

\*\*\*\*\*

Themenübersicht

\*\*\*\*\*

- > GESUNDHEITSPOLITIK: Röslers Doppelschlag
- > HAUSÄRZTE: Verband wirft Regierung Wortbruch vor
- > ÄRZTEMANGEL: Im Jahr 2020 gibt es 7.000 Hausärzte weniger
- > ARZNEIVERORDNUNGSREPORT: Ausgaben 2009 erneut gestiegen
- > KRANKENKASSEN: Überschuss deutlich gesunken
- > STUDIE: Medizinischer Fortschritt lässt Ausgaben steigen
- > AOK-STUDIE: Patienten mit ihren Ärzten zufrieden
- > TARIFRECHT: Marburger Bund kämpft weiter gegen betriebliche Tarifeinheit
- > PALLIATIVMEDIZIN: Charta zur Palliativversorgung vorgestellt
- > ORGANSPENDE: BMG stellt 400.000 Euro für Werbekampagnen bereit
- > BARMER GEK: Patienten haben gute Gründe für Arztbesuche
- > ANALYSE: Einzelpraxen bei Ärzten beliebt
- > STUDIE: Medizinstudierende erwarten Nettoeinkommen von 4.350 Euro

\*\*\*\*\*

**GESUNDHEITSPOLITIK: RÖSLERS DOPPELSCHLAG**

Gleich zwei gesundheitspolitische Großprojekte beschäftigen in den nächsten Wochen Bundestag, Bundesrat und Kabinett. Am 22. September wird das Bundeskabinett über das geplante GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) beraten, bevor der Entwurf nach erster Lesung im Bundestag Gegenstand einer öffentlichen Anhörung im Gesundheitsausschuss des Parlaments sein wird (4. Oktober). Mit den Beschlussempfehlungen des Gesundheitsausschusses des Bundesrates zum Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz, kurz AMNOG, befasst sich die Länderkammer am 24. September. Der Gesundheitsausschuss des Bundestages befragt dazu am 29. September Expertinnen und Experten im Rahmen einer öffentlichen Anhörung. Insbesondere mit dem Entwurf für ein GKV-Finanzierungsgesetz ist Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) ein politischer Coup gelungen. Nach monatelangem Streit innerhalb der Regierungskoalition über die künftige Ausgestaltung der Krankenkassenfinanzierung konnte der Liberale zumindest Teile seiner Pläne für ein Prämiensystem für die Krankenkassen retten. Damit steht das seit bismarckschen Zeiten trotz Einführung von Gesundheitsfonds und Einheitsbeitrag in seiner Grundstruktur fast unverändert gebliebene Krankenversicherungssystem vor weitreichenden Veränderungen. Nach dem Referentenentwurf für das Gesetz wird es zwar bei der Finanzierung über einen Einheitsbeitrag bleiben, doch wird die bisherige Deckelung der Zusatzbeiträge aufgehoben, was zumindest einem Einstieg in ein Prämiensystem gleichkommt. Damit niemand überfordert wird, soll es einen Sozialausgleich aus Steuermitteln geben. Gleichzeitig steigt 2011 der Beitragssatz für die GKV-Versicherten von derzeit 14,9 auf 15,5 Prozent. Der Arbeitgeberbeitrag wird mit 7,3 Prozent festgeschrieben. Die paritätische Finanzierung der Krankenkassen ist damit endgültig Geschichte. Allerdings sieht der Entwurf über die Neuordnung der Kassenfinanzierung hinaus auch Einschnitte für Ärzte und Krankenhäuser vor. So müssen die Kliniken unter anderem in den kommenden zwei Jahren auf eine Milliarden Euro verzichten. Bei den Vertragsärzten soll der Honorarzuwachs nach dem Referentenentwurf auf 0,74 Prozent begrenzt werden. Auf heftige Kritik bei den Hausärzten sind die Regierungspläne gestoßen, die ärztliche Vergütung im Rahmen von Hausarztverträgen nach § 73 b SGB V auf den durchschnittlichen Fallwert der Hausärzte in einer KV-Region zu beschränken. Der Hausärzterverband warf der Regierungskoalition Wortbruch vor (Bericht in dieser Ausgabe). Kontroverse Diskussionen löste auch der Entwurf für das AMNOG aus. Insbesondere die von der Koalition selbst eingebrachten Änderungsanträge zu dem Entwurf stießen auf zum Teil scharfe Kritik. Im Kern sieht das AMNOG eine Schnellbewertung von neuen Arzneimitteln durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) vor, bzw. einer von ihm beauftragten Institution. Diese Bewertung soll Grundlage für Preisverhandlungen zwischen Herstellern und Kassen sein. Nach einem von der Koalition eingebrachten Änderungsantrag soll das Bundesgesundheitsministerium (BMG) - anders als ursprünglich geplant - künftig stärkeren Einfluss auf die konkrete Ausgestaltung der Schnellbewertung nehmen können. Im AMNOG soll hierzu festgelegt werden, dass das BMG eine entsprechende Rechtsverordnung erlässt. Kritiker befürchten eine Aushöhlung der Kompetenzen des GBA. Ein weiterer Änderungsantrag sieht vor, dass die pharmazeutischen Unternehmen den privaten Krankenversicherungen künftig den gleichen Rabatt für neue Medikamente einzuräumen haben, wie den gesetzlichen Krankenkassen. Dies mag zwar kurzfristig für die PKV ein wirtschaftlicher Vorteil sein. Die Regelung könnte sich aber schnell in einen Pyrrhussieg für die Privaten verwandeln, da mit ihr die Angleichung von PKV und GKV weiter voranschreitet. Doch so weit die Regelungsbreite von GKV-FinG und AMNOG auch ist, wichtige im Koalitionsvertrag angekündigte Reformvorhaben fehlen. Nach wie vor steht eine Klarstellung des Gesetzgebers aus, dass Medizinische Versorgungszentren vorrangig in die Hände von Ärzten gehören. Immer noch auf der Agenda steht die

