



KOMPAKT

Newsletter aus der
Kassenärztlichen
Bundesvereinigung

Nr. 24 / 14. Juni 2006

Brennpunkt Berlin

Merkel: Ältere müssen für Gesundheit zahlen

In einer alternden Gesellschaft mit höherer Lebenserwartung müssen die Menschen nach Ansicht von CDU-Chefin Angela Merkel für ihre Gesundheit tiefer in die eigene Tasche greifen. Wenn die Menschen älter würden, seien steigende Kosten für das Gesundheitssystem die Folge, sagte Merkel am Rande der Konferenz der Unions-Fraktionsvorsitzenden aus EU-Parlament, Bund und Ländern in Hamburg. Man müsse den Menschen dabei jedoch die Möglichkeit geben, innerhalb der Krankenkassen-Systeme zu wählen. Außerdem sei Transparenz im Zusammenspiel von Kosten und Leistungen wichtig. Deshalb müsse eine Strukturreform ganz am Anfang der Überlegungen stehen, betonte Merkel. Die Gesundheitsarbeitsgruppe habe dazu bereits gute Ergebnisse erzielt. Es gelte jedoch den Menschen zu verdeutlichen, „dass es nicht nur tendenziell teurer wird, sondern dass zugleich Effizienz und Transparenz gesteigert werden“, sagte die Kanzlerin. Sie sprach sich für mehr Wettbewerb im pluralistischen System der Kassen aus, wie es die Union anstrebe. Dazu gehörten auch private Kassen. Nötig sei eine Entkopplung der Arbeitskosten von den Kosten der solidarischen Systeme, betonte Merkel. Die Koalition strebe eine Senkung der Lohnzusatzkosten unter 40 Prozent an. (Agenturmeldung, 13. Juni)

CDU will Reform-Eckpunkte bis zum Sommer

Innerhalb der großen Koalition gibt es zur geplanten Gesundheitsreform noch keine Festlegung auf den so genannten Gesundheitsfonds. Die Verhandlungen sollten nicht dadurch erschwert werden, dass in der Öffentlichkeit bestimmte Formulierungen gewählt würden, die eine Einigung schwieriger machten, sagte CDU-Generalsekretär Ronald Pofalla im ARD-Morgenmagazin. Die Koalition wolle in den kommenden vier Wochen zu einer grundlegenden Strukturreform im Bereich des Gesundheitssystems kommen. Er sei zuversichtlich, dass dazu ein Eckpunktepapier bis zur Sommerpause vorgelegt werden kann.

Das Bundesgesundheitsministerium dementierte gleichzeitig Medienberichte über bereits bestehende Pläne zur Gesundheitsreform. Vor angeblichen Festlegungen und Reformberechnungen warnte Ministeriumssprecher Klaus Vater am Wochenende in Berlin. Sie hielten keiner Nachprüfung stand und seien daher unseriös. Bislang sei nichts festgelegt, auch hätten Beratungen über angeblich geplante Belastungen nicht stattgefunden, betonte der Ministeriumssprecher. (Agenturmeldung, 12./14. Juni)

CDU will Lohnfortzahlung bei Krankheit kürzen

In der CDU wird im Zuge der Diskussion über die Gesundheitsreform wieder die Forderung nach einer Einschränkung der Lohnfortzahlung laut. Der stellvertretende Vorsitzende der CDU/CSU-Mittelstands- und Wirtschaftsvereinigung, Klaus-Peter Meinzer, kritisierte in der Bild-Zeitung die bisherigen Gesprächsergebnisse zur Gesundheitsreform und sprach sich für eine Kürzung der Lohnfortzahlung aus. „Ich sehe nicht, wie durch die bekannt gewordenen Pläne gespart oder Missbrauch eingeschränkt werden soll“, sagte er. Dazu müsse es Änderungen bei der Lohnfortzahlung geben, sagte Meinzer. „Es geht nicht, dass sich jeder bei Kopfschmerzen drei Tage krank schreiben lassen kann. Die ersten drei Krankheitstage sollten auf den Urlaub angerechnet oder nicht mehr bezahlt werden.“ (Agenturmeldung, 13. Juni)

eGK: BMG will per Gesetz Druck machen

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) will per Gesetz die Testphase der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) beschleunigen. Mit dem Entwurf für eine Änderung der eGK-Paragrafen im SGB V will das BMG unter anderem die Tests des elektronischen Notfalldatensatzes vorziehen. Sie reagiert damit auf Kritik der Ärzte, die wiederholt reklamiert hatten, dass medizinisch sinnvolle Anwendungen der E-Card zunächst gar nicht zur Verfügung stünden. Erstmals konkret wird der Text beim Thema Patiententerminals, an denen die Versicherten Einblick in ihre Daten erhalten sollen. So sollen in den acht Regionen, in denen die 10.000er-Tests stattfinden, jeweils zehn Patiententerminals aufgestellt und von der Selbstverwaltung aus den Mitteln der Betriebsorganisation gematik bezahlt werden. Um die Testphase zu beschleunigen, soll die Verantwortung für den Betrieb der zentralen Dienste für elektronische Rezepte und die Versichertenstammdaten zumindest in den ersten Tests in die Hand der KBV oder der Krankenkassen gelegt wird, statt diese Dienste auszuschreiben. Zunehmend lauter werden die Stimmen, die vor den Risiken warnen, die ein politischer Schnellschuss für die Nutzbarkeit des Systems und den Datenschutz haben könne. Die bisher vorliegenden technischen Details der Telematikinfrastruktur hätten „in keinsten Weise den notwendigen Reifegrad“, heißt es etwa bei der Techniker Krankenkasse. Der Zeitdruck mache Verbesserungen auf Basis der Tests unmöglich. (Ärzte Zeitung, 9. Juni)

