

report nordrhein-westfalen

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Dez. 2005

ersatzkassen

Pflege zukunftssicher machen!

Finanzausgleich ist richtiger Schritt

Die im Koalitionsvertrag beabsichtigte Einführung eines Finanzausgleichs zwischen privater und sozialer Pflegeversicherung wird von den Ersatzkassenverbänden ausdrücklich begrüßt. Union und SPD wollen damit gemeinsam das große Ungleichgewicht bei der Verteilung der Risikolast zwischen gesetzlicher und privater Pflegeversicherung beseitigen. Die zukünftig – zumindest in Teilen – gemeinsame Absicherung des Pflegerisikos durch alle gesetzlich und privat Versicherten ist ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung. Die Ersatzkassen hatten dies bereits seit längerem gefordert. Ein Kapitalstock von über 14 Milliarden Euro in der privaten Pflegeversicherung gibt ein deutliches Zeugnis der Risikoselektion zwischen privater und sozialer Versicherung.

Der Landtag in Nordrhein-Westfalen beschäftigt sich auch seit längerem mit Zukunftsfragen der Pflegeversicherung und hatte zu diesem Zweck im Jahr 2002 eine Enquete-Kommission beauftragt, die „Situation und Zukunft der Pflege in Nordrhein-Westfalen“ zu beurteilen. Ende 2004 hatten diese ihren Bericht vorgelegt und die Herausfor-

In dieser Ausgabe

- Morbus Hodgkin – die Behandlung von Krebspatienten wird besser
- Karl-Josef Laumann:
Neue Sozialpolitik in NRW
- Ärzteproteste in NRW –
kein Nachwuchsmangel in NRW.
KV-Funktionär missbraucht Job
- Geburtenplanung –
Claudia Schiffer macht Schule

derungen, die die alternde Gesellschaft auch in NRW mit sich bringt, ausführlich beschrieben. Der Bogen, den die Enquete-Kommission dabei geschlagen hat, war groß: Ethischen Aspekte, Gesundheitsförderung, Wohnen bei Pflegebedürftigkeit, Förderung der Pflegeberufe, Hilfen für pfe-

vdak

Verband der
Angestellten-
Krankenkassen e.V.



AEV – Arbeiter-
Ersatzkassen-
Verband e.V.

gende Angehörige, Koordination von Schnittstellen, und Bürokratieabbau. Daneben bewegte die Kommission die Frage nach weniger Bürokratie in der Pflege und die Weiterentwicklung des Systems; insbesondere mit Blick auf gerontopsychiatrisch veränderte alte Menschen. Nicht geführt wurde die Diskussion ums Geld. Wer soll das bezahlen? Wie soll es bezahlt werden? Die Ersatzkassenverbände haben dies in ihrer Stellungnahme zum Enquete-Bericht deutlich angemahnt.

Wesentlich für die Fähigkeit einer Gesellschaft, die Herausforderungen von Alter und Krankheit zu schultern, ist die Frage nach der Fähigkeit zu Solidarität. Da nur die allerwenigsten Menschen in der Lage sind, die extrem hohen finanziellen Belastungen bei chronischer Erkrankung und Pflegebedürftigkeit selbst zu tragen, ist ein Netz erforderlich, das auch durch die gestützt wird, die dieser Hilfen nicht bedürfen.

Nichts für Habenichtse

Deshalb ist die Stabilisierung der sozialen Pflegeversicherung durch die Einbeziehung der privaten Pflegeversicherung über einen Finanzausgleich ein wichtiger gesellschaftspolitischer Schritt. Zwei Zahlen veranschaulichen, um was es geht: während in der sozialen Pflegeversicherung 246 Euro pro Mitglied für die Pflege ausgegeben wird, sind es in der

privaten Pflege nur 57 Euro. Diese Zahlen spiegeln keinesfalls wider, dass bei den Privaten besser und in der sozialen Pflegeversicherung schlechter gewirtschaftet wird. Schließlich sind sowohl Beitragsatz als auch die Leistungen im Bedarfsfall streng normiert. In der privaten Pflegeversicherung spitzt sich lediglich zu, was auch für die Private Krankenversicherung längst gilt, nur dort viel schwerer sichtbar wird: hier sammeln sich Gutverdiener, Gutinformierte, Gesundheitsbewusste, Gesunde ... DeBeKa, Continentale und DKV sind keine Kassen für Habenichtse und Unterprivilegierte. Hier spiegelt sich die bekannte Abhängigkeit der Gesundheit von der sozialen Schichtzugehörigkeit. Dies ist der eigentliche Schlüssel für die günstigen Krankenversicherungstarife, mit denen die PKV besserverdienende 30-jährige bewirbt. Hier entlarvt sich die angebliche Leistungsfähigkeit privater Versicherungsunternehmen als das, was sie wirklich ist: die zutiefst unsoziale Befreiung Bessergestellter von gesellschaftlicher Mitverantwortung.

Gern würde man das Signal, das richtigerweise von der Politik in der Pflege gegeben worden ist, auf die Krankenversicherung übertragen. Die mangelnde Konsensfähigkeit in der Gesundheitspolitik zwischen CDU und SPD lässt allerdings Skepsis zu, ob die große Koalition auch zu dieser großen Kraftanstrengung fähig wäre. Wünschenswert wäre es. Richtig allemal.

DER KOMMENTAR



Andreas Hustadt, Leiter
der Landesvertretung NRW

Im Gegensatz zur Krankenversicherung haben sich die Koalitionäre bei der Pflegeversicherung bereits auf Maßnahmen für eine Finanzreform verständigt. Die Einführung einer ergänzenden kapitalgedeckten Demographiereserve ragt als neues Reformelement heraus. Dafür muss vor allem gewährleistet sein, dass der Aufbau eines Kapitalstocks auch innerhalb der sozialen Pflegeversicherung erfolgt. Eine Verschiebung in die private Versicherung wäre der falsche Weg. Das dies grundsätzlich begriffen worden ist, zeigt die Absicht, einen Finanzausgleich zwischen privater und sozialer Pflegeversicherung zu schaffen. Mit der Erweiterung des Pflegebegriffs auf die größer werdende Gruppe demenziell Erkrankter ist ein weiterer wichtiger Baustein in der Pflege geschaffen worden, der mithelfen wird, die schwere Situation in Familien mit Demenzkranken schultern zu können. Zu kurz gerät mir die Diskussion über Qualität in der Pflege. Diese wird in der nahen Zukunft die überragende Rolle bei der Frage nach der Leistungsfähigkeit des Systems spielen. Ich vertraue aber auf den Druck des Marktes, der zunehmend die Pflegeeinrichtungen zwingen wird, über ihre Leistungsfähigkeit Rechenschaft abzulegen. Seitens der Ersatzkassenverbände werden wir alles uns Mögliche tun, um eine Grundlage für eine stärker wettbewerbliche Orientierung zu schaffen.

