

BMG-Zukunftskongress: Eine florierende Gesundheitswirtschaft ist ein Stück Zukunftssicherung

Bundeskanzlerin Angela Merkel wertet die Gesundheitsbranche auf

Der vom Bundesgesundheitsministerium am 29. April 2010 in Berlin veranstaltete „Zukunftskongress Gesundheitswirtschaft“ war eine in mehrerer Hinsicht bemerkenswerte Veranstaltung. Zum einen wurde ein Kongress dieser Art erstmals seit vielen Jahren durchgeführt und lockte auf Antrieb mehrere hundert Teilnehmer an. Zum zweiten wurde auf dem Kongress nicht „über“, sondern „mit“ den Akteuren der Gesundheitswirtschaft geredet, etliche von ihnen in wichtigen Positionen erfolgreicher Unternehmen der Medizintechnik und der Pharmabranche. Das Bundesgesundheitsministerium bot seine gesamte Führungsspitze – neben Minister Dr. Philipp Rösler die drei Staatssekretäre Annette Widmann-Mauz, Stefan Kapferer und Daniel Bahr – auf, um die Veranstaltung zum Erfolg zu führen. Schließlich verlieh der Auftritt von Bundeskanzlerin Angela Merkel dem Kongress ein besonderes Gewicht.

Dass es Bundesgesundheitsminister Rösler gelungen war, die Regierungschefin zur Teilnahme an dem Kongress zu bewegen, macht alleine schon eine deutliche Akzentverschiebung in der Herangehensweise an das Thema Gesundheitsbranche deutlich. Zwar wollte Angela Merkel den ihr von Rösler angebotenen Titel einer „Gesundheitskanzlerin“ – in Analogie zu dem berühmten „Autokanzler“ – in dieser Form nicht ohne Weiteres annehmen, aber sie ließ keinen Zweifel daran, dass die Regierung den im Koalitionsvertrag enthaltenen Aussagen über die Bedeutung der Gesundheitswirtschaft Taten folgen lassen will. Merkel zitierte Prognosen, nach denen der Anteil der Gesundheitswirtschaft am BIP von 10 Prozent 2005 auf 13 Prozent 2020 und die Zahl der Beschäftigten von rund fünf auf sieben Millionen anwachsen könnten.

Laut den „Zahlen und Fakten“ des BMG zur Gesundheitswirtschaft arbeiten in der Branche bereits heute 11,5 Prozent aller Beschäftigten in Deutschland. Im Jahr 2030 werden es über 20 Prozent der Erwerbstätigen sein, wie ein Forschungsprojekt des BMWi prognostiziert. Dieses enorme wirtschaftliche und Arbeitsmarktpotenzial will die Bundesregierung nach Merkels Aussagen mit einer gezielten Förderung von Forschung und Bildung nachhaltig unterstützen. Sie erinnerte an den Koalitionsvertrag, in dem als Ziel angegeben wird, bis zum Jahr 2015 10 Prozent des BIP für die Forschung aufzuwenden. Die Investitionen in Bildung und Forschung sollen in der laufenden Legislaturperiode um 12 Mrd. € anwachsen. Geld alleine werde jedoch in diesem Bereich nicht ausreichen. In der Forschungsförderung komme es vielmehr darauf an, gezielt die richtigen High-Tech-Strategien zu unterstützen und Schwerpunkte zu bilden, Metropolregionen – zum Beispiel nach dem Muster der USA – zu gründen, Netzwerke aus Universitäten sowie kleinen und großen Firmen zu knüpfen, die

richtigen Finanzierungsinstrumente (venture capital) parat zu haben und auch das richtige Gespür für die „zweite Chance“ zu entwickeln. Deutschland brauche eine stärkere Clusterbildung in der universitären Forschung, aber auch mehr Zentren für eine gezielte Gesundheitsforschung. Im Bereich der eHealth wünschen sich sowohl die Kanzlerin als auch ihr Gesundheitsminister eine etwas schnellere Gangart. „Ich höre aus dem Gesundheitsministerium, man konzentrierte sich in der gematik nun auf das Wesentliche“, sagte Merkel nicht ohne Ironie. Man solle „den Versuch machen, hier vorwärts zu kommen“.

Insgesamt wird das Gesundheitssystem nach Aussage von Angela Merkel „mehr Geld brauchen“, um seine wachsenden Aufgaben bewältigen zu können. Sie teilte mit, dass im Bundeswirtschaftsministerium konkret an einem Rahmenplan für die Außenwirtschaftsförderung im Bereich der Gesundheitswirtschaft gearbeitet werde. Die Bundesregierung werde auch im Bereich der politischen Kontakte alles tun, um die Position der deutschen Unternehmen auf dem Weltmarkt zu unterstützen. Die OECD gehe von einer Verdopplung des weltweiten Exports für Güter und Dienstleistungen in der Gesundheitswirtschaft bis 2015 aus. „Es wäre doch gelacht, wenn Deutschland an diesem wirtschaftlichen Aufschwung nicht teilhaben würde“, sagte die Kanzlerin. Auch nach Röslers Überzeugung „macht es Sinn, für die deutsche Medizintechnik im Ausland zu werben“.

Die qualifizierten Leistungen und die Logistik deutscher Krankenhäuser sind nach Merkels Aussage „weltweit ein Markenzeichen“ für „Made in Germany“. Das würde ihr bei ihren Auslandsreisen immer wieder klargemacht. Die Kanzlerin würdigte ausdrücklich, dass sich die Gesundheitsbranche in Deutschland während der schweren Wirtschaftskrise der vergangenen Jahre als ein stabilisierender Faktor erwiesen habe. Das Gesundheitswesen sei in der Krise einer der „Leuchttürme“ gewesen. Längerfristiges Wirtschaftswachstum sei jedoch generell und auch in der Gesundheitswirtschaft nur auf der Grundlage solider Finanzen und ausreichender Leistungsanreize möglich.

Dem Gesundheitsministerium ging es bei der Tagung in Berlin nicht zuletzt darum, die Wertschätzung für die oft im Verborgenen bleibenden herausragenden Leistungen der Industrie, insbesondere auch kleiner und mittelständischer Unternehmen – die „Hidden Champions“ –, zum Ausdruck zu bringen, wie Staatssekretär Bahr betonte. Eine leistungsfähige und florierende Gesundheitswirtschaft trägt nach Überzeugung des Gesundheitsministers „zu unserem modernen und



Bundeskanzlerin Angela Merkel beim „Zukunftskongress Gesundheitswirtschaft“

Foto: dpa

Abbau von Hürden beim Marktzugang

Maßgebliche Vertreter der medizintechnischen und pharmazeutischen Industrie (Dr. med. Manfred W. Elff, Biotronic; Christian O. Erbe, Erbe Elektromedizin; Dr. Andreas Jordan, MagForce Nanotechnologies; Ulrich Krauss, Carl Zeiss Meditec; Michael Scherf, Getemed Medizin- und Informationstechnik AG; Jochen M. Franke, Philips; Dr. Meinrad Lugan, B. Braun; Dr. Wolfgang Plischke, Bayer) hatten Gelegenheit, in zwei Podiumsdiskussionen ihre Perspektiven zu erläutern und Forderungen an die Politik zu formulieren. Fragen der Nutzenbewertung von Innovationen und des Marktzugangs spielten dabei eine wichtige Rolle. Die deutsche

leistungsfähigen Gesundheitssystem in Deutschland bei. Sie ist ein Garant für Arbeitsplätze und damit ein Stück Zukunftssicherung“. Deswegen müsse der Gesundheitsstandort Deutschland weiter gestärkt werden. Die vom BMG präsentierten Daten über den Gesundheitsmarkt sind eindrucksvoll (siehe Seite 408 in diesem Heft). Nach der Überzeugung des Gesundheitsministers wird die Gesundheitswirtschaft weiter wachsen und „als Jobmotor noch wichtiger“. Wie sehr sie wächst und welche Chancen sie für Unternehmen und Beschäftigte, für den Mittelstand, für Freiberufler und Selbständige biete, hänge auch von den schrittweisen Veränderungen ab, die von der Bundesregierung eingeleitet würden. Ziel der Politik sei es, „die Wachstumspotenziale weiter zu stärken“. Auch deshalb Sorge die christlich-liberale Koalition „für eine solide und faire Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung“.

