

DKG-Frühlingsempfang 2010: Minister Rösler zeigt Humor und bleibt in der Sache unbeirrt

Der 10. Frühlingsempfang der DKG am 16. März 2010 fand in einer Phase des Ringens um den Kurs der künftigen Gesundheitspolitik statt. Gesundheitsminister Dr. Philipp Rösler vermied es einen Tag vor der ersten Sitzung der Regierungskommission zur GKV-Finanzierung, mit Aussagen zur Kopfpauschale oder zur Gesundheitsprämie weiter Öl ins Feuer der öffentlichen Debatte zu gießen. Er konzentrierte sich in seiner Ansprache auf wichtige Aspekte der Krankenhauspolitik und versprach unter anderem den „Abbau von Bürokratie“ sowie „Verlässlichkeit und Kontinuität“. Der Minister verteilte gekonnt und humorvoll Seitenhiebe in Richtung der Medien, der politischen Gegner, aber auch der eigenen Parteifreunde und der Koalitionspartner und hatte die Lacher unter den mehr als 800 Teilnehmern aus der Politik, den Ministerien, den Verbänden der Gesundheitsbranche und den Krankenhäusern ganz auf seiner Seite. DKG-Präsident Dr. Rudolf Kösters fasste die aktuelle Positionierung der Krankenhäuser in sechs Punkten zusammen, die weiter unten stichwortartig wiedergegeben werden. Notwendig sei insbesondere eine Gesundheitspolitik „mit einer längerfristigen Perspektive“. Die Krankenhäuser „hoffen auf einen Sommer mit klarem Himmel und ohne dunkle Kostendämpfungswolken“, so Dr. Kösters.

Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler bedankte sich – auch im Namen seiner Mitarbeiter – für die Einladung zum DKG-Frühlingsempfang. Im Gegensatz zu seiner eigenen Partei, der die aktuellen Umfrageergebnisse „keine Freude bereiten“, hätten die deutschen Krankenhäuser mit ihrem Bild in der Öffentlichkeit zurzeit keine Probleme. Der Minister betonte ausdrücklich die hohe Zufriedenheit der Bevölkerung mit den Leistungen der Krankenhäuser. Dies sei „den dort arbeitenden Menschen zu verdanken“. 1,1 Mio. Beschäftigte, 17,5 Mio. stationäre und annähernd so viele ambulante Patienten, 70 Mrd. € Umsatz: In diesen Zahlen drücke sich eine enorme wirtschaftliche Größe aus, die von der Politik gesehen und anerkannt werde. Ein Minister für Gesundheit müsse „gelegentlich auch einmal kürzen und sparen“ sowie „unangenehme Botschaften verkünden“. Er wolle aber von „vorneherein ausschließen“, dass die neue Regierung das noch

von der Großen Koalition beschlossene Sonderprogramm zur Verbesserung der Pflegesituation in den Krankenhäusern aussetzen oder die sonstigen finanziellen Hilfen beschneiden werde. In diesem Punkt würden keine Abstriche gemacht.

Wenn er mit Beschäftigten in den Krankenhäusern spreche und frage, was sie sich von der Politik wünschten, dann bekomme er manchmal zu hören, dass die Menschen in den Krankenhäusern einfach „in Ruhe“ gelassen werden wollten: Keine neuen Verordnungen, keine neuen Gesetze, Bürokratie gebe es schon genug. In der Tat seien nach den vorliegenden Statistiken die Ärzte in den Krankenhäusern drei Stunden pro Tag mit Dokumentationsaufgaben und Leistungsnachweisen beschäftigt. Notwendig sei deshalb ein „Bürokratieabbau im medizinischen Alltag“. Die Beschäftigten sollten „verschont bleiben“ von weiterer Bürokratie, damit könne man ihnen „am besten helfen“. Es sei aller Anstrengung wert, auch seitens der



Foto: DKG/axentis.de

Der 10. DKG-Frühlingsempfang lockte mehr als 800 Besucher in den Vortragssaal des Hyatt-Hotels am Potsdamer Platz in Berlin.

Foto: Mihatsch



Foto: DKG/axentis.de

Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler war ein gern gesehener Gast beim DKG-Frühlingsempfang. Das Foto rechts zeigt in der ersten Reihe (von außen): Georg Weisweiler, saarländischer Gesundheitsminister; Minister Dr. Rösler; DKG-Präsident Dr. Kösters; DKG-Hauptgeschäftsführer Baum; Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz; Staatssekretär Daniel Bahr; Dr. Josef Siebig, G-BA.

Politik, dass von den drei Stunden Verwaltungsaufwand wenigstens eine Stunde zugunsten der Patientenbehandlung eingespart werde. „Lassen Sie uns lieber etwas weniger politische Diskussionen führen, dann kommen wir auch zu weniger Bürokratie“, so Rösler.

