



OPG – Operation Gesundheitswesen

Der gesundheitspolitische Infodienst

Inhalt, Ausgabe 31/2010, 02. Dezember 2010

Seite 2	Grüne Bürgerversicherung konkreter und detaillierter Bündnis 90/Die Grünen beschließen gesundheitspolitisches Konzept
Seite 6	Zulassungsentscheidung und Nutzenbewertung Rechtssymposium des G-BA kann „Grundkonflikt“ nicht lösen
Seite 10	Für Hausärzte ist Kodierung „nicht wirklich geeignet“ Kassenärztliche Bundesvereinigung will Symptomschlüssel einbetten
Seite 12	Präventionskurse: viel Wettbewerb, wenig Qualität Bundesrechnungshof kritisiert Krankenkassen und Bundeswehr-Institut
Seite 16	Bastion KVB von innen erobern und von außen zerstören KV-Abbruchstrategie Hoppenhaller ist wieder ein Stück weiter
Seite 19	Jeder siebte Vorwurf ist berechtigt AOK Bayern fährt seit zehn Jahren Behandlungsfehler-Management
Seite 21	Schizophrenie: Mit IV gegen fraktionierte Versorgung Initiative mit Industriebeteiligung stößt nicht nur auf Sympathie

Kurz gemeldet

Seite 23	Demenz wird die Pflege dominieren
Seite 24	Verbände drängen auf Präventionsgesetz
Seite 25	Ex-Ministerin Schmidt für Gesetz zur Tarifeinheit
Seite 26	Personalien
Seite 27	Impressum

Grüne Bürgerversicherung konkreter und detaillierter

Bündnis 90/Die Grünen beschließen gesundheitspolitisches Konzept

Berlin (opg) – Die 32. Ordentliche Bundesdelegiertenkonferenz von Bündnis 90/Die Grünen in Freiburg (19. bis 21. November 2010) hat ein gesundheitspolitisches Grundsatzpapier beschlossen, das auch einigen politischen Konkurrenten Respekt abnötigt. So hat der gesundheitspolitische Sprecher der SPD-Bundestagsfraktion, Prof. Karl W. Lauterbach, bei der Haushaltsdebatte in der vergangenen Woche den Bündnisgrünen für ihr detaillierter und konkreter als bisher ausgearbeitetes Konzept einer Bürgerversicherung ein dickes Lob ausgesprochen. So etwas kommt im Plenum des Parlaments selten vor.

SPD und Linkspartei hinken hinterher

Sozialdemokraten und Linkspartei, die ebenfalls prinzipiell ein einheitliches Krankenversicherungssystem mit einkommensbezogenen Beiträgen anstreben, haben die brisante Materie dieses Systemwechsels politisch noch nicht konkretisiert. Sie müssen jetzt nacharbeiten. Allerdings ist das Konzept der Grünen noch nicht völlig durchgerechnet. So gibt es keine Abschätzungen des Beitragssatzniveaus, das prinzipiell im Vergleich zum Status quo sinken sollte. Außerdem fehlt es an konkreten Umsetzungsschritten zur Einbeziehung der bisher privat Vollversicherten in eine künftige Bürgerversicherung; das ist ein gravierender Mangel. Bei den die Mitte-Rechts-Bundesregierung tragenden Fraktionen CDU/CSU und FDP ernten die Grünen natürlich keinerlei Lob. Im Gegenteil befeuert die grüne Bürgerversicherung nach dem Motto „Eine für alle“ die Abgrenzungspolitik der Koalition, die seit wenigen Wochen von der CDU-Vorsitzenden und Bundeskanzlerin Angela Merkel forciert wird. Das bevorstehende „Superwahljahr“ 2011 mit jetzt mindestens sieben Landtagswahlen (einschließlich Hamburg), vielleicht sogar acht (falls Schleswig-Holstein noch hinzukommt), will die CDU-Chefin durch Polarisierung gegen den neuen Hauptgegner Bündnisgrüne in harten Lagerwahlkämpfen für ihre Politik entscheiden. Im Jahr nach den von Union und Liberalen mit drei Gesetzen durchgesetzten Gesundheitsreformen dürfte 2011 in den Ländern auch die Gesundheitspolitik eine wichtige Rolle spielen – insbesondere wegen des programmierten Wechsels hin zu einkommensunabhängigen Pauschalbeiträgen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Bürgerversicherung und Bürgerpauschale für einheitliches System

Dass die Regierungskoalition außerdem an der im internationalen Vergleich nahezu einmaligen Segmentierung der Krankenversicherungen in GKV mit Kontrahierungszwang und privater Krankheitskostenvollversicherung (PKV) mit strikter Risikoselektion und ausgeprägt ständischen Elementen (private Selbständigen- und Beamtenversicherung

ohne Einkommensbegrenzung, private Arbeitnehmersversicherung nur bei Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze) festhält, könnte ihr mittelfristig Probleme beschern. Es ist zumindest bemerkenswert, dass auch das vom Wirtschafts-Sachverständigenrat und namhaften Gesundheitsökonomien entwickelte Modell der Bürgerpauschale einen einheitlichen Krankenversicherungsmarkt vorsieht. (Siehe auch opg 30/2010) Der einzige zentrale aber gewichtige Unterschied zur grünen Bürgerversicherung ist, dass diese einkommensbezogene Beiträge vorsieht, während jene eine Finanzierung über einkommensunabhängige, kassendifferenzierte Pauschalbeiträge mit Sozialausgleich über das Steuersystem anstrebt; aber auch letzteres impliziert die Abschaffung der PKV-Vollversicherung wie wir sie kennen mit individuell risikobezogenen Prämien und ohne Kontrahierungszwang.

Analyse: Erodierende Finanzierung, unzureichender Solidarausgleich

Mehr als vier der insgesamt knapp 15 eng bedruckten Seiten des grünen Parteitagebeschlusses zur Gesundheitspolitik sind der „Grünen Bürgerversicherung“ gewidmet. Ausgangspunkt der Überlegungen sind die paritätische Beitragsteilung (Arbeitnehmer/Arbeitgeber) in der GKV sowie ihre solidarische Finanzierung durch einkommensbezogene Beiträge. Beide Grundprinzipien haben sich nach Einschätzung der Bündnisgrünen bewährt, weshalb daran festgehalten werden soll.

Allerdings gebe es „trotz dieser großen Stärken“ auch „Strukturprobleme und Gerechtigkeitsdefizite“. So seien an der Finanzierung des Solidarausgleichs „ausgerechnet die 10 Prozent der Bevölkerung nicht beteiligt, unter denen viele wirtschaftlich am leistungsstärksten und in der Regel auch gesündesten sind“ (PKV/Beihilfe). Dass GKV-Beiträge fast ausschließlich auf Löhne, Gehälter und Renten erhoben werden, nicht jedoch auf Kapital- und Mieteinkommen sowie Gewinne, sei zudem „ungerecht“, „vor allem aber erodiert so die Finanzierungsbasis der GKV“: Die Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen sei seit Beginn der 80er Jahre deutlich hinter der Entwicklung des Bruttoinlandsprodukts zurückgeblieben. Unabhängig von Ausgabensteigerungen habe diese Entwicklung in den letzten drei Jahrzehnten zu den erheblichen Beitragssatzsteigerungen geführt. Dieser Trend werde in den kommenden Jahrzehnten weiter anhalten, falls die Finanzierungsbasis nicht verbreitert und gestärkt werde, lautet die Prognose.

Eine weitere Fehlentwicklung sei mit dem Gesundheitsfonds eingeleitet worden, heißt es weiter. Begründung: Die politische Festsetzung eines einheitlichen, aber nicht kostendeckenden Beitragssatzes markiere den Einstieg in die Kopfpauschale und habe zum Druck auf die Krankenkassen geführt, ihren Versicherten notwendige Leistungen vorzuenthalten. Nicht zuletzt führe die Zweiteilung des Krankenversicherungssystems nicht nur zur Gefährdung des Sozialausgleichs, sondern lege auch die Grundlage für eine Zweiklassenmedizin.

Breitere und größere Beitragsbasis, Abschaffung des Mindestbeitrags

Die Grünen wollen mit der Bürgerversicherung den Schwächen des Solidarsystems begegnen, ohne seine Stärken preiszugeben und es dem europäischen Standard annähern. Eckpfeiler des Konzepts ist die Krankenversicherung aller Bürgerinnen und Bürger nach einheitlichen Spielregeln, ungeachtet dessen, ob sie Arbeitnehmer oder Beamte, Rentner oder Pensionäre, Selbstständige oder Abgeordnete sind und unabhängig von Einkommenshöhe und Einkommensquellen. Bei der Einbeziehung der PKV-Versicherten seien „deren verfassungsrechtlich geschützten Ansprüche zu beachten“, und es seien dafür „Übergangsmodelle (...) zu entwickeln“, heißt es etwas nebulös mit nur einer Konkretisierung: „Dabei werden wir darauf achten, dass möglichst umgehend eine Beteiligung aller BürgerInnen am Solidarausgleich stattfindet.“ Beachtet werden müssten auch Besonderheiten krankensicherungsrechtlicher Sondersysteme (z.B. landwirtschaftliche Krankenversicherung, Künstlersozialversicherung).

Die künftig, nach der Abwicklung des Gesundheitsfonds, wieder von den einzelnen Krankenversicherungen im Wettbewerb festzusetzenden Beitragssätze werden auf alle Einkommensarten angewendet, also auch auf Einkünfte aus Kapitalanlagen, Vermietung und Verpachtung etc. Gleichzeitig soll die Beitragsbemessungsgrenze – 2011 in der GKV 3.712,50 Euro monatlich – auf 5.500 Euro angehoben werden (= Beitragsbemessungsgrenze West in der Renten- und Arbeitslosenversicherung). Die jährliche Fortschreibung soll wie bisher orientiert an der generellen Einkommensentwicklung erfolgen. Von beiden Schritten erhoffen sich die Grünen, die Beitragssätze „im Griff behalten“ zu können. Der Solidarausgleich werde so gerechter als bisher gestaltet. Bei den betroffenen Besserverdienenden werde diese stärkere Einbeziehung in den Solidarausgleich nicht „zu extremen Belastungssprüngen“ kommen. Allerdings heißt es in dem Papier auch, der Solidarausgleich könne „nicht grenzenlos ausgeweitet werden, ohne die Akzeptanz der solidarischen Krankenversicherung (...) zu gefährden“. Die Partei wendet sich damit gegen eine noch höhere oder die gänzliche Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze. (Der Grünen-Abgeordnete Fritz Kuhn hatte beim Freiburger Parteitag vergeblich versucht eine Beitragsbemessungsgrenze von deutlich unter 5.500 Euro durchzusetzen.) Eine Kofinanzierung der Krankenversicherung durch Bundeszuschüsse wird befürwortet, aber die Grünen quantifizieren dies nicht. Eine gänzliche Finanzierung aus Steuermitteln nach britischem und skandinavischem Vorbild lehnen die Grünen ab.