Die Beziehungen zwischen dem teilweise überregulierten Gesundheitssystem und der Gesundheitswirtschaft als einem Teil der sozialen Marktwirtschaft sieht der Gesundheitsminister als ein komplexes Geflecht. Rösler legte Wert auf eine zumindest teilweise Abkehr von planwirtschaftlichen Elementen, wie sie im Gesundheitswesen üblich sind. Dies sei auch wichtig, um die Chancen der Industrie in diesem Bereich zu steigern. Andererseits sei das Gesundheitswesen kein Bereich, in dem die Gesetze des freien Marktes ungebremst zum Zuge kommen könnten. „Gesundheit ist eben kein Gut wie jedes andere“, so Rösler. Auch die Finanzierung aus Zwangsbeiträgen mache eine Regulierung notwendig. Die Politik wolle sich bemühen, bürokratische Hürden abzubauen, unter denen die Leistungserbringer im Gesundheitswesen, aber auch die Industrie zum Beispiel in der Frage des Marktzugangs zu leiden hätten. Das BMG ließ während der Tagung keinen Zweifel daran, dass Innovationen nur dann „nützlich“ sind, wenn sie letztlich dem Patienten nützen oder auch Kosten senken, so Staatssekretär Kapferer. Wolfgang Zöllner, Patientenbeauftragter der Bundesregierung, betonte den Aspekt der Forschung im Bereich seltener Erkrankungen.

medizintechnische Industrie ist weltweit tätig, in manchen Bereichen sind mittelständische Firmen mit ihren Produkten Weltmarktführer, ihre Kreativität und Innovationskraft gelte es zu erhalten. Die Vertreter der Gesundheitsindustrie untermauerten nachdrücklich die Bedeutung des „Heimatmarktes“ für den weltweiten Erfolg der Innovationen und Produkte der überwiegend mittelständischen medizintechnischen Unternehmen. Die permanente Entwicklungsarbeit zielt oft auf schrittweise Verbesserungen bereits eingeführter Produkte ab. Der Weg von der Innovation in die Regelversorgung müsse verbessert werden. Den „Verbotsvorbehalt“ im stationären Bereich will die Industrie erhalten sehen, damit zum Beispiel eine Versorgungsforschung überhaupt möglich bleibe. Staatssekretärin Widmann-Mauz sagte dies zu, brachte aber auch die Möglichkeit „begrenzter“ Zulassungen ins Gespräch. Die Firmen wollen gezielt die Anforderungen des G-BA schon in der Entwicklungsarbeit berücksichtigen. Hindernisse gelte es bei der Markteinführung komplexer Systemlösungen mit deutlichen Verbesserungen für die Patienten und Kosteneinsparungen für die Krankenkassen zu beseitigen. Ein Beispiel ist das Home-Monitoring im Falle chronischer Krankheiten, für das keine Vergütungen existierten. Auch die finanziellen Möglichkeiten der Ärzte und der Krankenhäuser halten nicht Schritt mit den Neuerungen der Industrie. Das Ergebnis seien oft veraltete „Geräteparks“ in Kliniken und Praxen. Grundlegende Innovationen bräuchten zehn bis 15 Jahre Entwicklungsarbeit, um dies durchzustehen benötige die Industrie einen „langen Atem“ und ausreichende Erlöse aus dem „laufenden Geschäft“.

Die Industrie sieht zwei entscheidende Handlungsbereiche, um ihre zurzeit auch international herausragende Position halten zu können: 1. Eine umfassende und effiziente Förderung von Forschung und Entwicklung. 2. Eine rasche und ausreichende wirtschaftliche Verwertung von Innovationen. Angesichts der wachsenden Konkurrenz zum Beispiel aus Asien wurde eine steuerorientierte Forschungsförderung gefordert. Hierfür machte sich auch die Kanzlerin in ihrer Rede


stark, verwies aber einschränkend auf Widerstände aus dem Finanzministerium. Die Vertreter der Industrie bekräftigten dessen ungeachtet ihre Zielsetzung, „höchste Qualität“ für die Patientenversorgung zu liefern. Heute noch sei das Markenzeichen „Made in Germany“ ein Erfolgsfaktor für die Produkte der medizintechnischen und pharmazeutischen Industrie. Damit es so bleibe, müsste die Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen erhalten bleiben. Dabei ist den Vertretern der Industrie sehr wohl bewusst, dass ihre Wachstumschancen teilweise auf denselben Tendenzen beruhen, die auch die größten Risiken beinhalten. Angesichts der demographischen Entwicklung ist die qualifizierte Nachwuchsförderung deshalb schon heute eine sehr wichtige Aufgabe. Ebenso bedroht die tendenziell größer werdende finanzielle Schieflage des Gesundheitswesens die Entwicklungs- und Absatzchancen der Industrie.

Die DKG begrüßte den BMG-Kongress. Dieser zeige, dass die Bundesregierung das Wirtschafts- und Wachstumspotenzial des Gesundheitswesens erkenne. Das alleine reiche aber nicht aus. Notwendig sind nach den Worten von DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum konsequente und innovationsfreundliche Regeln, damit die medizinischen Neuerungen auch schnell beim Patienten ankommen. Gezielte Chemotherapien, Stammzelltransplantationen und die minimal-invasive Chirurgie könnten wie alle innovativen Verfahren nur im Krankenhaus entwickelt und gelehrt werden.


Die Kliniken seien traditionell „die Eintrittspforte für neue Ideen und Verfahren in der Patientenversorgung“. Mit Sorge müsse festgestellt werden, dass Innovationen zunehmend durch bürokratische und langwierige Überprüfungsprozeduren ausgebremst bzw. oft für Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen ausgeschlossen würden. Selbst neue anerkannte Verfahren würden von den Krankenkassen bei den Vergütungsvereinbarungen vor Ort vielfach ignoriert. „Nur jede vierte beantragte Innovation wird nach einer Studie des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) am Ende auch vergütet“, so Baum.

Neue medizinische Verfahren und Therapien würden auch durch rückwärtsgerichtete Forderungen gefährdet, die die Entwicklung von Innovationen (§ 137 c SGB V) in den Krankenhäusern weitgehend verhindern sollen. „Kliniken können nicht den gleichen innovationshinderlichen Regelungen wie die ambulante Versorgung ausgesetzt werden“, so der Hauptgeschäftsführer. Das würde nur zu einer „Gleichheit im Elend des Innovationsstaus“ führen. Die Medizin in den Krankenhäusern brauche Innovationsfreiräume. „Die Medizinforschung und die Ärzte in den Krankenhäusern nutzen diese Freiräume für die Patienten. Sie haben bewiesen, dass sie damit verantwortlich umgehen.“

Diplom-Volkswirt Peter Ossen
Chefredakteur



„Macht
gutes Essen
gesund?“



Natürlich ist eine ausgewogene Ernährung mit wertvollen Vitaminen und Nährstoffen wichtig für das Wohlbefinden. Deshalb kochen wir von **apetito** leidenschaftlich gern für Menschen, denen es schnell wieder besser gehen soll – mit „Gute-Laune-Rezepten“. Sprechen Sie mit uns! Wir sind Ihr Partner in allen Fragen rund um gesunde Ernährung und Management.

Frische Verpflegungslösungen für Kliniken.

Zahlen, Daten und Fakten zur Gesundheitswirtschaft

Im Rahmen des Zukunftskongresses Gesundheitswirtschaft hat das Bundesgesundheitsministerium eine Datensammlung veröffentlicht, die im Folgenden wiedergegeben wird.

Die Gesundheitswirtschaft setzt sich aus verschiedenen Akteuren zusammen. Der Kernbereich, auch erster Gesundheitsmarkt genannt, umfasst den Bereich der „klassischen“ Gesundheitsversorgung, die größtenteils durch Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und Private Krankenversicherung (PKV) (einschließlich Pflegeversicherung), zu kleineren Anteilen auch durch Arbeitgeber (Lohnfortzahlung im Krankheitsfall), den Staat (Zuschüsse zur GKV) und weitere Sozialversicherungsträger geprägt ist.