Das Gegenmodell zur überbordenden Kontrolle und Bürokratie durch die Krankenkassen sieht Rösler im aufgeklärten, mündigen Patienten. Das bestehende Informationsgefälle zwischen Ärzten und Patienten müsse durch verstärkte Aufklärung verringert werden. Mehr Information und Transparenz bedeute eine Stärkung der Konsumentenentscheidung. Nichts motiviere Ärzte mehr zur gesteigerten Sorgfalt als ein Patient, der sich gut mit „seiner“ Krankheit auskenne.

Wie im Verhältnis Arzt-Patient sieht Rösler auch im Verhältnis der Leistungserbringer untereinander und mit den Kostenträgern die Notwendigkeit eines offenen und transpa-

renten Umgangs. Das Gesundheitssystem brauche faire Wettbewerbsstrukturen, auch und gerade zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten. Die vorhandenen Instrumente – wie MVZ und hochspezialisierte ambulante Leistungen – müssten in einem fairen Miteinander angewendet werden. Beides könne nur auf der Basis einer guten Zusammenarbeit funktionieren. Rösler teilte mit, dass im BMG eine Arbeitsgruppe unter der Leitung der parlamentarischen Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz zum Thema des effektiveren und flexibleren Personaleinsatzes im Gesundheitswesen eingerichtet wurde. Medizinische Versorgungszentren bieten nach Röslers Überzeugung gute Chancen für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf der Ärztinnen und Ärzte. Krankenhäuser müssten angesichts der bestehenden Personalknappheit generell die Arbeitsbedingungen verbessern. Hier könne nicht auf die Politik gewartet werden, sondern die Kliniken müssten auch selber



Gelungene Satire des Gesundheitsministers

Das Amt des Gesundheitsministers sei „nicht das leichteste Amt im Bundeskabinett“; diese Erfahrung habe er bereits in den ersten Wochen und Monaten machen dürfen. Dabei spiele die öffentliche Berichterstattung auf der Bundesebene eine besondere Rolle, die er im Vergleich zur Landespolitik als „schneller und auch nicht immer ganz genau“ charakterisierte.

Wenn er in kleinen Kreise vor Journalisten erzähle, er würde gerne einmal wieder ohne Anzug und Krawatte über die Friedrichstraße spazieren gehen, dann werde aus „gut informierten Kreisen“ die Nachricht verbreitet, der Bundesminister für Gesundheit plane, demnächst nackt über die Friedrichstraße zu laufen. Bevor er selber die Chance habe, darauf zu reagieren, kämen gleich die Stellungnahmen aus den Fraktionen. Dr. Lauterbach (SPD) melde sich als Erster zu Wort: „So ist der Rösler von der FDP, nackt über die Friedrichstraße laufen, das ist die gelebte soziale Kälte.“ Auch Jens Spahn (CDU) melde sich zu Wort, zwar in netterer Art, aber auch nicht ohne Kritik: „Das hat der junge Minister falsch verstanden: Wir wollen nicht nackt rennen, sondern nackt scannen.“ Breite Unterstützung komme von der eigenen Fraktion. Ulrike Flach: „Wenn die Steuern gesenkt werden und die Rahmenbedingungen stimmen, dann wird Rösler auch bald wieder etwas zum Anziehen haben.“ Wenn er dann versuche, das Ganze klarzustellen und darauf hinweise, dass er nie vorhatte, nackt über die Friedrichstraße zu laufen, dann heiße es: „Aha, das haben wir uns gleich gedacht, so jung und frisch ist der gar nicht mehr, der traut sich ja noch nicht mal, jetzt im Frühling nackt über die Friedrichstraße zu laufen: Rösler rudert zurück.“

Foto: Mihatsch

aktiv werden. Seinen Aussagen zu dem für Juni 2010 angekündigten „Orientierungswert“ war keine konkrete Einschätzung zu entnehmen. Offenbar besteht in dieser für die Krankenhäuser elementaren Frage im Gesundheitsministerium noch weiterer Diskussionsbedarf. „Verlässlichkeit und Planbarkeit“ sollen jedoch die Leitlinien für die weiteren Festlegungen sein.