Alle Berufsgruppen sollen in der Bürgerversicherung Beiträge prozentual nach ihrem Einkommen an die Krankenversicherung zahlen, auch Selbstständige mit niedrigen Einkünften, weshalb der für sie geltende GKV-Mindestbeitrag, der zu überproportionalen Belastungen führt, gestrichen wird.

Einschränkung der Mitversicherung und ein Beitragssplitting für Paare

Andererseits soll die „kostenlose“ Mitversicherung beschränkt werden auf Kinder sowie zeitlich begrenzt auf nichterwerbstätige Eheleute bzw. Lebenspartner, die Kinder erziehen oder familiäre Pflegeleistungen (vorgeschlagen wird eine Mindeststundenzahl von 14 wöchentlich) erbringen. „Für alle anderen Ehepaare und für Eingetragene Lebensgemeinschaften wird ein Beitragssplitting eingeführt.“ Damit wird die Benachteiligung von Doppelverdiener-Paaren im Vergleich zu Einverdiener-Haushalten mit hohen Einkünften wesentlich reduziert: Das beitragspflichtige Haushaltseinkommen wird halbiert und auf beide Teile jeweils bis zur Beitragsbemessungsgrenze der Krankenversicherungsbeitrag erhoben. Ein Paar muss demnach maximal auf 11.000 Euro Monatseinkommen den geltenden prozentualen Krankenversicherungsbeitrag für zwei Personen bezahlen - auch wenn nur einer von beiden dieses Einkommen erwirtschaftet. Damit sich Betroffene auf die neue Rechtslage einstellen können, soll es für eine Übergangszeit einen Vertrauens- und Bestandsschutz geben. Bei der Kindererziehung gilt die Befreiung vom Beitragssplitting nach den Plänen der Grünen nur bis zum Rechtsanspruch auf einen Kindergartenplatz.


Abschaffung des Sonderbeitrags und aller Patientenzuzahlungen


Abgerundet wird das Bürgerversicherungskonzept der Grünen durch die Abschaffung aller Patientenzuzahlungen einschließlich der Praxisgebühren und des 2004 ebenfalls unter SPD-Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (und mit Beteiligung der Grünen) eingeführten 0,9-prozentigen Sonderbeitrags zu Lasten der GKV-Mitglieder. Letzteres bedeutet, dass die paritätische Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge von Mitglied bzw. Rentner/Pensionär einerseits und Arbeitsgeber/Rentenversicherungsträger andererseits wieder vollständig zur Geltung kommt. Die paritätische Finanzierung gilt allerdings nur für die lohn- und rentenbezogenen Beitragslasten, nicht aber für die Verbeitragung von sonstigen Einkünften aus Kapitalvermögen etc. Die Patientenselbstbeteiligungen sollen entfallen, weil sie ausschließlich die Kranken belasten, damit auch die paritätische Finanzierung aushöhlen, kaum positive Steuerungswirkungen haben und zur Verschleppung von notwendigen Behandlungen führen können. Die Eigenverantwortung der Versicherten muss nach Einschätzung der Grünen vorrangig durch gesundheitsbezogene Informationen, Prävention etc. gestärkt werden, nicht durch finanzielle Bestrafung von Kranken.

Keine Einheitsversicherung, aber gleiche Spielregeln für GKV und PKV

„Anders als heute gelten in der Grünen Bürgerversicherung für gesetzliche Krankenkassen und private Krankenversicherung dieselben Regeln“, so der Parteitagbeschluss. Diese Spielregeln sind die Spielregeln der GKV. Dazu gehören demnach Aufnahmezwang, einkommensbezogene Beiträge, Diskriminierungsverbot, Angebot des obligatorischen Leistungskatalogs

und die Teilnahme am morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. Alle Krankenversicherungs-Unternehmen erhalten wieder die Beitragsatzautonomie, da der unterfinanzierte Gesundheitsfonds abgeschafft wird (womit auch einkommensunabhängige Zusatzbeiträge entfallen). Durch unterschiedlich hohe Beitragsätze entsteht ein Beitragsatzwettbewerb, der die Kassen zu mehr Qualität, Wirtschaftlichkeit und Versichertenorientierung anspornen, ohne das gesamte Solidarsystem in Gefahr zu bringen – so die Hoffnung und Überzeugung der Bündnisgrünen.

 - [Link](#) *Beschluss (vorläufig) der 32. Ordentlichen Bundesdelegiertenkonferenz von Bündnis 90/Die Grünen, 19.-21. November 2010: Grüne Gesundheitspolitik erhält und stärkt die Solidarität; pdf-Dokument, 15 Seiten, 143 KB*

 - [Link](#) *OPG 30/2010 vom 15. November 2010: Wichtigste Probleme bleiben weitgehend unangetastet; pdf-Dokument, 5 Seiten 135 KB*

[zurück zum Inhalt](#)

Zulassungsentscheidung und Nutzenbewertung

Rechtssymposium des G-BA kann „Grundkonflikt“ nicht lösen

Berlin (opg) – Das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) ist verabschiedet. Jetzt beginnt die Arbeit an den wesentlichen Details. Um die rechtlichen Herausforderungen der frühen Nutzenbewertung für die beteiligten Akteure geht es bei dem Rechtssymposium des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) am 16. November in Berlin. Als eine positive Herausforderung werde der G-BA das Gesetz annehmen, betont dessen unparteiischer Vorsitzender Dr. Rainer Hess in seinem Eingangsstatement. Rechtskonflikte würden sich zwangsläufig ergeben. „Der ständige Grundkonflikt, mit dem wir in der Praxis umgehen müssen, ist folgender: das Verhältnis von Zulassungsentscheidung und Nutzenbewertung“, so der Jurist. Inwieweit binde die Zulassung den G-BA? Der G-BA-Vorsitzende deklariert die Zulassung als neue „Nulllinie“, von der aus ein Zusatznutzen zu bestimmen sei. Bislang sei der G-BA bei Nutzenbewertungen davon ausgegangen, wie das Ausmaß der Beeinflussung patientenrelevanter Endpunkte sei. „Das werden wir nicht ändern“, stellt Hess klar. Der Sitzungssaal beim G-BA ist „ausgebucht“. Zahlreiche Vertreter der pharmazeutischen Industrie, aber auch aus dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) und von Krankenkassen finden sich ein, um sich über die rechtlichen Auslegungen und die wissenschaftliche Herangehensweise des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zu informieren. Am Ende des Prozesses steht in wenigen Wochen die Rechtsverordnung des BMG, die derzeit als Entwurf vorliegt und die mit Spannung erwartete Verfahrensordnung des G-BA.

Vorteile in einem Punkt, aber keine zusätzlichen Nachteile in anderen

G-BA und IQWiG nutzen das Symposium und die große Zahl der Zuhörer, um in ihrer Tendenz schon einmal einige Dinge klarzustellen. Prof. Jürgen Windeler, Leiter des IQWiG betont vorab, dass seine Äußerungen keinesfalls als Kommentierung der Rechtsverordnung des Bundesgesundheitsministeriums zu verstehen sein sollen. Vielmehr versuche er zu verdeutlichen, was die bisherigen Texte – unter einer methodischen Zielsetzung betrachtet – bedeuten könnten. So stelle sich zum Beispiel die Frage, wie die Definition von Nutzen aussehe. Für ihn sei klar, dass dieser sich in irgendeiner Weise nicht nur einzelnen Endpunkten widmen sollte, sondern in irgendeiner Form in Relation gebracht werden müsste. „Das kann für die Bewertung eines Zusatznutzens jedenfalls nur bedeuten, dass es Vorteile in mindestens einem patientenrelevanten Endpunkt im Sinne eines Zusatznutzens geben muss und dass es gleichzeitig keine relevanten und dem gegenüberstehenden Nachteile in anderen patientenrelevanten Endpunkten geben kann. „Ideal wäre ein Arzneimittel, das in einem oder zwei Kriterien besser ist und in allen anderen gleich“, so Windeler. Das wäre eine Situation, in der Zusatznutzen im Sinne des Patienten schnell und problemlos bewertet werden könnte. Dabei bedeute im Sinne des Patienten „nicht nur etwas zu tun, sondern auch etwas zu lassen“, sagt Windeler. Er macht klar, dass es bei der Bewertung von Arzneimitteln auch immer um den Umgang mit Unsicherheiten gehe. Im Zweifel müsse am Ende „für das Wohl des Patienten und nicht für die Anwendung eines Verfahrens bei einem Patienten“ entschieden werden.

Mangelhafte Datenlage ist mangelhafte Datenlage

Sorgenfalten dürfte sich bei den Industrievertretern gebildet haben, als der IQWiG-Geschäftsführer die Studienlage und die so genannten Surrogat-Parameter anschneidet. Zwar zeigt er sich in der Wortwahl nicht ganz so kritisch wie sein Vorgänger, Prof. Peter Sawicki. Der hatte einen Tag später, am 17. November, auf einer Veranstaltung der AOK Berlin-Brandenburg in Potsdam in seiner neuen Rolle als Universitätsprofessor davon gesprochen, dass Surrogate „eine Pest“ sind. Dennoch macht Windeler indirekt klar, dass es auch ihn wurmt, dass es an Langzeitdaten mangeln wird. „Vielleicht gibt es sogar nur prioritär Daten über Surrogat-Endpunkte, obwohl eigentlich Daten über patientenrelevante Endpunkte für eine Bewertung vorliegen sollten“, so der IQWiG-Chef. Recht ist ihm das nicht, auch wenn er seine Worte mit Bedacht wählt: „Grundsätzlich ist es besser, direkte statt indirekte Vergleiche von Medikamenten zu haben“, formuliert Windeler. „Wir werden immer A gegen B bewerten müssen“, so Hess. Wenn der Zusatznutzen eines neuen Präparates nicht belegt sei, könne er nichts anderes tun als dem Hersteller zu sagen, dass er diesen im Vergleich zum alten Produkt belegen müsse. „Das nennt man dann wahrscheinlich wohl einfordern“, sagt er. Vorsichtige Worte einerseits, deutliche Aussagen andererseits.

