

Jörg-A. Rüggeberg: Editorial

Walzer in Berlin - Ein Schritt vor, zur Seite und wieder zurück

Es ist schon ein seltsames Schauspiel, das uns in Berlin geboten wird. Während draußen im Land die nackte Existenzangst um sich greift und Panikattacken zu absurden Vorschlägen und hektischen Aktivitäten führen, dreht sich das KV-System gemächlich um sich selbst. Dabei entsteht der unangenehme Eindruck, dass keiner mehr weiß, in welche Richtung es eigentlich gehen soll.

Zur Erinnerung: Im August letzten Jahres hat der Bewertungsausschuss eine neue Verteilungssystematik für die Honorarausstattung 2009 beschlossen. Schon wenige Wochen später sind Teile der Beschlüsse nach lautem Geschrei einzelner Kven (durchaus berechtigt) wieder zurück genommen worden, ohne dass dieses zu einer Beruhigung beigetragen hätte. Trotz allem ist der Grundgedanke einer einheitlichen Honorarverteilung losgelöst von den Beliebigkeiten regionaler Gremienzusammensetzungen geblieben. Ebenso geblieben ist allerdings auch die Erkenntnis, dass eben nach wie vor nicht genug Geld für die ambulante Versorgung zur Verfügung steht und deshalb trotz wohlklingender Beteuerungen unverändert über allem ein Budget steht.

Jetzt hat der BWA erneut getagt und siehe da: der einzig positive Aspekt der bundeseinheitlichen Systematik ist unter der relativierenden Bezeichnung „Konvergenzregelung“ dahin. Schon wieder können die Landes-Kven nach Gutdünken eigene Verteilungsmechanismen generieren. Das mag im Einzelfall nicht so schlecht sein, aber der Traum eines bundeseinheitlichen Honorars für gleiche Leistungen ist erst einmal ausgeträumt. Außerdem zeigt sich, dass die KBV eben nicht dem Druck der Landes-Kven standhalten kann. Das ist sehr schade, denn es

Inhalt

Editorial	1
Schöne Bescherung	2
Aus dem Bundesrat	3
- Patientenverfügung	3
- Impfstoffe	3
- Vakzineprojekt	3
- Steuer auf Arzneimittel	4
- Diamorphinbehandlung	4
Bevölkerungsabnahme 2008	4
Sind die Deutschen Blaumacher?	5
Veranstaltungshinweis	5
Gesundheitspolitische Perspektiven des vdek	6
Neue Tarifrunde für Uni-Ärzte	6
Effizienzreserven im Gesundheitswesen?	7
Aus dem BFB: Schlechte Stimmung bei Freiberuflern	7
Erklärung zu Patientenrechten	8
Personalien	10
Kassenverbände in freier Wildbahn	11
2009 – Jahr der Kassenfusionen	12
FDP will Gesundheitsfonds abschaffen	12
Neue Reform – Atempause für die Kliniken?	13
Machts wie Hoppenthaller	16

In gesondertem Anhang:
Beschlüsse des Erweiterten
Bewertungsausschusses

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

offenbart wieder einmal die Unfähigkeit der Ärzte zu einem geschlossenen Vorgehen.

Ich frage mich, ob den Verantwortlichen überhaupt bewusst ist, dass die Kollegen an der Basis ums nackte Überleben kämpfen. Wieso geht niemand an die Öffentlichkeit und sagt: „Leute, für Eure Versorgung hat der Arzt im Schnitt 10 Euro pro Monat, damit soll er alles irgendwie regeln. Wie soll das gehen?“ Nein, immer noch wird so getan, als sei das Ganze ein Riesenerfolg, weil ja 2,5 Milliarden zusätzliches Geld gewonnen wurden. Dabei stimmt das noch nicht mal, denn es handelt sich um eine potentielle Einnahme, die durch zusätzliche Leistungen erst abgerufen werden muss. Zwar wird den „Hochleistern“ durch Reduktion auf den Fachgruppenschnitt Honorar genommen, dass aber von den „Unterschnittlern“ erst einmal neu generiert werden muss. Ob die das tun, halte ich jedenfalls für fraglich.

Das zentrale Problem bleibt: es gibt eine Nivellierung der ambulanten Medizin auf niedrigem Niveau. Hochleistungspraxen können da nicht mehr mithalten. Es bleibt bei der bisherigen budgetierten Gesamtvergütung. Die immer versprochene Übertragung des Morbiditätsrisikos bleibt eine Sprechblase, denn das, was die Ärzte darunter verstehen, nämlich die Übertragung des Mengenrisikos der Leistung auf die Kassen, findet nicht statt. Die jetzt vorgenommenen Änderungen zugunsten regionaler Abfederungen vermag diese Grundfehler auch nicht im Ansatz zu übertünchen. Da wäre es ehrlicher, offen zuzugeben, dass nichts mehr geht anstatt durch anmutige Pirouetten vollendete Tanzkunst vorzugaukeln. Es ist ein Tanz auf der Titanic, und die Basis vor Ort ist längst auf dem Weg zu den Rettungsbooten.

Schöne Bescherung

Die Honorarreform zum 01.01.2009 mit Einführung der Regelleistungsvolumina dokumentiert die dramatische Unterfinanzierung des vertragsärztlichen Sektors. Es zeichnet sich ab, dass die mit großen Worten gepriesene Erhöhung der ambulanten Honorare um rd. 2,5 Milliarden Euro gar nicht zur Verteilung ansteht. Die KV'en haben trotz Einschaltung der Schiedsämter nahezu bundesweit die im August in Berlin errechneten Honorarsteigerungen nicht mit den Kassen verhandeln können. Insofern wird aus jetziger Sicht wahrscheinlich maximal die Hälfte der avisierten Summe in die vertragsärztlichen Honorare fließen! So etwas nennt man landläufig Betrug!

Fatal wirkt sich für alle Fachgruppen die von den Kassen geforderte und vom Schlichter durchgesetzte Fallzahlsteuerung in der Honorarverteilung ab 2009 aus. Zum einen entsteht ein neuer Hamsterrateffekt, in Bezug auf die Fallzahlen, zum anderen aber erfolgt eine dramatische Nivellierung in der Vergütung.

So werden absehbar Gewinner dieser Honorarreform diejenigen Praxen sein, die schon in der Vergangenheit hohe Fallzahlen mit wenigen Leistungen am einzelnen Patienten abgerechnet haben. Verlierer sind spezialisierte und hochtechnisierte Praxen mit hohem Leistungsanteil für den einzelnen Patienten. Ein Problem aller Fachgruppen.

Von dem aktuellen bundesweiten Orientierungspunktwert von rund 3,5 Cent profitieren nur diejenigen KV'en, die bislang einen niedrigeren durchschnittlichen Punktwert erzielt haben. Verlierer sind vor allem die KV'en, die durch rigide Honorarverteilungsverträgen in den letzten Jahren die Leistungsmenge drastisch begrenzt haben und den Punktwert damit stabilisiert haben, wie z. B. die KV Nordrhein.

Bei der aktuellen Berechnung der Regelleistungsvolumina wurde in den meisten KV'en die neue Grundpauschale für Nervenärzte

nicht berücksichtigt. Sie haben vielleicht festgestellt, dass der jüngst veröffentlichte EBM 2009 neue Grundpauschalen für Nervenärzte vorsieht mit einer um rund 200 Punkte angehobenen Punktbewertung. Da diese Änderung erst in den letzten Wochen von uns durchgesetzt werden konnte, haben die höheren Punktzahlen in der Berechnungssystematik der Regelleistungsvolumina noch keine Berücksichtigung finden können. Einige Länder-KV'en haben bereits angekündigt, diese Veränderung in die Regelleistungsvolumina einzuarbeiten und kurzfristig geänderte Bescheide an die Fachgruppe zu versenden.

Darüber hinaus kämpfen wir auf Bundesebene für weitere Änderungen: Zu den wichtigsten Forderungen gehört die Herausnahme der Gesprächsziffern aus dem Kapitel 21 aus dem Regelleistungsvolumen. Ich habe mehrfach dargelegt, dass es nicht der Philosophie freier Gesprächsleistungen entsprechen kann, diese Leistungen in einem Regelleistungsvolumen zu versenken, außerdem wird dadurch eine Zwei-Klassen-Psychiatrie etabliert! Darüber hinaus fordern wir Herausnahme technischer Leistungen wie z. B. der Doppler/Duplexsonographie, ggf. sollte für diese Leistungen ein Qualitätszuschlag errechnet werden.

Eines ändert sich in keiner Weise durch die Einführung von Regelleistungsvolumina: Grundlage für die Geldverteilung im Jahr 2009 bleibt der nachgewiesene Behandlungsbedarf: nachgewiesen durch die abgerechneten Leistungen. Bitte rechnen Sie daher auch in Zukunft alle erbrachten Leistungen, insbesondere auch die Betreuungsleistungen, umfassend ab. Bedenken Sie, dass die Fachgruppentöpfe zum 01.01.2009 aufgehoben werden. In Zukunft entscheidet das Verhältnis der Leistungsbedarfe der verschiedenen Fachgruppen über die prozentuale Verteilung der Mittel. Die Dokumentation eines höheren Leistungsbedarfes ist die Grund-

lage für eine Umverteilung der Mittel zugunsten unserer Fachgruppen.

Und noch etwas!

Protestieren Sie schriftlich bei ihrer Länder-KV gegen die Höhe ihres Regelleistungsvolumens.bzw. legen Sie in jedem Fall Widerspruch ein. Machen Sie deutlich, dass eine qualitativ hochwertige und den wissenschaftlichen Leitlinien entsprechende Versorgung Ihrer neurologischen und psychiatrischen Patienten auf der Grundlage der Ihnen mitgeteilten Regelleistungsvolumina unter keinen Umständen möglich ist. Machen Sie deutlich, dass Gespräche, die Sie mit Ihren Patienten führen, sowohl psychiatrisch - wie auch neurologisch - außerhalb von Regelleistungsvolumina vergütet werden müssen. Fordern Sie darüber hinaus Einzelleistungsvergütung für technische Leistungen wie Elektrophysiologie sowie Ultraschalleistungen. Weisen Sie hin auf die eklatanten Unterschiede zwischen der gestützten und unbudgetierten Finanzierung für richtlinienpsychotherapeutische Leistungen und der im Gegensatz dazu skandalösen Unterfinanzierung Ihrer Arbeit durch ein Regelleistungsvolumen. Stellen Sie die Berechnungsgrundlage Ihrer Fallzahlen in Frage!

Mit diesen und anderen Argumenten kämpfen wir auf der Bundesebene selbstverständlich längst sowohl bei der KBV wie auch mit Vertretern der Krankenkassen und der Politik. Durch Ihre Protestschreiben können Sie unsere Lobby-Arbeit aber nachhaltig unterstützen.

