

Gesundheitspolitik

CDU/ CSU: Widerstand gegen FDP-Pläne zur Gesundheit

In der Union wächst der Widerstand gegen die von der FDP verlangten weitreichenden Reformen im Gesundheitswesen. „Wenn man eine Kopfpauschale mit einem sozialen Ausgleich will, dann kostet das zwischen 20 und 40 Milliarden Euro“, sagte Bayerns Gesundheitsminister Markus Söder (CSU).

„Der Haupthaken der Idee der FDP ist, dass sie nicht finanzierbar ist.“ Die Kopfpauschale, die die FDP einführen wolle, werde „zwischen 20 und 40 Milliarden Euro kosten. Wer will im Moment diese Summe irgendwoher bekommen“? CSU-Generalsekretär Alexander Dobrindt versprach: Auch zukünftig sollen Kassenbeiträge aus Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträgen bestritten werden. „Nein, die Kopfpauschale wird nicht kommen.“ Kanzleramtsminister Roland Pofalla (CDU) unterstrich gleich mehrmals, dass „der Gesundheitsfonds bleibt“. Wir sind der Überzeugung, dass der Gesundheitsfonds der richtige Weg ist.“ Finanzminister Wolfgang Schäuble (CDU) plädierte für eine „behutsame Korrektur des Gesundheitsfonds“. Es handle sich um ein „finanziell und sozial sensibles System“. Union-Fraktionschef Volker Kauder betonte, die Prämie werde nicht eine Kopfpauschale sein, wie sie die CDU vor Jahren einmal im Programm hatte. Dass jeder dasselbe für Gesundheitsleistungen zahle, „das gibt es mit uns nicht“. Bundeskanzlerin Angela Merkel kündigte an, die Zusatzbeiträge sollen in einem „schrittweisen Vorgehen fortentwickelt“ und mit einem Sozialausgleich versehen werden „Wir haben über eine Jahreszahl, wie

lange das jetzige Gesundheitssystem gilt, nichts gesagt,“ ergänzte sie.

Kopfpauschale von 100 Euro wahrscheinlich

Die Bundesbürger müssen sich bei der Einführung einer Kopfpauschale in der gesetzlichen Krankenversicherung auf Prämien in Höhe von 100 Euro einstellen. „Die Pauschale dürfte bei 100 oder 110 Euro liegen“, erklärte der Duisburger Gesundheitsökonom Jürgen Wasem.

Die Hälfte der Gesundheitsausgaben werde nach den Plänen der Koalition weiterhin über einen einkommensabhängigen Beitrag der Arbeitgeber finanziert. „Das restliche Geld sollen dann die Versicherten einkommensunabhängig, also als Kopfpauschale, zahlen.“ Bei durchschnittlichen Ausgaben von heute 200 Euro im Monat entfielen damit 100 Euro auf die Versicherten.

Danach würden zunächst die Besserverdienenden durch das Pauschalssystem entlastet, Geringverdiener dagegen belastet.

„Eine Friseurin oder ein Rentner mit 600 Euro im Monat zahlen heute nur 48 Euro, im neuen Modell ohne Sozialausgleich aber das Doppelte“, rechnete Wasem vor. Wer mehr als acht Prozent seines Einkommens für die Krankenversicherung aufbringen müsse, sollte einen Steuerzuschuss bekommen, schlug Wasem vor. „Dann sorgt man dafür, dass niemand mehr bezahlt als heute.“

Streit zwischen Hausarztverband und KV Bayerns geht weiter

Der Bayerische Hausärzteverband (BHÄV) hat der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) erneut vorgeworfen, die gesetzlich vor-

gegebene Bereinigung der Gesamtvergütung zu verzögern und den Honorarfluss für die am Hausarztvertrag teilnehmenden Praxen zu torpedieren. Als „erneutes Beispiel für den Kurs der permanenten Stimmungsmache gegen die Kassenärztlichen Vereinigungen“, wies die KVB diese Vorwürfe zurück.

In der Tat herrsche Verunsicherung in den Hausarztpraxen, weil durch eine zunehmende Vertragsvielfalt der bürokratische Aufwand zunehme und Ärzte ihre Honorare inzwischen über unterschiedliche Stellen bezögen, erklärt KVB-Vize Gabriel Schmidt.

