

FACHARZTBRIEF

02/2007

27.03.07



GEMEINSCHAFT
FACHÄRZTLICHER
BERUFSVERBÄNDE

Editorial

Nun ist es also heraus: die KBV selbst gibt zu, dass es auch weiterhin bei der Budgetierung ärztlicher Leistungen bleibt. Es war schon verwunderlich, wie der Vorsitzende der KBV in den letzten Wochen immer wieder geäußert hatte, aus dem Budgetdeckel sei ein Budgetsieb geworden. Aus welchen Passagen des Gesetzes er dieses entnommen hat, bleibt sein Geheimnis. Fakt ist doch, dass lediglich das Morbiditätsrisiko (immerhin!) auf die Kassen übertragen werden soll und nur im Falle eines (nachzuweisenden) Anstiegs der Morbidität über das Regelgeschehen hinaus eine zusätzliche Finanzierung durch die Kassen erfolgen soll. Da zudem die Einnahmen der Kassen angesichts eines von der Bundesregierung festgesetzten Beitrages, der aus politischen Gründen eher gering ausfallen wird, nicht steigen werden, bleibt für die bisherige Regelversorgung auch nur das gleiche zu geringe Finanzvolumen wie bisher. Auf dieser Basis nützt es dann herzlich wenig, wenn die Honorare in festen Euro-Beträgen definiert werden sollen. Die tatsächliche Höhe dieser Honorare wird nicht anders ausfallen als bisher. Ich wüsste für diese Kombination aus ergebnisorientierter Honorarordnung, Abstaffelungen und Regelleistungsvolumina nur ein Wort: Budget!

Mir persönlich fehlte daher auch jedes Verständnis dafür, dass Herr Köhler kurz nach Verabschiedung des GKV-WSG öffentlich seine Fundamentalopposition, übrigens im Gegensatz zur Bundesärztekammer aufgegeben hat. Das kann man wohlmeinend als Pragmatismus bezeichnen, denn schließlich muss die KBV

jetzt dieses Gesetz administrativ umsetzen, aber an der ärztlichen Basis hätte man sich sicher härtere Töne versprochen. Offenbar ist dem KV-System der Etappensieg in Bezug auf den §73b wichtiger als eine eindeutige Verbesserung der miserablen Honorarsituation der eigenen Klientel. Im §73 geht es wie bekannt um die Regelung zukünftiger Einzelverträge zwischen Ärzten, Ärztgruppen und Organisationen mit Kassen. Hier waren im Erstentwurf die KBV und die KVen von Verträgen der Hausarztversorgung ausgeschlossen. Mit viel Einsatz ist die KV nun wenigstens optional wieder dabei. Zweifellos ist es richtig, dass neben den einzelnen Gruppen vor Ort und neben den etablierten Verbänden auch das KV-System ganz generell Verträge abschließen kann, die Vergangenheit zeigt allerdings, dass gerade kleine und hoch spezialisierte Leistungsträger in einem an Mehrheiten orientierten System selten zufrieden stellende Verträge erreichen konnten. Insgesamt war das Ganze mehr ein Krieg gegen den Hausarztverband. Dieser Konflikt war offenbar so wichtig, dass die KBV die übrigen „Kollateralschäden“ im Gesetz herunterspielte, weil sie ja auf diesem Feld ihre Macht wahren durften.

Es geht sogar noch weiter: auf der letzten KBV-Vertreterversammlung ist ein so genannter Kodex verabschiedet worden, der die Verbände definitiv ins Abseits stellen soll. Demnach soll ein Amt in der KV, der KBV oder in entsprechenden Gremien unvereinbar sein mit der Führungstätigkeit in einem als missliebig definierten Verband.

Das betrifft zunächst Mandatsträger des Hausarztverbandes, aber natürlich auch andere Verbandsführer, die eine eigenständige Politik neben der offiziellen Linie der KBV betreiben. Die Devise heißt: entweder anpassen oder Rausschmiss. Diese Attacke auf die Verbände ist beispiellos und wohl nur als Panikreaktion zu verstehen. Letztlich beraubt sich die KBV damit selbst der Kompetenz der Verbände, sofern diese sich nicht handzahn als Erfüllungsgehilfen gerieren.

Fortsetzung Seite 2

Inhalt:

Editorial	1
Impressum	1
Umgang mit dem Kostendruck	2
Bericht von der KBV-VV	2
Steuerliche Behandlung von ehrenamtlich Tätigen	4
Vertragsärzten droht Überalterung	4
BKK-Bundesverband: Kartelle vermeiden	5
Gewebebesetz	5
Neue Versorgungsformen;	6
Bericht vom Kongress der Gesundheitsnetzwerker	7
Angst der Kassen vor der Hilfe der Politik	7
Versicherungsschutz nach Maß – Risiken für die GKV	7
Veranstaltungshinweise:	
MCC DRG-Seminar	8
Generikaverband zu Wettbewerb durch Rabattverträge	9

Verantwortlicher Herausgeber:

FACHARZTBRIEF

01/07

SEITE 2

Dr. J.-A. Rüggeberg
Präsident der GFB
Redaktion:
Dr. Hanns-Hinnerk Felsing

Fortsetzung Editorial

Die GFB wird im Namen ihrer Verbände etwas Derartiges nicht akzeptieren. Wir haben bereits am Nachmittag nach der KBV-VV innerhalb der Allianz darüber diskutiert. Eines hat die KBV immerhin erreicht: Der Vorsitzende des Hausarztverbandes Kötzle hat an diesem Treffen teilgenommen und signalisiert, in Fragen zukünftiger Vertragsgestaltungen sein Vorgehen mit der Allianz abzustimmen und insgesamt eine engere Kooperation anzustreben. Vielleicht bedeutet dies zumindest eine Auflockerung der harten Fronten zwischen Hausarztverband und allen anderen, insbesondere den Fachärzten. Denn eines müsste eigentlich allen klar sein: Angesichts einer immer mehr in Erfüllung staatlicher Repressionen versinkenden KBV wird es zu einer zentralen Aufgabe der Verbände, für ihre Mitglieder Verträge mit interessierten Kostenträgern auszuhandeln. Auch dies ist einer der Gründe, weshalb sich die GFB in der Allianz Deutscher Ärztever-

bände engagiert und gemeinsam eine Vertragswerkstatt mit den anderen Mitgliedern betreiben wird. Noch richtet sich diese Aktivität nicht gegen das KV-System, es ist aber geeignet, an dessen Stelle zu treten, wenn die Körperschaft sich nicht endlich zu dem bekennt, was sie eigentlich ist: eine genossenschaftliche Vertretung aller (Zwangs-)mitglieder. Wir werden sehen, ob die KV nur noch auf Machterhalt aus ist, oder doch die Kraft findet, für die Ärzte als Serviceorganisation tätig zu werden. Dazu bedarf es aber mehr als das, was die letzte Vertreterversammlung geboten hat. Herr Köhler: es geht um unsere Existenz, erst danach um die der KBV!

Dr. J.-A. Rüggeberg
Präsident der GFB

Umgang mit dem Kostendruck

Im Rahmen des Forschungsverbundes „Allokation“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung fand zusammen mit dem Institut für Ethik und Geschichte der Medizin der Universität Tübingen im Febr. 2007 ein erster Workshop zum Umgang von Ärzten mit dem Kostendruck im Gesundheitswesen statt. Ärzte der interventionellen Kardiologie und Intensivmedizin aus drei Kliniken aus drei Kliniken waren zur Thematik befragt worden. Wie mit dem Kostendruck umzugehen sei und welche Patienten noch welche Leistungen erhalten sollen, können zu einer erheblichen emotionalen Belastung, Überforderung und zu ausgeprägten Wissenskonflikten bei den beteiligten Ärzten führen. Entlastend könnten Zuteilungsentscheidungen anhand kostensensibler Leitlinien wirken.

HHF

Bericht von der Vertreterversammlung der KBV

Ein gemischtes Fazit hat der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Andreas Köhler und Ulrich Weigeldt, zur Gesundheitsreform in der Vertreterversammlung der KBV am 23. Mrz. 2007 gezogen.

Köhler kritisierte das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) als „riesigen Schritt in Richtung Staatsmedizin“. Die ursprünglichen Ziele der Koalition seien mit dem GKV-WSG nicht erreicht worden. Anspielend auf Lahnstein stellte er fest, dass bisherige große Reformen immer im Konsens aller politischen Parteien verabschiedet worden seien. Das GKV-WSG hingegen sei geprägt von den

unterschiedlichen Standpunkten der Koalitionspartner, die um ihr Überleben kämpften. Vor allem bei der Finanzierungsreform der GKV habe die Politik ihre ursprünglichen Ziele verfehlt. Die Nachhaltigkeit der GKV-Finanzierung sei nicht erreicht worden. Der künftig für alle gesetzlich Versicherten einheitliche Beitragssatz sei nichts anderes als ein Globalbudget. „Leistungseinschränkungen und Rationierung werden möglicherweise die Folge sein“, warnte Köhler. „Die Mediziner stehen immer mehr unter dem Diktat des Sparens und können ihrer Verantwortung den Patienten gegenüber immer weniger gerecht werden.“

Negative Folgen habe laut Köhler die Einführung eines Basistarifs in der privaten Krankenversicherung (PKV). Auch für die darin Versicherten sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) die medizinische Versorgung künftig sicherstellen. Gleichzeitig würden aber die Vergütungen für die Leistungen im Basistarif deutlich verschlechtert. „Die öffentlichen Arbeitgeber haben ein hohes Interesse daran, ihre Beihilfeausgaben möglichst gering zu halten. Basistarif-Versicherte könnten daher sehr schnell den gleichen Restriktionen unterliegen wie GKV-Versicherte“, so der KBV-Vorsitzende. Durch die mögliche Einordnung aller Beamten in den Basistarif könnte es zu einer kollektiven

FACHARZTBRIEF

01/07

SEITE 4

Herabstufung kommen, die die ganze PKV nachhaltig gefährden würde.