Protestieren Sie nicht nur bei Ihrer zuständigen KV, sondern informieren Sie auch Ihre Landtags- und Bundestagsabgeordneten in Ihrem Wahlkreis. Die Adressen finden Sie auf den Homepages der Parteien oder unter www.bundestag.de.

Dr. F. Bergmann
Bundesvorsitzender BVDN

Aus dem Bundestag

Patientenwille im Zweifel durch Angehörige oder Betreuer ermitteln

Recht/Gesetzentwurf

Als gültige Patientenverfügung sollen künftig sowohl der eindeutige als auch der zu ermittelnde mutmaßliche Wille eines Menschen gültig sein. Dies ist einer der zentralen Punkte des Gesetzentwurfes (16/11493), der unter anderem von den Abgeordneten Wolfgang Zöllner und Hans Georg Faust (beide CDU/CSU-Fraktion), Herta Däubler-Gmelin (SPD-Fraktion) und Monika Knoche (Linksfraktion) auf den Weg gebracht wurde. 43 Abgeordnete der CDU/CSU, drei SPD-Abgeordnete, 13 Mitglieder der Linken und ein Abgeordneter der FDP-Fraktion haben den Gesetzentwurf unterschrieben. Zu den Unterzeichnern gehört auch Bundeskanzlerin Angela Merkel (CDU).

In Übereinstimmung mit der bisherigen Rechtslage werde gesetzlich klargestellt, dass sowohl der Betreuer als auch der Bevollmächtig-

te verpflichtet seien, den Willen des Patienten "Ausdruck und Geltung zu verschaffen". Bestehe Uneinigkeit zwischen dem behandelnden Arzt und dem Betreuer darüber, so seien nahe stehende Angehörige hinzuziehen, um sich Klarheit zu verschaffen. Wenn noch immer keine Einigkeit herrsche, sei das Vormundschaftsgericht anzurufen. Eine aktive Sterbehilfe sieht der Gesetzentwurf ausdrücklich nicht vor.

Das Gesetz bekenne sich zu dem Grundsatz, dass jedes Leben lebenswert sei, auch Leben mit Schwäche, Krankheiten und Behinderung. Auch und gerade dann sei es Aufgabe der Gesellschaft, dafür zu eintreten, dass Menschen akzeptiert und nach ihren Bedürfnissen gepflegt und umsorgt würden. Die Akzeptanz dieses Grundsatzes bedeute aber auch, dass es keine durch Gesetz zu verordnende Wahrheit über das

Sterben gebe. Jeder Mensch könne in einem "höchstpersönlichen Entscheidungsprozess" festlegen, wann er sich gegen den natürlichen Sterbeprozess nicht mehr wehren und auf den Einsatz der Intensivmedizin verzichten wolle.

"Deshalb beinhaltet der Anspruch auf menschenwürdiges Sterben auch die Feststellung, dass die höchstpersönliche Einsicht des Patienten, wann seine Zeit zu sterben gekommen ist, respektiert werden muss", so die Initiatoren. Der Entwurf sei darüber hinaus geprägt von der Erkenntnis, dass Leben und Sterben in ihrer Komplexität nicht normierbar seien und sich pauschalen Kategorien entziehen. Deshalb lasse er Raum für die Betrachtung des Einzelfalls und vermeide schematische Lösungen.

Entwicklung der Impfstoffe VPM1002 gegen Tuberkulose und VMP1001 gegen Malaria

Bildung und Forschung/Kleine Anfrage

Nach der Entwicklung der Impfstoffe VPM1002 gegen Tuberkulose und VMP1001 gegen Malaria erkundigt sich die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen in einer Kleinen Anfrage (16/11491). Die Abgeord-

neten wollen unter anderem wissen, wann mit einer Marktreife der Produkte zu rechnen sei, wie hoch der Bundesanteil an der Finanzierung der "Vakzine Projekt Management GmbH" ist und welchen gesamtgesellschaftlichen Nutzen

sich die Regierung von der öffentlichen Förderung der mit der Entwicklung der Stoffe beauftragten Firma verspricht.

Vakzine Projekt Management GmbH kauft Lizenz an Tuberkulose-Impfstoff

Bildung und Forschung/Antwort

Berlin: (hib/BN) In ihrer Antwort (16/11500) auf eine Anfrage der Fraktion Die Linke (16/11275) bestätigt die Bundesregierung, dass die Vakzine Projekt Management GmbH eine globale exklusive Lizenz des vom Max-Planck-Institut weiterentwickelten Tuberkulose-Impfstoffs VPM 1002 erworben ist. Die Entwicklung des Impfstoffs sei jedoch noch nicht abgeschlossen. Von einer Markt-

einführung sei man noch weit entfernt. Für den Fall einer entsprechenden Weiterentwicklung wolle die Regierung ihre Verhandlungsspielräume nutzen, um Entwicklungsländern einen begünstigten Zugang zu dem Impfstoff zu ermöglichen.

Des Weiteren weist die Bundesregierung darauf hin, dass es übergreifendes Ziel der Impfstoff-

Initiative des Bundesministeriums für Bildung und Forschung sei, erfolgversprechende Impfstoffkandidaten aus deutschen Forschungsinstitutionen in eine Anwendungsnähe zu überführen. Die jeweiligen Impfstoffe sollen dabei je nach Krankheitsbild in Deutschland oder in jedem anderen Land Anwendung finden.

Besteuerung von Arzneimittelumsätzen

Gesundheit/Antwort

Berlin: (hib/STO) Die Bundesregierung lehnt bei der Besteuerung von Arzneimittelumsätzen derzeit eine Anwendung des ermäßigten Steuersatzes von sieben Prozent ab, da sie zu Mindereinnahmen von weit mehr als 3 Milliarden Euro führen würde. Auch könnte der

Gesetzgeber nicht sicherstellen, dass die Steuerersparnis über sinkende Preise tatsächlich zu einer äquivalenten finanziellen Entlastung der Sozialversicherungsträger beziehungsweise Patienten führt, argumentiert die Regierung in ihrer Antwort

(16/11334) auf eine Kleine Anfrage (16/11018) der Fraktion Die Linke. Überdies fließe die Mehrwertsteuer auch den Ländern zu, von denen keine Initiative bekannt sei, bei der sie auf ihren Anteil verzichten.

Interfraktionelle Gesetzesinitiative für diamorphingestützte Behandlung

Gesundheit/Gesetzesentwurf

Die kontrollierte Behandlung schwerstkranker Opiatabhängiger mit synthetisch hergestelltem Heroin - so genanntes Diamorphin - soll nach dem Willen einer fraktionsübergreifenden Parlamentariergruppe künftig in das Regelsystem der gesundheitlichen Versorgung eingefügt werden. 250 Abgeordnete von SPD, FDP, Die Linke und Bündnis 90/Die Grünen haben dazu einen Gesetzesentwurf (16/11515) vorgelegt, wonach Diamorphin als verschreibungsfähiges Betäubungsmittel eingestuft werden soll, um so eine Behandlung mit dem Mittel zu ermöglichen. Zugleich sollen die Modalitäten

geregelt werden, unter denen Diamorphin zur Substitutionsbehandlung verwendet werden kann.

Danach soll die Diamorphinbehandlung nur bei schwerstabhängigen Opiatsüchtigen angewendet werden, die nach herkömmlichen Methoden wie etwa mit einer Methadon-Substitution nicht erfolgreich therapierbar sind. Sie soll nur bei Patienten ab 23 Jahren in Betracht kommen, die seit mindestens fünf Jahren abhängig sind und bereits zwei erfolglose Therapien hinter sich haben. Auch soll die Diamorphinbehandlung nur in bestimmten Einrichtungen vorgenommen werden dürfen, die be-

sondere Anforderungen etwa hinsichtlich der personellen Ausstattung erfüllen müssen und einer Erlaubnis der zuständigen Landesbehörde bedürfen.

Bereits in der Vergangenheit hatten sich die drei Oppositionsfraktionen für eine Übernahme der Diamorphinbehandlung ins Regelangebot des medizinischen Hilfesystems stark gemacht. Der Bundesrat hat ebenfalls einen Gesetzesentwurf zur diamorphingestützten Behandlung Schwerstabhängiger vorgelegt. Die Koalitionsfraktionen konnten sich bislang nicht auf ein einheitliches Vorgehen in dieser Frage verständigen.

Die Bundestagsdrucksachen können über die Redaktion angefordert werden.

Quelle: Heute im Bundestag (HHF)

Weitere Bevölkerungsabnahme für 2008 erwartet

WIESBADEN – Nach einer Schätzung des Statistischen Bundesamtes (Destatis) dürfte die Einwohnerzahl Deutschlands im Jahr 2008 im Vergleich zum Vorjahr erneut gesunken sein. Gegenüber Ende 2007 wird mit einem Rückgang von etwa 0,2% gerechnet (82,06 gegenüber 82,22 Millionen). Die Bevölkerung Deutschlands nimmt seit 2003 ab. Der Rückgang wird 2008 voraussichtlich etwas stärker ausfallen als in den Vorjahren.

Nach vorläufigen Berechnungen hat sich die Zahl der Geburten im

Vergleich zu 2007 kaum verändert und die der Sterbefälle leicht erhöht: Es wird mit wiederum etwa 680 000 bis 690 000 Geburten und mit etwa 835 000 bis 845 000 Sterbefällen gerechnet. Das sich aus der Differenz aus Geburten und Sterbefällen ergebende Geburtendefizit wird dadurch von gut 142 000 im Jahr 2007 voraussichtlich auf etwa 150 000 bis 160 000 ansteigen.

Der Wanderungssaldo Deutschlands, die Differenz zwischen Zuzügen aus dem Ausland und Fortzügen in das Ausland, lag

bereits in den letzten Jahren auf einem sehr niedrigen aber noch positiven Niveau. Für 2008 wird ein etwa ausgeglichener Wanderungssaldo (gleich viele Zu- und Fortzüge) erwartet. Seit der Wiedervereinigung wurde der bisher niedrigste Wanderungsüberschuss mit etwa + 23 000 im Jahr 2006 festgestellt; mehr Fortzüge als Zuzüge gab es zuletzt 1984 im früheren Bundesgebiet (- 194 000).

Quelle: PM des Statistischen Bundesamtes

Sind die Deutschen Blaumacher?

Dies ließ zumindest das Eingangsstatement des Vorstandsvorsitzenden der Gmünder Ersatzkasse (GEK), Dr. R.-U. Schlenker, bei der Vorstellung des neuesten GEK Reports *Ambulant ärztliche Versorgung 2008* vermuten. So war durch das Team des Instituts für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG) unter Führung des früheren Mitglieds des Sachverständigenrates für das Gesundheitswesen, Prof. F. W. Schwartz, Hannover, festgestellt worden, dass an Montagen durchschnittlich 8 Prozent der Bevölkerung einen Arzt konsultierten. Ein absoluter Spitzenwert wurde am Montag, dem 01. Okt. 2007 erreicht. An diesem Tag suchten knapp 12 Prozent (11,7 %) einen niedergelassenen Arzt auf, wobei allerdings zu berücksichtigen ist, dass 2 Tage später ein gesamtdeutscher Feiertag anstand.

