

GKV-FinG: Mehrleistungsabschläge müssen zurückgenommen werden

Anlässlich der parlamentarischen Beratungen zum GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) im Deutschen Bundestag hat die DKG den dringenden Appell an die Politik bekräftigt, dass die Kostenbelastungen der Krankenhäuser im Gesetzgebungsverfahren angemessen berücksichtigt werden. Gegenüber den maßgeblichen Vertretern der Fraktionen und des BMG sowie anlässlich der Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages wurde die Position der DKG schriftlich und mündlich in den vergangenen Wochen intensiv vorgetragen und erläutert. Der Kernpunkt ist, dass die aktuellen Statistiken für das laufende Jahr das Defizit der GKV deutlich geringer ausweisen als ursprünglich angenommen. Auch die Deutsche Bundesbank sieht die Finanzen der gesetzlichen Krankenkassen deutlich verbessert. Diese Spielräume müssen nach Auffassung der DKG genutzt werden, um die Belastungen für die Kliniken abzumildern.

Nach den jüngsten Beschlüssen der Koalition werden die Krankenhäuser erheblich belastet, insbesondere durch die Mehrleistungsabschläge und den fehlenden Ausgleich für Tarifsteigerungen. Das Gesetz muss dringend nachgebessert werden, wenn der angekündigte „Aufschwung“ nicht an den 1,1 Mio. Beschäftigten vorbeigehen soll, wie die DKG in einer ersten Reaktion gegenüber der Presse am 1. November 2010 deutlich machte (siehe Kasten unten, Auszüge).



„Die DKG appelliert an die Koalitionsfraktionen, doch noch eine Öffnungsklausel für die zumindest anteilige Refinanzierung von Tarifsteigerungen in das Gesetz aufzunehmen. Noch besser wäre die Einführung des Kostenorientierungswertes, der die Grundlohnrate bereits im nächsten Jahr ablösen sollte. Damit verbundene Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenkassen wären ohne weiteres finanzierbar. Das ursprünglich geschätzte Defizit in Höhe von 11 Mrd. € wird inzwischen um viele Milliarden Euro unterschritten.“

Gesundheitsreform: Koalition einigt sich auf Änderungen

Union und FDP haben sich auf letzte Änderungen des GKV-Finanzierungsgesetzes und der Neuordnung des Pharmamarktes geeinigt. In einer Nachtsitzung vom 28. auf den 29. Oktober seien „in allen noch offenen Fragen Ergebnisse erzielt worden“, so Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) am 29. Oktober in Berlin. Die gesetzliche Krankenversicherung sei 2011 „sauber durchfinanziert“, das Sparziel von 3,5 Mrd. € werde erreicht. Die vorgesehene Beitragssatzsteigerung von 14,9 Prozent auf 15,5 Prozent zum 1. Januar 2011 bleibt bestehen. Danach wird der Arbeitgeberbeitrag „eingefroren“. Künftige Kostensteigerungen werden dann allein von den Versicherten über nach oben offene Zusatzbeiträge finanziert. Der Sozialausgleich erfolgt über das Steuersystem und ist nach Überzeugung des Gesundheitsministers „gerechter als im bisherigen System“. Bei den Leistungserbringern soll „prozentual“ weniger gekürzt werden, um die geplante Sparsumme zu erzielen. Am 10. November werden die Änderungsanträge der Fraktionen in den Gesundheitsausschuss eingebracht und die Beratungen mit einer Empfehlung an den Bundestag abgeschlossen. Der Bundestag wird das Gesetz am 12. November in 2. und 3. Lesung beraten und beschließen. ▶

