der patientenrelevanten Symptomatik (Morbidität) und der Nebenwirkungen, insbesondere direkte Vergleichsstudien gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie. Neben einer Überlebensverlängerung und der Vermeidung von Nebenwirkungen sind Symptomkontrolle und Lebensqualität in der Palliativsituation im vorliegenden Anwendungsgebiet für die Patientinnen und Patienten von herausragender Bedeutung. Daten zur Beurteilung der Krankheitssymptome und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität liegen jedoch nicht vor.«

Abb. 4: Aus der Nutzenbewertung von Dabrafenib. Tragende Gründe S. 8  
[www.g-ba.de/informationen/nutzenbewertung/80/#tab/beschluesse](http://www.g-ba.de/informationen/nutzenbewertung/80/#tab/beschluesse) [15.11.2014]

lich finanzierten Versicherungssystemen<sup>10</sup>.

Bisher wurden Einsparungen um 150 Mio. Euro pro Jahr realisiert. Unklar bleibt, wie diese Einsparungen errechnet werden und ob das eingangs erwähnte Credo Geld gegen Nutzen umgesetzt wird. Schwer vorstellbar ist, dass die meist sehr hohen Einstandspreise keinen Einfluss auf die dann zu verhandelnden Erstattungspreise haben sollen. Vorgeworfen wird eine Preisfindung, wie sie Teppichhändlern nachgesagt wird. Dieses Problem ließe sich entschärfen, wenn die nach einem Jahr ausgehandelten Erstattungspreise rückwirkend ab dem 1. Monat des Inverkehrbringens gelten würden. Eine Verlagerung der Preisverhandlungen vom GKV-Spitzenverband hin zu einzelnen Kassenverbänden, wie aktuell gefordert wird, wäre

hingegen eher das Ende einer durch AMNOG angestrebten Kostendämpfungspolitik. Der G-BA hat praktisch keine Möglichkeit mehr, ein Arzneimittel wegen fehlenden Nutzens von der Verordnungsfähigkeit auszunehmen. Einmal auf dem Markt heißt immer auf dem Markt, wenn sich keine besonderen Risiken zeigen.

#### Fazit: Erfolgsmodell, aber...

Zur Sicherung einer qualitätsgesicherten, rationalen und wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung von Patientinnen und Patienten gäbe es am AMNOG noch einiges zu verbessern.

Aber ein erster wichtiger Schritt wurde getan, und nun kommt es darauf an, die Möglichkeiten zu nutzen und vor allem darauf zu achten, dass das Rad in der deut-

lichen und internationalen Entwicklung (Zulassungskriterien in der EU werden diskutiert, Freihandelsabkommen geheim beraten!...) nicht wieder zurück gedreht wird.

\* Ulrike Faber ist als Patientenvertreterin beim G-BA an den Verfahren der Frühen Nutzenbewertung beteiligt. Alle hier gemachten Aussagen stammen ausschließlich aus veröffentlichten Unterlagen.

- 1 Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz. [http://www.bgbl.de/banzxaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger\\_BGBI&jumpTo=bgbl110s2262.pdf](http://www.bgbl.de/banzxaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl110s2262.pdf) [15.11.2014]
- 2 <https://www.g-ba.de/informationen/nutzenbewertung/> [15.11.2014]
- 3 Gerd Glaeske: »Das Dilemma zwischen Wirksamkeit nach AMG und patientenorientiertem Nutzen«, Dtsch Arztebl Int 2012; 109(7): 115-6; DOI: 10.3238/arztebl.2012.0115
- 4 AMNOG Gesetzentwurf. Deutscher Bundestag 17. Wahlperiode Drucksache 17/3116 (1.10.2010)
- 5 <http://www.gesundheitsinformation.de/> [15.11.2014]
- 6 <http://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/wirtschaft/news/2014/06/18/novartis-verkuen-detvildagliptin-abverkauf/13108.html> [15.11.2014]
- 7 Jürgen Windeler et al.: »Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz: Zu guter Letzt ist alles selten«, Dtsch Arztebl 2010; 107(42): A-2032
- 8 Kleine Anfrage der Fraktion die Linke und Antwort der Bundesregierung. Deutscher Bundestag 18. Wahlperiode Drucksache 18/2733 (7.10.2014)
- 9 <http://www.akdae.de/Stellungnahmen/BMG/index.html>
- 10 »Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz 2014«, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg 2014, S. 186

