
BÄK Newsletter 2012-02 vom 16.03.2012

Die Pressestelle der deutschen Ärzteschaft informiert:

Themenübersicht

- > GESUNDHEITSPOLITIK: Streit über PKV-Reform, Praxisgebühr und Kassenfinanzen
- > PATIENTENRECHTEGESETZ I: Justizministerium sperrt sich gegen Härtefallfonds
- > PATIENTENRECHTEGESETZ II: BÄK und KBV beziehen Stellung
- > STERBEHILFE: Montgomery fordert Verbot der organisierten Beihilfe zur Selbsttötung
- > TRANSPLANTATIONSMEDIZIN: Fraktionsübergreifender Antrag zur Organspende
- > INDIVIDUELLE GESUNDHEITSLEISTUNGEN: SPD will IGeL gesetzlich eindämmen
- > PRÄVENTION: BÄK fordert Überarbeitung von Früherkennungsuntersuchungen
- > TARIFEINHEIT: Marburger Bund warnt Politik vor Einschränkung des Streikrechts
- > ARZNEIMITTEL: Kritik an Novelle des Arzneimittelgesetzes
- > WEITERBILDUNG: BÄK will Quereinstieg in die Allgemeinmedizin erleichtern
- > STUDIE: Grundlegende Reform der GKV-Finanzstruktur unabdingbar
- > GESUNDHEITSSYSTEM: Austausch von Experten aus China und Deutschland
- > MEDIEN: Kassenvorstände und KV-Chefs verdienen prächtig

GESUNDHEITSPOLITIK: STREIT ÜBER PKV-REFORM, PRAXISGEBÜHR UND KASSENFINANZEN

Wenn in Berlin über Gesundheitspolitik gestritten wird, dann verlaufen die Gräben nicht nur zwischen Regierung und Opposition, sondern oftmals auch quer durch die Koalitionsfraktionen. So überraschte der gesundheitspolitische Sprecher der CDU/CSU-Fraktion, **Jens Spahn**, Mitte der Woche Freund und Feind mit seinem Vorstoß, die **private Krankenvollversicherung** für alle Bürger zu öffnen. In einem Zeitungsinterview hatte Spahn gesagt, dass sich nur Selbstständige, Beamte und Gutverdiener privat versichern könnten, lasse sich nur noch historisch begründen. „Diese Trennung ist **nicht mehr zeitgemäß**, Sie finden dafür nicht einmal mehr auf einer **CDU-Mitgliederversammlung** eine Mehrheit.“ Einigen privaten Versicherern sei bereits klar, dass sie „ohne Bereitschaft zur Veränderung an Akzeptanz verlieren“. Spahn kündigte an, dass die Unions-Gesundheitspolitiker nach Ostern auf einer **Klausur** über die **Zukunft der PKV** beraten wollen. „Davon weiß bislang außer Herrn Spahn niemand“, sagte dazu CSU-Gesundheitsexperte **Max Straubinger**. Er sprach von einem „Stück aus dem Tollhaus“ das Spahn völlig **unabgestimmt** zur Aufführung bringe. „Die CSU wird niemals zulassen, dass das einzige Krankenversicherungssystem, das ohne Zuschüsse auskommt, ausgehungert wird.“ Proteste hatte der Vorstoß naturgemäß auch beim **PKV-Verband** hervorgerufen. Verbandsdirektor **Volker Leienbach** warf Spahn vor „unser gut funktionierendes Gesundheitssystem in Frage zu stellen. „Dessen gute Versorgung kann nur mit Hilfe des stabilen Finanzbeitrags der PKV gesichert werden.“ Rückendeckung bekam Leienbach von der Ärzteschaft. Bundesärztekammer-Präsident Dr. **Frank Ulrich Montgomery** sagte: „Die Koexistenz von gesetzlicher und Privater Krankenversicherung (PKV) zählt zu den Stärken des deutschen Gesundheitssystems. Die Nachteile staatlicher Systeme mit langen **Wartelisten**, Einschränkungen der **Patientensouveränität** und **Zweiklassenmedizin** konnten in der Vergangenheit gerade durch das **Zwei-Säulen-System** vermieden werden.“ In der Koalition rumort es aber nicht nur in Sachen PKV. Zweiter Streitpunkt, diesmal zwischen Union und FDP, ist die Debatte über die **Praxisgebühr**. Was war geschehen? Gesundheitspolitiker der FDP hatten sich bei einem Treffen Ende Februar gegen die Praxisgebühr ausgesprochen. Das Meinungsbild innerhalb der FDP sei „eindeutig“, sagte **Heiner Garg**, FDP-Chef von Schleswig-Holstein und dortiger Gesundheitsminister. Die Praxisgebühr sei **bürokratisch** aufwendig, systemisch **unsinnig** „und greift den Bürgern jedes Quartal direkt ins Portemonnaie“. Die Bundesärztekammer unterstützt diese Position. „Die Praxisgebühr vergiftet das Verhältnis von Ärzten und Patienten, verursacht immense Bürokratiekosten und hat nicht den geringsten **Steuerungseffekt** gebracht“, sagte **Montgomery**. Sie gehöre in den „Orkus der Geschichte“. Aus den Reihen der Union hat sich jedoch lediglich der hessische Sozialminister, **Stefan Grüttner** (CDU), für eine bundesweite **Abschaffung der**

