

FACHARZTBRIEF

05/2007

08.05.07



GEMEINSCHAFT
FACHÄRZTLICHER
BERUFSVERBÄNDE

Editorial

Nach der ersten Schockstarre und zugegeben auch einer gewissen Erschöpfung nach den monatelangen, letztlich wenig erfolgreichen Versuchen, das Gesetz noch abzumildern, beginnt der politische Alltag wieder Fahrt aufzunehmen. Auch wenn es aktuell noch keine Erkenntnisse über unmittelbare Auswirkungen des GKV-WSG gibt, so rumort es hinter den Kulissen schon gewaltig im Bemühen, wenigstens in der Umsetzung der Paragraphen das Schlimmste zu verhindern.

Von besonderer Bedeutung ist für uns dabei natürlich die Frage, ob mit einem neuen EBM wirklich feste Honorare und am Ende sogar mehr Geld für die Vertragsärzte herauspringen. Das Bundesministerium wird jedenfalls nicht müde zu betonen, dass damit ein Ende floatender Punktwerte verbunden sei. Es verschweigt allerdings, dass man ein solches Ende mit rigiden Praxisbudgets problemlos erreichen kann, wie es im Gesetz schließlich angelegt ist. Aufgabe der KBV und aller ärztlichen Verbände ist es in dieser Situation, die Budgetgrenzen so hoch anzulegen, dass eine wirtschaftliche Existenz für die Praxis möglich ist. Herr Köhler betont seinerseits, genau dieses mit einem neuen EBM erreichen zu wollen, der wie bekannt, schon zu Beginn des nächsten Jahres in Kraft gesetzt werden soll. Die Details dieser neuen Gebührenordnung sind allerdings unbekannt! Immerhin soll in mehreren Runden dieser neue EBM den Mandatsträgern der Kven und den ärztlichen Verbänden präsentiert werden. Diese haben dann wenige Wochen (!!) Zeit, ihre Meinung dazu zu formulieren. Für die fachärztlichen Verbände sind die Termine

07. Juni und 13. August

festgelegt worden.

KBV und Kassen haben inzwischen eine Einigung zur Ausgestaltung des gesetzlich vorgeschriebenen Instituts beim Bewertungsausschuss getroffen. Damit haben sie die erste Hürde auf dem Weg zu einem neuen EBM bereits geschafft.

Ebenfalls voran geht es beim gefürchteten Basistarif der PKV, allerdings eher in einer unerwarteten Richtung. Es sind vor allem die gesetzlichen Kassen, die über Wahltarife in Konkurrenz zur PKV treten. Man wird sehen, ob der „semiprivate“ Kassenpatient außer erhöhtem administrativem Aufwand auch zählbare Verbesserungen für die Praxis bringt.

Ein nicht direkt dem Gesetz geschuldetes Konfliktthema bietet die elektronische Patientenkarte. Insbesondere die Kassen fordern eine rasche Umsetzung des Projektes und finden dabei Unterstützung durch einzelne Mandatsträger der Kammern. Letztere sind zumeist nicht in Praxen tätig und sehen (nicht ganz zu Unrecht) Vorteile in einem elektronischen Zugriff auf alle relevanten Patientendaten. In der Praxis ist aber beim derzeitigen Sachstand des Projekts nicht zu erkennen, dass diese Karte irgendeinen zusätzlichen Nutzen gegenüber der herkömmlichen Versichertenkarte bringt. Denn die zweifellos sinnvolle Einbringung eben dieser relevanten Daten, Befunde und Dokumente ist zunächst nicht geplant und lediglich eine Option für später. Die Kassenärzte haben aber Erfahrung in Optionen und daher hat auch die GFB ein Papier mit unterzeichnet, in dem die Einführung der E-card unter den derzeit diskutierten Bedingungen abgelehnt wird. Diese

Ablehnung wird sachlich begründet, vor allem mit den hohen Kosten für die Ärzte ohne erkennbaren Nutzen außer einem Vorteil für die Kassen. Eine Grundsatzablehnung aus ideologischen Gründen, möglichst verbunden mit einer Fundamentalopposition gegen das bestehende Körperschaftssystem ist es nicht. Wir werden diesen Standpunkt auf dem Deutschen Ärztetag vorbringen und erwarten eine breite Zustimmung.

Dr. Jörg-A. Rüggeberg

Editorial	1
Impressum	1
Köhler: Attraktive Gebührenordnung muss her	2
BMG: Ende der floatenden Punktwerte	2
Gesundheitsausgaben	3
Basistarif: Auf dem Weg in die Einheitsversicherung	3
Krankenstand niedriger	4
Kartellamt zu Klinikkäufen	4
GKV-Wahltarife	5
Unternehmenssteuerreform	5
Spitzenverband Bund der Kassen vor der Gründung	6
Anwerbestopp England	6
Patientensicherheit und Behandlungsfehlerstatistik	7
Kassenlage im Kaiserreich	8
Gastbeitrag Mahlstedt:	9
Nach der Reform ist vor der Reform	
Veranstaltungshinweise	11

Verantwortlicher Herausgeber:
Dr. J.-A. Rüggeberg
Präsident der GFB

Redaktion:
Dr. Hanns-Hinnerk Felsing

Köhler: Attraktive Gebührenordnung kann Ärztemangel verhindern

„Wir müssen schnell handeln. Bereits jetzt sind die Arztzahlen in einigen Regionen in Deutschland rückläufig, insbesondere bei den Hausärzten und insbesondere in den neuen Bundesländern“, so Ulrich Weigeldt, Vorstand der KBV in seiner Eröffnungsansprache bei einer Veranstaltung der Reihe „KBV kontrovers“.

Dr. Ulrich Orłowski, Leiter der Abteilung Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eröffnete die Vortragsrunde: „Das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung und das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz werden die Situation der Vertragsärzte spürbar verbessern. Allerdings werden Maßnahmen wie Zuschläge bei Unterversorgung und eine Verringerung der Probleme an den Schnittstellen von ambulanter und stationärer Medizin ohne eine Honorarreform nur Stückwerk bleiben.“

„Die Protestaktionen im vergangenen Jahr haben gezeigt: Die Vertragsärzte sind nicht länger bereit, unter den derzeitigen Bedingungen zu arbeiten. Wir brauchen eine

Gebührenordnung, die im internationalen Vergleich mithalten kann, sonst läuft uns der medizinische Nachwuchs davon.“ Das entgegnete der Vorsitzende des Vorstands der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Andreas Köhler.

