

Prof. Dr. med. Fritz Beske

Rücknahme: Rückschritt oder Fortschritt? GMG und WSG: Die Behauptung ist der Beweis

Keine Beweise für den behaupteten Fortschritt

Nahezu gebetsmühlenartig wird jede Änderung in der Gesetzgebung unseres Gesundheitswesens als notwendiger und Überzeugender Fortschritt in der Gesundheitsversorgung dargestellt. Die Forderung nach Rücknahme dieser Gesetzesänderungen gilt fast als Sakrileg und ist damit kaum Gegenstand der gesundheitspolitischen Diskussion. Wer will schon in den Ruf geraten, den vermeintlichen und nahezu automatisch ein tretenden Fortschritt sabotieren zu wollen. Aber ist das, was als Fortschritt bezeichnet wird, auch als Fortschritt bewiesen, wissenschaftlich evaluiert und begründet? Oder geht es nur um eine als Fortschritt maskierte Umsetzung ideologischer Ziele?

Beginnen wir mit der Frage, was von dem bewiesen worden ist, was die Gesetzesflut der vergangenen Jahrzehnte und insbesondere das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) und das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) als Fortschritt, als eine bessere Versorgung des Patienten, bezeichnen. Zunächst führt es bei jedem Kenner der Materie zu ungläubigem Staunen, mit welcher Schnelligkeit und unter welchem Zeitdruck so umfangreiche Gesetze wie das GMG und das GKV-WSG den Status eines Referentenentwurfs erlangt haben und dann auch so oder in nur geringfügig veränderter Form vom Deutschen Bundestag verabschiedet worden sind. Was früher Jahre dauerte, gründlich erörtert, begründet, berechnet, unter Umständen in Modellvorhaben erprobt worden ist, erblickt heute nach wenigen Monaten das Licht der

Inhalt	
Beske: Rückschritt oder Fortschritt?	1
Aus dem Bundestag:	3
- Beitragsausfälle in der Krankenversicherung	3
- Arzthonorar für HIV und AIDS-Patienten	3
- Eigentumsrechte an Tbc-Impfstoff	3
- Früherkennung bei Kindern	3
- Krankenhausfinanzierungsgesetz beschlossen	4
- e-Card	4
Aus dem Bundesrat	5
Personalien	5
Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit	6
Patienten mit Ärzten zufrieden	6
KBV verteidigt Kollektivvertrag	7
e-Card (1)	7
e-Card (2)	8
Krankenhausstatistik	8
Vorschläge für innovatives Gesundheitssystem	9
Zunehmende Beschäftigung im Gesundheitswesen	9
Gesundheitsfonds gefährdet	9
Arbeitsplätze	9
Ausbildungszahlen bei Freiberuflern	10
Krankengeld für Selbständige	11
Liegezeiten im Krankenhaus auf Tiefststand	11
Heberer: Zielleistungsprinzip	12

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

Öffentlichkeit. Das Gesetzesvorhaben wird dann, und es kann nicht anders bezeichnet werden, durch die parlamentarischen Gremien gepeitscht. Die Berücksichtigung von Einwänden der Fachwelt wird offenbar nur als störend empfunden. Hierzu zwei Beispiele: Die führenden Verbände im Gesundheitswesen haben dem Bundeskanzleramt zum GKV-WSG im November 2006 eine umfangreiche Mängelliste überreicht. Nichts davon wurde anschließend mit diesen Verbänden diskutiert, weder vom Bundeskanzleramt noch vom Bundesgesundheitsministerium oder von der Politik. Das zweite Beispiel ist das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG), das selbst von einem Fachmann nur nach gründlichem und zeitaufwändigem Studium verstanden und beurteilt werden kann und das nur kurz im Gesundheitsausschuss der Deutschen Bundestages beraten worden ist, wobei das Wort „beraten“ für dieses Vorgehen eine wohl euphorische Bezeichnung ist. Hier muss die Frage erlaubt sein, ob diejenigen, die als Mitglieder des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages diesem Gesetz zugestimmt haben, die Auswirkungen ihrer Zustimmung voll erfassen konnten oder ob es nicht vielmehr die alles überlagernde Fraktionsdisziplin gewesen ist, die zur Zustimmung dieses Gesetzes dann auch im Deutschen Bundestag geführt hat. Hier muss wohl gelten, wie ein Jurist urteilt: „Wenn ich manche neuen Gesetze lese, frage ich mich, wer sie wohl verfasst hat und warum sie in den Parlamenten beschlossen worden sind.“

Fortsetzung Folgeseite

Rücknahme: Rückschritt oder Fortschritt? (Fortsetzung)

Von mindestens gleich großer Bedeutung ist die Gesetzestchnik, der Aufbau beider Gesetze, der grundlegende Forderungen an eine Gesetzesvorlage vermissen lässt.

Wissenschaftliche Begleitung fehlt

Die früheren Gesundheitsgesetze (seit 1977) waren im Wesentlichen reine Kostendämpfungsgesetze und auch als solche deklariert. Das GMG und das GKV-WSG laufen zwar auch unter der „Flagge .Sicherstellung der Finanzierung der GKV“, enthalten aber tiefgreifende und systemverändernde Strukturelemente. Es hätte also erwartet werden können, dass zunächst evaluiert wird, wie frühere Gesetze gewirkt haben und warum ein weiteres Gesetz erforderlich ist. Dies konnte aber nicht geschehen, weil in keinem der früheren Gesetze eine wissenschaftliche Begleitung und eine wissenschaftliche Evaluation vorgesehen waren. Vom Bundesgesundheitsministerium ist nicht einmal im Ansatz versucht worden, die Auswirkungen früherer Gesetze wissenschaftlich beurteilen zu lassen.

Es hatte weiter erwartet werden können, dass der Stand der Gesundheits-Versorgung mit einer Mängelanalyse dargestellt worden wäre, mit der sich die vorgeschlagenen strukturellen Veränderungen begründen lassen. Hier wäre ein internationaler Vergleich auch darum erforderlich gewesen, weil von Koalitionsvertretern und dabei auch von der Bundeskanzlerin und insbesondere von der Bundesgesundheitsministerin immer wieder darauf hingewiesen wird, dass Deutschland über eines der besten Gesundheitssysteme der Welt verfügt, wenn nicht über das beste Gesundheitssystem überhaupt. Zur Erinnerung: Dies ist, oder vielmehr war, ein staatsfernes,

sich selbst verwaltendes, plurales und dezentral aufgestelltes Gesundheitssystem. Wo also liegen die Gründe dafür, dass dieses System abgeschafft und durch Systemelemente ersetzt werden soll, deren Wirksamkeit für eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung zwar behauptet wird, aber nicht bewiesen worden ist.

Und schließlich fehlt auch in beiden Gesetzen jeder Hinweis darauf, dass die neuen Regelungen in einer festgesetzten Frist einer wissenschaftlichen Überprüfung, einer Evaluation, mit einer Berichtspflicht an den Deutschen Bundestag unterzogen werden müssen.

Hier ist ein Vergleich mit dem Prostitutionsgesetz angebracht, das federführend vom Bundesfamilienministerium bearbeitet und am 19. Oktober 2001 vom Deutschen Bundestag verabschiedet worden ist. In diesem Gesetz wurde die Bundesregierung aufgefordert, dem Deutschen Bundestag innerhalb von drei Jahren einen Bericht über die Auswirkungen des Gesetzes vorzulegen. Dies ist dann zwar erst im Januar 2007 geschehen, aber es ist geschehen. Auf 82 Druckseiten wird ausführlich über die Auswirkungen des Gesetzes berichtet. Geschieht etwas in dieser Beziehung hinsichtlich der viel weiter reichenden Gesetzgebung im Gesundheitswesen? Fehlanzeige!

Ideologie statt Sachlichkeit

Als einzige maßgebliche Schlussfolgerung aus der Vorgehensweise in der Gesundheitsgesetzgebung bleibt die Feststellung, dass auch nicht das geringste Interesse daran besteht, nachprüfbar zu begründen, dass so wie geschehen gehandelt werden muss. Damit bleibt, was jetzt geschieht: die Überprüfung

durch Gerichte. Die Gerichte werden es schon richten.

Rücknahme ist Fortschritt

Dies bedeutet zweierlei. Erstens: Es gibt keine sachliche Begründung für diese Gesetzeswerke mit tief greifenden Veränderungen in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, mit einer Systemveränderung. Was verändert wird, ist ideologisch bedingt, und es ist vielleicht nicht mehr und nicht weniger als ein Schritt in eine Richtung, an deren Ende das System einer Gesundheitsversorgung steht, das einige kennen mögen, das aber nicht definiert worden ist. In jedem Fall wird dieses System weit entfernt sein von dem jetzt der Vergangenheit angehörenden und so hoch gelobten System einer staatsfernen Gesundheitsversorgung.