Gebühr ausgesprochen. CDU-Kollege **Spahn** indes wiegelt ab: „Einfach abschaffen ist zu wenig.“ Es müsse eine Alternative erarbeitet werden, um anderweitig eine Steuerungsfunktion zu erreichen. Von der CSU kam sogar Fundamentalablehnung. Parteichef **Horst Seehofer** rief sowohl den Koalitionspartner FDP als auch die Union dazu auf, die Debatte über die Praxisgebühr unverzüglich einzustellen. Und FDP-Gesundheitsminister **Daniel Bahr**? Er hielt sich in der Debatte lange zurück, ließ nun aber erklären, sein Haus rechne verschiedene Varianten für ein Ende der Gebühr durch. Damit lässt er erst einmal alles offen und kann das Thema Praxisgebühr als Verhandlungsmasse beim Feilschen mit Bundesfinanzminister **Wolfgang Schäuble** (CDU) um den Steuerzuschuss für die Krankenkassen und die private Pflege-Vorsorge nutzen. Denn beide beharken sich seit Wochen auf Koalitionskonfliktfeld Nummer drei. Konkret geht es darum, dass Schäuble angesichts der **guten Finanzlage** von Kassen und **Gesundheitsfonds** den **Bundeszuschuss** kürzen will, um den **Haushalt** zu entlasten. Bahr wiederum will von Schäuble Geld für die **Pflegereform**, nach der Versicherte künftig privat für ihre mögliche Pflege im Alter vorsorgen sollen. Der Gesundheitsminister will ihnen dabei mit staatlichen Zuschüssen entgegenkommen. Gleichzeitig gibt es Forderungen aus der Union nach einer **Entlastung** bei den **Krankenkassenbeiträgen**. Aus Unionskreisen hieß es, eine moderate Beitragssenkung und ein um zwei Milliarden Euro gekürzter Bundeszuschuss könnten in Kombination mit einer Förderung der Pflegevorsorge durch Zulagen ein guter Kompromiss sein. Ebenfalls zu dem Paket könnte dem Vernehmen nach ein **Tarifausgleich für die Krankenhäuser** gehören. Am 21. März soll sich das Kabinett mit Schäubles mittelfristiger Finanzplanung befassen; bis dahin müssten sich Finanz- und Gesundheitsministerium einigen.

PATIENTENRECHTEGESETZ I: JUSTIZMINISTERIUM SPERRT SICH GEGEN HÄRTEFALLFONDS
Mogelpackung oder Meilenstein – die Meinungen über die Pläne der Bundesregierung für ein **Patientenrechtegesetz** gehen auseinander. Während der Opposition und Verbraucherschutzverbänden die Initiative nicht weit genug geht, sehen die für das Gesetz zuständigen Ministerien die Stellung der Patientinnen und Patienten durch das neue Gesetz gestärkt. Für Bundesgesundheitsminister **Daniel Bahr** und Bundesjustizministerin **Sabine Leutheuser-Schnarrenberger** (beide FDP) bringt das Gesetz **mehr Klarheit** für Patienten und Ärzte. Die Rechte der Patienten würden maßgeblich weiterentwickelt, erstmals zusammenhängend geregelt und für jedermann unkompliziert nachlesbar. Aber auch für die Behandlungsseite bringe das Gesetz **mehr Verlässlichkeit**, betonten beide. SPD-Gesundheitsexperte **Karl Lauterbach** stößt sich indes vor allem daran, dass nur bei **groben Behandlungsfehlern** die **Beweislast beim Arzt** liegen soll. Das seien „nur ganz wenige Fälle“, bei denen schon jetzt vor Gericht der Arzt beweisen müsse, dass er keine Fehler gemacht habe. Auch **Bündnis90/Die Grünen** und die **Linksfraktion** lehnen das Gesetz ab. Unmittelbar vor den **parlamentarischen Beratungen** des Patientenrechtegesetzes im Bundestag zeichnet sich nun ein zähes Ringen über die einzelnen Neuregelungen sowie über mögliche Ergänzungen ab. Änderungsbedarf sieht dabei nicht nur die **Opposition**, sondern auch die **Länder** und **Teile der Koalition**. Bereits Ende letzten Jahres hatten zehn mehrheitlich SPD-geführte Bundesländer eigene Vorschläge für ein Patientenrechtegesetz präsentiert, die teilweise über den nun von der Bundesregierung vorgelegten Entwurf hinausgingen. Die Länder forderten unter anderem **kürzere Wartezeiten** beim Arzt, einen Anspruch auf eine **Zweitmeinung** sowie die Einführung eines sogenannten **Härtefallfonds** gesetzlich zu regeln. Über den Fonds sollen geschädigten Patienten schon vor Klärung der Schuldfrage finanziell entschädigt werden. Der stellvertretende Vorsitzende der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, **Johannes Singhammer**, hat offenbar Sympathien für die Pläne der Länder. Er kündigte an, den vorliegenden Entwurf des Patientenrechtegesetzes um einen Härtefallfonds erweitern zu wollen. Zudem forderte er, den Versicherten mehr Schutz und Mitsprache einzuräumen als bisher vorgesehen. Damit ist Krach in der Koalition programmiert. „Wir halten die Einrichtung eines solchen Haftungsfonds für einen wenig sinnvollen Weg“, sagte **Birgit Grundmann**, Staatssekretärin im Bundesjustizministerium auf einer Tagung in Berlin. Haftung dürfe nicht vergesellschaftet werden, sondern müsse weiterhin **individuell geprüft** werden. Bei früherer Gelegenheit hatte auch der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. **Frank Ulrich Montgomery**, die Einrichtung eines Härtefallfonds kritisiert. Dabei gehe es nicht um nachgewiesene Fehler, sondern um vermutete Fehler. Ein Härtefallfonds diene nur dem Zweck, sich Streit vom Hals zu halten. „Wenn es einen Fehler gegeben hat, hat ein Patient den Anspruch, dass der Fall geklärt wird und die Verantwortlichen sich nicht des Problems mit der Zahlung von ein paar Euro entledigen.“

