



KOMPAKT

Newsletter aus der
Kassenärztlichen
Bundesvereinigung

Nr. 47 / 22. November 2006

Brennpunkt Berlin

Eine Notgemeinschaft kämpft gegen die Reform

Einen grundlegenden Neuanfang bei den Beratungen zur Gesundheitsreform haben gestern die Spitzenorganisationen des Gesundheitswesens gefordert. Grund dafür sind verfassungsrechtliche Bedenken der geplanten Gesetzesänderungen, aber auch massive technische Probleme bei der Umsetzung der Reform. In einer bislang einmaligen Konstellation – KBV-Chef Dr. Andreas Köhler spricht von einer „Notgemeinschaft“ – haben sich die führenden Verbände im Gesundheitswesen zusammengeschlossen, um ihre Kritik gemeinsam zu artikulieren: beteiligt sind daran Bundesärztekammer und KBV sowie die Parallelorganisationen der Zahnärzte, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Bundesvereinigung der Deutschen Apothekerverbände und schließlich die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen sowie der Verband der privaten Krankenversicherung. Seit Montag führen diese Organisationen Gespräche mit Kanzleramtschef Thomas de Maizière. Dabei geht es nicht mehr um Reformgrundsätze, wohl aber um rechtliche und technische Probleme, die Reform umzusetzen. Vor allem die Länge der Mängelliste, die dem Bundeskanzleramt von den Krankenkassen am Montag präsentiert worden ist, scheint dort zumindest eine Sensibilisierung ausgelöst zu haben. Hinzu kommt, dass inzwischen zur parlamentarischen Beratung über 200 Änderungsanträge vorliegen. ([Ärzte Zeitung, 22. November](#))

Auch die SPD-Bundestagsfraktion möchte nach Informationen des Nachrichtenmagazins Focus wesentliche Punkte der geplanten Gesundheitsreform wieder ändern. Damit reagierten die Parlamentarier offenbar auf heftige Proteste der Krankenversicherer. So soll laut Focus unter anderem eine Regelung fallen, die es allen 8,5 Millionen privat Versicherten ermöglicht hätte, lediglich im Krankheitsfall in den neuen Basistarif auf Kassenniveau einzutreten und sich ansonsten sämtliche Versicherungsbeiträge zu sparen. SPD-Fraktionschef Peter Struck sagte dem Magazin, man wolle „noch einmal über einzelne Regelungen der Gesundheitsreform reden“. Bei den gesetzlichen Kassen wollen die SPD-Parlamentarier dem Bericht zufolge das geplante neue Insolvenzverfahren für überschuldete Kassen sowie Haftungsfragen überarbeiten. Ulla Schmidt (SPD) stellte Korrekturen einzelner Regelungen des Gesetzes in Aussicht. Die Reform jedoch komplett aufzugeben, komme nicht in Frage, sagte die Ministerin. (Agenturmeldung, 21. November)

Schmidt: Beitragserhöhungen nicht notwendig

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) sieht angesichts der Mehreinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherungen keinen Grund für starke Beitragserhöhungen im nächsten Jahr. Die Finanzlage der Kassen entspanne sich zurzeit, sagte Schmidt dem Mannheimer Morgen. „Die Kassen sind jetzt in der Pflicht, sich wegen der Zukunft der medizinischen Versorgung vernünftig zu verhalten“, mahnte sie. Die Krankenkassen hätten dank der besseren Konjunktur höhere Einnahmen und bekämen zudem eine Milliarde Euro mehr an Steuergeldern, sagte Schmidt. Gleichzeitig gebe es anders als erwartet in diesem Jahr keine Mehrausgaben bei Arzneimitteln. Die Kassen gehen bislang davon aus, dass die Beiträge Anfang 2007 um durchschnittlich 0,5 Beitragspunkte steigen müssen, unter anderem wegen der höheren Mehrwertsteuer. Die Proteste gegen die Gesundheitsreform kritisierte Schmidt als Angstmache der Lobbyisten. (Agenturmeldung, 20. November)