„Am meisten enttäuscht sind die Krankenhäuser von der ordnungspolitischen Kehrtwende, die die Koalition mit der dauerhaften Absenkung der Vergütungen von Leistungszuwächsen installiert, die bei den Kliniken durch Fallzahl- und Fallschwereresteigerungen entstehen. Hier sollen die Krankenkassen den Krankenhäusern nicht nur in der zweijährigen Kostendämpfungsphase, sondern für alle Zeiten für Mehrleistungen Preisminderungen abverlangen können. Die Koalition verlässt mit dieser Vorgabe die Grundprinzipien der leistungsorientierten Vergütung. Ca. 1 500 Krankenhäuser werden sich mit den Krankenkassen im Streitfall vor Schiedsstellen über die Höhe solcher Zwangsrabatte auseinandersetzen müssen. Der Weg zurück in die Selbstkostendeckung ist damit vorgezeichnet. Die Morbiditätslasten der alternden Gesellschaft werden in unzulässiger Weise den Kliniken aufgebürdet. Es kommt zu doppelten Abzügen, weil bereits aufgrund der bestehenden Regelungen für die Preisbildung auf der Landesebene Mehrleistungen zu Preisminderungen führen.“

DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum

Foto: Agentur Bildschön

Aufgrund der guten gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, die sich auf der Einnahmenseite der Krankenkassen bemerkbar macht, wird der Spardruck auf die Krankenhäuser aus dem GKV-FinG einerseits abgemildert. Wie von Minister Rösler in Aussicht gestellt, wird auf die Halbierung der Grundlohnrate in 2011 und 2012 verzichtet. Stattdessen erfolgt 2011 ein gesetzlicher Abzug von 0,25 Prozentpunkten auf dann 0,9 Prozent und 2012 um 0,5 Prozentpunkte von der sich dann ergebenden Rate. Gegenüber der Annahme im Gesetzentwurf erweitert sich durch diese Änderungen das mögliche Vergütungsvolumen von 150 Mio. € auf 540 Mio. € in 2011 und von 300 Mio. € auf 600 Mio. € (bei einer angenommenen Veränderungsrate von 1,5 Prozent) in 2012. Das ist ein positiver Schritt, dennoch bleibt es bei einer beträchtlichen Unterfinanzierung, weil die Kostensteigerungsrate der Krankenhäuser bereits 2011 viel höher liegt. Spätestens für 2012 sind Tarifsteigerungen zu erwarten, die mit der gekürzten Grundlohnrate nicht refinanziert werden können. Die prinzipielle Problematik der nicht ausgeglichenen Kostensteigerungen bleibt nicht nur erhalten, sondern wird noch massiv verschärft.

Die DKG hat deshalb in ihrer aktuellen Stellungnahme zum Regierungsentwurf des GKV-FinG anlässlich der Anhörung im Bundestagsgesundheitsausschuss am 25. Oktober großes Gewicht auf einen Ausgleich für die gestiegenen und weiter steigenden Personalkosten der Krankenhäuser gelegt und einen Ausnahmetatbestand für tariflich bedingte Kostensteigerungen gefordert (siehe Seite 1016). Die Koalition ist dem nicht gefolgt. Deshalb kann der Krankenhausbereich mit diesem Gesetz keinen Frieden schließen. Als geradezu krankenhausesfeindlich ist zudem zu werten, dass die Mehrleistungsabschläge dauerhaft beibehalten werden sollen, während für Ärzte und Zahnärzte die Kostendämpfungsmaßnahmen nach zwei Jahren beendet werden.

GKV-Finanzierungsgesetz – Wesentliche Änderungen im Vergleich zum Kabinettsbeschluss

1. Veränderungsrate

2011: Statt Halbierung Absenkung der Veränderungsrate um 0,25 Prozentpunkte = 0,9 Prozent

2012: Statt Halbierung Absenkung der Veränderungsrate um 0,5 Prozentpunkte

2. Mehrleistungsabschläge

Erweiterte Ausnahmeregelungen

- bei zusätzlichen Kapazitäten aufgrund der Krankenhausplanung oder der Investitionsprogramme der Länder sowie
- einzelner Leistungen zur Vermeidung unzumutbarer Härten im Einvernehmen der Vertragsparteien

3. Zuzahlungsinkasso

Das Inkasso soll nach erfolglosem Einziehungsverfahren durch das Krankenhaus auf die Kostenträger zurückgehen.

