
Themenübersicht

- > **VERSORGUNGSSTRUKTURGESETZ: Bahr und Schäuble einig**
- > **SPEZIALÄRZTLICHE VERSORGUNG: Kritik am neuen Sektor**
- > **BUNDESHAUSHALT: Gesundheitsministerium muss sparen**
- > **GKV-GUTACHTEN: 12.000 Ärzte überflüssig**
- > **HAUSARZTVERTRÄGE: BHÄV startet PR-Kampagne**
- > **GEBÜHRENORDNUNG: Mehrheit der Ärzte für GOÄ-Reform**
- > **TARIFVERTRAG: MB und TdL unterbrechen Tarifverhandlungen**
- > **BARMER REPORT: Immer mehr Menschen mit psychischen Störungen zur Behandlung im Krankenhaus**
- > **ÄRZTENETZE: Neuer Interessenverband gegründet**
- > **ABRECHNUNG: PVS holding mit neuer Organisationsstruktur**
- > **BADEN-WÜRTTEMBERG: Universitätsmedizingesetz wird aufgehoben**
- > **PID: Ärzte fordern Begrenzung auf wenige PID-Zentren**
- > **ORGANSPENDE: Mehrheit für Entscheidungslösung**

VERSORGUNGSSTRUKTURGESETZ: BAHR UND SCHÄUBLE EINIG

Feuertaufe für Daniel Bahr. Ausgerechnet das jüngste Regierungsmitglied bekam es bei seiner ersten Reform an der Spitze des Bundesgesundheitsministeriums mit dem Kabinettsältesten, Bundesfinanzminister Wolfgang Schäuble (68), zu tun. In einem 17-Seiten Vermerk verrissen Schäubles Beamte den Referentenentwurf des 34-jährigen FDP-Politikers für das Versorgungsstrukturgesetz. Zu teuer und deshalb unverantwortlich befanden die Ministerialen. Auch einen nachgebesserten Entwurf lehnte Schäuble ab und drohte mit einem Veto bei der Kabinettsabstimmung am 3. August. Nun haben sich beide Minister auf einen Kompromiss verständigt, der jedoch für künftige Reformen nicht gutes erahnen lässt. So musste sich Bahr die Zustimmung von Schäuble zu dem Gesetz teuer erkaufen. Der Finanzminister befürchtet zusätzliche Ausgaben für den Bundeshaushalt, wenn die Reform zu steigenden Kosten für die Gesundheitsversorgung führt. Der Grund ist einfach: Mit der letzten großen Gesundheitsreform müssen nun alle Kosten der Krankenkassen, die nicht über den Einheitsbeitrag, also über den Gesundheitsfonds gedeckt werden, über Zusatzbeiträge finanziert werden. Bei Geringverdienern greift dabei ein Sozialausgleich, der aus Steuermitteln finanziert wird. Steigen die Kosten für Gesundheit, steigen unter Umständen die Zusatzbeiträge und mithin auch die Ausgaben des Bundes für den Sozialausgleich. Schäuble hat deshalb durchgesetzt, dass die Bundesregierung die mit den Anreizen für Landärzte sowie die mit der Neujustierung der vertragszahnärztlichen Honorare verbundenen Auswirkungen auf die Versorgung - einschließlich der finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen - bis zum 30. April 2014 evaluieren muss. Zudem soll das Ergebnis der Evaluierung bei der Feststellung der Höhe der Zahlungen des Bundes für den Sozialausgleich ab dem Jahr 2015 mindernd berücksichtigt werden, soweit sich aus diesem Ergebnis Mehrausgaben des Bundes für den Sozialausgleich ergeben. Im Klartext heißt das: Zusatzkosten des Bundes durch die Reform müssen an anderer Stelle im Gesundheitsfonds eingespart werden. Weil Gesundheitspolitik wegen der Finanzspritzen des Bundes für den Sozialausgleich nun Teil der Haushaltsplanung ist, wird das Finanzministerium auch bei künftigen gesundheitspolitischen Reformen mitsprechen. Immerhin konnte Bahr die eigentlichen Reforminhalte verteidigen. Keine der in der Ursprungsfassung vorgesehenen zentralen Neuregelungen wurde gestrichen. So bleibt es unter anderem dabei, dass mit dem Gesetz Landärzte durch bessere Abrechnungsmöglichkeiten und mit Hilfe eines Strukturfonds besonders gefördert werden sollen. Damit will Bahr dem Ärztemangel in strukturschwachen Regionen entgegenreten. Auch sein Konzept von einem neuen ambulanten spezialärztlichen Versorgungsbereich findet sich unverändert in der Kabinettsvorlage wieder. Diese und weitere Punkte hatte das Finanzministerium aus Kostengründen zur Disposition gestellt. Für Kabinettsneuling Bahr ein Erfolg, bedenkt man, dass er es mit einem politischen Urgestein zu tun hatte, der zu einer Zeit seine Unterschrift unter den deutsch-deutschen Einigungsvertrag gesetzt hatte, als Bahr seinen Namen noch in die Schulbank ritzte. Weiteres Störfeuer aus dem Finanzministerium ist nach der Kabinettsbefassung denn auch nicht mehr zu erwarten, wohl aber von den Ländern. Die Ressortchefs hatten auf der 84. Gesundheitsministerkonferenz am 30. Juni in Frankfurt die jetzige Regelung zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung abgelehnt. Sie fürchten ausufernde Kosten weil der Entwurf keine Mengensteuerung vorsieht. Wohl auch deshalb erwägt das Bundesgesundheitsministerium, das eigentlich im Bundesrat zustimmungspflichtige Gesetz zu splitten. So könnte die Länderkammer durch eine Auslagerung von Regelungen zur Aus- und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten in eine separate Verordnung umgangen werden. Das Gesetz soll im Wesentlichen zum 1. Januar 2012 in Kraft treten.