PATIENTENRECHTEGESETZ II: BÄK und KBV beziehen Stellung. Die Bundesärztekammer beurteilt den von der Bundesregierung vorgelegten Entwurf für ein **Patientenrechtegesetz** grundsätzlich positiv. In einer **gemeinsamen Stellungnahme** mit der **Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)** begrüßt sie insbesondere die in dem Gesetz angelegten Maßnahmen zur Förderung der **Fehlervermeidungskultur** und **Stärkung** der **Rechte** von Patienten gegenüber den Krankenkassen. In ihrer Stellungnahme mahnen die Organisationen aber auch zahlreiche Änderungen an. Als **unpraktikabel** erachten BÄK und KBV insbesondere die im Gesetz angelegten Regelungen zur **Behandlungsdokumentation**. Hier gebe es keine Ausnahmen etwa für Routineuntersuchungen oder für Maßnahmen, die im Rahmen der **Qualitätssicherung** ohnehin dokumentiert würden. „Das **Übermaß der Dokumentation** überlagert das Arzt-Patient-Verhältnis in einer Weise, die nicht angemessen erscheint“, heißt es in der Stellungnahme. Im Vordergrund stehe nicht die Behandlung des Patienten, sondern die Dokumentation aller vor, während und nach einer Behandlung veranlassten Maßnahmen. Zudem mahnen die Organisationen **mehr Rechtssicherheit** bei einzelnen Regelungen an. So sieht das Gesetz vor, dass der **Einsichtnahme** in die **Patientenakte** erhebliche therapeutische Gründe entgegenstehen können. Dieser Begriff sei jedoch unbestimmt. Folglich mangle es an einer klaren Vorgabe, die das **Arzt-Patient-Verhältnis** nicht beeinträchtige und vermittelnde Lösungen berücksichtige, so BÄK und KBV. Einen weiteren Schwerpunkt des Gesetzes bildet die Stärkung der Rechte der Patienten gegenüber den **Leistungsträgern**. Der Patient erhält für den Fall, dass die GKV eine Verzögerung der Entscheidung über die Bewilligung einer Leistung nicht hinreichend begründet, ein **Recht zur Selbstbeschaffung** sowie einen **Kostenerstattungsanspruch** in der Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten. In diesem Zusammenhang nimmt das Gesetz den Vertragsarzt, der die Leistung veranlasst hat und der keinen Einfluss auf den Bewilligungsvorgang hat, nicht von der **Verantwortung für die Mehrkosten** aus. Dies bedarf nach Ansicht von Bundesärztekammer und KBV einer entsprechenden Ergänzung. Positiv beurteilen die Organisationen die vorgesehene Vereinbarung von **Vergütungszuschlägen** für die Beteiligung an **einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen**. Hiermit greife der Gesetzgeber die seit langem von der Ärzteschaft und anderen Gesundheitsberufen initiierten Maßnahmen zur Erhöhung der **Patientensicherheit** und zur Etablierung einer **Fehlervermeidungskultur** auf. Die Beteiligung an solchen Systemen könne in erheblichem Maße dazu beitragen, die Patientensicherheit zu erhöhen, indem Fehler und Risiken bei der Versorgung der Patienten erkannt, systematisch analysiert und Strategien zu ihrer Vermeidung entwickelt werden. Die Beschränkung der Neuregelung auf einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme sei jedoch zu überdenken. „Das Lernen aus Fehlern aufgrund **einrichtungsinerner** Fehlermeldesysteme kann ebenso zur Verbesserung der Patientenversorgung beitragen. „Die jeweilige Einrichtung kann durchaus auch aus **Fehlermeldungen ihres eigenen Systems** Fehlervermeidungsstrategien ableiten. Insoweit sollte geprüft werden, ob bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen auch die Anwendung eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems zuschlagsfähig ist“, heißt es in der Stellungnahme. Die gemeinsame Stellungnahme von BÄK und KBV kann abgerufen werden unter www.bundesaeztekammer.de.

STERBEHILFE: MONTGOMERY FORDERT VERBOT DER ORGANISIERTEN BEIHILFE ZUR SELBSTTÖTUNG

Geschäfte mit der **Sterbehilfe** sollen gesetzlich unter Strafe gestellt werden. Darauf haben sich Union und FDP im **Koalitionsausschuss** geeinigt. Hierfür soll ein neuer Tatbestand im **Strafgesetzbuch** geschaffen werden, der „die gewerbsmäßige Vermittlung von Gelegenheiten zur Selbsttötung unter Strafe“ stellt. „Ziel des Gesetzentwurfs ist es zu verhindern, dass gewerbliche Organisationen mit dem Leid von Menschen Geschäfte machen“, sagte Unions-Fraktionsvize **Wolfgang Bosbach**. Die Koalitionspartner streiten allerdings noch darüber, wie weit das Gesetz gehen soll. Die FDP will nur Organisationen mit rein kommerziellen Interessen verbieten. „Wir wollen niemanden strafrechtlich belangen, der aus **altruistischen Motiven** und **ohne jede Gewinnerzielungsabsicht** Menschen in auswegloser Lage berät“, erklärte der FDP-Bundestagsabgeordnete **Michael Kauch**. Die Union will das Verbot auf alle Fälle einer bezahlten Sterbehilfe ausdehnen, etwa wenn Vereine statt einer einzelnen Geldleistung für die Sterbehilfe einen jährlichen Mitgliedsbeitrag fordern. „Immer wenn bei der Sterbehilfe Geld und eine gewisse Organisationsstruktur im Spiel sind, muss ein Verbot normiert werden“, sagte der niedersächsische Justizminister **Bernd Busemann** (CDU). Der Präsident der **Bundesärztekammer**,

