

Editorial

Die ersten 100 Tage der neuen schwarzgelben Regierungskoalition sind vorbei – leider hat sie einen klassischen Fehlstart hingelegt. Es zeigt sich, dass der Koalitionsvertrag mit zu heißer Nadel gestrickt und in vielen Bereichen zu ungenau formuliert worden ist. Dies gilt auch für die Gesundheitspolitik.

Hier gibt es gut klingende Absichtserklärungen und Allgemeinplätze wie „Kultur des Vertrauens“, „Stärkung der Selbstverwaltung“, „Bürokratieabbau“ etc. Es fehlen aber konkrete Aussagen. Nur so ist es zu verstehen, dass jeder der Koalitionspartner darunter etwas anderes meinen kann.

Im BMG hat es lange gedauert, bis die neue Mannschaft komplettiert wurde. Von der Regierungskommission weiß man nur, dass sie im März ihre Arbeit beginnen wird. Zusammensetzung oder gar eine endgültige Namensliste sind nicht bekannt. Thematisch soll sie sich mit der künftigen Finanzierung des GKV-Systems beschäftigen; dringend notwendige Gesetzesänderungen zur Lösung struktureller Probleme, die sich aus dem vorhersehbaren Ärztemangel im ambulanten und stationären Bereich ergeben, werden auf später verschoben.

Schon längst hätten Probleme wie z.B. die Novellierung der GOÄ auf der Basis des BÄK-Modells, Änderungen der §§ 73b und 116 SGB V, Änderun-

gen der MVZ-Eigentümerstruktur, Reorganisation des IQWiG, Abschaffung der Praxisgebühr, Beginn einer Versorgungsforschung etc. angepackt werden können.

Nichtstun und das Schieben auf die Zeit nach der Landtagswahl in Nordrhein-Westfalen ist aber kein Ersatz für Gestaltung in der Politik. Im Gegenteil! Nicht nur Bürger, Versicherte und Patienten, auch wir Ärzte als wesentliche Leistungsträger in unserem Gesundheitssystem erwarten Antworten für die drängenden Probleme in der GKV.

Der Sympathieträger Dr. Rösler und seine Mannschaft haben das Spielfeld mit einem Vertrauensvorschuss betreten. Sie dürfen aber den Anpfiff



Präsident
Dr. med. Wolfgang Wesiack,
Hamburg

nicht verschlafen und müssen zeigen, was sie können.

Ihr

Dr. med. Wolfgang Wesiack
Präsident

Gesundheitsreform (Fortsetzung von Seite 1)

Erwartungen an die Gesundheitspolitik 2010

Ebenfalls nur punktuell-beispielhaft seien im Hinblick auf die Wettbewerbshindernisse die Willkür der Mindestmengenregelungen, die Abschaffung der Beitragsautonomie für die gesetzlichen Krankenkassen im Zuge der Einführung des Gesundheitsfonds oder die Schaffung neuer Monopole im Zusammenhang mit Verträgen über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V in Erinnerung gebracht. In der Versorgungsrealität hat dieses Wettbewerbs-Potpouri aus Hü und Hott beträchtliche ökonomische Fehlanreize entfaltet: Konzentrationsprozesse mit Fokus auf wirtschaftliche attraktive Risiken und in wirtschaftlich attraktiven Ballungsgebieten wurden hierdurch gefördert, Versorgungsengpässe in der Fläche verschärft.

Um diesen strukturellen Fehlentwicklungen entgegenzusteuern, werden punktuelle Kurskorrekturen, wie zum Beispiel bei der derzeitigen Fassung des § 116b SGB V, die Krankenhäuser und niedergelassene Fachärzte gegeneinander aufhetzt, nicht ausreichend sein. Bereits im Jahr 2001 hat der Deutsche Ärztetag die Frage nach einer Wettbewerbsordnung für ein stärker marktorientiertes Gesundheitswesen gestellt. Mit dem Vorschlag im Koalitionsvertrag, dass das allgemeine Wettbewerbsrecht auch im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung Anwendung finden muss, ist diese Frage noch nicht beantwortet. Was wir bäuchten, ist so etwas wie der Entwurf einer „sozialen Gesundheitswirtschaft“, der das übergeordnete Ziel der Daseinsvorsorge für die Bevölkerung nicht aus den Augen verliert und einen ordnungspolitischen Rahmen, d. h. das Zusammenspiel von

Staat, Markt und Selbstverwaltung, aber auch das Zusammenwirken von Bundes- und Landesebene neu auslotet. Die Ankündigungen im Koalitionsvertrag, die Selbstverwaltung modernisieren und stärkere fachliche Einwirkungsmöglichkeiten durch die Länder prüfen zu wollen, sind da noch sehr interpretationsfähig. Die Ärzteschaft erwartet wieder mehr echte Gestaltungsmöglichkeiten für die Selbstverwaltung und einen Rückbau der Überbürokratisierung durch eine deutliche Entschlackung des SGB V. Die Ärzteschaft erwartet außerdem die Schaffung sektorenübergreifend ausgewogener Rahmenbedingungen, die den niedergelassenen Ärzten – im Sinne der im Koalitionsvertrag angekündigten Stärkung freiberuflicher Strukturen – faire Marktchancen gegenüber kapitalgesellschaftsbasierten Unternehmen im Gesundheitswesen einräumt. Die demographischen und ökonomischen Herausforderungen, vor denen die medizinische Versorgung steht, werden sich nur durch mehr transsektorale Kooperation in Gestalt einer lokalen oder regionalen patientenzentrierten Vernetzung der niedergelassenen Haus- und Fachärzte, Krankenhäuser und der anderen Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen meistern lassen. Durch eine bessere Vernetzung dürften mehr Effizienz- und Wirtschaftlichkeitspotentiale zu mobilisieren sein, als dies zurzeit für datengetriggerte Pay-for-Performance-Konzepte oder von Krankenkassengesteuerten Managed-Care-Modellen prognostiziert wird.

Pünktlich zur Amtseinführung des neuen, liberalen und deshalb vermeintlich a priori den Kräften des frei-

en Marktes wohlwollend zugewandten Gesundheitsministers wurden die Hoffnungen der Gesundheitsbranche von großen Finanz- und Unternehmensberatern auf das Expansionspotenzial im zweiten Gesundheitsmarkt gelenkt – verkennend, dass es vielleicht einem Tankstellenbesitzer egal sein mag, ob er mehr Gewinne aus dem Verkauf von Bierdosen und Zigaretten als aus dem Verkauf von Benzin erzielt. Die Ärztinnen und Ärzte aber, vor allen Dingen auch die nachwachsende Ärztesgeneration, verbinden mit der Wahl des Arztberufs die Erwar-

tung, ihr Einkommen primär aus der Erbringung ihrer Kernleistungen, d. h. durch medizinisch notwendige Diagnostik und Therapie generieren zu können, anstatt durch Wellness- oder Beauty-Medizin. Ein stabiler erster Gesundheitsmarkt, der die medizinisch notwendige Versorgung abdeckt, ist und bleibt die wichtigste Säule und der treibende Motor für die Innovations- und Wirtschaftskraft in einem sozial ausgeglichenen Gesundheitssektor. Aus diesem Grund und nicht nur, weil dies vielleicht die Sollbruchstelle der neuen Regierungskoalition sein

könnte, stellt die Entwicklung eines nachhaltigen, generationengerechten Finanzierungsmodells für den Krankenversicherungsschutz die größte Herausforderung der nächsten Gesundheitsreform dar, speziell für einen liberalen Gesundheitsminister.

Dr. Regina Klakow-Franck,
stellv. Hauptgeschäftsführerin
Bundesärztekammer

Dieser Artikel ist erstmals in der Publikation „Der Gelbe Dienst“ erschienen (Ausgabe 1/2010).

Sawicki und das IQWiG (Fortsetzung von Seite 1)

Ein Bauernopfer?

● **Versorgungsrealität zu wenig berücksichtigt**
Hinzu kam, dass der derzeitige Katalog medizinischer Leistungen einer Überprüfung nach den hochgesteckten Vorgaben des IQWiG nicht standgehalten hätte. Zahlreiche Leistungen wären so unter die Räder gekommen, wenn man sie nach den gleichen Regeln überprüft hätte, wie man dies für neue Leistungen vom IQWiG eingefordert hat. Dies hat zu einer generellen Verunsicherung im Medizinbetrieb geführt. Sawicki hat bei seiner Argumentation die Versorgungsrealität zu wenig berücksichtigt. Dies ist der eigentliche Grund für sein Scheitern. Eine Synthese zwischen dieser Versorgungsrealität und dem Anspruch evidenzbasierter Medizin zu finden, wird die Aufgabe seines Nachfolgers sein, wahrlich kein leichter Job.