SPEZIALÄRZTLICHE VERSORGUNG: KRITIK AM NEUEN SEKTOR

Die Vorstände von 16 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) haben ein gemeinsames Positionspapier gegen die Einführung einer spezialärztlichen Versorgungsebene formuliert, wie sie im Entwurf für das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VSG) vorgesehen ist. In dem Papier betonen die KVen (ohne Berlin), dass sie die geplanten Regelungen in ihrer bestehenden Form ablehnen und fordern eine Reihe von Korrekturen. „Ohne diese Korrekturen könnte sich die Intention des Gesetzgebers nach einer Überwindung der Sektoren in ihr Gegenteil verkehren“, heißt es in dem Positionspapier, das die KV-Vorstände auch an Gesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) sowie an die Mitglieder des Gesundheitsausschusses im Bundestag versendet haben. Nach dem aktuellen Entwurf des GKV-VSG manifestiere sich die ambulante spezialärztliche Versorgung als zusätzliches ambulantes Versorgungssegment neben den „klassischen“ Sektoren. Das ziehe neue Schnittstellen- und Übergangsprobleme, Parallelstandards in der Qualitätssicherung sowie Doppelstrukturen bei der Abrechnung nach sich, argumentieren die KVen. Insbesondere das Prinzip des unregelmäßigen Zugangs zur neuen Versorgungsebene („jeder darf, der kann“) widerspreche dem Reformansatz einer am regionalen Versorgungsbedarf orientierten Zulassungssteuerung. Die KVen fordern unter anderem einen Überweisungsvorbehalt durch Vertragsärzte, Qualitätssicherung durch die KV gemäß GKV-Standard, Abrechnung über die KV sowie die Eingrenzung auf seltene Erkrankungen (fünf Erkrankungen pro eine Million Einwohner) und nachgewiesene Versorgungsdefizite. Die dem Gemeinsamen Bundesausschuss zugeordneten Regelungsvorgaben sollen durch dreiseitige Verträge zwischen den an der spezialärztlichen Versorgung Beteiligten (KBV, DKG, GKV-SV) ersetzt werden. Kritik an der Ausgestaltung der ambulanten spezialärztlichen Versorgung äußerte auch der Vorstandsvorsitzende der KBV, Dr. Andreas Köhler. Der jetzige Gesetzentwurf ist nach Köhlers Meinung weit davon entfernt, mit der ambulanten spezialärztlichen Versorgung einen modernen, bürokratiearmen und transparenten Versorgungsbereich mit einer den Versorgungsbedarf abdeckenden Einzelleistungsvergütung zu schaffen. Die spezialärztliche Versorgung werde neue Bürokratie und ungleiche Bedingungen zwischen Arzt und Krankenhaus schaffen. Deshalb sollte der Gesetzgeber dringend nachbessern, „um seine eigene - gute! - Idee zu retten“. Unklar sei, welche Leistungen überhaupt diesem Versorgungsbereich außerhalb des Kollektivvertrags zuzurechnen sind. Überweisungsvorbehalte und Kooperationsvereinbarungen seien mit einer Ausnahme ebenfalls nicht geregelt. Die KBV wird laut Köhler ihre Zustimmung zu dem neuen Versorgungsbereich nur dann aufrechterhalten, wenn einige wichtige Bedingungen erfüllt sind: Abrechnung als Einzelleistungen ohne Mengensteuerung, keine Bereinigung der ambulanten Vergütung, eine präzise Definition der Zusammenarbeit sowie die verbindliche Übernahme der im ambulanten Bereich geltenden Qualifikationsanforderungen für den stationären Bereich. Um das wichtige Ziel des Bürokratieabbaus nicht aus den Augen zu verlieren, sollen die vorhandenen Strukturen der Kassenärztlichen Vereinigungen genutzt werden. Unterdessen hat der gesundheitspolitische Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Jens Spahn, Änderungen bei den neuen gesetzlichen Regelungen zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung angekündigt. Demnach soll die Aufgabe der Ausgestaltung des neuen Versorgungsbereichs nicht beim GBA sondern – wie von KBV und KVen gefordert – in dreiseitigen Verträgen zwischen Kassen, niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern festgelegt werden, sagte Spahn. Die Partner des Bundesmantelvertrags und die DKG könnten schneller zu Ergebnissen kommen als der GBA, hieß es zur Begründung.