Dr. **Frank Ulrich Montgomery**, begrüßte die Einigung des Koalitionsausschusses. „Die Angst der Menschen vor Krankheit und Schmerzen darf von sogenannten Sterbehilfevereinen nicht weiter für deren **Geschäftemacherei** ausgenutzt werden. Bei diesen Organisationen stehen nicht Beratungsangebote über lebensbejahende Perspektiven im Vordergrund, sondern allein die rasche Abwicklung des Selbsttötungsentschlusses.“ Montgomery forderte weitergehende Schritte: „Wenn wir aber verhindern wollen, dass solche Organisationen unter anderem Rechtsstatus weiter ihren Geschäften nachgehen, muss **jede Form der organisierten Sterbehilfe** in Deutschland verboten werden“. Allen Facetten der organisierten Beihilfe zur Selbsttötung müsse ein strafrechtlicher Riegel vorgeschoben werden. Was in Deutschland stark umstritten ist, ist in den **Niederlanden** längst nichts Ungewöhnliches mehr. Seit nunmehr zehn Jahren ist es dort Ärzten erlaubt, bei schwerstkranken Menschen Sterbehilfe zu leisten. Seit dem 1. März gibt es **mobile Sterbe-Teams**, die Patienten auf Wunsch zu Hause aufsuchen und dort die Sterbehilfe vornehmen. Nach Aussage der **Niederländischen Vereinigung für ein freiwilliges Lebensende** (NVVE) sollen die mobilen Teams todkranken Menschen ein „würdevolles und schmerzloses Ende“ ermöglichen. Die Forderung auf ein generelles Recht auf Sterbehilfe für ältere Menschen wurde dagegen vom **niederländischen Parlament** abgelehnt. Die Bürgerinitiative „Uit vrije Will“ (Aus freiem Willen) hatte gefordert, dass Menschen ab **70 Jahren** Anspruch auf ärztliche Sterbehilfe erhalten sollen – unabhängig davon, ob sie schwer erkrankt sind oder nicht. Die Bundesärztekammer lehnt eine **Lockerung der Sterbehilfe-Regelung** nach wie vor strikt ab. „Unsere Position ist eindeutig: Als Sterbehelfer stehen wir nicht zur Verfügung“, sagte BÄK-Präsident Dr. Frank Ulrich Montgomery im Interview mit der **Rheinischen Post** (14.03.2012). Das Blatt hatte über den Freitod eines schwer kranken ehemaligen Bundesligastars in der Schweiz mit Hilfe einer Sterbehilfeorganisation berichtet. „Die Delegierten des Deutschen Ärztetages haben sich zu **mehr als zwei Drittel** sowohl gegen aktive Sterbehilfe, also das Spritzen von Gift, wie auch **gegen den assistierten Suizid**, also das Überreichen von Giftcocktails, ausgesprochen“, so Montgomery. Die Erfahrung zeige, dass gerade dann, wenn man einem schwerkranken Patienten durch gute **Palliativmedizin** ein Angebot zum Leben und zu einem würdigen Tod mache, er das dem schnellen Selbstmord immer vorziehe, erklärte der Ärztepräsident.

TRANSPLANTATIONSMEDIZIN: FRAKTIONSÜBERGREIFENDER ANTRAG ZUR ORGANSPENDE
Spitzenvertreter und Fachpolitiker aller im Bundestag vertretenen Fraktionen sowie die Bundesregierung haben sich auf eine **Neuregelung der Organspende** geeinigt. Der **fraktionsübergreifende Antrag** sieht vor, dass künftig alle Bürger regelmäßig von ihrer Krankenkasse zu ihrer Organspendebereitschaft befragt werden sollen. Bereits Ende März wird sich das Parlament erstmals mit dem Gesetz zur Regelung der Entscheidungslösung befassen, das im Herbst in Kraft treten soll. Wenn sich der Entwurf bis dahin nicht wesentlich ändert, werden Bürger ab dem 16. Lebensjahr künftig einen Brief von ihrer Krankenkasse erhalten, in dem darum gebeten wird, eine **Erklärung zur Organ- und Gewebespende** zu dokumentieren. Die Spendebereitschaft kann auf dem herkömmlichen Organspendeausweis vermerkt werden. Zudem soll die Möglichkeit geschaffen werden, auf der **elektronischen Gesundheitskarte** (eGK) einen Hinweis auf eine Erklärung zu hinterlegen. Grundsätzlich wird den Bürgern auch in Zukunft **freigestellt**, sich zur eigenen Spendebereitschaft zu erklären. Die **Bundesärztekammer** hat die Pläne zur Neuregelung der Organspende grundsätzlich begrüßt. Angesichts des großen Bedarfs an Spenderorganen sei es unerlässlich, dass eine Erklärung zur Organ- und Gewebespende, wie im Gesetzentwurf vorgesehen, regelmäßig nachgefragt wird. Ebenso wichtig sei es, dass eine Entscheidung zur Organspende absolut freiwillig bleiben soll, sagte der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. **Frank Ulrich Montgomery**. Er betonte, dass es richtig sei, die eGK für die Dokumentation der Organspendebereitschaft zu nutzen und die Kassen zu verpflichten, eine entsprechende Infrastruktur aufzubauen. Wie diese Infrastruktur aussehen könnte, ist indes noch nicht ganz klar. Montgomery mahnte an, dass Krankenkassen keine Kenntnis über den Inhalt einer Erklärung erlangen dürfen. Diese Sorge haben zahlreiche **Grüne-Abgeordnete**, die mit Hilfe eines Antrages verhindern wollen, dass Krankenkassen künftig auch persönliche Organspende-Erklärungen auf der eGK eintragen und löschen dürfen. Über weitere Probleme, die sich für die Ärzteschaft durch die gesetzlichen Vorgaben ergeben könnten, berichtet die neueste Ausgabe von *BÄK intern*. In vielen Punkten decken sich allerdings die Pläne der Bundestagsfraktionen mit Vorschlägen der BÄK. Diese hatte Ende letzten Jahres ein „**Modell einer Selbstbestimmungslösung zur Einwilligung in die Organ-**

und Gewebespende“ erarbeitet und der Politik zugeleitet. Mit Blick auf die vielfältigen Regelungsvorschläge in dem BÄK-Modell wies Montgomery darauf hin, dass die regelmäßige Abfrage der Spendebereitschaft allein nicht ausreichend sei, um die Zahl der Organspenden zu erhöhen. Insofern sei die Initiative der Bundestagsfraktionen eine wichtige Grundlage für **weitergehende Schritte**. „Nur wenn Politik, Ärzte und andere Akteure gemeinsam Verantwortung übernehmen, wird es uns gelingen, noch mehr Menschen für dieses wichtige Thema zu sensibilisieren“, sagte Montgomery.