Streit um Einbindung der Privatversicherer in Gesundheitsfonds

Die privaten Krankenversicherer machen mobil gegen eine mögliche Einbeziehung ihrer Mitglieder in den von der großen Koalition geplanten Gesundheitsfonds. Zugleich wurde der Ton im koalitionsinternen Streit um die künftige Rolle der PKV schärfer. SPD-Gesundheitsexperte Karl Lauterbach warnte die Union, ohne eine Einbeziehung der Privatversicherten könne man sich jede weitere Diskussion um einen Gesundheitsfonds sparen. Er betonte, die Praxiseinrichtung der Ärzte und die Ausstattung der Kliniken würden weitgehend über die Einnahmen der gesetzlichen Kassen finanziert. Damit schafften sie die Voraussetzung, dass die Mediziner auch Privatpatienten behandeln könnten. Der CDU-Wirtschaftsrat lehnte einen Gesundheitsfonds unter Einbeziehung privater Kassen dagegen kategorisch ab. Präsident Kurt Lauk forderte Bundeskanzlerin Angela Merkel (CDU) auf, programmatisch erkennbar zu bleiben. Der CDU-Wirtschaftsrat steht dem Fondsmodell grundsätzlich skeptisch gegenüber. Der Fonds führe „zu neuem Staatsdirigismus und zu einem unerträglichen Verwaltungsmoloch“, sagte Lauk.

Der Verbandsdirektor der Privaten Krankenversicherungen (PKV) Volker Leienbach kritisierte, wenn die Koalition PKV-Neukunden in den Fonds einbinde, müssten diese für die gleiche Privatversicherung bis zu 400 Euro im Monat mehr zahlen als bisher. Die PKV wäre damit gegenüber der gesetzlichen Versicherung nicht mehr konkurrenzfähig. Das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) hält eine stärkere Einbindung der PKV dagegen für sinnvoll. „Private Krankenversicherungen gehören endlich in ein gemeinsames System mit den derzeit gesetzlichen Kassen“, sagte Forschungsdirektor Gert Wagner. Es sei überholt und weltweit nirgends zu beobachten, „dass sich ausgerechnet diejenigen, die Glück hatten und gesund und gutverdienend sind, aus der solidarischen Krankenversicherung verabschieden können“. Werde der Fonds klug ausgestaltet, könne er den Wettbewerb zwischen den Kassen enorm anheizen, sagte Wagner. (Agenturmeldung, 14. Juni)

Krankenhausärzte streiken weiter

Nach Angaben der Ärztegewerkschaft Marburger Bund haben am 14. Juni rund 13.800 Mediziner in 25 Unikliniken und 18 Landeskrankenhäusern die Arbeit niedergelegt. Dies sei vor der entscheidenden Tarifverhandlungsrunde zwischen Marburger Bund und der Tariftgemeinschaft deutscher Länder (TdL) „ein überdeutliches Signal an die TdL, mit uns am Freitag die entscheidende Tarifeinigung zu erzielen“, sagte der Vorsitzende des Marburger Bundes, Frank Ulrich Montgomery. Er zeigte sich bereit, mit dem TdL-Vorsitzenden Hartmut Möllring (CDU) „einen arzt-spezifischen Tarifvertrag zu unterzeichnen, der für beide Seiten tragfähig ist“. Die TdL lehnt einen arzt-spezifischen Tarifvertrag bislang ab und möchte den mit der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di erzielten Abschluss auf die Ärzte übertragen. Der Marburger Bund und die TdL treffen sich am 16. Juni in Berlin zum voraussichtlich entscheidenden Gespräch. (Agenturmeldung, 14. Juni)

Bundesgerichtshof will mehr ärztliche Aufklärung bei neuen Verfahren

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat die Aufklärungspflichten von Ärzten beim Einsatz neuer medizinischer Verfahren verschärft. Solche Neulandverfahren dürften nur angewandt werden, wenn dem Patienten zuvor unmissverständlich verdeutlicht wurde, dass die neue Methode „die Möglichkeit unbekannter Risiken birgt“, heißt es in dem am 13. Juni verkündeten Grundsatzurteil. Der für das Arzthaftungsrecht zuständige 6. Zivilsenat in Karlsruhe entschied in einem Schadenersatzprozess um den in Frankfurt am Main eingesetzten Operationsroboter Robodoc. Die Anwendung neuer Verfahren sei zwar für den medizinischen Fortschritt unerlässlich, betonten die Bundesrichter. Die Aufklärungspflicht für Ärzte sei aber besonders hoch, wenn es um eine noch nicht allgemein eingeführte Methode mit neuen, noch nicht abschließend geklärten Risiken gehe. Der Patient müsse sorgfältig abwägen können, ob er sich nach einer herkömmlichen oder nach der neuen Methode operieren lassen möchte. Im vorliegenden Fall wies der BGH allerdings die Klage einer Robodoc-geschädigten Patientin wegen der besonderen Umstände des Einzelfalls in letzter Instanz zurück. (Agenturmeldung 13. Juni)

Aus Europa

Österreich: Kammer befürchtet Ärzte-Landflucht

Die Österreichische Ärztekammer schlägt nach einem Bericht der Wiener Zeitung Alarm: Die schleichende Aushöhlung der Allgemeinmedizin durch die Gesundheitsreform führe dazu, dass die medizinische Grundversorgung in infrastrukturell schwachen Gegenden nicht mehr gewährleistet werden könne. Genau wie die Ärzte in Deutschland beklagen die Österreicher „überbordende Bürokratie“ oder zu geringe Abgeltung für ärztliche Leistungen. Diese Bedingungen ließen „den Landarztberuf unattraktiv werden“, beklagten Josef Lohninger und Otto Pjeta von der Österreichischen Ärztekammer nach Angaben der Zeitung. Auch die E-Card habe der Allgemeinmedizin Umsatzeinbußen gebracht, da Patienten laut Pjeta gleich den Facharzt aufsuchen. (Facharzt.de, 8. Juni)