Oettinger erwägt Anrufung des Vermittlungsausschusses zur Gesundheitsreform

Der baden-württembergische Ministerpräsident Günther Oettinger (CDU) will Änderungen bei der vom Bundestag beschlossenen Regelung zur Entschuldung der Krankenkassen durchsetzen. Oettinger schloss Anfang der Woche in Stuttgart nicht aus, dass Baden-Württemberg hierzu am 24. November im Bundesrat den Vermittlungsausschuss anrufen wird. Möglich sei aber auch ein Antrag zur Sache. Über das genaue Vorgehen werde in den kommenden Tagen abgestimmt. Hintergrund ist ein Ende Oktober beschlossenes Vorschaltgesetz zur Gesundheitsreform. Hiernach müssen die gesetzlichen Krankenkassen bis spätestens Ende 2008 schuldenfrei sein. Dies ist eine zentrale Voraussetzung für den für 2009 geplanten Start des Gesundheitsfonds. Zugleich schreibt das Gesetz fest, dass verbleibende Verbindlichkeiten von den übrigen Kassen derselben Kassenart zu tragen sind. So müsste sich etwa eine gut wirtschaftende AOK am Schuldenabbau finanzschwacher AOKen in anderen Bundesländern beteiligen. Oettinger kritisierte, bislang sei nicht ausreichend geklärt, welche Anstrengungen Krankenkassen mit schwachen Haushalten wie etwa die AOK Berlin leisten müssten, bevor ihnen finanzielle Hilfen von anderen Kassen zustünden. Er sprach sich dabei gegen eine Benachteiligung der AOK Baden-Württemberg aus, die „gut dasteht“. Wie das Nachrichtenmagazin Focus am Dienstag in seiner Online-Ausgabe berichtet, erwartet Baden-Württemberg für seinen Vorstoß Unterstützung durch das Land Sachsen. Dessen Kassen sind wirtschaftlich überdurchschnittlich gut aufgestellt. (Agenturmeldung, 21. November)

CSU will Leistungen für kranke Mütter erhöhen

Um die Familien von kranken Müttern zu unterstützen, will die CSU die Erstattungspflichten der Krankenkassen ausdehnen. Bisher müssen die Versicherer eine Hilfskraft nur bei stationärer Behandlung finanzieren. „Die Familie leidet aber auch, wenn die Mutter ambulant behandelt wird, etwa mit einer Chemotherapie“, sagte der CSU-Familienexperte Johannes Singhammer dem Nachrichtenmagazin Focus. Daher müssten die Richtlinien für eine Familienhilfe den Gegebenheiten angepasst werden. Zumal in der medizinischen Versorgung immer öfter der Grundsatz „ambulant statt stationär“ gelte. (Agenturmeldung, 21. November)

Richter geben grünes Licht für Gesundheitskarte

Rechtlich gesehen kann die geplante elektronische Gesundheitskarte (eGK) an den Start gehen. Einwände beim Datenschutz können erst in Bezug auf konkrete Anwendungen rechtlich überprüft werden, wie das Bundesverfassungsgericht entschied. Es verlangte allerdings, „dass jeder Missbrauch praktisch auszuschließen sein muss“. Mit dem inzwischen schriftlich veröffentlichten Beschluss wiesen die Richter eine Verfassungsbeschwerde als unzulässig ab, die sich auf das Recht der informationellen Selbstbestimmung stützte. Durch das Gesetz selbst seien die Versicherten noch nicht unmittelbar beschwert, sondern erst durch seine konkrete Anwendung, heißt es in der Begründung. Gegen diese Anwendung bestehe aber zunächst Rechtsschutz vor den jeweiligen Fachgerichten. Die müssten erst einmal die eGK rechtlich bewerten, bevor das

Bundesverfassungsgericht damit befasst werden könne. Nach dem Gesetz sollen Ärzte, Apotheker und andere Leistungserbringer unter anderem Verordnungen und Diagnosen von der Gesundheitskarte abrufen können. Der Datenschutz soll den Angaben zufolge durch eine qualifizierte elektronische Signatur und weitere technische Vorkehrungen gewährleistet werden. (Ärzte Zeitung, 21. November)

Mediziner sollen Patienten für Vorsorge gewinnen

Bei der Gesundheitsreform überlegt die SPD, die umstrittenen Regeln zur Krebsfrüherkennung nachzubessern. Wie der SPD-Gesundheitsexperte Karl Lauterbach sagte, müssten die Kassenärzte in Zukunft stärker einbezogen werden. „Die Mediziner müssen höhere finanzielle Anreize erhalten, damit sie die Patienten für eine Früherkennung gewinnen“, sagte er der Süddeutschen Zeitung. Wie er weiter erläuterte, sollen die Ärzte einen solchen Dienst den Kassen gesondert in Rechnung stellen können. Wie hoch die finanziellen Anreize sein sollen, ließ Lauterbach, der die neuen Früherkennungsregeln maßgeblich mit ausgearbeitet hat, offen. Zuvor hatten auch andere SPD-Gesundheitsexperten auf Änderungen bei der Früherkennung gedrängt, im Hause von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) ist man nach Informationen der Zeitung ebenfalls bereit über die Früherkennungsregeln noch einmal nachzudenken. (Agenturmeldung, 22. November)

