

Vertrauen von Bürgern und Ärzten ins Gesundheitssystem sinkt Jeder 2. GKV-Versicherte fühlt sich schlecht abgesichert

Berlin (opg) – Nur noch 56 Prozent der rund 71 Mio. Versicherten fühlen sich heute in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) „gut abgesichert“. Umgekehrt hat bei den etwa 9 Mio. Mitgliedern der privaten Krankenversicherung (PKV) die Zufriedenheit weiter zugenommen: 89 Prozent fühlen sich aktuell „gut abgesichert“. Die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems insgesamt beurteilen 59 Prozent der Bevölkerung als „gut“ oder „sehr gut“ – acht Prozentpunkte weniger als 2005 und 23 Prozentpunkte weniger als 1994. Das sind Ergebnisse einer repräsentativen Allensbach-Umfrage, die am 26. November 2008 in Berlin vorgestellt wurde.

Vertrauensschwund und Mängel – Ulla Schmidt schweigt

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt müssten die zitierten Ergebnisse der Umfrage beunruhigen. Aber die SPD-Politikerin schweigt sich darüber aus. Dabei kann es kaum Zweifel daran geben, dass diese schlechten Zahlen maßgeblich auf Schmidts gesundheitspolitisches Reformkonto gehen: anhaltende Budgetierung, forcierte Leistungskürzungen, mehr oder weniger verdeckte Rationierung in der ambulanten Versorgung sowie der systematische Rückbau der paritätischen GKV-Finanzierung (Zuzahlungen, Sonderbeitrag) dürften wesentlich zum progressiven Akzeptanzverlust der GKV beigetragen haben. Bestätigt werden Vertrauensschwund und Abstieg des deutschen Gesundheitswesens durch weitere Untersuchungen, die in den vergangenen Tagen veröffentlicht worden sind:

• „Großes Vertrauen“ und „etwas Vertrauen“ in die GKV hatten im Jahr 2006 rund 67 Prozent der

Inhalt

Vertrauen ins Gesundheitssystem sinkt	1
Aus dem Bundestag:	2
- Krankenhausfinanzierung	2
- Mehrwertsteuer auf Arzneimittel	3
- Hepatitis C-Bekämpfung	3
- Entschädigungen für mit Hepatitis C infizierte Bluterkrankte	4
- Beratung für Schwangere nach Pränataldiagnostik	4
- Bundesregierung lehnt Mehrausgaben bei Krankenhausfinanzierung ab	5
- Cannabis als Medikament nicht freigegeben	5
Aus dem Bundesrat	5
- Berufskrankheitenrechts in der gesetzlichen Unfallversicherung	5
Zukunft von Kassenverträgen	6
Personalia	6
Umfrage: Wie sieht der ideale Arzt aus?	7
KTQ: Qualität als Antwort auf ideologische Gesundheitspolitik	7
Deutsche Ärzte haben nur wenig Zeit für ihre Patienten	7
Stationäre Versorgung leicht verbessert	8
„Auf halber Strecke stehen geblieben“	8
Rabattverträge	10
Onlineportal der DKG	10
Arzneimittelinformationssystem	11
Erbschaftssteuer	11
Zukunft der Jungmediziner	12

Verantwortlicher

Herausgeber:
Dr. J.-A. Rüggeberg
Präsident der GFB
Redaktion:
Dr. Hanns-Hinnerk Felsing

Westdeutschen und 69 Prozent der Ostdeutschen. Im Jahr zuvor (2005) waren es allerdings noch jeweils 73 Prozent. Das steht im am 19. November veröffentlichten „Datenreport 2008: Der Sozialbericht für Deutschland“, ein Gemeinschaftswerk des Statistischen Bundesamtes (Destatis), des Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung (WZB) und der Gesellschaft sozialwissenschaftlicher Infrastruktureinrichtungen (GESIS).

• Nach dem neuen Europa-Gesundheitskonsumenten-Index (EHCI), der am 13. November in Brüssel publiziert worden ist, ist Deutschland vom dritten auf den sechsten Platz bei den „konsumentenfreundlichsten“ Gesundheitssystemen Europas abgestiegen. Fazit der Herausgeber: „Das deutsche Gesundheitssystem verliert weiter an Boden.“

• Chronisch Kranke sind nach Ergebnissen einer aktuellen Untersuchung des Commonwealthfund in Deutschland insgesamt nur mittelmäßig versorgt. Kostenbedingte Zugangsprobleme zur medizinischen Versorgung sind nach der am 13. November in Washington veröffentlichten Untersuchung in vier Ländern teilweise deutlich niedriger als hierzulande (26 Prozent), deutlich besser schneiden Holland und Großbritannien ab. Über Koordinierungsprobleme berichten in Deutschland ebenfalls 26 Prozent der chronisch Kranken – in sechs anderen Ländern waren die Beschwerdequoten kleiner.

Fortsetzung Folgeseite

Vertrauen ins Gesundheitssystem sinkt (Fortsetzung)

Zwei Drittel der GKV-Versicherten zutiefst pessimistisch

Der aktuelle Report zeigt folgende Befragungsergebnisse:

- 59 Prozent der Bevölkerung beurteilen Gesundheitssystem und Gesundheitsversorgung als „gut“ oder „sehr gut“. Das ist der niedrigste Wert seit 2004. „Nicht so gut“ und „gar nicht gut“ finden 39 Prozent der Befragten System und Versorgung. Das ist die höchste Quote seit Jahren. Ärzte schätzen die Gesundheitsversorgung deutlich besser ein als die Bevölkerung (17 Prozent „sehr gut“, 63 Prozent „gut“).
- 60 Prozent der Bevölkerung und 57 Prozent der Ärzte gaben an, die Qualität der Gesundheitsversorgung habe sich in den „letzten zwei, drei Jahren verschlechtert“, jeweils knapp ein Drittel meinen, die Qualität sei „in etwa gleich geblieben“.
- Die künftige Entwicklung (in den nächsten zehn Jahren) schätzen Ärzte so ein: 87 Prozent erwarten einen verstärkten Trend zur Zweiklassen-Medizin, 84 Prozent befürchten, es werde als Arzt schwieriger sein, die medizinisch notwendigen Leistungen zu verordnen, 81

Prozent halten eine Gesundheitsversorgung auf dem heutigen Niveau nicht mehr für alle Patienten für gewährleistet und 76 Prozent meinen, die Kassen würden künftig nur noch die Kosten für die „medizinische Grundversorgung“ übernehmen.

- Die Bevölkerung ist in einigen Zukunftsfragen insgesamt nur geringfügig optimistischer als die Ärzteschaft. Zwar erwarten 82 Prozent anhaltend steigende GKV-Beiträge. Die Tendenz zur Zweiklassen-Medizin halten 69 Prozent für zunehmend und 64 Prozent rechnen künftig nur noch mit einer Grundversorgung in der GKV. 61 Prozent zeigen sich überzeugt, dass eine Gesundheitsversorgung auf heutigem Niveau in den nächsten zehn Jahren nicht mehr für alle gewährleistet sein wird.
- Angesichts der GKV-Misere wächst der Wunsch gesetzlich Krankenversicherter, sich zusätzlich privat abzusichern, auf einen neuen Spitzenwert von 44 Prozent. (1997: 23 Prozent). Fast jeder Zweite erwägt, private Zusatzversicherungen für Krankheitsfälle abzuschließen.

Verhältnisse zum Besseren ändern

„Das Vertrauen in die Zukunftsfähigkeit der Gesundheitspolitik ist nachhaltig erschüttert“, kommentiert – völlig richtig – Bundesärztekammer-Präsident Prof. Hoppe den vorliegenden Gesundheitsreport. Welcher Handlungsbedarf resultiert daraus für die Ärzteschaft selber? Offensichtlich gar keiner, jedenfalls nach Einschätzung der Ärzte-Standesführer Hoppe und Köhler. Das kann man auch anders sehen. Ein herausragender deutscher Schriftsteller, Dichter und Theaterautor hat es sinngemäß einmal so ausgedrückt: Ein Arzt, der in politisch-ökonomischen Verhältnissen lebt, die es ihm nicht erlauben, seinen Beruf angemessen zum Wohle seiner Patienten auszuüben, darf sich nicht damit abfinden, sondern muss einen politischen Umweg gehen, um die Verhältnisse in seinem Betätigungsfeld zum Besseren zu ändern. Berthold Brecht hätte damit – bezogen auf die heutige Misere – sicher nicht angenommen, die große Unions-SPD-Koalition sei der richtige politische Umweg. (Auszug aus opg 31/2008)

Aus dem Bundestag

Kritik an Krankenhausfinanzierung: "Auf halber Strecke stehen geblieben"

Ausschuss für Gesundheit (Anhörung)

Eher kritisch haben Experten den Gesetzentwurf zur Krankenhausfinanzierung am Montagmittag in einer öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses bewertet. Mit dem Entwurf (16/10807) will die Bundesregierung die finanzielle Situation der Krankenhäuser vom Jahr 2009 an wesentlich verbessern und unter anderem in drei Jahren bis zu 21.000 zusätzliche Stellen im Pflegedienst schaffen. Die Kliniken sollen vom 1. Januar 2012 an zudem leistungsorientierte Investitionspauschalen erhalten können und für die Jahre 2008 und 2009 vereinbarte Lohn- und Gehaltssteigerungen zur Hälfte

von den Krankenkassen erstattet bekommen.