● **Doppelgleisigkeit bei Entscheidungsprozessen**
Die Personalie Sawicki sollte aber

Anlass sein, über das IQWiG grundsätzlich neu nachzudenken. Dabei geht es vor allem um das Verhältnis des Institutes zum Gemeinsamen Bundesausschuss, dem eigentlichen Entscheidungsgremium über den Leistungskatalog. Die Abläufe bei der Bewertung neuer Leistungen haben in der Öffentlichkeit den Eindruck erweckt, dass das IQWiG entscheidet und nicht der zuständige Gemeinsame Bundesausschuss.

An diesem Fehler sind die politischen Vorgaben für die Gremienarbeit nicht unschuldig. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in der Vergangenheit das IQWiG mit der Begutachtung zahlreicher Fragen beauftragt und beauftragen müssen und konnte formal danach zwar frei entscheiden – zumindest nach der Rechtslage. Die gesetzlichen Vorgaben haben dem Institut aber erlaubt, ohne Abstimmung mit dem Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss seine Bewertung schon vorab öffentlich zu

machen. Damit wurde es dem Gemeinsamen Bundesausschuss sehr schwer, wenn nicht sogar unmöglich gemacht, eine andere Meinung als das IQWiG zu vertreten. Hier sollte man zu der üblichen Praxis bei Auftragsgutachten zurückkehren. Gutachten dürfen landläufig nur nach Absprache mit dem Auftraggeber, in diesem Fall dem Gemeinsamen Bundesausschuss, veröffentlicht werden. So gehört es sich in diesem Geschäft. Hinzu kam, dass die Doppelgleisigkeit der Entscheidungsprozesse bei IQWiG und dem Gemeinsamen Bundesausschuss zu einer teils grotesken Verzögerung der Entscheidungsabläufe geführt hat, die man Patienten und Ärzten in Deutschland nicht mehr zumuten kann. Eine deutlich höhere Flexibilität und Entrümpelung der bürokratischen Vorgaben musste deshalb von den politisch Verantwortlichen eingefordert werden. Das Problem IQWiG aber löst sich durch den Personalwechsel an der Spitze nicht.

Rationierung im Gesundheitswesen (Fortsetzung von Seite 1)

Eine dringliche gesellschaftspolitische Diskussion

Jeder Krebskranke in Deutschland geht davon aus, dass er optimal in unserem System behandelt wird und deshalb auch von Innovationen des Arzneimittelmarktes profitiert. Jeder onkologisch tätige Arzt weiß, dass darüber hinaus vom Patienten umso mehr auch medizinisch nicht abgesicherte Therapien eingefordert werden, je bedrohlicher sich die Tumorerkrankung entwickelt. In dieser Situation sind sogar die Krankenkassen bereit, auch nicht gesicherte Behandlungen finanziell zu übernehmen.

● **Was will die Solidargemeinschaft in Zukunft finanzieren?**

Dennoch hat Prof. Hoppe mit seiner Feststellung recht, dass auch besonders teure Standardbehandlungen oft nicht mehr zur Verfügung stehen, reicht doch der finanzielle Rahmen bei der ambulanten und stationären Versorgung nicht mehr aus.

Die Pharmaindustrie bietet zudem in so schneller Folge Innovationen an, dass die medizinischen Leitlinien nicht mehr zeitgerecht angepasst werden können. Patienten werden oft nur noch mit den neuen Präparaten behandelt, wenn Sie sich an Arzneimittelstudien beteiligen. Die Onkologie eignet sich somit für die Diskussion über die Rationierung besonders, wird doch sichtbar, dass neben dem Finanzierungsproblem auch ordnungspolitischer Handlungsbedarf besteht.

Die Gretchen-Frage lautet: Was kann und will die Solidargemeinschaft der Versicherten in Zukunft noch finanzieren?

Rationierung findet aber nicht nur in der Onkologie sondern inzwischen auch in der übrigen Versorgung statt. Sie wird statistisch nicht erfasst, da sie heimlich zwischen Arzt und Patient umgesetzt wird. Ärzte und Krankenhäuser müssen im Einzelfall immer mehr ökonomi-

sche Zwänge mit medizinischen Argumenten gegenüber dem Patienten kaschieren.

Rationierung sollte zu allererst aus der Sicht des Patienten und dessen Versorgungsanspruch gesehen werden. Jede Reduktion von Leistungen – ob medizinisch gerechtfertigt oder nicht – empfindet der Versicherte nämlich als Rationierung.

● **Beispiele zur Rationierung**

Dazu zwei Beispiele. Das erste Beispiel: Die finanziellen Vorgaben bei der Arzneimitteltherapie führen zu grotesken Verwerfungen. Chronisch Kranke mit einem oft endlos langen Therapieplan erhalten immer neue Medikamente – meist mit den gleichen Inhaltsstoffen aber mit neuen Namen und Verpackungen – und das je nach Rabattverträgen der jeweiligen Krankenkassen in immer kürzeren Zeitabständen. Besonders ältere Menschen kommen damit immer weniger zurecht. Sie werden miss-



Foto: Bundesärztekammer

Auf dem 112. Deutschen Ärztetag in Mainz stieß BÄK-Präsident Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe das Thema Rationierung im Gesundheitswesen an. „Manchmal schmerzt die Wahrheit, aber manchmal muss man auch den Mut haben, sie trotzdem auszusprechen“, meinte Hoppe.

trausch, ob sie noch die „richtigen“ Medikamente erhalten und hinterfragen den sich ständig ändernden Therapieplan. Manche setzen wichtige Behandlungen einfach ab. Die Compliance bei der medikamentösen Versorgung bleibt auf der Strecke. Viel, ja zu viel Zeit wird im Arzt-Patienten-Gespräch vergeudet, nur um die wirtschaftliche Verordnungsweise gegenüber dem Patienten zu erläutern.

Wir müssen zur Kenntnis nehmen, dass aus der Sicht des Patienten dies eine der Formen von Rationierung ist, die nicht nur Tumorkranken in Deutschland betrifft.

Das zweite Beispiel: In Deutschland wird der Arzt deutlich häufiger aufgesucht als in anderen Ländern. Dies ist nicht nur Verschwendung, sondern auch Versorgungsqualität aus der Sicht des Patienten, der über den ärztlichen Kontakt Behandlungssicherheit sucht.

Werden diese Kontakte reduziert, ist dies ebenfalls Rationierung. Die finanziellen Vorgaben beim Arzthonorar gehen heute im Zeitalter der Pauschalierung meist nur noch von einem Arzt-Patienten-Kontakt pro Quartal aus. Wie soll der Arzt dies umsetzen? Soll und darf er den Patienten an der Praxistür nach Hause schicken? Jeder weiß, dass dies weder aus der Sicht des Patienten noch der des Arztes umsetzbar ist. Also werden Sprechzeiten gekürzt und Termine ins nächste Quartal verschoben. Wie viele Patienten dadurch Schaden genommen haben, wird statistisch bei dieser Form der Rationierung nicht erfasst.

Kommt es zu Versorgungsdefiziten sind natürlich nicht die Kostenträger oder die politisch Verantwortlichen gefragt, der Arzt bekommt die gesamte Verantwortung für die Defizite aufgebürdet.

Dies sind zwei Beispiele von Rationierung aus Patientensicht, jeder kann aufgrund täglicher Erfahrung die Liste noch verlängern.

