
Themenübersicht

- > **GKV-VERSORGUNGSSTRUKTURGESETZ: Bund und Länder haben Änderungsbedarf**
- > **GKV-FINANZEN: Überschuss von 2,4 Milliarden Euro im Gesundheitsfonds**
- > **HAUSÄRZTE: Regeln für Hausarztverträge zurücksetzen**
- > **AOK-STUDIE: Ärzte arbeiten zu wenig für GKV-Patienten**
- > **ZWEITMEINUNG: Chirurgen starten Internetportal**
- > **ARZTBEWERTUNG: Patienten geben Ärzten Schulnoten**
- > **MINDESTMENGEN: Landessozialgericht kippt G-BA-Beschluss**
- > **TPG-NOVELLE: Eingriff in die Richtlinientätigkeit der Bundesärztekammer**
- > **PVS: Bürokratie belastet Arzt-Patient-Verhältnis**
- > **UMFRAGE: Junge Ärzte für Teilzeitweiterbildung**
- > **WETTBEWERBSZENTRALE: Preiswerbung für ärztliche Behandlungen unzulässig**

GKV-VERSORGUNGSSTRUKTURGESETZ: BUND UND LÄNDER HABEN ÄNDERUNGSBEDARF

Dass die Bundesländer zahlreiche Anträge für Änderungen an dem von der Regierung geplanten GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) in die Beratungen im Bundesrat einbringen würden, war zu erwarten. Bei den Treffen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe im Frühjahr und auch bei 84. Gesundheitsministerkonferenz in Frankfurt am Main wurde bereits deutlich, dass die Länder nicht mit allen Neuregelungen glücklich sind. Entsprechend lang ist die Mängelliste zu dem Gesetzentwurf, mit der sich der Gesundheitsausschuss des Bundesrates an diesem Mittwoch befassen musste. Ein wenig überraschend ist jedoch, dass mittlerweile auch das Bundesgesundheitsministerium einen beachtlichen Stapel Änderungsanträge zu seinem eigenen Gesetz formuliert hat. Die Anträge aus dem BMG werden als sogenannte Formulierungshilfen von den Koalitionsfraktionen in die anstehenden Ausschussberatungen des Bundestages eingebracht. Darunter auch der Vorschlag, einen sogenannten Medikationskatalog in Modellregionen erproben zu wollen. Grundlage der Arzneimittelverordnung soll dabei ein Medikationskatalog auf Wirkstoffbasis sein, den die Vertragspartner, Kassenärztliche Vereinigungen, Apothekerverbände und Krankenkassen, vereinbaren sollen. Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) beeilte sich nach Bekanntwerden der Pläne zu versichern, dass es sich hierbei nicht um eine Positivliste handele. Der geplante Änderungsantrag zum Versorgungsstrukturgesetz schaffe lediglich die Grundlagen für Modellvorhaben. Er ermögliche, den von Ärzte- und Apothekerschaft entwickelten Vorschlag zu Wirkstoffverordnungen - das sogenannte KBV/ABDA-Konzept - in einer Region zu überprüfen, sagte Bahr. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) begrüßten den Vorstoß. „Der von der Koalition geplante indikationsbezogene Medikationskatalog kann zu mehr Wirtschaftlichkeit bei der Arzneimitteltherapie beitragen und die Versorgungsqualität weiter verbessern“, sagte der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Frank Ulrich Montgomery. „Wir sind der festen Überzeugung, dass sich das Konzept in Modellvorhaben beweisen wird“, betonte auch Dr. Carl-Heinz Müller aus dem Vorstand der KBV. Er gehe davon aus, dass es dann in die Regelversorgung übernommen werde. Weniger freundlich vielen die Reaktionen der Ärzteschaft auf Pläne der Koalition aus, Vertragsärzte bei zu langen Wartezeiten für ihre Patienten finanziell zu bestrafen. Patienten sollten demnach die Möglichkeit erhalten, sich auch ambulant im Krankenhaus behandeln zu lassen. Die Kosten hierfür sollten aus der Gesamtvergütung der Vertragsärzte abgezogen werden. Bereits am Tag der Veröffentlichung des Vorhabens im Nachrichtenmagazin „Der Spiegel“ dementierte jedoch das Ministerium. Tatsächlich kursierte kurz darauf eine Formulierungshilfe aus dem BMG, in der zwar ein effizienteres Terminmanagement angemahnt wurde. Von Sanktionen war darin jedoch nicht die Rede. Vielmehr sollen sich nach dem Willen des BMG Ärzte und Kostenträger auf regionaler Ebene über Möglichkeiten zur Vermeidung unnötiger Wartezeiten verständigen. Auch wenn das GKV-VStG im Bundesrat zustimmungsfrei ist, wird auch das Votum der Länderkammer zu dem Entwurf in die Beratungen des Bundestag-Gesundheitsausschusses mit einfließen. Kommende Woche wird sich das Plenum des Bundesrates mit dem Gesetz befassen. Grundlage ist dabei eine Beschlussempfehlung, die der Gesundheitsausschuss der Länderkammer vorgelegt hat. Darin listen die Gesundheitsexperten der Länder ihre Bedenken gegen das Gesetz auf und machen Änderungsvorschläge. Scharfe Kritik äußerte der Ausschuss unter anderem an den geplanten Regelungen für die ambulante spezialärztliche Versorgung. Der von den Ländern Niedersachsen und Rheinland-Pfalz eingebrachte und vom Ausschuss einstimmig angenommene Antrag zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung sieht vor, den entsprechenden Artikel 1 Nummer 44 (§ 116b SGB V) aus dem Entwurf für das GKV-VStG herauszulösen und die Thematik in einem gesonderten Gesetzgebungsverfahren weiter zu verfolgen. Die Länder begründen diese Forderung