Nach Ansicht von Vertretern der Krankenhäuser reichen die im Gesetzentwurf vorgesehenen Hilfen in Höhe von rund 3 Milliarden Euro nicht aus, um den Finanzbedarf der Kliniken zu decken. "Wir brauchen mindestens das Doppelte an Hilfen, um einigermaßen klar zu kommen", sagte Rudolf Köster von der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) In den vergangenen Jahren seien 100.000 Stellen in den Krankenhäusern verloren gegangen. Der Gesetzentwurf sei nicht geeignet,

einen weiteren Stellenabbau zu verhindern. Zwar lobte Köster den hohen Stellenwert der Investitionsfinanzierung im Gesetz. Jedoch wäre es wichtig gewesen, betonte er, auch die Länder zu verpflichten, in Zukunft mehr Investitionsmittel zur Verfügung zu stellen. Wie Köster bezeichnete auch Thomas Bublitz vom Bundesverband Deutscher Privatkliniken die 50-prozentige Finanzierung der Tarifkostensteigerung als "nicht ausreichend".

Fortsetzung Folgeseite

Kritik an Krankenhausfinanzierung (Fortsetzung)

Johann Magnus von Stackelberg vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen vermisste wie Köster in dem Entwurf eine verpflichtende Festlegung der Investitionsmittel der Länder. "Das System der Pauschalförderung stellt die Ländermittel letztlich nicht sicher", kritisierte er. Außerdem hätte sein Verband sich von einem Reformgesetz dringend einen weiteren Einstieg in den Wettbewerb gewünscht. "Was wir wollen, ist ein Qualitätswettbewerb der Krankenhäuser - auch und gerade in der Pflege", sagte von Stackelberg. Mit dem vorliegenden Ergebnis sei das Reformgesetz "auf halber Strecke stehen geblieben".

Ebenfalls mehr Wettbewerb forderte Professor Günther Neubauer. Er drängte aber darauf, dass dies auch Preiswettbewerb bedeuten müsse. Dass eine Blinddarmpoperation in München genauso viel kosten müsse wie in Hamburg sei "ökonomisch schlichtweg falsch", sagte Neubauer. Rudolf Köster betonte, die DKG trete für einen Qualitätswettbewerb und für Transparenz ein. Ein Preiswettbewerb in diesem Marktsegment sei jedoch falsch.

Uneinig waren sich die Sachverständigen in der Frage, ob das im Entwurf vorgesehene Pflegeförderungsprogramm notwendig ist.

Nach Ansicht der Krankenkassen gibt es keinen Bedarf für zusätzliche Pflegestellen, da der Pflegeaufwand in den Krankenhäusern in den vergangenen Jahren gesunken sei, so Wulf Dietrich Leber vom Bund der Krankenkassen. Marie-Luise Müller vom Deutschen Pflegerat zeigte sich indes "froh", dass die Bundesregierung sich des Themas angenommen habe. Sie setzte sich aber für eine hundertprozentige Finanzierung des Förderprogramms ein, auch wenn dies bedeute, dass am Ende weniger Pflegepersonal als vorgesehen eingestellt werden könne.

Mehrwertsteuer auf Arzneimittel *Gesundheit/Kleine Anfrage*

In welchen Mitgliedsländern der Europäischen Union es keine oder eine ermäßigte Mehrwertsteuer auf Arzneimittel gibt, möchte die Fraktion Die Linke in einer Kleinen Anfrage wissen (16/11018). Hintergrund sind die nach Ansicht der

Fraktion in den vergangenen Jahren deutlich gestiegenen Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für Arzneimittel. Die Linke fragt, weshalb die Bundesregierung einen europäischen Sonderweg bei der Besteuerung

von Arzneimitteln gehe und warum sie sich nicht in etwa an dem in der EU üblichen Steuersatz für Arzneimittel von unter 10 Prozent orientiere.

Bundesregierung: Aktionsplan zur Hepatitis C-Bekämpfung nicht notwendig *Gesundheit/Antwort*

Berlin: (hib/JOH) Die Bundesregierung hält eine nationale Strategie zur Bekämpfung von Hepatitis C (HCV) für nicht erforderlich. Entsprechende Elemente wie Prävention, Therapie und Vernetzung würden bereits umgesetzt, schreibt die Bundesregierung in ihrer Antwort (16/10768) auf eine Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen (16/10680). Die Grünen hatten unter anderem wissen wollen, welche konkreten Maßnahmen die Bundesregierung ergreifen werde, um die Krankheitshäufigkeit und die Zahl der Neuerkrankungen von HCV-Infektionen insbesondere bei Menschen mit intravenösem Drogengebrauch nachhaltig zu senken. Insbesondere hatten sie danach gefragt, ob die Bundesregierung

eine eigenständige nationale Strategie analog zum "Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie" für notwendig halte. Nach Erkenntnissen des Robert-Koch-Instituts seien derzeit etwa 400.000 bis 500.000 Menschen chronisch mit dem Hepatitis C-Virus infiziert, schreibt die Fraktion. Zudem steige die Zahl der Infektionen.

Die Bundesregierung betont in ihrer Antwort, sie nehme die Situation der HCV-infizierten injizierenden Drogenkonsumierenden in Deutschland sehr ernst. Da eine Schutzimpfung gegen Hepatitis C nicht verfügbar sei, zielten Präventionsmaßnahmen darauf ab, die bekannten Übertragungsmaßnahmen zu minimieren. Die wichtigsten präventiven Maßnahmen, das

heißt, die Untersuchung von Blut- und Gewebespendern und die Verwendung virusinaktivierter Blutprodukte, seien in Deutschland bereits gesetzlich geregelter Standard. Zur Verbesserung der präventiven und behandlungsorientierten Angebote fördern nach Auskunft der Regierung das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) seit einigen Jahren verschiedene Modellvorhaben und Forschungsprojekte. Derzeit fördere das BMG gemeinsam mit dem Land Berlin ein Pilotprojekt zur Frühintervention als Maßnahme der Hepatitis C-Prävention bei Drogenkonsumierenden.

Entschädigungen für mit Hepatitis C infizierte Bluterkrankte gefordert *Gesundheit/Antrag*

An Hämophilie erkrankte Patienten (Bluter), die durch verseuchte Blutprodukte mit dem Hepatitis C-Virus (HCV) infiziert wurden, sollen eine Entschädigung erhalten. Das fordert die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen in einem Antrag (16/10879). Die Entschädigung der ca. 3.000 HCV-Infizierten solle sich an dem 1995 beschlossenen HIV-Hilfegesetz orientieren, heißt es darin, weil die HCV-Infektionen eine nahezu identische Ursache

hätten, nämlich die nicht hinreichende, behördliche Reaktion auf das Risiko von Virusinfektionen durch Blutprodukte. Mit dem HIV-Hilfegesetz habe der Gesetzgeber eine human orientierte Entschädigungslösung insbesondere für Patientinnen und Patienten geschaffen, die durch Blutprodukte mit HIV infiziert wurden oder an HIV erkrankt sind, betont die Fraktion.

Die zwischen 1979 und 1989 aufgetretenen Infektionen seien keineswegs ein unvermeidbares Ereignis gewesen, heißt es in der Begründung des Antrags. Vielmehr sei das Risiko, durch Blutprodukte menschlichen Ursprungs eine Hepatitis zu übertragen, dem damaligen Bundesgesundheitsamt seit Ende der 1960er/Anfang der 70er Jahre bekannt gewesen.

