

# »Ein System der organisierten Verantwortungslosigkeit«

Prof. Ferdinand Gerlach kritisiert falsche Anreizsysteme und die Kluft zwischen ambulanter und stationärer Versorgung



Prof. Ferdinand Gerlach im Gespräch mit FF-Redakteurin Dr. Anne Hardy.

? Herr Prof. Gerlach, in den beiden vergangenen Jahren konnten allein in Hessen 60 Arztpraxen für Allgemeinmedizin nicht wieder besetzt werden. Das betrifft nicht nur ländliche Gebiete, sondern beispielsweise auch die sozial schwächeren Stadteile Frankfurts. Ist das auch für andere medizinische Spezialfächer so?

**Gerlach:** Die Allgemeinmedizin ist besonders stark und nahezu flächendeckend betroffen. Bei Augenärzten, Gynäkologen, Urologen und Dermatologen könnte es ebenfalls vereinzelt zu Engpässen kommen, hier insbesondere auf dem Land. Die wohnortnahe hausärztliche Grundversorgung ist jedoch ungleich stärker gefährdet. Wir haben bei den Hausärzten zu wenig Nachwuchs. Viele ältere Kollegen, die jetzt ihre Praxis aufgeben, finden bereits heute keinen Nachfolger mehr.

? Was tut das Institut für Allgemeinmedizin, um Nachwuchs zu werben?

**Gerlach:** Wir unternehmen auf mehreren Ebenen gleichzeitig sehr viel: Im Fokus steht zuerst die Ausbildung und anschließend auch die Weiterbildung. Erfreulicherweise wird die Allgemeinmedizin in der soeben novellierten Approbationsordnung weiter gestärkt. Sie sieht umfangreichere allgemeinmedizinische Pflichtveranstaltungen für alle Studierenden vor. Zusätzlich bieten wir interessierten Studierenden allgemeinmedizinische Praxisveranstaltungen und einen viermonatigen Abschnitt im Rahmen des Praktischen Jahres (PJ) in der Allgemeinmedizin an. Unsere Strategie ist es, die Studierenden möglichst früh und möglichst nah an die

**»Wir haben bei den Hausärzten zu wenig Nachwuchs.«**

hausärztliche Versorgung heranzuführen. Wir arbeiten deshalb mit über 120 besonders qualifizierten akademischen Lehrpraxen zusammen, die im ganzen südhessischen Raum verteilt sind. Wir versuchen, die Breite des Fachs unter Alltagsbedingungen erlebbar zu machen. Die Studierenden werden in der Regel eins zu eins betreut. Wir stellen fest, dass wir dadurch deutlich mehr Interesse für das Fach wecken können.

Als Spezialangebot für Interessierte haben wir zum Beispiel eine Kooperation mit dem Landkreis Fulda. Die »Landpartie« ermöglicht es den Studierenden, ihr Blockpraktikum in einer Landarztpraxis zu absolvieren. Dort bekommen sie zusätzliche Anreize: Fahrtkosten werden erstattet, Unterkunft und Verpflegung sind frei. Zum Abschluss gibt es noch einen Eventtag mit einer geführten Wanderung, einem Rundflug über die Rhön und anderen Angeboten, die dem Nachwuchs die Schönheit der ländlichen Umgebung vor Augen führen.

? Der Anästhesist Walter Schaffartzik hat den Ärztemangel in Krankenhäusern untersucht. Als Gründe nennt er einerseits rückläufige Studierendenzahlen in der Medizin und geburtenschwächere Jahrgänge durch den Pillenknick, aber andererseits auch gesellschaftliche Trends. Die »Generation Y« legt Wert auf die Vereinbarkeit von Beruf und Familie nicht zuletzt, weil immer mehr Frauen in diesem Beruf tätig sind. Wie müssen sich die gegenwärtigen Strukturen in den medizinischen Versorgungseinrichtungen verändern, damit das möglich wird?

