

# report bayern

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK)

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Sept. 2007

# ersatzkassen

## Ambulante Behandlung im Krankenhaus

### Neue Regelung – altes Problem

Zu den zahlreichen Neuregelungen, die das GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz enthält, gehört auch die Neufassung des § 116 b SGB V über die ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen bzw. Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen im Krankenhaus. Der Gesetzestext wurde dahingehend geändert, dass diese Leistungen in einem zugelassenen Krankenhaus erbracht werden können, wenn es im Rahmen der Krankenhausplanung im Freistaat dazu bestimmt worden ist. Das Gesetz sieht vor, dass eine einvernehmliche Bestimmung anzustreben ist. Bei der Bestimmung des Krankenhauses soll die vertragsärztliche Versorgungssituation berücksichtigt werden.

#### In dieser Ausgabe:

- **Ambulante Behandlung im Krankenhaus.**  
Neue Regelung – altes Problem
- **Nach TEMPiS kommt STENO-Netz.**  
Telemedizin verbessert die Schlaganfallversorgung
- **Regionaler Knoten Bayern.**  
Mehr Chancengleichheit bei Gesundheit
- **Sozialmedizinische Nachsorge entlastet Familien mit chronisch kranken und schwerstkranken Kindern.**
- **Führungswechsel bei der BARMER Bayern**

### Krankenhausplanungsbehörde soll bestimmen

Im Unterschied zur bisherigen Regelung braucht ein Krankenhaus keine diesbezüglichen Verträge mit den Krankenkassen schließen. Voraussetzung ist, das Krankenhaus ist geeignet und stellt einen Antrag auf Erbringung ambulanter Leistungen bei der Krankenhausplanungsbehörde, im Falle Bayerns beim Sozialministerium. Für das betroffene Krankenhaus gelten die gleichen qualitativen Anforderungen wie für die vertragsärztliche Versorgung. Zusätzlich regelt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in seinen Richtlinien sachliche und personelle Anforderungen sowie die Maßnah-

men zur Qualitätssicherung für die betroffenen Krankenhäuser. Es obliegt ebenfalls dem G-BA, den Katalog hochspezialisierter Leistungen, seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen zu formulieren und fortzuentwickeln. Derzeit umfasst er vier Krankheiten: Mukoviszidose, Hämophilie, Marfan-Syndrom und Pulmonale Hypertonie.

Die Intention des Gesetzgebers bei dieser Neuregelung ist unschwer zu erkennen. Die traditionelle Trennung zwischen den beiden Bereichen der medizinischen Versorgung in Deutschland – ambulanten und stationären – soll überwunden werden. Folglich würden ambulante medizinische Leistungen aus

## DER KOMMENTAR



Christian Bredl,  
Leiter der VdAK/  
AEV-Landesvertretung  
in Bayern

### Das Geld soll der Leistung folgen

Vor der jüngsten Gesundheitsreform durften die Krankenkassen mit den Krankenhäusern Verträge über die Erbringung von hochspezialisierten Leistungen bzw. über die Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen direkt schließen. Es war ein sehr mühsames Geschäft, weil es den Krankenkassen schlichtweg an dem Finanzmittel fehlte, um so eine teure medizinische Versorgung zu organisieren. Dennoch wurden Verträge ausgehandelt und abgeschlossen!

Mit den Ergebnissen höchst unzufrieden griff das Bundesministerium für Gesundheit zu einem erprobten Mittel: Eine Gesetzesänderung musste her! Nunmehr soll die Krankenhausplanungsbehörde in jedem Bundesland anstelle der direkten Verhandlungen zwischen den Kostenträgern und den Leistungserbringern wie bisher in einem nicht genauer definierten Verfahren ein Krankenhaus zur Erbringung von hochspezialisierten Leistungen bestimmen. Die Bestimmung, so will der Gesetzgeber, soll einvernehmlich erfolgen.

Ob zehn Mitglieder des Bayerischen Krankenhausplanungsausschusses die Aufgabe besser erledigen als ehemals zwei Vertragspartner, wird sich zeigen. Angesichts ihrer ziemlich unterschiedlichen Interessen darf man aber schon jetzt annehmen, dass die Erzielung einer Bestimmung nicht leichter zu erreichen sein wird als einen Vertragsabschluss vorher. Doch bevor es dazu überhaupt kommt, muss der Krankenhausplanungsausschuss erst in einer Arbeitsgruppe die Unklarheiten der gesetzlichen Formulierungen beseitigen und viele offene Fragen beantworten. Das Bayerische Sozialministerium schließt nicht aus, dass manche Fragen möglicherweise einer gerichtlichen Klärung bedürften.

