

Quo Vadis, KBV?

Die Politik stellt die Kassenärztlichen Vereinigungen in Frage, der Streit zwischen Haus- und Fachärzten bedroht ihre Existenz, und das neue Vertragsarztrecht ändert ihre innere Struktur: MVZ und angestellte Ärzte spielen eine größer werdende Rolle in der vertragsärztlichen Versorgung. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung sieht sich angesichts dieser Herausforderungen gut aufgestellt, versicherte ihr Vorsitzender Dr. Andreas Köhler auf der Vertreterversammlung am 22. Mai 2006 in Magdeburg. Zu Beginn seines Berichts betonte er den entschiedenen Anspruch seiner Organisation: „Wir wollen die Zukunft der Gesundheitsversorgung gestalten. Wir werden nicht nur Zaungäste

bereits Ausdruck dieser Haltung.

Die althergebrachten Rezepte der Vergangenheit taugen nur zum Teil für die Zukunft, gab Köhler zu bedenken. Wer die Zukunft gestalten wolle, müsse die Vergangenheit kennen, das Bewährte weiterentwickeln, das Hinderliche beseitigen und das Neue in Angriff nehmen.

Mit der neuen strategischen Ausrichtung der KBV, beschrieben im Grundsatzpapier „Ärztliches Handeln in Freiheit und Verantwortung“ vom Februar dieses Jahres, hat die vertragsärztliche Körperschaft den Kurs hin zu mehr Dienstleistungs- und Serviceorientierung für die Ärzte vorgegeben, mit klaren Zielen zur Verbesserung der Versorgungsstruktur durch

aufgestellt, sagte Köhler selbstbewusst. Diese Auffassung wird nicht von allen ihren Mitgliedern geteilt. Ein großer Teil der Hausärzte, repräsentiert durch den Deutschen Hausärzterverband, strebt nach einer eigenen Hausarzt-KV und will die Spaltung der Körperschaft. Besonders deutlich vertritt diesen Kurs der bayerische Hausärzterverband mit seinem Vorsitzenden Dr. Wolfgang Hoppenthaller, der dies erneut in Magdeburg bekräftigte.

Dass er nicht für alle deutschen Hausärzte spricht, machte ein Beschlussantrag von 15 hausärztlichen KV-Vorständen deutlich. Sie plädierten für eine gemeinsame Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen unter dem Dach einer gemein-



Dr. Andreas Köhler

Foto: KS

In der Resolution sprach sich die VV dafür aus, bis zu einer Aufhebung der pauschalierten Gesamtvergütung die Trennung in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Anteil auf der Basis der derzeitigen budgetierten Honoraranteile in Euro mit der Möglichkeit einer eigenständigen Weiterentwicklung beider Versorgungsbereiche vorzunehmen und gesetzlich zu verankern. Für die KVen soll die Möglichkeit geschaffen werden, die Vergütungen getrennt für den hausärztlichen und den fachärztlichen Versorgungsbereich zu verhandeln.

Während die Mehrheit der Vertreter davon ausging, mit diesem Beschluss die Einheit der KBV und der KVen gefestigt zu haben, beharrte wenige Stunden später der Vorsitzende des Deutschen Hausärzterverbands, Rainer Kötzle, auf der Forderung nach einer eigenen hausärztlichen Bundes-KV. Das hatte der Verband wenige Tage vor der Magdeburger Vertreterversammlung beschlossen. Kötzle wertete den Beschluss der KBV-VV als Schritt hin auf dieses Ziel. Dieser Interpretation ►



Die BDI-Repräsentanten bei der KBV-Vertreterversammlung

Foto: Aevermann

sein, die hinnehmen, was uns vorgesetzt wird.“ Die Demonstrationen der vergangenen Monate waren

mehr Patientenorientierung und strikter Ausrichtung an der Qualität der Behandlung. Das KV-System ist gut

samen KV. Der Beschluss wurde einstimmig von der Vertreterversammlung verabschiedet.

Mit Kürzel zeichnende Autoren dieser Ausgabe

HFS Dr.med. Hans-Friedrich Spies

KS Klaus Schmidt

haben die hausärztlichen Initiatoren des Antrags im nachhinein deutlich widersprochen.

Das ist nicht die einzige Herausforderung, der sich die KVen zu stellen haben. Bisher wurde die vertragsärztliche Versorgung von freiberuflich arbeitenden Vertragsärzten getragen. Nun können vor allem junge Kollegen auch in einem Angestelltenstatus ambulant tätig werden. Die Teilzeitanstellung bietet insbesondere jungen Ärztinnen eine Chance, im Beruf bleiben zu können. Die KBV begrüßt daher die im Entwurf des

Vertragsarztrechts-Änderungsgesetzes (VÄG) enthaltene neue Regelung zur erleichterten Anstellung von Ärzten in der vertragsärztlichen Praxis. Auch diesen Ärzten gegenüber ist die KV zuständig für die Qualitätssicherung und die Einhaltung der vertragsärztlichen Pflichten, betonte Köhler.

Konsequenterweise wurde in Magdeburg beschlossen, neben den bestehenden Beratenden Fachausschüssen einen weiteren für angestellte Ärzte einzurichten. Dort werden Ärzte vertreten sein, die bei Vertragsärzten oder in MVZ angestellt sind.

Ein Versuch des Bundesgesundheitsministeriums, die MVZ als juristische Personen Mitglieder in den KVen werden zu lassen, ist verhindert worden. Dennoch sollen sie nach dem Willen der KBV in deren Arbeit einbezogen werden. Es soll ein Forum gebildet werden, in das sie ihre Anliegen einbringen können. Sie sollen beratende Funktion haben, aber nicht in die Beschlussgremien-Arbeit einbezogen werden. Arztorientierung heißt nach Köhlers Worten auch, die freien Berufs- und Ärzteverbände noch stärker an der Arbeit der Körper-

schaft zu beteiligen als bisher. Sie sollen auch in Fragen der gesamten Berufspolitik künftig zu Rate gezogen und ihr Sachverstand in die Entwicklung zukünftiger Strategien mit eingebunden werden. Auch die Patienten sollen intensiver in die Arbeit der KBV einbezogen werden. Ein Patientenbeirat soll auf der Fachebene bei der Entwicklung neuer Versorgungskonzepte mitwirken und in allen Fragen, die eine Verbesserung der Zusammenarbeit mit Patientenvertretern betreffen, eingebunden werden.

KS

109. Deutscher Ärztetag vom 23.-26. Mai 2006 in Magdeburg

Ulla Schmidt wäscht ihre Hände in Unschuld

Heuer war Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt schon das sechste Mal auf einem „Deutschen Ärztinnen- und Ärztetag“, wie sie den 109. Deutschen Ärztetag bei der Eröffnungs-

Stadthalle, um ihre Hände in Unschuld zu waschen, der ärztlichen Selbstverwaltung den Schwarzen Peter zuzuschieben und ganz am Schluss noch ein paar „Geschenke“ an die versammel-

Schon 2003 habe sie mit dem Gesundheitsreformgesetz einer Reform der ärztlichen Honorierung den Weg bereitet, die eigentlich zum 1. Januar 2006 in Kraft treten sollte. Leider aber

floatende Punktwerte bzw. Muschelwährung klage, monierte sie, dann möge sie sich doch bitte daran erinnern, dass sie selbst vor Jahren diese Punkt-Währung gefordert habe.



BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack (re.) als Delegierter der Landesärztekammer Hamburg

Foto: Aevermann

feier in ihrer Diktion bezeichnete. Nur in Maßen von Unmutsäußerungen beeinträchtigt, nutzte die routinierte Politikerin das Podium in der Magdeburger

ten Ärzte(-Berufspolitiker) zu verteilen.

An ihr jedenfalls soll es nicht gelegen haben, dass das Gesundheitswesen von einer Krise in die nächste gerät:

habe die Selbstverwaltung, spricht: KBV und Krankenkassen, ihre Hausaufgaben nicht gemacht. Wenn die Kassenärztliche Bundesvereinigung heute über

Chance für die Selbstverwaltung

„Machen Sie doch bitte Vorschläge, welche anderen Wege eingeschlagen werden sollen“, ermunterte sie die Ärzte-Vertreter. Wenn sie keine hätten, sollten sie doch einfach das Gesetz einhalten. Die Ministerin will der ärztlichen Selbstverwaltung aber noch eine mit leichtem Druck versehene Chance geben: Bis 31. Dezember 2006 soll sie ein Honorarsystem vorlegen, das den Besonderheiten der jeweiligen Arztgruppen gerecht wird. Um eine schnelle Umsetzung einer neuen Honorarordnung zu ermöglichen, wurde auch die zeitliche Verschiebung der Honorarreform bis 2009 aus dem Entwurf des Vertragsarztrechts-Änderungsgesetz (VÄG) gestrichen. Schon eine Woche spä-

ter hoben die beiden KBV-Vorsitzenden artig den Finger und meldeten eifrig: „Schon lange arbeiten wir an einer neuen Gebührenordnung. Wir können deshalb schon bald – und zwar noch während der aktuellen Debatte der Arbeitsgruppe der Koalition zur Gesundheitsreform – der Ministerin unser Konzept präsentieren“, so Köhler und Weigeltdt.

„Entbürokratisierung, Transparenz und feste Preise für Ärzte“ werde das neue Konzept mit sich bringen. Auch die Patientenorientierung sei enthalten. „Wir bringen eine kleine Revolution auf den Weg – und das schnell“, zeigten sich beide sicher.

„Feste Preise in Euro und Cent sind eine alte Forderung der KBV. Die Budgets müssen so schnell wie möglich weg. Zudem muss das Morbiditätsrisiko auf die Krankenkassen übergehen. Daran wollen wir arbeiten“, erklärte der KBV-Vorstand.