**Gerlach:** Wir beobachten ebenfalls, dass der Nachwuchs andere Ansprüche an das Arbeitsleben hat, insbesondere was die Balance zwischen Arbeit auf der ei-

nen Seite und Familienleben sowie Freizeit auf der anderen Seite betrifft. Das hängt auch, aber nicht nur damit zusammen, dass wir bereits 63 Prozent Frauen unter den Studienanfängern haben. In der Allgemeinmedizin, einem Fach, das für Frauen überdurchschnittlich attraktiv ist, weil man es mit dem Familienleben gut verbinden kann, erwarten wir künftig sogar einen Frauenanteil von über 70 Prozent. Sowohl die jungen Frauen als auch Männer wollen nicht mehr 24 Stunden am Tag und sieben Tage die Woche einsatzbereit sein, wie das die alten Landärzte waren. Sie suchen eher Praxen in Ballungszentren, wollen die Möglichkeit zur Teilzeitarbeit haben und bevorzugen ein Angestelltenverhältnis. Sie möchten sich durch die Eröffnung einer Praxis nicht verschulden und damit langfristig an einen bestimmten Ort gebunden sein.

Oft haben die jungen Ärztinnen einen Partner, dessen Beruf eine erhöhte Flexibilität und intensive Reisetätigkeit verlangt. Deshalb sind sie mit dem Standort ihrer Praxis auf gute Verkehrsverbindungen angewiesen. Außerdem schätzt der ärztliche Nachwuchs die Annehmlichkeiten, die er von seinem Studienort kennt – Kneipen, Restaurants, Kinos, Events aller Art. Für seine Kinder erwartet er einen Kindergartenplatz, eine passende Schule und entsprechende Freizeiteinrichtungen. Auf dem Land fehlt aber häufig genau diese Infrastruktur.

Um den Ansprüchen der jetzt kommenden Generation besser gerecht zu werden, sollten wir größere Praxiseinheiten favorisieren, in denen es auch möglich ist, als Angestellter und in Teilzeit zu arbeiten. Eine weitere Möglichkeit ist, dass die jungen Landärzte ihren Lebensmittelpunkt in einer Stadt wie Frankfurt haben und dann nur an bestimmten Tagen in der Woche, etwa im Vogelsbergkreis, arbeiten. Der Gesetzgeber hat

**»Wir müssen größere Praxiseinheiten favorisieren, in denen es auch möglich ist, als Angestellter und in Teilzeit zu arbeiten.«**

bereits erste Schritte in diese Richtung beschritten, indem er die sogenannte »Residenzpflicht« aufgehoben hat. Früher musste der Arzt seinen Wohnort im Umkreis von ungefähr 20 bis 30 Minuten Fahrzeit von seiner Praxis haben. Das ist jetzt nicht mehr der Fall. Wir haben auch durch neue Versorgungskonzepte wie medizinische Zentren, größere Gemeinschaftspraxen und integrierte Versorgungskonzepte zwischen Kliniken und niedergelassenen Ärzten mehr Flexibilität erreicht.

? Im Juni hat der Rat der Gesundheitsweisen ein Gutachten an Gesundheitsminister Daniel Bahr übergeben. Darin fordern Sie und Ihre Kollegen unter anderem den Aufbau neuer Versorgungsmodelle, in denen beispielsweise Ärztenetze gemeinsam Verantwortung für Patienten übernehmen. Wie könnte das im Einzelfall aussehen?

**Gerlach:** Wir haben in Deutschland eine Situation, die man durchaus als organisierte Verantwortungslosigkeit bezeichnen kann. Patienten, insbesondere

diejenigen mit einer oder mehreren chronischen Erkrankungen, haben in der Regel niemanden, der sie kontinuierlich begleitet, umfassend für sie zuständig ist und konkrete Verantwortung übernehmen kann. Darüber hinaus ist es in unserem Gesundheitssystem so, dass verrückterweise letztlich alle ein betriebswirtschaftliches Interesse daran haben, dass die Patienten krank sind und auch bleiben. Chefärzte in Kliniken und niedergelassene Ärzte werden durch falsche Anreizsysteme dahin gedrängt, möglichst viele Leistungen zu erbringen. Da wird die Indikation gut vergüteter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen gedehnt und oft mehr gemacht, als eigentlich nötig ist.