Große Einbußen für Ärzteverbände in Frankreich

Führende französische Ärzteverbände mussten bei den Wahlen zu ihrer Landesvertretung eine herbe Niederlage einstecken. Sie haben in den vergangenen Jahren mit den Kassen und der Regierung die wichtigsten Aspekte der Berufs- und Honorarpolitik ausgehandelt – unter anderem die Einführung eines Primärarztmodells auf freiwilliger Basis. Nur noch jeder dritte Arzt gab den etablierten Ärzteorganisationen seine Stimme. Bei den letzten Wahlen vor sechs Jahren wurden sie noch von jedem zweiten Mediziner unterstützt. Die 1994 gegründeten berufspolitischen Gremien haben eine Lockerung der früher völlig zentralisierten Gesundheitspolitik ermöglicht. Die Wahlen gelten generell auch als Stimmungstests der Ärzte für die Verhandlungen mit den Kassen und der Regierung. Nach dem schlechten Wahlergebnis des größten französischen Ärzteverbands CSMF (Confédération des syndicats médicaux français), fordern die anderen Verbände neue

Gespräche mit der Regierung. Sie wollen vor allem die Honorarpolitik ändern. Seit Ende 2005 gehen die Ausgaben für ambulante Behandlungen leicht zurück, auch weil Ärzte weniger und sparsamer verordnen. Aus diesem Grund sollen die Honorare vieler Arztgruppen erhöht werden. In den kommenden Wochen wollen die Wahlgewinner mit der Regierung über einen Kurswechsel in der Tarif- und Standespolitik diskutieren, auch wenn damit die ohnehin schon komplizierte Situation der französischen Gesundheitspolitik weiter erschwert würde. ([Ärzte Zeitung, 14. Juni](#))

Besuch beim Hausarzt für viele Iren zu teuer

Jeder fünfte Patient in Irland hat im vergangenen Jahr mindestens einen Besuch bei seinem Hausarzt ausfallen lassen, weil er diesen nicht bezahlen kann. Das geht aus einer Untersuchung des irischen Hausarztverbandes (Irish College of General Practitioners, ICGP) hervor. Demnach verzichteten 18,9 Prozent der befragten Patienten im Jahr 2005 aus Kostengründen auf einen Hausarztbesuch. Trotz staatlicher Gesundheitsfürsorge müssen irische Hausarztpatienten für viele Leistungen bezahlen – eine laut ICGP äußerst unbefriedigende Situation. ([Ärzte Zeitung, 14. Juni](#))

Partner im Gesundheitswesen

KVWL für ambulante Facharzt-Versorgung

Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) wehrt sich gegen den Vorwurf, die ambulante medizinische Versorgung durch Fachärzte sei ein überflüssiger Luxus. „Einige Politiker haben schon den Begriff ‚doppelte Facharztschiene‘ geprägt, der nahe legen soll, dass unser bewährtes System der Verschwendung von Ressourcen Tür und Tor öffnet“, hat Dr. Ulrich Thamer, 1. Vorsitzender der KVWL, kritisiert. Er warnt Gesundheitspolitiker dringend davor, niedergelassene Fachärzte aus Kostengründen zu opfern und ausschließlich auf die fachärztliche ambulante Versorgung an Krankenhäusern zu setzen. „Die bisherige Versorgung ist preiswert. Man muss davon ausgehen, dass eine zentralisierte Behandlung an Kliniken wesentlich teurer wird.“ Fachabteilungen an Krankenhäusern, so der Wille der Gesundheitspolitik, sollen zunehmend auch für die ambulante fachärztliche Versorgung geöffnet werden und die wohnortnahe Versorgung ersetzen. Der Facharzt um die Ecke würde zum Auslaufmodell. „Ohne niedergelassene Ärzte entsteht dann eine zentralisierte fachärztliche Versorgung. Das bedeutet für die Patienten vor allem lange Anfahrtswege und lange Wartezeiten“, betont Thamer. ([Pressemitteilung KV Westfalen-Lippe, 12. Juni](#))

KV Thüringen erhält Honorarausgleich für Hartz IV

Die IKK Thüringen hat sich in den Honorarverhandlungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Thüringen bereit erklärt, den durch Hartz IV entstandenen Honorarverlust der niedergelassenen Ärzte in voller Höhe für die Jahre 2005 und 2006 auszugleichen. „Damit ist uns ein gewaltiger Durchbruch gelungen, der bundesweit ein Zeichen setzt“, freute sich die Vorsitzende der KV Thüringen Regina Feldmann. Durch Hartz IV hatte sich die Gesamtvergütung der Thüringer Vertragsärzte im Jahr 2005 um 16 Millionen Euro verringert. Die IKK wird jetzt die Anzahl ihrer bezahlten Kopfpauschalen um die Zahl der Menschen erhöhen, die als Folge von Hartz IV seit 2005 in der gesetzlichen Krankenversicherung beitragsfrei mitversichert sind. Die Summe von 330.000 Euro wird nachgezahlt. Für das Jahr 2006 wird die Ausgangsbasis für die Honorarsteigerung entsprechend erhöht. Die Bundesregierung hat gerade erst in einer Antwort auf eine Anfrage der Fraktion Die Linke klargestellt, dass sie mit Blick auf Auswirkungen von Hartz IV auf die Honorare der Vertragsärzte keine Verantwortung übernimmt. ([Ärzte Zeitung, 9. Juni](#))