Zuspruch für die Klinik-Ärzte

Für den Bundesvorsitzenden der streik-gestressten Ärzte-Gewerkschaft Marburger Bund, Dr. Frank Ulrich Montgomery, der bei der namentlichen Begrüßung mit einem lang anhaltenden Beifall eine Solidaritätsgeste entgegennehmen durfte, hatte sie ebenfalls aufmunternde Worte parat. Sie zeigte Verständnis für die streikenden Ärzte in den Universitätskliniken und Landeskrankenhäusern und äußerte die Hoffnung, dass nach dem Tarifabschluss von ver.di mit der Tarifgemeinschaft der Länder nun auch bald ein Tarifabschluss mit dem MB zustande komme. Damit stärkte sie den MBlern den Rücken, die sich von der TdL mit dem für die Ärzte wenig günstigen Abschluss schon ins Abseits gedrückt sahen. Am 16. Juni erzielte die Ärzte-Gewerkschaft den Durchbruch: Erstmals kam

es in Deutschland zu einem eigenen Tarifvertrag für Krankenhausärzte. Vorbehaltlich der Zustimmung der Tarifkommission und einer positiven Urabstimmung unter den Klinikärzten kann dieser

sätzliches Geld herzaubern, sondern die Ärzte müssen es an anderer Stelle selbst einsparen.

Das geht nach ihren Worten am besten bei den Arzneimitteln. Sie fand es

Berufsstands zusammenzufassen.

Die Regierung, hielt er dem Gast aus Berlin vor, ziele mal wieder nur auf ein weiteres Spargesetz und verschiebe die notwendige



Abstimmung auf dem Deutschen Ärztetag

Foto: Aeevermann

Tarifvertrag zum 1. Juli 2006 in Kraft treten.

„Keine Reform gegen die Ärzte“

Überhaupt meinte die Politikerin es mit der Ärzteschaft gut. Sie zeigte sogar Verständnis für den Unmut der niedergelassenen Vertragsärzte. „Wir werden die Reform mit Ihnen und nicht gegen Sie machen“, versprach sie. Der Gesprächsfaden sei ja niemals abgerissen. Und sie deutete an, dass in den demnächst zu verabschiedenden Eckpunkten zur Reform etliche Vorstellungen der Ärzteschaft Eingang finden würden. Man darf gespannt sein.

Sie hatte auch ein paar Geschenke im Gepäck: Der Anteil der ärztlichen Vergütung an den Gesamtausgaben der Krankenkassen soll erhöht werden, sprich: es gibt mehr Geld für die Leistungserbringer. Allerdings kann auch die Ministerin nicht zu-

unverständlich, dass die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland mehr Geld für Medikamente als für ärztliche Leistungen ausbebe. Im vergangenen Jahr haben die Kassen 15% von ihren Gesamtausgaben für ambulante ärztliche Leistungen ausgegeben, aber 16,5% für Arzneimittel. Um dieses Sparpotenzial leichter erschließen zu können, empfahl sie den Ärzten, die Praxis-Tür für Pharma-Referenten verschlossen zu halten und auch nicht mehr an von der Industrie finanzierten Anwendungsbeobachtungen und Studien teilzunehmen.

Der geballte Frust der Ärzteschaft

Bundesärztekammer-Präsident Prof. Jörg D. Hoppe ließ die Avancen unbeantwortet und konzentrierte sich in seiner Eröffnungsrede darauf, noch einmal den ganzen Ärger und Frust des

Reform – das sei „unredlich gegenüber den Patienten, gegenüber den Ärzten und auch gegenüber der nächsten Generation“. Statt mit dem „gefühlten Wissen“ von vermeintlich milliarden-schweren Effizienzreserven im deutschen Gesundheitssystem müsse man sich mit den Fakten auseinandersetzen: einer maroden Finanzierungsgrundlage, einer enormen Leistungsverdichtung und den Herausforderungen einer älter werdenden Gesellschaft bei rasant wachsenden medizinischen Möglichkeiten.

Wenig Freude findet die BÄK – anders als ihre Schwesterorganisation Kassenärztliche Bundesvereinigung – an dem Entwurf zur Änderung des Vertragsarztrechts. Dieser greife gleichermaßen Länderrecht wie auch die Rechte der ärztlichen Selbstverwaltung an, weil er die ärztliche Berufsordnung in wesentlichen Punkten einfach aushebele. Am ▶

Vortag hatte die Vertreterversammlung der KBV sich äußerst zufrieden damit gezeigt, dass das VÄG endlich die Liberalisierung der Muster-Berufsordnung auch im Vertragsarzt- und Zulas-

nehmende Konflikte bis hin zu Gerichtsverfahren, klagte Hoppe. Und das alles nur, weil die Politik ihre Hausaufgaben nicht macht und es versäumt, die Gebührenordnung zu modernisieren.

Finanzierung versicherungsfremder Leistungen gehen dem GKV-System insgesamt 4,2 Milliarden Euro verloren. Diese Zahlen zeigen nach Aussagen des Ärztetags, dass die chronische Unter-

Krankenhäuser erheblich mindern. Die Unterfinanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung könne nicht durch Zerstörung oder Schwächung der noch leistungsfähigen privaten Krankenversicherung gelöst werden.

Für eine Stärkung der ärztlichen Psychotherapie und gegen Stigmatisierung psychisch Kranker hat sich der Ärztetag ausgesprochen. Insbesondere der Prävention, Erkennung, Behandlung und Rehabilitation psychischer und psychosomatischer Behandlungen komme in allen Sektoren ärztlichen Handelns eine herausragende Bedeutung zu. Die deutsche Ärzteschaft unterstützt europäische Initiativen, die zu einer stärkeren Mobilität von Patienten und Ärzten in der Europäischen Union führen, fordert aber, dass damit keine Harmonisierung im Gesundheitswesen verbunden sein darf. Auch dürfe es keine administrativen Belastungen für die Ärzte und keine „Standards“ für strukturelle Rationierungen geben. Wartelisten, wie sie in einigen EU-Mitgliedstaaten praktiziert werden, könnten nicht als Vorbild dienen, erklärte der Ärztetag in Magdeburg. Der Deutsche Ärztetag hat „Zehn Gebote“ für das Erbringen individueller Gesundheitsleistungen (IGeL) verabschiedet. Die Empfehlungen sollen Ärzten dabei helfen, die von den Patienten selbst zu zahlenden Leistungen seriös und verantwortungsvoll anzubieten. Jedes Angebot einer individuellen Gesundheitsleistung müsse der hohen ärztlichen Verantwortung gegenüber Patientinnen und Patienten gerecht werden, heißt es in dem Beschluss von Magdeburg. Nur so bleibe das für den Erfolg jeder Heilbehandlung unverzichtbare Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Ärzten erhalten. KS



Ärztetags-Diskussion in der „BDI-Insel“

Foto: Aevermann

sungsrecht nachvollziehe. Berufsrechtliche Bedenken spielten da keine Rolle. Für Hoppe und die Landesärztekammer-Fürsten handelt es sich aber um eine abzulehnende „Versozialrechtlichung“ des Arztberufs, der man entschieden entgegentreten wolle. Mit dem AVWG und seiner umstrittenen Bonus-Malus-Regelung, klagte der BÄK-Präsident, werde die ärztliche Selbstverwaltung Schritt für Schritt kaputt gemacht, denn die KV solle mal wieder als eine Art unterstaatliche Regulierungsbehörde sanktionieren, wenn die Ärzte nicht so verordnen, wie sich das die Regierung wünscht.

Der Frust ist nicht nur im GKV-Sektor, sondern auch im Privatliquidationsbereich groß: Seit Jahren schon belasten das Patient-Arzt-Verhältnis erhebliche Rechtsunsicherheiten, Anwendungsschwierigkeiten, Fehlinterpretationen und zu-

Die Bürokratie wachse, das prüf- und Gutachterwesen bei Ärztekammern, privaten Krankenversicherungen und Beihilfestellen müsse ständig ausgebaut werden. In der anschließenden Arbeitssitzung des Ärztetags-Plenums in der Bördelhalle dankten Delegierte aus allen Lagern dem BÄK-Präsidenten für seine offenen Worte und unterstützten seine Forderungen. Die Finanzierungsgrundlagen des Gesundheitswesens werden durch politische Entscheidungen fortwährend destabilisiert, beklagten sie. Versicherungsfremde Leistungen und die Quersubventionierung anderer Sozialversicherungszweige belasten die gesetzliche Krankenversicherung jährlich in zweistelliger Milliardenhöhe. Allein die so genannten Hartz-Gesetze entziehen den Krankenkassen seit diesem Jahr 3,6 Milliarden Euro und durch die Rücknahme des Bundeszuschusses zur

finanzierung des Gesundheitswesens vor allem politisch bedingt ist.

Weitere Themen des Deutschen Ärztetags

Der 109. Deutsche Ärztetag hat den Plänen der Großen Koalition, die Gebührensätze der privatärztlichen Vergütungsordnung abzusenken und eine Behandlungspflicht zu bestimmten Gebührensätzen einzuführen, eine klare Absage erteilt. „Niemand würde auf die Idee kommen, anderen Freien Berufen, wie Rechtsanwälten, Notaren, Architekten oder Ingenieuren, untragbare Einheitspreise zuzumuten und anstelle einer Aktualisierung und einem Inflationsausgleich die Vergütung sogar zu reduzieren“, kritisierten die Delegierten. Dies würde bestehende Mängel nur noch weiter verschärfen und den notwendigen Finanzausgleich aus privatärztlicher Behandlung für Ärzte und

Gemeinsam sind wir stark

Unmittelbar nach Beendigung des 109. Deutschen Ärztetags in Magdeburg hat sich in Berlin die Allianz Deutscher Ärzteverbände der Öffentlichkeit präsentiert. Sie wurde von sechs großen ärztlichen Berufsverbänden gegründet. Ihr Ziel ist, der Zersplitterung der Ärzteschaft entgegen zu wirken, die Kräfte zu bündeln und gemeinsam die Interessen der niedergelassenen Ärzte gegenüber der Politik zu vertreten, wie BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack betont.

Die Allianz ist offen für den Beitritt weiterer Verbände, so auch den Deutschen Hausärzteverband, der noch nicht Mitglied ist. Die Ärztegewerkschaft Marburger Bund, die Körperschaft Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie die Bundesärztekammer als Arbeitsgemeinschaft der Landesärztekammern können kooptierte Mitglieder mit beratender Funktion, aber ohne Stimmrecht, werden.

