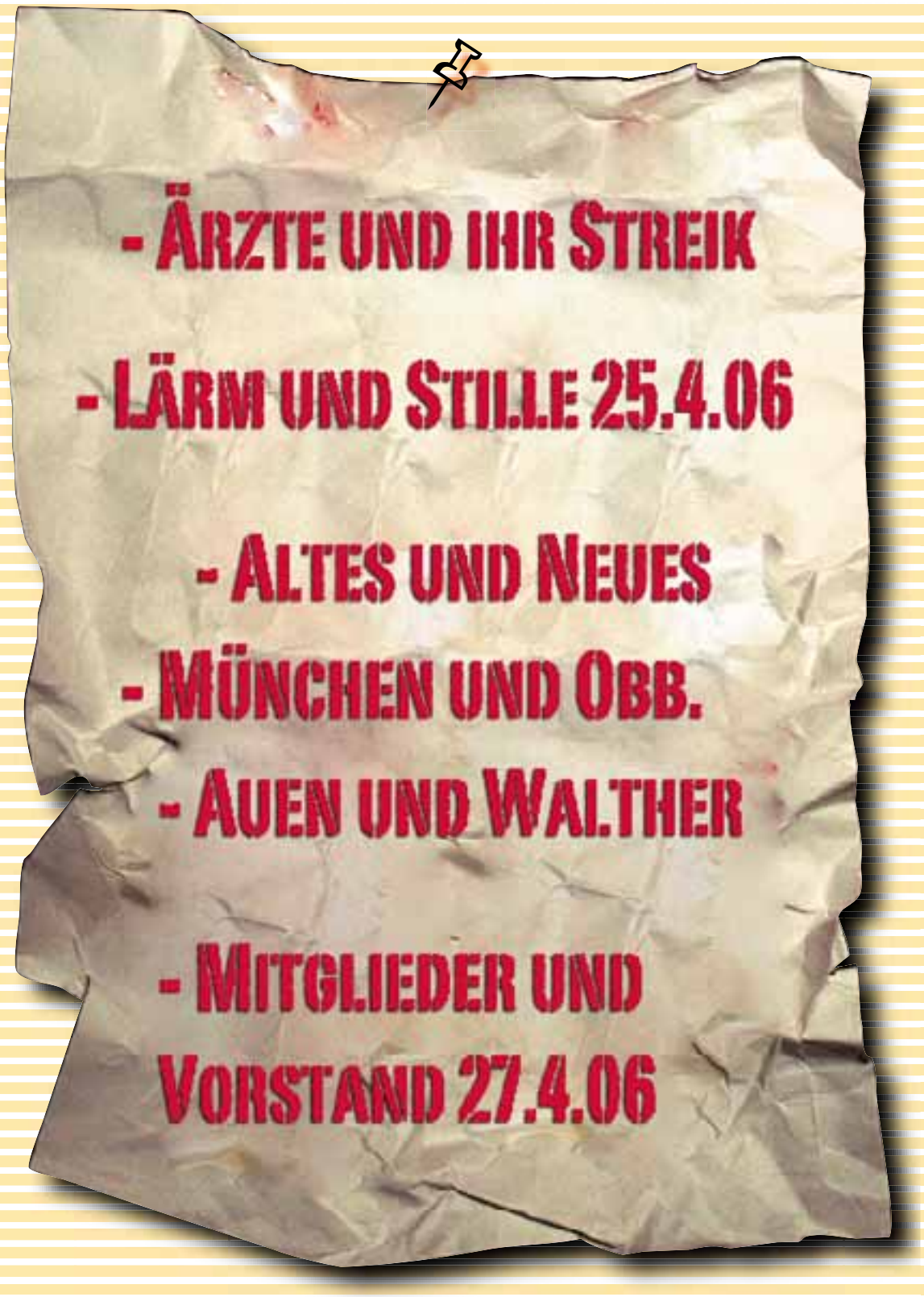
http://www.gesundheitsladen-muenchen.de

Gesundheits laden Rundbrief

Nummer 1/2006
26. Jahrgang

Berichte· Dokumentationen· Veranstaltungshinweise



GESUNDHEITSLADEN MÜNCHEN e.V.
INFORMATIONS- UND KOMMUNIKATIONS-ZENTRUM

AUENSTRASSE 31
80469 MÜNCHEN

TELEFON
089 / 77 25 65
FAX 089 / 725 04 74

http:
www.gesundheitsladen-muenchen.de
email: mail@gesundheitsladen-muenchen.de

Öffnungszeiten:
Mo - Fr 10 - 13 Uhr
Mo, Do 17 - 19 Uhr

PatientInnenstelle:
Mo 17 - 20 Uhr
Do, Fr 10 - 13 Uhr

Spendenkonto:
Bank für Sozialwirtschaft
Blz: 700 205 00
Kontonummer
88 87 800

INHALT :

Selbstdarstellung **2**
GL - Intern, Termine **3**
Gesundheit + Umwelt **4, 5**
Ärztediskussion **6 – 11**
BAGP-Rundbrief **12**
Rezensionen **13**
Marburger Bund **14, 15**

Impressum

Redaktionsschluß
Rundbrief 2/2006
Freitag, 21. April 2006

Impressum:
Der Rundbrief ist das Organ des Gesundheitsladens. Er erscheint einmal pro Quartal.

Verantwortlich für Inhalt und Layout:
Peter Friemelt, Jürgen Kretschmer, Gunhild Preuß-Bayer, Emmeram Raßhofer, Adelheid Schulte-Bocholt.

Namentlich gekennzeichnete Artikel liegen in der Verantwortung des/der jeweiligen AutorIn, sie geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

Belichtung & Druck:
Ulenspiegel, Andechs

mit freundlicher Unterstützung der
Landeshauptstadt München
Referat für Gesundheit und Umwelt

Materialien

Rundbrief ❒
erscheint ca. 4 mal im Jahr mit Beiträgen aus der Vereinsarbeit und aktuellen Gesundheitsthemen.
Jahresabo incl. Porto 8,- €

Broschüren:
Patienten-Rechte/ Ärztepflichten ❒
unser „Klassiker“: allgemeine PatientInnenrechte, Arzt-Patient-Verhältnis und hilfreiche Adressen.
3,- € + Porto/Verp. 1,- €
Patientenrechte bei ärztlichen Honorarforderungen ❒
3,- € + Porto/Verp. 1,- €
Probleme mit dem Zahnarzt
2,- € + Porto/Verp. 1,- € ❒

Satzung ❒
Senden Sie mir bitte Ihre Satzung zu

Schnupperpaket ❒
aktueller Rundbrief, Skript, Patienten-Rechte/Ärztepflichten, Infos 8,- €
Bei Bestellungen unter 3,- € bitte Betrag in Briefmarken beilegen!

Nicht vergessen:
Name und Adresse:
Alle genannten Materialien sind für Mitglieder kostenlos.

Angebote

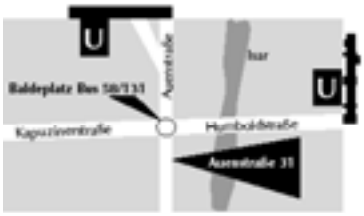
Information
Gesammelt und weitergegeben werden Informationen über Einrichtungen, Selbsthilfegruppen, Veranstaltungen, Bücher und Zeitschriften. Es gibt eine kleine Bibliothek und unser Archiv „Von Allergie bis Zahn“.

Kooperation
Wir arbeiten mit anderen Initiativen und Facheinrichtungen kommunal, stadtteilbezogen und bundesweit zusammen. Besonders intensiv begleiten wir die Arbeit der Patientenfürsprecher/innen in den städtischen Kliniken.

Arbeitskreise
Wir beschäftigen uns unter anderem mit folgenden Themen:
Datenschutz im Gesundheitswesen, medizinische Gutachten, autofreies Wohnen, Hören und Schutz der Ruhe.
Die Arbeitskreise sind für alle offen.

Webseite
Auf dieser finden Sie aktuelle Presseerklärungen und Terminhinweise, den Rundbrief u.a. in digitaler Form und links zu anderen Einrichtungen.

Wegweiser



Öffentlichkeits- und Bildungsarbeit
Vorträge, Seminare, Infostände, Herausgabe unserer Zeitschrift und von Skripten z.B. „Gesund ohne Arbeit“, »Tag für die Ruhe - gegen Lärm« oder „Unabhängige PatientInnenunterstützung“. Und es gibt die entleihbare Ausstellung „PatientInnenrechte - Ärztepflichten“.

Die Patientenstelle
ist aus einem Arbeitskreis des Gesundheitsladens hervorgegangen. Sie bietet unabhängige Beratung und Information. Der Schwerpunkt liegt auf der psychosozialen Einzelhilfe.

Gesundheitsförderung
Im Stadtteil Isarvorstadt und auch stadtweit bieten wir Angebote zur Verbesserung der Lebenssituation an. Wir organisieren Veranstaltungen zum »Tag gegen Lärm« und zu „Wohnen ohne A[illegible]“

Beitritt

Name:

Adresse:

Monatsbeiträge: Mitgliedsbeiträge und Spenden sind steuerlich abzugsfähig.
3,- € für Nichtverdienende, 5,50 € für mittlere,
10,50 €-, wenn möglich 21,- € für höhere Einkommen.
Ja, ich werde Mitglied und zahle folgenden Monatsbeitrag:

_____

Das Geld kann vierteljährlich abgebucht werden:
BLZ: Kontonummer: Bank:

Unterschrift: Datum:

Liebe Mitglieder und FreundInnen,

Gesundheitsladen Träger der neuen Patientenberatungsstelle Oberbayern

Das Thema Patientenberatung und -information ist salonfähig geworden.