unter anderem damit, dass die Regelungen kein Zulassungsverfahren für Leistungserbringer vorsehen, sondern lediglich ein Anzeigeverfahren. Es sei zudem nicht hinreichend klargestellt, welche Erkrankungen dem Bereich der spezialärztlichen Versorgung zuzuordnen sind. Auch gebe es keine Regelungen zur Vermeidung von medizinisch nicht indizierten Mengenausweitungen. Grundsätzlich wird moniert, dass in dem Entwurf keine Bedarfsplanung für die ambulante spezialärztliche Versorgung vorgesehen ist und somit ein vollkommen ungesteuertes Leistungssegment entsteht. In der Beschlussempfehlung wird aber auch klargestellt, dass die Länder die Einführung eines solchen Versorgungsbereichs grundsätzlich unterstützen. „Alle Länder sind daher ausdrücklich bereit, ihre Fachexpertise sowohl im stationären wie im ambulanten Bereich zur Lösung dieser Schwächen zur Verfügung zu stellen“, heißt es in der Empfehlung des Ausschusses. Konkret schlagen sie vor, dass mit Inkrafttreten der gesetzlichen Regelung zum 1. Januar 2013 ein stufenweiser Aufbau des neuen Versorgungsbereiches erfolgen soll. Weitere Empfehlungen des Ausschusses sind unter anderem, dass zur Sicherstellung der wohnortnahen ärztlichen Versorgung die nichtärztliche Praxisassistenten zukünftig nicht nur in Gebieten tätig werden sollen, in denen nach der aktuellen Bedarfsplanung eine ärztliche Unterversorgung vorliegt oder eine solche droht, sondern sie sollen vielmehr flächendeckend eingesetzt werden können. Ebenfalls angenommen wurde der Antrag der Länder Mecklenburg-Vorpommern, Berlin, Brandenburg und Sachsen-Anhalt, nach dem nunmehr in unterversorgten und von Unterversorgung bedrohten Planungsbereichen, die Gründung von medizinischen Versorgungszentren durch Hausärzte ermöglicht werden soll. Darüber hinaus wurde auch der Antrag befürwortet, dass der bisherige Rechtszustand hinsichtlich der Gründung und Organisation von MVZ fortgelten sollte. Nach Ansicht des Ausschusses widerspricht die Auffassung, MVZ könnten nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft oder GmbH den notwendigen fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgung herstellen, der Versorgungswirklichkeit. Am 23. September wird der Bundesrat auf Grundlage der Beschlussempfehlung seines Ausschusses Stellung zu dem Gesetzentwurf beziehen. Am selben Tag berät der Bundestag in erster Lesung über das Gesetzesvorhaben. Dem Vernehmen nach ist für den 19. Oktober die Öffentliche Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages vorgesehen. Bleibt es dabei, kann das Gesetz am 11. November abschließend im Parlament beraten werden, bevor der Bundesrat am 16. Dezember in zweiter Lesung zu dem nicht zustimmungspflichtigen Gesetz Stellung nimmt. Vorgesehen ist, dass das GKV-VStG zum 1. Januar 2012 in Kraft tritt.