Morbus Hodgkin: Erster bundesweiter IV-Vertrag regelt bessere Versorgung

Die Versorgung von Patienten, die an dem Hodgkin-Lymphom erkrankt sind, wird deutlich verbessert. Die Ersatzkassen haben hierzu einen bundesweiten Vertrag abgeschlossen. Gemeinsam mit ihren Partnern wollen sie durch konsequentes Fallmanagement und durch die Supervision des Behandlungsprozesses die Überlebensrate der Betroffenen signifikant erhöhen. Das dies gelingen kann, zeigen die Ergebnisse, die die beteiligten Kliniken und Praxen in den zurückliegenden Jahren im Rahmen klinischer Studien erzielt haben. Auf ihrer Basis ist ein erfolgreiches und international anerkanntes Therapiekonzept entwickelt worden.

Zweitmeinung ist obligatorisch

An dem Hodgkin-Lymphom erkranken jährlich etwa 1.800 Erwachsene und 200 Kinder. Das sind allein bei den Ersatzkassen jährlich etwa 800 Neuerkrankungen. Bislang wurde nur die Hälfte dieser Patienten nach dem überlegenen Therapiekonzept behandelt. Im Rahmen des IV-Vertrags sollen künftig alle onkologisch tätigen Kliniken und Praxen für die Behandlung nach den strengen Therapieschemata gewonnen werden. Das sieht so aus: Die gesamte Behandlung wird durch einen onkologischen Facharzt koordiniert. Es finden regelmäßig Tumorkonferenzen unter Beteiligung von Hämatologen, Strahlentherapeuten, diagnostisch arbeitende Radiologen, Pathologen und gegebenenfalls weiteren Fachärzten

statt. Dabei erfolgen Diagnostik und Therapie verbindlich nach den international führenden Standards der Hodgkin-Studiengruppen, die individuell auf den einzelnen Patienten ausgerichtet werden und zugleich mit möglichst gering dosierter Bestrahlung und Chemotherapie arbeiten. Ein wesentliches Hilfsmittel ist dabei das Behandlungsprotokoll, das hilft, die vorgegebenen Standards einzuhalten. Im Zentrum von Diagnose und Therapie aber steht die Zweitmeinung. Da die Risiken und Nebenwirkungen von Bestrahlung und Chemotherapie so gering wie möglich zu halten sind, ist die Gefahr einer falsch positiven Befundung zu minimieren. Jede Gewebeprobe wird deshalb grundsätzlich ein zweites Mal in ein pathologisches Institut geschickt, wo sie von für die Erkennung von Hodgkin-Lymphomen ausgewiesenen Experten erneut untersucht werden. So ist sichergestellt, dass selbst in schwierigsten Fällen eine eindeutige Diagnose erstellt wird.

Gleiches gilt natürlich für den umgekehrten Fall. Neben besseren Heilungschancen muss beim frühzeitig erkannten Krebs keine wertvolle Zeit für die Ausbreitungsdiagnostik geopfert werden. Im Weiteren werden auch die Therapiepläne von Experten geprüft und gegebenenfalls in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt korrigiert. Eine Dokumentation rundet das Behandlungsgeschehen ab und bildet die Grundlage für das Funktionieren der interdisziplinären Versorgungskette und damit auch für die Qualitätskontrolle. Eine engmaschige Nachsorge soll das Risiko von Folgeerkrankungen vermindern. Sollte ein Tumor wieder auftreten, ist das Procedere für die Behandlung genau festgelegt.

STICHWORT: MORBUS HODGKIN

Das Hodgkin-Lymphom ist eine Tumorerkrankung im Kindes- oder frühen Erwachsenenalter. Sie entsteht, wenn bestimmte im Knochenmark produzierte Zellarten nicht hergestellt werden. Die Zellen, die die Produktion stören, verhindern auch die Bildung von Antikörpern, was das Immunsystem stört. Dies führt zur Entstehung von Lymphknoten. 1832 beschrieb der Pathologe Thomas Hodgkin in London zum ersten Mal die Schwellung von Lymphknoten und Milz mit Fieber, Gewichtsabnahme und rapidem tödlichen Verlauf, welche nicht – wie zur damaligen Zeit verbreitet – auf eine Tuberkulose- oder Syphilis-Infektion zurückzuführen waren. Etwa 2.000 Patienten erkranken in Deutschland pro Jahr an diesem eher seltenen Krebs. Die Heilungschancen sind gut: während zu Hodgkins Zeiten im 19ten Jahrhundert noch 95 Prozent der Betroffenen starben, können heute 90 Prozent der Patienten in allen Stadien der Krankheit geheilt werden.

Der Rahmenvertrag sieht vor, dass insgesamt 43 Universitätskliniken, 166 Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung und der Großteil der niedergelassenen Onkologen aus Deutschland mittelfristig eine Flächendeckung sicherstellen und zur Regelversorgung von Hodgkin-Patienten werden. Im Ergebnis wollen die Ersatzkassen damit erreichen, dass die Fünf-Jahres-Überlebensrate (der Indikator für die „Heilung“ von Krebsleiden) von 83 auf 91 Prozent erhöht wird. Ein ehrgeiziges Ziel, das sich die Partner gestellt haben. Neben den Ersatzkassen sind das Klinikum der Universität zu Köln, das Universitätsklinikum Leipzig, die Arbeitsgemeinschaft der Hämatologen und Onkologen im Krankenhaus e.V. sowie der Berufsverband der niedergelassenen Hämatologen und internistischen Onkologen in Deutschland e.V. an dem Vertrag beteiligt.

Neue Sozialpolitik in Nordrhein-Westfalen

Karl-Josef Laumann MdL

Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen

Am 22. Mai 2005 haben die Bürger Nordrhein-Westfalens die rot-grüne Landesregierung gewählt. Die alte Landesregierung hat große Probleme hinterlassen: Über eine Million Arbeitslose und eine Staatsverschuldung von mehr als 110 Milliarden Euro. Wir werden den Landeshaushalt sanieren und die Signale auf „Vorfahrt für Arbeit“ stellen. „Die Politik“ kann Arbeitsplätze nicht selbst schaffen, aber sie kann die Rahmenbedingungen gestalten. Die Koalition der Erneuerung steht für Wachstum, soziale Gerechtigkeit und die konsequente Bekämpfung der Arbeitslosigkeit.

Die Jugendlichen und ihre Ausbildung liegen mir besonders am Herzen. 2005 sind in NRW 111.100 neue Ausbildungsverträge abgeschlossen worden. Dennoch haben zum Ende des Ausbildungsjahres im September rd. 9.100 junge Menschen keinen Ausbildungsplatz gefunden. Bis Ende November 2005 konnte für die Hälfte dieser Jugendlichen eine Lösung gefunden werden. Die Partner im Ausbildungskonsens NRW werden sich bis zum Jahresende weiter erheblich anstrengen.