Was die Regierungskoalition und das BMG beschlossen haben, zeigt ansatzweise den Willen, die Leistungserbringer des Gesundheitswesens in der gegenwärtigen Lage nicht über Gebühr finanziell in Bedrängnis zu bringen. Angesichts der Milliardenbeträge, die bei den Arzthonoraren „draufgelegt“ wurden, fragen sich die Kliniken allerdings zu Recht, ob die Balance bei der Verteilung der Sparbeiträge gewahrt ist. Die 1 Mio. Beschäftigten in den Krankenhäusern nehmen mit Enttäuschung zur Kenntnis, dass sich die Koalition offenbar nicht zu einer wenigstens teilweisen Gegenfinanzierung ihrer tariflichen Ansprüche durchringen kann und sie damit von dem allseits propagierten „wirtschaftlichen Aufschwung“ abgekoppelt werden sollen. Die dauerhafte Installierung von Mehrleistungsabschlägen ist für alle, die in den Krankenhäusern engagiert Leistungen für die Patienten erbringen, ein Schlag ins Gesicht.

Bundesrat unterstützt Positionen der Krankenhäuser

Auch anlässlich der Stellungnahme des Bundesrates vom 15. Oktober 2010 hat DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum an die Koalitionsfraktionen appelliert, „die Kliniken und ihre mehr als 1 Mio. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht mit ihren unabwendbaren Finanzierungsnöten alleine zu lassen“. Die DKG begrüßte, dass die Länder in ihrer Beschlussfassung zum GKV-FinG Erleichterungen für die Krankenhäuser vorgesehen haben. Der Bundesrat hat die hohe Kostenbelastung der Kliniken anerkannt und die richtigen Schlüsse daraus gezogen (siehe Seite 1017 in diesem Heft). Der Bundestag und die Bundesregierung müssen dem Votum der Länderkammer nicht folgen, das GKV-FinG ist kein zustimmungspflichtiges Gesetz. Dennoch haben die Länder mit ihrer Warnung vor einem „Schlingerkurs“ in der Krankenhauspolitik ein wichtiges Zeichen in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion gesetzt.

Dem Vorschlag der Bundesländer zur Streichung der Mehrleistungsabschläge hat die Bundesregierung in ihrer Gegenäußerung nicht zugestimmt. Das erwartete Defizit der GKV mache weiterhin eine kurzfristig wirksame Ausgabenstabilisierung erforderlich. Zudem basiere der Mehrleistungsabschlag auf der „Erkenntnis“, dass nicht jede zusätzliche stationäre Leistung auch Kosten in voller Höhe der abrechenbaren DRG-Fallpauschale und Zusatzentgelte verursachen würde. Hinsichtlich der beabsichtigten Halbierung der Grundlohnrate für die Jahre 2011 und 2012 wolle die Bundesregierung „prüfen“, ob und inwieweit sich aus den geänderten Rahmenbedingungen zu berücksichtigende Änderungen für die im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen ergeben. Dem Vorschlag des Bundesrates zur weiteren Annäherung an einen bundeseinheitlichen Basisfallwert will die Bundesregierung nicht entsprechen. Es bleibt jedoch bei der Konvergenz auf einen Bundesbasisfallwert und bei der Beauftragung einer wissenschaftlichen Untersuchung der Ursachen unterschiedlicher Basisfallwerte. ▶