Die vom ISEG anhand der Daten von 1,6 Mio. GEK-Versicherten, die etwa 1,9 % der deutschen Bevölkerung repräsentieren und auf die gesamte deutsche Bevölkerung hochgerechnet wurden, erhobenen Befunde zeigten, dass die Zahl der Arztkontakte pro Kopf der Bevölkerung in Deutschland weiterhin zunehmend ist. So stieg die Zahl von Arzt-Patienten-Kontakten von 2007 bis 2007 um 10 Prozent von 16,3 auf durch-

schnittlich 17,9 Kontakte. Damit sind die Deutschen, so Schwartz, nach verfügbaren Informationen weiterhin weltweit Spitzenreiter bei Arztkontakten. Ca. 1,5 Prozent sind dabei auf demografische Veränderungen zurückzuführen. Ca. 4,4 Prozent der Bevölkerung kontaktierten an jedem Tag im Untersuchungszeitraum einen Arzt.

Besorgniserregend für Schlenker war angesichts dieser Zahlen die mit der hohen Inanspruchnahme von Ärzten einhergehende Verringerung der dem Arzt je Patient zur Verfügung stehenden Zeit. Bei Bezug der Zahlen auf die 137000 niedergelassenen Ärzte hätte jeder Arzt täglich 38 Patienten zu versorgen. Knappe Beratungszeiten und steigende Arzneiverordnungen seien dabei kaum verwunderlich. Abhilfe sei nur durch eine Stärkung der Lotsenfunktion des Hausarztes zu erzielen, war die Schlußfolgerung der GEK.

Die Untersuchung des verfügbaren Datenmaterials hat aber auch gezeigt, dass der Morbi-RSA überprüft werden muss. So wird bei der Berechnung der den einzelnen Krankenkassen zur Verfügung zu stellenden Finanzmittel die dokumentierte Morbidität zu Grunde gelegt, wobei maximal 80 Krankheiten zu berücksichtigen sind, denen insgesamt 3799 unter-

schiedliche ICD-Diagnoseschlüssel zugeordnet sind. Ausgleichszahlungen des Morbi-RSA erfolgen jedoch nicht direkt beim Vorliegen einer oder mehrerer der 80 Krankheiten sondern in Abhängigkeit von Zuordnungen der Versicherten zu sogenannten hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMGs). So nahm bei den GEK-Versicherten die HMG 58 „Depressionen und wahnhaftige Störungen“ nach der HMG 91 „Hypertonie“ Rang 2 ein. Bei Hinzuziehung der Ausgaben für Versicherte, die der HMG 58 zugeordnet worden sind, stellten die Autoren fest, dass bei 20 – 25 Prozent der Versicherten die Ausgleichszahlungen zum Teil erheblich unter den real angefallenen Ausgaben lagen. Unter Berücksichtigung der Methodik des RSA liegen zwangsläufig 75 – 80 Prozent der Ausgleichszahlungen oberhalb des realen Bedarfs. Hier wird ein großes Problem innerhalb der GKV-Gemeinschaft gesehen, da hieraus Anreize zu einer verstärkten Diagnoseerfassung gesetzt werden, wie ja bereits vor einigen Wochen aus den Medien zu entnehmen war.

Der Report kann über die Redaktion angefordert werden.

HHF

Veranstaltungshinweis

Vom 4. – 5. März 2009 findet der **4. Kongress für Gesundheitsnetzwerker** im **Campus-Virchow-Klinikum, Berlin**, zum Thema *Die Praxis neuer Versorgungsformen* statt. Der Kongress reagiert damit auf das sich weiterhin wandelnde Gesundheitswesen. Die erwarteten Auswirkungen der Honorarreform auf die Fachärzteschaft lassen die Entstehung zahlreicher neuer Versorgungsstrukturen mit Kollektiv- und Selektivverträgen vermuten. Das Kongressprogramm kann unter www.gesundheitsnetzwerker.de heruntergeladen werden.

HHF

Die gesundheitspolitischen Perspektiven des vdek im Superwahljahr 2009

Mit Beginn des Jahres 2009 haben sich die Ersatzkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) neu aufgestellt. Durch Zusammenschluss des Verbandes der Angestellten Krankenkassen (VDAK) mit dem Arbeiterersatzkassenverband (AEV) wurde ein neuer Verband, der Verband der Ersatzkrankenkassen (vdek) gegründet. Zu dessen Vorstandsvorsitzenden war Thomas Ballast gewählt worden. Durch mehrere Fusionen, zum Teil auch kassenartenübergreifend, ist der vdek zu mitgliederstärksten Kassenart aufgestiegen. 1 Mio. Mitglieder sind hinzugekommen. Für einige Mitgliedskassen des Verbandes haben die Fusionen Auswirkungen auf ihre Struktur, da die Arbeitgeber jetzt zusätzlich repräsentiert sind. Ballast geht zudem davon aus, dass dieser Trend weiter anhalten wird, da Billiganbieter unter den Krankenkassen unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds keine Zukunft haben werden. Er kündigte zudem an, dass der vdek noch

Mitte 2009 von Siegburg nach Berlin umziehen werde.

Sowohl Ballast als auch Zahn, ehrenamtlicher Verbandsvorsitzender des vdek, gingen mit hart am 01. Jan. 2009 startenden dem Gesundheitsfonds ins Gericht. Beide bemängelten eine weiterhin bestehende Unterfinanzierung der GKV von ca. 3 Mrd. Euro aus und vermuten zur Mitte des Jahres, knapp vor der anstehenden Bundestagswahl, die ersten Krankenkassen, die Zusatzbeiträge erheben müssen. Dies stelle für die Politik ein bedrohliches Szenario dar. Die Erhöhung des Steuerzuschusses ab 01. Juli 2009 und damit die Absenkung des Krankenkassenbeitrags auf 14,9 %-Punkte sei hierauf keine Antwort. Sie schlagen stattdessen vor, den Mehrwertsteuersatz auf Arzneimittel von 19 Prozent auf 7 Prozent abzusenken und endlich kostendeckende Beitragssätze für Arbeitslose einzuführen. Kritisch wurde auch die fälschliche Zuordnung von Zahnarztkosten zu chronisch Kranken im Rahmen des

Morbi- RSA gesehen. Zahnarztkosten fielen insbesondere in jüngeren Lebensaltern an. Ersatzkassen mit jüngerer Klientel könnten dadurch mit bis zu 5 Euro je Mitglied belastet werden.

Sorgen bereitet dem vdek auch die fachärztliche Versorgung. Umsatzrückgänge in Facharztpraxen von bis zu 30 Prozent könnten von diesen nicht sofort kompensiert werden. Man wolle sich deshalb im Erweiterten Bewertungsausschuss für eine angemessene Honorierung der Ärzte einsetzen. Plötzliche Honorarverschiebungen sollten vermieden werden. Allerdings sei die Frage der Honorarverteilung im Wesentlichen ein innerärztliches Problem.

Wie die Ärztezeitung am 16. Jan. meldete, hat der Erweiterte Bewertungsausschuss hat am Donnerstag, dem 15. Jan. 2009 für das neue Honorarsystem einstimmig eine Konvergenzphase vom 1. April 2009 bis Ende 2010 beschlossen.

HHF

Der Marburger Bund hat eine neue Tarifrunde für die Ärzte der Universitätsklinik eingeleitet

Wenige Tage vor dem Weihnachtsfest hat der Marburger Bund in einer Pressekonferenz die Öffentlichkeit über eine neue Tarifrunde informiert. Der Vorsitzende des MB, Rudolf Henke, hat die Tarifgemeinschaft deutscher Länder (TdL) zu Tarifverhandlungen aufgefordert und verlangt für die Ärzte an Universitätskliniken im Schnitt rund 9 Prozent mehr Gehalt. Weitere Ziele dieser Tarifrunde sind eine umgehende Anhebung der Gehälter in den neuen Bundesländern auf das Niveau der alten Bundesländer sowie eine deutliche Erhöhung der Zeitzuschläge für Überstunden, Samstags- und Nachtarbeit. Henke verwies dabei darauf, dass diese Forderungen dem entsprechen, was andere Krankenhausträger

schon geben. Im nationalen und internationalen Vergleich schneiden die Gehälter der Ärzte an Universitätsklinik nach Ansicht des MB schlecht ab. Das Einkommen dieser Ärzte stagniere seit 2003. Henke warf den Uniklinika vor, bei einer Verweigerung wettbewerbsfähiger Gehälter die „Abwanderung der Qualifizierten aus einem unattraktiven Umfeld zu organisieren“. Weiter werde durch den MB angestrebt, alle in Landesdiensten stehende Ärztinnen und Ärzte in den Geltungsbereich des arzt-spezifischen Tarifvertrags einzubeziehen.

Der Verband der der Universitätsklinik Deutschlands (VUD) wies in einer ersten Stellungnahme die Forderung als nicht realisierbar zurück. „Die Forderung des Mar-

burger Bundes für Ärzte an Uniklinika von 9% Gehaltssteigerung und von 8% durch Verdi für die übrigen Beschäftigten sind für die Unikliniken schlicht nicht tragbar“, teilte der VUD-Generalsekretär Rüdiger Strehl nüchtern mit. Der VUD hat sich im Herbst am Bündnis „Rettet das Krankenhaus“ beteiligt und an Demonstrationen teilgenommen. Die Politik habe jedoch die Forderungen der Krankenhäuser nicht berücksichtigt. „Aber das Klinikmanagement kann nicht mehr Geld verteilen, als es durch die Krankenversicherung umsetzen kann. Das Gesundheitswesen wird leider immer noch vorwiegend als Treiber der Lohnnebenkosten gesehen“, ergänzte VUD-Vorstand Prof. J. R. Siewert.

Effizienzreserven im Gesundheitswesen?

Bis zu 9,8 Mrd. Euro könnten im Deutschen Gesundheitswesen gespart werden, verkündete die Initiative **Neue Soziale Marktwirtschaft** (INSM) bei der Präsentation ihrer neuen Studie, die vom Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) und des Lehrstuhls für Gesundheitsökonomie der Universität Duisburg-Essen erstellt worden ist. Sie wurde erst am 08. Januar der Öffentlichkeit vorgestellt, obwohl bereits im Herbst 2008 die letzten gesetzgeberischen Maßnahmen verabschiedet worden sind, sie damit also keinen Einfluss mehr auf das aktuelle Geschehen haben wird.