Nachbesserungsbedarf in der Rechtsverordnung

Deutliche Worte finden Hess und Windeler im Doppelpack auch in Richtung BMG bezüglich der Rechtsverordnung. Die dort verankerte starre Vergleichstherapie sei wenig sinnvoll, sind sich beide einig. „Ich möchte darauf hinweisen, dass eine zweckmäßige Vergleichstherapie keine statische Festlegung sein kann“, kritisiert Windeler. Schon allein dann nicht, wenn im Vergleich eines neuen Medikaments im Vergleich mit einer zweckmäßigen Vergleichstherapie festgestellt werde, dass das neue Medikament einen erheblichen Zusatznutzen hat. Dann werde diese Vergleichstherapie vergleichsweise schnell in der Praxis breit angewendet, was dazu führe, dass diese wiederum sehr schnell eine neue Vergleichstherapie werden müsse, konstatiert Windeler. Es sei sinnlos, sich zwei Jahre später bei neuen Bewertungen von Arzneimitteln auf eine alte Vergleichstherapie zu stützen. „Ich kann die Intention verstehen, einen einigermaßen ähnlichen Bearbeitungs- und Bewertungsstandard zu haben. Aber ich fürchte, dass diese Intention den Versorgungsrealitäten, das heißt auch den Versorgungserfordernissen, nicht gerecht werden wird“, so Windeler. An die Adresse der Industrie gerichtet, meint er, seine Ausführungen bedeuteten keineswegs, dass im Hinblick auf Vergleichstherapie geplante Studien plötzlich nichts mehr Wert seien. „Ich bin der Auffassung, dass es so etwas wie Verfahrenssicherheit geben muss. Wenn ich eine zweckmäßige Vergleichstherapie für eine Bewertung eines neu zugelassenen Medikaments festlege, dann muss die auch gelten – es sei denn die Welt geht unter“, macht der IQWiG-Chef klar. Hess verdeutlicht den Einwand von Windeler, der sich gegen den Entwurf der Rechtsverordnung richtet. Es könne nicht sein, dass eine einmal festgelegte Vergleichstherapie für immer festgelegt sei. „Das müssten Sie, glaube ich, korrigieren. Sie müssten uns da eine gewisse Öffnung in der Verfahrensordnung geben“, richtet sich Hess direkt an Staatssekretär Stefan Kapferer. Es müsse möglich sein die Entwicklungen des Marktes bei Vergleichstherapien zu berücksichtigen, meint Hess.

Alles unklar bei den Definitionen




Während einzelne Fragen zur Rechtsverordnung handfest sind, bleiben vor allem die Definitionen im Unklaren. Wie Nutzen definiert werden sollte, scheint dabei ein Hauptproblem zu sein. Dass die Interpretationen in dieser Frage unterschiedlich und zahlreich sind, macht Dr. Dominik Roters, Leiter der G-BA-Rechtsabteilung, deutlich. Aus seiner Sicht sei Nutzen aber „als Gesamtbegriff zu verstehen, der in seinen relevanten Erkenntnissen potenziell unendlich ist“. Ob seine Ausführungen zu einer Nutzenbewertung und den Definitionen des Nutzenbegriffs vollständig bei den Interessierten nachvollzogen werden konnten? Roters selbst scheint sich diese Frage zu stellen, denn er beendet seinen Vortrag mit der Hoffnung, nicht „weitere Verwirrung ausgelöst“ zu haben. Er nennt die Nutzenbewertung eine „komplizierte Materie mit vielen offene Fragen und Interpretationen“. Roters macht sich dafür




stark, den Praxisbezug bei allen offenen Fragen nicht aus den Augen zu verlieren. „Zeit und Aufwand, insbesondere der Zeitfaktor, führen dazu, dass eine medizinische Leistung möglicherweise verspätet ins System kommt“, bricht Roters viele offenen Fragen auf die Praxisebene herunter. Das sei dann ein Schaden, der sich unmittelbar bei den Patienten auswirke. Das gelte auch im umgekehrten Fall: Denn etwas Schädliches, das nicht aus dem System herausgenommen werde, weil sich deren Bewertung über viele Jahre strecke, führe ebenfalls zu einem Schaden in der Versorgung. „Das darf man bei aller Gründlichkeit der Bewertung, die es braucht, nicht vergessen“, so Roters. Er sieht bei allen Fragen des Nutzenbegriffs – auch beim Maßstab der Bewertung nach dem AMNOG – das übergeordnete Patientenwohl im Vordergrund. Der G-BA und auch alle Gremien, die auf eine generelle abstrakte Weise den Nutzen zu quantifizieren haben, könnten nicht jedem einzelnen Fall gerecht werden, betont der Rechtsabteilungsleiter. Grundsätzlich könne nur die Annahme getroffen werden, dass Patienten insgesamt, also zum Beispiel die Diabetes mellitus Erkrankten, von einer Therapie wahrscheinlich profitieren würden, fährt er fort.

Stehende Ovationen

Was bleibt, sind einige klare Positionierungen von IQWiG und G-BA. Was aber auch bleibt, sind viele offene Fragen zum Thema Nutzen. Ein nächstes Symposium dazu wird es am 3. Dezember in Bonn geben, wenn das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte seine Sichtweise auf die frühe Nutzenbewertung verkünden will. Was auch bleibt, sind Erinnerungen an den 70. Geburtstag von Dr. Rainer Hess. „Lieber Herr Dr. Hess. Sie werden gehaut haben, dass dieses Rechtssymposium heute auch als Veranstaltung zur Ihrem Ehrentag geplant wurde“, sagt Dr. Dorothea Bronner, Geschäftsführerin des G-BA. Die stehenden Ovationen sind dem 70-jährigen Unparteiischen nach einer nahezu 15-minütigen Laudatio fast ein wenig unangenehm.

Vorträge anlässlich des Rechtssymposiums des Gemeinsamen Bundesausschusses „Die frühe Nutzenbewertung von Arzneimitteln nach AMNOG“ vom 16. November 2010

-  - *Link* **Dr. jur. Ernst Hauck: Ausschluss, Therapiehinweis und Kostenregelungen - vom Ineinandergreifen der verschiedenen Instrumentarien zur Regulierung der Arzneimittelversorgung; pdf-Dokument, 17 Seiten, 49 KB**
-  - *Link* **Dr. jur. Rainer Hess: Die frühe Nutzenbewertung und ihre rechtlichen Herausforderungen; pdf-Dokument, 16 Seiten, 193 KB**
-  - *Link* **Prof. Dr. jur. Stefan Huster: Die rechtlichen Grenzen wirtschaftlichen Entscheidens nach § 35a SGB V (idF AMNOG); pdf-Dokument, 24 Seiten, 70 KB**

-  - [Link](#) *RA Dr. jur. Bernhard M. Maassen: Rechte und Pflichten des pharmazeutischen Unternehmens bei der frühen Nutzenbewertung; pdf-Dokument, 22 Seiten, 201 KB*
-  - [Link](#) *Dr. jur. Dominik Roters: Der (Zusatz-)Nutzen-Begriff nach dem SGB V; pdf-Dokument, 26 Seiten, 733 KB*
-  - [Link](#) *Prof. Dr. med. Jürgen Windeler: Methodische Fragen zur frühen Nutzenbewertung nach § 35a SGB V (idF AMNOG); pdf-Dokument, 14 Seiten, 242 KB*

[zurück zum Inhalt](#)

Für Hausärzte ist Kodierung „nicht wirklich geeignet“

Kassenärztliche Bundesvereinigung will Symptomschlüssel einbetten

Berlin (opg) – Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) will in die internationale Klassifikation der Krankheiten, ICD-10-GM, bis zum 1. Juli 2011 einen Symptomschlüssel für Hausärzte einbetten. Das hat KBV-Vorstand Dr. Andreas Köhler am 29. November bei einem Pressegespräch angekündigt. Hintergrund ist die Auswertung der Testphase in Bayern zu den Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR). Dort wurden 74 Ärzte ausgewählt, die jeweils 500 Euro Aufwandsentschädigung dafür erhielten, den Test in ihrer Praxis vorzunehmen. Allein Zahl und Zusammensetzung der Teilnehmer lassen allerdings Zweifel zu, ob überhaupt Rückschlüsse aus den Antworten tragfähig sind. Immerhin elf Allgemeinmediziner waren an dem Test beteiligt, dafür aber zum Beispiel lediglich ein Anästhesist, Strahlentherapeut, Psychiater oder Neurologe, zwei Dermatologen, drei Augenärzte und vier Chirurgen. Repräsentativ ist der Test damit nicht. KBV-Chef Köhler sagt, eine Evaluation oder eine Erprobung sei auch auf Wunsch der Kassen nicht geplant gewesen. Es sei vielmehr um „Trendaussagen“ gegangen, die man an den Ergebnissen ablesen könne. So sei nun nach der Testphase in Bayern klar, dass es vor allem auf die Implementierung der Software ins Praxisverwaltungssystem ankomme, zugleich sei deutlich geworden, dass die AKR bei guter Einbindung anwendbar seien, so Köhler. Allerdings habe sich auch ergeben, dass die ICD-10-GM „nicht wirklich geeignet ist, um die hausärztliche Tätigkeit abzubilden“.

Symptomschlüssel – ein Entgegenkommen?

