

19 – 10

Inhaltsverzeichnis

13. Mai 2010

Gesetzliche Krankenversicherung:

Mitgliederentwicklung: Der Stichtag 1. April 2010 wirft ein schiefes Bild

Seite 2

Innungskrankenkassen:

Vereinigte IKK: Von der Elbe bis an den Rhein

Seite 3

Ärzte:

Asymmetrische Honorarentwicklung soll Risse im Körperschaftsgebäude kitten

Seite 4

Krankenhäuser:

DKG versucht verlorenes Terrain zurück zu gewinnen

Seite 7

dfg IT – Special: Kurz vor Redaktionsschluß:

Vergabekammerverfahren scheitert an AOK-Systemen

Seite 8

Personalialia / Berliner Szene:

Seite 9

Verlagsmitteilung:

Begleitprogramm für den dfg Award 2010: Training für ein perfektes Make Up

Seite 10

dfg - Dienst für Gesellschaftspolitik · gegründet 1962 von Albert Schiefer (+) · ISSN 1615-4436 · A 53191 · Chefredakteur: Wolfgang G. Lange
Anschrift von Verlag und Redaktion: MC.B Verlag GmbH · Niebuhrstraße 63 · 10629 Berlin-Charlottenburg
Vertrieb: Telefon 0 30/275 965 90 · Telefax 0 30/275 965 92 · E-mail: vertrieb@mcb-verlag.de
Redaktion: Telefon 0 30/275 965 91 · Mobil: 01 72/25 00 324 · E-mail: Lange@mcb-verlag.de · www.dfg-online.de

Bankverbindung: Deutsche Apotheker- und Ärztebank (BLZ 300 606 01) Konto-Nr. 000 344 56 58

Der „dfg“ ist nur im Jahresabonnement (p.a. € 390,00; jeweils inkl. Versand, zzgl. MwSt.) erhältlich. Im Laufe des Jahres eingegangene Abonnements werden pro rata temporis abgerechnet.
Der „dfg“ ist urheberrechtlich geschützt, jede Art des Kopierens, des Ab- und Nachdruckes, der Vervielfältigung, Speicherung auf elektronischem oder anderem Wege bzw. Weiterverbreitung bedarf der schriftlichen Genehmigung durch den Verlag. Es gelten die AGB-Bestimmungen des Verlages in der jeweils gültigen Fassung.

Gesetzliche Krankenversicherung:

Mitgliederentwicklung: Der Stichtag 1. April 2010 wirft ein schiefes Bild

(dfg 19 - 10) Die Zahl der Mitgliederverhältnisse innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nahm in den ersten drei Monaten des Jahres 2010 leicht ab. Mit über 51,2 Mill. zum Stichtag 1. April 2010 blieb man aber nur knapp unter dem GKV-Höchststand seit 1995. Das geht aus den neuesten so genannten KM 1-Zahlen der Kassenarten hervor, die jetzt vorliegen.

GKV - Mitgliederentwicklung seit 1995

	01.01.1995	01.01.1996	01.01.1997	01.01.1998	01.01.1999
AOK	22.357.405	22.148.545	21.270.341	20.772.569	20.372.928
BKK	5.220.558	5.218.475	5.372.826	5.707.602	6.224.310
BKn	1.219.424	1.196.457	1.171.197	1.152.480	1.127.091
EK-An	17.349.898	17.641.756	18.437.845	18.270.677	18.061.717
EK-Ar	890.792	803.677	889.110	964.043	1.035.029
IKK	2.851.849	3.000.151	3.100.361	3.184.826	3.270.427
LKK	673.834	641.519	658.914	653.163	646.692
See	50.906	49.271	48.830	49.007	49.304
GKV	50.614.666	50.699.850	50.949.424	50.754.367	50.787.498

	01.01.2000	01.01.2001	01.01.2002	01.01.2003	01.01.2004
AOK	20.080.808	19.533.860	19.182.242	18.907.692	18.604.126
BKK	7.197.269	8.428.621	8.917.281	9.706.828	10.376.366
BKn	1.103.800	1.108.091	1.090.658	1.099.180	1.116.428
EK-An	17.740.710	17.070.133	16.988.590	16.472.538	15.772.915
EK-Ar	1.009.600	964.928	965.425	953.993	979.669
IKK	3.282.388	3.208.464	3.139.261	3.105.631	3.085.370
LKK	639.459	633.985	628.688	618.901	613.316
See	46.438	47.244	51.232	53.266	54.317
GKV	51.100.472	50.995.326	50.963.377	50.918.029	50.602.507