Ausschussberatungen: Disput um geplante Kostendämpfungen

Anlässlich der Beratungen und der Anhörung im Bundestagsgesundheitsausschuss am 25. Oktober 2010 konstatierte der Berichtsdienst des Bundestages („Heute im Bundestag“, hib) einen „Disput um geplante Kostendämpfungen im Gesundheitswesen“. Die gesetzlichen Krankenkassen forderten ungeachtet der verbesserten finanziellen Ausgangslage eine „konsequenterere Sparpolitik“. Die geplanten Begrenzungen der Honorar- und Einkommenszuwächse bei den Leistungserbringern reichen den Krankenkassen nicht aus. Der stellvertretende Vorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, Johannes Magnus von Stackelberg, wiederholte seine Forderung nach einer „Nullrunde“ für die Leistungserbringer. DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum appellierte dagegen an die Abgeordneten, das Sparvolumen aus der Grundlohnratenbegrenzung im kommenden Jahr auf 150 Mio. € zu limitieren und einen Ausnahmetatbestand für tariflich bedingte Personalkostensteigerungen aufzunehmen. Der Experte der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di, Herbert Weisbrod-Frey, warnte vor einem „Personalabbau in den Kliniken“, sollte es nicht zu einer Änderung der Regierungspläne kommen. Für die kommunalen Spitzenverbände äußerte Jörg Freese (DLT) die Befürchtung, dass im kommenden Jahr mit höheren Tarifabschlüssen gerechnet werden müsse. Rüdiger Strehl vom Verband der Universitätsklinika Deutschlands stellte die Ablehnung von Mehrleistungsabschlägen ins Zentrum seiner Argumentation. Klinikchef Erwin Jordan (Hannover) forderte die Anwendung des Kostenorientierungswertes wie im KHRG angekündigt.

DKG/Presse/Redaktion

Dokumentation

Auszüge aus dem allgemeinen Teil der Stellungnahme der DKG zum Regierungsentwurf des GKV-FinG

(...) „Aufgrund der günstigen wirtschaftlichen Entwicklung im ersten Halbjahr dieses Jahres ist die für Krankenhäuser maßgebliche Veränderungsrate für 2011 höher ausgefallen als ursprünglich angenommen. Die gewählte Systematik der Halbierung würde demnach sogar noch zu einer Erhöhung des Sparbeitrags der Krankenhäuser führen. Vor dem Hintergrund einer deutlich verbessert eingeschätzten Einnahmesituation der gesetzlichen Krankenkassen ist die Kürzung der Veränderungsrate deshalb stringent auf das im Gesetzentwurf veranschlagte Sparvolumen von 150 Mio. € in 2011 zu begrenzen. Selbst bei einer um den Gegenwert von 150 Mio. € (0,25 Prozent) reduzierten Veränderungsrate von 0,9 Prozent stehen den 2 080 Krankenhäusern in Deutschland im nächsten Jahr insgesamt nur 540 Mio. € als Preiskomponente zur Deckung der unabweisbaren Kostensteigerungen – insbesondere Personalkostenzuwächse – von 1,5 Mrd. € zur Verfü-

gung. Um den Druck für weiteren Personalabbau zu mindern, muss daher zusätzlich ein Ausnahmetatbestand für tariflich bedingte Personalkostensteigerungen geschaffen werden.

Der GKV-Schätzerkreis geht derzeit von einer Erhöhung der Grundlohnsumme der Krankenkassen im Jahr 2010 von 1,8 Prozent und 1,2 Prozent im Jahr 2011 aus. Dies würde zu einer Veränderungsrate gemäß § 71 SGB V im Jahr 2012 von ca. 1,5 Prozent führen. Eine Halbierung dieser Rate für das Jahr 2012 würde den Kliniken Finanzmittel in Höhe von 450 Mio. € entziehen statt der im Gesetzentwurf veranschlagten 300 Mio. €. (...) Die DKG fordert das Parlament mit Nachdruck auf,

- das Sparvolumen aus der Grundlohnratenbegrenzung in 2011 auf 150 Mio. € zu begrenzen und einen Ausnahmetatbestand für tariflich bedingte Personalkostensteigerungen aufzunehmen;
- die maximale Erhöhung des Landesbasisfallwerts spätestens ab dem Jahr 2012 durch den Orientierungswert für die Kostenentwicklung in den Krankenhäusern zu ersetzen und eine ausreichende Finanzierung der zu erwartenden Tarifsteigerungen vorzusehen;
- die Vermeidung einer doppelten Vergütungsminderung durch Abschläge auf der Ortsebene und gleichzeitig absenkender Wirkung auf den Landesbasisfallwert bereits ab dem Jahr 2011 auch im Gesetzestext unmissverständlich klarzustellen;
- den Abschlag für Mehrleistungen auf 20 Prozent zu reduzieren und, sofern über das Jahr 2011 hinaus Abschläge für zusätzliche Leistungen auf der Ortsebene vorgesehen werden, die Höhe des Abschlags gesetzlich vorzugeben;
- weitere zwingend erforderliche Ausnahmen von der Anwendung des Mehrleistungsabschlags vorzusehen. Dies gilt insbesondere für krankenhauplanerische Maßnahmen wie den Aufbau neuer Kapazitäten oder Verlagerungen von Leistungen aus dem Reha- in den akutstationären Bereich;
- klarzustellen, dass reine Leistungsverlagerungen insbesondere vom Reha- in den akutstationären Bereich nicht absenkend beim Landesbasisfallwert berücksichtigt werden dürfen;
- die Anwendung des Mehrleistungsabschlags auf GKV-Versicherte zu beschränken.