Mehr Beratung für Schwangere nach einer Pränataldiagnostik *Familie/Gesetzentwurf*

Ärzte sollen zu einer umfangreicheren Beratung vor sogenannten Spätabtreibungen verpflichtet werden. Mit einem interfraktionellen Gesetzentwurf (16/11106) wollen 193 Abgeordnete eine bessere Information von Frauen erreichen, die aufgrund einer möglichen Behinderung des Kindes nach dem dritten Schwangerschaftsmonat vor der Frage einer Abtreibung stehen. Zwischen Beratung und Abtreibung soll zudem künftig eine dreitägige Bedenkzeit liegen. Außerdem soll die Bundesstatistik zu Schwangerschaftsabbrüchen nach dem Willen der Unterzeichner erweitert werden. Verstöße gegen das Gesetz sollen als Ordnungswidrigkeit mit einer Geldbuße von bis zu 10.000 Euro geahndet werden.

Bislang ist im Gesetz festgehalten, dass Frauen, die vor der Frage

einer Spätabtreibung stehen, das Recht auf eine Beratung haben. Dem Entwurf zufolge wäre der Arzt, der die Pränataldiagnostik durchgeführt hat, künftig verpflichtet, über die medizinischen und psychosozialen Aspekte, die sich aus dem Befund ergeben, zu beraten und vor allem auf weitere psychosoziale Beratungsmöglichkeiten durch Beratungsstellen hinzuweisen. Vor allem müsste er der Schwangeren schriftliches Informationsmaterial überreichen und seine Beratung anschließend dokumentieren. Die Bedenkzeit von drei Tagen wäre verpflichtend, sofern nicht eine "erhebliche Gefahr für Leib und Leben der Schwangeren" gegeben ist.

Zur Begründung heißt es, bisher sei der Schutz ungeborener behinderter Kinder nicht ausreichend gewährleistet. Die Pränataldiagnostik habe einen hohen Stellen-

wert in der Gesellschaft. Viele Schwangere meinten, die Untersuchungsangebote wahrnehmen zu müssen. Deswegen drohe ein "Automatismus: Pränataldiagnostik - Befund einer Behinderung des Ungeborenen - Schwangerschaftsabbruch als "medizinische Therapie". Die Informationsbroschüren würden die Betroffenen über die möglichen psychischen Folgen eines Schwangerschaftsabbruches sowie ein Leben mit einem geistig oder körperlich behinderten Kind informieren. Außerdem sollten Kontaktdaten von Selbsthilfegruppen, psychosozialen Beratungsstellen und ähnlichen Institutionen genannt werden, die den Frauen auf Wunsch weiterhelfen könnten.

Bundesregierung lehnt Mehrausgaben bei Krankenhausfinanzierung ab *Gesundheit/Unterrichtung*

Für die Bundesregierung kommen weitere erhebliche Mehrausgaben der Krankenkassen im Zuge des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht in Betracht. Das teilt sie in einer Gegenäußerung zur Stellungnahme des Bundesrates (16/116/107680868) mit, die jetzt

als Unterrichtung vorliegt. Darin betont die Regierung, dass bei den Beratungen des Schätzerkreises davon ausgegangen worden sei, dass im Bereich der Krankenhausversorgung Mehrausgaben von maximal 3,5 Milliarden Euro entstehen würden. Die vom Bundesrat verabschiedeten Änderungsan-

träge hätten jedoch teilweise deutliche Zusatzausgaben zur Folge. Daher könne die Bundesregierung den Anträgen nicht entsprechen.

Fortsetzung Folgeseite

Bundesregierung lehnt Mehrausgaben bei Krankenhausfinanzierung ab (Fortsetzung)

So wäre beispielsweise die geforderte unverzügliche und vollständige Bindung der Preisentwicklung im Krankenhausbereich an die Entwicklung der Krankenhauskosten angesichts der resultierenden zusätzlichen finanziellen Belastungen für die gesetzliche Krankenversicherung nicht verantwortbar, schreibt die Bundesregierung. Bei einer ungekürzten Anwendung würden Fehlanreize entstehen, die einer wirtschaftlichen Krankenhausversorgung entgegenwirkten. Auch der in einem weiteren Antrag geforderten generellen Anhebung des Personalbestands in psychiat-

risch-psychotherapeutischen Kliniken in Deutschland auf 100 Prozent statt der im Krankenhausfinanzierungsgesetz geplanten 90 Prozent könne nicht entsprechen werden, betont die Bundesregierung. Sie lasse die unterschiedlichen Gründe für eine bisher unterschiedliche Umsetzungsquote der Psychiatrie-Personalverordnung sowie das Eigeninteresse des Krankenhausträgers außer Acht. Darüber hinaus würde sie zu zusätzlichen jährlichen Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung in Höhe von rund 120 Millionen Euro führen.

Eine Beteiligung der Länder bei der Entwicklung der im Gesetzentwurf vorgesehenen Investitionspauschalen lehnt die Bundesregierung ebenfalls ab. Dies sei mit dem erforderlichen eigenständigen Kalkulationsprozess der Selbstverwaltungspartner nicht zu vereinbaren, schreibt sie. Zudem würde ein aufwändiger Abstimmungsprozess mit den Ländern einer zeitgerechten Auftragserfüllung durch die Selbstverwaltungspartner entgegenstehen.

Cannabis als Medikament nicht freigegeben

Gesundheitsausschuss

Cannabis wird nicht zur medizinischen Behandlung freigegeben. Der Gesundheitsausschuss lehnte am Mittwochnachmittag zwei entsprechende Anträge von Bündnis 90/Die Grünen (16/7285) und Die Linke (16/9749) mit den Stimmen der Koalitionsfraktionen und der FDP ab. Die Abgeordneten aller Fraktionen sprachen sich allerdings dafür aus, den Einsatz von Cannabis-Wirkstoffen wie Dronabinol unter bestimmten Voraussetzungen zu erleichtern.

Die Grünen betonten, in den bisherigen Beratungen und einer Anhö-

rung sei deutlich geworden, dass es offenbar Probleme bei der Versorgung von Schwerstkranken mit Cannabis-Wirkstoffen gebe. Das liege unter anderem an einer rigiden Genehmigungspraxis. Die Linke, die in ihrem Antrag unter anderem die Freigabe des Anbaus von Cannabis für Schwerstkranke fordert, widersprach der Befürchtung, der Einsatz von Cannabis als Medikament könne zu Abhängigkeit führen. Das hätten die Experten bestätigt.

SPD und Union betonten dagegen, es gebe bereits die Möglichkeit zur Anwendung von Cannabis-

Medikamenten, die Substanzen seien allerdings nicht zur Selbstmedikation geeignet. Entgegen den Aussagen der Linksfraktion seien bestehende Risiken von den Experten nicht ausgeräumt worden, hieß es aus den Reihen der CDU/CSU. Das Problem des schlechten Zugangs zu Dronabinol könne durch eine arzneimittelrechtliche Zulassung gelöst werden, so die SPD. Auch die FDP sprach sich gegen die komplette Freigabe von Cannabis zur medizinischen Verwendung aus.

Aus dem Bundesrat

Entschließung des Bundesrates zur Änderung des Berufskrankheitenrechts in der gesetzlichen Unfallversicherung

Nordrhein-Westfalen setzt sich für Verbesserungen bei den Vorschriften für Berufskrankheiten ein: Mit einer Entschließung soll der Bundesrat die Bundesregierung auffordern, für eine Präzisierung der Begriffsdefinition "Berufskrankheit" zu sorgen. Außerdem sei eine einheitliche Regelung zur Rückwirkung notwendig: Leistungen dürften generell längstens vier Jahre rückwirkend gezahlt werden. Stich-

tag für die Laufzeit der Leistungen solle der Zeitpunkt sein, ab dem der Unfallversicherungsträger von der Erkrankung Kenntnis hat. Die Sperrwirkung während der Beratungen über die Aufnahme einer Krankheit in die Berufskrankheitenliste müsse gesetzlich geregelt werden, damit die Betroffenen Rechtssicherheit erhalten.

Nordrhein-Westfalen bezieht sich im vorgelegten Entschließungsan-

trag auf Ergebnisse einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe. Da diese nicht in das kürzlich verabschiedete Unfallversicherungsmodernisierungsgesetz eingeflossen seien, müsse nunmehr nachgebessert werden.

Anm. der Red.: Die Entschließung wurde in der letzten Bundesratssitzung angenommen.