© dfg – Dienst für Gesellschaftspolitik 2010 * Quellen: eigene Recherchen, Mitteilungen der Kassen und Verbände, BMG

	01.01.2005	01.01.2006	01.01.2007	01.01.2008	01.01.2009	01.01.2010	01.04.2010
AOK	18.478.334	18.227.619	18.039.268	17.630.029	17.458.704	17.508.541	17.662.700
BKK	10.255.202	10.028.615	9.892.691	9.814.820	9.682.317	9.448.301	9.450.046
BKn	1.145.294	1.153.355	1.149.549	1.291.440	1.357.137	1.356.847	1.357.580
EK-An	15.698.470	15.741.906	15.892.329	16.101.399	18.035.582	18.385.644	18.409.078
EK-Ar	1.036.282	1.116.429	1.186.510	1.156.566	Fusion	-	-
IKK	3.208.193	3.386.898	3.705.775	4.260.603	3.962.427	3.966.352	3.778.146
LKK	610.376	607.344	601.753	593.812	587.850	575.629	573.070
See	54.032	56.181	57.764	Fusion	-	-	-
GKV	50.486.183	50.318.347	50.525.639	50.848.669	51.084.017	51.241.314	51.230.620

Auch spiegeln die Zahlen noch nicht die heftigen, aktuellen Wanderbewegungen zwischen den Krankenkassen aufgrund der beschlossenen Zusatzbeiträge wider. Bekanntlich kann man wegen der langen Kündigungsfristen erst im Juni 2010 ein erstes, getreues und öffentliches Bild zeichnen, was die Zusatzbeiträge bei den betroffenen Kassen angerichtet haben. Stimmen die Gerüchte und vereinzelt eingestandenen Zahlen, dann müssen per 1. Juni oder 1. Juli 2010 diese Körperschaften von Verlusten zwischen 8, 10 oder sogar 30 Prozent berichten. Gerade letzterer Prozentsatz müßte bei der betroffenen Kasse eine Exodus-Wirkung ausgelöst haben, der einem verheerenden Tsunami gleichkommt.

Wie groß der Jubel in den Vertriebsabteilungen der Ortskrankenkassen in den ersten drei Monaten des Jahres 2010 war, lassen die Zahlen nur vermuten. Auch dank der finanziellen Förderung durch den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich buchte das AOK-Lager einen Netto-Gewinn. Die 15 AOK-Schwestern verfügten am 1. April 2010 in etwa wieder über so viele Mitglieder wie am 1. Januar 2008 – der Trend nach unten scheint gebrochen. Man wundert sich angesichts vieler Meldungen über die Entwicklung im BKK-Lager. Stagnatives Wachstum ist für die Kassenart ja schon ein Erfolg.

Innungskrankenkassen:

Vereinigte IKK: Von der Elbe bis an den Rhein

(dfg 19 – 10) Niemand kann oder will bestätigen, daß „die da in Berlin“ wieder einmal ihre leitenden Hände im Fusions-Spiel hatten. Gemeint ist der ZDH, der Zentralverband des Deutschen Handwerks. Wie dem auch sei, in der IKK-Familie bewegt sich etwas auf der Fusionsautobahn. Zum 1. Juli 2010 werden sich die IKK Nordrhein und die SIGNAL IDUNA IKK zur „neuen“ Vereinigten IKK zusammenschließen. Laut der dfg-Redaktion vorliegenden internen Mitteilungen stimmte der Verwaltungsrat der IKK Nordrhein am 11. Mai 2010 dem Vorhaben schon zu, am 28. Mai 2010 soll der Beschluß der Selbstverwaltung der SIGNAL IDUNA IKK folgen. Sollte die Fusion klappen und von den beiden zuständigen Behörden abgesegnet werden, würde der Mitgliederbestand des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-SV) zum Stichtag auf 164 schrumpfen.

Bestätigen will man von Seiten der Kassen nichts. Dabei zirkulierten das Gerücht und die Fusions-Details schon mehr als einmal durch die Branche. Sicher war bis kurz vor Redaktionsschluß dieser dfg-Ausgabe, daß nichts sicher war. Allerdings war für den 11. Mai 2010 eine Sitzung des 30köpfigen Verwaltungsrates der IKK Nordrhein anberaumt. Erst kurz vor Redaktionsschluß landete deren kasseninterne Fusions-Bestätigung dann auf dem Tisch. Die nächste Zusammenkunft der Selbstverwaltung der IKK SIGNAL IDUNA wird am 28. Mai 2010 stattfinden. Insider rechnen ebenfalls mit einem zustimmenden Votum. Doch über alle weiteren, aus IKK- wie Branchenkreisen kolportierten Einzelheiten will man sich nicht äußern. Auch nicht zum Branchengerücht, daß die beiden Vorstandsvorsitzenden der Kassen seit der ersten Maiwoche 2010 „nicht mehr in Amt und Würden“ sind. Eine gewisse Bestätigung erfahren diese Wispereien jedoch durch die Tatsache, daß die kasseninternen Fusionsmeldungen jeweils von den Stellvertretern der Betroffenen gezeichnet wurden.

