

Betreff: BÄK-Newsletter vom 29.06.2011

BÄK Newsletter 2011-06 vom 29.06.2011

Die Pressestelle der deutschen Ärzteschaft informiert:

Themenübersicht

- > GESUNDHEITSPOLITIK: BÄK nimmt Stellung zum Versorgungsstrukturgesetz
- > GMK: Gesundheitsminister beraten über Ärzteversorgung auf dem Land
- > GKV-FINANZENTWICKLUNG: Arzneimittel-Sparpaket greift
- > FACHÄRZTEMANGEL: Bundesregierung lockt ausländische Ärzte
- > BEHANDLUNGSFEHLER: Bundesärztekammer stellt Statistik 2010 vor
- > TARIFVERTRAG: MB fordert fünf Prozent mehr Geld für Uni-Ärzte
- > ONKOLOGEN: Rationierung im ärztlichen Alltag bereits angekommen
- > GOZ-NOVELLE: Streit um Mehrkosten für Patienten
- > PRÄIMPLANTATIONSDIAGNOSTIK: Ärzteschaft will Verantwortung übernehmen

GESUNDHEITSPOLITIK: BÄK NIMMT STELLUNG ZUM VERSORGUNGSSTRUKTURGESETZ

Das Bundesgesundheitsministerium hat Mitte Juni den Referentenentwurf für das geplante Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung vorgelegt. Er basiert auf den Eckpunkten, auf die sich Union und FDP Anfang April geeinigt hatten, und Gesprächen mit den Ländergesundheitsministern. Vorgesehen sind eine flexiblere regionale Bedarfsplanung und eine stärkere Einbeziehung der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung. Dabei sollen die Länder mehr Mitspracherechte erhalten, unter anderem mit zwei Vertretern im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). In unterversorgten Gebieten sollen den Ärzten bessere Verdienstmöglichkeiten geboten werden.

Die Bundesärztekammer (BÄK) unterstützt die mit dem sogenannten Versorgungsstrukturgesetz beabsichtigten Ziele, wie die Sicherstellung einer flächendeckenden bedarfsgerechten und wohnortnahen medizinischen Versorgung, die Verbesserung der Verzahnung der Leistungssektoren sowie die Sicherstellung eines schnellen Zugangs zu Innovationen. Insbesondere mit den Regelungen zu den Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) seien die Forderungen der Ärzteschaft umgesetzt worden, heißt es in der Stellungnahme der BÄK zum Referentenentwurf. Allerdings dürfe die Weiterentwicklung der ambulanten Bedarfsplanung nicht zu einer Überregulierung durch den G-BA führen. Stattdessen müsse eine patientenzentrierte Flexibilisierung der Planungsbereiche und Regionalisierung der Versorgung im Vordergrund stehen, fordert die BÄK. Die Akteure der Gemeinsamen Selbstverwaltung auf Landesebene und die Landesärztekammern sollten dabei miteinbezogen werden, fordert die BÄK.

Kritisch sieht die BÄK die im Referentenentwurf vorgesehenen Regelungen zur besseren Verzahnung der ambulanten und stationären fachärztlichen Versorgung. Hier fehle es an konkreten Ansätzen und Anreizen. Die Schaffung einer neuen Versorgungssäule (fachärztliche Spezialversorgung) zwischen den Sektoren könne sich sogar kontraproduktiv auswirken. Die BÄK befürchtet einen „Wettbewerbswildwuchs“ zwischen Krankenhäusern und hochspezialisierten niedergelassenen Fachärzten. Darüber hinaus fordert die

BÄK in ihrer Stellungnahme einen stimmberechtigten Mitgliedsstatus im Plenum des G-BA und in den die ärztliche Berufsausübung betreffenden Unterausschüssen.

Eine fachliche Erörterung des Referentenentwurfs wird am Mittwoch, 29. Juni, im Bundeswirtschaftsministerium – unter Beteiligung der BÄK – stattfinden. Der Gesetzesentwurf soll am 3. August vom Bundeskabinett beschlossen werden. Die erste Lesung im Bundestag ist für den 29. September geplant. Das Gesetz soll am 1. Januar 2012 in Kraft treten.