Überarbeitung des § 116b, SGB V. Nötig ist dabei unter anderem eine eindeutige Beschränkung der in den Regelungsbereich des Gesetzes fallenden Angebote der Klinikambulanzen auf hoch spezialisierte Leistungen, die Behandlung seltener Erkrankungen sowie Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen. Immerhin will die Regierung möglicherweise im kommenden Jahr die Novellierung der ärztlichen Gebührenordnung (GOÄ) angehen. Die Bundesärztekammer hat bereits einen entsprechenden Vorschlag für eine transparente, das ärztliche Leistungsspektrum umfassend abbildende und leistungsgerecht kalkulierte Gebührenordnung entwickelt. Dieser Vorschlag soll nach Aussage des Ministers die Grundlage der GOÄ-Novellierung bilden.

### **HAUSÄRZTE: VERBAND WIRFT REGIERUNG WORTBRUCH VOR**

Der Bundesvorsitzende des Deutschen Hausärzteverbandes, Ulrich Weigeldt, hat zur Eröffnung des Deutschen Hausärztetages in Berlin Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) Wortbruch vorgeworfen. Der Verband fühle sich von Rösler „verschaukelt“, da er den Hausärzten nicht ausreichend Zeit für eine Evaluation der Hausarztverträge nach § 73 b SGB V gegeben habe. Nach dem Referentenentwurf für die Gesundheitsreform soll die Vergütungen im Rahmen von Hausarztverträgen auf das im KV-System übliche Niveau begrenzt werden. Die Delegierten des 33. Deutschen Hausärztetages forderten die Politik auf, neben dem Kollektivvertrag auch besondere Versorgungsformen wie die hausarztzentrierte Versorgung „gleichberechtigt und diskriminierungsfrei“ im Gesetz zu verankern. Dazu heißt es in dem Beschluss: „Die vertragsärztliche Versorgung ist als Kollektivvertragssystem oder alternativ in den Verträgen der besonderen Versorgungsformen zu organisieren. Den Versicherten muss hier eine Wahlmöglichkeit eingeräumt werden“. Ferner forderte der Verband, den Sicherstellungsauftrag für die haus- und fachärztliche Versorgung auf die Krankenkassen zu übertragen. Auch soll es nach dem Willen des DHÄV eine eigenständige Vergütungsordnung und Abrechnungssystematik für besondere Versorgungsformen geben. Wettbewerbliche Aktivitäten der Kassenärztlichen Vereinigungen im Bereich der besonderen Versorgungsform sollen ausgeschlossen werden, „da diese nicht mit der Ordnungsfunktion der Kassenärztlichen Vereinigung vereinbar sind“. In einem einstimmig angenommenen Antrag des Landesverbandes Bayern forderte der Verband zudem KBV-Chef Dr. Andreas Köhler zum sofortigen Rücktritt auf. „Mit Übergabe von manipuliertem Datenmaterial und gleichzeitig gezielter ‚Verwechslung‘ von Umsatz und Gewinn hat Herr Dr. Köhler mit voller Absicht in der Öffentlichkeit den Eindruck erweckt, Haus- und Fachärzte würden geradezu ‚in Geld schwimmen‘ und deshalb seien Honorarverbesserungen nicht erforderlich“, heißt es in dem Beschluss. Unmittelbar vor dem Hausärztetag hat die badenwürttembergische Landesregierung zu erkennen gegeben, dass sie sich für Nachbesserungen bei der geplanten Neufassung des §73b SGB V einsetzen will. Sozialministerin Stolz hatte auf einem Aktionstag der Hausärzte in Sindelfingen betont, Rösler wolle ihr bei Hausarztverträgen entgegenkommen. In einer Pressemitteilung des Sozialministeriums wird Stolz mit den Worten zitiert: „Minister Rösler hat mir zugesichert, eine Rechtsänderung wohlwollend zu prüfen, nach der nicht nur bestehende Verträge Bestandsschutz genießen, sondern auch für neue Verträge höhere Vergütungen zulässig sind.“ Offen ließ die Ministerin den Stichtag für eine neue Bestandsschutzregelung. Dem Vernehmen nach soll sich Stolz auch dafür ausgesprochen haben, die Aufsichtsrechtliche Prüfung neuer Verträge neu zu regeln. Hier soll in Zukunft durch die zuständigen Ministerien vor Abschluss eines neuen 73 b-Vertrages untersucht werden, ob sich der Vertrag rechnet. Beide Regelungen (kämen sie tatsächlich ins Gesetz) hätten eine Aufweichung der bisherigen Pläne im Referentenentwurf für eine Neufassung des § 73b zur Folge. Auf dem Aktionstag hatten Hausärzte bundesweit gegen die Gesundheitsreformpläne der Bundesregierung protestiert. In Essen kamen etwa 1.000 Ärzte, Angestellte und Patienten zu einer Protestkundgebung zusammen. In Sindelfingen seien es rund 3.000 Teilnehmer gewesen. Auch in Hessen standen viele Patienten vor geschlossenen Praxen. Nach Angaben des dortigen Hausärzteverbandes hätten mehr als die Hälfte der rund 4.000 hessischen Allgemeinmediziner im Rahmen einer bundesweiten Aktion protestiert. Minister Rösler hatte die Praxisschließungen von Hausärzten im Vorfeld kritisiert. „Den Protest auf dem Rücken von Patienten auszutragen, halte ich einfach für unfair“, sagte er. Dies entspreche nicht „dem ärztlichen Selbstverständnis“. Weiter betonte der Minister: „Wir wollen keinem Hausarzt etwas wegnehmen. Sondern wir wollen – wie bei anderen Akteuren im Gesundheitswesen – künftige Ausgabenzuwächse zeitweilig begrenzen.“ Rösler warnte davor, dass sich Arztgruppen bei ihren Honorarforderungen gegenseitig ausspielen könnten.