Man wünscht sich Gesetze, die Klarheit schaffen und erkannte Probleme zu lösen helfen. Das ist leider nicht der Fall. Ein bürokratisches Verfahren wird anstelle der direkten Verhandlungen installiert. Zahlreiche Verfahrensfragen bleiben offen. Schlimmer noch: Das grundsätzliche Problem wird nicht einmal angetastet. Nämlich, mit welchen Mitteln finanziert man die neuen teuren Leistungen im Krankenhaus. Es fehlt die gesetzliche Regelung darüber, dass die im ambulanten Bereich erzielten Einsparungen in den stationären Bereich transferiert werden können. Das Geld soll der erbrachten Leistung folgen! Solange dieses Prinzip nicht gewährleistet wird, besteht für die Krankenkassen eine reale Gefahr der zusätzlichen enormen Ausgaben für die hochspezialisierten ambulanten Leistungen im Krankenhaus.

den ärztlichen Praxen ausgelagert und bei den Krankenhäusern erbracht. Die Schaffung von neuen Doppelstrukturen, sprich parallele Versorgung in beiden Bereichen, dürfte wohl nicht zu den Zielen der Gesundheitsreform gehören. Im Gegenteil: Aus dem Bundesgesundheitsministerium waren Äußerungen zu vernehmen, es ginge um einen zu schaffenden Wettbewerb zwischen den beiden Bereichen um die qualitativ bessere Versorgung der Patienten.

### **Ermächtigung versus Bestimmung**

In diesem Zusammenhang soll auf den grundsätzlichen Unterschied zwischen der Ermächtigung von Krankenhausärzten bzw. Krankenhäusern zur ambulanten Behandlung und der Bestimmung der Krankenhäuser zu ambulanten Leistungen in Sinne des § 116 b SGB V hingewiesen wir. Im § 116 SGB V wird geregelt, dass Krankenhausärzte nur dann ermächtigt werden können, Patienten im Krankenhaus ambulant zu behandeln, wenn ohne diese Behandlung eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten nicht sichergestellt wird. Die Ermächtigung der Krankenhäuser, geregelt im § 116 a SGB V, findet nur dann statt, wenn eine vertragsärztliche Unterversorgung festgestellt wird. Kurzum, die Ermächtigung des stationären Sektors dient zur Beseitigung des Mangels im ambulanten Sektor, während die Bestimmung nach § 116 b SGB V eine Konkurrenz zwischen den beiden Sektoren beabsichtigt.

### **Freiraum für unterschiedliche Interpretationen**

Die Umsetzung der Neuregelung wird nicht leicht sein. Die Formulierungen des Gesetzestextes lassen unterschiedliche Interpretationen zu. Da ist zum Beispiel die Frage nach der Eignung des Krankenhauses. Es leuchtet ein, dass eine Bestimmung zu ambulanten Leistungen im Sinne des § 116 b SGB V nur die Krankenhäuser erhalten können, welche über die dazu notwendigen Fachrichtungen verfügen. Konsequenterweise sind die Krankenhäuser der Grundversorgung dafür nicht geeignet. Bei wem liegt die Beweislast eine Eignung? Beim betroffenen Krankenhaus oder bei der Krankenhausplanungsbehörde? Und haben die geeigneten Krankenhäuser einen Rechtsanspruch auf die Bestimmung zur Erbringung ambulanter Leistungen?

Nicht leichter wird es mit der Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation sein. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB), die wie keine andere Institution im bayerischen Gesundheitswesen darüber informiert ist, gehört dem Kranken-

hausplanungsausschuss nicht an. Demzufolge kann die KVB bei der anzustrebenden einvernehmlichen Bestimmung eines Krankenhauses nicht wie die Mitglieder des Krankenhausplanungsausschusses mitwirken. Soll man die Kassenärztliche Vereinigung ignorieren oder doch nach einer geeigneten Möglichkeit suchen, wie man ihr Fachwissen über die vertragsärztliche Versorgungssituation nutzen könnte?