GMK: GESUNDHEITSMINISTER BERATEN ÜBER ÄRZTEVERSORGUNG AUF DEM LAND

Die Gesundheitsminister von Bund und Ländern feilen weiter an Lösungen für eine bessere medizinische Versorgung auf dem Land. Der Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) und hessische Sozialminister Stefan Grüttner (CDU) hat dazu einen Vorstoß auf der Gesundheitsministerkonferenz am 29. und 30. Juni in Frankfurt am Main angekündigt. Es sei ein Unding, dass Krankenhäuser auf dem Lande einen Abschlag von 20 Prozent bei ihrer Vergütung hinnehmen müssten, wenn dort ein niedergelassener Arzt Patienten operiere, sagte Grüttner. Hessen werbe daher für eine Änderung des Krankenhausentgelt-Gesetzes. Er erwarte dafür nach entsprechenden Signalen seiner Amtskollegen eine deutliche Mehrheit auf der Konferenz. Schließlich müssten auch die Kliniken auf dem Land lebensfähig gehalten werden. Die Regelung mit dem Abschlag sei kontraproduktiv. Sie schaffe keine Anreize für Krankenhäuser, das Belegarztsystem aufrecht zu erhalten, und schon gar keine Anreize für Ärzte, sich auf dem Land niederzulassen, sagte der CDU-Politiker.

Als weitere Themen der Konferenz nannte Grüttner das Organspendegesetz und die EHEC-Krise. Bei der Organspende begrüßte Grüttner die sich abzeichnende Verständigung im Bund auf die sogenannte Zustimmungslösung als Fortschritt. Er selbst erachte allerdings die erweiterte Widerspruchslösung, die er zusammen mit seinem bayerischen Amtskollegen Markus Söder (CSU) eingebracht habe, als am ehesten zielführend im Sinne der vielen Patienten in Deutschland, die auf ein Spenderorgan warteten. Jedenfalls habe die Aufnahme dieses Punktes auf die Tagesordnung der Gesundheitsministerkonferenz schon Bewegung in die Sache gebracht.

Bei EHEC bewertete Grüttner das Krisenmanagement der Gesundheitsbehörden als „hervorragend“. Die Zusammenarbeit von Bund und Ländern als auch die der Kliniken untereinander hätte gut funktioniert. Ob es noch Verbesserungen im Kommunikationsverkehr der Behörden gebe, sei zu prüfen, sagte Grüttner. Auf der Gesundheitsministerkonferenz sollen auch die finanziellen Folgen der Infektion für die Krankenhäuser besprochen werden.

<http://www.gmkonline.de/>

GKV-FINANZENTWICKLUNG: ARZNEIMITTEL-SPARPAKET GREIFT

Mit einem Überschuss von 1,468 Milliarden Euro verläuft die Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenkassen im ersten Quartal 2011 deutlich besser als im vergangenen Jahr. Im weiteren Jahresverlauf könne zwar nicht mit entsprechenden Überschüssen der Kassen gerechnet werden, da

die Ausgaben in den Monaten Januar bis März regelmäßig niedriger seien als im Durchschnitt der darauffolgenden Quartale, hieß es in einer Pressemitteilung des Bundesgesundheitsministeriums. Trotzdem fiel der Überschuss deutlich größer aus als im ersten Viertel des letzten Jahres, als die Kassen nur 235 Millionen Euro in Reserve hatten. Diese positive Entwicklung wird auf der Einnahmenseite auf die erfreuliche konjunkturelle Entwicklung sowie auf der Ausgabenseite auf eine günstige Entwicklung bei den Arzneimittelausgaben zurückgeführt.

Die Ausgabenzuwächse der Krankenkassen liegen mit einer Steigerung von 3,1 Prozent je Versichertem bislang unterhalb der Erwartungen für das gesamte Jahr 2011. Nach Jahren des ungebremsten Anstiegs konnte bei den Arzneimittelausgaben ein Rückgang um 4,8 Prozent verzeichnet werden. Dies zeichnete sich bereits im vergangenen Jahr ab, als die Kassen durch die Anhebung des Pharmarabatts für Nicht-Festbetragsarzneimittel monatlich um mehr als 100 Millionen Euro entlastet wurden. Mit den weiteren Sparmaßnahmen des AMNOG, die Anfang 2011 in Kraft traten, wurden die Voraussetzungen für mehr Wirtschaftlichkeit und Preiswettbewerb in der Arzneimittelversorgung dauerhaft verbessert, so das BMG. Durch die Vereinbarung neuer Festbeträge würden die Kassen zusätzlich entlastet.