Als zweiter Gesundheitsmarkt werden alle privat finanzierten Produkte und Dienstleistungen rund um die Gesundheit bezeichnet. Dabei ist die Zuordnung, welche Waren und Dienstleistungen einen Bezug zur Gesundheit aufweisen, nicht klar definiert und teilweise umstritten. Der zweite Gesundheitsmarkt umfasst nach allgemeinem Verständnis freiverkäufliche Arzneimittel und individuelle Gesundheitsleistungen, Fitness und Wellness, Gesundheitstourismus sowie die Bereiche Sport/Freizeit, Ernährung und Wohnen.

Die deutsche Gesundheitswirtschaft ist eine dynamische Wirtschaftsbranche mit hoher Innovationskraft und erheblicher ökonomischer Bedeutung für den Standort Deutschland. Die Gesundheitsausgaben beliefen sich im Jahr 2008 auf rund 263 Mrd. € – das entspricht einem Anteil von 10,5 Prozent des Bruttoinlandsprodukts.

Im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft werden 70 Prozent der Ausgaben durch die sozialen Sicherungssysteme finanziert. Allein die Ausgaben der GKV betragen im vergangenen Jahr 171 Mrd. € (2008: 161 Mrd. €). Der Anteil der PKV an den Gesundheitsausgaben belief sich im Jahr 2008 auf rund 25 Mrd. € oder knapp zehn Prozent.

Im zweiten Gesundheitsmarkt werden knapp 55 Mrd. € ausgegeben (2005). Das entspricht fast 20 Prozent der gesamten Konsumausgaben.

Wirtschaftliche Bedeutung

Aufgrund der hohen Bedeutung des Gutes Gesundheit steht der Staat in der Gesundheitswirtschaft traditionell in großer Verantwortung. Mit einem umfassenden Leistungsanspruch für die gut 70 Millionen gesetzlich und die rund 8,8 Millionen privat Krankenversicherten sowie hervorragend ausgebildeten Fachkräften und guter Infrastruktur bietet Deutschland als größter europäischer Markt ausgezeichnete Standortbedingungen für die Leistungserbringer und Unternehmen der Gesundheitswirtschaft.

Auch im Hinblick auf Leistungsfähigkeit und Qualität der medizinischen Versorgung steht das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich gut da: Deutschland verfügt

über eines der besten medizinischen Versorgungssysteme. Unabhängig von Einkommen oder Versichertenstatus ist medizinische Hilfe auch außerhalb der üblichen Sprechstunden wesentlich einfacher zu bekommen als in den meisten anderen Gesundheitssystemen der Welt.

Oft wird darauf hingewiesen, dass die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung die Wirtschaft und die Beschäftigten mit hohen Kosten belasten. Diese Sichtweise vernachlässigt, dass eine gute Gesundheitsversorgung über die ökonomische Bedeutung des Gesundheitssektors hinaus gleichzeitig einen großen volkswirtschaftlichen Nutzen hat. Denn ein Gesundheitssystem mit guter medizinischer Akutversorgung und einem ausgebauten Rehabilitationswesen trägt wesentlich dazu bei, dass die Erwerbsfähigkeit und Produktivität der Erwerbstätigen erhalten bleibt und die Menschen selbst aus eigener Kraft für ihren Unterhalt sorgen können.

Umsatz gesamt

Nach Einschätzung eines aktuellen Forschungsprojekts im Auftrag des BMWi zur statistischen Erfassung der Gesundheitswirtschaft in den Abgrenzungen der VGR (sogenanntes Gesundheitssatellitenkonto) wurden im Jahr 2005 insgesamt rund 278 Mrd. € für Güter und Dienstleistungen der Gesundheitswirtschaft ausgegeben (Konsumausgaben).

Umsatz nach Branchen

Medizintechnik: 18,85 Mrd. € (2008)
Pharmazeutische Industrie: 31,8 Mrd. € (2008)
Biotechnologie: 1,07 Mrd. € (2008)

Unternehmen gesamt

229 644 Firmen und Betriebe

Unternehmen nach Branchen/Sektoren

- 2 083 Krankenhäuser (2008)
- 166 gesetzliche Krankenkassen (April 2010)
- 46 Unternehmen der privaten Krankenversicherung (2009)
- 90 414 Arztpraxen (2008)
- 21 602 Apotheken (2008)
- 22 558 Pflegeeinrichtungen in Deutschland
- davon stationär: 11 029
- davon ambulant: 11 529
- rund 500 Biotech-Kernunternehmen
- 11 000 Medizintechnik-Unternehmen
- 1 250 Betriebe (mit mehr als 20 Beschäftigten pro Betrieb)
- 10 000 Kleinunternehmen
- rund 975 pharmazeutische Unternehmen



Gesundheitswirtschaft als Jobmotor

Beschäftigte gesamt

Im Jahr 2008 waren rund 4,6 Millionen Menschen im Gesundheitsbereich beschäftigt. Das sind 11,5 Prozent aller Erwerbstätigen. Bei einer weiter gefassten Definition (Fitness, Wellness etc.) arbeiten sogar rund 5,4 Millionen Menschen in der Gesundheitswirtschaft, demzufolge ist jeder siebte Erwerbstätige in dieser Branche tätig. Unter den Erwerbstätigen im Gesundheitsmarkt haben Frauen einen hohen Anteil: Rund 3,4 Millionen Beschäftigte des Gesundheitssektors sind weiblichen Geschlechts.

Allein zwischen den Jahren 2000 und 2008 hat die Zahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen um rund 500 000 zugenommen; dies entspricht einem Anstieg von 12,2 Prozent.

Ein aktuelles Forschungsprojekt des Bundeswirtschaftsministeriums hat prognostiziert, dass im Jahr 2030 über 20 Prozent der Erwerbstätigen, und damit jeder Fünfte, in der Gesundheitswirtschaft arbeiten könnte – wenn die Rahmenbedingungen stimmen.

Beschäftigte nach einzelnen Branchen/Sektoren

- Ärztinnen und Ärzte: rund 326 000 berufstätige Ärztinnen und Ärzte (2009). An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen rund 137 000 teil.
- Zahnärztinnen/Zahnärzte: rund 66 000
- in Apotheken: 145 480 (davon rund 48 000 Apothekerinnen und Apotheker)
- Pflege: 830 000 Pflegekräfte. Davon rund 30 Prozent (249 000) bei ambulanten Pflegediensten und 70 Prozent (581 000) in Pflegeheimen.
- in Krankenhäusern: 1 078 000
- Pharmazeutische Industrie: 127 248
- Medizintechnik: rund 170 000 Beschäftigte in über 11 000 Unternehmen. Weitere 29 000 Mitarbeiter sind im Einzelhandel für medizinische und orthopädische Güter tätig.

Außenwirtschaft

Im Jahr 2005 exportierten die Unternehmen der Gesundheitswirtschaft Güter im Wert von rd. 55 Mrd. €. Dabei entfielen 49 Prozent auf Pharmaprodukte und 19 Prozent auf Medizintechnik. Den Exporten standen Importe in Höhe von rund 47 Mrd. € gegenüber, damit ergab sich ein Außenhandelsüberschuss von rund acht Mrd. €.

Perspektiven der Gesundheitswirtschaft

Die demographische Entwicklung in Deutschland und das wachsende Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung führen zu einer zusätzlichen Nachfrage nicht nur an herkömmlichen professionellen Dienstleistungen in den Bereichen Gesundheit, Pflege und Betreuung, sondern auch an Produkten und Dienstleistungen des zweiten Gesundheitsmarktes.