## Materialien des vdä

Liebe Mitglieder, liebe Leserinnen und Leser, gerne können Sie bei der Geschäftsstelle Material des vdä bestellen und das an Interessierte weitergeben bzw. verkaufen. Während die »meisten« Ausgaben der Zeitschrift bis auf ein paar wenige Restexemplare inzwischen vergriffen sind, haben wir von einigen, die wir in größerer Auflage gedruckt haben und die inhaltlich auch noch aktuell sind, noch welche auf Lager und würden uns freuen, wenn diese Interessierte LeserInnen erreichen würden.

Auch die Broschüre mit den neuen programmatischen Grundlagen des vdä hat die Geschäftsstelle noch vorrätig. Sie wird gegen 5 Euro verkauft (plus Versandkosten).

#### Aktuell in der Geschäftsstelle vorhanden sind:

- »Gute Medizin braucht Politik. Programmatische Grundlagen des vdä« (5 €)

- Thomas Kunkel, Noemi Eich, Raimund Novak, Ingeborg Oster: »Praktische Fragen in der medizinischen Betreuung von Hungerstreikenden«, Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (Hrsg.), 1. Auflage, Dezember 2014 (steht als kostenloser Download auf der Homepage des vdä zur Verfügung)
- Sonderausgabe der Zeitschrift *Gesundheit braucht Politik* zum Thema: »Austerität – tödliche Medizin für Griechenlands Gesundheitswesen«, August 2014 (5 €)
- *Gesundheit braucht Politik* zum Thema: »Keep our National Health Service Public – Die Privatisierung des englischen Gesundheitswesens«, 02/2014 (2,50 €)
- *Gesundheit braucht Politik* zum Thema: »Überall Kommerz. Wie funktioniert das Gesundheitswesen?«, 03/2012 (2,50 €)
- vdä-Flyer »Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar« (kostenlos)

- Flyer »Gute Medizin braucht Politik« Kurzfassung der Programmatischen Grundlagen des vdä (kostenlos)

Rufen Sie an oder schreiben Sie ein Email. Gerne schicken wir Ihnen die Geschäftsstelle die Materialien in der gewünschten Anzahl.





## Unabhängig oder frei, das ist hier die Frage

### Bernhard Winter zum Verhältnis der Hessischen Ärztekammer zur Pharmaindustrie

**Bernhard Winter berichtet von den unerfreulichen Entwicklungen in der Hessischen Ärztekammer, die der Pharmaindustrie sukzessive die Einflussnahme auf Fortbildung ermöglicht.**

»Hessen vorn« war vor Jahrzehnten der Slogan der SPD – als noch selbstverständlich war, dass sie dieses Bundesland regierte. Die Landesärztekammer in Hessen scheint sich diesen Slogan zu eigen gemacht zu haben, wenn es darum geht, in der Fortbildung die letzte Distanz zur Pharma- und Medizingeräteindustrie aufzugeben. Auch in dieser Ärztekammer wird ständig das hohe Lied vom ärztlichen Berufsstand, der nur dem Wohl der Patienten verpflichtet ist, gesungen und die Ökonomisierung des Gesundheitswesens beklagt.

Unverzichtbarer Teil dieses Ethos ist es auch, dass Patienten nur nach bestem Wissen behandelt werden sollen. Für ein fundiertes Wissen stellt die ständige Fortbildung ein unverzichtbares Element dar. Dieses Wissen kann aber nur unabhängig von wirtschaftlichen Interessen Dritter resp. Pharma- und Geräteindustrie erworben werden. Wie vielfach dokumentiert und täglich erfahrbar, ist der überwiegende Teil der Fortbildungsveranstaltungen von der Pharmaindustrie gesponsert und beeinflusst (Zusammenstellung bei [www.bioskop-forum.de/hinschauen/fortbildungen-und-pharmasponsoring.html](http://www.bioskop-forum.de/hinschauen/fortbildungen-und-pharmasponsoring.html)). Auf den Kongressen der Fachgesellschaften vermengt sich zusehends das wissenschaftliche Programm mit den durch die Industrie gestalteten Satellitenprogrammen. Werbefreie Fachzeitschriften sind rar gesät. Angesichts dieser unübersehbaren Dominanz