Damit hat sich die Kritik der Hausärzte weiter manifestiert. Diese hatten stets davon gesprochen, dass ihre Tätigkeit bei der Kodierung nicht richtig wiedergegeben wird. Kritik wurde auch in puncto Datenschutz und Bürokratie laut. Heftigen Widerstand hat es bereits von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) Schleswig-Holstein, Hessen, Niedersachsen,

Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz gegeben. Sie laufen Sturm gegen die Kodierrichtlinien und drohen mit Boykott. Die KV Rheinland-Pfalz hat sogar angekündigt, die Umsetzung in der derzeitigen Fassung notfalls im Alleingang nicht zu vollziehen. „Das heißt für Rheinland-Pfalz, dass wir die AKR in der jetzigen Form nicht umsetzen werden“, kommentiert KV-Vorstand Dr. Günter Gerhardt. Er betont, dass die Kodierung in Rheinland-Pfalz erst dann kommen werde, „wenn die Ergebnisse aus Bayern eingearbeitet werden und wenn die hausärztliche Tätigkeit besser berücksichtigt wird.“ Der Symptomschlüssel ist daher nicht nur ein für die KBV wichtiger Schritt auf die Hausärzte zu, sondern auch eine Hilfestellung für die KVen. Wenn alles klappt, soll das Diagnose-Instrument zum 1. Juli 2011, nach Ablauf der noch nicht verpflichtenden Anwendung der AKR, in die ICD-10 implementiert werden. Daran arbeitet bereits das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI). Mit dem Symptomschlüssel soll es Hausärzten erleichtert werden, deren Klassifikation richtig abzubilden. Ob das den Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen reicht, muss sich allerdings noch zeigen. Jedenfalls rät Köhler den KVen dringend davon ab, die Umsetzung der AKR zu verweigern. Der KBV-Chef nennt das „rechtlich schwierig“, weil der Gesetzgeber den Rahmen vorgegeben habe. Zugleich sei es „monetär unter Umständen nachteilig für die Vertragsärzte in den Regionen, die die Einführung verweigerten.“

Die AKR sind „bares Geld wert“

Mit Unverständnis reagiert der KBV-Chef auch auf die Kritik, dass die AKR immensen Mehraufwand für die Hausärzte bedeuten. Köhler bestätigt zwar, dass es zunächst einen erhöhten Zusatzaufwand etwa für das Sortieren von Dauerdiagnosen gibt, dass danach aber vieles „über Knopfdruck“ laufen könne. Aus seiner Sicht gibt es keine vernünftige Alternative zu den AKR. Er verdeutlicht, dass sie seiner Meinung nach Vorteile für die Mediziner und das Gesundheitswesen bringen. „Die Vertragsärzte und -psychotherapeuten sind bereits seit zehn Jahren gesetzlich verpflichtet, ihre Diagnosen mit der internationalen Klassifikation der Krankheiten, ICD-10-GM, möglichst genau zu kodieren. Mit den Ambulanten Kodierrichtlinien erhalten sie einen Leitfaden an die Hand, der alle Regeln zusammenfasst, erläutert und teilweise präzisiert“, begründet der KBV-Chef. Seiner Auffassung nach lasse sich nur mit einer möglichst detaillierten Kodierung die Morbidität der Versicherten verlässlich darstellen. „Sie ist die unverzichtbare Grundlage für die Verhandlungen mit den Krankenkassen, um die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ab 2013 weiterentwickeln zu können. Um es deutlich zu sagen: Die AKR sind somit bares Geld wert“, erklärt Köhler.

Die AKR sollen dem Arzt beziehungsweise Psychotherapeuten helfen, die ICD-Kodes auszuwählen, die seine Behandlungsdiagnosen am treffendsten abbilden. „Sie minimieren das Risiko, durch eine fehlerhafte Kodierung falsche Diagnosen an die Krankenkassen weiterzuleiten, weshalb diese eine falsche Morbidität ableiten könnten“, sagt Köhler. Darüber hinaus

verringere sich die Anzahl der Diagnosekodes, die der Arzt an die gesetzliche Krankenversicherung weiterleiten muss. Denn die neuen Richtlinien sehen vor, dass die Praxis nur noch die Diagnosen weiterleitet, wegen derer der Patient im jeweiligen Quartal behandelt wurde. Eine bereits therapierte Gastritis oder ein vor Jahren kodierter Verdacht auf eine Alkoholabhängigkeit bleiben beim Arzt und werden nicht mitgeschickt, sofern sie für die Behandlung im aktuellen Abrechnungsquartal nicht von Bedeutung waren. „Dies bietet einen weiteren Schutz vor Datenmissbrauch“, betont Köhler. Zudem entscheide nach wie vor der Arzt oder Psychotherapeut, welche Diagnosen er an die Krankenkassen weiterleitet. Der Arzt oder Psychotherapeut solle zunächst prüfen, für welche Diagnosen im abzurechnenden Quartal überhaupt Leistungen erbracht wurden und ob er diese nach den gültigen medizinisch-wissenschaftlichen Grundsätzen bereits sichern konnte. „Nicht der Kode bestimmt die Diagnose oder das Handeln des Arztes, sondern umgekehrt. Ist eine Diagnose zum Beispiel noch recht diffus, wird der Arzt auch eine weniger spezifische ICD-Schlüsselnummer auswählen“, erklärt Köhler.

Um den Ärzten und Psychotherapeuten den Einstieg in die AKR zu erleichtern, gibt es eine sechsmonatige Übergangsfrist, in der Kodierfehler nicht beanstandet werden. Die KBV will in dieser Zeit Ärzten und Psychotherapeuten ein breites Schulungsangebot zur Verfügung stellen.

[zurück zum Inhalt](#)

Präventionskurse: viel Wettbewerb, wenig Qualität

Bundesrechnungshof kritisiert Krankenkassen und Bundeswehr-Institut

Berlin (opg) – Dass forciertes Wettbewerb zwischen Krankenkassen Wirtschaftlichkeit und Qualität der angebotenen Leistungen fördert, gehört zur argumentativen Grundausstattung (neo-)liberaler Gesundheitsökonomien und Politiker. Ein Beispiel, das diesen Glaubenssatz widerlegt, präsentiert der Bundesrechnungshof in seinem neuen Jahresbericht, der am 16. November 2010 in Berlin vorgestellt worden ist. Nach Einschätzung der obersten Bundesbehörde mit Hauptsitz in Bonn mangelt es den Präventionskursen der gesetzlichen Krankenkassen „häufig“ an Qualität und evaluierter Wirksamkeit. Gefühlte zwei Jahrzehnte nach der Kritik des CSU-Politikers Horst Seehofer an den sprichwörtlich gewordenen „Bauchtanzkursen“ von Krankenkassen hat sich anscheinend nur wenig geändert. Eine zentrale Ursache für diese Fehlentwicklung ist demnach aktuell offensichtlich der Wettbewerbsdruck zwischen den Kassen. Nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) V ist bekanntlich in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eine gesundheitsbezogene Leistung ohne

nachgewiesene Qualität und Wirksamkeit per se unwirtschaftlich, darf also eigentlich nicht finanziert werden. Außerdem fordert der Rechnungshof in einem anderen Kapitel des Jahresberichts das Verteidigungsministerium auf, das Institut für Medizinischen Arbeits- und Umweltschutz der Bundeswehr in Berlin wegen mangelhafter Forschungskompetenzen aufzulösen.

Nach Angaben des Bundesrechnungshofs (BRH), der 2009 geprüft hat, haben die Krankenkassen im Jahre 2008 insgesamt 285 Mio. Euro für Präventionskurse aufgewendet, an denen rund 2 Mio. GKV-Versicherte teilnahmen. Die Aufklärung der Versicherten über eigene Verhaltensweisen, gesundheitliche Risikofaktoren und eine gesunde Lebensführung im Alltag gehörten zu den Zielen dieser Kurse, wobei es unter anderem um Bewegungsmangel, Fehl- und Überernährung oder Suchtmittelkonsum geht.

„Leitfaden des GKV-Spitzenverbandes zu allgemein und unbestimmt“

In einem Leitfaden des GKV-Spitzenverbandes sind Handlungsfelder und Qualitätskriterien beschrieben, die die Krankenkassen bei den angebotenen Präventionskursen beachten sollen. Demnach „dürfen Krankenkassen nur solche Kurse fördern, die diesen Vorgaben entsprechen“, so der BRH. Die Kurskonzepte müssten in ihren Zielen und Inhalten sowie ihrer Methodik die Kriterien erfüllen. Zudem müssten die Kursleitungen über eine einschlägige Ausbildung verfügen. Allerdings sei bereits der Leitfaden des GKV-Spitzenverbandes unzulänglich und zu unbestimmt, monieren die Rechnungsprüfer des Bundes. Das Papier enthalte nur allgemeine Angaben darüber, welche Kurskonzepte für die Kassen förderungswürdig seien. Und es nenne lediglich beispielhaft, welche Qualifikationen Kursleiter nachweisen müssten.

Krankenkassen prüfen in eigener Verantwortung, ob Kurskonzepte die Anforderungen des Leitfadens erfüllen. Gesetzliche Vorgaben gibt es nicht; das Bundesversicherungsamt als Aufsichtsbehörde sieht nach Angabe des Rechnungshofs bisher keinen Anlass, um einzugreifen. Die Rechnungsprüfer zählen beispielhaft auf, welche Kurse Krankenkassen nach dieser Eigenprüfung ihren Versicherten anbieten: etwa Neurobic, Recabic, gesundheitsorientiertes Bewegen mit und ohne Pferd, Aqua-Cycling, Yoga, etc. pp. Krankenkassen beurteilen die Qualität der Kurskonzepte und die Qualifikation der Kursleiterinnen unterschiedlich, heißt es im Rechnungshofbericht:

Teilweise erfüllten die geförderten Kurse demnach nicht einmal die (unzureichenden) Vorgaben im Leitfaden des GKV-Spitzenverbandes, so der Rechnungshof. Zum Beispiel Aqua-Cycling, bei dem die Teilnehmer unter Wasser auf Fahrradergometern trainieren – Übungen, die sie zu Hause nicht selbstständig fortführen können. Außerdem hätten Krankenkassen Kurse gefördert, die selbst nach ihrer eigenen Einschätzung nicht den Anforderungen des Leitfadens entsprächen. Ein Beispiel dafür sei das „Schnupper-Golfen“ („Golf-Prävention“)

zur Kräftigung der Rückenmuskulatur. Andere Kassen hätten im Widerspruch zum Leitfaden Mitgliedsbeiträge der Versicherten für Fitness-Studios bezuschusst.