„Fakt ist, dass wir alles in unserer Macht Stehende unternehmen, um die durch die Honorarreform entstandenen Probleme zeitnah und im Sinne der Mitglieder der KVB zu lösen“, so Schmidt. Dabei sollten Teilnehmer an Selektivverträgen keineswegs diskriminiert werden, sondern man wolle für alle Ärzte Möglichkeiten finden, mit den neuen Regelungen praktikabel umzugehen.

Hintergrund des Streits sind Unklarheiten bei der Honorarverteilung im Rahmen des AOK-Hausarztvertrags: Im Frühjahr hatte die AOK Honorarzahungen an die KVB um 40 Millionen Euro gekürzt und stattdessen 35 Millionen Euro direkt an die HÄVG ausbezahlt. Inzwischen hat der Vorsitzende des Bayerischen Hausärzterverbandes, Dr. Wolfgang Hoppenhaller, Gesundheitsminister Markus Söder aufgefordert, die Vorstände der KV Bayerns ihrer Ämter zu entheben. „Auch bitte ich Sie, die Vertreterversammlung der KVB aufzulösen und Neuwahlen anzuordnen“, schreibt der Verbandschef in einem Brief an den Minister.

Erster AOK-Facharztvertrag im Südwesten

Der Bundesverband niedergelassener Kardiologen, der Berufsverband niedergelassener Fachinternisten ohne Schwerpunkt und die AOK Baden-Württemberg haben den bundesweit ersten Facharztvertrag für eine kardiologische Vollversorgung im Südwesten vereinbart. Ziel sei es, die ambulante Versorgung der

Patienten zu verbessern und niedergelassene kardiologische Praxen zu erhalten.

„Wir erwarten von dem neuen Vertrag eine bessere Behandlung unserer Versicherten mit Herz- und Kreislauferkrankungen“, erklärt Rolf Hoberg, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg. Er kündigte an, dass sich die Wartezeiten für die Versicherten durch die Kooperation deutlich verkürzen werden. „Da der Vertrag eine enge Zusammenarbeit zwischen den Haus- und Fachärzten in den Praxen vorsieht, gehen wir zukünftig zudem von weniger Krankenhauseinweisungen aus“. Gemeinsam vereinbarten die Kooperationspartner klare krankheitsabhängige Behandlungspfade und eine neue Vergütungsstruktur. „Jeder teilnehmende Arzt wird wissen, welches Honorar er bei der Behandlung seiner Patienten bekommt“, erklärt Werner Baumgärtner, Vorsitzender von MEDI Baden-Württemberg.

Im Gegensatz zum System der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) werde es keine Abstufungen, Mengenbegrenzungen oder Fallzahlbegrenzungen mehr geben. Darüber hinaus lägen die durchschnittlichen Fallwerte, ähnlich wie schon beim AOK-Hausarztprogramm, deutlich über der Vergütung der KV. Die Vertragspartner gehen davon aus, dass sich die überwiegende Mehrheit der Kardiologen und der kardiologisch tätigen Internisten in Baden-Württemberg in den neuen Vertrag einschreiben wird. In den nächsten Tagen soll dies niedergelassenen Kardiologen im Südwesten, die die Teilnahmevoraussetzungen erfüllen, ermöglicht werden. Für Patienten beginnt die Einschreibung zum 1. Januar 2010. Teilnehmen können alle Versicherten, die beim AOK-Hausarztprogramm mitmachen.

In Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) sollen Ärzte das Sagen haben

Ärzte erhalten in Medizinischen Versorgungszentren eine stärkere Stellung. Das haben die künftigen Koalitionspartner CDU, CSU und FDP in der Arbeitsgruppe Gesundheit vereinbart. Die schwarz-gelbe Koalition will gesetzlich vor-

schreiben, dass die Mehrheit der Gesellschaftsanteile und der Stimmrechte in ärztlicher Hand liegen muss. Bisher ist nur festgelegt, dass ein MVZ einen ärztlichen Leiter haben muss. Union und FDP sehen in diesem Schritt eine Stärkung des freien Berufs Arzt.

