

Themenübersicht

- > **HAUSARZTVERTRÄGE:** *Eiszeit in Bayern*
- > **VERSORGUNGSGESETZ:** *Eckpunkte sollen bis Ostern vorliegen*
- > **INTEGRATIONSVERSORGUNG:** *BMG sieht Therapiefreiheit nach Neuregelung gesichert*
- > **PATIENTENRECHTEGESETZ:** *Ärzte halten Entschädigungsfonds für schädlich*
- > **STUDIUM:** *Rösler will keinen Bachelor in der Medizin*
- > **ÄRZTEFLUCHT:** *Tschechiens innere Sicherheit gefährdet*
- > **SPD:** *„Die Deutschen wollen keine Dreiklassenmedizin“*
- > **KATHOLISCHE KIRCHE:** *Zollitsch für Selbstbeteiligung beim Arztbesuch*
- > **TARIFEINHEIT:** *BDA und DGB haben gemeinsame Initiative von langer Hand vorbereitet*
- > **STUDIE:** *„Servicemedizin“ verunsichert Patienten*

HAUSARZTVERTRÄGE: EISZEIT IN BAYERN

Nach dem gescheiterten Systemausstieg der bayerischen Hausärzte kurz vor Weihnachten in Nürnberg ist der Gesprächsfaden zwischen dem Bayerischen Hausärzterverband (BHÄV) und den Krankenkassen endgültig gerissen. Daran änderte auch der Rücktritt des langjährigen BHÄV-Vorsitzenden Dr. Wolfgang Hoppenthaller nichts, der das Votum als eine „Niederlage für die hausärztliche Versorgung“ bezeichnete. Das Kassenlager scheint nun eine Doppelstrategie zu verfolgen, um ihren bisherigen unbequemen Vertragspartner weiter zu schwächen. Sie umgarnen die Hausärzte und stellen neue Verträge in Aussicht – allerdings nicht mit dem Hausärzterverband. Dieser komme als Vertragspartner nicht mehr in Frage, stellte AOK-Verwaltungsratschef Fritz Schösser klar. Entsprechend lehnte die AOK Bayern ein Gesprächsangebot des BHÄV über die weitere Umsetzung des Hausarztvertrages ab. In einem auf den 3. Januar datierten Schreiben an die CSU-Abgeordneten im Bundestag und im Landtag beklagte der BHÄV, AOK und Ersatzkassen wollten den Verband „abstrafen und den Konflikt um die Fortsetzung der Hausarztverträge auf dem Rücken der Patientinnen und Patienten in Bayern austragen“. Dem BHÄV kommt nun zugute, dass sich Bayerns Gesundheitsminister Markus Söder (CSU) in den Konflikt eingeschaltet hat. Für den 14. Januar setzte der Minister ein öffentliches „Hausarzt-Hearing“ im bayerischen Landtag an. Dort soll der Weg zu weiteren Verhandlungen frei gemacht werden. Söder, der die Rechtsaufsicht über die Kostenträger hat, wird die Kassen schon von Amtswegen daran erinnern müssen, dass sie gesetzlich nach wie vor dazu verpflichtet sind, mit dem BHÄV Hausarztverträge zu schließen. Dass könnte dem Verband Luft verschaffen. Doch dürfte auch Söder mit Blick auf die nächste Landtagswahl kaum an einem wiedererstarkten Hausärzterverband gelegen sein. Eine verlässliche Verbündete des Hausärzterverbandes ist die CSU ohnehin schon lange nicht mehr. Zur Erinnerung: Mit der Gesundheitsreform ließ Bundesgesundheitsminister Phillip Rösler (FDP) zwar die Verpflichtung der Kassen zum Abschluss von Hausarztverträgen unangetastet, gleichzeitig begrenzte er aber das Vergütungsniveau in der hausarztzentrierten Versorgung. Die CSU, die vor der letzten Landtagswahl dem „Quasi-Monopol“ für den Hausärzterverband aus Sorge vor politischen Kampfmaßnahmen des BHÄV den Weg bereitere, trug diesen Kompromiss mit. Auch bei der Kündigung der Hausarztverträge durch AOK und Ersatzkassen sprang sie dem Verband nicht bei. Warum auch? Es gehört nicht viel Fantasie dazu, sich auszumalen, dass ein starker Hausärzterverband vor Ablauf des im SGB V festgeschriebenen Bestandschutzes für seine Verträge unmittelbar vor der nächsten Landtagswahl im Freistaat Druck auf die Staatsregierung ausgeübt hätte. Dass der Verband nach seiner Niederlage in Nürnberg nun empfindlich geschwächt ist, dürfte Söder und CSU-Chef Horst Seehofer deshalb Recht sein. Hinzu kommt, dass der Konflikt für Söder die Chance eröffnet, stärker Einfluss auf die Ausgestaltung der hausärztlichen Versorgung zu nehmen. Das anberaumte Hausärzte-Hearing im Landtag ist dazu ein erster Schritt. Der Minister stellte schon vor der öffentlichen Verhandlung klar, welche Ziele mit den Hausarztverträgen erreicht werden müssten: bessere Fortbildung der Ärzte, mehr Hausbesuche und geringere Wartezeiten für die Patienten. Und er drückt aufs Tempo: „Lange Pokerpartien sind patientenfeindlich, und wer schneller einen Hausarztvertrag abschließt, der handelt patientenfreundlich.“