Einschätzung zur Zukunft der Kassenverträge

Nach Auslaufen der 1%igen Anschubfinanzierung stellt sich die Frage nach Umfang und Bedeutung von Kassenverträgen in der Zukunft. Die KBV prognostiziert bis 2010 eine gewaltige Umschichtung von bis zu 45% der Honorare aus den Kollektivverträgen in Direktverträge mit Krankenkassen. Eine aktuelle Aufarbeitung des Themas im Deutschen Ärzteblatt (43/2008) kommt zu einer deutlich zurückhaltenderen Einschätzung.

Hier hilft ein Blick auf die Interessenslagen der Beteiligten und auf die Fakten. Krankenkassen werden nach Einführung des Gesundheitsfonds stärker noch als bisher auf ihre Ausgaben achten müssen. Einfluss auf die Beitragssätze existiert seitens der Kassen nicht mehr. Stattdessen besteht Insolvenz-Risiko.

In dieser Lage wächst das Interesse vieler Kassen an einer Kooperation mit Ärztegruppen. Denn niedergelassene Ärzte steuern u.a. durch Verordnungen und Einweisungen zwei Drittel der Kosten in der GKV. Während die Kassen für die ambulante Behandlung von Versicherten pro Jahr rund € 25 Mrd. ausgeben, lösen niedergelassene Ärzte darüber hinaus ein Leistungsvolumen von bis zu € 100 Mrd. in anderen Sektoren aus.

Naheliegender Grundgedanke ist es daher, Ärzte für die Reduzierung vermeidbarer Veranlassungen zu belohnen, in dem sie an

den Einsparungen beteiligt werden. Kassenverträge nach diesem Strickmuster sind für Ärzte die einzige Möglichkeit, an Geldern aus anderen Sektoren zu partizipieren.

Ein Beispiel hierfür sind Verträge zum stationärsersetzenden Operieren. Mit nur rund 37% liegt der Anteil der ambulanten Operationen an allen Operationen in Deutschland bislang auf einem international niedrigen Niveau. Dies liegt auch daran, dass die Honorare für dieselbe Operation im ambulanten Bereich teilweise nur 30% bis 50% der stationären Honorare betragen. Ein Beispiel aus einer aktuellen Studie (Quelle: Gabriele Schulz, Diplomarbeit an der Hochschule Niederrhein): Das Stripping der saphena magna wird stationär mit € 1.785 vergütet. Die verursachten Kosten (Raum, Personal, Arbeitszeit der Ärzte) liegen im stationären Bereich bei € 684,61. Bei ambulanter Ausführung beträgt das OP-Honorar lediglich € 618,71. Der ambulante Operateur (Kosten € 313,99) führt diese Operation deutlich effizienter aus, als das Krankenhaus.

Die Verlagerung von Operationen vom stationären in den ambulanten Bereich spart also erhebliche Kosten, an denen die ausführenden Ärzte im Rahmen von Kassenverträgen beteiligt werden können. Ähnliche Potenziale vermuten Kassen im Arzneimittelbe-

reich, im Heil- und Hilfsmittelbereich und bei den AU-Bescheinigungen.

Auch der Gesetzgeber sieht Potenzial. So sollen die Kassen dazu verpflichtet werden, Hausarztverträge vornehmlich mit Organisationen abzuschließen, die mehr als die Hälfte der Hausärzte einer Region vertreten. Infrage kommt wohl flächendeckend nur der Hausarztverband. Doch einige Ersatzkassen haben bestehende Hausarztverträge zum 31.12.2008 bereits wieder gekündigt, weil die erwünschten wirtschaftlichen Effekte nicht den Erwartungen entsprochen hätten.

Fazit: Direktverträge sind für Kassen und auch für Ärzte attraktiv, ihre Zahl wird in den nächsten Jahren voraussichtlich deutlich steigen. Mittel- und langfristig werden diese Verträge aber nur Bestand haben, wenn sie durch entsprechende Einsparungen in anderen Sektoren refinanziert werden. Dies zu erreichen, ist Aufgabe der beteiligten Ärzte. Gelingt dies nicht, werden die Verträge wieder gekündigt werden.

Autor:

Oliver Frielingsdorf
Frielingsdorf Consult GmbH
Kaiser-Wilhelm-Ring 50
50672 Köln
info@frielingsdorf.de

Personalia

Der Aufsichtsrat der **Deutschen Apotheker- und Ärztebank** (apoBank) hat im Zuge der Nachfolgeregelungen für ausscheidende Vorstandsmitglieder **Herbert Pfennig** und **Stefan Mühr** in den Vorstand des Düsseldorfer Instituts berufen. Pfennig wird nach dem Ausscheiden von **Günter Preuß** Ende Juni 2009 das Amt des Vorstandssprechers übernehmen.

Dr. Ulrich Krötsch ist am 25. Nov. 2008 in Berlin zum Präsidenten der Bundesapothekerkammer (BAK) gewählt worden. Er folgt auf **Magdalene Linz**, die nicht mehr kandidierte.

HHF

Umfrage: Wie sieht der ideale Arzt aus?

Berlin – Nach welchen Kriterien suchen die Bundesbürger ihren Haus- und Facharzt aus? Darüber referiert Prof. Max Geraedts, Universität Düsseldorf, kürzlich auf einer Veranstaltung der Stiftung Praxissiegel.

Er bezieht sich dabei auf neue Daten des Gesundheitsmonitors der Bertelsmann Stiftung. Wichtigste Erkenntnis der repräsentativen Umfrage: Für die Deutschen sind bei ihrem Behandler vor allem „soft skills“ wie Kommunikation und Empathie von Bedeutung, erst danach folgen Kriterien wie Kompetenz oder Praxisorganisation. In Zahlen ausgedrückt: Ob ihr Hausarzt auf Fragen eingeht, ist fast 80 Prozent der Befragten sehr wichtig, an zweiter Stelle folgt die Verständlichkeit der Erklärungen (über

70 Prozent). Für knapp 70 Prozent ist Umgangston und Freundlichkeit des Mediziners ein sehr wichtiges Auswahlkriterium. Eine Behandlung nach neuestem medizinischen Wissensstand folgt erst an vierter Stelle mit gut 50 Prozent. Bei den Kriterien zur Facharztsuche ergibt die Befragung ein sehr ähnliches Bild. Bei den Fachärzten legen die Bundesbürger lediglich auf Spezialisierung größeren Wert, bei den Hausärzten auf die Bereitschaft, Patienten auch daheim zu besuchen.

Arztwahl: die meisten vertrauen Freunden und Verwandten

Bemerkenswert: „Nur ein Viertel der Befragten haben ihre Entscheidungskriterien auch aktiv bei der Arztsuche genutzt“, sagt Ge-

raedts. Die meisten verließen sich auf Empfehlungen von Freunden und Verwandten. Zweitwichtigste Informationsquelle ist laut Umfrage das persönliche Gespräch mit anderen Ärzten. Eine vergleichsweise geringe Bedeutung bei der Suche nach Informationen über Ärzte und Praxen spielen dagegen Patientenportale im Internet, Zeitungen und Zeitschriften sowie Radio- und Fernsehsendungen. Bei der Frage, welche Organisationen als Informationsquellen für die Suche geeignet seien, nennen die Bürger an erster Stelle Patientenberatungsstellen. Es folgen: Verbraucherschutzorganisationen, Selbsthilfegruppen, Krankenkassen sowie staatliche Einrichtungen. aho

KTQ: Qualität als Antwort auf ideologische Gesundheitspolitik

Berlin – Die Zertifizierung der KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) dient nach Einschätzung von Dr. Günther Jonitz nicht ausschließlich dazu, die Patientenversorgung zu optimieren. Auch stelle das Verfahren „eine Gegenwehr zur ideologisch und kostenorientierten Gesundheitspolitik“ dar, so der Präsident der Berliner Ärztekammer auf dem 8. KTQ-Kongress.

Die KTQ wird von den gesetzlichen Krankenkassen, der Bundesärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Deutschen Pflegerat und dem Hartmannbund getragen. Als interessenübergreifende Institution

arbeitet sie daran, flächendeckend eine transparente und für den Nutzer vergleichbare Leistungs- und Qualitätsdarstellung für Krankenhäuser, Praxen, Rehabilitationseinrichtungen und Pflegeheime zu etablieren. Sie hat für die verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens Zertifizierungsverfahren entwickelt. Ziel dieses freiwilligen Verfahrens ist die Implementierung bzw. die kontinuierliche Verbesserung eines internen Qualitätsmanagements.