Innovationskraft

Nach Angaben des Europäischen Patentamtes in München führt die Medizintechnik die Liste der angemeldeten Erfindungen mit über 16 700 Patenten an (Stand: 2007). ■

Eckpunkte zur Arzneimittelreform

Das Bundeskabinett hat am 28. April 2010 Eckpunkte zur Arzneimittelversorgung beschlossen und ist damit dem von Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler am 26. März verkündeten Weg zur Reform des Pharmamarktes gefolgt. Es handelt sich um ein Umsetzungsprojekt aus dem Koalitionsvertrag. Wie das Ministerium mitteilte, bestehen die vorgesehenen Maßnahmen aus einem „Dreiklang von kurzfristig wirksamen Maßnahmen, Deregulierung und strukturellen, langfristig wirksamen Veränderungen“. Der Zugang zu neuen, innovativen Medikamenten bleibt demnach erhalten, die Preise für Arzneimittel werden jedoch nicht mehr von den Herstellern „diktiert“. Erstmals finden nach diesem Konzept „Verhandlungen zwischen Herstellern und Krankenkassen“ statt. „Wir sind es den Versicherten schuldig, dass Beitragsmittel effektiver eingesetzt werden. Wer Innovationen will, muss dafür sorgen, dass diese auch bezahlbar sind“, so Rösler. Mit der Neuordnung des Arzneimittelmarktes verfolge die Regierung drei Ziele:

- Den Menschen müssen im Krankheitsfall die besten und wirksamsten Arzneimittel zur Verfügung stehen.
- Die Preise und Verordnungen von Arzneimitteln müssen wirtschaftlich und kosteneffizient sein.
- Es müssen verlässliche Rahmenbedingungen für Innovationen, die Versorgung der Versicherten und die Sicherung von Arbeitsplätzen geschaffen werden.

Mit den Maßnahmen will die Regierung den „gesamten Markt“ weiterentwickeln, also den Markt für patentgeschützte Arzneimittel und Generika.

Der Kabinettsbeschluss sieht vor, den Herstellerabschlag für alle Arzneimittel, die nicht der Festbetragsregelung unterliegen, zeitlich befristet bis zum 31. Dezember 2013 von sechs auf 16 Prozent zu erhöhen. Für die Geltungsdauer des erhöhten Abschlags wird ein Preisstopp verordnet, Preiserhöhungen werden durch einen Zusatzrabatt in gleicher Höhe für die GKV neutralisiert. Preisbasis ist der 1. August 2009. Der Preisstopp gilt bis zum 31. Dezember 2013. Mit diesen „kurzfristig wirksamen Maßnahmen wird der Raum für strukturelle Änderungen geschaffen“.

Pharmaunternehmen müssen künftig nach dem Willen der Regierung den Nutzen für alle neuen Arzneimittel nachweisen. Bei der Markteinführung neuer und innovativer Arzneimittel ist ein gestuftes Verfahren mit einer kurzfristigen Nutzenbewertung vorgesehen. Pharmazeutische Unternehmen werden verpflichtet, bei der Markteinführung ein „Dossier“ vorzulegen, aus dem unter anderem der medizinische Nutzen und der Zusatznutzen im Vergleich zum Therapiestandard

dard bzw. zu Therapiealternativen sowie die Therapiekosten hervorgehen. Auf dieser Grundlage soll der G-BA innerhalb von drei Monaten eine Nutzenbewertung durchführen. Arzneimittel ohne einen im Rahmen dieses „Schnellverfahrens“ nachgewiesenen Zusatznutzen werden unmittelbar in das Festbetragsystem überführt. Klagen gegen solche Entscheidungen haben „keine aufschiebende Wirkung“.

Grundsätzlich soll es bei Analogarzneimitteln eine „Umkehr der Beweislast“ geben. Eine therapeutische Verbesserung „wird nur auf Antrag des Unternehmens anerkannt, das verpflichtet ist, die notwendigen Belege dazu selbst vorzulegen. Dabei ordnet der G-BA Molekülvariationen automatisch der entsprechenden pharmakologischen Vergleichsgruppe zu“.

Wenn im Rahmen der Schnellprüfung ein Zusatznutzen festgestellt wird, kann das Pharmaunternehmen den Listenpreis einfordern. Jedoch ist der GKV-Spitzenverband aufgefordert, mit den pharmazeutischen Unternehmen binnen Jahresfrist einen Rabatt auf den Abgabepreis auszuhandeln. Wird dabei keine Einigung erzielt, legt eine Schiedsstelle innerhalb von drei Monaten den Rabatt zum Beispiel auf der Basis internationaler Vergleichspreise fest. Klagen gegen diesen Schiedsspruch haben ebenfalls keine aufschiebende Wirkung. Unabhängig davon ist vorgesehen, dass einzelne Krankenkassen mit pharmazeutischen Unternehmen abweichende vertragliche Vereinbarungen treffen können. Auf Initiative der Beteiligten – hier wohl insbesondere des GKV-Spitzenverbandes – soll das dargestellte Vertragsverhandlungsverfahren für den Bestandmarkt von patentgeschützten, nicht festbetragsfähigen Arzneimitteln in Gang gesetzt werden.

Die Regierung ist offenbar entschlossen, das gesamte derzeit vorhandene Instrumentarium zur Steuerung der Arzneimittelausgaben zu deregulieren. Dies betrifft den Bestandmarkt ebenso wie neue Arzneimittel. Rabattverträge für Generika sollen „wettbewerblicher und patientenfreundlicher“ gestaltet werden. Demnach erhalten Patienten zum Beispiel die Möglichkeit, im Rahmen von Mehrkostenregelungen auch nicht rabattierte Arzneimittel auszuwählen. Darüber hinaus stellt die Koalition in ihrem Pharma-Konzept verschiedene Einzelinstrumente auf den Prüfstand (zum Beispiel Wirtschaftlichkeitsprüfungen, Bonus-Malus-Regelung, Zweitmeinung, Importarzneimittel).

Den Handlungsbedarf für die Arzneimittelgesetzgebung leitet die Koalition aus der Entwicklung der Arzneimittelausgaben in der GKV ab. Diese sind 2009 um 5,3 Prozent je Versichertem gestiegen, was einem Zuwachs von rund 1,5 Mrd. € entspricht. „Die hohen Ausgabenzuwächse der vergangenen Jahre haben dazu geführt, dass im Jahr 2009 einschließlich der Zuzahlungen der Versicherten mehr als 32 Mrd. € für Arzneimittel ausgegeben wurden“, so das Ministerium. Der Kostenzuwachs werde durch Arzneimittel ohne Festbetrag verursacht (2009: + 8,9 Prozent), während die GKV-Umsätze mit Festbetragsarzneimitteln sinken (2009: minus 2 Prozent). Wachstumsträger seien kostenintensive Spezialpräparate mit jährlich zweistelligen Zuwachsraten. Ihr Anteil am GKV-Arzneimittelumsatz erreiche bereits rund 26 Prozent, obwohl ihr Verordnungsanteil nur 2,5 Prozent betrage. ▶



von Auer/Seitz

Gesetz zur Regelung des Transfusionswesens (Transfusionsgesetz)

Kommentar und Vorschriftensammlung

Loseblattausgabe. Gesamtwerk – 14. Lieferung
Stand: Oktober 2009. Ca. 1.830 Seiten inkl. Ordner. € 119,-
ISBN 978-3-17-017388-0

Loseblattwerke werden zur Fortsetzung geliefert.
Abbestellung jederzeit über unseren Vertrieb möglich.
Auf Wunsch ist auch Einmalbezug möglich.

Das Transfusionsgesetz regelt sowohl die Entnahme von Blut und Plasma beim Menschen als auch die Anwendung von Blutproben. Ebenso sind Qualitäts- und Sachkundanforderungen, Mitteilungs-, Dokumentations- und Rückverfolgungspflichten sowie die Meldepflicht wesentlicher Inhalt dieses Gesetzes.

Das Kommentarwerk zum Transfusionsgesetz ist eine Richtschnur für die Umsetzung und die Beachtung des Gesetzes und vermittelt die Intentionen und Inhalte seiner Regelungen. Der Kommentar gibt über viele Zweifelsfragen Auskunft, die im Transfusionsrecht auftreten können. Bei der Kommentierung und Dokumentation wird nicht nur die Literatur zum TFG und seine Thematik berücksichtigt, sondern auch die einschlägige Rechtsprechung.

