

Denk an Seehofer, komm' mir nicht in die Quere – sonst bist Du der nächste!



Foto: dpa

Ob Angela Merkel dies wirklich ihrem Gesprächspartner nahe gelegt hat, wissen wir nicht genau. Sicher ist dagegen, dass sich die beiden kurz vorher auf ein neues Modell zur Finanzierung der kranken Kassen geeinigt haben. Dass die Kreuzung aus den Modellen von CDU und CSU von den Fachleuten im Allgemeinen als nicht lebensfähig betrachtet wird, stört die beiden dabei offenbar nicht. Allerdings gilt das nicht nur für den Unionskompromiss. Ob von SPD, CDU, CSU, CDU/CSU oder vom Sachverständigenrat – alle Finanzierungsmodelle haben einen Grundfehler: Sie

haben der demographischen Entwicklung rein gar nichts entgegenzusetzen. Denn das Gesundheitswesen leidet vor allem unter der selben Entwicklung wie die Rentenversicherung: Immer mehr Alte, die nur niedrige Beiträge zahlen, müssen teuer versorgt werden, immer weniger junge Gesunde zahlen ein. Seit vielen Jahren schon wird die Behandlung der Rentner massiv aus den Beiträgen der Jungen finanziert und das Missverhältnis wird mit der Zeit immer größer. All die vorgeschlagenen Reformen, egal welches ordnungspolitische Konzept sie verfolgen, welche Bevöl-

kerungskreise und welche Einnahmearten sie einbeziehen, können dieses Problem nicht lösen. Bei der Rente hat es mit Einführung der Riester-Rente einen ersten, viel zu zaghaften Lösungsversuch gegeben. Auch die Krankenversicherung lässt sich langfristig nur durch ein Verfahren mit Kapitaldeckungskomponente retten – alles andere hilft allenfalls ein paar Jahre lang und stößt dann an seine Grenzen. Die Umstellung auf einen Kapitalstock dauert aber mindestens eine Generation. Was heißt: Wenn jetzt keine mutigen Reformen kommen, ist es bald zu spät. BW



Beste Qualifikation für die Gesundheitspolitik

Empfehlung vom Gesangsverein

Statt des abgedrängten Horst Seehofer soll der Sozialpolitiker Wolfgang Zöller die Rolle des Stellvertretenden Unionsfraktionschefs übernehmen und in die Rolle des Gesundheitsexperten schlüpfen. Was ihn zu seinem neuen Amt qualifiziert und worauf es seiner Ansicht nach ankommt, verrät er nach seiner Wahl durch die CSU-Landesgruppe. Zitat aus der FAZ: „Zöller sagte, er wisse als langjähriger Vorsitzender von Gesangs- und Sportvereinen, dass es auf Harmonie und Teamgeist ankomme.“ Ob dies wohl für eine fundierte Gesundheitspolitik reicht, muss sich erst noch zeigen. Aber zugegeben: Der Unionskompromiss zur Finanzierung des Gesundheitswesens lässt derzeit nicht viel Raum für fundierte sachpolitische Aussagen...

Quelle: FAZ vom 27./28. 11. 2004

Unerwartete Ohrfeige

Bundesgesundheitsministerin Schmidt hat aus ganz unerwarteter Richtung eine verbale Ohrfeige bekommen: Im Streit um Beitragssatzsenkungen der gesetzlichen Krankenkassen hat die AOK Niedersachsen den Rücktritt von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) gefordert. Die AOK-Vorsitzende Christine Lür warf Schmidt in einem Interview vor, sie habe offenbar „keine Ahnung, wie das Gesundheitssystem überhaupt funktioniert“. Der AOK-Bundesverband distanzierte sich umgehend von der Kritik, die das Ministerium als „unverständlich“ zurückwies.

Aus: A+S aktuell, 23/04
Dr. Josef Raabe Verlags-GmbH
Kaiser-Friedrich-Str. 90
10585 Berlin

Der Zuchtmeister der Ärzte

Von vielen Ärzten kaum wahrgenommen, hat sich der so genannte Gemeinsame Bundesausschuss zu einem Kraken entwickelt, der über die Rahmenbedingungen der täglichen Arbeit in Praxis und Klinik bestimmt. Noch entscheidet er eher nach medizinischen Gesichtspunkten – aber die

Je knapper die finanziellen Ressourcen, um so wichtiger ist die Definition der Leistungen, die die Krankenkassen den Versicherten anbietet und auf die diese dann auch einen Rechtsanspruch haben. Dies ist eines der Felder, auf denen der Gemeinsame Bundesausschuss entscheidet, was geht, und wo die Grenzen liegen.

In diesem Gremium sitzen die Vertreter der Krankenkassen und der Ärzte und regeln essenzielle Rahmenbedingungen der ärztlichen Berufsausübung. Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz hat seine Kompetenzen erheblich erweitert. Während früher nur die Leistungsdefinition der ambulanten Versorgungsebene auf der Tagesordnung stand, beschäftigt sich der Gemeinsame Bundesausschuss zunehmend mit der stationären Versorgung. Damit kommt auch der Deutschen Krankenhausgesellschaft als dem Repräsentanten der Krankenhäuser eine wichtige Rolle neben den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung zu.

Die Ministerin ist immer dabei

Aber auch das Bundesgesundheitsministerium sitzt bei allen Beratungen, wenn auch oft nur virtuell, mit am Tisch. Die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses müssen nämlich im BMGS genehmigt werden, das sogar eine Ersatzvornahme auslösen kann, wenn Bedenken gegen die Beschlü-

se bestehen oder diese nicht rechtzeitig gefasst werden. Der politische Einfluss auf die Entscheidungen der Selbstverwaltung hat im Gemeinsamen Bundesausschuss erheblich zugenommen.

Damit wird klar, dass die Arbeit in dem Ausschuss in einem sehr großen Spannungsfeld der unterschiedlichen Interessen stattfindet. Hinzu kommen die Patientenvertreter, die zwar nicht stimmberechtigt sind, aber dennoch zunehmend Einfluss gewinnen, weil sie quasi bei den Beratungen eine Art Öffentlichkeit abgeben und sich zudem durch fachliche Kompetenz auszeichnen.

Einige der zahlreichen Konfliktfelder sollen hier angeschnitten werden.

■ Die Definition des Leistungskatalogs ist im ambulanten und stationären Versorgungsbereich grundsätzlich unterschiedlich. Während der Vertragsarzt nur Leistungen erbringen darf, die von dem Gemeinsamen Bundesausschuss zugelassen sind, oder bereits jetzt im EBM stehen, kann das Krankenhaus alle Behandlungen vornehmen, die nicht verboten sind. In der Grauzone ambulant/stationär, also bei

Gesundheitsministerin fährt ihm immer öfter dazwischen. Der mächtige Ausschuss gerät in Gefahr, zum Instrument ökonomischer und machtpolitischer Überlegungen der Ministerialführung zu werden. Für die Ärzte, für das gesamte Gesundheitswesen wäre dies eine Katastrophe.

den Leistungen, die sowohl ambulant als auch stationär erbringbar sind, entsteht ein

”

Niedergelassene dürfen nur, was ausdrücklich erlaubt ist, Krankenhäuser dürfen alles, was nicht verboten ist

“

großes Konfliktfeld, das im Bundesausschuss gelöst werden muss. Lässt sich die restriktive Leistungsdefinition in der ambulanten Versorgung auch auf die stationäre Behandlungsebene übertragen? Besonders bei der ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach § 116 b des SGB V wird der Konflikt deutlich.

■ Vorgaben der evidenzbasierten Medizin sind vor allem deshalb akzeptiert worden, weil damit die Beschlüsse transparent medizinisch begründet werden können. Hier muss der Gemeinsame Bundesausschuss aber darauf achten, dass er die Messlatte der evidenzbasierten Medizin aus rein ökonomischen Erwägungen nicht so hoch anlegt, dass sie kaum noch übersprungen werden kann. Eine differenzierte Betrachtung der unterschiedlichen Angebote der Versorgung würde damit unmöglich, weil niemand oder nur wenige die Hürde noch überspringen können. Insbesondere in der Pharmakotherapie, z.B. bei dem Beschluss über die Statine, ist diese Gefahr sichtbar gewor-

den. Die evidenzbasierte Medizin darf nicht zu einem Rationierungsinstrument verkommen, das nur noch ökonomische Zwänge zu begründen hat. Hier muss sich der Bundesausschuss Regeln geben, die diesen Missbrauch verhindern. Bei dieser Frage müssen die Krankenkassen ihr rein ökonomisches Interesse zurücknehmen.

■ Die Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung war immer Bestandteil des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigung, die dies über den Bundesmantelvertrag in der Vergangenheit zusammen mit den Krankenkassen geregelt hat. Bei der immer größer werdenden Zahl von Leistungen, die sowohl im Krankenhaus als auch in der Praxis erbracht werden, muss auch der Partner Krankenhaus mit ins Boot genommen werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird somit bei diesen Leistungen die Sicherstellungskompetenz der Kassenärztlichen Vereinigung bei der Qualitätssicherung schmälern. Die KV wird sich hier auch den Vorwurf anhören müssen, in der Vergangenheit die Abrechnung von Leistungen nicht konsequent genug mit dem Einhalten von Qualitätssicherungsvorgaben verknüpft zu haben. Hier droht ein Konflikt mit den Kassenärztlichen Vereinigungen im Gemeinsamen Bundesausschuss. ▶

Autoren dieser Ausgabe

WW
BY
BW
HFS
ks

Dr. med. Wolfgang Wesiack, Präsident des BDI e.V.
Dr. med. Ludger Beyerle
Dr. med. Bernhard Wiedemann
Dr. med. Hans-Friedrich Spies, Mitglied des BDI-Vorstandes
Klaus Schmidt

Rü
TR
red.

Helge Rühl, Rechtsanwalt, Geschäftsführer des BDI
Thilo Radau
Redaktion BDI aktuell

Was ist dran am Atorvastatin-Theater?

Zur Zeit herrscht eine **große Aufregung** über die Entscheidung des Bundesausschusses, die **Cholesterinsenker mit Hilfe der Festbetragsregelung gleichzuschalten**. Im Mittelpunkt steht dabei das **Atorvastatin** der Firma Pfizer, die angedroht hat, ihren Preis nicht anzupassen. Damit müssten die Patienten die Preisdifferenz zum Festbetrag aus eigener Tasche bezahlen.

Festbeträge sind kein Preisdiktat

Der Arzneimittelhersteller probt den Aufstand. **Zunächst hat er mit dem Leichentuch gewedelt** und den Eindruck erweckt, als brähe nun die

medikamentöse Therapie der Hypercholesterinämie zusammen – **das ist Unfug. Andererseits ist auch die moralisierende Reaktion der Krankenkassen nicht angemessen.**

Die Regeln sind eindeutig: **Festbeträge sind kein Preisdiktat. Sie sagen nur aus, was eine gesetzliche Krankenkasse bereit ist, für ein bestimmtes Medikament zu bezahlen.** Die Firmen sind nicht verpflichtet, diese Vorgabe zu übernehmen und können auch einen höheren Preis verlangen. Der Markt wird dann zeigen, ob die Patienten zur Zuzahlung für Atorvastatin bereit sind. Dies war seit jeher bei den Festbeträgen so gere-

gelt. Dass die Firmen bisher immer die Preise gesenkt haben, ist ihre eigene Entscheidung gewesen.

Messlatte falsch gelegt?

Trotzdem sollte der Gemeinsame Bundesausschuss seine Entscheidung nochmals auf den Prüfstand bringen: Ist die Basisannahme, dass alle Statine gleich sind und deswegen in eine Gruppe gehören, wirklich richtig? Hat er wirklich die Messlatte der evidenzbasierten Medizin in die richtige Höhe gelegt? Oder hat er sie so hoch angebracht, dass Differenzen in der Gruppe der Statine gar nicht mehr wahrgenommen wurden, weil

sie sich unterhalb der Schwelle manifestieren?

Dass es Unterschiede zwischen den Statinen gibt, hat die Affäre um Cerivastatin gezeigt. Atorvastatin scheint – vorsichtig ausgedrückt – so manchem Kollegen bei manchen Patienten besser verträglich als andere Statine. **Solche Erfahrungen, wenn auch anscheinend recht häufig, haben natürlich nicht die Qualität einer kontrollierten Studie. Aber vielleicht ergeben sich neue Untersuchungsergebnisse, die es möglich machen, das Thema nochmals aufzurollen. Dies wäre im Interesse aller, vor allem der Patienten wünschenswert.**

HFS

Fortsetzung von Seite 4

Soweit die Beispiele für Fehler, auf denen sich die Partner der Selbstverwaltung in Zukunft arrangieren müssen.

Besonders problematisch aber ist folgender Punkt: Das Bundesgesundheitsministerium kann – wie schon erwähnt – die Beschlüsse des Ausschusses durch Beanstandung außer Kraft setzen. Es kann sogar ersatzweise selbst Regeln erlassen, wenn ihm diejenigen des Bundesausschusses nicht genehm sind.

Nun hat das Ministerium nicht eindeutig klargestellt, dass die Beanstandung der Beschlüsse nur auf der rechtlichen Grundlage und nicht auch medizinisch begründet werden muss. Eine medizinische Fachaufsicht durch das BMGS wäre Gift für die Selbstverwaltung und würde die Akzeptanz der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses beim Arzt und dem Patienten massiv beschränken. Im Interesse der gesetzlichen Krankenversicherung sollte sich das BMGS deshalb in dieser Frage zurücknehmen.