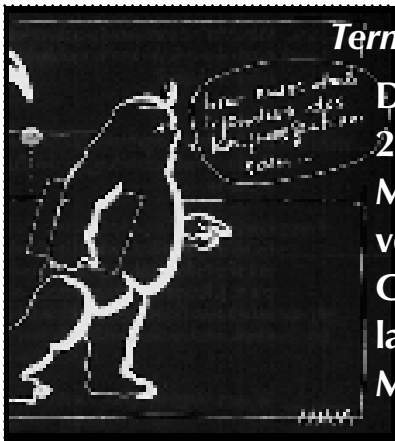
Unsere Region profitiert insofern, daß nun auch die BürgerInnen außerhalb des Stadtgebiets von München von der Unabhängigen Patientenberatung Oberbayern im Rahmen des Modellprojektes nach §65b SGB V beraten werden können. Konkret bedeutet dies für uns, dass wir ab April befristet bis Ende 2010 personell aufstocken können. Wir stellen zwei neue Mitarbeiterinnen ein, die erste stellt sich auf Seite 5 bereits vor.

Umzug

Damit einher geht, dass wir aller Voraussicht nach unser langjähriges Domizil hier in der Auenstraße aufgeben, doch wir bleiben im Viertel und ziehen (aller Voraussicht nach) verkehrsgünstiger gelegen und behindertengerecht ausgestattet in die Waltherstr. 16a um.
Ausserdem freuen wir uns über unsere neue Praktikantin Annette.

Schwerpunkt Ärztestreik

In diesem Heft berichten wir ausführlich zu diesem Thema. Auch wenn der Text lang geworden ist, war es uns wichtig ihn so zu dokumentieren.



Terminänderung!

Do, 27. April 2006, 20 h, Mitgliederversammlung Gesundheitsladen München e.V.

Ort: Gesundheitsladen München, Auenstr. 31, 80469 München
Tagesordnung:
- finanzieller und inhaltlicher Jahresbericht
- Entlastung
- Vorstandsneuwahl
- Diskussion über die weitere Arbeit

Zeit	Thema	Veranstalter	Ort	Info/Anmeldung
27.3/28.3.	Tun und Lassen in der Medizin - Patienten- und situationsgerechte Diagnostik und Therapie	Evangelische Akademie Tutzing	Schloßstr. 2-4, Tutzing	08158-251-125, brosch@ev-akademie-tutzing.de
29.3. 18-20 Uhr	Sind Migrantenkinder schlechter versorgt?, Forum Kindergesundheit	Fachstelle Migration und Gesundheit der LHM München	Bayerstr. 28a	233-47928
29.3/7.4.	Rund um Xsund - eine Mitmachausstellung	Kultur und Spielraum e. V.	Kulturhaus Milbertshofen Schleißheimerstr. 332	341676
30.3. 17 Uhr	„Gesetzlich versichert - Privat zahlen“	Gesundheitsladen München	Auenstr. 31	www.gl-m.de/termine.html
30.3./1.4.	„Patient und Arzt als Team - Von der wissenschaftlichen Erkenntnis zur praktischen Umsetzung“	Medizinische Universitätsklinik Heidelberg	Im Neueheimer Feld 410, Heidelberg	Tel: 06221-568658, www.klinikum.uni-heidelberg.de/Kongress.sdm2006
5.4., 3.5. 31.5. 19 Uhr	Pflegestammtisch	Forum zur Verbesserung der Situation pflegebedürftiger alter Menschen in Deutschland	Löwenbräukeller, Stiglmairplatz, Bennosaal	www.verhungern-im-heim.de
6.4. 10-16 Uhr	Weltgesundheitstag 2006: Menschen für Gesundheit - Die Gesundheitsberufe	Bundesvereinigung für Gesundheit	dbb-Forum, Friedrichstr. 169/170, Berlin	02102-528332
25.4.	Tag gegen Lärm	Gesundheitsladen München	verschiedene Orte in München+Umgebung	772565 oder 18913720 Gunhild Preuß-Bayer, s. a. S. 4-5
21.4/22.4.	Sanierungsfall Sozialstaat? Konzepte der neuen Regierung in der Diskussion	Akademie für politische Bildung, Tutzing	Buchensee 1, Tutzing	08158-256-0 /-53
27.4. 20 Uhr	Mitgliederversammlung	Gesundheitsladen München	Auenstr. 31	Tel: 772565

25. April 2006 — »Tag gegen Lärm«

Wie in all den Jahren seit 1999 organisiert der Gesundheitsladen wieder ein Programm für den Tag gegen Lärm. Ende März kommt es aus der Druckerei.

Wir freuen uns, dass auch die Berufsgenossenschaften Metall und BAU dabei sind. „Schluss mit Lärm“ ist ihr Motto.

Was gibt's dieses Jahr Neues vom Lärm?
RICHTLINIE 2003/10/EG DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES vom 6. Februar 2003 über Mindestvorschriften zum Schutz von Sicherheit und Gesundheit der Arbeitnehmer vor der Gefährdung durch physikalische Einwirkungen (Lärm) (17. Einzelrichtlinie im Sinne des Artikels 16 Absatz 1 der Richtlinie 89/391/EWG)

Wo bleibt die Umsetzung der Richtlinie, die bis zum 15. Februar gefordert war?

Lärmschwerhörigkeit ist nach wie vor die häufigste anerkannte Berufskrankheit.
Schon die seit 1974 geltende Unfallverhütungsvorschrift (UVV) Lärm versuchte das Problem der vielen berufsbedingten Gehörschäden zu begrenzen und durch technischen und organisatorischen Lärmschutz, persönlicher Schallschutz und arbeitsmedizinische Vorsorge die Ohren der Beschäftigten zu schützen. Heute gilt, dass im Lärmbereich ab einem Beurteilungspegel von 85 dB(A) Gehörschutz zur Verfügung gestellt werden muss, ab 90 dB(A) MUSS dieser getragen werden.
Nun sollte eine EU-Richtlinie weitere Verbesserungen schaffen. Im Großen und Ganzen kann man sagen, dass der Schutz schon 5 dB(A) früher beginnen soll.
Die Umsetzung in nationales Recht war bis zum 15. Februar 2006 gefordert. Nun deutet alles auf ein Jahr Verspätung hin. Die Verordnung „Lärm und Vibrationen“ nach § 18 ArbSchG für die gewerbliche Wirtschaft könnte dann Anfang 2007 in Kraft treten.

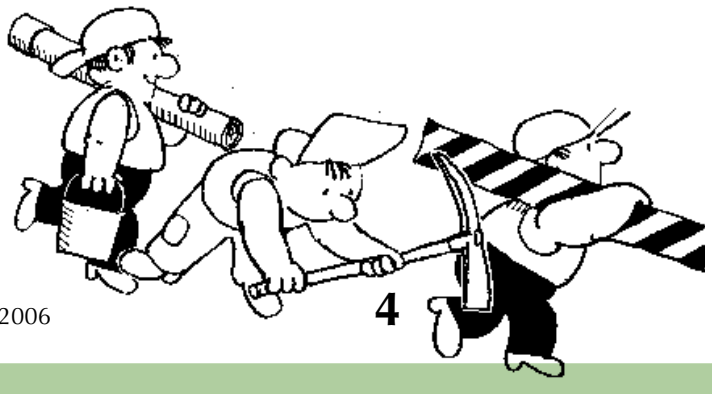
Die lärmbedingte Zerstörung des Gehörs ist ein manchmal über Jahrzehnte schleichender Prozeß, insofern darf man sich von der Neuregelung nicht einen plötzlichen Abfall der Fälle von Lärmschwerhörigkeit erwarten. Dennoch ist die Verzögerung nachteilig für alle im Lärmbereich Arbeitenden.
Daß auch andere dem Gesundheits- und Umweltschutz dienende Richtlinien nicht fristgerecht umgesetzt werden (aktuelle Beispiele Feinstaub, Umgebungslärm) erzeugt das Gefühl, hier würde aus wirtschaftlichen Gründen die Gesundheit verspielt.