Für diese Reform forderte Köhler die Unterstützung des Ministeriums ein: „Wir haben derzeit eine Unterdeckung von rund 30 Prozent. Damit muss Schluss sein. Wir brauchen eine Zusage des BMG, dass sich die gestiegene Morbidität auch auf die Honorare der Ärzte auswirkt. Die Lage ist ernst. Ich erwarte bereits für 2008 eine Diskussion darüber, ob wir die Menge an Leistungen, die wir für die Patienten erbringen, einschränken müssen, wenn wir eine Euro-Gebührenordnung mit festen Preisen im Jahr 2009 einführen.“

Das Thema der KBV-kontrovers-Veranstaltung lautete „Deutschland: attraktiver Standort für Ärzte?“ Es diskutierten außerdem Christoph Bader (Präsident der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland), Prof. Gabriele Doblhammer-Reiter (Direktorin des Rostocker Zentrums

zur Erforschung des Demografischen Wandels), Dr. Eckhart von Hirschhausen (Arzt und Kabarettist), Dr. Burkhard John (Vorstandsvorsitzender der KV Sachsen-Anhalt), Prof. Norbert Klusen (Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse), Dr. Carsten Lekatat (Hausarzt in der vertragsärztlichen Versorgung), Hartmut Reiners (Referatsleiter im Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg) sowie Dr. Peter Windeck (Partner der Kienbaum Consultants International GmbH).

Ein Schwerpunkt waren mögliche Attraktivitätssteigerungen des Arztberufs durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und das Gesetz zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung. Außerdem setzten sich die Teilnehmer mit dem fehlenden Mediziner Nachwuchs und der Zukunft der Bedarfsplanung auseinander. Unter dem Titel „KBV kontrovers“ diskutieren zweimal im Jahr Experten über aktuelle Themen des Gesundheitswesens. Die nächste Veranstaltung findet am 25. Oktober statt.

BMG: Zeit der floatenden Punktwerte bei erfolgreicher EBM-Reform vorbei

Das Wettbewerbsstärkungsgesetz und das neue Vertragsarztrecht werden die Rahmenbedingungen für Ärzte nach Ansicht des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) deutlich verbessern. Das betonte Dr. Ulrich Orłowski aus der Abteilung Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung im BMG auf der Veranstaltung „KBV kontrovers“ in Berlin.

Gerade die Honorarreform für Ärzte könne maßgeblich dazu beitragen, dass Deutschland auch für die deutschen Nachwuchsmediziner attraktiv bleibe, sagte Orłowski. Bei der Umsetzung der neuen Möglichkeiten könnte das BMG jedoch nicht helfen: Der

Gesetzgeber habe die Aufgabe, Voraussetzungen zu schaffen. Die Umsetzung sei Sache der Selbstverwaltung.

„Die Zeiten der floatenden Punktwerte sind ab 2009 vorbei, wenn Ihnen die EBM-Reform gelingt“, wandte sich Orłowski an die KV-Vertreter. Die Selbstverwaltungen habe genug Möglichkeiten, die Situation der Ärzte zu verbessern. Mit dem neuen Vertragsarztrecht (VÄndG) etwa könnten Ärzte künftig überörtlich kooperieren und Kollegen anstellen. Auch die Kooperation zwischen ambulantem und stationärem Sektor würden mit dem VÄndG deutlich verbessert. Die Übertragung des Morbiditätsri-

sikos auf die Krankenkassen und die Tatsache, dass künftig auch mögliche Grippewellen zu festen, extrabudgetären Europreisen vergütet werden könnten, entlasteten die Ärzte zusätzlich.

Mit den neuen Möglichkeiten, Einzelverträge mit den Kassen zu schließen, ändere sich für die Ärzte aber auch die Bedeutung ärztlicher Freiberuflichkeit. Ob die KVEn künftig bei Selektivverträgen mitmischten, hätten sie letztlich selbst in der Hand: „Sie können sich das Verhandlungsmandat von Ihren Mitgliedern erteilen lassen“, erklärte Orłowski.

Gesundheitsausgaben 2005 um 2,4% gestiegen

Nach Mitteilung des Statistischen Bundesamtes, Wiesbaden, beliefen sich die Ausgaben für Gesundheit im Jahr 2005 auf insgesamt 239,4 Milliarden Euro oder 10,7% des Bruttoinlandsproduktes. Dies war im Vergleich zum Jahr 2004 ein Plus von 5,6 Milliarden Euro oder 2,4%, nachdem die Gesundheitsausgaben 2004 nahezu stagnierten (+ 0,0%). Die Ausgaben je Einwohner lagen bei 2.900 Euro (2004: 2.830 Euro).

Mit rund 57% der Ausgaben war die gesetzliche Krankenversicherung der größte Ausgabenträger im Gesundheitswesen. Ihre Ausgaben erreichten 135,9 Milliarden Euro und lagen im Jahr 2005 um 3,3% über denen des Vorjahres. Die privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck zahlten 32,4 Milliarden Euro und damit 1,2% mehr als im Jahr 2004. Ihr Anteil an den Gesamtausgaben betrug knapp 14%. Gut

9% oder 22,0 Milliarden Euro entfielen auf die private Krankenversicherung, deren Aufwendungen um 4,2% und damit deutlich überdurchschnittlich gewachsen waren.

Über die Hälfte der Gesundheitsausgaben entfiel auf Waren (das sind Arzneimittel inklusive Verbandmittel, Hilfsmittel, Zahnersatz und sonstiger medizinischer Bedarf) und ärztliche Leistungen. Für beide Leistungsarten wurden jeweils knapp 27% der Gesamtausgaben aufgewendet.

Während die Ausgaben für ärztliche Leistungen nur um 0,5% im Vergleich zum Jahr 2004 gestiegen sind, wuchsen die Ausgaben für Waren um 5,4%. Hauptverantwortlich für diesen überdurchschnittlichen Anstieg waren die Arzneimittel, für die 10,2% mehr aufgewendet wurden als 2004.

Fast jeder zweite Euro der Gesamtausgaben wurde in Einrichtungen der ambulanten Gesundheitsversorgung ausgegeben (48%). Die Ausgaben in diesen Einrichtungen stiegen im Vergleich zum Vorjahr um 2,6%. Vom Ausgabenvolumen her betrachtet waren Arztpraxen (35,2 Milliarden Euro) und Apotheken (34,8 Milliarden Euro) die bedeutsamsten ambulanten Einrichtungen. Dagegen sanken die Ausgaben in Zahnarztpraxen um 6,7% auf 15,2 Milliarden Euro.

Im (teil-)stationären Sektor wurden mit 87,4 Milliarden Euro 2,3% mehr aufgewendet. Dies entsprach einem Anteil von 37% an den gesamten Ausgaben. Zu den (teil-)stationären Einrichtungen gehören unter anderem Krankenhäuser (62,1 Milliarden Euro) und die Einrichtungen der (teil-)stationären Pflege (18,1 Milliarden Euro).

Basistarif: Auf dem Weg in die Einheitsversicherung?

Wenn erst einmal eine relevante Zahl von Menschen im Basistarif versichert sei, ist nach Ansicht des Vorstandsvorsitzenden der Deutschen Krankenversicherung (DKV), Günter Dibbern, der Weg für eine weitere Vereinheitlichung von gesetzlicher (GKV) und privater Krankenversicherung (PKV) nach der Bundestagswahl 2009 endgültig frei.