Europa

Schlechte Hygienebedingungen in irischen Krankenhäusern

In Irland infizieren sich immer mehr Krankenhauspatienten während ihres Klinikaufenthalts mit Krankheitskeimen. Wie aus neuen Zahlen des Dubliner Gesundheitsministeriums hervorgeht, steckt sich heute jeder 20. Krankenhauspatient in der Republik während eines stationären Aufenthalts an. Erst kürzlich hatte die „Hospital Infection Society“ (HIS) eine aktuelle Studie zum Thema vorgelegt. Darin stellt sie fest, dass die Zahl der nosokomialen Infektionen in den privaten und staatlichen Krankenhäusern Irlands in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen ist. Zudem weise jeder zehnte Patient, der sich während seines Klinikaufenthalts infiziere, eine multiresistente Infektion auf, die entweder gar nicht oder nur mit großen Schwierigkeiten medikamentös behandelbar sei. Dem irischen Ärztenbund (Irish Medical Organisation, IMO) zufolge gibt es in den Kliniken zwar klare Hygieneprotokolle, die dem Infektionsschutz dienen. Im Klinikalltag fehle jedoch oftmals die Zeit, sich genau an die Vorschriften zu halten. Erschwerend komme der schlechte bauliche Zustand vieler Kliniken hinzu, der der Ausbreitung von Infektion weiteren Vorschub leiste. Die irische Gesundheitsministerin Mary Harney hatte den Kampf gegen nosokomiale Infektionen mehrfach zu einer gesundheitspolitischen Priorität erklärt. Deswegen sei es „um so erstaunlicher“, dass bislang wenig passiert sei, so die IMO. (aerzteblatt.de, 21. November)

Partner im Gesundheitswesen

KBV: Kampagnenaktionen sollen Bürger aufrütteln

Geiz macht krank: Mit 40 Meter hohen Buchstaben macht die KBV auf [die Website ihrer Kampagne zur Gesundheitsreform](#) aufmerksam. Eine 70.000 Quadratmeter große Fläche in der Flugschneise des Frankfurter Flughafens transportiert die Botschaft der KBV und der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Wer an der falschen Stelle spart, der riskiert die medizinische Versorgungssicherheit der Deutschen. Unter dem Motto „Ich bin Arzt – lasst mich hier raus“ ist am 21. November eine Comedy-Tour durch Deutschlands Großstädte gestartet. Eine dreiköpfige Improvisations-Theatergruppe spielt bis zum 1. Dezember an verschiedenen prominenten Plätzen in der jeweilige Stadt und verteilt Pillendosen mit Beipackzetteln zu Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheitsreform. Mit überraschenden und ungewöhnlichen

Maßnahmen wie diesen wollen die Verbände die Patienten für die Folgen der Gesundheitsreform sensibilisieren. „Ich sehe eine deutliche Leistungseinschränkung für Patienten und eine Pleitewelle bei den Arztpraxen voraus, wenn das Gesetz so kommt, wie es sich derzeit abzeichnet“, erklärte der KBV-Vorstandsvorsitzende, Dr. Andreas Köhler. ([KBV-Pressemitteilungen, 16. und 20. November](#))

Verbände warnen vor Folgen der Reform

Die Spitzenorganisationen im Gesundheitswesen haben vor den massiven Folgen der geplanten Gesundheitsreform gewarnt. Auf einer Pressekonferenz am 21. November stellten sie eine Mängel-Liste vor, auf der die (verfassungs-)rechtlichen Probleme sowie die Regelungen des Gesetzes, die nicht umsetzbar sind, dargestellt werden. Angesichts der zahlreichen Probleme forderten die Organisationen einen grundsätzlichen Neuanfang bei der Reform, um schwerwiegende Folgen für die Gesundheitsversorgung zu verhindern. Weder würden die Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung gelöst, noch enthalte die Gesetzesvorlage überzeugende und umsetzbare Normen zum sinnvollen wettbewerblichen Umbau der Strukturen. Die Organisationen erklärten, die Anhörungen im Bundestagsausschuss für Gesundheit hätten deutlich gemacht, dass viele Regelungen überhaupt nicht umsetzbar seien. ([Presseerklärung der KBV und der Spitzenorganisationen im Gesundheitswesen, 21. November](#))