Kein Verständnis hat der Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Rudolf Kösters, für den angestrebten Ausschluss von Kliniken aus der Trägerschaft von MVZ. In schwach strukturierten ländlichen Gebieten gebe es kaum noch Ärzte, die bereit sind, sich als Träger in einem MVZ zu engagieren. Um eine geordnete Versorgung sicherzustellen, müsste man hier gerade Träger wie Kliniken ermutigen, diese Lücken auszufüllen. Für Kösters wäre es dagegen wünschenswert, den Betreiberkreis auf Ärzte und Kliniken zu beschränken. „Inzwischen arbeiten 6000 Ärzte in MVZ, davon 5000 als Angestellte. Das zeigt, auf welchen Bedarf die Medizinischen Versorgungszentren inzwischen gestoßen sind“, so Kösters. Da sei es sinnlos, die mit den MVZ verbundenen Möglichkeiten gleich wieder einzuschränken. Den Krankenhäusern lediglich eine Minderheitsbeteiligung zu ermöglichen, sei „ungeheuer ungeschickt“. Ein solcher Schritt würde dazu führen, dass alle Leistungen, die zwischen einem MVZ und einer Klinik ausgetauscht werden, mehrwertsteuerpflichtig würden.

Radiologie kurz und bündig:

Qualitätskriterien für Vakuumbiopsie bei Brustkrebsverdacht

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) haben gemeinsam Bedingungen festgelegt, die die Qualität der Vakuumbiopsie bei Brustkrebsverdacht sicherstellen.

„Unnötige Brustoperationen ohne gesicherte Krebsdiagnose sollten künftig der Vergangen-

heit angehören“, erklärt Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Bei der Vakuumbiopsie wird eine Hohlnadel unter lokaler Betäubung und präziser Röntgenkontrolle an der betroffenen Stelle in die Brustdrüse eingeführt. Durch das in der Nadel entstehende Vakuum lässt sich dann gezielt das verdächtige Gewebe ansaugen.

Im Vergleich zur herkömmlichen Stanzbiopsie kann mit dieser Methode gezielt mehr Gewebe gewonnen werden. Die Diagnose wird dadurch insbesondere bei nicht tastbaren Veränderungen, insbesondere Mikroverkalkungen, zuverlässiger.

Die neuen Vorgaben stellen sicher, dass nur erfahrene Ärzte das Verfahren nach gesicherten technischen Standards anwenden dürfen. Beispielsweise muss der Arzt eine jährliche Mindestanzahl von Vakuumbiopsien nachweisen.

Damit wird gewährleistet, dass die für die Patientin im individuellen Fall optimale Untersuchungsmethode zum Einsatz kommt. Bislang waren Maßnahmen zur Qualitätssicherung dieser Untersuchung für die Ärzte freiwillig. Die Vereinbarung trat zum 1. Oktober 2009 in Kraft.

Positive Zwischenbilanz für Mammografie-Screening

Für über zehn Millionen Frauen zwischen 50 und 69 Jahren ist das Mammografie-Screening die wichtigste Maßnahme zur Brustkrebsfrüherkennung. Das ist das Ergebnis des ersten Evaluationsberichtes des Mammografie-Screeningprogramms in Deutschland, den der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) (www.g-ba.de) und die Kooperationsgemeinschaft Mammografie am Montag vorgestellt haben.

Mit dem flächendeckenden Mammografie-Screening ist damit ein wichtiges Teilziel in der Früherkennung erreicht worden. Der Evaluationsbericht dokumentiert die Qualität des

Mammografie-Screenings und trägt dazu bei, das Vertrauen der Frauen in das Screening weiter zu stärken.

Der Evaluationsbericht gibt Einblicke in die Struktur und Abläufe des Screenings und bewertet die Ergebnisse der bisher erhobenen Qualitätsparameter. Hierzu gehörten zum Beispiel die Einladungs- und Teilnahmeraten sowie die Anzahl und Größe der im Screening entdeckten Malignome.

„Der Bericht widerlegt die Zweifel am medizinischen Nutzen des Screening-Programms und unterstreicht den Mehrwert für alle Frauen, die daran teilnehmen“, erklärt Rainer Hess, Vorsitzender des G-BA. Insbesondere spüre das Mammografie-Screening wesentlich häufiger kleine Tumoren auf.