Wir schlagen in unseren Gutachten vor, dass sich niedergelassene Fachärzte, Hausärzte und Kliniken sektorenübergreifend zusammenschließen und gemeinsam die Verantwortung für eine Gruppe von Versicherten übernehmen. Wir wollen Anreize dafür schaffen, die Menschen möglichst gesund zu erhalten, so dass sich Anbieter wie Versicherte freiwillig und aus Überzeugung für diese neuen Versorgungsformen entscheiden. Wir haben jetzt ein System, in dem kollektivvertraglich, also weitgehend vereinheitlicht, über die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen die Versorgung im ambulanten Bereich engmaschig reguliert wird. Wir möchten mehr Vielfalt und mehr Wettbewerb zwischen verschiedenen Versorgungskonzepten. Deshalb schlagen wir vor, dass sich die Anbieter sektorenübergreifend zusammenschließen und dann selektiv Verträge mit den Kostenträgern vereinbaren können, wobei wir, unter bestimm-

### Ein »Rundum-sorglos-Paket« für angehende Hausärzte

Mit Unterstützung des Hessischen Sozialministeriums hat das Frankfurter Institut für Allgemeinmedizin ein »Kompetenzzentrum Allgemeinmedizinische Weiterbildung« gegründet. Es engagiert sich erstmals über das Staatsexamen hinaus in der Weiterbildung zukünftiger Fachärzte und -ärztinnen für Allgemeinmedizin. Darüber hinaus haben sich die Institute für Allgemeinmedizin der Universitäten Frankfurt und Marburg als bundesweit erste universitäre Institute an der Gründung einer »Koordinstierungsstelle Weiterbildung Allgemeinmedizin« beteiligt. Diese unterstützt hessenweit regionale Weiterbildungsverbände von Kliniken und Praxen. Die Koordinierungsstelle ist bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen angesiedelt und wird auch von der Hessischen Krankenhausgesellschaft sowie der Landesärztekammer Hessen getragen. Studierende, die während eines Blockpraktikums oder im PJ Interesse an der Allgemeinmedizin gewonnen haben, erhalten ein Komplettangebot zum nahtlosen Übergang in die Weiterbildung. Bisher müssen sie sich als Einzelkämpfer auf jede einzelne Stelle selber bewerben, müssen jedes Mal eine Probezeit mit Urlaubssperre sowie diverse Verzögerungen und Kontinuitätsbrüche hinnehmen. Jetzt bekommen sie die gesamte Weiterbildung in der Klinik und in der Praxis in einem Paket, zusammen mit Begleitseminaren und einem Mentor, der sie über die gesamte Zeit begleitet. Bisher gab es so ein Angebot nur im Ausland, dann an der Universität Heidelberg.

ten Rahmenbedingungen, ganz bewusst eine regionale beziehungsweise lokale Vielfalt zulassen wollen.

? Die Gesundheitsweisen fordern in ihrem Gutachten mehr Qualitätswettbewerb an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Behandlung. Warum?

**»Verrückterweise haben letztlich alle ein betriebswirtschaftliches Interesse daran, dass die Patienten krank sind und auch bleiben. Wir wollen Anreize dafür schaffen, die Menschen möglichst gesund zu erhalten.«**

**Gerlach:** Unser Gesundheitssystem gleicht einem geteilten Land. In der Mitte gibt es eine dicke Mauer, die Kliniken und Praxen voneinander trennt, und auf beiden Seiten dieser Mauer herrschen sehr unterschiedli-



che Bedingungen. Die Ärzte in der Klinik werden völlig anders honoriert als die Ärzte in der Praxis. Auch die Qualitätssicherung, die Arzneimittelversorgung oder die Investitionsfinanzierung sind unterschiedlich geregelt. Ebenso gibt es bei der Zulassung neuer Untersuchungs- und Behandlungsverfahren Unterschiede: In der Klinik ist alles erlaubt, was nicht verboten ist, und in der Praxis ist nur das möglich, was ausdrücklich erlaubt ist. Die strikte Trennung der Sektoren führt dazu, dass die Kliniken und die niedergelassenen Ärzte wie Konkurrenten eher gegeneinander als miteinander arbeiten. Teure Patienten werden zum Beispiel gern in den anderen Bereich abgeschoben, damit die entstehenden Kosten im jeweils anderen Sektor anfallen. Es gibt kein echtes gemeinsames Interesse daran, Patienten opti-

**»Die strikte Trennung der Sektoren führt dazu, dass die Kliniken und die niedergelassenen Ärzte wie Konkurrenten eher gegeneinander als miteinander arbeiten.«**

mal zu versorgen, sondern ein auf den jeweils eigenen Sektor bezogenes Interesse, möglichst viel aus einem Fall, etwa in Form einer Fallpauschale, herauszuholen. Viele Chefärzte bekommen heute zum Beispiel Verträge, in denen ihnen bei Erreichen bestimmter Erlöse ein Bonus zugesichert wird. Das können sie letztlich nur erreichen, wenn sie mehr operieren, mehr Katheter einsetzen et cetera. Das ist eine ungesunde Anreizsituation, die für Patienten ganz schlecht sein kann.