„Freiheit und Verantwortung“

Mit Blick auf den saarländischen Gesundheitsminister Georg Weisweiler, der als Gast der DKG-Veranstaltung den Ausführungen seines Kollegen und Parteifreundes folgte, sprach Röslers das Thema Investitionsfinanzierung an. Nicht von jedem Gesundheitsminister „aus dem Süden“ habe er „Widerspruch“ zu erwarten. Dennoch zeigte er sich der Tatsache bewusst, dass auch in der laufenden Legislaturperiode zwischen Bund und Ländern kontroverse Diskussionen über die Frage der Krankenhaus-Investitionsfinanzierung zu erwarten sind. Er gab freimütig zu, dass sich mit seinem Wechsel vom Land Niedersachsen zum Bund „sofort der Blick auf den Föderalismus“ geändert habe, und stellte fest: „Wenn die Bundesländer die Freiheit haben wollen, die Krankenhausplanung zu bestimmen, dann müssen sie auch die Verantwortung zeigen, die dafür notwendigen finanziellen Mittel zur Verfügung zu stellen.“ Die Gesundheitsminister der Länder würden daran gemessen, „ob es vor Ort leistungsfähige Krankenhäuser gibt“. Als eine „Bitte“ an die Bundesländer formulierte er, ab 2012 Gebrauch

von den im KHRG anvisierten leistungsorientierten Investitionspauschalen zu machen, um auch im Investitionsbereich verlässliche und planbare Rahmenbedingungen zu schaffen.

Podiumsdiskussion: „Kopfpauschale“ oder solidarische Gesundheitsprämie?

WDR-Moderator Werner Sonne lenkte die Podiumsdiskussion des DKG-Frühlingsempfangs unter dem Thema „Perspektiven der Gesundheitspolitik für die Krankenhäuser“ zunächst auf die Finanzierungsdiskussion der GKV, die nach seinen Worten eine „Nahkampfzone der Gesundheitspolitik“ nicht nur zwischen Regierung und Opposition, sondern auch innerhalb der christlich-liberalen Koalition darstellt. Die gesundheitspolitischen Sprecher der Bundestagsfraktionen widmeten daraufhin den ersten Teil ihrer Debatte der Suche nach einer tragfähigen Neudefinition des Begriffes „Kopfpauschale“. Deutlich wurde, dass die Vertreter der die Regierung tragenden Fraktionen das in öffentlicher Dauerkritik stehende Wort „Kopfpauschale“ tunlichst zu vermeiden suchten. CDU und FDP tragen offenbar noch schwer an früheren Parteitagebeschlüssen und an den Vorschlägen der nach Bundespräsident a. D. Roman Herzog und dem Gesundheitsexperten Bert Rürup benannten „Kommissionen“. Für Jens Spahn (CDU/CSU-Bundestagsfraktion) kommt es heute darauf an, „Schritt für Schritt“ aus den Zusatzbeiträgen eine sozial abgefederte, von den Arbeitskosten entkoppelte Gesundheitsprämie zu entwickeln. Auch Ulrike



Entscheiden Sie sich für den sicheren Aufstieg!

Profitieren Sie von unserem Wissen und unserer Erfahrung aus über 400 erfolgreichen Projekten im Gesundheitswesen.

Wir stehen für pragmatische und individuelle Lösungen. Gemeinsam mit Ihnen schaffen wir effiziente Strukturen für exzellente Ergebnisse in Ihrer Einrichtung. Durch unsere umsetzungsstarke Vorgehensweise werden Sie bei Ihren Veränderungsprozessen unterstützt und entlastet. Gewinnen Sie damit Freiräume und nutzen Sie neue Chancen. Wir fühlen uns ausschließlich Ihrem Erfolg und dessen Nachhaltigkeit verpflichtet.

Lassen Sie sich vom Team der EVO CONSULT begleiten – denn Ihr Vorsprung entscheidet!

STRATEGIEBERATUNG

PROZESSOPTIMIERUNG

QUALITÄTSMANAGEMENT

ERGEBNISMANAGEMENT

KOMPETENZENTWICKLUNG





Unter der Leitung von Moderator Werner Sonne diskutierten die gesundheitspolitischen Sprecher der fünf Bundestagsfraktionen Fragen der GKV-Finanzierung und der Krankenhauspolitik. Von rechts: Ulrike Flach (FDP); Jens Spahn (CDU/CSU); Werner Sonne; Prof. Dr. Karl Lauterbach (SPD); Birgitt Bender (Bündnis 90/Die Grünen); Dr. Martina Bunge (Die Linke).

Foto: DKG/axentis.de

Flach (FDP-Bundestagsfraktion) ist sich sicher, dass „niemand in Berlin die Kopfpauschale will“, das Ziel sei vielmehr eine einkommensunabhängige Prämie mit Sozialausgleich. Diese wiederum ist für den SPD-Politiker Prof. Dr. Karl Lauterbach – trotz Sozialausgleich und Familien-Mitversicherung – „eine Kopfpauschale, die nicht so heißen darf, weil sonst der Wähler meckert“. Anstatt über Begriffe zu streiten, solle die Koalition „konkrete Schritte“ zur Senkung der Arzneimittelpreise einleiten. Birgitt Bender (Bündnis 90/Die Grünen) warnte nicht zum ersten Mal vor einer zu großen Abhängigkeit der Gesundheitsausgaben von den Steuermitteln des Bundes und empfahl als Ausweg die Verbreiterung der Bemessungsgrundlagen. Die Diskussion über die GKV-Finanzierung erinnere an eine „Wirtshausschlägerei“, bei der anschließend alle wieder einträchtig beim Bier zusammensitzen. Der Versuch, den Versicherten „in die Tasche“ zu greifen, sei ungerecht. Ein in der Höhe gleicher Beitrag zur GKV-Finanzierung von allen Bürgern ist auch für Dr. Martina Bunge von der Fraktion der Partei Die Linke „nicht gerecht“, denn auch der Sozialausgleich müsse von allen Bürgern mitfinanziert werden. Spielraum für zusätzliche Ausgaben sei durch die Einbeziehung „aller Einkommensarten“ in das GKV-System gegeben.