Niedersächsische Delegierte lehnen Reform ab

Die Delegierten der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) haben am 18. November ihre ablehnende Haltung gegen das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) bestätigt. Die Politik habe den Gesetzentwurf in den Bundestag eingebracht, ohne die zukunftsweisenden Konzepte der Vertragsärzte sowie Vertragspsychotherapeuten und die Sachargumente gegen offenkundige Mängel des GKV-WSG zur Kenntnis zu nehmen. Die gewählten Vertreter der rund 13.000 niedergelassenen Ärzte, Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten fordern den Gesetzgeber auf, dass neben den bereits im Gesetzentwurf genannten Vertragspartnern auch die KVen weiterhin Vertragspartner bleiben müssen. Bei unveränderten Gesetzesplänen, müssten die Mitglieder entscheiden, ob eine auf Selbstverwaltungsebene stark geschwächte KVN noch sinnvoll erscheint. Die Vertreterversammlung hat Maßnahmen diskutiert, die kurzfristig eingeleitet werden, wenn das GKV-WSG unverändert beschlossen wird. Unter dem Motto „Patient in Not – diese Reform schadet allen“ findet am 4. Dezember 2006 ein Niedersächsischer Ärztetag in Hannover statt. Die KV und die Ärztekammer Niedersachsens laden ihre Mitglieder dazu ein. Die niedersächsischen Landesverbände der Krankenhausgesellschaft und des Marburger Bundes unterstützen den Ärztetag. ([Pressemitteilung der KV Niedersachsen, 18. November](#))

KVRLP: Scharfe Kritik an der Gesundheitsreform

„Deutschland braucht dieses Gesetz nicht!“ Mit diesen Worten hat der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz (KVRLP), Dr. Carl-Heinz Müller, die geplante Gesundheitsreform kritisiert. Diese führe geradewegs in die Staatsmedizin mit Rationierung, Verlust von Therapiefreiheit, dem Ende der freien Arztwahl und der Aufgabe der medizinischen Freiberuflichkeit. Müller erläuterte in seinem Lagebericht auf der KV-Vertreterversammlung am 15. November, dass sich die Arbeitsbedingungen für die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten zunehmend verschlechterten. Einige Verbände erarbeiteten derzeit Konzepte zum Systemausstieg. Viele Mediziner in Rheinland-Pfalz gingen vorzeitig in den Ruhestand oder wechselten in andere Arbeitsbereiche. Durch die Gesundheitsreform mit der Neustrukturierung der Privaten Krankenversicherung reduziere sich das ärztliche Einkommen um zirka 2,1 Milliarden Euro jährlich. Das entspreche einem Verlust von 22.000 Euro pro Praxis pro Jahr. „Wir niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten fühlen uns als Sparschwein der Nation“, monierte er. Deshalb würden sich die Ärzte auch weiterhin massiv gegen das Gesetz zur Wehr setzen. Müller verwies auf den am 4. Dezember geplanten [bundesweiten Aktionstag](#) sowie die gerade angelaufene Kampagne aller KVen unter dem Motto „[Geiz macht krank](#)“ ([Pressemitteilung der KV Rheinland-Pfalz, 16. November](#))

GBA ergänzt Arzneimittelrichtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat die Arzneimittelrichtlinie um zwei Therapiehinweise zu den Wirkstoffen Adalimumab zur Therapie arthritischer Erkrankungen und Teriparatid zur Osteoporose-Behandlung ergänzt. Mit der Erstellung von Therapiehinweisen nimmt der GBA seinen gesetzlichen Auftrag wieder auf, Ärzten eine therapie- und preisgerechte Auswahl der Arzneimittel zu ermöglichen. Diese Informationen sollen die Ärzte dabei unterstützen, Arzneimittel so gezielt und wirtschaftlich wie möglich zu verordnen. Therapiehinweise enthalten Informationen über die mit einem Arzneimittel behandelbaren Erkrankungen, dessen Wirkungen sowie Risiken. Das Bundessozialgericht in Kassel hatte am 31. Mai 2006 entschieden, dass die Arzneimittel-Richtlinie des GBA auch künftig Therapiehinweise für die wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln enthalten darf. Es hat damit die Klage eines Pharmaunternehmens gegen die Rechtmäßigkeit eines vom GBA herausgegebenen Therapiehinweises zurückgewiesen. ([Pressemitteilung des GBA, 22. November](#))