In anderen großen Leistungsbereichen verlief die Entwicklung der Ausgaben sehr unterschiedlich: die Ausgaben für die ambulante Patientenversorgung stieg um 1,2 Prozent pro Versicherten, bei Maßnahmen zur Früherkennung waren es 4,1 Prozent. Ein Anstieg der Leistungsmengen führte bei Krankenhausbehandlungen zu einer Ausgabensteigerung um 4,8 Prozent pro Versicherten. Der Ausgabenzuwachs beim Krankengeld setzte sich mit einem erneuten Plus von 11,2 Prozent unverändert fort. Die Netto-Verwaltungskosten stiegen um 2,4 Prozent je Versichertem. Im Gesundheitsfonds zeichnete sich für das erste Quartal 2011 ein Defizit von 0,52 Milliarden Euro ab. Dies sei nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit jedoch nichts Unerwartetes. In der Summe der Überschüsse der gesetzlichen Krankenkassen und des Defizits des Gesundheitsfonds ergibt sich für die GKV insgesamt ein Plus von rund 0,95 Milliarden Euro im ersten Viertel des Jahres 2011.

www.bmg.bund.de

ÄRZTEMANGEL: BUNDESREGIERUNG LOCKT AUSLÄNDISCHE ÄRZTE

Die Bundesregierung will den Fachkräftemangel in Deutschland bekämpfen, auch mit Hilfe von ausländischen Arbeitnehmern. Das Bundeskabinett hat dazu in der vergangenen Woche ein Konzept zur Fachkräftesicherung beschlossen. Geplant sind unter anderem eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf, eine stärkere Einbindung von älteren Arbeitnehmern und Arbeitslosen sowie bessere Bildungschancen für alle. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Integration und Zuwanderung qualifizierter Fachkräfte auch aus Nicht-EU-Staaten. „Wir haben eine Million offene Stellen und es fehlen vor allem Ingenieure, Elektroingenieure und Ärzte“, sagte Bundesarbeitsministerin Ursula von der Leyen (CDU). Setze sich der bisherige Trend fort, werde die Zahl der Erwerbstätigen in den kommenden 15 Jahren um 6,5 Millionen sinken. Arbeitgeber müssten daher auch über die EU-Grenzen hinaus um ausländische Fachkräfte werben können.

Dem Ärztemangel will die Regierung unter anderem mit dem Abbau von Bürokratie, Änderungen beim Auswahlverfahren für die Zulassung zum Medizinstudium und der Weiterentwicklung der Instrumente zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung begegnen. Darüber hinaus könnte der Wegfall der bisher geltenden Staatsangehörigkeitsprivilegien bei den akademischen Heilberufen (Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen) dazu beitragen, „die Anzahl von qualifizierten Heilberuflerinnen und Heilberuflern, die sich im Inland niederlassen können, zu erhöhen“, heißt es in dem Konzept.

Die Vorrangprüfung für Ärzte soll „schon jetzt unverzüglich ausgesetzt werden“. Bei ärztlichen Berufen sei diese Maßnahme erforderlich, da „bereits heute nicht mehr in allen Bereichen und Regionen Ärzte in ausreichender Anzahl zur Verfügung stehen“. Damit werde auch der Bedeutung des Arztberufs für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung Rechnung getragen, heißt es in dem Beschluss. Die Vorrangprüfung sieht vor, dass ein Unternehmen eine freie Stelle nur dann mit einer ausländischen Fachkraft besetzen darf, wenn mit Hilfe des Arbeitsamtes festgestellt wurde, dass kein deutscher Arbeitnehmer oder EU-Bürger auf diese Stelle passt. „Die Streichung der Vorrangprüfung finden wir richtig“, sagte Rudolf Henke, 1.