VERSORGUNGSGESETZ: ECKPUNKTE SOLLEN BIS OSTERN VORLIEGEN

Nach der Pflicht im vergangenen Jahr, mit Hilfe von Spargesetzen die Krankenkassenfinanzen zu konsolidieren, soll in diesem Jahr die Kür in Form eines umfassenden Versorgungsgesetzes folgen. Das bekräftigte der gesundheitspolitische Sprecher von CDU und CSU im Bundestag, Jens Spahn. Der Unionspolitiker zeigte sich optimistisch, dass bis Ostern Eckpunkte für einen Gesetzentwurf vorliegen. Ende 2011 soll die Reform die parlamentarischen Hürden genommen haben. Nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums soll zur Vorbereitung des Gesetzes im Januar eine Bund-Länder-

Kommission ihre Arbeit aufnehmen. Kern des Gesetzes wird die Neujustierung der ärztlichen Bedarfsplanung sein, mit der dem Mangel an Medizinern insbesondere in strukturschwachen Regionen begegnet werden soll. Schon jetzt zeichnet sich aber ab, dass die Reform sehr viel umfangreicher ausfallen könnte. Spahn betonte, die Versicherten müssten in verschiedenen Bereichen von dem Versorgungsgesetz profitieren. Er forderte, dass es in Krankenhäusern für gesetzlich Versicherte nur noch Zweibettzimmer geben solle. In den vergangenen zehn Jahren sei die durchschnittliche Dauer von Klinikaufenthalten deutlich gesunken, weshalb die meisten Krankenhäuser „ohne Probleme auf Zweibettzimmer umstellen“ könnten. Mit einem „Anreizsystem“ sollten sie dazu angehalten werden. Auch bei den niedergelassenen Medizinern müsse der Service deutlich besser werden, sagte der CDU-Politiker. So sollten Fachärzte Termine innerhalb von drei Wochen vergeben und diese auch einhalten. Spahn forderte zudem, Ärzte in strukturschwachen Regionen besser zu bezahlen. „Die leisten oft einen Wahnsinnsjob. Beispielsweise könnten die Regresse und Abschläge abgeschafft werden, um die ihr Honorar ab einer bestimmten Summe gemindert wird. Und in überversorgten Gebieten, könnte durch Aufkauf die Zahl der Arzt-Sitze gesenkt werden.“ Das Bundesgesundheitsministerium reagierte zurückhaltend auf Spahns Vorstoß: Inhaltliche Vorfestlegungen zur Ausgestaltung des Gesetzes gebe es nicht, hieß es aus dem Ministerium. Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) zeigt sich jedoch grundsätzlich offen für den Vorschlag zur flächendeckenden Einführung von Zwei-Bett-Zimmern in Krankenhäusern. Rückendeckung erhielt Spahn auch von der Ärzteschaft. Zweibettzimmer sollten heute eine Selbstverständlichkeit sein. Patienten im Krankenhaus seien in einer schwierigen persönlichen Lage. Darauf müssten die Krankenhäuser reagieren, betonte die Bundesärztekammer. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft wies den Vorschlag hingegen zurück: „Würden alle Vier- und Dreibettzimmer auf Zweibettzimmer durch einfaches Entfernen der Betten reduziert werden, stünden von heute auf morgen ca. 125.000 Krankenhausbetten nicht mehr zur Verfügung“, erklärte DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum. Den Krankenhäusern kurz vor Weihnachten Mittel abziehen und kurz nach Weihnachten bessere Versorgung abverlangen, sei widersprüchlich und daher nicht akzeptabel.