Und ein Zweites: Wenn das so ist, dann ist Rücknahme, dann ist Umkehr nicht nur kein Rückschritt, sondern es ist eine Verbesserung der jetzt eineläuteten Situation, es ist ein Fortschritt in der Gesundheitsversorgung unserer Bevölkerung. Dies betrifft auch solche zentralen oder zentralistischen Einrichtungen wie den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, den Gesundheitsfonds und den gesetzlich vorgeschriebenen einheitlichen Beitragssatz aller Krankenkassen.

Was eingeführt worden ist, kann auch zurückgenommen werden. Was benötigt wird, sind der politische Wille und die politische Kraft zum Handeln. Was kann daran so falsch sein, wenn es doch dem Fortschritt dient

Prof. Dr. med. Fritz Beske, MPH
Fitz Beske Institut für Gesundheitssystem-Forschung
Weimarer Strasse 8
24106 Kiel

Aus dem Bundestag

Kein Handlungsbedarf bei Beitragsausfällen in der Krankenversicherung

Gesundheit/Antwort

Die Bundesregierung sieht trotz der Ausdehnung der Krankenversicherungspflicht auf Personen mit geringem Einkommen und den damit verbundenen Schwierigkeiten keine Notwendigkeit für eine Änderung der gelten Rechtslage. In ihrer Antwort (16/10991) auf eine Kleine Anfrage der Linksfraktion (16/10742) betont sie, die Krankenkassen hätten die dauerhafte Aufgabe, Beitragforderungen durchzusetzen, da Beitragsausfälle die Solidargemeinschaften der Gesetzlichen Krankenversicherung belasteten. Zugleich habe die neue Versicherungspflicht nach dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) auch zur Folge, dass Beitragsrückstände nicht mehr zu einer Beendigung der Mitgliedschaft und

dem Verlust des Krankenversicherungsschutzes führten.

Die Linksfraktion hatte in ihrer Anfrage kritisiert, dass nach dem neuen Gesetz auch diejenigen Rückkehrer in die gesetzliche Krankenversicherung, die sich erst nach dem 1. April 2007 bei einer Krankenkasse angemeldet haben, alle Beiträge, die seit dem 1. April angefallen seien, rückwirkend nachzuzahlen hätten. Bei dieser Regelung sei es "leider" versäumt worden, eine Regelung zu treffen, wie bei einer Zahlungsunfähigkeit der neu zu Versichernden zu verfahren sei, und die zudem sozial ausgewogen und tragbar sei.

Die Bundesregierung erwidert in ihrer Antwort, dass das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eine Regelung enthalte, die den Krankenkassen eine Rechtsgrundlage

gebe, die nachträglich zu entrichtenden Beiträge zu ermäßigen, zu stunden oder ganz zu erlassen. Eine Ermäßigung oder Nichterhebung der nachträglich zu entrichtenden Beiträge komme insbesondere dann in Betracht, wenn die Betroffenen in der Zwischenzeit keine oder nur Leistungen in geringem Umfang in Anspruch genommen hätten. So würde vermieden, dass die Nachzahlungspflicht zu unbilligen Härten für die Versicherten führe. In der Zeit vom 1. April 2007 bis zum 30. April 2008, schreibt die Bundesregierung weiter, seien Beitragsausfälle von insgesamt rund 97 Millionen Euro bei den Rückkehrern in die gesetzliche Krankenversicherung zu verzeichnen. Diesen lägen rund 52.000 Rückstandsfälle zugrunde. Die Beitragsrückstände beliefen sich auf über 180 Millionen Euro.

Honorierung von Ärzten, die HIV- und Aids-Patienten behandeln

Gesundheit/Kleine Anfrage

Nach der künftigen Honorierung von Ärzten, die HIV- und Aids-Patienten behandeln, erkundigt sich die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen in einer Kleinen Anfrage

(16/11122). Hintergrund ist laut Anfrage die Zusicherung der Bundesregierung, die Patienten hätten trotz der Umstellung der Arzthonore auf den Einheitlichen Bewer-

tungsmaßstab (EBM 2008) ab 2009 keine Einschränkungen bei der Behandlung zu befürchten

Im Bundestag notiert: Eigentumsrechte an dem Tuberkulose-Impfstoff VPM 1002

Bildung und Forschung/Kleine Anfrage

Die Linksfraktion interessiert sich in einer Kleinen Anfrage (16/11275) für die Eigentumsrechte an dem Tuberkulose-Impfstoff VPM 1002. Dieser vom Max-Planck-Institut entwickelte Impfstoff sei 2004 an das Vakzine

Projekt Management (VPM) verkauft worden. Das VPM wiederum werde "in erheblichem Umfang durch öffentliche Gelder des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF)" finanziert werde. Die Linken fragen deshalb,

ob das BMBF Lizenzvereinbarungen anstrebt, die es möglich machen würden, den Impfstoff auch Entwicklungsländern kostengünstig zugänglich zu machen.

Entwicklungsstörungen und Früherkennung bei Kindern

Bildung und Forschung/Kleine Anfrage

Nach der Grundlagenforschung zu Entwicklungsstörungen und Früherkennung bei Kindern erkundigt sich die FDP-Fraktion. In einer Kleinen Anfragen (16/11264) möchten die Abgeordneten von der Bundesregierung wissen, wel-

che Studien es zu Art und Häufigkeit des Auftretens von Entwicklungsstörungen bei Kindern und zu deren Ursachen gibt und was über die Entwicklungsstadien bekannt ist, in welchem Alter Kinder also was lernen. Insbesondere interes-

siert sich die Fraktion für Studien zur Sprachentwicklung und welche Schlussfolgerungen sich daraus für das Lernen einer Fremdsprache ziehen lassen.

Aus dem Bundestag

Krankenhausfinanzierungsgesetz mit Koalitionsmehrheit angenommen

Gesundheitsausschuss

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz ist am Mittwochmorgen im Gesundheitsausschuss mit den Stimmen der Koalitionsfraktionen angenommen worden. Gegen den Entwurf stimmten FDP und Bündnis 90/Die Grünen, die Linksfraktion enthielt sich. Mit gleichem Abstimmungsergebnis wurden 30 Änderungsanträge der Koalitionsfraktionen beschlossen. Lediglich ein Änderungsantrag fand die Zustimmung aller Fraktionen. Drei Anträge von FDP (16/9057) Grünen (16/9008) und Linksfraktion (16/8375) wurden gegen die Stimmen der Antragsteller abgelehnt. Über das Gesetz stimmt der Bundestag am Donnerstag in zweiter und dritter Lesung ab.

FDP und Grüne übten erneut massiv Kritik an dem Entwurf, mit dem die finanzielle Situation der Krankenhäuser vom Jahr 2009 an wesentlich verbessert werden soll, etwa durch die Schaffung zusätzlicher Pflegestellen, die Zahlung leistungsorientierter Investitionspauschalen und die Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen. Insgesamt sollen die Kliniken im kommenden Jahr 3,5 Milliarden Euro zusätzlich erhalten. Die FDP-Fraktion begrüßte zwar grundsätzlich, dass den Krankenhäusern finanziell geholfen werde. Jedoch

nehme man ihnen damit vor Ort die Möglichkeit, selbst zu entscheiden, wofür sie das Geld einsetzen wollen und in welchen Bereichen sie tatsächlich Stellen brauchen. Stattdessen werde versucht, über das Krankenhausfinanzierungsgesetz Arbeitsmarktpolitik zu betreiben, kritisierte die FDP mit Verweis unter anderem auf das geplante Pflegestellenprogramm. Möglicherweise brauche ein Krankenhaus diese zusätzlichen Pflegestellen gar nicht, betonten die Liberalen, sondern mehr Ärzte. Sie forderten mehr Freiheiten für die Kliniken anstelle von zentraler Steuerung.

Die Grünen lehnten den Entwurf als zu wenig nachhaltig ab. Das Gesetz sei im Wesentlichen zu überschreiben mit dem Titel "Soforthilfe für das Krankenhaus". Einzelne Maßnahmen darin seien zwar richtig, wie die Verbesserung der Ausbildungsfinanzierung und die Beteiligung an den Tariflohnsteigerungen, jedoch hätten diese Maßnahmen nichts mit einer ordnungspolitischen Rahmensetzung zu tun. Insbesondere die Regelungen zur dauerhaften Sicherung der Investitionsfinanzierung bezeichneten sie als mangelhaft.