Die DKG sieht die Gefahr, dass mit dem Änderungsantrag 4 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zur Finanzierung der Spezialambulanzen von Kinderkliniken Defizite der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenhäuser kompensiert werden sollen. Die DKG schlägt alternativ vor, die Finanzierung von Kinderambulanzen auf einer langfristig zuverlässigen Rechtsgrundlage sicherzustellen.

In einem weiteren Änderungsantrag der Regierungskoalition soll die Bestätigung des Jahresabschlussprüfers im Rahmen des Förderprogramms für Pflegepersonalstellen um verschiedene Angaben ergänzt werden. Angesichts der zu beobachtenden Schwierigkeiten bei der Vereinbarung des Zuschlags zur Umsetzung des Pflegepersonalstellen-Förderprogramms mit den Krankenkassen sollte das Nachweisverfahren nicht unnötig erschwert werden. Maßnahmen, die eine Vereinbarung der Zuschläge erleichtern, wären zielführender.“

Beschlüsse des Bundesrates zum GKV-Finanzierungsgesetz

Keine Halbierung der Veränderungsrate (Begründung)

„Für das Budget der GKV im Krankenhausbereich wurde ein Betrag von ca. 60 Mrd. € zugrunde gelegt. Der Gesetzentwurf ging zum Zeitpunkt der Veröffentlichung aufgrund der schleppenden Wirtschaft von einer Veränderungsrate von 0,5 Prozent aus. Da insgesamt ein Einsparvolumen von 450 Mio. € im Krankenhausbereich erzielt werden soll, wurde als Orientierungswert für 2011 von einer halbierten Veränderungsrate von 0,25 Prozent und 150 Mio. € Einsparvolumen ausgegangen, in 2012 von

einer voraussichtlichen Veränderungsrate von 0,5 Prozent = 300 Mio. €.

Tatsächlich wurde die Veränderungsrate für 2011 aber am 15. September mit 1,15 Prozent festgestellt.

Aufgrund der derzeit positiven Konjunktorentwicklung ist davon auszugehen, dass die Veränderungsrate im Jahr 2012 deutlich über 1 Prozent liegen wird.

Um die mit dem Gesetzentwurf geplante Ausgabenreduzierung um 450 Mio. € zu erreichen, ist es sachgerecht, die Kürzung der Veränderungsrate für 2011 nur um 0,25 Prozentpunkte und in 2012 um 0,5 Prozentpunkte abzusenken, da die mit dem Gesetzentwurf bezweckte Ausgabenbegrenzung damit eingetreten ist. Eine Halbierung der jeweiligen Veränderungsrate würde weit über den mit der Gesetzesänderung bezweckten Effekt hinausgehen und die Krankenhäuser über Gebühr belasten.“

Keine Mehrleistungsabschläge (Begründung)

„Die geplanten Mehrleistungsabschläge würden für die Krankenhäuser bereits aufgrund der demographischen Entwicklung zu erheblichen realen Einnahmeminierungen führen und das Morbiditätsrisiko in einem grundlegenden Strukturansatz auf die Krankenhäuser verlagern. Wegen der hohen Personalkostenquote von ca. 65 Prozent

Bessere Ideen – bessere Kommunikation

BEWATEC®

Premierenvorstellung auf der
MEDICA, Halle 14, Stand B42.