INDIVIDUELLE GESUNDHEITSLEISTUNGEN: SPD WILL IGeL GESETZLICH EINDÄMMEN

Die SPD will **Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)** gesetzlich reglementieren. Das sieht der Entwurf für einen Antrag vor, den die SPD-Politikerinnen **Mechthild Rawert** und **Marlies Volkmer** noch im März in die Bundestagsfraktion einbringen wollen. In deutschen Arztpraxen seien im Jahr 2010 Individuelle Gesundheitsleistungen im Wert von **1,5 Milliarden Euro** erbracht worden. „Patienten werden in den Arztpraxen zum Teil durch **aggressives Marketing** zu den Leistungen gedrängt und erhalten häufig weder schriftliche Behandlungsverträge noch schriftliche Rechnungen“, heißt es in der Begründung zum Antrag. Künftig soll ein Arzt, der für einen Patienten eine Individuelle Gesundheitsleistung erbracht hat, für diesen Patienten am selben Tag **keine Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung** abrechnen dürfen. Ausnahmen seien Reiseschutzimpfungen oder sportmedizinische Untersuchungen. Die Antragsteller fordern zudem einen **schriftlichen Behandlungsvertrag** sowie eine **umfassende Information und Aufklärung** durch den Arzt, auch darüber, warum eine Individuelle Gesundheitsleistung nicht GKV-Leistung sei bzw. wann sie es wäre. Patienten sollen für alle IGeL eine **schriftliche Rechnung** erhalten. In jeder Arztpraxis, die Individuelle Gesundheitsleistungen erbringt, soll eine Übersicht der angebotenen Leistungen als Information der Bundesregierung ausgehängt werden. Der **Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)** soll Individuelle Gesundheitsleistungen wissenschaftlich auf ihren Nutzen oder Nichtnutzen untersuchen lassen. Darüber hinaus soll die **Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung** daran gekoppelt werden, dass Vertragsärzte den „überwiegenden Anteil ihrer Arbeitszeit“ für die Behandlung von GKV-Versicherten mit Kassenleistungen verwenden. Die Bundesärztekammer begrüßte die Pläne der SPD-Fraktion in Teilen. Viele Forderungen des Antrags finden sich auch in der Entschließung des **109. Deutschen Ärztetags 2006 zum Umgang mit Individuellen Gesundheitsleistungen** wieder. Der Ärztetag hat klare Regeln für das Erbringen von IGeL beschlossen. Wie die SPD-Antragsteller auch forderte der Ärztetag eine **sachliche Information, umfassende Aufklärung** und **seriöse Beratung** über die jeweilige Individuelle Gesundheitsleistung. Zudem müsse den Patienten eine **angemessene Bedenkzeit** gewährt werden. Ein **schriftlicher Behandlungsvertrag** und eine **schriftliche Rechnung** auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) finden sich ebenfalls in dem Ärztetagsbeschluss. Die Forderung der SPD-Fraktion, dass IGeL-Behandlungen nicht mehr an demselben Behandlungstag mit GKV-Leistungen erbracht werden dürfen, kritisierte die BÄK allerdings als überzogen und **inakzeptable Gängelung** von Patienten und Ärzten. Die Regelung würde zudem zu **längeren Wartezeiten** in den Praxen führen. Die vorgesehene Beauftragung des G-BA zur Kategorisierung von Individuellen Gesundheitsleistungen hält die BÄK für **rechtlich nicht zulässig**, weil sich die Zuständigkeit des G-BA auf Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung beschränkt. Auch die geforderte Kategorisierung der Individuellen Gesundheitsleistungen hinsichtlich ihres Nutzens wird sich nach Ansicht der BÄK als **schwierig** erweisen. Ein Interview mit dem BÄK-Hauptgeschäftsführer Dr. **Bernhard Rochell** zu dem SPD-Antrag erscheint in der nächsten Ausgabe von *BÄK intern*.

PRÄVENTION: BÄK FORDERT ÜBERARBEITUNG VON FRÜHERKENNUNGSUNTERSUCHUNGEN

„Nur wenn wir Risikofaktoren für die frühkindliche Entwicklung rechtzeitig erkennen und beeinflussen, lassen sich Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen abwenden oder zumindest lindern. Deshalb ist es höchste Zeit, dass der **Gemeinsame Bundesausschuss** die Richtlinien für die **Früherkennungsuntersuchungen** ändert und es Ärzten ermöglicht, ein stärkeres Gewicht auf die Erkennung **psychischer Auffälligkeiten**, aber auch auf **Bewegungsmangel** oder **falsche Ernährung** zu legen und die Eltern entsprechend zu beraten“, forderte **Rudolf Henke**, Vorstandsmitglied der **Bundesärztekammer (BÄK)** auf der 4. **Präventionstagung** der BÄK Mitte März in