Fortsetzung Seite 3

Fortsetzung Bericht KBV-VV

Neben aller nach wie vor bestehenden Kritik bietet das GKV-WSG aber auch Chancen, stellte der KBV-Chef fest. Dies gelte vor allem für die Reform der vertragsärztlichen Vergütung und den Abschluss selektiver Verträge. „In zentralen Punkten haben wir Erfolg gehabt: Die Bestimmungen für die Honorarreform sind dergestalt, dass das Morbiditätsrisiko auf die Krankenkassen übergehen kann und der Orientierungswert so festgelegt wird, dass die heute unerträglich miserablen Punktwerte spürbar verbessert werden können“, stellte Köhler fest. „Der Zeitplan ist eng und hart. Aber wir sind es unseren Mitgliedern schuldig, diese Chance zu nutzen“, sagte der KBV-Chef. Nach wie vor inakzeptabel sei allerdings das Vergütungsniveau in den neuen Bundesländern. Die KBV werde weiterhin dafür kämpfen, hier eine Gleichstellung der Kollegen in Ost und West zu erreichen, versprach Köhler.

Den Kompromiss, den das Gesetz bei Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung vorsieht, bewertete Köhler als tragfähig. Hier können KVen künftig als Vertragspartner mitwirken, sofern sie von einer Gemeinschaft von Hausärzten ein entsprechendes Mandat erhalten. Als Beispiele für besondere Verträge, bei denen die KVen ihr Know-how zum Nutzen der Patienten einbringen können und wollen, nannte er vor allem die Versorgung von Krebspatienten sowie die Palliativmedizin und die Geriatrie.

In seiner Rede informierte er die KBV-Vertreterversammlung dann über Verhandlungen zum Abschluss eines Hausarztvertrages, die auf Wunsch einer großen Kasse nur mit der KBV geführt werden. In diesem Zusammenhang kritisierte er aber auch mit ungewöhnlich deutlichen und scharfen Worten das Verhalten einzelner Mitglieder

von KBV-Organen, die zugleich Berufsverbandsvorsitzende seien. Kenntnisse über diese Verhandlungen, die sie in ihrer KBV-Funktion erlangt hätten, seien konkurrierend in Verhandlungen ihrer Berufsverbände eingeflossen. Er stellte die Forderung nach einem Verhaltenskodex auf, der später die Vertreterversammlung in geschlossener Sitzung folgte.

Des Weiteren wies Köhler in seiner Rede, die mit lang anhaltendem Beifall bedacht wurde, auf die Situation der nichtärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Praxen hin, die in den zurückliegenden Monaten Seite an Seite mit den Ärzten bei ihren berechtigten Protesten gekämpft hätten. Hier müsse unbedingt gehandelt werden und deren unbedingt anzupassende Vergütung in die Berechnungen des EBM 2008 einfließen.

Zum Thema Arzneimittel erklärte KBV-Vorstand Ulrich Weigeldt: „Die Therapiehoheit muss im Interesse der Patienten unbedingt bei den Ärzten verbleiben.“ Bei seiner Analyse sah er einige positive Neuregelungen in der Gesundheitsreform. Dazu gehöre die Kosten-Nutzen-Analyse bei Medikamenten. „Sie wird Vertragsärzten künftig mehr Sicherheit bei der Verordnung geben“, so Weigeldt. Er hielt es für sinnvoll, dass es für Präparate, die eine gute Bewertung erzielen, keinen Höchsterstattungsbetrag geben soll und Neubewertungen dann vorzunehmen sind, wenn weitere Erkenntnisse vorliegen. Dies sei ein Beitrag zu mehr Qualität im Gesundheitswesen. „Gut und richtig ist auch, dass die Krankenkassen verpflichtet werden, die Medikamente für nichtkommerzielle Arzneimittel-Studien zu finanzieren. Damit trägt der Gesetzgeber unseren Forderungen Rechnung. Viele Hersteller sind aus wirtschaftlichen Gründen nicht daran interessiert, herauszufinden, ob ihre Präparate auch für andere Anwendungsgebiete geeignet sind. Es kann jedoch nicht

Aufgabe einzelner Ärzte sein, diese – teils dringend notwendigen – Studien zu finanzieren, wenn sie gleichzeitig ihre Patienten optimal versorgen und Ärger mit den Kassen vermeiden wollen“, so Weigeldt.

Im Hinblick auf die elektronische Gesundheitskarte (eGK) unterstrich Weigeldt die Nutzenorientierung für Ärzte: „Das Projekt steht und fällt mit der Akzeptanz der Anwender. Funktionalität und Praktikabilität müssen für die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten deutlich sein. Wir müssen weg von einer reinen Technikdiskussion.“ Er betonte: „Wir werden uns hier nicht verweigern. Denn dann werden andere, die die Voraussetzungen in der ärztlichen Praxis nicht kennen, für uns bestimmen. Wir denken, dass die Einführung der Telematik große Möglichkeiten für eine schnellere und sichere Datenübertragung bietet. Diese Möglichkeiten wollen wir nutzen.“

In der folgenden Aussprache wurde durch den KVB-Vorsitzenden Munte heftige Kritik an der Amtsführung des KBV-Vorsitzenden geübt. Munte äußerte Verständnis für die Hausärzte, wenn sie aus dem KV-System ausscheren wollten. Er erhob den Vorwurf des Gegeneinanderausspielens der verschiedenen KVen. Köhler unterstützte dem Staatsdiktat. Er ginge diktatorisch und autokratisch vor. Mit dieser Kritik stand Munte jedoch weitgehend alleine. Lediglich seitens der ehrenamtlichen Mitglieder der KBV-Vertreterversammlung wurde vereinzelt Kritik an der Informationspolitik geäußert, was allerdings auf Verständnis der Versammlung stieß.