GKV-FINANZEN: ÜBERSCHUSS VON 2,4 MILLIARDEN EURO IM GESUNDHEITSFONDS

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat im ersten Halbjahr 2011 einen Überschuss von mehr als 2,4 Milliarden Euro erzielt. Das geht aus den aktuellen Zahlen zur Finanzentwicklung der GKV hervor, die das Bundesgesundheitsministerium (BMG) veröffentlicht hat. Demnach wird der Gesundheitsfonds am Jahresende voraussichtlich über eine Liquiditätsreserve von rund 6,9 Milliarden Euro verfügen. Von diesen seien jedoch etwa drei Milliarden Euro bereits durch die vorgeschriebene Reserve von mindestens 20 Prozent einer durchschnittlichen Monatsabgabe gebunden sowie zwei Milliarden Euro für den anfallenden Sozialausgleich und die Finanzierung der Zusatzbeiträge von ALG-2-Empfängern in den Jahren 2012 bis 2014 vorgesehen, heißt es seitens des BMG. Die Leistungsausgaben der Krankenkassen sind im ersten Halbjahr 2011 um 2,8 Prozent pro Versicherten gestiegen. Da der Schätzerkreis bei seiner letzten Jahresprognose von einem Anstieg von rund 4,3 Prozent ausgegangen war, liegen die aktuellen Ausgabensteigerungen unterhalb der bisherigen Erwartungen für das gesamte Jahr 2011. Insbesondere die gestiegenen Einnahmen der Krankenkassen – bedingt durch die positive konjunkturelle Entwicklung – sowie die gesunkenen Arzneimittelausgaben um 6,3 Prozent hätten dazu beigetragen. Denn das Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz, das Anfang 2011 in Kraft getreten ist, ermöglicht den Kassen für jedes neue Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen Erstattungsbeiträge zu vereinbaren. Dadurch würden die Krankenkassen jeden Monat um mehr als 100 Millionen Euro entlastet, so das BMG. Insgesamt haben die Krankenkassen durch Rabatt-Vereinbarungen mit Pharmaunternehmen mehr als 680 Millionen Euro zusätzlich eingespart – fast das Doppelte im Vergleich zum ersten Halbjahr 2010 (347 Mio. Euro). Für ambulante ärztliche Versorgung gaben die Krankenkassen im ersten Halbjahr 2,3 Prozent pro Versicherten und für ärztliche Früherkennungsmaßnahmen 5,2 Prozent mehr aus. Die Ausgaben für Krankenhausbehandlungen stiegen im ersten Halbjahr 2011 um 4,6 Prozent. Auf das gesamte Jahr hochgerechnet entspreche das – dem Ministerium zufolge – einem Zuwachs von rund 2,5 Milliarden Euro. Nach dem zweistelligen Ausgabenzuwachs beim Krankengeld im vergangenen Jahr sind die Ausgaben in diesem Bereich mit einem Plus von 9,6 Prozent nur geringfügig gesunken. Als Gründe führt das BMG die wachsende Zahl von Krankengeldberechtigten bei steigendem Rentenalter und dem Anstieg langwieriger psychischer Erkrankungen an. Die Verwaltungskosten der Kassen sind den Angaben zufolge ebenfalls gestiegen – um 1,3 Prozent. Eine Einschätzung zur weiteren Finanzentwicklung der GKV für das laufende Jahr und eine erste Prognose für das Jahr 2012 wird der gemeinsame Schätzerkreis des BMG, des Bundesversicherungsamtes und des GKV-Spitzenverbandes voraussichtlich Mitte Oktober 2011 abgeben.

HAUSÄRZTE: REGELN FÜR HAUSARZTVERTRÄGE ZURÜCKSETZEN

Die Delegierten des 34. Hausärztetages haben am Donnerstag, 15. September, in Berlin die geplante Wirkstoffverordnung einstimmig abgelehnt. Außerdem forderten sie, andere Regeln für Hausarztverträge und den Paragraphen 73b des SGB V wieder auf den Stand vor dem GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) zurückzusetzen. „Die Anbindung an die ja ex ante nie bekannte Honorarsituation im Kollektivvertrag muss ebenso zurückgenommen werden wie der Zwang zur sofortigen Refinanzierung der Vertragskosten innerhalb von drei Monaten“, forderte der Bundesvorsitzende des Deutschen Hausärzteverbandes (HÄV), Ulrich Weigeldt. Durch das GKV-Finanzierungsgesetz wurde festgelegt, dass Ärztinnen und Ärzte im Rahmen von Hausarztverträgen nur dann mehr Honorar erhalten können als im Kollektivvertragssystem, wenn dies zu entsprechenden Einsparungen in anderen Leistungsbereichen führt. „Diese unsinnigen und realitätsfernen Regelungen machen es nicht nur uns unmöglich, weitere Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung (HzV) zu vereinbaren, sondern auch den Krankenkassen“, so Weigeldt. Kein anderer gesellschaftlicher Bereich und auch kein Sektor im Gesundheitssystem habe sich je der Forderung gegenübergesehen, ein angemessenes Honorar an anderer Stelle erwirtschaften zu müssen. Die von den Delegierten einstimmig abgelehnte Wirkstoffverordnung kommentierte Weigeldt als einen Versuch, ärztliche Kompetenzen an Apotheker abzugeben: „Wenn diese Vorstellungen umgesetzt würden, würden wir nicht nur Kompetenzen an die Apotheker abgeben, sondern die Regressgefahr für den hausärztlichen Bereich eher erhöhen als senken“, kritisierte Weigeldt. „Denn fallen die Richtgrößen, fällt noch lange nicht die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106, sondern die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Fachgruppendurchschnitten wiederbelebt.“ Das sei für Hausärzte die schlechteste Lösung. Deshalb müsse dieser Vorschlag wieder vom Tisch.