Nach Meinung der Autoren hätte die Beitragssteigerung auf 15,5 % für die meisten Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung vermieden werden können, hätte man diese Einsparreserven rechtzeitig und konsequent gehoben. Mangelnder Wettbewerb im Verhältnis der Krankenkassen zu den Leistungserbringern seien ursächlich für diese nicht gehobenen Effizienzreserven. So werden von den Autoren überhöhte Preise und zu hohe Fallzahlen bei den Leis-

tungen der Krankenhäuser und Arztpraxen, Überkapazitäten bei Krankenhäusern und überzogenen Handelsmargen bei Arzneimitteln angenommen. Hierzu wurden Preise und Mengen medizinischer Leistung in den 16 Bundesländern verglichen. Erstaunliche Preisunterschiede traten im Ländervergleich zutage.

So betrug im ambulanten Bereich in Hamburg der Punktwert 4,91 Cent bei einer Menge von minus 4,8 % gegenüber dem Mittelwert. Im stationären Sektor wurden als Preis von Krankenhausleistungen der Landesbasisfallwert herangezogen. Er betrug in Rheinland-Pfalz 2960 Euro bei einer stationären Fallzahl von plus 4,1 Prozent gegenüber der durchschnittlichen Fallzahl aller Bundesländer. Es wurden dann zwei unterschiedliche Benchmark berechnet: zu einen der Durchschnittspreis (Szenario A) und zum zweiten die Preise eines Bundeslandes, dessen Preis- und Mengenniveau in der Mitte zwischen dem günstigsten und dem Durchschnitt aller Bundesländer lagen (Szenario B). Auf dieser Basis wurde für das Szenario A ein Einsparvolumen von 5,6

Mrd. Euro und für das Szenario B von 9,8 Mrd. Euro errechnet. Eine Berücksichtigung der verschiedenen Honorarverteilungsmaßstäbe in den unterschiedlichen Kassenzusammenhängen und deren Auswirkungen auf den Preis ärztlicher Leistungen wurde hierbei genauso wenig berücksichtigt wie z. B. die unterschiedliche Konzentration von Krankenhausleistungen in den Ballungsgebieten oder die Arbeitslosenstatistiken der Bundesländer. Hohe Arbeitslosigkeit führt nachweisbar zu einer vermehrten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen.

Der Vorsitzende des Marburger Bundes, Henke, hat demzufolge die Studie als höchst fragwürdig bezeichnet. Die Schlussfolgerungen der vorgelegten Studie seien Gesundheitspolitik auf Stammtisch-Niveau, ohne die Konsequenzen zu bedenken.

Die Studie kann über die Redaktion bezogen werden.

HHF

Aus dem Bundesverband der Freien Berufe

Stimmung bei Freiberuflern flaut ab – Bundesregierung muss Programme schnellstmöglich anschieben

Zur aktuellen BFB-Stimmungsumfrage erklärt BFB-Präsident Dr. Ulrich Oesingmann:

"Bei den Freien Berufen flaut die Stimmung ab. Über alle vier Säulen hinweg wird die wirtschaftliche Lage derzeit nur noch als ausreichend (3,78) bewertet. Im Sommer wurde noch ein Befriedigend (3,28) erreicht. Auch die Umsatzerwartungen für 2009 schätzen die Freiberufler über alle Bereiche hinweg pessimistischer ein als im Sommer 2008. In der Tendenz rechnen die Freien Berufe zudem mit einem Beschäftigungsrückgang.

Die Ergebnisse lassen erkennen, dass die allgemeine Konjunkturkri-

se auf die Freien Berufe durchschlägt. Dies dürfte am deutlichsten im Ingenieur- und Architekturbereich zu spüren sein. Etwa wenn Bauaufträge storniert oder verschoben werden. Die konstant schlechte Stimmung im heilkundlichen Bereich ist vor allem zurückzuführen auf die ungewissen Folgen der Einführung des Gesundheitsfonds und anderer restriktiver gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen.

Wir brauchen deutliche Investitions- und Konsumimpulse, zu de-

nen auch Senkungen bei den direkten und indirekten Steuern gehören. Mit Blick auf die Konjunkturpakete begrüßt der BFB, dass die Kanzlerin den Forderungen auch des BFB nachkommt und das Finanzvolumen des zweiten Paketes deutlich erhöhen will. Aus Sicht des BFB aber muss auch der Katalog der ohnehin anstehenden Investitionsvorhaben durchforstet werden, nach Projekten, die schnell vorgezogen werden können und konjunkturheilend wirken.

Fortsetzung Folgeseite

Stimmung bei Freiberuflern flaut ab (Fortsetzung)

Die Bundesregierung darf sich nicht mit Absichtserklärungen begnügen, sondern muss alle Programme schnellstmöglich anschieben. Damit die Projekte so zügig wie möglich auch begonnen werden können, muss den Trägern und Eigentümern der zu renovierenden Objekte wie z.B. Schulen,

das Geld schnellstmöglich zufließen. Dazu aber muss pragmatisch und unkonventionell gehandelt werden. Schließlich ist es nach der Finanzverfassung der Bundesrepublik extrem schwierig, Geld direkt vom Bund an die Kommunen fließen zu lassen. Dieses Hindernis aus der Finanzverfas-

sung der Bundesrepublik darf nicht zu zeitlichen Verzögerungen führen, sondern muss etwa durch direkte Zahlungen überbrückt werden. Freiberufler wie etwa Architekten, Ingenieure, Planer und Berater haben ausreichend freie Kapazitäten und können direkt loslegen.“

Ergebnisse der Umfrage im Detail

Der BFB befragt halbjährlich seine 66 Mitgliedsorganisationen aus den vier Säulen der Freien Berufe.

Zum Ergebnis: Bei der Bewertung der wirtschaftlichen Lage ergibt sich eine gewichtete **Durchschnittsnote von 3,78** über alle vier Säulen der Freien Berufe (im Sommer: 3,28). Diese Verschlechterung des Stimmungsindex ist insbesondere auf die deutlich schlechtere Bewertung der Lage im technischen Bereich zurück zu führen (4,1 versus 3,1 im Sommer). Unverändert wird die Stimmungslage im Bereich der rechts-, wirtschafts- und steuerberatenden Berufe mit gut befriedigend (2,8) bewertet. Geringfügig negativer als im Sommer bewerten die Heilberufler ihre Lage mit ausreichend (4,2 versus 4,1 im Sommer). Eine Ausnahme bilden hier die Tierärzte, die ihre Lage mit gut bewerten. Im kulturellen Bereich bewerten die Lektoren ihre Lage eine Note besser als im Sommer, während

die Benotung der Yogalehrenden eine Note schlechter ausfällt.

Die insgesamt schlechtere Benotung der Lage wirkt sich auf die drei anderen abgefragten Indikatoren aus. Im Vergleich zum letzten Jahreswechsel 2007/2008 ist die Stimmung in immerhin 8 der 21 Bereiche/Fachrichtungen jetzt schlechter. Auch die Geschäfts- bzw. Umsatzerwartungen haben sich innerhalb nur eines halben Jahres in der Tabelle in den negativen Bereich verschoben: Während noch im Sommer fast ausschließlich mit einem besseren oder zumindest gleich bleibenden Geschäftsergebnis gerechnet wurde, prognostizieren jetzt 9 Berufsbereiche ein schlechteres Ergebnis. Das wirkt sich unmittelbar auf die Beschäftigungsentwicklung aus: Lediglich 3 Bereiche erwarten ein Beschäftigungsplus. Demgegenüber erwarten 8 Bereiche – insbesondere aus dem medizinischen und zahnmedizinischen

schon Bereichen – die für die Freien Berufe zu den beschäftigungsintensivsten zählen – einen Beschäftigungsrückgang. Dieser Beschäftigungsrückgang kann bereits an der Zahl der in diesen beiden Bereichen zum 30. September 2008 neu abgeschlossenen Ausbildungsverträge festgestellt werden.

Fazit: Die allgemeine, bis dato nur prognostizierte Konjunkturkrise hat auch Auswirkungen auf die Freien Berufe. Am unmittelbarsten spüren die Auswirkungen der Finanz- und daraus folgend der Konjunkturkrise die Ingenieure und Architekten, wenn Bauaufträge storniert oder aufgeschoben werden. Die konstant schlechte Stimmung im Heilberufbereich ist vor allem auf die ungewissen Folgen der Einführung des Gesundheitsfonds und anderer restriktiver gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen zurückzuführen.

Gemeinsame Erklärung der Freien Heilberufe zur Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung [KOM (2008)414]

Die Freien Heilberufe begrüßen grundsätzlich den Richtlinienvorschlag. Er kodifiziert die Rechte der Patienten, die der EuGH in den letzten Jahren entwickelt hat und gibt somit mehr Rechtssicherheit. Das geltende deutsche Recht (§ 13 Abs. 4 und 5 SBG V) steht im Einklang mit der europäischen Rechtsprechung.

1. Die Freien Heilberufe bekennen sich zu klaren Qualitäts- und Sicherheitsstandards nach international anerkannten Maßstäben; für deren Durchsetzung und Überwachung sollen allein die Mitgliedstaaten zuständig sein.