Fortschritt auf Knopfdruck!

Unsere besten Erfindungen auf der MEDICA

Premiere für die neue Design-Linie im Telefonbereich, Premiere für digitales Fernsehen mit dem MediStream, neue Anwendungen für TV und Multimedia – auf der MEDICA zeigt BEWATEC Qualität mit System.

Individualisieren Sie Ihre Geräte mit dem BEWATEC Application-Loader, konfigurieren Sie online mit dem BEWATEC Management-System und entwickeln Sie Ihre eigenen Applikationen mit dem BEWATEC Development-Tool.

Wir zeigen Ihnen auf der MEDICA, wie die Zukunft des Krankenhaus-Entertainments aussieht und wie Sie damit Geld verdienen.

Entdecken Sie den kompletten Service eines Systemanbieters – beim Marktführer für LCD-TV.

BEWATEC Kommunikationstechnik GmbH, Orkotten 65, 48291 Telgte
Fon: +49 2504 73 37-0, Fax: +49 2504 73 37-521
Web: www.bewatec.de, Mail: info@bewatec.de

könnten Krankenhäuser hierauf nahezu ausschließlich mit Einschnitten im Personalbereich reagieren. Es wäre mit einer massiven Verschlechterung der Personalsituation in den Krankenhäusern zu rechnen, was angesichts vielfacher bereits bestehender Engpässe für die Versorgung der Patienten besonders negative Folgen hätte.

Im Zusammenhang mit der gleichzeitigen Begrenzung der Preissteigerung auf die halbe Rate der Grundlohnsummenentwicklung sind Mehrleistungsabschläge nicht zu verantworten. Noch mit dem KHRG wurde anerkannt, dass selbst die volle Rate der Grundlohnsummenentwicklung die Kostenentwicklung in Krankenhäusern nur unterproportional abbildet. Die in § 10 Absatz 6 angekündigte Entwicklung eines hierfür besser geeigneten Orientierungswerts wird mit dem Gesetzentwurf dagegen faktisch wieder ausgesetzt. Die Summe dieser den Krankenhäusern auferlegten Einschnitte würde eine nicht tragbare Verschlechterung der Versorgung bedingen und die Politik dem berechtigten Vorwurf eines ‚Schlingerkurses‘ in der Krankenhauspolitik aussetzen. Die Regelungen über Mehrleistungsabschläge sind daher zur Sicherstellung ausgewogener und gleichmäßiger Konsolidierungsbeiträge aller Leistungserbringer zu streichen.“

Beibehalten des angestrebten Bundesbasisfallwerts (Begründung)

„Unterschiedliche Basisfallwerte in den Ländern verstoßen gegen das mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 verankerte Prinzip ‚gleiches Geld für gleiche Leistung‘ im Krankenhausbereich. Das gilt insbesondere angesichts der Einführung des Gesundheitsfonds ab dem 1. Januar 2009, in den von allen Versicherten der GKV dem Grundsatz nach ein bundesweit einheitlicher Betrag gezahlt wird. Der bundeseinheitlichen Beitragshöhe müssen dann gerechterweise auch bundesweit einheitliche Entgeltbedingungen für die Leistungen der Krankenhäuser gegenüberstehen.

Der mit dem KHRG im Jahr 2009 gefundene Kompromiss zur Einführung eines Basisfallwertkorridors hat zum Ziel, die bestehenden Unterschiede bei den Krankenhausentgelten in den Ländern zu mindern, beseitigt wurden sei damit nicht. Dazu war und ist die vollständige Konvergenz auf einen bundeseinheitlichen Basisfallwert notwendig.