Zukunft der Krankenhauspolitik

Die Vertreter der Regierungsfraktionen bekräftigten die Aussage von Gesundheitsminister Rösler, dass die finanziellen Zusagen der Vorgängerregierung im Krankenhausbereich eingehalten werden. Spahn betonte jedoch ausdrücklich, dass der Bereich Krankenhaus bei den Überlegungen zu strukturellen Änderungen im Gesundheitswesen (*mehr Effizienz durch Vernetzung*) nicht außen vor bleiben könne. Grundsätzlich gehe es in allen Bereichen des Gesundheitswesens darum, dauerhafte Strukturverbesserungen zu erreichen. Nach Aussage von Ulrike Flach müssen nach den Diskussionen über die Arzneimit-

telpreise „alle Kostenbereiche“ auf den Tisch. Prof. Lauterbach befürwortete eine weitere Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung. Die Strukturen des Gesundheitswesens müssten sich stärker dem medizinischen Fortschritt anpassen. Ebenso hätten die Finanzströme den geänderten Leistungen zu folgen. Ambulante Krankenhausleistungen wie diejenigen nach § 116 b SGB V sollten ausgeweitet werden. Bender plädierte für eine verstärkte Ausweitung der sektorübergreifenden Behandlungsformen. Aus der Sicht von Dr. Bunge sind die sektorübergreifenden Ansätze eine wichtige Chance für die Versorgung im ländlichen Raum. Allerdings müsse eine ausreichende Finanzierung sichergestellt werden. Von allen Bundestagsabgeordneten wurde der Appell des Gesundheitsministers an die Länder untermauert, ihren Investitionsverpflichtungen im Krankenhausbereich nachzukommen. Spahn brachte das Modell des NRW-Gesundheitsministeriums als beispielgebend in die Diskussion ein. Lauterbach plädierte „ohne Wenn und Aber“ für die „Monistik“ als Lösungsalternative. Nach Aussage von Martina Bunge haben viele Krankenhäuser mittlerweile einen Zustand erreicht, der die Patientenversorgung gefährde.

Dr. Kösters: Sechs aktuelle Positionierungen der Krankenhäuser im Frühling 2010

1. Der DKG-Präsident begrüßte den „kulturellen Wandel“ im Umgang mit dem Gesundheitsministerium. Wohltuend wahrgenommen worden sei auch die Zusicherung, den Beschäftigten im Gesundheitswesen durch den Abbau von überbordender Bürokratie wieder mehr Zeit für die eigentlichen Aufgaben in der Patientenversorgung zu geben. Als wenig hilfreich habe die DKG die politische Schelte erlebt, die der Gesundheitsminister für seine Aussagen über eine „Kultur des Vertrauens“ im Gesundheitswesen einstecken musste. Der Minister könne nur in seiner Auffassung unterstützt werden, dass



Eindrücke vom DKG-Frühlingsempfang 2010



Fotos: Mihatsch (5); DKG/axentis.de (1)



gegenseitiges Vertrauen im personalintensiven Gesundheitswesen die Grundlage der Zusammenarbeit darstelle.

2. „Die Krankenhäuser sind eine tragende Säule für die gesamte Gesellschaft und für die Volkswirtschaft; im Gesundheitswesen sind sie Innovations- und Beschäftigungsmotoren, ein Faktor, der gerade in den gegenwärtig wirtschaftlich schwierigen Zeiten nicht zu unterschätzen ist. Die Krankenhäuser haben die berechnete Erwartung, dass dieser Aspekt stärker als in der Vergangenheit anerkannt wird.“