Gemeinsame Grundsätze

Der Arztberuf ist ein freier Beruf, er dient der Gesundheit des Einzelnen und der gesamten Gesellschaft. Diese Freiheit der ärztlichen Berufsausübung setzt Therapiefreiheit, eine vertrauensvolle Patient-Arzt-Beziehung sowie eine leistungsgerechte Vergütung voraus. Die gegenwärtigen Rahmenbedingungen schränken die notwendigen Freiheiten in unerträglichem Maße ein. Reglementierung, Bürokratisierung und Budgetierung prägen das ärztliche Umfeld; staatliche Rationierung bestimmt mehr und mehr die Patientenbehandlung. Die Ärztinnen und Ärzte sind nicht länger bereit, für diese Leistungseinschränkungen

gegenüber dem Patienten die Verantwortung zu übernehmen.

Die Freiberuflichkeit des Arztberufes setzt Vertrauen in die persönliche Leistungserbringung voraus. Staat und Krankenkassen hingegen wollen die Patientenbehand-



BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack (re.), Gründungs- und Vorstandsmitglied der Allianz, mit dem HB-Vorsitzenden Dr. Kuno Winn

Foto: Aevermann

lung von der Diagnose bis zur Therapie reglementieren, programmieren und kontrollieren. Die fortwährende Zerstörung des Arztberufes und das grundlegende Misstrauen in die Freiberuflichkeit sind unerträglich geworden.

Die freien Ärzteverbände werden deshalb in einer Allianz dagegen aufstehen und gemeinsam für eine echte Freiberuflichkeit kämpfen. Ärzte sind keine staatlichen Mangelverwalter!

Keine Geschenke der Ärzte an den Sozialstaat

Das Finanzdesaster im Gesundheitswesen ist verursacht durch politische Fehlentscheidungen, Quersubventionierung anderer Sozialversicherungsbereiche zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung, Ausweitung der versicherungsfremden Leistungen, sowie vor allen Dingen durch die erodierende Einnahmehasis der GKV. Die Ärzte haben, ihrem beruflichen Selbst-

verständnis folgend, den Mangel bis heute auf eigene Kosten subventioniert. Jetzt allerdings ist dieses Geschenk an den Sozialstaat nicht mehr leistbar.

Die Allianz Deutscher Ärzteverbände fordert unverzüglich einen ehrlichen Kassen-

sturz im Gesundheitswesen und eine Nachhaltigkeit in der Finanzierung.

Die Mittelknappheit der Krankenkassen steht in völligem Gegensatz zu den Leistungsversprechen der Politiker. Diesen Widerspruch werden die Ärzte nicht länger hinnehmen!

Zehntausende Ärzte sind deshalb in den letzten Wochen und Monaten auf die Straße gegangen, um gegen Demotivation und Bevormundung zu protestieren. Die Ärztinnen und Ärzte kämpfen um den Erhalt einer wohnortnahen und flächendeckenden Versorgung aller Versorgungsbereiche in Deutschland und für eine moderne Medizin für alle. Sie wollen nicht länger den Mangel verwalten, sondern ihre Patienten individuell und mit höchster Qualität behandeln.

Scheinbar unbeeindruckt von diesen massiven Demonstrationen setzt die Politik ihren Kurs der Rationierung, Budgetierung

und Bürokratisierung weiter fort. Vor diesem Hintergrund haben sich

- der Berufsverband Deutscher Internisten (BDI)
- der Bundesverband der Ärztegenossenschaften
- die Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände
- der Hartmannbund
- MEDI Deutschland
- der NAV-Virchow-Bund,

Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands in einer Allianz zusammengeschlossen, um in ärztlicher Solidarität und fachübergreifend gegenüber der Politik unmissverständlich einzufordern, dass gesundheitspolitische Entscheidungen in Deutschland nur noch mit den Ärztinnen und Ärzten gemeinsam getroffen werden können. Die Allianz garantiert ein gemeinsames und geschlossenes Auftreten und damit die Fähigkeit, die deutsche Ärzteschaft jederzeit mit einer unüberhörbaren Stimme gegenüber der Politik zu vertreten.

Auf der Basis dieser Grundsätze, der Berlin-Essener Erklärung und des Eckpunktepapiers werden die Verbände in der Allianz Ziele formulieren und gemeinsam vertreten. Fehlt der Politik auch weiterhin die Bereitschaft zum konstruktiven Dialog und sind keine klaren Signale für notwendige Korrekturen in der Gesundheitspolitik zu erkennen, so wird die Allianz in Fortsetzung der bisherigen Proteste geeignete Maßnahmen beschließen und umsetzen.

Als erster Sprecher der Allianz wurde der Vorsitzende des NAV-Virchowbundes, Dr. Maximilian Zollner, gewählt. In die weiteren zwei Sprecherfunktionen wurden Dr. Klaus Bittmann, Bundesverband der Ärztegenossenschaften, und Dr. Kuno Winn, Hartmannbund, gewählt. Die Funktion ►

des Sprechers alterniert zwischen den Vorsitzenden der sechs Gründungsmitglieder. Die Amtszeit beträgt ein halbes Jahr.

Sofort-Programm

Auf der Basis der gemeinsam beschlossenen Grundsätze postuliert die Allianz

für die Gesundheit des Einzelnen und der gesamten Gesellschaft und dem besonderen Patienten-Arzt-Vertrauensverhältnis gerecht wird, kann nur auf Basis vorher bekannter und unveränderbarer Preise geregelt werden. Die Ausgestaltung dieser Gebührenordnung muss auf dem Boden des

inakzeptabel. Krankenkassen sollen unterschiedliche Tarife anbieten können, um beispielsweise wahlweise mit Selbstbehalttarif die Eigenverantwortung des Patienten zu stärken und in einen echten Wettbewerb mit anderen Kassen einzutreten. Ein direktes Vertragsverhältnis zwischen Patient

Arzt gemäß seinem Status als Freiberufler entwickeln kann. Der Missbrauch der Körperschaftlichen Strukturen zur Umsetzung staatlicher Repressionen wird nicht länger hingenommen. Dies widerspricht dem Primat einer freiheitlichen Berufsausübung. Das Vertragsarztrechts-Änderungs-Gesetz ist zum einen ein gutes Beispiel für die Liberalisierung der Berufsausübungsform, zeigt aber auch im Detail, wie der Gesetzgeber versucht, durch den Anwendungsvorrang sozialrechtlicher Verpflichtungen das Sozialrecht über das Berufsrecht zu stellen. In dieser Hinsicht ist das Gesetz nachzubessern. Die anstehenden Reformvorhaben sind darauf zu überprüfen, dass Therapiefreiheit und die freie Arztwahl des Patienten Vorrang erhalten.

Bürokratie-Abbau

Der Grundsatz „Stichproben statt Vollerhebung“ ist bei allen administrativen Erhebungen anzuwenden. Daher muss die Datenerfassung im Rahmen der Chronikerprogramme (DMP) zum Jahreswechsel 2006/2007 auf Stichprobenerhebungen reduziert werden.

Individuelle Kassenanfragen sind nur mehr im Ausnahmefall zulässig und separat zu honorieren. Dem Ausnahmefall muss eine dringende Notwendigkeit zu Grunde liegen, die in Beweislastumkehr von den Krankenkassen nachzuweisen ist. Die Praxisgebühr wird über die Krankenkassen eingezogen bzw. im Rahmen der Kostenerstattung gegenüber den Versicherten zurückbehalten. Wird sie in der Praxis erhoben, honorieren dies die Krankenkassen mit der bei diesen selbst üblichen Verwaltungspauschale von 25%. Wirtschaftlichkeitsprüfungen verjähren zwei Jahre nach Ende des Prüfungsquartals. Zufallsprüfungen werden auf eine 1%ige ▶



In die Nacht hinein leuchtete das Wort „Streik“ von den Fenstern des Münchner Universitätsklinikums Großhadern. Zwei Tage später war alles vorbei. Die Tarifgemeinschaft deutscher Länder hatte endlich nachgegeben und einem eigenen Tarifvertrag für Ärzte zugestimmt. Ostdeutsche Ärzte aber stehen nach wie vor schlechter da als ihre westdeutschen Kollegen und wollen daher weiter streiken.

von der Borch

Deutscher Ärzteverbände ein Sofort-Programm. Der Fünf-Punkte-Plan formuliert Kernthesen für die aktuell verhandelte Gesundheitsreform:

Gebührenordnung mit fester Vergütung & Kostenerstattung

Zum 1. Januar 2007 wird eine Gebührenordnung eingeführt, mit der ärztliche Leistungen in Euro und Cent vergütet werden. Eine echte leistungsgerechte Vergütung, die der Qualität der ärztlichen Leistung und der Rolle des Arztes als dem zentral Verantwortlichen

kalkulierten EBM erfolgen. Die Parameter, die vor mehr als fünf Jahren mit einem Umrechnungsfaktor 5,11 von Eurobetrag in Punkte verwendet wurden, sind der Inflationsrate anzupassen. Zeitgleich zum 1. Januar 2007 erhalten alle Versicherten und Leistungserbringer die uneingeschränkte Wahlmöglichkeit zur Kostenerstattung für den ambulanten oder stationären Bereich unter Verwendung einer neuen Gebührenordnung mit festen Preisen. Eine Kontingentierung der Leistungsmenge und damit der Verbleib des Morbiditätsrisikos bei den Ärzten ist

und Arzt mit eindeutig geregelter Rechnungslegung dient nicht nur dem eigenverantwortlichen Umgang mit den Ressourcen im Gesundheitswesen, sondern auch der Transparenz des Leistungsgeschehens zwischen Patient und Arzt.

Freie Berufsausübung

Jahrzehntelange Reglementierung und Budgetierung haben die Freiberuflichkeit von Ärztinnen und Ärzten in unerträglichem Maße eingeschränkt. Der Gesetzgeber muss sich darauf reduzieren, die Rahmenbedingungen zu schaffen, in denen sich der

Stichprobe begrenzt. Es wird ein „Runder Tisch“ Bürokratieabbau zwischen Ärzten, Krankenkassen und dem Bundesgesundheitsministerium eingerichtet, der öffentlich tagt und regelmäßig Bericht erstattet. Zielvorgabe für den „Runden Tisch“: In drei Jahren muss die Zeit für administrative Aufgaben halbiert sein. Datensätze, die nicht innerhalb von zwei Jahren statistisch aufgearbeitet und veröffentlicht werden, werden nach diesem Zeitraum nicht mehr erhoben.