BVA billigt Notdienst-Zulage in Thüringen

Das Bundesversicherungsamt (BVA) blockiert nicht länger eine Entscheidung des Thüringer Schiedsamts zum Honorarvertrag 2005 der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Thüringen mit den Ersatzkrankenkassen. An Ärzte im Notdienst können nun KV-weit insgesamt 350.000 Euro zusätzlich ausgezahlt werden. Der Einspruch des BVA hatte sich gegen die außerbudgetäre

Vergütung für den Notfalldienst gerichtet. Nach Meinung der Behörde, die als verlängerter Arm des Bundesgesundheitsministeriums eine Aufsichtsfunktion hat, gehöre die ärztliche Behandlung durch einen ausreichenden Notdienst zur gesamten vertragsärztlichen Versorgung. Für diese Zahlung bestehe daher keine gesetzliche Grundlage, hingegen sei durch die zusätzlichen Zahlungen die Beitragssatzstabilität gefährdet. Das Schiedsamt hatte zuvor die erheblichen Sicherstellungsprobleme im Notfalldienst anerkannt und deshalb einer Stützung der Punktwerte für Leistungen im Notfalldienst zugestimmt. Da es sich bei der zusätzlichen Leistung der Ersatzkassen um einen verhältnismäßig geringen Betrag handele, verzichtete das BVA auf eine weitere aufsichtsrechtliche Verfolgung. ([Ärzte Zeitung, 13. Juni](#))

KV Hessen: Hausarztmodell ist ein Erfolg

Die Zahl der in das Hausarztmodell der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Hessen und der meisten hessischen Ersatzkassen eingeschriebenen Patienten wächst weiter. Das bestätigen die von der KV veröffentlichten Zahlen. Bei einer Gesamtzahl von aktuell über 290.000 eingeschriebenen Teilnehmern konnten in den vergangenen drei Monaten wiederum mehr als 40.000 neue Patientinnen und Patienten gewonnen werden. Neben der alle Erwartungen übertreffenden Teilnehmerzahl konnte durch die Arbeit von Qualitätszirkeln der Ausgabenanstieg bei Medikamenten bereits gebremst werden. Die Vorstandsvorsitzende der KV Hessen, Dr. Margita Bert, ist mit der Entwicklung überaus zufrieden: „Die hausarztzentrierte Versorgung ist für uns kein Selbstzweck. Wir sind überzeugt, dass wir auf diesem Weg die Versorgung der Patienten weiter verbessern werden und auch dazu beitragen, dass die ohnehin schon besonders rationale und rationelle Verordnung von Medikamenten in Hessen weiter optimiert werden kann.“ Dr. Gerd W. Zimmermann, stellvertretender Vorstandsvorsitzender, sieht nun die Krankenkassen in der Pflicht: „Hessens Ärzte haben gezeigt, dass sie bereit und in der Lage sind, wirtschaftlich zu verordnen. Dies sollte sich, wenn alles mit rechten Dingen zugeht, auf die anstehende Schiedsamtverhandlung zur Arzneimittelobergrenze 2006 und den Arzneimittelrichtgrößen 2006 positiv auswirken. Die aus der Vergangenheit für Hessen viel zu niedrig angesetzten Obergrenzen und Richtgrößen müssen dringend angepasst werden.“ Zwar sind die Ausgaben für Arzneimittel 2006 in Hessen erneut gestiegen, bewegen sich jedoch mit rund 4,8% auf einem deutlich niedrigeren Niveau als im Bundesdurchschnitt. ([Pressemitteilung KV Hessen, 7. Juni](#))

Patientenbeirat in der KV Hessen gegründet

Im Rahmen der strategischen Ausrichtung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Hessen hat sich ein Patientenbeirat konstituiert. Das Gremium setzt sich aus Vertretern von Selbsthilfegruppen und anderen Organisationen des Gesundheitswesens zusammen. Es soll den Vorstand der KV Hessen beraten und dabei unterstützen, die Patientenversorgung weiter zu verbessern und neue gesundheitspolitische Entwicklungen in den für die Patienten wichtigen Bereichen umzusetzen. Ziel ist es, die gesundheitliche Versorgung transparenter zu gestalten und den Arzt und Psychotherapeuten in seiner Rolle als Anwalt der Patienten zu unterstützen. Der Patientenbeirat soll die Belange der Patienten stärker ins Bewusstsein rücken. ([Pressemitteilung KV Hessen, 14. Juni](#))

KVN: Viele Kinderunfälle passieren zu Hause

Jedes Jahr verunglücken rund 180.000 Kinder in Niedersachsen. 90 Prozent der Unfälle ereignen sich zu Hause, in der Freizeit und beim Sport, jeweils fünf Prozent im Straßenverkehr und in der Schule. Darauf hat die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) anlässlich des Kindersicherheitstages am 10. Juni aufmerksam gemacht. „Die meisten Kinderunfälle, die eine medizinische Behandlung erfordern, passieren zu Hause. Die hohe Zahl überrascht, hält man doch Kinder gerade in den eigenen vier Wänden für besonders geborgen. Die häufigsten Unfallarten sind Stürze, Schnittverletzungen, Quetschungen, Verbrühungen, Vergiftungen und Verätzungen“, sagte der KVN-Vorstandsvorsitzende Eberhard Gramsch. Viele dieser Verletzungen seien nicht schwerwiegend und heilten ohne langwierige Behandlungen. Die KVN weist darauf hin, dass es für eine Reihe von häuslichen Gefahren wirksame, einfache und relativ preiswerte technische Vorkehrungen gibt. ([Pressemitteilung KV Niedersachsen, 10. Juni](#))