Bei den Wahlen zum Nachfolger für Dr. Hellmann, der infolge des Todes von Dr. Mörlein zum Vorsitzenden der KBV-Vertreterversammlung gewählt worden war, ist auf Vorschlag des Vorsitzenden des BDI, Dr. Wesiack, Hellmanns bisheriger Stellvertreter, Dr. Feyerabend

FACHARZTBRIEF

01/07

SEITE 6

(BDI), in den fachärztlichen
Fachausschuss gewählt worden,
als dessen Vertreter wurde Herr
Dr. von Knoblauch zu Hatzbach,
ebenfalls BDI gewählt. HHF

Der Berufsverband für die Freien Berufe (BFB) informiert über die steuerliche Behandlung von ehrenamtlich Tätigen

Immer wieder kommt es zu Unklarheiten bezüglich der sozialversicherungsrechtlichen und steuerlichen Behandlung von Einkünften aus ehrenamtlicher Tätigkeit. Der BFB hat hierzu eine ausführliche Information herausgegeben, aus der wir die für ärztliche ehrenamtlich Tätige bedeutenden Darstellungen zitieren. Die gesamte Information kann über die Redaktion angefordert werden.

HHF

Ertragssteuerrecht

Eine abhängige Beschäftigung kann z. B. vorliegen, wenn der ehrenamtlich Tätige in einer Körperschaft eingegliedert ist und die gezahlte Entschädigung im Regelfall die durch das Ehrenamt veranlassten Aufwendungen erheblich übersteigt. Der Ersatz der notwendigen Aufwendungen

allein begründet aber kein eigenes Dienstverhältnis.

Steht eine ehrenamtliche Tätigkeit in enger Verbindung mit einer beruflichen Haupttätigkeit, so dass sie als Teil jener Tätigkeit anzusehen ist, dann teilt die ehrenamtliche Tätigkeit die Einkunftsart der Haupttätigkeit. Dies trifft u.a. insbesondere bei Kammern und Berufsverbänden zu.* Maßgeblich für diese Zuordnung zum beruflichen Bereich ist die Gleichstellung mit dem beruflich (betrieblich) veranlassten Beitrag.

Der ehrenamtlich Tätige in einer Berufsvertretung bezieht lediglich eine Aufwandsentschädigung, nicht aber ein leistungsbezogenes Entgelt. Kennzeichnend für ein Ehrenamt ist die Unentgeltlichkeit der ausgeübten Tätigkeit. Soweit die Aufwandsentschädigung über den Ersatz von Aufwendungen hinausgeht, kann sie allein den Ersatz ausgefallener Einnahmen

bei der betrieblichen Tätigkeit des Organträgers bezwecken, in dessen Rahmen das Ehrenamt ausgeübt wird. Dabei braucht nicht geprüft zu werden, ob ein entsprechender Einnahmeausfall tatsächlich entstanden ist. Ausreichend ist, dass ein solcher mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. Danach hat ein selbstständiger Gewerbetreibender oder Freiberufler seine Aufwandsentschädigung für die ehrenamtliche Tätigkeit ertragsteuerlich bei seinen Einkünften aus Gewerbe oder selbstständiger Arbeit zu erfassen. Für den Gewerbetreibenden hat dies zur Folge, dass die Aufwandsentschädigung auch bei der Ermittlung der Gewerbesteuer erfasst wird.

* vgl. BFH-U v. 28.11.1980, VI R 193/77 u. 26.02.1988, III R 241/84

** vgl. 26.02.1988, III R 241/84

Vertragsärzten droht Überalterung

Berlin, 10. März 2007 – Die Vertragsärzte werden immer älter. Mehr als die Hälfte aller niedergelassenen Mediziner (55,9 Prozent) haben 2006 das Alter von 50 Jahren überschritten. Das geht aus den aktuellen Statistiken der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) hervor. Neben den Allgemeinärzten sind aus der Gruppe der Fachärzte die Nervenärzte (60,4 Prozent), die Chirurgen (61,3 Prozent) und die ärztlichen Psychotherapeuten (63,8 Prozent) am stärksten von der Überalterung betroffen. „Diese Zahlen sind besorgniserregend. Sie verraten uns, dass in einigen Jahren ein großer Teil der Vertragsärzte und -psychotherapeuten ihre Tätigkeit beenden und Praxisnachfolger suchen wird. Und da liegt das Problem: Die

Nachwuchsmediziner fehlen“, unterstreicht Dr. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der KBV.

Während das Durchschnittsalter der Niedergelassenen seit Jahren stetig zunimmt, schrumpft der Anteil der unter 35-jährigen Ärzte weiter. 2006 lag er nur bei 0,6 Prozent. „Die jungen Ärzte sind für uns wichtiger denn je. Es gibt zwar in Deutschland genug Medizinstudenten. Wir müssen diesen aber Anreize bieten, die die Arbeit in der Arztpraxis wieder attraktiver machen. Die Flexibilisierung des Vertragsarztrechts ist der erste Schritt in diese Richtung. Noch wichtiger aber ist, dass sich die Vergütungssituation in der ambulanten Versorgung verbessert. Hierzu besteht ab 2009 die Chance. Hier muss uns

die Politik unterstützen – damit im Interesse der Patienten eine flächendeckende Versorgung auch in Zukunft gesichert bleibt“, so Köhler weiter.