der pharmazeutischen Industrie bei Fortbildungen, müsste den Ärztekammern als Verantwortlichen für die Fort- und Weiterbildung die Aufgabe zuwachsen, einen Raum zu schaffen, diese ohne wirtschaftliche Einflussnahme zu ermöglichen. In einigen Kammern scheint die Sensibilität für diese Problematik ein wenig zugenommen zu haben. Gelegentlich wurden CME-Punkte bei allzu deutlicher Einflussnahme auf den Inhalt von Fortbildungsveranstaltungen wieder aberkannt.

Die Kammer in Hessen scheint dies wenig anzufechten, sie geht den entgegengesetzten Weg und erleichtert der Pharmaindustrie sukzessive die Einflussnahme.

Erster Schritt: Die Delegiertenversammlung im September 2014 verabschiedete eine neue Fortbildungsordnung der LÄK Hessen. Im § 8 findet sich dort u.a.: »Die Anerkennung der Fortbildungsmaßnahme setzt voraus, dass ... 3. Die Inhalte unabhängig von wirtschaftlichen Interessen sind...«. Die Musterfortbildungsordnung der Bundesärztekammer schlug in Ablehnung des § 95d Sozialgesetzbuch V den Terminus »frei von wirtschaftlichen Interessen« vor. Getrost kann man davon ausgehen, dass dies nicht nur eine semantische Aufweichung ist.

Zweiter Schritt: Bei der darauf folgenden Delegiertenversammlung im November 2014 wurde eine Sponsoring-Richtlinie verabschiedet und damit Sponsoring für

die Arbeit der Ärztekammer festetabliert. Auch hier wird in erster Linie an Pharma- und Medizintechnikunternehmen gedacht, die u.a. Fortbildungsveranstaltungen sponsern sollen. Natürlich ginge man davon aus, dass damit keine inhaltliche Einflussnahme verbunden sei. Die Landesärztekammer Hessen ist stolz darauf, dass sie auch hier bundesweit Vorreiter ist.

#### **Wir können gespannt sein, was als nächster Schritt folgt...**

Kritische Einwände wurden in der üblichen Manier abgebugelt: »Wir brauchen die Pharmaindustrie, Fortbildung ohne Pharmaindustrie ist heute nicht mehr möglich ...« und was da einem mitunter recht erregt noch so alles um den Kopf gehauen wurde, nur um nicht über Alternativen nachdenken zu müssen. Ach ja – und manchmal hängt man dann doch seinen Stichwortgebern hinterher: Natürlich wurde auch das Argument bemüht, die Pharmaindustrie müsse auch die Kosten für die Forschung wieder reinholen können. Dies zu einer Zeit, in der der Vorstand des Pharmakonzerns Gilead zu seiner Preispolitik im Hinblick auf das Hepatitis C-Medikament *Sofosbuvir* offen erklärte, diese habe nun gar nichts mit Forschungskosten zu tun, sondern orientiere sich daran, was die Märkte hergeben...

# Hungerstreik

## Eine Broschüre des vdää über praktische Fragen der medizinischen Betreuung von Hungerstreikenden

Seit 2012 fanden in der BRD etwa ein Dutzend Hungerstreikaktionen von Flüchtlingen bzw. Asylsuchenden statt. Schwerpunkt war zunächst Bayern, im Lauf des Jahres 2013 fanden weitere Aktionen in Berlin, Bitterfeld, Hannover und anderen Städten statt. Der letzte Hungerstreik wurde im November 2014 am Sendlinger Tor in München durchgeführt. Die Erfahrungen der Hungerstreikaktionen waren sehr unterschiedlich. Gemeinsam war ihnen, dass sich sowohl die Aktivistinnen und Aktivisten als auch das unterstützende Umfeld und nicht zuletzt die staatlichen Akteure kontinuierlich neu orientieren mussten.