Arzneimittelverordnungen, Hilfs- und Heilmittelverordnung

Ein definierter Leistungskatalog dient als Grundlage für

Verordnungen in Klinik und Praxis. Nicht in diesem Katalog enthaltene Leistungen können von Krankenkassen als freiwillige Satzungsleistungen angeboten oder individuell privat versichert werden. So entsteht ein echter Kassenwettbewerb, der Wahlmöglichkeiten für die Versicherten eröffnet und zu marktgerechten Preisen der Arzneimittel führen wird. Die Bonus-Malus-Regelung wird mit sofortiger Wirkung abgeschafft.

eCard

Die bundesweite Einführung der elektronischen Gesundheitskarte kann erst erfolgen, wenn sich in den Testregionen die absolute Datensicherheit bewiesen hat.

Zudem muss gewährleistet sein, dass der Patient die Hoheit über seine Daten behält. Dabei ist insbesondere nachzuweisen, dass Daten nicht unbefugt in die Hände Dritter gelangen können, Manipulationen an elektronischen Rezepten unmöglich sind, alle datenschutzrechtlichen Vorgaben zum Sammeln, Speichern, Verwerten und Löschen eingehalten werden und die Teilnahme für alle Beteiligten freiwillig bleibt. Die Kosten der Einführung – insbesondere die technische Aufrüstung in den Arztpraxen – muss von den Krankenkassen getragen werden. Die Allianz Deutscher Ärzteverbände fordert die Einrichtung eines „Ärztlichen Ombudsmann“ aus dem Bereich der freien

ärztlichen Verbände bei der „gematik“.

Mit diesen fünf zentralen Forderungen geht die Allianz Deutscher Ärzteverbände in die politischen Gespräche. Diese Ziele resultieren aus den gemeinsam erarbeiteten Grundsätzen. Die Allianz Deutscher Ärzteverbände wird prüfen, inwieweit diese Thesen Eingang in die Gesetzgebung finden und entsprechende Reaktionen vorbereiten. Um diese Forderungen zu unterstreichen, ruft die Allianz Deutscher Ärzteverbände in der letzten Juniwoche bundesweit zu Praxisschließungen, regionalen Protestkundgebungen und weiteren Maßnahmen auf.

BDI

Gesundheitspolitik der Großen Koalition

Die Gesundheitsreform nimmt Gestalt an

Nachdem unsere Bundeskanzlerin Angela Merkel auf dem außenpolitischen Parkett eine gute Figur abgegeben hat, versucht sie jetzt, die innenpolitischen

Probleme zu lösen. Die Umfragen zeigen, dass man hier beim Wähler nicht besonders gut angekommen ist. Es ist der Bundesregierung nämlich noch nicht gelungen,

dem Wähler klar zu machen, dass unser ganzes Volk „auf zu großem Fuß lebt“ und mehr Geld ausgibt, als es einnimmt. Vor allem haben die Leistungsträger

und die arbeitende Bevölkerung offensichtlich auch in dieser Regierung keine Lobby, sondern man richtet sich weitgehend nach Versorgungsempfängern, ▶

Anzeige

Seit vielen Jahren setzt GE Healthcare auf SONORING als Partner für den Verkauf von Sonografiesystemen in Deutschland. Aus gutem Grund, denn nur der SONORING erfüllt die hohen Qualitätsansprüche, die GE an exklusive Partner stellt.

www.sonoring.de
 Infoline direkt zu Ihrer Sonotheke (€0,12/Min)
 01805/117 117



Partner starker Marken  **GE Healthcare**

setzt auf uns.



Setzen Sie auf das LOGIQ 200 PRO, exklusiv bei Ihrem Sonoring Partner

Ab sofort Verbandsrabatt für alle BDI-Mitglieder!

weil die inzwischen in der Bundesrepublik Deutschland wohl die Mehrheit der Wähler darstellen. Dass dies auf die Dauer nicht gut gehen kann und nur eine Fortsetzung der seitherigen rot-grünen Politik bedeutet, ist allen klar, die über den Tellerrand der Tagespolitik hinausblicken.

Zentrale Bedeutung hat die Gesundheitsreform. Angela Merkel macht unter der derzeitigen politischen Lage deshalb Druck, dieses unangenehme Thema möglichst früh in der Legislaturperiode abzuwickeln. Dabei geht es einmal um Strukturveränderungen im Gesundheitswesen, zum anderen aber auch um eine Finanzreform des gesamten Systems.

Eckpunkte wie gehabt

Bei den Strukturen hat man sich offensichtlich so angenähert, dass man ein konzertiertes Eckpunktepapier erstellen kann. Die einschlägigen Vorgaben sind auch bereits an die Öffentlichkeit durchgedrungen. Im Prinzip wird die Politik der rot-grünen Bundesregierung mit dem Kompromiss von Ulla Schmidt und Horst Seehofer nur fortgesetzt. Der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern wird verstärkt, neue Strukturen wie Medizinische Versorgungszentren und Integrierte Versorgung werden im System fest etabliert. Die entsprechenden Finanzierungsvorgaben werden fortgeschrieben. Die Kassenärztliche Vereinigung wird massiv unter Druck gesetzt, weil sie die Vorgaben für eine Vergütungsreform in der Vergangenheit nicht eingehalten hat. Wohlweislich hat die Bundesgesundheitsministerin neue Vorgaben für die Vergütungsreform in den Gesetzestext nicht aufgenommen. Es ist ihr damit möglich, der Kassenärztlichen Vereinigung ihre Versäumnisse weiter

vorzuhalten, um evtl. die Vergütungsreform in die eigene Hand zu nehmen. Die Reaktion der Kassenärztlichen Vereinigung zeigt, dass sie diese Befürchtungen teilt. Auf diesem Weg kann die Politik die Kassenärztlichen Vereinigungen auf dem Sektor Vergütungsreform weiter auf dem Schleifstein halten.

Um es nochmals klarzustellen: Die Union hat sich mit ihren mehr patientenorientierten Vorstellungen nicht durchgesetzt, im Gegenteil, die Politik der letzten Bundesregierung wird in allen Punkten fortgesetzt.

Fondsmodell als Kompromiss

SPD und CDU waren bei der Finanzierungsreform der gesetzlichen Krankenversicherungen am weitesten auseinander. Hier hat man sich offensichtlich weiter nicht geeinigt und sucht deshalb wohl nach Formelkompromissen. Möglichst dürfen die Worte „Versichertenpauschale“ als Modell der CDU und „Bürgerversicherung“ als Modell der SPD nicht mehr in den Mund genommen werden. Nicht ohne Grund hat der Vorsitzende der Bundestagsfraktion der CDU, Volker Kauder, deshalb das so genannte „Fondsmodell“ in die Diskussion gebracht. Alle Anzeichen

sprechen dafür, dass eine solche Lösung angedacht wird. Was soll man sich unter einem solchen Finanzierungsmodell vorstellen?

Arbeitnehmer und Arbeitgeber zahlen einen Beitrag von ca. 6% des Bruttolohnes in einen Fonds ein, der damit im Jahr etwa 130 Mrd. € ausmacht. Damit dürften die Pläne der CDU, den Arbeitgeberanteil festzuschreiben, in der Schublade verschwunden sein. Auch hier hat sich wohl die SPD mit ihren Vorstellungen eines weiterhin flexiblen Arbeitgeberanteils durchgesetzt. Eine Entlastung der Lohnnebenkosten findet somit auf diesem Sektor nicht statt.

Die so zusammenkommenden Gelder reichen aber für die Finanzierung des derzeitigen Systems nicht aus, so dass man ganz offen eine Subventionierung über Steuermittel fordert. Diese müsste mindestens 15 Mrd. € ausmachen.

Man muss sich vorstellen, dass der Finanzminister der großen Koalition die Subventionierung der gesetzlichen Krankenkassen erst vor kurzem wieder eingestampft hat, die er ursprünglich über die Tabaksteuer finanzieren wollte. Jetzt wird ein Beschluss gefasst, der dies wieder zu einem Teil rückgängig macht. Inzwischen dürfte aber der Finanzminister das frei gewordene

Geld anderweitig verplant haben, so dass hier wegen der Gesundheitsreform wieder eine Steuererhöhung in das Haus stehen dürfte. Was bietet sich da nach der Erhöhung der Mehrwertsteuer anderes an, als eine weitere Steigerung der Einkommenssteuer?

Völlig offen bleibt die Frage, wie die Krankenkassen aus dem Fonds finanziert werden. Damit ist das große Problem Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen wieder neu aufgetaucht. Wenn man bei dem Wettbewerb über Beiträge bei den Krankenkassen bleibt, bekommen wir die gleiche Situation, wie anno dazumal unter Seehofer, dass nämlich nur noch Junge und Gesunde für die Krankenkassen als Versicherte interessant sind. Eine Reform des Risikostrukturausgleichs wird damit umso dringender denn je.

Es lebe die Bürokratie

All dies wird zu einer Stärkung der Bürokratie in unserem Gesundheitswesen führen. Nur mit einem riesigen Verwaltungsapparat und neuen restriktiven Vorgaben wird sich dieses Konzept umsetzen lassen.

So wie es jetzt aussieht, hat die große Koalition das Problem unseres Gesundheitswesens mit diesen Reformen nicht gelöst. Intransparenz und Bürokratie bleiben uns wohl auch in Zukunft erhalten.

Wie schon seit Jahren und Jahrzehnten wird auch diese Bundesregierung eine rein ökonomisch orientierte Gesundheitspolitik betreiben, die letzten Endes zu einer heimlichen Rationierung führt und die auf die Kranken in dem System weiter keine Rücksicht nehmen wird. Die Vorgaben für unser Gesundheitswesen werden weiter am Beitrag und damit am gesunden Versicherten orientiert.