„Die Krankenhäuser sind die Vorreiter der KTQ-Erfolgsstory“, betont Bernd Metzinger von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) auf der Pressekonferenz. Im ambulanten Bereich gebe es dagegen deutlichen Nachhol-

bedarf. In Zahlen ausgedrückt: Seit 2002 wurden 625 Krankenhäuser zertifiziert, davon über 200 bereits zum zweiten Mal. Seit 2004 können sich auch Arztpraxen zertifizieren lassen, bislang haben dieses Verfahren bei der KTQ erst 30 durchlaufen. Für Arztpraxen existierten nun einmal viele QM-Systeme, erklärt Lars Döring vom Hartmannbund die magere Bilanz. Nach seiner Aussage ist das KTQ-Verfahren sowohl für Einzel- und Gemeinschaftspraxen als auch für Medizinische Versorgungszentren (MVZ) geeignet. An Kosten müssen die Praxen rund 2.200 Euro einplanen, für Krankenhäuser fallen rund 15.000 Euro an, heißt es auf der Pressekonferenz. aho

IQWiG-Analyse: Deutsche Ärzte haben nur wenig Zeit für ihre Patienten

Berlin/Köln – Deutschland hat eines der besten Gesundheitsversorgungssysteme der Welt. Allerdings sind Medikamente hier teu-

rer als in jedem anderen europäischen Land und deutschen Ärzten steht die wenigste Zeit für ihre Patienten zur Verfügung. So lauten

die Kernergebnisse einer Analyse des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).

IQWiG-Analyse (Fortsetzung)

Veröffentlicht wurde diese im British Medical Journal (BMJ). Der Studie zufolge brauchen Ärzte und Patienten bessere unabhängige Informationen über Unterschiede zwischen den verschiedenen Behandlungen. Sie benötigten ferner mehr Zeit, um gemeinsam zu erörtern, welche Behandlung im konkreten Fall die beste ist. Die ärztlichen Sprechstunden sind in Deutschland aber pro Patient um 30 Prozent kürzer als im europäischen Durchschnitt und damit die kürzesten in Europa, heißt es in der IQWiG-Studie. Dennoch hätten deutsche Ärzte längere Arbeitszeiten. Institutsleiter Prof. Peter Sawicki: „Wir müssen es höher bewerten, wenn Ärzte sich mehr Zeit für ihre Patienten nehmen und sich in

Forschungsfragen anhand objektiver Quellen auf dem Laufenden halten.“

Mehr praxisrelevante Forschung nötig

Das IQWiG weist in der Expertise ferner darauf hin, dass in der täglichen Praxis der genaue Nutzen vieler medizinischer Maßnahmen unklar sei. Die Empfehlung des Instituts: Deutschland sollte mehr in die praxisrelevante klinische Forschung investieren und neuen Technologien gegenüber offen, aber kritisch eingestellt sein, um sein Gesundheitssystem bezahlbar und leistungsfähig zu erhalten. IQWiG-Chef Sawicki spricht sich im BMJ für eine kritischere Evalua-

tion sämtlicher Behandlungen vor ihrer Einführung in die Regelversorgung aus. „Zwar haben die Deutschen einfachen Zugang zu neuen ‚innovativen‘ Therapien – ob diese allerdings immer besser sind als die lang bewährten Maßnahmen, ist häufig unklar“, betont er. Nicht jede neue Technologie stelle notwendigerweise einen Fortschritt dar. Zudem bedeuteten schlechtere Therapien für Patienten das Risiko schlechterer Behandlungsergebnisse. „Vor ihrem breiten Einsatz sollten innovative Behandlungen daher zunächst unter Praxisbedingungen ausreichend getestet werden.“
aho

Qualitätsreport: Stationäre Versorgung leicht verbessert

Berlin – Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) und die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) haben aktuelle Ergebnisse zur Versorgungsqualität in Krankenhäusern vorgelegt. Diese zeigen einen Trend zur Verbesserung, aber auch Handlungsbedarf.

Der Geschäftsführer der BQS, Dr. Christof Veit, betont anlässlich der jährlich stattfindenden Konferenz „Externe stationäre Qualitätssicherung“, dass die Qualität der Versorgung im Jahr 2007 besser beurteilt werde als in den Vorjahren. Dies zeige, dass die deut-

lichen Krankenhäuser insgesamt eine Versorgung auf hohem Niveau gewährleisten könnten. Doch noch immer gebe es in vielen Kliniken und bei 20 von 194 erhobenen Qualitätsindikatoren deutlichen Verbesserungsbedarf.

Auffällige Ergebnisse gibt es zum Beispiel bei der Implantation von Hüftprothesen oder Herzschrittmachern. Auch bei Lungenentzündungen wird eine optimale Versorgung nicht erreicht. In 84 Prozent der Fälle wurde spätestens acht Stunden nach der Einlieferung die Sauerstoffsättigung im Blut gemessen. Dies ist zwar eine Steigerung von 10 Prozent gegenüber

2006, der Sollwert liegt aber bei 95 Prozent.

Dr. Josef Siebig, Vorsitzender des Unterausschusses Qualitätssicherung beim G-BA, sagt: „Wir brauchen noch mehr Transparenz und noch mehr Patientensouveränität. Überregulierung und undurchlässige Sektorengrenzen müssen weiter abgebaut werden.“ Bislang veröffentlichten nur wenige Kliniken Qualitätsdaten im Internet. Die großen Unterschiede zwischen den Krankenhäusern zeigten zudem, dass noch gezielter auf eine bessere Versorgung hingewirkt werden müsse, fügt Veit hinzu.
jt

„Auf halber Strecke stehen geblieben“

Krankenhausfinanzierung – eigentliche Debatte beginnt nach Anhörung

(opg) – Die wesentlichen Probleme in der Krankenhausfinanzierung kann der Gesetzentwurf der Bundesregierung – Bundestagsdrucksache 16/10807 – nur bedingt lösen. Das war der Tenor der öffentlichen Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages am 24. November, obwohl Experten und Vertreter der Verbände

durchaus positive Ansätze einkläumten. Ein zentraler Kritikpunkt: Das Gesetz werde nichts an der mangelnden Bereitschaft der Länder ändern, dringend notwendige Investitionen im Krankenhaussektor zu tätigen. So begrüßt Rudolf Köster von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zwar die Tatsache, dass die Investiti-

onsfinanzierung einen erheblichen Stellenwert habe, jedoch wäre es wichtig gewesen, auch die Länder zu verpflichten, in Zukunft mehr Investitionsmittel zur Verfügung zu stellen.

Fortsetzung Folgeseite

„Auf halber Strecke stehen geblieben“ (Fortsetzung)

Länder sind kaum zu ausreichenden Investitionen zu bewegen

„Erhebliche Zweifel“, ob man die Länder stärker in die Pflicht bekommen kann, hat Ralf Heyder, Verband der Universitätsklinika Deutschlands. Viele Länder hätten nicht das Geld, zu investieren. Perspektivisch werde deshalb kein Weg daran vorbeiführen, von der dualen auf eine monistische Kran-

kenhausfinanzierungssystem umzustellen, so Heyder.

Johann Magnus von Stackelberg, Spitzenverband Bund der Krankenkassen, vermisst wie Köster in dem Entwurf eine verpflichtende Festlegung der Investitionsmittel der Länder. „Das System der Pauschalförderung stellt die Ländermittel letztlich nicht sicher“, kriti-

siert er. Außerdem hätte sich sein Verband dringend einen weiteren Einstieg in den Wettbewerb gewünscht; „das Wettbewerbsstärkungsgesetz hätte komplettiert werden können“. Mit dem vorliegenden Ergebnis sei das Reformgesetz „auf halber Strecke stehen geblieben“.

Finanzierung der zusätzlichen Pflegekräfte umstritten

Uneinig waren sich die Sachverständigen in der Frage, ob das im Entwurf vorgesehene Pflegeförderungsprogramm notwendig ist. Dr. Wulf Dietrich Leber, Spitzenverband der Krankenkassen, bringt seine Zweifel deutlich zum Ausdruck. „Alle Pflegekräfte, die früher in den Krankenhäusern waren, finden sich im ambulanten Bereich

und in den Heimen wieder“, so Leber. Dennoch: „200 Millionen für Krankenschwestern sind besser als 200 Milliarden für Banker.“ Der DKG-Vertreter bestätigt zwar, dass Pflegeleistungen im Krankenhaus zurückgegangen sind, macht aber auf die Intensität der Pflegetätigkeit durch viele ältere und multimorbide Patienten aufmerksam. Er

findet gut, „dass darüber nachgedacht wird, der Pflege Hilfe zu kommen zu lassen.“ Wenn es dazu komme, plädiert Kösters jedoch für eine Vollfinanzierung zusätzlicher Stellen anstelle der geplanten Teilfinanzierung. „Lieber 15.000 Stellen statt der vorgesehenen 21.000“, so sein Credo.