Doch zurück zum Lärm am Arbeitsplatz. Man kann es hier nicht einfach auf unzureichende Vorschriften schieben, wenn so viele Hörschäden entstehen, es mangelt vielerorts an der Umsetzung. Arbeitgeber nehmen nicht alle Möglichkeiten der Lärmminderung wahr, bei den Arbeitnehmern - auf Lärmarbeitsplätzen sind das ja überwiegend „starke Männer“ – fehlt auch das Bewusstsein, wie notwendig Gehörschutz ist. Die zerstörerische Wirkung von kurzzeitigem, erheblich lauteren Lärm ist oft nicht bekannt.
Ein Beispiel: Im Hinterhof sind zwei Männer vom Hausmeisterdienst mit Laubbläsern zu Gange, natürlich in der Mittagsruhezeit. Gehörschützer tragen sie keine. Ein Schild an dem „Stihl“-Laubbläser verrät: 104 dB(A). „Gehörschutz, nicht nötig, und außerdem seien sie eh gleich fertig.“

Aus der gültigen UVV zitiert :

„Bleibende Hörminderungen als Vorstufe von Gehörschäden können dagegen auch schon auftreten, wenn der Beurteilungspegel von 85 dB(A) geringfügig unterschritten wird. ...
Bei Einwirkung folgender Schalldruckpegel und Wirkzeiten wird ein Beurteilungspegel von 85 dB(A) bereits erreicht:
88 dB(A) – 4 Stunden, ...
100 dB(A) – 15 Minuten,
105 dB(A) – 4,8 Minuten.“

Die Verordnung „Lärm und Vibrationen“ wird auch nur wirksam, wenn ein neues Bewusstsein entsteht. Doch dafür stehen die Chancen gut, da an den Arbeitsplätzen neue Lärmermittlungen notwendig werden und neue Personengruppen mit in das Gehörvorsorgeprogramm aufgenommen werden müssen.
Mit dem Schwerpunktthema für den »Tag gegen Lärm« 2006 soll dieses Bewusstsein gestärkt werden. Und nichts hindert Arbeitgeber und Arbeitnehmer, schon jetzt ein Mehr an Prävention zu ermöglichen. *GP*



— Bücher und Internet —

In der Reihe „Gesundheitsberichterstattung des Bundes, herausgegeben von Robert-Koch-Institut und Statistischem Bundesamt, ist als Heft 26 erschienen: Hörstörungen und Tinnitus.
44 Seiten. herunterladbar über www.rki.de, (pdf, 336 kB)

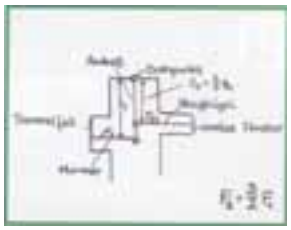
www.horch-mal.de

Die Möglichkeiten des Internets: „Hören-und-Schutz-der-Ruhe“ als Teil der Gesundheitsladen-Webseiten. Über www.gl-m.de gelangen Sie dahin.
Es ist uns gelungen, zusätzlich auch eine neue Adresse zu finden, www.horch-mal.de ist eine recht gut passende Annäherung an den amerikanischen Begriff „Noise Awareness Day“, wofür das deutsche „gegen Lärm“ keine adäquate Übersetzung ist.
Diese Seite wird als Eingangsseite besonders für Angebote genutzt, die sich an junge Leute richten, aber auch zu unserem aktuellen Programm werden Sie darüber gelangen.

NEU — NEU — NEU —Newsletter Lärm—

In loser Folge gibts Termine im Raum München, Literaturhinweise, Neuigkeiten aus der Rechtssprechung, Kooperationsangebote u.s.w. per E-mail.
Gern verbreite ich auch Ihre Informationen weiter.
Die bisher erschienenen Newsletters stehen auf der Homepage.

GP



HEBELGESETZ IM OHR

Buchbesprechung
Knall und Schall

Physikalische & biologische Phänomene im Ohr beim Hören — Ein Schulbuch nicht nur für Schüler.
Text: Susanne Neyen; Illustration: Martina Genest
Hrg. Unabhängiges Institut für Umweltfragen, Berlin

So sahen meine Schulbücher nicht aus, mit diesen lässigen Illustrationen, die mich mehr an die unter der Schulbank weitergereichten Trudel erinnern. Dahinter steht eine klare und anspruchsvolle Wissensvermittlung zu Physik und Biologie.
Auf dieser Grundlage wird das Funktionieren des Ohres verständlich gemacht, die unterschiedlichen Ursachen und Auswirkungen von Schädigungen in den verschiedenen Teilen des Ohres erscheinen plötzlich durchschaubar und die Gebote der Prävention sind keine Befehle, sondern logische Folgerungen aus dem Wissen. Jedoch bleibt auch für den, der sich über die Formeln hinweg schwindelt, eine Menge Anregung, über Phänomene des Alltags nachzudenken.
Freilich, bei der schwierigen Materie reicht es nicht, das Buch unters Kopfkissen zu legen, es will Wort für Wort gelesen werden, aber dazu lädt es - bunt und überraschend – ein. GP

Neue Gesichter im GL

Momentan bin ich zur Hospitanz und Unterstützung im GL und werde sobald alle Unabwegbarkeiten für das Modellprojekt Regionale Beratungsstelle Oberbayern überwunden sind als Beraterin dort eingesetz. Ich habe eine bodenständige Ausbildung zur Sozialversicherungsfachangestellten für die Gesetzliche Krankenversicherung absolviert und diesen Beruf in Dresden und Bochum ausgeführt. Meine Beratungsschwerpunkte lagen im Bereich der Rehabilitation, der Pflegeversicherung und der Suchtberatung. Anschließend studierte ich an der Uni in Bielefeld den in Deutschland neuen Studiengang „Gesundheitskommunikation“. Ergänzend habe ich zwei Jahre im Gesundheitsamt in Unna (NRW) im Bereich der Behindertenplanung und der Suchtevaluation gearbeitet. Mein besonderes Interesse gilt der zielführenden Kommunikation zwischen Experten und Laien. Ich freue mich sehr auf die neue berufliche Herausforderung der unabhängigen Patientenberatung in der RBS und den gemeinsamen Weg dorthin.
Carola Sraier

Seit 1. März mache ich mein Jahrespraktikum im Gesundheitsladen München und werde bis Anfang nächstes Jahres im GL sein. An der Fachhochschule in Pasing studiere ich Soziale Arbeit. Ich interessiere mich schon seit Jahren für den Bereich Gesundheit und Prävention. Deshalb habe ich mich bein Gl beworben und glücklicherweise die Stelle bekommen. Ich freue mich, dass ich im Gl viele neue, interessante und wissenswerte Dinge im Bereich Gesundheit kennen lernen kann und hoffe auf eine gute Zusammenarbeit.

Anette Rössle

Gespräch im Gesundheitsladen zum Ärztestreik

Die aktuellen bundesweiten Ärztestreiks nahm der Gesundheitsladen München (GL) zum Anlass die derzeitigen Themen der Gesundheitsversorgung – dabei besonders die Situation der Ärztinnen und Ärzte – in einer (internen) Gesprächsrunde zu diskutieren und hier im Rundbrief zu dokumentieren.

Dabei waren:
Wulf Dietrich, Anästhesist im Herzzentrum München
Peter Friemelt, Team
Hermann Gloning, niedergelassener Kinderarzt
Albert Joas, Allgemeinarzt
Jürgen Kretschmer, Team GL
Gunhild Preuß-Bayer, Team GL
Elisabeth Redler, Vorstand GL, Politologin
Christa Scholtissek, Allgemeinärztin und Psychotherapeutin in der Gruppenpraxis Hasenbergl
Adelheid Schulte-Bocholt, Team GL
Gerhard Schwarzkopf, Vorstand GL, Oberarzt im Stadt-Klinikum München GmbH

Die Gesprächsrunde moderierte Peter Friemelt. Es wurde entlang einiger Fragen diskutiert, die den TeilnehmerInnen vorher bekannt waren:

Wie verhaltet Ihr Euch zum Ärztestreik? Wie sind die Reaktionen Eurer PatientInnen? Wie stellt Ihr Euch eine leistungsgerechte und faire Bezahlung der ÄrztInnen vor? Welche Visionen habt Ihr als Alternative zu dem jetzigen (und absehbar noch verstärkenden) Dilemma?

Die Fragen wurden nicht Punkt für Punkt abgearbeitet, sondern es wurde zu verschiedenen Zeiten von den Beteiligten dazu Stellung genommen. Daher wollen wir auch die Dynamik des Gesprächs wiedergeben und drucken ein möglichst verständliches Verlaufsprotokoll hier ab – auch wenn die inhaltlichen Bezüge manchmal etwas „springen".

Peter: Habt ihr Euch [am Ärztestreik] beteiligt:
***Albert*:**
Ich war aktiv an der Vorbereitung beteiligt und zufrieden mit dem Verlauf.

***Christa*:**
Wir haben in der Praxis lange darüber diskutiert, ob wir uns beteiligen sollen.
Ich wollte nicht auf einer Veranstaltung stehen, auf der die Ärzte jammern. Ich hab täglich damit zu tun, dass Patienten ihre Praxisgebühr nicht zahlen können. Aber es waren viele Plakate auf der Demo, auf denen speziell die Patienten genannt wurden. Es muss eine innerärztliche Umverteilung geben, eine gesellschaftliche Diskussion, was uns die Gesundheit wert ist und was wie finanziert werden soll.
Ich hatte Angst, dass die Strukturmängel nicht genannt werden, die sehe ich als Hauptproblem und die Bürokratie. Wir waren nicht eindeutig für den Streik.

***Gerhard*:**
Ich hab mich am Streik nicht beteiligt. Das Geld im System sollte reichen. Der Durchschnittswert ist ok. Das Einkommen innerhalb der Ärzte ist enorm unterschiedlich. Es gibt richtige Unternehmen (Radiologen, Labormediziner usw.) und auf der anderen Seite Einzelärzte, die „knappsen" müssen. Ich hätte in dieser Situation unheimlich Probleme, auf den Marienplatz zu gehen. Ich bin Krankenhausarzt und kritisiere massiv den Weg des Marburger Bundes. Nicht nur Ärzte arbeiten in der Gesundheitsversorgung. Die Honorierung ist genau wie bei den Niedergelassenen extrem ungerecht. Harte Arbeitsbedingungen müssen besser honoriert werden und das gilt auch für das Pflegepersonal.