? Wie wollen Sie das ändern?

**Gerlach:** Wir plädieren dafür, die Mauer zwischen den beiden Sektoren zunächst einmal zu perforieren, also durchlässiger zu machen und schließlich weitgehend abzureißen. Ein erster Schritt in diese Richtung ist die vorgesehene Etablierung eines ganz neuen Bereichs der Spezialfachärztlichen Versorgung. In diesem Bereich wird es zukünftig erstmals gleiche Rahmenbedingungen für ambulant tätige Klinikärzte und für niedergelassene Fachärzte geben. Zunächst gilt das nur für seltene Erkrankungen, solche mit schweren beziehungsweise besonderen Krankheitsverläufen sowie für hoch spezialisierte Leistungen. Das steht schon im Gesetz und wird jetzt vom Gemeinsamen Bundesausschuss näher definiert. Dieser Bereich macht zwar zunächst weniger als 1 Prozent der Versorgung aus. Aber das Modell kommt einer kleinen Revolution gleich. Wir schlagen unter ordnungspolitischen Aspekten vor, diesen Bereich sukzessive um ambulante Operationen, stationärer ersetzende Eingriffe und stationäre Kurzzeitfälle zu erweitern.

? Das Gutachten beschäftigt sich ausführlich mit der Qualitätssicherung. Welche Aspekte erscheinen Ihnen hier besonders wichtig?

**Gerlach:** In der Zukunft ist es wichtiger denn je, dass auch die Qualitätssicherung im ambulanten und im stationären Bereich nicht völlig getrennt ist. Wir haben jetzt für Kliniken eine externe stationäre Qualitätssicherung, bei der Daten zentral ausgewertet werden. Im ambulanten Bereich gibt es dagegen eher ein internes Qualitätsmanagement in Praxen sowie praxisübergreifende Qualitätszirkel, ohne dass Daten nach außen gegeben werden. Das ist vor allem deshalb nicht ausreichend, weil viele Patienten gleichzeitig sowohl ambulant als auch stationär behandelt werden. Wenn beispielsweise ein Patient im Rahmen einer Früherkennungsuntersuchung von seinem Hausarzt zur Darmspiegelung geschickt wird und der Facharzt einen Tumor feststellt, dann wird er wahrscheinlich als Nächstes in eine Klinik geschickt. Er wird dort operiert und wieder entlassen, bekommt vielleicht noch eine Chemotherapie, geht dann wieder für die Kont-

rolluntersuchung zum Gastroenterologen zurück. Im Falle von Komplikationen oder schwierigen Bedingungen werden eventuell noch weitere Kliniken, etwa eine Universitätsklinik, in die Behandlung einbezogen. Gleichzeitig ist der Patient bei seinem Hausarzt noch wegen eines hohen Blutdrucks oder Diabetes in Behandlung. So hat er Kontakt mit sehr vielen Ärzten,

die in verschiedenen Kliniken und Praxen tätig sind. Wenn die Qualitätssicherung generell nur auf den relativ kurzen Aufenthalt in einer Klinik zielt – das sind allgemein sechs bis acht Tage – ist nicht erkennbar, ob der Patient zum Beispiel noch Schmerzen hat, wie seine Lebensqualität ist und wie er selbst seine Betreuung erlebt.