Wir sind solidarisch mit dem Anliegen der Hungerstreikenden gegen die inhumane Asylpolitik und -praxis in der BRD zu protestieren. Die individuelle und politische Wertung des Hungerstreiks als Protestform wollen wir dabei vermeiden. Die Entscheidung treffen die Aktivistinnen und Aktivisten selbst. Auch wenn wir die Gründe für diese Entscheidung nicht immer nachvollziehen können, respektieren wir sie.

Die medizinisch tätigen Personen im Umfeld der vergangenen Hungerstreikaktionen standen stets vor der schwierigen Situation, dass nur wenige bis gar keine Informationen über das »richtige« Verhalten bei der Betreuung von Hungerstreikenden zur Verfügung stehen – weder medizinisch, noch rechtlich noch ethischer Art. Die vorhandene Literatur und Nachschlagewerke sind meist auf Englisch und auf die Bedingungen von Hungerstreiks von Gefangenen unter

Haftbedingungen (und auf die in den Gefängnissen arbeitenden Ärztinnen und Ärzte) zugeschnitten.

Dieser Reader stellt den Versuch dar, eine Lücke zu schließen und all jenen Medizinerinnen und Mediziner, die sich ehrenamtlich in einer solchen Situation medizinisch engagieren, eine kurze Einführung und praktische Hilfe geben zu können.

Wir stellen dazu einige grundsätzliche ethische Abwägungen voran, gefolgt von medizinischen Grundlagen zur Physiologie des Hungers und zum Umgang mit dem Risiko eines Refeeding Syndroms nach Abbruch des Hungerstreiks. Schließlich haben wir noch einige praktische Hinweise und Fragen zusammengetragen, die im Rahmen eines Hungerstreiks nach unserer Erfahrung auftauchen können. Wir erheben dabei keinen Anspruch auf Vollständigkeit und freuen uns über Kommentare, Kritik und Ergänzungen.

### Ethische Abwägungen

Die Beispiele von individuellen und Gruppenernährungsstreiks seit der zweiten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts sind zahlreich. Die Proteste der RAF-Inhaftierten in der BRD 1974, jene der IRA-Gefangenen in Irland 1980/1981, die der kurdischen Gefangenen in der Türkei 2012 und jene der Häftlinge von Guantanamo 2013 sind wahrscheinlich die bekannteren Beispiele. Die Gemeinsamkeit aller dieser Hungerstreiks lag bzw. liegt darin, dass sie unter Haftbedingungen durchgeführt wurden.

Die Deklaration von Malta des Weltärztebundes wurde 1991 vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen verabschiedet. Sie hat zweierlei Funktion: Erstens sollte und soll sie verbindliche Leitlinien für ethisches ärztliches Handeln in diesen Extremsituationen bereitstellen. Zweitens werden den mit der Versorgung und Betreuung der Hungerstreikenden betrauten Ärztinnen und Ärzten Handlungsoptionen



im Spannungsfeld zwischen ärztlicher Aufgabe, Respekt der Autonomie der Patientinnen und Patienten sowie potentielle Loyalitätskonflikte mit den Erwartungshaltungen der Rahmeninstitution aufgezeigt. Ein großer Teil der ethischen Konflikte in diesen Situationen entstand unter anderem, wenn auch nicht ausschließlich, durch die ärztlich durchgeführte oder ärztlich autorisierte Zwangsernährung von hungerstreikenden Häftlingen.

Die derzeitige Situation der hungerstreikenden Asylsuchenden in der BRD stellt in diesem Sinne eine ganz neue Situation dar: Erstens sind die Hungerstreikenden keine Häftlinge, auch wenn sie durch die Residenzpflicht, das Leben in Lagern und durch ihre in der Regel stark begrenzten finanziellen Möglichkeiten sowie die Sprachbarriere massiv in ihrer Lebensgestaltung eingeschränkt sind. Das ist politisch durchaus so gewollt; während des Asylverfahrens werden den asylsuchenden Menschen Grundrechte vorenthalten.

Zweitens hat keine der aktuellen Hungerstreikaktionen bisher eine ärztliche Zwangsernährung und unseres Wissens auch keine andere ärztliche Zwangsbehandlung zur Folge gehabt.