Jeder Zusammenschluß hat eben so seinen Preis. Auch diese Maßnahme und wäre es nur der Preis, daß neu eingeführte Kassennamen wie auch traditionsreiche Sitze aufgegeben werden müßten. Wenn es stimmt, dann werden die beiden, aktuell amtierenden Vorstandsvorsitzenden der Fusionskassen, Dr. rer. soc. Brigitte Wutschel-Monka (Nordrhein) und Dr. med. Torsten Leonhard (IKK SIGNAL IDUNA), dem Vorstandsterzett der neuen Körperschaft nicht mehr angehören. Dem Mediziner Leonhard sei eine wichtige Position im früher namensgebenden Träger-Konzern seiner Kasse angeboten worden. Die seit 2001 an der Spitze der IKK Nordrhein stehende Sozialwissenschaftlerin Wutschel-Monka würde an anderer Stelle „versorgt“. Allerdings würden ihr bestimmte Kreise der Selbstverwaltung immer noch ankreiden, daß sie mit einer kassenartengreifenden Nordrhein-Fusion geliebäugelt habe anstatt auf einen Zusammenschluß in der eigenen Familie zu setzen. Die bisher unbestätigten Branchengerüchte gehen davon aus, daß die hauptamtliche Führung der „neuen“ Vereinigten IKK demnächst aus den beiden bisherigen Vize-Chefs bestehen soll, Werner Terlohr (IKK SIGNAL IDUNA) und Dr. rer. pol. Christian Kobanka (IKK Nordrhein).

Die Details hätten es aber auch in sich. Zum einen: Die Fusion macht aus Marktsicht Sinn. Die beiden großen NRW-IKKen würden sich frühzeitig zusammentun, auch um sich erfolgreich als Gegengewicht zur fusionierten Landes-AOK in NRW zu positionieren. Neben Bayern könnte sie ihre Stärken von der Elbe bis an die Ruhr und den Rhein ausspielen. Dazu würde auch der vorerst ins Visier genommene Sitz der neuen Kasse, nämlich die Landeshauptstadt Düsseldorf, gut passen. Ein Landessozialminister, der so gestrickt wäre wie der gerade abgewählte Herz-Jesu-Sozialist Karl-Josef Laumann MdL (52), könnte ob dieser Art politischer Weitsichtigkeit nur heftigst applaudieren. Mit zusammen rund 1,2 Mill. Mitgliedern stieße die namentlich wieder erweckte „Vereinigte IKK“ unter die TOP 15 innerhalb der GKV vor. Die so genannte kritische Größe von rund 1 Mill. Mitgliedern wäre handstreichartig genommen, die Rolle als zweitgrößte IKK erst einmal zementiert. Und das Mitgliederreservoir der nordrheinischen IKK den gierigen Blicken der AOK Nordrhein entzogen. Bekanntlich hatten die Vorstände der beiden nordrheinischen Körperschaften vor Jahresfrist heftig miteinander in Sachen Fusion geflirtet. Aus dem Merger wurde aus Sicht der IKK-Apologeten nichts.

Ärzte:

Asymmetrische Honorarentwicklung soll Risse im Körperschaftsgebäude kitten

(dfg 19 – 10) Nein, es war keine geheime Sitzung. Alle Welt hatte von ihrer Einberufung Kenntnis genommen – nur davon wußten offiziell die Geladenen nichts. Nein, es gab auch keine schriftlichen Ergebnisse dieser Sitzung. Nur kurz nach ihrem offiziellen Ende sofort Statements, semi-öffentliche Bekundungen und im nach hinein sorgsam verbrämte Pressemitteilungen. Das Haus-, Hof- und Eigenblatt der KBV „Deutsches Ärzteblatt“ (DÄBl.) gab sich in seiner Online-Ausgabe vom 10. Mai 2010 so unbedarf- uninformativ wie immer und stotterte von „später bekannt gewordenen Beschlüssen“. Die Rede ist von der „Sonder“-Sitzung der Vertreterversammlung (VV) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) am 9. Mai 2010 in Dresden (vgl. dfg 18 – 10, S. 2f.). Nur dank dem Einschreiten einiger friedensstiftender Geister im Vorfeld des Sonder-Things konnte das

vertragsärztliche Lager weitere innere Brüche vermeiden und am Folgetag in der sächsischen Hauptstadt die gewohnte Einigkeit demonstrieren.