INTEGRATIONSVERSORGUNG: BMG SIEHT THERAPIEFREIHEIT NACH NEUREGELUNG GESICHERT

Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) ist Befürchtungen entgegengetreten, pharmazeutische Unternehmen und Medizinproduktehersteller könnten durch die mit der Gesundheitsreform vorgenommene Neuregelung der Integrierten Versorgung unzulässigen Einfluss auf die Therapiefreiheit von Ärzten nehmen. Nach dem GKV-Finanzierungsgesetz können pharmazeutische Unternehmen und Medizinproduktehersteller Vertragspartner für Verträge über Integrierte Versorgung sein. Die Ärzteschaft hatte sich besorgt gezeigt, dass die Unternehmen nun über die Versorgung mit Arzneimitteln und Medizinprodukten hinaus in die Versorgung mit medizinischen Leistungen eingreifen könnten. Zumindest was die Medizinischen Versorgungszentren angeht, gab der Minister Entwarnung: In einem Schreiben an die Bundesärztekammer betonte der Rösler, die Einbeziehung von pharmazeutischen Unternehmen und Herstellern von Medizinprodukten in die Integrierte Versorgung bedeute nicht, dass diese zur Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums nach § 95 Absatz 1 SGB V berechtigt seien. So heißt es in § 140b SGB V „Verträge zu Integrierten Versorgungsformen“: „Für pharmazeutische Unternehmer und Hersteller von Medizinprodukten nach Nummer 8 und 9 gilt § 95 Absatz 1 Satz 6 zweiter Teilsatz nicht.“ Rösler wies zudem darauf hin, dass die Arzneimittelversorgung im Rahmen der Integrierten Versorgung auch vor der gesetzlichen Neuregelung grundsätzlich auf Basis von Rabattverträgen erfolgen musste. Pharmazeutische Unternehmer sollten damit regelhaft durch Verträge beteiligt werden. Grundsätzliche Kritik an den Rabattverträgen äußerte Anfang Januar der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Wolfgang Zöllner (CSU). Die Therapiefreiheit sei durch Rabattverträge der Krankenkassen mit Arzneimittelherstellern beeinträchtigt: „Mich ärgert, dass immer mehr Kassen Verträge abschließen, die politisch so nicht gewollt waren. Inzwischen haben sehr viele Kassen Verträge über den gesamten Arzneimittelbereich abgeschlossen. Damit entscheidet letztendlich die Kasse, welches Arzneimittel der Patient bekommt.“

PATIENTENRECHTEGESETZ: ÄRZTE HALTEN ENTSCHÄDIGUNGSFONDS FÜR SCHÄDLICH

Bis Ende letzten Jahres wollte der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Wolfgang Zöllner, Eckpunkte für ein Patientenrechtegesetz vorlegen. Den Termin ließ er verstreichen. Dafür kündigte er kurz vor Jahresfrist einen sogenannten Entschädigungsfonds für mutmaßliche Opfer von Behandlungsfehlern an. „Er sichert eine schnelle Hilfe für die Betroffenen und könnte auch dazu beitragen, jahrelange Gerichtsprozesse mit unsicherem Ausgang zu vermeiden“, sagte der CSU-Politiker. Der Vizepräsident der Bundesärztekammer, Dr. Frank Ulrich Montgomery, wies den Vorschlag zurück. Die Forderung des Patientenbeauftragten sei „populistisch“. Es gebe bereits ein funktionierendes System zur Regulierung von Schäden. Die Ärztekammern hätten freiwillig Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen eingerichtet, die gut arbeiteten. Diese hätten auch kein Akzeptanzproblem, wie der Patientenbeauftragte behauptete. Gegen den weiteren Vorschlag Zöllners, dorthin Patientenvertreter zu entsenden, habe die Ärzteschaft „im Kern nichts einzuwenden“. Allerdings würden die Verfahren dadurch