### **ÄRZTEMANGEL: IM JAHR 2020 GIBT ES 7.000 HAUSÄRZTE WENIGER**

Die Lücken in der ambulanten und stationären ärztlichen Versorgung werden immer größer, obwohl es mittlerweile diverse Maßnahmen gibt, um den Ärztemangel in Deutschland zu bekämpfen. Das geht aus der neuen Arztszahlstudie von Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) hervor. Demnach müssen bis zum Jahr 2020 allein im ambulanten Bereich 51.774 Ärzte ersetzt werden, darunter 23.768 Hausärzte. Diese Prognose ergibt sich unter anderem aus dem Durchschnittsalter der Ärzte, das im Erhebungsjahr 2009 bei 51,92 Jahren lag. „Kaum jemand bestreitet noch, dass wir uns auf

dem Weg in eine Wartelistenmedizin befinden. Es gibt eine fortschreitende Ausdünnung der ambulanten Versorgung in der Fläche und wachsende Zugangsprobleme zu manchen hoch spezialisierten Versorgungsangeboten“, sagte der Vize-Präsident der BÄK, Dr. Frank Ulrich Montgomery, bei der Vorstellung der mittlerweile fünften Studie zur Altersstruktur und Arztzahlentwicklung. KBV-Chef Dr. Andreas Köhler sprach von „alarmierenden“ Ergebnissen. Lange Zeit hätten Standesvertreter vor einem drohenden Medizinerangel gewarnt und seien dafür von vielen kritisiert worden. „Heute geben auch Politiker und Krankenkassen zu, dass wir direkt in einen Ärztemangel hineinlaufen“, so Köhler. Bis zum Jahr 2020 wird es voraussichtlich 7.000 Hausärzte weniger geben als heute. Schon im Jahr 2009 fehlten beispielsweise allein in Sachsen-Anhalt 133 Hausärzte, in Niedersachsen 219. In den Krankenhäusern sei die Personalsituation ähnlich angespannt wie im niedergelassenen Bereich, sagte Montgomery. Schon jetzt seien rund 5.000 Arztstellen in Kliniken unbesetzt. In den kommenden zehn Jahren gingen etwa 20 000 Ober- und Chefärzte altersbedingt in den Ruhestand. Hauptgrund für den Ärztemangel ist nach der Studie der „doppelte demografische Wandel“. Wegen der Alterung der Gesellschaft und des medizinischen Fortschritts steige der Behandlungsbedarf kräftig an. Gleichzeitig würden auch die Ärzte immer älter. Viele Ärzte fänden keine Nachfolger. Etliche Mediziner würden zudem nach dem Studium ins Ausland abwandern. Unter den Medizinstudierenden wiederum steige die Zahl derer, die ihr Studium frühzeitig abbrechen würden. Außerdem nehme die Zahl der Frauen in Arztberufen deutlich zu. Da sie sich stärker als ihre männlichen Kollegen familiären Aufgaben widmen würden, könnten sie auch weniger Arbeit pro Zeiteinheit zur Verfügung stellen. Um künftig mehr junge Menschen für den Arztberuf begeistern zu können, müsse dieser attraktiver gemacht werden. Arbeitgeber wie Politik seien gefragt, bessere Rahmenbedingungen zu schaffen. „Ärztliche Arbeit muss sich lohnen - privat und finanziell“, sagte Montgomery. KBV-Chef Köhler sprach sich für eine Umstellung der geltenden Bedarfsplanung auf eine „kleinräumige und sektorenübergreifende Versorgungsplanung“ aus. Die heutige Bedarfsplanung sei ein Relikt aus Zeiten der sogenannten Ärzteschwemme und angesichts der drohenden Unterversorgung in vielen Regionen und Fachgebieten völlig ungeeignet.