Bündnis Gesundheit demonstriert in Berlin

Das schleswig-holsteinische Bündnis Gesundheit wird sich geschlossen an der nächsten Großdemonstration der Ärzte in Berlin beteiligen. Das hat das Gremium als ein Zusammenschluss der Gesundheitsberufe Schleswig-Holsteins auf seiner ersten Sitzung in diesem Jahr beschlossen. „Ich bin überzeugt, dass die Politik ihre Ignoranz überdenken muss, wenn sich sämtliche Gruppen des Gesundheitswesens an den Ärzteprotesten beteiligen“, erklärte Dr. Franz Bartmann, Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein und Sprecher des Bündnisses. Verschiedene Bundesverbände haben die vierte Großdemonstration für den 22. September geplant. Einstimmig verurteilten die Bündnismitglieder das Arzneimittelversorgungswirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG), das die Ärzte bei Überschreitung ihres Arzneibudgets in wirtschaftliche Haftung nimmt. Die Politik wurde aufgefordert, die Fehlentwicklungen im Gesundheitswesen zu beenden und die Finanzen so zu steuern, dass die Patientenversorgung auf hohem Niveau gewährleistet bleibt. Die Mitglieder des Bündnisses verfolgen das Ziel, die Bürgerinnen und Bürger über die Zusammenhänge im deutschen Gesundheitswesen zu informieren und aufzuklären. (Pressemitteilung Bündnis Gesundheit Schleswig-Holstein, 13. Juni)

Kassen lehnen Angebot zu Honorargesprächen ab

Die Krankenkassen in Baden-Württemberg haben das Angebot abgelehnt, mit Ärzteverbänden an einem runden Tisch über Auswege aus der Honorarmisere in der ambulanten Versorgung zu diskutieren. Vor einigen Wochen hatten Ärzteverbände, die im Aktionsbündnis Ärzteproteste zusammengeschlossen sind, im Südwesten einen runden Tisch beim Landessozialministerium vorgeschlagen. Ziel sollte es sein, unter Moderation des Ministeriums mit den Kassen über bessere Arbeits- und Vergütungsbedingungen für Ärzte zu verhandeln. Ministerpräsident Günther Oettinger (CDU) hatte den Vorschlag ausdrücklich begrüßt. Doch die Kassen haben die Offerte in einem gemeinsamen Schreiben abgelehnt. „Wir haben darauf verwiesen, dass nach Recht und Gesetz die Kassenärztliche Vereinigung unser Ansprechpartner ist“, sagte Landes-AOK-Chef Dr. Rolf Hoberg. Die Idee komme zur Unzeit, so der AOK-Chef. Denn die Verhandlungen mit der KV über die Vergütung im dritten und vierten Quartal 2006 hätten gerade erst begonnen. Das Aktionsbündnis hat die ablehnende Haltung der Kassen scharf kritisiert. ([Ärzte Zeitung, 14. Juni](#))

Kurz notiert

Patientensicherheit: Internetforum erweitert

Mit einem neuen Design ist das [Forum Patientensicherheit](#) online gegangen. Das von der Bundesärztekammer (BÄK) und der KBV initiierte Informationsportal hat gleichzeitig sein Webangebot erweitert. Die Nutzer haben nun die Möglichkeit, einen Newsletter zu abonnieren, und können sich in Diskussionsforen austauschen. Regelmäßig gepflegte Linksammlungen und ein aktueller Veranstaltungskalender zum Thema Patientensicherheit ergänzen den Serviceteil. Die vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin betreute Webseite dient auch zur Erfassung von unerwünschten Ereignissen und Beinahe-Fehlern in der Medizin. Sie kann von allen Ärzten anonym genutzt werden. ([Deutsches Ärzteblatt, 12. Juni](#))

Arbeitskosten steigen kaum

Die Arbeitskosten in Deutschland sind im vergangenen Jahr gegenüber 2004 um 0,9 Prozent gestiegen. Das geht aus Berechnungen des Statistischen Bundesamtes hervor. Deutschland habe damit in jenem Zeitraum die niedrigste Steigerungsrate aller EU-Mitgliedsstaaten gehabt. Die Arbeitskosten im Euro-Währungsgebiet seien dagegen um 2,6 Prozent und in der Europäischen Union um 2,8 Prozent gestiegen. Der Trend setzte sich im ersten Quartal dieses Jahres fort. Laut Statistischem Bundesamt verteuerten sich die Gesamtkosten einer Arbeitsstunde im Vergleich zu den ersten drei Monaten des Vorjahres um 0,6 Prozent. Während die Bruttolöhne und -gehälter im ersten Quartal 2006 um 1,4 Prozent stiegen, sanken die Sozialbeiträge der Arbeitgeber, die so genannten Lohnnebenkosten, um 2,4 Prozent. Dieser Rückgang ist Folge der seit Juli

vergangenen Jahres geltenden Teile der Gesundheitsreform, die die Senkung der Lohnnebenkosten zum Ziel hatten. ([Berliner Zeitung, 9. Juni](#))