Berlin. Nach der sogenannten **KiGGS-Studie** des **Robert-Koch-Instituts** zeigt fast jedes siebte Kind in Deutschland psychische Auffälligkeiten. Die meisten leiden unter **Angstzuständen** (10 Prozent), **auffälliges Sozialverhalten** (7,6 Prozent) sowie **Depressionen** (5,4 Prozent). Symptome von **ADHS** weisen vergleichsweise wenige Kinder auf (10 Prozent). Besonders Kinder und Jugendliche aus sozial-ökonomisch schwächeren Familien seien von psychischen Belastungen betroffen, sagte Prof. Dr. **Bärbel-Maria Kurth**, Leiterin der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung des Robert Koch-Instituts. Aufgrund der Erkenntnis, dass etwa 50 bis 80 Prozent der psychischen Störungen bei Erwachsenen bereits im Kindes- und Jugendalter ihren Ursprung haben, müsse es im Interesse der Gesellschaft, der Medizin und der Politik sein, **bessere Präventionsmaßnahmen** zu ergreifen, um psychische Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und seelischen Erkrankungen entgegenzuwirken, betonten Experten auf der Tagung. Nach Überzeugung von Prof. Dr. **Hans Georg Schlack**, ehemaliger Leiter des Kinderneurologischen Zentrums Bonn, werde „ohne Mitwirkung der Kinder- und Jugendärzte in den Praxen eine bedarfs- und flächendeckende primäre Prävention von Störungen der psychischen Gesundheit nicht gelingen“. Notwendig seien **Neuregelungen der Vergütung** sowie eine **Verbesserung der Aus- und Fortbildung**. „Fast die Hälfte der erkrankten Kinder und Jugendlichen werden nicht behandelt, da Eltern und Jugendliche versuchen, ihre Probleme zu verschleiern“, sagte Dr. **Stephan Böse-O'Reilly**, Kinder- und Jugendarzt aus München. Er ist in seiner pädiatrischen Praxis täglich mit Verhaltensauffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen konfrontiert. „Dabei ist es nicht immer leicht, Eltern auf die beobachteten Auffälligkeiten ihrer Kinder anzusprechen. Für ihre wirksame Behandlung bedarf es enger **Kooperationen** mit anderen **ärztlichen Fachdisziplinen** und **anderen Berufsgruppen** im Gesundheitswesen sowie mit der Jugendhilfe.“ Ministerialdirigent **Norbert Paland** vom **Bundesministerium für Gesundheit** (BMG), kündigte an, das BMG wolle sich fortan verstärkt auf inhaltliche Aspekte der **nationalen Präventionsstrategie** konzentrieren. Den Ärztinnen und Ärzten käme dabei eine zentrale Rolle zu. Gleichzeitig nahm er auch die **Krankenkassen** in die Pflicht: Prävention müsse das Feld des **Marketings** verlassen und endlich bei den Menschen ankommen.

TARIFEINHEIT: MARBURGER BUND WARNT POLITIK VOR EINSCHRÄNKUNG DES STREIKRECHTS

Die Auswirkungen des **Streiks der Vorfeldlotsen** auf dem Frankfurter Flughafen auf den Ablauf des Flugverkehrs waren bislang eher gering. Dafür hat der Arbeitskampf die eigentlich beendete geglaubte Debatte über eine **gesetzliche Verankerung der Tarifeinheit** neu entfacht. Wie in der aktuellen Ausgabe von *BÄK intern* berichtet, erklärte BDA-Präsident **Dieter Hundt**, nicht einmal ein Prozent der Flughafenbelegschaft verursache gewaltige gesamtwirtschaftliche Schäden. Die Tarifeinheit müsse gesetzlich geregelt werden. Diese Äußerungen riefen auch den **Marburger Bund** (MB) auf den Plan: „Das von den Arbeitgeberverbänden geforderte **Schnellschuss-Gesetz** zur Festschreibung der Tarifeinheit im Betrieb würde einer **verfassungsrechtlichen Prüfung** nicht standhalten“, warnte MB-Chef **Rudolf Henke**. Die Politik sei gegenüber den Gewerkschaften zur **Neutralität** verpflichtet. Auch deshalb würden sich Überlegungen zur gesetzlichen Einschränkung der individuellen und kollektiven Koalitionsfreiheit von selbst verbieten. Trotzdem hat zumindest die **SPD** das Thema auf die Tagesordnung gesetzt und hierzu Anfang März eine **aktuelle Stunde im Bundestag** einberufen. Der stellvertretende Fraktionsvorsitzende der SPD, **Hubertus Heil**, sagte, es könne nicht sein, dass sich „Spartengewerkschaften auf Kosten von Gesamtbelegschaften einen schlanken Fuß machen“. Seine Fraktion reiche der Union die Hand, um zu einer gemeinsamen Lösung zu kommen. Die anderen Fraktionen zeigten sich indes skeptisch. So wies der Unions-Arbeitsmarktexperte **Karl Schiewerling** darauf hin, dass es in den letzten Jahren keine Neugründungen von Spartengewerkschaften gegeben habe. Er kündigte einen Vorschlag „in absehbarer Zeit“ an, betonte aber auch, dass die Materie juristisch sehr komplex sei. Auch FDP-Fraktionsvize **Heinrich Kolb** wollte nicht ausschließen, dass der Gesetzgeber tätig werde, ein „Königsweg drängt sich da aber nicht auf“. Man werde zunächst Handlungsoptionen ausloten. Während die **Grünen** das Thema noch diskutieren wollen zeigte sich die **Linksfraktion** von dem SPD-Vorstoß empört. Linken-Wirtschaftsexperte Michael Schlecht warf den Sozialdemokraten vor, das Streikrecht durch eine erzwungene Tarifeinheit einschränken zu wollen.