### **Das nötige Geld fehlt**

Fragen über Fragen. Und die wichtigste davon ist, woher soll das Geld kommen, um die neuen Leistungen im stationären Sektor zu bezahlen. Der ambulante und der stationäre Sektor werden aus unterschiedlichen Geldquellen finanziert. Auf der einen Seite sind ärztliche Honorare, die in Verträgen zwischen den Krankenkassen und der KVb ausgehandelt werden. Auf der anderen Seite sind die Krankenhausbudgets. Angenommen, ambulante Leistungen nach § 116 b SGB V nehmen im Krankenhaus im gleichen Umfang zu, wie sie im vertragsärztlichen Bereich abnehmen, dann müsste das entsprechende Geld aus einem Sektor in den anderen umgeschichtet werden. Es geht um sehr viel Geld, da die in diesem Paragraf des Gesetzbuches definierten Leistungen sehr teuer sind. Doch gerade auf diese Frage gibt der Gesetzgeber keine Antwort.

Die Sorge der Krankenkassen ist daher nicht von der Hand zu weisen, dass im schlimmsten Fall zu einer Mehrung von hochspezialisierten ambulanten Leistungen im Krankenhaussektor kommen könnte, die zusätzlich finanziert werden müssen. Ohne die Lage dramatisieren zu wollen, muss aber schon heute festgestellt werden, dass den Krankenkassen das nötige Geld fehlt.

## Nach TEMPiS kommt STENO-Netz Telemedizin verbessert die Schlaganfallversorgung

Seit Jahren verfolgt Bayern ein ehrgeiziges Ziel – die Schaffung einer flächendeckenden Versorgung von Schlaganfallpatienten. Der Bedarf dafür ist groß: Bayernweit erleiden jährlich ca. 30.000 Menschen einen Schlaganfall. Das ursprüngliche Konzept orientierte sich an die Versorgung durch die hochspezialisierten Schlaganfallzentren, die sogenannten Stroke Units. Relativ schnell musste man aber feststellen, dass eine flächendeckende Versorgung durch diese viel zu teuren Strukturen schlicht und einfach nicht zu bezahlen ist. Die Abhilfe leistete die Telemedizin.



Diagnostische Beurteilung der telemedizinisch übermittelten Daten

### Abhilfe der Telemedizin

Die modernen Mittel der Telekommunikation sorgen dafür, dass das neurologische Fachwissen aus einem Stroke Unit in die mit ihm vernetzte Krankenhäuser ohne neurologische Abteilung transferiert wird. Die Ärzte in den regionalen

Kliniken erhalten die Möglichkeit, Diagnose und Therapie von Schlaganfallpatienten rund um die Uhr mit ihren Kollegen in den Stroke Units zu beraten. Die schnellstmögliche Übertragung von Befunddaten an die Experten, die diese begutachten können, spart die kostbare Zeit bei der Behandlung des Schlaganfalls. In den vernetzten Krankenhäusern werden spezialisierte Schlaganfallstationen geschaffen. Das medizinische Personal wird fortgebildet und in fallbezogenen Qualitätszirkeln geschult. Ziel ist es, eine Maximalversorgung von Schlaganfallpatienten auf höchstem medizinischen Niveau in den regionalen Kliniken zu erreichen.

### Erfolgsprojekt TEMPiS

Den Anfang machte das Telemedizinische Pilotprojekt zur integrierten Schlaganfallversorgung in der Region Süd-Ost-Bayern (TEMPiS) im Jahr 2003. Zwölf regionale Kliniken in diesem Teil Bayerns wurden mit den Stroke Units am Krankenhaus München-Harlaching und an der Universitätsklinik Regensburg vernetzt und haben drei Jahre lang im

Rahmen des Pilotprojekts die Möglichkeiten der Telemedizin für die Optimierung der Schlaganfallversorgung ausgelotet. Die wissenschaftliche Evaluation der Ergebnisse zeigte, dass TEMPiS ein Riesenerfolg war. Daher wurde das Pilotprojekt anschließend in die Regelversorgung übernommen.

Die ersten telemedizinischen Erfahrungen in Nordbayern wurden in einem anderen Pilotprojekt – STENO (Schlaganfallversorgung mit Telemedizin in Nordbayern) – gesammelt. Daran beteiligt waren die neurologische Klinik am Universitätsklinikum Erlangen, die neurologische Klinik am Klinikum Nürnberg-Süd, das Stadtkrankenhaus Forchheim und das Kreiskrankenhaus Roth. Diese Erfahrungen kombiniert mit den Ergebnissen des Pilotprojekts TEMPiS bilden nunmehr die Grundlage für ein neues Netzwerk, das im Raum Mittel- und Oberfranken etabliert wird.

