

Gesundheitspolitik im Sommer 2009 – Ein Bild mit vielen Facetten

DKG: Patienten haben Vorrang

O b unfallverletzter Notfall oder planbare Hüftoperation: Die stationäre medizinische und pflegerische Versorgungsleistung der Krankenhäuser stellt den Patienten in den Mittelpunkt – ohne zeitliche Verzögerung. In einem modernen und innovativen Krankenversicherungssystem hilft die Priorisierungsdebatte für das Leistungsspektrum der stationären Medizin nicht weiter. Die Krankenhäuser wollen nicht darüber debattieren, ob Patienten auf später zu vertrösten sind. „Wir brauchen keine Diskussion über die Priorisierung, wohl aber eine Priorität in der Gesundheitspolitik, die finanziellen Mittel bereitzustellen, die das hohe Niveau der medizinischen Versorgung sichern“, so DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum im Zusammenhang mit der vom Deutschen Ärztetag ausgelösten Priorisierungsdebatte. Dafür sei vor allem eine berechenbare, ausreichende und stabile Finanzierung der Leistungen und ein Verzicht der Gesundheitspolitik auf permanente Kürzungsandrohungen notwendig. „Jüngstes Beispiel für eine gesundheitspolitische Fehlentwicklung ist die im Parlament zur Beratung stehende Novelle zum Arzneimittelgesetz, die Regelungen enthält, die aus den ambulanten Krebsabteilungen der Krankenhäuser viele Millionen Euro herauskürzen würden. Die Behandlung krebserkrankter Patienten sollte absolute Priorität haben, sie duldet keinen Aufschub“, so Baum. Die Defizite der Krankenkassen infolge des Konjunkturerinbruches seien deshalb auch nicht als Kürzungslast von Kassen und Leistungserbringern in den nächsten Jahren zu tragen. Die Unterfinanzierung der Krankenkassen müsse durch den Bundeshaushalt ausgeglichen werden.

Wer füllt das Milliardenloch der GKV-Finzen?

Gesundheitsministerin Ulla Schmidt selbst hat die Debatte gezielt in diese Richtung gelenkt, als sie schon im April vor einem konjunkturell bedingten Drei-Milliarden-Loch des Gesundheitsfonds warnte. In ihrem viel beachteten Interview in der FAZ vom 18. Mai 2009 untermauerte sie ihren Vorschlag, den Bundeszuschuss zum Gesundheitsfonds schrittweise nicht nur auf 14 Mrd. €, wie bereits gesetzlich beschlossen, sondern auf 25 Mrd. € anzuheben. Damit würde die Klientel GKV bedient und dem Gesundheitswesen eine wichtige Atempause gegönnt. Je größer der Staatsanteil an der Krankenversicherung wird, desto näher rückt möglicherweise eine große Einheitsversicherung ohne oder mit geschwächter PKV. Ulla Schmidt möchte, dass sich „alle zu gleichen Bedingungen an der Finanzierung der Krankenversicherung beteiligen, alle Risiken füreinander einstehen und die Einnahmehasis verbreitert wird“. Klarer kann man es nicht sagen. Den Einheitsbeitrag gibt es schon, entgegen der Erwartung nahezu aller Akteure im Gesundheitswesen. Seit der Kanzlerschaft von Gerhard Schröder haben SPD-Politiker elf Jahre lang das Ge-

sundheitswesen reformiert, nicht alleine, aber maßgebend. Sie haben viel erreicht. Kurz vor ihrem „runden Geburtstag“ – sie wird am 13. Juni 2009 60 Jahre alt – sieht man Ulla Schmidt allenthalben auf dem Weg aus den Koalitionszwängen in die Parteipolitik. Sicher nicht unbedingt zur Freude der Unionsparteien.

Debatte um den Gesundheitsfonds

Die abnehmende Beschäftigungslage in Deutschland mit einem daraus resultierenden Milliardenloch an Beitragszahlungen in der Krankenversicherung hat die Kritik am Gesundheitsfonds wieder wachsen lassen. Die Spitzen der GKV halten es für ausgeschlossen, dass die Kassen die aufgelaufenen Defizite wie vorgesehen im Jahr 2011 zurückzahlen können. Ministerin Schmidt hat hierfür Verständnis geäußert. Die Abschaffung des Gesundheitsfonds nach der Bundestagswahl fordert politisch zurzeit hauptsächlich die FDP. DKG-Präsident Dr. Rudolf Kösters erinnerte Anfang Mai daran, dass der Gesundheitsfonds der Zentralisierung Vorschub leistet und einer wettbewerblichen Ausrichtung des Gesundheitswesens widerspricht. Unter welcher politischen Konstellation der einheitliche Gesundheitsfonds beseitigt oder nachhaltig modifiziert werden könnte, ist schwer auszumachen. CDU und SPD haben ihn geschaffen. Eine Koalition ohne eine der beiden großen Volksparteien ist unter keinen bekannten Umständen denkbar. Es spricht deswegen einiges dafür, dass der Gesundheitsfonds der Republik erhalten bleibt.