● **Die Folgen trägt der Arzt!**

Wie reagieren die Kostenträger und die politisch Verantwortlichen auf solche Vorwürfe? Schon seit Jahren werden tatsächliche und vermeintliche Rationalisierungsreserven im Gesundheitswesen als Lösungsansatz bemüht. Diese müssten nur gehoben

werden, bevor man eine Debatte anstößt, wie dies Prof. Hoppe getan hat, so die Krankenkassen. Folgt man der Argumentation der Kostenträger, so könnte man glauben, dass sie bereit sind, Rationalisierungsgewinne weiter im System also bei den Leistungserbringern zu belassen. Die Erfahrung der Vergangenheit hat aber gelehrt, dass diese Gewinne von den Kassen zur Beitragsstabilisierung abgeschöpft werden, sodass eine Querfinanzierung neuer Leistungen nicht ernsthaft stattgefunden hat. Wollen die Krankenkassen glaubwürdig sein, so müssen sie ihre Strategie ändern. Dieses Vorgehen würde für den Patienten aber Verzicht auf Leistung bedeuten, die gerade der deutsche Patient an seinem Gesundheitswesen schätzt. In der Tat: Die finanziellen Ressourcen sind nicht unendlich, damit lassen sich medizinische Leistungen und der dazu gehörende Fortschritt auf Dauer nicht mehr abbilden. Diese einfache Wahrheit wird in unserem Gesundheitswesen wie ein Tabu gehandelt. Zurzeit zwingt man den Arzt, die Folgen beim Patienten allein umzusetzen, die Kostenträger und die politisch Verantwortlichen – meist handelt es sich dabei um Ökonomen und Juristen – halten sich vornehm im Hintergrund. Sie fürchten den Zorn ihrer Versicherten und des Bürgers, der das jahrelange Versprechen einer „Vollversorgung“ vom System einfordert.

● **Den Bürgern reinen Wein einschenken!**

Es ist Zeit, dass sich auch die politisch und finanziell Verantwortlichen zu ihrer Verantwortung im Gesundheitswesen bekennen und dem Bürger endlich reinen Wein einschenken. Sie müssen in Zukunft bereit sein, eine medizinische Basisversorgung zu definieren, die sich die Bevölkerung und der Deutsche Staat mit seinen Ressourcen noch leisten können.

Die Ärzte sind bereit, bei dieser Diskussion ihren Sachverstand einzubringen, aber sie werden in Zukunft dafür nicht mehr alleine die Verantwortung tragen wollen und können. Insofern kann man Prof. Hoppe nur ermuntern, die Diskussion über eine Rationierung im Gesundheitswesen weiter voran zu treiben.

Einladung

zur Ordentlichen Mitgliederversammlung
des Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V.

am Sonntag, 11. April 2010, 13:30 Uhr
Rhein-Main-Hallen, Wiesbaden, Saal 2c

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

Tagesordnung:

1. Verleihung der Günther-Budelmann-Medaille und der Ehrenmitgliedschaft
2. Bericht des Präsidenten zur aktuellen berufspolitischen Situation
3. Berichte des Geschäftsführers (Geschäftsbericht) und des Schatzmeisters (Kassenbericht) zum Geschäftsjahr 2009
4. Beschlussfassung über die Entlastung von Präsidium, Vorstand und Geschäftsführung
5. Satzungsänderung
6. Ergänzung Entschädigungsordnung des Berufsverbandes Deutscher Internisten
7. Verschiedenes

W. Wesiack

Dr. med. Wolfgang Wesiack, Präsident



Kooperation zwischen Ärzten und Krankenhäusern

Die neue Welt der Konsiliarärzte und Honorarärzte

Unter dem Begriff „Honorararzt“ verbirgt sich Vielfältiges. Oft werden Ärzte in einfachen Vertretungsverträgen so genannt, meist werden – sogar auf Vorschlag der Deutschen Krankenhausgesellschaft – Ärzte in Konsiliarverhältnissen als „Honorarärzte“ bezeichnet. Aber was unterscheidet Konsiliarärzte von Honorarärzten – und was sind „unechte Konsiliarverhältnisse“? Und wie sollen Belegärzte mit den neuen Vertragsverhältnissen umgehen?

Nach Inkrafttreten der Änderung des § 121 SGB V durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz im März 2009 sollten die Begriffsbestimmungen **Belegarzt**, **Honorararzt** und **Konsiliararzt** streng auseinander gehalten werden.

● Drei Begriffe, drei Bedeutungen

Ein **Belegarzt** ist ein nicht im Krankenhaus angestellter, zugelassener Vertragsarzt, der die stationären ärztlichen Leistungen aufgrund einer Belegarztzulassung mit der Kassenzulassung vereinigt abrechnet. Das Krankenhaus rechnet die B-DRG ab.

Durch die Änderung des § 121 SGB V (neu: Abs. 5) können Krankenhäuser mit Belegbetten zur Vergütung der belegärztlichen Leistungen mit Belegärzten Honorarverträge schließen. Das heißt, die stationären belegärztlichen Leistungen werden nicht mehr mit der Kassenzulassung vereinigt abgerechnet, sondern durch das Krankenhaus mit den Krankenkassen direkt, und der **Honorararzt** wird im Innenverhältnis vergütet. Einhergehend mit der Änderung des § 121 SGB V durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz wurde auch § 18 Krankenhausentgeltgesetz dahingehend geändert, dass bei Abschluss eines Honorar-

arztvertrages die Krankenhäuser gegenüber den Krankenkassen nur 80 % der A-DRG gegenüber den Krankenkassen abrechnen dürfen. Die Begründung des Gesetzgebers für diesen Abschlag war die angeblich günstigere Kostenstruktur in B-Häusern und die weniger schweren Krankheitsfälle.

Diese Begründung stimmt genauso wenig wie die Kalkulation: In vielen Fällen erreichen 80 % der Hauptabteilungs-DRG nicht mal die B-DRG; obgleich dann aus den 80 % noch die ärztlichen Leistungen vergütet werden müssen! Diese Regelung ist immer noch in der Diskussion – solange die Begrenzung auf 80 % gesetzlich nicht korrigiert wird, ist diese Regelung für die Häuser finanziell uninteressant.

Der Begriff Honorararzt ist also nunmehr gesetzlich definiert, das heißt, es handelt sich um einen Belegarzt auf einer B-Abteilung, für dessen Leistungserbringung das Haus die oben genannte Möglichkeit der Direktabrechnung mit den Krankenkassen in Höhe von derzeit 80 % der A-DRG gewählt hat.

Der **Konsiliararzt** ist ein ebenfalls nicht am Krankenhaus angestellter externer Arzt (unerheblich ist, ob es sich um einen zugelassenen Vertragsarzt, einen reinen Privatarzt oder

einen angestellten Arzt im MVZ handelt), der auf der Grundlage von § 2 Abs. 2 Nr. 2 Krankenhausentgeltgesetz Leistungen, die das Krankenhaus auf seinen A-Abteilungen mittels eigener sachlicher oder personeller Mittel nicht zu erbringen vermag, anbietet. Konsiliarärztliche Leistungen können – entgegen ihrem strengen Wortlaut – auch die Untersuchung und die Mitbehandlung von Patienten umfassen. Dies gilt in der Regel für Diagnostik und Therapie von Erkrankungen, die in ärztliche Fachgebiete fallen, die im Krankenhaus selbst nicht vertreten sind oder für besondere Subspezialitäten. Dies trifft beispielsweise dann zu, wenn zwar eine chirurgische Hauptabteilung vorhanden ist, handchirurgische Leistungen jedoch durch einen Konsiliararzt erbracht werden.

● Unechte Konsiliarverhältnisse

Ergänzend dazu hat sich der sogenannte unechte Konsiliararzt eingebürgert, der die am Haus vorhandenen und in den Hauptabteilungen angebotenen Leistungen rein quantitativ ergänzt. Diese Situation besteht beispielsweise, wenn ein niedergelassener Orthopäde ohne Subspezialisierung in einer orthopädischen Hauptabteilung eingesetzt wird.

Diese sogenannten unechten Konsiliarverhältnisse sind insbesondere durch das Urteil des Sächsischen Landessozialgerichts vom 30. April 2008 (Aktenzeichen: L 1 KR 103/07) unter Beschuss geraten, weil das Landessozialgericht Sachsen ganz klar festgestellt hat, dass Hauptleistungen des Krankenhauses nur durch angestellte Ärzte erbracht werden dürfen. Die Entscheidung erging im Bereich des ambulanten Operierens, muss wohl aber – erst recht – auf Hauptabteilungen im stationären Bereich übertragen werden. Zwischenzeitlich hat sich die Besonderheit ergeben, dass kurz vor der Entscheidung des Bundessozialgerichts über die Revision in diesem Verfahren die Klage zurückgenommen wurde, sodass das Urteil des Landessozialgerichts Sachsen rechtlich nicht mehr in der Welt ist. Die Rechtsmeinung als solche steht aber weiter im Raum; sie war und ist nach wie vor sehr umstritten. Gewichtige Stimmen, wie insbesondere die Kassenzulassung der Bundesvereinigung oder die Deutsche Krankenhausgesellschaft, halten auch unechte Konsiliararztverhältnisse für zulässig; die Krankenkassen berufen sich aber auf die Rechtsmeinung des LSG Sachsen und verweigern häufig die Zahlung der A-DRG an die Krankenhäuser, die Leistungen durch sogenannte unechte Konsiliarärzte erbracht haben.