„aufgebläht“, erklärte Montgomery. Zöller hatte vorgeschlagen, dass der Fonds von Ärzten, Haftpflichtversicherern und Klinikpatienten finanziert wird. Montgomery sagte, bei Entschädigungsfonds gehe es nicht „um nachgewiesene Fehler, sondern um vermutete Fehler“. Diese hätten nur den Zweck, „sich Streit vom Hals zu halten“. Die Ärzteschaft lehne es ab, ein solches System durch ihre Beiträge auch noch zu finanzieren. „Wenn es einen Fehler gegeben hat, hat ein Patient den Anspruch, dass der Fall geklärt wird und die Verantwortlichen sich nicht des Problems mit der Zahlung von ein paar Euro entledigen“, sagte Montgomery. dem Vernehmen nach sollen Eckpunkte für ein Patientenrechtegesetz noch im Januar vorliegen. Ebenfalls im Januar berät der Gesundheitsausschuss des Bundestages mit Experten einen Antrag der SPD-Fraktion für ein Patientenrechtegesetz. Wie Zöller wollen auch die Sozialdemokraten die bislang im Sozial-, im Standes-, im Zivil-, im Straf- und im Sicherheitsrecht geregelten Patientenrechte in einem Gesetz zusammenzuführen. Die SPD spricht sich zudem für eine Erweiterung der Patientenrechte aus. So schlägt die Fraktion vor, die Beweislastumkehr bei schweren Behandlungsfehlern gesetzlich zu verankern und zu erweitern. Eine vollständige Beweislastumkehr solle es aber nicht geben. Ferner will die SPD arbeitsrechtliche Sanktionen für Meldungen eigener und fremder Fehler ausschließen. Fehler müssten bekannt werden, um zu analysieren, „an welchen Stellen es Schwachpunkte gibt und welche Mechanismen greifen, um Schadensfolgen zu verhindern“, heißt es in dem Antrag.

STUDIUM: RÖSLER WILL KEINEN BACHELOR IN DER MEDIZIN

Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler gibt dem zweistufigen Bachelor-Master System in der Medizin keine Chance. „Der Bachelor soll per Definition ein erster berufsqualifizierender Abschluss sein, und das sehe ich in der Medizin in der Form nicht“, sagte er der Zeitschrift Unikum in einem Interview. Im europäischen Vergleich hätten die Medizinstudenten mit dem jetzigen Staatsexamen die beste Ausbildung und die besten Berufschancen. „Da wir als Ministerium die Ausbildung bis zum Staatsexamen in der Hand haben, wird sich daran auch nichts ändern“, betonte Rösler. In Deutschland bietet erstmals die Universität Oldenburg zum Wintersemester 2011/2012 gemeinsam mit der niederländischen Universität Groningen einen Bachelor-/ Masterstudiengang in der Medizin an. An der European Medical School Oldenburg-Groningen (EMS) können in Zukunft 40 Studierende auswählen, ob sie ihr Studium der Humanmedizin mit dem niederländischen Bachelor/Master of Science oder dem deutschen Staatsexamen abschließen wollen. Der Studiengang soll in den kommenden sieben Jahren erprobt werden. Der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Jörg Dietrich Hoppe, warnte davor, dass ein Medizin-Bachelor die Versorgungsqualität in Deutschland erheblich reduzieren könnte. „Den hohen Qualitätsstandard, den die Gesellschaft zu Recht vom Studium der Medizin erwartet, kann eine Schnellausbildung zum Bachelor-Arzt nicht erreichen“, betonte Hoppe. Auch der 113. Deutsche Ärztetag in Dresden hatte sich erneut gegen einen Bachelor in der Medizin ausgesprochen.