***Hermann*:**
Es gibt auch noch das Problem der Lager Fachärzte und Hausärzte. Es

Albert: „Ich will nicht Mangelverwalter sein!“

gibt Geldfluss für Sonderverträge, die Ärzte werden mehr und für die Regelversorgung bleibt immer weniger. Ich habe nicht teilgenommen. Es geht nicht nur um das Geld. Beispielsweise wurden von meinem Berufsverband in letzter Zeit immer mehr vernünftige Forderungen aufgestellt, wie die Abschaffung der vielen Zuzahlungen, die jeden Patienten ansprechen. Aber vor zwei Jahren hat genau dieser Berufsverband nicht gegen diese soziale Kürzungsmaßnahme protestiert. Ich hätte die aktuellen Forderungen unterstützt, aber ich finde die Doppelbödigkeit unerträglich. Es geht eben doch ums Geld.

***Gerhard*:**

Zur Doppelbödigkeit: Ich hab vor 2 Jahren auf dem Ärztetag einen Antrag zu den durch das Gesundheitsministerium eingeführten Zuzahlungen (Praxisgebühr, Medikamentenzuzahlungen, Krankengymnastik usw.) gestellt. Dazu wurde vom Vize des Marburger Bundes, Herrn Henkel, mit einem Antrag auf Nichtbefassung gegen gehalten. Letzterer wurde vom Deutschen Ärztetag angenommen. Ich habe kein Vertrauen in die Mehrheit der deutschen Ärzteschaft, dass eine kritische Diskussion über die Patientenversorgung entsteht. Es geht primär ums Geld.

***Christa*:**

Mich ärgert auch, wenn bei Zuzahlungen nur von der Praxisgebühr geredet wird. Dabei sind die Zuzahlungen für Medikamente und v. a. für solche, die nicht mehr verschreibbar sind [und damit komplett selbst bezahlt werden müssen] besonders schlimm. Deshalb beteiligen wir uns an Strukturverträgen, Hausarztmodell, damit diese ein bisschen geringer werden. Ich sehe eine Doppelmoral. Aber auf dem Marienplatz waren fast nur Reden, die gut und gesundheitspolitisch patientenorientiert waren.

Wulf:

Der Durchschnitt der Einkommen der Ärzte im Krankenhaus ist weit über dem der Restbevölkerung, auch der vergleichbaren Juristen. Das Durchschnittseinkommen der niedergelassenen Ärzte beträgt 80.000 Euro, das ist ok, aber die Verteilung ist extrem ungerecht.

Die Ziele sind nicht so ganz klar. Die Proteste gehen gegen die Regierung, aber die Regierung ist gar nicht schuld! Die hat doch eine angemessenere Honorierung vorgeschlagen, die von der Selbstverwaltung abgelehnt wurde. Der Anlaß für die Streiks waren die Änderungen im Arzneimittelbereich, das Bonus-Malus-System. Aber genau dafür hat die KV Nordrhein Testversuche gemacht.

Christa: „...und trotzdem verdiene ich mehr als 80 % meiner Patienten.“

Im Krankenhaus gibt es archaische vorsintflutliche Strukturen. Das sind Verhältnisse, die nicht demokratisch sind, wenn der Chefarzt den Überstundenzettel nicht unterschreibt. Es gibt also welche, die 60 Stunden arbeiten, die nicht bezahlt werden. Der Marburger Bund mit seiner Tarifpolitik ist wieder ein anderes Problem. Da geht es nur ums Geld. Was fehlt, ist die Diskussion über die Arbeitsbedingungen. Ein Assistenzarzt könnte ganz gut arbeiten, wenn es möglich wäre, den eigenen Arbeitsbereich selbständig zu bearbeiten.

Man muß also unterscheiden zwischen demokratischen Forderungen, Arbeitszeitgesetz etc. und komplizierten tarifpolitischen Diskussionen. Wenn ein Arzt jetzt wegen dem Arbeitszeitgesetz plötzlich viel weniger verdient, dann muß man auch verstehen, dass das zu Widerständen führt.

Elisabeth:

Aber das ist doch ein Grundproblem unserer Gesellschaft, dass die vorhandene Arbeit nicht verteilt wird.

***Peter*:**

Was ist uns eine gute Versorgung wert, wie viel sollen Ärzte verdienen?

Ich verstehe sehr gut, wenn Ärzte nicht unter den gerade beschriebenen Bedingungen arbeiten wollen. Sie sollten ihre tarifliche Arbeitszeit einhalten, die Bürokratie muß weniger werden, Überstunden dürften nicht in dem Maß an-

Landesärztekammer: „Ärzteproteste großer Erfolg“

Tausende Ärztinnen und Ärzte in Praxis und Klinik in Bayern haben im Februar gegen die Sparpolitik der Bundesregierung protestiert. Die Proteste richteten sich gegen die unzulängliche Finanzierung in der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung, die immer stärkere Rationierung von Medikamenten und die Bürokratieflut in den Praxen und Krankenhäusern. Die Bayerische Landesärztekammer (BLÄK) wertet die Proteste als großen Erfolg. „Die Proteste zeigten die Geschlossenheit der Ärztinnen und Ärzte, die Unabhängigkeit der Patientenversorgung gegen die kostenfixierte Politik der Bundesregierung zu verteidigen“, betonte BLÄK-Präsident Dr. H. Hellmut Koch. Vizepräsident Dr. Max Kaplan wies darauf hin, dass die im geplanten Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) festgelegte Bonus-Malus-Regelung das Arzt-Patienten-Verhältnis massiv belasten werde. „Oberste Priorität haben dann nicht mehr Gesundheit, Heilung und möglichst Schmerzfreiheit

Fortsetzung auf S. 10

fallen, lieber sollten mehr Ärzte angestellt werden. Aber wenn dann ein Assistenzarzt meint, mit BAT II ohne 30% Lohnerhöhung bekomme man Probleme [zum Überleben], weil von einem höheren Niveau mit bezahlten Überstunden ausgegangen wird, kann ich das nicht nachvollziehen.

Hermann: „Wir arbeiten mehr und bekommen immer weniger Geld"

***Wulf*:**
Nicht alles was wir aufschreiben, ist Bürokratie. Es gibt genug Unsinniges darunter. Aber die Qualitätssicherung erfordert eben eine gewisse Zeit, um Daten zu erheben. Man kann doch durchaus für Sinnvolles mal 2 Stunden am PC verbringen, um zu überlegen, was bringt dem Patienten Vorteile, welchen Behandlungsplan und -ziele habe ich etc. Natürlich braucht es auch Dokumentation.

***Gerhard*:**
Wir machen häufig eine doppelte Dokumentation, einerseits medizinisch andererseits abrechnungstechnisch. Aber wir brauchen dringend auswertbare Daten, um zu sehen, ob das, was wir tun einen Nutzen für den Patienten hat, oder gar einen Schaden verursacht!

Wulf:
Die doppelte Dokumentation ist ein Organisationsproblem, das muss anders werden. Es ist aber nicht ein Problem der Dokumentation an sich.

Hermann:
Albert, warum warst du auf dem Marienplatz [beim Streik]?

***Albert*:**
Die Bewegung hat keinen Kopf, die Aktion war gut. Wir können uns gerne darauf verständigen, dass die Arzthelferin das Gleiche verdienen soll wie der Arzt. Aber es gibt eine europäische Globalisierung, auf die der Marburger Bund hingewiesen hat. In einigen Ländern verdienen Ärzte deutlich mehr als bei uns. Insofern finde ich die Abstimmung mit den Füßen gut. Wenn's wo anders besser ist, dann gehe ich dort hin, und zu uns kommen Ärzte
aus Osteuropa, aus Ländern, die nicht genug Ärzte haben und nur halbwegs deutsch können. Das finde ich v. a. in der Psychiatrie und gesprächsintensiven Bereichen problematisch. Da finde ich die Forderungen des Marburger Bundes gut. Und ich finde die Solidarität der Niedergelassenen mit den Krankenhausärzten und umgekehrt erstaunlich. Auch der Verbund der Arzthelferinnen hat den Streik unterstützt, weil die Stunden der Arzthelferinnen immer mehr gekürzt werden, weil es in den Praxen immer knapper wird. „Gesundheit erhalten statt Mangel verwalten" war das Motto meines Schildes auf dem Marienplatz. Ich bin der Meinung, dass angesichts der Alterspyramide ehrlich gesagt werden muss, wofür das Geld im System reichen soll. Nur für bestimmte Basisleistungen wird das Geld reichen, Verschiedenes wird rausfallen, wir werden deutliche Abstriche machen. Ich möchte nicht der Mangelverwalter des Systems sein.

***Gunhild*:**
Für die Arzthelferin ist die Stundenkürzung deutlich bitterer als für jeden Arzt. Mit immer mehr Bürokratie wurden viele Erfahrungen z. B. von Pflegediensten gemacht, wo sind diese Erfahrungen hin?

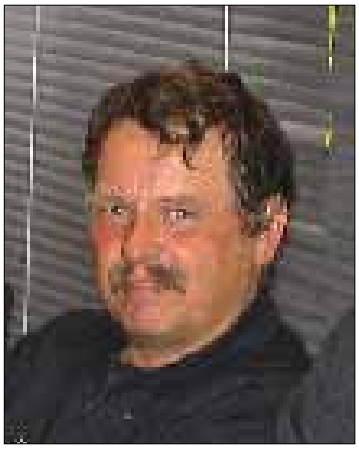
***Wulf*:**
Es gibt Herzzentren in Deutschland, da können dir die Leiter der Anästhesie nicht sagen, wie viele Leute sterben. Das ist ein Skandal, man muss lernen eine gute Dokumentation zu machen.