Nach einem weiteren Beschluss des GBA sind Arzneimittel mit dem Wirkstoff Carboplatin zur Behandlung des fortgeschrittenen nichtkleinzelligen Bronchialkarzinoms verordnungsfähig. Damit setzte er eine weitere Empfehlung der Expertengruppe Off-Label im Fachbereich Onkologie um. Der Begriff Off-Label-Use bezeichnet die Anwendung eines zugelassenen Arzneimittels außerhalb der von den nationalen und europäischen Zulassungsbehörden genehmigten Anwendungsgebiete. ([Pressemitteilung des GBA, 22. November](#))

Weiterhin hat der GBA beschlossen, dass die Gesprächspsychotherapie auch künftig nicht als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung angewandt werden kann. Wirksamkeit und Nutzen der Therapie konnten nur für die Depression wissenschaftlich belegt werden. ([Pressemitteilung des GBA, 22. November](#))

Neues Seminarprogramm in Baden-Württemberg

Mehr als 100 Veranstaltungen aus den Bereichen Betriebswirtschaft und Qualitätsmanagement bietet die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) im nächsten Jahr in ihrer Management Akademie (MAK) an. Das [Programm](#) richtet sich an alle Ärzte und Psychotherapeuten in Baden-Württemberg. Es umfasst neben zentralen Themen der Praxisführung und -organisation auch Seminare in Rhetorik und Konfliktmanagement sowie Trainings zur erfolgreichen Stressbewältigung und Moderation. Darüber hinaus gibt es eine Vielzahl an EDV- und Internet-Schulungen sowie spezielle Kurse für Arzthelferinnen. Einen großen Platz innerhalb der MAK nimmt das Qualitätsmanagement ein. Nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, die am 1. Januar 2006 in Kraft getreten ist, soll Qualitätsmanagement bis Ende 2009 in den Praxen eingeführt sein. Um Ärzte und Psychotherapeuten dabei zu unterstützen, bietet die MAK Schulungen und Fortbildungen an. ([Pressemitteilung der KV Baden-Württemberg, 16. November](#))

NAV strebt mit neuem Chef Systemausstieg an

Der neue Vorsitzende des NAV-Virchow-Bundes, Dr. Klaus Bittmann, will an die Glanzzeiten des alten NAV in den Fünfzigerjahren anknüpfen. Damals setzte sich der Ärztenbund für die Aufnahme niedergelassener Nicht-Kassenärzte ins System der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) ein. Nun teilte Bittmann mit, die Ärzte innerhalb der nächsten vier Jahre auf den Ausstieg aus dem KV-System vorbereiten zu wollen. Im Moment sei es aber unverantwortlich, aus dem System auszusteigen, so der ehemalige KV-Chef. Nur die wenigsten Ärzte seien darauf vorbereitet. In der ärztlichen Verbandszene fehle es an geeigneten Strukturen, die die KV politisch und organisatorisch ersetzen könnten. Da aber mit der Gesundheitsreform die Staatsmedizin programmiert sei, müsse man sich auf den Tag X vorbereiten. Aus diesem Grund will Bittmann Allianzen schmieden: mit dem Hartmannbund, den Ärztengeossenschaften, Medi und der freien Ärzteschaft. ([Ärzte Zeitung, 20. November](#))

Versicherte begrüßen Anwendungen der eGK

Die Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen begrüßen die Speicherung von Notfalldaten und Arzneimittelangaben auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK). Das ist das Ergebnis einer

repräsentativen Umfrage im Auftrag des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen (BKK) unter 2.829 Personen ab 16 Jahren. Demnach bezeichneten mehr als 90 Prozent der gesetzlich und der privat Versicherten diese Angaben als sehr wichtig oder wichtig. Mit Hilfe der Notfalldaten soll die Behandlung durch Rettungsärzte am Unfallort sicherer werden. Durch die Auflistung der verordneten Arzneimittel können unerwünschte Medikamentenwechselwirkungen verhindert werden. Die Einführung der eGK begrüßt etwa jeder zweite Versicherte, der im Vorfeld der BKK-Umfrage bereits mit dem Thema in Berührung gekommen ist. Rund ein Drittel der Befragten, die von der eGK gehört haben, hat allerdings noch keine feste Meinung zur Einführung der Karte. (Agenturmeldung, 17. November)