Die Linksfraktion begründete ihre Enthaltung mit ihrer grundsätzlich

positiven Einstellung zum Gesetzesentwurf. Er gehe in die richtige Richtung und enthalte eine Menge Maßnahmen, die die Finanzsituation der Krankenhäuser verbessern werde. Auch die Änderungsanträge, die nach der öffentlichen Anhörung im November noch einmal erarbeitet wurden, seien zu begrüßen. Jedoch seien die Schritte, die gegangen würden, insgesamt zu kurz, kritisierte die Fraktion. Sie könnten an den strukturellen Problemen der Kliniken nur begrenzt etwas ändern. Gerade der Investitionsstau würde mit dem Gesetz nicht überwunden.

Die CDU/CSU-Fraktion bezeichnete den Entwurf als "richtigen Schritt". Er enthalte eine Reihe begrüßenswerter Regelungen, damit Innovationen und die Weiterbildung von Ärzten in den Krankenhäusern künftig finanziell sichergestellt würden. Allerdings betonte die Fraktion, dass sie sich von den Ländern hinsichtlich der Investitionsfinanzierung mehr erhofft hätte. Die SPD-Fraktion bezeichnete das Krankenhausfinanzierungsgesetz als einen fairen und handlungsfähigen Kompromiss, mit dem Planungssicherheit für die nächsten Jahre geschaffen werde.

Linksfraktion erkundigt sich nach Tests mit elektronischer Gesundheitskarte

Gesundheit/Kleine Anfrage

Für die derzeit in einigen Bundesländern laufenden Tests mit der elektronischen Gesundheitskarte interessiert sich die Linksfraktion in einer Kleinen Anfrage (16/11145). Sie möchte von der Bundesregierung wissen, welche Tests bisher wo und mit welchen Ergebnissen vorgenommen worden sind und inwieweit die betroffenen Patientinnen und Patienten in die Auswertung einbezogen wurden. Außerdem fragt die Fraktion, welche Ergebnisse zu welchen Modifikati-

onen an der ursprünglichen Architektur des eCard-Projekts geführt hätten.

Die Linksfraktion weist darauf hin, dass Bürgerrechtsinitiativen von der Einführung des Systems in der derzeit geplanten Form abraten. Auch Verbände von Ärzten und anderen Leistungserbringern, Datenschützern und Patientenorganisationen hätten die elektronische Gesundheitskarte immer wieder kritisiert. Trotzdem solle nun in der Region Nordrhein mit

der Ausgabe der Karten begonnen werden. Die Linken wollen dazu wissen, wann die neuen Gesundheitskarten konkret ausgegeben werden sollen, welche ursprünglich vorgesehenen Funktionen diese Version der Karte enthalten solle und wie hoch die erwarteten Gesamtkosten für die Krankenversicherungen für die Einführung der Gesundheitskarte in der Region Nordrhein im kommenden Jahr sein werden.

Die Bundestagsdrucksachen können über die Redaktion bezogen werden. (HHF)

Aus dem Bundesrat

Bundesrat bestätigt Vermittlungsergebnisse (19. Dez. 2009)

Nach dem Bundestag hat heute auch der Bundesrat alle Einigungsvorschläge des Vermittlungsausschusses vom vergangenen Mittwoch bestätigt.

Entsprechend den Vermittlungsempfehlungen hatte der Bundestag gestern bei der BKA-Novelle

unter anderem die Online-Durchsuchung privater Computer auch im Eilfall unter Richtervorbehalt gestellt, beim Arbeitsmigrationssteuerungsgesetz die Mindestinvestitionssumme für ausländische Existenzgründer auf 250.000 Euro abgesenkt und beim Familienleistungsgesetz die Kostenverteilung zwischen Bund und Län-

dern durch Ausgleichszahlungen verändert.

Den so geänderten Gesetzen haben nunmehr auch die Länder zugestimmt. Damit können sie dem Bundespräsidenten zur Unterschrift vorgelegt werden.

Kritik an europäischen Plänen zur Gleichbehandlung Selbstständiger

Der Bundesrat steht den Plänen der europäischen Kommission zur Förderung der Gleichbehandlung von Selbständigen und mitarbeitenden Ehepartnern skeptisch gegenüber. Dies geht aus der Stellungnahme hervor, die er in seiner heutigen Sitzung zu dem entsprechenden Richtlinienvorschlag beschlossen hat. Hiernach möchte die Kommission über verpflichtende Sozialleistungen insbesondere den Mutterschutz selbständiger Frauen und mitarbeitender Ehepartnerinnen verbessern.

Zwar teilt der Bundesrat die Auffassung der Kommission, dass die Vereinbarkeit von Mutterschaft und Unternehmensführung zunehmend an Bedeutung gewinnt. Er befürwortet deshalb auch einen grenzüberschreitenden Ideenaustausch. Die Verantwortung für konkrete Vereinbarkeitsmaßnahmen liege jedoch hauptsächlich bei den Mit-

gliedstaaten. Das gelte vor allem für die Ausgestaltung der sozialen Sicherheitssysteme. Die Kommission dürfe den Nationalstaaten eine Pflichtversicherung für Selbstständige und mitarbeitende Ehepartnern deshalb allenfalls empfehlen, sie aber nicht obligatorisch einführen. Für problematisch halten die Länder auch die vorgesehenen Regelungen bei einem Verstoß gegen die Richtlinie. Vor allem das Verbot, etwaige Schadensersatzzahlungen nach oben zu begrenzen, stößt auf Kritik. Die Deckelung des Schadensersatzes sei gerade für kleinere Unternehmen sehr wichtig. Denn nur so blieben Versicherungsprämien gegen AGG-Haftungsschäden auch für den Mittelstand bezahlbar. Außerdem betonen die Länder, dass ein Schadensersatzanspruch nur bei Verschulden bestehen darf.

Im Übrigen bittet der Bundesrat die Bundesregierung, im weiteren Verhandlungsverlauf darauf zu achten, dass das bewährte agrarsoziale Sicherungssystem nicht geändert werden muss. Zudem solle sie sich dafür einsetzen, dass bei den Beratungen auch die Situation der Mitarbeiter und Auszubildenden von schwangeren Unternehmerinnen bedacht wird. Hier bestehe derzeit so gut wie keine versicherungsrechtliche Absicherung. Auch müsse es rechtlich möglich sein, Kurzarbeitergeld als Überbrückungsmaßnahme zu beantragen.

Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates zur Verwirklichung des Grundsatzes der Gleichbehandlung von Männern und Frauen, die eine selbständige Erwerbstätigkeit ausüben, und zur Aufhebung der Richtlinie 86/613/EWG

Personalia

Oliver Luksic soll als Spitzenkandidat der FDP Saar in den Bundestagswahlkampf ziehen. 96 der 171 Vertreter stimmten in der Saarbrücker Congresshalle für den 29jährigen Unternehmensberater. Er setzte sich damit gegen den derzeitigen Bundestagsabgeordneten **Dr. Karl Addicks** durch. Luksic ist seit 2002 Landesvorsitzender der Jungen Liberalen Saar und seit Juni dieses Jahres stellvertretender Landesvorsitzender. Darüber hinaus vertritt er die FDP im Gemeinderat Heusweiler.

Der Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzende des Universitätsklinikums Greifswald, **Prof. Dr. med. Claus Bartels** (46), wird zum Jahresende das Universitätsklinikum verlassen und sich neuen Aufgaben in der Gesundheitswirtschaft zuwenden. Ausschlaggebend für die Entscheidung waren unterschiedliche Auffassungen zur zukünftigen strategischen Ausrichtung und Entwicklung des Klinikums. Der gebürtige Hildesheimer und frühere Geschäftsführer des Krankenhauses St. Georg in Hamburg war zum 1. Juli 2005 als erster hauptamtlicher Ärztlicher Direktor nach der Umwandlung des Uniklinikums in eine Anstalt öffentlicher Rechts 2003 ernannt worden. Der Stellvertretende Ärztliche Direktor am Universitätsklinikum, **Prof. Matthias Nauck**, wird die Aufgaben im Ärztlichen Direktorat bis zur Neubesetzung der Position wahrnehmen.

Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2008

Die Stiftung Gesundheit hat erneut eine deutschlandweite Befragung niedergelassener Ärzte und Ärztinnen in Kooperation mit dem Mannheimer Institut für Public Health unter Prof. Obermann durchgeführt. Die Schwerpunkte der letzten Online-Umfrage lagen in den Bereichen „wirtschaftliche Lage“, „Praxis-Marketing“, „Praxis-Homepage“ und „Das Aufbrechen der Vertragsarzt-Struktur“. Von den angeschriebenen 45000 Ärztinnen und Ärzten antworteten 2667 was einer Rücklaufquote von 5,9 Prozent entspricht.

Wirtschaftliche Lage

51,9 Prozent der Ärzte beurteilten ihre Lage als befriedigend, wobei die antwortenden Fachärzte im Vergleich zu den Hausärzten eine geringfügig schlechtere Einschätzung abgaben.