Krankenkassen förderten Kurse, deren Kursleitungen die im Leitfaden vorgeschriebenen Qualifikationen fehlten. Unter anderem hätten Ingenieure oder ein Finanzbeamter ohne entsprechende Zusatzqualifikationen Yoga-Kurse geleitet. Andere Kursleitungen hätten ihre Zusatzqualifikation als Yoga-Lehrer noch nicht abgeschlossen. (Erforderlich seien dafür beispielsweise Fachkräfte aus dem Bereich der psychosozialen Gesundheit mit einer mindestens 500 Stunden umfassenden Zusatzqualifikation zum Yoga-Lehrer.)

Fachkenntnisse unzureichend, „Wettbewerb“ bremst Qualitätsprüfung

Wie sind solche Fehlentwicklungen zu erklären? Nach Angaben des Bundesrechnungshofs haben beispielsweise Kassenvertreter eingeräumt, dass ihnen die erforderlichen Fachkenntnisse fehlten, um Konzepte und Inhalte von Präventionskursen sowie die Qualifikationen von Kursleitern zu beurteilen. Außerdem führten sie ins Feld, sie hätten Kurse angeboten, die nicht den Kriterien des Leitfadens entsprechen, um „Wettbewerbsnachteile gegenüber anderen Krankenkassen (zu) vermeiden“. Zwar hätten Krankenkassen einige Kurse durch externe Qualitätssicherungsstellen prüfen lassen. Im Ergebnis sei es dabei aber – je nach Kasse und Qualitätssicherungsstelle – zu unterschiedlichen Prüfungsergebnissen gekommen. Ferner habe dies zu Mehrfachprüfungen geführt, weil Prüfungsergebnisse nicht ausgetauscht worden seien. Diese Probleme seien „den Krankenkassen seit mehreren Jahren bekannt“, stellt der BRH fest. Bisher hätten sie sich jedoch nicht auf ein kassenübergreifendes, bundesweit einheitliches Prüfverfahren verständigen können. Zur Begründung sei angeführt worden, dass eine Kooperation zwischen den Kassen „aus Wettbewerbsgründen nicht infrage komme“. Dazu stellen die Prüfer fest: „Wettbewerbsgesichtspunkte dürfen nicht dazu führen, geringere Anforderungen an die Qualität von Kursen zu stellen.“

Plädoyer für Zertifizierung und Zentralisierung


Der Bundesrechnungshof fordert den GKV-Spitzenverband auf, den Leitfaden für Präventionskurse präziser als bisher zu fassen, damit künftig Präventionsleistungen nach einheitlichen Kriterien erbracht werden. Zweitens fordert die Behörde eine Konzentration auf wenige Qualitätssicherungsstellen, die Präventionskurse zertifizieren, mit der Folge, dass Krankenkassen nur noch solche Kurse fördern sollten. Drittens sprechen sich die Prüfer dafür aus, die Wirksamkeit solcher Kurse nach einem bundesweit einheitlichen Verfahren im Hinblick auf den gesundheitlichen Nutzen für die Teilnehmer zu überprüfen. Angesichts enger finanzieller Spielräume sei eine Konzentration auf gezielte und wirksame Prävention erforderlich. „Alle anderen Kurse sind unwirtschaftlich und sollten nicht weiter gefördert werden“, so der BRH.

Der Bundesrechnungshof hat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) und den GKV-Spitzenverband mit seinen Erkenntnissen konfrontiert, aber nur teilweise Gehör gefunden. Der GKV-Spitzenverband hat demnach zugesichert, bei der Neufassung des Leitfadens mit den Krankenkassen und ihren Verbänden darüber zu beraten, das Evaluationsverfahren weiterzuentwickeln und gemeinsam anzuwenden. Das BMG habe die Ansprüche des Rechnungshofs an den Wirksamkeitsnachweis von Präventionskursen „für zu hoch gehalten“, heißt es im Jahresbericht der Behörde. Es sei ausreichend, ein strukturiertes Verfahren einzuführen, um die Konzepte zu überprüfen. Der Rechnungshof widerspricht: Kurse seien bereits vorab, vor der Förderung, zu prüfen. Um jedoch die Wirksamkeit der Kurse festzustellen, müssten die Krankenkassen die Kurs-Teilnehmer mit zeitlichem Abstand befragen lassen; nur so könnten sie ermitteln, ob die Kurse wirksam das Ziel erfüllt hätten, über Risikofaktoren aufzuklären und zu einer dauerhaften Verhaltensänderung anzuhalten. Der BRH: „Da die Kassen bisher wenig Interesse zeigen, auf freiwilliger Basis solche Evaluationsverfahren anzuwenden, sollte das BMG die notwendigen Schritte unternehmen, ein solches Verfahren für alle Krankenkassen verpflichtend einzuführen.“

Armee-Institut ohne Kompetenz – Verteidigungsministerium mauert

Ein vernichtendes Urteil fällt der Bundesrechnungshof über das 2003 gegründete Institut für Medizinischen Arbeits- und Umweltschutz der Bundeswehr, das angewandte Forschung auf den Gebieten der militärischen Arbeits- und Umweltmedizin sowie der Umwelthygiene betreiben soll. Bisher seien dafür 11 Mio. Euro Steuergelder ausgegeben, aber nur zehn Forschungsvorhaben abgeschlossen worden. Praktisch zeitgleich hat auch der Wissenschaftsrat der Bundesregierung in einer Stellungnahme vom Mai 2009 das Institut scharf kritisiert: Die Forschungsleistungen seien qualitativ und quantitativ nicht ausreichend, es mangle an forschungserfahrenem wissenschaftlichen Personal und dem Institut sei es nicht gelungen, seine Aufgaben in ein stimmiges Forschungs- und Arbeitsprogramm umzusetzen. Der Rechnungshof bestätigt diesen Befund: Die am Institut tätigen Sanitätsoffiziere sind demnach zuvor überwiegend nicht in der Forschung tätig gewesen. Sie verfügen nicht über eine ihrer Funktion entsprechenden wissenschaftlichen Qualifikation. Sie sind teilweise mit Aufgaben betraut, für die ihr Dienstposten nicht vorgesehen ist und die sie nicht auslasten. In einem Institutsfachbereich, der für 2009 keine Forschungsvorhaben geplant hatte, waren ein Sanitätsoffizier und drei Feldwebel ohne Aufgaben. In einem anderen Institutsbereich befassten sich der verantwortliche Arzt und seine Mitarbeiter überwiegend mit Internet-recherchen. Ein anderer Fachbereich verfügt nicht über Fachpersonal und konnte deshalb die wissenschaftliche Arbeit nur mittels einer Kooperation mit externen Einrichtungen aufrecht erhalten. Ein weiterer Fachbereich konnte keine Forschungsprojekte abschließen, weil der Fachbereichsleiter mehrere längere Auslandseinsätze absolvierte.

„Für den Bundesrechnungshof ist nicht erkennbar, dass sich an dieser Situation in absehbarer Zeit etwas ändern wird. Er hält es für nicht länger hinnehmbar, dass ganze Fachbereiche (...) keine Forschungsvorhaben durchführen können“, heißt es im Jahresbericht. Die Prüfer haben dem Ministerium empfohlen zu prüfen, ob die Aufgaben des Instituts auf andere Einrichtungen zu verlagern. Doch davon will das Haus unter der Leitung des CSU-Verteidigungsminister offensichtlich nichts wissen, berichtet der BRH: Das Institut befinde sich noch in der Aufbauphase, außerdem könnten gesundheitliche Fragestellungen zum „Arbeitsplatz Soldat“ nur in einer Einrichtung angemessen bearbeitet werden, die in der Bundeswehr verankert und mit den Besonderheiten des militärischen Dienstes vertraut sei. Dennoch ist der Fachbereich „Psychische Gesundheit“ im Mai 2010 aufgelöst und dessen Aufgaben dem Bundeswehrkrankenhaus in Berlin übertragen worden. Der Rechnungshof „hält die Einwände des Verteidigungsministeriums nicht für überzeugend“ und fordert die Übertragung weiterer Fachbereiche auf andere medizinische Forschungseinrichtungen der Bundeswehr für erforderlich. Das Ministerium sollte „rasch handeln“, um die mit der Schließung des Berliner Bundeswehr-Instituts möglichen Einsparungen zu realisieren.

 - *Link* *Veröffentlichung des Bundesrechnungshofes vom 15. November 2010: Bemerkungen 2010 zur Haushalts- und Wirtschaftsführung des Bundes; pdf-Dokument, 201 Seiten, 2.9 MB*

[zurück zum Inhalt](#)

Bastion KVB von innen erobern und von außen zerstören

KV-Abbruchstrategie Hoppenthaller ist wieder ein Stück weiter

München (opg) – Die Wahl zur Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) hat den Bayerischen Hausärzteverband Ende November 2010 ein ganzes Stück weiter auf seinem Weg zum Abbruch des KV-Systems gebracht. Mit 21 Sitzen von 45 für Ärzte und 5 für Psychotherapeuten ist die BHÄV-Liste unter Dr. Wolfgang Hoppenthaller eindeutig Wahlsieger. Die Facharzt-Liste (GFB) unter Dr. Andreas Hellmann hat von einst 23 Sitzen nur noch 10 retten können. Den Rest teilen sich der Bayerische Facharztverband mit 5, die Freien Hausärzte (unter dem alten Hausarzt-KVB-Vorstand Dr. Gabriel Schmidt), die Qualidoc-Liste (des amtierenden KVB-Chefs Dr. Axel Munte) und die Kinder- und Jugendärzte mit je zwei Stimmen; MEDI, Liste sprechende Medizin und Liste Ärztinnen und Ärzte Bayern erzielten je 1 Sitz, plus fünf Psychotherapeuten.

Erst Vorstand werden, dann KV abschaffen?

Obwohl er das KV-System komplett verlassen will, hat BHÄV-Chef Hoppenthaller bereits einen Vorstandssitz reklamiert. Ob er den bei der konstituierenden Vertreterversammlung am 22. Januar 2011 auch wirklich erobern kann, steht in den Sternen. Bereits bei der letzten KVB-Vorstandswahl hatte es der Hausarzt-Funktionär siebenmal (!) nicht geschafft, gegen die vereinte Abwehrfront ein Vorstandsamt zu besetzen. Das war der Anlass für seine Kriegserklärung an die Körperschaft.