● Teilanstellung als rechtssichere Alternative

Soweit sich Krankenhäuser darauf einließen, könnte man im Interesse der Konsiliarärzte diesem Risiko damit begegnen, dass im Vertrag die Verpflichtung der Krankenhäuser aufgenommen wird, die konsiliarärztliche Vergütung zu zahlen, unabhängig von der Tatsache, ob die entsprechende DRG vergütet wird. Damit ist die Gefahr jedoch nicht gebannt! Da in unserem Land von den Strafgerichten (formeller) Abrechnungsbetrug auch dann angenommen wird, wenn die Leistung – zwar sachlich ordnungsgemäß – aber in der Kenntnis erbracht wird, dass kein Abrechnungsanspruch im System der GKV besteht, sind staatsanwaltschaftliche Ermittlungsverfahren bei diesen Fallkonstellationen nicht auszuschließen. Bis zur höchstgerichtlichen Klärung – es sind wieder vergleichbare Fälle vor der Sozialgerichtsbarkeit anhängig – können daher „unechte Konsiliarverhältnisse“ nicht angeraten werden. Als rechtssichere Alternative für den Abschluss von unechten Konsiliararztverhältnissen kommt nach wie vor die Teilanstellung z. B. des niedergelassenen Orthopäden ohne Subspezialisierung auf der orthopädischen Hauptabteilung in einem Umfang von bis zu 13 Stunden (bzw. 26 Stunden bei hälftigem Versorgungsauftrag) in Betracht.

● Umwandlung von Beleghäusern in A-Häuser?

Um der 80 %-Prozent-Folge zu entgehen, werden nunmehr von einigen

Beleghäusern Überlegungen dahingehend angestellt, sich in ein A-Haus umzuwandeln – die Begrenzung auf 80 % der Hauptabteilungs-DRG gilt ja nur in Beleghäusern bzw. Belegabteilungen. A-Häuser rechnen selbstverständlich 100 % der Hauptabteilungs-DRG ab.

Was aber sind die Mindestvoraussetzungen für eine A-Abteilung? Reicht es für die Führung einer A-Abteilung aus, diese ausschließlich mit den früheren Belegärzten als Konsiliarärzte (nicht Honorarärzte, diese sind ja nur auf einer B-Abteilung möglich!) zu führen?

Hier ist aus Kreisen der für die stationäre Versorgung zuständige „Aufsichtsbeamte“ der Länder zu hören, dass Bestrebungen im Gange seien, diese Frage durch eine gesetzliche Neuregelung zu Beginn des Jahres 2011 zu klären. Die Überlegungen gingen dahin, als notwendige Voraussetzung für eine A-Abteilung einen angestellten Arzt vorzusehen. Die Frage, ob dies ein Vollzeitangestellter sein müsse ist – wie so vieles mehr – noch offen.

● Konsiliarärztliche Vergütung kann pauschaliert vereinbart werden

Eine erfreuliche Entwicklung darf jedoch zum Schluss in diesem Zusammenhang noch berichtet werden: Die Vergütung des Konsiliararztes durch das Krankenhaus konnte bislang nur auf der Grundlage der GOÄ rechtssicher vereinbart werden – obgleich sich häufig pauschalierte Vergütungen eingebürgert hatten. Komplizierte Umrechnungen, um über einen bestimmten Faktor aus der GOÄ-Vergütung auf den ärztlichen Teil der DRG zu gelangen, können aber zukünftig entfallen: Nach einem jüngsten Urteil des Bundesgerichtshof vom 12. November 2009 (Az: III ZR 110) findet die GOÄ im Verhältnis zwischen Konsiliararzt und Krankenhaus keine zwingende Anwendung, sodass nunmehr höchststrichterlich klargestellt wurde, dass konsiliarärztliche Vergütungen pauschaliert vereinbart werden können, das heißt z. B. auch auf der Basis des ärztlichen Anteils der DRG. Was landauf, landab gelebt wird, steht nicht immer auf rechtssicheren Füßen. Die Rechtsprechung hinkt häufig den Zielvorstellungen des Gesetzgebers zur besseren Verzahnung ambulant/stationär hinterher, was leider durch unklare oder lückenhafte gesetzliche Formulierungen noch verschärft wird. Bleibt zu hoffen, dass der Gesetzgeber hier Klarheit schafft und/oder die Rechtsprechung die vorhandenen Regelungen so interpretiert, dass sinnvolle Kooperationsstrukturen erhalten und ermöglicht werden.

Dr. iur. Karin Hahne
Fachanwältin für Medizinrecht,
Frankfurt am Main

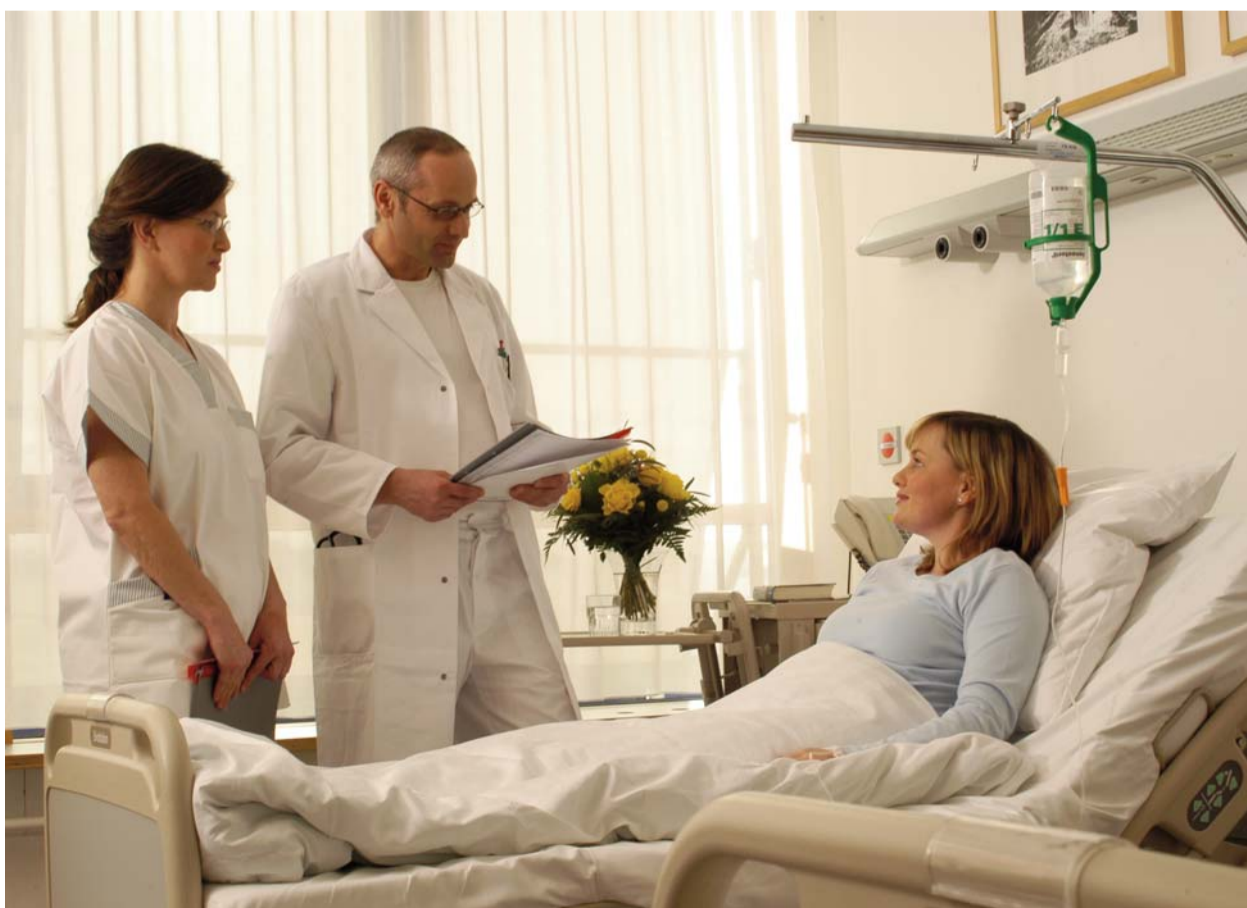


Foto: Thieme Verlagsgruppe

Sind „unechte“ Konsiliarverhältnisse zulässig? Als rechtssichere Alternative kommt nach wie vor eine Teilanstellung in Frage.