#### **ARZNEIVERORDNUNGS-REPORT: INDUSTRIE VERLANGT ZU HOHE PREISE**

Die Arzneimittelausgaben der GKV sind im vergangenen Jahr erneut gestiegen. Nachdem Arzneiverordnungs-Report 2010 beliefen sich Ausgaben für Medikamente auf 32,4 Milliarden Euro. Das sind 4,8 Prozent mehr als im Vorjahr. Auch im ersten Halbjahr 2010 beträgt das Ausgabenplus 4,6 Prozent. Als Preistreiber machen die Autoren des Reports, der Heidelberger Pharmakologe Ulrich Schwabe und der Chef der AOK Schleswig-Holstein, Dieter Paffrath, patentgeschützte Arzneimittel aus. Dazu gehörten unter anderem Asthmamittel, Immuntherapeutika oder Tumortheraeutika, die für 80 Prozent des Kostenanstiegs bei sogenannten Fertigarzneimitteln verantwortlich seien. Ohne Qualitätseinbußen in der Therapie halten Paffrath und Schwabe Einsparungen in Höhe von 9,4 Milliarden Euro für möglich. Das sei ein Drittel des derzeitigen GKV-Umsatzes bei Arzneimitteln. Laut Paffrath könnten allein knapp 4,1 Milliarden Euro gespart werden, wenn konsequent preiswerte Generika, sogenannte Nachahmermedikamente, verordnet und auf teure patentgeschützte Analogpräparate und Arzneimittel mit umstrittener Wirksamkeit verzichtet würde. Preissubventionen von 9,4 Milliarden Euro für die Pharmaindustrie seien „weder ökonomisch noch gesundheitspolitisch vertretbar“, so Schwabe. Patentgeschützte Arzneimittel und Generika sind nach Angaben der Experten in Deutschland zudem 50 bis 100 Prozent teurer als in anderen europäischen Ländern. Vor allem bei Generika gibt es deutliche Preisunterschiede. So kostet das Omeprazolgenerikum Omep in Schweden 9,36 Euro, in Deutschland dagegen 60,46 Euro (plus 546 Prozent). Am 1. September wurde der Preis für Omeprazol hierzulande auf 43,29 Euro gesenkt. „Es sind also nicht die Ärzte, die zu teuer verordnen, und auch nicht die Apotheker, die immer nur teure Arzneimittel verkaufen. Es sind auch nicht die Patienten, die immer nur die teuersten Arzneimittel haben wollen. Es ist die Pharmaindustrie, die so hohe Preise verlangt. Damit die hohen Einsparpotenziale realisiert werden können, muss unser Sozialgesetzbuch sozialer werden. Viele althergebrachte Privilegien der Pharmaindustrie sollten abgeschafft werden“, forderte Schwabe. <http://www.springer.com>