### STENO-Netz entsteht

Der Bayerische Krankenhausplanungsausschuss hat in seiner Sitzung am 21. Mai 2007 beschlossen, mit dem Aufbau des STENO-Netzes ab Mitte des Jahres zu beginnen. Unter Koordination des Universitätsklinikums Erlangen soll ein Netzwerk entstehen, an dem sich drei Stroke Units (die neurologische Universitätsklinik Erlangen, die neurologische Klinik am Klinikum Nürnberg und die neurologische Klinik am Krankenhaus Hohe Warte Bayreuth) sowie elf lokale Krankenhäuser (Klinikum Neumarkt, Kreisklinik Roth, Kreisklinik Gunzenhausen, Verbundklinikum Landkreis Ansbach/Standort Dinkelsbühl, Klinikum Ansbach, Klinik Bad Windsheim, Krankenhaus Forchheim, Helmut-G.-Waltner-Klinikum Lichtenfels, Klinikum Fichtelgebirge Marktredwitz, Sana Klinikum Hof und Klinikum Kulmbach) beteiligen.

Als Erstes ging das Klinikum Forchheim ans Netz. Im Laufe des zweiten Halbjahres sollen die weiteren zehn beteiligten Krankenhäuser folgen. Ihre telemedizinische Ausstattung wird vom Bayerischen Sozialministerium mit insgesamt 125.000 Euro finanziert. Die jährlichen Kosten des STENO-Netzes in Höhe von 800.000 Euro tragen die gesetzlichen Krankenkassen in Bayern. Mit dieser Investition wollen die Krankenkassen eine optimale Versorgung von ca. 4.500 Schlaganfallpatienten jährlich im Einzugsbereich des Netzwerkes erreichen.

## Regionaler Knoten Bayern

# Mehr Chancengleichheit bei Gesundheit

Zu den Ungerechtigkeiten des Lebens gehören auch die ungleichen Gesundheitschancen, die nicht auf die Natur, sondern auf die soziale Lage des Menschen zurückgehen. Es ist empirisch nachgewiesen, dass sozial Benachteiligte relativ stärkeren Gesundheitsbelastungen unterliegen: Ihr Risiko, krank zu werden, ist höher und ihre Lebenserwartung kürzer. Der Kreis der Betroffenen ist ziemlich weit. Das sind Langzeitarbeitslose, Alleinerziehende, Familien mit mehreren Kindern, selbst Kinder und Jugendliche, aber auch alte Menschen sowie Migranten.

### Armut belastet Gesundheit

Insbesondere wird die Gesundheit durch Armut belastet. Wenn man den Begriff Armut nur auf das materielle Einkommen begrenzt, ergeben sich sogar für solch ein reiches Bundesland wie Bayern erschreckend hohe Zahlen. Grob geschätzt sind ca. sechs Prozent der bayerischen Bevölkerung von Armut betroffen. Über eine halbe Million Menschen in Bayern sind Harz IV-Empfänger. Rund 79.000 Menschen erhalten Leistungen der bedarfsgerechten Grundsicherung, früher Sozialhilfe genannt. Be-