***Gerhard*:**
Zur Abstimmung mit den Füßen: es ist hoch interessant, dass die Abwanderung primär in Länder geht mit starkem staatlichem Gesundheitssystem und besserer Bezahlung.
Bei uns sind die Chefarztstrukturen ein Hauptproblem - die sind für die „beschissenen" Arbeitsstrukturen viel mehr verantwortlich als die Diskussion um Geld und Bürokratie. Wenn ein Chefarzt jetzt zu den Streiks aufruft, ist das ein Hohn. Ich find das unehrlich.
Wir halten an diesen Strukturen fest, alles was eine Demokratisierung voranbringt wird bekämpft. Die alten Chefarztverträge in der städtischen Klinik München GmbH werden nicht geknackt, die Geschäftsführung ist zu schwach dafür. Chefärzte nutzen die Opposition des Stadtrats, um das Privileg der jetzigen Verträge, sprich

Wulf: „Wir sollten von der Geld-diskussion wegkommen!"

die Privatliquidation, zu erhalten. Die ins Ausland abwandernden Ärzte gehen in staatliche Systeme (z. B. Skandinavien, England).

***Christa*:**
Ich stimme dir grundsätzlich zu. Die Arbeitsbedingungen sind ein wesentliches Problem für die Abwanderung.



Gerhard: „Ich habe kein Vertrauen in die verfasste Ärzteschaft, dass eine kritische Diskussion über die Patientenversorgung entsteht."

Bei uns in der Praxis waren die Arzthelfer diejenigen, die uns von der Beteiligung überzeugt haben. Bei uns wird das Geld immer knapper, ich verdiene jetzt weniger Geld als im Krankenhaus. Wie bringen wir die Diskussion in die Öffentlichkeit: wo sind die wirklichen Probleme? Die Lobbyisten nutzen die Konflikte zwischen Krankenhaus- und niedergelassenen Ärzten, zwischen Haus- und Fachärzten. Insofern verstehe ich Alberts Einschätzung, dass es gut ist, wenn man gegenseitig sich unterstützt. Aber ich find das Ganze auch verdächtig. Es gibt solche und solche. Aber was haben wir für Alternativen im System?
Mittlerweile wird es wirklich knapp bei uns in der Praxis, so ohne Privatpatienten. Aber ich muss gestehen, dass ich immer noch besser verdiene als 80% meiner Patienten.

***Elisabeth*:**
Mich interessiert: Welche Art von Medizin wollen wir, können wir mit weniger Geld womöglich mehr erreichen, wie will die Kassenärztliche Vereinigung ihren Sicherstellungsauftrag besonders in ländlichen Gebieten erfüllen? Die Zukunft des Nachwuchses? Ist das Chefarztsystem ein so großes Problem?

***Gerhard*:**
Das Chefarztsystem ist ein wesentliches Problem. Der Assistenzarzt bereitet sich auf die Chefarztvisite vor, damit er das beantworten kann, was der Chef fragen könnte, das kostet Geld, das belastet den Patienten. Natürlich gibt es andere Chefs, aber in den meisten Fällen sind die Assistenten alleingelassen und kriegen eine „übergebraten".

***Hermann*:**
[Zum Nachwuchs] Es hat noch nie so viele Bewerbungen zum Medizinstudium gegeben, auch wenn viele dann abhauen.

***Christa*:**
Aber nur zwei Drittel bleiben im Arztberuf.

***Hermann*:**
Es muss dann doch auch was für die Anderen angeboten werden, damit die nicht erst Medizin studieren. Deutschland ist ein Land mit hoher Ärztedichte und nach den Bedingungen des freien Marktes werden deren Produkte dann billiger. Ist dieses große Angebot überhaupt sinnvoll? Gleichzeitig steht ein Geldkuchen zur Verfügung, der alles bedienen soll. Meine Frau war beim Gastro-Enterologen und für 20 Minuten Endoskopie hat er 800 Euro berechnet. So viel Geld verdienst du [Christa] in zwei Jahren [mit einem Patienten] nicht. Also Geld ist da und du, Albert, sprichst von Mangelverwaltung. Aber dies ist nicht bestimmt. Ich fühle mich genauso unwohl, vor der Frage, irgendwas verwalten zu müssen, von dem ich nicht weiß, was es eigentlich ist. Von dem die Grenze nicht klar ist, ich krieg Druck von überall her, von meinen Fachkollegen. Ich weiß nicht bin ich bereits an der Grenze, das ist eine bescheuerte Arbeitssituation. Gerechten Lohn fände ich auch schön, aber wenn ich dauernd ungerechte Sachen damit mache, ist das eine Falle, aus der du nicht rauskommst.

„Das treibt selbst die Gutmütigsten auf die Barrikaden"

***Wulf*:**
Wir sollten von der Gelddiskussion wegkommen. Ich würde mich nicht unter ein Plakat stellen „Gesundheit erhalten statt Mangel verwalten", ich finde das eine zutiefst ideologische Aussage. Im Gemeinsamen Bundesausschuss (GemBa) wird entschieden, was notwendig und sinnvoll und wirtschaftlich ist. Daneben gibt es die Privatliquidation und die Möglichkeit zu igeln [Individuelle Gesundheitsleistungen anzubieten]. Wir Ärzte erfinden also immer neue Verfahren, um zu sagen der „böse GemBa" zahlt es nicht und schafft damit den Mangel. Deshalb wird den Patienten über Presseartikel alles Mögliche schmackhaft gemacht. Können wir das Geld nicht vernünftiger festlegen? Müssen wir jeden Mist bezahlen? Müssen wir in jeder Klinik ein MRA (Magnetresonanzangiographie) haben. Müssen wir 8 oder 9 Herzkatheterplätze

Peter: „Kostenerstattung bringt überhaupt keine Vorteile für PatientInnen."

Fortsetzung von S. 7
des Patienten, sondern schlicht das Geld", warnte Kaplan. Ärzte würden per Gesetz dafür belohnt, dass sie für die preiswertesten Arzneimittel bei den Patientinnen und Patienten werben. „Dies verstößt aber eindeutig gegen die Berufsordnung der Ärztekammer", ergänzte Vizepräsident Dr. Klaus Ottmann. Die bundesweiten ärztlichen Proteste gegen das AVWG zeigten schließlich erste Wirkung, denn die Regierungskoalition kündigte u. a. eine Entschärfung der Bonus-Malus-Regelung im AVWG an. Um den Forderungen Nachdruck zu verleihen hat die Freie Ärzteschaft daher am 24. März 2006 zum Zweiten Nationalen Protesttag nach Berlin aufgerufen. Angesprochen sind alle Ärztinnen und Ärzte, alle Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, alle Arzthelferinnen und Arzthelfer, alle Patientinnen und Patienten. Die Protestveranstaltung beginnt um 12.00 Uhr mit einem Umzug durch die Berliner Innenstadt. Nach Angaben der Freien Ärzteschaft wird von 13.30 Uhr bis 15.00 Uhr eine große Kundgebung an einem zentralen Platz in Berlin stattfinden.
Pressestelle der Bayerischen Landesärztekammer

in München haben? Jeder Herzkatheter schafft neue Kundschaft mit allen Folgen. Laßt uns lieber intensiv diskutieren was wir mit dem vielen Geld machen können.

***Gerhard*:**
Ich möchte den Vergleich mit dem Bauernstand bringen, ich komme aus einem kleinen Weiler, wo die Bauern auch immer nur gejammert haben. Mittlerweile haben viele aufgehört und zwar wegen der Arbeitsbedingungen. Vielleicht kommt es auch zum „Ärztesterben".
Die Ärzte sind auch Unternehmer. In Finnland gibt es nur ein staatliches Gesundheitswesen und die Ärzte verdienen weniger wie hier. Wenn man hier von staatlichem Gesundheitswesen redet, wird man ja gleich dafür beschimpft. Aber in so einem System wären die engagierten Allgemein- und Sozialmediziner die „Winner" und andere die „Loser". In so einer Struktur könnte man stadtteilorientiert die notwendige Zahl der Mediziner festlegen. Die könnten dann mit weniger bürokratischem Aufwand, aber doch mit anspruchsvoller Dokumentation für die Qualitätskontrolle eine bessere Patientenversorgung erreichen. Aber was haben wir stattdessen für eine Entwicklung: Medizinische Versorgung kapitalistisch betreiben. Ich möchte nicht am Gewinn orientierte medizinische Versorgungszentren (MVZ), sondern eher genossenschaftliche Vereinigungen, wo die Leute ordentlich bezahlt werden.

***Christa*:**
Wie schaffen wir es, uns zu einigen, was wirklich notwendig ist? Das wäre doch ein Thema für den Gesundheitsladen: Man stößt die Diskussion an, was unser Gesundheitssystem aus einer sozialen Sicht leisten muss. Dass es da Lobbies gibt, ist klar. Wenn man weniger macht wird es aber nicht unbedingt billiger, wahrscheinlich sogar personalintensiver. Zuwendung, Beratung, Aufklärung wird mehr. Und dann kommen da noch die Leitlinien, an denen ich immer mehr Zweifel hab. Bei Alzheimer und Demenz gibt es Empfehlungen für Aricept (ein Acetylcholinesterasehemmer). Wenn man das allen geben würde, wären wir pleite. Ich traue dem GemBa nicht zu, für eine gerechte Versorgung zu sorgen.
Ich wäre auch für festangestellte Ärzte, dann würde sich sicher einiges passieren, v. a. Bürokratieabbau.