Die Einführung des brancheneinheitlichen Standardtarifs ab 1. Januar 2009 bereitet der PKV große Sorgen. In einem gemeinsamen Interview mit dem „Deutschen Ärzteblatt“ hat Dibbern gemeinsam mit dem geschäftsführenden Vorstandsmitglied des PKV-Verbandes, Dr. Volker Leienbach, vor der Gefahr gewarnt, dass der Gesetzgeber in der

nächsten Legislaturperiode die Weichen endgültig in Richtung Einheitsversicherung stellen könnte.

Die PKV sucht den Schulterchluss mit den niedergelassenen Ärzten. PKV und Ärzte hätten starke gemeinsame Interessen, so Leienbach. Die freiheitlichen Strukturen im Gesundheitswesen seien nur dann zu retten, wenn man möglichst breite strategische Allianzen habe. Die Unternehmen der PKV treibt die Sorge um, dass die niedergelassenen Ärzte ihren Patienten in großem Umfang den Wechsel in den Basistarif empfehlen könnten.

Aus der Sicht der Ärzte lassen sich aus der Behandlung eines PKV-Basistarifversicherten zwar weni-

ger Einnahmen als aus der eines PKV-Vollversicherten erzielen, aber mehr als bei der Behandlung eines GKV-Versicherten.

Leienbach stellt in dem Interview klar, dass das Angebot eines GKV-ähnlichen Tarifs, wie es der Gesetzgeber vorschreibe, für die PKV bedeute, „dass auch alles das nachgebildet wird, was die Ärzteschaft heute an Bürokratie und Begrenzungen in der GKV beklagt“. Als Beispiele nennt er die Wirtschaftlichkeitsprüfungen in den Arztpraxen, die Rabatte bei Arzneimitteln, die Rechenkungskürzungen im stationären Sektor oder auch den erschwerten Zugang zu den Fachärzten. „Dieses Szenario ist keine Drohung, sondern eine unmittelbare Konsequenz aus dem Gesetz“.

Niedrigster Krankenstand seit 10 Jahren

Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WidO) hat in seiner jüngsten Untersuchung festgestellt, dass bei rund neun Millionen erwerbstätigen AOK-Mitgliedern der Krankenstand von 4,4 Prozent auf 4,2 Prozent im Jahr 2006 zurückging. Er hat damit den niedrigsten Wert seit mehr als zehn Jahren erreicht. Besonders ausgeprägt war dies in den neuen Bundesländern, wo der Krankenstand mit 4,0 Prozent noch niedriger als im Westen (4,3 Prozent) ausfiel. Durchschnittlich waren in 2006 die AOK-Mitglieder 15,4 Tage gegenüber 16 Tagen in 2006 krank geschrieben. Der Anteil der Beschäftigten, die in 2006 überhaupt nicht krank geschrieben worden waren betrug 50,7 Prozent (48,5 % in 2005). Die niedrigen Krankenstände sind nach Einschätzung des WidO auf Veränderungen in der Beschäftigtenstruktur, eine verbesserte Gesundheitsvorsorge in den Betrieben und medizinische Fortschritte zurückzuführen. Umfragen zeigen jedoch auch, dass sich viele Arbeitnehmer mit Krankmeldungen zurückhalten, um ihren Arbeitsplatz nicht zu gefährden.

Allerdings weisen die branchenspezifischen Fehlzeiten deutliche Schwankungen auf. Die niedrigsten Ausfallzeiten liegen mit 2,7

Prozent im Kreditgewerbe und bei der Datenverarbeitung mit 2,2 Prozent. Hingegen werden die höchsten Ausfallzeiten mit 6,1 Prozent in der Abfall- und Abwasserbeseitigung sowie in der Metallherzeugung und -bearbeitung, Tabakverarbeitung und in der Recyclingbranche (jeweils 5,2 Prozent) erreicht. Dies bedeutet, dass Beschäftigte in der Entsorgungsbranche von den 365 Tagen in 2006 im Durchschnitt knapp 22 Tage vom Arzt krank geschrieben wurden, im Gegensatz zu denen in der Datenverarbeitung mit rund acht Tagen.

Häufigste Veranlassung der Krankschreibung waren Muskel- und Skeletterkrankungen (24,4 Prozent), Verletzungen (13,6 Prozent), Atemwegs- (11,7 Prozent) und psychische Erkrankungen (7,9 Prozent), was den Zahlen aus 2005 entspricht.

Frauen und Männer zeigen ein unterschiedliches Fehlzeitverhalten. Der Krankenstand der Frauen lag mit 4,1 Prozent im Jahr 2006 geringfügig unter dem der Männer von 4,3 Prozent. Auch war bei den Frauen die durchschnittliche Krankheitsdauer mit 15,0 Tagen kürzer als bei den Männern (15,7 Tage). Im Gegensatz dazu war im Jahr 2006 der Anteil derer, die

mindestes einmal im Kalenderjahr krank geschrieben wurden, bei den weiblichen AOK-Mitgliedern höher (50,1 Prozent) als bei den männlichen (48,8 Prozent).

Im Geschlechtervergleich verzeichneten die Männer im Jahr 2006 bezüglich der Ausfalltage höhere Anteile in den Erkrankungen des Muskel-Skelett-Apparates (25,6 Prozent, Frauen 22,7 Prozent), den Verletzungen (16,7 Prozent, Frauen 9,2 Prozent) und den Herzkreislauferkrankungen (7,9 Prozent, Frauen 6,0 Prozent). Die beschäftigten Frauen dagegen leiden häufiger unter Atemwegs- (12,5 Prozent, Männer 11,1 Prozent) und psychischen Erkrankungen (10,4 Prozent, Männer 6,2 Prozent) als ihre männlichen Kollegen.

Gründe dafür, dass Frauen häufiger und Männer länger krank sind, könnten, vermutete das WidO, darin liegen, dass sich Männer und Frauen hinsichtlich ihrer Arbeits- und Lebensbedingungen, ihrer Krankheiten und gesundheitlichen Risiken, ihres Umgangs mit gesundheitlichen Belastungen und der Inanspruchnahme von Vorsorge- und Versorgungsleistungen unterscheiden.

Krankenhäuser: Keine Erleichterung bei Übernahme

Über die Medien war wiederholt zu erfahren, dass die Entscheidung des Bundeskartellamtes zur Übernahme des Klinikums Wolgast durch die Universität Greifswald als auch weitere geplante Krankenhausübernahmen durch die Rhön AG durch den Staatssekre-

tär im BMG, Dr. Th. Schröder, und die Rhön AG kritisiert worden war.