Für die einfache Mehrheit von 26 Delegierten fehlen Hoppenthaller noch 5 Stimmen. Als einziger Koalitionär ist ihm MEDI-Funktionär Dr. Alfried Schinz mit seiner einen Stimme sicher. Alle anderen, auch der neue Bayerische Facharztverband, haben sich gegen eine Koalition mit dem BHÄV ausgesprochen. Damit stünde es 22 gegen 28, was auf eine Abfuhr für Hoppenthaller und den Sieg des Internisten und Pneumologen Hellmann, der zur Zeit Vorsitzender der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist, als neuen KVB-Vorsitzenden hinausliefe. Die beiden Stellvertreter-Posten könnten dann mit den bisherigen Amtsinhabern Gabriel Schmidt und Rudi Bittner bei dem bestehenden Stimmenverhältnis besetzt werden. Für Hoppenthaller wäre das eine erneute Kriegserklärung und Antrieb, die Demontage der KV energisch voranzutreiben. Die Gelegenheit dazu bietet sich eine Woche später in der Arena in Nürnberg, wo die bayerischen Hausärzte ihren Ausstieg aus dem KV-System erklären sollen. Die Strategie sieht so aus: 60 Prozent Befürworter sind die nötige Marge für den bayernweiten Ausstieg. Da Hoppenthaller sich der Kollegen aus den Großstädten München und Nürnberg wegen der dortigen Konkurrenzsituation nicht sicher sein kann, werden diese erst gar nicht mitgezählt, sondern nur die Hausärzte vom flachen Lande. Kommt am 26. Januar eine Mehrheit zustande, endet die Zulassung der bayerischen Hausärzte am 30. Juni 2011. Solange brauchen sie die KVB noch. Doch gleichzeitig enden auch die HzV-Verträge nach § 73b mit der AOK und anderen Krankenkassen, da diese an die KV-Zulassung gebunden sind. Angesichts des danach vertragslosen Zustands setzt Hoppenthaller darauf, dass den Krankenkassen die Sicherstellung der flächendeckenden hausärztlichen Versorgung nicht gelingen wird und sie zu Vertragsabschlüssen mit dem BHÄV gezwungen sein werden.

Der Spatz in der Hand oder die Taube auf dem Dach?

Um ihre Existenz besorgte Kollegen beruhigt er: Bei Fallwerten von über 80 Euro, wie sie ursprünglich zwischen BHÄV und AOK ausgehandelt waren, lassen sich die niedrigeren Honorare der KVB von ca. 40 Euro leicht verschmerzen. Statt Verlusten gebe es höhere Honorare pro Behandlungsfall. Es wird sich zeigen, ob die Hausärzte sich von der Taube auf dem Dach locken lassen oder den Spatz in der Hand bevorzugen. Übrigens: Mit den „Trittbrettfahrern“ will der BHÄV unsanft umgehen. Sie sollen für die „Feigheit vor den Kassen

bzw. der KV“ von den Systemaussteigern sanktioniert werden. Denn nach dem Systemausstieg würde die gesamte hausärztliche Versorgung gemäß den Vorgaben des BHÄV und über die HÄVG abgewickelt. Damit wären auch die systemtreuen Hausärzte und Trittbrettfahrer auf die Abrechnungsorganisation HÄVG angewiesen. Läge vor Nürnberg eine Beschlussvorlage zum Systemausstieg vor, wonach die Trittbrettfahrer zum Beispiel mit deutlich höheren Verwaltungskosten oder mit irgendeiner anderen Maßnahme sanktioniert würden, über die parallel zum Ausstieg abgestimmt werden könnte, würde der Preis für das Trittbrettfahren drastisch steigen. Das vom BHÄV für Nürnberg avisierte Verfahren erlaubt eine exakte Zuordnung, wer sich für den Zulassungsverzicht ausgesprochen hat und wer nicht. Damit dürfte die entscheidende Frage in Nürnberg nur sein, wie viele Hausärzte kommen. Die Trittbrettfahrer werden wohl gar nicht erst anreisen, weil sie sich sonst outen müssten. Vor politischen Eingriffen glaubt sich Hoppenthaller sicher: In dem Augenblick, in dem die Hausärzte zu über 60 Prozent ihre Kassenzulassung aufgegeben haben, haben seiner Ansicht nach weder Kassen noch Politiker auch nur den Hauch einer Chance, die Aussteiger zu sanktionieren. Es könnte aber auch ganz anders laufen: Wenn die Krankenkassen den Sicherstellungsauftrag haben, sind sie in der Lage, den Hausärzten nicht im Kollektiv BHÄV, sondern einzeln auf der Grundlage von Qualitätskriterien Verträge anzubieten, in denen der Fallwert schon deshalb höher sein kann, weil sie nicht mehr mit allen vorhandenen Ärzten kontrahieren müssen, sondern selektieren können. Das würde den Wettbewerb unter den Hausärzten, die dann mehr denn je als freiberufliche Unternehmer ihre Leistungen anbieten, intensivieren und müsste die Versorgungsqualität nicht beeinträchtigen. Bei weniger Ärzten würde wohl auch der deutsche Weltrekord von durchschnittlich 18 Praxisbesuchen im Jahr fallen können, weil das Weiterreichen der Patienten ausfiele. Der Begriff Vertragsarzt bekäme dadurch eine ganz neue Bedeutung. Doch das letzte Wort in diesem bayerischen Possenspiel ist noch nicht gesprochen. Bayerns Ministerpräsident Horst Seehofer, in dessen Zeit als Bundesgesundheitsminister die Sanktionen gegen Kollektiv-Aussteiger ins SGB V geschrieben wurden, hat den BHÄV-Rebellen bereits zu einem persönlichen Gespräch in die Staatskanzlei eingeladen. Wieder einmal. Danach werden alle etwas schlauer sein - oder völlig verwirrt, über wen auch immer.



- Link *Pressemitteilung der KV Bayerns vom 25. November 2010: Wahl zur Vertreterversammlung der KVB offiziell abgeschlossen – Hausärzterverband mit stärkster Fraktion; pdf-Dokument, 1 Seite, 2.9 MB*

[zurück zum Inhalt](#)

Jeder siebte Vorwurf ist berechtigt

AOK Bayern fährt seit zehn Jahren Behandlungsfehler-Management

München (opg) – Von der im Sozialgesetzbuch V geschaffenen Möglichkeit, ihre Versicherten beim Verdacht auf Behandlungsfehler durch Ärzte oder im Krankenhaus zu unterstützen, machen die Krankenkassen unterschiedlich Gebrauch. Die AOK Bayern hat jetzt ihr Fazit aus zehn Jahren Patientenberatung gezogen: Jeder siebte vermutete Behandlungsfehler hat sich dabei auch als tatsächlicher Behandlungsfehler herausgestellt.

Haftpflichtversicherung statt Versichertengemeinschaft

Aus 21.380 Beratungsfällen seit 2000 ergaben sich 8.573 (40,1 Prozent) Aufträge an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zur Erstellung eines ausführlichen Gutachtens, berichtet Dr. Helmut Platzer, Vorstandsvorsitzender der AOK Bayern. Diese Gutachten haben 3.129 Behandlungsfehler bestätigt. Bezogen auf die in Auftrag gegebenen Gutachten entspricht das 36,5 Prozent, bezogen auf die Anfragen 14,6 Prozent. Die häufigsten Beratungen bezogen sich auf die Chirurgie (6.925), gefolgt von Orthopädie (2.199) und Zahnmedizin/Kieferchirurgie (1.859). An vierter Stelle folgen die Beratungen, die dem Bereich „mangelhafte Diagnostik“ zuzurechnen sind. Seit 2005 beobachtet die Krankenkasse eine massiv steigende Tendenz bei den Beratungen im Bereich Orthopädie (+114 Prozent), Innere Medizin (+94 Prozent) und Chirurgie (+50 Prozent).

Da durch Behandlungsfehler die Versichertengemeinschaft geschädigt wird, macht die AOK Ersatzleistungsansprüche bei den Haftpflichtversicherungen der Leistungserbringer geltend. Seit 2000 hat sie mehr als 40 Millionen Euro Schadenersatz kassiert. Häufig klagen die betroffenen Versicherten zivilrechtlich Schmerzensgeld und Schadenersatz ein. Die AOK unterstützt sie dabei, Vergleiche mit den Haftpflichtversicherern der Leistungserbringer zu schließen. Sie haben gegenüber Zivilprozessen mehrere Vorteile, sagt Platzer. Das Verfahren wird deutlich beschleunigt, es ist kostengünstiger und der Ausgang ist besser abschätzbar als vor Gericht. Die Rolle der Krankenkasse ist allerdings eingeschränkt: Sie stellt ihren Versicherten Behandlungsunterlagen und Einschätzungen juristischer und medizinischer Art zur Verfügung, kann ihnen jedoch aus rechtlichen Gründen die Durchsetzung ihrer Schadenersatzansprüche nicht abnehmen. Patientenberater in den Geschäftsstellen der Kasse sind für die Erstberatung bei vermuteten Behandlungsfehlern zuständig. Parallel dazu gibt es eine Behandlungsfehler-Hotline zum Ortstarif. Häufig wird das Einholen einer zweiten ärztlichen Meinung empfohlen, um Missverständnisse bereits im Vorfeld aufzuklären. Das Gutachten beim MDK ist für die Versicherten kostenfrei. Bei der Anwaltssuche werden ihnen spezialisierte Rechtsanwälte empfohlen. Hilfe gibt es auch bei der Beschaffung von Behandlungsunterlagen, was oftmals sehr schwierig ist, weil Auskünfte und Herausgabe

von Unterlagen unter Hinweis auf den Datenschutz teilweise verweigert werden.

(Siehe dazu auch neueste Rechtsprechung im OPG 30/2010: „BSG: Versicherte haben einen Anspruch auf ihre Daten“, Link am Ende des Beitrags.)