Regelversorgung für die GKV

Eine Herkulesaufgabe?

Schon Ende 2008 hatte Jannsen Cilag mit Prof. Dr. Jürgen Wasem drei Szenarien für eine zukünftige Gesundheitsversorgung ausgearbeitet. Nun stellt sich in der Diskussion dieser Szenarien heraus, dass es auf die Dauer notwendig sein wird, das Missverhältnis von Finanzierung und Leistungsinhalt aufzulösen.

Dabei wird in irgendeiner Form immer die Definition einer Regelversorgung erforderlich sein, will man nicht die soziale Komponente einer gesetzlichen Krankenversicherung in Frage stellen. Zur Rechtsicherheit gehört eine klare Vorgabe, was in der gesetzlichen Krankenversicherung abgebildet wird. So einfach die Forderung nach einer Regelversorgung klingt, umso schwieriger ist ihre Umsetzung. Es müssen medizinische und ökonomische aber auch gesellschaftspolitische Aspekte berücksichtigt werden. Hinzu kommt ein sehr hoher Anpassungsbedarf, weil sich neben den medizinischen Vorgaben auch die Morbidität der Bevölkerung permanent ändert. Der einfache Vorschlag, den derzeitigen Leistungskatalog festzuschreiben, wird dem Problem nicht gerecht: Eine unter Umständen relevante Innovation für die Versorgung der Bevölkerung kann man im Interesse der Menschen nicht einfach außen vor lassen. Auch aufwendige Behandlungsverfahren lebensbedrohlicher Erkrankungen wird man nicht einfach streichen können, nur weil sie teuer sind. Genauso wenig darf eine angemessene Lebensqualität außer acht bleiben. Man wird die Behandlung mit einer Totalendoprothese eines arthrotischen Gelenkes nicht streichen können, etwa mit der Anmerkung, ein Krückstock sei billiger.

● **Ansätze für eine Leistungseinschränkung**

- Es gibt genügend Ansätze für eine Leistungseinschränkung, die man vorher ausdiskutieren muss:
- Gehört die Prävention in die GKV oder kann man diese Aufgabe der Eigeninitiative des Bürgers überlassen?
 - Ist der Zahnersatz Bestandteil der Versorgung, wo doch in anderen zivilisierten Ländern dies nicht unter den üblichen Versicherungsschutz fällt?
 - Gehören banale Erkältungskrankheiten zur Regelversorgung? Die finanziellen Belastungen durch solche Krankheiten sind für den einzelnen überschaubar und könnten deshalb ebenfalls zur Diskussion gestellt werden.
 - Wie viel versicherungsfremde Leistungen will die GKV in Zukunft finanzieren, die entweder vom Einzelnen oder vom Staat übernommen werden müssen?
 - Müssen all diese Kosten für die stationären Rehabilitationsmaßnahmen Gegenstand der Sozialversicherung sein?
 - Was gehört zum normalen Krankheitsrisiko? Was muss ggf. der Bürger aus der eigenen Tasche gesondert versichern?

Dies sind nur einzelne wertfrei vorgetragene Fragen, die sich bei der Aufgabe der Definition einer Regelversorgung stellen.

● **Wer definiert die Regelversorgung?**

Damit ist das Problem aber noch lange nicht gelöst. Die Frage ist offen, wer die Regelversorgung definiert und wer die Überarbeitung des Leistungskataloges vornimmt. Hier kommt der Gemeinsame Bundesausschuss als Regulierungsinstrument in die Diskussion. Dabei sind Zweifel angebracht, ob er mit seiner derzeitigen Arbeitsweise dieser Aufgabe gerecht werden kann. Er ist zurzeit ein Instrument, das neue Leistungen eher ausbremst und sich dabei weniger medizinischer Argumente bedient. Umso mehr wird seine Ent-

scheidungspraxis formalistisch und juristisch via Verfahrensordnung geprägt – mit einem unangemessen hohen bürokratischen Aufwand, der zu sehr langen Entscheidungsprozessen führt, die der medizinischen Versorgung nicht mehr gerecht werden. Flexibilität sieht anders aus. Kein Wunder, dass in der Öffentlichkeit der Eindruck entsteht, dass ökonomische und nicht medizinische Zwänge die Entscheidungen des G-BA bestimmen. Für die Regelversorgung benötigt man ein Gremium, das schneller und flexibler entscheiden kann. Auch sollten durchaus neben Kostenträgern und

Körperschaften wie z. B. die KVen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft auch so genannte politisch relevante Gruppen mit einbezogen werden. Dieser Gedanke sollte geprüft werden, wird der Leistungskatalog doch zur zentralen gesundheitspolitischen Frage. Gesundheitspolitik ist auch Gesellschaftspolitik. Man sieht, dass bei wertfreier Betrachtung die Definition einer Regelversorgung schon zu einer Herkulesaufgabe wird – die aber bei einem guten Willen aller Beteiligten gelöst werden könnte.

HFS

Anzeige 224 x 297

Die Gesundheitswirtschaft (Fortsetzung von Seite 1)

Ein Fels in der Brandung der Finanzkrise

Damit ist die Gesundheitswirtschaft einer der Wachstumsmotoren der deutschen Volkswirtschaft. Die in diesem Bereich geschaffenen Arbeitsplätze gilt es dauerhaft zu sichern. Wie die nachfolgenden Zahlen darstellen, wird auch in der Krise im Gesundheitsmarkt investiert.

● Klinikketten führen TOP-100-Unternehmen an

Das Gesundheitswesen selbst ist sowohl als Voraussetzung der Produktivität, als auch als Wachstumsmarkt für Kapital, Arbeit, Produkte und Dienstleistungen zu einer bedeutenden ökonomischen Triebkraft geworden, die auf neue Weise in die volkswirtschaftliche Gesamtrechnung eingeht und als Teil der aktiven Wirtschafts- und Beschäftigungspolitik gefasst werden muss. Die TOP-100-Unternehmen der Gesundheitsbranche stellten im Jahr 2008 ca. 606.000 Arbeitsplätze in Vollstellen. Zum Vergleich mit 2007 ergibt sich hieraus eine Steigerung um 0,2%.

Die Rangliste wird von Fresenius SE mit geschätzten 29.990 Vollzeitleisten in Deutschland angeführt. Auf den folgenden Platzierungen finden sich die Rhön-Klinikum AG (ca. 27.108 Vollzeitleisten) und die Asklepios Klinik GmbH mit ca. 25.700 Vollzeitleisten. Aufgrund der Tatsache, dass Medizin und Pflege im

Krankenhaus weiterhin sehr personalintensiv sind, ist zu erklären, dass die großen Klinikketten als größte Arbeitgeber in diesem Segment in Erscheinung treten. Den Spitzenplatz erhält Fresenius vor allem aufgrund der Helios Kliniken, die zum Konzern gehören.

Die Krankenkassen wachsen vor allem durch Fusionen und Integration. Beispielsweise baute die AOK Plus, zu der die Ortskrankenkassen in Sachsen und Thüringen im Jahr 2008 fusionierten, die Zahl ihrer Vollzeitstellen um 566 auf 6.530 aus. Die Kaufmännische Krankenkasse erhöhte die Zahl ihrer Vollzeitstellen um 329 auf nunmehr 3.626. Nach dem Zusammenschluss der BKK Allianz im April 2009 firmiert diese Kasse heute unter dem Namen KKH – Allianz. Ebenfalls zusammengeschlossen haben sich zum 1. Januar 2009 die Techniker Krankenkasse und die IKK direkt sowie zum Januar 2010 die Barmer Ersatzkasse und die GEK.