Aus fachärztlicher Sicht ist dringend ein Gegensteuern geboten, sind doch, wie sogar die Gesundheitsministerin anlässlich einer Telefonaktion in Mannheim bestätigte, die Praxiskosten zumeist nicht mehr aus den Gebühren der GKV gedeckt. Hier muss noch vor 2009 eine Verbesserung erfolgen, soll nicht die fachärztliche Versorgung der Bevölkerung zusammenbrechen. Dies gilt umso mehr vor dem Hintergrund des zunehmend fehlenden ärztlichen Nachwuchses in den Kliniken und der dort herrschenden teilweise entwürdigenden

FACHARZTBRIEF

01/07

SEITE 8

Arbeitsbedingungen und
Vergütungen.
HHF

Kartellartige Strukturen vermeiden, denn die Gesetzliche Krankenversicherung braucht Wettbewerb statt Monopole fordert der BKK-Bundesverband

Mit der Gesundheitsreform tritt am 1. April 2007 eine Regelung in Kraft, die in ihrer derzeitigen Ausgestaltung den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen grundlegend gefährdet.

Künftig werden so genannte kassenübergreifende Fusionen möglich sein. Das heißt, dass z. B. eine AOK mit der Knappschaft oder eine Betriebskrankenkasse mit einer Innungskrankenkasse fusionieren kann. Aus Sicht des BKK-Bundesverbandes ist dies jedoch problematisch, fehlt doch im verabschiedeten GKV-WSG eine Regelung, die eine marktbeherrschende Stellung einzelner Großkassen verhindert. Dabei ist es eine Binsenweisheit, dass marktbeherrschende Stellungen einzelner Unternehmen regelmäßig zu Preiserhöhungen führen. Bereits heute finden nach Meinung des BKK-Bundesverbandes in vielen Regionen Konzentrationsprozesse statt, die bei Anwendung des Kartellrechts längst zu Kartellverfahren geführt hätten. Er fordert daher, da einzelne Krankenkassen über regionale Marktanteile von 40 bis über 50 Prozent verfügen, für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) eine Entflechtung des Marktes und keine weitere Konzentration.

Kartellrecht bei Kassenfusionen anwenden

Das Ziel der GKV muss auch künftig die qualitativ gute und günstige Versorgung der Versicherten sein. Dafür wird die echte Wahlfreiheit der Versicherten benötigt. Echte Wahlfreiheit funktioniert nur mit unterschiedlichen Kassen und nicht mit Konglomeraten aus wenigen Großkassen, die den Markt beherrschen. Der BKK-Bundesverband fordert deshalb, durch eine rasche Gesetzesänderung dafür zu sorgen, dass das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (Kartellrecht) bei Fusionen von Krankenkassen unzweifelhaft Anwendung findet. Möglicherweise wird dies auch auf anderem Weg erreicht.

Die bislang erfolgten Ausschreibungen bei Medikamenten und entsprechendem Rabattverträge können nach Ansicht vieler Beobachter dazu führen, dass durch die EU entsprechende Verfahren vor dem EuGH eingeleitet werden, die den Krankenkassen am Ende den Status eines Unternehmens zusprechen könnten. Damit verlören sie ihren sozialrechtlichen Status und unterlägen uneingeschränkt dem Wettbewerbsrecht. Dies würde

das gesamte deutsche Krankenversicherungswesen erheblich verändern.

Besonders deutlich wird das aktuelle Problem bei der Kasse mit der größten regionalen Konzentration in Deutschland, der AOK Sachsen.

Eine absurde Situation: Die größte Kasse in Sachsen mit 53 Prozent Marktanteil erhält jeden vierten Euro von den kleineren Kassen, die wegen dieser Zusatzausgaben sogar häufig teurer sein müssen. Keine andere Kasse kann bei Preisverhandlungen mit Leistungsanbietern mit ihr konkurrieren, kein Arzt und kein Krankenhaus kommt an ihr vorbei. Die AOK Sachsen erhält rund ein Viertel ihrer Einnahmen aus dem Risikostrukturausgleich, durch den das Geld unter den Kassen umverteilt wird. Nur so ist es ihr möglich, einen relativ günstigen Beitragssatz anzubieten und den Markt zu dominieren. Aber statt für mehr Wettbewerb zu sorgen und solche marktbeherrschenden Positionen zu verhindern, wurde mit der Gesundheitsreform lediglich der Weg für die Konzentration auf wenige Großkassen geebnet.