BUNDESHAUSHALT: GESUNDHEITSMINISTERIUM MUSS SPAREN

Das Bundesgesundheitsministerium muss im kommenden Jahr mit deutlich weniger Geld auskommen. Im Gesundheitsetat für 2012 sind für das BMG insgesamt 14,48 Milliarden Euro vorgesehen. Das sind 8,2 Prozent weniger als im laufenden Jahr (2011: 15,77 Milliarden). Dies geht aus dem Haushaltsentwurf von Finanzminister Wolfgang Schäuble (CDU) hervor, dem das Bundeskabinett am 6. Juli 2011 zugestimmt hat. Insgesamt sind für 2012 Ausgaben in Höhe von 306 Milliarden Euro eingeplant. Größter Posten des Haushaltentwurfs ist der Etat des Arbeits- und Sozialministeriums. Mit insgesamt 126,59 Milliarden Euro werden jedoch auch dem Ressort von Ursula von der Leyen (CDU) 3,6 Prozent weniger zur Verfügung stehen als 2011. Zusammen mit dem Haushaltsentwurf für das kommende Jahr hat das Bundeskabinett auch den Finanzplan bis 2015 abgesegnet. Hierin noch nicht berücksichtigt sind allerdings die von Union und FDP für 2013 geplante Senkung von Steuern und Sozialabgaben. Details und Umfang sollen erst im Herbst feststehen. Der Bundestag wird über die Haushaltspläne Ende November endgültig abstimmen.

GKV-GUTACHTEN: 12.000 ÄRZTE ÜBERFLÜSSIG

12.000 Ärzte könnten, so ein Gutachten des Wirtschaftsforschungsunternehmens Prognos, künftig aus der vertragsärztlichen Versorgung ausscheiden, ohne dass es zu Versorgungsengpässen in Deutschland kommen würde. Der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassenversicherungen (GKV) hatte das Gutachten in Auftrag gegeben. Diesem zufolge würde das für entsprechende Praxisaufkäufe erforderliche Investitionsvolumen die Kassenärztlichen Vereinigungen mit maximal 1,5 Mrd. Euro belasten. Auf die nächsten fünf Jahre

verteilt, entspreche dies einem Anteil von unter einem Prozent des jährlichen Honorarvolumens in der ambulanten Versorgung. Nach dem Gutachten sollen Vertragsarztpraxen in den überversorgten Gebieten aufgekauft und nicht wieder neu besetzt werden. Gleichzeitig sollen Ärzte durch Anreize motiviert werden, sich in unterversorgten Regionen niederzulassen. „Das Gutachten war ein einseitiges Auftragsgutachten für die gesetzliche Krankenversicherung, das auf Uraltzahlen beruht“, sagte Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), der Badischen Zeitung. Es gebe ein generelles Mangelproblem der ärztlichen Versorgung auf dem flachen Land. In den Ballungsgebieten hingegen gebe es zwar eine gute Versorgung, doch das Problem werde nicht dadurch gelöst, dass dort 12.000 Ärzte für überflüssig erklärt werden. Denn auch in den Städten gäbe es erhebliche Wartezeiten für Arzttermine. „Den Mangel auf dem flachen Land können wir nur beheben, wenn wir neue Ärzte dazu gewinnen“, betonte Montgomery. Die Arbeit auf dem Land müsse wieder attraktiv werden. Auch Dr. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), kritisierte das Prognos-Gutachten. Die Forderung des GKV-Spitzenverbandes, 12.000 Arztsitze zu streichen, gehe völlig an der Realität vorbei und berücksichtige nicht die Interessen der Patienten. Immer weniger Ärzte müssten den steigenden Versorgungsbedarf einer zunehmend älter werdenden Bevölkerung abdecken. Schon heute würden gelegentlich zu lange Wartezeiten auf einen Arzttermin beklagt. „Wenn jetzt 12.000 frei werdende Arztsitze ohne Prüfung des Bedarfs einfach vom Markt genommen werden sollen, wird sich dieses Problem weiter verschärfen“, gab Köhler zu bedenken. Hinzu komme, dass die von den Krankenkassen kritisierte mutmaßliche Überversorgung häufig nicht den tatsächlichen Bedarf abbilde. In Großstädten versorgten niedergelassene Mediziner immer öfter auch Patienten aus angrenzenden Gebieten mit. „Bevor eine Praxis aufgekauft wird, muss deshalb genau geprüft werden, ob es eine ‚echte‘ oder nur eine rechnerische Überversorgung gibt. Alles andere geht zu Lasten der Patientenversorgung“, so Köhler.