● Sorgenkind Pharmaindustrie

Grund zur Besorgnis gibt der Bereich der Pharmabranche in Deutschland. 2008 gab es über 7% weniger Vollzeitstellen als in 2007 – ein Indiz dafür, dass sich die Pharmaindustrie weiter aus Deutschland zurückzieht. Beispielsweise reduzierte Pfizer seine Stellenzahl im Jahr 2008 um ca. 830



Wie ein Fels in der Brandung: Von den dramatischen Einbrüchen in der Realwirtschaft durch die Finanzkrise zeigt sich die Gesundheitswirtschaft nahezu unbeeindruckt.

Vollzeitstellen auf nunmehr 3.320. Bayer Schering reduzierte die Zahl der Vollzeitstellen um 3.370 auf 8.907. Obwohl es in 2008 keine Privatisierungswelle gab, ist im Klinikmarkt offenkundig viel Bewegung. Vor allem Universitätskliniken sind unter den Top 100 der deutschen Gesundheitswirtschaft in großer Zahl vertreten.

● **Politik räumt Gesundheitswirtschaft hohen Stellenwert ein**
Die Regierungskoalition CDU/CSU und FDP räumen jedenfalls der Gesundheitswirtschaft einen hohen Stellenwert ein. Beispielsweise wird sie im Koalitionsvertrag als Zukunftsbranche dargestellt, als Wirtschaftsbereich mit der höchsten Innovationsrate. Die Schwarz-Gelbe-Regierung spricht auch von der großen oft unterschätzten Bedeutung der

Gesundheitswirtschaft für die Volkswirtschaft.

Dipl.-Betw. Tilo Radau

Literatur:
Klaus-Peter Müller von der Grün, „Die Gesundheitswirtschaft als Hort der Stabilität“ aus „Die Gesundheitswirtschaft“, 3. Jahrgang 6/09

4. Internistischer Fortbildungstag Niedersachsen

Fortbildung mit Herz

Inzwischen ist es Tradition dass am dritten Januarsamstag der Internistische Fortbildungstag Niedersachsen stattfindet. So fanden sich am am 16. Januar zahlreiche Interessierte zum 4. Internistischen Fortbildungstag Niedersachsen in Hannover ein. Grußworte von den Ehrengästen – der Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen, Dr. Martina Wenker, und des Präsidenten des Berufsverband Deutscher Internisten, Dr. Wolfgang Wesiack – leiteten diesen Tag ein.

Der Ehrenvorsitzende und Fortbildungsbeauftragte des Landesverband Niedersachsen des BDI, Dr. Wolf-Dieter Kirsten, hatte als Initiator und Organisator diese Fortbildung unter dem Leitthema Kardiologie mit dem Chefarzt der Klinik für Kardiologie und Angiologie der Medizinischen Hochschule Hannover, Prof. Dr. Helmut Drexler, geplant. Schicksalhaft akut aus dem Leben gerissen, wurde an diesem Tag in einer Schweigeminute des national und international geschätzten Kliniklers, Hochschullehrers und Wissenschaftlers gedacht. Besonderer Dank wurde dem jetzigen Kommissarischen Leiter der Klinik,

Prof. Dr. Bernhard Schieffer, zuteil, der spontan und mit großem Engagement die wissenschaftliche Leitung übernommen hatte und das Einführungsreferat mit einem Überblick über den aktuellen Stand der Kardiologie hielt.

● Zwischen Kardiologie und Berufspolitik

PD Dr. Schaefer beleuchtete den Stellenwert der invasiven Kardiologie, Dr. Kempf setzte sich mit bewährten und neuen Aspekten der Therapie der kardialen Insuffizienz auseinander, während Prof. Klein die aktuellen Behandlungsmethoden der kardialen

Rhythmusstörungen kritisch bewertete.

Dr. Wolfgang Wesiack bestritt den zwischenzeitlichen gesundheits- und berufspolitischen Part, wobei er in Bezug auf die medizinische Versorgung der Bevölkerung im Wesentlichen auf die Chancen und Risiken unter der neuen Bundesregierung einging.

● Nächster Fortbildungstag zum Thema Rheumatologie

Das Auditorium bewies mit zahlreichen und inhaltlich intensiven Nachfragen das starke Interesse an den fachlichen Aktualitäten als auch an



Dr. Wolf-Dieter Kirsten, Ehrenvorsitzender und Fortbildungsbeauftragter des Landesverbandes Niedersachsen des BDI, Dr. Martina Wenker, Präsidentin der ÄKN und BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack (von links).

den politischen Rahmenbedingungen, die heute in hohem Maße ärztliches Handeln beeinflussen.

Dr. Kirsten dankte abschließend den Ehrengästen und den Referenten für ihre Beiträge und den engagierten Teilnehmern, die den Erfolg dieser Veranstaltung ausmachten.

Als Termin für den Fortbildungstag im nächsten Jahr, das heißt den 5. Internistischen Fortbildungstag Niedersachsen, gab Dr. Kirsten Samstag, den 15. Januar 2011, bekannt. Dieser soll sich – nach bisheriger Planung – mit dem Leitthema Rheumatologie befassen.

Dr. Wolf-Dieter Kirsten

Krankenhaus-Report 2010

Fallpauschalen fördern die Produktivität

Der Ende letzten Jahres erschienene Krankenhaus-Report 2010 zeigt die Wirkung der DRG-Einführung seit dem Jahr 2003: Die Krankenhäuser haben Kapazitäten abgebaut und ihre Produktivität gesteigert. Die Zahl der Betten ist von 2003 bis 2007 um 7,1% zurückgegangen, die Verweildauer parallel um 8,3% gesunken. Gleichzeitig erhöhte sich die Fallzahl um 1,3%.

Der jährlich vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) herausgegebene Report hat sich diesmal das Schwerpunktthema „Krankenhausversorgung in der Krise?“ gesetzt. Die Analysen zeigen, so WIdO-Geschäftsführer Jürgen Klauber, dass die Chancen von Krankenhäusern überwiegend genutzt und die Herausforderungen bewältigt wurden. Aus Kassensicht aber weist er darauf hin, dass weiterhin Effizienzreserven in Milliardenhöhe bestehen. Politischen Handlungsbedarf sieht er insbesondere bei der Sicherstellung der Investitionsfinanzierung. Das Fallpauschalen-System nach dem Prinzip, gleiche Leistungen gleich zu vergüten, zeigt Wirkung. Auf der einen Seite haben vor allem private Klinikketten ihre Gewinne in den letzten Jahren ausgebaut, auf der anderen Seite arbeiten etliche Krankenhäuser aber auch mit Verlust. Im Regelfall reagieren sie darauf mit Maßnahmen zur Produktivitätssteigerung wie der Optimierung von Betriebsabläufen. Faktische Insolvenzen und Schließungen sind daher, anders als Fusionen, die große Ausnahme.

● **Stationäre Versorgung in Deutschland häufig**

Klauber weist auf überdurchschnittliche Kapazitäten in der stationären Versorgung hin: Im internationalen Vergleich liegt Deutschland mit 5,7 Betten je 1000 Einwohner auf dem dritten Rang im OECD-Vergleich hinter Japan und Österreich. Effizienzanalysen weisen darauf hin, dass gegenwärtig von 2 bis 4 Mrd. Euro Effizienzreserven auszugehen ist. Weitere Effekte werden dadurch erwartet, dass die bestehende sektorale Trennung der Krankenversorgung weiter gelockert und Möglichkeiten für Selektivverträge geschaffen werden. Ein Vergleich mit anderen europäischen Ländern zeigt nach Ansicht der Krankenhausesxperten Prof. Günter Neubauer, Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomik in München, und Andreas Beivers, wissenschaftlicher Mitarbeiter des Instituts, dass die Optimierung der Krankenhausversorgung in Deutschland nur relativ ist. In den Nachbarländern werden wesentlich weniger Patienten vollstationär – und mit einer kürzeren Verweildauer – behandelt. Das hängt vor allem damit zusammen, dass viele Leistungen stationärsersetzend erbracht werden. Um diese Effizienzvorteile auch in Deutschland zu generieren, müssten jedoch die schwierigen Rahmen-

bedingungen, wie die Investitions- und Kapazitätsplanung der Bundes-

länder, aber auch die strikte Trennung des stationären und ambulanten Vergütungssystems, angepasst und reformiert werden.