ÄRZTEFLUCHT: TSCHECHIENS INNERE SICHERHEIT GEFÄHRDET

Der tschechische Gesundheitsminister, Leos Heger, will den Notstand ausrufen, um die Ärzte in Tschechien zur Arbeit zu zwingen. Grund dafür ist, dass bereits ein Viertel der dortigen Klinikärzte zum Jahresende gekündigt hat. Weitere Kündigungen sollen folgen. Laut Heger habe die Ärzteflucht ein Ausmaß erreicht, das die medizinische Versorgung der Bevölkerung und damit die innere Sicherheit des Landes gefährde, heißt es in einer Agenturmeldung aus Prag. Demnach habe der tschechische Gewerkschaftsbund der Mediziner bereits seit Wochen auf die Missstände im Gesundheitswesen aufmerksam gemacht. Die Ärzte wollten es nicht länger hinnehmen, dass sie deutlich weniger als ihre Kollegen in den westlichen EU-Ländern verdienen. Das Gehalt eines tschechischen Klinikarztes liege bei 850 bis 1000 Euro monatlich, inklusive Wochenenddienste. Das sei weniger, als eine Arzthelferin in Deutschland im Anfangsgehalt bekomme. Es sei also kein Wunder, wenn tschechische Ärzte vor allem in die Nachbarländer Deutschland und Österreich abwandern würden. Besonders im Osten Deutschlands, wie beispielsweise in Sachsen, freue man sich über die Bewerbungen ausländischer Ärzte. Nach den Worten eines Sprechers der sächsischen Gesundheitsbehörde konnten dadurch Stationen in Kreiskrankenhäusern aufrecht erhalten werden, die andernfalls geschlossen worden wären. Anfang Dezember hatte der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Jan Schulze, das Vorhaben von Bundesarbeitsministerin Ursula von der Leyen begrüßt, komplizierte Vorrangprüfungen für bestimmte Mangel-Berufe auszusetzen. Ab Frühjahr 2011 werde es eine Positivliste mit entsprechenden Berufsbezeichnungen geben, für die das vereinfachte Verfahren gelten soll. Schulze wies jedoch ausdrücklich darauf hin, dass sprachliche und fachliche Qualifikationen dringend vorhanden sein müssten. In Sachsen arbeiteten derzeit etwa 1250 ausländische Ärzte aus 82 Nationen, darunter 116 aus Tschechien.

SPD: „DIE DEUTSCHEN WOLLEN KEINE DREIKLASSENMEDIZIN“

Die SPD will im Jahr 2011 mit einer Alternative zur schwarz-gelben Gesundheitsreform in die Offensive gehen. Dies kündigte der parlamentarische Geschäftsführer der SPD-Fraktion, Thomas Oppermann, in einem Interview an. Wenn die Versicherten zu Jahresbeginn höhere Beiträge zahlen müssten, wenn sie um Vorkasse gebeten würden und immer längere Wartezeiten beim Arzt erlebten, würde ihnen das

Ausmaß der Reform bewusst werden. Die schwarz-gelbe Koalition habe den Wechsel in ein entsolidarisertes System eingeleitet, das alleine den Patienten alle Kostensteigerungen aufbürde. „Die Deutschen wollen aber keine Dreiklassenmedizin“, erklärte Oppermann. Die SPD wolle deshalb im Jahr 2011 ihre Alternative zur schwarz-gelben Gesundheitsreform konkretisieren und vorstellen. Die geplante Bürgerversicherung solle neben den Krankenkassenbeiträgen von Arbeitnehmern und Arbeitgebern zusätzlich über Steuern finanziert werden. Dies würde das System gerechter machen. Die Regierungsfractionen lehnen eine Bürgerversicherung grundlegend ab. Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler sieht die Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung als gelöst an und will sich als nächstes einem Versorgungs-gesetz widmen. Er plane mittelfristig, die Wahlmöglichkeit für Patienten zu erleichtern, ihren Arzt selbst zu bezahlen und sich das Geld anschließend von der Kasse zurückzuholen. Dieses Vorhaben stößt nicht nur in der Opposition auf Widerstand. Auch Verdi-Chef Frank Bsirske bezeichnete Röslers Pläne als einen Schritt in die Richtung einer Dreiklassenmedizin. Am schnellsten würden Privatpatienten einen Arzttermin bekommen, dann die Patienten, die in Vorkasse gingen. Am Ende bliebe eine Holzklasse, die möglicherweise gesundheitliche Schäden in Kauf nehmen müsse, weil sie sich eine Vorkasse nicht leisten könne. Die gesundheitspolitischen Pläne der Regierung könnten im Jahr 2011 auf verstärkten Widerstand stoßen. In sieben Bundesländern stehen in diesem Jahr Landtagswahlen an. Da sich die Mehrheiten im Bundesrat verschieben könnten, besteht auch die Wahrscheinlichkeit, dass sich die Ergebnisse auf die Bundesgesundheitspolitik auswirken.