In-situ-Karzinome und kleine invasive Karzinome werden bei der Vorsorgeuntersuchung mehr als doppelt so oft erkannt als ohne Screening. „In so einer frühen Phase ist die Prognose sehr gut und teilweise eine echte Heilung möglich“, unterstrich Katrin Bock, Leiterin des Referenzzentrums Mammographie Südwest, die Bedeutung der Daten. Bei mehr als drei Vierteln der entdeckten invasiven Karzinome waren die Lymphknoten noch nicht betroffen, so dass eine schonendere und brusterhaltende Therapie möglich war.

Noch nicht zufrieden ist die Kooperationsgemeinschaft mit den Teilnehmerzahlen. Von knapp drei Millionen Frauen zwischen 50 und 69 Jahren sei nur etwa jede Zweite der Einladung gefolgt. In den EU-Leitlinien wird beispielsweise eine Teilnehmerrate von mindestens 70 Prozent empfohlen.

Mit dieser angestrebten Quote würde das Screening-Programm rund 300 Millionen Euro pro Jahr kosten. Schwierigkeiten habe es vor allem beim Einladungsverfahren gegeben, räumte Hess ein. „Das hat fast mehr Probleme gemacht als das Medizinische.“ Aus datenschutzrechtlichen Gründen sei es oft schwierig gewesen, von den Personenstandsregistern die Adressen der Frauen zu bekommen. Außerdem zeige die hohe Zahl der Frauen, die

bisher der Einladung noch nicht gefolgt sind, dass noch erheblicher Informations- und Aufklärungsbedarf bestehe.

Honorar

Kassenhonorar für Radiologen - Quo vadis?

Bewertung radiologischer Leistungen

Das SGB V gibt vor, dass jeweils für das folgende Kalenderjahr der Orientierungspunktwert neu festgelegt werden muss. Dabei sind verschiedene Faktoren zu berücksichtigen, so z.B. allgemeine Kostensteigerungen, die Veränderung der Morbidität der Versicherten der Gesetzlichen Krankenkassen usw. Der Bewertungsausschuss hat für diese Faktoren prozentuale Veränderungen der Gesamtvergütungen ermittelt und insgesamt eine Erhöhung von etwa 2 Prozent festgelegt, das entspricht ungefähr 430 Mio. Euro. Ab dem 1.1.2010 wird der Orientierungspunktwert von bisher 3,5001 auf 3,5048 Cent erhöht. In dem Beschluss zur Vergütung der kassenärztlichen Leistungen im Jahre 2010 hat der Bewertungsausschuss auch die Empfehlung festgeschrieben, dass die Krankenkassen auf regionaler Ebene mit den KV'en dann Zuschläge zu diesem Orientierungspunktwert vereinbaren sollen, wenn das bisherige Vergütungsniveau für einzelne Leistungen regional höher lag, d.h., dass Leistungen mit einem höheren Punktwert vergütet wurden. Das ist in einigen KV'en der Fall, so z.B. bei den für Radiologen wichtigen MRT-Angiographien. Ob es allerdings in den einzelnen regionalen KV-Bereichen gelingen wird, Zuschläge für spezielle Leistungsbereiche wie die MRT-Angiographie zu erzielen, ist vorab schwer abschätzbar, außerdem können die Verhandlungsergebnisse mit den Krankenkassen regional sehr unterschiedlich ausfallen.

Regelleistungsvolumen 2010

Bis auf Weiteres wird das Regelleistungsvolumen (RLV) ermittelt, indem der Fallwert der jeweiligen Fachgruppe mit den Fallzahlen des einzelnen Arztes (der Praxis) aus dem Vorjahresvergleichsquartal multipliziert wird. Allerdings ist dabei nur die sog. RLV-relevante Fallzahl zu berücksichtigen.