● **Flexibilisierung des Vertragsrechts erforderlich**

Kritik äußern Neubauer und Beivers an der Einführung eines bundeseinheitlichen Basisfallwertkorridors. Mit der Vorgabe eines Einheitspreises verliere der Preis seine Funktion, das Gleichgewicht zwischen Versorgungsbedarf und –angebot herzustellen. Das führe zwangsläufig zu Über-, Unter- und Fehlversorgung

und keineswegs zu mehr Wettbewerb. Anstelle einer staatlichen Preisvorgabe sei vielmehr eine Flexibilisierung des Vertragsrechts notwendig. Kassen und Krankenhäuser sollten mehr Möglichkeiten erhalten, Leistungen und Preise individuell zu vereinbaren.

Neben dem Schwerpunktthema bietet der Krankenhaus-Report Raum für eine Reihe aktueller Einzelthemen, etwa zum Potenzial der ambulanten onkologischen Versorgung im Krankenhaus, zur Situation des Pflegepersonals, zu Hygiene Fehlern im Krankenhaus oder zum Einfluss von

Strukturmerkmalen der Krankenhäuser auf die Qualität der Versorgung. Im Statistikteil finden sich die aktuellen Krankenhausdaten, darunter Ergebnisse der fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz, sowie zentrale Budget- und Leistungsinformationen für ca. 1600 Krankenhäuser.

KS

Klauber/Geraedts/Friedrich (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2010. Schattauer Verlag, Stuttgart 2010 54,95 €

Innere Medizin

aktuell



Nach dem Curriculum Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer und der DGE

Maximale Qualität – sensationeller Preis!

Ernährungsmedizin
Biesalski/Bischoff/Puchstein (Hrsg.)
Ca. 1. Halbjahr 2010.
4., vollst. überarb. u. erw. A.
Ca. 1084 S., ca. 250 Abb., geb.,
ISBN 978 3 13 100294 5
Ca. 89,95 € [D]
Ca. 92,50 € [A]/Ca. 149,- CHF

- Klinische Ausrichtung**
- Alle ernährungsabhängigen Krankheiten von Arthrose bis Zöliakie
 - Prävention, Diagnostik und ernährungsmedizinische Therapie
 - Übergewicht auch im Kindesalter, Immunologische Faktoren
 - Lebensmittelsicherheit, Qualitätssicherung in Großküchen
 - Künstliche Ernährung (ambulant und stationär)
 - Ernährungsempfehlungen der DGE, Curriculum der Bundesärztekammer und der DGE
 - Konkrete Ernährungsempfehlungen zu jedem Krankheitsbild

In der 4. Auflage alles auf dem neuesten Stand, erweitert um neue ernährungsrelevante Themen: Functional Food, Lebensmittelzusätze, Probiotika, ...



Für die tägliche Praxis: aktuell und kompetent

Gastroenterologie für die Praxis
Köppen
Ca. 1. Halbjahr 2010.
Ca. 400 S., ca. 350 Abb., kart.
ISBN 978 3 13 146761 4
Ca. 59,95 € [D]
Ca. 61,70 € [A]/ca. 99,50 CHF

Kurz und prägnant mit vielen Bildern: die gesamte Gastroenterologie für den Alltag in Praxis und auf Station

- Darstellung aller typischen gastroenterologischen Beschwerdebilder
- Gastroenterologische Diagnostik und Differenzialdiagnostik mit konkreten Tipps für die praktische Umsetzung
- Klare Empfehlungen: welche therapeutischen Möglichkeiten gibt es und welche haben sich in der Praxis bewährt?
- Vom Symptom über charakteristische Befunde zur richtigen Diagnose und erfolgreichen Therapie
- Der übersichtliche, klare Aufbau führt rasch zur gesuchten Information
- Über 300 brillante Abbildungen eignen sich hervorragend als Referenzbilder



Vorbestellpreis! Sie sparen 50,- €uro!

Der aktuelle Standard

Tropenmedizin in Klinik und Praxis mit Reise- und Migrationsmedizin
Löschler/Burchard (Hrsg.)
Ca. 2.Quartal 2010.
4., kompl. überarb. u. erw. A.
Ca. 848 S., ca. 350 Abb., geb.
ISBN 978 3 13 785804 1

Vorbestellpreis: Ca. 199,95 € [D]
Ca. 205,60 € [A]/ca. 332,- CHF
gültig bis 3 Monate nach Erscheinen
Danach Normalpreis:
Ca. 249,95 € [D]
Ca. 257,- € [A]/ca. 415,- CHF

- Patienten effektiv beraten und fundiert behandeln**
- Alle Tropenkrankheiten detailliert und praxisnah dargestellt
 - Alle Infektionskrankheiten von reisemedizinischer Relevanz
 - Tropentauglichkeits- und Tropenrückkehreruntersuchung
 - Reisemedizinische Beratung, Impfprophylaxe
 - Zusätzliche Abbildungen und instruktive Filme auf der Homepage

Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten. Lieferung zzgl. Versandkosten. Bei Lieferungen in [D] sind die Versandkosten in der Preisangabe enthalten. Bei Lieferungen außerhalb [D] werden die anfallenden Versandkosten weiterberechnet. Schweizer Preise sind unverbindliche Preisempfehlungen.

Jetzt bestellen: Versandkostenfreie Lieferung innerhalb Deutschlands!

☎ Telefonbestellung: 07 11 / 89 31-900

☎ Faxbestellung: 07 11 / 89 31-901

@ Kundenservice @thieme.de

🌐 www.thieme.de



Qualitätsmanagement in der Praxis – Teil 2

Mühsam nährt sich das Eichhörnchen

Was bisher geschah: Der Internist Dr. Müller erhält Post von der Kassenärztlichen Vereinigung, die ihn auffordert, eine Selbstbeurteilung zum Stand des Qualitätsmanagementsystems in seiner Praxis auszufüllen. Darauf ist er nicht besonders gut vorbereitet. Glücklicherweise bietet ihm sein Kollege Dr. Wohlgemuth Hilfe an, die er zunächst nur widerstrebend annimmt. Bei einem ersten Treffen erkennt er jedoch die Vorteile der Zusammenarbeit und verabredet mit ihm regelmäßige Arbeitstreffen ...

Donnerstag gegen Mittag im Arztzimmer von Dr. Müller. Dr. Müller übergibt die letzte Patientenakte für diesen Morgen an Anneliese Schmidt, seine Sprechstundenhilfe.

„War wieder ein belebter Vormittag, oder?“

„Da haben Sie Recht, Herr Doktor. In einer guten Stunde geht es weiter. Übrigens, wie war es denn gestern bei Dr. Wohlgemuth?“

„Oh, ja, eigentlich ganz vielversprechend. Er kommt am nächsten Mittwoch mit seiner Praxismanagerin zu uns, um gemeinsam an Themen des Qualitätsmanagements zu arbeiten.“

„Nanu, Herr Doktor, auf einmal bekehrt? Bislang haben Sie das doch immer kategorisch abgelehnt!“

„Bekehrt wäre übertrieben. Aber die KV übt Druck aus und Dr. Wohlgemuth kennt sich wirklich gut im Thema aus.“

„Ach“, ereifert sich die Sprechstundenhilfe. „Wie oft habe ich Ihnen denn in den letzten Monaten in den Ohren gelegen? Und was haben Sie gemacht? Nichts! „Das hat noch Zeit Anneliese“, haben Sie immer wieder gesagt!“

„Liebe Anneliese, so war das doch gar nicht gemeint. Ich weiß doch, wie tüchtig Sie sind. Bitte halten Sie sich bis auf weiteres den Mittwochnachmittag frei.“

„Wie Sie wünschen, Herr Doktor, Mahlzeit!“

„Das hat mir grade noch gefehlt“, sinniert Dr. Müller beim Mittagsimbiss...

Am folgenden Mittwoch um 15.50 Uhr. Dr. Wohlgemuth und Frau Pfiffig treffen in der Praxis von Dr. Müller ein.

„Ach, Frau Pfiffig, Kollege Wohlgemuth! Schön, dass Sie da sind“, begrüßt Dr. Müller die Ankömmlinge. Auf dem Weg in das Arztzimmer lässt Dr. Wohlgemuth den Blick ein wenig schweifen. „Das Mobiliar hat auch schon bessere Tage gesehen“, denkt er sich und nimmt auf dem Stuhl neben Frau Pfiffig Platz.