Kurz notiert

Kittel für Protestaktion gesucht

Mit der „längsten Wäscheleine der Welt“ wollen die KBV und die Kassenärztlichen Vereinigungen in Berlin auf die Abwanderung der rund 12.500 Kollegen aufmerksam machen, die seit 2000 ihren Kittel an den Nagel gehängt und das Land aus wirtschaftlichen Gründen verlassen haben. Die KBV und KVen rufen die Ärzte auf, ihnen berufstypische Kleidungsstücke für diese Protestaktion zu schicken. Die aufgehängten Kittel sollen darauf hinweisen, dass immer mehr Praxen sterben werden, wenn die geplante Gesundheitsreform unverändert umgesetzt wird. Nach Abschluss der Aktion wird die Berufskleidung dem gemeinnützigen Verein „ONG Solidarität International für Westafrika e.V.“ in Essen zur Verfügung gestellt. ([Aufruf der KBV und der KVen](#))

Ärztliche Kooperationsformen online vorgestellt

Die KBV bietet ab sofort einen neuen Service im Internet zum Thema berufliche Kooperationsformen. Unter dem Motto „Ärztliche Kooperationen – Kompetenzen vernetzen“ stellen KBV und Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) unterschiedliche Optionen für Vertragsärzte vor und bieten diesen eine Entscheidungshilfe, ob und welche Kooperationsformen für sie in Frage kommen. Dazu gehören Praxisnetze, medizinische Versorgungsnetze, hausarztzentrierte Versorgung, besondere Versorgungsaufträge und integrierte Versorgung. Erörtert werden etwa die Teilnahmebedingungen für Ärzte und Patienten, die jeweilige Rolle der KV und das Thema Qualitätssicherung. ([KBV-Pressemitteilung, 16. November](#))

Erste Versicherte erhalten eGK

Einige Versicherte aus der Region Bochum/Essen haben am 15. November auf der Medizinmesse MEDICA die ersten elektronischen Gesundheitskarten (eGK) erhalten. Die Verwendung der mit einem Mikroprozessor-Chip ausgestatteten Karten wird zunächst an einem Kartenlesegerät in einem Infozentrum in Bochum getestet. Im kommenden Frühjahr erhalten zunächst 10.000 und später 100.000 Versicherte im Großraum Bochum/Essen die Karten. Die Chipkarten für die Versicherten sollen mittelfristig als sichere Schlüssel für elektronische Patientenakten dienen, die Ärzte in ambulanten und stationären Einrichtungen gemeinsam führen. Verpflichtend soll die Gesundheitskarte künftig zur papierlosen Übertragung von Rezepten eingesetzt werden. (Agenturmeldung, 15. November)

Ermittlungen gegen Sanitätshäuser und Ärzte

Wegen Betrugsverdachts gegen Sanitätshäuser und Orthopäden ermitteln Staatsanwaltschaften und Kriminalpolizei in ganz Deutschland. Wie das Nachrichtenmagazin „Focus“ berichtete, sollen die Beschuldigten den Krankenkassen mehrere hunderttausend Euro Schaden zugefügt haben. Die Ärzte schickten Patienten stets in dieselben Sanitätshäuser oder ließen sich die Ware direkt in die Praxis liefern. Dabei seien mutmaßlich Schmiergelder geflossen. Federführend bei den Anzeigen sei die Kaufmännische Krankenkasse (KKH). Ermittelt wird nach Informationen des Magazins unter anderem in Nürnberg, Würzburg, Hamburg und Gera. (Agenturmeldung, 19. November)

Ärzte-Leitfaden zur Hilfe bei häuslicher Gewalt

Einen Leitfaden zum Thema häusliche Gewalt hat die Ärztekammer Hamburg herausgegeben. „Die Dunkelziffer häuslicher Gewalt ist hoch. Häufig sind es Ärzte, die bei den öffentlichen Stellen auf die Situation aufmerksam machen“, erklärte Dr. Michael Reusch, Präsident der Ärztekammer Hamburg. Als Hilfestellung für Ärzte und Pflegekräfte habe die Kammer den Leitfaden entwickelt. Er gibt Hinweise zu Diagnostik, Dokumentation sowie zum Fallmanagement und beschreibt, welche Handlungsmöglichkeiten ein Arzt hat, der häusliche Gewalt erkennt oder vermutet. ([Deutsches Ärzteblatt, 17. November](#))

Service

Termine:

- 23.11.06 „Selbstbestimmt sterben – mit ärztlicher Hilfe? Grenzen ärztlichen Handelns am Ende des menschlichen Lebens“
Presseseminar der Bundesärztekammer
Berlin, 16.30 Uhr
- 24.11.06 Vertreterversammlung der KV Brandenburg
Potsdam, 15 Uhr
- 25.11.06 Vertreterversammlung der KV Nordrhein
Düsseldorf, 10 Uhr
- 25.11.06 Vertreterversammlung der KV Bayerns
München, 9 Uhr
- 25.11.06 „Ist unsere Gesundheit noch finanzierbar?“
KölnAlumni Symposium
Köln, 16 Uhr
- 28./29.11.06 [Handelsblatt Jahrestagung "Health"](#)
unter Mitwirkung von Dr. Andreas Köhler
Berlin, 9.30 Uhr
- 29.11.06 Vertreterversammlung der KV Saarland
Saarbrücken, 16 Uhr
- 01.12.06 Vertreterversammlung der KBV
Berlin, 10 Uhr
- 04.12.06 [Bundesweiter Aktionstag](#)
- 08.12.06 „Wie gut sind deutsche Krankenhäuser? Was uns die Daten sagen...“
Presseseminar des Gemeinsamen Bundesausschusses
Berlin, 10 Uhr
- 09.12.06 Vertreterversammlung der KV Westfalen-Lippe
Dortmund, 10 Uhr
- 04.12.06 Vertreterversammlung der KV Mecklenburg-Vorpommern
Schwerin, 10 Uhr
- 13.12.06 Vertreterversammlung der KV Saarland
Saarbrücken, 16 Uhr
- 14.12.06 „Was bringt die Gesundheitsreform?“

Stolpersteine für die Kassenreform

Verbände listen praktische Probleme auf

BERLIN Die Gesundheitsreform ist nicht nur Gegenstand massiver politischer und verfassungsrechtlicher Bedenken. Ihre Umsetzung stößt auch auf zahlreiche praktische Probleme. Darauf haben die Vertreter der Krankenkassen bei einem Gespräch mit Kanzleramtschef Thomas de Maizière hingewiesen. Gemeinsam mit Ärzten, Krankenhaus-Verbänden und den privaten Krankenversicherungen (PKV) legten die Kassen-Spitzenverbände gestern eine 17-seitige „Mängelliste“ vor. Viele Reformvorgaben seien schlicht „nicht umsetzbar“ oder führten zu „widersinnigen Ergebnissen“, warnte Doris Pfeiffer, die Vorsitzende des Ersatzkassenverbandes VdAK. Das umfangreiche „GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz“ – so der offizielle Name – befindet sich derzeit in der parlamentarischen Beratung und soll zum 1. April 2007 in Kraft treten. Nach einer insgesamt 26-stündigen Anhörung im Bundestag hatte Ministerin Ulla Schmidt (SPD) in der vergangenen Woche kleinere Änderungen in Aussicht gestellt, zugleich jedoch betont, es sei eine „Fehleinschätzung“, wenn die Verbände glaubten, über das Kanzleramt „noch Entscheidendes“ ändern zu können. „Diese Reform kann keiner wollen“, hielt VdAK-Chefin Pfeiffer dagegen. Sie warnte, dass bis 2009 die Beiträge auf mindestens 15,3 Prozent steigen würden und bis 2011 ein durchschnittlicher Zusatzbeitrag von zwölf Euro fällig werde. Vertreter von Ärzten und privaten Versicherungen erklärten, man habe sich mit den Kassen in einer „Notgemeinschaft“ zusammengeschlossen, um unabhängig von der grundsätzlichen Ablehnung der Reform zumindest den größten „handwerklichen Pfusch“ zu verhindern.

Zusatzbeitrag: So wird der geplante Zusatzbeitrag nach Darstellung der Verbände zu „massiven finanziellen Verwerfungen“ im System führen. Der Obolus kann bis acht Euro pauschal erhoben werden, darüber ist er bei einem Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen gedeckelt. Deshalb sei es für Geringverdiener vorteilhaft, zu einer teureren Kasse zu wechseln, monierten die Verbände. Dieser Kasse werde durch den Zustrom von Geringverdienern weitere Finanzkraft entzogen, weshalb sie noch teurer werden müsse. Zudem sei eine Pfändung des Beitrages bei Nichtzahlung praktisch unmöglich. Elf Millionen gesetzlich Versicherte liegen nämlich unter der Pfändungsgrenze. „Wenn sie nicht zahlen, können die Kassen nichts machen“, sagte IKK-Vorstandschef Rolf Stuppardt. Beim Rest seien die Kosten des Mahnverfahrens für die Kassen höher als der Ertrag.