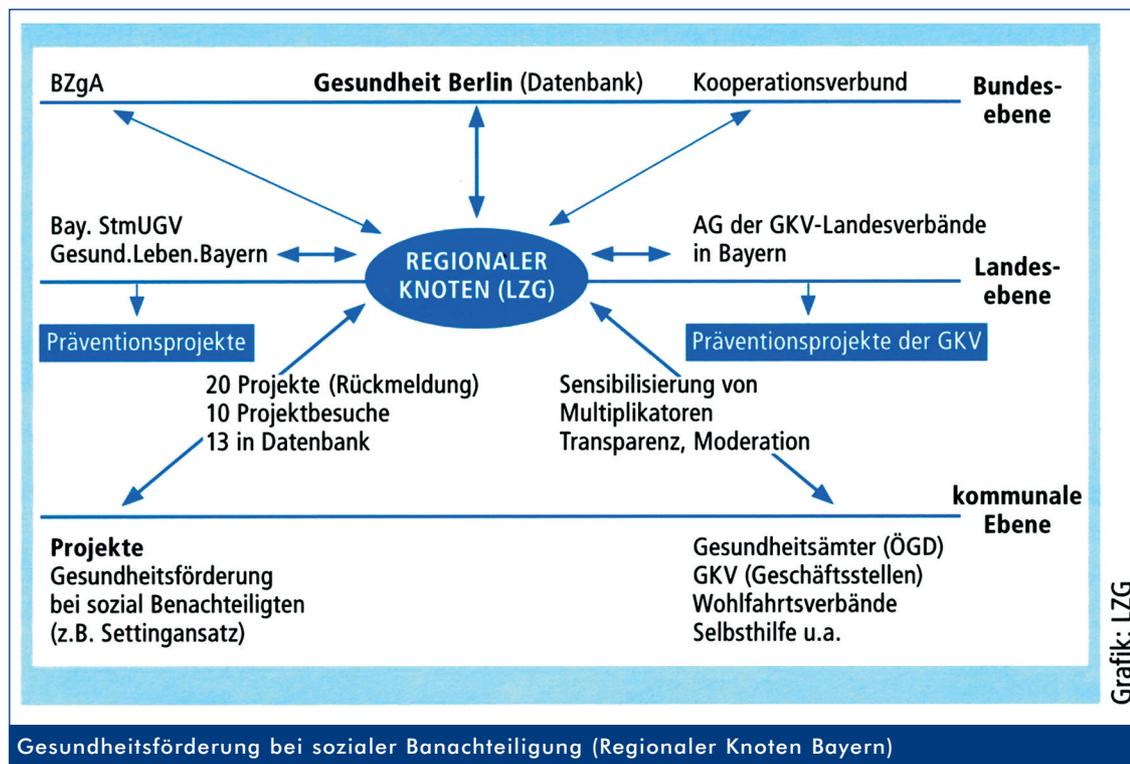
sonders erschreckend ist die Zahl der Kinder unter 15 Jahren, die auf dem Sozialhilfeniveau – konkret: von 207 Euro im Monat – leben. Das sind 130.000 Kinder. Die Verteilung der Sozialhilfedichte, d. h. die Zahl der Sozialhilfeempfänger je 100 Einwohner, auf verschiedene Altersgruppen gibt ein alarmierendes Bild wider (siehe Grafik).

### Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten

Die Zahl der sozial Benachteiligten ist nicht gleich mit der Zahl der Menschen zu setzen, die in ihren Gesundheitschancen benachteiligt sind. Doch die Schnittmenge der beiden Gruppen ist ziemlich groß. Es ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, diesen Menschen zu helfen. Die gesetzlichen Krankenkassen leisten ihren Beitrag dazu, indem sie gezielt gesundheitspolitische Prävention bei sozial Benachteiligten betreiben. Dem Ziel, durch Verhaltens- und Verhältnisprävention im privaten und öffentlichen Leben mehr Gesundheitschancengleichheit zu erreichen, widmen sich seit einigen Jahren mehr als 40 Organisationen auf Bundesebene, die den Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial

Benachteiligten“ gründeten. Der Verband der Angestellten-Krankenkassen und der Arbeiter-Ersatzkassen-Verband sind dem Kooperationsverbund beigetreten.

Das Anliegen des Kooperationsverbundes besteht in der Veröffentlichung der bereits durchgeführten Präventionsprojekte bei sozial Benachteiligten und der Verbreitung der gesammelten Erfahrungen. Dadurch sollen die Interes-



Gesundheitsförderung bei sozialer Benachteiligung (Regionaler Knoten Bayern)

senten angeregt werden, die erfolgreichen Projekte in ihrem Wirkungsbereich zu wiederholen. Bei der Auswahl der Projekte orientiert man sich an das Modell der guten Praxis. Das heißt, dass die Machbarkeit dieser Projekte im Vordergrund steht. In einer bundesweiten Datenbank werden die Informationen gespeichert und via Internet den Interessenten zur Verfügung gestellt. Die Internetadresse lautet [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de).