VUD: Wortbruch der Bundesgesundheitsministerin

Zu einer ungewöhnlichen Unterbrechung kommt es während der Anhörung. Als eine Frage der Union nach FDP-Meinung nichts mit dem vorliegenden Gesetzentwurf zu tun hat, kommt es zu einer kurzen Beratung der Obleute. Ausschussvorsitzende Martina Bunge: Im Zuge der Chancengleichheit sei man sich einig geworden, keine Änderungsanträge anzuhören, die nicht allen bekannt seien. Wortmeldungen nach der Anhörung legen überhaupt den

Schluss nahe, dass die Veranstaltung mit anderen Kenntnissen einen anderen Verlauf genommen hätte. So konstatiert der Verband der Universitätsklinika (VUD) in einer Pressemitteilung vom 26. November: „Aktuelle Entwürfe des Gesundheitsministeriums zum Krankenhausfinanzierungsgesetz machen das versprochene Hilfspaket für Krankenhäuser hinfällig.“ Das gehe aus Unterlagen hervor, die dem VUD vorlägen. „Im September war den Krankenhäusern

ein Hilfspaket zugesichert worden. Tarifsteigerungen sollten durch 1,35 Mrd. Euro ausgeglichen werden“, heißt es weiter. „In einer Hau-Ruck-Aktion sollen nun anscheinend neue weitreichende Kürzungen in das Gesetz eingebracht werden, die die angekündigten Hilfen übersteigen.“ Die Rede sei von einem Betrag, der die Verbesserungen bei den Lohnkosten vollständig zunichte mache.

Wird aus Hilfsprogramm neues Kürzungsgesetz?

„Es ist schon erstaunlich, dass das Ministerium einen Tag nach der Anhörung mit dem Gesetzgeber ein umfangreiches Papier mit komplexen Änderungen vorlegen kann“, ärgert sich der VUD-Generalsekretär, Rüdiger Strehl. Man frage sich, warum die Änderungen nicht vor der Anhörung eingebracht wurden. Faktisch werde aus dem Hilfsprogramm ein neues Kürzungsgesetz. Empörung und Enttäuschung gibt es auch beim Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD).

Noch immer müssten die Krankenhäuser anscheinend darum bangen, wenigstens die ursprünglich im Entwurf für die Reform der Krankenhausfinanzierung enthaltenen Mittel in Höhe von rund 1,6 Mrd. Euro tatsächlich zu bekommen. „Mit massiver Einflussnahme auf die Politik haben es die Krankenkassen offenbar geschafft, dass nun eine Reihe von Änderungsanträgen vorliegt, die nur ein Ziel haben: Die vorgesehen Mittel für die Kliniken wieder einzukassieren.“ Die Änderungsanträge, die

das BMG vorlege, stellen eine „Missachtung der problematischen und hoch belasteten Lage der Krankenhäuser und ihrer 1 Mio. Beschäftigten“ dar. Sie sind ein Verstoß gegen die Vereinbarungen mit den Bundesländern, auf deren Grundlage (Eckpunkte) das Gesetzgebungsverfahren gestartet wurde, um den Krankenhäusern angesichts einer Kostenlücke von 6,7 Mrd. Euro zu helfen.

(Auszug aus opg 31/2008)

Rabattverträge der Krankenkassen und ihre Auswirkungen auf die Hersteller

Das Einsparvolumen für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) durch Verordnung von Generika ist enorm. Nach Angaben des Verbandes der Generikahersteller PROGENERIKA wird das Einsparvolumen in diesem Jahr 10 Mrd. Euro betragen, was einem vollen Beitragssatzpunkt entspricht. Bei diesen Angaben sind bislang noch nicht die vereinbarten Einsparungen aufgrund von Rabattverträgen berücksichtigt. Ohne Generika beliefe sich der Beitragssatz zur GKV ab 1. Jan. 2009 auf 16,5 % und nicht auf 15,5 %.

Bei Betrachtung des gesamten Arzneimittelmarktes fällt auf, dass die Arzneimittelausgaben der GKV ausschließlich im Festbetragsmarkt rückläufig waren. Sie sanken per Saldo um 203 Millionen Euro (-2,1 Prozent), eine Ersparnis, die ausschließlich auf Preissenkungen im Generikasegment zurück ging. Sparte in 2006 die GKV noch 6,5 Mrd. Euro, waren es in 2007 bereits 10 Mrd. Euro. Generika haben bislang in 2008 mit einem

Verordnungs- und Abgabenteil von 85 Prozent im generikafähigen Markt eine neue Höchstmarke erreicht. Vergleicht man den Preisunterschied zwischen einem patentfreien Originalprodukt und einem gleichwertigem Generikum ist eine Differenz von ca. 24 Euro festzustellen. Ein Generikum kostete demnach nicht einmal 45 Prozent des Preises eines patentfreien Erstanbieterproduktes.

Wie wirkt sich nun dieser Preiskampf unter den Bedingungen des GKV-WSG und AVWG aus?

Der Gesetzgeber hat den Krankenkassen mit diesen Gesetzen die Möglichkeit gewährt, Rabattverträge für eine Vielzahl von Arzneimitteln mit **einem** Hersteller zu verhandeln und zu vereinbaren. So hat die AOK Baden-Württemberg gegenwärtig einen Rabattvertrag für alle generischen Blockbuster ausgeschrieben. Angesichts des Marktanteils der AOK-Gruppe von 43 Prozent des GKV-Gesamtmarktes stellt dies,

bei Berücksichtigung nur **eines** Herstellers, eine bedrohliche Situation für die nicht zum Zuge kommenden Generikahersteller dar. Der Verlust eines Marktanteils von nahezu der Hälfte wird für etliche Unternehmen eine existenzielle Bedrohung bedeuten. Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt und den Standort Deutschland im Bereich der Generikahersteller sind zu erwarten. Damit droht aber auch eine Stagnation bei der Entwicklung weiterer Generika und Biosimilars und daraus resultierend weitere Kostensteigerungen.

Aber nicht nur diese gesamtwirtschaftlichen Folgen sind zu befürchten. Für Patienten kann dies zu erheblichen Compliance-Problemen führen, ist doch unter diesen Bedingungen eine Umstellung auf andere Medikamente zu befürchten. Gerade ältere und chronisch Kranke werden hiervon betroffen sein.

HHF

Erweitertes Onlineportal der Deutschen Krankenhausgesellschaft

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat ihr seit 2002 bestehendes Krankenhausverzeichnis überarbeitet und es in ein Onlineportal umgewandelt, das dem interessierten Patienten und Arzt ermöglicht, einen guten Überblick über die Leistungsfähigkeit, die Qualität der Leistungen und des Komforts zu gewinnen. Damit ist ein wichtiger Schritt in Richtung Transparenz über das Leistungsgeschehen getan worden.

Das Verzeichnis bietet 4 Suchmöglichkeiten gegliedert nach Regionen, Krankheitsbildern nebst zugehöriger ICD-Kodierung, Qualitätsdaten entsprechend den BQS-Daten und Angaben zu Strukturen und Leistungen, wie sie im Qualitätsbericht hinterlegt sind. Ergänzt

wird das Verzeichnis durch Zusatzinformationen z. B. zum hausinternen Qualitätsmanagement, den Leitenden Ärzten aber auch zum Serviceangebot der einzelnen Krankenhäuser. Das Onlineverfahren ermöglicht hierbei die tagesaktuelle Pflege des Datenbestandes durch das einzelne Krankenhaus.

Dem Nutzer werden umfangreiche Hilfen bei der Suche nach dem geeigneten Krankenhaus angeboten, die in Fenstern hinterlegt sind. Allerdings setzt das Portal ein wenig Erfahrung mit EDV-gestützten Suchen voraus. Es bietet jedoch einen wirklich guten Überblick über die derzeitige Krankenhauslandschaft.