Dennoch sind diese Szenarien nicht unrealistisch und die Deklaration von Malta kann und sollte als zentrales Dokument von all jenen zur Kenntnis genommen werden, die sich mit der Betreuung von Hungerstreikenden befassen oder dazu beauftragt sind.

Der Reader steht auf der Homepage des vdää.

Oder Sie schreiben an die Geschäftsstelle:  
info@vdaae.de

Thomas Kunkel, Noemi Eich,  
Raimund Novak, Ingeborg  
Oster: »Praktische Fragen in der  
medizinischen Betreuung von  
Hungerstreikenden«, Verein  
demokratischer Ärztinnen und  
Ärzte (Hrsg.), 1. Auflage,  
Dezember 2014

# Gute Medizin braucht Politik

## Wider die Kommerzialisierung der Medizin

### Junge Ärztinnen und Ärzte im vdää

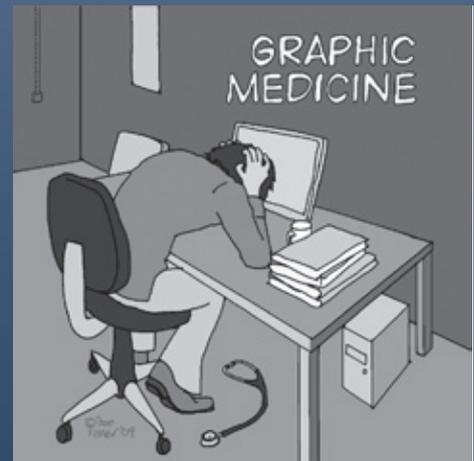
Freust Du Dich, dass es bald losgeht, als »richtige« Ärztin/»richtiger« Arzt zu arbeiten? Und sieht der Tag nach den ersten Monaten im Beruf auf einmal ganz anders aus als Du es Dir vorgestellt hast? Die Stationsarbeit wird zum Getriebe: Aufnahmen, Untersuchungen anmelden, Entlassungen, Codieren – kurzum: Fließbandarbeit und wenig Kontakt zum Patienten.

Und immer wieder springst Du ein, wenn mal wieder Ebbe im Dienstplan ist. Leere Stellen werden insbesondere in der Pflege nicht mehr nachbesetzt oder aus Kalkül offen gehalten, um die Personalkosten zu drücken. Aber auch wenn der Mangel und das gegenseitige Aushelfen die Berufsgruppen zeitweilig verbindet, bei den nächsten Tarifverhandlungen kämpft wieder jede Gruppe für sich und die Gelder für die Klinik sind gedeckelt – und was Deine Berufsgruppe sich erkämpft, fehlt nachher den anderen...

### Warum in den vdää?

Auch wir im vdää fragen uns, warum in einem der teuersten Gesundheitssysteme für die Beschäftigten befriedigende Arbeitsbedingungen und eine hochwertige Patientenversorgung immer schwieriger werden. Wir sind Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen, stationär und ambulant tätig, wir begleiten die Entwicklung im Gesundheitssystem sehr kritisch und wollen – auch gegen die offiziellen StandesvertreterInnen – kritischen Positionen Gehör verschaffen. Und wir wollen etwas zum Positiven ändern. Tendenzen der Ökonomisierung und Privatisierung, Fragen der Medizinethik etwa zu Sterbehilfe oder PID diskutieren wir kritisch und oft auch mit kontroversen Positionen. Wir sind parteipolitisch ungebunden, arbeiten aber zusammen mit anderen Organisationen bei bestimmten Themen.

Uns eint die Überzeugung, dass positive Veränderungen im Gesundheitswesen und mehr Solidarität nicht von wechselnden Gesundheitsministern auf dem Silbertablett präsentiert werden, sondern mit solidarischer Zusammenarbeit aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen erstritten werden müssen. Wir müssen uns engagieren statt zu resignieren!



**Es ist Zeit, sich einzumischen**

[www.vdaeae.de](http://www.vdaeae.de) | [www.facebook.com/vdaeae](https://www.facebook.com/vdaeae)