HFS



KBV fordert gesetzliche Grundlage für Praxiskliniken

Die Kassenärztliche Vereinigung hat einen Gedanken aufgegriffen, der insbesondere in operativen Fächern teilweise schon umgesetzt ist. Man möchte, dass das Institut „Praxisklinik“ auch gesetzlich verankert wird. Nach Meinung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung soll dies als eine Einrichtung von Vertragsärzten definiert sein, in denen ambulant und stationär behandelt werden kann. Die stationäre Dauer wird aber im Gegensatz zum Krankenhaus auf 4 Tage begrenzt; ebenso darf die Zahl der Betten, die einem Vertragsarzt zur Verfügung stehen, 4

nicht überschreiten. Ziel dieser Regelung ist offensichtlich, die Konkurrenz für die Krankenhäuser dadurch abzumildern, dass man die stationäre Versorgungsmöglichkeit einer Praxisklinik stark einengt. Finanziert werden die Praxiskliniken natürlich über die vertragsärztliche Versorgung; entsprechende Regelungen in der Gesamtvergütung sollen vorgesehen werden. So gut der Gedanke der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auch sein mag, hier eine vernünftige Struktur in das System einzuführen, so wenig hilfreich ist es, die restriktiven Finanzie-

rungsvorgaben der jetzigen Kassenärztlichen Vereinigung auch auf diese neuen Systeme einfach weiterzuschreiben. Es handelt sich

In der Konkurrenzsituation zu den Krankenhäusern ignoriert die Kassenärztliche Vereinigung schon seit Monaten den Unterschied im

Anzeige

Leserbrief

„Nur unseren Patienten verpflichtet“

In keinem anderen Bereich außer im Gesundheitswesen richtet der Leistungserbringer seinen Vergütungsanspruch nach den Vorgaben Dritter. Der Handwerker stellt seine Rechnung unabhängig von dem, was der Bausparvertrag abdeckt, der Kfz-Mechaniker muss nicht danach fragen, was die Kasko übernimmt.

Nur wir Ärzte lassen uns budgetieren und reglementieren. Wir lassen uns darauf ein, unser Handeln vor Dritten zu rechtfertigen, indem wir neben dem bisherigen auch den allerneuesten Vordruck des Verwaltungs-Sachbearbeiters beantworten.

Wir Ärzte sind nur unseren Patienten verpflichtet. Der Patient muss unsere Leistungen nachvollziehen und aushalten. Unsere Patienten sind zumeist gerne bereit, uns unsere Arbeit adäquat zu vergüten, weil sie den Benefit unseres Bemühens um ihr Wohlergehen spüren.

Daher ist es nur folgerichtig, dass wir Ärzte unsere Vergütung direkt von dem erhalten, der unsere Leistung in Anspruch nimmt, indem sämtliche Leistungen nach einer adäquaten GOÄ mit Rechnung liquidiert werden. auch bei gesetzlich Versicherten. So ist die direkte Kontrolle der abgerechneten Leistungen gewährleistet. Der Patient kann sich seinerseits absichern und Kostenerstattung bei seiner Versicherung nach eigener Maßgabe vereinbaren – wie bisher bereits bei den Privatversicherungen üblich. Dem Staat obliegt in diesem Modell die Aufgabe, für seine Bürger bei den Versicherungen für eine Grundversicherung zu sorgen.

Dr. med. F. Michold
Facharzt für Innere Medizin
Elisabeth-Auer-Str. 8A
91056 Erlangen

Hier schlagen Internistenherzen höher!



Internistisches Spezialpaket:*

- > Linearsonde 7,5-12 MHz
- > Konvexsonde 2,5-5 MHz
- > Phased Arraysonde 2,5-3,5 MHz
- > Stiftsonde 5 MHz
- > digitale Filmaufzeichnung
- > Compass M-Mode

Internistisches Spezialpaket zum Vorzugspreis von

33.333 € zzgl.*
MwSt.

* verlängert bis 31. Juli 2006

- > T.E.I.
- > s/w-Printer
- > schwenkbares Keyboard
- > USB-Anschluss
- > CD-Brenner
- > Netzwerkanschluss

Mehr Info unter 01805/372683
oder www.MyLab50.de

powered by
@saote

um „tot geborene Kinder“, wenn nicht von Anfang an dafür gesorgt wird, dass eine extrabudgetäre Vergütung solcher Strukturen gewährleistet wird.

Leistungsrecht angleichen

Zumindest müssen sämtliche Fallzahlbegrenzungen fallen, weil ansonsten eine Konkurrenzsituation zu den Krankenhäusern nicht ausgehalten werden kann, die durch solche restriktiven Vorgaben in ihrer Tätigkeit nicht belästigt werden.

Leistungskatalog. Es hilft einer Praxisklinik überhaupt nichts, wenn die Vorgaben des EBM mit einer restriktiven Definition der zu erbringenden Leistungen einfach fortgeschrieben werden und die Krankenhäuser gleichzeitig in den DRGs immer neue Leistungen unabhängig vom EBM einführen können. Solche Strukturen machen einfach nur dann für die Vertragsärzte Sinn, wenn auch das Leistungsrecht zwischen Krankenhaus und Praxis angeglichen ist. Man muss sich schon fragen, ob die Kassenärztliche

Bundesvereinigung diese Problematik nicht verstanden hat, oder ob sie sie im Interesse einer politischen

Durchsetzung vielleicht einfach nur ignoriert. Auch eine Kassenärztliche Bundesvereinigung wird sich

mit den grundsätzlichen Unterschieden der ambulanten und stationären Versorgung auseinanderzusetzen haben,

selbst wenn dabei u. U. die heilige Kuh „Sicherstellung“ in Gefahr gerät.

HFS

Nationales DRG-Forum in Berlin

Spekulation über Harmonisierung der Gesundheitssysteme

Anlässlich des Nationalen DRG-Forums am 24. März in Berlin wurde die Harmonisierung der Vergütungssysteme andiskutiert. Wie zu erwarten, hat es dabei noch keine konkreten Lösungsvorschläge ergeben.

Die Ausgangslage stellt sich wie folgt dar:

- Für die vertragsärztliche Versorgung gilt der sog. EBM. Dieser hat hauptsächlich die Aufgabe, die Leistungen des Vertragsarztes zu definieren, die er gegenüber der gesetzlichen

Vertragsarztpraxen.

Diese totale Intransparenz betrifft nicht nur den Arzt bezüglich seiner Vergütung, sondern auch den Patienten, dem man unter diesen Bedingungen nicht mehr mitteilen kann, was seine Leistungen effektiv gekostet haben. Die Forderungen nach Transparenz, die von einigen Politikern gestellt werden, lassen sich nur dadurch lösen, dass die derzeitige ordnungspolitische Systematik aufgegeben wird. Die Leistungsdefinitionen sind im Übrigen

so dass die Flexibilität der Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung immer mehr eingeschränkt ist.

- Ganz anders im DRG-System. Dieses basiert auf den Ist-Kosten der Krankenhäuser und wird allmählich bis zum 01.01.2009 angepasst. Der wesentliche Unterschied zu dem EBM-System besteht darin, dass hier die Leistungsgestaltung offen ist. Es ist alles erlaubt, was nicht grundsätzlich verboten ist. Neue Leistungen können

schiedlichen Vorgaben ambulant und stationär zu beseitigen. Anfangen muss man deshalb bei der Leistungsdefinition.

Erst wenn diese Aufgabe gelöst ist, kann man die Systeme wieder miteinander vergleichen und Verschiebungen zwischen dem ambulanten und stationären Teil oder umgekehrt überhaupt darstellen.

In einem weiteren Schritt wird es nötig sein, die Vergütungssysteme tatsächlich anzupassen.



Krankenversicherung abrechnen darf. Erst in zweiter Linie kommt es auf die Vergütung an. Diese wird aber nur in Punkten, d. h. also im Relativpreis eingeführt. Dies führt zu eklatanten Missständen in der kassenärztlichen Versorgung und in der Finanzierung der

ausgesprochen restriktiv. Leistungen, die über den derzeitigen EBM-Standard hinaus erbracht werden sollen, können nur durch ein aufwendiges Beschlussverfahren im Gemeinsamen Bundesausschuss eingeführt werden. Dies dauert i. d. R. Monate und Jahre,

Wettbewerbsverzerrungen ambulant und stationär beschreibt.

Unterschiedliche Vorgaben beseitigen

Das Ziel einer zukünftigen Gebührenordnungsreform muss sein, diese unter-

problemlos über das DRG-System definiert und dann auch den Krankenkassen in Rechnung gestellt werden.

Man kann nicht oft genug diesen wesentlichen Unterschied zwischen dem EBM und den DRGs betonen, weil es die

In diesem Licht muss man die Vorschläge der Bundesgesundheitsministerin sehen, endlich auch den Vertragsarzt in Euro und Cent zu vergüten. Es bleibt das Geheimnis von Ulla Schmidt, wie sie neben den unterschiedlichen Leistungsvorgaben auch die offene Fallzahlgestaltung der Krankenhäuser mit der vertragsärztlichen Versorgung unter einen Hut bringen will.

So gibt es bereits insbesondere von Seiten der Krankenkassen Vorschläge, wie man auch bei einer Finanzierung in Euro und Cent die Budgetvorgaben einhalten kann. So wird das bekannte Regelleistungsvolumen beschworen und man droht den Vertragsärzten, die wieder mehr als vereinbarte Mengen zu versorgen haben, mit Abstaffelungen und Nichtfinanzierung.

Dr. Wulf Leber vom AOK-Bundesverband hat es auf den Punkt gebracht, in- ▶

dem er darauf hingewiesen hat, dass die Harmonisierung der Vergütungssysteme in dem konzeptionell noch nicht schlüssig gelösten Nebeneinander von selektiven

und kollektiven Vertragsabmachungen nicht gelöst ist. Einfach ausgedrückt meint er, dass Kollektivverträge für die Vertragsärzte einfach nicht mit Einzelverträgen

mit Krankenhäusern zusammenpassen. Damit wird eine Honorarreform, die den Namen verdient, nur mit einer neuen Definition der Sicherstellungsaufträge im

ambulanten und stationären Bereich möglich sein. Von der Lösung dieser Aufgabe ist Ulla Schmidt noch meilenweit entfernt.