AOK-STUDIE: ÄRZTE ARBEITEN ZU WENIG FÜR GKV-PATIENTEN

Lange Wartezeiten von Kassenpatienten sind nach Darstellung des AOK-Bundesverbandes vor allem auf zu geringe Arbeitsstunden der Ärzte zurückzuführen. Eine von der AOK in Auftrag gegebene Umfrage habe ergeben, dass Hausärzte rund 47 Stunden in der Woche für ihre GKV-Patienten da seien, Fachärzte dagegen nur 39 Stunden. Dennoch bekämen die Mediziner ein Honorar, „das dem mit 51 Stunden kalkulierten Lohn entspricht“, kritisierte der designierte Verbandsvorsitzende Jürgen Graalman bei einem Presseseminar der AOK. „Aktuell bringen die Versicherten rund vier Milliarden Euro mehr für die ärztliche Versorgung auf, als sie real dafür bekommen.“ Die Umfrage belege, dass die ständig länger werdenden Wartezeiten vor allem die Folge einer eigenmächtigen Sprechzeitenverkürzung bei gleichzeitig steigender Vergütung seien. Graalman, der sein neues Amt am 1. Oktober als Nachfolger von Herbert Reichelt antritt, bezifferte die Minderleistung vieler Fachärzte auf 23 Prozent. Er forderte die Kassenärztlichen Vereinigungen auf, den „Missstand“ zu beenden. Die KBV wies die Vorwürfe umgehend zurück. „Seit Jahren erbringen die rund 137.000 Ärzte mehr Leistungen, als sie bezahlt bekommen. Jetzt zu behaupten, Ärzte arbeiteten zu wenig, ist eine Unverschämtheit“, sagte KBV-Chef Dr. Andreas Köhler. Im Übrigen seien Vertragsärzte nur verpflichtet, mindestens 20 Sprechstunden in der Woche anzubieten. „Dies sieht eine vertragliche Regelung vor, die auch die Krankenkassen unterschrieben haben“, so Köhler. Dies müsse Graalman richtig stellen und sich entschuldigen. BÄK-Präsident Dr. Frank Ulrich Montgomery kritisierte Graalmanns Vorwürfe als „billige Polemik“. Wenn Patienten lange auf Termine warten müssten, liege das daran, dass die Ärzte mit ihrer Arbeit voll ausgelastet seien. „Ärztemangel, eine völlig veraltete Bedarfsplanung und die steigende Morbidität in der Bevölkerung sind die Gründe für volle Wartezimmer und nicht etwa zu geringe Arbeitszeiten der Ärzte. Die Arbeit der Ärzte erschöpft sich auch nicht nur in ihren Sprechzeiten, hinzu kommen Hausbesuche außerhalb der Sprechzeiten, Bereitschaftsdienste und die viele Zeit für Bürokratie“, betonte Montgomery. Auch die AOK-Studie zeigt, dass etwa die Hälfte der wöchentlichen Arbeitszeit auf die Versorgung gesetzlich Versicherter entfällt. Administrative Tätigkeiten wie Abrechnungen und Praxisverwaltung rangieren bei den Hausärzten mit 17 Prozent auf dem zweiten Rang, bei den Fachärzten ist der Zeitaufwand mit 14 Prozent gleichauf mit dem Zeitaufwand für die Behandlung von Privatpatienten. „Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern sind die Arbeitszeiten der Ärzte in Deutschland überdurchschnittlich lang. Dies gilt sowohl für die ärztliche Tätigkeit im Krankenhaus wie auch in der Praxis. Außerdem gibt es kaum ein anderes Land in Europa, das seinen Ärzten neben der eigentlichen Tätigkeit noch derart große bürokratische Lasten auferlegt“, sagte Rudolf Henke, 1. Vorsitzender des Marburger Bundes. Nach wie vor haben Patienten hierzulande einen schnellen und direkten Zugang zu Haus- und Fachärzten. Das belegt eine aktuelle Umfrage des BKK Bundesverbandes. Demnach warten gesetzlich Krankenversicherte im Durchschnitt 27 Minuten beim Arzt. Privatversicherte werden leicht bevorzugt und im Mittel nach 21 Minuten aufgerufen. Auf einen Termin müssen GKV Patienten 20 Tage warten, PKV-Patienten warten 14 Tage. <http://www.aok-bv.de/>