HFS

Einladung

zur **Ordentlichen Mitgliederversammlung**
des **Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V.**

am **Sonntag, 3. April 2005, 13:30 Uhr**
Hotel „Crowne Plaza“, Raum Bach
Bahnhofstraße 10-12, 65185 Wiesbaden

Als Präsident des Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V. darf ich Sie sehr herzlich zu dieser Versammlung einladen.

Tagesordnung:

- 1. Verleihung der Günther-Budelmann-Medaille**
- 2. Bericht des Präsidenten zur aktuellen berufspolitischen Situation**
- 3. Kurzgefasste Berichte des Hauptgeschäftsführers zum Geschäftsjahr 2004 und des Schatzmeisters (Kassenbericht)**
- 4. Beschlussfassung über die Entlastung von Präsidium, Vorstand und Geschäftsführung**
- 5. Verschiedenes**



Dr. med. Wolfgang Wesiack
Präsident

Offizielle Eröffnungsveranstaltung der 111. Tagung der
Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin
im Kurhaus Wiesbaden (Friedrich-von-Thiersch-Saal)
am Sonntag, 3. April 2005, 17:00 Uhr

Verfassungsgericht schmettert Homöopathen und Naturheilkundler ab

Die gesetzlichen Krankenkassen brauchen rezeptfreie Arzneimittel auch künftig nur in Ausnahmefällen zu erstatten. Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat eine Beschwerde von vier Ärzten für Naturheilverfahren, Homöopathie und anthroposophische Medizin gegen eine entsprechende Regelung des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) nicht zur Verhandlung angenommen.

Den nicht anfechtbaren Beschluss haben die Richter nicht begründet (Az.: I BvR 1745/04). Der Bundesverband der Arzneimittelhersteller (BAH), der die Klage unterstützt hatte, kritisierte die Entscheidung als nicht nachvollziehbar. Die Ausgrenzung rezeptfreier Arzneimittel aus dem GKV-Leistungskatalog beschränke die Berufsfreiheit naturkundlich orientierter Ärzte nachhaltig

und stelle viele Patienten „medizinisch-pharmakologisch nicht verantwortlich schlechter“, heißt es in einer Stellungnahme des BAH. In diesem Jahr würden voraussichtlich rezeptfreie Arzneimittel im Wert von 1,5 Milliarden Euro weniger zu Lasten der GKV verordnet als noch im Vorjahr. Das entspreche einem Rückgang um fast 70 Prozent. Die meist kleinen und mittelständischen Pharma-

hersteller könnten diesen Umsatzrückgang nicht durch eine höhere Ausfuhr kompensieren. Das Minus bei den Verordnungen schlägt aber nicht voll auf die Umsätze durch, weil Patienten seit Jahresbeginn die Medikamente selber bezahlen.

Aus: A+S aktuell, 24/04
Dr. Josef Raabe Verlags-GmbH
Kaiser-Friedrich-Str. 90
10585 Berlin

Überraschung aus Mailand

Ist die Pizza doch gesund?



Pizza wird gerne als ungesundes Fast Food abgetan. Ein Team um S. Gallus aus Mailand veröffentlicht nun eine Fallstudie, die uns nachdenklich stimmt: Wer ab und zu eine Pizza verspeist, senkt sein Infarktrisiko um ein volles Fünftel und wer zweimal pro Woche den beliebten Fladen isst, senkt es sogar um 56 Prozent. Das sind doch für die Primärprävention ganz tolle Werte! Das gilt jedenfalls für die Mailänder Bevölkerung. Ob sich die protektive Wirkung verallgemeinern lässt? Das bleibt vorerst ein Rätsel. Vielleicht liegt es wirklich an den Inhalten, möglicherweise ist die Pizza aber auch nur ein Indikator für die bekanntermaßen gesunde mediterrane Ernährung, meinen die Autoren. Festbeträge sind für die Pizzen vorerst jedenfalls noch nicht geplant – ein solches Unterfangen wäre auch schon wegen der Heterogenität der Gruppe sehr schwierig und mit großen juristischen Risiken verbunden.

BW

Quelle: S. Gallus et al., European Journal of Clinical Nutrition 2004, 58, S. 1543

Nach den Zahnärzten sollen die Ärzte drankommen

(Teil-)Novelle der GOÄ in Sicht

Die zuständige Fachabteilung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung will voraussichtlich im Herbst 2005 mit einer Teilnovellierung der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) beginnen.

Zuvor soll aber in in jedem Fall die Zahnärzte-Gebührenordnung novelliert werden, weil sie zuletzt 1988 geändert wurde und seit dieser Zeit weder eine inhaltliche Weiterentwicklung und Aktualisierung noch eine Punktwertanhebung erfolgt seien. Dagegen ist die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte zuletzt 1996 teilreformiert worden.

Nach Insider-Informationen dürfte sich die Novellierung der GOÄ erneut in Teilschritten vollziehen. In einem ersten Schritt könnte die Novellierung eines Teils der operativen Leistungen anstehen, aber auch punktuelle Änderungen in anderen Gebührenordnungskapiteln, insbesondere in Bezug auf relativ häufige oder konfliktträchtige Leistungen. Dies trifft auf den ewigen Zankapfel Leichenschau ebenso zu wie auf die Leistungskomplexe Schlaflabor und einige andere Themen

Aus: A+S aktuell, 24/04
Dr. Josef Raabe Verlags-GmbH
Kaiser-Friedrich-Str. 90
10585 Berlin)

Systemische Krebs-Mehrschritt-Therapie

Als Kassenleistung ausgeschossen

Immer wieder wird die „systemische Krebs-Mehrschritt-Therapie nach Ardenne“ als wirksame Methode angepriesen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat nun entschieden: Dies ist keine Kassenleistung. Eigentlich sollte über diese Methode im Rahmen des Gesamtkomplexes „Hyperthermiebehandlung“ entschieden werden, doch weil sie sich bei den Recherchen nicht einfach nur als wirkungslos, sondern als gefährlich herausgestellt hat, wurde die Entscheidung vorgezogen. Diese Form der „Therapie“ birgt nach Ansicht des Bundesausschusses zahlreiche Risiken bis hin zu lebensbedroh-

lichen Komplikationen. Auch die Patientenvertreter im Ausschuss, die tendenziell eher mehr Kassenleistungen zulassen möchten, hielten eine Warnung vor dieser Therapie für notwendig. Die Therapie umfasst unter anderem eine Ganzkörperhyperthermie, die mit erheblichen Belastungen verbunden ist, aber bisher keine überzeugende Wirksamkeit erkennen lässt. Als Mehrschritttherapie nach Ardenne werden oft auch Behandlungen in Wellness-Hotels angeboten, die aber im Wesentlichen aus dem Einatmen sauerstoffangereicherter Luft bestehen.

BW

EBM – GOÄ – IGeL

aktuell und praxisgerecht

Ab 1. April 2005 gilt der neue EBM!
Dann ist bei der Kassenabrechnung praktisch nichts mehr wie bisher – denn es handelt sich um eine **komplette Neufassung** des EBM.

Planen Sie frühzeitig

und passen Sie Ihre Praxisführung schrittweise an!



Gebühren-Handbuch 2005

Kommentar für Ärzte
EBM • GOÄ • IGeL
Brogli • Schade • et al.
Erscheinungstermin: Dezember 2004
16. Auflage, ca. 1.700 Seiten
Format 14,5 x 21 cm
ISBN 3-922264-59-X
Kartonierte,
€ 56,-
zzgl. € 4,- Porto/Verpackung

NEU IM DEZEMBER 2004

P Mit Querverweisen auf zusätzlich abrechenbare Nummern



Bestellungen bitte nur per Fax, Post, Internet oder E-Mail. Der Coupon passt in einen Fensterumschlag.

Fax: 0611 / 97 46 – 228
E-Mail: abo-service@medical-tribune.de
Internet: www.medical-tribune.de



**Medical Tribune
Verlagsgesellschaft mbH**

Abteilung Vertrieb
Postfach 42 40
65032 Wiesbaden

- Ja, ich bestelle** _____ Exemplare
Gebühren-Handbuch 2005 à € 56,- zzgl. € 4,- Porto/
Verpackung gegen Rechnung, zahlbar nach Erhalt.
- Bitte liefern Sie das Gebühren-Handbuch
**im Abonnement künftig immer zum jeweiligen
Vorzugspreis** gegen Rechnung, zahlbar nach Erhalt.
Kündbar nach Abnahme einer Ausgabe.

Name/Vorname _____

Fachrichtung/tätig als _____

Straße/Haus-Nr. _____

PLZ/Ort _____

Datum _____ Unterschrift _____

Praxisstempel _____

bdi-jan-05



Kassen so raffiniert wie Pharma-Industrie!

Die Disease-Management-Programme (DMP) sollen vor-dergründig die Versorgung chronisch Kranker verbessern. Tatsächlich sind sie aber zu einem lupenreinen Geldbeschaffungsinstrument für die Kassen geworden. Das ge-

Der BDI, das ist kein Geheimnis, steht den DMP skeptisch gegenüber. Letztes Jahr haben wir unseren Mitgliedern in der Mitte der Republik geraten: Hände weg von hessischen DMP-Verträgen! Damals hatte der Hausärzte-Verband gerade – an der KV vorbei – ein Disease-Management-Programm für Diabetiker mit den Kassen vereinbart. Nach Ansicht des BDI blieb es hinter dem aktuellen Stand der Medizin zurück, was freilich nicht unbedingt am Hausärzteverband, sondern schon an den Vorgaben lag, die das Gesundheitsministerium per Rechtsverordnung erlassen hatte. In Modellprojekten zur Diabetesbehandlung waren die Diabetiker bisher besser aufgehoben als in dem neuen DMP.

Inzwischen ist sich ein großer Teil der Fachwelt in der Beurteilung der DMP einig: Sie bringen vor allem viel Bürokratie und Ärger, aber sonst nichts. Jedenfalls aus dem Blickwinkel von Ärzten und Patienten; die Kassen sehen das anders – aber auch dort gibt es DMP-Kritiker.

Sogar Allgemeinärzte haben die Nase voll

Selbst die Allgemeinärzte, deren Vorturner zu den erklärten DMP-Fans gehören, zeigen sich widerspenstig. Auf der practica in Bad Orb, der zentralen Fortbildungsveranstaltung des Hausärzteverbandes, rebellierten die Teilnehmer gegen die DMP, schimpften über deren monströse Bürokratie mit ihren ellenlangen Fragebögen, der überhaupt kein medizinischer Nutzen gegenüber steht. Die Verbandsoberen hatten große Mühe, einen Eklat zu vermeiden.

Die meisten Krankenkassen dagegen lieben die DMP und

wollen sie ihren Versicherten ans Herz legen. Sie schreiben beispielsweise ihr Mitglied Müller an und bitten um Mitteilung von Blutdruck, Größe und Gewicht. Dann kommt postwendend die Empfehlung, dass der liebe Herr Müller doch mal wegen seiner Risikofaktoren einen so genannten Glukosetoleranztest machen soll¹. Wenn sich dabei ein Diabetes herausstellen sollte, könne sich Herr Müller gleich in das so genannte Disease-Management-Programm Diabetes einschreiben.

Wer weiß, was DMP ist?

Natürlich braucht man einen Grund, um einen Versicherten in Richtung DMP zu bewegen. Body-Index und Blutdruck geben nicht bei jedem etwas her. Die DAK hat sich deshalb etwas ganz Raffiniertes einfallen lassen: Sie hat repräsentativ abgefragt, wer etwas mit den Begriffen „Disease Management Programm“ oder „DMP“ anfangen kann. Oh Wunder: Für 98 Prozent der Deutschen waren die beiden Begriffe böhmische Dörfer. Jetzt hat die DAK ihren Vorwand für die Werbung, den sie bei der Vorstellung der Studie auch gleich formuliert hat: „Zwar weiß so gut wie niemand, dass die Krankenkassen ihren chronisch kranken Versicherten Gesundheitsprogramme anbieten – doch fast jeder wünscht sich im Falle einer chronischen Erkrankung genau das, was die Programme leisten ... Um die Gesundheitsprogramme bekannter zu machen, startet die DAK jetzt eine Aufklärungskampagne.“ Wunderbar, endlich gibt es Möglichkeiten, noch mehr Versicherte in die DMP zu keilen!

Nicht jede Kasse ist von den DMP begeistert. So behauptet beispielsweise Dr. Christoph

ben inzwischen sogar führende Kassenvertreter zu – was die Kassen allerdings nicht davon abhält, ihre Versicherten mit Methoden zu umgarnen, die denen der oft gescholtenen Pharma-Industrie in nichts nachstehen.

Straub, Vorstandmitglied der Techniker-Krankenkasse, ganz ungeniert: „Die Programme sind an ihrem Anspruch gescheitert, einen Wettbewerb um Qualität zu führen.“ Was aber nichts daran ändert, dass auch die Techniker-Kassen Jagd auf potenzielle DMP-Patienten macht.

Kassen schlimmer als Pharma-Industrie?

Eingeweihte kennen den Grund: Den Kassen geht es nicht um das Wohl ihrer Versicherten, sondern einzig und allein um ihr eigenes Geld. Für jeden Versicherten, der an einem DMP teilnimmt, bekommt die Kasse Geld aus dem so genannten Risikostrukturausgleich. Und das hat zu einer ganz neuen Konstellation geführt. Die Kassen beschweren sich oft und gerne über die Pharma-Firmen und deren druckvolle Marketing-Methoden, mit denen sie die Ärzte zum Verordnen ihrer Präparate verleiten wollen. Die Vorwürfe sind meist berechtigt – aber die Kassen sind auch nicht viel besser: Ihr DMP-Marketing kann es mit den Methoden der Pharma-Industrie locker aufnehmen.