Die Qualitätssicherung muss daher in der Zukunft sektorenübergreifend angelegt werden, da nur dann der gesamte Krankheitsverlauf abgebildet werden kann und nur so echte patientenrelevante Endpunkte beurteilt werden können. Es gibt schon die ersten datenschutzrechtlich geprüften Verfahren, bei denen der Patient eine spezielle Qualitätssicherungskennzeichnung bekommt, so dass auch Daten aus verschiedenen Bereichen zusammengeführt werden können. Das eben erwähnte kolorektale Karzinom ist die erste Indikation, bei der die sektorenübergreifende Qualitätssicherung umgesetzt wird. Wir schlagen vor, dabei besonders auch patientenrelevante Outcomes wie die Lebensqualität und die Lebensdauer zu berücksichtigen. Das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA) in Göttingen ist auf gesetzlicher Grundlage beauftragt, die externe und sektorenübergreifende Qualitätssicherung in ganz Deutschland zu organisieren.

? In dem Gutachten wird auch vorgeschlagen, einen »Index Multipler Deprivation« einzuführen, um damit soziale Ungleichheiten bei Versorgungsleistungen aufdecken zu können ...

**Gerlach:** Es gibt – je nach sozialer Schicht – große Unterschiede in der Lebenserwartung. Die untersten 20 Prozent haben eine um sechs bis acht Jahre kürzere Lebenserwartung als die obersten 20 Prozent. Das ist übrigens in vielen Ländern ähnlich und hat verschiedenste Gründe: Die Menschen in den untersten sozialen Schichten rauchen mehr, ernähren sich schlechter, nehmen weniger Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch, bewegen sich vielleicht weniger. Bildung spielt da eine große Rolle, ebenso das Risikoverhalten. Das ist primär ein gesellschaftliches Problem, das auch das medizinische System nicht beseitigen kann.

Für die Beurteilung der Versorgungsqualität müssen wir das berücksichtigen und eine Risikostratifizierung vornehmen, aber dafür gibt es in Deutschland keine allgemein zugänglichen Daten. In anderen Ländern ist die soziale Schichtung zum Beispiel nach Postleitzahlen aufgeschlüsselt.

Wenn wir diese Daten hätten, könnten wir auch gucken, wo wir gezielt etwas für die Menschen tun müssen, etwa indem wir Präventionsprogramme entsprechend anpassen. Im Moment haben wir nämlich Präventionsangebote vor allem dort, wo sie am wenigsten notwendig sind. Genauso wie wir die meisten Ärzte dort haben, wo sie am wenigsten gebraucht werden, nämlich in den wohlhabenden Stadtvierteln. Dort, wo ärmere Menschen leben mit mehr Krankheiten und schlechterer Prognose oder auch für ältere Menschen auf dem Land, haben wir in der Regel weniger Ärzte und weniger gesundheitliche Versorgungsangebote.

**»Wir haben die meisten Ärzte dort, wo sie am wenigsten gebraucht werden, nämlich in den wohlhabenden Stadtvierteln.«**

Wenn man einen Index multipler Deprivation hätte, könnte man Outcomes in der Qualitätssicherung damit koppeln und die regional unterschiedlichen Ergebnisse besser einschätzen. Wir stellen schon jetzt große Unterschiede bei der gesundheitlichen Versorgung in verschiedenen Landkreisen fest, die wir nicht erklären können. Mit Sicherheit spielen auch soziale Unterschiede eine Rolle, aber wir können sie nicht zuordnen, weil wir diese Daten nicht kleinräumig haben, und weil wahrscheinlich auch noch andere Faktoren wie die Angebotsstruktur hineinfließen.

Mit einem Index multipler Deprivation könnten wir auch den Erfolg verschiedener Versorgungsmodelle besser beurteilen und gezielte Anreize für eine bessere Versorgung schaffen.

? Wie schätzen Sie die Chancen ein, dass die Vorschläge des Rats umgesetzt werden?

**Gerlach:** Es ist nicht so, dass die Bundesregierung alles abarbeitet, was in unserem Gutachten steht. Die Politiker suchen sich in der Regel das heraus, was ihnen gefällt. Aus vorherigen Gutachten ist aus einigen sehr viel übernommen worden und teilweise sofort gesetzlich umgesetzt worden. Aus anderen Gutachten bis heute kaum etwas. Das kann manchmal auch fünf bis



zehn Jahre dauern. Als wissenschaftliche Politikberater erwarten wir auch gar nicht, dass die Politik alles macht, was wir empfehlen. Schließlich muss die Politik Mehrheiten organisieren und diese Maßnahmen auch verantworten.