HAUSARZTVERTRÄGE: BHÄV STARTET PR-KAMPAGNE

In der Auseinandersetzung um einen Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) setzt der Bayerische Hausärzteverband (BHÄV) auf eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit. Das Motto der PR-Kampagne lautet „Aus für den Hausarzt!? - Dem Praxissterben in Bayern ein Gesicht geben“. Zu den Maßnahmen gehört eine Plakataktion mit Portraits von bayerischen Hausärzten, die ihre Praxis aufgeben wollen. Das Plakatmotiv ist angelehnt an das Stern-Titelbild vom 6. Juni 1971. „Wir haben abgetrieben!“ erklärten damals 374 prominente und nicht prominente Frauen. 28 von ihnen waren auf dem Titelbild des Magazins mit Einzel-Portraits zu sehen. Die Aktion erregte großes Aufsehen in Deutschland und förderte erheblich die Diskussion um den Paragraphen 218 Strafgesetzbuch zum Schwangerschaftsabbruch. Auf ein ähnliches Motiv setzen nun die bayerischen Hausärzte. Auf dem Plakat mit der Schlagzeile „Wir hören auf!“ sind die Fotos und Namen von Ärzten abgebildet. Darunter heißt es: „Alle drei Tage schließt in Bayern eine Hausarztpraxis. Für immer! Hausarztverträge können diesen Trend stoppen.“ Das Plakat soll regelmäßig um neue Portraits erweitert werden. „Damit signalisieren wir, dass das Problem an Dramatik zunimmt“, erklärte Dr. Petra Reis-Berkowicz, im BHÄV-Vorstand für Öffentlichkeitsarbeit zuständig. Alle Teilnehmer der Aktion werden darüber hinaus für eine Text-Reportage interviewt und für einen Video-Podcast gefilmt. Die Reportage soll inklusive Foto den vor Ort ansässigen Printmedien kostenfrei zur Verfügung gestellt werden. Auf der Internetseite „Kämpfe_für_deinen_Hausarzt.de“ sollen alle Dokumente der PR-Aktion gesammelt werden. Die Webseite wird mit Facebook, Twitter und Youtube verknüpft. Eine besondere Maßnahme verspricht das sogenannte „Guerilla-Marketing“. Dabei sollen auf den Facebook-Seiten der „hausarztvertragsfeindlichen Krankenkassen und anderer Parteien und Organisationen“ sogenannte Einzelereignisse gepostet werden. Hausärzte und Arzthelferinnen sind aufgerufen, diese Aktionen zu unterstützen und weiterzuverbreiten. Sie werden, wie bereits teilweise geschehen, im Umgang mit dem Thema Social Media geschult, kündigte Reis-Berkowicz an. Wie es geht, zeigt der Pressesprecher des BHÄV, Torsten Fricke. Auf der Facebook-Seite der AOK Bayern postete Fricke Zeitungsartikel über einen drohenden Hausärztemangel, persönliche Kommentare über das Hinauszögern eines Hausarztvertrages durch die AOK Bayern und einen Link zu einem Werbefilm des BHÄV. Unterdessen sind die Verhandlungen zwischen der AOK und dem Bayerischen Hausärzteverband über einen neuen Hausarztvertrag endgültig gescheitert. Der Verband habe das Vertragsangebot der AOK endgültig abgelehnt, teilte die Krankenkasse in München mit. „Die AOK bedauert, dass damit dem Bemühen um eine einvernehmliche vertragliche Lösung kein Erfolg beschieden war.“ Der BHÄV will nun ein Schiedsverfahren einleiten, um so den gesetzlich vorgeschriebenen Hausarztvertrag doch noch durchzusetzen. Entgegen früheren Zusagen habe die AOK auch in der letzten Verhandlungsrunde erneut einen Add-on-Vertrag vorgelegt, „der für die Hausärzte von Grund auf inakzeptabel ist“, teilte der BHÄV-Vorsitzende Dr. Dieter Geis mit. Einen vom BHÄV vorgelegten modifizierten Vertragsvorschlag auf der Grundlage des kürzlich mit der Techniker Krankenkasse vereinbarten Hausarztvertrages habe die AOK nicht angenommen.