HFS

Treffen der Vorsitzenden der Sektionen und Arbeitsgemeinschaften am 21. April 2006 in Wiesbaden

Aktuelle Projekte für Internisten

Der Sprecher der Sektionen und Arbeitsgemeinschaften im BDI e.V., Prof. Malte Ludwig, berichtete beim Treffen in Wiesbaden an Hand einer Powerpoint-Präsentation über die im Jahr 2005 angestoßenen Projekte und den jeweiligen aktuellen Sachstand. Hier ein Blick auf die wichtigsten Projekte:

QM Innere

Einzelne Kapitel für das QM-Handbuch Innere (es wird im Springer-Verlag erscheinen) sind bereits im Abstimmungsverfahren mit den Schwerpunkt-Gesellschaften, so dass eine termingerechte Abgabe (31. Mai 2006) möglich ist.

Bewertung der internistischen DRGs / Schreiben an das InEK

Mit Schreiben vom 22. Februar 2006 wurden dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) die

in der Arbeitsgruppe DRG entwickelten Vorschläge hinsichtlich der Bewertung internistischer DRGs mitgeteilt.

Da die von der Arbeitsgruppe DRG aufgeworfene Problemstellung zudem auch eine politische Ebene betrifft, wurde das entsprechende Schreiben den Spitzenverbänden der Krankenkassen, dem Verband der privaten Krankenversicherung sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft übermittelt.

Weiterentwicklung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

In einer Sitzung zur Weiterentwicklung der GOÄ in der Bundesärztekammer wurde bekannt, dass noch kein Neu-Entwurf der GOÄ fertig gestellt wurde. Es ist abzusehen, dass nicht alle Vorschläge des BDI 1:1 umgesetzt werden, jedoch bestehen die Bemühungen,

die Arztleistungen generell besser zu honorieren bzw. zu bewerten.

Ausdrücklich gelobt wurde der BDI für seine umfassenden Arbeiten und Vorschläge zur Weiterentwicklung der GOÄ.

Analog dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) soll ein Institut zur Entwicklung von Entgeltsystemen im ambulanten Bereich gegründet werden, das aus Mitgliedern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie der gesetzlichen Krankenversicherung besteht.

Definition von Komplexleistungen internistischer Betreuungsziffern in den Schwerpunkten

Im Vergleich zu den technischen Leistungen bildet der EBM 2000plus die ärztlichen Leistungen nur unzureichend ab. Dieses Problem betrifft nicht nur

die Sektionen, sondern die Internisten im Allgemeinen. Die Sektionen könnten jedoch eine gewisse Vorreiterrolle übernehmen, um eine leistungsgerechte Honorierung zu erhalten. Hierfür ist die Definition der ärztlichen Leistung innerhalb der Betreuungsziffer notwendig. Mittelfristig muss eine Angleichung der sektoralen unterschiedlichen Vergütungssystematiken erfolgen.

Die Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden der Sektionen und Arbeitsgemeinschaften werden gebeten, ca. drei Betreuungskomplexe (Patienten mit chronischen Erkrankungen, die intensiver ambulanter Betreuung bedürfen) der jeweiligen Sektion bzw. AG an die Geschäftsstelle zu übermitteln. Die Beispiele der Sektion Angiologie können dazu bei der Geschäftsstelle als Vorlagen abgefragt werden.

KS

Initiative Darmkrebsversorgung

Innovatives Versorgungsangebot für Risikogruppen mit familiärem und erblichem Darmkrebs

Ein Projekt des Berufsverbandes Deutscher Internisten und der Techniker Krankenkasse in Kooperation mit der Felix Burda Stiftung, der Interessengemeinschaft der Humangenetiker und der Deutschen Krebshilfe.

Bei etwa 20 000 der jedes Jahr neu an Darmkrebs

erkrankenden 70 000 Versicherten liegt ein familiäres oder erbliches Risiko vor. Da die genetische Disposition innerhalb der Familie weiter vererbt werden kann, bedeutet dies für direkte Verwandte, dass sie ein 30- (bei familiärem Darmkrebs) bis 70-prozentiges (bei

erblichem Darmkrebs) Risiko haben, ebenfalls an einem kolorektalen Karzinom zu erkranken. Bei erblichen Formen von Darmkrebs erhöht sich darüber hinaus das Risiko für eine Reihe anderer Tumorerkrankungen.

Personen, die das famili-

äre oder hereditäre Risiko geerbt haben, erkranken früher an Darmkrebs als die Normalbevölkerung; auch junge Erwachsene können in solchen Familien bereits betroffen sein. Damit diese Risikogruppen von den Chancen der Darmkrebsfrüherkennung profitie- ▶

ren können, müssen sie sich teilweise bereits ab dem 25. Lebensjahr einer Vorsorgekoloskopie unterziehen.

Notwendig: interdisziplinäre Versorgung

Da die Krebsfrüherkennungsrichtlinie Risikogruppen mit familiärem und erblichem Darmkrebs nicht berücksichtigt, werden betroffene Personen gegenwärtig nicht erkenntnisgerecht erfasst und versorgt. Um die Versorgung der genannten Risikogruppen zu verbessern, haben der Berufsverband Deutscher Internisten mit seiner Sektion Gastroenterologie und die Techniker Krankenkasse in Kooperation mit der Felix Burda Stiftung, der Interessengemeinschaft der Humangenetiker und der Deutschen Krebshilfe einen Vertrag geschlossen.

Leitlinienorientierte Versorgung

Der Vertrag sieht vor, dass

Personen mit familiärem und erblichem Darmkrebsrisiko eine leitlinienorientierte gastroenterologische Diagnostik angeboten wird. Darin eingeschlossen sind die endoskopische Untersuchung (Koloskopie) und die humangenetische Beratung. Bei Verdacht auf erblichen Darmkrebs wird zusätzlich die molekulargenetische Diagnostik angeboten.

Feste Eurobeträge außerhalb des Budgets

Diese Leistungen werden außerhalb des Budgets zu festen Eurobeträgen vergütet. Die Vergütungen werden unmittelbar nach Abschluss der Leistungen gezahlt. Der Beitritt zum Vertrag steht allen Ärztinnen und Ärzten in der vertragsärztlichen Versorgung offen, die zur Erbringung und Abrechnung der Koloskopie und Vorsorgekoloskopie berechtigt sind, sowie allen Ärztinnen und Ärzten in der stationären Versorgung, die die

Voraussetzungen zur Genehmigung erfüllen.

Einfache Umsetzung, problemloser Beitritt

Und so funktioniert es: Die Techniker Krankenkasse informiert ihre Versicherten von dem neuen Angebot und fügt dem Schreiben einen Fragebogen zum Selbsttest auf familiäres und erbliches Risiko bei. Ergibt die Beantwortung der Fragen, dass möglicherweise ein familiäres oder erbliches Darmkrebsrisiko vorliegt, wird dem Versicherten geraten, sich an einen der an dem Projekt teilnehmenden Gastroenterologen, Internisten oder Humangenetiker zur Beratung und weiteren Versorgung zu wenden. Für Sie selbst ist die Beteiligung an dem Projekt denkbar einfach: Unter der Internetadresse www.darmkrebsvertrag.de finden Sie die notwendigen Informationen über den Beitritt.

Für bestimmte Seiten be-

nötigen Sie ein Passwort als Zugangsberechtigung. Bitte wenden Sie sich per E-mail an „servicegmbh@bdi.de“ oder telefonisch an den BDI unter 06 11-1 81 33 - 0. Hier erhalten Sie Ihre Log-in-Daten sowie weitere Beratung und Informationen. Sprechen Sie mit uns über diese wichtige Initiative zur verbesserten Versorgung von Risikopersonen mit familiärem und erblichem Darmkrebs. Treten Sie jetzt dem Vertrag bei!

Zentrale Datenerfassung, einfache Abrechnung

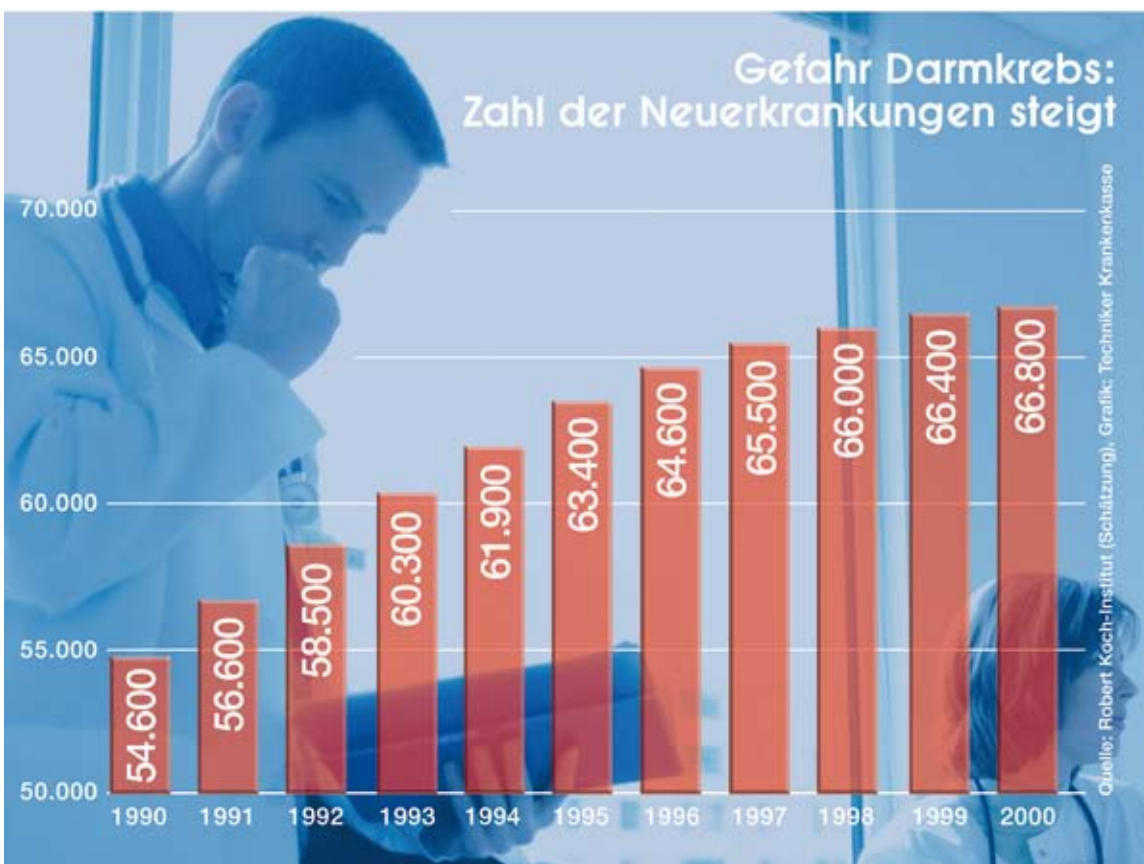
Die Daten der Versicherten, die zugestimmt haben, an dem Projekt teilzunehmen, werden zentral durch die Medizinische Hochschule Hannover erfasst und von dieser treuhänderisch verwaltet. Die Aufgabe des teilnehmenden Arztes besteht darin, dass er die erhobenen Patienten- und Befunddaten online an die MHH weiterleitet.