Die Vorstellung des Krankenhausverzeichnisses erfolgte zu einem Zeitpunkt, zu dem die Änderungsvorschläge zum Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) bekannt geworden sind. Der Geschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) ließ es sich denn auch nicht nehmen, seiner Verärgerung hierzu Ausdruck zu geben. Mit deutlichen Worten geißelte er das Ansinnen des Bundesgesundheitsministeriums (BMG), die in der Vergangenheit mit Billigung der Bundes- und Landesministerien vereinbarten Tarifierhöhungen entgegen der bisherigen Ankündigungen des BMG nur teilweise auszugleichen.

HHF

Neues Arzneimittelinformationssystem der KBV für den niedergelassenen Arzt

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat jetzt ein neues Informationssystem für den Arzneimittelbereich vorgestellt. Sie will damit den Vertragsärzten eine Plattform anbieten, in der sie sich schnell und einfach über aktuelle Entwicklungen informieren können. Das Arzneimittelinformationssystem (AIS) bietet gebündelte praxisnahe Informationen zu Arzneimitteln und deren Verordnung. Dazu gehören Hilfestellungen zum Ordnungsmanagement, Analysen zur Ausgabenentwicklung sowie Verordnungshäufigkeiten bei bestimmten Krankheitsbildern und Hinweise zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

In einem regelmäßig erscheinenden Newsletter wird der Arzt über

aktuelle Entwicklungen in der Arzneimitteltherapie informiert werden. Hiermit soll auch eine zertifizierte Online-Fortbildung verbunden werden. Die Aufbereitung der Informationen erfolgt in enger Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Sie ist damit neutral und frei von Werbemaßnahmen der Pharmahersteller. Ergänzend sollen die Nutzer auf der AIS-Website Informationen pharmazeutischer Unternehmen zur Arzneimittelsicherheit finden, etwa sogenannte Rote-Hand-Briefe. Weblinks zur Arzneimittelrichtlinie inklusive Anlagen und zur Schutzimpfungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vervollständigen das Angebot.

Die KBV wird die Seiten ständig aktualisieren und die Nutzer zur Beteiligung in Form von Online-Umfragen anregen. Ein Manko wird weiterhin eine fehlende Übersicht über bestehende Rabattverträge der Krankenkassen bleiben. Daten hierzu stehen den KVen bedauerlicherweise nicht zur Verfügung.

Das AIS kann unter folgenden Links erreicht werden: <http://www.kbv.de/ais/> oder <http://ais.kbv.de>

HHF

Erbschaftsteuerreform

Kommentar des Bundesverbandes der Freien Berufe

Der Bundestag hat die Reform der Erbschaftsteuer nach 2. und 3. Lesung am 27.11.2008 beschlossen. Der Bundesrat soll das Gesetzgebungsverfahren am 5.12.2008 abschließen. Das neue Erbschaftsteuergesetz soll dann zum 01.01.2009 in Kraft treten.

Zentrales Petition des BFB war, dass die Wertermittlung die Besonderheiten bei Freiberuflerpraxen berücksichtigen muss, da hier der Wert überwiegend von dem Praxisinhaber abhängt.

Der nun vorliegende Regierungsentwurf, enthält Regelungen, wonach sich Lösungsmöglichkeiten für die freien Berufe ergeben:

- Abfindungsanspruch für die Besteuerung ist maßgebend,

soweit ein Mitgliedschaftsrecht bei Todesfall lt. gesellschaftsvertraglicher Regelung gegen Abfindung an die Mitgesellschafter übergeht (vgl. § 10 Abs. 10 ErbStG-E)

- Erweiterte Möglichkeit zur Reinvestition in einen anderen Betrieb innerhalb der gleichen Vermögensart (vgl. § 13a Abs.5 S.2 ErbStG-E)
- Die Regelung zur Bewertung von Betriebsvermögen im vereinfachten Ertragsverfahren, welches anzuwenden ist, wenn es nicht zu offensichtlich unzutreffenden Ergebnissen (z. B. aus zeitnahen Verkäufen, nachträgliche Erkenntnisse über den des Unternehmens) führt, wird in das Bewertungsgesetz mit aufgenommen.

Für die Besteuerung von Betriebsvermögen soll es zwei Wahlmöglichkeiten geben.

- Bei Betrieben, die zehn Jahre fortgeführt werden, entfällt die Erbschaftsteuer, wenn die Lohnsumme danach 1.000 Prozent erreicht, also praktisch konstant bleibt.
- Bei Betrieben, die sieben Jahre gehalten werden, bleiben 85 Prozent des Betriebsvermögens erbschaftsteuerfrei. Die Lohnsumme muss 650 Prozent nach sieben Jahren erreichen.

In beiden Fällen gibt es keine so genannte "Fallbeilegung". Das heißt, bei Verkauf oder Aufgabe des Betriebes innerhalb der gewählten Frist fallen nur anteilig Steuern an.

Zukunftsplanung der Kollegen von morgen

Eine Befragung der Studierenden medizinischer Fakultäten in Deutschland

Projekt der Abteilung für Allgemeinmedizin der Ruhr-Universität Bochum (Prof. Dr. med. H. Rusche)

Inhalte und Einblick in einige der vorläufigen Ergebnisse der Erhebung

Wie sehen die „Kollegen von morgen“ ihre berufliche und private Zukunft, welche Auswirkungen der aktuellen Entwicklung des Gesundheitssystems auf den persönlichen Weg werden individuell erwartet?

Was ist eigentlich ein „guter Arzt“ und was sind die Gründe, das Medizinstudium begonnen zu haben? Gibt es hinsichtlich der Berufswahl Gegebenheiten, die die Studierenden abschrecken?

Das sind nur einige der Fragen, die die Medizinstudenten der deutschen Universitäten im Rahmen einer anonymen semistandardisierten Online-Befragung bearbeiten.

Im Zuge der aktuellen Diskussion und Entwicklung des deutschen Gesundheitssystems erschien es naheliegend, die Akteure von morgen in die Betrachtung zukünftig zu erwartender (auch personeller) Ressourcen einzubeziehen, ihre persönlichen Planungen, Wünsche und Gedanken zur Situation darzulegen.

Die Inhalte und Ziele der Befragung lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

- Erfassen der beruflichen Zukunftsplanung der Medizinstudierenden in Deutschland
- Individuell erwartete Auswirkungen des Gesundheitssystems auf Lebens- und Berufsplanung
- Wunschfachgebiete, konsekutiv mögliche Abschätzung zukünftiger gebietsbezogener Versorgungsengpässe
- Niederlassungsplanungen
- Abwanderungstendenzen erkennen
- Erfassung evtl. Zukunftssorgen der Studierenden
- Zufriedenheit mit der Ausbildung
- Welchen Einfluss kann die Lehre auf die berufliche Orientierung der Studierenden nehmen?

Bisherige Teilnehmer der (zum Zeitpunkt der Drucklegung noch laufenden) Erhebung sind Studierende aller medizinischen Fachsemester, Teilnehmer des Regel- und Modellstudiengangs Medizin, darunter auch Teilnehmer, die zum Befragungszeitpunkt das praktische Jahr absolvieren (ca. 14 %). Die Teilnehmer sind nach ersten Ergebnissen zu 62 % weiblich, 38% männlich. Der Anteil an Studierenden mit bereits vorliegenden Berufsausbildungen und Berufserfahrungen liegt bei 24 %.

Befragt nach erwarteten Auswirkungen der aktuellen Entwicklung des Gesundheitswesens auf die eigene zukünftige Lebensplanung, erwarten ~ 93 % der Befragten persönliche Auswirkungen. Für ~70 % bedeutet dies möglicherweise einen Wechsel des Landes, in dem der Arztberuf ausgeübt werden soll. Im Rahmen weiterer Fragen zum Thema Emigration geben lediglich ~ 9% der Teilnehmer an, definitiv in Deutschland tätig werden zu wollen, nur ~10 % können sich einen Landeswechsel für sich nicht vorstellen. Die Tendenzen zur Auswanderung zeigen sich gleichermaßen auch bei Studierenden mit Migrationshintergrund.

Als weitere Auswirkungen werden die finanzielle (~44%) und familiäre Lebensplanung (43%), Änderung des Planes, sich niederzulassen (~37%), oder die Wahl der medizinischen Fachrichtung angegeben (35~ %). Rund 15% der Befragten erwarten Auswirkungen auf die Wahl des auszuübenden Berufes (z.B. Erlernen/Ausüben eines weiteren/fachfremden Berufes). In diesem Zusammenhang ist auf den relativ hohen Anteil der Teilnehmer mit bereits absolvierten weiteren Berufsausbildungen (s.o.)

hinzuweisen. Ca. 2 % der Studenten/-innen erwarten als Auswirkung möglicherweise einen Abbruch des Studiums.