### Regionaler Knoten – Schaltstelle für die Gesundheitsförderung

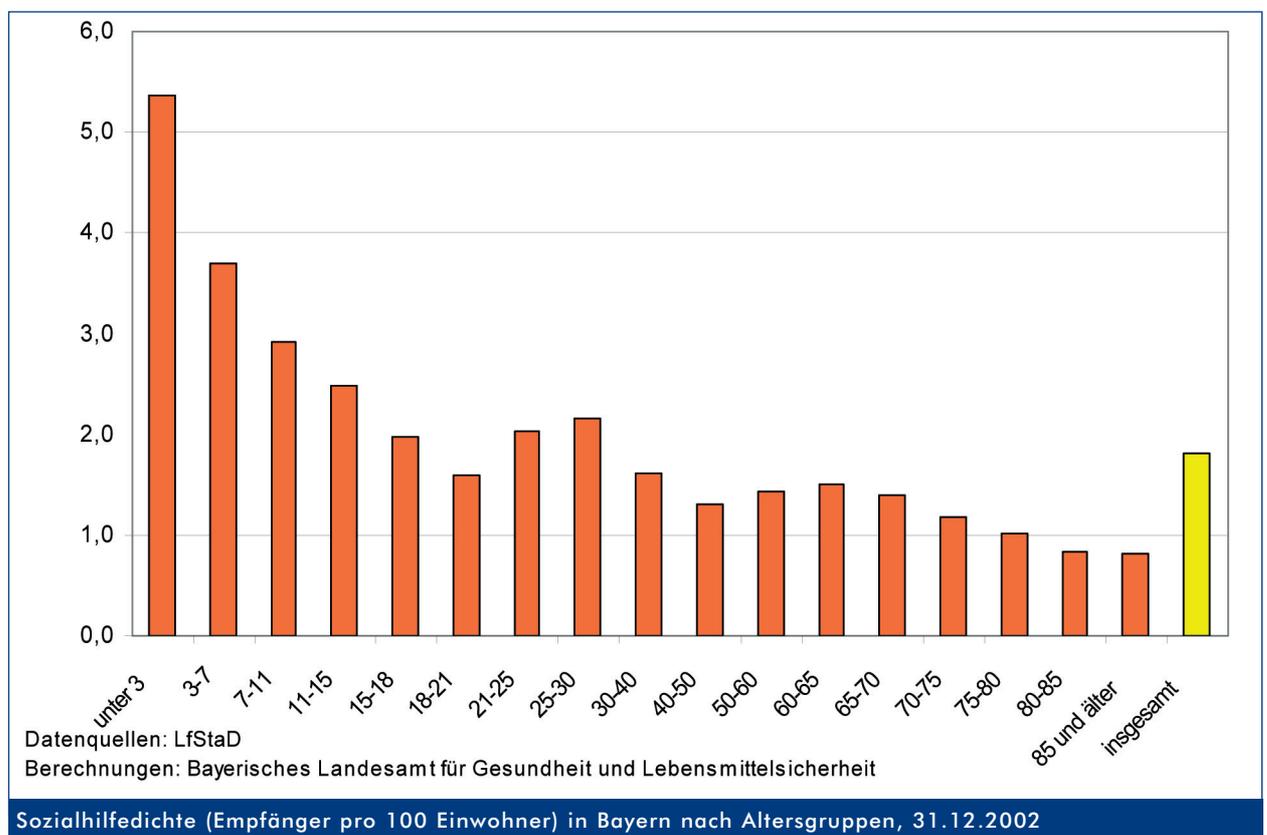
Auf Landesebene werden die sogenannten regionalen Knoten gegründet. In Bayern ist der regionale Knoten seit Januar 2006 aktiv. Er wird durch die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern und das Bayerische Staatministerium, für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz finanziert. Der Anteil der gesetzlichen Krankenkassen beläuft sich auf 19.000 im Jahr. Die Geschäftsstelle des regionalen Knoten ist bei der Landeszentrale für Gesundheit angesiedelt.

Der regionale Knoten ist ein Teil des bundesweiten Netzwerkes und zugleich eine Art Schaltstelle für die Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten auf Landesebene. Die Hauptaufgabe des regio-

nal Knoten besteht in der Ermittlung und Bekanntmachung von Projekten und Aktivitäten zur Verbesserung der Gesundheitschancen bei sozial Benachteiligten in Bayern. In einer Projektdatenbank auf der Internetseite der Landeszentrale für Gesundheitsförderung wird auf bestehende Beispiele guter Praxis hingewiesen. Der regionale Knoten soll auch einen Meinungs- und Erfahrungsaustausch unter den an der Prävention Beteiligten anregen und unterstützen.