Verjährungsfrist: drei Jahre

Sind alle Hürden überwunden, wird der medizinische Sachverhalt von Schwerpunkt-Gutachtern des MDK für den Bereich Medizinrecht gesichtet. Kommen diese zur Einschätzung, dass an einer ordnungsgemäßen Behandlung des Versicherten Zweifel bestehen, wird ein ausführliches MDK-Gutachten in Auftrag gegeben. Dieses bildet die Basis für die Entscheidung, ob die Kasse dem Versicherten eine weitere Verfolgung des potenziellen Behandlungsfehlers empfiehlt und selbst in Verhandlungen mit dem Leistungserbringer, seinem Arbeitgeber oder der Haftpflichtversicherung tritt oder den Anwalt des Betroffenen unterstützt. Wichtig ist der Zeitpunkt der Verjährung, wenn der vermutete Behandlungsfehler schon um einige Jahre zurück liegt. Grundsätzlich unterliegen vertragliche Schadenersatzansprüche seit dem 1. Januar 2002 einer dreijährigen Verjährungsfrist. Diese beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Patient davon Kenntnis erlangt hat. Platzer rät den Patienten deshalb, bei Verdacht auf Vorliegen eines Behandlungsfehlers nicht zu lange zu warten. Die AOK unterstützt ausdrücklich die Schaffung eines Patientenrechte-Gesetzes, das die unterschiedlich verorteten Rechte der Patienten bündelt, sagt Fritz Schösser, Vorsitzender des Verwaltungsrats der AOK Bayern. Darüber hinaus seien aber auch neue gesetzliche Regelungen zu den Patientenrechten erforderlich. Problematisch ist häufig die Beweislast. Grundsätzlich trägt jede Partei für die von ihr vorgetragene Behauptungen die Beweislast. Die Rechtsprechung hat abweichend von den allgemeinen Grundsätzen der Zivilprozessordnung die Beweislast für die Patienten teilweise erleichtert. Insgesamt aber ist laut Schösser die Rechtsprechung zur Beweislast unüberschaubar geworden. Zumindest bei groben Behandlungsfehlern fordert er deshalb eine gesetzliche Regelung, die die Beweislastumkehr für den Patienten normiert.

Nicht fragen „wer war schuld?“, sondern „was war schuld?“

Auch hinsichtlich der Dokumentationspflichten gibt es bislang keine gesetzlichen Regelungen. Die AOK fordert, nicht nur den Umfang der Dokumentationspflichten gesetzlich zu regeln, sondern auch, wie sich eine mangelhafte Dokumentation auf die Beweislastverteilung auswirkt. Auch die Aufklärung von Patienten vor einem ärztlichen Eingriff und den sich daraus ergebenden Folgen sei zu dokumentieren. Die Patienten sollten davon eine Kopie erhalten. Für notwendig hält Schösser auch eine gesetzliche Klarstellung zu den Einsichtsrechten in die Behandlungsunterlagen bei vermuteten Behandlungsfehlern. Alles in allem brauchen wir nach seinen Worten eine neue Fehlerkultur. Es gehe nicht darum, primär den Schuldigen

zu suchen, sondern die oft komplexen Ursachen auf der persönlichen und der Systemebene nüchtern zu analysieren, ohne Leistungserbringer aus der Verantwortung zu nehmen. „Das Prinzip lautet: Nicht zuerst fragen, wer war schuld, sondern was war schuld?“

 - [Link](#) *OPG 30/2010 vom 15. November 2010: BSG – Versicherte haben einen Anspruch auf ihre Daten; pdf-Dokument, 2 Seiten 115 KB*

[zurück zum Inhalt](#)

Schizophrenie: Mit IV gegen fraktionierte Versorgung

Initiative mit Industriebeteiligung stößt nicht nur auf Sympathie

Berlin (opg) – Vielen an Schizophrenie Erkrankten kann keine adäquate gemeindenahe Behandlung angeboten werden. In Krisensituationen müssen Patienten oft ins Krankenhaus, obwohl ambulante Strukturen dies verhindern könnten. In Niedersachsen soll ein Vertrag zur Integrierten Versorgung (IV) Abhilfe schaffen – er wurde am 25. November in Berlin vorgestellt.

Partner der Versorgungsinitiative sind die AOK Niedersachsen, die Managementgesellschaft I3G (Institut für Innovation und Integration im Gesundheitswesen), und die Care4S GmbH (Care for Schizophrenia), die unter anderem für den Aufbau der Versorgungsnetzwerke verantwortlich ist. I3G ist nach eigenen Angaben ein unabhängiges Tochterunternehmen der Janssen-Cilag GmbH.

Regelversorgung weist Lücken auf

Seit Oktober können sich an Schizophrenie erkrankte Menschen, die bei der niedersächsischen AOK versichert sind, in ersten Startregionen in den IV-Vertrag einschreiben. Kern des Vertrages sind sektorenübergreifende Versorgungsangebote, die erweiterte ambulante Behandlungsoptionen wie Psychoedukation, Fachpflege, Soziotherapie, Psychotherapie, aufsuchende Behandlung und Angehörigenbetreuung beinhalten. Jeder Patient hat eine Bezugsperson, die die Lotsenfunktion übernimmt – in der Regel ist dies eine Fachkrankenpflegekraft. Zudem gibt es einen Krisendienst rund um die Uhr. „Patienten, die an Schizophrenie erkrankt sind, brauchen eine individuelle Therapie. Und sie wollen sicher sein, dass sich ihre Behandler untereinander abstimmen“, so Dr. Matthias Walle, niedergelassener Psychiater und Geschäftsführer der Care4S GmbH. Er, früher am Krankenhaus tätig, kennt Defizite in der Betreuung der Kranken auch aus dieser Perspektive: „Hinter den Krankenhausmauern gab es keine ambulante Struktur.“ Einen Kritikpunkt in der ambulanten Regelversorgung beschreibt er aus eigener Erfahrung so: „Ich habe keine Zeit für die Patienten: 30 Minuten pro

Patient und Quartal, alles inklusive, mit Angehörigengespräch reichen einfach nicht! Schon gar nicht in Krisensituationen.“

Rose-Marie Seelhorst, Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen, erhofft sich vor allem „ein vielfältiges Instrumentarium von Behandlungs- und Unterstützungsangeboten, um den Kranken und ihren Familien in den sehr unterschiedlichen Situationen angemessen helfen zu können.“ Sie ist froh, dass die besondere Problematik dieser Krankheit endlich einmal im Zentrum von Hilfeplanung stehe.

Durchschnittliche Behandlungskosten von 4.000 Euro jährlich

Psychiater Walle betont: „In Abstimmung mit dem Patienten und dem ambulanten Team wählt er die individuellen Behandlungsmodule aus.“ Und er legt Wert auf die Feststellung, „dass der Arzt seine Therapiefreiheit behält.“ Der Behandlungspfad orientiere sich an den aktuellen wissenschaftlichen Leitlinien und schließe alle für die Indikation zugelassenen, auf dem deutschen Markt verfügbaren Medikamente zur Behandlung der Schizophrenie ein. Mit dem Ziel der flächendeckenden Versorgung wird die Initiative im Laufe des nächsten Jahres auf weitere Landkreise ausgeweitet. Bei der AOK in Niedersachsen sind etwa 13.000 an Schizophrenie Erkrankte versichert. Die durchschnittlichen Behandlungskosten liegen bei 4.000 Euro jährlich, so hoch ist die Summe aus dem Gesundheitsfonds. Das Volumen liegt demzufolge bei etwa 52 Millionen Euro. Die Vertreter der AOK benennen ihr Ziel: An die Kassenärztliche Vereinigung oder Krankenhäuser weniger zu zahlen als vorher – bei einer besseren Versorgung der Schizophrenie-Patienten. Einsparpotenziale sieht die AOK vor allem in einem Rückgang der stationären Aufenthalte durch verbesserte ambulante Betreuung.

DGPPN kritisiert Engagement der pharmazeutischen Industrie

Wenig begeistert auf die Initiative reagiert die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). Sie findet positiv, dass die Krankenkassen die Einrichtung von IV-Verträgen für psychische Erkrankungen nunmehr besser zu unterstützen scheinen, aber die DGPPN kritisiert aus grundsätzlichen Erwägungen das Engagement der pharmazeutischen Industrie in diesem Bereich und hinterfragt kritisch das Engagement von kommerziell arbeitenden Firmen. „Da psychisch kranke Menschen häufiger weniger in der Lage sind als andere Patienten, Alternativen zu suchen und zu wählen, sind solche Bestrebungen im Bereich psychischer Erkrankungen besonders kritisch zu sehen“, heißt es in der Stellungnahme. Allerdings sieht das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) ausdrücklich die Beteiligung von Unternehmer an IV-Verträgen vor.

Die Vertreter der niedersächsischen AOK betonen, „dass der Vertrag eine spezifische Klausel gegen die Ausweitung von Marktanteilen zugunsten eines pharmazeutischen Unternehmens

enthält. Sollte sich anhand der Abrechnungsdaten eine solche Ausweitung abzeichnen, löst dies sofort Gegenmaßnahmen aus.“ Von Experten integrierter Versorgung wird die Einbeziehung der Industrie als Vertragspartner in solche Behandlungskonzepte ausdrücklich begrüßt.

Auf der 15. Handelsblatt Jahrestagung Health am 29. November wendet sich Prof. Volker Amelung vom Bundesverband Managed Care ausdrücklich gegen kritische Stimmen. „Wer kann denn investieren?“, fragt er. Bei der größten deutschen Krankenkasse, der Barmer, beispielsweise gehe das Investitionsvolumen gegen Null. Er erinnert zugleich daran die bisher „sträflich vernachlässigten Evaluationen“ künftig zu liefern.