Wir möchten darauf hinweisen, dass dies keinen zusätzlichen Dokumentationsaufwand erfordert. Sobald der Befund an die MHH gemeldet ist, wird automatisch eine Honorarrechnung erstellt und der Betrag wird Ihrem Konto gutgeschrieben.

Ihre Praxis wird Kompetenzzentrum

Beteiligen Sie sich an diesem innovativen Versorgungsprojekt, das Ihr Berufsverband zusammen mit der Techniker Krankenkasse ins Leben gerufen hat. Weitere große Krankenkassen haben ihr Interesse bekundet, den Vertrag übernehmen zu wollen. Der Vertrag gibt Ihnen und Ihrer Praxis die Möglichkeit, zu einem Kompetenzzentrum für die Versorgung von Darmkrebsrisikogruppen zu werden.

BDI



Jahr für Jahr erkranken mehr Menschen an Darmkrebs, der zweithäufigsten Krebsdiagnose in Deutschland. Etwa jeder Zwanzigste ist statistisch betrachtet im Laufe seines Lebens davon betroffen. Die Heilungschancen hängen maßgeblich von der Erfahrung des operierenden Chirurgen und den Qualitätsstandards der Klinik ab.

Wissen, was der Bürger will

Das Ergebnis der 4. Delphi-Studie zur Zukunft des Gesundheitswesens liegt vor. Die Delphi-Studie wird getragen vom IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH, von der Universität Duisburg/Essen mit dem Lehrstuhl Medizinmanagement sowie von der Firma Janssen-Cilag.

Die Studienreihe begann 1994 mit einer Expertenbefragung über die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens aus der Sicht von Ärzten und anderen Experten.

1999 wurden erstmals Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung an das Gesundheitswesen aufgenommen und bewertet. Im Jahre 2002 ging es um die Frage, ob mehr Wissen über die Gesundheit zu mehr Verantwortung führt. Im Jahre 2005 wurden die Ergebnisse der jetzt publizierten Studie erhoben; dabei ging es um Nutzen, Kosten und Präferenzen bei der Gesundheitspolitik.

Vier Themenschwerpunkte

Dabei hat man sich insgesamt vier Themenschwerpunkten gewidmet:

- Wie groß sind aus der Sicht der Bevölkerung die Nutzen, Verluste bzw. Gewinne bei bestimmten Änderungen im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung?
- Welche therapeutischen Verbesserungen und Fortschritte sollen aus der Sicht der Bevölkerung solidarisch durch die GKV finanziert und welche können der privaten Verantwortung überlassen werden?
- Aus welchen Quellen möchten die Befragten ergänzend zum Arzt/Patienten Informationen über die Wirkung von verschreibungs-

pflichtigen Arzneimitteln erhalten und

- welche Leitgedanken und Ziele sollten in der Gesundheitspolitik an oberster Stelle stehen?

Die Hälfte der Befragten war zufrieden

Die Erhebung wurde tatsächlich bei einem weitgehend repräsentativen Bevölkerungsquerschnitt erhoben. Dabei haben sich zwei interessante Zahlen ergeben, die bei sehr vielen Diskussionen Berücksichtigung finden sollten. 14,3% aller Befragten gaben an, dass sie in den letzten 12 Monaten einen Krankenhausaufenthalt mit mindestens einer Nacht im Krankenhaus hinter sich hatten. 24,6% bezeichneten sich als chronisch krank. Und etwa die Hälfte aller Befragten war mit dem Gesundheitszustand im Großen und Ganzen zufrieden.

Es wurde nach der Beitragsreduktion gefragt, die erforderlich wäre, wenn man auf ein bestimmtes Leistungsmerkmal verzichten würde. So waren etwa 30% bereit, Einschränkungen ihrer Arztwahl, des Arzneimittelsortiments, der Krankenhausauswahl und des Innovationszugangs hinzunehmen, wenn der Beitrag um 42,5% gesenkt würde.

Die freie Arztwahl steht hoch im Kurs

Die Ergebnisse zeigen, dass die freie Arztwahl bei den Patienten besonders hoch im Kurs steht, mit deutlichem Abstand gefolgt von der Versorgung mit Arzneimitteln und mit Arzneimittelinnovationen. Schlusslicht ist die freie Krankenhauswahl. Die Unterschiede sind zwischen den einzelnen Untergruppen der Befragten jedoch

sehr deutlich. Gesunde akzeptieren Einschränkungen leichter; chronisch Kranke oder stationär Behandelte am wenigsten. Je höher der Bildungsstand, umso mehr Freiheit möchte man sich erhalten.

Gleichzeitig möchte man an der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung möglichst wenig ändern und sie umfassend erhalten. Ist oder war er ernsthaft krank, so ist der Versicherte in der Regel nicht bereit, Einschränkungen zu akzeptieren. Bei Befindlichkeitsstörungen wie Kopfschmerzen und Übelkeit wird dies leichter akzeptiert. Die Bereitschaft, Gewichtsprobleme außerhalb der GKV zu regeln, ist noch etwas größer.

Bei der Informationspolitik über verschreibungspflichtige Arzneimittel stehen neben den Ärzten die Apotheken an allererster Stelle, gefolgt von der Stiftung Warentest und den Krankenkassen etwa auf gleicher Höhe. Interessant ist, dass die Hersteller oder Kommissionen der Ärzteschaft oder Verbände der Industrie schlecht wegkommen.

Bei den Prioritäten ergibt sich folgende Rangfolge:

- Die finanzielle Belastung der Patienten muss gesenkt werden
- Die finanzielle Belastung der Beitragszahler muss gesenkt werden
- Die Qualität der medizinischen Versorgung muss erhöht werden
- Die Lohnnebenkosten

müssen gesenkt werden. Weniger bedeutsam ist die Belohnung des gesundheitsbewussten Verhaltens, der gleiche Zugang zur medizinischen Versorgung, das Mitspracherecht der Patienten und die Wahlmöglichkeiten für die Versicherten.

Für möglichst wenig Geld möglichst viele Leistungen

Wie bereits bei früheren Delphi-Studien zeigt sich ein relativ einfaches Strickmuster. Man möchte für möglichst wenig Geld möglichst viele Leistungen zu einer hohen Qualität. Insofern ist das Ergebnis nicht erstaunlich. Es demonstriert aber, dass die Prioritäten der Politik



bei der Gesundheitsreform, nämlich besonderen Wert auf die Beitragsentlastung zu legen und die Patienten möglichst wenig an den Kosten zu beteiligen, sich mit den Wunschvorstellungen der Versicherten, spricht der Wähler, deckt. Ob bei einem solchen populistischen Ansatz eine qualitativ hochwertige Gesundheitsreform zustande kommen kann, muss bezweifelt werden.

HFS

Hohe Ziele: Patienten-Information und Nutzen-Bewertung

Das IQWiG hat jüngst ein Gesundheits-Portal vorgestellt, das der Patienten-Information dient. Es zeichnet sich dadurch aus, dass es auf der Basis der evidenz-basierten Medizin und ausführlicher Literaturrecherchen zu Informationen kommt, die den Patienten bei der Bewertung ihres Krankheitsbildes behilflich sind.

Das Portal steht unter der Überschrift „unabhängig, objektiv und geprüft“ und soll sich allein durch diese Plakatierung deutlich von den übrigen zahlreichen Informationen für Patienten unterscheiden, die von einzelnen Fachgebieten, von Körperschaften wie der Ärztekammer oder der Kassenärztlichen Vereinigung, aber auch von der Industrie und von Selbsthilfegruppen selbst aktiviert werden.

Ziel ist wohl am ehesten, zu einer möglichst objektiven Patienten-Information zu kommen und damit den Standard für diese Fragestellung abzugeben. Natürlich sind Konflikte vorbereitet; insbesondere bei der medikamentösen Behandlung wird es interessant werden, wie die Industrie auf dieses

Portal reagiert, in dem auch auf die Probleme mit dem Präparat Sortis oder mit den Analog-Insulinen hingewiesen wird.

Offen bleibt die Messung des Nutzens. Es wird vermutet, dass nicht nur Patienten als Zielgruppe, sondern auch Krankenkassen, möglicherweise auch Ärzte in Frage kommen.

Im zweiten Teil der Presse-Konferenz wurde von Dr. Rainer Hess und Prof. Peter T. Sawicki die Zusammenarbeit zwischen dem Institut und dem Gemeinsamen Bundesausschuss dargestellt. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat inzwischen etwa 50 Aufträge an das Institut vergeben, hier evidenz-basiert Berichte und Begutachtungen zu erstellen. Dabei geht es sowohl um neue Methoden in Prävention, kurativer Medizin, als auch vor allem um Bewertungen von Arzneimitteln. Nach Abschluss des Berichtes über die Analog-Insuline im Vergleich zu den Human-Insulinen, der den Bundesausschuss erreicht hat, stehen noch Bewertungen über Clopidogrel, aber auch über inhalative

Insuline an. Hier wird zum Beispiel versucht, bereits vor der Zulassung eines Präparates zu einer evidenz-basierten Betrachtung anhand der zur Verfügung stehenden Literatur zu kommen, damit nicht Korrekturen notwendig werden, wie wir sie bei der übrigen Insulin-Therapie zur Zeit erleben.