Erklärung der Freien Heilberufe (Fortsetzung)

2. Die Europäische Union (EU) hat ihre Kompetenzen zu beachten; über die Einhaltung wachen die Mitgliedstaaten. Ansonsten verstößt die EU gegen das Subsidiaritätsprinzip und greift in den Verantwortungsbereich der Mitgliedstaaten ein. Dies betrifft insbesondere die Vorgaben für die Qualitäts- und Sicherheitsstandards (Art. 5), die Erstellung einer Liste über spezifische Behandlungen zur Definition der Krankenhausbehandlung (Art. 8), die inhaltlichen Anforderungen für nationale Kontaktstellen (Art. 12) sowie die europäischen Standard im Bereich der Telematik (Art. 16).
3. Eine Änderung der nationalen Berufshaftpflichtregelungen und der nationalen Schadensersatzregelungen ist nicht notwendig. Die Freien Heilberufe wenden sich gegen eine verschuldensunabhängige Garantiehaftung der Leistungserbringer (Art. 5 Abs. 1 e).
4. Die Freien Heilberufe legen Wert darauf, dass im Hinblick auf die Kostenerstattung (einerseits Begrenzung auf Inlandssatz; andererseits Begrenzung auf höchstens die tatsächlichen Kosten) das Versicherungsmitgliedstaatsprinzip gilt. Für Fragen bezüglich Sicherheit- und Qualitätsstandards sowie Haftungsfragen soll das Behandlungsmitgliedstaatsprinzip gelten.
5. Der Vorrang der Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG wird begrüßt, um das Behandlungsmitgliedstaatsprinzip sicherzustellen (Art. 11 Abs. 2).
6. Die Freien Heilberufe fordern, dass die Bereitstellung von Informationen für Patienten über ihre Rechte bei grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung auf ein vernünftiges Maß reduziert wird. Das bestehende Gesundheitsportal ist weiter zu entwickeln (Art. 12).
7. Die Freien Heilberufe müssen in Fortführung der zentralen Aufgabenstellung der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen bei den nationalen Kontaktstellen beteiligt werden.
8. Der Zwang der Interoperabilität von IKT-Systemen (Art. 16) muss aus dem Anwendungsbereich der Richtlinie ausgenommen werden. Zunächst sollten die bereits bestehenden Maßnahmen in den einzelnen Mitgliedstaaten berücksichtigt und erst dann Regelungen auf europäischer Ebene getroffen werden.
9. „Europäische Referenznetze“ müssen strikt den Kriterien von Qualität und Leistungsfähigkeit folgen. Bei der Erstellung einer Liste über spezielle Bedingungen und Kriterien müssen Gesundheitsdienstleister, Wissenschaft und Selbstverwaltung beteiligt werden. Die Einrichtung der „Europäischen Referenznetze“ darf nicht zu einer Benachteiligung von Gesundheitsstandorten und hoch entwickelter Spitzenmedizin führen.
10. Die Freien Heilberufe fordern im Kontext dieser Richtlinie eine Streichung des Komitologieverfahrens, weil es nationale Regelungsvorbehalte aushöhlt! In jedem Fall der Rechtsetzung im Gesundheitswesen müssen die fach- und sachkompetenten Kreise beteiligt werden; eine parlamentarische Kontrolle ist unbedingt notwendig.

Berlin, 22. Dezember 2008

Bundesärztekammer, Bundesverband der Freien Berufe, Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, Bundeszahnärztekammer, Hartmannbund, Marburger Bund, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

BFB-Präsident Dr. Ulrich Oesingmann zur Stellungnahme:

„**Gemeinsam begrüßen** die Spitzenverbände der Heilberufe und der BFB die Richtlinie. Offensiv werden sie an der Umsetzung mitarbeiten. Schließlich bietet eine strukturierte Öffnung mit Blick auf den ambulanten Gesundheitsmarkt in Europa große Chancen für die deutschen Gesundheitsdienstleistungsanbieter.

Die EU-Mitglieder stellen sich mit dieser Richtlinie einem Leistungs-

wettbewerb im Gesundheitsbereich. Hier kann der Gesundheitsstandort Deutschland mit seiner hochwertigen und zeitnahen Patientenversorgung im Vorteil sein. Denn wegen der Spitzenmedizin des deutschen Gesundheitsmarktes kann die Nachfrage nach medizinischen Leistungen durchaus steigen. Gerade Patienten aus Mitgliedsstaaten mit langen Wartelisten werden sich bei uns behandeln lassen wollen, da eine zeitna-

he optimale Versorgung gewährleistet ist. Das kann schlussendlich sogar Arbeitsplätze sichern und neue bringen. Damit kann auch eine stets von der Politik geforderte größere Wirtschaftlichkeit im Gesundheitssektor durch eine verbesserte Auslastung erreicht werden.

Fortsetzung Stellungnahme BFB-Präsident Dr. Ulrich Oesingmann

Wenn mit der Richtlinie künftig ein Leistungswettbewerb auf hohem Niveau erreicht wird, profitieren alle Patienten innerhalb der EU durch eine optimale Versorgung. Wir begrüßen die Forderung zur Einführung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards. Diese müssen aber allein in der Verantwortung der Mitgliedsstaaten liegen. Keinesfalls dürfen von der EU Standards vorgeschrieben werden. Dann würde das Niveau um den Durchschnittswert aller Mitgliedsstaaten pendeln und sich auf deutlich geringerem Level bewegen und nicht dem Patientenwohl dienen. Insofern ist in Summe ein fachlich und ethisch hohes Leistungsniveau ausschlaggebend, an das auch gute Sozialstandards für die Mitarbeiter gekoppelt sind. Zudem darf es nicht zu einer EU-weiten Fließband-Medizin kommen, die auch für den Gesundheitsmarkt in Deutschland Qualitätsverluste mit sich bringen würde. Qualität muss im Fokus stehen. Dafür ist Transparenz nötig. Qualitätssicherung muss gewährleistet bleiben und die Qualifikation der Anbieter muss dem sensiblen Gut Gesundheit entsprechen.

Die Europäische Kommission darf nur den Rahmen vorgeben und darf nicht durch Vorgaben auf Gleichmacherei setzen. So würde etwa eine Liste mit der Festlegung von Leistungen, die stationär be-

handelt werden, jeden Fortschritt zugunsten der ambulanten Behandlung verhindern. Auch darf sie keine inhaltlichen Anforderungen formulieren für die nationalen Kontaktstellen, bei denen sich die Patienten künftig informieren können. Des Weiteren sollte die Kommission davon absehen, den Rahmen für die Nutzung und konkrete Anwendung der Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen abzustecken, etwa indem Vorgaben für die elektronische Gesundheitskarte (Patientendaten) gemacht werden.

Des Weiteren darf die Richtlinie in der Praxis später nicht dazu führen, dass die Beweislast umgekehrt wird und der Arzt verschuldensunabhängig haftbar ist. Dies würde zu teurer Defensivmedizin führen.

In punkto Kostenerstattung muss präzisiert werden, dass der Mitgliedsstaat, in dem der Patient versichert ist, das Abrechnungsverfahren selbst vorgeben kann. Für Fragen bezüglich Sicherheits- und Qualitätsstandards sowie Haftungsfragen sollen die Regelungen des behandelnden Landes gelten.

Die Informationspflichten für Patienten dürfen den notwendigen, aber auch vertretbaren Umfang

nicht überschreiten. Sie dürfen keineswegs zu einer weiteren bürokratischen Belastung für die Behandelnden werden und sollten klar und nachvollziehbar bleiben. Beipackzettel sind vielfach ein Beispiel wie solche Pflichten rechtlich unangreifbar, aber nutzlos für den Adressaten erfüllt werden.

Überall wo Selbstverwaltungen bestehen, sollten die betroffenen Freien Berufe, etwa über die jeweiligen Kammern und Verbände, in die nationalen Kontaktstellen zwingend eingebunden werden, um an den Patienteninformationen mitarbeiten zu können und den Sachverstand einzubringen sowie den Bezug zur Praxis zu garantieren.

Für spezielle Krankheiten einzu-richtende Referenznetzwerke sollen die EU-weite Kooperation von Experten erleichtern. Bei der Ausgestaltung der Anforderungen müssen die Gesundheitsdienstleister, die Wissenschaft und auch die Institutionen der Selbstverwaltung eingebunden werden.

Die Kompetenzen der EU-Kommission dürfen nicht so überdehnt werden, dass sie den Gehalt der Richtlinie ohne Einspruchsrecht von Experten oder gar ohne parlamentarische Kontrolle nur mittels Komitologie verändern kann.“

Personalia

Zum 31. Dez. 2008 beendete der langjährige Vorsitzende des AOK-Bundesverbandes, **Dr. Hans-Jürgen Ahrens**, seine Tätigkeit und trat in den Ruhestand ein. Neuer Geschäftsführender Vorstand sind seit 1. Januar 2009 **Dr. Herbert Reichelt** (Vorstandsvorsitzender) und **Jürgen Graalman** (stellvertretender Vorstandsvorsitzender). Sie leiten das operative Geschäft. Kernaufgaben des neuen AOK-Bundesverbands sind die Interessenvertretung gegenüber der Bundespolitik, dem GKV-Spitzenverband und den Vertragspartnern der Gesundheitskasse auf Bundesebene. Aber auch die Entwicklung neuer Produkte, die Markenpflege als Gesundheitskasse sowie das Finanzmanagement im Haftungsverbund der AOK-Gemeinschaft werden vom AOK-Bundesverband übernommen.

Wie die Ärztezeitung mitteilte, wird der stellvertretende Chefredakteur **Helmut Laschet** in die Zentralredaktion zurückkehren und dort die Leitung des Ressorts Gesundheitspolitik/Gesellschaft einschließlich des Hauptstadtbüros übernehmen. Zugleich wird er eine Koordinierungsfunktion für alle deutschsprachigen Medizin-Medien des Springer-Verlags übernehmen. Das Hauptstadtbüro wird durch **Thomas Hommel** verstärkt werden.

Personalia

Der Aufsichtsrat der Charité-Universitätsmedizin Berlin hat auf seiner Sitzung am 12. Dez. 2008 die Wahl von **Prof. Ulrich Frei** zum Ärztlichen Direktor der Charité bestätigt. Prof. Frei ist in dieser Funktion schon seit April 2004 nebenamtlich tätig und leitete bisher gleichzeitig die Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Nephrologie und internistische Intensivmedizin am Campus Virchow-Klinikum. In der kommenden Amtsperiode von fünf Jahren wird Frei seine Funktion jetzt hauptamtlich ausüben.

Die Bundesvereinigung Deutscher Apotherverbände (ABDA) hat am 10. Dez. 2008 ihren bisherigen Präsidenten, **Heinz-Günter Wolf**, für weitere vier Jahre wiedergewählt. Wolf bekleidet das Amt seit 2005. Als ABDA-Vizepräsident wurde **Friedemann Schmidt**, Präsident der Sächsischen Landesapothekerkammer, bestätigt. In den Geschäftsführenden Vorstand der ABDA wurde zudem **Karin Graf**, Vizepräsidentin der Landesapothekerkammer Baden-Württemberg, als angestellte Apothekerin gewählt. Das 13-köpfige Gremium wird von den Geschäftsführenden Vorständen des Deutschen Apothekerverbandes und der Bundesapothekerkammer komplettiert.

Zum 1. Januar 2009 übernahm **Dr. Philipp Ostwald** das Amt des Kaufmännischen Direktors am Klinikum rechts der Isar der TU München. Er folgt damit **Claus Thaller** nach, der dieses Amt mehr als 25 Jahre lang innehatte.

Der Jurist **Michael Hahn** hat das Amt des Geschäftsführers der Ärztekammer Berlin übernommen. Sein Vorgänger, **Dr. med. Gerhard Andersen**, ist nach zehnjähriger Tätigkeit in dieser Position in den Ruhestand gegangen.

Prof. Dr. Martin Schulz ist zum neuen Vorsitzenden der Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK) berufen worden. Dies ist verbunden mit einer umfassenden Neuordnung und Weiterentwicklung der AMK. Schulz bleibt Geschäftsführer Arzneimittel der ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände. Leiterin der Geschäftsstelle der AMK in Eschborn ist seit Jahresbeginn Apothekerin **Dr. Sonja Frölich**.