Die Autoren: **Friedger von Auer**, Ministerialrat im Bundesministerium für Gesundheit in Bonn und Leiter des Referates „Blut- und Blutprodukte“, und **Professor Dr. med. Rainer Seitz**, Leiter der Abteilung „Hämatologie/Transfusionsmedizin“ im Paul-Ehrlich-Institut, Langen.

W. Kohlhammer GmbH · 70549 Stuttgart · www.kohlhammer.de

Bemerkenswert erscheint, dass eine christlich-liberale Koalition, die sich im Koalitionsvertrag unter anderem eine Stärkung der Gesundheitswirtschaft zum Ziel gesetzt hat, erstmals in der Bundesrepublik eine strikte (Zusatz-)Nutzenbewertung bei innovativen Arzneimitteltherapien durchsetzen will. Gleichzeitig machen die kurzfristigen Sparmaßnahmen den großen politischen Druck deutlich, unter dem die Regierung und das Bundesgesundheitsministerium stehen. Angesichts milliardenschwerer Einnahmeausfälle in der GKV wird der Gesundheitsminister vermutlich nach weiteren Sparmaßnahmen Ausschau halten. Die Kostendämpfungselemente der Arzneireform sollen dem laufenden Verfahren zum GKV-Änderungsgesetz angehängt werden, damit sie möglichst früh in Kraft treten können. Im Gespräch ist der 1. August 2010. Entsprechende Änderungsanträge sind bereits formuliert.

Reform der ambulanten Versorgung

Das nächste große Gesetzgebungsverfahren nach der Arzneimittelreform betrifft die ambulante ärztliche Versorgung. Die FDP hat auf ihrem Bundesparteitag Ende April zur ambulanten Versorgung eine EntschlieÙung gefasst (siehe Seite 413 f.). Bereits für den Sommer 2010 ist mit Eckpunkten für ein Reformgesetz zu rechnen. Krankenhäuser werden voraussichtlich im Rahmen ihrer ambulanten Leistungserbringung, unter anderem bei den spezialärztlichen Leistungen nach § 116 b V und hinsichtlich der MVZ, betroffen sein. Ebenso haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesärztekammer im Vorfeld der Debatte zur Reform der ärztlichen Versorgung eigene Vorschläge zu den Themen MVZ und spezialärztliche ambulante Behandlung im Krankenhaus vorgelegt. Demnach sollen MVZ ausschließlich durch Ärzte gegründet und geleitet werden. Krankenhäuser und andere vertraglich gebundene Leistungsträger (Apotheken, Heil- und Hilfsmittelerbringer) sollen darüber hinaus nur noch als Minderheitsbeteiligte zugelassen werden. Dieser Vorschlag würde noch über die restriktiven Vorgaben des Koalitionsvertrags hinausgehen, der zumindest eine Öffnung der MVZ-Trägerschaft für unterversorgte Gebiete vorsieht. Bei der ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach § 116 b SGB V sollen die Vorrangigkeit des vertragsärztlichen Bereichs und die zwingende Beteiligung der KVen im „Zulassungsverfahren“ vorgeschrieben werden. Eine „Zulassung“ nach § 116 b Absatz 2 SGB V soll nur noch erfolgen, wenn keine Ermächtigung vorliegt. Das würde dazu führen, dass Krankenhäuser diese Leistungen in den meisten Fällen nicht anbieten könnten. Zudem soll der G-BA künftig über den gesamten Katalog der ambulanten spezialärztlichen Leistungen einschließlich der jetzt im Gesetz verankerten Leistungen entscheiden. Dieses Verfahren dürfte bei den Mehrheitsverhältnissen im G-BA zu erheblichen Einschränkungen des Katalogs führen.

Ein wesentlicher Punkt dieser Reform ist die vertragsärztliche Bedarfsplanung. Diese gilt bei nahezu allen Beteiligten als gescheitert und reformbedürftig. Um die künftige Ausgestaltung wird derzeit gerungen. Nach den bisher bekannten Entwürfen einiger Unionsabgeordneter könnte sich die CDU/

CSU-Bundestagsfraktion für eine Abschaffung der Zulassungssperren in der ambulanten Bedarfsplanung aussprechen, da diese weder zu einer Kostensenkung im Gesundheitswesen noch zu einer besseren Verteilung der Ärzte geführt haben. Zudem verfolgt die Union einen sektorenübergreifenden Ansatz. Demnach sollen Ausschüsse zur Versorgungsplanung auf Landesebene gebildet werden, denen Vertreter der KVen, der Landesärztekammern, der Landeskrankenhausesellschaften und die für die gesundheitliche Versorgung zuständigen Landesministerien angehören. Patientenvertreter und betroffene Kommunalvertreter können beratend an den Sitzungen teilnehmen. Ziel ist es, die Bedarfsentwicklung sektorenübergreifend und umfassend zu erheben und die Zulassung nach dem tatsächlichen Bedarf zu steuern. Dieses Modell schließt auch durch Krankenhäuser erbrachte ambulante Leistungen ein. Bei spezialärztlichen Leistungen nach § 116 b SGB V sehen die Pläne vor, im niedergelassenen wie im stationären Bereich gleiche Voraussetzungen für die Bedarfsplanung, Mengenbegrenzung und Vergütung zu schaffen. Als Maßnahme wird seitens der Union vorgeschlagen, die für niedergelassene Ärzte geltenden Mindestmengen auch für einzelne Ärzte im Krankenhaus einzuführen. Weiterhin plädieren die Unionsabgeordneten für die Einführung einer einheitlichen, an der Krankenhausvergütung orientierten Vergütung für (alle) ambulanten ärztlichen Leistungen, die sowohl im niedergelassenen Bereich als auch im Krankenhaus erbracht werden können.

Die KBV fordert eine kleinteilige und sektorenübergreifende Versorgungsplanung. Neue öffentlich-rechtliche Zweckverbände auf Landesebene sollen die Sicherstellung im ambulanten und stationären Bereich koordinieren und die bisherigen Planungsinstitutionen ablösen. Besetzt werden sollen die Zweckverbände mit Vertretern der Landesministerien, Kassenärztlichen Vereinigungen, Landesärztekammern und Landeskrankenhausesellschaften. Krankenkassen- und Patientenvertreter würden beratend einbezogen.

Die Schnittstelle zwischen der ambulanten und stationären Versorgung ist laut KBV so auszugestalten, dass Qualitätsmaßgaben, innovative Verfahren sowie die Vergütung für die Patientenversorgung einheitlich sind. Für Vertragsärzte und Krankenhäuser sollen ein noch zu schaffender einheitlicher Versorgungsbereich und ein Leistungskatalog für „spezialisierte ambulante, teil- und kurzstationäre fachärztliche Versorgung“ gleichermaßen gelten. Da jedoch vorgesehen ist, die bisherigen Instrumente der Bedarfsplanung wie Zulassungs- und Ermächtungsverfahren beizubehalten, dürfte dieses Modell weder eine Lösung für die Herausforderungen der demographischen Entwicklung noch für den Ärztemangel sein.

In den Ländern wird ebenfalls zunehmend eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung diskutiert. Zur Vorbereitung der diesjährigen Gesundheitsministerkonferenz, die Ende Juni in Hannover stattfindet, wollen die Staatssekretäre und Staatsräte der Länder in der ersten Maiwoche den Gesundheitsministern und Gesundheitssenatoren der Länder eine EntschlieÙung empfehlen. So soll die GMK den Bundesgesetzgeber auffordern, bei der ambulanten Bedarfsplanung künftig die Demographie- und Morbiditätsentwicklung zu berücksichti-



Laut Koalitionsvertrag sollen Kliniken in Zukunft nur noch in Ausnahmefällen die Mehrheit an MVZ halten können. Zurzeit können die Einrichtungen sowohl von Niedergelassenen als auch von Krankenhäusern betrieben werden. „Mein Eindruck ist, dass das vor Ort in aller Regel wesentlich harmonischer abläuft, als wir es in Berlin vermuten und diskutieren“, sagte Jens Spahn der Ärzte Zeitung. Ärzte und Kliniken vor Ort wüssten, dass sie einander brauchen, um erfolgreich zu sein. „Daher sollten wir darüber nachdenken, es bei den bestehenden Regeln zu lassen.“