***Peter*:**
Auch der GemBa ist eine Lobbyveranstaltung: auf der einen Seite die Ärzte auf der anderen die Kassen. Die diskutieren nicht gesundheitspolitisch, die machen wirklich Mangelverwaltung. Der GemBa lehnt mittlerweile Sachen ab, die nach dem SGB V durchaus aufzunehmen wären, weil sie sinnvoll, wirtschaftlich und notwendig sind. Sie arbeiten damit direkt den Iglern [Anbietern von Individuellen Gesundheitsleistungen] zu.
Aber mich interessiert, warum du, Albert, die Kostenerstattung als mögliche Alternative zum jetzigen System bringst. Das gibt es ja schon jetzt als Wahlmöglichkeit und wir sehen hier überhaupt keine Vorteile für die Patienten.

***Albert*:**

Erstmal noch zu [was ist] Mangelverwaltung: Wenn ich bestimmte hausärztliche Betreuung nicht machen kann, weil ich sie nicht abrechnen kann. Wenn ich einen Sterbenden betreue und seine Familie berate, dann find ich das sehr Kosten sparend. Im Krankenhaus wäre das um ein Vielfaches teurer. Bei uns werden andererseits so viele Herzkatheter gelegt, aber es kommt raus, dass bei uns die Sterberate hoch ist und die Langzeitergebnisse nicht überzeugend besser sind. Wir müssen den Versuch wagen, zu entscheiden, was mit den 250 Mrd. € passieren soll. Das kann aber sehr unpopulär werden. Wie gesagt: ich will aber in keinem Fall zum Mangelverwalter werden. Beispiel Kuren: Früher wurden leicht Wellnesskuren verschrieben, das wurde zum Glück geändert. Aber jetzt ist das so, dass selbst höchst sinnvolle Mutter-Kind-Kuren für Frauen mit mehreren Kindern, die getrennt leben, grundsätzlich von der Kasse abgelehnt werden.

Zur Kostenerstattung: Wenn man auf dem System der Freiberuflichkeit bleibt, dann fände ich das einen sehr ehrlichen Weg. Aber das muss dann ganz anders laufen als heute, wo er [der Patient] ausschließlich mehr bezahlen muss, wenn er nicht eine sehr gute Zusatzversicherung hat. Ich habe nicht mal meine Arzthelferinnen davon überzeugt. Trotzdem glaube ich, wäre es sehr partnerschaftlich und ehrlich, wenn der Patient genau sieht, was die erbrachte Leistung kostet.

***Wulf*:**

Was verstehst du unter freiberuflich? Das ist doch ein ideologischer Begriff! Bist du frei, wenn du an der Kassenärztlichen Vereinigung und Sonstigem hängst?

***Albert*:**

Bei der Kostenerstattung wäre ich frei wie z. B. der Architekt. Anhand der Gebührenordnung könnte der Patient kontrollieren, ob eine Leistung erfolgt ist.

Wulf:

Aber den Architekten kann ich mir aussuchen: wenn mir sein Angebot zu teuer ist, such ich mir einen anderen. Aber wenn ich eine Hüfte brauche, dann brauch ich die halt und die kostet um die 6000 €, und da kann ich nicht in der Republik umeinander laufen, bis ich einen finde, der sie für 5000 € macht.

***Christa*:**

Ich bin gegen die Kostenerstattung, weil viele meine Patienten die Rechnung gar nicht lesen [können]. Auch besser Betuchte legen sich nicht gerne mit ihren Ärzten an, wenn auf der Rechnung was steht, was nicht stimmt. Aber Betrüger gibt es überall, da muss man prüfen, ob bestimmte Leistungen überhaupt mengenmäßig erbracht werden können.

***Wulf*:**

Großer Betrug ist durch Kontrollen der Kassenärztlichen Vereinigung nicht mehr so leicht. Ich bin auch gegen Kostenerstattung, weil auch der gegenteilige Effekt rauskommen kann: manche Patienten kriegen angesichts der Kostentransparenz dann vielleicht ein schlechtes Gewissen, wenn sie teure Leistungen brauchen.

***Christa*:**

Schwierig wird die Kostenerstattung bei psychosomatischen Diagnosen. Wenn da z. B. steht: psychosomatische Intervention, oder auch bei psychiatrischen Patienten.

***Adelheid*:**

Aus Sicht der Patienten ist Kostenerstattung deutlich abzulehnen. Viele Patienten verstehen Rechnungen nicht, sind völlig überfordert und allein gelassen mit deren Kontrolle und zahlen unterm Strich ordentlich drauf. Kostentransparenz für die Patienten gewährleistet auch die durch die letzte Reform wiederbelebte Patientenquittung.

Der GemBa kann meines Erachtens nicht die gesellschaftliche Diskussion um die sinnvollen Leistungen des Gesundheitssystems führen, aber wer kann dann diese Diskussion führen?

***Wulf*:**

Der GemBa ist ein Ansatz, aber warum müssen die Ärzte paritätisch drin sein. Historisch wollten wir ja alles Mögliche abschaffen, z. B. die Zwangsmitgliedschaft, wir haben Polikliniken gefordert, jetzt kommen die MVZ'en, Polikliniken mit anderen Vorzeichen.

Kranker oder Simulant?

Jetzt verteidigen wir die Kassenärztlichen Vereinigungen gegen die reaktionären Alternativen.

***Peter*:**

Und wir verteidigen die gesetzlichen Kassen…

***Wulf*:**

Aber wenigstens sind wir (VDÄÄ) für die Bürgerversicherung und ich für die Abschaffung der Privatversicherung.

***Gerhard*:**

Es geht nicht ohne Leitlinien. Immer mehr Pneumonien werden mit neuen Medikamenten behandelt, die man dafür nicht benötigt. Die neue Medikamente sind meist teurer, schlechter und kosten eine Masse Geld. Der GemBa ist ein richtiger Schritt, aber nicht der einzige.

Auch die angestellten ambulanten Ärzte allein sind nicht die Lösung, da gehört noch mehr dazu. Aber das Distriktarztsystem wäre besser, und die freie Arztwahl kann auch beibehalten werden.

Die Entwicklung geht [aber] hin zu MVZ, zum Supermarkt der Gesundheit, nicht zu genossenschaftlichen Systemen. Bei den MVZ können Geräte effektiver ausgenutzt werden, du kannst zum Nachbararzt schicken.

Peter:

Ich danke Euch für die Diskussion. Wir werden weitermachen und unseren Standpunkt zur Zukunft des Gesundheitswesens entwickeln: dabei insbesondere die Verteilungskämpfe, die echten Nöte der Ärzte und der anderen Gesundheitsarbeiter, und insbesondere die Frage, was wird künftig bezahlt werden, also die Nöte der PatientInnen, klären.

Wir werden hierzu wieder einladen und die Gruppe erweitern.

Bis bald!

http://www.patientenstellen.de

Kurz-BAGP-Rundbrief 1·06

Wovor wir schon immer warnten:

Zahnersatz-Festzuschuss-System verteuert Zahnersatz

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen Gemeinsame Presseerklärung vom 02.03.2006

Gesetzliche Krankenkassen legen Studie zu den Auswirkungen befundbezogener Festzuschüsse vor

Das Festzuschuss-System bei Zahnersatzleistungen, das seit Januar 2005 für gesetzlich Krankenversicherte gilt, hat dazu geführt, dass Zahnärzte vermehrt Leistungen privat abrechnen. Dadurch wird Zahnersatzversorgung für Patienten teurer und Patienten verzichten auf Zahnersatzversorgung . Dies belegt eine von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen vorgelegte Studie. Während die Kassenzuschüsse pro Leistungsfall nahezu unverändert blieben, stieg der Privatanteil deutlich. Er hat in 2005 mittlerweile einen Anteil von 62 Prozent an den zahnärztlichen Honoraren erreicht.

Die Kostensteigerungen für die Patienten sind auch eine Folge der Ausgrenzung bestimmter zahnärztlicher Brücken- und Kombinationsversorgungen aus der Abrechnung nach Kassenpreisen. Wo z. B. die neuen Richtlinien als Kassenleistungen nur noch herausnehmbaren Zahnersatz vorsehen, bekommt der Zahnarzt seit 2005 die Möglichkeit, festsitzenden Zahnersatz (Brücken) nach den höheren Privatsätzen abzurechnen. Diese Entwicklung trägt offensichtlich zur Zurückhaltung der Versicherten bei. Dadurch droht nach Ansicht der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen eine Verschlechterung der Zahngesundheit, wenn Patienten langfristig auf medizinisch notwendige Zahnersatzmaßnahmen verzichten sollten.

Als Folge dieser Effekte ist das Versorgungsniveau im Jahr 2005 gesunken. Dies war weder vom Gesetzgeber noch den Krankenkassen beabsichtigt, weil man davon ausgegangen war, dass mehr Patienten die Versorgung mit neuen Leistungen wählen, die bisher nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen gehörten und die 2005 erstmals bezuschusst werden konnten.

Der gesamte Text und die Studie unter http://www.gkv.info

Patientenwoche Zahn ausgewertet

Zur Patientenwoche Zahn vom 17.-23.6.2005 liegt nun eine entsprechende Auswertung vor.

Es haben sich über 800 Personen an der Woche beteiligt. „Die Patientenwoche Zahn ist ein geeignetes Instrument der Bürgerbeteiligung“, so Günter Hölling, Autor des Auswertungsberichts.