HHF

Der Gesundheitspolitische Ausschuss des Deutschen Bundestages hat die Beratungen zum Gewebegesetz vertagt

Nach Informationen der Ärztezeitung und der Bundesärztekammer hat der Gesundheitspolitische Ausschuss des Deutschen Bundestages die ursprünglich für die abgelaufene Woche vorgesehenen Beratungen

zum Gewebegesetz auf die Zeit nach der Osterpause vertagt. Ursächlich hierfür war der Wunsch des Ausschusses, sich angesichts der zahlreichen Änderungsanträge zum vorliegenden Gesetzentwurf (Bundestagsdrucksache 16/3146)

aufgrund der Anhörung ausführlich mit diesen Vorschlägen befassen zu können. Die Stellungnahmen von BÄK und KBV können über die Geschäftsstelle angefordert werden. HHF

2. Kongress der Gesundheitsnetzwerker

Der Kongress vom 21.-22. Mrz. 2007 in Berlin widmete sich dem Thema:

Erfolgsmodell Neue Versorgungsformen.

Die medizinische Versorgung in Deutschland ist immer vielfältiger geworden. Im Mittelpunkt steht daher eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern, Rehabilitationsanbietern und ambulanten sowie stationären Pflegeeinrichtungen. Dabei will der Staat die Steuerung schrittweise von der heutigen Regulierung durch zum Teil detaillierte Vorschriften wieder verstärkt auf finanzielle Anreizsysteme übertragen.

In der Eröffnungsveranstaltung des Kongresses machte daher Dr. Klaus-Theo Schröder, Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit, deutlich, dass Integrierte Versorgung (IV) längst über das Stadium der Versuche hinausgekommen sei. IV sei vielmehr bereits heute Teil der Regelversorgung und werde zukünftig einen immer breiteren Raum einnehmen. Eine gute Versorgung in hoher Qualität sei in Zukunft aber nur organisierbar, wenn die alte Teilung in unterschiedliche Versorgungssektoren schrittweise überwunden würde. Auch würde das Einzelvertrags-Prinzip, das durch die Gesundheitsreform nochmals gestärkt würde, auch zukünftig weiter ausgebaut werden.

Dr. Reinhard Uppenkamp, der Vorstandsvorsitzende der Berlin Chemie, bot ausdrücklich die Partnerschaft der Pharmaindustrie für diese neuen Versorgungsangebote an. Die Industrie sei hier auch bereit, zukünftig eine Risikoteilung zu akzeptieren und entsprechende Modelle aktiv mit zu entwickeln.

Erwin Sellering, der Sozialminister des Landes Mecklenburg-Vorpommern, wies auf die Notwendigkeit hin, neben neuen Versorgungsformen auch eine neue Arbeitsteilung zwischen den

Gesundheitsberufen zu finden, bei der bestimmte Aufgaben zum Beispiel von Pflegekräften übernommen würden. Angesichts der immer größer werdenden Problematik, insbesondere frei werdende Hausarzt-Praxen neu zu besetzen, gehe an einer solchen Lösung kein Weg vorbei. Gleichzeitig müsse aber auch intensiv versucht werden, den Gesundheitsberufen in Deutschland eine attraktive Berufsperspektive zu eröffnen. Gerade für ein Land wie Mecklenburg-Vorpommern sei die Gesundheitswirtschaft eine zentrale Zukunftsbranche, die sich an die Menschen richte, die nicht erst warteten, bis sie krank seien, sondern frühzeitig und aktiv etwas für ihre Gesundheit tun würden.

Günter Danner, der stellvertretende Direktor der Europavertretung der deutschen Sozialversicherung in Brüssel, betonte die Leistungsfähigkeit und hohe Zugänglichkeit des deutschen Gesundheitssystems im Vergleich zu den Systemen vieler anderer europäischer Staaten. Dies müsse auch zukünftig vor allem durch die Teilhabe aller sowie das Aufzeigen von Berufs- und attraktiven Einkommensperspektiven für die Gesundheitsberufe gesichert werden.

In einer weiteren Hauptsitzung wurde vom Präsidenten der GFB, Dr. J.-A. Rüggeberg, dem früheren Mitglied des Deutschen Bundestages, Fr. Dr. E. Ober (SPD) sowie von RA Dr. P. Wigge zu den sich aus dem VÄndG ergebenden Änderungen und Chancen für die Berufsausübung als niedergelassener, freiberuflicher Arzt informiert. Allerdings werden die Detailregelungen zur Umsetzung des bereits Anfang 2007 in Kraft getretenen Gesetzes erst zum Sommer des Jahres erwartet. Das bedeutet, dass konkrete Umsetzungen der neuen gesetzlichen Möglichkeiten bis zur

zweiten Jahreshälfte warten müssen. Die Ärztinnen und Ärzte sollten bei ihren Planungen außerdem steuerliche Rahmenbedingungen beachten und dabei insbesondere auf die Gefahr von Gewerbe- und Umsatzsteuerpflichtigkeit bei bestimmten, vom Gesetzgeber zugelassenen Berufsausübungsformen achten.