Aus: Ärzte Zeitung, 14. April 2010

Foto: www.jens-spahn.de

gen, den tatsächlichen Versorgungsbedarf als Orientierungsgröße zu nehmen und eine „flexibel und kleinräumig“ ausgestaltete, sektorenübergreifende Planung zu ermöglichen. Der Vorschlag sieht vor, zur Realisierung des sektorenübergreifenden Ansatzes die in der ambulanten und stationären Versorgung zuständigen Gremien der Länder durch eine sektorenübergreifende Institution zu ergänzen. Damit wird von früheren Überlegungen abgewichen, die bisherigen Gremien durch eine neue Planungsinstitution zu ersetzen. Im Gespräch ist auch, sämtliche Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern mit Auswirkungen auf das landesbezogene Versorgungsgeschehen, unabhängig von der aufsichtsrechtlichen Zuständigkeit, den Ländern vorlegen zu lassen. Eine weitere Option ist, der Aufsichtsbehörde des Landes in Fragen der Bedarfsplanung sowohl ein Beanstandungs- als auch ein Initiativrecht einzuräumen. Die Krankenkassen sollen gesetzlich verpflichtet werden, jeweils einen GKV-Spitzenverband auf der Landesebene zu bilden, um die kollektivvertraglichen Aufgaben der Krankenkassen im jeweiligen Land wahrzunehmen. Der Umbau der körperschaftlichen GKV-Verbände würde damit komplettiert werden.

Auch die Krankenkassen sehen die Notwendigkeit für eine Neujustierung der Bedarfsplanung. Sie müssen angesichts der demographischen Entwicklung ambulante und stationäre Versorgungsangebote aufeinander abstimmen. Eine zukunftsorientierte Planung beinhaltet demnach das gesamte gesundheitliche Versorgungsangebot. Darüber hinaus wollen die Kassen flexiblere und sektorenübergreifende Versorgungskonzepte. Spezialisierte fachärztliche Versorgung soll in stationären Einrichtungen oder in enger Kooperation mit diesen erbracht werden. Zudem sollen Krankenhäuser stärker in die (ambulante) Versorgung unterversorger Gebiete eingebunden werden. Hier ist allerdings davon auszugehen, dass die Kassen weiterhin eine selektivvertragliche Konzeption verfolgen, die insbesondere auch § 116 b-Leistungen umfasst. So spricht sich der Kassenverband an anderer Stelle explizit gegen eine extrabudgetäre Vergütung der § 116 b-Leistungen aus. Diese seien künftig vollständig aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zu finanzieren.

Die politische Diskussion um die Reform der ärztlichen Versorgung ist also bereits intensiv im Gange. Die DKG wird sich mit ihren Positionen aktiv einbringen. Dass Festlegungen im Koalitionsvertrag nicht eins zu eins umgesetzt werden müs-

sen, zeigten Äußerungen des gesundheitspolitischen Sprechers der CDU/CSU Bundestagsfraktion, Jens Spahn, zum Thema MVZ. Er sehe keinen Grund, von der Praxis abzuweichen, dass MVZ sowohl von niedergelassenen Ärzten als auch von Krankenhäusern betrieben werden können (siehe Kasten).

DKG-Geschäftsstelle Bereich Politik

FDP: Ärztliche Versorgung auch in Zukunft sichern

Die FDP hat anlässlich ihres Bundesparteitages am 24./25. April 2010 in Köln einen Beschluss zur ambulanten ärztlichen Versorgung gefasst. Mit dem Titel „Ärztliche Versorgung auch in Zukunft sichern“ positionieren sich die Liberalen damit im Vorfeld der politischen Diskussion um die Reform der ambulanten ärztlichen Versorgung. Nachfolgend der Text:

„Der demographische Wandel stellt unsere Gesellschaft vor die große Herausforderung, eine flächendeckende ärztliche Versorgung der Bevölkerung auch zukünftig zu gewährleisten. Dabei spielt nicht nur die steigende Zahl älterer Menschen, die häufig mehrfach von Krankheiten betroffen sind, eine Rolle, sondern auch die in den nächsten Jahren steigende Zahl der aus Altersgründen aus der Versorgung ausscheidenden Ärztinnen und Ärzte. Während der Ärztemangel heute auf bestimmte Regionen beschränkt ist, wird sich dieses Problem in Zukunft deutlich ausweiten.

Die FDP setzt sich für eine qualitativ gute, flächendeckende ärztliche Versorgung in Ost und West ein. Das setzt voraus, dass genug junge Menschen den Arztberuf ergreifen wollen und eine ausreichende Zahl von Ärzten dazu bereit ist, diesen Beruf in diesem Land auszuüben. Es bedarf eines gemeinsamen Kraftaktes aller Beteiligten auf allen Ebenen, um den in den nächsten Jahren steigenden Bedarf an medizinischer Versorgung decken zu können.

Die FDP begrüßt die Initiative der Bundesregierung zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung und hält insbesondere folgende Maßnahmen für erforderlich:

1. Die Ärzte müssen die Freude an ihrer Arbeit zurückgewinnen. Bürokratische Anforderungen und Kontrollen müssen auf das notwendige Mindestmaß zurückgeführt werden. Es muss wieder mehr Zeit für die Betreuung der Patienten blei-

ben. Die FDP will deshalb Ärzte von überzogenen bürokratischen Anforderungen befreien und dafür sorgen, dass sie eine leistungsgerechte Vergütung im Rahmen eines einfachen und transparenten Rahmens erhalten.

2. Auch für Ärztinnen und Ärzte ist ein Gleichgewicht privater und beruflicher Interessen entscheidend für Freude und Motivation im Beruf. Diesem Bedürfnis muss über eine entsprechende Gestaltung der Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern und im niedergelassenen Bereich Rechnung getragen werden.

3. Der Anteil weiblicher Ärzte steigt. Damit wächst der Handlungsdruck, eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu erreichen. Das bedeutet flexiblere Arbeitszeitmodelle, die Ermöglichung von Anstellungsverhältnissen nicht nur in Krankenhäusern, sondern auch in niedergelassenen Arztpraxen und Medizinischen Versorgungszentren, sowie die Schaffung ausreichender Betreuungsmöglichkeiten für die Kinder.

4. Ein hoher Prozentsatz von Medizinern geht mittlerweile nicht mehr dem Arztberuf nach, sondern nimmt zum Beispiel eine nichtärztliche Tätigkeit bei Krankenkassen, Medizinischem Dienst oder Behörden auf. Es muss versucht werden, diesen Trend zu wenden. Das kann durch eine Steigerung der Attraktivität des Arztberufes gelingen, aber auch durch eine differenziertere Auswahl der Medizinstudenten im Hinblick auf die späteren Anforderungen und nicht nur anhand der Abiturnoten. Darüber hinaus können die Länder weitere Maßnahmen zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum auf den Weg bringen. Über eine Landarztquote gegebenenfalls in Kombination mit entsprechend ausgestalteten Stipendien haben die Länder die Möglichkeit, das Niederlassen in strukturschwachen Regionen für den medizinischen Nachwuchs attraktiv zu machen. Es muss zudem überdacht werden, bei der Festlegung der Ausbildungskapazitäten in der Medizin nicht nur den Bedarf für die medizinische Versorgung der Bevölkerung, sondern den Arbeitsmarkt für Mediziner insgesamt zu berücksichtigen. Die FDP sieht die Notwendigkeit, die Medizinstudienplätze bundesweit dauerhaft um 10 Prozent zu erhöhen. Sie unterstützt zu diesem Zweck den vom nordrhein-westfälischen Innovationsminister, Andreas Pinkwart, vorgeschlagenen Ärztepakt. Bund und Länder sollen den Aufwuchs in einer Ergänzungsvereinbarung zum Hochschulpakt verlässlich regeln.

5. Diejenigen, die sich entscheiden, den Arztberuf tatsächlich ergreifen zu wollen, müssen auf dem Weg dorthin unterstützt werden. Das bedeutet unter anderem, dass die Weiterbildungsabschnitte in Klinik und Praxis besser koordiniert werden müssen.