GEBÜHRENORDNUNG: MEHRHEIT DER ÄRZTE FÜR GOÄ-REFORM

Die Mehrheit der niedergelassenen Ärzte in Deutschland hält eine Reform der Gebührenordnung (GOÄ) für besonders dringend. Das ist nach Medienberichten das Ergebnis einer unveröffentlichten Befragung des Allensbach-Instituts im Auftrag der Privaten Krankenversicherung (PKV). Demnach hat sich mehr als jeder zweite Arzt (55 Prozent) für eine dringende GOÄ-Novellierung ausgesprochen. Wie der Ärztenachrichtendienst (ÄND) auf seiner Internetseite berichtet, sind 56 Prozent der Befürworter einer schnellen GOÄ-Reform Fachärzte, 53 Prozent sind Hausärzte. Eine große Mehrheit der Ärzte meint außerdem, dass die geltende Gebührenordnung dem aktuellen Stand der Medizin nicht gerecht werde. 76 Prozent der Befragten sind der Auffassung, dass die derzeitige GOÄ neuere Entwicklungen nur unzureichend abdeckt. Lediglich 15 Prozent finden, dass sie den aktuellen Stand widerspiegelt. Eine neue Gebührenordnung soll nach dem Willen der Ärzte vor allem transparenter und betriebswirtschaftlich nachvollziehbarer aufgebaut sein. Diese Anforderung halten mehr als die Hälfte der Befragten für sehr wichtig. Ebenfalls sehr wichtig finden die Ärzte, dass medizinische Innovationen schneller berücksichtigt werden (42 Prozent) und dass die neue GOÄ klarer strukturiert ist, um dem Arzt die Abrechnung zu erleichtern beziehungsweise dem Patienten die Rechnungsprüfung. Für die repräsentative Studie befragte das Allensbach-Institut nach eigenen Angaben 514 niedergelassene Ärzte (248 Hausärzte, 266 Fachärzte). Befragungszeitraum war 14. April bis 13. Mai 2011.

TARIFVERTRAG: MB UND TDL UNTERBECHEN TARIFVERHANDLUNGEN

Der Marburger Bund (MB) und die Tarifgemeinschaft deutscher Länder (TdL) haben am 27. Juli ihre seit Mitte Juli laufenden Tarifverhandlungen unterbrochen. „Die Tarifverhandlungen sind in einer ausgesprochen schwierigen Phase. Der Marburger Bund wartet immer noch auf ein konkretes Angebot. Wir haben der Arbeitgeberseite Lösungswege aufgezeigt, aber auch klargestellt, dass die Universitätsärzte nach einer zweieinhalbjährigen Durststrecke einen deutlichen Lohnzuwachs erwarten“, sagte MB-Verhandlungsführer Lutz Hammerschlag. Es sei für den MB einfach nicht zu akzeptieren, dass die Spitzenmediziner an den Unikliniken am schlechtesten bezahlt werden, so der MB-Verhandlungsführer. „Die Arbeitgeber müssen sich hier endlich bewegen“, forderte Hammerschlag. In der gegenwärtigen Tarifrunde für die Ärzte an den Universitätskliniken fordert der MB eine spürbare Anhebung des Tarifniveaus und eine Modernisierung der Entgelttabelle. Die Gehälter der rund 20.000 Ärzte an Universitätskliniken des TdL-Tarifverbundes sollen ab 1. Juli 2011 linear um fünf Prozent steigen.