Wenn zwei feindliche Züge aus unterschiedlichen Orten aufbrechen, um auf einer eingleisigen Strecke irgendwann einmal aufeinander zu prallen, dann kann man nur auf ein Wunder hoffen, daß die Bremsen funktionieren oder aber einer halbwegs „überlebt“. Angefeuert durch das unselige Wirken ihres damaligen CDU-Landesgesundheits- und sozialministers Karl-Josef Laumann MdL (52) hatten die beiden NRW-KVen aus Düsseldorf und Dortmund seit gut einem Jahr in den internen honorarpolitischen Zirkeln Fundamentalopposition geprobt – und waren göttlich gescheitert. Ein gemeinsam mit anderen KVen gestellter Honorar-Antrag hatte sogar von der VV die größte Strafe erhalten, die man parlamentarisch einstreichen kann. „Nichtbefassung“ hatte die damals wie heute herrschende Mehrheit befunden. Wäre man in Dresden wieder so grandios gegen die Wand gerannt, hätten beide Körperschaften wohl alle Widerstandsregister gezogen, derer sie habhaft hätten werden können. Diese kommen wohl nun nicht zum Einsatz. In der schwülen Hitze des niedrigen wie häßlichen Sitzungssaales im Dresdner Hilton-Hotel gaben sich am Abend des 9. Mai 2010 alle Kombattanten zwar irgendwie unzufrieden. Aber zufrieden waren sie ob des gefundenen Kompromisses, der mit kolportierten acht Gegenstimmen (Bayern und Hausärztevertreter aus Baden-Württemberg) die 60-köpfige VV passiert hatte.

Wer den KBV-Vorstandsvorsitzenden Dr. med. Andreas Köhler (49) bisher als rhetorisch begabten Rambo-Redner erlebt hatte, traute an diesem Nachmittag seinen Augen und Ohren nicht. Aus dem Ex-Bundeswehrarzt war ein Prediger geworden, der versuchte, mit sanften Worten seine Widersacher auf seine Seite zu ziehen. Das verbale Auskeilen und Angreifen überließ die VV-Regie anderen KV-Fürsten wie dem Niedersachsen Eberhard Gramsch. Er lieferte sich coram publico in Dresden eine heiße Redeschlacht mit dem westfälisch-lippischen KV-Chef Dr. med. Ulrich Thamer (65). Zuvor jedoch, bei einem kleinen, geheimen Treffen in trauter 10er-Runde in Berlin hatten schon mehrere Friedensstifter versucht, die unterschiedlichen Ziele und Standpunkte der Widerstreitenden anzugleichen. Wer bei diesem Thing außer den NRW-Repräsentanten die Streifhahnen wehen ließ, darüber schweigen die Kombattanten wie auch die selbst ernannten Schlichter. Klar ist: Heraus kam ein dicht beschriebenes, knapp vierseitiges Beschluß-Papier, das in Dresden einem weiteren stundenlangen, aber konsensualen Weichspülgang unterzogen wurde.

Was beschloß man denn im Schatten der Dresdener Frauenkirche zur „Zukunft der vertragsärztlichen Vergütung“ unter dem TOP „Weiterentwicklung des versichertenbezogenen Behandlungsbedarfs im Rahmen einer weiteren Stufe der Honorarreform“? Offiziell: „Mögliche Honorarzuwächse im Jahr 2011 für die niedergelassenen Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten sollen vor allem dazu dienen, die Einkommen in den Regionen zu erhöhen, die bei der jüngsten Honorarreform schlechter abgeschnitten haben als andere. Eine lineare Erhöhung soll es nicht geben.“ Dieser Art Offiziöses stand es zumindest tags darauf im DÄBl. Im Kern werde in dem Antrag gefordert, so das Hofblatt weiter, bei der Honorierung in Zukunft auf einen bundesweit einheitlichen Behandlungsbedarf abzustellen. Um in diesem Bereich und damit insgesamt beim Honorar in Zukunft mehr Gerechtigkeit herzustellen, habe die Vertreterversammlung die KBV beauftragt, im Rahmen einer fünfjährigen Konvergenzphase die Voraussetzungen für ein sogenanntes Aufteilungsmodell zu schaffen. Es soll einen bundesweiten, kassenübergreifenden einheitlichen Behand-

lungsbedarf je Versicherten in einer definierten Krankheitsgruppe garantieren. Verwerfungen sollen dabei vermieden werden.