Praxis-Marketing

Die Bedeutung eines Praxis-Marketings wurde von mehr als der Hälfte der Befragten als wichtig eingestuft. Jedoch nur 13 % der Niedergelassenen haben ein eigenes Budget hierfür eingerichtet, das im Durchschnitt 5500 Euro betrug. Praxen mit sehr hohem Umsatzniveau wiesen die relativ niedrigsten Marketingbudgets aus.

Im Vergleich zum Vorjahr ist zudem der Anteil der Praxen mit einem Marketingbudget geringfügig gesunken, wohingegen im Vergleich des Zeitraums 2005 auf 2006 nahezu eine Verdoppelung entstanden war.

Wichtigstes Marketinginstrument ist nach Einschätzung der Befragten eine Internetpräsenz sei es in Form einer eigenen Praxishomepage sei es eine Präsenz in Onlinerverzeichnissen und Gesundheitsportalen. Aber auch dem eigenen Praxispersonal als auch dem äußeren Erscheinungsbild der Praxis wird große Bedeutung beigemessen.

Praxis-Homepage

Überraschend war, dass bereits 54 % der befragten Ärztinnen und Ärzte über eine eigene Praxishomepage verfügten, von denen über 80 Prozent mehrseitig waren. Dennoch ist der Professionalisierungsgrad diesbezüglich sehr unterschiedlich. So ist fast die Hälfte der Praxisbetreiber selbst für die Homepage verantwortlich, die jedoch nicht über die nötigen Kenntnisse hierzu verfügen. Nur wenigen Kolleginnen und Kollegen sind die rechtlichen Anforderungen und technischen Möglichkeiten einer guten Internetpräsenz be-

kannt. Die Stiftung Gesundheit hat deshalb eine Stichprobe von 160 Arzt-Homepages analysiert und auf breiter Front erhebliche Mängel festgestellt. So fehlte in 45,1 Prozent das Impressum oder die Homepage entsprach nicht dem Teledienstegesetz. Nur 18,8 Prozent der Homepages enthielten die vorgeschriebenen Angaben zum Datenschutz. Dr. P. Müller stellte denn auch im Rahmen des 9. Deutschen Medizinrechtstages 2008 fest, dass etwa drei Viertel der Arzt-Homepages angreifbar sind.

Aufbrechen der Vertragsarzt-Struktur

Hierzu ist die Haltung der Befragten zur Abschaffung der Kassenärztlichen Vereinigungen sehr ausgeglichen. Als einen Befreiungsschlag sehen dies 30 Prozent an, 38 Prozent halten dies nicht für zutreffend. Allerdings ist die Mehrzahl der Ansicht, dass gute Medizin künftig noch mehr eine Frage des Geldes sein wird.

Eine Kurzfassung der Studie kann über die Redaktion angefordert werden.

HHF

Qualitätssicherung: 90 Prozent der Patienten sind mit Ärzten zufrieden

Berlin – Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat ihren Qualitätsbericht 2007 veröffentlicht. Danach bewerten außerordentlich viele Patienten die ärztliche Leistung als „gut“ oder „sehr gut“.

Der Report informiert über indikationsbezogene Qualitätsparameter. Im Fokus stehen Bereiche, für die spezielle Qualitätsanforderungen existieren, zum Beispiel Akupunktur oder Hygiene bei der Koloskopie. Mit den Ergebnissen ist der

Vorstandsvorsitzende der KBV, Dr. Andreas Köhler, zufrieden: „Unsere Qualitätssicherungsmaßnahmen zeigen deutlich positive Effekte und werden von den meisten Ärzten begrüßt.“ Ein Beispiel dafür sind die deutlich verbesserten Zahlen des Mammographie-Screenings. Im Jahr 2006 wurden rund 86 Prozent der Karzinome korrekt erkannt, ein Jahr später waren es 91 Prozent. Auch die Zahl der falsch-positiven Befunde entwickelt sich erfreulich: Der fälschliche Verdacht auf ein Karzi-

nom trat 2007 mit 3,7 Prozent nur noch halb so häufig auf wie 2006. Köhler gibt zu bedenken, dass hohe Qualität auch ihren Preis habe. „Ich bin gerne bereit, mit den Krankenkassen über eine Kopplung von Qualität der ärztlichen Leistung und der Vergütung zu sprechen. Aber dann müssen die Kassen auch bereit sein, die notwendigen Finanzmittel bereitzustellen. Denn die Qualität der ambulanten Versorgung ist hoch.“

Qualitätssicherung: 90 Prozent der Patienten sind mit Ärzten zufrieden (Fortsetzung)

Gleiche Qualitätsmaßstäbe für ambulant und stationär

Auf einem Pressegespräch fordert Köhler gleiche Qualitätsmaßstäbe für den ambulanten und stationären Bereich. „Das ist eine alte Forderung der KBV: Gleiche Anforderungen an die Qualität. Bis heute ist das nicht erreicht.“ Der KBV-Chef weist darauf hin, dass es für Krankenhäuser zwar bereits Qualitätsindikatoren gebe, aber – im Unterschied zum ambulanten Sektor – keine Sanktionen. Nie-

dergelassene Ärzte könnten dagegen sogar ihre Genehmigung verlieren, wenn sie Qualitätsziele nicht erreichten. Angesichts häufiger Reibungsverluste an den Schnittstellen von ambulant und stationär soll sich die Patientenversorgung nach Vorstellungen der Bundesvereinigung künftig an so genannten sektorenübergreifenden Behandlungspfaden orientieren. Das sind Leitlinien, die um organi-

satorische Aufgaben und klare Zuweisung der Verantwortlichkeiten erweitert wurden. Köhler betont: „Um solche Behandlungspfade zu erarbeiten, müssen Fachleute aus dem Krankenhaus und aus dem ambulanten Bereich eng zusammenarbeiten. Sie müssen sich darauf verständigen, wer was an welcher Stelle zu tun hat.“

jt

Der vollständige Qualitätsbericht ist im Internet abrufbar.
www.kbv.de/6793.html

Versorgung: KBV bekennt sich zur Dominanz von Kollektivverträgen

Berlin – Auf der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) verabschieden die Delegierten ein Bekenntnis zum Kollektivvertrag. Die KBV-Spitze nennt dies ein „Zeichen gegen die Zerstörung einer intakten Versorgungsstruktur“.

Damit unterstützen die 17 KVen mehrheitlich einen Antrag des KBV-Vorstandes. Vorstandsvorsitzender Dr. Andreas Köhler spricht von einer Gefahr der „Zerfledderung“ der Versorgungslandschaft, wenn Selektivverträge massiv die

kollektiven Vereinbarungen ersetzen. Die Errungenschaften, die durch einzelne Vereinbarungen erreicht werden könnten, müssten umfassend in Kollektivverträge überführt werden, so Köhler. Innovationen sollten auf diese Weise dem Wohle aller Versicherten dienen. „Das schwer erkämpfte Praxisschild mit dem Zusatz ‚alle Kassen‘ darf jetzt nicht leichtfertig wieder verspielt werden“, betont der KBV-Chef.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen wollen sich aber weiterhin auf alle ausgeschriebenen Verträge

bewerben. Sie bekräftigen, sich keiner Möglichkeit zu verschließen, die zur Verbesserung der Versorgung beitragen könne. Dies dürfe aber nicht zu einem unsinnigen Scheinwettbewerb und Parallelstrukturen führen. Die Dominanz des Kollektivvertrages helfe, dies zu unterbinden. „Schließlich schneidet das deutsche Gesundheitssystem auch deshalb im internationalen Vergleich hervorragend ab“, so KBV-Chef Köhler.

jt

Elektronische Gesundheitskarte: KBV sieht Basis-Rollout in Nordrhein erst Mitte 2009

Berlin – Auf der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) bestätigt Vorstand Dr. Carl-Heinz Müller, dass es noch Verzögerungen bei der neuen Versichertenkarte gebe. Er sieht in der Einführung dennoch einen „richtigen Schritt“.