Für eher praktisch begabte Jugendliche führen wir als neues Angebot ein freiwilliges „Werkstattjahr“ ein. Es bietet landesweit allen Jugendlichen unter 18 Jahren die Chance, neben dem Schulunterricht auch Weiterbildungsstätten und Betriebe zu besuchen, um dort Grundfertigkeiten in einem Beruf zu erlernen. Die dort erworbenen Qualifizierungsbausteine sollen bei der individuellen Aus- und Weiterbildung angerechnet werden. Damit erleichtern wir auch den Einstieg in eine duale Ausbildung.

Der Gesundheitssektor ist „Wachstumsbranche Nr. 1“ in Nordrhein-Westfalen. Mehr als eine Millionen Menschen arbeiten hier. 200.000 weitere Arbeitsplätze sind nach Ansicht von Fachleuten in den nächsten zehn Jahren möglich. Das zeigt: Gesundheit ist nicht nur ein Kostenfaktor, Gesundheit ist ein wichtiger Arbeitsmarkt mit hohem Innovationspotenzial wie in der Gesundheitstelematik. Gesundheitswirtschaft verbessert z.B. mit dem Ausbau der integrierten Versorgung die Qualität für die Patienten. Sie ist zugleich ein Exportschlag, indem Medikamente und High-

Tech-Geräte exportiert werden oder Patienten zur Behandlung nach NRW kommen. In Ostwestfalen-Lippe, im Ruhrgebiet und der Region Bonn gibt es bereits regionale Initiativen, die Gesundheitswirtschaft systematisch auszubauen. Auch in der Forschung und Entwicklung für Gesundheit wollen wir Innovationspotenziale für ganz NRW nutzen.

In der Gesundheitspolitik setzen wir auf Prävention, Qualität, Wirtschaftlichkeit und Patientennähe. Die neue Landesregierung wird das Engagement für Prävention und Gesundheitsförderung verstärken und damit bereits im Kinder- und Jugendalter beginnen. Wir wollen aber auch zu mehr körperlicher und seelischer Gesundheit im Alter beitragen. Dazu werden wir gesundheitliche Angebote für ältere Menschen besonders unterstützen. Gemeinsam mit der Landesgesundheitskonferenz wollen wir ein Landespräventionskonzept entwickeln und unsere Maßnahmen daran ausrichten.

Wir wollen die medizinische Versorgung noch stärker an den Interessen der Patienten ausrichten und Qualität und Wirtschaftlichkeit gleichermaßen verbessern. Die althergebrachte Trennung der Sektoren nach ambulanter und stationärer Versorgung und Rehabilitation steht einer stärker integrierten Versorgung im Weg. Krankenkassen und Leistungserbringer sollten Ansätze erarbeiten, die den Weg zu integrierten Versorgungsansätzen öffnen. Wir werden eine enge Kooperation suchen.

Unsere Krankenhauspolitik wird solide finanziert sein. Bei der Neuordnung wollen wir die Finanzierung von Baumaßnahmen zeitlich enger mit den Planungsentscheidungen verzahnen und auch die Planungsverfahren straffen und entbürokratisieren. Das Finanzgebaren von Rot-Grün war auch in der Krankenhausfinanzierung unseriös. Rot-Grün hat seit 2002 mehr Baumaßnahmen bewilligt als tatsächliche Mittel bereitstanden.

Auch in der Pflege stehen wir vor großen Herausforderungen. In NRW leben heute rund 460.000 pflegebedürftige Menschen. In den kommenden fünf Jahren wird diese Zahl auf ca. 500.000 steigen und 2020 werden es schon 640.000 Men-

schen sein. Hinzu kommen diejenigen, die nicht als pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung gelten, deren Alltagskompetenz, z.B. aufgrund von Demenzerkrankungen, aber dennoch eingeschränkt ist. Ihre Zahl wird auf rund 300.000 geschätzt.

Wir verfolgen zwei Hauptziele: Gute Versorgung Pflegebedürftiger und Unterstützung ihrer Angehörigen. Wir werden deshalb die stationäre Versorgung weiterentwickeln und beispielsweise familienunterstützende Dienste aufbauen.

Ein Leitbild unserer Pflegepolitik ist: Mehr Zeit für die Pflege, weniger Bürokratie. Bürokratie und Dokumentationsaufwand in der Pflege werden wir auf das nötige Maß zurückfahren. Die Pflegekräfte sollen wieder mehr Zeit für die Menschen und die Pflege haben.

Außerdem stellt die steigende Zahl der Demenzerkrankungen eine besondere Herausforderung dar. Maßnahmen und Projekte zur Pflege Demenzerkrankter, wie der „Demenz Service NRW“ werden weiterentwickelt.

Gute und menschenwürdige Pflege sichern nur ausgebildete Fachkräfte. Deshalb fördert die Landesregierung 1.000 neue Schulplätze in den Altenpflegeseminaren. Damit erreichen wir zwei Ziele zugleich: Wir tragen dem Bedarf an qualifizierten Altenpflegekräften Rechnung und bieten jungen Menschen eine Ausbildungschance in einem zukunftsträchtigen Beruf.

Wie solidarisch und menschlich eine Gesellschaft ist, zeigt sich in ihrem Umgang mit den Schwächeren. In den nächsten Monaten werden wir ein Sonderprogramm „Teilhabe für alle“ vorlegen und damit neue Akzente für Bildung und berufliche Eingliederung für Menschen mit Behinderungen setzen.

Wir werden auch für die Arbeitsmarktintegration älterer Menschen und von Menschen mit Behinderung neue Impulse geben. Dazu erproben wir Kombilohn-Projekte für Menschen mit Lernbehinderungen und schwer qualifizierbare Menschen. Ziel ist ihre Teilhabe auf dem ersten Arbeitsmarkt.

Auch künftig müssen behinderte Menschen, die auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht Fuß fassen, eine Ausbildungschance in Berufsbildungswerken, Berufsförderungswerken und Werkstätten für Behinderte haben. Kürzungen in diesem Bereich lehne ich ab.

Abschließend möchte ich feststellen: Wenn wir mehr wirtschaftliche Dynamik und damit neue Arbeitsplätze anstreben, müssen wir auch an die „Kleinen Leute“ und ihre Sorgen denken. Die CDU muss ihr stärkstes Kapital als Volkspartei wahren: Wirtschaftliche Kompetenz und christliche Soziallehre vereint in einer Partei. Einer Partei, die weder sozialromantisch noch neoliberal, sondern wirtschaftlich vernünftig und sozial handelt.



Karl-Josef Laumann

ZUR PERSON:

Karl-Josef Laumann MdL Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Geboren 1957, verheiratet, drei Kinder. Ausbildung zum Maschinenschlosser. Präsidiumsmitglied der CDU Deutschlands, Bundesvorsitzender der Christlich Demokratischen Arbeitnehmerschaft (CDA). Von 1990 bis 2005 Abgeordneter des Deutschen Bundestags. Seit 2005 Abgeordneter des Landtags NRW und seit Juni 2005 Minister.