Vorsitzende des Marburger Bundes. Zumal infolge der Vorrangprüfung bislang nur drei Prozent aller Fälle abgelehnt worden seien. Wichtig sei jedoch, dass alle ausländischen Ärzte, die nach Deutschland kämen, nicht nur fachlich, sondern auch sprachlich und interkulturell kompetent seien. „Wo Arzt drauf steht, muss auch immer Arzt drin sein“, forderte Henke. Den Vorschlag, die Aufenthaltsbegrenzung für Medizinstudierende aus anderen Ländern aufzuheben, lehnte Henke ab. Derzeit müssen diese Studierenden spätestens nach der Weiterbildung wieder in ihr Heimatland zurückkehren.

Man dürfe die Nachwuchsärzte nicht aus Schwellen- und Entwicklungsländern wegsaugen, um in Deutschland den selbstverschuldeten Ärztemangel zu lösen. „Wir müssen das Problem schon hier bei uns lösen und das geht nur, indem wir die Arbeitsbedingungen in Deutschland verbessern“, sagte Henke.

<http://www.bmas.de>

BEHANDLUNGSFEHLER: BUNDESÄRZTEKAMMER STELLT STATISTIK 2010 VOR

Auf großes Medieninteresse ist die beinahe schon traditionelle Pressekonferenz „Fehlerursachen und Fehlerhäufigkeiten in der Medizin“ der Bundesärztekammer Ende Juni gestoßen. Vorgestellt wurde die Behandlungsfehlerstatistik 2010 der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern. Die statistische Erhebung beschränkt sich in diesem Jahr aber nicht nur auf die Zahlen des Jahres 2010. Mit den Daten der Statistikjahre 2006 bis 2010 werden erstmals auch Verläufe dargestellt, aus denen erkennbar ist, wie sich Fehlerschwerpunkte entwickelt haben.

Dr. Andreas Crusius, Vorsitzender der Ständigen Konferenz der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen und Präsident der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, betonte auf der Pressekonferenz, wie wichtig die Arbeit der Schlichter sei: „Wer Fehler vermeiden will, muss wissen, wo sie

passieren. Deshalb ist es richtig und wichtig, dass sich in der Medizin in den vergangenen Jahren eine neue Kultur im Umgang mit Fehlern etabliert hat. Wir Ärztinnen und Ärzte dokumentieren Fehler und Beinahe-Fehler, wir analysieren mögliche Ursachen und wir entwickeln Strategien zur Vermeidung von Fehlern. Hierzu tragen die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern mit ihrer Arbeit wesentlich bei.“ Im Jahr 2010 wurden insgesamt 7355 Anträge zu mutmaßlichen Behandlungsfehlern bearbeitet, dabei lag in 2199 Fällen ein Behandlungsfehler oder eine mangelnde Risikoaufklärung vor. In 1821 Fällen wurde ein Behandlungsfehler als Ursache für einen Gesundheitsschaden ermittelt, der einen Anspruch des Patienten auf Entschädigung begründete. Die häufigsten Diagnosen, die zu Behandlungsfehlervorwürfen führten, waren wie in den Vorjahren Knie- und Hüftgelenkarthrosen sowie Unterarm-, Unterschenkel- und Sprunggelenkfrakturen. Bei der Betrachtung des Verlaufes von 2006 bis 2010 wurde deutlich, dass sich die Zahl der nachgewiesenen Fehler bei der Behandlung von Brustkrebs im niedergelassenen Bereich fast halbiert (29 Fälle) hat. In den Krankenhäusern stieg die Zahl der nachgewiesenen Fehler bei Kniegelenkarthrose (52 Fälle in 2010) und Unterarmfrakturen (57 Fälle in 2010) in den vergangenen fünf Jahren leicht an.