Berliner Gesundheitspreis ausgelobt

Unter dem Motto „Im hohen Alter zuhause leben – Herausforderung für die ambulante medizinische Versorgung“ haben die Ärztekammer Berlin und der AOK-Bundesverband den diesjährigen Berliner Gesundheitspreis ausgeschrieben. Ziel der Aktion ist es, zukunftsfähige Lösungsansätze für die ambulante Versorgung von sehr alten Menschen in Deutschland zu finden. Gesucht werden Konzepte, Projekte und Praxisbeispiele, die auf eine Verbesserung der Gesundheit und Lebensqualität, die Erhaltung von Selbständigkeit und Alltagskompetenz und die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit hochaltriger Menschen zielen. Der Berliner Gesundheitspreis ist mit 50.000 Euro dotiert. Bewerben können sich niedergelassene Ärzte und ambulante Versorgungseinrichtungen, aber auch andere Akteure des Gesundheitswesens und ehrenamtlich Tätige. Einsendeschluss ist der 30. September. ([Ärzte Zeitung, 14. Juni](#))

Krankenkassen sparen zehn Prozent durch integrierte Versorgung

Wirtschaftlichkeit der Behandlung und die Patientenzufriedenheit nehmen zu, wenn Patienten integriert versorgt werden. Durch eine integrierte Versorgung ließen sich rund zehn Prozent Einsparungen im Vergleich zur Regelversorgung erzielen. Dies ist das Ergebnis der wissenschaftlichen Evaluation eines Integrationsvertrags im Auftrag der Barmer Ersatzkasse. Forscher der Universität Witten/Herdecke haben dazu die integrierte Versorgung von Patienten mit künstlichen Hüft- und Kniegelenken untersucht. Partner des im Jahr 2003 geschlossenen Vertrags sind unter anderem die Barmer und Kliniken der St. Franziskus-Stiftung in Münster. ([Ärzte Zeitung, 14. Juni](#))

Aktuelles zur Kindergesundheit per Podcast

Audiodateien mit Informationen rund um die Gesundheit ihrer Kinder können technikbegeisterte Eltern auf der Internetseite www.kinderaerzte-im-netz.de auf Computer oder MP3-Player herunterladen. Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) bietet diesen so genannten Podcast als Abonnement oder Direktinfo jetzt auf seiner Homepage an. Die Meldungen werden wöchentlich aktualisiert. Auf der Seite ist auch ein Link zum Download der benötigten Software vorhanden. Alle Informationen entsprechen nach Angaben der Betreiber dem aktuellen Stand der Wissenschaft und werden in einer für Laien verständlichen Form aufbereitet. (Agenturmeldung, 14. Juni)



Service

Termine:

- 16.06.06 „Das Gesundheitswesen nach der Bundestagswahl: Stand und Zukunft“
Veranstaltung Fritz-Beske-Institut / Hermann-Ehlers-Akademie
Kiel, 17 Uhr
- 16.06.06 Weiterentwicklung des Deutschen Gesundheitswesens
Symposium der Siemens AG zum deutschen Gesundheitswesen mit Ulla Schmidt
Berlin, 16.30 Uhr
- 19.06.06 „Perspektiven für Klinikmanagement und Gesundheitsökonomie durch
Entwicklung der Fallkostenrechnung“
Spreestadt-Forum zur Gesundheitsversorgung in Europa
Berlin, 18 Uhr

- 20.-21.06.06 Medizinische Versorgungszentren und Integrierte Versorgung
Versorgungsoptionen für die Zukunft
EUROFORUM-Konferenz
Hamburg, Beginn: 21. 6., 9.00 Uhr
- 21.06.06 Sitzung des Gesundheitsausschusses des Bundesrates
u.a. Beratung über den Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des
Vertragsarztrechts und anderer Gesetze (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz
VÄndG)
Berlin, 11 Uhr
- 26.06.06 „Finanzierungsreform und Risikostrukturausgleich - Ein Überblick über mögliche
Auswirkungen“
Spreestadt-Forum zur Gesundheitsversorgung in Europa
Berlin, 18 Uhr
- 28.06.06 Vertreterversammlung KV Bayerns
München, 13 Uhr
- 08.07.06 Vertreterversammlung KV Hessen
Frankfurt, 10.00 Uhr

Im Focus

Bürokratieabbau: Bald weniger Formulare

Politik und Selbstverwaltung wollen Ärztinnen und Ärzte von unnützen Verwaltungsarbeiten entlasten.

Dass Vertrags- und Krankenhausärzte einen Wust an Formularen bewältigen müssen und immer häufiger zum Stift statt zum Skalpell greifen, ist bekannt. Doch weil sich Politik und Selbstverwaltung in der Vergangenheit gegenseitig die Schuld an der Misere gaben, hat sich nicht viel getan. Dies könnte sich nun ändern. Eine 25-köpfige Arbeitsgruppe aus Vertretern von Bundesregierung und Selbstverwaltung verständigte sich unter Leitung der Parlamentarischen Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium, Marion Caspers-Merk, erstmals auf konkrete Schritte zum Abbau von überflüssiger Bürokratie im Gesundheitswesen. Dabei gehe es in erster Linie nicht um finanzielle Einsparungen, sondern darum, „dass der Patient wieder im Mittelpunkt steht“, sagte die SPD-Politikerin bei der Vorstellung der Beschlüsse in Berlin. Insgesamt könnten niedergelassene Ärzte rund die Hälfte ihres zeitlichen Aufwandes für Bürokratie einsparen. Konkret fielen die Beschlüsse der Arbeitsgruppe für den Umgang mit Disease-Management-Programmen (DMP) aus. Bis Ende des Jahres soll die DMP-Dokumentation kassenübergreifend vereinfacht werden. Schreibt sich ein Versicherter in ein Programm ein, soll künftig ein einziges Formular zur Diagnosesicherung, Teilnahmebestätigung und als Einwilligungserklärung genügen. In die Folgedokumentation werden nur noch Daten aufgenommen, die für eine aussagefähige Qualitätssicherung und Evaluation unabdingbar sind. Auch soll durch eine Gesetzesänderung der Zulassungszeitraum der DMP von drei auf fünf Jahre verlängert werden. Nach Aussage von Caspers-Merk könne sich der Verwaltungsaufwand bei Chronikerprogrammen so um rund 70 Prozent reduzieren. Mit ihren Beschlüssen zur Vereinfachung der DMP-Dokumentation setzt die Expertengruppe im Wesentlichen Vorschläge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) um. Diese hatte bei den Beratungen einen entsprechenden Forderungskatalog vorgelegt. „Die simple Gleichung: Weniger Daten bedeuteten auch weniger Qualität, ist abwegig“, sagte KBV-Vorstand Ulrich Weigeldt. Die Patienten profitierten davon, wenn Ärzte mehr Zeit für ihre eigentlichen Aufgaben hätten. Die KBV begrüßt denn auch weitestgehend das Ergebnispapier der Arbeitsgruppe. Ein Sprecher bemängelte jedoch, dass die geforderte elektronische Umstellung der DMP-Dokumentation bis zum 1. Januar 2007 realitätsfern sei. Die verbleibende Zeit sei für eine solch umfangreiche Maßnahme zu kurz bemessen. Dies dürfte auch für die von der Bundesregierung geforderte ausschließliche elektronische Bearbeitung aller Formulare innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung bis zum 1. Januar 2008 gelten. Soweit technisch realisierbar, sei dieser Termin auch für die sonstige Datenverarbeitung eine verpflichtende