Der neue Verwaltungsrat der zum Jahresbeginn fusionierten Techniker Krankenkasse (TK) hat in seiner ersten Sitzung den Vorstand des Unternehmens gewählt: Vorsitzender des Vorstandes ist **Professor Dr. Norbert Klusen**, sein Stellvertreter ist **Helmuth Doose**. Neu in den Vorstand zieht **Ralf Hermes** ein, bisher Vorstandsvorsitzender der IKK-Direkt. Die Amtszeit beläuft sich auf sechs Jahre.

HHF

Kassenverbände willkommen in der freien Wildbahn

Übersicht über neue alte Interessenvertretungen

Berlin (opg) – Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WStG) sind die Körperschaften der Spitzenverbände der Krankenkassen Ende 2008 abgeschafft worden. An ihre Stelle ist der GKV-Spitzenverband als einzige Körperschaftliche Verbandsvertretung aller Krankenkassen getreten. Die ehemaligen Spitzenverbände firmieren neu und wollen sich als Dienstleister und Interessenvertreter positionieren. Der Verlust der hoheitlichen Aufgaben hatte bei den Mitarbeitern der Verbände zu großen Protesten geführt. Nicht immer dürften diese von den hehren ordnungspolitischen Zielen getragen gewesen sein, ging es

doch auch um sichere Arbeitsplätze. Denn das Finanzierungssystem im Umlageverfahren kannte keinen Wettbewerb mit einhergehenden Existenznöten. In der neuen „Verbands“architektur suchen die Ex-Bundesverbände, die noch immer nach Kassenarten ausgerichtet sind, nach Aufgaben und Einnahmequellen.

Die Suche nach neuen Aufgaben

Den Anfang machten bereits Ende 2007 die Betriebskrankenkassen. Der Ex-BKK-Bundesverband hat es gar geschafft, sich in der Nachfolge zu duplizieren. 137 BKKs und die acht Landesverbände gaben die Gründung des Gemeinschaftsunternehmens „Spektrum | K“

bekannt. Die GmbH mit Sitz in Berlin will „moderner Dienstleister“ sein, Versorgungsverträge verhandeln, den Einkauf zentralisieren und ein Datenmanagement bereit stellen. Nicht alle BKKen waren von dem Konzept zu überzeugen. Ein zweiter Dienstleister gründet sich: die Düsseldorfer GWQ Service Plus AG, ebenfalls eine Ausgründung aus dem BKK-BV. Eine klare unternehmensrechtliche Entflechtung der Beziehungen ist noch nicht abzusehen. Die Kassenart der Handwerker hat sich vom IKK-BV in einen Verein IKK e.V. umfirmiert und den Standort vom Rhein an die Spree verlegt.

Kassenverbände willkommen in der freien Wildbahn (Fortsetzung)

Zentralisierung bis zur Einheitskasse?

Den Weg zu einer starken Interessenvertretung am Regierungssitz strebt der Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) an. Gleichzeitig mit der Aufnahme der Gmünder Ersatzkasse erfolgt am 1. Januar 2009 die Umbenennung in Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek). Damit ist auch das frühere Anhängsel „aev“ für Arbeiterersatzkassen für immer verschwunden. Die neue Abkürzung führt Surfer im Netz zu einem Edelkatzenverein. Wer die website des Ersatzkassenverbandes besuchen möchte, sollte die Endung „.com“ wählen. Alle acht Ersatzkassen mit knapp 20 Millionen Versicherten werden nun von dem eingetragenen Verein vertreten, der seinen Sitz in der Hauptstadt hat. Neben Unterstützung der Kassen bei vertrags- oder förderungsrechtli-

chen Fragestellungen stehen hier die Zeichen stark auf Lobbyarbeit am Regierungssitz. Eine Gründung von Servicegesellschaften sei für die großen Ersatzkassen kaum notwendig, da sie selbst über Infrastruktur und Kompetenz in Fragen des Rechtes und der IT verfügten.

AOK-Repräsentanz gegen Bundes-AOK

Markenpflege und Interessenvertretung hat sich auch der AOK-Bundesverband auf die Fahnen geschrieben. Nach der Umwandlung in eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts und der Einweihung der neuen Zentrale in Berlins historischer Mitte steht die Vertretung der AOK-Gemeinschaft gegenüber Bundespolitik, dem GKV-Spitzenverband und anderen Vertragspartnern im Mittelpunkt. Noch

intensiver will der Bundesverband künftig an Vertragsgesprächen mitwirken, neue Versorgungsprogramme sollen stärker zentral entwickelt werden. Dazu passt, dass alle Entscheidungen über den weiteren Kurs des AOK-Systems in Zukunft von den 15 Gesellschaftern des Bundesverbandes getroffen werden. Grundsätzliche Entscheidungen sollen demnächst „eivernernehmlich getragen werden“, so eine Presseerklärung des AOK-BV. Ob die Allgemeinen Ortskrankenkassen damit auf dem Weg zur Bundes-AOK sind, steht noch in den Sternen. Diesem Ansinnen der Bundesgesundheitsministerin ist der Verband jedenfalls erst mal kategorisch entgegengetreten.

Nachdruck aus OPG-Infodienst

2009 – Jahr der Kassenfusionen

Berlin (opg) – Die Vorstandsvorsitzenden großer und kleiner Krankenkassen sind auf Brautschau. Die Fusionsdynamik ist in vollem Gange. Alle wissen: Nur mit Größe lässt sich dem Wettbewerbsdruck im Vertragsgeschäft begegnen. Am 9. Januar hat sich der Verwaltungsrat der Techniker Krankenkasse konstituiert und den neuen Vorstand nach der Fusion mit der IKK-direkt gewählt. Die Selbstverwaltung ist jetzt erstmals mit Ar-

beitnehmer- und Arbeitgebervertretern besetzt. Am selben Tag vollzieht die Vereinigte IKK ihre Fusion mit der Betriebskrankenkasse der BKK Signal Iduna zur „Signal Iduna IKK“. Die selbe Fusionsstrategie hatte zuvor die Kaufmännische Krankenkasse in Hannover (KKH). Sie verschmolz Ende September mit der Betriebskrankenkasse des Versicherungskonzerns Allianz zur „KKH Allianz“. Kooperationen mit BKKen privater

Krankenversicherungen bieten Chancen im Hinblick auf sich ändernde Märkte. Auf diese Weise trägt eine gesetzliche Kasse den Namen eines Privatversicherers. In den nächsten Wochen und Monaten werden Fusionen in allen Kassenarten erwartet. Dabei dürfte sich das AOK-System regionale Partner suchen, um den Status als landesunmittelbare Krankenkasse nicht zu verlieren.

NRW-FDP sieht Fonds als Verhandlungsmasse in spe

Düsseldorf (opg) – Die Bundestagswahl rückt näher. Während CSU-Ministerpräsident Horst Seehofer seine Schwesterpartei CDU schon mal vorwarnt, sich im Wahlkampf nicht auf die FDP als Koalitionspartner festzulegen, weiß die FDP in Nordrhein-Westfalen schon, dass der Gesundheitsfonds zum Verhandlungsgegenstand in etwaigen Koalitionsgesprächen werden wird. Dr. Stefan Romberg (MdL) schafft es mit dieser Aussage in der Wunschzeit Weihnachten

am 27. Dezember sogar auf die Titelseite des „Kölner Stadtanzeigers“. Seine Vorhersage: Eine rasche Abschaffung des Gesundheitsfonds werde bei einem Erfolg bei der Bundestagswahl „ein ganz zentraler Punkt bei Koalitionsverhandlungen mit der Union sein.“ Darin sei man sich mit der FDP-Bundesspitze einig“, so der 39-jährige Facharzt für Nervenheilkunde. Der Gesundheitsfonds, der schon jetzt „skurrile Auswirkungen“ zeige, sei ein Weg zur Einheits-

kasse, und „das kann eine Partei der Freiheit nicht mitmachen.“ NRW-Landsmann Jens Spahn, CDU-Gesundheitsobmann im Bundestag, ist hingegen sicher: „Wenn der Fonds für ein knappes Jahr eingeführt ist, dann ist es den Menschen nicht zuzumuten, innerhalb kurzer Zeit erneut eine Systemdiskussion zu führen.“ Vielleicht erkenne dann auch die FDP, dass der Fonds „gute Seiten hat.“

Teilreform – eine Atempause für die Krankenhäuser?

Tiefgreifender Umbruch hat den stationären Sektor umgekrempelt

Berlin (opg) – Forcierte Privatisierung, Klinikschließungen, massiver Pflegepersonal- und Bettenabbau, radikal verkürzte Verweildauer von Patienten und eine weitgehende Umstellung der Krankenhaus honorierung auf diagnoseorientierte Fallpauschalen – kein Bereich des

deutschen Gesundheitswesens hat in den vergangenen eineinhalb Jahrzehnten so tiefgehende Umstrukturierungen und Rationalisierungen durchgemacht wie der stationäre Sektor der medizinischen Versorgung. Dennoch fordert Bundesgesundheitsministerin

Ulla Schmidt, SPD: „Die Krankenhäuser müssen weiterhin Bemühungen zur Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven unternehmen, da jeder Euro der gesetzlichen Krankenversicherung von den Beitragszahlern hart erarbeitet wird.“

Krankenhäuser haben immer Konjunktur

Vorläufig ungelöst bleibt aber das drängende Problem des von den Bundesländern zu verantwortenden Investitionsstaus. Eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe soll nun bis Ende des Jahres darüber beraten, ob künftig leistungsbezogene Investitionspauschalen eingeführt werden sollen – wobei vorab feststeht, dass kein Land zu irgendetwas verpflichtet sein wird. Angesichts dessen fordert Bundesärztekammer-Präsident Prof. Jörg-Dietrich Hoppe, dass die Krankenhäuser „zwingend“ beim Konjunkturprogramm II berücksichtigt werden müssten. Über Details des Anti-Rezessionsprogramms will die große Koalition entscheiden. „Wir erwarten ein Investitionsprogramm von mindestens 2,5 Milliarden

Euro für die baufälligen Krankenhäuser“, sagte Hoppe Anfang des Jahres in einem Interview. Krankenkassenfunktionäre hingegen fordern „sofort“ gesetzliche Ausgabenbegrenzungen, weil im laufenden Jahr eine Ausdehnung der GKV-Krankenausgaben um 4,2 Mrd. Euro drohe – 700 Mio. Euro mehr als nach dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) von der Bundesregierung erwartet wird. Hinzu kommt Sperrfeuer von Lobbyisten-Vereinigungen. Vor wenigen Tagen präsentierte beispielsweise die arbeitgeberfinanzierte „Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft“ (INSM) in Berlin eine Auftragsstudie von der Universität Duisburg-Essen, nach der im Gesundheits-

wesen insgesamt 5,6 bis 9,8 Mrd. Euro pro Jahr ohne Qualitäts- und Versorgungseinbußen eingespart werden könnten – alleine im stationären Sektor um die 4 Mrd. Euro jährlich. „Noch nie ist ein Gesetzgebungsverfahren in einer derart krankenhaushausfeindlichen Atmosphäre durchgeführt worden“, beklagt DKG-Präsident Dr. Rudolf Kösters. Bei der Streichung von 4 Mrd. Euro für die Krankenhäuser würden rund 60.000 Arbeitsplätze verloren gehen, rechnet DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum vor. Sein Fazit zur INSM-Studie: „Immer die gleiche Leier – kontraproduktiv in diesen schwierigen Zeiten.“