Müller erklärt: „Es müssen noch einige Meinungsverschiedenheiten zwischen dem Spitzenverband der Krankenkassen und der KBV zur Finanzierungsvereinbarung ausgeräumt werden.“ Voraussichtlich

werde der Rollout daher erst nach dem ersten Quartal 2009 in Fahrt kommen können. Aus Sicht der Praxen sieht er keine Nachteile auf die Niedergelassenen zukommen. Mit dem ersten Schritt ändere sich gar nichts. „Die neuen Kartenterminals werden voll finanziert, und alle weiteren Schritte, beispielsweise Online-Anwendungen, sind freiwillig“, sagt Müller. Irritationen könne es aber geben, wenn weitere Ausbaustufen eingeführt werden. Die jetzt ausgelieferten Terminals müssten dann ersetzt wer-

den, da erst eine neue Generation alle Ausbaustufen beherrsche. Im Zusammenhang mit der Online-Anbindung der Karte wirbt Müller für das KV-SafeNet. Die Mehrheit der Kassenärztlichen Vereinigungen habe diese Möglichkeit bisher genutzt. Das KV-SafeNet biete allen Ärzten eine sichere Kommunikation mit Kollegen und KV. Rund 5.000 Ärzte und Psychotherapeuten hätten sich dem Netz bereits angeschlossen.

jt

e-Card: Rollout in Nordrhein gestartet

Berlin – Mit der feierlichen Übergabe des ersten Kartenlesegerätes hat die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (e-Card) begonnen. Dr. Klaus Theo Schröder, Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, dankt der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KV) für die Vorreiterrolle.

Das erste Lesegerät wird in der Praxis von Dr. Peter Hecking in Düren aufgestellt. Die Geräte sind die Voraussetzung dafür, dass die

Krankenkassen die neuen Karten ausgeben können. Begleitet wurde der feierliche Akt allerdings von einer Mahnwache rund 50 protestierender Ärzte. Sie fordern den Verzicht auf die e-Card und kritisieren unter anderem den aus ihrer Sicht mangelhaften Datenschutz.

Dessen ungeachtet werden weitere Praxen in Düren mit den neuen Terminals ausgestattet. Allein im Gebiet der KV Nordrhein sollen insgesamt 18.000 solcher Lesegeräte installiert werden. Staatssek-

retär Schröder betont: „Mein besonderer Dank gilt allen Beteiligten, die maßgeblich dazu beigetragen haben, dass wir hier in Nordrhein den ersten Schritt für den Aufbau der Telematik-Infrastruktur begehen konnten.“ Das Ministerium werde den Aufbau der Infrastruktur weiter im Interesse einer besseren Qualität bei der Patientenversorgung aktiv begleiten.

jt

Anmerkung der Redaktion:

Diese beiden Meldungen sind zeitgleich eingegangen. Sie sind nur auf den ersten Blick widersprüchlich. Tatsächlich zeigen sie lediglich die real existierenden Machtverhältnisse auf.

Krankenhausstatistik: Große Umbrüche in der Kliniklandschaft

Berlin/Wiesbaden – Das Statistische Bundesamt hat Zahlen zur Entwicklung des Krankenhaussektors seit der Wiedervereinigung veröffentlicht. Die Zahl der Häuser geht zurück, der Anteil privater Betreiber steigt aber kontinuierlich. Auch beim Personal zeigt sich ein Umbruch.

Im Jahr 1991 zählen die Statistiker noch 2.411 Krankenhäuser in Deutschland. Die Zahl geht bis 2007 auf 2.087 zurück. Hauptgründe sind Schließungen öffentlicher Kliniken und Fusionen. Die Häuser in privater Trägerschaft können jedoch einen rasanten Zuwachs verzeichnen. Ihre Zahl verdoppelt sich in diesem Zeitraum

auf 620. Damit liegt ihr Anteil inzwischen bei 30 Prozent. Mit 32 Prozent weisen öffentliche Krankenhäuser einen nur noch geringfügig höheren Anteil auf, 433 Einrichtungen schließen oder fusionieren seit 1991. 38 Prozent der Kliniken befinden sich 2007 in freige-meinnütziger Trägerschaft.

Beim Krankenhauspersonal vollziehen sich ebenfalls große Veränderungen. Trotz sinkender Klinikzahl sind 2007 rund 32 Prozent mehr Vollzeitbeschäftigte in den Häusern tätig als 1991. Ihre Zahl stieg von rund 95.000 auf 126.000. Im nichtärztlichen Dienst sinkt die Zahl der Vollzeitbeschäftigten hingegen um 13 Prozent auf 679.000. Weiterhin bleiben die

oberen Hierarchiestufen Männerdomänen. Jede zweite Assistenzarztstelle wird 2007 von einer Frau besetzt, bei den Oberärzten ist es jedoch nur jede vierte. Nur acht Prozent der leitenden Ärzte sind Frauen. Dies ist gegenüber 1991 (sieben Prozent) ein nur geringer Zuwachs.

Auf der Patientenseite stellen die Statistiker fest, dass Klinikaufenthalte immer kürzer werden. Die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus sinkt von 14 Tagen (1991) auf 8,3 Tage im Jahr 2007. Dies ist ein historischer Tiefststand.

jt

www.destatis.de

Fraunhofer-Institut: Vorschläge für ein innovatives Gesundheitssystem

Berlin – Wie lässt sich das deutsche Gesundheitswesen innovativer gestalten? Dazu hat das Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung (ISI) mit Ärzten, Kostenträgern sowie Vertretern der Politik, Behörden und Patienten Handlungsziele formuliert.

Die drei Ziele wurden im Oktober auf dem MetaForum „Innovation im Gesundheitswesen“ erarbeitet, jetzt wurden sie der Öffentlichkeit vorgestellt.

1. Ganzheitliche Berücksichtigung des Bedarfs und der Bedürfnisse

Angemahnt werden unter anderem eine bessere Vernetzung zwischen den Leistungserbringern und die Überwindung der sektoralen Versorgung und Finanzierung. Um Innovationsprozesse zu verbessern, bedarf es außerdem mehr

Transparenz in den Entscheidungsprozessen, einer stärkeren Rolle der Gesundheitsförderung und Prävention sowie einer auf die individuellen Bedürfnisse von Bürgern und Patienten hin orientierte Versorgung als Grundprinzip.

2. Gesundheit als Grundlage und Chance für alle Akteure und Politikfelder

Gesundheit ist nicht nur Sache der Gesundheitspolitik – auch andere Politikfelder wie die Umwelt-, Sozial- oder Wirtschaftspolitik sollten in die Planung und Gestaltung mit einbezogen werden, um die Gesundheit der Bürger nachhaltig sicherzustellen.

Einen weiteren Baustein zur Umgestaltung des Gesundheitssystems sieht das MetaForum in der optimalen Nutzung empirischer Evidenz aus klinischer, Versorgungs- und Evaluationsforschung. Dazu gehören eine bedarfsgerechte

te Forschung und Entwicklung als Motor der Weiterentwicklung sowie eine zielgruppenspezifische Aufbereitung und Verbreitung von Forschungsergebnissen.

3. Ausrichtung des Systems auf Bürger, Versicherte und Patienten als aktiv Handelnde

Diese dritte Maxime umzusetzen bedeutet, die Bürger in ihrer Gesamtheit als aktiv Beteiligte ebenso in wichtige Entscheidungsprozesse einzubeziehen wie die Versicherten und Patienten. Alle relevanten Informationen müssen erhoben, aufbereitet und bereitgestellt werden, damit eine solch umfassende Beteiligung der Bürger möglich ist. So lassen sich dem MetaForum zufolge lokale und regionale Entscheidungen stärken.

aho

Statistik: Beschäftigtenzahlen im Gesundheitswesen nehmen rasant zu

Berlin/Wiesbaden – Wie das Statistische Bundesamt mitteilt, liegt die Wachstumsrate für Beschäftigte im Gesundheitswesen 2007 so hoch wie noch nie. 1,5 Prozent mehr Arbeitsstellen als 2006 registrieren die Statistiker. Insgesamt gibt es 4,4 Millionen Beschäftigte.

Zahlen liegen dem Bundesamt seit dem Berichtsjahr 1997 vor. Nach zunächst rückläufiger Entwicklung steigen die Beschäftigtenzahlen seit 2000 kontinuierlich an. Eine

Jahressteigerung von 1,5 Prozent ist aber bisher einmalig. Zurückzuführen ist sie vor allem auf die Gesundheitsberufe wie Physiotherapie und Pflege. Rechnet man die zusätzlichen Stellen auf Vollzeitäquivalente um, so liegt der reale Zuwachs bei 1,1 Prozent auf nun 3,3 Millionen Beschäftigte. Das starke Wachstum ist somit vor allem auf Teilzeitarbeit zurückzuführen. Die Zahl der Vollzeitbeschäftigten bleibt hingegen mit +3.000 nahezu konstant.