#### **KRANKENKASSEN: ÜBERSCHUSS DEUTLICH GESUNKEN**

Die Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenkassen verläuft – wie von Experten erwartet – deutlich schlechter als im vergangenen Jahr. Nach einem Überschuss von 1,2 Milliarden Euro im ersten Halbjahr 2009 erzielten die Kassen jetzt nur noch rund 112 Millionen Euro. Das geht aus den Zahlen zur Finanzentwicklung der GKV im 1. Halbjahr 2010 hervor, die das Bundesgesundheitsministerium veröffentlicht hat. Für das Gesamtjahr 2010 erwartet das Ministerium ein Defizit von 3,1 Milliarden Euro. Im ersten Halbjahr nahmen die Krankenkassen den Angaben zufolge 87,37 Milliarden Euro ein und gaben 87,25 Milliarden Euro aus. Der Halbjahres-Anteil des zusätzlichen Bundeszuschusses von rund 3,9 Milliarden Euro ist dabei mit berücksichtigt worden. Aus Zusatzbeiträgen konnten die Kassen 272 Millionen Euro generieren. Vom Überschuss des ersten Halbjahrs könne man jedoch keine einfachen Rückschlüsse

ziehen. Die Ausgaben seien in der Regel in der zweiten Jahreshälfte deutlich höher – in den vergangenen Jahren meist um mehr als zwei Milliarden Euro, so das Ministerium. Für die ambulante ärztliche Versorgung gaben die Kassen im ersten Halbjahr 5,4 Prozent mehr je Versicherten aus. Somit dürfte sich auch die Honorarsituation der Ärzte dieses Jahr weiter verbessern, erklärte das Ministerium. Die Ausgaben für Krankenhausbehandlungen stiegen im ersten Halbjahr um 4,2 Prozent, die Arzneimittelausgaben um 4,8 Prozent. Einen zweistelligen Zuwachs um zehn Prozent gab es beim Krankengeld. Das Ministerium erklärte dies mit einer zunehmenden Zahl von Krankengeldberechtigten bei steigendem Rentenalter und dem Anstieg langwieriger psychischer Erkrankungen. Die Verwaltungskosten der Kassen wuchsen den Angaben zufolge ebenfalls deutlich, um 4,5 Prozent.

### **STUDIE: MEDIZINISCHER FORTSCHRITT LÄSST AUSGABEN STEIGEN**

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung werden von heute 160 Milliarden Euro auf 437 bis 468 Milliarden Euro im Jahr 2060 ansteigen. Das geht aus einer neuen Studie des Instituts für Gesundheits-System-Forschung Kiel (IGSF) hervor. Geht man von einer demographischen Entwicklung aus, wie sie das Statistische Bundesamt berechnet, ergebe sich bis dahin ein Beitragssatz von über 50 Prozent, erklärte Fritz Beske, Autor der Studie und Direktor des IGSF. „Das Problem ist der medizinische Fortschritt“, betonte er bei der Vorstellung der Publikationen „Ausgaben und Beitragssatzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung bis 2060“ in Berlin. Eine öffentliche Finanzierung dieser Ausgaben sei auf Dauer nicht möglich. Beske forderte eine Umstrukturierung der gesetzlichen Krankenversicherung. „In Zukunft bestimmt nicht mehr der Bedarf die Mittel, die verbraucht werden, sondern die Mittel bestimmen die Leistungen, die noch erbracht werden“, sagte Beske. Die Versorgung durch die GKV müsse sich auf den Krankheitsfall beschränken. Der Leistungskatalog nach SGB V müsse auf bestimmte Aspekte überprüft werden: Jeder müsse Zugang zu medizinischer Versorgung haben und eine Behandlung dürfe niemanden in finanzielle Not bringen. Alter dürfe kein Ausschlusskriterium für eine Therapie sein. Zudem solle medizinischer Fortschritt allen zugänglich sein.

### **AOK-STUDIE: PATIENTEN MIT IHREN ÄRZTEN ZUFRIEDEN**

Versicherte und Patienten geben ihren Ärzten gute Noten: Rund 82 Prozent der Versicherten waren bei ihrem letzten Arztbesuch mit der Behandlung zufrieden oder sehr zufrieden. Patienten, die häufiger zum Arzt gehen wie beispielsweise Chroniker, bewerten die ärztliche Behandlung noch positiver (87 Prozent). Zu diesem Ergebnis kommt das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) in einer aktuellen Umfrage. „Die konkret in der Arztpraxis erlebte Versorgung wird als sehr positiv bewertet – auch wenn sich mancher Verbesserungen wünscht, etwa bei den Wartezeiten oder bei der Einbindung in wichtige therapeutische Entscheidungen“, erklärte WIdO-Geschäftsführer Jürgen Klauber. Der künftigen Entwicklung der Gesundheitsversorgung sehen die Versicherten jedoch eher skeptisch entgegen. Rund 60 Prozent der Befragten gehen davon aus, dass das Leistungsspektrum, das von den Versicherern bezahlt wird, abnehmen wird. Vor die Wahl gestellt, eher auf Leistungen zu verzichten oder höhere Beiträge in Kauf zu nehmen, entscheiden sich die Befragten mehrheitlich (66,6 Prozent) für einen umfassenden Versicherungsschutz – auch wenn dadurch Ausgabensteigerungen unvermeidbar sind. Wichtig für die Zukunft ist vielen Menschen neben einer medizinisch hochwertigen Versorgung, dass die Gesundheitsversorgung solidarisch getragen wird. So sind rund 73 Prozent der Meinung, dass „in einem Gesundheitssystem Besserverdiener mehr bezahlen sollten, als Geringverdiener“. Ebenso begrüßt die Bevölkerung das Prinzip der Familienmitversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Insbesondere die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Jugendlichen wird von der überwiegenden Mehrheit (92 Prozent) als Selbstverständlichkeit empfunden. Die kostenlose Mitversicherung von Ehepartnern wird von zwei Drittel der Befragten positiv bewertet. Ein Gesundheitssystem, in dem Menschen, die häufiger krank sind, mehr zur Finanzierung beitragen sollen als diejenigen, die überwiegend gesund sind, stößt hingegen auf breite Ablehnung. Nur jeder Zehnte hält dies für wünschenswert. Knapp drei Viertel der Befragten sprechen sich gegen ein Prämienmodell aus, bei dem alle Versicherten einen gleich hohen pauschalen Betrag zahlen würden. <http://www.wido.de/>