? Sie setzen sich besonders für innovative Versorgungskonzepte ein. Welche Anreize wollen Sie schaffen, damit die Krankenkassen mehr in diesem Bereich investieren?

**Gerlach:** Im Augenblick machen die Krankenkassen in diesem Bereich fast nichts, weil sie mit beiden Beinen auf der Kostenbremse stehen. Und das, obwohl sie rund 22 Milliarden Euro auf der hohen Kante haben. Der Wunsch zu sparen hängt ganz entscheidend damit zusammen, dass die Kassen einen Zusatzbeitrag vermeiden wollen. Wir haben ja seit einiger Zeit in Deutschland ein System, in dem alle Kassen den gleichen Beitrag erheben. Die Kassen, die zuerst einen Zusatzbeitrag erhoben haben, mussten erleben, dass ihnen Hunderttausende Versicherte davongelaufen sind. Das führt mit dazu, dass derzeit keine neuen Versorgungsmodelle eingeführt werden, wenn sie sich nicht sofort rechnen. Das Bundesversicherungsamt, das die Aufsicht über die Krankenkassen hat, verlangt darüber hinaus bei neuen Verträgen zwischen Leistungsanbietern und Krankenkassen schon bei Vertragsabschluss den Nachweis, dass entweder Geld gespart wird oder dass die Mittel, die da reinfließen, beitragsatzneutral sind. Das ist faktisch völlig unsinnig, weil nahezu jedes neue Konzept eine Anschubfinanzierung braucht. Wenn ich zum Beispiel möchte, dass sich niedergelassene Ärzte und Kliniken zu einem Netzwerk zusammenschließen, muss ich erst einmal in

**»Die Aufgabe muss es sein, Überversorgung abzubauen und die frei werdenden Mittel etwa in sozial benachteiligte Bereiche mit Unterversorgung zu lenken.«**

eine entsprechende Infrastruktur investieren. Der Ertrag in Form von besserer Versorgung, und hoffentlich auch besserer Lebensqualität und -dauer kommt erst später.

Deshalb schlagen wir ein Kreditmodell vor: Wir geben den Krankenkassen für fünf Jahre die Mittel, neue Versorgungsmodelle umzusetzen. Sie bekommen die erforderlichen Zusatzkosten unter Sicherungsverzicht als zinsloses oder zinsverbilligtes Darlehen. Bedingung ist, dass die neuen Versorgungsmodelle von vornherein sektorenübergreifend konzipiert sind. Neben der ärztlichen Versorgung soll darin auch der bisher vernachlässigte Bereich der Pflege eine Rolle spielen. Wenn dann durch wissenschaftliche

Evaluationen gezeigt wird, dass diese Programme gesundheitliche Outcomes verbessern, kann dies einen Rückzahlungsverzicht begründen. Die Finanzierung könnte dann – nach fünf Jahren und nachgewiesenem Erfolg – aus dem Gesundheitsfonds erfolgen. Das Modell ist deshalb elegant, weil wir sowohl die derzeitige Stagnation überwinden als auch durch die erwähnten Vorgaben und eine anschließende Evaluation ungerechtfertigte Mitnahme-Effekte verhindern, die es bei früheren Anreizen zur Förderung der integrierten Versorgung gegeben hat.

? Welche Rolle spielt die Ökonomie im Gesundheitswesen?