Ein Schwerpunktthema der diesjährigen Pressekonferenz war die Qualitätssicherung innerhalb der Arbeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen. Prof. Dr. Walter Schaffartzik, Ärztlicher Leiter des Unfallkrankenhauses Berlin und Vorsitzender der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern, verwies auf die hohen Standards für die Gutachtenerstellung und stellte insbesondere die Schulungen der Gutachter vor. Neben der Vermittlung wichtiger juristischer Kenntnisse würden unter anderem anhand anonymisierter Vorstellungen abgeschlossener Schlichtungsverfahren auch die medizinischen Anforderungen an die Erstellung eines Gutachtens eingehend erörtert. „Geschulte Gutachter sind damit ausgewiesene Experten in ihrem Bereich, so dass sich Patienten und Ärzte darauf verlassen können, dass ihr Fall eine Begutachtung auf einem hohen Qualitätsniveau erfährt“, erklärte Schaffartzik.

Die Veröffentlichung der neuen Daten stieß sowohl in den Printmedien, als auch in Hörfunk und Fernsehen auf breites Interesse. Die Berichterstattung und Kommentierung zeigte sich in diesem Jahr mehrheitlich sachlich und reflektiert. „Offensiver Umgang mit Ärztefehlern“, titelte die Leipziger Volkszeitung, und schrieb: „Dass die Mediziner inzwischen offen mit ihren handwerklichen Fehlern umgehen, spricht zudem für ihre Einsicht, mit jeder Art von Vertuschen nur dem eigenen Ruf zu schädigen. Nur ein transparentes System kann das Vertrauensverhältnis von Arzt und Patient erhalten.“

„Mehr Rechte für Patienten“ forderte die Neue Osnabrücker Zeitung. Die Patienten in Deutschland seien mündiger und selbstbewusster geworden, daher ließen sie den Ärzten Behandlungsfehler nicht mehr so leicht durchgehen wie früher. „Auch aus diesem Grund steigt bei den Gutachterkommissionen und den Schiedsstellen der Ärztekammern die Zahl der eingereichten Beschwerden von Jahr zu Jahr an“, kommentierte die NOZ.

Die Passauer Neue Presse lobte sie die Arbeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen und schlug einen Bogen zum geplanten

Patientenrechtegesetz der Bundesregierung: „Die gutachterliche Qualität scheint also hoch zu sein, dennoch will Zöller den Schiedsstellen der Ärztekammern noch mehr Akzeptanz verschaffen: In Zukunft sollen Patientenvertreter mitwirken. Ein Vorteil der Schiedsstellen: Ihre Verfahren dauern etwa 14,5 Monate, Prozesse vor Gericht oft Jahre.“

Viele Journalisten versuchten, Hintergründe für Behandlungsfehler näher zu beleuchten und fragten nach dem „Warum“. Die Westdeutsche Zeitung empfahl eine Entschleunigung des Medizinischen Betriebs. Der Wiesbadener Kurier bezeichnete das Wort „Ärztepfusch“ als einen falschen Ansatz, wenn es um ein gestörtes Vertrauensverhältnis gehe. „Es kommt darum allein auf die Fehlerkultur an, auf den Umgang mit der falschen Behandlung.“ Bessere Arbeitsbedingungen und Fortbildungsmöglichkeiten für Ärzte seien die unabdingbare Basis für eine Fehlervermeidung.

<http://baek.de>

TARIFVERTRAG: MB FORDERT FÜNF PROZENT MEHR GELD FÜR UNI-ÄRZTE

In der anstehenden Tarifrunde für die Ärztinnen und Ärzte an den Universitätskliniken fordert der Marburger Bund (MB) eine spürbare Anhebung des Tarifniveaus und eine Modernisierung der Entgelttabelle. Die Gehälter der rund 20.000 Ärzte an 23 Universitätskliniken des Tarifverbundes der Tarifgemeinschaft deutscher Länder (TdL) sollen ab 1. Juli 2011 linear um 5 Prozent steigen. „Gegenüber Ärzten anderer Träger sind die Uni-Ärzte in den vergangenen zwei Jahren stark ins Hintertreffen geraten. Die Unikliniken müssen deshalb Anschluss finden an die tarifpolitische Entwicklung, sonst werden sich die Probleme bei der Nachwuchsgewinnung und der Akquisition von Fachärzten verschärfen. Spitzenmedizin muss deutlich besser bezahlt werden“, forderte der 1. Vorsitzende des Marburger Bundes, Rudolf Henke.