ZWEITMEINUNG: CHIRURGEN STARTEN INTERNETPORTAL

Führende deutsche Chirurgen haben unter dem Namen „Vorsicht! Operation“ ein Internetportal gestartet, auf dem jeder Patient vor einem chirurgischen Eingriff eine unabhängige Zweitmeinung einholen kann. Patienten können ihre Röntgenbilder, Laborbefunde und sonstige medizinische Daten an das Portal schicken. Zusätzlich müssen sie Fragen beantworten, die zur Diagnosestellung nötig sind. Innerhalb von zwei Wochen sollen Anfragen beantwortet werden – die Chirurgen teilen dann mit, ob sie die geplante Operation wirklich für sinnvoll halten oder nicht. Mit ihrer Aktion wollen die Portalgründer der hohen Zahl operativer Eingriffe an Knie, Rücken, Schulter oder Hüfte entgegenwirken, die ihrer Meinung zufolge wenig nutzen, dafür aber umso mehr schaden können. „Ich kann nicht zusehen, wie da draußen Operationen gemacht werden, die dem Patienten nichts bringen, sondern nur dem Arzt nutzen“, sagte der Heidelberger Knie-Experte Prof. Hans Pässler, einer der Gründer des Portals. Er verweist auf Studien, nach denen in Schweden und Frankreich nur halb so viele Operationen am Bewegungsapparat vorgenommen werden wie in Deutschland. Auch der Rückenspezialist Prof. Jürgen Harms beklagt, dass in Deutschland zu viele Bandscheibenoperationen durchgeführt würden. Bis zu 45 Prozent der Patienten könnten auch konservativ behandelt werden. „Ich habe zu viele Eingriffe gesehen, die in grandiosen Fehlschlägen endeten. Und dann sehe ich Leute, denen es nach einem Bandscheibenvorfall wieder gut geht – ganz ohne Operation“, sagte Harms, der zu den Spezialisten des Portals gehört. Verschiedene Berufsverbände der Chirurgen und Orthopäden äußerten sich dagegen kritisch über das Zweitmeinungsportal. Die Experten würden den Patienten nicht persönlich kennen und ihn nicht selbst untersuchen. Das Web könne nicht den persönlichen Arztkontakt ersetzen. Ein weiterer Kritikpunkt: Die Kosten von 200 bis 600 Euro, die je nach Aufwand für das erforderliche Gutachten fällig werden. So weist der Präsident des Berufsverbandes Deutscher Chirurgen (BDC), Prof. Hans Peter Bruch, darauf hin, dass eine fundierte kostenfreie Zweitmeinung bereits gelebte Praxis in der deutschen Chirurgie sei. Sie werde von den Kassen getragen und stehe jedem Patienten offen. „Ich sehe das Angebot ambivalent, aber nicht negativ“, sagte BÄK-Präsident Dr. Frank Ulrich Montgomery. Es sei absolut legitim, dass sich Patienten eine zweite Meinung einholten. Montgomery begrüßte, dass für das Portal Ärzte arbeiten, die sehr fachkundig seien. Es sei auch möglich, Röntgenbilder über das Internet zu verschicken und zu beurteilen. „Aber für eine wirklich qualifizierte Zweitmeinung muss der Patient untersucht werden“, stellte Montgomery klar. Der NAV-Virchow-Bund hat unterdessen die Ärzte des Zweitmeinungsportals bei den zuständigen Landesärztekammern angezeigt. „Unserer Auffassung nach bestehen ernsthafte rechtliche Bedenken, dass das Portal den Vorgaben der Berufs- und Gebührenordnung entspricht“, sagte Verbandschef Dr. med. Dirk Heinrich. Die über das Portal angebotene Diagnose und Beratung seien nach dem Berufsrecht nicht zulässig, die damit verbundenen Kosten von bis zu 600 Euro zudem mit der ärztlichen Gebührenordnung nicht vereinbar. <http://www.vorsicht-operation.de/>