In einem Artikel in der FAZ vom 23. Apr. d. J. nahm hierzu der neue Präsident des Bundeskartellamtes, B. Heitzer, Stellung. Er verteidigte die bisher getroffenen Entscheidungen. Die Fusionskon-

trolle und deren bisherige Maßstäbe hätten sich auch im Krankenhaussektor bewährt. Fusionsunter-sagungen im Krankenhaussektor seien bislang die Ausnahme geblieben. Von mehr als siebzig Anträgen hätten bis heute nur drei abgelehnt werden müssen.

GKV-Wahltarife sind ein Angriff auf marktwirtschaftliche Prinzipien

In der Antwort der Bundesregierung auf die schriftliche Anfrage des Bundestagsabgeordneten Daniel Bahr (FDP) vertritt die parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium, Marion Caspers-Merk, die Auffassung, dass die gesetzlichen Krankenversicherungen ihren Mitgliedern künftig auch Wahltarife mit der Kostenerstattung von Chefarztbehandlung und Zweibettzimmer anbieten dürfen. Dazu erklärte der Direktor des PKV-Verbandes Volker Leienbach:

„Das Angebot von Wahlтарifen durch die gesetzlichen Krankenversicherungen eröffnet den gesetzlichen Kassen einen staatlich geschützten Zugang zum Markt für

Zusatzversicherungen und ist daher abzulehnen. Damit würde der Staat rechtswidrig in einen funktionierenden privat organisierten Markt sowie in die Berufsfreiheit der privaten Krankenversicherungsunternehmen eingreifen. Diese wären durch die ungleichen Wettbewerbsbedingungen gegenüber den gesetzlichen Kassen massiv benachteiligt und würden dadurch vom Markt verdrängt. Besonders deutlich wird dies bei Wahlтарifen für Chefarztbehandlung und Zweibettzimmer. Mit dem Angebot spezieller Wahlтарife für die Chefarztbehandlung und für die Unterbringung im Zweibettzimmer wären die gesetzlichen Krankenkassen aber ebenso Unternehmer im Zusatzversiche-

rungsmarkt wie die privaten Krankenversicherungen. Über ihren gesetzlichen Auftrag der Sicherstellung medizinisch notwendiger Gesundheitsleistungen würden sie weit hinausgehen. Eine unterschiedliche wettbewerbs- und steuerrechtliche Behandlung von gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen wäre dann nicht mehr zulässig.“

Beanstandungen durch das Bundesversicherungsamt (BVA) seien hingegen zu den Individualтарifen der Deutschen Angestellten Krankenkasse, so meldet die Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK) nicht erfolgt.

Unternehmenssteuerreform: nur Nachteile für Freie Berufe

Im Finanzausschuss des Bundestages hat eine Anhörung zur Unternehmenssteuerreform stattgefunden. Nicht alle Unternehmen in Deutschland profitieren, nach Ansicht des BFB von der geplanten Steuerreform. Ganz im Gegenteil: „Die Praxen und Büros der Freien Berufe fallen bei dieser Steuerreform hinten herunter“, sagt Arno Metzler, Hauptgeschäftsführer des Bundesverbandes der Freien Berufe (BFB) in Berlin. Für den BFB sind in der geplanten Unternehmenssteuerreform vier Eckpunkte für die Freien Berufe nicht tragbar.

1. Die Abgeltungssteuer gegen Werbungskostenabzug erschwert Betriebsübergaben.
2. Die Rücklagenbildung für Personengesellschaften ist nicht ausreichend abgesichert.
3. Auch die bisher geplante Abschreibungsgrenze für geringwertige Wirtschaftsgüter ist zu hoch und entspricht nicht der durchschnittlichen Nutzungsdauer der Wirtschaftsgüter mit den entsprechenden Werten

4. Der allgemeine Verwaltungsaufwand steht für so kleinteilige Unternehmensstrukturen, wie die Freien Berufe sie aufweisen, in keinem Verhältnis zum steuerlichen Ergebnis.

„Der Anteil der Erwerbstätigen in den Freien Berufen hat sich in den vergangenen 30 Jahren verdreifacht, der Anteil der Freien Berufe am Bruttoinlandsprodukt beträgt fast zehn Prozent – dennoch wurde dieser Wirtschaftszweig bei der Ausformulierung der Steuerreform völlig außer Acht gelassen“, sagt Metzler und erklärt:

„Wenn es nach dem Gesetzgeber geht, soll die Gewinngrenze von 100.000 Euro nicht nur für den einzelnen Freiberufler gelten, sondern auch für die Gemeinschaften, in denen sich mehrere Freiberufler zusammengeschlossen haben. „Da bleibt am Ende für den Einzelnen kaum etwas übrig, macht Rücklagen für zukünftige Investitionen wenig wahrscheinlich

und fördert nicht gerade Kooperationen.“

Auch die Abschreibungsklausel trifft die Freiberufler besonders hart: „Es wird für einen Steuerpflichtigen nicht nachvollziehbar sein, warum er z.B. ein Laborgerät mit einem Wert von € 120, welches höchstens eine Nutzungsdauer von zwei Jahren hat, im Pool auf fünf Jahre abschreiben muss, während eine Reparatur des gleichen Gerätes als Ersatzinvestition sofort abgeschrieben werden kann.“

Der BFB fordert für Steuerpflichtige, die ihren Gewinn nach § 4 Abs. 3 EStG ermitteln, keine Betriebsgrößengrenzen aufzustellen und die Abschreibungsklauseln beizubehalten bzw. großzügiger auszugestalten, um Freiberufler nicht schlechter zu stellen. Für zukünftige Investitionen und Wachstum muss die Liquidität von Freiberuflern durch die Möglichkeit der Bildung von Rücklagen gefördert werden.

Konstituierung des Spitzenverbandes Bund der Gesetzlichen Krankenversicherung

Am 21. Mai 2007 wird der Spitzenverband Bund der Gesetzlichen Krankenversicherung in Berlin konstituiert. Man geht gegenwärtig von der Teilnahme von 243 Krankenkassen aus, die nach einem komplizierten Verteilungsschlüssel insgesamt 486 stimmberechtigte Mitglieder ent-

senden dürfen. Die Mitgliederversammlung hat mit der Mehrheit von zwei Dritteln der abgegebenen Stimmen jeweils einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter. Mit größter Spannung wird dann die sich anschließende Wahl des Verwaltungsrates erwartet. Das GKV-WSG sieht hierzu eine ä-

ßerst komplizierten Schlüssel für die 41 Mitglieder dieses Gremiums vor. Aufgrund des komplizierten Stimmenschlüssel soll hier ein EDV-System unterstützend wirken. Die konstituierende Sitzung des so gewählten Verwaltungsrates ist für den 29. Mai 2007 vorgesehen.

Keine weiteren Ärzte nach England

Das britische NHS hat nachfolgende Information herausgegeben. Demnach besteht gegenwärtig kein weiteres Interesse des NHS an der Anwerbung von Ärzten aus EU-Mitgliedsstaaten. Den Originaltext lesen Sie im Folgenden

Working in the National Health Service and in Social Care in England Information for Doctors, Dentists, and Social Workers

****** There are no current international recruitment campaigns ******

The National Health Service (NHS) has been undergoing a period of dramatic change and growth in recent years. The NHS Plan 2000, a government strategy to improve the health service through increased investment has provided excellent opportunities for doctors and other health care professionals from outside the United Kingdom to come and work for the NHS.