Vorgabe, sagte die Staatssekretärin. Bereits bis Ende 2006 sollen KBV, Krankenkassen und der Gemeinsame Bundesausschuss Vorschläge ausarbeiten, wie die Zahl der Formulare in Vertragsarztpraxen verringert und deren Gestaltung möglichst vereinheitlicht werden kann. Auch hier wollen sich die Selbstverwaltungspartner auf Vorschläge der KBV stützen. In ihrem Beschlusspapier appelliert die Arbeitsgruppe an den Gemeinsamen Bundesausschuss, die Qualitätsdokumentation im ambulanten und stationären Bereich „auf das zwingend notwendige Maß zu beschränken“. Die derzeit vor allem in Krankenhäusern erhobenen Qualitätsparameter erfüllten nicht den notwendigen Anspruch auf Datensparsamkeit. Deshalb sollten Krankenhäuser Daten, die ohnehin zur DRG-Weiterentwicklung gesammelt würden, auch für Maßnahmen der Qualitätssicherung verwenden können. Unnötige Doppelerhebungen könnten so vermieden werden.

Politik sieht Selbstverwaltung in der Pflicht

Die Beschlüsse sollen zum Teil durch Änderung von Gesetzen und Verordnungen umgesetzt werden. Dies ist etwa bei der geplanten Vereinfachung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der vertragsärztlichen Versorgung nach § 106 SGB V erforderlich. Diese sollen künftig innerhalb einer Ausschlussfrist von zwei Jahren vorgenommen werden. Nach den Plänen der Arbeitsgruppe werden die Zufallsprüfungen auf ein Prozent (bisher zwei Prozent) der Vertragsärzte begrenzt. Den größeren Teil der Aufgaben müssten aber die Selbstverwaltungspartner übernehmen, sagte Caspers-Merk. Damit dies kurzfristig geschehe, seien alle Arbeitsaufträge mit konkreten Fristen versehen worden. Die Selbstverwaltung müsse nun ihre Handlungsfähigkeit unter Beweis stellen. Der Gesetzgeber selbst hat sich indes keine verbindlichen Fristen für die nötigen Änderungen im SGB V auferlegt. Die Vorschläge würden in die Beratungen zur Gesundheitsreform eingespeist, hieß es lediglich. Verzögert sich das Gesetzesvorhaben, sind keine gesonderten Regelungen vorgesehen. ([Deutsches Ärzteblatt, 9. Juni](#))

Pflicht zur Zweitmeinung bei Innovationen? Das stößt auf Kritik

BÄK gegen Kompetenzbescheidung / Verbände: Vier-Augen-Prinzip längst Realität

Sollen Hausärzte bei Verordnung teurer Innovationen künftig die Zweitmeinung eines Facharztes einholen? Für die KBV ist dies diskutabel – die Bundesärztekammer und die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft lehnen es ab. Das Zweitmeinungsverfahren bei der Verordnung innovativer Präparate, deren Kosten sich im Jahr bei mehr als 10.000 Euro pro Patient bewegen, war auch vom Verband Forschender Arzneimittelhersteller (VFA) ins Spiel gebracht worden. Auch bei den Überlegungen zur Gesundheitsreform spielt dies eine Rolle. Der Grund: Innovationen sollen allen Patienten zugänglich sein, aber sie sollen zielgenau verordnet werden. Dazu KBV-Vorstand Ulrich Weigeldt: „Wir haben nichts gegen ein Vier-Augen-Prinzip.“ Das dürfe aber keine Einbahnstraße nur vom Hausarzt zum Facharzt sein, sondern ebenso müssten sich Fachärzte mit Hausärzten abstimmen. Dagegen hält es BÄK-Vorstandsmitglied Dr. Henning Friebel - er spricht zugleich für die Arzneimittelkommission der Ärzteschaft - für „völlig falsch, einer Arztgruppe zu unterstellen, sie könne keine genaue Abwägung treffen, ob im Einzelfall eine Arzneimitteltherapie mit teuren Präparaten angezeigt ist“. Gerade Hausärzte verfügten aufgrund ihrer guten Kenntnis der Patienten und ihres Krankheitsverlaufs über einen reichen Erfahrungshintergrund. Auf Nachfrage der „Ärzte Zeitung“ bewerten auch die Chefs führender Ärzteverbände die Vorschläge eher skeptisch. Tenor: Im Praxisalltag existiere bereits das Vier-Augen-Prinzip bei besonders teuren Indikationen. Zudem wird die Gefahr gesehen, dass durch mehr Bürokratie die Behandlung schwerstkranker Patienten verzögert werde. ([Ärzte Zeitung, 13. Juni](#))