Ärzteproteste in NRW

Kein Nachwuchsmangel in den Krankenhäusern

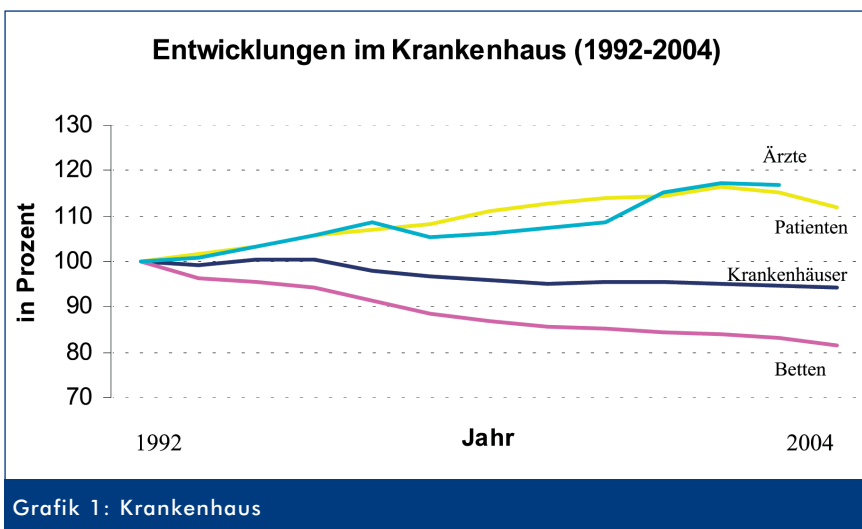
Die Ärzte gehen auf die Straße. Die Ärzte streiken. Die Ärzte machen mobil. Es geht um schlechte Arbeitszeiten, schlechte Arbeitsbedingungen, schlechte Gehälter. Dabei werden Notstände an die Wand gemalt, die einer Überprüfung nicht standhalten.

Die häufigsten Vorwürfe:

- Die Gehälter der Krankenhausärzte seien zu niedrig! Richtig ist: Nach Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) verdienen Klinikärzte im Einstieg zwischen 50.000 und 60.000 Euro im Jahr. Oberärzte erhalten ca. 90.000 Euro, Chefarzte 275.000 Euro. Das DIW Berlin bestätigt, dass sich die Einkommenssituation von jungen Ärzten verschlechtert habe. Dies werde aber, so das DIW durch die günstigen Einkommensperspektiven über das gesamte Berufsleben relativiert. Durch die Abschaffung des Arztes im Praktikum (AIP) 2004 starten heute junge Ärztinnen und Ärzte bereits mit einem BAT II-Gehalt. Dies können sie – anders als in den meisten anderen Berufen – durch Bereitschaftsdienste maximieren. Dies gelingt in der Regel zwischen 1.000 und 1.500 Euro Brutto. Während der Marburger Bund eine Steigerung der Ärztegehälter um 30 Prozent fordert, wollen anderen Angaben zur Folge 80 Prozent der Ärzte das Bereitschaftszeiten/Entlohnungssystem nicht verändern.
- Die Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern seien schlecht! Übermüdung, zu wenig Zeit für die Patienten, zu viel Stress machten Jobs im Aus-

land oder in der Pharmabranche zunehmend attraktiver. Nachwuchsprobleme drohten. Richtig ist: Ob und in welchem Maße die Verbesserung der Arbeitszeiten in deutschen Krankenhäusern Neueinstellungen notwendig macht, ist offen. Während die Angaben über die Höhe stark variieren und zwischen 6.000 (Marburger Bund) und 17.000 Ärzten (DKG) liegen, gehen die Krankenkassen davon aus, dass zuvor interne Reorganisationsmaßnahmen ergriffen werden müssen, um den Personaleinsatz rationaler zu gestalten. Laut DKG haben bereits 40 Prozent der Krankenhäuser flexible Arbeitszeitregelungen vereinbart, um den Anforderungen der EU zu begegnen. Der Europäische Gerichtshof hatte eine europäische Richtlinie bestätigt, nach der Bereitschaftszeiten Arbeitszeit ist.

- Stellenbesetzungsprobleme nehmen zu! Richtig ist: Aus einem Bewerbermangel einzelner Kliniken lässt sich kein generelles Nachwuchsproblem konstruieren. Schließlich ist in NRW die Zahl der in den Krankenhäusern tätigen Ärztinnen und Ärzte kontinuierlich angestiegen – seit Beginn der 90er Jahre um fast 17 Prozent. Diese arbeiten unter gleichen oder ähnlichen Arbeitsbedingungen wie andernorts. Wenn es also punktuelle Wiederbesetzungsprobleme – so in Ostdeutschland – gibt, müssen andere Gründe ausschlaggebend sein. Dies zum Anlass zu nehmen, quer durch die Bundesrepublik überbordende Gehaltssteigerungen zu fordern, ist unangemessen und falsch. Es bedarf stärkerer individueller Anreize zur Lösung der konkreten Probleme. Und zwar dort, wo sie bestehen.



Einige Zahlen relativieren das Problem. Während die Anzahl der in den Krankenhäusern tätigen Ärztinnen und Ärzte seit Beginn der neunziger Jahre drastisch zugenommen hat, ist die Zahl der Krankenhaushfälle weniger stark gestiegen. Zudem ist die Anzahl der Krankenhäuser und der Betten kleiner geworden. Die Verweildauer reduzierte sich um gut ein Viertel auf nunmehr 9,7 Tage. Das heißt: Jeder Arzt betreut heute weniger Patienten in weniger Betten. Das ist keine Verschlechterung der Arbeitsbedingungen des ärztlichen Personals.

Die Zahlen entlarven den Protest als das, was er im Kern ist: ein großes Getöse für ein einziges Anliegen: mehr Geld! Es täte gut, wenn der Marburger Bund anstelle schräger Vergleiche mit hohen Arzteinkommen in den USA auch einen Vergleich mit anderen Berufsgruppen in Deutschland anstrengen würde. Dann

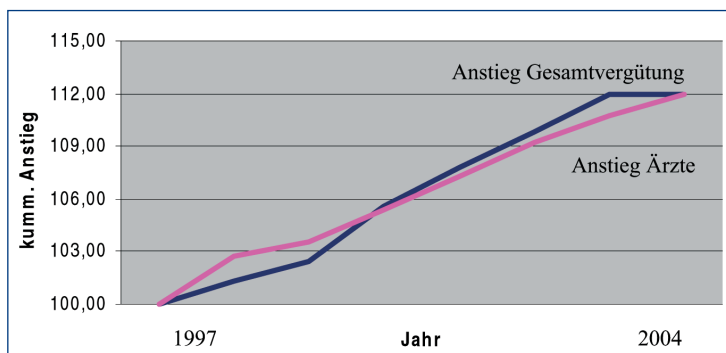
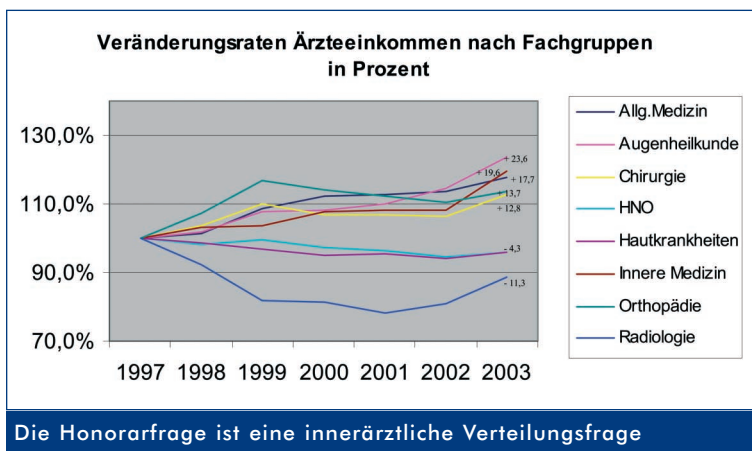
könnte er sehen, dass eine Gehaltsforderung von zusätzlichen 30 Prozent „einzigartig“ ist in einer Zeit, in der weite Teile der Arbeitnehmer deutliche Gehaltseinbußen hinnehmen müssen, Sonderzahlungen gestrichen bekommen und mit ihren arbeitgebenden Firmen „Solidaritätsabsprachen“ zum Arbeitsplatzzerhalt treffen.