17.000 neue Pflege-Arbeitsplätze für die Krankenhäuser

Bis zu 17.000 zusätzliche Stellen im Pflegedienst der Krankenhäuser müssen die Krankenkassen in den nächsten drei Jahren zu 90 Prozent finanzieren. Der Eigenanteil der Kliniken beträgt also nur noch zehn Prozent. Das sieht das durch zahlreiche Änderungsanträge in letzter Minute veränderte KHRG vor, das der Bundestag am 18. Dezember 2008 endgültig

verabschiedet hat. Ursprünglich sollten es 21.000 zusätzliche Klinikarbeitsplätze in der Pflege sein, allerdings nur mit 70-prozentiger Finanzierung durch die GKV – also mit 30 Prozent Eigenbeteiligung der Häuser. Insgesamt stehen den knapp 2.100 Krankenhäusern hierzulande 2009 nach dem KHRG von der GKV 3,5 Mrd. Euro höhere Erlöse zu als im vergangenen

Jahr. Rund 1 Mrd. Euro davon wären allerdings im laufenden Jahr auch ohne diese Reform an die Häuser geflossen (rund drei Viertel davon als Folge der für 2009 maßgeblichen Grundlohnsteigerung um 1,41 Prozent und etwa ein Viertel wegen des planmäßigen Wegfalls des GKV-Rechnungsabschlags 2007/2008 in Höhe von 0,5 Prozent).

Bedarfsorientierte Klinikfinanzierung

Trotz dieses „Teilerfolgs“ – etwa 2,5 Mrd. Euro zusätzliche Erlöse von der GKV für den stationären Sektor – blieben die Kliniken unterfinanziert, kritisierten unisono das Aktionsbündnis „Rettung der Krankenhäuser“ und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG). Der neue Bundestag nach der

Wahl im September 2009 und die Länder müssten „die Krankenhausfinanzierung auf gesunde Beine stellen“. Die Klinikfinanzierung sei insgesamt stärker am Bedarf zu orientieren, lautet die Forderung. Die DKG monierte nochmals, dass sich die Mehrkosten der Häuser 2008 und 2009 auf

über 6,7 Mrd. Euro summierten. „Die Träger der Krankenhäuser und ihre zirka 1 Mio. Beschäftigten sind tief enttäuscht über Inhalt und Verfahren der Gesetzgebung“, konstatiert die DKG, „Wertschätzung und Würdigung der Leistung sehen anders aus.“

Teilreform – eine Atempause für die Krankenhäuser? (Fortsetzung)

Auch die endgültige Ablösung der 15 Jahre alten Deckelung durch Budgetierung wird noch einmal verschoben. Bis Mitte 2010 soll zwar das Statistische Bundesamt einen neuen „Orientierungswert“ erarbeiten, der die krankenhausspezifische Kostenentwicklung als Grundlage für künftige Klinikeinnahmensteigerungen berücksichtigen soll. Wie der Name sagt, wird jedoch die Bundesregierung bei der künftigen Dynamisierung der

Krankenhauserlöse nicht an diesen Orientierungswert gebunden sein.

Eine weitere Einengung des absehbaren Finanzrahmens für die Häuser bedeute auch die Streckung der Konvergenzphase um ein weiteres Jahr durch das KHRG, kritisiert die DKG. In einigen Bundesländern bedeute das den Wegfall geplanter Einnahmen. Erschwerend hinzu komme, dass die KHRG-Hilfen – anders als

zugesagt – erst spät im Jahr fließen würden, weil das Gesetz langwierige Verhandlungen mit den Kassen vorsehe. „Es ist geradezu grotesk, dass ein geschrumpftes Hilfspaket ohne Not zeitverzögert wird, während überall in der Volkswirtschaft nach Möglichkeiten gesucht wird, die Konjunktur zu fördern“, stellt Kösters fest.

Stationäre Versorgung zwischen Abbau und Rationalisierung

Der stationäre Sektor der Krankenversorgung in der Bundesrepublik hat seit 1991 massive Umbrüche durchlebt, berichtet das Statistische Bundesamt in Wiesbaden. Kennzeichnend dafür waren unter anderem ein Bettenabbau um fast ein Viertel auf 507.000, die Reduzierung der durchschnittlichen Patienten-Verweildauer um rund 59 Prozent auf 8,3 Tage und ein Rückgang der Klinikfallzahlen um 18 Prozent auf rund 17 Mio. pro Jahr. Die Zahl der Behandlungsfälle in Kranken-

häusern stagniert allerdings nahezu bereits seit zehn Jahren – und sie wird nach einer aktuellen Projektion des Statistischen Bundesamtes in den nächsten zwei Jahrzehnten (bis 2030) sogar kontinuierlich um wahrscheinlich insgesamt etwa 12 Prozent auf dann zirka 19 Mio. Behandlungsfälle jährlich zunehmen. Hauptgrund dafür ist nach Einschätzung der Wiesbadener Statistiker, dass trotz sinkender Bevölkerungszahl insgesamt die Zahl der über 60-jährigen bis zum Jahr 2030 um

knapp 8 Mio. ansteigen wird und fast die Hälfte aller Krankenhausbehandlungen ältere Menschen betrifft. Vor diesem Hintergrund ist eine weitere Schrumpfung des Krankenhausesektors nicht mehr zu erwarten. Das gilt insbesondere auch für den Pflegedienst in den Kliniken, der zwischen 1995 und 2006 – gemessen in Vollzeitkräften – um 51.243 Jobs (minus 14,6 Prozent) auf reichlich 299.000 reduziert worden ist.

Eine Studie aus Hannover konstatiert großen Personalbedarf

Eine aktuelle Untersuchung der Fachhochschule Hannover diagnostiziert, dass bereits heute rund 70.000 Vollzeit-Pflegekräfte in deutschen Krankenhäusern zusätzlich erforderlich wären, um den gleichen Versorgungsstandard wie Mitte der 90er Jahre zu gewährleisten. Das KHRG-Förderungsprogramm für 17.000 zusätzliche Jobs bei Pflegefach-

kräften in Kliniken bis 2011 ist demnach unzureichend. Die Unterbesetzung deutscher Krankenhäuser mit Pflegefachkräften illustriert auch ein internationaler Vergleich: Nach Angaben der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) liegt die Zahl des Krankenhauspersonals je 1.000 Einwohner in Finnland, Frankreich,

Irland, Österreich, der Schweiz und den USA um 50 bis 60 Prozent über der in Deutschland. Würde man diese Relationen auf den Pflegedienst übertragen, müssten in deutschen Kliniken etwa 150.000 zusätzliche Stellen in der Pflege zur Verfügung gestellt werden, berechnet Prof. Dr. Michael Simon von der Fachhochschule Hannover.

Plausible Schätzungen des Personalbedarfs

„Eine Antwort auf die zentrale Frage nach dem gegenwärtigen Personalbedarf und somit auch der Frage nach der Angemessenheit der gegenwärtigen Personalbesetzung ist (...) lediglich auf der Grundlage einer mehr oder weniger plausiblen Schätzung möglich“, heißt es in der Studie. Für 2006 ergibt sich demnach eine Unterbesetzung des Pflegedienstes der Krankenhäuser von zirka 65.000 Vollkräften. Das sei eine eher

zurückhaltende Schätzung, die weder den erhöhten Pflegebedarf aufgrund der deutlich gestiegenen Zahl älterer und hochaltriger Patienten berücksichtigt, noch den in den letzten Jahren zu verzeichnenden erheblichen Anstieg der vor-, nach- und teilstationären Behandlung sowie der ambulanten Operationen. Ebenfalls nicht berücksichtigt ist eine vermutlich zu verzeichnende Zunahme der Zahl hochkomplexer Behandlungsfälle

im Intensivbereich, die nicht nur einen deutlich höheren Sachmitteleaufwand (z. B. Arzneimittel), sondern vor allem eine deutlich anspruchsvollere und aufwändigere pflegerische Versorgung erfordern. Im Zeitraum 1996 bis 2006 zeigt sich nach Erkenntnissen der FH-Hannover-Studie „eine zunehmend größer werdende Differenz zwischen Soll- und Ist-Besetzung in Form einer sich immer weiter öffnenden Schere“.

Teilreform – eine Atempause für die Krankenhäuser? (Fortsetzung)

Pflege seit zwei Jahrzehnten chronisch unterbesetzt

Das zunehmende Auseinanderdriften von Soll- und Ist-Besetzung führe zu steigender Arbeitsbelastung, deren Ausmaß sich auch an einer zentralen Kennzahl der Krankenhausstatistik, der Belastungsziffer ablesen lasse, heißt es weiter. Die „Belastungsziffer“ wird üblicherweise für patientennah tätige Berufsgruppen errechnet, wie beispielsweise Ärzte und Pflegekräfte, und gibt an, wie viele Fälle eine Vollkraft pro Jahr versorgt hat. Für den Pflegedienst lasse sich an der Entwicklung der Belastungsziffer sehr deutlich die Bedeutung der Pflegepersonalregelung PPR (von Anfang der 90er Jahre) und ihrer Aufhebung erkennen, stellen die Autoren der Studie fest. Trotz Einführung der PPR sei die Belastungsziffer im Pflegedienst im Jahr 1993 zunächst weiter angestiegen und erst 1994 wieder abgesunken. „Dies entspricht den Berichten aus der Praxis, dass die auf Grundlage der PPR errechneten Stellen von den Krankenkassen nur zögerlich

und häufig erst ab 1994 in den Budgetverhandlungen zugestanden wurden.“ Nach Aussetzung der PPR 1996 stieg demnach die Belastungsziffer wieder an und machte im Jahr 1997, unmittelbar nach Aufhebung der PPR, einen deutlichen Sprung nach oben. Seitdem habe die Belastung deutlich zugenommen und habe im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser im Jahr 2006 um zirka 25 Prozent über dem Wert des Jahres 1991 gelegen. Dabei sei zu berücksichtigen, dass bereits die Besetzung des Jahres 1991 auch von der Gesundheitspolitik als deutlich zu niedrig und als Anzeichen eines „Pflegetotstandes“ in den Krankenhäusern angesehen worden sei. Bundesweit erhobene PPR-Daten hätten nach Angaben der GKV-Spitzenverbände gezeigt, dass Anfang der 90er Jahre im Pflegedienst der Krankenhäuser gemessen an den der PPR zirka ein Fünftel oder 58.000 Vollzeitstellen fehlten, heißt es in der Untersuchung. „Würde man diese