Die Mehrzahl der Beschäftigten im

Gesundheitswesen arbeitet in Einrichtungen der ambulanten sowie (teil-)stationären Gesundheitsversorgung. In beiden Bereichen sind große Teile der Zuwächse auf Pflegeberufe zurückzuführen. Besonders die stationäre und teilstationäre Pflege hat mit 12.000 zusätzlichen Stellen einen großen Anteil. Insgesamt werden 2007 ungefähr 63.000 Arbeitsplätze im Gesundheitswesen mehr gezählt als im Vorjahr.

jt

www.destatis.de

Gesundheitsfonds: PVS: Eine halbe Million Arbeitsplätze in Gefahr

Berlin/Stuttgart – Die Privatärztliche Berechnungsstelle (PVS) legt eine Analyse vor, wonach gut zehn Prozent der Arbeitsplätze im Gesundheitswesen akut gefährdet sind. Als Ursache wird „hausgemachte Politik“ wie der Gesundheitsfonds angeführt.

Der Abbau werde quer durch alle Bereiche der Gesundheitswirtschaft gehen, so die PVS. Ärzte

seien genauso betroffen wie Krankenkassen, Apotheker oder Zahnmediziner. Die Ursachen sieht die PVS dabei nicht in globalen Problemen wie der Finanzkrise, sondern in der deutschen Gesundheitspolitik. Dr. Peter Weinert, Hauptgeschäftsführer der PVS, charakterisiert beispielsweise den Gesundheitsfonds als einen „Brandbeschleuniger für den Niedergang der deutschen Gesund-

heitswirtschaft“. Den Krankenkassen drohe schon für 2009 ein milliardenschweres Defizit, rund 40 Prozent der niedergelassenen Ärzte in Deutschland seien in ihrer wirtschaftlichen Existenz gefährdet. „20 Prozent aller deutschen Arztpraxen gehören heute schon den Banken“, ergänzt Weinert.

Gesundheitsfonds: PVS: Eine halbe Million Arbeitsplätze in Gefahr (Fortsetzung)

Die Berechnungsstelle spricht angesichts der dramatischen Finanzsituation von einem „drohenden Kollaps“. Die Folgen werde vor allem der Patient zu spüren bekommen. Die Versorgung werde

in den nächsten Jahren massiv leiden. „Es wird der Politik schwer fallen, den Menschen zu vermitteln, dass sie ab 1. Januar 15,5 Prozent ihres Bruttolohnes in den Gesundheitsfonds einzahlen und

sich gleichzeitig mit einer dramatischen Verschlechterung des Gesundheitswesens abfinden müssen“, so Weinert.
jt
www.pvs-bw.de

Aus dem Bundesverband der freien Berufe (BFB)

Der BFB-Präsident, Dr. Ulrich Oesingmann, kommentiert die Ausbildungsvertragszahlen zum Ende des Vermittlungsjahres zum 30.09.2008:

„Die Ausbildungsleistung der Freien Berufe bleibt auch im zweiten Jahr der Mitwirkung am Nationalen Ausbildungspakt hoch.

Zwar wurden mit 43.947 neu abgeschlossenen Ausbildungsverträgen bei den Freien Berufe 609 Verträge weniger abgeschlossen als im Vorjahr. Dieser leichte Rückgang um 1,4 Prozent ist aber angesichts der schwierigen Situation, in der sich mittlerweile auch viele Praxen, Apotheken und Kanzleien wegen der schlechten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen befinden und des überragenden Vorjahresergebnisses nicht besorgniserregend.

Während in den alten Bundesländern ein minimaler Rückgang um 0,4 Prozent, ein Minus von 138 Verträgen, auf nunmehr 38.880 Verträge zu verzeichnen ist, fällt der Rückgang in den neuen Ländern mit 8,5 Prozent, das sind 471 Verträge weniger, auf jetzt 5.067 Neuverträge deutlicher aus.

Erstmals statistisch erfasst wurde in diesem Jahr auch der Anteil der außerbetrieblichen Ausbildungsverträge. Hierunter sind all jene Ausbildungsverträge zu verstehen, die unter Einsatz öffentlicher Finanz- und Fördermittel zu Stande gekommen sind. Der geringe Anteil von 1,3 Prozent außerbetrieblicher Verträge wertet das Ausbildungsengagement der Freien

Berufe noch auf. In lediglich 570 Ausbildungsverträgen stecken öffentliche oder BA-Fördermittel. Die Freien Berufe weisen damit den mit Abstand geringsten Anteil solch subventionierter Ausbildungsplätze aller Ausbildungsbe- reiche auf.

Besonders erfreulich ist zudem, dass unter den knapp 44.000 Neuverträgen rund 6.000 gänzlich neue und damit zusätzliche Ausbildungsplätze sind in Praxen, Kanzleien und Apotheken, die zuvor nicht ausgebildet haben. Das ist ein großer Erfolg für die Freien Berufe und ihr Engagement für den Ausbildungspakt.

Bei Betrachtung der einzelnen Berufe fällt auf, dass sich die Zahl der Neuverträge der Pharmazeutisch-Kaufmännischen Angestellten um 3,3 Prozent erhöht hat. Gleichwohl geht der seit Jahren festzustellende Rückgang dieses dualen Helferberufs der Apotheken in den neuen Ländern weiter.

Mit einem bundesweiten Plus von 0,3 Prozent ist die Lage bei den Medizinischen Fachangestellten, dem nach wie vor zahlenmäßig stärksten Ausbildungsberuf im Zuständigkeitsbereich der Freien Berufe mit fast 15.000 Neuverträgen pro Jahr, konstant. Allerdings ist in den neuen Bundesländern ein Rückgang um 17,5 Prozent auszumachen.

Die unterschiedliche Entwicklung in einzelnen Berufen, Regionen und Ländern bestätigt einmal mehr, dass die Entscheidung, einen Ausbildungsplatz anzubieten und zu besetzen, individuell und häufig nach den subjektiven Eindrücken und Erfahrungen der Praxis- und Kanzleihinhaber erfolgt. Weniger ausschlaggebend für diese Entscheidung sind die Kosten der Ausbildung und damit der finanzielle Aspekt.

Um so wichtiger ist es, dass sich Jugendliche bewerben, die die erforderlichen schulischen aber auch sozialen Kompetenzen mitbringen. Ein zufriedener Arbeitgeber ist auch jederzeit wieder bereit, einem neuen Auszubildenden eine Chance zu geben.

Diese erfreuliche Bilanz sind ein Erfolg aller Freiberufler, die sich auch in diesem Jahr bereit erklärt haben, den jungen Menschen mit dem Angebot eines Ausbildungsplatzes eine berufliche Perspektive zu geben. Gleichzeitig appelliere ich sowohl an die Kolleginnen und Kollegen Freiberufler als auch an die zuständigen Kammern, in ihrem Engagement nicht nachzulassen.“

Der BFB-Hauptgeschäftsführer Metzler: „Bundesregierung denkt beim Krankengeld nun tiefer nach“

Zu den aktuellen Plänen aus dem Bundesgesundheitsministerium, die Benachteiligung der in der Gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versicherten Freiberufler und Selbstständigen auszuräumen, erklärt BFB-Hauptgeschäftsführer Arno Metzler:

„Offenbar haben die Koalitionsfraktionen und die Bundesregierung nunmehr tiefer nachgedacht und die Benachteiligung der in der

Gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versicherten Freiberufler und Selbstständigen endlich registriert.

Einfach so und ohne ausreichende Information der Betroffenen sollte der Krankengeldanspruch von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Freiberuflern und Selbstständigen wegfallen. Der BFB hat den Gesetzgeber bereits frühzeitig aufgefordert, die Regelung rückgängig

zu machen. Mit Blick auf den Kalender, die Änderungen beim Krankengeld gelten bereits zum 1. Januar 2009, kommt die Einsicht nun zwar spät, aber immerhin.

Die anvisierten Änderungen begrüßt der BFB, sie müssen schnellstens sowie verständlich umgesetzt und vor allem zeitnah und offen an die betroffenen Kreise kommuniziert werden.“

Verweildauer in Krankenhäusern auf Tiefststand

Die Verweildauer der in deutschen Krankenhäusern ist in den vergangenen Jahren stark zurückgegangen, teilte das Statistische Bundesamt mit. Sie sank von 14 Tagen im Jahr 1991 auf einen neuen Tiefststand von 8,3 Tagen im Jahr 2007. Zugleich hat die Zahl der Kliniken in den vergangenen Jahren kontinuierlich abgenommen. Sie verringerte sich von 2 411 in 1991 auf nur noch 2 087 in 2007, ein Rückgang um 13% während der letzten 16 Jahre. Als ein Grund hierfür wird neben der Schließung von Krankenhäusern auch in der Fusion verschiedener Einrichtungen gesehen.

Ebenso stellte das Statistische Bundesamt eine Änderung der Struktur der Kliniklandschaft fest. Demnach stieg der Anteil privater Einrichtungen seit 1991 ständig und hat sich bis 2007 auf insgesamt 30% (620 Einrichtungen) verdoppelt. Im gleichen Zeitraum sank die Zahl der öffentlichen Krankenhäuser (- 433 Einrichtungen), ihr Anteil ging von 46% auf 32% zurück. Die restlichen 38% der Kliniken befinden sich 2007 in freigemeinnütziger Trägerschaft.