### **TARIFRECHT: MARBURGER BUND KÄMPFT WEITER GEGEN BETRIEBLICHE TARIFEINHEIT**

Der Kampf der Klinikärzte gegen ein Gesetz zum Erhalt der Tarifeinheit geht weiter: Gemeinsam mit fünf anderen Fach- und Berufsgewerkschaften hat der Marburger Bund (MB) in einem Brief an Bundesarbeitsministerin Ursula von der Leyen (CDU) vor gesetzgeberischem Aktionismus im Tarifvertragsrecht und Arbeitskämpfrecht gewarnt. Bei dem vom Ministerium Anfang September veranstalteten Kolloquium „Tarifeinheit und Koalitionsfreiheit“ sei deutlich geworden, dass auch Arbeitsrechtsexperten „schwerwiegende verfassungsrechtliche Bedenken“ gegen eine gesetzlich vorgeschriebene Tarifeinheit haben. „Eine Einschränkung der kollektiven und individuellen Koalitionsfreiheit ist keinesfalls zum Schutze anderer Rechtsgüter, des sozialen Friedens oder einer funktionierenden

Tariflandschaft notwendig“, betonten der MB, die Gewerkschaft der Flugsicherung (GdF), die Gewerkschaft Deutscher Lokführer (GDL), die Unabhängige Flugbegleiter Organisation (UFO), die VAA Führungskräfte Chemie und die Vereinigung Cockpit in einem dem Brief beigefügten Positionspapier. Das Urteil des Bundesarbeitsgerichts (BAG) zur Abkehr vom Grundsatz der Tarifeinheit sei kein Freibrief für Aktionismus, sondern eine Chance, um den freiheitlichen Rechts- und Sozialstaat zu festigen, so die Berufsgewerkschaften. Das BAG hatte Anfang Juli entschieden, dass der bisherige Grundsatz „Ein Betrieb, ein Tarifvertrag“ (Tarifeinheit) mit dem Grundrecht der Koalitionsfreiheit nicht vereinbar ist. Das Gericht stellte klar, dass für unterschiedliche Arbeitsverhältnisse auch mehrere Tarifverträge im Betrieb gelten können. Daraufhin forderten Arbeitgeberverband (BDA) und Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) – in ungewohnter Einigkeit - eine gesetzliche Regelung, die die Tarifeinheit festschreibt. Diese könne folgendermaßen aussehen: In dem Fall, dass in einem Betrieb unterschiedliche Tarifverträge für dieselbe Arbeitnehmergruppe gelten, findet der Tarifvertrag Anwendung, an den die meisten Arbeitnehmer im Betrieb gebunden sind. Für die Laufzeit des nach diesem Grundsatz anzuwendenden vorrangigen Tarifvertrages würde auch für die Mitglieder der Minderheitsgewerkschaft die Friedenspflicht gelten. Während der DGB vor einer „Spaltung der Belegschaften“ und Entsolidarisierung warnt, befürchten die Arbeitgeber, dass der Wirtschaftsstandort Deutschland Schaden nehmen könnte. Analog zum Vorschlag von BDA und DGB hat die rheinland-pfälzische Landesregierung einen Entschließungsantrag zur Änderung des Tarifvertragsgesetzes in den Bundesrat eingebracht, der an die zuständigen Ausschüsse verwiesen wurde und nun dort beraten wird. „Die Arbeitnehmer in unserem Land können frei ihre Gewerkschaft wählen und frei darüber entscheiden, wer für sie Tarifverträge aushandelt. Wer dieses Recht in Frage stellt, rüttelt an den Grundfesten unserer Demokratie“, kritisierte der MB-Vorsitzende Rudolf Henke den Bundesratsantrag von Ministerpräsidenten Kurt Beck (SPD). Das Dogma der Tarifeinheit sei bereits tot. Jeder Versuch, es wiederzubeleben, müsse scheitern. „Tarifpluralität ist gelebte und bewährte Realität in den Krankenhäusern“, betonte Henke. Die ohnehin schon schwierige Personalsituation der Krankenhäuser würde sich weiter verschärfen, wenn die Ärzte sich erneut einem Einheitstarifvertrag unterordnen müssten. Der Marburger Bund erreicht in den Krankenhäusern oft einen Organisationsgrad von rund 80 Prozent. Deshalb appellierte Henke an die Politik, sehr sorgfältig die verfassungsrechtlichen Grundlagen zu prüfen, bevor über weitere Schritte nachgedacht werde. „Die Verfassung gibt uns Ärzten das Recht, eine eigene Gewerkschaft zu bilden, die unsere Interessen vertritt und für uns Tarifverträge abschließt. Wir werden alle Versuche, dieses Recht einzuschränken oder zu behindern, vehement bekämpfen“, sagte Henke. Die Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts bedürfe keiner Korrektur. Auch in den Reihen des DGB gibt es inzwischen Bedenken gegen die gemeinsame Initiative mit den Arbeitgebern. Mehrere Fachgruppen und die Bezirke Bayern und Berlin-Brandenburg von verdi haben ihren Unmut öffentlich bekundet. In einer Resolution fordert unter anderem die Fachgruppe Verlage, Druck und Papier ihre Dachorganisation – den DGB – auf, zur Verteidigung des Streikrechts und der Tarifautonomie zurückzukehren: „Wenn eine Konkurrenzorganisation einen Tarifvertrag abschließt, dann dürfen verdi-Mitglieder nicht zwangsweise durch Gesetz an diesen Tarifvertrag und dessen Friedenspflichten gebunden werden“, heißt es in dem Schreiben. Zudem sei es ein elementarer Verstoß gegen die Geschichte, Politik und Kultur der Gewerkschaftsbewegung, sich mit Arbeitgeberorganisationen darüber zu verständigen, wie das Streikrecht ausgestaltet werden könnte.