Zahl als Zielgröße für die Umsetzung der PPR zu Grunde legen, statt der im Gesundheitsstrukturgesetz (von 1992) genannten 26.000 Stellen, läge die Ausgangsbasis für die Modellrechnung deutlich höher. Da statt der erforderlichen 58.000 zusätzlichen Vollzeitstellen bis 1995 nur 21.000 geschaffen worden seien, ergebe sich ein Fehlbestand von 37.000 Vollzeitkräften. Dies müsste eigentlich zu dem ermittelten Fehlbestand addiert werden, so dass die geschätzte gegenwärtige Unterbesetzung im Bereich von etwa 100.000 Vollkräften liegen würde. „Diese Zahl mag vielen übertrieben erscheinen“, schreiben die Autoren der Hannoveraner Studie. Ein Blick auf andere, mit Deutschland vergleichbaren Ländern lege aber eher die Vermutung nahe, „dass dieser Eindruck vor allem aus der Gewöhnung an eine seit zirka zwei Jahrzehnten anhaltenden chronische Unterbesetzung im Pflegedienst deutscher Krankenhäuser resultiert.“

Deutschland weitgehend international abgehängt

In fast allen 15 EU-Ländern und der Schweiz, für die entsprechende Daten vorliegen, wurde die Zahl der Vollkräfte in Krankenhäusern seit Mitte der 90er Jahre kontinuierlich erhöht, während in Deutschland als einzigem Land der Pflegepersonalbestand seit 1996 kontinuierlich abgebaut wurde, heißt es in der Studie aus Hannover. Auch in den USA wurde demnach nach einem Personalabbau in den 90er Jahren seit 2000 der Personalbestand wieder aufgebaut. In Frankreich, der Schweiz, in den USA, in Finnland, Irland sowie

Österreich lag die Zahl der Vollkräfte in Krankenhäusern im Jahr 2004 um zirka 50 bis 60 Prozent über der Zahl der Vollkräfte in deutschen Kliniken, betonen die Autoren. Allerdings: Diese OECD-Zahlen beziehen sich auf das Krankenhauspersonal insgesamt – Pflegefachkräfte werden nicht gesondert ausgewiesen. Unterstellt, der Anteil des Pflegedienstes an der Gesamtzahl des Krankenhauspersonals wäre in allen Ländern in etwa gleich – und die Besetzung des Pflegedienstes in deutschen Krankenhäusern sollte

auf das Niveau von Frankreich, der Schweiz, USA, Finnland, Irland oder Österreich angehoben werden, müssten in deutschen Kliniken zirka 50 bis 60 Prozent mehr Vollzeitkräfte im Pflegedienst beschäftigt werden als gegenwärtig. Dies hätte nach Berechnungen der Fachhochschule Hannover im Jahr 2006 bei einem Vollkräfte-Ist von knapp 300.000 ungefähr 150.000 bis 180.000 zusätzlichen Vollkräften entsprochen.

Nachdruck aus OPG- Infodienst

Der nachfolgende Artikel ist ein Originalnachdruck aus dem opg-Informationdienst und zeigt sehr deutlich, wie hier von einer durchaus Ärzten gegenüber wohlmeinenden Journalistin die Problematik der neuen Vergütungssystematik quasi als Außenstehende gesehen wird.

KV-Chef Munte rät: „Macht’s wie Hoppenthaller!“

Honorarverwerfungen lassen Fachärzte bluten

München (opg) – Ausgerechnet der ärgste Widersacher der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB), der Chef des Bayerischen

Hausärzterverbands Dr. Wolfgang Hoppenthaller, soll den Facharztverbänden im Freistaat als Vorbild dienen. So der unmissverständli-

che Rat des KVB-Vorsitzenden Dr. Axel Munte auf der außerordentlichen Vertreterversammlung am 10. Januar in München.

Klarheit über Honorare erst im Juli

Außerordentlich ist die aktuelle Lage der KV und der Vertragsärzte vor allem durch die Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung. Den Bayern – mit 15 Prozent über dem Bundesdurchschnitt noch Spitzenverdiener unter den niedergelassenen Ärzten – drohen ab 2009 massive Umsatz- und Gewinneinbußen als Folge der Regelleistungsvolumina (RLV). Zwar erhalten sie insgesamt 6,3 Prozent mehr Gesamthonorar, aber viele Vertragsärzte im Freistaat werden davon nichts zu sehen bekommen. Es gibt dramatische Verwerfungen zwischen den Fachgruppen und

innerhalb der Fachgruppen. Wer zu den Gewinnern und wer zu den Verlierern zählt, lässt sich derzeit noch nicht seriös feststellen. Die KVB versucht es mit Simulationskalkulationen und elektronischen Rechenhilfen, räumt aber zugleich ein, dass deren Aussagekraft höchst dubios ist. Das liegt an der Systematik der Honorarverteilung: Mit Jahresbeginn wissen die Vertragsärzte erstmals, wie viel Honorar sie für einen Teil ihrer Leistungen bekommen, nämlich das so genannte Regelleistungsvolumen. Das ist bei vielen erschreckend wenig. Ein Frauenarzt etwa erhält

für die Versorgung einer kranken Patientin 16 Euro im Quartal. Das ist aber noch nicht alles. Es gibt noch weiteres Geld für so genannte freie Leistungen, zu denen etwa Vorsorge-Untersuchungen und dergleichen zählen. Wie viel das ist, kann die KV aber nicht errechnen, denn das hängt von der Leistungsstruktur jeder einzelnen Praxis ab. Klarheit wird erst die Abrechnung des ersten Quartals bringen, die im Juli feststehen wird. Solange herrscht Aufregung unter den Vertragsärzten.

Ambulantes Operieren nur gegen Kostenübernahmeerklärung?

Die ambulanten Operateure haben bereits angekündigt, dass sie bei einem Punktwert von 3,5001 Cent nicht auf ihre Kosten kommen. Sie wollen nur noch nach Kostenübernahme-Erklärung durch die Kassen tätig werden. Die Frauenärzte und die Neurologen/Nervenärzte bestehen entweder auf der Kostenerstattung oder einem Leistungssplitting – dabei werden einzelne Leistungen ausgeklammert und privat abgerechnet. Ähnlich

wollen es die anderen Facharztverbände halten offenbar ungeachtet der Rechtslage. Sie alle trifft es schmerzlich, dass die Vergütung und deren Verteilung nunmehr bundeseinheitlich geregelt wird und die für sie günstigen regionalen Strukturverträge mit den Krankenkassen weggefallen sind. Bei den Vergütungsverhandlungen vor dem Schiedsamt weigerten sich die bayerischen Krankenkassen, allen voran die AOK,

strikt, regionale Steuerungsmöglichkeiten zuzulassen, und bestanden auf der kompletten Übernahme der bundesweiten Vorgaben. Als „bemerkenswert“ bezeichnet Munte den späten Ruf der AOK in einer Presseinformation vom 9. Januar, in der regionale Steuerungsmöglichkeiten angesichts der enormen Verwerfungen angemahnt werden.

Warnung vor „Kodierung bis in die ärztliche Inkompetenz“

Das Fass zum Überlaufen brachte dann der Hausarzt-Vertrag mit der AOK, den BHÄV-Chef Hoppenthaller Mitte Dezember 2008 nach bewährtem Muster mit starkem finanziellen Druck auf die größte bayerische Krankenkasse durchgeboxt hatte. Dieser verspricht den Allgemeinärzten eine Sicherstellungspauschale von 25 Euro je eingeschriebenem AOK-Versicherten, auch ganz ohne

Arzt-Patient-Kontakt, und bei Kontakt noch mal 50 Euro sowie einige Extras, so dass ein Fallwert von ca. 85 Euro herauspringt. Als Gegenleistung ermunert Hoppenthaller nun die Kollegen, ihre Patienten möglichst so zu kodieren, dass für die AOK auch ordentlich Geld aus dem Gesundheitsfonds fließt. Das wiederum will KVB-Chef Munte nicht als Vorbild gelten lassen. Er warnte die Haus-

ärzte vor der „Revolution durch den Morbi-RSA“: Kassen mit wenigen Kranken haben künftig keine Chance mehr, Prävention bringt ihnen kein Geld mehr, Hausärzte mit hohem Chroniker-Anteil werden zu idealen Partnern der Kassen. „Ich appelliere an die Hausärzte: Passen Sie auf Ihre Kodierung auf. Sonst kodieren Sie sich in die ärztliche Inkompetenz.“

KV-Chef Munte rät: „Macht’s wie Hoppenthaller!“ (Fortsetzung)

Söder als Mentes neuer Hoffnungsträger?

Genauso wenig sieht er die Abspaltung von der KV als vorbildhaft an, wie sie Hoppenthallers BHÄV exerziert. Damit machten sich die Kollegen zu AOK-Ärzten oder Ärzten anderer Kassen und gerieten in Abhängigkeiten, wie sie zuletzt vor 1931 in Deutschland bestanden. Als Vorbild wertet Munte allein die finanziellen Zugeständnisse, die der BHÄV der AOK abverhandelt hat. Er rief die Fachärzte auf, kämpferisch voran zu gehen und ähnliche Resultate zu erreichen. Die KVB werde sie dabei unterstützen, solange es das Gesetz erlaube. Er drohte aller-

dings auch: Die KVB werde nicht weiter als Konkursverwalter arbeiten. „Entweder wir bekommen eine Chance, oder wir werden einen anderen Weg suchen!“ Der andere Weg ist der Abschluss von Verträgen nach § 73 c SGB V, die die Fachärzte unter dem Dach der KV anstreben. Auf diesem Weg wollen sie gemeinsam eine Verbesserung ihrer finanziellen Situation erreichen und setzen dabei auch auf die Unterstützung des neuen bayerischen Gesundheitsministers Dr. Markus Söder, die dieser ihnen bereits öffentlich signalisiert hat. Erste Gespräche mit den Kran-

kenkassen auf Arbeitsebene seien hoffnungsvoll angelaufen, ließ der erste stellvertretende KVB-Vorstand Dr. Gabriel Schmidt erkennen. Zunächst aber wollen KVB und Facharzt-Verbände die Öffentlichkeit durch eine große Demonstration aufrütteln – nicht im Olympiastadion, wie 2008 die Hausärzte, sondern mit einem Schweigemarsch am 4. Februar 2009 von der Bayerischen Staatskanzlei zum Löwenbräukeller in München.

Nachdruck aus opg-Infodienst