BARMER GEK: IMMER MEHR MENSCHEN MIT PSYCHISCHEN STÖRUNGEN ZUR BEHANDLUNG IM KRANKENHAUS

Immer mehr Menschen kommen wegen psychischer Störungen ins Krankenhaus. Laut dem aktuellen Barmer GEK Krankenhausreport, hat die Zahl derer, die aufgrund psychischer Störungen ins Krankenhaus eingewiesen wurden, in den letzten zwanzig Jahren um 129 Prozent zugenommen. Während im Jahre 1990 von tausend Versicherten durchschnittlich 3,7 eingeliefert wurden, hat sich die Zahl bis 2010 - mit 8,5 von tausend Versicherten - mehr als verdoppelt. Noch schneller stieg die Zahl der Patienten, die speziell wegen Depressionen und anderer affektiver Störungen im Krankenhaus behandelt wurden. Hier beträgt das Plus seit dem Jahr 2000 rund 117 Prozent. Gleichzeitig wurde die stationäre Verweildauer pro Fall von 45 auf 31 Tage reduziert. Dem Report zufolge ist die Gesamtbehandlungszeit im Krankenhaus um 27 Prozent gesunken, während die Fallzahlen um 17 Prozent gestiegen sind. Vor allem der Rückgang der Behandlungszeiten von Krankheiten des Kreislaufsystems um 43 Prozent sei für diese Reduzierung verantwortlich. Im Bereich der psychischen Störungen habe sich die Behandlungszeit um 57 Prozent verlängert. Damit würde für psychische Störungen - mit 17 Prozent aller Behandlungstage - die längste Behandlungszeit anfallen. Um die Zahl der Krankenhaufälle zu senken, müsse die wohnortnahe Versorgung im ambulanten oder teilstationären Bereich gestärkt werden, forderte Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der Barmer GEK, bei der Vorstellung des Reports Ende Juli in Berlin. Nirgendwo sonst seien individuelle Behandlungskonzepte und sektorenübergreifende Ansätze dringlicher als im Bereich der psychischen Erkrankungen. Für ein besseres Schnittstellenmanagement spreche auch ein anderes Ergebnis: Für Patienten mit psychischen Störungen sei die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Krankenhausaufenthaltes relativ hoch. So seien innerhalb der ersten zwei Jahre nach der Entlassung 30 Prozent der Patienten unter derselben psychischen Diagnose wieder eingewiesen worden. Bei weiteren 39 Prozent sei eine andere psychische Erkrankung diagnostiziert worden, die zu einer Wiedereinweisung in die stationäre Behandlung geführt habe. Dabei werde ein Drittel dieser Patienten bereits in den ersten 30 Tagen wieder aufgenommen, knapp die Hälfte in den ersten drei Monaten. Das liege nach Ansicht der Barmer GEK jedoch nicht an den verkürzten Verweilzeiten, sondern müsse „als Versagen der ambulanten Versorgung“ interpretiert werden, erklärte Prof. Dr. med. Eva Maria Bitzer, vom Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG), die an der Studie mitgearbeitet hat. Die Nachversorgung der aus der stationären psychiatrischen Versorgung entlassenen Patienten sei „durchwachsen“. Nach ihrem subjektiven Gesundheitszustand etwa ein Jahr nach ihrer Entlassung

befragt, hätten zwar 69 Prozent der Patienten angegeben, dass es ihnen mittlerweile besser gehe, doch zeigten sich bei 59 Prozent nach wie vor Anzeichen mittlerer bis schwerer Depressionen.

ÄRZTENETZE: NEUER INTERESSENVERBAND GEGRÜNDET

Den Verein „Agentur deutscher Ärztenetze“ haben 14 große Ärztenetze und Gesundheitsverbände gegründet. Als politischer Interessenvertreter für die rund 400 Ärztenetze in Deutschland will der Verband seine Mitglieder bei der Professionalisierung unterstützen und Dienstleister bei Vertrags- und Versorgungskonzepten sein, teilte der NAV-Virchow-Bund mit. Erstes politisches Ziel sei es, dass Ärztenetze im geplanten Versorgungsstrukturgesetz einen regionalen Versorgungsauftrag über die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen bekommen. Dies trage zur Stärkung, insbesondere auch einer besseren regionalisierten Versorgung bei, heißt es. Darüber hinaus sollen Ärztenetze und Gesundheitsverbände den Status von Leistungserbringern erhalten, insbesondere im Hinblick auf den Abschluss von Strukturverträgen oder die Gründung ärztlich geleiteter Medizinischer Versorgungszentren. Zum Vorsitzenden wählte die Mitgliederversammlung der neuen Ärzte-Netzagentur Dr. Veit Wambach, Vorsitzender des Praxisnetzes Qualität & Effizienz Nürnberg Nord. Zu seinem Stellvertreter wurde Dr. Carsten Jäger ernannt, Vize-Chef des südbrandenburgischen Ärztenetzes ANSB Consult GmbH.