RLV-relevante Fälle sind Fälle, in denen im Vorjahresvergleichsquartal Leistungen aus dem RLV abgerechnet wurden. Rechnen Radiologen z.B. auf einem Behandlungsausweis nur Kostenpauschalen ab, so z.B. die Nr. 40140 für den Versand von Röntgenaufnahmen oder lediglich Laborwerte (Einsendelabor) werden keine Leistungen abgerechnet, die zum RLV gehören. Derartige Fälle zählen dann nicht als Multiplikator für die Ermittlung des RLV im Folgejahr mit. Bei Radiologen spielt allerdings diese Systematik keine besondere Rolle, da in der Regel die RLV-relevante Fallzahl der Anzahl der im Quartal behandelten Patienten entspricht, weil Radiologen bei fast allen Patienten, die sie behandeln, eine Konsiliarpauschale nach den Nrn. 24120 bis 24212 abrechnen und damit liegt ein RLV-relevanter Fall vor.

Bei Inanspruchnahme mehrerer Ärzte in einer Gemeinschaftspraxis durch denselben Patienten könnten im Laufe eines Quartals entsprechend mehrere Arztfälle entstehen. Wird z.B. ein Patient zunächst von Arzt A untersucht, welcher eine Röntgenaufnahme veranlasst, und wird derselbe Patient in demselben Quartal von Arzt B ebenfalls behandelt, der z.B. eine Sonographie durchführt, und rechnen sowohl Arzt A als auch Arzt B jeweils unter ihrer Arztnummer die erbrachten Leistungen ab, liegen 2 Arztfälle vor.

Für die Berechnung der RLV im Folgejahr hat dies allerdings keine Bedeutung, da die RLV-relevante Fallzahl höchstens der gesamten Behandlungsfallzahl der Praxis entsprechen kann.

Dennoch sollten in Gemeinschaftspraxen dann, wenn verschiedene Ärzte Leistungen bei einem Patienten erbringen, die jeweils in Anspruch

genommenen Ärzte die erbrachten Leistungen unter ihrer Arztnummer abrechnen, um so die Zahl der Arztfälle zu dokumentieren. Unter Umständen können Radiologen für diese Fälle auch den Wirtschaftlichkeitsbonus Nr. 32001 erhalten (5 Punkte je Fall), der von der KV der Abrechnung automatisch zugefügt wird. Wenn Radiologen Patienten behandeln, die nicht mit Überweisungen zur Durchführung von Auftragsleistungen in die Praxis kommen, wird der Wirtschaftlichkeitsbonus gewährt. Werden z.B. Patienten mit einer Schilddrüsenerkrankung mit behandelt oder erfolgt die Überweisung zur Durchführung einer Konsiliaruntersuchung, was bei Radiologen durchaus möglich ist, gibt es je Fall den Wirtschaftlichkeitsbonus Nr. 32001.

Die meisten Radiologen sind in Gemeinschaftspraxen tätig. Die Zuschlagsregelungen für Gemeinschaftspraxen und Praxen mit angestellten Ärzten bleiben im Jahr 2010 unverändert.

Den KV'en wird weiterhin die Möglichkeit eingeräumt, besondere Leistungsbereiche als Praxisbesonderheit anzuerkennen und zwar in der Form, dass der Fallwert und damit das Regelleistungsvolumen entsprechend erhöht werden. Der Bewertungsausschuss hat als Richtschnur für die Anerkennung von Praxisbesonderheiten eine Überschreitung von 30 Prozent über dem Fallwert festgelegt. Für Radiologen kämen als besondere Leistungsbereiche z.B. die Erbringung nuklearmedizinischer Leistungen oder auch interventionelle Maßnahmen wie z.B. CT-gesteuerte Interventionen nach Nr. 34502 EBM in Frage. Überschreitet ein Radiologe aufgrund eines speziellen Leistungsbereiches sein Regelleistungsvolumen um mehr als 30 Prozent, kann die KV diesen Leistungsbereich als Praxisbesonderheit anerkennen. Die KV'en haben auch die Möglichkeit, bereits eine niedrigere Überschreitungsgrenze zur Anerkennung einer Praxisbesonderheit regional festzulegen.