Natürlich können neben dem Institut auch andere Anbieter HTA-Berichte abgeben; beim IQWiG ist der Gemeinsame Bundesausschuss aber zur Beachtung verpflichtet, auch wenn er die Beschlussfassung nicht zwingend übernehmen muss. Es findet keine inhaltliche Prüfung der Gutachten statt, es wird aber die Plausibilität kontrolliert. Das IQWiG selbst legt bei den Aufträgen größten Wert auf eine wissenschaftlich eindeutige und klare Fragestellung, weil ansonsten eine evidenzbasierte Bewertung kaum möglich ist.

Wirksam ist nicht gleich nützlich

Von Prof. Sawicki wurde darauf hingewiesen, dass die Zusammenarbeit von IQWiG und Gemeinsamen Bundes-

ausschuss weltweit kein Vorbild hat. Es wurde begrüßt, dass durch das IQWiG auf der einen Seite das Wissen unabhängig generiert wird, während die Entscheidung über diese Informationen im Gemeinsamen Bundesausschuss getroffen werden. Hier wird wissenschaftliche Bewertung von fachlicher Entscheidung getrennt. In der Diskussion wurde nochmals darauf hingewiesen, dass es bei der Arbeit des IQWiG nicht um die Bewertung der Wirksamkeit geht. Zahlreiche Medikamente sind wirksam, ohne dass sie deshalb nützlich sein müssen im Vergleich zu den zur Zeit zur Verfügung stehenden Alternativen. Auf diesen Vergleich kommt es bei der Bewertung des IQWiG überwiegend an.

Sehr interessant wird die zukünftige Aufgabe bei der Bewertung der Wirtschaftlichkeit. Hier wird ein heißes Eisen angefasst, da man im Grunde genommen gewonnene Lebensjahre mit Geld definieren muss. Seither hat sich niemand gefunden, der diese heikle Aufgabe übernimmt.

HFS

Neue Behandlungsmethoden in der GKV

Sündenfall: Akupunktur

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat sich insbesondere bei Fragestellungen, die neue Methoden in der ambulanten Versorgung betreffen, durch eine konsequente Haltung bezüglich der evidenzbasierten Medizin ausgezeichnet. Dabei hat man immer versucht, eine möglichst hohe Evidenzstufe als Grundlage für die Entscheidung nach der wissenschaftlichen Li-

teratur zu finden. Dies war sehr aufwändig. Einfacher wäre sicher gewesen, man hätte sich lediglich auf Expertenmeinungen gestützt und den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung sehr offen durch neue Methoden erweitert.

In der Diskussion haben die gesetzlichen Krankenkassen nämlich immer wieder darauf hingewiesen, dass

ihre Ressourcen so knapp sind, dass sie nur medizinisch wirklich begründete Leistungen in den GKV-Katalog aufnehmen wollen. Unter diesem Eindruck hat sich auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung zu einer medizinisch stringenten Grundhaltung bereit gefunden. Man hat eben den Menschen in der Bundesrepublik Deutschland, die über die gesetzliche

Krankenversicherung versorgt werden, dass medizinisch notwendige auf alle Fälle erhalten wollen.

Die Diskussion und die Entscheidung zur Akupunktur lassen dieses Vorgehen in einem anderen Licht erscheinen. Was hat sich ereignet?

Im Jahre 2000 war man zwar in der Lage, zahlreiche Indikationen für die ▶

Akupunktur zu bewerten, und musste dabei leider feststellen, dass nach den wissenschaftlichen Kriterien die überwiegende Anzahl der Verfahren medizinisch nicht begründet ist. Nur bei der Schmerztherapie blieben Fragen offen, die durch eine groß angelegte Studie im Rahmen eines Modellversuches der Krankenkassen überprüft werden sollten.

Dreimal Schmerz

Dabei ging es um drei Fragestellungen: einmal um den Rückenschmerz, zum zweiten um die Gonarthrose und zum dritten um den Kopfschmerz.

Die drei Fragestellungen wurden mit einem hochwertigen Studiendesign geplant und in der vertragsärztlichen Versorgung als Modell implantiert. In der Regel hat man zwei Studienarme vorgesehen. Einmal wurde eine so genannte Verum-Akupunktur definiert, indem man die üblichen Akupunkturpunkte vorgeschrieben hat. Dazu sollte im Vergleich eine Scheinakupunktur durchgeführt werden, bei der bewusst andere Einstichstellen gewählt wurden. Es handelt sich somit im Ansatz um einen typischen Vergleich des Verums mit dem Placebo.

Um die Standardtherapie, die zurzeit in der Bevölkerung angewandt wird, zu vergleichen, hat man noch einen dritten Arm mit eingeführt.

Das Ergebnis der Studien ist inzwischen hinreichend bekannt und wird öffentlich diskutiert. Es hat einen Unterschied zwischen der Verum- und der Scheinakupunktur nicht gegeben. Hilfsweise hat man jetzt die deutlichen Unterschiede zugunsten der Akupunkturarme im Vergleich zur so genannten Standardtherapie herangezogen, um doch noch zu einer positiven Entscheidung zu kommen. Insbesondere

die Krankenkassen waren an einer Übernahme der Akupunktur in das GKV-System interessiert. Dies aber nur unter bestimmten Bedingungen, die noch näher erläutert werden.

Rückzug auf die reine Lehre

Die Ärzteseite hat sich auf die reine Lehre der evidenzbasierten Medizin zurückgezogen, um bei der oben beschriebenen klaren Linie zu bleiben. Man wird zum Beispiel sehr schwer erklären können, warum man sehr konsequent mit der Indikation zur Osteodensitometrie umgegangen ist und andererseits bei der Akupunktur methodische Probleme – insbesondere bei der Durchführung der Standardtherapie – ignoriert.

Es stellt sich die berechtigte Frage, warum ausgerech-

Natürlich möchte man in Zukunft solche Beträge zur Akupunkturbehandlung nicht mehr aufwenden und möchte einen Teil dieses Geldes zurückholen. Insofern ist der Vorschlag der Krankenkassen, der sich nur auf die Gonarthrose und den Rückenschmerz bezieht, mit hochgesteckten Qualitätssicherungsmaßnahmen vorgesehen und versenkt die Akupunktur sozusagen in eine allgemeine Richtlinie für die Schmerztherapie. Dies wird also bedeuten, dass die Akupunktur alleine als Leistung nicht mehr zur Verfügung steht und dass erhebliche, auch teilweise bürokratisch geprägte Vorgaben für die Umsetzung der Akupunktur eingeführt werden. Es gehört nicht viel Phantasie dazu festzustellen, dass damit die Akupunktur in der GKV in der offenen Art und Weise, wie wir sie

der die Akupunktur in die allgemeine Versorgung eingliedern dürfte. Natürlich werden die Krankenkassen eine bestimmte Menge Geld zur Übernahme der Akupunktur zur Verfügung stellen, dies aber nicht mehr in einer unbudgetierten Form wie beim Modellversuch, sondern im Rahmen eines neu definierten Budgets. Ein Punktwertverfall auch für diese Leistung ist zu erwarten.

Der G-BA hat sich für die Beschlussfassung der Krankenkassen entschieden, so dass die Akupunktur in das GKV-System bei Rückenschmerzen und bei der Gonarthrose eingeführt wird, wenn die entsprechenden Bewertungen im Bewertungsausschuss ausgehandelt sind. Auf die Vertragsärzte werden große Eingangsvoraussetzungen für die Durchführung der



AOK-Medienservice

net in dieser Situation die Krankenkassen ein großes Interesse an der Einführung der Akupunktur zeigen, haben sie doch in den letzten Jahren sage und schreibe jährlich etwa 300 Mio. EUR für die Umsetzung der Modellversuche aufgewandt.

aus den Modellversuchen kennen, nicht mehr weitergeführt wird.

Alles hinein ins Budget

Die Krankenkassen knüpfen große Hoffnungen an den Bewertungsausschuss,

Akupunktur, aber auch ein großer bürokratischer Aufwand für Qualitätsmanagement bei der Schmerztherapie zukommen.

Bleibt noch zu erwähnen, dass auch aus der Sicht der Mehrheit des Gemeinsamen Bundesausschusses ►

die Ergebnisse des Modellversuchs zum Kopfschmerz so dürftig waren, dass man hier einer Einführung in die GKV nicht zustimmen konnte. Diese Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses, die auf einem sehr niedrigen Evidenzniveau stattgefunden haben, werden mit Sicherheit Folgen für die Entscheidungspraxis dieses Gremiums haben. Der stellvertretende Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung,

Ulrich Weigeldt, hat bereits in der Pressekonferenz nach dieser Entscheidung darauf hingewiesen. Dieser Beschluss wird möglicherweise Korrekturen bei Entscheidungen aus der Vergangenheit, aber auch eine offenerere Entscheidungspraxis für die Zukunft im Gemeinsamen Bundesausschuss bedeuten müssen.

Der Ablauf zur Akupunktur sollte den Vertragsärzten zu denken geben. Mit auf ihre Initiative hin wurde

überhaupt der Beschluss gefasst, das Thema im Gemeinsamen Bundesausschuss zu beraten.

Offensichtlich wollte man von der Kostenerstattung der Akupunktur zum Sachleistungsprinzip der GKV zurückkehren. Sehr viele Ärzte mit Akupunktur haben im Rahmen des beschlossenen Modellversuches eine Menge außerbudgetäres Honorar erhalten. Damit dürfte jetzt Schluss sein. Das zur Verfügung gestellte

Honorarvolumen wird in dem allgemeinen Topf der GKV-Leistungen bei der ambulanten Versorgung untergehen. Qualitätssicherungsmaßnahmen und Bürokratie werden zunehmen.

Wann werden die Vertragsärzte zur Kenntnis nehmen, dass ein Antrag auf Einführung in die gesetzliche Krankenversicherung weniger Honorar, mehr Qualitätssicherung und noch mehr Bürokratie bedeutet?