Deutliche Strukturverschiebungen

gab es auch beim Krankenhauspersonal. Waren zum Beispiel im Jahr 1991 rund 95 000 Ärztinnen und Ärzte in Vollzeit tätig, stieg diese Zahl bis 2007 um über 32% auf 126 000. Im nichtärztlichen Dienst sank demgegenüber die Zahl der Vollzeitbeschäftigten um 13 Prozent auf 679000.

Die Krankenhausstatistik bestätigt auch Angaben des Deutschen Ärztinnenbundes, wonach Ärztinnen in leitenden Stellen unterrepräsentiert sind. So nimmt der Frauenanteil an den Krankenhausärzten mit steigender Hierarchiestufe deutlich ab. Zwar wurde im Jahr 2007 jede zweite Assistenzarztstelle von einer Frau besetzt, bei den Oberärzten war es jedoch nur noch jede vierte Stelle. Bei den höheren Hierarchiestufen liegt der Frauenanteil bei lediglich 8% und hat sich im Vergleich mit dem Jahr 1991 (7%) nur unwesentlich erhöht.

Anhand der fallpauschalenbezogenen DRG-Statistik wurde festgestellt, dass die durchschnittliche Anzahl der Nebendiagnosen mit dem Alter deutlich ansteigt. Dies spiegelt die mit dem Alter zunehmende Wahrscheinlichkeit vor

allem der Multimorbidität und von Komplikationen bei der Behandlung wider. Bei Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren wurden im Schnitt nur 1,6 Nebendiagnosen gestellt, bei über 85-Jährigen hingegen waren es durchschnittlich 7,1.

Im Rahmen einer Modellrechnung hat das Statistische Bundesamt voraussichtliche Entwicklungen im Krankenhausbereich untersucht. Danach wird durch den demografischen Wandel die Zahl der Krankenhaufälle in Deutschland bis zum Jahr 2030 um etwa 12% steigen. Auf der Basis der Modellrechnung dürften die Krankenhaufälle im Bereich Herz-/Kreislaufkrankungen sowie gut- und bösartige Neubildungen stark zunehmen (um 34% beziehungsweise 21%), die Zahl der Patientinnen, die aufgrund von Schwangerschaft und Wochenbett stationär versorgt werden müssen, hingegen um über 22% abnehmen. Die Alterung der Gesellschaft wird sich damit auch auf die Ausgestaltung einzelner Krankenhausabteilungen auswirken.

HHF

Das Zielleistungsprinzip in der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes

– jüngstes Urteil vom 5. Juni 2008 konkretisiert nochmals dessen Anwendung -

Einleitung

§ 4 Abs. 2 Satz 1 GOÄ legt fest, dass Gebühren nur für **selbständige** ärztliche Leistungen berechnet werden können. Ergänzt wird dies durch § 4 Abs. 2 a Satz 1 GOÄ, wonach Leistungsbestandteile oder besondere Ausführungen einer

anderen Leistung nicht berechnet werden dürfen, soweit für die andere Leistung eine Gebühr in Rechnung gestellt wird. Die Frage, ob eine Leistung von der Zielleistung umfasst ist oder eine selbständige Leistung ist, die daneben abre-

chenbar ist, muss anhand des medizinischen Sachverhalts beurteilt werden, der unter die Allgemeinen Regelungen der GOÄ zu subsumieren ist.

Die bisherige Rechtsprechung des BGH

Der BGH hat sich mit dem sogenannten Zielleistungsprinzip und dessen richtiger Anwendung bereits in mehreren Entscheidungen befasst. Mit Urteilen vom 13. Mai 2004, Az.: III ZR 344/03 und vom 16. März 2006, Az.: III ZR 217/05 konkretisierte das Gericht die gesetzlichen Vorgaben wie folgt:

Für die Frage, welche von mehreren gleichzeitig oder im Zusammenhang erbrachten Leistungen selbstständig berechnungsfähig sind, ist insbesondere § 4 Abs. 2 a GOÄ in der Fassung der Vierten Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte vom 18. 12. 1995 (BGBl I, 1861) heranzuziehen. Nach dieser Bestimmung kann der Arzt für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist,

eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet. Dies gilt auch für die zur Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten operativen Leistungen methodisch notwendigen operativen Einzelschritte.

In den, dem Abschnitt L (Chirurgie, Orthopädie) des Gebührenverzeichnisses vorangestellten *Allgemeinen Bestimmungen* werden Inhalt und Tragweite dieses als Zielleistungsprinzip bezeichneten Grundsatzes näher verdeutlicht. Es heißt dort:

„Zur Erbringung der in Abschnitt L aufgeführten typischen operativen Leistungen sind in der Regel mehrere operative Einzelschritte erforderlich. Sind diese Einzelschritte methodisch notwendige Bestandtei-

le der in der jeweiligen Leistungsbeschreibung genannten Zielleistung, so können sie nicht gesondert berechnet werden.“

Es ist also zum einen die Frage zu stellen, ob die Zielleistung ohne die in Frage stehende Leistung nach ihrem technischen Ablauf überhaupt nicht erbracht werden kann -dann Bestandteil- oder aber ob es sich um eine Abweichung von der Leistungsbeschreibung handelt, die sich allerdings nicht so gravierend darstellen darf, dass sich nach ihrem Kerninhalt eine andere Leistung ergibt -dann besondere Ausführung-. Je allgemeiner die Leistungsbeschreibung der Zielleistung ist, desto weitergehend sind dabei die Möglichkeiten der besonderen Ausführung.

Das aktuelle Urteil

Diese im Einzelfall immer noch recht vagen Kriterien hat der BGH in seiner jüngsten Entscheidung zum Zielleistungsprinzip vom 05. Juni 2008, Az.: III ZR 239/07 nunmehr nochmals konkretisiert. Hintergrund der Entscheidung war kurz zusammengefasst folgender Sachverhalt:

Der Kläger, Direktor der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie eines Universi-

tätskrankenhauses, machte gegen den Beklagten auf der Grundlage einer Wahlleistungsvereinbarung Honoraransprüche geltend, die im Zusammenhang mit einem operativen Eingriff wegen eines Bronchial-Karzinoms standen. Der Patient als Beklagter bzw. die hinter ihm stehende private Krankenversicherung hatte die Rechnung des Klägers gekürzt und vertrat die Auffassung, dass bestimmte in Rechnung ge-

stellte Gebührenpositionen nicht selbständig abrechenbar seien, weil es sich insoweit nur um methodisch notwendige operative Einzelschritte handele, die erforderlich gewesen seien, um die Zielleistungen nach den Nummern 2997 (Lobektomie und Lungensegmentresektionen) und 3013 (Intrathorakaler Eingriff am Lymphgefäßsystem) des Gebührenverzeichnisses der GOÄ vornehmen zu können.

Das Zielleistungsprinzip (Fortsetzung)

Die Leitsätze der Entscheidung lauten folgendermaßen:

1. Das in § 4 IIa 1 und 2 GOÄ enthaltene Zielleistungsprinzip findet seine Grenze an dem Zweck dieser Bestimmung, eine doppelte Honorierung ärztlicher Leistungen zu vermeiden.
2. Die Frage, ob im Sinn des § 4 IIa 2 GOÄ und des Abs. 1 S. 1 und 2 der Allgemeinen Bestimmungen des Abschnitts L einzelne Leistungen methodisch notwendige Bestandteile der in der jeweiligen Leistungsbeschreibung genannten Zielleistung sind, kann nicht danach beantwortet werden, ob sie im konkreten Einzelfall nach den Regeln ärztlicher Kunst notwendig sind, damit die Zielleistung erbracht werden kann. Vielmehr sind bei Anlegung eines abstrakt-generellen Maßstabs wegen des abrechnungstechnischen Zwecks dieser Bestimmungen vor allem der Inhalt und systematische Zusam-

menhang der in Rede stehenden Gebührenpositionen zu beachten und deren Bewertung zu berücksichtigen (Fortführung der Senatsurteile BGHZ 159, 142 = NJW-RR 2004, 1202 und NJW-RR 2006, 919).

3. Die Dekortikation der Lunge nach Nr. 2975 des Gebührenverzeichnisses ist nicht Bestandteil der in der Nr. 2997 mit Lobektomie und Lungensegmentresektion(en) beschriebenen Zielleistung.