In dem, der dfg-Redaktion vorliegenden Text des Dresdner Beschlusses lesen sich die Details ganz anders. Der Haus- und Hofblick des KBV-Blattes verdeckt z.B. die Tatsache, daß die KBV und ihre Truppen langfristig von der „Kostenerstattung“ als langfristig bestmöglicher Form ärztlicher Vergütung incl. Abkehr vom Sachleistungssystem träumen wie auch von einem Orientierungswert von 5,11 Eurocent. Ob es innerhalb der nächsten fünf Jahre – Konvergenzregeln sind aktuell ja ungemein modern – der KBV-Führung gelingt, das umzusetzen, mag man bezweifeln. Am Nachmittag des 9. Mai 2010 durfte man im fernen Dresden ja noch vom honorarpolitischen Manna träumen. Wenige Stunden später waren diese bekanntlich schon wie Seifenblasen zerplatzt.

Bleiben die harten Fakten der kurzfristigen Ziele. Laut Text soll der „Behandlungsbedarf in Punkten je Versicherten, je KV und je Krankenkasse 2009 als Grundlage des Veränderungsmodells“ definiert werden. Und der sich dann aus den Verlagerungseffekten und der morbiditätsspezifischen Veränderung der Morbiditätsstruktur für 2011 ergebende Zuwachs soll „asymmetrisch“ verteilt werden. Sprich: die jetzt Benachteiligten kriegen mehr als die, die bei der aktuellen Reform gut weg gekommenen KVen. Ob das ausreicht, um den sozialisierenden Traum nicht nur der Ärztezeitung, sondern auch der Texter von Dresden nach dem „gleichen Honorar für alle“ zu erfüllen, muß man abwarten. Den Einheitsarzt gibt es schließlich genauso wenig wie das Einheitshonorar.

Bleibt die „Asymmetrie“. Sie zumindest zieht sich durch alle weiteren, von den Dresdner Konsensgebern vorgegebenen Maßnahmen. Im der dfg-Redaktion vorliegenden Beschluß-Text stellte man sich die „Asymmetrische Zuwachsverteilung für 2011“ ungefähr wie folgt vor:

- „Abstand der durchschnittlichen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Versicherten je KV 2008 von der bundesdurchschnittlichen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Versicherten 2008.
- Abstand der durchschnittlichen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Versicherten je KV 2008 von der nach Kreistypen und/oder anderen geeigneten Einflußgrößen des regionalspezifischen Behandlungsbedarfs gewichteten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Versicherten, je KV 2008.
- Abstand der durchschnittlich morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Versicherten je KV 2008 von der nach Alter und Geschlecht und nach Diagnosen gewichteten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Versicherten, je KV 2008. Dabei soll geprüft werden, inwieweit RSA-Kriterien bei der Aufteilung des Zuwachses sinnvoll berücksichtigt werden können.
- Der Umfang der krankenhausersetzenden Versorgung je KV ist bei der Zuwachsverteilung für Verlagerungseffekte der entsprechenden KVen zu berücksichtigen. Maßgebliche Verlagerungseffekte, welche in Verbindung mit der Einführung der DRG's in der Krankenhaus-

finanzierung festgestellt werden, ohne daß eine Gegenkompensation stattgefunden hat, sind bei der Zuwachsverteilung für Verlagerungseffekte sockelrelevant zu berücksichtigen.

- Darüber hinaus sollen nachteilige Auswirkungen der gesetzlichen Voraussetzungen der Vergütungsreform in den Jahren 2009 und 2010 berücksichtigt werden (z.B. Beitrag der KVen zur Stabilisierung des Orientierungswertes im Verhältnis zur Höhe des regionalspezifischen Behandlungsbedarfs, regionale HVV-Quote im Verhältnis zur bundesweiten HVV-Quote).“