In order to support fully qualified health care professionals from other countries who have been interested in seeking employment in England, the Department of Health has been providing assistance to international doctors through a number of International Recruitment teams. These have been based directly at the British Embassies of the countries from which doctors have applied for jobs in Britain – in Spain, Italy and Germany for example.

Over the last years we have successfully advised and assisted German doctors and dentists as well as social workers in finding suitable employment in the UK.

International recruitment has been one of the policies engaged in to meet workforce requirements needed to fulfil the NHS Implementation Plan. It was intended from the outset to be a short-term strategy. The investment, which was put into NHS staffing and training, has now borne fruit with domestic supply of doctors, nurses and healthcare professionals sufficiently increased.

**Whereas there are still opportunities for individuals who wish to
compete for posts, as of April 2007**

**The Department of Health has stopped actively recruiting health
care professionals from the EEA.**

We have worked closely with medical organisations and authorities in both England and Germany over the last years and would like to express our thanks for the collaborative and constructive way in which we have been supported in our work. Their assistance has enabled us to effectively facilitate the application process for both German health care specialists seeking employment in England and English employing organisations wishing to recruit from Germany.

The NHS continues to value the expertise and skills of international doctors and there will always be opportunities to a greater or lesser degree for health care specialists wishing to contribute to our health service. On this website we would like to provide some useful general information and guidance for those of you interested in finding suitable employment within the NHS. Please bear in mind that these are general guidelines and that details are subject to change.

Patientensicherheit und Behandlungsfehlerstatistik der Gutachter- und Schlichtungsstellen für 2006

Nahezu zeitgleich stellten das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) und die Ständige Konferenz der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei der Bundesärztekammer ihre neuesten Tätigkeitsberichte vor. In seinem Forschungsbericht 2006, der vom Bundesministerium für Gesundheit finanziert wurde, hat das Aktionsbündnis Patientensicherheit anhand einer Auswertung der internationalen Literatur die Zahl von 17 000 Toten infolge vermeidbarer unerwünschter Ereignisse (VUE), d. h. ca. 0,1 % aller Krankenhauspatienten ermittelt. Eine weitere Analyse dieser Häufigkeitsdaten zur Geschlechterverteilung kam jetzt zu dem Resultat, dass es für weibliche Patientinnen ein höheres Risiko gibt, ein unerwünschtes Ereignis zu erleiden, als für männliche Patienten.

In Deutschland nimmt das Thema derzeit einen immer breiteren Raum ein. Weitere Empfehlungen zur Patientenverwechslung und zur Prävention von Medikationsfehlern stehen vor der Fertigstellung. Bis zur Jahresmitte wird in Zusammenarbeit von BMG, der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (AKDÄ) und dem APS eine „Road Map Arzneimittelsicherheit“ entwickelt.

Zusammen mit dem Robert Koch Institut und dem Nationalen Referenzzentrum Nosokomiale Infekti-

onen plant das APS weiterhin eine nationale Kampagne, die sich die Verminderung von Wundinfektionen durch Verbesserung der Handdesinfektion zum Ziel gesetzt hat.

Wenige Tage zuvor hatte die Ständige Konferenz der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei der Bundesärztekammer ihren Jahresbericht vorgestellt. Demnach übermitteln die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Landesärztekammern seit 2006 länderübergreifend ihre Daten mittels eines elektronischen Statistikbogens (Medical Error Reporting System – MERS) direkt an die Schlichtungsstelle der norddeutschen Ärztekammern, die diese für die Bundesärztekammer aufbereitet.

Im Vergleich zum Vorjahr war in 2007 ein leichter Rückgang der Antragseingänge von 1,9 % zu verzeichnen. Erledigt wurden insgesamt von 10280 eingegangenen Anträgen 10255. Hiervon war in 70,2 % eine gutachterliche Entscheidung ergangen. Bei 4767 Verfahren konnte weder ein Aufklärungs- noch ein Behandlungsfehler festgestellt werden.

17 % der festgestellten Aufklärungs- und Behandlungsfehler betrafen orthopädisch-unfallchirurgische Diagnosen. 31,4 %

betrafen niedergelassene Ärzte. Hiervon waren zu 31,8 % Orthopäden und Chirurgen betroffen. Im stationären Bereich waren von 5303 Kliniken in 49,7 % orthopädische und chirurgische Abteilungen betroffen.

Erkenntnisse aus der Arbeits- und Organisationspsychologie, so der Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, haben gezeigt, dass überall dort, wo Menschen arbeiten, Organisations- und vor allem Kommunikationsmängel die Hauptursache für Fehler darstellen. Solche Systemfehler dürfen im ärztlichen Alltag nicht als individuelles Verschulden eines Arztes gesehen werden, sondern müssen als Möglichkeit genutzt werden, Verbesserungen in der Patientensicherheit vorzunehmen. Die Ärzteschaft hat erkannt, dass nicht die Frage gestellt werden darf: „**Wer** war schuld?“, sondern, dass gefragt werden muss: „**Was** war schuld?“ Nur dieser Ansatz hilft, Ursachen für Fehler zu erkennen und sie für die Zukunft zu vermeiden.

Die aktuelle Statistik kann unter

http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Gutachterkommissionen_Statistik_2006.pdf

heruntergeladen werden.

IGES-Gutachten

In der letzten Ausgabe hatten wir das IGES-Gutachten zur so genannten „doppelten Facharztschiene“ berichtet unter Beifügung der zugehörigen Pressemeldung. Diesem Facharztbrief ist nun beigelegt die Kurzfassung des Gutachtens. Interessierte können die Langfassung selbst anfordern. Die GFB besitzt keine Rechte, das ihr vorliegende Exemplar weiter zu verbreiten

Damit Sie angesichts der vielen deprimierenden Meldungen auch einmal etwas zum Schmunzeln finden, hier der Abdruck eines kleinen Artikels zur Genehmigungspraxis der Krankenkassen vor 100 Jahren. Vielleicht sollten wir alle dazu übergehen, Regresse und sonstige Übel unseres Systems mit Branntwein zu umgehen. Für Privatpatienten darf es dann auch etwas gehobener Rotwein sein.

Das waren noch Zeiten! Zur Kassenlage im Kaiserreich

Aus "Kinder- und Jugendarzt", 38.Jg. 2007: 177 mit freundlicher Genehmigung des Herausgebers

Der größte Anteil der Kassenleistungen war das Krankengeld für die Familie, wenn der Ernährer ausfiel. Die Ausgaben für die noch wenig entwickelte Diagnostik und begrenzte Therapie waren im Verhältnis dazu bescheiden. Rente gab es bis 1916 erst ab 70 Jahren. Ein Alter, das damals nicht viele erreichten.