ARZNEIMITTEL: KRITIK AN NOVELLE DES ARZNEIMITTELGESETZES

Die **Bundesärztekammer** (BÄK) hat Pläne der Bundesregierung begrüßt, nach denen Ärzte und andere Gesundheitsberufe in den **Fachinformationen eines Arzneimittels** dazu aufgefordert werden sollen, jeden **Verdachtsfall einer Nebenwirkung** an die zuständige **Bundesoberbehörde** zu melden. Dadurch werde der in Deutschland überwiegenderen Praxis entgegengewirkt, Nebenwirkungen vorrangig an die pharmazeutischen Unternehmen zu melden, heißt es in einer **Stellungnahme** der Bundesärztekammer zum Kabinettsentwurf der **16. Novelle des Arzneimittelgesetzes**. Gleichzeitig mahnt die BÄK gemeinsam mit der **Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft** in ihrer Stellungnahme zu der Novelle an, die **berufsrechtliche Meldeverpflichtung** der Ärzte und Apotheker gegenüber den jeweiligen **Arzneimittelkommissionen** in den Gesetzestext aufzunehmen. Auch die Fachinformation für Ärzte oder Apotheker sollte einen Hinweis auf die Meldung von Nebenwirkungen an die jeweilige Arzneimittelkommission enthalten. Die Bundesärztekammer kritisiert zudem, dass künftig in der Packungsbeilage und in den Fachinformationen nur Nebenwirkungen der Arzneimittel „bei **bestimmungsgemäßem Gebrauch**“ enthalten sein sollen, also nicht bei **Medikations- und Anwendungsfehlern**. Gerade diese Informationen könnten aber Patienten bei der sicheren Anwendung des Arzneimittels unterstützen. Auch für Ärzte und andere Gesundheitsberufe seien diese Kenntnisse von unmittelbarer Wichtigkeit und müssten auf jeden Fall in den Fachinformationen enthalten sein. Mit Blick auf die vorgesehenen Änderungen des **Betäubungsmittelgesetzes** bekräftigt die BÄK ihre Forderung, die Überlassung von Betäubungsmitteln im Rahmen einer eng kontrollierten Behandlung und für einen überbrückenden Zeitraum künftig **nicht mehr unter Strafe** zu stellen. Dies sei erforderlich, um Ärzten mehr Sicherheit bei der Behandlung von Patienten mit Betäubungsmitteln zu geben. Mit der 16. AMG-Novelle sollen vor allem die neuen EU-Richtlinien zur **Pharmakovigilanz** und zur Verhinderung des Eindringens **gefälschter Arzneimittel** in die legale Lieferkette umgesetzt werden. Geändert werden aber auch andere mit dem Arzneimittelgesetz zusammenhängende Rechtsvorschriften. So werden auch das **Heilmittelwerbegesetz**, die **Arzneimittelpreisverordnung** und das **Apothekengesetz** an einigen Stellen geändert.

WEITERBILDUNG: BÄK WILL QUEREINSTIEG IN DIE ALLGEMEINMEDIZIN ERLEICHTERN

Im Kampf gegen den **Hausärztemangel** soll Fachärzten anderer Disziplinen künftig der Einstieg in die allgemeinmedizinische Weiterbildung erleichtert werden. Hierzu hat die **Bundesärztekammer** (BÄK) Empfehlungen für den „**Quereinstieg in die Allgemeinmedizin**“ vorgelegt, die zu einer bundesweit möglichst einheitlichen Regelung beitragen sollen. Die BÄK kommt damit einem entsprechenden Beschluss des 114. **Deutschen Ärztetages** in Kiel nach. Die Empfehlungen sehen unter anderem vor, eine **24-monatige Weiterbildung** in der ambulanten **hausärztlichen** Versorgung sowie einen **80-stündigen Kurs** in **Psychosomatischer** Grundversorgung beim Quereinstieg verpflichtend abzuleisten. Weiterhin wird ein **80-stündiger** „Orientierungskurs **Allgemeinmedizin**“ empfohlen. Die Zulassung zur Facharztprüfung Allgemeinmedizin soll Weiterzubildenden nur dann erteilt werden, wenn diese den Erwerb der regulären Inhalte nachweisen können, so dass ein **einheitliches Weiterbildungsniveau** gewährleistet ist. Die Maßnahme ist zeitlich befristet. Teilnehmer müssen bis zum 31.12.2015 mit der Weiterbildung im ambulanten Bereich begonnen haben. Ob das Programm darüber hinaus fortgeführt wird, darüber entscheiden die Ärztekammern im Laufe des Jahres 2015 nach einer **Evaluation**. Die Empfehlungen für den Quereinstieg in die Allgemeinmedizin sind auf der Internetseite der BÄK abrufbar www.baek.de.

STUDIE: GRUNDLEGENDE REFORM DER GKV-FINANZSTRUKTUR UNABDINGBAR

Die **demografische Entwicklung** wird bereits in weniger als 20 Jahren dazu führen, dass das System der **gesetzlichen Krankenversicherung** in seiner heutigen Struktur nicht mehr fortführbar ist. Das hat das **Institut für Mikrodaten-Analyse** (IfMDA) in einer neuen Studie prognostiziert. Seit 2007 sei die Zahl der **über 65-Jährigen** höher als die Zahl der unter 20-Jährigen. Bis 2060 werde sich diese Differenz von heute zwei auf zwölf Millionen Personen erhöhen, so das IfMDA. Im selben Zeitraum werde die **Zahl der Erwerbstätigen** um mehr als 17 Millionen sinken. Laut Studienautor und Leiter des IfMDA, Dr. **Thomas Drabinski**, wird die demografische Entwicklung das **Umlageverfahren der GKV** vollständig in Frage stellen. Um den **GKV-Beitragssatz** bis 2060 unter 16 Prozent stabil halten zu

können, müssten von Jahr zu Jahr **höhere Bundeszuschüsse** in die GKV eingestellt werden. Bereits 2020 seien hierzu **Steuersubventionen** in Höhe von **28,5 Milliarden Euro** nötig. Bis 2060 könnten sich diese Steuersubventionen auf rund **3,4 Billionen Euro** summieren. Der Steueranteil an den Gesamtausgaben der GKV läge 2060 dann bei knapp unter 50 Prozent. Ohne Steuermittel würde der GKV-Beitragssatz laut Studie bis 2060 mindestens auf **23 Prozent** steigen, realistischer aber auf über **32 Prozent**. Noch höhere Beitragssätze seien wahrscheinlich. „Eine **grundlegende Reform** der GKV-Finanzierungsstruktur ist damit bis zum Jahr 2015 unabdingbar. Jede weitere Verzögerung wird dazu führen, dass sich der finanzierungsseitige GKV-Reformstau nur noch mit Strukturbrüchen auflösen lässt, das heißt mit gravierenden **Einschnitten in den GKV-Leistungskatalog**“, so Drabinski www.ifmda.de.