Vertragsarztrecht: KBV will Wettbewerbsvorteile für Kliniken verhindern

Der aktuelle Entwurf des Gesetzes zur Änderung der Vertragsarztrechts (VÄndG) ist nach Meinung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zwar in weiten Teilen positiv zu beurteilen. Sie hat in einer ausführlichen Stellungnahme zu dem Entwurf nun jedoch auch mehrere Kritikpunkte aufgeführt und konkrete Änderungsvorschläge gemacht. Die KBV fordert darin vorrangig Präzisierungen der geplanten Neuregelungen, die ein Ungleichgewicht in der

Wettbewerbssituation zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten vermeiden sollen. Da dem Gesetzentwurf zufolge angestellte Ärzte künftig gleichzeitig auch als Vertragsärzte arbeiten dürfen (und umgekehrt), seien zusätzliche Sicherungsvorkehrungen zu treffen. Andernfalls könnten die Klinikträger Krankenhausärzte dazu motivieren, „durch die Zulassung als Vertragsarzt mit Teilauftrag tätig zu werden, um einen unzulässigen Schritt in die Öffnung zur ambulanten Versorgung gehen zu können“, warnt die KBV. Es sei daher zumindest zu prüfen, ob die gleichzeitige Tätigkeit als angestellter Krankenhausarzt und als Vertragsarzt „Ungeeignetheit herbeiführe“, wenn ein Krankenhausträger für eine Vertragsarztpraxis einen Defizitenausgleich vornehme. Die KBV schlägt daher vor, eine zusätzliche Passage in den Gesetzentwurf einzubauen, in der bestimmte Voraussetzungen für die Genehmigung einer entsprechenden Zulassung festgelegt werden. So müssten „nachteilige Auswirkungen auf die Arztwahlfreiheit der Versicherten“ vermieden und dem Zulassungsausschuss die Möglichkeit gegeben werden, zur Sicherung dieser Voraussetzung mit einer Zulassung Auflagen verbinden zu können. Dass ein Arzt in einem Bereich mit Zulassungsbeschränkung auf seine Zulassung verzichten können soll, um als angestellter Arzt tätig zu werden, hat nach Aussagen der KBV Vorteile. Dies stelle für Vertragsärzte eine Chance dar, in einem von Zulassungsbeschränkungen betroffenem Gebiet einen Arzt anstellen zu können. Allerdings fordert die KBV die Streichung des § 103 Abs. 4a SGB V. Dort heißt es: „Nach einer Tätigkeit von mindestens fünf Jahren in einem medizinischen Versorgungszentrum, dessen Sitz in einem Planungsbereich liegt, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, erhält ein Arzt unbeschadet der Zulassungsbeschränkungen auf Antrag eine Zulassung in diesem Planungsbereich; dies gilt nicht für Ärzte, die auf Grund einer Nachbesetzung nach Satz 5 in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig sind.“ Diese Gesetzespassage sei bereits Gegenstand einer ablehnenden Entschließung der Vertreterversammlung der KBV vom 9. Dezember 2005 gewesen. „In dieser Regelung wird eine Möglichkeit der Vermehrung von Arztstätigkeit gesehen, wenn nicht nur ein Nachbesetzungsrecht, sondern auch zusätzlich die Einbringung der Zulassung des gerade sich niedergelassenen Arztes in das Medizinische Versorgungszentrum erfolgt“, begründet die KBV ihre Kritik. Eine Gleichstellung von MVZ und Vertragsarztpraxen müsse daher auch in diesem Punkt das Ziel sein. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung schlägt in ihrer Stellungnahme weiter vor, dass „das Institut der Praxisklinik gesetzlich verankert wird“, um die Balance in der Wettbewerbssituation zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten sowie Medizinischen Versorgungszentren halten zu können. Die „Praxisklinik“ wird dabei definiert als eine Einrichtung mehrerer in Berufsausübungsgemeinschaft zusammenwirkender Vertragsärzte, in der Versicherte ambulant und stationär versorgt werden können. Die Dauer der stationären Versorgung dürfe dabei vier Tage nicht überschreiten und je Vertragsarzt seien bis zu vier Betten zulässig. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen könnten mit Praxiskliniken dann Verträge über stationäre Leistungen abschließen. Die ärztlichen Leistungen in der Praxisklinik seien Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung und würden aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung aufgrund besonderer Vereinbarungen vergütet. Zu der in dem Gesetzentwurf vorgesehenen Verlängerung der Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung schreibt die KBV in ihrer Stellungnahme: „Die Verlängerung der Anschubfinanzierung wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hingenommen. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass hiermit zugleich eine Verbesserung der Auskunft- und Rechnungslegungspflichten der Krankenkassen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen eingeführt werden muss.“ Die Krankenkasse, die im Rahmen eines IV-Vertrages die Gesamtvergütung kürze, sei „in jedweder Hinsicht über den Vertragsgegenstand, die Vertragspartner und die damit verbundenen Ausgaben rechnungslegungspflichtig“. (Facharzt.de, 8. Juni)

Redaktion:
Dezernat Kommunikation der KBV
Tel.: 030 / 4005 – 2204
Fax: 030 / 4005 – 27 2204
E-Mail: kdecker@kbv.de, nhintzke@kbv.de