Der Bewertungsausschuss hat die Möglichkeit eingeräumt, dass ab dem 1. April 2010 Änderungen in der Systematik der Berechnung der

RLV vorgenommen werden. Insbesondere soll darüber verhandelt werden, ob es für bestimmte Leistungsbereiche Fallwertzuschläge bei besonderer Qualifikation gibt, so z.B. bei Radiologen für interventionelle Maßnahmen, für die radiologische Gefäßdiagnostik oder auch für nuklearmedizinische Leistungen. Ob es letztlich zu entsprechenden Beschlüssen kommt, ist derzeit völlig offen.

Punktwertabsenkung bzw. –erhöhung bei Unter- bzw. Überversorgung

Bei ärztlicher Über- bzw. Unterversorgung, so ist es im SGB V festgelegt, können in den einzelnen Planungsbereichen Zu- bzw. Abschläge auf den Orientierungspunktwert festgelegt werden. Diese gesetzliche Regelung wird im Jahr 2010 – wenn überhaupt – höchstens in ärztlich unterversorgten Regionen umgesetzt und zwar dann, wenn ein Planungsbereich gegenüber den Vorgaben der Bedarfsplanung eine Unterversorgung von mindestens 50 Prozent aufweist. Dann soll es einen Zuschlag auf den Orientierungspunktwert geben. Für Radiologen dürfte dies nicht relevant sein, da es derart radiologisch unterversorgte Planungsbereiche nicht gibt.

Ob und in welchem Umfang der Orientierungspunktwert bei Überversorgung gemindert wird, soll erst im Jahre 2011 beschlossen werden. Überversorgung liegt dann vor, wenn in einem Planungsbereich die vorgesehene Arztzahl um mindestens 10 Prozent überschritten wird. Dann soll in Abhängigkeit von der Höhe der Überschreitung der Orientierungspunktwert gemindert werden und zwar bei einer Überschreitung der Arztzahl in einem Fachgebiet in einer Fachgruppe zwischen 10

und 50 Prozent um 5,5 Prozent. Wird die Arztzahl um mehr als 50 Prozent überschritten, soll der Orientierungspunktwert um 11 Prozent abgesenkt werden. Auch diesbezüglich können Radiologen zunächst beruhigt sein, weil es für diejenigen Radiologen, die bereits niedergelassen sind und deren Praxissitz sich in einem bereits Überversorgten Gebiet befindet, erst später zu einer Minderung des Orientierungspunktwertes kommen wird. Geplant ist, dass dann erst in kleinen Schritten bis zum Jahre 2017 entsprechende Maßnahmen beschlossen werden sollen.

Wenn allerdings eine Praxis erst nach dem 1. Januar 2010 übernommen wird, soll die Minderung des Orientierungspunktwertes in Überversorgten Gebieten bereits in kürzerer Frist, nämlich bis zum Jahre 2014, vollzogen werden.

Fazit

Im Jahre 2010 wird sich aller Voraussicht nach – abgesehen von marginalen Änderungen – bei der Vergütung der nach dem EBM abgerechneten radiologischen Leistungen nichts ändern. Offen ist, ob im Jahre 2011 die Vergütungssystematik nach Regelleistungsvolumen beibehalten wird. Wegen der noch ungeklärten Beschlusslage sollten Radiologen insofern vorausschauend handeln, dass sie jeden Fall zur Abrechnung bringen und die erbrachten Leistungen dokumentieren. Es ist durchaus möglich, dass auch im Jahre 2011 die RLV weiter bestehen und auf der Basis der Fallzahlen des Vorjahresquartals berechnet werden. Für das Jahr 2011 wäre dann die Fallzahl aus dem Jahr 2010 relevant.

IMPRESSUM

<p>Herausgeber: Dr. Timo Bender b.e.imaging gmbh Dr.-Rudolf-Eberle-Str. 8-10 76534 Baden-Baden</p>	<p>Redaktion: Dr. med. Manfred Albring (verantwortlich) albring & albring pharmaceutical relations GmbH Warnauer Pfad 3 13503 Berlin</p>	<p>Layout: Atelier für Gestaltung Mike Göhringer 76530 Baden-Baden</p>	<p>Hinweis: Der Inhalt des Informationsservices ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel in der in ihm behandelten Rechtsmaterie machen es jedoch notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. VISION^{update} gibt nicht in jedem Fall die Meinung der b.e.imaging gmbh wieder.</p>
--	--	--	---