So konnte man den Mitgliedern etwas gönnen. Ein Brief der Ortskrankenkasse Heidelberg an den Hofapotheker Fr. Durand in Schwetzingen ist erhalten:

„Nach Rücksprache mit unseren Herren Kassenärzten haben wir uns entschlossen, an unsere erkrankten Kassenmitglieder nach ärztlicher Verordnung Weiß- oder Rotwein verabfolgen zu lassen und zu diesem Behufe hier zwei Abgabestellen errichtet, welche gegen Abgabe einer Überweisung des Kassenarztes die Verabreichung des Weines gegen ein Entgelt von 10 Pf. pro Flasche besorgen Wir gedenken an dortigem Platze ebenfalls eine Abgabestelle zu errichten und erlauben uns daher bei Ihnen anzufragen, ob Sie geneigt wären, die Weinabgabe zu obigem Vergütungssatze zu über-

nehmen? Der Wein würde Ihnen von der Firma Ueberle und Ritzhaupt franca geliefert; der Preis desselben stellt sich pro Flasche ohne Glas: Für Rotwein San Michele' auf 65 Pf.; für Weißwein Markgräfler Kastelberger' 86 2/10 Pf. Die Abgabe hätte gegen ärztliche Anweisungen zu geschehen, welche dann in geeigneten Zeitabständen an obige Firma behufs Abrechnung einzusenden wären. Der Empfänger des Weines hat für die Flasche den Betrag von 10 Pf. zu deponieren, welcher bei Rückgab der selben wieder ausgefolgt wird. Wir sehen einer gefl. Antwort baldigst entgegen.

Heidelberg, den 21. Mai 1892

Der Vorstand

Die Verordnung von Wein und anderen Alkoholika, zumindest unterstützend, war nichts Ungewöhnliches. Im Basler Burgerspital anno 1900 war Wein noch der teuerste Einzelposten (481 durchschnittlich pro Patient und Jahr) in der Spitalapotheke vor den noch preiswerteren und überschaubaren Medikamenten. Ob Alkohol Kindern schadet, darüber gingen seit der Antike die Meinungen der

Ärzte weit auseinander. Die stärkende Wirkung des Weines hielt man für selbstverständlich. Noch zu Beginn des 20. Jh. heißt es z.B. bei der Behandlung des schweren Scharlachs mit beginnender Herzschwäche bei Kindern: „Alkohol, alter Rotwein, Champagner in dreisten(!) Dosen...“ noch vor Nennung von Campher, Coffein und Digitalis. Bei der damals nicht beherrschbaren Nabelsepsis des jungen Säuglings lautet die Empfehlung: „Zufuhr von Alkohol, 1–2 Teel. Cognac auf den Tag verteilt, oder auch noch mehr bis zur völligen Trunkenheit des Kindes.“ Bei der damals infausten Prognose war der Rat wohl verständlich und human.

Literatur:

Peiper, A.: Chronik der Kinderheilkunde, Georg Thieme 1992
Salge, B.: Therapeut. Taschenbuch für die Kinderpraxis, 7. verbesserte Aufl., Berlin 1916, Fischers mediz. Buchhandlung, H. Kornfeld, Herzogl. Bayer. Hof- u. K.u.K. Kammer-Buchhändler

Dr. med. Olaf Ganssen
Am Grünewald 38, 42549 Velbert

Termine:

- 12.5. Fachärztetag in Schwerin
- 13.5. GOÄ-Arbeitskreis Münster
- 13.5. Arbeitskreis Reha in Münster
- 14.5. öffentliche Vertreterversammlung der KBV in Münster
- 14.5. Mitgliederversammlung GFB
- 14.5. Besprechung mit den FÄ-Delegierten des Deutschen Ärztetages
- 07.6. Präsentation EBM fachärztliche Berufsverbände
- 13.8. Zweite Runde EBM mit fachärztlichen Verbänden

Gastbeitrag

Nach der Gesundheitsreform ist bekanntlich ja vor der Gesundheitsreform!

Von Prof. Dr. Jörg Mahlstedt

Die große Koalition hat eine Reform durchgepeitscht, die primär dem Koalitionserhalt diene und daneben gesundheitspolitische Positionen festlegte, die sich mit einer neuen, anderen Mehrheit in die jeweils gewünschte Richtung verändern lassen. Unabhängig davon bergen die Gesetzesänderungen sowohl im Wettbewerbsstärkungsgesetz wie auch im Vertragsarztrechtsänderungsgesetz Möglichkeiten, die für die methodendefinierten Fächer auch Chancen erkennen lassen. Ein Blick in das weitere Umfeld ärztlicher Arbeit kann dabei nicht schaden:

Das 3. Jahrtausend in Deutschland ist geprägt von hoher Arbeitslosigkeit. Einfache, körperlich anstrengende Tätigkeiten werden zunehmend von Maschinen übernommen, Haus- und Straßenbau dienen mangels destruktiver Ereignisse (Krieg, Naturkatastrophen) bei abnehmender Bevölkerung allenfalls dem Substanzerhalt. Der Mensch wendet sich daher in seinen Bedürfnissen neben Essen, Kleidung, Auto, Familie zunehmend sich selbst, seiner Befindlichkeit, also der Gesundheit zu. Dabei trägt das klassische ärztliche Bemühen um die Gesundheit nicht mehr die Züge von Zuhören, Lindern, Trösten und Heilen, sondern es hat sich ein grundlegender neuer Wirtschaftszweig unserer Gesellschaft entwickelt, den Gesetzen der Ökonomie, des Kommerzes und der Werbung gehorchend. Der Mensch, nicht unbedingt Patient (Leidender), wird zum Wirtschaftsobjekt, zum Kunden, dem nach raffiniert ausgehandelten Spielregeln (Leitlinien) Leistungen durch unterschiedlich privilegierte Berufsgruppen erbracht werden dürfen. Dadurch entsteht ein verbissener Kampf um Leistungen und Leistungsumfang. Weite Teile der Bevölkerung sind

betroffen im komplizierten Regulationsfeld von Politik, Industrie und ärztlicher Selbstverwaltung.

Obwohl Leben schlechthin und umso mehr Krankheit kaum jemals umfassend verstanden werden können, hat es sich international durchgesetzt, Teilabläufe von ärztlicher Versorgung nach technologischen Kriterien zu definieren und unter Heranziehung bewährter Sekundärtugenden zu exekutieren. Die zunehmend industriearartige Gestaltung der Medizinwirtschaft zieht daher die Werkzeuge erfolgreicher Industriebetriebe heran: Qualitätskontrolle, Qualitätsmanagement, Zertifizierung, Akkreditierung, Exzellenzbestätigung etc.. Diese Techniken können nur deshalb vermeintlich erfolgreich eingesetzt werden, weil die Ziele der Gesundheitswirtschaft unter Vernachlässigung von Primärtugenden zuerst als abrechnungsfähige Einzelaktionen definiert werden und nicht als umfassendes Bemühen, dass es dem Menschen nach diesen Aktionen in ihrer Befindlichkeit durchgreifend besser ginge.