**Gerlach:** Wir setzen jährlich allein in der gesetzlichen Krankenversicherung rund 180 Milliarden Euro um. Es handelt sich hier um einen sehr großen Wirtschaftszweig. Man muss sich auch als Gesellschaft sehr genau überlegen, ob die letztlich begrenzten Mittel zielgerichtet eingesetzt werden. Der Rat hat in einem früheren Gutachten schon einmal ausführlich dargestellt, dass wir nebeneinander Über-, Unter- und Fehlversorgung haben. Die Aufgabe muss sein, Überversorgung abzubauen und die frei werdenden Mittel etwa in sozial benachteiligte Bereiche mit Unterversorgung zu lenken. Ein Beispiel: Wir haben in Deutschland einwohnerbezogen etwa doppelt so viele Eingriffe mit Linksherzkathetern pro Jahr wie in der Schweiz. Es werden auch weiterhin zunehmend mehr sogenannte Linksherzkatheter-Messplätze eingerichtet und die müssen sich alle amortisieren. Damit steigt die Gefahr, dass Indikationen ausgeweitet werden, das heißt, es bekommen auch Leute einen Herzkatheter, bei denen das eigentlich gar nicht erforderlich ist. Kritische Kardiologen sehen das selbst auch so, aber so etwas in der Qualitätssicherung in den Griff zu bekommen, ist gar nicht so einfach. Ein Grundproblem ist, dass die Gelder, die da reingehen, uns dann an anderer Stelle fehlen, zum Beispiel in der Palliativmedizin, bei der hausärztlichen Versorgung im ländlichen Raum, bei persönlicher Zuwendung aller Art, etwa als Zeit für das individuelle Gespräch mit den Patienten. Es ist dann eben auch eine Frage der richtigen ökonomischen Anreize, ob die begrenzten Mittel verloren gehen, weil zu viel in technische Untersuchungen fließt und weil die Mittel an Stellen eingesetzt werden, wo sie nicht optimal den betroffenen Patienten zugutekommen. ♦

### Zur Person



**Prof. Ferdinand Gerlach**, 51, ist seit August 2004 Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität. Er habilitierte sich an der Medizinischen Hochschule Hannover über Qualitätsmanagement und Qualitätsförderung in Klinik und Praxis. Beide Themen waren wichtige Bestandteile seiner ersten wissen-

schaftlichen Tätigkeit am Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Kiel, das er von 2001 bis 2004 leitete. Er entwickelte die ersten evidenzbasierten Leitlinien für die Praxis und führte in Deutschland ärztliche Qualitätszirkel ein. Von 1998 bis 2003 war er Gründungsvorstand des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin, 2005 bis 2007 auch Gründungs- und Vorstandsmitglied des Aktionsbündnisses Patientensicherheit. Gerlach ist seit 2007 Mitglied im Gesundheitssachverständigenrat der Bundesregierung, seit Juli 2012 dessen Vorsitzender. Im Herbst 2010 wurde er zum Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin gewählt.

[gerlach@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de](mailto:gerlach@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de)



*„Ich bin bei den  
Freunden, weil die  
Goethe-Universität  
für unsere Stadt die  
Institution ist, die  
am meisten nach  
außen leuchtet.“*

RENATE VON METZLER  
EHRENSENATORIN DER GOETHE-UNIVERSITÄT  
UND MITGLIED IM VORSTAND DER FREUNDE

# Machen Sie mit, werden Sie ein Freund der Goethe-Universität!

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ, Ort, Staat \_\_\_\_\_

Die folgenden Angaben helfen, unsere Angebote auf Ihre Interessen abzustimmen.

Tätigkeitsfeld \_\_\_\_\_

Studium/Ausbildung \_\_\_\_\_

an der Uni Frankfurt  Ja  Nein

Ich bin Mitglied der Alumnivereinigung des Fachbereichs \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Telefax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Ich möchte die Vereinigung von Freunden und Förderern der  
Goethe-Universität Frankfurt am Main e.V. unterstützen mit

- einer einfachen Mitgliedschaft (Jahresbeitrag 50,-)  
 einer Firmenmitgliedschaft (Jahresbeitrag 500,-)  
 ich bin bereit, über den Mindestbeitrag hinaus jährlich \_\_\_\_\_ Euro zu zahlen.

Bitte buchen Sie den Jahresbeitrag und darüber hinausgehende jährliche  
Zuwendungen von meinem Konto ab.

Kontonummer \_\_\_\_\_

BLZ \_\_\_\_\_ Bankinstitut \_\_\_\_\_

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

Bitte senden Sie den ausgefüllten Coupon an folgende Adresse:

**Vereinigung von Freunden und Förderern der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main e.V.**  
**Postfach 11 1932, D-60054 Frankfurt am Main**

Die Vereinigung von Freunden und Förderern der Goethe-Universität Frankfurt am Main e.V. ist als gemeinnütziger  
Verein anerkannt. Spenden und Mitgliedsbeiträge sind steuerlich in vollem Umfang absetzbar.

Der Speicherung meiner Angaben in einer nur zu Vereinszwecken geführten computergeschützten Datei stimme ich zu.