### Gemeinsame Anstrengungen gefragt

Das Ziel, die gesundheitliche Chancengleichheit sozial Benachteiligter zu erhöhen, ist ohne Zweifel sehr wichtig. Der Weg zu diesem Ziel ist aber alles andere als leicht. Als Hauptproblem stellt sich dabei die Erreichbarkeit der Betroffenen dar. Es gibt viele Aktivitäten, die lobenswert sind, aber eine Inzellsung bleiben. Daher sind viele Mitwirkende gefragt, ihre Kräfte zu bündeln. Das sind nicht nur die Krankenkassen, sondern auch öffentliche Gesundheitsdienste, Wohlfahrtsverbände, Selbsthilfeorganisationen u. ä.. Nur wenn sie gemeinsam aktiv werden, können sozial Benachteiligte in den Genuss von den Maßnahmen zur Gesundheitsförderung kommen. Darauf setzen die Ersatzkassen in Bayern ihre Hoffnung.



## Sozialmedizinische Nachsorge entlastet Familien mit chronisch kranken und schwerstkranken Kindern

Bei chronisch kranken oder schwerstkranken Kindern ist die häusliche Versorgungssituation nach der Entlassung aus dem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung oft sehr schwierig. Eltern und andere Betreuungspersonen sind mit der Versorgungssituation im häuslichen Bereich oftmals überfordert. In diesen Fällen sollte die sozialmedizinische Nachsorge als Hilfe zur Selbsthilfe unterstützend wirken, indem sie eine sektorenübergreifende Brückenfunktion einnimmt, die sich in Art, Umfang und Dauer an der Schwere der Erkrankung und dem Interventions- und Unterstützungsbedarf des Kindes und dessen Eltern bzw. Bezugspersonen orientiert. Durch die im Einzelfall erforderliche Koordinierung der verordneten Leistungen sowie die Anleitung und Motivierung zur Inanspruchnahme sollen stationäre Aufenthalte verkürzt und auch die Rückkehr ins Krankenhaus vermieden werden. Dies sollte sowohl dem Wohl des Kindes und seiner Familie als auch der Entlastung der Gesetzlichen Krankenversicherung dienen.



Krankenkassen gemeinsam und einheitlich das Nähere zu den Voraussetzungen, zu Inhalt und Qualität sowie zu den Anforderungen an die künftigen Leistungserbringer der sozialmedizinischen Nachsorge bestimmen. Dies geschah zum 1. Juli 2005. Kurz darauf erfolgte in Bayern der Startschuss zur vertraglichen Umsetzung.

Mit dem „Interdisziplinären Zentrum für Palliativmedizin“ am Klinikum Großhadern sowie dem „Bunten Kreis“ in Augsburg und Kempten standen in Bayern bereits zwei Einrichtungen zur Verfügung, die die sozialmedizinische Nachsorge schon seit vielen Jahren betrieben und zu Recht als politische Vorkämpfer und Wegbereiter bezeichnet werden konnten. Auch wenn so manche Vertragsinhalte und vor allem die Höhe der finanziellen Förderung lange Zeit heftig umstritten waren, kam es im Jahre 2006 schließlich doch zu den bundesweit ersten Vertragsabschlüssen.

Es folgten weitere Einrichtungen in München, Neuburg an der Donau, Amberg und Nürnberg. Bislang konnte mit insgesamt acht Einrichtungen eine Vereinbarung geschlossen werden. Bayern liegt damit im gesamten Bundesgebiet mit Abstand an der Spitze. Ein Engagement, von dem heute viele bayerische Familien profitieren, können chronisch kranke oder schwerstkranken Kinder doch sehr viel schneller ins häusliche und familiäre Umfeld integriert werden.

## Führungswechsel bei der BARMER Bayern

Ab dem 1. August 2007 ist Gerhard Potuschek neuer Landesgeschäftsführer der BARMER Bayern. Der 55-Jährige wird nach Beschluss des Vorstandes

und Verwaltungsrates der BARMER die Nachfolge von Dierk Neugebauer (42) antreten.



Christian Bredl, Leiter der Ersatzkassenverbände in Bayern, gratulierte Gerhard Potuschek zu seiner Berufung und wünschte dem neuen Landesgeschäftsführer der BARMER für seine Tätigkeit eine glückliche Hand und viel Erfolg für die Zukunft.

Für Gerhard Potuschek, der bereits seit 33 Jahren bei der BARMER arbeitet, ist es jetzt die dritte Station als Landesgeschäftsführer. Von 1997 bis 2001 leitete er die Landesgeschäftsstelle in Sachsen. Seit sechs Jahren verantwortet er die Geschicke in Hessen und ist gleichzeitig Lehrbeauftragter an der Fachhochschule Coburg.