Die vorgesehene Aufhebung von § 10 Absatz 13 Satz 2 KHEntG bedeutet im Ergebnis eine Abkehr von der Zielsetzung eines bundeseinheitlichen Basisfallwerts und sollte daher zurückgenommen werden.“ ■

Medizinische Versorgungszentren: Attraktive Berufsperspektive für Ärztinnen und Ärzte

In einer „kleinen“ parlamentarischen Anfrage (Drucksache 17/2932), die 20 konkrete Fragen umfasst, thematisierten Abgeordnete aus der SPD-Bundesfraktion die Entwicklung und die Zukunft von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Hintergrund der Anfrage war unter anderem die im Koalitionsvertrag angekündigte „kritische“ Überprüfung der MVZ, insbesondere hinsichtlich ihrer Trägerschaft. Laut SPD sind die mit dem GKV-Modernisierungsgesetz 2004 geschaffenen MVZ eine „zentrale Versorgungsform“ an der Schnittstelle zwischen den Sektoren des Gesundheitswesens. Ihre Vorzüge lägen zum Beispiel in einer engen Zusammenarbeit aller an der Behandlung Beteiligten. Die Bündelung medizinischer Kompetenz führe zu einer effizienten und qualitativ besseren Behandlung. Insgesamt werde die Qualität der medizinischen Versorgung durch MVZ verbessert bei gleichzeitig sinkenden Kosten.

Die Bundesregierung teilte in ihrer Antwort auf die Anfrage aus der SPD-Bundestagsfraktion am 1. Oktober 2010 (Drucksache 17/3131) mit, dass sie an der „Überprüfung“ der MVZ festhalten wolle. Schon in ihrer „Vorbemerkung“ macht die Regierung aber klar, dass sie das Instrument der MVZ erhalten und stärken will. An der Gründungsberechtigung von Krankenhäusern soll festgehalten werden:

„MVZ sind inzwischen als sinnvolle Ergänzung zu den Leistungsangeboten der in Einzel- und Gemeinschaftspraxen freiberuflich tätigen Ärztinnen und Ärzte etabliert. Sie bieten insbesondere für jüngere Ärztinnen und Ärzte, die zum Beispiel Familienaufgaben wahrnehmen oder das wirtschaftliche Risiko einer Praxisübernahme scheuen, eine attraktivere Berufsperspektive.

Darüber hinaus haben sich MVZ als wichtiges Bindeglied bei der Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung erwiesen und helfen Schnittstellenprobleme beim Übergang von der einen zur anderen Versorgungsform zu überwinden. Sie sind zudem Vertragspartner für die Realisierung von integrierten Versorgungskonzepten. Deshalb hält die Koalition an MVZ als möglicher Organisationsform für die vertragsärztliche Leistungserbringung ebenso fest wie an der Gründungsberechtigung von Krankenhäusern. Durch eine Neufassung der Zulassungsvoraussetzungen für MVZ soll sichergestellt werden, dass die ärztliche Tätigkeit im MVZ auch weiterhin allein medizinischen Gesichtspunkten folgt.“

Sonder-GMK am 25. Oktober 2010: Kommission zum Thema Bedarfsplanung eingerichtet

Bereits im Vorfeld der Sonder-Gesundheitsministerkonferenz (GMK) am 25. Oktober 2010, an der Bundesgesundheitsminister Rösler teilnahm, fassten die für Gesundheit zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder einstimmig einen Beschluss zur Stärkung der Gestaltungsmöglichkeiten der Länder in der medizinischen Versorgung. Darin wird die Bundesregierung aufgefordert, konkret

formulierte Gesetzesänderungen insbesondere zur Organisation und Planung von medizinischen Leistungen bei den anstehenden Reformen im Gesundheitswesen zu berücksichtigen. Darüber hinaus erbitten die Länder, ihnen den Zugang zu den für die (sektorübergreifende) Bedarfsplanung notwendigen Daten zu ermöglichen.

Die Bundesländer fordern mehr Einfluss auf die konkrete Ausgestaltung der Bedarfsplanung auf der Landesebene durch stärkere Mitwirkungsmöglichkeiten in den entsprechenden Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen (§ 90 SGB V) sowie ein Mitberatungsrecht im Gemeinsamen Bundesausschuss einschließlich der Möglichkeit, Anträge zur Beschlussfassung zu stellen. Die Gespräche zwischen den Landesministern und dem Bundesgesundheitsminister führten zu keinen konkreten inhaltlichen Festlegungen. Es wurde die Bildung einer Bund-Länder-Kommission zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in Deutschland beschlossen.