Streit der Ärzte mit Ulla Schmidt

„Seit genau zehn Jahren führt Jörg-Dietrich Hoppe als Präsident die Bundesärztekammer. Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) ist bereits seit mehr als acht Jahren im Amt. Ihr Verhältnis ist nicht gut, sie meiden den Umgang. In der vergangenen Woche haben sie miteinander telefoniert. Das erste Mal in ihrer Amtszeit, wie Schmidt sagt. Schmidt hatte zum Telefonhörer gegriffen, um ihre Teilnahme am 112. Deutschen Ärztetag in Mainz abzusagen.“ (Andreas Mihm in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 20. Mai 2009) Der Korrespondent der FAZ fährt fort: „Das Verhältnis Schmidts zu den Organisationen der Ärzte ist schwierig; das zum Ärztetag noch schwieriger. Buhrufe, Pfiffe, Lachen, Hohn und Spott gehören zum klassischen Arsenal der Reaktionsmuster ärztlicher Standesvertreter, bevor am Ende einträchtig die Nationalhymne gesungen wird. Dem offenen Schlagabtausch mit dem ‚Parlament der Ärzte‘ ist Schmidt gleichwohl nie ausgewichen.“ In Mainz war es nun die Aufgabe von Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder, die Gesundheitspolitik seiner Ministerin vor den Ärzten zu verteidigen. ▶



Kontrahenten in der Gesundheitspolitik: Ulla Schmidt und Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe

Fotos: dpa



Ulla Schmidt lieferte sich mit den Ärzten im Mai 2009 trotz oder gerade wegen ihrer Abwesenheit vom Ärztetag ein umso intensiveres mediales Gefecht. Sie warf den Ärzten vor, ihre Lösungsansätze, insbesondere Prioritätenlisten in der Behandlung und uneingeschränkte Kostenerstattung, seien „ziemlich menschenverachtend“. Wenn in Listen definiert werde, welche Krankheiten noch behandlungsbedürftig seien, und Menschen nur noch dann behandelt werden sollten, wenn sie genügend Geld hätten und sich zusätzlich versichern könnten, habe das „wenig mit unseren humanitären Absichten zu tun“, ließ die Ministerin ihrem Kontrahenten Hoppe via Medien mitteilen. Die Listenvorschläge liefen auf eine qualitativ schlechtere Versorgung bei noch höherer ärztlicher Honorierung hinaus.

Präsident Hoppe verschaffte Ulla Schmidt einen passenden Vorwand, um in dem zur Permanenz werdenden Wahlkampf Punkte in der Pose der Verteidigerin der sozialen Krankenversicherung zu sammeln. Vielleicht haben die Ärzte ihrerseits schon zu oft „Panik“ gemacht, als dass ihre im Kern berechtigten Anliegen noch allzu viel Staub aufwirbeln, es sei denn den jährlichen Maisturm in der Tagespresse, der sich alsbald wieder abschwächt, um im kommenden Jahr mit jeweils den gleichen oder ähnlichen Thesen wieder zum Leben erweckt zu werden. Mit ihren Vorschlägen, mehr Steuergelder in den Gesundheitsfonds zu leiten, hat Ulla Schmidt der aufgelegten Ärztediskussion zunächst einmal den Wind aus den Segeln genommen. Damit kann auch der Hausarzt vor Ort und der Stationsarzt im Krankenhaus etwas anfangen, vorausgesetzt, das Geld kommt auch dort an, wo es zur Versorgung der Patienten gebraucht wird.