6. Ärzte, die bereit sind, sich in unterversorgten Gebieten niederzulassen, müssen entsprechende Unterstützung erfahren. Die FDP begrüßt, dass bereits heute in bestimmten Regionen Maßnahmen ergriffen worden sind, zum Beispiel die Zahlung

von Investitionskostenzuschüssen und Umsatzgarantien für Ärzte, die bereit sind, sich in unterversorgten Regionen niederzulassen, höhere Wegegebühren für Hausbesuche sowie eine Entlastung niedergelassener Ärzte durch eine Neuordnung des Notdienstes. Diese Maßnahmen müssen im Hinblick auf ihre Wirksamkeit evaluiert und im Erfolgsfall ausgeweitet werden. Unbeschadet der Änderungen durch das Vertragsarztländerungsgesetz müssen Vorschläge wie die Ausweitung der Möglichkeiten, Zweigpraxen zu betreiben, die Tätigkeit von Ärzten in Einrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zu ermöglichen, die Kooperation mit Krankenhäusern zu verbessern usw. gerade für den ländlichen Raum wohlwollend geprüft werden.

7. Um eine umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung auch in Zukunft sicherzustellen, muss festgestellt werden, welche Aufgaben Ärzte selbst übernehmen müssen und welche Aufgaben von anderen Berufsgruppen übernommen werden können. Dabei geht es zum einen um die Entlastung von Verwaltungstätigkeiten. Zum anderen sind die Ärzte gefordert, die Bedingungen zu formulieren, unter denen ärztliche Aufgaben delegiert werden können. Wo zurzeit ein Mangel an Ärzten besteht, muss flexibel reagiert werden. Dafür gibt es kein Patentrezept, sondern verschiedene Ansätze, die im Einzelfall wirksam sein können. Die FDP legt dabei die Priorität auf die Sicherstellung einer Versorgung über freiberuflich tätige Ärztinnen und Ärzte. Die Möglichkeiten zur Stärkung der Versorgung in diesem Bereich zum Beispiel auch über eine verbesserte Bedarfsplanung sollen ausgeschöpft werden, bevor andere Instrumente in Betracht kommen.“

KBV-Studie zum ambulanten Operieren verkennt Versorgungsrealität in Deutschland

Zu der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Auftrag gegebenen Studie des Bundesverbandes für Ambulantes Operieren e.V. (BAO) über Einsparmöglichkeiten durch mehr ambulante Operationen erklärte DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum:

„Das Gutachten geht an der Realität der Patientenversorgung in Deutschland vorbei. Auf der Grundlage von vermeintlichen Expertenmeinungen und konstruierten Annahmen werden Szenarien entwickelt, die ein relevantes Potenzial für die Verlagerung von stationären Operationen in die ambulante Versorgung suggerieren. Der Gutachter führt hierzu selbst aus: ‚Im Rahmen der Untersuchung erfolgt keine Aussage darüber, welcher Anteil an ambulanten Operationen aus medizinischer Sicht tatsächlich möglich ist.‘ Darauf kommt es aber entscheidend an! Es ist völlig abwegig, anzunehmen, dass etwa die Implantierung von Herzschrittmachern, die Entfernung von Gallenblasen oder die Operation von Leistenbrüchen unter den gegebenen Rahmenbedingungen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung im angenommenen Umfang durchzuführen wären.

Allseits bekannt ist die Berichterstattung über Beschwerden von Patienten über zu kurze Krankenhausaufenthalte und

über Defizite der häuslichen ärztlichen Versorgung nach solchen Eingriffen. Bekannt sollte auch sein, dass in vielen Regionen inzwischen die erforderliche intensive hausärztliche Nachbetreuung über das KV-System gar nicht mehr sichergestellt werden kann. Dass die Patienten für Operationen, die theoretisch ambulant möglich sind, die Sicherheit des Krankenhauses suchen, muss ernst genommen werden. Es ist notwendig, alle Anstrengungen darauf zu richten, bestehende Defizite in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zu beseitigen und offensiv die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten der Kliniken zu erweitern.

In dem Gutachten bleibt völlig unberücksichtigt, dass gerade bei den stationär durchgeführten Operationen, die theoretisch ambulant erbracht werden könnten, regelmäßig sehr intensive Überprüfungen durch die Medizinischen Dienste der Krankenkassen stattfinden. Die Krankenhäuser sehen sich seit Jahren einer stetig wachsenden Rechtfertigungsbürokratie bei diesen Leistungen ausgesetzt. Diese Operationen werden stationär erbracht, weil es dafür medizinische Gründe gibt. Abwegig und realitätsfremd ist die Vorgehensweise in dem Gutachten, die Vergütungen der stationären Leistungen der Krankenhäuser mit den ambulanten Vergütungen für solche Operationen zu vergleichen und daraus Einsparpotenziale für die GKV abzuleiten. Es dürfte selbstverständlich sein, dass die vollstationäre Leistungserbringung mit einer 24-Stunden-Rundumversorgung der Patienten nicht vergleichbar ist.

Als Fazit bleibt: Es handelt sich um ein Gutachten, bei dem ‚Äpfel mit Birnen‘ verglichen werden. Krankenhäuser werden sich auch weiterhin den Rechtfertigungsanforderungen der Medizinischen Dienste stellen, um ihren Patienten bei erforderlichen Operationen die umfassende Sicherheit des Krankenhauses zu bieten.“

DKG: Starre Bedarfsplanung der Kassenarztsitze aufbrechen – Kooperationen mit Kliniken stärken

„Die Zeit ist reif, dass die kleinteilige Zuständigkeitsbegrenzung zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten und die starre Bedarfsplanung für die Praxen aufgebrochen wird. Die Krankenhäuser sind bereit, viel stärker als bisher mit den niedergelassenen Ärzten zusammenzuarbeiten. Das anstehende Gesetzgebungsverfahren zur ärztlichen Versorgung muss dafür als Chance begriffen werden“, forderte der DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum anlässlich der Diskussion um den Ärztemangel. „Der Patient muss flächendeckend versorgt werden. Die Kliniken können dazu maßgeblich beitragen. Bei der Reform der Bedarfsplanung für die niedergelassenen Ärzte dürfen jedoch die Kassenarztsitze nicht nach statistischen Einheitswerten an den Patienten vorbei zugeordnet werden, sondern müssen sich am tatsächlichen Versorgungsbedarf der Bevölkerung vor Ort orientieren“, betonte Baum.

Die Krankenhäuser seien offen für Kooperationen mit den niedergelassenen Ärzten. Voraussetzung für die verstärkte sektorenübergreifende Zusammenarbeit sei, dass die bislang vorgesehene Begrenzung der Mitarbeit der niedergelassenen Ärz-

te im Krankenhaus auf maximal 13 Stunden pro Woche aufgehoben werde. Zugleich sei es notwendig, neue Wege zu finden, die Belegärzte besser in den Kliniken einzubinden. Die Vergütungsbegrenzung der vertrags-belegärztlichen Patientenversorgung auf 80 Prozent der Fallpauschalen gehöre aufgehoben, so Baum weiter. „Ein wesentlicher Eckpunkt zur Sicherung der Patientenversorgung bei bestehendem Ärztemangel sind die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Es ist daher ausdrücklich zu begrüßen, dass die Regierungskoalition anerkennt, dass von Krankenhäusern errichtete MVZ zur Überwindung des Ärztemangels Wesentliches beitragen können.“ Damit werde deutlich, dass die MVZ der Krankenhäuser häufig flexible ärztliche Arbeitsplätze im Angestelltenverhältnis anbieten und die Verzahnung mit stationären Leistungen sichern.