Als abschreckend beschreiben die Nachwuchsmediziner Arbeitszeiten (~79%), Budgetierung der Leistungen (~65%), Kooperationen zwischen Ärzten und Kostenträgern (~56%), Vergütung der ärztlichen Leistung (~60%), das berufliche Stressniveau (~59%) und die Einschränkung der ärztlichen Handlungsfreiheit (~38%) Ca. 56% der Teilnehmer machen sich Sorgen um die Versorgungsqualität der Patienten. Für ca. 7 % der Studierenden bedeuten fachliche Anforderungen ein mögliches Problem, wobei sich hier quantitativ deutliche Unterschiede zwischen Modell- und Regelstudiengängern zeigen.

Auch die Benennung der Wunschfachrichtung zeigt Unterschiede zwischen beiden Studiengängen. Während beispielsweise im Regelstudiengang die Angabe der Allgemeinmedizin als mögliche Wunschfachrichtung stark abhängig ist vom Fortschritt des Studiums (Anstieg im 5. bis 7. Fachsemester, zu diesem Zeitpunkt werden allgemeinmedizinische Seminare und Blockpraktika absolviert, und deutlich rückläufige Tendenz zum Ende des Studiums) bleibt der Anteil der Allgemeinmedizin-Interessenten im Modellstudiengang während des gesamten Studiums konstant und ist quantitativ deutlich höher (~ 30%) als im Regelstudiengang. Studierende des Modellstudiengangs absolvieren frühzeitig (in Bochum bereits im Anschluss an das 1. Fachsemester) ein erstes allgemeinmedizinisches Praktikum, das sich im weiteren Studienverlauf mehrfach fortsetzt (4 x 2 Wochen).

Zukunftsplanung der Kollegen von morgen (Fortsetzung)

Die spätere Tätigkeit in einem „patientenfernen“ Bereich (z.B. Controlling, Medizinmanagement) können sich ca. 57% der Befragungsteilnehmer für sich nicht vorstellen. Ein steigendes Angebot patientenferner Betätigungsfelder und Zusatzqualifikationsmöglichkeiten (z.B. Gesundheitsökonomie, Health-Management, QM, Controlling) wird die Gruppe der unmittelbar für die medizinische Versorgung zur Verfügung stehenden Kolleginnen und Kollegen vermutlich weiterhin schrumpfen lassen. Dass die Attraktivität dieser Tätigkeitsbereiche auch in der Zukunftsplanung der Studierenden steigt, machen zahlreiche Freitexte deutlich.

Rund 61 % der Studierenden würden -sofern sie gegenwärtig erneut vor der Wahl einer Ausbildung stünden- sich wieder für ein Medizinstudium entscheiden.

Die Umfrageteilnehmer haben im Anschluss an die Befragung die Möglichkeit zur Freitextanmerkung ohne thematische Vorgabe. Der Schwerpunkt der angesprochenen Themen liegt hier eindeutig auf Anmerkungen zur gesundheitspolitischen Entwicklung und eigenen beruflichen Zukunft. Eigene Pläne zur Berufsausübung außerhalb Deutschlands werden hier vertieft und ausführlich begründet. In zahlreichen Beiträgen werden Resignation und Skepsis deutlich. Weitere Themenschwerpunkte sind formale und inhaltliche Aspekte der Ausbildung bzw. der aktuellen Approbationsordnung (Anonymität des Studienablaufs, Überfrachtung mit klinisch wenig relevanten Inhalten, Prüfungsstress im „Hammerexamen“) sowie die Unvereinbarkeit der Ausbildung und der späteren Berufsausübung mit der eigenen Familienplanung.

Die folgenden Beiträge im Originaltext mögen exemplarisch einen Einblick in schwerpunktmäßig gewählte Themen und Ansichten geben. Deutlich wird eine überwiegend resignative Grundhaltung der Studierenden hinsichtlich Ihrer beruflichen Zukunftspläne

„Ich finde unser Gesundheitssystem und den Umgang mit Ärzten und Patienten sehr abschreckend. Werde nicht in Deutschland bleiben, wenn ich fertig bin mit dem Studium.“

„Eigentlich schade, daß man als Arzt in Deutschland nicht arbeiten können wird. Aber die, die den Mut haben zu bleiben, werden sicher mehr und mehr ausgebeutet. Werden sie ja jetzt schon! Und da hat keiner mehr Lust drauf. Nicht, nachdem man so ein Studium hinter sich hat. Ich werde jedenfalls mit Sicherheit nicht hierbleiben!“

„Das deutsche Gesundheitssystem ist absurd, man muss schon ziemlich verrückt sein, wenn man glaubt, hier als Arzt noch arbeiten zu wollen/können. Da gibt's nur eins: studieren, Approbation, Koffer packen und weg! Sorry. Aber danke für die Umfrage! ...“

„Ich plane deswegen, dauerhaft im Ausland zu arbeiten, weil (auch) die Steuerprogression in Deutschland zu einem unverhältnismäßig niedrigen Nettolohn führt. Das Verhältnis von Leistung und Lohn stimmt meiner Meinung nach nicht.“

„Das Studium bedarf einer Reform, die einen Studenten viel früher mehr praktisch lernen lässt und bei der Gesprächsführung und psychologische Kompetenzen mehr in den Vordergrund gerückt werden. Zudem sollte Fächer wie Philosophie/Weltanschauungen

bzw. soziale Nebenfächer integriert werden.“

„Das Hammerexamen ist der größte Quatsch, wir kommen ins PJ und haben keine Ahnung, weil wir vorher kein zweites Stex hatten. Es wäre sehr viel sinnvoller für die Motivation und die Wissensvermittlung gewesen, die drei Examina noch weiter zu splitten!“

„Ich würde mich nur immer wieder für das Studium entscheiden, da der Beruf mir sehr zusagt...das Studium an sich würde ich nicht vorbehaltlos nochmal anfangen wollen..“

„...durch zuviel Bürokratie ist ein Arzt gezwungen die Patienten schnell zu versorgen, somit geht das Humane verloren... das ist meiner Meinung nach nicht Sinn und Zweck dieses Berufes...“

Die bisherigen Ergebnisse der Befragung sind in vielfacher Hinsicht unerwartet. Sie belegen u.a. eine deutliche Skepsis und Sorge der Studierenden hinsichtlich der Umsetzung ihrer eigenen beruflichen Pläne, der zukünftigen Qualität medizinischer Versorgung der Patienten und einer eigenen beruflichen Zukunft in Deutschland. Ein bedenklich hoher Anteil der Studenten äußert den Gedanken, nach der Ausbildung im Ausland tätig zu werden. Diese Planung betrifft bereits die Studienanfänger. Die Zahl der definitiv in Deutschland Bleibenden ist mit 9% extrem niedrig.

Die Ergebnisse zeigen aber auch die Möglichkeit auf, durch intensivierte fachbezogene Lehre bereits während der Ausbildung einen gewissen Einfluss z.B. auf die Wahl der angestrebten Fachrichtung nehmen zu können.

Zukunftsplanung der Kollegen von morgen (Fortsetzung)

Angesichts drohender Versorgungsengpässe –insbesondere im hausärztlich-ambulanten Bereich– stellt sich angesichts der ersten vorliegenden Ergebnisse die Frage, wie bereits im Rahmen der universitären Ausbildung durch Stärkung und Intensivierung der allgemeinmedizinischen Lehre, fallorientierten Kleingruppenunterricht und Schwerpunktverlagerung der Ausbildung in praxisorientiertes Lernen (z.B. verlängerte Praxishospitationen) das Interesse an „ausblutenden“ Fachgebieten wie

der Allgemeinmedizin wieder geweckt und beispielsweise einer hausärztlichen Unterversorgung effektiv entgegengewirkt werden kann.

Sowohl die curriculare Gestaltung der medizinischen Ausbildung als auch die maximal mögliche Optimierung ärztlicher Arbeitsbedingungen in Deutschland ist angesichts der vorläufigen und zu erwartenden Endergebnisse der Untersuchung sicher zu überdenken, um die zukünftige medizini-

sche Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.

Kontakt:

Dr.med.Dipl.oec.med.
Dorothea Osenberg
Fachärztin für Allgemeinmedizin-
Medizinökonomin
Medizinische Fakultät
der Ruhr-Universität Bochum
Abteilung für Allgemeinmedizin

E-Mail:
dorothea.osenberg@rub.de