Der MB und die TdL hatten sich zuletzt vor zwei Jahren auf einen neuen Tarif für die Uni-Ärzte geeinigt. Seitdem seien mit einer Vielzahl anderer Krankenhausträger Abschlüsse erzielt worden, die über TdL-Niveau liegen, so der MB. Besonders auffällig sei der Unterschied in der Bezahlung von Nachtdiensten: Laut Gewerkschaft erhalten Ärzte an Unikliniken lediglich einen Zuschlag von 1,28 Euro pro Stunde. Die Mediziner empfänden solche „Uralt-Regelungen als Zumutung und Ausdruck mangelnder Wertschätzung ihrer Arbeit zu ungünstigen Zeiten“, sagte Henke. Ändern will der Marburger Bund das durch die Einführung von prozentualen Zeitzuschlägen. Wer nachts voll arbeitet, soll demnach einen Zeitzuschlag in Höhe von 25 Prozent des individuellen Stundenentgeltes bekommen. Überstunden und Vollarbeit an Samstagen sollen mit 15 Prozent entlohnt werden. Für Sonntagsarbeit fordert die Ärztegwerkschaft, den bestehenden Zeitzuschlag in Höhe von derzeit 25 Prozent auf 35 Prozent zu erhöhen.

Neben einer linearen Gehaltserhöhung und prozentualen Zeitzuschlägen will der Marburger Bund eine Modernisierung der Entgelttabelle durchsetzen. Ärzte, die etwa wegen der Erziehung ihrer Kinder eine längere Zeit bis zur Erlangung des Facharztes benötigen, sollen damit bessergestellt werden. Die erste Verhandlungsrunde mit der Tarifgemeinschaft deutscher Länder wird am 12. Juli 2011 in Berlin stattfinden.

<http://www.marburger-bund.de>

ONKOLOGEN: RATIONIERUNG IM ÄRZTLICHEN ALLTAG BEREITS ANGEKOMMEN

Die Mehrheit der Onkologen verzichtet zumindest gelegentlich aus Kostengründen auf die jeweils als optimal eingestufte Therapie. Das ist das Ergebnis einer repräsentativen Umfrage der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO) unter ihren Mitgliedern. „Solche Entscheidungen zum Verzicht werden bisher nur selten getroffen und mehrheitlich dann, wenn der Zusatznutzen als gering erscheint. Der Einstieg in eine Rationierung am Krankenbett hat aber auch in der Onkologie begonnen“, sagte Prof. Stefan Krause vom DGHO-Arbeitskreis „DRG und Gesundheitsökonomie“.

Insgesamt 345 Ärzte aus dem ambulanten und stationären Sektor beteiligten sich an der Umfrage. Für 98 Prozent von ihnen ist der sparsame Umgang mit Ressourcen demnach eine Selbstverständlichkeit. 65 Prozent erklärten, mindestens einmal wöchentlich aus mehreren weitgehend gleichwertigen Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten oder Medikamenten das preiswertere zu wählen. 59 Prozent der Befragten gaben an, aus Kostengründen auf Therapiemaßnahmen zu verzichten, weil der therapeutische Nutzen im Vergleich zur Kostendifferenz zu gering sei. 19 Prozent verzichteten sogar aus Kostengründen auf eine Maßnahme, obwohl sie nach Studienlage einen erheblichen Zusatznutzen gehabt hätte und auch zugelassen ist.

„Auch wenn es sich bei den Daten um subjektive Einschätzungen der befragten Ärzte handelt, zeigen die ersten Ergebnisse der Umfrage doch, dass Rationierung im ärztlichen Alltag bereits angekommen ist“, kritisierte Prof. Gerhard Ehninger, Geschäftsführender Vorsitzender der DGHO. „Diese Leistungsbegrenzungen sind willkürlich, erfolgen nach intransparenten Regeln und stellen das Vertrauen zwischen Arzt und Patient auf eine harte Probe.“, so Ehninger weiter. Die DGHO fordert deshalb eine öffentliche Diskussion darüber, „wie die teuren Therapieoptionen in der Onkologie trotz des zunehmenden Kostendrucks weiter für alle Patienten finanziert werden können“.