ABRECHNUNG: PVS HOLDING MIT NEUER ORGANISATIONSSTRUKTUR

Die PVS holding GmbH hat ihre Organisationsstruktur verändert. Produktive und organisatorisch-strategische Aufgaben werden zukünftig klar getrennt und zum Teil neu zu gründenden Gesellschaften zugeordnet. Das teilte die Unternehmensgruppe mit. In der Dachgesellschaft sind die Zentralbereiche angesiedelt. Dazu zählen die strategische Planung, die Ressourcenvergabe und die Vermögenswerte. Die operativen Tätigkeiten sind den jeweiligen Töchtern mit ihren Spezialausprägungen vorbehalten. Durch die Trennung von operativem Geschäft für die Kunden einerseits und Management und Verwaltung der Firmengruppe andererseits werden nach Einschätzung der PVS holding die Abläufe für die Kunden weiter optimiert. Die operativen Dienstleistungstöchter könnten sich voll auf die konsequente Forderungsdurchsetzung und Honorarvorauszahlung bis 100 Prozent konzentrieren. Die PVS holding betreut nach eigenen Angaben 7.187 Kunden und bearbeitet 5,3 Millionen Rechnungen mit einem Honorarvolumen von 926 Millionen Euro bei einer Realisierungsquote von 98 Prozent.

BADEN-WÜRTTEMBERG: UNIVERSITÄTSMEDIZINGESETZ WIRD AUFGEHOBEN

Die Universitätskliniken in Baden-Württemberg sollen ihre bisherigen Handlungsspielräume behalten. Die Landesregierung hat am 19. Juli 2011 einen Gesetzentwurf verabschiedet, der das Universitätsmedizingesetz der Vorgängerregierung in seinen wesentlichen Teilen wieder aufhebt. „Der Zwangsverbund von Universitätsklinikum und medizinischer Fakultät unter dem Dach der Universität ist ein Irrweg, den wir nicht gehen wollen“, sagte Ministerpräsident Winfried Kretschmann (Bündnis 90/Die Grünen). Dies hätte zu einem Verlust an Transparenz und Handlungsfähigkeit für die Universitätskliniken geführt. Auch auf die neu vorgesehene Gewährträgersammlung, ein Organ zur landesweiten Kontrolle der Universitätskliniken, soll verzichtet werden. „Mit diesem Gremium wäre eine Verwischung der Aufgabenverteilung zwischen Regierung und Parlament vorprogrammiert. Das ist in keiner Weise sachgerecht“, so Kretschmann mit Blick auf die ursprünglich geplante Besetzung dieses Organs mit Regierungs- und Landtagsvertretern. Der Entwurf des Gesetzes zur Rückabwicklung des Universitätsmedizingesetzes geht jetzt in die Anhörung an Universitätskliniken, Universitäten und Verbände. Mögliche neue Strukturen sollen mit allen Beteiligten erörtert werden. Die Einbringung des Gesetzentwurfs in den Landtag ist nach der Sommerpause vorgesehen, die Verabschiedung im Spätherbst dieses Jahres. Die Deutsche Hochschulmedizin begrüßt die von der Landesregierung angekündigte Rücknahme des Universitätsmedizingesetzes in Baden-Württemberg. „Durch eine enorme Bürokratisierung und die kurze Anbindung an Universitäten und Politik wäre den Unikliniken in Baden-Württemberg enormer Schaden entstanden“, unterstrich Rüdiger Strehl, Generalsekretär des Verbands der Universitätskliniken Deutschlands (VUD). „Wir bauen darauf, dass die neue Landesregierung in Stuttgart die Leistungsfähigkeit ihrer Hochschulmedizin erkannt hat und gemeinsam mit ihr tragfähige Konzepte für die Zukunft erarbeiten wird“, betonte Prof. Dieter Bitter-Suermann, Präsident des Medizinischen Fakultätentags (MFT). Das Universitätsmedizingesetz der schwarz-gelben Vorgängerregierung war trotz massiver Proteste noch kurz vor Ende der Wahlperiode im Landtag verabschiedet worden. Gegen das Gesetz hatten die betroffenen Unikliniken Freiburg, Heidelberg, Tübingen und Ulm mit einer bundesweiten Kampagne Front gemacht. Sie wandten sich dabei vor allem gegen eine verstärkte politische Kontrolle und die Einschränkung ihrer Selbstständigkeit.