- Link *Presseinformation der 3IG GmbH vom 25. November 2010: Schizophrenie – Neue Wege in der integrierten Versorgung; pdf-Dokument, 7 Seiten, 1.2 MB*

[zurück zum Inhalt](#)

+++ Kurz gemeldet +++ Kurz gemeldet +++ Kurz gemeldet +++

Demenz wird die Pflege dominieren

Berlin (opg) – Fast jede zweite Frau und jeder dritte Mann muss damit rechnen, dement zu werden. Das geht aus dem Barmer GEK Pflegereport 2010 hervor, der am 30. November in Berlin vorgestellt wurde. 29 Prozent der männlichen und 47 Prozent der weiblichen Versicherten, die 2009 im Alter von über 60 Jahren verstarben, hatten eine Demenzdiagnose, erläutert Studienleiter Prof. Heinz Rothgang, Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen. Aus Demenz folge fast zwangsläufig Pflegebedürftigkeit. „Bei der Diagnose sind 64 Prozent der Männer und 56 Prozent der Frauen nicht pflegebedürftig, zum Zeitpunkt des Todes gilt dies dann nur noch für 14 Prozent der Männer und 6 Prozent der Frauen“, sagt Rothgang. Den Berechnungen seines Zentrums zufolge werden 58 Prozent der Männer und 76 Prozent der Frauen dement und/oder pflegebedürftig. „Die Zahlen zeigen, dass das keine rein akademische Diskussion ist, das geht uns alle an“, kommentiert er. Nach Aussage von Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Barmer GEK, bedeuten die Prognosen auch, „dass wir in eine neue Pflegedimension vorstoßen – hinsichtlich der zeitlichen und professionellen Anforderungen.“ Es bedürfe einer tragfähigen Lösung für die Pflege von morgen. Dabei sieht Schlenker es als prioritär an, sich zunächst über die künftigen Leistungsinhalte der Pflegeversicherung zu verständigen. „Erst dann kann entschieden werden, ob wir überhaupt eine neue Finanzierungssäule in der Pflegeversicherung brauchen oder ob nicht die klassische paritätische Beitragsfinanzierung ausreicht“, so der Kassen-Vize.



- [Link](#)

Veröffentlichung der *BARMER GEK (Hg.) vom November 2010: BARMER GEK Pflegereport 2010, Schwerpunktthema: Demenz und Pflege; pdf-Dokument, 256 Seiten, 1.8 MB*

[zurück zum Inhalt](#)

Verbände drängen auf Präventionsgesetz

Berlin (opg) – Verschiedene Verbände, Unternehmen und medizinische Einrichtungen fordern eine Stärkung der Prävention in der Gesundheitspolitik. In einer Anhörung des Tourismusausschusses des Bundestages am 2. Dezember betont der Präsident des Deutschen Tourismusverbandes, Reinhard Meyer, dass es wichtig sei, „endlich in dieser Legislaturperiode“ zu einem Präventionsgesetz zu kommen. Die Vorbeugung von Krankheiten und die Motivation zu einer gesundheitsbewussten Lebensweise seien in einer älter werdenden Gesellschaft unabdingbar. Der Präsident des Deutschen Heilbäderverbandes und gleichzeitig Parlamentarischer Staatssekretär bei der Bundesministerin für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, Dr. Gerd Müller (CSU), plädiert für einen Paradigmenwechsel hin zu einem konsequenten Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung. Damit seien Einsparungen von bis zu 30 Prozent der gesamten Krankheitsausgaben möglich, sagt er. Die deutschen Heilbäder und Kurorte böten dazu eine hervorragende Basis. Zugleich verweist Müller auf einen Rückgang von Kurgenehmigungen. Er fordert die Politik auf, dringend zu handeln. Konkret wirft er den Krankenkassen vor, dass diese „im Bereich der Vater/Mutter-Kind-Kuren aus den Leistungen aussteigen“. Die Kassen würden ihrer Pflicht nicht nachkommen, heißt es. Da diese die Gründe für ihre Verweigerungen allerdings geheim hielten, gebe es dafür keine nachweisbaren Belege, gesteht Müller ein. Ähnlich äußert sich Bernd Geisler, Geschäftsführer Gesundheitszentren Weißwasser. „Die wichtigste Unterstützung von der Politik wäre, den Krankenkassen beim Denken zu helfen“, sagt er. Dann würden diese nicht nur über Prävention reden, sondern auch anfangen, Präventionsleistungen verstärkt zu fördern. Der Ausschussvorsitzende Klaus Brähmig (CDU) hatte sich zu Beginn der Anhörung dafür ausgesprochen, über ein Präventionsgesetz nachzudenken. Für ein solches Gesetz plädieren SPD, Bündnis90/Die Grünen und die Linke. Jens Ackermann (FDP) bezweifelt dagegen den Nutzen eines solchen Gesetzes.

[zurück zum Inhalt](#)

Ex-Ministerin Schmidt für Gesetz zur Tarifeinheit

Berlin (opg) – Für ein Gesetz zur Tarifeinheit an Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen hat sich die ehemalige Bundesgesundheitsministerin, Ulla Schmidt auf einer SPD-Veranstaltung zu Fachkräftemangel im Gesundheitswesen am 26. November ausgesprochen. Es mache das System krank, „wenn Ärztegewerkschaften für sich viel herausholen“, so dass dann für Pflegekräfte und alle anderen nichtärztlichen Berufe kein Geld mehr zur Verfügung stünde, kritisiert Schmidt anlässlich einer Diskussionsrunde zum Fachkräftemangel in der Pflege im Vivantes Klinikum im Friedrichshain. Die Gesundheitspolitikerin macht deutlich, dass sie darin beim Kampf um Fachkräfte in der Pflege genauso ein Problem sieht, wie in der geringen Anerkennung des Berufes. Bei der Lösung will die ehemalige Ministerin auf altbewährte Konzepte setzen. So spricht sie sich zum Beispiel erneut für eine Altersteilzeit für Pflegekräfte mit der Auszahlung einer Teilrente aus, damit diese einen Anreiz hätten, auch in höherem Alter ihren Beruf noch auszuüben. Darüber hinaus hält sie den Einsatz so genannter Betreuungskräfte für notwendig, um Fachkräfte von Nebentätigkeiten zu entlasten. „Kein Mensch diskutiert darüber, dass man am Tag Zehntausende Euros für die Apparatedizin ausgibt. Aber wenn wir für 2.000 Euro jemanden einstellen können, der dem, der stirbt, einmal die Hand hält, tun wir das nicht“, so Schmidt. Das verbessere die Versorgung und entlaste zudem die Pflegefachkräfte. Diese könnten dann das machen, wozu sie ausgebildet seien, so die SPD-Politikerin. Sie fordert den Abbau von Hierarchien in Krankenhäusern sowie ein Umdenken in der Organisation von Versorgung. Dort müssten sowohl Betreuung, Pflege als auch medizinische Leistungen ihren Platz einnehmen. Kritik übt die SPD-Politikerin auch an der mangelnden Sorge um Nachwuchs. Die Gesellschaft habe immer noch nicht realisiert, dass es künftig viel weniger junge Menschen gibt, die überhaupt einen Beruf im Gesundheitswesen ergreifen könnten, sagt sie. „Trotzdem erlauben wir es uns, dass 70.000 Kinder die Schule Jahr für Jahr ohne Abschluss verlassen“, fährt Schmidt fort. Die Bundestagsabgeordnete Mechthild Rawert (SPD) kritisiert vor allem die momentane Berufsundurchlässigkeit im Gesundheitswesen. Kein anderes Berufsfeld leiste sich eine so wahnsinnige Zersplitterung. Schmidt und Rawert sind sich einig, dass es im Kampf um den Fachkräftemangel vor allem gute Arbeits- und Rahmenbedingungen – unter anderem für eine Vereinbarkeit von Familie und Beruf – braucht. Nur wenn das gelinge, könne eine „gute Patientenversorgung auf Dauer aufrecht erhalten werden“.

[zurück zum Inhalt](#)

Personalien

- **Daniel Bahr** (34), ist auf dem Sonderparteitag der FDP in Dortmund am 27. November zum neuen Vorsitzenden in Nordrhein-Westfalen gewählt worden. 83,4 Prozent der abgegebenen Stimmen entfielen auf den Liberalen, der parlamentarischer Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium ist. Bahr folgt **Andreas Pinkwart** (50) im Amt nach, der sich aus der Politik zurückziehen will.
- Bei der Wahl des Bundesvorstandes der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPtV) in Berlin wurden die bisherigen Vorstandsmitglieder in ihrem Amt bestätigt. Gewählt wurden als Bundesvorsitzender Dipl.-Psych. **Dieter Best**, als Stellvertreter die Dipl.-Psych. **Gebhard Hentschel, Barbara Lubisch, Sabine Schäfer** und **Hans-Jochen Weidhaas**.
- Der Gynäkologe **Dr. Hans Joachim Helming** ist erneut zum Vorsitzenden des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB) gewählt worden. Als gleichberechtigte Stellvertreter wurden der Allgemeinmediziner Dipl. Med. **Andreas Schwark** und der Chirurg **Dr. Peter Noack** gewählt.
- **Dr. Wolfgang-Axel Dryden** ist neuer Chef der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL). Die Vertreterversammlung hat den 61-jährigen Allgemeinmediziner zum 1. Vorsitzenden gewählt. Dryden folgt auf **Dr. Ulrich Thamer**, der nicht mehr zur Wahl angetreten ist. Den 2. Vorsitz übernimmt Augenarzt **Dr. Gerhard Nordmann**, drittes Vorstandsmitglied ist der Volkswirt **Dr. Thomas Kriedel**.
- Die Delegiertenkonferenz des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen hat einen neuen Vorstand gewählt. An der Spitze des größten deutschen Psychologenverbandes werden ab Januar 2011 **Sabine Siegl** als Präsidentin sowie **Dr. Michael Krämer** und **Heinrich Bertram** als Vizepräsidenten stehen. Alle drei sind Diplompsychologen mit psychotherapeutischer Ausbildung.
- **Dr. Janusz Rat**, München, steht auch die kommenden sechs Jahre an der Spitze der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns (KZVB). Die konstituierende Vertreterversammlung wählte den 63-Jährigen erneut zum Vorsitzenden des Vorstands der KZVB. Neuer stellvertretender Vorsitzender ist **Dr. Stefan Böhm**. Er folgt auf **Dr. Martin Reißig**, der nicht mehr kandidierte.

[zurück zum Inhalt](#)

Impressum

OPG - Operation Gesundheitswesen, ISSN 1860-8434; Herausgeberin: Lisa Braun
Redaktion Presseagentur Gesundheit: Lisa Braun (verantwortlich), Ute Burtke, Michael Pross;
Albrechtstraße 11, 10117 Berlin, Telefon: 030 - 318 649 - 20, Fax: 030 - 318 649 - 49,
E-Mail: news@pa-gesundheit.de, Web: www.pa-gesundheit.de.

Alle Texte sind urheberrechtlich geschützt. © OPG 2010. Es gelten ausschließlich die vertraglich vereinbarten Geschäfts- und Nutzungsbedingungen.

Haftungshinweis: Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

[zurück zum Inhalt](#)