Rheinisch-Bergische Ärzte organisieren Streiks

Das Modell der Rheinisch-Bergischen Ärzte, die Praxen mittwochs aus Protest geschlossen zu halten, soll angeblich bundesweit propagiert werden. Das kündigte die Bezirksstelle Rheinisch-Bergischer Kreis der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein an. Eine Notversorgung würde aber sichergestellt. Organisator der Proteste, die sich gegen die Krankenkassen richten, ist der Leiter der Bezirksstelle Dr. Heribert Wiener. Die Kassen würden steigende Ausgaben für Arzneimittel einfach durch ständig sinkende Arzthonorare ausgleichen.

Das ist falsch. Die Ersatzkassen – und nicht nur sie – zahlen Jahr für Jahr mehr Geld für ärztliche Leistungen. Bezogen auf das einzelne Mitglied von Ersatzkassen stieg in den letzten Jahren die für die Ärzte bereitgestellte Geldmenge („Gesamtvergütung“) durchschnittlich jährlich um 1,63 Prozent. Die Zahl der Ärzte in den Praxen stieg im gleichen Zeitraum exakt gleich stark. Damit haben die Ersatzkassen sogar die permanenten Arztzahlsteigerungen der letzten Jahre honorartechnisch nachvollzogen. Das heißt: Nach wie vor steht ein gleichermaßen gewachsener Kuchen zur Verfügung, den es innerärztlich aufzuteilen gilt. Und hier liegt das eigentliche Problem. Durch die Reform des Einheit-

lichen Bewertungsmaßstabs (EBM 2000+), der die Werte der ärztlichen Einzelleistungen zueinander ins Verhältnis setzt, ist es in Verbindung mit den in Nordrhein bestehenden unseligen individuellen Praxisbudgets zu zum Teil drastischen Verschiebungen im Honorargefüge gekommen. Verlierer dieses Vorgangs sind beispielsweise ambulante Operateure und Chirurgen, Gewinner die ohnehin gut situierten Laborärzte. Dies ist unbestritten ein Problem, aber ein hausgemachtes.



Die Vergütung durch die Ersatzkassen hat sogar mit dem permanenten Anstieg der Arztzahlen mitgehalten.

Das vor diesem Hintergrund ein uninformierter Arzt auf die Barrikaden geht, muss man verstehen. Dies zum Anlass zu nehmen, um mit breit angelegten Protestaktionen gegen die Krankenkassen zu Felde zu ziehen, um insgesamt mehr Geld ins gefräßige Ärztesystem zu pumpen, ist nicht akzeptabel. Dass dies die so genannte „Freie Ärzteschaft“ tut, deren Funktionäre nicht unbedingt zu den Verlierern im gegenwärtigen Honorarkrieg zählen, ist eines. Das sich aber Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung an die Spitze solcher Protestkampagnen stellen, ist völlig unakzeptabel. Es gehört schon eine große Portion Dreistigkeit und ein extrem verzerrter Realitätssinn dazu, eigenverursachte Probleme anderen mit Getöse ans Revers heften zu wollen. KV-Bezirksvorstand Wiener sollte dringlichst sein Rollenverständnis prüfen.

Präventionsprogramm NRW

Landesgesundheitskonferenz bündelt Aktivitäten

Die Landesgesundheitskonferenz hat mit ihrer Entschließung zur Gesundheitsförderung und Prävention den Startschuss für ein landesweites Präventionsprogramm gegeben. „Eine Investition in Lebensqualität“ – so der Arbeitstitel – soll das Programm werden. Und Investitionen verlangen sich die Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz auch ab; allen voran die Krankenkassen.

Diese hatten sich schon im Vorfeld bereit erklärt, neben ihren eigenen kassenindividuellen Aktivitäten zusätzlich eine gemeinsame Initiative zu schultern und sich dafür die geeigneten Kooperationspartner zu suchen. Dabei wollen sie verstärkt Kindergärten in den Blick nehmen, in denen sich besonders viel Kinder aus benachteiligten Schichten befinden. Schließlich ist hier der Bedarf am höchsten, eine Gegensteuerung zu den zu Hause oftmals falsch erlernten Verhaltensweisen besonders wichtig. Dieses Projekt wird eine der Säulen bilden, auf denen das Landespraventionsprogramm NRW ruht.

Den Grundpfeiler bildet das Engagement der einzelnen Beteiligten in der Prävention – auch in wechselnden Kooperationen. Allein die Krankenkassen bestreiten einen breiten Fächer von Setting-Aktivitäten in Schulen und Kindergärten: Fünf am Tag der BARMER, Snake oder „Bleib locker!“ – gegen den Stress in der Schule der Techniker Krankenkasse, Glasklar – eine Alkoholpraventionskampagne der DAK, Be smart – don’t start gegen das Rauchen, Gesunde Schule... Gerade die Krankenkassen haben in den vergangenen Jahren ihre Anstrengungen in diesem Bereich stark intensiviert. Gerne greift das Landespraventionsprogramm auf diese Vielfalt zurück. Sollte im Rahmen des Präventionsprogramms und bei der Projektpartnersuche an diesen Stellen eine Intensivierung der bewährten Programme erfolgen – umso besser!

Diese und andere Maßnahmen werden im Weiteren in einer Online-Bestandsaufnahme gebündelt und für Interessierte strukturiert aufbereitet. Damit soll ein Prozess in Gang gesetzt werden, neue Partner und Kooperationen im Rahmen der Prävention zu finden und bewährte Projekte zu verbreiten. Der „PraventionsGesundheitsfor-

derungsProjektundModellDschungel“ wird dadurch ein Stück weit lichter. Einziger Wermutstropfen: Vieles im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung ist (noch) nicht evaluiert. Dieses Defizit zieht sich quer durch die Landschaft. Der Interessent wird gut beraten sein, an dieser Stelle aufmerksam zu sein. Nicht jedes Projekt, das einmal in der Praxis durchgeführt worden ist, ist automatisch ein bewährtes Projekt. Im Rahmen der Bestandsaufnahme wird mit Blick auf die Evaluation sauber zu differenzieren sein, will sich die Landesgesundheitskonferenz „sauber halten“.