3. „Die Leistungen der Krankenhäuser werden von Menschen erbracht. Die Kliniken haben nicht nur in ländlichen Gegenden Probleme, Arzt- und zunehmend auch Pflegestellen zu besetzen. Eine Mitursache des Personalmangels im Krankenhaus ist die hohe Belastung mit Verwaltungsarbeiten.“ Die EU-Arbeitszeitrichtlinie habe die Personalknappheit in den Krankenhäusern noch verschärft. Es bestehe die Notwendigkeit, die Zulassungsregeln zum Medizinstudium zu reformieren. „Wir brauchen mehr Studienplätze, andere Auswahlkriterien und andere Auswahlverfahren, damit die Absolventen des Studiums auch tatsächlich als Ärzte und Ärztinnen tätig werden. Wenn 50 000 junge Menschen Medizin studieren wollen und nur ein Fünftel davon zum Studium zugelassen wird, bleiben Chancen ungenutzt.“ Das Problem des Ärztemangels einseitig auf die Krankenhäuser zu schieben und bessere Arbeitsbedingungen zu fordern, hält Dr. Kösters für „unlauter“. Die Politik

habe durch die jahrelange Deckelung der Krankenhausbudgets ganz wesentlich zu einer Verschlechterung der Arbeitsbedingungen beigetragen.

4. Der Ärztemangel in beiden Gesundheitssektoren und der demographische Wandel innerhalb der Bevölkerung machen aus DKG-Sicht eine Überwindung der Sektorengrenzen notwendig. „Deshalb sagen wir: Keine Angst vor ambulanten Krankenhausleistungen. Uns ist es wichtig, einen zentralen Beitrag zu einer hochwertigen und flächendeckenden Versorgung zu leisten.“ Mit den MVZ habe der Gesetzgeber eine gute Institution zur Überwindung der Sektorengrenzen geschaffen. Insbesondere junge Ärztinnen und Ärzte schätzten die Möglichkeit der Vereinbarkeit von Familie und Beruf in einem Angestelltenverhältnis als Alternative zur eigenen Praxis. „MVZ, ob von Ärzten oder von Krankenhäusern gegründet, haben nichts mit Kapitalanlage zu tun. Es geht um medizinische Leistungen auf der Grundlage des Vertragsarztrecht.“ Einschränkungen der Gründungsmöglichkeiten von MVZ durch Krankenhäuser würden zu einer Verschärfung des Ärztemangels beitragen, die Patientenversorgung in den ländlichen Regionen verschlechtern und außerdem dem Finanzminister durch eine Erhöhung des Mehrwertsteueraufkommens in die Hände spielen. Für die § 116 b-Leistungen ist laut Kösters eine „Beschleunigung der Zulassung notwendig“.

Die im Koalitionsvertrag angekündigte „kritische“ Überprüfung der hochspezialisierten ambulanten Leistungen der

Die elektronische Verordnungsunterstützung



einmal und schnell
Arzneitherapie-Sicherheit für Sie und Ihre Patienten



RpDoc prüft Ihre Verordnung unter Berücksichtigung von:

- ✓ Kontraindikationen und Allergien
- ✓ Indikationsspezifischer Dosierung und Applikationsfrequenz
- ✓ Dosisanpassung nach Alter, Geschlecht, Nierenfunktion
- ✓ Anwendbarkeit in Schwangerschaft und Stillzeit
- ✓ klinisch relevanten Interaktionen (Dosis-Berücksichtigung)
- ✓ Nebenwirkungen
- ✓ kosteneffizienter Verordnung

Besuchen Sie uns in Berlin auf der conhIT. Halle 1.2 / Stand D-108



Halbergstr. 27-29
66121 Saarbrücken
Tel.: 0681-96815-0
www.rpdocus.de

Krankenhäuser durch das BMG dürfe nicht zum Aufbau neuer Hürden führen. Notwendig sei eine größere Transparenz des Zulassungsverfahrens und eine beschleunigte, automatische Zulassung der Krankenhäuser, wenn die „überaus strengen“ Vorgaben des G-BA erfüllt sind. „Die Einbeziehung in die ohnehin überholte vertragsärztliche Bedarfsplanung ist nicht akzeptabel.“ Dies wäre eine „Rolle rückwärts“ und bedeutete eine Einschränkung der Wahlfreiheit für die Patienten. In der spezialärztlichen Versorgung gehöre diese Bedarfsplanung eher abgeschafft als noch ausgeweitet.

5. Die Krankenhäuser sehen, dass die finanziellen Möglichkeiten enger geworden sind. „Wir wollen nicht jammern und klagen und fordern nichts, was die Gesellschaft überfordert.“ Der Finanzrahmen des KHRG wird nach Dr. Kösters Feststellung im Grundsatz und in vielen Details akzeptiert, nicht jedoch in allen. Nicht hinnehmen könnten die Krankenhäuser die Aufbürdung des Morbiditätsrisikos. Dies könne auf die Dauer nicht durchgehalten werden. Die Krankenhäuser vertrauen laut Kösters darauf, dass die strikte Anbindung an die Grundlohnrate abgeschafft werde. Der nach den Regelungen des KHRG zu bildende „Orientierungswert“ müsse gelten und dürfe nicht zu einer politischen Willkürgröße gemacht werden.