### **ORGANSPENDE: BMG STELLT 400.000 EURO FÜR WERBEKAMPAGNEN BEREIT**

Um die Bereitschaft der Menschen zur Organspende zu erhöhen, will das Bundesgesundheitsministerium im kommenden Jahr 400.000 Euro für Werbekampagnen bereitstellen. Auch wenn es sich dabei nur um einen kleinen Haushaltsposten handele, so sei dieser doch „politisch ungemein wichtig“, betonte Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler (FDP) in der Haushaltsdebatte. Es gehe aber nicht nur um die Finanzierung von Kampagnen. Vielmehr müsse die Gesundheitspolitik dafür sorgen, dass das Thema Organspende ernst genommen und ernsthaft diskutiert wird. Auch deshalb sei dem SPD-Fraktionschef Frank-Walter Steinmeier für seine „Vorbildfunktion“ zu danken. Indem dieser seiner erkrankten Frau eine Niere spendete, sei das Thema Organspende auf die Tagesordnung gesetzt worden, so Rösler. Mit seiner Lebendspende Ende August hat Steinmeier auch eine kontroverse Diskussion darüber angestoßen, ob es einer Widerspruchslösung bedarf, um die Zahl der Organspenden zu erhöhen. Bundesjustizministerin Sabine Leutheusser-Schnarrenberger sprach sich für dieses Modell aus. Ulrike Flach (FDP) kündigte eine fraktionsübergreifende Gesetzesinitiative an. Auch der 113. Deutsche Ärztetag hatte sich für die Widerspruchslösung ausgesprochen. „Die sogenannte Widerspruchslösung, nach der Hirntoten Organe entnommen werden können, sofern sie dem zu Lebzeiten nicht ausdrücklich widersprochen haben, kann dazu beitragen, mehr Menschenleben zu retten“, sagte Bundesärztekammer-Präsident Prof. Dr. Jörg Dietrich Hoppe. Wichtig sei jedoch auch, dass endlich flächendeckend Transplantationsbeauftragte in den Krankenhäusern bestellt werden.