PET-Ausschluss gefährdet Versorgung schwerkranker Krebspatienten

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung vom 21. Oktober 2010 mehrheitlich, jedoch gegen die Stimmen der DKG und entgegen den Stellungnahmen der Bundesärztekammer sowie der maßgeblichen Fachgesellschaft, die Verfügbarkeit eines wichtigen diagnostischen Verfahrens für gesetzlich Versicherte mit Krebserkrankungen eingeschränkt. Hierdurch

wird nach Einschätzung der DKG die Versorgung der betroffenen Patientinnen und Patienten nachhaltig verschlechtert.

Die beim Lymphdrüsenkrebs in wesentlichen Teilbereichen ausgeschlossene Positronenemissionstomographie (PET) stellt ein Verfahren dar, das als Teil einer abgestuften Diagnostik zum Einsatz kommt. Die PET kann wichtige Zusatzinformationen liefern, wenn andere Verfahren keine verlässlichen Aussagen zur Tumorausbreitung oder dem Therapieansprechen zulassen. Bei dieser Gruppe seltener und lebensbedrohlicher Krebserkrankungen muss stattdessen wieder auf längst überholte diagnostische Verfahren mit einer sehr viel höheren Strahlenbelastung zurückgegriffen werden. Für privat Versicherte gelten diese Ausschlüsse nicht.

Die Anwendung und Erstattung der PET ist bei malignen Lymphomen in vielen Ländern Europas und selbst im staatlichen US-amerikanischen Gesundheitssystem bereits seit vielen Jahren unstrittig. Es ist anzunehmen, dass der G-BA seine restriktive Linie auch bei den noch anstehenden Beratungen zur PET bei weiteren Krebsarten beibehalten wird. Der Verweis auf eine weitere Inanspruchnahme dieser Leistungen im Rahmen von Studien erscheint aus Patientenperspektive zynisch, da solche Studien weder flächendeckend noch für die Mehrheit der Betroffenen zur Verfügung stehen werden. Den gesetzlich Versicherten kann nur noch der Gang vor die Gerichte helfen, um ihre Ansprüche durchzusetzen. Für derart gesundheitlich eingeschränkte Patienten ist dies ein völlig unzumutbarer Weg“, so DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum.

Haben Sie eine DICOM / PACs Lösung mit einer Rimage Automation im Einsatz
und
benötigt diese dringend mal eine Wartung...
Reinigung des Printers!
neuen PickerArm!
neue Laufwerke!





die Wartungsoffensive...

10x



=

...oder!

Estemac bietet Ihnen folgende Wartungsoffensive:
Beim Kauf von 10 Original Rimage MediaKits innerhalb eines Jahres, erhalten Sie eine kostenlose Wartung* Ihrer Rimage Automation!

*Die kostenlose Wartung beinhaltet die komplette Arbeitszeit Vorort, nicht enthalten sind benötigte Ersatzteile!

*Die Aktionen laufen bis zum 15. Dezember 2010

Möchten Sie vielleicht eine INK-Jet freie und kosteneffektivere Lösung um Ihre Patienten CDs zu erstellen!

Wir bieten Ihnen folgende "Trade In" Aktion:
Estemac zahlt Ihnen beim Kauf einer Rimage 3400 DVD Automation **bis zu € 1.750,00** für ein Rimage INK-Jet Altsystem oder das eines Wettbewerbers

... "Trade-In" mit ESTEMAC !

Nutzen Sie die Möglichkeit und besuchen Sie uns auf der Medica 2010 um weitere Einzelheiten mit und zu besprechen.

Halle 15 / Stand D 09



www.estemac.de
digital solutions



MEDICA*
Wettforum der Mediziner
Düsseldorf
17. - 20. Nov. 2010

ESTEMAC Electronic GmbH • Brunnenkoppel 24 • 22041 Hamburg • Tel.: 040-611 784-0 • Fax: 040-610 660 • email: sales@estemac.de