<http://www.dgho.de>

GOZ-NOVELLE: STREIT UM MEHRKOSTEN FÜR PATIENTEN

Die Pläne der Bundesregierung zur Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) haben einen heftigen Streit um eine Verteuerung der Zahnbehandlung und Mehrkosten für Patienten ausgelöst. Mit dem neuen Abrechnungsverzeichnis sollen die Zahnärzte etwa sechs Prozent mehr Honorar bekommen. Private und gesetzliche Kassen warnen aber vor stärkeren Steigerungen, da die Zahnärzte selbst pro Behandlung einen Steigerungsfaktor ansetzen könnten. Der Verband der privaten Krankenversicherungen (PKV) schreibt in einer Stellungnahme zum Entwurf für die Neufassung der Gebührenordnung: „Realistisch erscheint die Annahme eines Anstiegs um mindestens 14 Prozent.“ Am Ende könnte das Honorar sogar um fast 20 Prozent steigen. „Hier wird dem Patient direkt in die Tasche gefasst und das nicht zu knapp“, sagte Johann-Magnus von Stackelberg, stellv. Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes. Wenn die geplante Punktzahlsteigerung käme, würde künftig eine Vollkrone rund 74 Euro mehr kosten. „Für eine besondere Form wie die Teleskopkrone müsste man künftig dann schon fast das Doppelte bezahlen, nämlich mehr als 230 Euro zusätzlich

zum heutigen Preis", so Stackelberg.

Das Bundesgesundheitsministerium weist die Behauptungen der Krankenkassen als „nicht nachvollziehbar“ zurück. Mit der Novellierung werde das Honorar im Bereich der Gebührenordnung um durchschnittlich plus sechs Prozent angepasst. Das wären etwa 345 Millionen Euro. CDU-Gesundheitsexperte Jens Spahn sagte: „Eine Erhöhung im einstelligen Prozentbereich scheint mir vertretbar, nicht zuletzt da die letzte Steigerung über 20 Jahre zurückliegt“.

Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) bezeichnete die Darstellung der Krankenkassen als „Panikmache“. Die verbreiteten Zahlen zur Kostenbelastung der Bevölkerung seien irreführend und rein politisch motiviert, sagte BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel. „Einzelne Zahlen willkürlich aus dem Gesamtzusammenhang zu reißen und wider besseren Wissens zu verwenden ist in höchstem Maße unseriös“, so Engel. Auch die Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) übte heftige Kritik an den Kassen. Ihr Vorstandsvorsitzender, Dr. Jürgen Fedderwitz, sagte: „Das ist ein durchsichtiges Manöver, mit dem die Kassen versuchen, die dringend benötigte neue Gebührenordnung zu hintertreiben. Für GKV-Leistungen wie zum Beispiel Vollgusskronen ist die GOZ überhaupt nicht maßgeblich.“

SPD und Grüne griffen die FDP scharf an. Als „Hotelsteuer für Zahnärzte“ und „blanken Lobbyismus“ kritisierte SPD-Generalsekretärin Andrea Nahles die geplante neue GOZ. Damit zeige die neue FDP-Führung, dass auch sie auf Klientelpolitik setze. Die Grünen-Gesundheitsexpertin Birgitt Bender sagte: „Den Versicherten das Geld aus der Tasche ziehen, um die eigene Klientel in der Ärzteschaft zu bedienen – dieses Strickmuster freidemokratischer Gesundheitspolitik zeigt sich auch bei den Plänen des Bundesgesundheitsministeriums für die neue GOZ.“ Bei der an sich nötigen Novellierung der GOZ nach 23 Jahren sollte auch eine Pflicht für die Zahnärzte eingeführt werden, Patienten künftig stärker auch über die Kosten zu beraten.