PID: ÄRZTE FORDERN BEGRENZUNG AUF WENIGE PID-ZENTREN

Nachdem der Bundestag einer begrenzten Zulassung der Präimplantationsdiagnostik (PID) zugestimmt hat, wird nun darüber diskutiert, wie das Verfahren in der Praxis umgesetzt

werden soll. Das Parlament hatte am 7. Juli den von Gesundheitsstaatssekretärin Ulrike Flach (FDP) und Peter Hintze (CDU) initiierten Gesetzentwurf beschlossen. Demnach soll die PID nach dem positiven Votum einer Ethikkommission an zugelassenen Zentren nur solchen Paaren ermöglicht werden, die die Veranlagung für eine schwerwiegende Erbkrankheit in sich tragen oder bei denen mit einer Tot- oder Fehlgeburt zu rechnen ist. Die Bundesregierung soll zudem „durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates“ Anzahl und Zulassungsvoraussetzungen der PID-Zentren regeln. Inhaltlich gibt es allerdings noch keine Vorgaben. So ist der Ablauf der Beratung noch vollkommen unklar. Auch die Zahl der Zentren steht nicht fest, ebenso wenig wie die Zusammensetzung der Ethikkommission. Die Bundesregierung setzt auf die rasche Einrichtung von Ethikkommissionen und Beratungsstellen für die PID. Zur Umsetzung der neuen Regelung sagte Ulrike Flach: „Für uns ist wichtig, dass es schnell geht.“ Laut Flach soll das Gesetz im September durch den Bundesrat. „Dann regeln wir die Umsetzung in einer Rechtsverordnung, die ebenfalls den Bundesrat passieren muss.“ Flach betonte, nicht im Sinne des Gesetzgebers sei es, die PID nur in einem einzigen Zentrum in Deutschland zuzulassen. „Im Gesetz haben wir einzelne Zentren als dezentrale Lösungen angelegt, weil wir eine individuelle Beratung möchten.“ Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), forderte eine Begrenzung auf rund drei Zentren wie in Frankreich. „Der Gesetzgeber geht von wenigen hundert Paaren aus, bei denen eine PID in Frage kommt. Dafür muss es nach meiner Auffassung nicht in jedem Bundesland ein eigenes PID-Zentrum geben. Wir sollten uns an Frankreich orientieren, wo es drei zugelassene PID-Zentren gibt. Dann bräuchte man auch nur drei PID-Kommissionen, die über jeden Einzelfall entscheiden“, sagte Montgomery. In den PID-Kommissionen sollten Kinderärzte, aber auch Ethiker und Theologen vertreten sein. „Uns ist wichtig, dass die verschiedenen Fachrichtungen vertreten sind“, sagte Montgomery. Er forderte eine objektive, unabhängige und sehr intensive Beratung der Frauen, auch und gerade über das mühevoll und schwierige Procedere einer In-Vitro-Fertilisation. Bei der Beratung müssten die Frauen „genau erfahren, was sie erwartet“. Bezogen auf die implantierten Embryonen liege die Erfolgsquote selbst in den besten Zentren bei nur 25 Prozent. „Das muss man den Paaren klarmachen“, betonte Montgomery. Der Vorsitzende der Deutschen Bischofskonferenz, Robert Zollitsch, kündigte an, wachsam zu sein, „ob es sich schon von der Zahl der Stellen her ausweitet“. Er fürchte einen Mentalitätswandel hin zur Aufweichung der Kriterien. „Wir werden dafür kämpfen, dass es sich nicht ausweitet.“ Zollitsch lehnt die Methode auch für die im Gesetzentwurf genannten Fälle ab. Katholische Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen würden nun entsprechend beraten. „Wir laden die Betroffenen ein, vor einem solchen Schritt für eine Beratung fürs Leben zu uns zu kommen.“

ORGANSPENDE: MEHRHEIT FÜR ENTSCHEIDUNGSLÖSUNG

In Deutschland gibt es zu wenig Organspender. Die Politik will das ändern und sucht daher nach Wegen, die Spendenbereitschaft zu erhöhen. Auf dem Weg zu einem neuen Transplantationsgesetz zeichnet sich eine Mehrheit für die sogenannte Entscheidungslösung ab. Dabei wird jeder Bürger mindestens einmal in seinem Leben gefragt, ob er nach seinem Tod Organe spenden möchte. Die Fraktionsvorsitzenden von Union und SPD, Volker Kauder (CDU) und Frank-Walter Steinmeier (SPD), haben einen fraktionsübergreifenden Gesetzentwurf angekündigt. „Wir sind der Auffassung, dass der Staat fragen darf, ob jemand sich bereit findet, nach seinem Tod Organe zu spenden“, erklärte Steinmeier. Von dem gemeinsamen Vorschlag, der als am meisten mehrheitsfähig gilt, soll Signalwirkung ausgehen. „Die Chancen sind sehr gut. Bis Ende des Jahres, so meine Prognose, wird der Bundestag das Transplantationsgesetz neu gefasst haben“, sagte Kauder.

Pressestelle der deutschen Ärzteschaft
Herbert-Lewin-Platz 1 (Wegelystr.), 10623 Berlin, Tel.: 030 400456-700,
Fax: (030) 4004 56-707, E-Mail: presse@baek.de
Alexander Dückers