Wie in der Industrie geht es auch bei den Kassen um viel Geld. Rund 15,8 Milliarden Euro sind 2003 zwischen den Kassen verschoben worden – das ist mehr als beim Länderfinanzausgleich zwischen den Bundesländern über den Tisch geht. Größter Zahler waren die Betriebskrankenkassen mit 9,8 Milliarden, gefolgt von der DAK mit 3,9 Milliarden Euro. Auf der Empfängerseite ragt die AOK heraus, ihr fließen 13,1 Milliarden zu.

Wie viel Geld eine Kasse unterm Strich bekommt oder zahlen muss, hängt zum einen

von der Risikostruktur ihrer Versicherten und zum anderen von der Zahl der DMP-Teilnehmer ab. Daher die Jagd auf potenzielle DMP-Kunden.

Medizinisch dürften die DMP rein gar nichts bringen – allenfalls Rückschritte. Sie sind zu reinen Geld-Beschaffungsprogrammen für die Kassen degeneriert – siehe Bemerkung des Techniker-Vorsitzenden. Den teilnehmenden Ärzten lasten sie aber eine Menge Bürokratie auf, die derart unsinnig erscheint, dass viele Kollegen trotz der Zusatzhonorare inzwischen wieder aus den DMP ausgestiegen sind. Und die DMP kosten viel Geld – für die Werbung der Kassen, für das Zusatzhonorar der beteiligten Ärzte, für die Verwaltung der Fragebogenbürokratie, die zum Teil von kommerziellen Firmen übernommen wird, für die Rückvergütungen an die Versicherten.

Die Kranken sind ganz unwichtig

Und es werden immer noch weitere Programme aufgelegt; kürzlich hat der gemeinsame Bundesausschuss die Rahmenbedingungen für COPD und Asthma festgelegt. Erstaunlich ist dies auch deswegen, weil die DMP durchweg ein Verfallsdatum haben.

Das ergibt sich aus dem Zweck der Programme: Sie wurden eingeführt, um den recht grob gestrickten Risikostrukturausgleich zumindest teilweise etwas differenzierter und morbiditätsorientierter zu gestalten; gleichzeitig sollte damit die Versorgung der chronisch Kranken verbessert werden. Von letzterem versprach man sich eine Verringerung der Spätfolgen und Komplikationen. ▶

Ein schöner Traum, der mit der Realität nicht viel gemein hat. Dass die Programme zur reinen Geldbeschaffungsmaßnahmen der Kassen verkommen sind, sagt nicht nur der Vorsitzende der Techniker-Kasse, das dokumentieren die Kassen auch in ihren DMP-Verträgen: Nahezu überall steht drin, dass die Verträge mit der Einführung des so genannten morbiditätsorientierten Risikostruktur-Ausgleichs hinfällig werden.

Diese Variante des Risikostrukturausgleichs soll laut Gesetz 2007 eingeführt werden und die Krankheiten und damit den Behandlungsbedarf der Versicherten besser abbilden. Dann bringen die DMP den Kassen keinen Vorteil mehr, schließlich ist in den Ausgleichszahlungen schon das

integriert, was bisher über die DMP erreicht werden sollte. Für die Kassen degenerieren die DMP damit zu reinen Kostenfaktoren, die sie loswerden wollen. Die viel gelobte bessere Versorgung der chronisch Kranken wird dann völlig unwichtig.

So viel zur Motivation, die hinter den DMP steckt.

DMP als Druckmittel?

Wenn den Kassen aus rein ökonomischen Gründen an den DMP so viel liegt, während medizinisch dabei so wenig rumkommt, dann hätte man die Programme gut als Druckmittel gegen die Kassen einsetzen können. Beispielsweise bei Honorarverhandlungen oder beim Gezerre um die Arznei richtgrößen.

Dass dies im Prinzip erfolgreich sein kann, hat der zweite bayerische KV-Vorsitzende und Hausärzte-Chef Dr. Wolfgang Hoppenthaler vorgemacht. Er hat die DMP so lange blockiert, bis die Kassen mit seinem Verband ein Hausärztemodell vereinbart haben.

In Hessen hat der damalige Vorsitzende Dr. Hans-Friedrich Spies die kläglichen Verhandlungsangebote der Kassen ebenfalls konsequent zurückgewiesen und tragfähige Konditionen für die Ärzte verlangt. Dann hat der hessische Hausärzterverband an der KV vorbei eine DMP-Vereinbarung mit den Kassen abgeschlossen. Spies sah sich im Lauf der folgenden innerärztlichen Auseinandersetzungen zum Rücktritt genötigt. Sein Nachfolger, der Allgemeinarzt Dr. Horst Rebscher-Seitz verkündete flugs die neue Politikfähigkeit der KV und trat dem DMP bei. Die Hoffnung, dass

sich die Kassen dafür erkenntlich zeigen würden, erwies sich aber als naiv; sie verpassten ihm statt dessen eine Ausgabengrenze bei den Arzneimitteln, die die hessischen Ärzte nie und nimmer einhalten können – mit der Konsequenz, dass die Kassen die Honorarzahungen kürzen dürfen. Offenbar ist es ein Risiko, den Kassen zu trauen.

Den hessischen KV-Vertretern ist danach dann doch noch ein Licht aufgegangen: Sie empfahlen per Resolution allen Kollegen im Lande, auf weitere DMP-Einschreibungen zu verzichten. Und zwar so lange, bis die Kassen verbindlich erklären, dass sie auf Honorarkürzungen wegen der Arzneimittelkosten verzichten werden. Ob die Kassen sich davon jetzt noch beeindrucken lassen, ist freilich ziemlich fraglich.

BW

- 1 W. Wagener in: Deutsches Ärzteblatt 49/2004
- 2 Ärzte Zeitung vom 6. Dezember 2004, Seite 7

Bundeshaushalt

Ulla schluckt am meisten

Der Einzelplan des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) sieht für das kommende Jahr ein Volumen von 84,4 Milliarden Euro vor. Damit bekommt Gesundheitsministerin Ulla Schmidt ein Drittel des Bundeshaushalts – das ist der größte Posten überhaupt. Allein 77,9 Milliarden Euro sind zur Stützung der Rentenversicherung notwendig – die rund drei Milliarden für den Kriegsopferhaushalt fallen da als zweitgrößter Posten kaum noch ins Gewicht. Für die pauschale Abgeltung versicherungsfremder Leistungen der Krankenkassen sind 2,5 Milliarden Euro eingeplant. Mit 191 Millionen Euro soll die Integration Behindertener in Arbeit, Beruf und

Gesellschaft gefördert werden. Der Bund finanziert damit gemeinsam mit den Ländern zum Beispiel die unentgeltliche Beförderung Schwerbehinderter im Personenverkehr (188 Millionen Euro). Deutlich verstärkt werden im Haushaltsjahr 2005 die Ausgaben für Prävention. Durch eine fünf Millionen Euro teure bundesweite Präventionskampagne soll das Thema der Bevölkerung bewusst gemacht werden. Für allgemeine gesundheitliche Aufklärung stehen 5 Millionen Euro zur Verfügung, für Aids-Prävention 9,2 Millionen Euro.

Quelle: A+S aktuell, 24/04
Dr. Josef Raabe Verlags-GmbH
Kaiser-Friedrich-Str. 90
10585 Berlin)

Die interessante Zahl

Berlin – ein Mekka der Wissenschaft?

Berlin hat 140.000 Studenten. Rund 35.000 von ihnen sind länger als acht Jahre immatrikuliert.

(Quelle: FAZ Nr. 47/2004)

Anzeige

Sonoring MEDICA-Edition

Erleben Sie Top-Leistung zum Top-Preis

TOSHIBA
famio5



NEU VON DER
MEDICA 2004

GE *Ultraschall*
Logiq alpha 200
ab €9.990,--
zzgl. 16% MwSt.



Weitere unschlagbare Angebote:
z.B. Farbdopplersysteme
ab €22.990,--
zzgl. 16% MwSt.

In den 21 Sonotheiken dauert die MEDICA
bis 31.12.04 – machen Sie den Direktvergleich
(Termine auch abends und am Wochenende)

Info und Termin
unter
01805/117 117
(0,12€/Min)



Sonoring Deutschland
Die Ultraschall-Spezialisten.
Ganz in Ihrer Nähe, bundesweit.

www.sonoring.de

Die 21 Sonotheiken bundesweit: Bad Harzburg • Berlin • Deggendorf • Dortmund/Holzwickede
Dresden • Düsseldorf/Ratingen • Erlangen • Frankfurt/Mörfelden • Greifswald • Hamburg/Buchholz
Hannover/Ronnenberg • Heidelberg • Kassel • Köln • Memmingen • München/Penzberg • Stuttgart/
Leinfelden • Sulzbach • Trier • Villingen-Schwenningen • Würzburg/Estenfeld

Die EBM-Schulung für Internisten

Landesgruppe im BDI e.V.	Ort der Veranstaltung	Datum	Referent(en)
Bayern	München Ärztelhaus Bayern Mühlbauerstr. 16, 81677 München	12.01.2005 – 16:00 h – nur für Facharzt-Internisten mit Schwerpunkt –	Dr. Köhler, KBV
	Regensburg KV Bayerns, Bezirksstelle Oberpfalz Yorckstr. 15 / Eingang Scharnhorststr. 10 93049 Regensburg Tel.: (09 41) 39 63 – 1 13	09.02.2005 – 19:00 h	Dr. Rochell / Dr. Grenz, KBV (*)
	Würzburg KV Bayerns Bezirksstelle Unterfranken Hofstraße 5, 97070 Würzburg	15.02.2005 – 19:00 h	Dr. Rochell / Dr. Grenz, KBV (*)
Berlin	Berlin Ärztelkammer Berlin Friedrichstraße 16, 10969 Berlin Tel.: (030) 4 08 06 12 06 – Frau Pajonk	18.01.2005 – 19:00 h	Dr. Rochell / Dr. Grenz, KBV (*)
Brandenburg	Dahlewitz Van der Valk Hotel Berliner Ring Eschenweg 18, 15827 Dahlewitz Tel.: (03 37 08) 5 88 88	02.02.2005 – 19:00 h	Dr. Rochell / Dr. Grenz, KBV (*)
Bremen	Bremen	<i>in Planung</i>	
Hamburg	Hamburg Ärztelhaus Hamburg Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg Tel.: (040) 22 80 20	08.03.2005 – 20:00 h	Hr. Bollmann, Vorsitzender des Vorstands der KV HH Dr. Wesiack, Präsident des BDI e.V.
Hessen	Kassel	<i>in Planung</i>	
	Frankfurt	<i>in Planung</i>	
Koblenz	Koblenz	<i>in Planung</i>	
Mecklenburg- Vorpommern	Rostock Ärztelhaus Paulstraße 45-55, 18055 Rostock Tel.: (03 81) 4 56 16 81, Fax: (03 81) 4 56 16 81	08.02.2005 – 19:00 h	Dr. Rochell / Dr. Grenz, KBV (*)
Niedersachsen	Hannover Ärztelkammer Niedersachsen Berliner Allee 20, 30175 Hannover	27.01.2005 – 19:00 h	Dr. Rochell / Dr. Grenz, KBV (*)
	Osnabrück	<i>in Planung</i>	
Nordbaden	Karlsruhe Siemens Karlsruhe Östliche Rheinbrückenstraße 50 76187 Karlsruhe, Tel.: (07 21) 59 50	16.02.2005 – 19:00 h	Dr. Rochell / Dr. Grenz, KBV (*)
Nordrhein	Köln KV Nordrhein, Bezirksstelle Köln Sedanstraße 10-16, 50668 Köln Tel.: (02 21) 77 63-0	23.02.2005 – 19:00 h	Dr. Rochell / Dr. Grenz, KBV (*)
Nordwürttemberg	Stuttgart	<i>in Planung</i>	
Pfalz	Speyer	<i>in Planung</i>	
Rhein Hessen	Mainz	<i>in Planung</i>	
Saarland	Saarbrücken	<i>in Planung</i>	
Sachsen	Dresden KV Sachsen Schützenhöhe 12, 01099 Dresden Tel.: (03 51) 82 90 50	03.02.2005 – 18:30 h	Dr. Rochell / Dr. Grenz, KBV (*)
Sachsen-Anhalt	Magdeburg	<i>in Planung</i>	
Schleswig-Holstein	Kiel Eine erste Veranstaltung zu diesem Thema fand am 17.11.2004 statt. Bei Interesse wird eine zweite Veranstaltung stattfinden.		
Südbaden	Freiburg Eine erste Veranstaltung zu diesem Thema fand am 22.11.2004 statt. Bei Interesse wird eine zweite Veranstaltung stattfinden.		
Südwestfalen	Ulm	<i>in Planung</i>	
Thüringen	Weimar	<i>Februar/März 2005 – in Planung</i>	
Trier	Trier	<i>in Planung</i>	
Westfalen-Lippe	Bielefeld Ravensberger Spinnerei Ravensberger Park 6, 33607 Bielefeld Tel.: (05 21) 96 68 80	19.01.2005 16:00 h – 18:00 h und 18:00 h – 20:00 h	Hr. Müller, Hauptabtl. Abrechnungswesen KV W-L
	Dortmund KV Dortmund Robert-Schirrigk-Straße 4-6 44141 Dortmund, Tel.: (02 31) 94 32-0	12.01.2005 16:00 h – 18:00 h und 18:00 h – 20:00 h	Hr. Hecker, Hauptabtl. Abrechnungswesen KV W-L

(*) Wer möchte, kann zu diesen Veranstaltungen vorab Fragen einreichen, die Dr. Rochell dann behandeln wird. Bitte mit dem Stichwort „EBM-Schulung“ an den BDI faxen (0611 / 1813350) oder mailen (info@BDI.de).