Insolvenz: Wegen der zwingenden Anwendung des Insolvenzrechts auf die Krankenkassen würden laut Pfeiffer künftig Gläubiger möglicherweise auf ihren Ansprüchen sitzen bleiben, wenn eine Kasse Pleite geht. Auch Andreas Köhler, der Vorstandschef der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), nannte das Fehlen einer Haftungsregelung einen „entscheidenden Mangel“. Deshalb könne es in einigen Jahren sein, dass Hausärzte Patienten, die bei einer finanziell angeschlagenen Kasse versichert sind, „nur noch gegen Vorkasse“ behandeln. Er habe „erhebliche Bedenken“, ob die flächendeckende medizinische Versorgung dann noch gesichert sei.

Rückkehrrecht: Ein „nicht zu rechtfertigendes Missbrauchspotenzial“ birgt nach übereinstimmender Auffassung der gesetzlichen wie der privaten Kassen das geplante Rückkehrrecht von Personen, die ihren Schutz verloren haben, in die jeweilige Versicherung. Betroffene könnten „solange auf den Versicherungsschutz verzichten und damit Beiträge sparen, bis sie Leistungen benötigen. Diese sind dann sofort zu gewähren“, warnte Stuppardt. Damit würde „individuellem Vorteilshopping Tür und Tor geöffnet“, warnte auch Volker Leienbach, der Verbandsdirektor des PKV-Verbandes: „Dann wären die Ehrlichen die Dummen.“

Zeitplan: Die ärztliche Honorarreform soll Ende Oktober 2007 abgeschlossen sein, obwohl erst 2009 der krankheitsbezogene Risikoausgleich zwischen den Kassen startet. Dies sei „völlig utopisch“, wendet KBV-Chef Köhler ein. Zu enge zeitliche Vorgaben moniert auch die PKV: Während der Gesundheitsfonds erst 2009 startet, muss die Branche schon 2008 einen Basistarif anbieten. Dies sei „technisch nicht leistbar“, sagt Verbandschef Leienbach. (Handelsblatt, 22. November)

Sollen auch KVen Partner in Hausarztverträgen werden?

Nachdenken im Gesundheitsministerium / BMG zollt der KBV wegen ihrer Reformfähigkeit Respekt: Auf dem Weg zu neuen Versorgungsformen

BERLIN (HL). In für Ärzten wichtigen Details der Gesundheitsreform könnte sich noch einiges ändern. Das gilt etwa für die hausarztzentrierte Versorgung (Paragraph 73b SGB V). Eine Einbeziehung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) wird vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) erwogen. „Die Diskussion ist noch nicht beendet“, sagte Franz Knieps, Abteilungsleiter Gesundheitsversorgung, bei den Bad Orber Gesprächen in Berlin. Gebe man allerdings den KVen das Recht, Hausarztverträge abzuschließen, könnten diese leicht dort monopolisiert werden. Seit Wochen gibt es Streit zwischen dem Hausärzteverband und der KBV über die Möglichkeiten der Beteiligung an der hausarztzentrierten Versorgung. Dürften die KVen dort mitmachen, würde sich dies negativ auf den Wettbewerb auswirken, heißt es dazu beim Hausärzteverband. Den versorgungspolitischen Wert der Hausarztverträge hält Bayerns BKK-Chef Gerhard Schulte allerdings eher für gering: „Paragraph 73b ist in Wirklichkeit ein Geschenk der Politik an die Hausärzte und beruht auf der Auffassung mancher Gesundheitspolitiker, die Qualität der Versorgung hänge an der sprechenden Medizin.“ Strategisch bedeutender seien Verträge über die „besondere ambulante ärztliche Versorgung“ (Paragraph 73c), die eine Kombination von haus- und fachärztlicher Versorgung ermöglicht. Um den Einstieg in solche Vertragsformen zu erleichtern, werde, so Knieps, geprüft, ob diese von Beginn an flächendeckend eingeführt werden müssen. Der KBV zollte Knieps Respekt für ihre Neupositionierung: die Ausrichtung der ambulanten Versorgung auf neue, kooperative Strukturen wie etwa Medizinische Versorgungszentren. Hindernisse dafür seien durch das Vertragsarztrechts-Änderungsgesetz beiseite geräumt worden. Auf mittlere Sicht werde auch die Bedarfsplanung fallen, kündigte Knieps an. Sie habe sich „in keiner Weise bewährt“. Ungleichgewichte in der Versorgung sollten künftig über die Vergütung gesteuert werden. Das Problem der Unterversorgung hält Knieps allerdings für ziemlich überzeichnet. ([Ärzte Zeitung, 21. November](#))

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