Die letzte Säule bilden so genannte Landesinitiativen, wie sie bereits vereinzelt bestehen. „Leben ohne Qualm“ ist ein solches Beispiel. Ein Rahmenprojekt, das in Schulen das Thema Rauchen/Nichtrauchen platziert und Neun- bis Vierzehnjahrige animieren soll, sich auf jugendgerechte Weise mit dem Rauchen auseinander zu setzen. Das Land sieht im Instrument der Landesinitiativen eine gute Möglichkeit, weitere Themen aufzugreifen und systematisch auszuarbeiten. Von hervorgehobener Bedeutung ist dabei die Gesundheit von Mutter und Kind, ein Anliegen, das aufgrund der vergleichsweise hohen Säuglingssterblichkeit in Nordrhein-Westfalen im Fokus der Landesregierung steht. Aber auch die Kinder- und Jugendgesundheit sowie die Gesunderhaltung im Seniorenalter sind für das Land von hoher Bedeutung. Es wird sich im Laufe der Zeit zeigen, welche konkreten Initiativen im Rahmen des Präventionsprogramms mit welchen Partnern das Licht der Welt erblicken werden.

Unterm Strich ist die Entschließung ein ehrgeiziges Programm. Sie bewährt sich in dem Mae, wie die einzelnen Beteiligten Bereitschaft zeigen, sich einzubringen und zu kooperieren. Mit Blick auf das zu erwartende Bundespraventionsgesetz ist die Initiative der Landesgesundheitskonferenz durchaus als Chance zu begreifen, der Politik zu demonstrieren, dass es neben dem staatlich verschriebenen Weg auch einen auf Freiwilligkeit beruhenden gemeinsamen Konsens geben kann. Das dieser nicht schmal sein muss, zeigt das Landespraventionsprogramm NRW eindrücklich.

„Geburtenplanung“

Kaiserschnitte erobern die Geburtshilfe

Mit Sorge beobachten kritische Hebammen und Mediziner, dass seit mehr als einem Jahrzehnt die Kaiserschnitt-rate beständig steigt. Inzwischen kommt in Deutschland jedes vierte Kind per Schnittentbindung auf die Welt – mit sich fortsetzendem Trend. Vor zehn Jahren lag dieser Anteil der Geburtsmethode noch bei 17 Prozent, wie das Statistische Bundesamt in Wiesbaden mitteilte.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzt, dass nur bei zehn Prozent aller Geburten eine medizinische Notwendigkeit für einen Kaiserschnitt besteht. Vor allem die „Kaiserschnitte auf Wunsch“ – also ohne medizinische Indikation – nehmen zu. Immer häufiger wird in deutschen Kliniken nach einer Entbindung per Kaiserschnitt gefragt. Kein Wun-

der. Prominente Mütter wie Claudia Schiffer oder Verona Poth machen es vor. Heute wird eine Entbindung ganz selbstverständlich zwischen zwei wichtige Fußballspiele des Vaters oder auf einen „Wunschtag“ gelegt, um den Sternen ein Schnippchen zu schlagen.

„Diesen Trend lehnen wir ab“, so Dr. Gregor Haunerland, Chefarzt der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe im Evangelischen Krankenhaus Paderborn. Im September fand dort eine Fachkonferenz zu diesem Thema statt. Ärzte und Hebammen diskutierten über das Thema „Wunsch-Kaiserschnitt“ und ließen sich unter anderem von einem Rechtsanwalt beraten. Wunschkaiserschnitte als Ausdruck freier Selbstbestimmung und Selbstverantwortung verstoßen weder gegen die guten Sitten, noch gegen Zivil-, Straf- oder Berufsrecht, so die Aussage des Rechtsanwaltes Dieter Cramer. Er empfahl allerdings eine ausführliche Beratung der Patientin und eine gute Dokumentation. Desweiteren muss die Frau über das notwendige Urteilsvermögen verfügen. Dies sei vor allem bei minderjährigen und bei bildungsfernen Frauen gut zu prüfen.

Ebenso deutlich fällt die Antwort auf die Frage nach der Kostenübernahme für einen solchen Wunsch-Kaiserschnitt durch die gesetzliche Krankenkasse aus: Kaiserschnitt-Entbindungen ohne medizinische Notwendigkeit sind keine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen. Darüber hinaus liegen die Kosten für einen Kaiserschnitt rund 40 Prozent höher als bei einer Geburt über die Scheide. Der wesentliche Aspekt ist jedoch, dass die Frauen ohne medizinische Notwendigkeit ein wesentlich höheres Risiko eingehen. Ein Kaiserschnitt ist eine große Bauchoperation. Das Risiko einer Thrombose zum Beispiel ist deutlich höher als bei natürlichen Geburten. Des Weiteren haben Frauen nach einem Kaiserschnitt bei der nächsten Schwangerschaft und Geburt möglicherweise besondere Probleme.

Dr. Gregor Haunerland vom St. Johannesstift in Paderborn warnt allerdings vor Extrempositionen. „Nicht nur die natürliche Geburt ist die ‚richtige‘ Geburt – Kaiserschnitt Entbindungen aus medizinischen Gründen haben selbstverständlich ihren Platz.“

INTERVIEW MIT MICHAELA BREMSTELLER, HEBAMME AM EVANGELISCHEN KRANKENHAUS – ST. JOHANNESSTIFT, PADERBORN



Michaela Bremsteller

▼ Frau Bremsteller, wurden Sie schon auf einen „Wunsch-Kaiserschnitt“ angesprochen?

▲ Einige wenige Male. Zu einer Hebamme kommen aber eher Frauen, die sich für eine natürliche Entbindung entschieden haben.

▼ Sie kennen aber die steigenden Zahlen von Kaiserschnitt-Entbindungen?

▲ Frauen, die einen Kaiserschnitt wünschen, sprechen in den meisten Fällen ihren Gynäkologen oder die Ärzte in den Krankenhäusern direkt an. In unserem Haus wird dann mit der Frau ein ausführliches Gespräch geführt – bei Wunsch unter Hinzuziehung einer Hebamme. In vielen Fällen haben die Frauen Angst vor den Schmerzen oder Angst davor, die Kontrolle zu verlieren. Schließlich ist die Geburt eine Situation, die sie nicht beeinflussen können.

▼ Was sagen Sie den Frauen in einer solchen Situation?

▲ Die werdenden Mütter brauchen Informationen. Sie müssen wissen, dass eine Kaiserschnitt-Entbindung nicht grundsätzlich sicherer ist und eine natürliche Geburt nicht grundsätzlich traumatisch. Wir bieten regelmäßige Hebammensprechstunden an. Desweiteren besteht die Möglichkeit mit den Gynäkologen des Hauses vorbereitende Gespräche zu führen.