Im ersten halben Jahr ist Muttermilch solo das Optimum

Die Nationale Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) gibt für Deutschland die folgenden Empfehlungen zur Stilldauer. Sie hat dabei die Stellungnahmen der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die 2000 eine Expertengruppe zur wissenschaftlichen Ableitung der optimalen Dauer des ausschließlichen Stillens eingesetzt hatte (WHO 2001), und der 54. Weltgesundheitsversammlung (WHA) (2001) berücksichtigt. Der Ernährungsplan für das erste Lebensjahr des Forschungsinstituts für Kinderernährung in Dortmund (Kersting 2001) wird nach wie vor ausdrücklich unterstützt.

1. Dauer des ausschließlichen Stillens

Muttermilch ist die beste Nahrung für nahezu alle Säuglinge. Ausschließliches Stillen in den ersten sechs Monaten ist für die Mehrzahl der Säuglinge die ausreichende Ernährung.

Ab wann ein Säugling zusätzlich Beikost benötigt, ergibt sich individuell in Abhängigkeit vom Gedeihen und der Essfähigkeit des Kindes. Beikost sollte in der Regel nicht später als zu Beginn des 7. Lebensmonats und keinesfalls vor dem Beginn des 5. Monats gegeben werden. Beikosteinführung bedeutet nicht Abstillen, sondern eine langsame Verminderung

der Muttermilchmengen und Stillmahlzeiten. Mutter und Kind bestimmen gemeinsam, wann abgestillt wird. Diese Empfehlungen geben einen Rahmen vor. Sie sollten nicht schematisch angewendet werden.

Die Nationale Stillkommission gebraucht „ausschließliches“ Stillen weiterhin in dem eng ursprünglich von der WHO (WHO 1991) definierten Sinn (ausschließlich Muttermilch ohne Gabe von Flüssigkeiten oder anderer Nahrung) (Springer et al. 1999). In ihrer Stellungnahme „Zufütterung von gestillten Säuglingen“ hat die Stillkommission (2001) ausführlich dargelegt, dass eine **routinemäßige Zufütterung von Flüssigkeiten beim gestillten Säugling** in der Regel überflüssig ist und daher auch nicht empfohlen wird.

2. Kurzes oder teilweises Stillen

Die Stillkommission hält auch kürzeres ausschließliches Stillen als sechs Monate oder teilweises Stillen für sehr sinnvoll.

Wenn ein sechsmonatiges ausschließliches Stillen für Mütter nicht durchführbar ist, sollte dies keinesfalls ein Grund sein, gar nicht erst mit dem Stillen zu beginnen. Auch kürzeres ausschließliches Stillen oder teilweises Stillen nützt dem Kind und ist erfreulich für Mutter und Kind.

Das Wissen um die Vorteile des Stillens sollte als Verpflichtung verstanden werden, stillwilligen Müttern bei der Lösung von Stillproblemen zu helfen, so dass sie nicht früher mit dem Stillen aufhören müssen, als sie es eigentlich wollen. Die Stillkommission hat hierzu eine Stellungnahme zu „Stillen und Berufstätigkeit“ (2003) herausgegeben.

3. Abstillen

Die Stillkommission betont, dass Beikosteinführung nicht mit Abstillen gleichzusetzen ist. Der endgültige Zeitpunkt des Abstillens ist eine individuelle Entscheidung, die gemeinsam von Mutter und Kind getroffen wird.

Idealerweise wird weiter teigestillt, auch wenn das Kind die Fertigkeit entwickelt hat, aus dem Becher oder der Tasse zu trinken. Mit zunehmendem Verzehr von Beikost bzw. modifizierter Familienkost am Ende des ersten und im Laufe des zweiten Lebensjahres nimmt die quantitative Bedeutung der Muttermilch als Lebensmittel entsprechend ab. Unter hiesi-

gen Bedingungen, wo Beikost vernünftiger Zusammensetzung allgemein verfügbar ist, wird gegen Ende des ersten Lebensjahres in den meisten Fällen das Trinken an der Brust eher durch das Bedürfnis nach Nähe und Zuwendung als durch Hunger bestimmt werden.

Die Stillkommission gibt keine ausdrückliche Empfehlung, wann endgültig abgestillt werden sollte, weil sich für Deutschland hierzu keine wissenschaftlich begründete Basis finden lässt.

Nationale Stillkommission am BfR
in: Bundesgesundheitsbl. 9-2004

Literatur: www.bdi.de, >>BDI aktuell



Schweres Gas sammelt sich im Keller

Radon in Ihrem Weinkeller?

Geht von Radon eine tatsächliche Gesundheitsgefahr aus? Zumindest im Umweltministerium möchte man das im Boden entstehende schwere Gas nicht in die Kellerräume von Häusern lassen. Aber gerade dort scheint es sich gerne

anzusammeln. Im Folgenden ein Überblick.

Radon ist ein unsichtbares, geruchloses, nicht schmeckbares und ungiftiges Edelgas, aber radioaktiv. Es entsteht spontan aus dem Zerfall des im Boden vorkommenden Radiums, das in radioaktiven

Zerfallsreihen aus Uran und Thorium entsteht. Radon hat eine Halbwertszeit von 3,8 Tagen. Innerhalb dieser Zeitspanne ist damit die Menge des radioaktiven Isotops auf die Hälfte gesunken. Die Strahlung nimmt entsprechend ab.

Wie gelangt Radon in Gebäude?

Da Radon schwerer als Luft ist, ist die Konzentration in der Regel im Keller am höchsten und nimmt nach oben von Geschoss zu Geschoss ►

ab. Ein Eindringen ist durch Leckstellen oder Diffusion durch Bauteile hindurch möglich, z.B. durch

- Risse und Fugen in Böden und Wänden
- Durchführungen von Kabeln, Leitungen und Leerrohren
- Abwasserrohre
- Bodenschächte und Kontrollöffnungen
- Licht- und andere Schächte an Wänden im erdberührten Bereich
- Kamine
- Keller mit Naturböden, Kies, Bruchstein, lose verlegten Ziegeln etc. und
- durchlässige Konstruktionen (Holzbalkendecke, Deckenplatten etc.).

Die Radonkonzentration in Gebäuden kann durch Beseitigung der Undichtigkeiten und durch Lüften (!) entscheidend verringert werden.

Bei Neubauten helfen im Grundsatz die Maßnahmen, die ein Bauteil gegen Wasser abdichten, auch gegen Radon („weiße Wanne“, Dichtungs-

bahnen unterhalb des Fundaments).

Für die Sanierung radonbelasteter Bestandsbauten gibt es kein Patentrezept.

Anders als bei mangelhafter Abdichtung gegen Feuchtigkeit ist eine Undichtigkeit gegenüber dem Gas nicht aufzuspüren. Wird daher festgestellt, dass die Radonkonzentration trotz Sanierung erhöht bleibt, muss die Sanierung im Grunde genommen von vorne begonnen werden.

Heizung zieht Radon ins Haus

Ein verhältnismäßig preiswertes Mittel ist einfaches Lüften. Aus einer im „Radon-Handbuch Deutschland“ abgebildeten Messung ergibt sich, dass die Radonkonzentration von 70 Bq/m³ in einem ungenutzten Haus mit geschlossenen Fenstern bereits durch „übliche Nutzung“ auf 30 Bq/m³ und durch ständiges Lüften (Fenster gekippt) auf 10 Bq/m³ abgesenkt werden kann. Lüften

verringert die Konzentration also um rund 85%. Herrscht in dem Gebäude Unterdruck (z.B. wenn Brenner oder Öfen Umgebungsluft ansaugen), entsteht ein Kamineffekt, der Radon in das Gebäude zieht.

Wie gefährlich ist Radon?

Die Deutsche Strahlenschutzkommission (Epidemiologische Untersuchung zum Lungenkrebsrisiko nach Exposition gegenüber Radon, Oktober 2000) stellt fest, dass oberhalb einer

Radonkonzentration von 250 Bq/m³ eine signifikante Risikoerhöhung besteht.

Die Kommission der Europäischen Gemeinschaften (Empfehlung der Kommission zum Schutz der Bevölkerung vor Radonexposition: Amtsblatt Nr. L 80726 vom 27.03.1990) empfiehlt, dass in vorhandenen Wohnräumen ein Referenzwert von 400 Bq/m³ nicht überschritten werden soll.

Auszug aus: Haus&Grund, 10/2004 – geringfügig redaktionell bearbeitet

Die Briten winken ab

Donepezil bei Alzheimer-Demenz?

Das Ergebnis einer vom National Health Service finanzierten Studie¹ stellt den Nutzen von Cholinesterasehemmern bei Demenzerkrankten in Frage. Mit Donepezil wurde zwar eine leichte, kurzfristige Besserung der Kognition erzielt, doch konnte weder die Zahl an Pflegeheimweisungen verringert noch das Fortschreiten der Funktionseinschränkung verhindert werden. Die Therapie mit Donepezil ist daher weitgehend unwirksam und daher unwirtschaftlich.

¹ Courtney, C., et al. (AD2000 Collaborative Group): Lancet 2004; 363: 2105

Aus: Der Arzneimittelbrief Berlin, 10/2004, Tel.: 030/7452047, Fax: 030/453066
Internet: <http://www.der-arzneimittelbrief.de>

– Fazit eines Artikels

infomed-screen

Suizid-Risiko verdreifacht

Personen mit einer bipolaren Störung, die statt mit Lithium mit einem Valproinsäure-Derivat (Divalproex, Depakote®, Abbott, USA) behandelt wurden, hatten ein fast dreimal höheres Freitodrisiko.

Kohortenstudie: Goodwin FK, Fireman B, Simon GE et al. *Suicide risk in bipolar disorder during treatment with lithium and divalproex.* JAMA 2003 (17. September); 290: 1467-73

(Aus: infomed-screen, 01/2004
Infomed-Verlags-AG
Bergliweg 17, CH-9500 Wil
Telefax: 071-910-0877

E-Mail:
sekretariat@infomed.ch)

Mehr scheinen als sein

Damp-Klinik gibt „Garantie“ auf Endoprothesen

„Ein Meilenstein in der integrierten Versorgung“ schwärmen Barmer Ersatzkasse (BEK) und die Damp-Holding, deren Klinikgruppe, eigenen Angaben zufolge, in den letzten 5 Jahren 32.500 endoprothetische Eingriffe vorgenommen hat.

Von der Diagnose über die Operation und die Rehabilitation bis zur ambulanten Nachsorge vernetzt behandelt – so stellen sich BEK und Klinik den preiswerten und haltbaren Gelenkersatz laut neuestem Vertrag vor. Originaltext Barmer: „Aufgrund des hohen Leistungsstandards sichern die Akut- und Rehakliniken der Damp-Holding ihren Patienten sogar eine Garantieleistung auf die medizinischen Behandlungs- und Rehabilitationsergebnisse sowie auf die verwendeten Materi-

alien zu. Dies gilt in diesem Umfang als bundesweit einmalig.“

Und so sieht die Gewährleistung aus: 5 Jahre auf Behandlungsfehler, 10 Jahre auf Materialfehler und 3 Jahre auf Rehabilitationsfehler. Teilnehmenden Patienten erstattet die Barmer Ersatzkasse 50% der Zuzahlung, maximal 150 Euro.

Kommentar:

Zumindest der Gewährleistungsschnick-Schnack scheint mehr als er ist:

1) „5 Jahre auf Behandlungsfehler.“ Diese pflegen sich innerhalb der ersten Monate nach der Operation herauszustellen. Der erstmalige Nachweis eines

Behandlungsfehlers in den Jahren 2-5 post Operation dürfte die absolute Ausnahme sein.

2) „10 Jahre auf Materialfehler.“ Hier nimmt man den Lieferanten der Hardware in die Pflicht, was völlig richtig, aber nicht sensationell ist. 10 Jahre sollten die mechanischen Teile klaglos halten.

3) „3 Jahre auf Rehabilitationsfehler.“ Hier gilt Ähnliches wie unter 1) bei den Behandlungsfehlern.

Das pro Eingriff gezahlte Entgelt dürfte Dreh- und Angelpunkt der Übereinkunft, der Rest unter publikumswirksamer Garnierung abzuhaken sein.

BY

Varizen-Entfernung reduziert Ulkusrezidive

Randomisierte Studie: Barwell JR, Davies CE, Deacon J et al. Comparison of surgery and compression with compression alone in chronic venous ulceration (ESCHAR study): randomised controlled trial. *Lancet* 2004 (3. Juni); 363: 1854-9

Studienziele

Chronische venös bedingte Ulzera sind häufig. Sie neigen trotz Kompressionstherapie zu Rezidiven in ungefähr einem Viertel der Fälle innerhalb eines Jahres. Nicht randomisierte Studien zeigten

eine Reduktion der Rezidive nach Venenchirurgie. In der vorliegenden randomisierten Studie wurde die Wirksamkeit von chirurgischen Eingriffen an oberflächlichen Beinvenen bezüglich Heilung und Rezidivhäufigkeit von Ulcera cruris untersucht.

Schlussfolgerungen

I. Bei venösen Ulcera cruris vermindert eine chirurgische Behandlung klappeninsuffizienter oberflächlicher Beinvenen das Risiko von Rezidiven.