Die mangelnden Investitionsmittel „bleiben eine der größten Baustellen“. Es sei zu hoffen, dass die christlich-liberale Regierung die Bemühungen der Großen Koalition in dieser Frage „verstärkt fortsetzen“ werde.

6. Die Krankenhäuser sind der mit Abstand größte Leistungserbringer und weisen eine hohe Arbeitsproduktivität auf. „Mehr Last für unsere Mitarbeiter geht nicht.“ Die Ausgaben für die Krankenhausversorgung pro Einwohner, eine „unbestechliche“ Vergleichsgröße im internationalen Maßstab, sind in Deutschland „so niedrig wie in kaum einem anderen OECD-Land“. Die Krankenhäuser haben ein vitales Interesse an einer stabilen Finanzierung der GKV-Ausgaben. Der Gesundheitsfonds mit seiner „eingebauten Unterfinanzierung“ und seiner Abhängigkeit von den Löhnen sichere das nicht. „Die Erkrankungsrate der Bevölkerung hat keinen Bezug zur Lohnentwicklung.“ Würde es gelingen, ein von den Löhnen abgekoppeltes Krankenkassen-Finanzierungssystem mit einem Sozialausgleich über die Steuern zu entwickeln, könnten viele der strukturellen Schwächen des bisherigen Systems überwunden werden.

Bericht: Dipl.-Volkswirt Peter Ossen
Chefredakteur

Kontroverse Meinungen aus den Koalitionskreisen

Foto: CSU



„Ich sehe keinen Sinn darin, Milliarden Steuergelder in einen Sozialausgleich zu stecken, nur um aus einem Zusatzbeitrag eine Zusatzprämie zu machen, ohne dass die medizinische Versorgung dadurch besser wird. Die Kopfpauschale wird nicht dadurch besser, wenn Minister Rösler sie scheinbar einführen will.“

Alexander Dobrindt, CSU-Generalsekretär, Die Welt, 17. März 2010

„Im Koalitionsvertrag war bekanntlich festgelegt worden, dass die Beiträge zu den gesetzlichen Kassen weniger stark an das Einkommen der Versicherten gekoppelt werden sollen. Der nun eingeschlagene Weg, im Rahmen einer Kommission eine entsprechend nachhaltige und sozial ausgewogene Finanzierung des Gesundheitswesens auszuarbeiten, wird von mir begrüßt. Ich bin sehr gespannt auf die Ergebnisse. Doch jetzt müssen wir der Kommission erst einmal Zeit geben, um zu arbeiten. Dies muss mit Bedacht und Umsicht geschehen. Das Umsteuern im System kann nicht von heute auf morgen erfolgen, sondern mit kleinen Schritten hin zum Ziel. Am Ende des Tages muss ein Weg gefunden werden, wie das Gesundheitssystem verlässlich und für jedermann bezahlbar bleiben kann.“

Georg Weisweiler, saarländischer Gesundheitsminister, 17. März 2010

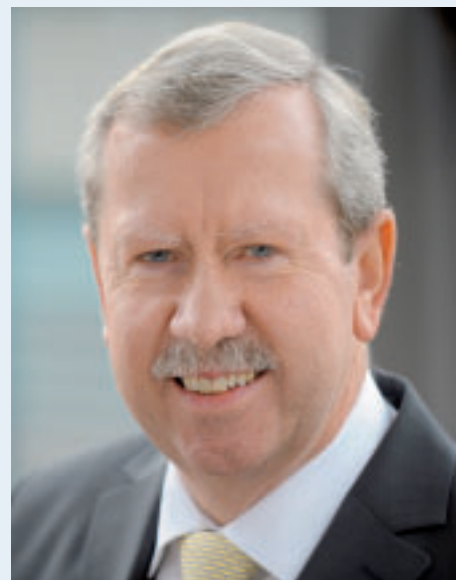


Foto: Ministerium

Blickpunkt Berlin

Gesundheitspolitik: Suche nach neuen Wegen

Immer deutlicher zeichnet sich ab, dass die Koalitionsparteien und das Bundesgesundheitsministerium intensiv nach Ansatzpunkten für strukturelle Reformen im Gesundheitswesen suchen und daneben auch einschneidende Kostendämpfungsmaßnahmen geplant sind, die sich mittelfristig nicht auf den Arzneimittelsektor beschränken werden. Anlässlich der konstituierenden Sitzung der Regierungskommission zur Finanzierungsreform der GKV am 17. März sagte Gesundheitsminister Dr. Rösler: „Wir betrachten nicht nur die Einnahmenseite. Auf der Ausgabenseite bin ich dabei, durchdachte Sparkonzepte erarbeiten zu lassen.“ Nach der konstituierenden Sitzung konkretisierte der Minister in einem Pressestatement, sein Ministerium werde sich „alle Bereiche des Gesundheitswesens“ anschauen, keiner werde ausgespart. Rösler machte klar, dass dies die Aufgabe des Ministeriums sei. Die Regierungskommission dagegen werde ausschließlich Fragen zur Stabilisierung der GKV-Finanzierung beraten.