„Na, Herr Kollege, die Zeit am letzten Wochenende bereits genutzt, um die Zukunftsplanung Ihrer Praxis aufs Papier zu bringen?“

„Nein, dazu war wirklich keine Zeit. Samstag saß ich bis mittags in der Praxis und Sonntag war ich bei einem Ehemaligentreffen meiner Alma Mater. Frau Schmidt hat den 80. Geburtstag ihrer Mutter ausgerichtet. Übrigens eine langjährige, zufriedene Patientin von mir. Geistig noch voll auf der Höhe.“

„Nun“, beginnt Dr. Wohlgemuth.

„Lassen Sie uns systematisch an die Sache heran gehen. Mein Vorschlag ist, sich zunächst gemeinsam einen Überblick über die Anforderungen verschaffen und im zweiten Schritt an die Umsetzung und Dokumentation zu gehen. Dann sollten wir uns gemeinsam die Mutter aller Qualitätsnormen zu Gemüte führen – die DIN ISO 9001.“

„Halten Sie das für eine gute Idee? Wenn ich mich recht erinnere, hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung ein eigenes QM-System entwickelt, das viel besser auf die Belange der Arztpraxen ausgerichtet ist“, gibt Dr. Müller zu bedenken.

„Das stimmt zwar“, erwidert Dr. Wohlgemuth, „aber auch dieses Verfahren basiert letztendlich auf der DIN ISO 9001...“ „... und kann bei Bedarf deren Anforderungen ergänzen“, vollendet Frau Pfiffig den Satz ihres Chefs.

„Also gut, wie sieht dies nun im Detail aus?“

„Wir lesen gemeinsam die Norm, gliedern dabei die Anforderungen und übertragen sie auf unsere Terminologie. Dann wird auch klar, was tatsächlich gemeint ist, und wie wir sie auf die Belange unsere Praxen adaptieren können.“

„Für mich klingt das alles viel zu theoretisch. Ich hoffe, Sie zitieren hier nicht nur aus Ihrem Abendkurs. Können wir uns nicht einfach an das Aus-

füllen der Formblätter der Bezirksärztekammer machen? Das würde uns eine Menge Arbeit ersparen.“ Bereits leicht entnervt geht Dr. Wohlgemuth auf die Provokation seines Kollegen ein: „Das könnten wir natürlich tun, wenn wir kein wirklich substantielles QM-System entwickeln wollten. Wir machen das aus der Überzeugung heraus, dass eine analytische Vorgehensweise mögliche Schwächen unseres Systems aufdeckt, und wir unsere Dienstleistung im Sinne des Patienten bei höchstmöglicher Qualität mit geringstem Aufwand erbringen.“

„Also gut, lassen Sie uns beginnen.“

Die Damen haben bereits ihre Ausgabe der DIN ISO 9001 herausgeholt und aufgeschlagen. Paarweise beginnen die Parteien nun mit dem Studium.

„Warum ist diese Norm denn dreisprachig?“, fragt Dr. Müller vorsichtig. „Das ist doch unnötige Geldverschwendung.“

„Die DIN ISO 9001 ist eine weltweit gültige, internationale Norm“, erwidert Dr. Wohlgemuth. „Mehr als eine Million Unternehmen, Behörden und Einrichtungen im Gesundheitswesen wurden bereits nach dieser Norm zertifiziert. Es gibt keine QM-Norm, die weiter verbreitet ist.“

„Was ist denn nur im Kapitel 4 - Allgemeine Anforderungen gemeint? Hier ist immer von Prozessen die Rede“, fragt sich Dr. Müller.

„Ersetzen Sie die Wortpaare“, schätzt Dr. Wohlgemuth vor. „Prozesse = Abläufe, lenken = steuern, Organisation = Praxis. Frau Schmidt, wären Sie so gut, die dann resultierende Formulierung zu bilden?“

„Ja, gerne: Die Praxis muss qualitätsrelevante Abläufe, deren Abfolge und Wechselwirkungen identifizieren, Kriterien und Methoden zur wirksamen Durchführung und Steuerung festlegen, die Verfügbarkeit von Ressourcen und Informationen sicherstellen sowie Informationen erfassen, messen und analysieren.“

„Sehr gut! Wenn wir dann noch Produktrealisierung durch „Erbringung der Dienstleistung“ ersetzen, haben wir fast schon die Gliederung für die weitere Arbeit. Wie heißt es dann, Frau Pfiffig?“

„Die Abläufe sollten Leitungstätigkeiten, Bereitstellung von Ressourcen, Erbringung der Dienstleistung und Messung der Wirksamkeit beinhalten.“

„Perfekt. Damit sollte klar sein, was gemeint ist. Oder haben Sie noch weitere Fragen, Kollege Müller?“ Dr. Müller muss zugeben, dass die Anforderungen damit tatsächlich verständlich wurden. „Nein, bis auf weiteres nicht“, sagte er zögerlich. „Allerdings wäre mir sehr daran gelegen, diese Abläufe noch mehr zu konkretisieren. Es ist immer noch reichlich abstrakt.“

„Dazu kommen wir noch, Kollege Müller“, sagte Dr. Wohlgemuth. Endlich spürte er so etwas wie leichte Anerkennung oder gar Bewunderung in den Worten von Dr. Müller. Sollte er tatsächlich ein Mittel gefunden haben, die Selbstzufriedenheit seines älteren Kollegen zu überwinden? Das wäre ja zu schön um wahr zu sein.

„Bevor wir gemeinsam zum wohlverdienten Abendessen gehen möchte ich noch kurz einen Blick auf die Dokumentationsanforderungen werfen“, schlägt Wohlgemuth vor. Wieder beugen sich alle über die Norm. „Nun Kollege Müller, was muss nach Ihrem Verständnis die Dokumentation enthalten?“

„Ja also, zunächst einmal das Qualitätsmanagementhandbuch...“

„Richtig!“

„Eine dokumentierte Qualitätspolitik und Qualitätsziele...“

„Genau, was noch?“

„Dokumente, die die Praxis zur Sicherstellung einer wirksamen Planung, Durchführung und Steuerung der Abläufe benötigt...“

„Absolut richtig, und nicht zuletzt – Frau Schmidt, wissen Sie es?“

„Von dieser Norm geforderte dokumentierte Verfahren und Aufzeich-

nungen“, ergänzt Frau Schmidt freudig.

„Ihr scheint diese Gruppenarbeit richtig Spaß zu machen“ denkt Dr. Müller. „Vielleicht hätte ich mir doch Zeit nehmen sollen, diese Arbeit mit ihr in Ruhe zu erledigen. Sie hatte es ja oft genug versucht.“

„Was sagt die Norm über den Inhalt des Qualitätsmanagementhandbuchs, Frau Pfiffig?“

„Die Praxis muss ein Qualitätsmanagementhandbuch einführen und bei Bedarf aktualisieren. Dieses muss die eingeführten dokumentierten Verfahren, Verweise darauf sowie eine Beschreibung der Wechselwirkung der Abläufe enthalten und die Struktur der Dokumentation im Überblick darstellen.“

„Sehr gut zusammen gefasst. Weiterhin ist beschrieben, dass Dokumente bewertet und erneut zu genehmigen sind, sowie eine vollständige Änderungshistorie und einen eindeutigen Revisionsstand aufweisen müssen.“

Dazu muss ein dokumentiertes Verfahren zur Festlegung der erforderlichen Kontrollmaßnahmen eingeführt werden. Aufzeichnungen sind dagegen Dokumente, die erstellt und aufbewahrt werden, um einen Konformitätsnachweis zu erbringen. Auch dafür ist ein dokumentiertes Verfahren zur Kontrolle, Identifizierung, Aufbewahrung, Schutz, Wiederauffindbarkeit, Aufbewahrungsfrist einzuführen.“

„Puuh, jetzt wird es aber doch kompliziert“, kommentiert Frau Pfiffig die Ausführungen ihres Chefs.

„Wir sollten für heute Schluss machen!“

„Machen wir auch gleich. Übrigens, ich lade Sie alle zum Abendessen in die Traube ein“, erklärt Dr. Wohlgemuth gut gelaunt.

„Na gut, aber in der nächsten Woche bin ich dann dran.“

„Ehrensache, Herr Kollege.“

Fortsetzung folgt...

Michael Bothe, VDE-Institut, Offenbach/Main



Ihre Meinung zählt!

Deshalb befragen wir Sie zur **Qualität in der medizinischen Fachpresse** in den nächsten Wochen zusammen mit



Machen Sie mit!