Das grundlegende Dilemma ist evident, es wird vielfach beklagt, aber nicht bekämpft, denn es eröffnen sich für viele Berufszweige in der Versorgung von Menschen mit und ohne Leiden neue Arbeitsfelder und damit Arbeitsplätze. Der Arzt früherer Prägung ist zunehmend nicht mehr erforderlich, teilweise schon Störfaktor.

Täglich erleben wir, wie das Kapital global seine beste Rendite sucht und in gleicher Weise wird in naher Zukunft auch die ärztliche Expertise mit telemedizinischen Techniken weltweit verfügbar sein – zu Weltmarktpreisen vermutlich (d.h. nicht teurer, sondern eher billiger als vor Ort!), zeitnahe, evaluiert mit Zweitmeinung und

sprachlich präzise formuliert. Manch braver Schnittbilddiagnostiker muss damit rechnen, dass der kritische Patient sich mal eben für einige Euro eine hochqualifizierte Zweitmeinung einholt und dann zur Diskussion bittet.

Die Gesetze des Marktes erfordern das Erschließen neuer Märkte, daher wird der Mensch niemals als gesund gesehen, sondern immer als potentieller Patient (Kunde), unzulänglich diagnostisch durchleuchtet. Das breite Feld der Zufallsbefunde der vorsorgenden Screeningkampagnen - nicht selten falsch positiv - sorgen für Beschäftigung und Auslastung von Geräteinvestitionen. Pharmaindustrien erfinden Erkrankungen zu entwickelten Pharmaka (disease mongering), altersgemäße körperliche Veränderungen (Haarausfall, Altershaut etc.) werden medizinalisiert und damit wirtschaftlich erfassbar.

Jedem ist bewusst, dass damit das Mehrfache des Bruttoinlandproduktes unseres Staates für die Versorgung von echten Leiden und von Störungen der Befindlichkeiten ausgegeben werden könnte.

Die riesigen Kapitalströme der Gesundheitswirtschaft werden derzeit noch nach traditionellen Mustern unter dem Einfluss starker Persönlichkeiten gelenkt, wobei eine gezielte, einem Konzept gehorchende Gesamtverteilung nicht zu erkennen ist. Die von der Regierungskoalition angedachte Staatsmedizin möchte vermeintliche Verteilungsgerechtigkeit erreichen, aber die dann zu erwartende unendliche Gremien- und Ausschussarbeit mit Konsensbedarf bis zur Vollendung im ineffektiven, qualvollen Kompromiss dürfte wohl Änderung erreichen, jedoch kaum ein Fortschritt sein.

Mit Sicherheit werden aber viele kluge Menschen am Schreibtisch zu angenehmer Tages- und Wochenzeit ihre Lebensaufgabe finden, fern der unangenehmen Beschäftigung mit kranken, leidenden, unbequemen Patienten zu unattraktiven Arbeitszeiten.

Diese neue Staatsmedizin wird also in erster Linie viele Milliarden an Euro in die Verwaltung lenken, während für das schlichte Wohlbefinden der Patienten und diejenigen, die sich mit ihnen direkt befassen, immer weniger vorgesehen wird. Dazu wird die Bildung von medizinischen Versorgungszentren propagiert, wirtschaftlich gesehen vielleicht günstiger, aber der Patient findet bei jedem Besuch einen anderen Arzt/medizinischen Leistungsanbieter vor und er wird diese Zentren erst dann aufsuchen, wenn es ihm richtig schlecht geht und er vielleicht einen Termin bekommen haben sollte.

Trotz der zu erwartenden Fort(=Rück)entwicklung ärztlicher Tätigkeit wird die Versorgungsqualität unabhängig von politischen Entscheidungen weiterhin auf hohem Niveau liegen im internationalen Vergleich, denn der Rückgang der Qualität der wohnortnahen, flächendeckenden Versorgung tritt nicht unmittelbar ein. Die Änderung bisheriger standesrechtlicher Bestimmungen begünstigt wohl den Status des Arztes als mittelständischer, selbständiger Unternehmer, der selbst und ständig um sein Unternehmen bemüht ist, immer aufmerksam seinen Besitz im neidgesteuerten Milieu zu erhalten. Das erfordert erheblichen Mut zum wirtschaftlichen Risiko neben der ärztlichen Qualifikation.

Daneben entwickelt sich jedoch – gern gesehen von den Vordenkern der neuen Staatsmedizin – der Pseudofreiberufler als klassisch angestellter Arzt, der ohne unternehmerisches Risiko mit gewerkschaftlichem Denken ein Minimum an Arbeitszeit bei maximaler Vergütung anstrebt. Das mag momentan attraktiv sein, bei Insolvenz

oder Verkauf der Praxis/des Krankenhauses jedoch auch nicht ohne jedes Risiko. Die Polikliniken der alten DDR werden dafür vielfach als attraktives Vorbild empfunden, vor allem in angenehmer Erinnerung der damals Beteiligten. Man sollte jedoch nicht vergessen: Wirtschaftlichkeit spielte damals überhaupt keine Rolle! Die Versorgung der Patienten war abzustimmen mit den Verpflichtungen gegenüber der Arbeit in Ausschüssen, Räten und Partei, die selbst gesteckten Planziele wurden natürlich immer übererfüllt.

Sicher ist, die Kosten werden unaufhaltsam steigen, denn die Politik wird immer mehr Fremdleistungen, Sonderprogramme, Vorsorgeaktionen in die Gesetzliche Krankenversicherung pressen, der der Bürger keineswegs entfliehen darf, schon gar nicht in eine private Krankenversicherung, die diesen Namen auch verdient.

In Anbetracht dieser Entwicklung ist es schwer einzusehen, warum die Gesundheitspolitik verbissen versucht, die Entwicklung des Finanzbedarfes für die Wirtschaft am und mit dem Menschen rigide einzudämmen. Die Finanzmittel fließen doch letztlich immer den Menschen zu, einerseits den Patienten, denen es dann meist besser geht, andererseits Menschen, die im Gesundheitsmarkt eine Lebensgrundlage finden.

Für die Nuklearmedizin als methodendefiniertes, bettenführendes Fach mit eigenständigem Patientengut ist die Entwicklung in jedem Fall günstig einzuschätzen. Sie bietet auf der Basis des radioaktiven Tracerprinzips – lange Zeit in Deutschland vergeblich als sterbend deklariert - breiten Zugang zu klinisch relevantem Einsatz in Schilddrüsendiagnostik und –therapie, Herzdiagnostik, Skelettdiagnostik mit Radiosynoviorthese, Tumordiagnostik (PET, Sentineldiagnostik) und –therapie (Schmerztherapie, MIBG, Zevalin, Dotatoc), Neurologie (Demenz, Tremor), Endokrinologie (Nebenschilddrüse, chromaffine Gewebe) u.a.m.. Gut

ausgebildete ärztliche Kräfte mit klinischer Erfahrung werden für dieses Fach bereits jetzt und in den kommenden Jahren mehr denn je gesucht werden, insbesondere im Ausland.