Als Landesgeschäftsführer übernimmt Gerhard Potuschek die Verantwortung für die 2.200 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den 140 bayerischen Geschäftsstellen.

## LESENSWERT



### Gesundheitsreform 2007 (GKV-WSG)

Änderungen und Auswirkungen auf einen Blick von Dr. Ulrich Orłowski und Prof. Dr. Jürgen Wasem.  
Reihe: Gesundheitsrecht in der Praxis.

2007, XIII, 179 S., kartoniert, € 48,00,  
ISBN 978-3-8114-3236-9. C. F. Müller Verlag,  
Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Heidelberg  
und MedizinRecht.de Verlag, Frankfurt am Main.

Die Auswirkungen durch die Gesundheitsreform 2007 werden kompetent und verständlich beschrieben. Gesundheitsfonds, Wahltarife, Bonusmodelle, Zusatzbeiträge, Kostenerstattung, Pflichtleistungen, Chronikerregelungen sowie Änderungen im Bereich der Arzneimittel – die Autoren erläutern alle Auswirkungen auf die Krankenkassen und privaten Versicherungen. Zudem gehen sie umfangreich auf die Änderungen für Vertragsärzte und -zahnärzte, insbesondere den neu geregelten Themenkomplex der vertragsärztlichen Vergütung ein. Die beigelegte CD-ROM mit allen relevanten Rechtsvorschriften zur Gesundheitsreform ermöglicht eine komfortable Recherche und bietet einen hervorragenden Überblick über alle Änderungen.



### DRG und Strukturwandel in der Gesundheitswirtschaft

Hrsg.: Heinz Kölling. Kohlhammer Krankenhaus. 2007, 388 S., Abb., Tab., Kt.,  
€ 59,00, ISBN 978-3-17-018707-8.  
W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart.

Das DRG-System führt zu verstärktem Wettbewerb im Gesundheitswesen. Der Begriff der Gesundheitswirtschaft steht auch in diesem Zusammenhang für Wirtschaftswachstum und soll den besonderen beschäftigungs-

und wirtschaftspolitischen Stellenwert der Branche verdeutlichen. Vor diesem Hintergrund ist vor allem das Management von Krankenhäusern gefordert, neue Wege aufzuzeigen, Visionen zu entwickeln und in Abstimmung mit den Mitarbeitern strategische und operative Ziele zu verwirklichen. Dieses Buch bietet hierzu eine wertvolle Orientierungshilfe, indem Herausgeber und Autoren Trends in der Entwicklung der Gesundheitswirtschaft aufzeigen, Managementperspektiven darstellen und anhand von Praxisbeispielen konkrete Umsetzungen erläutern.



### Zusammenarbeit der Pharmaindustrie mit Ärzten

Rechtliches Umfeld, Steuern und Compliance Governance.

Hrsg.: Dr. Peter Dieners. Reihe: Medizinrecht. 2. Auflage 2007, XXXVIII, 509 S.,  
kartoniert, € 46,00, ISBN 978-3-406-54301-2.  
Verlag C. H. Beck, München.

Ärzte spielen bei der Verordnung und dem Einsatz von Arzneimitteln und Medizinprodukten eine entscheidende Rolle. Gleichzeitig arbeiten sie mit der Industrie bei der Erforschung, Erprobung und Beobachtung dieser Produkte eng zusammen. Dies birgt für beide Seiten Risiken unterschiedlichster rechtlicher und steuerlicher Natur. Anhand einer Vielzahl von Beispielen erläutert das Buch die rechtlichen und steuerlichen Rahmenbedingungen. Zusätzlich werden die Regelungen des Kodex der „Freiwilligen Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie“ (einschließlich der jüngsten Umsetzung des EFPIA-Kodex) sowie die hierzu ergangene Spruchpraxis ausführlich dargestellt und kommentiert. Es wird herausgestellt, was in der Praxis erlaubt und verboten ist und wie Unternehmen sich selbst, ihre Mitarbeiter und die mit ihnen kooperierenden Ärzte wirksam schützen und eine effektive „Compliance Governance“ aufbauen können.

#### IMPRESSUM

Herausgeber:  
Landesvertretung Bayern des VdAK/AEV  
Arnulfstr. 201a · 80634 München  
E-Mail: LV-Bayern@VdAK-AEV.de  
Telefon: 0 89 – 55 25 51-0 · Telefax: 0 89 – 55 25 51-14  
Redaktion: Dr. Sergej Saizew · Verantwortlich: Christian Bredl