Felix Tapernoux, CH-Wil

II. Dies ist wieder einmal eine „typisch britische“ Arbeit: einfach, klar und praxisnah. Ulcera cruris sind häufig und verursachen durch ihre Chronizität und häufigen Rezidive verminderte Lebensqualität und hohe Behandlungskosten. Dass sie durch Kompressionsverbände zu zwei Dritteln in 6 Monaten geheilt werden können, wird wieder bestätigt. Es bleibt das Problem der häufigen Rezidive (25%), da man die speziellen Verbände nach Abheilung durch Kompressionsstrümpfe ersetzt. Nach chirurgischer Entfernung der klap-

peninsuffizienten Varizen traten Rezidive nur zu 15%, ohne Operation hingegen zu 34% auf. Nur Personen mit totaler tiefer Klappeninsuffizienz profitierten nicht von der Chirurgie. Die tiefe „Number Needed to Treat“ von 5 spricht dafür, den übrigen Ulkus-Kranken die Varizenoperation zu empfehlen.

Prof. Dr. Felix Mahler, Angiologie, Inselspital Bern

Aus: infomed-screen, 09/2004
Infomed-Verlags-AG, Bergliweg 17
CH-9500 Wil
Telefax: 071-910-0877
E-Mail: sekretariat@infomed.ch

Systemischer Lupus Erythematodes

Kontrazeptiva doch kein Problem?

Östrogene können einen Lupus-Schub auslösen – getreu diesem Dogma raten Rheumatologen ihren Patientinnen mit Systemischem Lupus Erythematodes (SLE) von der Pille ab. Dabei scheinen Kontrazeptiva gar nicht so riskant zu sein – könnte man jedenfalls zwei Studien entnehmen, deren Ergebnisse bei der Tagung des American College of Rheumatology im Oktober 2004 vorgetragen wurden.

In der so genannten SELENA-Studie¹ hatten 183 Patientinnen

randomisiert und doppelblind 12 Zyklen lang ein triphasisches Kontrazeptivum (Ethinylöstradiol und Norethindron) oder Placebo eingenommen. Schwere Schübe traten in der Verum-Gruppe bei 7,7 Prozent, in der Placebo-Gruppe bei 7,6 Prozent der Frauen auf. Auch die leichten bis mäßigen Schübe traten in beiden Gruppen gleich häufig auf.

In einer weiteren Studie² wurden 162 Patientinnen auf drei Gruppen aufgeteilt: Östrogenhaltiges Kontrazeptivum, Gestagen-Präparat, Intrauterinpes-

sar. Auch hier ergab die einjährige Studienphase keine Unterschiede in der Schub-Häufigkeit, der Hospitalisationsrate und des Medikamentenbedarfs. Dafür erkannten die Autoren andere, nicht ganz unerwartete Risiken: Das östrogen- und das gestagenhaltige Kontrazeptivum erhöhte jeweils das Thromboserisiko, der Intrauterinpessar erhöhte das Risiko schwerer Infektionen (bei zwei Patientinnen waren septische Meningitiden aufgetreten).

BW

Quellen:

1. Petri M, Kalunian K, Grossman B et al. Combined oral contraceptives (OC) are not associated with an increased rate of flare in SLE Patients in SELENA. American College of Rheumatology 2004 meeting; October 16-21, 2004; San Antonio, TX; Abstract 523.
2. Sanchez-Guerrero J, Mestanza M, Jimenez ML, et al. Safety of use and effect on disease activity of three contraceptive methods in women with systemic lupus erythematosus: A one-year follow-up clinical trial. American College of Rheumatology 2004 meeting; October 16-21, 2004; San Antonio, TX; Abstract 1845.

Erreichbar über: www.rheumatology.org >>
Rechts oben Abstract-Suche für 2004 anklicken, dann Detail-Search wählen und nach Abstract-Nummern suchen

Private Krankenversicherung an Patienten

„Lassen Sie auf Generikum umstellen!“

Ein privat versicherter Patient staunte nicht schlecht, als er nach dem Einreichen seiner verauslagten Rezepte ein Schreiben seiner Assekuranz erhielt. Der Versicherung war der Antra-Verbrauch zu teuer.

Im Schreiben der privaten Krankenversicherung heißt es:

„Im Zusammenhang mit Ihren bei (uns) eingereichten Erstattungsanträgen haben Sie Rezepte mit dem Medikament Antra eingereicht. Wir möchten Sie darüber informieren,

dass es für dieses Medikament preisgünstigere Alternativen gibt, so genannte Generika. Generika sind Medikamente, die nach Ablauf des Patentschutzes mit den Wirkstoffen des Originalpräparates hergestellt werden. Auch Generika erfüllen die strengen Auflagen des deutschen Arzneimittelgesetzes; die therapeutische Gleichwertigkeit mit dem Originalpräparat ist gegeben.

Die Preisdifferenz zwischen Ihrem Originalpräparat und

einem Generikum kann bis zu 75% betragen. Fragen Sie Ihren Arzt nach diesen günstigeren Alternativen. Sollte die Behandlung mit dem Medikament inzwischen abgeschlossen sein, empfehlen wir Ihnen, für künftig benötigte Medikamente ein qualitativ gleichwertiges Präparat einzunehmen, sofern der Arzt einverstanden ist.

Durch Ihre Mithilfe können Sie beitragen, den Ausgabenanstieg für Arzneimittel zu be-

einflussen. Viele kleine Schritte der Kostenreduzierung können sich zu großen Auswirkungen summieren.“

Es ist bekannt, dass private Krankenversicherungen über Gesundheitslotsen besonders teure Versicherte in preisgünstigere Gefilde shiften lassen. So scheint auf dem Gebiet ärztlicher Tätigkeit offenbar das freie Spiel politischer und versicherungstechnischer Kräfte Einzug zu halten.

BY

Petitionsausschuss für Rauchverbot in Ämtern

Für den Rauchstopp in allen „Ämtern mit Publikumsverkehr“ treten öffentliche Mandatsträger ein. Eine entsprechende Eingabe leitete der Petitionsausschuss befürwortend an das Bundesgesundheitsministerium, das Bundesinnenministerium und die Bundestagsfraktionen weiter.

Nach Meinung des Petitionsausschusses sei nicht einzusehen, warum ein generelles Rauchverbot auf Bahnhöfen und Flughäfen möglich sei, nicht aber in Behördenräumen. Dort sei die gesundheitliche Beeinträchtigung von Nichtrauchern wesentlich größer.

Quelle: Pressestelle des Bundestages

Glosse: Ohne Raucher käme die größte Wirtschaftskrise

Leider meldet sich hier nur die Mehrheit des Petitionsaus-

schusses des Bundestages zu Wort und nicht die Mehrheit seines Plenums. Im Vorschlag unerwähnt bleiben die Ämter ohne Publikumsverkehr, in denen viele stille Dulder/innen des unerwünschten blauen Dunstes hocken (– hocken müssen, weil sie die Vorgesetzten nicht an einer empfindlichen Stelle treffen wollen). Den revolutionären Mut des irischen Gesetzgebers, der herzlos – aber mit breiter Unterstützung der Öffentlichkeit – das Rauchen sogar in allen Pubs verbot, bringt man im Deutschen Bundestag noch nicht auf. Schließlich sind viele Abgeordnete „von dem Tobak ein Verehrer“.

Eine interessante Überlegung setzt die Initiative dennoch in Gang: Eine sofortige, komplette Einstellung des Rauchens zöge die größte Wirtschaftskrise seit dem 2. Weltkrieg nach sich. Addiert

man die Folgen eines potentiellen Generalrauchstopps im Zeitraffer, so entstünde allein im deutschen Gesundheitswesen mit über 4 Millionen Beschäftigten eine 6-stellige Zahl von Arbeitslosen (operative und interventionelle Herz- und Gefäßdiagnostik und -therapie, Lungen-, Reha- und Nachsorgemedizin, ambulante und stationäre Versorgung von KHK, Apoplexie und AVK sowie der obstruktiven und onkologischen Lungenerkrankungen, Wegfall eines Großteils der Märkte für Protonenpumpenhemmer, Cholesterinsenker, Antibiotika und Chemotherapeutika etc.).

Der Ausfall von Zigarettenproduktion, -sponsoring, -werbung und -verkauf einschließlich des konsekutiven wirtschaftlichen Einbruchs bei den Printmedien sorgte noch einmal für die gleiche Dimensi-

on Arbeitsloser. Der komplette Ausfall der Tabaksteuer käme hinzu. Die Hauptsache kommt aber noch: Durch die steigende Lebenserwartung mehrerer Millionen Menschen allein in Deutschland um 4 bis 6 Jahre wären nicht nur die Rentenkasse mit ihren heute nur 5 Tagen Zahlungsvorsprung, sondern auch sämtliche Renten-Konsolidierungsmodelle mit einem Schlag pulverisiert.

Die Folgen ließen sich teilweise dämpfen, wenn das freiwerdende Rauchergeld ebenso zum größten Teil in die öffentlichen Kassen flöse wie heute. Das aber scheint nicht darstellbar. Die Schlussfolgerung ergibt sich von selbst: Die Raucher halten nicht nur ihre Kleinf Feuerstellen, sondern auch die Wirtschaft unter Dampf.

BY

Kassen zahlen nicht, Basel II drückt, Milliardenlücke bei Finanzierung

Pleite-Risiko der Krankenhäuser hat sich verdoppelt

Alarmstufe gelb: Die Finanzlage deutscher Krankenhäuser droht sich dramatisch zu verschlechtern. Akut bringt schlechte Zahlungsmoral von Krankenkassen Kliniken in Bedrängnis. Laut Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) **stehen Kassen bei Kliniken mit 2,3 Milliarden Euro (das sind fünf Prozent der jährlichen Gesamtzahlungen) in der Kreide**, obwohl die GKV beteuert, 95 Prozent der Rechnungen anstandslos zu begleichen.

Mittelfristig droht Krankenhäusern der finanzielle Ruin, wenn es ihnen nicht gelingt, die Kosten zu senken, ihre Auslastung und damit die Eigenkapitalzufuhr zu erhöhen, warnt eine neue Gemeinschaftsstudie des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI), Essen,

und der Health Care Unternehmensberatung ADMED GmbH, Hamburg („Insolvenzrisiken der deutschen Krankenhäuser – Bewertung und Transparenz unter Basel II“, <http://www.rwiessen.de>). Schon heute ist für Krankenhäuser das Risiko, pleite zu gehen, annähernd doppelt so hoch wie in der Gesamtwirtschaft (1,7: 1,0 Prozent).

Düsterer noch: **Die Insolvenzwahrscheinlichkeit deutscher Hospitäler wird in den nächsten Jahren weiter zunehmen.** Grundlage für diese pessimistische Vorhersage sind die Jahresabschluss- sowie extern zugängliche krankenhausspezifische Daten für 212 der bundesweit rund 2240 Krankenhäuser, die RWI und ADMED erstmals systematisch überprüft haben. Die Gutacher errechneten, dass zurzeit bin-

nen eines Jahres 1,7 Prozent aller untersuchten Kliniken zahlungsunfähig werden. Bis 2008 werde sich dieser Wert voraussichtlich auf 2,2 Prozent erhöhen, so die Studie. Dabei sind Hospitäler in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft stärker gefährdet, zahlungsunfähig zu werden, als private oder freigemeinnützige. Der Grund: Bei Rückzug der öffentlichen Hand kompensieren die betroffenen Krankenhäuser dies bisher nicht selten mit höherer Verschuldung.

Doch das wird auf Dauer nicht gut gehen. Denn auch die Zahl der Kliniken, die erhebliche Schwierigkeiten bei der Kreditaufnahme haben, wird zunehmen. **Meist verleiht eine Bank ab einer Insolvenzwahrscheinlichkeit von etwa 2,6 Prozent keinem mehr Geld. Schon heute lie-**

gen 21 Prozent der Krankenhäuser bei oder über diesem Schwellenwert. Bis 2008 wird ihr Anteil voraussichtlich auf 26 Prozent ansteigen. **Ostdeutsche Kliniken dürften allerdings länger Luft haben.** Wegen der Nachwende-Aufrüstung mit umfangreichen Fördergeldern in den 90er Jahren sind sie im Schnitt finanziell gesünder als westdeutsche.

Die künftige Finanzsituation der Kliniken wird auch durch ihre veränderte Entlohnung beeinflusst werden, so die RWI- und ADMED-Analyse. Denn in den kommenden Jahren wird sich die Vergütung, die ein Krankenhaus für eine bestimmte Behandlung erhält, auf Ebene der Bundesländer angleichen. Dies dürfte dazu führen, dass sich das Rating von Krankenhäusern mit derzeit 

relativ hohen Budgets im Schnitt verschlechtert und umgekehrt.

Die negative Prognose des RMI deckt sich mit den Aussagen des „Branchenkompass 2004 Gesundheitswesen“, den die Unternehmensberatung Mummert Consulting¹ gemeinsam mit dem F.A.Z.-Institut herausgibt. Demnach gewinnt die Konsolidierung der Krankenhauslandschaft angesichts des wachsenden Kostendrucks und fehlender Investitionsmittel bei den Kommunen an Fahrt.

Binnen zehn Jahren werden, so die Vorausschau,

etwa 15 Prozent der rund 2240 deutschen Krankenhäuser ihre Pforten schließen oder durch Fusion die Eigenständigkeit verlieren.