In seiner Rede bei der Eröffnung des Hauptstadtkongresses 2009 am 27. Mai empfahl Prof. Bert Rürup, die Steuerzuschüsse zum Gesundheitsfonds auf eine klare „formelmäßige“ Grundlage zu stellen, um das Gesundheitswesen von konjunkturell bedingten Haushaltszwängen abzukoppeln. Der Gesundheitsbereich sei in Zeiten einer wegbrechenden Auslandsnachfrage ein wirtschaftlicher Stabilisierungsfaktor insbesondere bei der Beschäftigung. Für spätestens 2010 erwartet Rürup, dass zunehmend von Krankenkassen die gesetzlich

vorgesehenen Zusatzbeiträge erhoben werden. Allerdings müsse die Überforderungsklausel geändert werden, weil ansonsten einzelne Kassen in den Ruin getrieben würden. Die fälligen Ausgleichs dürften nicht auf die Kassen abgewälzt werden, die Zusatzbeiträge erheben, sondern müssten aus dem Fonds beglichen werden. Für die Zeit nach der Bundestagswahl sei eine erneute Gesundheitsreform „so sicher wie das Amen in der Kirche“, sagte Rürup. Auf der Agenda stünden die beiden zentralen ungeklärten Finanzierungsprobleme des Gesundheitswesens: Einerseits müsse ein einheitlicher Versicherungsmarkt geschaffen werden. Zum anderen sei die Abkoppelung der Gesundheitsausgaben von den Arbeitskosten unumgänglich.

Peter Ossen, Chefredakteur

Aktuelle Meldungen aus dem Gesundheitsbereich

Qualitätssicherungsinstitut nach § 137 a SGB V

Gemäß § 137 a SGB V hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im Rahmen eines Vergabeverfahrens eine fachlich unabhängige Institution auszuwählen, die Verfahren entwickelt zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität der einrichtungs- und sektorübergreifenden Qualitätssicherung. Der G-BA hatte am 10. Februar 2009 bekannt gegeben, dass der Zuschlag im Ausschreibungsverfahren an das „AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH“ erteilt werden soll. Die im Vergabeverfahren nicht zum Zuge gekommene „Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH“ (BQS) hatte daraufhin ein Nachprüfungsverfahren beim Bundeskartellamt eingeleitet. Die Vergabekammer 2 des Bundeskartellamtes hat im Mai 2009 die Entscheidung des G-BA für das „AQUA-Institut“ bestätigt. Nach mündlicher Mitteilung sei zwar die Rüge der BQS gerechtfertigt gewesen, dem G-BA sei jedoch ein Entscheidungsspielraum auch bezüglich der Unabhängigkeit der Bewerber

einzuräumen. Der G-BA strebt jetzt eine möglichst rasche Vertragsunterzeichnung mit dem „AQUA-Institut“ an. Die BQS prüft die Gründe der Entscheidung der Vergabekammer, um über eventuelle weitere rechtliche Schritte zu entscheiden.

DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum erklärte zur Bestätigung des Bundeskartellamtes: „Die Entscheidung des Bundeskartellamtes ist für die Kliniken eine große Enttäuschung.“ Die von der BQS über Jahre aufgebaute und bewährte Struktur der Qualitätssicherung werde gefährdet. Die BQS organisiere zusammen mit den Landesstellen ein weltweit nahezu einmaliges externes Qualitätssicherungssystem, in dem 3,6 Mio. stationäre Behandlungsfälle systematisch ausgewertet und zu Vergleichszwecken transparent gemacht würden. Die Kliniken seien in Sorge, dass diese gut funktionierende Qualitätssicherung Schaden nehmen könnte. Baum: „Die Krankenhäuser bekennen sich zur sektorenübergreifenden Erforschung und Auswertung von Qualitätsindikatoren. Damit wird auch die Qualität der niedergelassenen Ärzte besser transparent gemacht. Bis das neue System aufgebaut ist, dauert es noch Jahre. In der Zwischenzeit sollte das bestehende Qualitätssicherungssystem für die Krankenhäuser weiter und eigenständig von der BQS fortgeführt werden. Die Kliniken appellieren an den Gesetzgeber, dies zu ermöglichen.“

Urteil des Bundessozialgerichts zur Protonentherapie

Nach Einschätzung der DKG bremst das BSG-Urteil zum Ausschluss der Protonenbehandlung bei Brustkrebs aus der GKV-Leistungspflicht im Krankenhausbereich den medizinischen Fortschritt in den Kliniken. Nach der Aussage von DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum werde mit der Entscheidung des BSG die Hürde zur Zulassung neuer medizinischer Verfahren im Krankenhaus so hoch gesetzt, dass die medizinische Versorgung in der GKV ein Stück mehr vom medizinischen Fortschritt abgekoppelt wird. Wenn in Zukunft auch in der Krankenhausmedizin nach der Regel verfahren werde, „liegen keine Studien vor, ist der Nutzen nicht belegt“, könnten von vornherein Leistungsausschlüsse für GKV-Versicherte primär aus Kostengründen herbeigeführt werden. Damit liefen neue Methoden Gefahr, ausgeschlossen zu werden, ohne dass überhaupt die Chance bestanden hätte, in der klinischen Anwendung Erfahrungen zu sammeln. Mit seiner Entscheidung widerspreche das BSG der bisherigen Rechtsauffassung des BMG. Wenn die gesetzlichen Formulierungen eine solche, den Fortschritt bremsende Interpretation zuließen, müsse das Gesetz so schnell wie möglich so formuliert werden, dass die Krankenhausmedizin „als die Eingangspforte für den medizinischen Fortschritt“ auch weiterhin offen bleibe.