Patientinnen und Patienten wünschen sich eine bessere Kommunikation seitens der Zahnärzte, sie fühlen sich im Vorfeld der Behandlung oft nicht ausreichend informiert, so erste Aussagen der Auswertung.

Zudem zeigt der Bericht, dass die Neuregelung Festzuschüsse beim Zahnersatz zu vermehrten finanziellen Belastungen für Patientinnen und Patienten geführt hat.

Der Auswertungsbericht kann von der Webseite der BAGP abgerufen werden oder in gedruckter Version gegen Portokosten von 1,- Euro bestellt werden.

Patientenstellen kurz vor dem Ziel

Die BAGP als treibender Teil der Bietergemeinschaft Verbund Unabhängiger Patientenberatung (VUP) ist dem Ziel sehr nahe, für die kommenden fünf Jahre im Rahmen des Modellvorhabens nach §65b SGB V unabhängige Patienteninformation und -beratung anzubieten.

Konkret bedeutet dies, dass ab April 2006 Beratungsstellen ihre Arbeit mit verstärkten Kräften fortsetzen können. Sukzessive werden im gesamten Bundesgebiet mehr als 20 regionale Patientenberatungsstellen aufgebaut, davon werden mehr als zehn in der Trägerschaft von BAGP-Mitgliedern oder BAGP-nahen Einrichtungen stehen.

Ein Erfolg, der im siebzehnten Jahr nach Gründung der BAGP noch einiges erwarten läßt...

*Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen (**BAGP**)*

Auenstr. 31
80469
München
TELEFON
089 /
76 75 51 31
FAX 089 /
725 04 74

http:
www.patientenstellen.de
mail@
patientenstellen.de

Sprechzeiten:
Mo - Do
13 - 14 Uhr
und AB

betaListe – Lexikon für Sozialfragen, 5. Ausg., MMI Verlag Neu Isenburg 2005, 487 S., ISBN 3-87360-031-5

Das Nachschlagewerk bietet übersichtlich und gut verständlich grundlegende Informationen aus dem Sozialrecht und Adressen von rund 2.500 Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen. Die betaListe ist in dem sozialrechtlichen Teil stark an der Praxis orientiert und beantwortet Fragen wie: Wo gibt es die nächste Selbsthilfegruppe für Diabetes? Was bedeuten die Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis? Wie beantragt man die Pflege eines Angehörigen?

Eine Stärke des Buches: Die Erläuterungen sind für Nichtjuristen verständlich formuliert und legen Wert auf Bestimmungen und Tipps, die in der Praxis wichtig sind.

Die betaListe ist ein gelungener Sozialführer im Gesundheitswesen, macht Sozialrecht verständlich und listet Selbsthilfe-Organisationen, was sie in der Praxis gut brauchbar macht.

So bewerten wir:

nix	★
na ja	★★
geht so	★★★
gut	★★★★
super	★★★★★

Bernd Harder
Der große IGeL-CHECK
Wenn der Arzt zur Kasse bittet ...,
Droemer-Knaur, München 2005, 176 S., ISBN-13: 978-3-426-64269-6

Viele Diagnose- und Therapieverfahren werden heute nicht mehr von der Kasse erstattet: Die so genannten Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) stellt der Arzt privat in Rechnung.

Wer ist nicht in der Praxis schon mit Angeboten der Augendruckmessung, dem Test zur Krebsfrüherkennung oder Zusatzuntersuchungen in der Schwangerschaft konfrontiert worden? Welche Selbstzahlerleistungen sind ihr Geld wirklich wert, und für wen sind sie im Einzelfall sinnvoll? Dieses Buch versucht einen Überblick über Leistungen der Selbstzahlermedizin zu geben. Hilfreich sind dabei Preisorientierungen für einzelne Leistungen.

Der Autor stellt die gängigsten Zusatzleistungen aus Deutschlands Arztpraxen auf den Prüfstand. Er sagt, wie weit der Arzt beim Verkauf seiner Angebote gehen darf und erklärt, was Patienten beachten sollten.

Einschränkend muss angemerkt werden, dass der Autor selbst ein bekennender Experte in Sachen IGeL ist, so fallen Beurteilungen zur Wahrnehmung einzelner IGeL-Leistungen etwas unkritisch aus.

LEONHART Taschenjahrbuch Gesundheitswesen 2006/2007, Institutionen, Verbände, Ansprechpartner Deutschland - Bund und Länder, KM Leonhart Verlag München 2006, 968 S., ISBN: 3-9806190-8-7

Auf fast 1.000 Seiten sind rund 4.000 Einträge bundes- und landesweit tätiger Organisationen und Verbände sowie deren Führungspersonal aufgeführt. Die Einträge enthalten neben den üblichen Adressund Kontaktdaten meistens auch E-Mail-Adressen und Rund 10.000 Namen von Entscheidungsträgern und Multiplikatoren Mehr als 50 Rubriken sind aufgeführt, darunter Politik, Gesundheitsberufe, Kostenträger, wissenschaftliche Fachgesellschaften oder Behindertenorganisationen. Neu in der sechsten Ausgabe (2006/2007) des vollständig aktualisierten Jahrbuchs sind neben vielen Einzeleinträgen die Rubriken Ärztegenossenschaften und Fachpresse. Umfassende Register ermöglichen das schnelle Auffinden. Wer wissen will, wer im deutschen Gesundheitswesen in leitender Position tätig ist, wird mit großer Wahrscheinlichkeit schnell fündig im „Leonhart Taschen-Jahrbuch Gesundheitswesen".

Jahrbuch Kritische Medizin 42, Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen, Argument Verlag Hamburg 2005, 146 S., ISBN 3-88619-821-9

Der Ruf nach einer Stärkung der Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen bewegt sich in einem ambivalenten Kontext. Auf der einen Seite gilt ihre Ausweitung als gleichsam emanzipatorisches Gegengewicht gegen ein expertendominiertes Gesundheitswesen. Auf der anderen Seite steht sie im engen Zusammenhang mit dem Ruf nach mehr individuellen Wahlmöglichkeiten und nach mehr „Eigenverantwortung", der nicht selten direkt in eine De-Legitimierung des Solidarprinzips in der GKV mündet. Der vorliegende Band vereint Beiträge, die zentrale Aspekte dieses widersprüchlichen Beziehungsgeflechts analysieren.

Das Buch ist aufgrund des politisch hoch aufgehängten Themas Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen ebenso ein Muss für Menschen, die selbst in die Patientenbeteiligung involviert sind wie für Menschen, die auf Entscheiderebene im Gesundheitswesen tätig sind.

Einschätzung zur Tarifpolitik der Krankenhaus

Stellungnahme zur Kündigung der Tarifgemeinschaft Marburger Bund - ver.di und zur Kündigung des Tarifvertrags für Ärzte mit dem VKA (Vereinigung kommunale Arbeitgeber) und dem Bund durch den MB:

Im Frühjahr 2005 wurde gemeinsam von ver.di und dem MB und der Arbeitgeberseite (Bund, Kommunen) eine Rahmenvereinbarung für einen neuen Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD) geschlossen.

Die Länder als Arbeitgeber hatten schon vorher diese Tarifverhandlungen verlassen und damit einen unhaltbaren Zustand für die dort Beschäftigten geschaffen: quasi einen tariflosen Zustand. Die Länder behandeln seither ihre Angestellten ungleich, was die Arbeitszeit angeht (neu Angestellte müssen länger arbeiten als Altbeschäftigte). Außerdem wurde die Zahlung von Urlaubsgeld und Weihnachtsgeld eingestellt. Für die Bereiche Bund und Kommunen wurde mit Abschluss des TVöD im September 2006 ein gültiger Tarifvertrag für alle Angestellten abgeschlossen.

Die Abschaffung des alten BAT und die Neustrukturierung der Vergütung der Angestellten im öffentlichen Dienst ist für die Zukunft ein Schritt in die richtige Richtung. Dass es bei der Ausgestaltung und in Detailfragen Fehler, Ungereimtheiten, Verschlechterungen für Einzelne gegenüber dem BAT geben würde, musste jedem klar sein. Dass Ärzte grundsätzlich gegenüber dem alten BAT benachteiligt seien, ist schwer nachzuvollziehen. F.U. Montgomery, der Vorsitzende des MB, hat im April 2005 groß verkündet, dass der TVöD ein Durchbruch für die Vergütung im öffentlichen Dienst sei. Der MB saß bis zu jenem Abend, bevor der TVöD von kommunalen und Bundesarbeitgebern und ver.di unterschrieben wurde, mit am Verhandlungstisch. Die Basis des MB murrte aber im Laufe der Zeit immer mehr und beschloss auf einer Mitgliederversammlung kurz vor Abschluss des TVöD, diesen Tarifvertrag nicht mit zu unterschreiben.

Auch wenn die Frustrationen vor allem an den Universitätsklinika ein Maximum an Frustration aus verschiedensten Gründen (Arbeitszeitverlängerung, Abschaffung von Urlaubs- und Weihnachtsgeld, massenhaft unbezahlte Mehrarbeitsstunden, Kurzverträge etc) erreicht hat und auch wenn zu relevanten Punkten des TVöD Kritik angebracht ist, ist dieser Schritt dennoch strategisch falsch. Neuverhandlungen nur für Ärzte sind als Spaltung der Arbeitnehmer unsolidarisch und zugleich gefährlich für die Zukunft. Der Glaube, dass Ärzte etwas besonders seien, ist Grundlage für die Standespolitik des MB und wirkt auf alle anderen Berufsgruppen im Krankenhaus als arrogant und überheblich.