Weitere Wege zur nächsten Klinik sind damit programmiert. Betroffen sei jedes siebte Hospital, das entspricht 330 Krankenhäusern. Die Kliniken seien nicht genügend ausgelastet, während ihnen gleichzeitig die Kosten für medizinisches Gerät und Personal über den Kopf wüchsen. 1,2 Milliarden Euro fehlten den Kliniken allein für

das laufende Jahr. Drastische Sparmaßnahmen, beispielsweise Bettenabbau und Reduzierung der Personaldecke, seien die Folge. Notwendige Investitionen blieben auf der Strecke.

Besonders betroffen von den Schließungen sind laut Branchenkompass vor allem kleine Kliniken mit weniger als 200 Betten sowie Häuser, deren Kapitaldecke sehr dünn ist. Das treffe in erster Linie auf öffentliche Krankenhäuser zu. Private Klinikbetreiber profitierten von die-

ser Misere der öffentlichen Krankenhäuser. Sie rechneten sich gute Wachstumschancen aus, indem sie wirtschaftlich angeschlagene Häuser aufkauften.

Für den neuesten Branchenkompass befragten Mummert Consulting und das F.A.Z.-Institut im Mai 100 Top-Entscheider aus 35 deutschen und 15 österreichischen Krankenhäusern sowie 50 deutsche Krankenkassen und -versicherungen über ihre Investitionsziele und ihre Marktpolitik bis 2006.¹

Auszugsweise aus
DGD Nr. 23/2004

¹ (http://www.mummertconsulting.de/surveys/downloads/ext_bk_gesund_2004.pdf)

Probleme mit der Arbeitszeit der Krankenhausärzte

Schlaf soll nicht mehr als Arbeitszeit gelten

Jeder Kliniker kennt's: Es gibt Zeiten, da ist der Bereitschaftsdienst knochenharte Arbeit, und es gibt Bereitschaften, die man weitgehend verschlafen kann. Nach einem Urteil des Europäischen Gerichtshofes, erfochten mit der tatkräftigen Hilfe des Marburger Bundes und konform mit der EU-Arbeitszeitrichtlinie, gilt Bereitschaft aber immer als Arbeitszeit. In diesem Sinn ist auch das nationale Arbeitsrecht angepasst worden, und das hat auch die Situation in Deutschland ziemlich durcheinander gewirbelt. Die Kliniken müssen umstrukturieren, manche Kollegen freuen

Die europäische Rechtsprechung zum Bereitschaftsdienst auf der Grundlage der Richtlinie 93/104/EG hat zu einer Änderung des deutschen Arbeitszeitgesetzes (ArbZG) zum 01.01.2004 geführt. Die europäische Arbeitszeitrichtlinie unterscheidet nach Artikel 2 lediglich Arbeitszeit und Ruhezeit; Bereitschaftsdienst wird vollständig als Arbeitszeit angesehen.

Über die damit verbundenen gravierenden Auswirkungen auf die Krankenhausträger und die Krankenhausmitarbeiter liegen inzwischen umfangreiche Erkenntnisse vor. Die Krankenhausträger sehen sich mit massiv steigenden Personalkosten sowie unlösbaren Personalengpässen konfrontiert. Die Mehrkosten belaufen sich nach verschiedenen Schätzungen auf 0,6 bis 1,7 Mrd. Euro jährlich, die zusätzlich benötigten Vollkräfte auf 20.000 bis 27.000.

Gerade kleinere Organisationseinheiten sind aufgrund des über-

proportionalen Personalmehrbedarfs in ihrer Existenz gefährdet. Die Krankenhausmitarbeiter stehen vor einer Reduktion der Weiterbildungsmöglichkeiten und Einkommenseinbußen. Zugleich sinkt die Flexibilität bei den Arbeitszeiten. Es ist daher nicht erstaunlich, dass sich die Mehrheit der Ärzte in repräsentativen Befragungen gegen die Abschaffung des Bereitschaftsdienstes ausgesprochen hat.

EU ändert ihre Arbeitszeitrichtlinie

Die Europäische Kommission hat Ende September 2004 einen Vorschlag für eine Änderung der Arbeitszeitrichtlinie vorgelegt. Der Vorschlag ist nicht zuletzt Ausdruck, dass in vielen Mitgliedstaaten die Umsetzung der europäischen Rechtsprechung zum Bereitschaftsdienst auf der Basis der geltenden Richtlinie zu massiven Problemen führen würde.

sich auf mehr Freizeit, andere trauern dem Geld nach, das sie bisher mit ihren Bereitschaftsdiensten verdient haben – unterm Strich ist der Ärger über die neuen Arbeitsregeln wohl größer als die Freude. Vor diesem Hintergrund will die EU-Kommission die Arbeitszeit-Richtlinie wieder ändern und damit dem bewussten Urteil die Basis entziehen. Die Bereitschaftszeit soll untergliedert werden, frei nach dem Motto: Wer schläft, der arbeitet nicht. Unsere Autoren analysieren die Situation aus Sicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft.

Der für Beschäftigung und Soziales zuständige Kommissar Stavros Dimas äußerte hierzu: „Der Vorschlag soll Mängel beheben, die sich in der Anwendung der Richtlinie offenbart haben. Er ist in sich ausgewogen, denn er verbindet den Schutz von Gesundheit und Sicherheit der Arbeitnehmer mit einem Mehr an Flexibilität und fördert damit auch die Wettbewerbsfähigkeit.“¹

Der Vorschlag sieht im Einzelnen für die gültige Arbeitszeitrichtlinie 2003/88/EG (vormals 93/104/EG) vor:

- Artikel 2 und 2a: Die Kategorien Arbeitszeit und Ruhezeit werden um den Bereitschaftsdienst ergänzt. Die Zeit, in der der Arbeitnehmer während des Bereitschaftsdienstes effektiv seine Tätigkeit ausübt oder seine Aufgabe wahrnimmt, wird als Arbeitszeit angesehen; die inaktive Zeit nicht.
- Artikel 16: Der „Standard“-

Bezugszeitraum für die 48-stündige wöchentliche Höchstarbeitszeit von vier Monaten bleibt bestehen. Die Mitgliedstaaten können unter bestimmten Bedingungen den Bezugszeitraum auf ein Jahr ausdehnen. Die geltende Richtlinie sieht eine Differenzierung zwischen 6 und 12 Monaten vor.

- Artikel 17 und 18: Wenn von den vorgeschriebenen Ruhezeiten abgewichen wird, müssen Ausgleichszeiten innerhalb einer Frist von 72 Stunden gewährt werden. In der geltenden Fassung der Richtlinie ist keine Fristsetzung vorgesehen.

- Artikel 22: An das Opt-out, d. h. die Möglichkeit die wöchentliche Höchstarbeitszeit von 48 Stunden kraft einzelvertraglicher Vereinbarungen zu überschreiten, werden strengere Kriterien gestellt. So darf bspw. der Arbeitgeber

die Zustimmung des Arbeitnehmers nicht mit der Unterzeichnung des Arbeitsvertrages koppeln.

Aktive und inaktive Bereitschaftszeiten

Die DKG bewertet den Richtlinienvorschlag insgesamt positiv. Er stellt einen angemessenen Kompromiss zwischen den divergierenden Positionen dar und wird den Interessen der Betroffenen gleichermaßen gerecht.

Dreh- und Angelpunkt ist die Erweiterung der Arbeitszeitdefinition um den Bereitschaftsdienst sowie die Differenzierung zwischen aktiven und inaktiven Zeiten des Bereitschaftsdienstes. Nach dem Vorschlag der Kommission liegt Bereitschaftsdienst vor, wenn der Arbeitnehmer an seinem Arbeitsplatz zur Verfügung stehen muss, um auf Aufforderung des Arbeitgebers seine Tätigkeit auszuüben oder seine Aufgaben wahrnehmen zu können. Die inaktive Zeit während des Bereitschaftsdienstes wird im Gegensatz zur aktiven Zeit nicht als Arbeitszeit angesehen, sofern insbesondere nicht in der einzelstaatlichen Gesetzgebung etwas anderes vorgesehen ist.

Wer schläft, arbeitet nicht

Diese Differenzierung ist sinnvoll und entspricht wesentlich besser den tatsächlichen Gegebenheiten: Wer im Bereitschaftsdienst seine Tätigkeiten effektiv ausübt, verrichtet Arbeitszeit. Inaktive Zeiten, z. B. Zeiten, in denen der Arbeitnehmer während eines Bereitschaftsdienstes schläft, werden dagegen als Ruhezeit bewertet. Niemand, auch nicht die DKG, verbindet damit die Vorstellung, dass Krankenhausärzte im Rahmen ihrer Bereitschaftsdienste Muße tun. Wer dies unterstellt, argumentiert böswillig. Jedoch stellt die Europäische Kommission selbst fest, dass die inaktiven Zeiten während des Bereitschaftsdienstes nicht das gleiche

Schutzniveau erfordern wie die aktiven Zeiten.

Der Bereitschaftsdienst mit anteiliger Berücksichtigung als Arbeitszeit ermöglicht flexible Arbeitszeitmodelle, die sowohl im Interesse der Krankenträger als auch der Krankenhausmitarbeiter liegen.

Die Krankenträger können mit Hilfe entsprechender Arbeitszeitmodelle die Patientenversorgung – auch in Zeiten geringen Arbeitsanfalls – wirtschaftlich sicherstellen. Die umfassende Wertung des Bereitschaftsdienstes als Arbeitszeit bzw. die vollständige Umstellung der Modelle auf Vollarbeitszeit führt demgegenüber zu einem hohen Bedarf an nicht vorhandenem neuen Personal und zu enormen Kostensteigerungen. Insbesondere kleine Einheiten und Einheiten, die keine fachübergreifende Dienste ermöglichen, sind unter diesen Bedingungen in ihrer Existenz gefährdet.

Den Ärztinnen und Ärzten bieten flexible Arbeitszeitmodelle mit Bereitschaftsdienst insbesondere zusätzliche Einkommensmöglichkeiten und Weiterbildungschancen. Vielfach haben die Krankenhausärzte ihre Lebensplanung auf diese Modelle aufgebaut. Es ist daher nicht erstaunlich, dass die Mehrheit der Ärzte diese über Jahrzehnte erfolgreich praktizierte Arbeitsform befürwortet. So ergab eine im Jahr 2003 vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung in Auftrag gegebene Studie zu den Auswir-

kungen alternativer Arbeitszeitmodelle.²

■ Die Mehrheit der Ärzte lehnt eine deutliche Beschränkung oder Abschaffung des Bereitschaftsdienstes ab. Dies betrifft bspw. die Reduzierung der Bereitschaftsdienststufen durch organisatorische Maßnahmen, die Beschränkung der Bereitschaftsdienste auf Abend-/Nachtstunden oder den Ersatz der Bereitschaftsdienste durch Vollarbeit/Schichtdienst.

Lieber Bereitschaftsdienst als mehr Freizeit

■ Bei einer Wahlmöglichkeit zwischen ihrer momentanen Bereitschaftsdienstvergütung und mehr Freizeit ist die Mehrheit der Ärzte zu keinem oder nur zu geringem Einkommensverzicht bereit. Lediglich 6,9% der Ärzte würden auf die Bereitschaftsdienstvergütung verzichten, wenn sie lediglich die tarifliche Sollarbeitszeit zu leisten hätten.

■ Mit den alternativen Arbeitszeitmodellen verbindet die Mehrheit der Ärzte eine Verschlechterung der Patientenversorgung und der Arbeitsbedingungen. So werden von den Ärzten hinsichtlich der Arbeitsbedingungen eine höhere Arbeitsintensität und Arbeitsverdichtung, spürbare Einkommenseinbußen sowie von den Assistenzärzten ohne Weiterbildung eine

Verschlechterung und Verlängerung der Weiterbildungszeiten erwartet.

Die weiteren Punkte des Kommissionsvorschlages betreffen die Streichung des 6-monatigen Bezugszeitraums für die Berechnung der wöchentlichen Höchstarbeitszeit, die erstmalige Setzung einer Frist für den Ausgleich bei Abweichungen von der Ruhezeit und die verschärften Anforderungen an die Anwendung des Opt-out. Insbesondere die letzten beiden Punkte zeugen von der Ausgewogenheit des Kommissionsvorschlages, die einer Überbeanspruchung der Arbeitnehmer und dem Missbrauch individueller Vereinbarungen zur Überschreitung der 48-stündigen wöchentlichen Höchstarbeitszeit entgegenwirken.

Erfahrungen mit der Opt-out-Anwendung liegen in Deutschland noch nicht vor. Es mag sein, dass die weitgehende Ausübung des Opt-out in Großbritannien die Kommission zu den jetzt vorgeschlagenen Verschärfungen bewogen hat. Die DKG wendet sich nicht dagegen, dass die Unterzeichnung der Opt-out-Regelung bei Abschluss eines Arbeitsvertrages oder während der Probezeit künftig nicht mehr zulässig ist. Dagegen sollten die hochregulierten Auflagen zur Listenführung beim Opt-out dringend überarbeitet werden, um nicht noch mehr Bürokratie in die Krankenhäuser zu tragen.

Individuelle Freiheit erhalten!

Es ist nochmals zu betonen, dass das Opt-out eine individuelle Vereinbarung zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber darstellt. Alle Umfragen, die in jüngerer Zeit eine breite Mehrheit von Krankenhausärzten anführen, die nicht mehr als 48 Stunden pro Woche arbeiten wollen, liefern deshalb kein Argument dafür, warum sich die deutschen Gewerkschaften einer tarifrechtlichen Rahmenregelung zum Opt-out generell verweigern. Selbst wenn es nur eine Minderheit sein soll- ►



te, die auf mehr als 48 Wochenstunden optiert – diese darf sich von ihrer Gewerkschaft nicht vertreten fühlen. Paternalismus statt individueller Wahlfreiheit ist offenbar das Leitbild der Ärztegewerkschaften in Deutschland.