ARZTBEWERTUNG: PATIENTEN GEBEN ÄRZTEN SCHULNOTEN

Nach dem Start des Arztnavigators von AOK und Barmer Ersatzkasse hat jetzt auch der Verband der Ersatzkassen (vdek) ein Arzt-Informationsportal vorgestellt. Der „vdek-Arztlotse“ erlaubt den Zugriff auf 240.000 Adress- und Strukturdaten von niedergelassenen Ärzten, Zahnärzten, Psychologischen Psychotherapeuten sowie Notfallambulanzen in ganz Deutschland. Hinter dem „vdek-Arztlotsen“ stehen die Techniker-Krankenkasse, die Deutsche Angestellten-Krankenkasse, die KKH-Allianz, die HEK – Hanseatische Krankenkasse und die hkk. Der Bundesverband der Betriebskrankenkassen kooperiert mit dem vdek. Ein Bestandteil des Portals sind die Bewertungen der Ärzte durch die Patienten nach einem Schulnotensystem von eins bis sechs. Die Patienten können hier Eindrücke über Organisation, Service und Erscheinungsbild der Praxis abgeben sowie das Personal und den Arzt bewerten. Dabei ist keine Mindestbewertungsanzahl notwendig, bevor eine Note online geschaltet wird. Im Unterschied zum Arztnavigator der AOK und Barmer Ersatzkasse kann beim vdek-Modul nicht nur der Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen, sondern jeder in einem anonymen Verfahren ohne besondere Registrierung sein Urteil über den behandelnden Arzt in einem Freitextfeld abgeben. Die Bundesärztekammer hat das neue Portal vor allem wegen der Ausgestaltung der Ärztebewertungen kritisiert. „Diese bringen den Patienten kaum etwas, ermöglichen aber Schmähkritik und Diffamierungen, gegen die sich die betroffenen Ärzte kaum wehren können“, sagte BÄK-Präsident Dr. Frank Ulrich Montgomery. „Dem vdek war offenbar mehr daran gelegen, seinen Mitglieds-kassen ein hastig zusammengeschustertes Marketinginstrument an die Hand zu geben, als daran, den Versicherten ein seriöses Informationsangebot zur Verfügung zu stellen“, so Montgomery. Das Angebot verspreche Orientierung bei der Arztsuche, doch gleichzeitig habe der vdek schon bei der Vorstellung des Portals einräumen müssen, „dass er nicht in der Lage ist, einen Missbrauch der Seite auszuschließen“. Montgomery verwies auf die Qualitätskriterien des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ). Hierzu zählten unter anderem der sensible Umgang mit persönlichen Daten, Transparenz bezüglich des Portalbetreibers und der Finanzierung des Angebots sowie ein verständliches und nachvollziehbares Bewertungsverfahren. „Anders als die AOK, die sich bei der Entwicklung ihres Arztnavigators zumindest partiell an den Vorgaben des ÄZQ orientiert hat, war dem

vdek aber nicht an einer Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft gelegen", erklärte Montgomery. Dem vdek, so der BÄK-Präsident, „sollte es zu denken geben, dass sich die größte Ersatzkasse, die Barmer GEK, am Konkurrenzportal der AOK beteiligt".
<http://www.vdek.com>