PRÄIMPLANTATIONS DIAGNOSTIK: ÄRZTESCHAFT WILL VERANTWORTUNG ÜBERNEHMEN

Kurz vor der abschließenden Debatte im Deutschen Bundestag über den künftigen Umgang mit der Präimplantationsdiagnostik (PID) hat sich die Bundesärztekammer (BÄK) für eine begrenzte Zulassung der PID ausgesprochen. „Die ethische Abwägung spricht für eine Zulassung der PID in bestimmten Grenzen und unter kontrollierten Voraussetzungen. Unter Gesichtspunkten der Zumutbarkeit für die Frau und des Entwicklungsstandes des vorgeburtlichen Lebens ist die In-vitro-Befruchtung mit PID in bestimmten Fällen ethisch weniger problematisch als eine Pränataldiagnostik mit nachfolgendem Schwangerschaftsabbruch“, sagte Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer; bei der Vorstellung eines Memorandums der Bundesärztekammer zur PID. Das von einer Arbeitsgruppe des BÄK-Vorstandes und des Wissenschaftlichen Beirats erarbeitete Papier zeigt medizinische, ethische sowie rechtliche Argumente für eine begrenzte Zulassung der PID auf. Der 114. Deutsche Ärztetag in Kiel hatte im Juni dem Memorandum mit großer Mehrheit zugestimmt.

Nach dem Memorandum sollen den bei den Landesärztekammern angesiedelten interdisziplinär aus Ärzten der Humangenetik, Reproduktionsmedizin,

Pädiatrie und anderen Disziplinen sowie Ethikern und Vertretern aus Selbsthilfe- und Behindertenverbänden zusammengesetzten Kommissionen die einzelnen Behandlungsfälle in anonymisierter Form vorab zur Beurteilung vorgelegt werden. Das Papier sieht zudem vor, dass die Bundesärztekammer bei einer gesetzlichen Zulassung der PID in einer (Muster-) Richtlinie zur Durchführung der PID Regelungen zum Indikationsspektrum, zur personellen und apparativen Ausstattung, zur medizinischen und psychosozialen Beratung sowie zur Lizenzierung weniger Zentren trifft.

Prof. Dr. Heribert Kentenich, Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe an den DRK Kliniken Berlin-Westend und ebenfalls Mitglied der gemeinsamen Arbeitsgruppe, hob hervor, dass die Präimplantationsdiagnostik international seit mehr als 20 Jahren etabliert sei. „Mit einem Dammbuch ist nach den Erfahrungen aus dem Ausland nicht zu rechnen.“ Kentenich geht davon aus, dass in Deutschland etwa 200 Paare pro Jahr Gebrauch von der PID machen würden. Gleichwohl betonte der Gynäkologe, dass bei einer Zulassung der PID eine Eingrenzung der Indikationsstellung dringend notwendig sei. Keine Indikationen für die PID dürften insbesondere Geschlechtsbestimmungen ohne Krankheitsbezug, Alter der Eltern und Maßnahmen der assistierten Reproduktion im Allgemeinen sein.

Dem Bundestag, der am 7. Juli ohne Fraktionszwang über die PID entscheiden will, liegen drei Gesetzentwürfe vor: eine Zulassung für Paare mit hohem Risiko für Erbkrankheiten, ein komplettes Verbot der PID, oder als Kompromiss eine Zulassung für wenige Einzelfälle. Die BÄK favorisiert den fraktionsübergreifenden Antrag der FDP-Abgeordneten Ulrike Flach. Demnach wäre eine PID erlaubt, wenn schwere Krankheiten beim Kind drohen. Unterdessen soll der Vorschlag des SPD-Abgeordneten René Röspel etwas verändert werden. Die PID soll demnach erlaubt werden, wenn bei den Eltern eine genetische oder chromosomale Disposition diagnostiziert ist, „die mit einer hohen Wahrscheinlichkeit zu Fehl- oder Totgeburten führen kann“. Bisher sollte dies auch gelten, wenn dies „zum Tod des Kindes im ersten Lebensjahr führen kann“. Diese Option soll nun gestrichen werden.

Wie die Abstimmung im Bundestag ausgeht, ist schwer abzusehen. Denn zwischen Gegnern und Befürwortern herrscht quasi ein Patt: Hinter dem Verbotsantrag stehen 196 Abgeordnete, der Flach-Vorschlag für eine Zulassung hat offiziell 216 Unterstützer. Der Kompromissvorschlag von Lammert, Röspel und Hinz hat nur 36 Unterstützer. Er könnte aber nach der Änderung weitere Anhänger finden. 172 Abgeordnete gelten als unentschlossen.

<http://baek.de/>