Der BGH wandte sich hierbei insbesondere gegen die vorinstanzliche Auffassung des Berufungsgerichts, welches eine gesonderte Abrechenbarkeit der in Rede stehenden, vom Kläger erbrachten Leistungen auf der Grundlage des § 4 Abs. 2a GOÄ auch im Hinblick auf die Nr. 2975 GOÄ abgelehnt hatte. Das Berufungsgericht meinte, es handele es sich bei den gekürzten

Leistungen um im Sinne des Satzes 2 dieser Bestimmung methodisch notwendige operative Einzelschritte auf dem Weg zur Erbringung der unter die Nummern 2997 und 3013 fallenden Zielleistungen. Bei der Feststellung, was ein methodisch notwendiger operativer Eingriff sei, komme es nicht darauf an, ob die betreffende Leistung immer, typischerweise und routinemäßig bei der Erbringung der sogenannten Zielleistung anfalle, sondern allein darauf, ob sie im konkreten Fall erforderlich gewesen sei, um die Zielleistung kunstgerecht erbringen zu können. Die Auffassung des Berufungsgerichts, was unter einem methodisch notwendigen Bestandteil einer Zielleistung zu verstehen sei, richtete sich also danach, was im konkreten Einzelfall erforderlich gewesen war, um die Zielleistung kunstgerecht zu erbringen.

Dieser Auffassung folgt der BGH nicht. Er führt hierzu aus:

„Der Maßstab ärztlicher Kunst ist bei der Erbringung aller ärztlichen Leistungen - seien es selbständige Leistungen oder unselbständige Begleitverrichtungen - zu beachten. Er hat damit Bedeutung für die Frage, welche Leistungen der Arzt dem Patienten in einem konkreten Behandlungsfall zu erbringen hat. Er ist aber gebührenrechtlich kein hinreichend taugliches Unterscheidungskriterium. Vor allem vermag er die Frage nach dem jeweiligen Inhalt der zur Diskussion stehenden Gebührenpositionen nicht näher zu beantworten. Will man aber im Einzelnen prüfen, ob verschiedene ärztliche Leistungen (methodisch notwendige) Bestandteile einer anderen Leistung sind, damit eine doppelte Honorierung vermieden

wird, kann man dies nur beantworten, wenn man zuvor Klarheit über den jeweiligen Leistungsumfang gewonnen hat. Diese dem Richter obliegende Aufgabe wird häufig nicht ohne sachverständige Hilfe bewältigt werden können. Dabei hat der Richter - wie auch sonst bei der Auslegung von Gesetzen - einen abstrakt-generellen Maßstab zugrunde zu legen (vgl. hierzu auch BVerwG, Urteil vom 21. September 1995 - 2 C 33/94 - juris Rn. 14-16), ehe er das hieraus gewonnene Ergebnis auf den konkreten Fall anwendet. Dass der Ordnungsgeber bei der Festlegung und Bewertung der einzelnen Gebührenpositionen von solchen allgemeinen Maßstäben ausgegangen ist, kann nicht zweifelhaft sein. Dies ergibt

sich daraus, dass er in Absatz 1 Satz 1 der Allgemeinen Bestimmungen von „typischen“ operativen Leistungen spricht und in Satz 2 bezüglich der Einzelschritte die mangelnde Berechenbarkeit davon abhängig macht, dass sie „methodisch“ notwendige Bestandteile der Zielleistung sind. Hieraus sowie aus der sehr differenzierten punktmäßigen Bewertung wird deutlich, dass der Ordnungsgeber bei der Beschreibung der verschiedenen Leistungen ein typisches Bild vor Augen hatte, zu dem nach den Kenntnissen medizinischer Wissenschaft und Praxis („Methode“) ein bestimmter Umfang von Einzelverrichtungen gehört.“

Das Zielleistungsprinzip (Fortsetzung)

Angewandt auf den konkrete Sachverhalt kam der BGH zu dem Schluss, dass der Kläger die in Nr. 2975 beschriebene Leistung der Dekortikation der Lunge vorgenommen und diese Leistung nicht von der Zielleistung umfasst gewesen sei. Der Sachverständige hatte hierzu erläutert, die Freilegung von Verwachsungen der Lungenober-

fläche sei erforderlich gewesen, um die Entfernung des rechten Lungenoberlappens nach der Nr. 2997 zu ermöglichen. Obwohl die Leistung der Nr. 2975 also als ein notwendiger Zwischenschritt für die Erbringung der Leistung nach Nr. 2997 angesehen werden kann, hat der BGH verneint, dass sie in der Nr. 2975 enthalten oder als deren

besondere Ausführung im Sinn des § 4 Abs. 2a Satz 1 GOÄ zu behandeln und damit nicht gesondert abrechenbar wäre. Dies ergebe sich insbesondere auch aus der hohen Bewertung beider Leistungen, wonach die Nr. 2975 praktisch 90 Prozent der Leistung der Nr. 2997 ausmachen müsste. Dies könne nicht sein.

Anders bewertete der BGH die Sachlage allerdings bei weiteren streitigen Leistungen:

- Da der in Nr. 3013 beschriebene Eingriff am Lymphgefäßsystem den Raum der Brusthöhle betreffe und sich nicht auf bestimmte befallene Organe beziehe, teilte er die Auffassung des Berufungsgerichts, dass diese Gebührensnummer auch Leistungen an der in unmittelbarer Nachbarschaft liegenden und mit dem Eingriff in dieselbe Körperhöhle erreichbaren Speiseröhre mit abdecke. Die Leistung Nr. 3126 des Gebührenverzeichnisses (Intrathorakaler Eingriff am Ösophagus) sei deshalb eben nicht gesondert abrechenbar.

- Hinsichtlich der vom Kläger vorgenommenen zweimaligen Berechnung der Neurolyse des Nervus vagus und des Nervus recurrens nach Nr. 2583 GOÄ sei bereits in der Beschreibung der Leistung selbst klargestellt, dass die Neurolyse (nur) als selbständige Leistung abrechenbar sei. Dieser Zusatz gebe einen besonderen Hinweis darauf, dass der Ordnungsgeber bei der Beschreibung von Zielleistungen sah, dass Neurolysen jedenfalls typischerweise erforderlich sind, um den Erfolg einer operativen Leistung zu gewährleisten. Es stelle deshalb keine für eine selbst-

ständige Abrechenbarkeit hinreichende eigenständige Indikation dar, wenn der betreffende Nerv im Zuge der Erbringung der (anderen) Zielleistung geschont und seine Verletzung verhindert werden solle, wie es hier der Fall war. Das Berufungsgericht habe festgestellt, die Freilegung der Blutgefäße sei erforderlich gewesen, um an die Lymphknoten heranzukommen, die im Zuge einer Leistung nach der Nr. 3013 entfernt werden sollten. Die Voraussetzungen für eine selbständige Abrechenbarkeit lägen deshalb nicht vor.

Fazit

In der Folge der bisherigen Urteile des BGH zum Zielleistungsprinzip hatte sich gezeigt, dass bei der Anwendung dieser Vorgaben im konkreten Fall durch die Instanzgerichte noch Unklarheiten bestehen. Die Klarstellung eines wesentlichen Auslegungsgesichtspunktes ist nunmehr durch das aktuelle Urteil erfolgt. Die Frage der Einordnung einer Leistung als Bestandteil der Zielleistung habe sich nicht an der Notwendigkeit im konkreten Einzelfall zu orientieren sondern es müsse anhand eines abstrakt-generellen Maßstabs wegen des abrechnungstechnischen Zwecks dieser Bestimmungen vor allem der Inhalt und systematische Zusammenhänge der Artikel erschienen in Heft 08-2008 Chirurg-BDC

menhang der in Rede stehenden Gebührenpositionen beachtet und deren Bewertung berücksichtigt werden.

Diese Sichtweise des BGH ist konsequent, da nur dadurch die Anwendung der Gebührenordnung im Sinne des Ordnungsgebers unter Berücksichtigung auch der honorarmäßigen Bewertung der einzelnen Leistungen gewährleistet werden kann. Wie die Entscheidung jedoch auch sehr deutlich zeigt, wird durch eine solche generell-abstrakte Prüfung das medizinische Gutachten jedoch keinesfalls überflüssig. Nach wie vor bedarf es für die Anwendung der Vorgaben des

BGH im Einzelfall der Unterstützung des Richters durch medizinischen Sachverstand. Gerade die bisher viel zu wenig erfolgte Berücksichtigung der honorarmäßigen Bewertung der streitigen Leistungen im Verhältnis zur Zielleistung gibt dem Juristen jedoch eine wichtige Argumentationshilfe zur Hand, die sich allerdings ebenso auch zu Ungunsten des liquidierenden Arztes auswirken kann.

Dr. jur. Jörg Heberer,
Oliver Butzmann
Fachanwälte für Medizinrecht
Kanzlei Dr. Heberer & Kollegen,
Paul-Hösch-Straße 25A, 81243
München
dr.heberer@arztrechtskanzlei.de