MINDESTMENGEN: LANDESSOZIALGERICHT KIPPT G-BA-BESCHLUSS

Die Mindestmengen bei Kniegelenk-Operationen stehen auf dem Prüfstand. Das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg hat den seit 2005 bestehenden Mindestmengenbeschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) für Knie-Totalendoprothesen (Knie-TEP) gekippt. Der Zusammenhang zwischen Leistungsmenge und Leistungsqualität sei nicht ausreichend belegt, hieß es zur Begründung. Gegen den G-BA-Beschluss hatte eine Brandenburger Klinik geklagt, die die geforderte Mindestmenge von 50 Fällen pro Jahr und Klinik teilweise unterschritten hatte. Das Urteil ist noch nicht rechtskräftig; das Gericht hat die Revision vor dem Bundessozialgericht zugelassen. Dennoch wird dem Urteil besondere Bedeutung beigemessen. Denn das LSG hat in seiner mündlichen Urteilsbegründung ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Entscheidung für alle Krankenhäuser gilt, nicht nur für die Brandenburger Klinik. Die Richter des LSG hatten in dem ihnen unter anderem vorliegenden Gutachten des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zu Knie-TEP aus dem Jahr 2005 keinen „besonderen“ Zusammenhang zwischen Fallzahlen und Behandlungsqualität erkennen können. In dem Gutachten wurden die Qualitätsindikatoren „Postoperative Beweglichkeit“ und „Wundinfektion“ betrachtet. Der zunächst schwach erkennbare Zusammenhang beim primären Indikator „Beweglichkeit“ drehe sich bei höheren Fallzahlen wieder um, so dass Kliniken mit sehr großen Fallzahlen eine ähnlich schlechte Behandlungsqualität lieferten wie Kliniken mit sehr geringen, die von der Versorgung ausgeschlossen seien. Dies werteten die Richter als Ungleichbehandlung. Beim sekundären Indikator „Wundinfektion“ sei dem Gericht zufolge zwar eine gewisse statistische Beziehung feststellbar, doch die messbare Risikoreduktion sei so gering, dass von keinem besonderen Zusammenhang zwischen Leistungsmenge und Qualität die Rede sein könne. Gleichzeitig wiesen die Richter darauf hin, dass der G-BA die Ergebnisse des IQWiG zu berücksichtigen habe und nur begründet von diesen abweichen dürfe. Kritik wurde auch an der Verfahrensweise geübt. So hatte der G-BA das Gutachten beim IQWiG Ende 2004 in Auftrag gegeben, den Mindestmengenbeschluss aber vor Vorlage des Gutachtens gefasst. Die Bundesärztekammer begrüßte das Urteil des LSG. „Das Urteil ist gleichermaßen ein klares Signal an den G-BA wie an den Gesetzgeber, sich endlich von den bestehenden Mindestmengenregelungen zu verabschieden“, sagte der Vorsitzende der Qualitätssicherungsgremien der Bundesärztekammer, Dr. Günther Jonitz. Er forderte den G-BA auf, seine weiteren Mindestmengenbeschlüsse zu revidieren. „Gleichzeitig ist der Gesetzgeber jetzt gefordert, den in §137 des Sozialgesetzbuches V verlangten Mindestmengenkatalog zu streichen“, erklärte Jonitz. Der G-BA beschloss am Donnerstag, 15. September, die Mindestmengenregelung für Knie-TEP bis zur höchststrichterlichen Entscheidung durch das Bundessozialgericht auszusetzen. „Das noch nicht rechtskräftige Urteil des LSG hat grundsätzliche Bedeutung für die rechtliche Bewertung von Mindestmengen als Instrument der Qualitätssicherung von Krankenhausbehandlungen. Wir sind nach wie vor davon überzeugt, dass die Entscheidung zur Mindestmenge von 50 bei der Knie-TEP rechtmäßig ist“, sagte Dr. Rainer Hess, unparteiischer Vorsitzender des G-BA. Bereits im Januar dieses Jahres hatte das LSG die Erhöhung der Mindestmengen durch den G-BA von 14 auf 30 Fälle pro Jahr und Klinik bei der Versorgung von Frühgeborenen vorerst gestoppt. Der GBA hat den entsprechenden Beschluss darauf hin ausgesetzt. <http://www.lsg.berlin.brandenburg.de>

TPG-NOVELLE: EINGRIFF IN DIE RICHTLINIENTÄTIGKEIT DER BUNDESÄRZTEKAMMER

Der Gesundheitsausschuss des Bundesrates hat in seinen Beschlussempfehlungen zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes (TPG) einen Regelungsvorschlag formuliert, der die Richtlinientätigkeit der Bundesärztekammer zur Organtransplantation erheblich beeinflussen würde. Der Änderungsvorschlag sieht vor, dass sämtliche Richtlinien der Bundesärztekammer zur Organtransplantation einschließlich der Richtlinien zur Hirntodfeststellung einem Genehmigungsvorbehalt durch das Bundesministerium für Gesundheit unterstellt und zugleich die Ständige Kommission Organtransplantation von der Bundesärztekammer gelöst werden. Die Genehmigung soll sich nicht nur auf die Rechtsförmlichkeit beschränken, sondern zugleich eine inhaltliche Prüfung der Richtlinien umfassen. Darüber hinaus soll die Ständige Kommission Organtransplantation durch gesetzliche Vorgaben deutlich verkleinert, die ärztlichen Mitglieder minorisiert und die Vertretung der Patienten und Spenderangehörigen bei unveränderter Aufgabenlast reduziert werden. In einem Schreiben hat sich BÄK-Präsident Dr. Frank Ulrich Montgomery an die Regierungschefs der Länder mit dem dringenden Appell gewandt, in der Sitzung des Bundesrates am 23. September 2011 dieser Beschlussempfehlung nicht zu folgen. Die Vorschläge würden zu einem für die Ärzteschaft unbegreiflichen Einstieg in eine patientenferne Staatsmedizin führen, die keinerlei Nutzen für diese zumeist vital bedrohten Patienten erkennen lasse, schreibt Montgomery. Zudem wäre eine Veränderung der Rechtslage