▼ Frau Bremsteller, wieviel Entbindungen gibt es im Ev. Krankenhaus in Paderborn?

▲ In diesem Jahr kommen wir im St. Johannesstift auf rund 1.000 Entbindungen. Die stetig wachsende Zahl zeigt, dass sich die Frauen bei uns gut aufgehoben fühlen und das freut uns natürlich sehr. Wir sind im St. Johannesstift achtzehn in Teilzeit angestellte Hebammen. Wir alle bieten nebenberuflich Geburtsvorbereitungskurse an und übernehmen die Vor- und Nachbetreuung der Mütter.

DAK/HaMü: Bessere Behandlung bei rheumatoider Arthritis

Gemeinsam mit dem Evangelischen Krankenhaus in Düsseldorf haben DAK und Hamburg Münchener Krankenkasse eine Initiative gestartet, in deren Mittelpunkt die Verbesserung der Versorgung von Menschen mit rheumatoider Arthritis steht. Der Vertrag wurde anlässlich der Eröffnung der ersten gemeinsamen Geschäftsstelle von DAK und HaMü in Düsseldorf unterzeichnet.

Im Ausgang geht es darum, die rheumatoide Arthritis möglichst früh zu diagnostizieren und anhand einer rechtzeitig einsetzenden und leitlinien-gerechten Therapie die Behandlungsperspektiven zu optimieren. Dabei sind ambulante und stationäre Behandlung sowie die Rehabilitation eng mitein-

ander verzahnt worden und arbeiten nach einem eigens für das Projekt entwickelten integrierten Versorgungsmanagement.

Karl Hermann Haack, ehemaliger Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen und Fachmann für Rehabilitationsbelange, hob anlässlich der Unterzeichnung des Vertrags hervor, dass ihm in Bezug auf behinderte Menschen besonders die Barrierefreiheit am Herzen liege. In der gemeinsamen Geschäftsstelle von DAK und HaMü, die zeitgleich mit der Vertragsunterzeichnung eröffnet wurde, ist dies vorbildlich erfüllt. Alle Bereiche können auch mit dem Rollstuhl erreicht werden.



Jens Spahn (MdB)

WIR STELLEN VOR:

Bundestagsabgeordnete aus NRW – Mitglied im Ausschuss Gesundheit und Soziales

- Wie ist Ihr Name?
- Jens Spahn
- Wann und wo sind Sie geboren?
- Am 16. Mai 1980 im schönen münsterländischen Ahaus
- Seit wann sind Sie Mitglied des Bundestages?
- Seit Oktober 2002

- Wo sehen Sie die Schwerpunkte Ihrer Ausschuss-Arbeit?
- 2050 werde ich 70 Jahre alt sein. Dass dann mit Blick auf die derzeitige hohe Arbeitslosigkeit und den sich abzeichnenden demographischen Wandel die sozialen Sicherungssysteme auch für mich und meine Generation noch verlässlich sind, dass auch dann noch gilt, jeder erhält unabhängig von Alter oder Einkommen das medizinisch Notwendige, dafür kämpfe ich. Daneben befasse ich mich mit den Themen HIV/AIDS und Drogenpolitik.
- Was müsste Ihrer Meinung nach vordringlich im Gesundheitswesen geändert werden?
- Der Versicherte muss mehr als bisher der Entscheider im System werden. Voraussetzung dafür ist Transparenz in jeder Hinsicht: über die Kosten genauso wie über Qualität und Umfang angebotener Leistungen. Nur wer weiß, was wie viel kostet und worin einzelne Angebote differieren, kann selbstständiger Entscheidungen treffen – sei es, welche Krankenkasse er wählt oder welches Krankenhaus oder Arzt. Konsequenz: prozentuale Zuzahlung setzte daneben jedem einen Anreiz, sich wirtschaftlich zu verhalten, ganz ohne übermäßige planwirtschaftliche Eingriffe. Erster Schritt einer neuen Gesundheitspolitik muss aber die lohnunabhängige Finanzierung über eine einheitliche Gesundheitsprämie, sozial abgedeckt durch Steuermittel, sein. Sie befreite uns mit einem Schlag von gut 14 Prozent Lohnnebenkosten und entließe die Gesundheitswirtschaft viel stärker in die Dynamik des Wachstumsmarktes, der sie wirklich ist.
- Was tun Sie persönlich für Ihre Gesundheit?
- Ich treibe regelmäßig 2-3-mal die Woche Sport und bemühe mich, gerade in Sitzungswochen in Berlin nicht zu viel zu fett zu essen. Meistens klappt's.

* Welcher Partei gehören Sie an?

* Ich bin Mitglied der CDU.

Ausblick

Krankenhauslandschaft NRW

Vor vier Jahren sind Politik und Selbstverwaltung in NRW gestartet, die Krankenhausstrukturen neu zu gestalten. Die Anpassung an die aktuelle Entwicklung im Krankenhaussektor erforderte einen Kapazitätsabbau im somatischen Bereich in der Größenordnung von 9.500 Betten oder 7,94 Prozent. Hier auf hatten sich das Gesundheitsministerium, die Krankenhausgesellschaft und die Verbände der Kostenträger wie auch die übrigen Beteiligten im September 2001 in einer zweitägigen Klausurtagung verständigt. In zahlreichen regionalen Planungskonzepten wurde diese Zielvorgabe überwiegend einvernehmlich zwischen den Krankenhausträgern und den Verbänden der Kostenträger umgesetzt.

Über die Details der Ergebnisse und deren Bewertung berichten wir im nächsten Länderreport. Darü-

ber hinaus geben wir einen Ausblick auf die anlaufende Psychiatrieplanung.

Für Journalisten veranstaltet die Landesvertretung NRW und die Landesbereichsvertretung Westfalen-Lippe zum Thema ein Presseseminar in Düsseldorf und Dortmund. Zentraler Punkt wird inhaltlich die Frage sein, wie künftig Krankenhausplanung einerseits und Preisregulierung über DRGs andererseits in Übereinstimmung gebracht werden können. Hier wird es in den nächsten Jahren gewaltig „knirschen“ und entscheidend für die Zukunft der Krankenhauslandschaft in NRW sein. Einladung und Terminhinweise auf Anfrage bei

Ulrich Mohr 0211/ 384 10 15 und
Bärbel Brünger 0231/ 91 771 20

KURZ GEMELDET:

- Wieder mehr AIDS-Infektionen: Die Zahl der Neuinfektionen von AIDS steigen an. Nach Angaben des Robert Koch Instituts gibt es allein im ersten Halbjahr 2005 einen Anstieg zwischen 10 und 20 Prozent. Vertreter der AIDS-Hilfe mahnten den zum Teil sorglosen Umgang mit dem Risiko an. AIDS sei nach wie vor keine chronische Krankheit. AIDS sei tödlich. Insgesamt sind in der Bundesrepublik 49.000 Menschen an AIDS erkrankt. An Bund, Länder und Kommunen appellierte die AIDS-Hilfe, die zielgruppenspezifische Prävention aufrecht zu erhalten.
- Selbstbehalt-Modell erfolgreich: Die Techniker Krankenkasse hat seit 2003 ein Selbstbehaltmodell, das freiwillig Versicherten ermöglicht, bis zu 240 Euro im Jahr zu sparen. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleituntersuchung belegen darüber hinaus, dass auch die Kasse spart; 2003 insgesamt 1,7 Millionen Euro an Arzt-, Medikamenten- und Krankenhauskosten. Es gelinge ihr, so die Techniker Krankenkasse, dadurch gut ein Viertel von potenziell zur Privaten Krankenversicherung wechselnden Mitgliedern zu halten. Ein Halteeffekt, der im GKV-System mit gut fünf Millionen Euro zu Buche schlage.
- Zum dritten Mal hat die Kaufmännische Krankenkasse ihren mit insgesamt 26.000 Euro dotierten Innovationspreis für Früherkennung und Prävention vergeben. Im Rahmen der MEDICA in Düsseldorf ging dabei der erste Preis an die Sport-REHA GmbH in Berlin, die einheitliche wissenschaftlich fundierte Standards zur Prävention der Osteoporose entwickelt hat. Zur Bedeutung des Projekts: In Deutschland sind schätzungsweise vier Millionen Menschen erkrankt. Wesentliche Begleiterscheinungen der Krankheit sind Wirbelkörperbrüche und Oberschenkelhalsfrakturen.
- Gesundheitsberichte NRW: Als eines der ersten Bundesländer befasste sich das Land Nordrhein-Westfalen mit der Formulierung und Umsetzung von Gesundheitszielen. Diese Ziele sollten dazu beitragen, die Gesundheitspolitik zu strukturieren und die Verzahnung mit anderen Politikfeldern zu fördern; Prioritäten zu definieren und eine verbesserte Effizienzkontrolle zu ermöglichen. Eine ausführliche Bestandsaufnahme wurde nun veröffentlicht: Zehn Jahre Gesundheitsziele Nordrhein-Westfalen – 1995 bis 2005.
- In NRW sind im vergangenen Jahr 1.704 Menschen durch Selbsttötung ums Leben gekommen. Drei Viertel davon waren Männer. Damit starben durch Selbstmord doppelt so viele Menschen wie beispielsweise im Straßenverkehr. Insgesamt starben in NRW 184.449 Personen. Todesursache Nr. 1 – mit 45 Prozent – waren Erkrankungen des Kreislaufsystems. Gefolgt von Krebs – 26 Prozent – und Krankheiten des Atmungssystems – 8 Prozent.
- Unter Dach und Fach: Nach fast zweijährigen Verhandlungen mit den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege konnte nun ein neuer Rahmenvertrag zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege geschlossen werden. Neu aufgenommen wurden konkrete Regelungen zur Qualitätsverbesserung und -sicherung. Einen Schwerpunkt in diesem Zusammenhang bildet dabei die erstmalige Verpflichtung der Pflegeanbieter zur regelmäßigen Fort- und Weiterbildung. „ersatzkassen in nrw“ wird in der nächsten Ausgabe ausführlich berichten.

Persönlich

- Am 23. November 2005 wurde Sieghart Niggemann, Leiter der VdAK/AEV Landesbereichsvertretung Westfalen-Lippe, zum Vorsitzenden des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) Westfalen-Lippe gewählt. Er leitet damit ein zwölfköpfiges Gremium, das aus jeweils zwei Vertretern bzw. Vertreterinnen der sechs Krankenkassen/-verbände besteht. Der MDK in Westfalen-Lippe hat 660 Beschäftigte in

Sieghart Niggemann,
Leiter der
Landesbe-
reichsvertre-
tung West-
falen-Lippe



34 Dienststellen und ist damit einer der größten Medizinischen Dienste in Deutschland.

- Andreas Hustadt, Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung wurde in den Landesfachbeirat Rettungsdienst berufen.

UND DA WAR NOCH ...

... die japanische Teemeisterin, die vor dem Bundessozialgericht ihre Anerkennung als selbstständige Künstlerin im Sinne der Künstlersozialversicherung vergeblich durchzusetzen versuchte. Das Gericht befand, dass – auch wenn die Ausübung der Teezeremonie in Japan als Kunst gilt und eine langjährige Ausbildung erfordere – dies für die Einordnung der Klägerin als Künstlerin nicht maßgebend wäre. Die Ausübung der japanischen Teezeremonie sei lediglich exotisches Brauchtum, selbst wenn es dem Ausübenden einen gewissen eigenschöpferischen Spielraum belässt. Die Klägerin sei auch nicht als Schauspielerin anzusehen, weil sie keine Menschen oder andere Lebewesen darstelle, sondern die japanische Teemeisterin selbst verkörpert. Soweit ihre Kunst behrenden Charakter trüge, lehre sie keine Kunst, sondern vermittele Wissen über Brauchtum. (BSG – B 3 KR 13/04 R)

An „ersatzkassen in nrw“

Liebe Redaktion,

vorige Tage habe ich einen PR-Leitfaden zu einer Aktion der Freien Ärzteschaft am 14.12.2005 „Ärzte schauen nach, wo das Geld der Kassen versickert“ in die Hände bekommen. Darin heißt es: „Wenn Ihr Gegenüber (ein Mitarbeiter bzw. eine Mitarbeiterin einer Krankenkasse ist dort gemeint) nicht antworten kann oder stottert – um so besser: Unterdrücken Sie Ihren ärztlichen Hilfeimpuls und denken Sie daran, dass die Journalisten genau dies mitkriegen sollen!“

Das Menschenbild, dass hinter solchen Aussagen steht, wird mehr als deutlich. Da gibt es die guten Ärzte, die den lieben langen Tag heilen, lindern, helfen und ihre Patienten „kompetent und gut (also fachärztlich!)“ versorgen (auch ein Zitat aus dem Leitfaden). Auf der anderen Seite gibt es die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Krankenkassen. Die sind unwissend, dumm und so verunsichert, wenn Ärzte in ihrer Geschäftsstelle auflaufen, dass sie stammeln und stottern. Was dann diese Ärzte auch noch freut.

Vielleicht können Sie anregen, dass sich die Mitglieder der Freien Ärzteschaft als solche zu erkennen gäben. Dann hätten Kassenmitarbeiter wie ich die Möglichkeit, Begegnungen mit diesen Ärzten zu vermeiden. Nicht nur Journalisten sind Versicherte und Patienten; die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Krankenkassen sind es auch!

IMPRESSUM

Herausgeber: Landesvertretung Nordrhein-Westfalen des VdAK/AEV
Graf-Adolf-Str. 67-69 · 40210 Düsseldorf
Telefon: 02 11 / 3 84 10-0 · Telefax: 02 11 / 3 84 10-20
Verantwortlich: Andreas Hustadt · Redaktion: Ulrich Mohr, Bärbel Brünger