Puuh, was für ein honorarpolitisches Kauderwelsch, den ein/e einsame/r Mediziner/in am Schreibtisch in der Praxis oder gar zu Hause auch nach dreimaligen Nachlesen kaum interpretieren kann. Er oder sie wird noch verstehen, daß der KBV-Vorstand von seiner VV in Dresden beauftragt wurde, die KVen zu identifizieren, die „am asymmetrischen Zuwachs“ beteiligt werden und danach den Zuwachs zu verteilen. Sprich: es gibt in einzelnen KV-Bereichen mehr Geld. Für den ad hoc – Seelenfrieden an der Basis mag das reichen. Ob auch für die die Friedenserhaltung in den vertragsärztlichen Woiwodenkreisen ...? Kurzfristig ja! Aber das Hauen und Stechen wird bald weiter gehen. Schließlich befindet man sich landauf, landab im Wahlkampf um die Futter-Sitze in den KVen für Jahre 2011 bis 2016. Eine erste Kostprobe lieferte knapp 24 Stunden nach dem Thing von Dresden schon die KV Mecklenburg-Vorpommern. Per Presseaussendung widersprach man allen Versuchen, die Honorar-Uhr wieder zurückdrehen zu wollen und wolle sich der Hilfe der regionalen Sozialministerin versichern. Nur, die heißt zufällig Manuela Schwesig (36) und ist stellvertretende Bundesvorsitzende der Sozialdemokraten. Vermutlich soll die blonde Vertreterin ihrer Zunft zu einer Art weiblichem SPD-Laumann aufgebaut werden. Nur, greinen, brüllen, mosern und in bester Maurermanier mit der Faust auf den Tisch hauen, das paßt zu diesem zarten wie stillem Persönchen gar nicht.

Krankenhäuser:

DKG versucht verlorenes Terrain zurück zu gewinnen

(dfg 19 – 10) Es ehrt den Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhaus Gesellschaft (DKG), Georg Baum (55) ungemein, daß er in der Lage ist, zuzugeben, daß seine Organisation von einem gegnerischen Schachzug vollkommen überrascht wurde. Obwohl die DKG im Berliner Bezirk Charlottenburg Glas-Tür an Glas-Tür mit Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und Bundesärztekammer (BÄK) residiert, hatte der Spitzenverband der Krankenhäuser „keinen Wind“ davon bekommen, daß die beiden ärztlichen Nachbarn eine heftige politische Doppel-Initiative gegen die Kliniken betrieben und Gesetzesänderungen für die §§ 95 und 116b SGB V im Bund und in den Ländern deponiert hatten (vgl. dfg 17 – 10, S. 2ff.). In einem Interview in der aktuellen Ausgabe des Hintergrunddienstes „A + S aktuell – Ambulant und Stationär aktuell“ nahm Baum nun den KBV/ BÄK-Vorstoß genüßlich auseinander.

Baum kritisierte, daß die Ärztespitzen mit ihrem Vorschlag, daß die Macht bei MVZ's künftig allein den Medizineren vorbehalten werden sollte, „völlig auf institutionelle Fragen der Trägerschaft“

abfahren würden. Beide Organisationen würden jetzt erleben, daß „die Politik schon erheblich weiter ist und nicht mit Schlagworten, sondern mit differenzierten Modellen behutsam agieren will“. Die DKG hätte nichts dagegen, daß im SGB V festgezurrert werde, „daß alle ärztlich kurativ Tätigen ein MVZ betreiben“ könnten. Das wären für die DKG Ärzte und Krankenhäuser, aber nicht Apotheker und keine Kassenärztlichen Vereinigungen. Schon gar nicht das KBV-Konstrukt namens „Äskulap-Stiftung“. Und wenn man gegen die „externen Kapitalgeber“ wettete, dann würde die KBV wohl auf einem anderen Stern leben. Bei jeder Praxiseröffnung – vor allem im Facharztbereich – träten Externe als Geldgeber auf. Auch die Landesbank der Heilberufe, die Dt. Apotheker- und Ärztebank (apobank). Baum erklärte, die DKG sei nicht MVZ-fixiert. Dem Dachverband der über 2.000 Kliniken in Deutschland sei „die Form des Konnexes zwischen ambulant und stationär an sich völlig egal“. Wir wollen nur, daß es eine übergreifende optimale Patientenversorgung im Bereich der GKV gibt.“ Über das „Wie“ könne man von Fall zu Fall reden.

Am 12. Mai 2010 las sich der Originalton Baum in einer Presseaussendung etwas anders. Der Ex-BMG-Unterabteilungsleiter ließ sich von seiner Pressestelle folgende Sätze in den Mund legen oder zeichnete sie ab: „Die Sicherstellung der ambulanten Versorgung über die Kassenärztlichen Vereinigungen ist nicht mehr gewährleistet. Die Krankenhäuser müssen ihre Kapazitäten stärker in die ambulante Versorgung einbringen dürfen. Eine Reform darf aber nicht zu einer Ausweitung der gescheiterten ärztlichen Bedarfsplanung auf die Krankenhäuser führen. Kliniken müssen künftig zu gleichen Konditionen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen dürfen. Die bisher von den Kassenärztlichen Vereinigungen erteilten Ermächtigungen zur ambulanten Versorgungsteilnahme der Krankenhäuser sind in regelhafte Zulassungen umzuwandeln. Unterstützend ist es richtig, die doppelte Facharztschiene zurückzufahren.“ Scheinbar ist er doch ausgebrochen, der Verteilungskrieg zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich. Wie er ausgeht, vielleicht fragen die Beteiligten einmal beim indischen oder auch beim pakistanischen Botschafter nach – Grenzkriege sind meist verlustreich und bringen letztendlich wenig Terraingewinn. Wenn nicht eine der beiden Seiten zu übermächtig wird.