Übersicht über die Landtagswahlen 2011:

Hamburg	voraussichtlich 20. Februar 2011
Sachsen-Anhalt	20. März 2011
Baden-Württemberg	27. März 2011
Rheinland-Pfalz	27. März 2011
Bremen	22. Mai 2011
Berlin	18. September 2011
Mecklenburg-Vorpommern	voraussichtlich Herbst 2011

KATHOLISCHE KIRCHE: ZOLLITSCH FÜR SELBSTBETEILIGUNG BEIM ARZTBESUCH

Mit Blick auf den zum 1. Januar erhöhten GKV-Beitragssatz von 14,9 auf 15,5 Prozent hat der Vorsitzende der katholischen Deutschen Bischofskonferenz, Robert Zollitsch, eine Debatte über die Einschränkung von Gesundheitsleistungen gefordert. Angesichts der finanziellen Defizite der Krankenkassen sei dies unumgänglich, wenn die Solidargemeinschaft trotz knapper werdenden Ressourcen auch weiterhin die vom Einzelnen nicht tragbaren Leistungen garantieren soll. So könne beispielsweise die Selbstbeteiligung ein Instrument sein, die Krankenversicherung vor übermäßiger Inanspruchnahme zu schützen. „Wir brauchen eine ehrliche Auseinandersetzung mit der Frage, was ethisch verantwortungsvoll, gerecht und kostenbewusst ist“, sagte Zollitsch der Nachrichtenagentur dpa. Zudem sei Zollitsch davon überzeugt, „dass Menschen bereit sind, für ihre Gesundheit viel in Kauf zu nehmen“. Das sei jedoch kein Freifahrtschein für immer weiter steigende Beiträge. Auch strukturelle Reformen seien erforderlich. So sollten zunächst Einsparpotentiale und Wirtschaftsreserven überprüft werden, bevor mehr Geld ins System gepumpt werde, so der Erzbischof. An einer solidarischen Absicherung des Einzelnen vor großen Krankheitsrisiken sollte festgehalten werden. Gegenüber einer möglichen Zusammenführung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung zeigte er sich aufgeschlossen, da es eine „faktische Annäherung“ beider Kassenarten bereits gebe: „Beide Systeme stehen vor den Herausforderungen des demografischen Wandels und des medizinisch-technischen Fortschritts“, erklärte Zollitsch.