Parallel hierzu fand eine Sitzung zum Thema „Integrierte Versorgung – Qualität zählt sich aus“ statt. Ursprünglich sollte F. Knieps vom BMG eine Bestandsaufnahme zum Thema vortragen. Leider fiel dieser Vortrag jedoch aus. Die beiden weiteren Referenten, J. Kramer, GSF der Städt. Kliniken Bielefeld, und R. Dieckmann, DAK Hamburg, stellten ihre Sicht der Integrierten Versorgung dar. Kramer formulierte hierbei, dass die Integrierte Versorgung eine verkappte Refinanzierung der GKV darstelle. Von den eingesetzten Mitteln im Rahmen der Anschubfinanzierung flössen nur ca. 10 Prozent zu den Leistungserbringern zurück, 90 % verblieben bei der GKV. Dieckmann stellte die Vertragsziele der DAK dar. Hier konzentrierte man sich insbesondere auf eine Verbesserung der Patientenversorgung. Beide waren sich in der Forderung einig, dass unbedingt eine verbesserte Transparenz bezüglich der abgeschlossenen IV-Verträge für die weitere Entwicklung erforderlich sei.

Zusammenfassend wurde durch den Kongress deutlich gemacht, dass die Versorgung der Patienten in Modellen der Integrierten Versorgung (IV), Netzwerken, Medizinischen Versorgungszentren und Disease Management Programmen nicht nur eine hohe medizinische Qualität ermöglicht, sondern vor allem auch für deutlich bessere Versorgungsangebote für

FACHARZTBRIEF

01/07

SEITE 11

spezifische gesundheitliche Rahmenbedingungen für solche HHF
Probleme insbesondere chronisch neue Versorgungsformen attraktiv
Kranker sorgt. Dennoch müssen gestaltet werden, um sie
auch die wirtschaftlichen erfolgreich zu etablieren.

Die Angst der Krankenkassen vor der Hilfe der Politik

Mit der Festsetzung der Beiträge für die Krankenkassen ab 2009 hat die Politik, wie von ihr gewünscht, weiteren großen Einfluss auf die gesetzliche Krankenversicherung und damit nicht nur auf die Krankenkassen sondern auch auf die zahlreichen Leistungserbringer gewonnen. Die Kostenträger befürchten, dass diese Festsetzung der Beiträge als auch des Bundeszuschusses, die erstmals Ende 2008 – also kurz vor einem bedeutenden Wahljahr – festgesetzt werden müssen,

ganz unter dem Eindruck der öffentlichen Wirkung erfolgen wird.

Die zu erwartende knappe bis ungenügende Beitragsfestsetzung werde zu einer äußerst angespannten finanziellen Ausstattung der gesetzlichen Krankenkassen führen, fürchten diese. Die Erhebung von Zusatzprämien sei die Folge, was bei den großen Versorgerkassen jedoch rasch dazu führen könnte, dass eine sehr hohe Zahl ihrer Versicherten von den Härtefallregelungen betroffen

wäre. Die Folge wäre, dass die betroffenen Krankenkassen sich in die Risikoselektion retten würden. Auch ist zu erwarten, dass der bisherige Leistungskatalog zumindest nicht um sinnvolle Leistungen erweitert werden würde. Damit wäre der Wettbewerb um die beste und günstigste Versorgung der Versicherten zugunsten einer Versichertenselektion in sein Gegenteil verkehrt worden.

HHF

Wunsch der Politik um Versicherungsschutz nach Maß /. Angst der GKV vor unkalkulierbaren Tarifrissen

Gegenwärtig stehen die meisten GKV-Kassen in den Startlöchern, um rechtzeitig zum 01. April 2007 ihren Versicherten Wahltarife anbieten zu können. Keine Kasse will hierbei zurückstehen, aber alle fürchten deren Folgen auf ihre Finanzlage. Eine sichere Kalkulationsbasis besteht gegenwärtig noch bei keiner Kasse, so dass die entsprechenden Tarife ein hohes wirtschaftliches Risiko für die einzelnen Anbieter bedeuten können. Der BKK-Bundesverband hat deshalb seine Versicherten aufgefordert, die neuen Tarifangebote sehr genau auf Chancen und Risiken zu prüfen und dabei zu hinterfragen, ob es sich um ein schnell aufgelegtes Lockangebot einer einzelnen Krankenkasse handelt oder um einen solide kalkulierten Tarif, der

auch langfristig eine gute und günstige Versorgung sichert. Die ersten Angebote sind nicht automatisch die besten.

Wahlfreiheit für die Versicherten und Wettbewerb unter den Krankenkassen sind zwei Seiten einer Medaille. Deshalb wünschen sich die BKKen eine Vielzahl von Krankenkassen mit tatsächlich unterschiedlichen Angeboten und nicht wenige Krankenkassen, deren Wahltarife am Ende in Verbindung mit dem geplanten Einheitsbeitrag doch nur ein Einheitsangebot sind. Dabei ist es gut, dass wahrscheinlich nicht alle Kassen alle Tarife anbieten werden. Unterscheidbarkeit heißt auch, dass nicht alle alles anbieten. Gerade kleinere Krankenkassen seien in der Lage, Akzente zu setzen.

Seitens der Kostenträger wird die Gefahr gesehen, dass sog. gute Risiken, also ein Personenkreis der ohnehin kaum Leistungen in Anspruch nimmt, Selbstbehaltstarife wählen werden und damit das Solidaritätsprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung weiter aushöhlen werden. Dies kann für diesen Personenkreis bedeuten, dass „ihre“ Krankenversicherung aufgrund falsch berechneter Tarife im schlimmsten Fall in die Insolvenz getrieben wird. Insgesamt ist mit den Wahlтарifen ein Wettbewerb um die günstigsten Tarife und nicht um die beste Versorgungsqualität ausgelöst worden.