dfg IT – Special: Kurz vor Redaktionsschluß:

Vergabekammerverfahren scheitert an AOK-Systemen

(dfg 19 – 10) Der so sicher geglaubte Einstieg bei der „dritten Bank“ der GKV schien für die Bonner AOK Systems GmbH in greifbarer Nähe gewesen zu sein. Am 25. März 2010 meldete man mit Fanfarenstößen, man habe mit der BKK Mobil Oil die zweite Kasse aus der Phalanx gebrochen und als Neu-Kunden gewonnen (vgl. dfg IT-Special 2 – 10, S. 4). Als erster Kunde aus diesem Bereich hatte bekanntlich die Bundesknappschaft bei oscar® angedockt. Als dritte Kasse aus fremden Gefilden scheint man die Hanseatische Krankenkasse (HEK) erfolgreich an Land gezogen zu haben. Das Vergabeverfahren der Hamburger Ersatzkasse muß zudem überaus rechtlich „sauber“ verlaufen sein – es regte sich bei keinem der Beteiligten Widerspruch. Alle akzeptierten das Ergebnis und den Ein- und Umstieg der Hanseaten.

Beim BKK Mobil Oil-Verfahren scheint nicht alles ohne Probleme abgelaufen zu sein. Wie die Branchengerüchte seit Wochen wispern, zog die unterlegene Partei, die BITMARCK Holding, vor die zuständige Vergabekammer in Düsseldorf. Ein erster Spruchtermin sollte die Celler BKK dazu animieren, über das bisher praktizierte Vergabeverfahren nachzudenken. Denn die Kammer soll der Ansicht gewesen sein, daß es Verfahrensfehler gegeben habe. Wie jetzt zu erfahren war, bestand bis zum 11. Mai 2010 eine Frist, bis zu der sich alle drei Seiten gegenüber der Kammer zu erklären hatten, ob sie sich mit einem Vergleichs-Modus einverstanden erklären könnten. Wie ein Lauffeuer verbreitete sich in IT-Kreisen am Abend des Tages die Neuigkeit, daß die Bonner AOK Systems GmbH den weichen Vergleichs-Modus nicht akzeptiert hätte. Jetzt drohe das vollständige Neuaufrollen des langwierigen Vergabeverfahrens. Mit ihrem „Nein“ wäre der Einstieg der Bonner in die Dritte Bank vermutlich geplatzt, war zu hören. Die dfg-Redaktion wird das Verfahren weiter beobachten.

Personalia / Berliner Szene:

Ist beim IQWiG die Sawicki-Nachfolge geklärt?

(dfg 19 – 10) Das inoffizielle Mitteilungsorgan des Bundesgesundheitsministeriums (BMG), die „F.A.Z.“, spekulierte am 8. Mai 2010 einmal wieder fleißig und berichtete darüber, daß beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) die bisher offen gebliebene Chef-frage endlich geklärt sei. Schließlich benötigt die BMG-nahe Einrichtung ab dem 1. September 2010 einen neuen Boß als Nachfolger für Prof. Dr. med. Peter Sawicki (52). Als heißesten Favoriten machte die „Quelle“ den Bremer Toxikologen Professor Dr. med. Bernd Mühlbauer (51) aus. Mit im Rennen sei auch noch als Alternativkandidat der Leitende Arzt des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS), Prof. Dr. med. Jürgen Windeler (53). Windeler stand schon bei der Gründung des Institutes auf der Shortlist. Mühlbauer scheint jedoch gesetzt zu sein, nur noch die Krankenkassen müßten grünes Licht für die Personale geben, meldete „dpa“ wenig später. Bei den beteiligten Entscheidungsträgern der Gemeinsamen Selbstverwaltung gab man sich jedoch schmallippig. Das Rennen scheint noch nicht beendet zu sein. Kandidat Mühlbauer leitet derzeit das Institut für Klinische Pharmakologie am Klinikum in Bremen. Er ist auch Vorstandsmitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft.