## **BARMER GEK: PATIENTEN HABEN GUTE GRÜNDE FÜR ARZTBESUCHE**

Die Barmer GEK hat eine vertiefende Analyse des bereits im Frühjahr dieses Jahres veröffentlichten Arztreportes vorgestellt. In dem hieß es, dass die Deutschen durchschnittlich 18-mal pro Jahr zum Arzt gehen. Die näheren Untersuchungen ergaben nun, dass zehn Kontakte auf behandlungsintensive und häufig vorkommende Krankheiten und Ereignisse wie beispielsweise Pflegebedürftigkeit zurückzuführen sind. Viele Kontakte entfallen auf Patienten mit Hypertonie, Herzschwäche und Depressionen. Acht Patienten-Arzt Kontakte ergeben sich aus geringen Anlässen, so die Studie. Die Vorstandsvorsitzende der Barmer GEK, Birgit Fischer, erklärte hierzu: „Die Aufschlüsselung zeigt, dass es teilweise gute Gründe für die hohe Arztkontakte gibt. Sie beweist aber auch, dass wir in einigen ambulanten Bereichen nachsteuern müssen. Wir werden die Versorgungsforschung deshalb weiter intensivieren.“

## **ANALYSE: EINZELPRAXIS BEI ÄRZTEN BELIEBT**

Die eigene Praxis ist für Ärzte die beliebteste Form der Existenzgründung. Das geht aus der „Existenzgründungsanalyse für Ärzte 2008/2009“ der Apobank und des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI) hervor. Danach entschieden sich in den neuen Bundesländern knapp drei Viertel (74,5 Prozent) der Existenzgründer für die Selbstständigkeit in einer Einzelpraxis, in den alten Bundesländern waren es etwas mehr als die Hälfte (52,8 Prozent). Meistens übernahmen die Ärzte dabei eine schon bestehende Praxis (55,7 Prozent in den neuen und 45,4 Prozent in den alten Bundesländern). Laut Apobank-Analyse werden Kooperationen zwischen Ärzten jedoch immer beliebter. Hierzu würden neben Berufsausübungsgemeinschaften auch Praxisgemeinschaften sowie andere, neue Existenzgründungsformen gehören. In den Jahren 2008 und 2009 ging den Ergebnissen zufolge fast jeder zweite Niederlassungswillige in den alten Bundesländern eine Kooperation ein. In den neuen Bundesländern entschieden sich nur 25,5 Prozent für eine Zusammenarbeit mit Kollegen. In den alten Bundesländern mussten Hausärzte für eine Neugründung 124.000 Euro ausgeben. In den neuen Bundesländern beliefen sich die Kosten auf durchschnittlich 98.000 Euro. Hausärzte, die eine Praxis übernahmen, mussten in den alten Bundesländern 162.000 Euro ansetzen. In den neuen Bundesländern schlug eine Praxisübernahme mit 108.000 Euro zu Buche.

[http://www.apobank.de/70partner/30presse/100906\\_1/index.html](http://www.apobank.de/70partner/30presse/100906_1/index.html)

## **STUDIE: MEDIZINSTUDIERENDE ERWARTEN NETTOEINKOMMEN VON 4.350 EURO**

Ein angestellter Arzt sollte im Schnitt 4.350 Euro netto im Monat verdienen, ein niedergelassener in der Stadt 5.450 Euro und auf dem Land 5.390 Euro. Dies geht aus einer gemeinsamen Umfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), des Medizinischen Fakultätentages (MFT) und der Universität Trier hervor. An der Studie beteiligten sich über 12.000 Medizinstudenten, womit sie nach Angaben der KBV die bisher umfangreichste Befragung dieser Art ist. Die Bereitschaft, sich als Hausarzt niederzulassen, ist den Ergebnissen zufolge mit 38 Prozent gering. Beliebter sei eine Niederlassung als Facharzt, dies könnten sich 75 Prozent der Studierenden vorstellen. Etwa die Hälfte der Befragten erklärte, dass drohende Regressforderungen von Krankenkassen gegen eine Niederlassung sprechen würden. Als weitere Gründe wurden ein hohes finanzielles Risiko, zuviel Bürokratie und eine unangemessen niedrige Honorierung angegeben. Volker Hildebrandt vom MFT erklärte, dass der Nachwuchs zwar hoch motiviert von den Universitäten entlassen werde, die gewünschte Teamarbeit im niedergelassenen Bereich aber oftmals nicht möglich sei. Er betonte, wie wichtig es sei, künftig sich ändernde Arbeitsstrukturen zu berücksichtigen: „Es gilt, den besonderen Vorstellungen von Frauen zu Arbeitsstrukturen besser zu entsprechen, denn sie stellen bald zwei Drittel der Absolventen“, sagte Hildebrandt weiter. 96 Prozent der Befragten gab an, dass sie sich eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf wünschen.

<http://www.kbv.de/presse/37186.html>

Mit freundlichem Gruß

Ihre Pressestelle der deutschen Ärzteschaft

Impressum

Pressestelle der deutschen Ärzteschaft, Herbert-Lewin-Platz 1 (Wegelystr.), 10623 Berlin, Tel 030 400456-700, Fax 030 400456-707, eMail: [presse@baek.de](mailto:presse@baek.de)

V.i.S.d.P.: Alexander Dückers