mit einer aus ärztlicher Sicht unverständlichen und nicht vertretbaren Einschränkung der Arbeit zu den Richtlinien zur Organtransplantation belastet. Dies sei aus ärztlicher Sicht unverständlich und im Endeffekt für die Patientenversorgung sehr nachteilig. „Wir möchten Sie daher nachdrücklich bitten, von den Novellierungsvorschlägen in diesen Punkten in der kommenden Bundesratssitzung Abstand zu nehmen“, fordert Montgomery.

PVS: BÜROKRATIE BELASTET ARZT-PATIENT-VERHÄLTNIS

Ärzte können aufgrund der überbordenden Bürokratisierung ihres Berufes nicht ausreichend auf die Belange ihrer Patienten eingehen. Zu diesem Ergebnis kommt die Ärztebefragung „Gesundheitspolitik 2011“ der privatärztlichen Verrechnungsstelle Baden-Württemberg (PVS-BW). Über 90 Prozent der befragten Ärzte bestätigte, dass sie ihre Praxis zunehmend nach unternehmerischen Gesichtspunkten führen müssten und aufgrund des wachsenden Bürokratieaufwands nicht mehr genug Zeit für ihre Patienten hätten.

UMFRAGE: JUNGE ÄRZTE FÜR TEILZEITWEITERBILDUNG

Junge Ärztinnen und Ärzte wünschen sich eine flexible, familienfreundliche und zugleich planungssichere Weiterbildung. Das ist das Ergebnis einer aktuellen Umfrage des Hartmannbundes unter Medizinstudierenden, Weiterzubildenden sowie Fachärzten. „Die Mehrheit der Befragten befürwortet einen modularen Aufbau der Weiterbildung mit klar definierten Einheiten, die mit Teilprüfungen abgeschlossen werden können“, erklärt Klaus-Peter Schaps, Vorsitzender des Arbeitskreises Aus- und Weiterbildung im Hartmannbund. Trotz des zusätzlichen Aufwands, der sich aus mehreren Teilprüfungen ergebe, würden vor allem die betroffenen Gruppen diesen Weg vorziehen, da dieser Flexibilität mit Planungssicherheit kombiniere. Darüber hinaus plädierten zwei Drittel der Befragten für eine Teilzeitweiterbildung von bis zu 25 Prozent der Regelarbeitszeit – damit würde sich die tatsächliche Weiterbildungszeit im Vergleich zur vorgesehenen Mindestzeit maximal verdoppeln. „Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung befinden sich in einer Lebensphase, in der die Familienplanung und -gründung eine wesentliche Rolle spielt“, so Schaps. Daher müsse es möglich sein, während der Weiterbildung vorübergehend auch Teilzeittätigkeiten mit weniger als 50 Prozent der Regelarbeitszeit ausüben zu können. Das erleichtere den Wiedereinstieg und könne sogar dazu führen, dass auch während einer möglichen Elternzeit die Weiterbildung nicht aussetzt.

WETTBEWERBSZENTRALE: PREISWERBUNG FÜR ÄRZTLICHE BEHANDLUNGEN UNZULÄSSIG

Die unabhängige Wettbewerbszentrale hat seit Jahresbeginn etwa hundert Ärzte wegen wettbewerbswidrigen Verhaltens abgemahnt. Auf Gutschein-Plattformen im Internet wie etwa groupon.de werben Ärzte und Zahnärzte für ihre Behandlungen. Dabei werden beispielsweise für Botox-Unterspritzungen, Brustvergrößerungen, Lasikoperationen oder Zahnreinigungen Rabatte von bis zu 70 Prozent angeboten. Das aber verstoße gegen die Gebührenordnungen, teilte die Wettbewerbszentrale mit. Zudem sei die Befristung der Gutscheine von sechs bis zwölf Monaten wettbewerbswidrig, da diese Verkürzung der regelmäßigen gesetzlichen Verjährung die Kunden unangemessen benachteilige.

<http://www.wettbewerbszentrale.de>

Mit freundlichem Gruß

Ihre Pressestelle der deutschen Ärzteschaft

Herbert-Lewin-Platz 1 (Wegelystr.), 10623 Berlin, Tel. 030 400456-700,

Fax 030 400456-707, E-Mail: presse@baek.de

V.i.S.d.P.: Alexander Dückers