CDU/CSU-Arbeitsgruppe Gesundheit

Die Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion tagte am 11./12. März 2010 in Gronau (Münsterland). Vorsitzender der Arbeitsgruppe und gesundheitspolitischer Sprecher der Unionsfraktion ist Jens Spahn. Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler nahm zeitweise als Gast an der Tagung teil. Themen der Arbeitsgruppensitzung waren dem Vernehmen nach die „ärztliche Versorgung“ und die „Arzneimittelversorgung“. Im Vorfeld der Klausurtagung hatte sich die DKG mit einem Schreiben zu den Themen MVZ und § 116 b SGB V an die Mitglieder der Arbeits-



gruppe gewandt, um die Politiker über die Positionen der Krankenhäuser zu informieren und ihre Forderungen zu begründen.

Vor Beginn der Klausurtagung wurde ein „Punktationspapier“ des Bundesgesundheitsministeriums bekannt, in dem verschiedene Alternativen für eine Reform der Arzneimittelversorgung zusammengestellt und bewertet wurden. Das BMG unterbreitete darin den bereits öffentlich diskutierten Vorschlag zur Nutzenbewertung in Kombination mit Einzelverträgen bei innovativen Arzneimitteln sowie Schritte zur Weiterentwicklung der Festbeträge und zur Deregulierung im Allgemeinen. Diese Reformpunkte sollen flankiert werden von kurzfristigen Maßnahmen zur Kostendämpfung (zum Beispiel Zwangsrabatt, Preismoratorium).



Jens Spahn, Vorsitzender der Arbeitsgruppe Gesundheit der Unionsfraktion

Vorschläge zur Arzneimittelreform

Detaillierter gestalteten sich die Vorschläge zur Arzneimittelreform der Abgeordneten Jens Spahn und Michael Hennrich in Vorbereitung auf die genannte Klausurtagung. Die Autoren schlugen vor, die Rabattverträge im Generikamarkt durch einen allgemeinen Rabatt von 10 Prozent zu

ersetzen, verbunden mit einem dreijährigen Preismoratorium. Damit soll das Festbetragsystem gestärkt und das bisherige Einsparvolumen durch Rabattverträge gesichert werden. Bei patentgeschützten Arzneimitteln schlugen die Abgeordneten eine Nutzenbewertung neuer Medikamente im „Schnellverfahren“ vor. Pharmazeutische Hersteller sollen sich zudem mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss über die Vorlage von Versorgungsstudien und deren Inhalte verständigen. Spätestens nach drei Jahren soll das IQWiG anhand der bis dahin verfügbaren Studien eine abschließende Kosten-Nutzen-Bewertung vornehmen. Alternativ soll das Studienmaterial den Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden, die dieses in den Verhandlungen mit den Arzneimittelherstellern nutzen können. Die Reformvorschläge bei der Versorgung mit patentgeschützten Arzneimitteln sollen um eine kurzfristige Kostendämpfungskomponente ergänzt werden. Die Autoren schlugen hierzu analog der Vorgehensweise im nicht patentgeschützten Bereich die Erhöhung des Herstellerrabatts um zehn Prozentpunkte vor, verbunden mit einem dreijährigen Preismoratorium.

Die Diskussionspapiere der Union und des BMG zur Reform der Arzneimittelversorgung bedürfen nach der Einschätzung von Experten an vielen Stellen noch einer fachlichen Präzisierung. Auch steht eine politische Abstimmung der Koalitionäre noch aus. Absichten und Tendenzen lassen sich

Foto: Mihatsch

jedoch erkennen. Ein besonderes Augenmerk ist nach Einschätzung der DKG-Geschäftsstelle auf die Ausgestaltung des geplanten Schnellverfahrens zur Nutzenbewertung bei neuen Medikamenten wegen möglicher Parallelen zum Umgang der Krankenkassen mit neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) zu richten.