Wie geht es weiter?

Der Vorschlag der Europäischen Kommission wird im Rahmen des so genannten Mitentscheidungsverfahrens dem Europäischen Parlament und dem Rat zur Zustimmung vorgelegt. Die genaue Zeitschiene der Beratungen steht noch nicht fest.

Der bisherige Konsultationsprozess auf europäischer Ebene verlief vergleichsweise zügig. Die DKG setzt darauf, dass sich das Europäische Parlament und der Rat dem Kommissionsvorschlag rasch anschließen. Dann hätte die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes, wie sie sich in den SIMAP- und Jaeger-Urteilen ausdrückt, keine Grundlage mehr.

Mit Blick auf Deutschland ist zu vergegenwärtigen, dass eine revidierte EU-Arbeitszeitrichtlinie dann grundsätzlich eine Anpassung des deutschen Arbeitszeitgesetzes (ArbZG) erfordert, um in Deutschland wirksam zu werden. Angesichts der derzeitigen Problematik sollten nicht nur die kraft Rechtsprechung aufzunehmenden verschärften Minimalstandards – insbesondere die strengeren Opt-out-Kriterien –,

sondern sämtliche Bestimmungen umgesetzt werden. Die prognostizierten negativen Auswirkungen der europäischen Rechtsprechung zum Bereitschaftsdienst würden deutlich reduziert.

Die Zeit drängt

Allerdings ist der zeitliche Spielraum für eine Anpassung der europäischen Arbeitszeitrichtlinie und damit verbunden des deutschen ArbZG begrenzt.

Das ArbZG sieht in § 25 eine Übergangsregelung bis zum 31.12.2005 vor. Die Regelung schützt in diesem Zeitrahmen bestehende bzw. nachwirkende Tarifverträge. Durch Tarifvertrag zugelassene Betriebsvereinbarungen sowie Regelungen der Kirchen und der öffentlich-rechtlichen Religionsgemeinschaften stehen Tarifverträgen gleich. In dieser Übergangsfrist sind die Tarifpartner aufgefordert, abweichende Regelungen insbesondere von der im Gesetz vorgegebenen 8- bzw. 10-stündigen täglichen Höchstarbeitszeit zu vereinbaren.

Die Hälfte der zweijährigen Übergangsfrist ist inzwischen verstrichen. Es muss festgestellt werden, dass es den Tarifparteien in Deutschland seit dem in Kraft treten des geänderten ArbZG nicht gelungen ist, neue Regelungen zu vereinbaren. Bei einer tariflichen Wochenarbeitszeit von 38,5 bzw. 40 Stunden sind die Krankenhäuser auf die abweichenden Regelungen – insbesondere die

Opt-out-Option – zwingend angewiesen. Ansonsten verblieben unter der Restriktion der 48-Stunden-Woche lediglich 9,5 bzw. 8 Wochenstunden für den Bereitschaftsdienst; unabhängig von der Bereitschaftsdienststufe. Solange noch offen ist, ob der Richtlinienvorschlag der EU-Kommission realisiert wird, ist auch weiter von einem Stillstand der nationalen Tarifverhandlungen zum Bereitschaftsdienst auszugehen.

Angesichts dieser Problematik setzt sich die DKG mit Nachdruck für die zügige Annahme des Kompromissvorschlags der Kommission ein. Der deutsche Gesetzgeber ist aufgefordert, sodann das ArbZG schnellstmöglich an die flexiblen Spielräume der europäischen Arbeitszeitrichtlinie anzupassen. Hierdurch würde nach Einschätzung der DKG auch eine Einigung der Tarifparteien gefördert.

Bei einem Ausbleiben einer Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen oder flexibler tariflicher Regelungen ist eine Umsetzung des ArbZG am 01.01.2006 faktisch nicht möglich. In diesem Fall würden die unmittelbaren gesetzlichen Vorgaben greifen; die werktägliche Arbeitszeit wäre auf 8 bzw. 10 Stunden begrenzt. Dramatische Einschnitte für die Patientenversorgung, die Krankenhausträger und die Bereitschaftsdienst leistenden Ärzte wären die Folge.

Die Krankenhäuser sollen innerhalb der Übergangsfrist

neue Arbeitszeitmodelle umsetzen. Die derzeitigen Restrukturierungen sind u. a. durch eine Verlängerung der Service-/Betriebszeiten und zeitversetzter Dienste bei gleichzeitiger Reduktion der Bereitschaftsdienste gekennzeichnet. Derart tief greifende Reorganisationen sind auf eine verlässliche Planungsgrundlage angewiesen. Die arbeitszeitrechtlichen und tariflichen Rahmenbedingungen ab 2006 sind allerdings ungewiss. Diese Situation fehlender Planungssicherheit für die Krankenhausträger ist äußerst kritisch.

Umso dringlicher ist eine rasche Entscheidung über die rechtlichen Grundlagen auf europäischer und nationaler Ebene. Es fehlt nicht am Willen, neue Formen der Arbeitszeitorganisation in den Krankenhäusern zu realisieren. Sollten jedoch die vorgeschlagenen Modifizierungen des Arbeitszeitrechts und flankierende tarifliche Regelungen weiter auf sich warten lassen, ist eine Verlängerung der in § 25 ArbZG bestimmten Übergangsfrist erforderlich.

Dr. Martin Walger
Geschäftsführer in der DKG
Dezernat Personalwesen /
Krankenhausorganisation
Dr. Thomas Hurlebaus
Referent in der DKG
Deutsche Krankenhausgesellschaft
Wegelystr. 3, 10623 Berlin

- 1 Pressemitteilung der Europäischen Kommission IP/04/1129 vom 22.09.2004.
- 2 Deutsches Krankenhausinstitut e. V.: Auswirkungen alternativer Arbeitszeitmodelle, Düsseldorf 2004.

Öffentliche Qualitätsberichte über die stationäre Versorgung

Kliniken an den Pranger stellen?

Inzwischen stellt die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung jedes Jahr ihren Qualitätsbericht ins Netz. Ross und Reiter werden nicht genannt, auch die Krankenhäuser mit schlechten Ergebnissen bleiben anonym. Aber das muss

Bei der externen vergleichenden Qualitätssicherung geht es nicht darum aufzudecken, welches Krankenhaus Fehler macht, sondern darum, Strategien zu entwickeln, wie Fehler vermieden

werden können. Das beteuerte Ministerialrätin Dr. Hiltrud Kastenholz vom Bundesgesundheitsministerium auf dem 27. Deutschen Krankenhaustag am 25. November 2004 in Düsseldorf.

nicht so bleiben: Ein Haus, das wegen schlechter Ergebnisse gerügt wird und weiterhin schlecht bleibt, verliert seinen Anspruch auf Anonymität. Das könnte fatale Folgen für die Existenz haben.

Auch die Krankenhausträger halten wenig davon, in dem von der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) veröffentlichten Qualitätsbericht Ross und Reiter zu nennen. Es wür-

de wenig nutzen, aber vielen schaden, meinte Dr. Martin Walger, Geschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). Die Krankenhäuser arbeiten mit den ver-

öffentlichem Daten, bestätigte er. Sie sehen, wo sie stehen und wo Verbesserungen nötig sind. In keinem anderen Land der Welt gibt es derzeit ein vergleichbares nationales Verfahren zur Qualitätsdarstellung, das alle Krankenhäuser einschließt und auf medizinische und pflegerische Ziele ausgerichtet ist. Erfasst werden 33 Leistungsbereiche aus Medizin und Pflege, was ungefähr 20% des gesamten Leistungsspektrums entspricht.

Recht an Anonymität geht verloren

Im Zentrum der vergleichenden Qualitätssicherung steht der strukturierte Dialog zwischen BQS und den Kliniken. „Wir wollen, dass alle Häuser gute Qualität liefern“, betonte Walger. Eine Besten-Liste werde es daher nicht geben, doch wer die Qualitätsziele verfehle, werde genauer unter die Lupe genommen und erfahre eine Begehung des Hauses sowie anschließende Beratung. Nur das Krankenhaus, das die Ergebnisse der Beratung ignoriere, verliere dann den Anspruch auf Anonymität.

Als Qualitätskriterium hat der Gesetzgeber die Mindestmengenregelung eingeführt, davon ausgehend, dass die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist. Walger ist skeptisch. Das Leistungsvolumen sei letztlich nur ein Surrogat-Parameter. Qualität hänge von vielen weiteren Faktoren ab. Für fünf Indikationen hat die ge-

meinsame Selbstverwaltung seit Januar 2004 Mindestmengen festgelegt: Lebertransplantation, Nierentransplantation, komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus, komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas und Stammzelltransplantation. Ab Januar 2005 sollen koronarchirurgische Eingriffe und Kniegelenk-Totalendoprothese hinzukommen. In der Diskussion sind die Behandlung von VLBW-Neugeborenen, PTCA sowie elektive Operationen bei Bauch-aortenaneurysma.

Vorsicht mit den Mindestmengen!

Walger riet zu einem vorsichtigen Umgang mit der Mindestmengenregelung. Sie bedürfe unbedingt einer evidenzbasierten Evaluierung.

Für alle Krankenhäuser künftig verbindlich ist die Erstellung eines strukturierten Qualitätsberichts, erstmals zum 1. September 2005, danach im Abstand von zwei Jahren. Der Bericht muss den Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden, die ihn im Internet veröffentlichen können. Walger spricht von einem „gewaltigen Schritt nach vorn zu mehr Transparenz“.

Gute Behandlungsqualität und ein Patienten-zentriertes Angebot sind in seinen Augen die wichtigsten Parameter im härter werdenden Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander. Für das Gesundheitsministerium ist es entscheidend, dass mit der vergleichenden Qualitätssicherung ein Prozess in den Krankenhäusern in Gang ge-

kommen ist, der es erlaubt, Stärken und Schwächen aufzuspüren und ein Benchmarking herzustellen.

Ein positives Beispiel ist für Ministerialrätin Kastenholz der „Klinik-Führer Ruhrgebiet“, an dem 37 Kliniken mit 58 Fachabteilungen freiwillig teilnehmen. Er wird herausgegeben in Zusammenarbeit mit dem Lehrstuhl für Medizin-Management an der Universität Duisburg-Essen (Prof. Jürgen Wasmann), der Picker Institut Deutschland gGmbH und der Boston Consulting Group GmbH. Dieser Klinik-Führer zeigt nach den Worten von Kastenholz, dass die Kliniken von sich aus bereit sind, ihre Daten offen zu legen. „Eine ganze Region wirbt hier über die Qualität der Krankenhausleistungen für sich.“

Der Bericht nennt für jede Klinik und Fachabteilung die personelle Ausstattung, Bettenzahl, Anzahl der OP-Plätze, ob 24-Stunden-Facharzt-Bereitschaft oder nicht, dazu Ergebnisse aus Patienten- und Arzteinbefragungen über Qualität und Renommee sowie Leistungsstatistiken (Eingriffe, Verweildauer). Der Klinik-Führer Ruhrgebiet zeigt laut Kastenholz, dass der Vergleich mit anderen Leistungserbringern offensichtlich nicht gescheut wird. Die Kliniken seien bereit, mehr als das, was die Rahmenvorgaben der Selbstverwaltung beinhaltet, preiszugeben.

Das BMGS fördert in den Jahren 2004 bis 2007 mit rund 3 Millionen Euro 10 Projekte aus dem ambulanten und stationä-

ren Bereich zum Benchmarking in der Patientenversorgung. Ziel ist ein kollegialer Erfahrungsaustausch (ohne Öffentlichkeit) und das Lernen von den Besten.

Auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung will ab 2005 ein Benchmarking einführen, bestätigte ihr Hauptgeschäftsführer Dr. Andreas Köhler in Düsseldorf. Er freue sich, erstmals einen bundesweiten Qualitätsbericht vorlegen zu können, der zeige, was in der ambulanten Versorgung an Qualitätssicherungs-Maßnahmen geschieht. Bereits jetzt stünden 30% aller ambulanten Leistungen unter einem Erlaubnisvorbehalt. Qualitätssicherung ist für Köhler eher „ein antiquierter Begriff“. Die KBV setze stärker darauf, Qualitätsmanagement zu etablieren mit dem Ziel der Qualitätsverbesserung als umfassendem Prinzip, eingebunden in definierte Versorgungsaufträge, wo erforderlich Sektoren-übergreifend.

Prof. Peter T. Sawicki, der Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), das Anfang November seine Arbeit aufgenommen hat, warb in Düsseldorf für eine Patienten-orientierte Forschung. Hier sei noch sehr viel zu tun. Von 101 neu zugelassenen Wirkstoffen in den Jahren 2000 bis 2003 hätten zwei Drittel keinen echten Fortschritt bedeutet. Als „schlimmes Kapitel“ bezeichnete er die Tatsache, dass Studiendaten manipuliert bzw. ungünstige Ergebnisse einfach nicht veröffentlicht würden. Auch die Fortbildung der Ärzte lasse zu wünschen übrig. Eine Analyse des Informationsmaterials, das Vertragsärzte in Nordrhein innerhalb eines Monats von Pharma-Referenten erhalten haben, habe gezeigt, dass höchstens 8% der Informationen wissenschaftlich belegt waren. Als dringend notwendig bezeichnete Sawicki die Vollständigkeit und Richtigkeit von Daten, Benchmarking, Feedback, Fehleranalyse, individuelle Intervention sowie die Messung der Ergebnisse von Interventionen in einem fortlaufenden Prozess.

ks

Herzkatheter: Kritisierte bleiben anonym

Die BQS übt in ihren – öffentlich zugänglichen – Berichten zwar Kritik, aber wer damit gemeint ist, bleibt verborgen. Hier ein Auszug aus dem Bericht zur PTCA:

Die Perkutane transluminale Koronarangioplastie (Aufdehnung der Herzkranzgefäße, PTCA) ist der am weitesten verbreitete Kathetereingriff. Die PTCA stellt zunehmend eine Alternative zur Bypass-Operation dar. Insbesondere durch neuere Stenttechniken (z.B. Medikamente freisetzende Stents) hat sich die dauerhafte Erfolgsrate in den letzten Jahren deutlich verbessert.