TARIFEINHEIT: BDA UND DGB HABEN GEMEINSAME INITIATIVE VON LANGER HAND VORBEREITET

Dass ausgerechnet Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften gemeinsame Sache machen, um ein Aufbrechen der althergebrachten Tariflandschaft zu verhindern, sorgte im vergangenen Frühsommer für Verwunderung. Nun wurde bekannt, dass die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) und der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) ihre gemeinsame Initiative zur gesetzlichen Festschreibung der Tarifeinheit von langer Hand vorbereitet haben. Dem Geschäftsbericht 2010 der Arbeitgeberverbände zufolge verständigten sich beide Seiten in einem „fast dreijährigen Erörterungsprozess“ über gemeinsame Eckpunkte für ein Gesetz zur Tarifeinheit, bevor sie ihre Forderungen im Juni 2010 der Öffentlichkeit präsentierten. Im Vorwort zu dem Bericht erneuerte BDA-Hauptgeschäftsführer Dr. Reinhard Göhner seine Warnungen vor einem Erstarben von Spartengewerkschaften. Ohne eine gesetzliche Regelung der Tarifeinheit werde es in Deutschland künftig eine Zersplitterung des Tarifvertragssystems geben. Die gemeinsamen Eckpunkte von BDA und DGB zur gesetzlichen Festschreibung der Tarifeinheit im Betrieb müssten nun „in einen Gesetzentwurf münden“. Dieser steht freilich noch aus. Zuletzt hatte Bundeskanzlerin Angela Merkel (CDU) auf dem Deutschen Arbeitbertag Ende November in Berlin angekündigt, bis Ende Januar ein Konzept zur Zukunft der Tarifeinheit in den Betrieben vorlegen zu wollen. Angestoßen wurde die Debatte durch ein Urteil des Bundesarbeitsgerichts vom Juni 2010,

wonach der bisher in der Rechtsprechung angewandte Grundsatz „Ein Betrieb, ein Tarifvertrag“ mit dem Grundrecht der Koalitionsfreiheit nicht zu vereinbaren sei. Das Gericht stellte klar, dass für unterschiedliche Arbeitsverhältnisse auch mehrere Tarifverträge im Betrieb gelten können. BDA und DGB laufen dagegen Sturm. Berufsgewerkschaften wie der Marburger Bund (MB) und die die Pilotenvereinigung Cockpit wehren sich hingegen vehement gegen die gemeinsame Initiative von Arbeitgebern und Gewerkschaftsbund. „Wer die Koalitionsfreiheit aushöhlt, legt die Axt an die Wurzel unserer Verfassung“, warnte MB-Chef Rudolf Henke. Damit werde die Abwanderung von Fachkräften geradezu forciert. Durch die Verdrängung von berufsspezifischen Tarifverträgen büßten die hier ausgebildeten Leistungsträger ihre Selbstbestimmung ein und würden aus dem Land getrieben.

STUDIE: „SERVICEMEDIZIN“ VERUNSICHERT PATIENTEN

Sogenannte individuelle Gesundheitsleistungen (iGeL) belasten das Patienten-Arzt-Verhältnis, so eine Studie des Wissenschaftlichen Instituts der AOK. Demnach würden Patienten bei iGeL ein Verkaufsinteresse des Arztes wahrnehmen. Sie würden befürchten, dass für den Arzt nicht mehr die Heilung ihrer Krankheiten, sondern vielmehr ökonomische Interessen im Vordergrund stehen. Patienten würden verunsichert, weil die Grenzen zum Leistungskatalog der Kassen verschwimmen und eine Unterversorgung gesetzlich Versicherter suggeriert würde. Laut Untersuchung bekommt jeder vierte Arztbesucher inzwischen private Zusatzleistungen angeboten. Dabei stehe nicht unbedingt im Vordergrund, wie der Gesundheitszustand des Patienten sei. Vielmehr sei es von Einkommen und Bildung abhängig, ob eine iGeL angeboten wird oder nicht. Personen, die mehr als 4000 Euro netto pro Monat verdienen, erhielten doppelt so oft ein iGeL-Angebot, wie jemand, der 1000 Euro im Monat zur Verfügung hat. Um Patienten vor unnützen oder sogar schädlichen Leistungen zu schützen, verlangte der GKV-Spitzenverband ein sogenanntes iGeL-Clearingverfahren. Zu diesem Zweck könnten die Qualitätskriterien der iGeL-Checkliste weiterentwickelt werden, die die Bundesärztekammer gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin verarbeitet hat. Der Markt für private Zusatzleistungen ist laut Untersuchung mittlerweile auf 1,5 Mrd. Euro angewachsen. www.wido.de

Impressum

Pressestelle der deutschen Ärzteschaft, Herbert-Lewin-Platz 1 (Wegelystr.), 10623 Berlin, Tel 030 400456-700, Fax 030 400456-707, eMail: presse@baek.de
V.i.S.d.P.: Alexander Dückers