BVÖGD führt jetzt eine Frau

(dfg 19 – 10) Die Feminisierung des Arztberufes hat jetzt auch den Berufsverband der Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst (BVÖGD) erreicht. Am 30. April 2010 wählte die Mitgliederversammlung in Hamburg mit Dr. med. Ute Teichert-Barthel (47) zum ersten Male in der 60-jährigen Geschichte des Verbandes eine Frau zur Bundesvorsitzenden. Sie löste Dr. med. Klaus Walter (Aalen) ab, der der Organisation seit 2001 vorgestanden hatte. Die Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen leitet das Gesundheitsamt im rheinland-pfälzischen Landkreis Ahrweiler, südlich von Bonn. Zu Stellvertretenden Vorsitzenden bestimmte man Dr. med. Elke Bruns-Phillips (Hannover) und Dr. med. Thomas Menn (Potsdam).

Krankenhausapotheker wählen neues Präsidium

(dfg 19 – 10) Am 1. Mai 2010 bestellte die Mitgliederversammlung des Bundesverbands Deutscher Krankenhausapotheker (ADKA) in Freiburg turnusgemäß ihr Präsidium neu. In den kommenden zwei Jahren steht Prof. Dr. rer. nat. Irene Krämer (52) aus Mainz als Präsidentin dem Verband vor. Zum 1. Vizepräsidenten wählte die Versammlung den Heidelberger Dr. rer. nat. Torsten Hoppe-Tichy (51). Der bisherige Präsident Holger Hennig (47) aus Stuttgart fungiert dann satzungsgemäß als 2. Vizepräsident.

HzV-Blutzoll: Berliner HÄV-Vorsitzender zurückgetreten

(dfg 19 – 10) Der Kampf um die richtige Ausgestaltung der hausarztzentrierten Verträge (HzV-Verträge) mit den Krankenkassen nimmt in den Funktionärskreisen des Deutschen Hausärzteverbandes (HÄV) immer krassere Züge an. Denn der Blutzoll ist auf beiden Seiten hoch. Am 10. Mai 2010 nahm der Vorsitzende des Hausärzteverbandes Berlin und Brandenburg, Dr. med. Hans-Peter Hoffert, seinen Hut und schmiß ihn seinen Gremien vor die Füße. Hoffert trat als Vorsitzender des Landesverbandes zurück. Der Allgemeinarzt begründete in einem offenen Brief seinen Schritt mit einem Votum einer Delegiertenversammlung (DV) seines Verbandes vom 7. April 2010. Die beschlußfähige DV habe mit 20 Stimmen (von insgesamt 63 Delegierten) einen ausgehandelten Vertrag mit der AOK Berlin/Brandenburg und der IKK Brandenburg und Berlin „mehrheitlich abgelehnt“ statt wie aus seiner Sicht juristisch richtig, das Schiedsamt anzurufen. Der notwendigen Revision des Beschlusses wolle er nicht im Wege stehen.

Verlagsmitteilung:

Begleitprogramm zum dfg Award 2010: Training für ein perfektes Make Up

(dfg 19 -10) Das Schöne mit dem Angenehmen verbinden. Mit diesem Ziel versucht der MC.B Verlag das Tages-Begleitprogramm im Vorfeld der Zeremonie zur Verleihung der „dfg Awards 2010“ am Abend des 27. Mai 2010 im Forte Hotel „Villa Kennedy“ in Frankfurt zu organisieren. Und man sollte es nicht glauben, es gibt etwas, was moderne Männer wie Frauen gleichermaßen interessiert: Gutes Aussehen. Nicht nur am Abend, sondern auch tagsüber. Dazu reicht es nicht, in den Laufstegen der Muckibuden zu versinken und sich jeden Inhalt eines Schminktopfes andrehen zu lassen. Gutes Aussehen will gelernt sein. In Frankfurt besteht dazu die Möglichkeit. Der bekannte Frankfurter Visagist Jörg Schönberg (38) führt mit den Teilnehmern und Teilnehmerinnen ab 14.00 Uhr in der Villa Kennedy ein Training für ein richtiges wie perfektes Make up durch. Dabei geht es nicht um ein Make Up „zu jeder Tageszeit“, sondern um das gekonnte und anlaßbezogene Feilen am guten Aussehen. Pinsel und dekorative Kosmetik werden zur Verfügung gestellt, jedoch können auch ohne weiteres die gewohnten eigenen Produkte und Materialien mitgebracht werden, damit ihr Einsatz optimiert werden kann. Die Teilnehmerzahl ist begrenzt.

Schriftliche Anmeldungen von Damen wie Herren nimmt der MC.B – Verlag gerne bis zum 20. Mai 2010 per Fax unter 030 – 275 965 92 entgegen.