Die seltenen, aber schweren Komplikationen Tod, Herzinfarkt oder Schlaganfall werden international als Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular Events (MACCE) zusammengefasst. Die Gesamtrate für MACCE bei PTCA lag 2003 bei 1,19%. Dies spricht generell für eine hohe Versorgungsqualität in Deutschland. Die Spannweite der Krankenhausergebnisse reicht von 0,0 bis 8,3% bei Krankenhäusern mit mindestens 20 Fällen. Im Sinne der 95%-Perzentile sind 14 von 288 Krankenhäusern im Strukturierten Dialog um Stellungnahme zu ihren relativ hohen Komplikationsraten zu bitten.

Quelle: www.bqs-online.de

Neue Sicherheitsleine für Krankenhäuser

Das ursprünglich vom Bundestag beschlossene Gesetz zur Änderung der DRG ist unter anderem bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) auf erhebliche Kritik gestoßen. Die unionsgeführten Länder haben die Kritik aufgenommen und im Bundesrat das Gesetz mit ihrer Mehrheit abgelehnt. Danach hat allerdings der Vermittlungsausschuss einen Einigungsvorschlag vorgelegt, der inzwischen auch von Bundesrat und Bundestag ohne weitere Diskussionen abgesegnet worden ist.

Die DKD hat das nun von beiden Häusern beschlossene „Fallpauschalenänderungsgesetz“ begrüßt. Der Präsident der DKG, Wolfgang Pföhler, betrachtet es als Grundlage für eine verantwortungsvolle Patientenversorgung im Kran-

kenhaus: „Dies ist ein überzeugendes Vermittlungsergebnis. Die Kliniken haben jetzt Planungssicherheit, um die notwendigen Vorbereitungen für das DRG-System im kommenden Jahr zu treffen.“ Die jetzt eingebauten Sicherungen verhindern nach Ansicht Pföhlers, dass es zu Verwerfungen insbesondere in der Hochleistungsmedizin komme.

Die Bundesländer haben sich im Vermittlungsverfahren mit ihrer Forderung durchgesetzt, die Umstellung auf DRGS um zwei Jahre bis 2009 zu strecken. Die Bundesregierung wollte die Konvergenzphase lediglich um ein Jahr auf Anfang 2008 verlängern. Die Krankenhäuser haben also länger Zeit, um sich an das Fallpauschalensystem zu adaptieren – in die-

ser Zeit kann auch das System weiterentwickelt und verfeinert werden.

Außerdem wird der so genannte Einstiegswinkel abgeflacht. Jetzt sind insgesamt fünf Konvergenzschritte von 15 Prozent (2005), 20 Prozent (2006, 2007, 2008) und 25 Prozent (2009) vorgesehen. Das kommt der ursprünglichen Forderung der DKG sehr nahe und bedeutet: Die Erlösbudgets der Krankenhäuser werden langsamer an die Zielwerte herangeführt, die sich aus den landeseinheitlichen Basisfallwerten ergeben. Auch das erleichtert es den Häusern, ihre Kostenstrukturen anzupassen und sich mit dem System zu arrangieren.

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung kann für 2005 vorläufige lan-

desweite Basisfallwerte vorgeben, sofern die Vertragsparteien auf Landesebene noch keinen landesweit geltenden Basisfallwert vereinbart haben. Solange der Basisfallwert nicht vereinbart wurde, können Budgetverhandlungen mit den Krankenhäusern nicht abgeschlossen werden.

Budgetverlust wird begrenzt

Als weitere Sicherheitsleine wurde eine so genannte Kappungsgrenze eingeführt – auch dies war eine Forderung der DKG. Die Kappungsgrenze soll im Jahr 2005 bei einem Prozent des Krankenhausbudgets liegen und in den folgenden Jahren um jeweils 0,5 Prozentpunkte angehoben werden. Das Erlösbudget eines Krankenhauses wird also im Jahr 2005 um maximal ein Prozent, im Jahr 2009 um maximal drei Prozent abgeschmolzen.

Für hochspezialisierte und kostenintensive Leistungen, die sich im DRG-System nicht genau abbilden lassen, können nun in „eng begrenzten Fällen“ individuelle Zusatzentgelte mit den Kostenträgern vereinbart werden. Die Unionsfraktion hatte zwar mehr gefordert – sie wollte bestimmte Versorgungsbereiche wie Intensivmedizin, neurologische Frührehabilitation oder Transplantationsmedizin ganz aus dem DRG-System heraushalten. Damit hat sie sich im Vermittlungsausschuss aber nicht durchsetzen können.

BW



Steuer-Chinesisch

Steuerliche Behandlung der Praxisgebühr in der Gewinnermittlung

Schreiben des Bundesministeriums der Finanzen (BMF) vom 25. Mai 2004 (Koordinierter Ländererlass), Az.: IV A 6 – S 2130 – 7/04

Inhalt des Erlasses:

Der sich nach § 61 Satz 2 SGB V ergebende, einmal im Ka-

lendervierteljahr zu leistende Betrag für ärztliche, zahnärztliche oder psychotherapeutische Versorgung (sog. Praxisgebühr) wird gemäß § 28 Abs. 4 SGB V vom Versicherten als Zuzahlung zu den ärztlichen Behandlungen an den Leis-

tungserbringer gezahlt. Nach § 43b Abs. 2 SGB V hat der Leistungserbringer die Zuzahlungen einzubehalten. Der Vergütungsanspruch des Arztes gegenüber der Krankenkasse, der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen

Vereinigung verringert sich in Höhe der einbehaltenen Zuzahlungen bei Abrechnung seiner Leistungen. Zahlt der Versicherte trotz Mahnung nicht, so treibt die Krankenkasse die Zuzahlung ein. Der Arzt trägt damit kein ▶

Ausfallrisiko und sein Vergütungsanspruch bleibt in vollem Umfang erhalten (§ 43b Abs. 1 Satz 2 SGB V).

Nach Erörterung mit den obersten Finanzbehörden der Länder gilt für die steuerliche Behandlung der Praxisgebühr bei der Gewinnermittlung Folgendes:

Die vom Versicherten zu zahlende Praxisgebühr stellt beim Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeuten eine Betriebseinnahme und keinen durchlaufenden Posten dar. Die Sonderregelung für den Fall, in dem der Versicherte nicht zahlt – Übergang des Aus-

fallrisikos auf die Krankenkasse –, steht dem nicht entgegen.

Die zeitliche Erfassung dieser Betriebseinnahme richtet sich nach den allgemeinen Gewinnermittlungsgrundsätzen. Bei der Gewinnermittlung durch Betriebsvermögensvergleich wird die Betriebseinnahme im Zeitpunkt der Entstehung des Anspruchs auf die Einnahmen erfasst.

Bei einer pflichtwidrigen Nichtzahlung des Versicherten ist der Ausgleich im Wege des höheren Vergütungsanspruchs gegenüber der Krankenkasse,

der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung gewährleistet. Bei der Einnahmen-Überschuss-Rechnung wird die Einnahme im Zeitpunkt des Zuflusses der Zuzahlung erfasst.

Beispiel:

Patient A zahlt die Praxisgebühr für das IV. Quartal 2004 erst am 3. Januar 2005. Die Gebühr ist 2005 als Einnahme zu erfassen. Beim Betriebsvermögensvergleich muss die Betriebseinnahme im Zeitpunkt des Entstehens des Anspruchs erfasst werden, im obigen Beispiel also im IV. Quartal 2004.

Die sich aus den Regelungen des Sozialgesetzbuches (§§ 294, 295 Abs. 1 SGB V i.V.m. dem Bundesmantelvertrag-Ärzte) für alle Kassenärzte ergebenden besonderen Aufzeichnungspflichten über die in jedem Behandlungsfall vereinnahmte Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V (Praxisgebühr) sind gemäß § 140 AO auch für steuerliche Zwecke zu beachten. Die vereinnahmten Praxisgebühren sind dabei vollständig, richtig, geordnet und zeitnah (regelmäßig täglich) aufzuzeichnen (§ 146 Abs. 1 AO).

Rü

Umfrage zeigt es: IGeL haben sich kräftig vermehrt, aber

Internisten IGeLn sehr zurückhaltend

Die IGeL (individuelle Gesundheits-Leistungen) leisten in manchen Praxen bereits einen erheblichen Beitrag zur wirtschaftlichen Existenz. Und sie haben in den letzten Jahren erheblich zugenommen. Das hat eine Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) bei einer repräsentativen Stichprobe von 3000 Krankenversicherten ergeben. Heute wird bereits jedem vierten gesetzlich Krankenversicherten mindestens einmal im Jahr eine medizinische Zusatzleistung auf Privatrechnung angeboten – vor drei Jahren war es in einer Umfrage der AOK nicht einmal jeder Zehnte. Die seinerzeitige AOK-Umfrage scheint recht zuverlässig gewesen zu sein, ihre Ergebnisse korrelieren gut mit einer zur gleichen Zeit von der Bertelsmann-Stiftung durchgeführten Umfrage.

Internisten IGeLn recht wenig

Unter den IGeLn dominieren die Augeninnendruckmessungen und Ultraschalluntersuchungen (mit jeweils rund 17 Prozent), gefolgt von ergänzenden Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung bei Frauen (14 Prozent) und Laboruntersuchungen (7,3 Prozent). Wobei der Ultraschallkopf weniger

vom Internisten, sondern überwiegend vom Gynäkologen geführt wird. Am häufigsten IGeLn – nach den Zahnärzten – offenbar die Gynäkologen und Augenärzte. Die IGeL-Aktivität der Internisten und Allgemeinärzte fallen – verglichen mit ihrem Anteil an der ambulanten Versorgung – eher gering aus.

Es kommt auch auf Bildung und Einkommen an

Glaubt man den WIdO-Daten, dann sprechen die IGeLn-Kollegen vorzugsweise Patienten mit überdurchschnittlicher Bildung und höherem Einkommen an. In der unteren Einkommensgruppe (unter 2.000 Euro) bekam nur jeder Fünfte (20,8 Prozent) Privatleistungen angeboten, bei denjenigen, die ein Einkommen von über 4.000 Euro haben, berichtete dagegen fast ein Drittel (31,7 Prozent) der befragten Versicherten über entsprechende Erfahrungen in der Arztpraxis. Das Angebot privatärztlicher Leistungen korreliert zudem deutlich mit der Bildung der Befragten: Je höher die Schulbildung der Versicherten, desto größer ist der Anteil derer, denen in der Praxis ein IGeL angeboten wird. Patienten mit höchster ▶

Die häufigsten IGeL

Die AOK-Versicherten wurden auch gefragt: „Welche Leistung war das genau?“ Die Antworten sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst (relative Häufigkeiten bez. auf Nennungen in %).

Augeninnendruckmessung	17,0
Ultraschalluntersuchung	16,8
ergänzende Krebsfrüherkennung bei Frauen	14,1
Blutuntersuchungen/Laborleistungen	7,3
Verordnung Medikamente bzw. Heil- und Hilfsmittel	6,7
keine vertragsärztliche Leistung	6,3
PSA-Wert-Bestimmung	4,6
Knochendichtemessung	4,2
Hautkrebsvorsorge	3,1
Impfungen	1,3
Zusatzdiagnostik in der Mutterschaftsvorsorge	1,0
EKG	0,6
Sonstiges	12,6
weiß nicht/keine Angabe	4,4

Wer IGeLt am meisten?

Die Antworten auf die Frage „Bei welchem Arzt ist die Privatleistung angeboten oder in Rechnung gestellt worden?“ ergab die folgende Rangliste (Angaben in Prozent). Sie ist nicht nach den Anteilen der Arztgruppen an der ambulanten Versorgung gewichtet, sagt also nur eingeschränkt etwas darüber aus, wie stark eine Arztgruppe wirklich IGeLt. Gemessen an ihrem Anteil scheinen die Internisten aber tatsächlich eher zurückhaltend zu IGeLn.

Frauenarzt	35,0%
Augenarzt	18,8%
Praktiker/Allgemeinarzt	15,0%
Orthopäde	7,2%
Internist	6,3%
Urologe	5,3%
Hautarzt	4,7%
Sonstige Fachrichtungen	7,5%
weiß nicht/keine Angabe	0,2%

Fortsetzung von Seite 20

Ausbildungsstufe wurden doppelt so häufig private Zusatzleistungen angeboten wie Patienten mit einfachster Schulbildung.

Es gibt auch geschlechtsspezifische Unterschiede: Den Frauen werden mit 26,6 Prozent öfter IGeL angeboten als den Männern (18,7 Prozent). Das ist aber kein Wunder, wenn man sich vor Augen hält, dass die Gynäkologen am eifrigsten IGeL anbieten. Diese Kollegen werden naturgemäß nur selten von Männern konsultiert.

BW

Quelle: WidO-Monitor 1/04