In der Analyse des TVöD sollte man Kritikpunkte, die alle Beschäftigten betreffen von denen unterscheiden, die die Berufsgruppe der Ärzte besonders treffen.

Eingruppierung in die Einkommensstufen

Dies betrifft vor allem 2 Probleme: erstens die jetzt mögliche, nicht zwingend vorgeschriebene, aber in der Praxis durchgeführte Heruntersetzung der Einkommensstufen bei Neuverträgen – unabhängig von Qualifikation und Erfahrung. Hier sind Ärzte aufgrund der Zeitvertragsproblematik und des Zwangs der notwendigen Wechsel der Arbeitsstellen zum Erreichen des Facharztes zwar besonders benachteiligt. Da aber diese Regelung für alle Berufsgruppen gilt und für diese ebenfalls eine Verschlechterung gegenüber jetzt bedeutet, muss die notwendige Nachbesserung hier durchaus gemeinsames Anliegen aller Beschäftigten sein. Zweitens die Einkommenssituation ärztlicher Berufsanfänger im TVöD. Versprochen war eine relative Besserstellung von Berufsanfängern gegenüber älteren Ärzten. Die Ausgestaltung dieses Vorhabens geht an der Realität vorbei: Berufseinsteiger sind am häufigsten 28 Jahre alt, statt des im TVöD finanziell besser gestellten Einstiegsalters von 25 Jahren. Die Folge sind kumulative Einkommensverluste, deren genaue Höhe umstritten ist.

Nicht bezahlte Überstunden und Umgang mit der Arbeitszeit

Im TVöD sind der Umgang mit Arbeitszeit und die Festlegung der Wochenarbeitszeit auf 38,5 Stunden tariflich sauber geregelt. Das Arbeitszeitgesetz und das EuGH-Urteil können in diesem Rahmen umgesetzt werden. Wie die Streikmaßnahmen von ver.di derzeit bundesweit zeigen, wird die Frage der Arbeitszeiten in den nächsten Wochen zur Hauptauseinandersetzung im öffentlichen Dienst werden. Die Länderfürsten von Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz machen ja schon erste Angebote, die Verlängerung der Arbeitszeit auf 40 Stunden mit einer vermutlich inadäquaten Erhöhung des Gehalts zu honorieren. Der MB hat in den letzten Monaten in Hamburg und in Baden-Württemberg Tarifverträge mit einzelnen Privatklinikketten abgeschlossen bzw. schließt gerade ab (Hamburg läuft noch!), wo dieser Weg gegangen wurde. Wenn ein derartiger Weg gegangen wird, ist zu fordern, dass 1. das Gehalt proportional zur Arbeitszeitverlängerung steigt; 2. dass Betriebs- und Personalrat in die Gestaltung von flexiblen Arbeitszeitmodellen einbezogen werden, auch um individuelle Erpressbarkeiten zu vermeiden.

s-Ärztegewerkschaft Marburger Bund (MB)

Ver.di befürchtet völlig zu Recht, dass eine Arbeitszeitverlängerung ohne Lohnausgleich zu entsprechenden Stellenstreichungen führen wird.

Außerdem brauchen wir einen anderen Umgang mit dem Problem der Überstunden. Arbeitszeiterfassung, klare Vereinbarung mit der Honorierung von Mehrarbeitszeit müssen daher die Forderungen sein – und zwar für alle Beschäftigten. Der Umgang mit Mehrarbeit vor allem bei Ärzten war traditionell ignorant. Die Sprüche von einzelnen Chefärzten in der Vergangenheit: „Wir sind doch keine Maurer, die Punkt … ihre Kelle fallen lassen", und das Berufsethos der Ärzte haben in der Vergangenheit dazu beigetragen, dass wir diesen Zustand haben.

Wegfallen der Familienkomponente

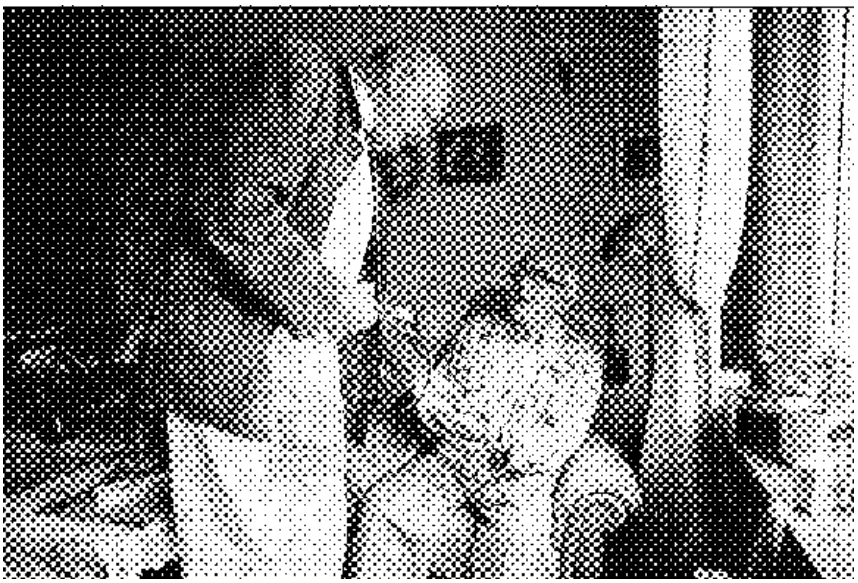
Das Wegfallen der Familienkomponente in der Vergütung des öffentlichen Dienstes wäre systematisch richtig, wenn steuerpolitisch zeitgleich ein Ausgleich geschaffen worden wäre. Zu kritisieren ist, dass das eine abgeschafft wurde, und das, was nötig ist (Steueränderung) nicht vollzogen wird. Dies ist allerdings kein ärztespezifisches Problem. Führt aber dennoch zu einer massiven Verschlechterung der Angestellten im öffentlichen Dienst, die Familien gründen.

Einführung einer Leistungskomponente

Die schrittweise Umwandlung von Urlaubs- und Weihnachtsgeld zur Einführung einer Leistungskomponente ist grundsätzlich akzeptabel, aber in den bestehenden Strukturen hoch problematisch, da keine Kultur für Leistungsbewertung existiert. Jeder von uns hat mit der bestehenden Chefarztstruktur seine Erfahrungen gemacht und verbindet damit natürlich Ängste, dass diese in der Zukunft auch noch über sein Einkommen mitentscheiden sollen. Dies ist nur ein weiteres, zusätzliches Argument für die Forderung, die feudalistischen Strukturen im ärztlichen Bereich in den Krankenhäusern endlich abzuschaffen.

Verdienen Ärzte zu wenig?

Grundsätzlich ist dazu anzumerken, dass Ärzte vergleichbar mit anderen Akademikern im öffentlichen Dienst bezahlt werden. Wenn man die Vergleiche der Bezahlung von Ärzten in anderen Ländern anschaut, werden häufig



Äpfel mit Birnen verglichen. Nie wird bei den Vergleichen etwas zu der zu Grunde gelegten Arbeitszeit (wöchentlich und Urlaub) ausgesagt. Was aber Beschäftigte im Krankenhaus von den anderen Angestellten im öffentlichen Dienst unterscheidet, ist die besondere Belastung der rund-um-die–Uhr-Versorgung der Patienten. Die gegenüber anderen TVöD-Beschäftigten geringeren Zuschläge im Krankenhaus an Samstagen und nachts waren schon unter dem BAT ein Skandal und sind es immer noch. Alle müssen daher, adäquate prozentuale Zuschläge entsprechend ihrer Eingruppierung bekommen.

Außerdem muss angemerkt werden, dass die beste Bezahlung der Ärzte in Ländern mit staatlichen Gesundheitswesen (England, Dänemark, Norwegen, Finnland) existiert, die von unserer Ärzteschaft immer vehement abgelehnt wurden und immer noch werden.

Zusammenfassend muss festgestellt werden, dass die Kritik des MB am TVöD zwar berechtigt ist, aber nicht nur die Ärzte betrifft. Das Ausscheren aus der Tarifgemeinschaft und getrennte Verhandlungen für die Ärzte sind gefährlich für die Zukunft und es wird zu einer Schwächung aller Beschäftigten im Gesundheitswesen führen. Es ist sicherlich kein Zufall, dass der VKA nach anfänglichem Sträuben jetzt doch mit dem MB verhandelt – so dass MB-Mitglieder auf Grund ihrer Friedenspflicht nicht am gegenwärtig stattfindenden Arbeitskampf gegen die Erhöhung der Arbeitszeit teilnehmen können.

Gerhard Schwarzkopf und Peter Hoffmann sind Krankenhausärzte und beide Mitglied im Verein Demokratischer ÄrztInnen.

AOK
Die Gesundheitskasse.

Vorteile für Gesundheit und Geldbeutel

Sie leben gesund, gehen regelmäßig zur Vorsorge und halten sich körperlich fit? Dann belohnen wir Ihren Einsatz in eigener Sache!

AOK-Bonustarif

Bis zu 300 Euro Bonus für Fitness und Gesundheit.
Kombinieren Sie unseren Gesundheitsbonus mit Ihrem Selbstbehalt.
Gerne informieren wir Sie.

AOK-Prämienprogramm

Hier gewinnen Sie immer: Anmelden – Punkten – Bestellen
Sind Sie interessiert? Sprechen Sie mit Ihrem AOK-Berater