Laut Baum müsse zudem schnellstmöglich klargestellt werden, dass auch die Öffnung der Krankenhäuser für spezialärztliche ambulante Behandlungen zum Beispiel von Krebspatienten offensiv weiterentwickelt werde. „Die im Koalitionsvertrag angekündigte kritische Überprüfung dieses Leistungsspektrums führt zu einem unnötigen Attentismus bei der Genehmigung von über 1 000 Anträgen, die bei den Krankenhausplanungsbehörden der Länder liegen. Mit deren Genehmigung würden die ambulanten Versorgungsmöglichkeiten vieler tausender Patienten auf höchstem Qualitätsniveau deutlich erweitert werden.“

Der DKG-Hauptgeschäftsführer begrüßte die Initiative von Bundesgesundheitsminister Rösler zur Ausbildung von mehr Ärzten und zur Änderung des Numerus Clausus. „Der Ärztemangel darf allerdings nicht mit der Vergütung der jungen Ärzte begründet werden. Gerade niedergelassene Hausärzte machen in diesen Tagen deutlich, dass die Vergütung der Krankenhausärzte kein Grund sein kann.“ Zutreffend sei die von allen Ärzten beklagte Bürokratielast. „Deshalb fordert die DKG eine gesetzliche Vorgabe, die den Gemeinsamen Bundesausschuss, die staatlichen Behörden und den Gesetzgeber selbst zum Bürokratieabbau verpflichtet.“

Tarifverhandlungen für Ärzte an kommunalen Krankenhäusern gescheitert

Der Marburger Bund hat die Tarifverhandlungen mit der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA) für Ärzte an kommunalen Krankenhäusern für gescheitert erklärt. Die Arbeitgeberseite hatte angeboten, die Arztgehälter um 2,9 Prozent bei einer Laufzeit von 36 Monaten zu erhöhen. Darin enthalten waren Vergütungserhöhungen des Bereitschaftsdienstes zwischen 16 und 20 Prozent, Zuschläge für die Nacharbeit sollten zusätzlich eingeführt werden. Der Marburger Bund hat dieses Angebot nicht akzeptiert und die Tarifverhandlungen am 8. April 2010 für gescheitert erklärt. Er fordert nun weiterhin, dass die Ärztegehälter in den kommunalen Krankenhäusern weitaus höher steigen als die Gehälter der nichtärztlich Beschäftigten und die Arztgehälter an Universitätskliniken. Zur Durchsetzung dieser Forderungen schließt der Marburger Bund Streiks an kommunalen Krankenhäusern nicht aus, unter denen in erster Linie unbeteiligte Patienten

leiden würden. In der Zeit vom 28. April bis zum 7. Mai führte die Ärztegwerkschaft eine Urabstimmung über Arbeitskampfmaßnahmen durch.

Vor dem Hintergrund einer deutlich überproportionalen Steigerung der Arztgehälter in den kommunalen Krankenhäusern in den letzten vier Jahren erscheint eine weitere Öffnung der Gehaltsschere zwischen Ärzten und anderen Berufsgruppen in den kommunalen Krankenhäusern aus der Sicht der VKA nicht verantwortbar. Nach ihrer Auffassung haben andere Gewerkschaften mit ihren Abschlüssen und durch kurze Verhandlungsrunden der schwierigen wirtschaftlichen Situation Rechnung getragen. Dieses Verantwortungsbewusstsein würde derzeit beim Marburger Bund vermisst, so die VKA in ihrer Pressemitteilung.

DKG: Für überzogene Lohnsteigerungen ist kein Geld da

Zur Behauptung der Ärztegwerkschaft, dass die Krankenhäuser über ausreichende finanzielle Mittel verfügten, um hohen Lohnforderungen zu entsprechen, erklärt der DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum: „Die finanzielle Lage der Kliniken wird von der Ärztegwerkschaft völlig falsch eingeschätzt. Nach wie vor macht jede fünfte Klinik Verluste. Gerade die öffentlichen Krankenhäuser sind in besonderer Weise betroffen. Die Hauptursache liegt im massiven Anstieg der Personalkos-

ten in den letzten Jahren. Bekanntlich haben die Krankenhäuser einen sehr hohen Personalkostenanteil von über 65 Prozent. Alleine die letzte Tarifrunde für 2008/2009 hat einen Personalkostenzuwachs von ca. 10 Prozent ausgelöst. Die vom Gesetzgeber zugestandene Refinanzierungsrate lag – wie die Ärztegwerkschaft wissen sollte – nur bei 50 Prozent, sodass die Kliniken mit einem Kostenüberhang von über 1 Mrd. € in das laufende Jahr gegangen sind.

Der Ausblick für 2011 ist extrem düster. Durch die Wirtschaftskrise sind merkliche Vergütungszuwachsraten kaum zu erwarten. Hinzu kommt, dass durch die veränderten gesetzlichen Finanzierungsbedingungen Fallzahl- und Fallschwerezuwächse aus dem laufenden Jahr im jeweils folgenden Jahr zu Abzügen führen.

Dass einzelne Kliniken genötigt sind, zur Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung Anästhesisten und Operateure auf Stundenlohnbasis hinzuzuziehen, kann vom Vorsitzenden der Ärztegwerkschaft nicht ernsthaft als Argument dafür angeführt werden, dass Geld da sei. Lohnerhöhungen, die weit über den Zuwächsen aller übrigen Beschäftigten in den Krankenhäusern lägen, sind nicht darstellbar. Schließlich ist daran zu erinnern, dass bereits alle Tarifrunden seit 2006 über höhere Einstufungsregelungen und Vergütungsverbesserungen im Bereitschaftsdienst zugunsten der Ärzte gegangen sind.“ ■

Erste Forschungsergebnisse: Hochwertige medizinische Versorgung in Krankenhäusern auch im DRG-System gewährleistet

Ein pauschaliertes Vergütungssystem führt weder zu frühzeitigen Entlassungen noch zu einer systematischen Patientenauswahl oder Verlagerung von Behandlungen in andere Versorgungsbereiche. Zu dieser Erkenntnis kommt das IGES-Institut nach der Auswertung des ersten Forschungszyklus zur G-DRG-Begleitforschung (German Diagnosis Related Groups) gemäß § 17 b Absatz 8 KHG. Die Behandlungsqualität und der Zugang zur stationären Versorgung sind in der Einführungsphase des G-DRG-Systems nicht beeinträchtigt worden.

Untersucht wurden bisher die Jahre 2004 bis 2006 und damit die Einführungsphase des G-DRG-Systems. Der mit Jahresbeginn bereits gestartete zweite Forschungszyklus umfasst die Jahre 2006 bis 2008, also die Kernperiode der Konvergenzphase. Mit Ergebnissen zu dieser Auswertungsphase ist bis zum Ende dieses Jahres zu rechnen.

Der jetzt veröffentlichte Bericht gibt die Ergebnisse der Untersuchung von nahezu 50 Forschungsfragen wider, die die Auswirkungen der Einführung des G-DRG-Systems auf die Anzahl und Ausstattung der Krankenhäuser und ihre interne Organisation, auf die Entwicklung von Leistungsmengen und -strukturen sowie auf die Qualität und den Zugang zur Patientenversorgung betreffen. Außerdem wurden ökonomische Aspekte der Krankenhäuser, die organisatorische Ausrichtung der Krankenkassen auf die An-

forderungen des neuen Vergütungssystems und das Prüfverhalten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) sowie die Akzeptanz des G-DRG-Systems in den Krankenhäusern, Verbänden und weiteren Organisationen untersucht. Als Quellen dienten die Ergebnisse der offiziellen Krankenhausstatistik, die Daten nach § 21 KHEntgG sowie Befragungen der Krankenhäuser, der Krankenkassen, des MDK und sonstiger Akteure des Gesundheitswesens.

Der ca. 800-seitige Forschungsbericht zeichnet ein detailliertes Bild der stationären Versorgungslandschaft in der Einführungsphase des G-DRG-Systems mit einer Fülle von Daten, Grafiken und zugehörigen Interpretationen. Zusätzlich wird die im Bericht verwendete Datenbasis in einer benutzerfreundlichen Datenbank mit Exportmöglichkeiten in andere EDV-Anwendungen zur Verfügung gestellt. Damit steht für die Politik und die interessierte Öffentlichkeit eine wichtige Informationsbasis zur Beurteilung der Auswirkungen der Einführung des G-DRG-Systems auf die verschiedenen Aspekte der stationären Versorgung zur Verfügung.

Der Endbericht des ersten Forschungszyklus zur G-DRG-Begleitforschung steht auf der Website des Instituts der Selbstverwaltung, InEK GmbH, www.g-drg.de, zum Download zur Verfügung. ■