HHF

Veranstaltungshinweise:

MCC Intensiv-Seminare

DRG Basiswissen (Einsteigerseminar) 3. Mai 2007 München und 22. Mai 2007 Köln
und
Aufbauseminar DRG Basiswissen, 20. Juni 2007 in Köln

erfreuen sich bereits einer regen Nachfrage. **Sichern auch Sie sich daher noch rechtzeitig Ihre Teilnahme.**

-----> <http://www.mcc-seminare.de/kongresse/drqbasis07.html>

Auf dem **DRG Basiswissen (Einsteigerseminar)** erhalten Sie einen ausführlichen Einblick in die Grundlagen des deutschen DRG Systems
Sie lernen die wichtigsten Größen und Berechnungen im System kennen, ebenso wie die Kalkulationen von Casemix, CMI und Krankenhausindividuellem Basisfallwert. Weiterhin werden Kenntnisse im Hinblick auf die Leistungsplanung und Strategien zur Verhandlung vermittelt, die wichtigsten Stellgrößen der DRG erklärt sowie das Vorschlagsverfahren für die DRGs 2007/2008 erläutert und seine Möglichkeiten vorgestellt.

Das **Aufbauseminar DRG Basiswissen** richtet sich an Teilnehmer, die bereits über ein Basiswissen des DRG-Systems verfügen und Ihr bestehendes Wissen erweitern und vertiefen möchten. Im Mittelpunkt stehen Themen wie Kostenkalkulation im Krankenhaus, Abrechnungsmanagement und MDKPrüfungen, Einführung von Behandlungspfaden sowie die Weiterentwicklung und jährliche Anpassung von Zusatzentgelten.

Weiterhin werden die wichtigsten Veränderungen der letzten Jahre in den Bereichen Intensivmedizin, Schlaganfallbehandlung, Mehrfacheingriffe, Extremkostenfälle sowie bei der Sortierung und Kondensation von DRGs dargestellt und erläutert. Eine Gruppenarbeit zum Thema Leistungsplanung im Krankenhaus und Handlungsempfehlungen im Umgang mit den Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) runden das Programm des Aufbauseminars ab.

Durch das Lernen anhand von Praxisbeispielen und das Arbeiten in kleinen Gruppen ist eine intensive und interaktive Arbeitsatmosphäre in allen Seminaren garantiert.
Selbstverständlich ist ausreichend Zeit für Ihre individuellen Fragen eingeplant.

Nutzen Sie jetzt diese Chance, sich umfassend zu informieren und stellen Sie sich den Chancen und Herausforderungen, die das G-DRG System bietet.

Alle weiteren Informationen zu den Veranstaltungen finden Sie unter: <http://www.mcc-seminare.de/kongresse/drqbasis07.html>.

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Wir würden uns sehr freuen, Sie wieder als Teilnehmer/in begrüßen zu dürfen und verbleiben mit freundlichen Grüßen

Nicole Dörnbrack

MCC - Management Center of Competence
Scharnhorststraße 67a
52351 Düren
Tel.: +49-2421-121 77-16
Fax: +49-2421-121 77-27
doernbrack@mcc-seminare.de
<http://www.mcc-seminare.de>

Programm:

„Erste Erfahrungen mit der Gesundheitsreform 2007:

Mehr Wettbewerb auf dem Generika-Markt

durch Rabattverträge?“

Colloquium

am 02.05.2007

10.00 bis 16.00 Uhr

Haus der Verbände

Littenstraße 10

10179 Berlin

10.00 bis 10.10 Uhr	Begrüßung	Dr. Dietmar Buchberger Deutscher Generikaverband
10.10 bis 10.30 Uhr	Einführung, Erste Erfahrungen der mittelständischen Generikaindustrie mit den Rabattverträgen nach Inkrafttreten des GKV-WSG	Dr. Dietmar Buchberger Deutscher Generikaverband
10.30 bis 11.00 Uhr	Rabattverträge: Königsweg oder Irrweg?	Birger Rostalski VdAK
11.00 bis 11.30 Uhr	Kaffeepause	
11.30 bis 12.00 Uhr	Wenn der Pulverdampf verzieht: Wie sinnvoll sind Rabattverträge? Auswirkung von Rabattverträgen auf die ärztliche Verordnung	Dr. Leonhard Hansen KV Nordrhein
12.00 bis 12.30 Uhr	Generikamanagement – Verantwortungsteilung zwischen Arzt und Apotheker	Friedemann Schmidt ABDA
12.30 bis 13.30 Uhr	Mittagspause	
13.30 bis 14.00 Uhr	Anforderungen an wettbewerbskonforme Rabattverträge: Verbesserte Wirtschaftlichkeit bei gestärktem Wettbewerb	Jens-Peter Schütz TAD Pharma GmbH
14.00 bis 14.30 Uhr	Kaffeepause	
14.30 bis 15.00 Uhr	Rabattverträge nach der Gesundheitsreform: Wettbewerbsrechtliche Implikationen	RA Hans-Georg Kamann Mayer Brown Rowe
15.00 bis 16.00 Uhr	Diskussion	Dr. Dietmar Buchberger Moderation