GESUNDHEITSSYSTEM: AUSTAUSCH VON EXPERTEN AUS CHINA UND DEUTSCHLAND

Trotz vieler Unterschiede stehen die **Gesundheitssysteme** von **Deutschland** und **China** angesichts der **demografischen Entwicklung** vor ähnlichen Herausforderungen. Dies wurde bei einer Tagung der **Deutsch-Chinesischen Gesellschaft für Medizin (DCGM)** Mitte März im Haus der **Bundesärztekammer** deutlich. Die Veranstaltung diente dazu, den gegenwärtigen Stand und die Entwicklungen beider Gesundheitssysteme im Hinblick auf die klinische Versorgung und ihre Finanzierungsmethoden auszutauschen und zu diskutieren. Prof. **Zhenzhong Zhang**, Generaldirektor des **China National Health Development Research Center**, stellte die laufenden und geplanten Reformen des chinesischen Gesundheitssystems vor. Zentrale Aspekte waren die Herausforderung an die medizinische Versorgung in Zeiten immer größerer **Überalterung** und starker **demografischer Umverteilung**. **Renate Hess**, Leiterin der DCGM-Geschäftsstelle, verwies in diesem Zusammenhang auf deutliche Parallelen bei den Problemen und Anforderungen der Gesundheitssysteme in Deutschland und China. Daraus ergebe sich aber auch die Chance, durch Erfahrungsaustausch voneinander zu lernen. So informierte Dr. **Bernhard Rochell**, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, über Charakteristika des deutschen Gesundheitssystems. Insbesondere ging er auf die **Vergütungsregelungen** im ambulanten wie im stationären Bereich ein. Die DCGM wurde 1984 gegründet. Sie hat die Aufgabe, die **deutsch-chinesischen Beziehungen** in der medizinischen Wissenschaft insbesondere durch den Austausch von Wissenschaftlern, Ärzten und Studenten sowie den Austausch von Erfahrungen im Auf- und Ausbau der medizinischen Versorgung der Bevölkerung zu fördern. Dem Besuch der chinesischen Experten in Berlin ging der erste Teil des Workshops voraus, der im Februar in **Beijing** stattfand.

MEDIEN: KASSEN-VORSTÄNDE UND KV-CHEFS VERDIENEN PRÄCHTIG

Im vergangenen Jahr verdienten die **Vorstände** der 134 größten gesetzlichen **Krankenkassen** insgesamt **23,6 Millionen Euro**. Das berichtete die „Bild“-Zeitung unter Berufung auf die **alljährlichen Pflichtveröffentlichungen** der Krankenkassen. Die Krankenkassen-Vorstände erhielten 20,9 Millionen Euro Gehalt und 2,7 Millionen Euro Bonuszahlungen. Am besten verdiente dem Bericht zufolge der frühere Vizechef der AOK-Plus für Sachsen und Thüringen, **Frank Storsberg**. Er schied im Verlauf des Jahres bei der AOK aus und wechselte im Oktober zur Techniker Krankenkasse (TK). Trotzdem zahlte ihm die AOK-Plus 177.100 Euro Gehalt und doppelten Bonus (45.873 Euro für 2010 und 53.130 Euro für 2011). Ab Oktober bis Jahresende erhielt er von der TK 60.000 Euro Gehalt. „Bild“ errechnete Gesamtbezüge von **336.103 Euro**. Das höchste Gehalt erzielte mit 283.446 Euro TK-Chef **Norbert Klusen**. Die höchsten Bonuszahlungen gab es für den Vorstandschef der AOK-Hessen, **Fritz Müller** (67.620 Euro) und zwei **Vorstände der BKK** vor Ort (je 65.703 Euro). Auch die Vorsitzenden der **Kassenärztlichen Vereinigungen** verdienen prächtig. Das ARD-Magazin „Kontraste“ hat sich die Bezüge der Vorstandsvorsitzenden von KBV und KVen einmal kritisch angeschaut. So ist das Gehalt von KBV-Chef Dr. **Andreas Köhler** im vergangenen Jahr um 90.000 auf 350.000 Euro gestiegen, das seines damaligen Vize Dr. **Carl-Heinz Müller** um 40.000 auf 300.000 Euro im Jahr. Köhler habe damit einen Pensionsanspruch von 318.500 Euro jährlich, Müller würde nach nur fünf Jahren 68.000 Euro im Jahr erhalten. Bundesgesundheitsminister **Daniel Bahr** (FDP) prüfe derzeit, ob die Gehaltssteigerung von KBV-Chef Köhler um 34,6 Prozent angemessen sei. Aber auch die Vertreter der KVen würden stattliche Gehälter bekommen. Der Chef der KV Bayerns, Dr. **Wolfgang Krombolz**

bekomme mit 248.882 Euro im Jahr sogar mehr als der bayerische Ministerpräsident, berichtet „Kontraste“. Und bei der **KV Berlin** würden sich die drei Vorstände „mal eben 183.000 Euro zukommen lassen, pro Person, natürlich“. Gegen sie würde nun der Staatsanwalt wegen Verdachts auf Untreue ermitteln. „Maßlos“ seien die Pensionen und Gehälter, die „einige Spitzenfunktionäre der deutschen Ärzteschaft kassieren“, heißt es in dem Beitrag. „Da muss ich sagen, da entsteht ein Missverhältnis, das kann ich keinem mehr vermitteln“, sagte **Leonhard Hansen**, ehemaliger Vorsitzender der **KV Nordrhein**, dem Magazin. Die grüne Bundestagsabgeordnete **Biggi Bender** forderte, dass die Gehälter in ihrer Höhe verhältnismäßig sein müssen. „Die werden ja nicht finanziert von ihrem reichen Onkel aus Amerika, sondern Ärzte verdienen ihr Geld aus den Beiträgen der Versicherten und aus diesem Geld finanzieren sie diese Gehälter“, so Bender.

Mit freundlichem Gruß

Ihre Pressestelle der deutschen Ärzteschaft

Herbert-Lewin-Platz 1 (Wegelystr.), 10623 Berlin, Tel.: (030) 4004 56-700, Fax: (030) 4004 56-707

eMail: presse@baek.de