Reform der ärztlichen Versorgung

In einem weiteren Papier zur Vorbereitung der Unionsklausur unterbreiteten die Abgeordneten Rudolf Henke, Dr. Rolf Koschorrek, Maria Michalk und Jens Spahn Vorschläge zur Reform der ärztlichen Versorgung. Ein bedeutender Punkt ist dabei die Schaffung sektorenübergreifender Ausschüsse zur ärztlichen Versorgungsplanung auf der Landesebene. Die Unionspolitiker beziehen sich dabei ausschließlich auf die Planung ambulanter ärztlicher Leistungen, unabhängig davon, wo sie erbracht werden. Dabei sollen unter anderem die Landeskrankenhausgesellschaften mit in die Planung der ambulanten Versorgung eingebunden werden. Die stationäre Versorgungsplanung bleibt unerwähnt. Damit unterscheidet sich dieser Vorschlag von den in einer GMK-Arbeitsgruppe vorgeschlagenen Landesausschüssen „Versorgungsplanung“, die auch eine gemeinsame Krankenhausplanung beinhalten. Reformbedarf wird seitens der Unionsabgeordneten auch bei § 116 b Leistungen gesehen. So sollen die vorgesehenen Mindestmengen künftig auf einzelne Ärzte angewendet werden und nicht auf Krankenhäuser. Zudem wird die Einführung einer einheitlichen, an der Krankenhausvergütung orientierten Vergütung für sämtliche Leistungen analog der AOP gefordert. Des Weiteren werden Vorschläge zur Erleichterung der Zweigstellen- bzw. Filialbildung von Vertragsärzten unterbreitet sowie die Einführung zusätzlicher Auswahlkriterien für Studienplätze im Fach Humanmedizin vorgeschlagen.



Foto: BMG

Annette Widmann-Mauz (44) gehört seit 1998 dem Deutschen Bundestag an. Von 2002 bis 2009 war sie Gesundheitspolitische Sprecherin und von 2005 bis 2009 Vorsitzende der Arbeitsgruppe Gesundheit der Unionsfraktion. 2009 wurde sie zur parlamentarischen Staatssekretärin im BMG berufen, wo sie nach der internen Aufgabenverteilung unter anderem für den Bereich stationäre Versorgung zuständig ist. Wie Gesundheitsminister Dr. Rösler beim DKG-Frühlingsempfang mitteilte, leitet die Staatssekretärin unter anderem eine Arbeitsgruppe des Ministeriums zu Fragen der besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf, auch an der Schnittstelle ambulant/stationär.

GMK bereitet Beschlüsse vor

Anlässlich der 82. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) im Juni 2009 wurde eine Arbeitsgruppe der Staatssekretäre mit der Federführung von Sachsen und Bremen eingerichtet. Die Arbeitsgruppe befasst sich mit Fragen der Sicherstellung, der Bedarfsplanung und der Rechtsaufsicht. Hintergrund ist die Erhaltung der Gestaltungsmöglichkeiten der Länder in der Gesundheitspolitik. Die einschlägigen Themen wurden auf der Fachebene diskutiert, verschiedene Reformoptionen wurden entwickelt und der Staatssekretärsarbeitsgruppe am 11. Februar 2010 vorgelegt. Die Staatssekretäre erklärten bei diesem Anlass weder die Abschaf-

fung des Kollektivvertragssystems noch eine übergreifende staatliche Bedarfsplanung als konsensfähig. Sie beauftragten die Facharbeitsgruppe, die verbliebenen Reformoptionen weiter aufzubereiten. Eine Beschlussfassung ist in der 83. GMK am 30. Juni/1. Juli beabsichtigt.

Bei den weiter zur Beratung anstehenden Reformoptionen zeichnet sich ab, dass die Länder bei der Sicherstellung der medizinischen Versorgung weiterhin auf kollektivvertragliche Regelungen setzen, einschließlich einer Rückführung der hausärztlichen Versorgung. Erwogen wird alternativ, die bestehenden Selektivvertragsmöglichkeiten der Hausärzte um eine Pflicht zur Teilnahme am Notdienst zu ergänzen. Angedacht ist zudem die Schaffung eines sektorenübergreifenden Gremiums mit beratendem Charakter, das zusätzlich zu den bestehenden ambulanten und stationären Sicherstellungsmechanismen installiert werden soll.

Die von den Amtschefs präferierten Reformoptionen zur Bedarfsplanung sehen entweder eine sektorale Lösung oder eine stärkere Einbindung der Krankenhäuser in bestehende Strukturen bis hin zur Bildung einer neuen Institution zur sektorübergreifenden Bedarfsplanung mit Letztentscheidung der Länder vor. In dieser Reformoption sind neu zu schaffende Länderausschüsse „Versorgungsplanung“ vorgesehen, welche die bisherigen ambulanten und stationären Planungsinstitutionen ersetzen. Die Länderausschüsse sollen paritätisch aus Vertretern der Leistungserbringer und der Kostenträger zusammengesetzt sein. In diesem Modell würden die KVen Einfluss auf die Krankenhausplanung erhalten. Die Staatssekretäre haben sich hinsichtlich der Rechtsaufsicht unter anderem für die Option eines GKV-Spitzenverbandes Land ausgesprochen. Dies würde die Position der GKV in den Ausschüssen noch verstärken.

DKG-Geschäftsstelle
Bereich Politik