Für den wirtschaftlichen Erfolg werden jedoch die neuen Formen der ärztlichen Zusammenarbeit in stationärer und ambulanter Versorgung von entscheidender Bedeutung sein. Die dafür erforderlichen Gesetzesänderungen wurden jetzt geschaffen, eine Entwicklung, die die ärztliche Selbstverwaltung wohl eher zu verhindern versucht hat, obwohl die Notwendigkeit nicht zu übersehen war. Die nuklearmedizinische Einzelpraxis wird es in Zukunft schwer haben, vielleicht kann eine lukrative Nischen-situation dem entgegenstehen, aber die Höhe der Investitionen birgt immer ein unkalkulierbares Risiko. Die Standardstruktur der Gegenwart wie auch der Zukunft ist die Gemeinschaftspraxis, sowohl fachgleich zur ökonomisch sinnvollen Nutzung der Investitionen, viel besser aber fachübergreifend den individuellen persönlichen Intentionen entsprechend. Die Zusammenarbeit mit der Radiologie ist nahe liegend, aber in der Ära der Positronenemissionstomographie ist auch die Strahlentherapie ein interessanter Partner. Für die Früherkennung der KHK wäre ein Kardiologe interessant und die RSO könnte mit einem Rheumatologen oder Orthopäden ebenfalls gut realisiert werden.

Es bleibt abzuwarten, ob die Struktur der Gemeinschaftspraxis mit vollverantwortlichen Anteilseignern oder das MVZ am Krankenhaus mit angestellten Ärzten oder im Besitz von Freiberuflern das Versorgungsszenario prägen werden. Jede Versorgungsstruktur wird sich aber bemühen müssen, neben der Teilhabe am Kollektivvertrag mit Vergütung durch die KV für andere Versorgungsformen ein attraktiver Partner zu sein.

Ein guter Anteil privatversicherter Patienten ist heute schon unabdingbar und Versorgungsaufträge von Krankenhäusern, die keine eigene Nuklearmedizin mehr vorhalten können, sind ein wichtiger Teil der Wirtschaftlichkeit. Die Einbindung von Krankenhausärzten zur Teilzeittätigkeit mit Niederlassung in einer Gemeinschaftspraxis kann dabei ein günstiger Einstieg sein.

Daneben müssen aber die neuen Formen der Versorgung intensiv berücksichtigt werden. Neuere Zukunftsszenarien lassen erwarten, dass bis 2010 nur noch 55% der Praxisumsätze im Kollektivvertrag erfolgen, während bis zu 35% der Umsätze in der hausärztlich zentrierten Versorgung zu erwarten sind neben 5% im Rahmen

besonderer Versorgungsformen nach § 73c – das könnte man für die RSO in Betracht ziehen, nach § 140 ff (Integrierte Versorgung) mit einem ersten Beispiel in Berlin zur PET/CT-Diagnostik zur Versorgung der Lungentumoren oder nach § 116b mit besonderem Auftrag der Krankenhäuser für besondere hochspezialisierte Leistungen.

Der entscheidende Trend für die Vergabe der finanziellen Mittel liegt in der Innovation und damit im fachärztlichen Segment der Krankenversorgung. Die Hausärzte folgten der Faszination der bequemen Pauschale unter Verzicht auf die Innovation, das Interesse an diesem Segment des Medizinmarktes ist daher eindeutig rückläufig. Klassische Versorgungsbe-

reiche des Hausarztes werden vielleicht durch nichtärztliche Professionen abgedeckt werden. „Schwester Agnes“ wird gerne den einen oder anderen Hausbesuch übernehmen und ihr männlicher Kollege der Zukunft – bereits jetzt als medical helper in angloamerikanischen Ländern realisiert – wird gerne die telemedizinischen Geräte warten, deren Einsatz über ein qualifiziertes call center veranlasst wurde.

„Change is the only constant“ – daran müssen wir uns mehr denn je gewöhnen. Das Erleben unserer Zeit ist anregend, aufregend und chancenreich, packen wir es an!

Prof. Jörg Mahlstedt, Essen
1. Vorsitzender Berufsverband
Deutscher Nuklearmediziner e.V.

Veranstaltungshinweise:

Aus der Praxis für die Praxis: Intensiv-Seminar: Arznei-/Sachmittelmanagement:

Qualitätssteigerung bei gleichzeitiger Kostensenkung im medizinischen Sachmittelbedarf

11. Juni 2007 in Mainz - 9 Fortbildungspunkte

29. Juni 2007 in Nürnberg - 6 Fortbildungspunkte

Zielsetzung:

Das Strategie-Seminar vermittelt konkrete Ansätze zur Qualitätssteigerung bei gleichzeitiger Kostensenkung im medizinischen Sachmittelbedarf.

In dem Seminar werden Ihnen Experten aus der Praxis ihr Wissen vorstellen und mit Ihnen teilen, konkrete Lösungsansätze diskutieren, wo es Verbesserungsmöglichkeiten gibt, wo Grenzen zu beachten sind und dass nur eine ganzheitliche, patientenorientierte Betrachtung nachhaltig erfolgreich sein wird.

Zielgruppe:

Das Seminar wendet sich an Verwaltungsdirektoren, Geschäftsführer, Chefärzte und ärztliche Mitarbeiter, Belegärzte, Vertragsärzte, Chefapotheker und Apotheker und solche, die an einer nachhaltigen Qualitätssicherung und Zukunftssicherung unseres Gesundheitssystems interessiert sind.

Aus der Praxis für die Praxis: Intensiv-Seminar/Krankenhausmanagement:

Qualitätsmanagement und Kostensenkung durch Aktives Patientenmanagement und nachhaltige Einführung von Klinischen Behandlungspfaden

20. Juni 2007 in Nürnberg - 10 Fortbildungspunkte

Zielsetzung:

Ziel des Seminars ist es, Aufnahme-, Versorgungs- und Entlassungsprozesse von stationären Patienten zu optimieren. Die detaillierte praktische Umsetzung eines effizienten Patientenmanagements sowie von Patientenpfaden werden gemeinsam erarbeitet. Sie stellen die Grundlage von schlanken Strukturen in der stationären Patientenversorgung dar und helfen den Teilnehmern bei der Reorganisation ihrer Abteilungen.

Zielgruppe:

Das Seminar wendet sich an Verwaltungsdirektoren, Geschäftsführer, Klinikmanagement, Chefärzte, Oberärzte, Pflegedienstleitungen usw.

Die zugehörigen Programme finden Sie als Anhang zu diesem Facharztbrief