BMG-Symposium „Qualitätsorientierte Vergütung im Gesundheitswesen“

Qualitätsorientierte Vergütung in Form des „pay for performance“ sei kein geeignetes Konzept für die regelhafte Vergütung von Krankenhausleistungen. Dies stellte DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum vor Teilnehmern aus Wissenschaft,

Politik und Gesundheitsversorgung auf einem Symposium des BMG Ende April 2009 in Berlin fest. Die deutschen Krankenhäuser stellten sich Qualitätsanforderungen und Qualitätstransparenz wie kein anderer Bereich im deutschen Gesundheitswesen. Ihr Ziel sei es eine hochwertige medizinische und pflegerische Versorgung der Patienten zu gewährleisten. Baum weiter: „Durch niedrigere Vergütungen werden qualitativ problematische Leistungen nicht besser. Ein solches Vergütungssystem wäre medizinisch-ethisch fragwürdig.“ Leistungen, die qualitativ unter einem von dem Patienten berechtigt zu erwartenden Standard liegen, könnten dauerhaft nicht vergütet werden.

Baum erinnerte daran, dass die Kliniken seit 1997 erfolgreich mit 3,6 Mio. Fällen pro Jahr an der externen Qualitätssicherung mit einem „strukturiertem Dialog“ teilnehmen, der das Kernstück einer vergleichenden Qualitätssicherung der Krankenhäuser ist. Auffällige Kliniken, die außerhalb der gemeinsam mit den Kassen definierten Referenzbereiche liegen, analysieren im Dialog mit ärztlichen Visitatoren die Ursachen, vereinbaren Verbesserungsmaßnahmen und lassen die Wirksamkeit kontrollieren. Einmalig für das Gesundheitswesen sei auch, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) diese Daten publiziert und die Kliniken ihre Qualitätsberichte unter www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de in das Internet stellen.

Krankenhausleistungen seien hochkomplexe medizinische und pflegerische Dienstleistungen, die grundsätzlich über allgemein gültige Gebührenordnungen zu vergütet seien. Der Wettbewerb fände über die Qualität und nicht über Preise und Rabatte statt. Deshalb plädierten die Krankenhäuser für feste Fallpauschalenpreise. Qualitätsorientierte Vergütung sei aber sinnvoll, wenn qualitätsverbessernde Struktur- und Prozessvorgaben von den Krankenhäusern, zum Beispiel aufgrund von Beschlüssen des G-BA, zu beachten seien. Für die erhöhten Aufwendungen müssten die Krankenhäuser höhere Vergütungen erhalten. Baum: „Transparente Qualitätssicherung eignet sich für die stetige Entwicklung bester Versorgungsqualität der Patienten und nicht für einen verkappten Rabattwettbewerb um die billigste Leistung.“

Chance vertan – Europa verbaut Wege gegen Ärztemangel

Die deutschen Krankenhäuser haben mit Enttäuschung zur Kenntnis nehmen müssen, dass sich das Europäische Parlament und der Ministerrat trotz langer Verhandlungen nicht auf einen Kompromiss in den Verhandlungen um eine Neuaufgabe der EU-Arbeitszeitrichtlinie einigen konnten. Mit dem Scheitern der Vermittlungsrunde Ende April 2009 „stehen wir wieder dort, wo wir schon vor vier Jahren gestanden haben“, so DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum. Die Europäische Kommission hatte den Vorschlag für eine Novelle der Arbeitszeitrichtlinie seinerzeit auf den Weg gebracht, weil die überwiegende Zahl der Mitgliedsstaaten das aus dem Jahr 2003 stammende Recht wegen des allgemeinen Fachkräftemangels im Gesundheitsbereich nicht umsetzen kann. Vor Jahren wollte der europäische Gesetzgeber die von ihm selbst geschaffene

künstliche Verknappung der Fachkräfte im Gesundheitssektor mit einem Richtlinienvorschlag wieder auflösen. Es sei bezeichnend, dass Parlament und Rat dieses Ziel trotz jahrelangem Ringen nicht erreicht haben. Der Vorgang mache mehr als deutlich, dass einmal in die Welt gesetzte Richtlinien nur schwer korrigierbar sind. Das Subsidiaritätsprinzip müsse deshalb besonders im Gesundheitswesen sehr eng ausgelegt werden. Baum: „In der nächsten Legislaturperiode muss die Europäische Kommission einen neuen Richtlinienvorschlag ausarbeiten. Grundlage für den neuen Vorschlag muss der Ratskompromiss vom letzten Jahr sein, wonach die inaktive Zeit des Bereitschaftsdienstes nicht als Arbeitszeit gewertet und bei dem den Mitgliedsstaaten dauerhaft die Möglichkeit für das sogenannte opt-out belassen wird. Das neue EU-Parlament sollte erkennen, dass der Ratskompromiss eine gute Balance zwischen Arbeitnehmerschutz und Arbeitszeitflexibilisierung darstellt.“

KBV: MVZ sind eine wichtige Ergänzung für die ambulante Versorgung

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) haben sich als Versorgungsform etabliert. Die Zahl der Neugründungen hat sich mittlerweile auf einem niedrigen Niveau eingependelt. Im Vergleich zu den Praxen führen sie jedoch immer noch ein Nischendasein. So gab es im dritten Quartal 2008 1 152 MVZ gegenüber 80 000 zugelassene Praxen. Das sind Ergebnisse einer neuen Studie, die die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) am 25. Mai 2009 in Berlin vorgestellt hat. Ihr Titel lautet „MVZ-Survey 2008. Die strategische Positionierung Medizinischer Versorgungszentren“ (verfügbar unter www.kbv.de).

Im Sommer 2008 hatte die KBV 1 023 MVZ angeschrieben. Es antworteten 286, das entspricht einer Rücklaufquote von 28 Prozent. Bezüglich der Gründer (Vertragsärzte oder Krankenhäuser), Rechtsform, Arbeitsgröße, Zulassungsdauer und regionalen Verteilung war die Stichprobe repräsentativ. Die meisten MVZ gab es im ersten Halbjahr 2008 in Bayern, Berlin und Niedersachsen. In urbanen Zentren gibt es mehr MVZ als in ländlichen Gegenden (55 Prozent städtische MVZ). „In Ballungsräumen können MVZ eine gute Ergänzung zur ambulanten Versorgung in den Praxen darstellen. Im ländlichen Raum sind sie hingegen eine Chance, um die medizinische Grundversorgung der Menschen zu gewährleisten“, erklärte der Vorstandsvorsitzende der KBV, Dr. Andreas Köhler.

Bundesweit werden durchschnittlich 70 MVZ pro Quartal gegründet. Zwei Haupttypen lassen sich identifizieren. Während das von Krankenhäusern gegründete MVZ in den neuen Bundesländern dominiert, ist in Westdeutschland das vertragsarztgeführte Zentrum vorherrschend. Die häufigste Gesellschaftsform ist die GmbH. Daraus leiten die Autoren der Studie die Prognose ab, das ein dritter MVZ-Typ künftig eine größere Rolle spielen wird: das von einer Managementgesellschaft betriebene vertragsärztliche MVZ, das sich abgrenzt vom vertragsärztlichen MVZ als Variante der Gemeinschaftspraxis. ■

www.euvend.de



VISIONS OF VENDING

DIE INTERNATIONALE FACHMESSE DER VENDING-AUTOMATENWIRTSCHAFT

KÖLN, 10. – 12. 9. 2009

DIE TASTE ZUM ERFOLG!

AUSSERORDENTLICHE INTERNATIONALITÄT

Eu'Vend ist die dynamische europäische Business- und Kommunikationsplattform für die Vending-Branche

GEWINNBRINGENDE NEUHEITEN

Innovative Automaten und benutzerfreundliche Technologien stellen den Menschen in den Mittelpunkt

UMSATZSTEIGERENDE IMPULSE

Konzepte und Produkte aus dem gesamten Vending-Spektrum für komplette Lösungen und neue Partnerschaften

Sparen Sie Zeit und Geld und kaufen Sie sich online die Eintrittskarte mit einer Ersparnis von bis zu 36 % ab Juni im Internet. www.euvend.de

Weitere Informationen:

Koelnmesse GmbH · Messeplatz 1 · 50679 Köln · Deutschland
Telefon +49 180 5 787417* · Telefax +49 221 8 21-99 1120
euvend@visitor.koelnmesse.de

* 0,14 EUR/Min. aus dem dt. Festnetz, Mobilfunkpreise providerabhängig

powered by:

