

60
JAHRE NAV-Virchow-Bund



Jahresbericht
2009

Vorwort



Dr. Klaus Bittmann
Bundesvorsitzender

Protest als Bürgerpflicht – handeln in Eigenverantwortung

Seit Jahren wird am Gesundheitssystem reformiert, an den Strukturen, an den Regelprozessen, an den Verteilungsmechanismen von Geld und Macht.

Nichts ist seitdem besser geworden, jede neue Reform wird zur Bedrohung. Hier wird Protest zur Pflicht.

Unsere Ärztinnen und Ärzte werden durch ihre Verantwortung den Patienten gegenüber geleitet. Sie wollen in gesicherten Verhältnissen behandeln und die Bevölkerung erwartet dies zu Recht! Aber fiskalische Instrumente und zentralistische Ökonomie verdrängen Freiheit, karitative Zuwendungen und humanitäre Prinzipien. Demografie und Staatsverschuldung werden diese Entwicklung beschleunigen, wenn wir nicht selbst neue Wege finden.

Der NAV-Virchow-Bund ist nicht nur traditionelle Interessenvertretung der niedergelassenen Ärzte, sondern setzt sich zunehmend aktiv ein für eine Umkehr der Überregulierung und Entmündigung – durch Motivation, Argumentation und Hilfestellung zur Eigeninitiative.

Ehrliche Analyse und sachliche Betrachtung der realen Befunde im Gesundheitswesen sind Voraussetzung für eine Therapie des Systems. Der Wahrheit ins Auge zu sehen fällt allen Beteiligten schwer!

Politik, Kassen und Heilberufe haben unterschiedliche Verantwortungen für eine verfassungsrechtliche Pflicht: Kranken Menschen muss geholfen werden!

Die niedergelassene Ärzteschaft befolgt diese Aufgabe, aber Kostendämpfungsgeetze und Fehlsteuerungen der Finanzen zwingen sie zu stiller Rationalisierung und zu einer Priorisierungsdebatte.

Der NAV-Virchow-Bund hat dazu beigetragen, diese gesellschaftliche Problematik bewusst zu machen – das Sein bestimmt das Bewusstsein.

Bei aller Tradition unseres Berufsstandes und unseres Verbandes sehen wir aber auch den notwendigen Wandel der Strukturen in der ärztlichen Versorgung. Deshalb haben wir seit Jahren die Bildung von Gemeinschaftspraxen propagiert und fachübergreifenden Gemeinschaften zu einer rechtlichen Basis verholfen. So fordern und fördern wir darüber hinausgehende Kooperationen zwischen Haus- und Fachärzten, in Berufsausübungsgemeinschaften, ärztlichen Versorgungszentren, in professionellen Netzstrukturen mit der Chance zu gleichberechtigter sektorenübergreifender Arbeitsteilung mit Kliniken. Dies dient auch und insbesondere dem Erhalt der Einzelpraxis, die ansonsten in einem unfairen Wettbewerb zunehmend bedroht ist.

Diese Strukturen sind Voraussetzung, um Betreuung und Führung der Patientenwege in der Hand zu behalten. Einzig diese Strukturen schaffen die Voraussetzung, um eine angemessene Leistungsvergütung außerhalb der weiterhin mageren Kollektivvergütung einfordern zu können.

Der NAV-Virchow-Bund verlangt nicht nur ein Umdenken der Politik zum Schutz ärztlicher Berufsfreiheit und Freiberuflichkeit, sondern sieht seine Aufgabe in der strategischen und unternehmerischen Unterstützung der niedergelassenen Ärzteschaft in einem jetzt und in Zukunft stattfindenden Wandel in der ambulanten Versorgung der Patienten. Da hilft kein wehmütiger Rückblick, sondern nur bewusstes Handeln als Verbandsziel – unter Mithilfe aktiver und neuer Mitglieder.

Denn ein Verband ist kein Schutzraum vor den Veränderungen der Zeit, kein elitärer Club, bei dem allein die Zugehörigkeit vor Unbill schützt.

Impressum

Und Verband ist nicht nur das Engagement der Anderen, ein Verband ist eine starke Gemeinschaft starker Leistungsträger, die aus der Kraft und der Leidenschaft der einzelnen Mitglieder schafft, das ärztliche Berufsfeld für alle zukunftssicher zu verändern/gestalten.

Das hat unseren NAV-Virchow-Bund immer ausgezeichnet, das sichert dem NAV-Virchow-Bund die Zukunft!

Ihr



Dr. med. Klaus Bittmann
Bundesvorsitzender



Klaus Greppmeir
Hauptgeschäftsführer

Vorgelegt von der Hauptgeschäftsführung des NAV-Virchow-Bundes, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, zur Bundeshauptversammlung 2009.

NAV-Virchow-Bund

Bundesgeschäftsstelle:
Chausseestraße 119 b • 10115 Berlin
Fon (030) 288774-0
Fax (030) 288774-15
E-Mail:
info-berlin@nav-virchowbund.de
www.nav-virchowbund.de

Geschäftsstelle Köln:
Belfortstraße 9 • 50668 Köln
Postfach 102661 • 50466 Köln
Fon (0221) 973005-0
Fax (0221) 7391239
E-Mail: info@nav-virchowbund.de

Aus dem Inhalt

Kooperationen und Partnerschaften

WPV. – Wirtschafts- und
Praxisverlag GmbH
Otto-Hahn-Straße 7
50997 Köln (Godorf)
Fon (0 22 36) 3 76-711
Fax (0 22 36) 3 76-92530
E-Mail: post@wpv.de

NAV-Wirtschaftsdienst GmbH
Sedanstraße 13 – 17
50668 Köln
Fon (02 21) 9 73 55 – 0
Fax (02 21) 9 73 55 – 22
E-Mail: mail@nav-widi.de
www.nav-widi.de

Nilaplan
Unternehmensberatung für
Heilberufe GmbH
Sedanstraße 13 – 17
50668 Köln
Fon (02 21) 9 73 55 13 35
Fax (02 21) 9 73 55 10 00
E-Mail: jzdart@nav-widi.de

DAZ
Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde
Belfortstraße 9 • 50668 Köln
Postfach 102661 • 50466 Köln
Fon (02 21) 9 73 05 – 45
Fax (02 21) 7 39 12 39
E-Mail: kontakt@daz-web.de
www.daz-web.de

Vorwort	3
Gesundheitspolitik	6
Wie ist die fachärztliche Versorgung noch zu retten?	6
Frau Schmidt, wo sind die Milliarden?	7
Stärkung durch Miteinander von Haus- und Fachärzten	8
Ärzte-Befragung deckt Mängel im Gesundheitssystem auf	9
Gendiagnostikgesetz – Forderungen niedergelassener Ärzte weitgehend erfüllt	10
Positionen für ein soziales und zukunftsfähiges Gesundheitssystem	12
Verband fordert Verschärfung des Datenschutzes und bessere Patientenaufklärung	13
E-Card belastet Gesundheitsfonds in Millionenhöhe	14
Elektronische Gesundheitskarte: Ärztetag befürwortet Denkpause	16
Positionspapier zur Elektronischen Gesundheitskarte	18
Berufspolitik	21
NAV-Virchow-Bund legt Positionspapier zur Zukunft des KV-Systems vor	21
Ambulante Versorgung am Abgrund: Systemwechsel jetzt!	23
Korrektur der Honorarreform – Eine Missgeburt bleibt eine Missgeburt	24
Öffentliche Veranstaltung des NAV-Virchow-Bundes zur E-Card	25
Arztstätigkeit	34
Arzt sein 2009: Keine Angst vor neuen Wegen	34
Betroffene gehen rechtlich gegen Altersdiskriminierung vor	34
Wegfall der Altersgrenze für Vertragsärzte	35
Gesunde Praxen – eine Frage klugen Marketings	36
Ärzte dürfen nicht auf Verordnungshoheit verzichten	37
Neue Sektion für Ärzte in Medizinischen Versorgungszentren	37
Verleihung der Kaspar-Roos-Medaille	38
Brendan-Schmittmann-Stiftung	41
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit	50
Rechtabteilung	51
Auslandsreferat	53
Unser Service ist der Unterschied	59
Die Landesverbände	63
Der Bundesvorstand	64
Die Bundesgeschäftsstelle	65
Organisatorischer Aufbau	66

Kassenärztliche Vereinigungen in Not:

Wie ist die vertragsärztliche Versorgung noch zu retten?

Honorarmisere und kein Ende. In Deutschland tobt der Honorarstreit. Drei Milliarden Honorar-Plus und anscheinend nur Verlierer – wie geht das zusammen? Verwerfungen mit teils eklatanten Honorareinbrüchen einzelner Fachgruppen und ganzer Regionen und ein KV-System, das keine Antworten findet. Eine intransparente Honorarentwicklung verbunden mit einer desolaten Kommunikation sowohl in Richtung Ärzte als auch an die interessierte Öffentlichkeit zeigen deutlich: das „System KV“ befindet sich in Selbstaflösung. Es wird dabei freundlich assistiert von der Politik, gleich welcher Couleur, und vor allem von der eigenen Klientel.

Grund genug für eine Generalsanierung, so Dr. Klaus Bittmann, Bundesvorsitzender des Verbandes der niedergelassenen Ärzte, NAV-Virchow-Bund: „Das System der Kassenärztlichen Vereinigungen als Körperschaften ist am Ende. Die Zwitterrolle aus staatlichem Ausführungsorgan und ärztlicher Gewerkschaft ist weder zeitgemäß noch zukunftsfähig“, so Dr. Bittmann. Die KVen müssten aus dieser Zwangsjacke befreit und in den Wettbewerb entlassen werden. Das könnte die Rettung des Arztes als Freiberufler sein.

„Einige Arztgruppen behandeln Patienten ein Quartal lang für den Gegenwert eines Friseurbesuches. Das ist letztendlich auch ein Schlag in das Gesicht der für diesen Preis behandelten Patienten“, erklärt Dr. Bittmann.

Ausweg könne eine neue frei verhandelte Gebührenordnung sein, die aber, so Dr. Bittmann, mit der Einführung des Kosten-erstattungssystems, also der Behandlung auf Rechnung, für den Patienten verbunden werden müsse. Nur so entstehe Transparenz über die erbrachte Leistung und

das dafür berechnete Geld. „Dann wird im Vergleich zu Arznei- und Krankenhauskosten endlich deutlich, wie und wofür die Krankenkassen die Beiträge ihrer Versicherten verwenden“, unterstreicht Dr. Bittmann.

Denn es wäre eigentlich genug Geld da. Wer, wie die Gesetzlichen Krankenkassen, laufend Überschüsse produziere und aktuell sogar vier Milliarden Euro bunkern könne, der müsse auch dafür sorgen, dass genügend Geld für eine wohnortnahe patientenorientierte Versorgung durch niedergelassene Ärzte bereitstehe, erläutert der Bundesvorsitzende des NAV-Virchow-Bundes.

Fakt ist: dem System der Gesetzlichen Krankenversicherung stehen rund 230 Milliarden Euro zur Verfügung. Doch der Anteil, der davon die ambulante Versorgung erreicht, sinkt seit Jahren kontinuierlich. Gingen vor zehn Jahren noch 17,4 Prozent an die niedergelassenen Ärzte, sind es heute nur mehr 15 Prozent. Demgegenüber stieg im gleichen Zeitraum der Anteil der Arzneimittelausgaben von 13,9 auf 18,2 Prozent. Der Block der Krankenhauskosten liegt aktuell bei 32,7 Prozent.

Dabei haben niedergelassene Ärzte in den letzten Jahren immer mehr Verantwortung übernommen: Stichworte hierfür sind der Vorzug von ambulanter vor stationärer Behandlung, die Förderung von ambulanten Operationen, der stetig steigende medizinische Fortschritt und eine älter werdende Gesellschaft.

„Diese Kluft aus Mehrarbeit bei gleichzeitiger finanzieller Stagnation haben die Ärzte in der Vergangenheit durch kostenlos erbrachte Leistungen und mit großer Bereitschaft zur Selbstaussbeutung in Verantwortung gegenüber dem Patienten überbrückt“, so Dr. Bittmann.

„Mit den Protesten von Ärzten in allen Regionen Deutschlands klären wir die Patienten auf, wie wenig Politik und Krankenkassen die medizinische Versorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte inzwischen wert ist. Durch das neue Honorarsystem wird erstmals deutlich, dass in der ambulanten Versorgung seit Jahren staatlich organisiertes Preisdumping betrieben wird. Bislang wurde das durch floatende Punkte weitgehend verschleiert.“

Durch die neue Honorarordnung komme jetzt endlich zutage, was ambulante Versorgung den Kassen wert ist: Für den Gegenwert eines Friseurbesuches behandeln einige Arztgruppen ihre Patienten ein Quartal lang bei nahezu unbegrenztem Leistungsversprechen. „Für dieses Honorardumping sind die Kassenärztlichen Vereinigungen als Vollstrecker der Gesundheitspolitik aus dem Hause Ulla Schmidt genauso verantwortlich wie die Politik selbst, die diese Rahmenbedingungen geschaffen und um deren Konsequenzen gewusst haben“, so Dr. Bittmann.

Offener Brief an die Gesundheitsministerin

Frau Schmidt, wo sind die Milliarden?

Fast drei Milliarden mehr waren versprochen, aber die Klagen der Ärzte, die gravierende Honorareinbußen vermelden, werden immer lauter. Ist die Honorarmisere politische Absicht? Diese Frage stellte der Bundesvorsitzende des NAV-Virchow-Bundes, Dr. Klaus Bittmann, in einem Offenen Brief an Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt. Angesichts der großen Verwerfungen und wirtschaftlichen Einbrüche bei der Honorierung niedergelassener Ärzte fordert er Klarheit über die politischen Absichten.

Gerade leistungsstarke Praxen im hausärztlichen Bereich und kostenintensive Facharztpraxen sehen ihre Existenz bedroht“, schreibt Dr. Bittmann in dem Offenen Brief an die Bundesgesundheitsministerin. Dr. Bittmann will weiterhin wissen, ob die politisch versprochenen 2,7 Mrd. Euro auch tatsächlich und nicht nur virtuell in die ambulante Versorgung fließen. Zudem verlangt der Verband der niedergelassenen Ärzte Aufklärung, ob das Debakel der kollektivvertraglichen Honorarreform gewollt ist oder ob dahinter Absicht und der Beginn der Umsetzung von sozialpolitischen Vorstellungen steht, Teile der ambulant tätigen Fachärzte zu eliminieren und diese in den stationären Sektor umzusteuern?

Denn als Konsequenz, so Dr. Bittmann, sei heute bereits absehbar, dass bedrohliche Einbrüche für die wohnortnahe haus- und fachärztliche Versorgung entstünden und sinnvolle Versorgungsziele Schaden erlitten.

„Dafür trägt die Bundesgesundheitsministerin die politische Verantwortung“, so Dr. Bittmann und fordert von ihr in sechs Fragen Aufklärung:

1. Handelt es sich um einen staatlichen Taschenspielertrick oder sind tatsächlich 2,7 Milliarden Euro zusätzlich in die ambulante Versorgung geflossen?
2. Sind die Finanzmittel über den Gesundheitsfonds ohne Verluste gegenüber 2008 nach Länderschlüssel für die jeweilige Landes-KV bereitgestellt?
3. Liegt es im Interesse der Sozialpolitik, manche fachärztliche Leistungsgruppe oder hausärztliche Versorgerpraxis aus dem System zu drängen?
4. Ist das Debakel der kollektivvertraglichen Honorarreform gewollt oder ist dieses Debakel Absicht und der Beginn der Umsetzung von sozialpolitischen Vorstellungen, Teile der ambulant tätigen Fach-

ärzte zu eliminieren und diese in den stationären Sektor umzusteuern?

5. Sehen Sie eine Möglichkeit, gerade für leistungsstarke Praxen und Praxisverbünde einen Sonderfonds für Selektiv- und Direktverträge zu etablieren?
6. Lassen sich aus sozialpolitischer Verantwortung die durch Gesundheits- und Honorarreform entstandenen Versorgungsprobleme öffentlich erklären?

„Unabhängig von der Interessenvertretung für die niedergelassene Ärzteschaft sehen wir mit großer Sorge bedrohliche Einbrüche für die wohnortnahe haus- und fachärztliche Versorgung der Bevölkerung“, erklärt Dr. Bittmann. Dieses Honorarsystem werde somit zum Schaden sinnvoller Versorgungsziele.

Steigende Personalkosten müssen auch im ambulanten Bereich aufgefangen werden

In einem vom Bundesgesundheitsministerium vorgelegten Gesetzesentwurf zur Reform der Krankenhausfinanzierung ist vorgesehen, dass die Gesetzlichen Krankenkassen die steigenden Personalkosten im Krankenhaus übernehmen sollen. Bisher sei nicht bekannt geworden, dass eine gleichartige Regelung für den ambulanten Bereich zur Entlastung der niedergelassenen Ärzte geplant ist, stellt der Landesverband Nordrhein des NAV-Virchow-Bundes fest.

Sollte dieser Gesetzesentwurf jedoch den Einstieg dafür bedeuten, dass generell – also auch im ambulanten Bereich – steigende Kosten durch entsprechende Honoraranpassungen seitens der Gesetzlichen Krankenkassen aufgefangen werden sollen, so begrüßt dies der NAV-Virchow-Bund, Landesgruppe Nordrhein, ausdrücklich. Eine langjährige berechnete Forderung der niedergelassenen Ärzteschaft wäre damit endlich erfüllt.

Die Bundesgesundheitsministerin wird daher mit Nachdruck aufgefordert, entsprechende gesetzliche Regelungen für die niedergelassenen Ärzte durch ihr Ministerium auszuarbeiten und den Bundestag beschließen zu lassen.

Kassen erhalten zehn Milliarden mehr: Das müsste zunächst für eine bessere Versorgung reichen!

Zum Kabinettsbeschluss der Bundesregierung, den einheitlichen Beitragssatz zur Gesetzlichen Krankenversicherung auf 15,5 Prozent festzulegen, erklärt der Bundesvorsitzende des NAV-Virchow-Bundes, Dr. Klaus Bittmann:

„Jetzt haben die Krankenkassen im nächsten Jahr insgesamt ein Plus von 10 Milliarden Euro. Das dürfte für eine ordentliche Versorgung der Patienten zunächst ausreichen. Das Jammern der Kassen nach mehr Geld findet auf zweifelhaftem Niveau statt und bedient sich pikanterweise der gleichen Argumente, mit denen niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser erst vor wenigen Wochen um mehr Geld gekämpft haben: die Versorgungsqualität der Patienten ist gefährdet.“

Dabei haben viele Kassen selbst die Chancen vertan, die zur Verfügung stehenden Mittel zielorientiert zu verwenden und sinnvolle Versorgungskonzepte der integrierten Versorgung umzusetzen, Direktverträge auszubauen oder Sonderverträge beispielsweise zur Onkologie oder beim Ambulanten Operieren zu unterstützen. Stattdessen werden diese Projekte jetzt durch dumpfen Sparwillen kopflos gekündigt. Die Lösung durch einen staatlich festgesetzten Beitragssatz und die quasi Auflösung der Verantwortung in Selbstverwaltung ist dabei nur die Folge dieses Agierens der Kassen in der Vergangenheit.

Nun haben die Kassen die Chance, einen erneuten Anlauf zu nehmen, um mit innovativen Konzepten die Versorgung tatsächlich zu verbessern, statt nur die eigene Marktposition zu optimieren. Jetzt gilt es, dass aus einem Einheitsbeitrag nicht ein Einheitsbrei in der Patientenversorgung wird. Die niedergelassenen Ärzte jedenfalls stehen den Kassen als Partner gerne zur Seite – für versorgungsorientierte Konzepte!“

Ambulante Versorgung in Deutschland: Stärkung durch Miteinander von Haus- und Fachärzten

Am Ende stand die Mehrheit der Koalition. In einer namentlichen Abstimmung votierte der Deutsche Bundestag für die Veränderung des § 73b SGB V zur hausarztzentrierten Versorgung, die alle Krankenkassen bis zum 30. Juni 2009 verpflichtet, ihren Versicherten Hausarztverträge anzubieten. Dabei haben Vereinigungen, die mehr als 50 Prozent der Hausärzte vertreten, den klaren gesetzlichen Vorrang. In der Praxis heißt dies: Vorteil Hausärzteverband.

Dabei hat der NAV-Virchow-Bund schon frühzeitig darauf hingewiesen, dass parallel zu Hausarztverträgen auch die fachärztliche Versorgung in Selektivverträgen sichergestellt sein muss: „Als fachübergreifender Verband schlägt der NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, im Falle einer Gesetzesänderung die Gleichbehandlung und auch Verknüpfung dieser beiden Paragraphen vor. Neue Versorgungskonzepte mit durchgehenden Behandlungspfaden für die Patienten sollten fachübergreifend und auch sektorenübergreifend sein“, hieß es in einer Verlautbarung des Verbandes während des Gesetzgebungsverfahrens.

Deshalb bleibt der NAV-Virchow-Bund bei seiner Position, dass neben der vom Ge-

setzgeber beschlossenen Novellierung des § 73b SGB V die konsequente Lösung eine Änderung des § 73a Absatz 1 Satz 1 des SGB V (Strukturverträge) mit folgendem Wortlaut wäre:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen oder Gemeinschaften vertragsärztlicher Leistungserbringer können mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen in den Verträgen nach § 83 Versorgungs- und Vergütungsstrukturen vereinbaren, die dem vom Versicherten gewählten Hausarzt oder einem von ihm gewählten Verbund haus- und fachärztlich tätiger Vertragsärzte (vernetzte Praxen) Verantwortung für die Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung sowie der ärztlich verordneten oder veranlassten Leistungen insgesamt oder für inhaltlich definierte Teilbereiche dieser Leistungen übertragen...“

Freie ärztliche Verbände und neue Verbändestructuren hätten dadurch echte Chancen im Wettbewerb, der sowohl regionale, beispielsweise auf Ebene von Ärztenetzen, als auch indikations- und fachbezogene Versorgungskonzepte entstehen lassen würde. Das Ziel einer verbesserten Versorgung und eine effektivere Verteilung der Mittel werden hierdurch bewirkt.

Zum Hintergrund: Die neuen Vertragsformen sind gekennzeichnet durch Freiwilligkeit der Teilnahme für Patienten und Ärzte. Dafür bedarf es aber einer Motivation und der Überzeugungskraft, dass selektive Direktverträge finanziell, strukturell und durch Versorgungsinhalte Vorteile gegenüber den Kollektivverträgen haben.

Die Bereinigung der Gesamtvergütung zur Finanzierung dieser komplexen Versorgungsformen muss dazu rechtlich gesichert sein. Zur Förderung neuer Versorgungsformen und zur Anschubfinanzierung definierter Versorgungsaufträge sollten zusätz-

liche Honorar-Anteile zur Verfügung gestellt werden. Alternativ ist die Einführung eines zusätzlichen „Forschungs- & Entwicklungs-Budgets“ der Krankenkassen für innovative Versorgungsformen zu prüfen, wie es im Zusammenhang mit der Gesetzesinitiative bereits vereinzelt gefordert wurde.

Die Pflichtmitgliedschaft von niedergelassenen Ärzten in einer körperschaftlichen Selbstverwaltung mit Zwangsbeteiligung am Sicherstellungsauftrag hat sich historisch entwickelt. Die vertraglichen Regelungen wurden selbstverwalterisch im Rahmen des Rechts zwischen Krankenkassen und Körperschaften vereinbart. Dies war und ist die eine Seite. Die andere Seite ist, dass das System der Kollektivvertraglichkeit bröckelt, beginnend mit der Integrierten Versorgung gemäß §§ 140 ff SGB V im Jahre 2000, fortgesetzt durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 1. April 2007. Die Liberalisierung der Vertragsbeziehungen durch Direktverträge zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen schreitet voran. Dies ist ein Angriff auf die Monopolstellung der Kassenärztlichen Vereinigungen, die in den neuen §§ 73b (hausarztzentrierte Versorgung) und 73c (besondere ambulante ärztliche Versorgung) SGB V gleichberechtigt mit vertragsärztlichen Leistungserbringern, deren Gemeinschaften oder Trägern von Einrichtungen dieser vertragsärztlichen Leistungserbringer in wettbewerbliche Konkurrenz um einen Vertragsabschluss mit den Kostenträgern geraten sind.

Soweit die Fakten. Der NAV-Virchow-Bund hat sich auf diese Herausforderungen eingestellt. Nicht zuletzt durch die Gründung der vertragsfähigen Genossenschaft BVMG, in der gemeinsam mit dem Bundesverband der Ärztgenossenschaften und MEDI Deutschland sowie in Kooperation mit dem Deutschen Hausärzterverband alle selektivvertraglichen Möglichkeiten im Sinne einer guten Versorgung und im

Sinne der niedergelassenen Haus- und Fachärzte genutzt werden sollen.

Therapiefreiheit nur noch Illusion?

Ärzte-Befragung deckt Mängel im Gesundheitssystem auf

Fast drei Viertel (73 Prozent) der niedergelassenen Ärzte in Deutschland sind der Meinung, dass die Therapiefreiheit in Deutschland nicht mehr gewährleistet ist. Vor allem der Kostendruck aufgrund der Budgetierung von Leistungen, Ausgabenbeschränkungen und der negative Einfluss von Regressandrohungen sind Gründe dafür, dass Mediziner in ihrer Entscheidungsfreiheit eingeschränkt werden. Dies sind Ergebnisse der Ärztebefragung „Gesundheitsstandort Deutschland im Ärztecheck“, die im Auftrag des NAV-Virchow-Bundes, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, und des Verbands Forschender Arzneimittelhersteller (VFA) durchgeführt wurde.

Das Meinungsforschungsinstitut TNS Healthcare befragte 802 niedergelassene Ärzte, darunter 500 Allgemeinmediziner, praktische Ärzte und Internisten sowie 302 Fachärzte, zu ihrer Einschätzung des deutschen Gesundheitssystems. Hierzu erklärt Dr. Klaus Bittmann, Bundesvorsitzender des NAV-Virchow-Bundes: „Die Umfrage zeigt deutlich, dass der Arztberuf viel an Attraktivität verloren hat.“ Mehr als 70 Prozent der Befragten sehen auf der einen Seite ihren Beruf als attraktiv an, da er den Wunsch zu helfen erfüllt sowie interessante Tätigkeiten und gesellschaftliches Ansehen mit sich bringt.

Auf der anderen Seite sehen sie vor allem die aktuellen Nachteile: Wenn Ärzte heute noch eine gute Versorgung machen, dann oft unter Ausbeutung der eigenen Arbeitskraft und durch einen anstrengenden Spagat zwischen dem Engagement für den

Patienten und stark einschränkende, belastende Arbeitsbedingungen. „Die zunehmende Regulierung ist diffus und erzeugt Bedrohung. Das führt zu Frustration, Burn-out und frühem Berufsausstieg“, wie Dr. Bittmann unterstreicht. 29 Prozent der niedergelassenen Ärzte würden ihren Beruf heute nicht mehr wählen.

Die medizinische Versorgungsqualität der Patienten in Deutschland wird sich nach Meinung der befragten Mediziner in den nächsten Jahren erheblich verschlechtern. Während diese derzeit in der eigenen Region noch von 74 Prozent als gut eingeschätzt wird, glaubt nur noch knapp ein Viertel der Befragten, dass dies auch noch in zehn Jahren der Fall sein wird. Mehr als ein Drittel der Ärzte glaubt sogar an eine schlechte oder sehr schlechte Versorgungsqualität in naher Zukunft. Vor allem der hohe Verwaltungs- und Bürokratieaufwand sowie die Budgetierung wirken sich nach Meinung der Mediziner negativ auf die Versorgung gesetzlich versicherter Patienten aus.

Bei bestimmten Indikationen Zugang zu innovativen Arzneimitteln verwehrt?

Cornelia Yzer, Hauptgeschäftsführerin des VFA, warnt vor einem deutlichen Trend zur Zwei-Klassen-Medizin: „Ich sehe vor allem eine Gefahr, dass es künftig Patienten geben wird, deren Krankheitsbilder im Lichte der öffentlichen Aufmerksamkeit stehen und solche, deren Krankheiten in den Schatten gesellschaftlicher Stigmata verbannt werden. Es ist ein Alarmsignal, wenn uns die Ärzte in der vorliegenden Umfrage mitteilen, dass bei Indikationen wie Krebs oder HIV Therapiefortschritte den Patienten erreichen, dass sie aber bei Erkrankungen wie Depression oder Demenz ernste Zweifel daran haben. Wenn wir nicht aufpassen, sehen wir hier die Vorboten einer gefährlichen Weichenstellung: Krankheiten mit Lobby und Krankheiten ohne.“

92 Prozent der Befragten geben an, dass Ärzte mehr Mitspracherecht bei Entscheidungen über die Verordnungsfähigkeit von innovativen Arzneimitteln haben sollten. Bei der Frage nach gesundheitspolitischen Weichen, die für die zukünftige Sicherung der Versorgung gesetzlich versicherter Patienten gestellt werden sollten, werden der Abbau von Bürokratie, eine leistungsgerechte Honorierung, eine höhere Selbstbeteiligung für Patienten und vor allem die Abschaffung der Budgetierung genannt. Der Zugang zu innovativen Medikamenten bleibt den Patienten häufig verwehrt. Der Therapiefortschritt kommt nicht bei allen Patienten an. Lediglich 40 Prozent der Ärzte glauben, dass der Therapiefortschritt depressive Patienten noch erreicht und nur ein Fünftel der Befragten gibt an, dass der Therapiefortschritt bei Demenzkranken ankommt.

69 Prozent der Ärzte würden auswandern

Die Mängel des Gesundheitssystems dämpfen die Motivation der Ärzte. 69 Prozent aller befragten Ärzte haben sich schon einmal überlegt, im Ausland zu praktizieren. Bei den Fachärzten sind es gar 74 Prozent. Als Beweggründe für diese Überlegungen werden bei der überwiegenden Mehrheit der Befragten der Verwaltungsaufwand (85 Prozent), das Einkommen (82 Prozent), die medizinische Versorgung (77 Prozent) sowie die Therapiefreiheit (76 Prozent) genannt.

Bundestag verabschiedet Gendiagnostikgesetz

Forderungen niedergelassener Ärzte weitgehend erfüllt

Das vom Bundestag verabschiedete Gendiagnostikgesetz entspricht in weiten Teilen den Forderungen der niedergelassenen Ärzte. Auf seiner Bundeshauptversammlung im November 2007 hatte der NAV-Virchow-Bund den Gesetzgeber bereits aufgefordert, den Umgang mit prädiktiven genetischen Untersuchungen endlich gesetzlich zu regeln. Da die aus gendiagnostischen Untersuchungen stammenden Daten hochsensibel sind und einer besonderen Sorgfaltspflicht bedürfen, hatten sich die Delegierten für einen Arztvorbehalt ausgesprochen. Überdies hatten sie die Freiwilligkeit von Gentests betont und verlangt, die Pflicht zur Aufklärung und Beratung in einem entsprechenden Gesetz zu verankern. All diese Forderungen sind nun in das neue Gesetz eingeflossen.

Des Weiteren sind die niedergelassenen Ärzte für die Löschung oder Sperrung nicht erforderlicher Daten eingetreten. Das Gendiagnostikgesetz sieht vor, dass Untersuchungsunterlagen auf Verlangen der betroffenen Person zu vernichten sind (§12). Auch das vom NAV-Virchow-Bund geforderte Recht auf Nichtwissen ist Bestandteil des Gesetzes. In Paragraph 8 heißt es, dass die betroffene Person darüber entscheidet, ob und inwieweit das Untersuchungsergebnis zur Kenntnis zu geben oder zu vernichten ist.

Die Delegierten der Bundeshauptversammlung 2007 haben ausdrücklich dafür plädiert, dass die sensiblen Untersuchungsergebnisse nicht in falsche Hände geraten dürfen. In der Entschließung heißt es, dass es keine Möglichkeit der Einsichtnahme für Dritte geben darf. Diese Forderung wird auch auf Arbeitgeber und Versicherungen ausgedehnt. Das Gendiagnostikgesetz differenziert hier stärker: So ist in Para-

graph 11 festgeschrieben, dass das Untersuchungsergebnis nur der betroffenen Person und nur durch den verantwortlichen Arzt mitgeteilt werden darf. Arbeitgeber dürfen von ihren Beschäftigten weder verlangen, dass sie genetische Untersuchungen vornehmen lassen, noch dürfen sie darauf bestehen, dass ihnen bereits vorliegende Ergebnisse früherer Untersuchungen mitgeteilt werden. Im Versicherungsbereich fällt die neue gesetzliche Regelung jedoch weit hinter die Forderungen der niedergelassenen Ärzte zurück. So müssen dem Versicherungsunternehmen vor Abschluss eines Vertrages die Ergebnisse bereits erfolgter genetischer Untersuchungen vorgelegt werden, wenn die Versicherungssumme 300.000 Euro oder mehr beträgt.

Unmoralische Angebote an Ärzte durch Morbi-RSA?

„Upcoding“ kritisch beobachten

Mit dem neuen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) ist die Versuchung für einen Missbrauch gegeben, wir wollen dies den Akteuren aber nicht unterstellen“, sagt der Bundesvorsitzende des NAV-Virchow-Bundes, Dr. Klaus Bittmann. Für rund 80 teure, schwere und chronische Krankheiten erhalten die Krankenkassen ab Januar 2009 zusätzliche Aufschläge auf ihre Finanzaufweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Das verringert die Anreize zu einer Risikoselektion („Jagd auf junge, gesunde Versicherte“) und verstärkt das Interesse, in einen Wettbewerb um eine verbesserte Versorgung schwerer und chronisch kranker Menschen einzusteigen.

Diskutiert wird aktuell, ob es lukrativ für Krankenkassen wäre, Ärzten das „unmoralische Angebot“ zu machen, Patienten kränker zu machen, als sie tatsächlich sind (so genanntes Upcoding). Der Chef der

2009: Höchster Kassenbeitrag aller Zeiten.

Nur noch wenige Tage Ulla Schmidt.

Am 27. September ist Bundestagswahl.

Die richtigen Informationen erhalten Sie nur bei Ihrem Arzt oder Zahnarzt!

Dies ist keine Information der Bundesregierung!



1 Mal Arztbesuch im Altersheim: 11,33 Euro
1 Mal Haustür öffnen durch Schlüsseldienst: 98,00 Euro

Noch 8 Wochen Ulla Schmidt.

Die richtigen Informationen erhalten Sie nur bei Ihrem Arzt oder Zahnarzt!

Dies ist keine Information der Bundesregierung!



3 Monate Behandlung durch Ihren Kinderarzt, egal wie oft: 29,34 Euro
2 Mal essen gehen: 39,00 Euro
1 Mal tanken: 49,88 Euro

Noch 17 Wochen Ulla Schmidt.

Die richtigen Informationen erhalten Sie nur bei Ihrem Arzt oder Zahnarzt!

Dies ist keine Information der Bundesregierung!



Barmer Ersatzkasse, Dr. Johannes Vöcking, bestreitet dies: „Ein solches Vorgehen wäre kriminell. Nach wie vor ist der gesunde Versicherte das beste Risiko.“ Nach geltendem Risikostrukturausgleich bringe ein gesunder Versicherter der Kasse einen Überschuss von 350 Euro im Jahr, der mit dem Morbi-RSA auf 35 Euro schrumpfe. Ein kranker Versicherter bringe der Kasse momentan einen Verlust von 700 Euro ein, welcher mit dem Morbi-RSA auf 70 Euro vermindert werde.

Dr. Bittmann: „Bundesversicherungsamt und Bundesgesundheitsministerium sind sich der Gefahren bewusst.“ Im Übrigen hätten dieselben Befürchtungen bereits bei der Einführung der DRGs im stationären Bereich bestanden, aber die Ärzte seien verantwortungsbewusst mit den Veränderungen umgegangen. Dr. Bittmann regt weiterhin an: „Durch den Morbi-RSA ergeben sich aber neue Schwerpunkte in der Versorgung von kostenintensiven Krankheiten. Insofern bieten sich hier neue Möglichkeiten in der Konzeption von Selektivverträgen.“

Weckruf an die Wähler

Plakataktion zur Bundestagswahl 2009 gestartet

Der NAV-Virchow-Bund hat gemeinsam mit dem Freien Verband Deutscher Zahnärzte e.V. eine Kampagne zur anstehenden Bundestagswahl vorbereitet. Auf Großplakaten – unter anderem in Berlin, Oldenburg und Hannover – werden die Preise für ärztliche Leistungen mit denen für andere Dienstleistungen wie etwa Friseur- oder Restaurantbesuche verglichen. Ziel ist es, die Wähler darauf hinzuweisen, dass sie am 27. September über die Gesundheitspolitik der Zukunft entscheiden.

Zeitgleich läuft die Kampagne „Count-down für Ulla Schmidt“ auch in den War-

tezimmern von Ärzten und Zahnärzten. Dazu stellt der NAV-Virchow-Bund die Postkarten und Plakate auf seiner Homepage (www.nav-virchowbund.de) kostenlos zum Download zur Verfügung.

Zur Bundestagswahl 2009 erneuerte der NAV-Virchow-Bund seine Forderung nach einer Wende in der Gesundheitspolitik und verabschiedete hierzu ein Positionspapier:

Positionen für ein soziales, generationengerechtes und zukunftsfähiges Gesundheitssystem

Das deutsche Gesundheitswesen, das ehemals als das leistungsfähigste und kostengünstigste System galt und um das uns die ganze Welt beneidet hat, ist in seiner heutigen Form nicht mehr reparabel. Durch zahlreiche so genannte Reformen, durch Überregulierung und Überbürokratisierung, durch Intransparenz und Leistungsabbau zu Lasten des Patienten ist ein Weg in die Rationierung beschritten, der eine große Gefahr für den sozialen Konsens in der Gesellschaft bedeutet.

Das deutsche Gesundheitswesen muss auf Grundlage der ursprünglichen sozialen Zielsetzung umgestaltet werden. Für die gesundheitliche Versorgung unserer Bevölkerung muss es darum gehen, unter Abwägung von Solidarität, Eigenverantwortung und Subsidiarität ein Gesundheitswesen zu schaffen, das dauerhaft eine bestmögliche medizinische Versorgung der gesamten Bevölkerung gewährleistet. Der NAV-Virchow-Bund ist der festen Überzeugung, dass mit der Realisierung der folgenden Punkte das Gesundheitswesen nachhaltig leistungsfähiger und den zukünftigen demografischen Entwicklungen gerecht wird:

1. Die Pflichtversicherung wird ersetzt durch eine Pflicht zur Versicherung. Diese beinhaltet die umfassende medizinische Grundversorgung. Das Leistungsspektrum wird vom Gesetzgeber festgesetzt und überwacht. Es wird von den gesetzlichen und privaten Krankenkassen einheitlich gemeinsam angeboten. Um einen echten Wettbewerb zu ermöglichen, gelten für die Kassen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Privaten Krankenversicherung (PKV) die gleichen Rahmenbedingungen.
2. Innerhalb der Kassen besteht Kontrahierungszwang für die Grundversorgung. Durch eine obligatorische Grundversorgung für alle Bürger wird die bestehende Zweiklassen-Medizin beseitigt.
3. Die einheitliche Grundversicherung wird über eine Versichertenprämie pro Einwohner der Bundesrepublik Deutschland finanziert. Die Anbindung der Finanzierung der GKV an den Arbeitslohn ist nicht mehr zeitgemäß. Außerdem ist ihre bisherige reine Umlagefinanzierung ohne Alterungsrückstellungen Diebstahl an der nachfolgenden Generation. Deshalb ist eine partielle Kapitaldeckung unumgänglich.
4. Der derzeitige Anteil der Arbeitgeber bleibt begrenzt und wird mit dem Lohn ausbezahlt. Damit entfällt für die Zukunft das Argument, steigende Krankheitsversicherungsbeiträge würden über die Lohn-Nebenkosten den Wirtschaftsstandort Deutschland gefährden.
5. Die vorgeschlagene Finanzierung bedeutet ein Entfallen der kostenlosen Mitversicherung von Ehegatten und Kindern. Der Beitrag sozialschwacher Bürger wird aus Steuermitteln subventioniert. Der Versicherungsbeitrag für Kinder wird als Ausdruck einer familienfreundlichen Politik vom Staat übernommen. Dies ist solidarisch, weil junge Menschen die gleiche Versicherungsprämie zahlen wie ältere Menschen, letztere jedoch mehr Kassenleistungen in Anspruch nehmen müssen. Gleichzeitig tragen die finanziell Stärkeren über ihre höhere Steuerbelastung sowohl zur Finanzierung der Kinderkrankenversicherung bei als auch zur staatlichen Beitragssubvention für Sozialschwache.
6. Angesichts der demografischen Entwicklung ist ein reines Umlageverfahren nicht zukunftsfähig und muss durch eine partielle Kapitaldeckung ergänzt werden. Wie bei der Privaten Krankenversicherung besteht der Versichertenbeitrag künftig aus den zwei Komponenten Umlage für die laufenden Gesundheitsausgaben und für die Alterungsrückstellungen (= Kapitaldeckungsverfahren). Beim Wechsel der Krankenversicherung nimmt der Versicherte die angesparten Alterungsrückstellungen in voller Höhe mit zur neuen Versicherung.
7. Im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung wird das Sachleistungssystem durch Kostenerstattung abgelöst. Die Honorierung erfolgt nach einer (längst überfälligen) betriebswirtschaftlich berechneten amtlichen Gebührenordnung für Ärzte. Durch Rechnungslegung herrscht volle Transparenz für Patient und Krankenkassen, insbesondere auch über die Höhe der Vergütung für die jeweils in Anspruch genommene ärztliche Leistung. Budgetierung und Pauschalen, die nichts anderes als Rationierung bedeuten, entfallen. Dies gilt auch für die Arzneimittelversorgung. Die Versicherten nehmen wieder am medizinisch-pharmazeutischen Fortschritt teil.
8. Das Morbiditätsrisiko geht an die Krankenkassen zurück.
9. Ein Selbstbehalt bis zu einer vom Gesetzgeber festgelegten Obergrenze trägt zur Beitragsentlastung bei, bekämpft die Vollkasko-Mentalität und schärft das Kostenbewusstsein der Versicherten. Kinder werden von einer

Zuzahlung ausgenommen. Für Sozial-schwache gibt es Härteklauseln.

10. Zur Entbürokratisierung der Krankenversicherung trägt bei, dass der festgelegte Selbstbehalt jährlich nur noch zentral bei den Krankenkassen errechnet wird. Dies reduziert den Verwaltungsaufwand sowohl bei den Versicherten, bei allen Leistungserbringern und bei den Krankenkassen. Eine Praxisgebühr, deren Gesamtverwaltungskosten (bei Ärzten, KV und Kassen) höher lagen als die Gebühr, entfällt somit.
11. Außerhalb der einheitlichen Grundversorgung bietet ein umfassendes Angebot an zusätzlichen Leistungspaketen, unterschiedlichen Modellen von Beitragsrückerstattung oder von Selbstbehalt eine Chance zum Wettbewerb aller Krankenkassen um die Versicherten. Er kann aufgrund dieser Transparenz seine Kassenwahl treffen.
12. In einer Übergangsfrist werden die indirekten und direkten Subventionen für die Renten-, Invaliden- und Arbeitslosenversicherung nach und nach vom Staatshaushalt übernommen. Gleiches gilt für die Leistungen im Rahmen des Mutterschutzes und alle übrigen gesellschafts-, familien- und sozialpolitischen Leistungen, die mit dem direkten Krankheitsrisiko der Versicherten nichts zu tun haben. Damit wird der bisher zu Lasten der GKV bestehende Verschiebeparkplatz der Sozialversicherung beseitigt.
13. Die Prävention, einschließlich einer umfassenden Gesundheitserziehung von Kindheit an, ist eine wichtige gesamtgesellschaftliche Aufgabe zur Erhöhung der Volksgesundheit. Sie muss ausgebaut und über Steuermittel finanziert werden.
14. Die Pflegeversicherung wird in die obligate Grundversicherung integriert. Dies baut bürokratische Reibungsverluste ab und spart damit Kosten.

15. Die Grundversicherung wird deutlich günstiger, weil

- staatliche Zwangssubventionen der GKV für andere Sozialversicherungsbereiche entfallen,
- die Festsetzung von Solidarleistungen im Rahmen einer Grundversorgung für alle Bürger geregelt wird,
- die Entbürokratisierung Kosten einspart und die Produktivität im Gesundheitswesen erhöht,
- es endlich einen echten Wettbewerb unter den Kassen im Gesundheitssystem geben wird,
- die Finanzierung der einheitlichen Grundversorgung über eine Versicherungsprämie pro Einwohner stattfindet,
- die Kostenerstattung für Transparenz sorgt,
- über einen sozialverträglichen Selbstbehalt mehr Kostenbewusstsein geweckt wird und
- die Finanzierung der Krankenversicherung der Kinder über den Steuerzahler erfolgt.

Der Bürger erhält mehr finanziellen Spielraum und kann über Wahltarife alle Bereiche zusätzlich absichern, die er zur Erhaltung seiner Gesundheit in Anspruch nehmen möchte. Der NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, ist der festen Überzeugung, dass mit der Realisierung seiner Vorschläge ein zukunftsfähiges, generationengerechtes und solidarisches System im Sinne der sozialen Marktwirtschaft entsteht.

Datenschutz / Elektronische Gesundheitskarte

DAK-Daten-Skandal

Verband fordert Verschärfung des Datenschutzes und bessere Patientenaufklärung

Im Zusammenhang mit dem Skandal um DAK-Patientendaten, die an Dritte weitergegeben wurden, warnt der Verband der niedergelassenen Ärzte, NAV-Virchow-Bund, vor einer Entwicklung hin zum gläsernen Patienten und fordert eine Verschärfung des Datenschutzes.

„Die von der DAK weitergegebenen Daten stammen ursprünglich aus einem vertrauensvollen und besonders geschützten Arzt-Patienten-Verhältnis. Hierfür muss ein besonderer Vertrauensschutz gelten. Daher müssen alle erhobenen Patientendaten den vergleichsweise hohen Schutzanforderungen des § 291a SGB V (zur elektronischen Gesundheitskarte) angepasst werden“, fordert der Bundesvorsitzende, Dr. Klaus Bittmann. Die Behandlungsdaten müssten von administrativen Daten getrennt sein und dürften ausschließlich von Leistungserbringern genutzt werden. Bei den freiwilligen Anwendungen zur elektronischen Gesundheitskarte (§ 291a SGB V) ist eine Verwertung von Behandlungsdaten durch Krankenkassen ausdrücklich ausgeschlossen. Diese strenge und scharfe Trennung hat einen Grund: Administrative Daten sind für die gesetzliche Erfüllung der Aufgaben von Krankenkassen vollständig ausreichend. Eine Auswertung von Behandlungsdaten durch Kassen beschädigt das Patienten-Arzt-Vertrauen nachhaltig.

Zudem fordert der NAV-Virchow-Bund, dass jeder Patient zukünftig in Einverständniserklärungen detailliert aufgeklärt werden muss, was letztendlich mit seinen Daten passieren kann und was keinesfalls damit passieren darf.

Zudem müssen Patienten besser und umfassender über die Verwendung ihrer Daten informiert werden. Kein Patient weiß heute, dass seine vertraulichen Daten inzwischen bei den Kassen landen, und das oftmals auf völlig legale Weise.

„Krankenkassen entwickeln sich wie der Staat zum Vorratsdatenspeicher. Dabei ist der jetzt bekannt gewordene Skandal erst der Beginn einer Entwicklung, in deren Verlauf Krankenkassen immer mehr Einfluss auf das Behandlungsgeschehen nehmen wollen“, erklärt Dr. Bittmann. Dieser Umstand müsse den Patienten verdeutlicht werden, wenn sie erklären sollen, ihre Daten frei zu geben.

In diesem Zusammenhang fordert der NAV-Virchow-Bund zudem die Ausweitung persönlicher Haftung der Kassenvorstände bei entsprechendem Datenmissbrauch sowie eine drastische Verschärfung der entsprechenden Bußgeldvorschriften.

Prestige-Projekt aus Beitragsgeldern:

E-Card belastet den Gesundheitsfonds in Millionenhöhe

Nach den technischen Verzögerungen der elektronischen Gesundheitskarte verschlingt die Karte nun auch Mittel aus dem Gesundheitsfonds in Millionenhöhe: Rund 660 Millionen Euro aus dem Gesundheitsfonds sollen allein im Jahr 2009 in das Prestigeprojekt des Bundesgesundheitsministeriums fließen. Einen besonders dicken Schluck aus der Pulle genehmigt sich dabei die Betreibergesellschaft gematik. Ihr Etat soll in diesem Jahr dem Vernehmen nach um 30 Prozent steigen.

Nachdem durch technische Schwierigkeiten die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte weiterhin verschoben werden soll, wurde nun bekannt, dass die Kran-

kenkassen bei der Kalkulation des Beitragsatzes zum Gesundheitsfonds für 2009 rund 660 Millionen Euro für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte einplanen mussten. „Das entspricht der gesamten ambulanten Versorgung für Mecklenburg-Vorpommern“, rechnet der Bundesvorsitzende Dr. Klaus Bittmann vor. „Das sind Mittel, die der Versorgung der Kranken fehlen werden.“

Während die Krankenkassen vorrechnen würden, dass der Gesundheitsfonds nicht mehr für eine gute Versorgung der Menschen ausreiche, würden jetzt Beitragsgelder in ein Projekt mit unsicherem Ausgang gepumpt, so der Bundesvorsitzende. Eigentlich sollte die elektronische Gesundheitskarte seit 2006 bereits Realität sein, aber „chaotisches Projektmanagement und unausgeglichene Technik haben zu immer weiteren Verzögerungen geführt“, so Dr. Bittmann. Jetzt solle mit einem Millionen-Regen aus Fonds-Mitteln nachgeholfen werden.

Hauptprofiteur: die gematik. So meldet ein Fachinformationsdienst, dass der Etat der Betreibergesellschaft im laufenden Jahr um 30 Prozent auf 85 Millionen Euro zuzüglich Umsatzsteuer steigen soll.

„Stattdessen sollte das Geld besser in unterversorgte Gebiete fließen, um dort einem bestehenden und dem drohenden Ärztemangel entgegenzuwirken“, fordert Dr. Bittmann. Insbesondere auf dem Lande fehlten demnächst Haus- und Fachärzte. So gehen in den nächsten fünf Jahren nach Berechnungen der Bundesärztekammer rund 41.000 Ärzte in den Ruhestand, darunter etwa 15.000 Hausärzte.



Dr. Klaus Bittmann
Bundesvorsitzender

Datenskandal bei T-Mobile zeigt Risiken der E-Card mit Zentralservern

Mit Bestürzung nimmt der Landesverband Nordrhein des NAV-Virchow-Bundes, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, den neuerlichen Datenskandal zur Kenntnis, diesmal bei der Telekom-Tochter T-Mobile. Wie gemeldet wurde, ermittelt dort die Staatsanwaltschaft seit zwei Jahren wegen Diebstahls der Daten von 17 Millionen Kunden.

Zahlreiche Datenskandale wie zuletzt die unerlaubte Weitergabe von Versichertendaten durch die DAK, der Verlust von Bürgerdaten durch Kommunen und nun der Diebstahl der Daten von 17 Millionen Kunden bei T-Mobile: Was muss eigentlich noch alles passieren, bis die Bundesgesundheitsministerin auf die Einführung der unseligen elektronischen Gesundheitskarte in der bisherigen Form mit Speicherung der Versichertendaten auf Zentralservern verzichtet? Wer kann jetzt noch von „Sicherheit der gespeicherten Daten“ sprechen, ohne sich lächerlich zu machen?

Der Landesverband Nordrhein des NAV-Virchow-Bundes fordert die Bundesgesundheitsministerin eindringlich auf, endlich zusammen mit der Ärzteschaft eine Lösung zu erarbeiten, die dem grundgesetzlich garantierten informationellen Selbstbestimmungsrecht der Bürger gerecht wird. Dass es solche Lösungen gibt, hat der NAV-Virchow-Bund mit seinem Vorschlag nachgewiesen, anstelle der elektronischen Gesundheitskarte einen USB-Stick einzuführen, der jedem Versicherten zur Verfügung gestellt wird. Dass die IT-Branche an der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in der vorliegenden Form äußerst interessiert ist, kann und darf kein Grund dafür sein, im Gesundheitssystem den Datenschutz zu missachten.

Offener Brief zum Beschluss der gematik-Gesellschafterversammlung

Erfolg für NAV-Virchow-Bund: USB-Tests für die E-Card beschlossen

In einem Offenen Brief an die Bundesärztekammer gratuliert der Bundesvorsitzende des NAV-Virchow-Bundes, Dr. Klaus Bittmann, im Namen des Verbandes dieser „zu dem Ergebnis, dass die gematik die USB-Technologie als Speichermedium ergebnisoffen testet. Damit besteht erstmals die Chance, eine Alternative zu der aus unserer Sicht gefährlichen und patientenfeindlichen zentralen Speicherung zu entwickeln.“

Dieser Entschluss werde inhaltlich vom NAV-Virchow-Bund mitgetragen, sei er doch im Sinne des von ihm stets geforderten Daten- und Vertrauensschutzes gegenüber seinen Patientinnen und Patienten und damit elementare Grundlage ärztlichen Handelns, nämlich dem Erhalt des vertrauensvollen Arzt-Patienten-Verhältnisses. Dr. Bittmann stellt fest: „Mit dem Entschluss der Gesellschafterversammlung der gematik werden wichtige Beschlüsse des 111. Deutschen Ärztetages in Ulm umgesetzt, bei denen der NAV-Virchow-Bund die Freude hatte, mitwirken zu können.“ Hintergrund: Damit wird einer wesentlichen Forderung des letzten Deutschen Ärztetages Rechnung getragen, die ganz wesentlich auf die Initiative zahlreicher Funktionsträger im NAV-Virchow-Bund zurückzuführen ist.

Dr. Bittmann schreibt weiter, dass zentrale Intentionen dabei die Datenhoheit des Patienten seien, die dezentrale Speicherung von Behandlungsdaten am Entstehungsort – wie es inzwischen auch andere europäische Staaten praktizieren – und der technische Austausch der Daten auf höchstmöglichem Sicherheitsniveau.

Er findet jedoch auch mahnende Worte: „Allerdings ist der plötzliche Sinneswandel der gematik, angesichts bisheriger Spruchpraxis zur Integration von USB-Technologie, sehr kritisch zu hinterfragen. Die Zusammenhänge aus den Verzögerungen beim Roll-out der elektronischen Gesundheitskarte in Nordrhein und offensichtlichen Umstrukturierungen innerhalb der gematik erfordern auch zukünftig unsere höchste Aufmerksamkeit.“ Hintergrund: So verlautete bis vor Kurzem noch von Staatssekretär Klaus-Theo Schröder, dass die USB-Technologie kein Thema für die gematik sei.

Schließlich bietet Dr. Bittmann die Mithilfe seines Verbandes an: „Gerne sind wir bereit, in den Testregionen die ärztliche Mitwirkung bei der Testung der USB-Technologie zu unterstützen und bieten unsere kritische Begleitung des Projektes an.“ Sie seien insbesondere dankbar, dass die Bundesärztekammer offenbar eine stärkere Transparenz des Testgeschehens erreicht habe. „Wir hoffen dadurch auf eine offene Diskussion und schlussendlich Ergebnisse im Sinne unserer Patientinnen und Patienten“, so Dr. Bittmann.

Hansen konterkariert Ärztetagsbeschlüsse

Anlässlich der Erklärung des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein auf der Medica, mit dem Roll-out der elektronischen Gesundheitskarte in Nordrhein zu beginnen, wandte sich der Bundesvorsitzende des NAV-Virchow-Bundes in einem Offenen Brief an Dr. Leonard Hansen:

Sehr geehrter Herr Kollege Hansen,

mit gewisser Erschütterung verfolge ich die Akribie, mit der Sie möglichst zeitnah die flächendeckende Stationierung neuer Lesegeräte für die elektronische Gesundheitskarte in Nordrhein vorantreiben.

Unabhängig von den fragwürdigen Investitionskosten halte ich es geradezu für einen Skandal, dass Sie als KV-Vorsitzender stolz sind, Vorreiter für Fremdinteressen zu sein.

Die Beschlüsse des letzten Deutschen Ärztetages und das daraus resultierende Positionspapier der Bundesärztekammer werden durch Ihr Handeln konterkariert. Sie schaffen Fakten und Voraussetzungen für die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte und einer Datenvernetzungsstruktur, die weder in den Testregionen abschließend bewertet werden konnten, noch die breite Akzeptanz innerhalb der Ärzteschaft finden.

Sie treffen eine Fehlentscheidung und werden die Verantwortung hierfür tragen müssen.

Mit kritisch kollegialen Grüßen

Dr. med. Klaus Bittmann

Elektronische Gesundheitskarte

Ärztetag befürwortet Denkpause

Über die elektronische Gesundheitskarte (eGK) ist auch auf dem 112. Deutschen Ärztetag in Mainz wieder kontrovers diskutiert worden. Unter Federführung von Fritz Stagge, Mitglied im Bundesvorstand und in der Arbeitsgruppe „Elektronische Gesundheitskarte“ des NAV-Virchow-Bundes, wurden die Positionen des Verbandes erfolgreich in die Debatte eingebracht.

In ihrem Antrag (Drucksache VIII – 64) weisen die Ärztetagsdelegierten des NAV-Virchow-Bundes darauf hin, dass bislang keine positive Kosten-Nutzen-Kalkulation für die eGK vorliegt: „Nach wie vor ist nicht widerlegt, dass die Kosten für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in keinem Verhältnis zu dem sich abzeichnenden Nutzen stehen. Derzeit liegt der finanzielle Nutzen im Wesentlichen bei der Industrie.“ Überdies erfülle die Karte in ihrem derzeitigen Entwicklungsstand verschiedene gesetzliche und technologische Anforderungen nicht, so dass es notwendig sei, weitere technische Varianten – wie die USB-Technologie – ergebnisoffen in das Testprogramm der gematik aufzunehmen.

In einem weiteren von Fritz Stagge initiierten Antrag fordert der Deutsche Ärztetag die Krankenkassen auf, sicherzustellen, „dass die Fotos, die die Versichertenkarte schmücken sollen, tatsächlich den Versicherten darstellen“. Das Ärzteparlament befasste sich zudem mit dem geplanten Roll-out der eGK in der Region Nordrhein. Die Delegierten unterstützen den Appell von Bundesärztekammer-Präsident Hoppe nach einer Denkpause zur Konzeption der eGK. Des Weiteren empfehlen sie den Kollegen in der Region Nordrhein nicht, am freiwilligen Roll-out der eGK teilzunehmen. Da die bisherigen Testversuche keinen Hinweis auf einen unmittelbaren Nutzen geliefert hätten, sei die Ausgabe von elektronischen Gesundheitskarten in der derzeitigen wirtschaftlichen Situation nicht weiter zu forcieren, so der Deutsche Ärztetag.

Bundestag muss E-Card-Stopp beschließen

„Der Deutsche Bundestag muss ein Moratorium zur elektronischen Gesundheitskarte beschließen“, fordert der Bundesvorsitzende des Verbandes der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, Dr. Klaus Bittmann, am Vortag der Entscheidung im Deutschen Bundestag über einen gleichlautenden Antrag.

„Angesichts leerer Kassen, ein Übergreifen der Finanzkrise auf die Sozialsysteme sowie offener und schleichender Rationierung medizinischer Leistungen können wir uns ein solches Milliarden-Grab einfach nicht leisten.“

Die angespannte wirtschaftliche Lage wird die Sozialversicherungen noch mit Wucht treffen. Darum muss der Jahrmarkt der Eitelkeiten im deutschen Gesundheitswesen geschlossen werden. Die knappen Mittel werden anderswo dringender gebraucht“, erklärt Dr. Bittmann.

Der Deutsche Bundestag hatte über Anträge der FDP und Bündnis 90/Die Grünen zu beschließen (Bundestagsdrucksachen 16/11245 und 16/12289). Der FDP-Antrag fordert einen Stopp der elektronischen Gesundheitskarte.

„Das einstige Vorzeigeprojekt ‚Elektronische Gesundheitskarte‘ hat sich zum Fass ohne Boden entwickelt. Während die Wirtschaftskrise das ganze Land in Atem hält und unzählige Menschen um ihren Arbeitsplatz bangen, hat die Bundesgesundheitsministerin nichts Besseres zu tun, als ein fragwürdiges Projekt mit öffentlichen Geldern und gegen Widerstände von Patienten und Ärzten durchzupeitschen. Allein in diesem Jahr sollen 660 Millionen Euro aus dem Gesundheitsfonds in das Prestigeprojekt fließen – trotz klammer Sozialkassen, Rationierungsdebatte und fehlender Kosten-Nutzen-Analyse“, betont

Für dich und deine Gesundheit.

Die medizinische Erkenntnis ist unsere Leidenschaft. Gemeinsam mit unseren Partnern in Forschung und Wissenschaft, Ausbildung und Lehre helfen wir Millionen Menschen weltweit. Der medizinische Fortschritt verpflichtet, denn das Wichtigste ist die Gesundheit!



AVS 903 09 025

der Bundesvorsitzende. Insgesamt wird die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte nach einem von der gematik in Auftrag gegebenen Gutachten der Unternehmensberatung Booz-Allen-Hamilton rund 5,4 Milliarden Euro kosten.

Dr. Klaus Bittmann: „Wir sagen an dieser Stelle: Halt! Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte muss auf Eis gelegt werden, bis alle Zweifel ausgeräumt und andere Technologien ergebnisoffen geprüft worden sind.“

Angesichts der Krise fordern wir: Keine Experimente! Die elektronische Gesundheitskarte kann weder heilen, noch spart sie Geld. Sie kostet, und zwar zu Lasten der Kranken.“

Zum 112. Deutschen Ärztetag in Mainz veröffentlichte der NAV-Virchow-Bund erneut ein Positionspapier zur elektronischen Gesundheitskarte, das der Ärztetag schließlich beschloss:

Positionspapier zur Elektronischen Gesundheitskarte

In der medizinischen Versorgung der Bevölkerung steht das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient an zentraler Stelle. Es gilt nach wie vor uneingeschränkt der Artikel 1 Grundgesetz (die Würde des Menschen ist unantastbar). Für den Einsatz der Telematik im Gesundheitswesen ergibt sich daraus zwingend die Notwendigkeit, den Schutz der persönlichen medizinischen Daten und das informationelle Selbstbestimmungsrecht der Patienten zu sichern.

Außerdem hat die jüngste Vergangenheit gezeigt, dass der Vertrauensmissbrauch die zentrale Ursache für die derzeitige Finanzkrise ist. In Finnland werden die Sicherungsmechanismen des Datenschutzgesetzes



zes von NOKIA mit Geldzahlungen ausgehebelt und in Nordrhein verlangt die AOK den Verzicht auf die Freiwilligkeit für die Teilnahme der Ärzte am Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte.

Vor diesen Hintergründen ergeben sich aus Sicht des NAV-Virchow-Bundes Notwendigkeiten, seine zentralen Kritikpunkte an der elektronischen Gesundheitskarte generell und den bisherigen Ergebnissen des Prozesses ihrer Einführung berücksichtigend erneut adäquat zu artikulieren.

1. Trotz massivster Forderungen aus der Ärzteschaft – insbesondere auch durch die Beschlüsse des Deutschen Ärztetages – liegt weiterhin keinerlei Nachweis über Verbesserungen in der Wirtschaftlichkeit, der Transparenz oder der Qualität im Gesundheitswesen vor. Nach wie vor ist nicht widerlegt, dass die Kosten für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in keinem Verhältnis zu dem sich abzeichnenden Nutzen stehen. Derzeit liegt der finanzielle Nutzen im Wesentlichen bei der Industrie. Außerdem muss ein innovatives technologisches Konzept – wie die elektronische Gesundheitskarte – in diesen finanziellen Größenordnungen überzeugend sein, dass die Betroffenen freiwillig teilnehmen. Die zwanghafte Einführung eines derartigen Großprojektes präjudiziert das Scheitern.
2. Die bisher eingesetzte Technik der elektronischen Gesundheitskarte deckt nicht das breite Spektrum der zur Verfügung stehenden Möglichkeiten und Technologien ab. In dieser Tatsache ist auch begründet, dass die elektronische Gesundheitskarte in ihrem derzeitigen Entwicklungsstand folgende gesetzliche und technologische Anforderungen nicht erfüllt:
 - die im § 291a Sozialgesetzbuch V beschriebenen freiwilligen Funktionen

- die Möglichkeiten von Karten-Updates bei Weiterentwicklung der Karten-Software
- der Zugang zu freiwilligen, serverbasierten Anwendungen bei außerplanmäßigem Offline-Betrieb in der Praxis
- die Erstellung von elektronischen Rezepten für Heil- und Hilfsmittelverordnungen, Transportscheine, etc.

3. Den technologischen Entwicklungen folgend ist es notwendig, weitere technische Varianten in das Testprogramm der gematik aufzunehmen (USB-Technik), um die im Sozialgesetzbuch V gestellten Anforderungen zu erfüllen wie:
 - die Identitätsprüfung durch Lichtbild und Generierung eines Stammdatensatzes
 - die Bereitstellung eines Notfalldatensatzes
 - die Fixierung der Kassenzugehörigkeit und ggf. eines Zuzahlungsstatus
 - die Fixierung von Daten zur Arztabrechnung
 - die Implementierung des elektronischen Rezeptes

Die bisherigen Versuche der gematik, sich mit Alternativtechniken zu befassen belegen in keiner Weise, Bemühungen den entsprechenden Beschlüssen des Deutschen Ärztetages Rechnung zu tragen. Im Gegenteil, es drängt sich der Eindruck auf, die Versuche durch ungeeignete Versuchsanordnungen ins Leere laufen zu lassen.

4. Im Sinne der Transparenz und des Datenschutzes sind komplizierte und aufwendige Datentransfers bzw. Datenspeicherungen zu vermeiden. Nur so ist ein effektiver Datenschutz zu gewährleisten und die Gefahr des Datenmissbrauchs zu minimieren. Der Patient allein darf über den Umgang mit seinen Daten bestimmen. Möglichkeiten eventueller gesetzlicher Zugriffe – auch

nachträglich legitimierter – sind von Anfang an auszuschließen.

Auf Grundlage der dargestellten Sachverhalte fordert der NAV-Virchow-Bund:

1. Die Tests mit den von der gematik vorgegebenen, offensichtlich ungeeigneten Strukturen sind einzustellen.
2. Die Versuchsanordnungen müssen technik- und ergebnisoffen angelegt sein.
3. Eine zentrale Speicher-Systematik ist zu vermeiden. Bestehende Telematik-Anwendungen sind stattdessen fortzuentwickeln. So bieten sich beispielsweise die Lösungen in vielen Gesundheits-Netzen an.
4. Die erhobenen patientenbezogenen Daten sind Eigentum des Patienten. Der Patient hat das Recht,
 - jederzeit zu wissen, welche Daten wo gespeichert sind,
 - jederzeit Daten nicht speichern oder löschen zu lassen,
 - jederzeit Daten seinen Leistungserbringern zugänglich oder nicht zugänglich zu machen.
5. Die Erstellung einer Negativliste für genetisch bedingte Diagnosen. Derartige Diagnosen dürfen grundsätzlich nicht gespeichert werden.
6. Die Problematik des Kartenverlustes ist im Sinne des Datenschutzes zu lösen. Sie darf nicht als Vorwand für die Etablierung von Zentralservern missbraucht werden.

In einer Zeit, wo Tausende in Folge der Finanzkrise um ihre Arbeitsplätze und ihre Ersparnisse fürchten, ist es nicht hinnehmbar, dass das Vertrauen der Bürger über eine ungeeignete elektronische Gesundheitskarte erneut unzureichend geschützt bzw. neuen Gefährdungen ausgesetzt wird.

Niedergelassene Ärzte fordern Datenschutz-Paket für das Gesundheitswesen

„Wir befinden uns mitten im scheinweisen Abbau von Datenschutz und Bürgerrechten im Gesundheitswesen“, erklärt der Bundesvorsitzende des Verbandes der niedergelassenen Ärzte, Dr. Klaus Bittmann. Dazu gehöre zum einen der eingeschränkte Schutz von Ärzten bei Abhörmaßnahmen und Online-Razzien, wie es diese Woche der Deutsche Bundestag im BKA-Gesetz beschlossen hat. Parallel hierzu werde derzeit mit der elektronischen Gesundheitskarte der Aufbau einer riesigen zentralen Datensammelstelle für Patientendaten vorangetrieben.

„Wir befinden uns in einem schleichenden Prozess des Übergriffes der ‚Krake Staat‘ auf das Gesundheitswesen. Die Datensammelwut des Staates ist mit Videoüberwachung, Vorratsdatenspeicherung und der lebenslangen Steuernummer längst erkennbar. Der Weg zum Überwachungsstaat ist beschritten. Jetzt wird auch das Gesundheitswesen davon erfasst“, stellt der Bundesvorsitzende des NAV-Virchow-Bundes fest.

Daher fordert der Verband der niedergelassenen Ärzte ein umfangreiches Datenschutz-Paket für das Gesundheitswesen. In einer konzertierten Aktion sollen Datenschützer, Ärzte und Patientenvertreter gemeinsam Konzepte zum Erhalt von Vertrauensschutz und Datensicherheit im Gesundheitswesen erarbeiten.

Hierzu gehöre aus Sicht von Dr. Bittmann der Verzicht auf eine zentrale Speichersystematik für Patientendaten bei dem Projekt der elektronischen Gesundheitskarte. Ziel sei die dezentrale Speicherung am Ursprungsort der Datenerhebung und die Datenhoheit des Patienten.

„Behandlungsdaten von Patienten dürfen das Arzt-Patienten-Verhältnis nicht verlassen. Angesichts von Datenskandalen, mit sorglosem, fahrlässigem oder kriminelltem Umgang mit Daten, wäre selbst eine geringfügige Panne mit Patientendaten ein derart gravierender Vertrauensverlust, dass sinnvolles und wirksames ärztliches Handeln in Frage gestellt würde“, befürchtet Dr. Bittmann. Daher muss auch den Krankenkassen die Verwendung von Patientendaten außerhalb von Abrechnungszwecken strikt untersagt werden:

„Auf das Verhältnis zwischen Arzt und Patient darf kein Dritter Einfluss nehmen – schon gar nicht eine Krankenkasse mit ihren meist ökonomischen Interessen.“

Weiterhin müssten Ärzte vor Abhörmaßnahmen, Online-Razzien und der Vorratsdatenspeicherung geschützt werden. Hier müssen die Rechte von Ärzten denen von Priestern und Strafverteidigern gleich gestellt werden, so der Bundesvorsitzende: „Ärzte sind keine Berufsgeheimnisträger zweiter Klasse!“

„Das Arzt-Patienten-Verhältnis erfordert einen besonders geschützten Raum.

Diesen muss der Staat sichern und keinerlei andere Interessen – wie das der inneren Sicherheit oder der Finanzierbarkeit der Sozialsysteme als vermeintlich höhere Rechtsgüter – stärker werten. Deshalb gehören das Aussageverweigerungsrecht des Arztes und das Recht auf Unversehrtheit – insbesondere die Abhörsicherheit – der Arztpraxis zu den elementaren Bürgerrechten des Arztes, aber auch des Patienten“, unterstreicht Dr. Bittmann.



Stephan Kraft
Stellv. Bundesvorsitzender

KVen vom Körperschaftsstatus befreien

NAV-Virchow-Bund legt Positionspapier zur Zukunft des KV-Systems vor

Der Bundesvorstand des NAV-Virchow-Bundes hat gemeinsam mit den Vorsitzenden der Landesverbände ein Positionspapier zur Zukunft des KV-Systems verabschiedet. Der Verband spricht sich darin für eine Neugestaltung der Wettbewerbsordnung in der ambulanten Versorgung, die Weiterentwicklung eines Nebeneinanders von Kollektiv- und Selektivverträgen sowie die Befreiung der Kassenärztlichen Vereinigungen vom Körperschaftsstatus aus. Durch diese Maßnahmen sollen die niedergelassenen Ärzte einen Teil ihrer Freiberuflichkeit zurückbekommen und die Chance auf eine angemessene Vergütung erhalten.

Der Verband warnt davor, aus Loyalität zum heutigen KV-System revisionär die bestehende Entwicklung auszublenden, da der Verlust des Sicherstellungsmonopols und der schwindende honorar- und strukturpolitische Gestaltungsspielraum aus der ärztlichen Selbstverwaltung eine staatsuntergeordnete Behörde gemacht hätten. „Die politisch intendierte und historisch gewachsene Zwitterrolle der KVen aus staatlichem Ausführungsorgan einerseits und ärztlicher Interessenvertretung andererseits ist den aktuellen Herausforderungen einer modernen medizinischen und patientengerechten Versorgung in einem unterfinanzierten System nicht mehr gewachsen“, betonen die niedergelassenen Ärzte. In der momentanen Umbruchsituation werde ein bisher geschütztes Spielfeld in großen Teilen den Kräften des freien Marktes überlassen. „Ein Verband, der die Interessen der niedergelassenen Ärzte vertritt, hat bei diesen Rahmenbedingungen neue Aufgaben und Herausforderungen“, heißt es in dem Papier. Deshalb müsse er die Optionen für neue Vertrags- und Versorgungskonzepte im Sinne der Mitglieder und der Ärzteschaft nutzen.

Der NAV-Virchow-Bund fordert die Umsetzung einer frei verhandelten, betriebswirtschaftlich kalkulierten, regionalen Gebührenordnung mit dem Ziel, die Leistungsfähigkeit der ambulanten Medizin realistisch abzubilden und die wohnortnahe ambulante Versorgung zu erhalten. Parallel dazu soll ein sozial gestaltetes Kostenerstattungssystem eingeführt werden, um die Krankenversicherung als solidarisches und freiheitliches System zu bewahren und zukunftsfähig auszugestalten. Dabei sind verschiedene Abrechnungssysteme denkbar:

- die Direktabrechnung zwischen Arzt und Patient (wie im heutigen PKV-System),
- die Direktabrechnung zwischen Arzt und Krankenkasse mit Rechnungslegung zur Kenntnis des Patienten.

Ziel ist es, Transparenz über die erbrachte Leistung und das dafür berechnete Geld herzustellen.

Für die Kassenärztlichen Vereinigungen fordern die niedergelassenen Ärzte die Befreiung vom Körperschaftsstatus. Nur so seien sie in der Lage, bei der Verhandlung regionaler Gebührenordnungen wieder originäre Interessenvertretung der Ärzteschaft zu übernehmen. Die derzeitigen standespolitischen Aktivitäten des KV-Systems seien rückwärtsgewandt und würden die Realitäten im Gesundheitssystem verkennen. „Die KVen sind aktuell auf die Rolle des Mangelverwalters reduziert“, kritisiert der NAV-Virchow-Bund. Obwohl die niedergelassenen Ärzte in den letzten Jahren immer mehr Verantwortung übernommen hätten, sinke der Anteil der Mittel für die ambulante Versorgung kontinuierlich. Im Ergebnis behandelten einige Arztgruppen ihre Patienten heute für den Gegenwert eines Friseurbesuchs ein Quartal lang bei nahezu unbegrenztem Leistungsversprechen.

Das Positionspapier im Wortlaut:

Die Zukunft des KV-Systems Positionen des NAV-Virchow-Bundes

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) der Länder als Körperschaften Öffentlichen Rechts dienen der Selbstverwaltung der niedergelassenen Ärzteschaft mit klar umschriebenen Aufgaben im Sozialgesetzbuch unter Aufsicht der Aufsichtsbehörden der Länder.

Die Körperschaft der Körperschaften auf Bundesebene mit zentralen Aufgaben ist die Kassenärztliche Bundesvereinigung.

Um den einzelnen Arzt vor Willkür der Krankenkassen zu schützen und zur Sicherung des sozialen Friedens zwischen Ärzteschaft und Kostenträgern, wurden die KVen als staatsuntergeordnete Organisationen im Gesetz verankert, erhielten aber auch Aufgaben und Pflichten zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung mit Kontrolle und Gewährleistung ordnungsgemäßer Umsetzung des Leistungsgeschehens – zugleich verlor die niedergelassene Ärzteschaft jedoch das Streikrecht.

Diese Rolle der KVen wurde vom NAV-Virchow-Bund und den freien ärztlichen Verbänden von Anbeginn mitgetragen. Die hoheitliche Funktion war für die niedergelassene Ärzteschaft und für die Gesellschaft der gesetzlich Krankenversicherten segensreich und sinnvoll.

Die Aufgabe der freien Verbände war fortan begrenzt auf berufspolitische Interessenvertretung und Praxisdienstleistung.

Wo stehen wir heute?

Mit wachsender Energie hat die deutsche Sozialpolitik über Kostendämpfungsgesetze und strukturelle Eingriffe in die Selbstverwaltung die KVen umgeformt – aus ärztlicher Selbstverwaltung wurde zunehmend eine staatsuntergeordnete Behörde.

Ohne auf die jeweiligen Inhalte und Konsequenzen der immer schneller gestrickten „Gesundheitsreformen“ einzugehen, erreichte der Fortgang zentraler staatlicher Einflussnahme seinen vorläufigen Höhepunkt im Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) von 2004 und dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vom 1. April 2007. Das KV-System hat das Sicherstellungsmonopol verloren und sowohl auf Landes- wie auf Bundesebene honorar- und strukturpolitisch kaum Gestaltungsspielraum. Die niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzte als Pflichtmitglieder dieser Körperschaften sollen sich einerseits freiberuflich dem Wettbewerb stellen, sind aber andererseits von einem KV-Apparat abhängig, der durch Sozialgesetz die Prinzipien der Freiberuflichkeit einschränken und begrenzen muss. Symptomatisch wird dies aktuell an einer Honorarreform erkennbar, die quer durch die ärztlichen Gruppierungen Unverständnis und Zorn gegen die eigene, mehr oder weniger hilflose Selbstverwaltung ausgelöst hat.

Auch wenn die Ursachen in der Gesetzgebung zu finden sind, ist die Tatsache unverkennbar, dass wir es heute mit einem KV-System zu tun haben, dem das Alleinvertretungsrecht und eine die Ärzteschaft behütende Funktion genommen wurde und das mitten in einen geöffneten Wettbewerb gerät, welcher sich innerhalb der ambulanten Versorgung, zwischen ambulanter und stationärer Versorgung und zwischen den Kostenträgern um zukunftsfähige Versorgungskonzepte abspielt.

Wie positioniert sich der NAV-Virchow-Bund?

Wir befinden uns in einer massiven Umbruchsituation unseres Gesundheitssystems. Im Gesundheitsmarkt und auch in der Gesetzlichen Krankenversicherung etablieren sich neue Kartelle zur Wertschöpfung aus den verfügbaren Finanzmitteln der medizinischen Versorgung. Ein

bisher geschütztes Spielfeld wird in großen Teilen den Kräften des freien Marktes überlassen. Wie auch immer dies ausgeht und ob dies richtig ist, scheint zur Zeit ohne Bedeutung. Ein Verband, der die Interessen der niedergelassenen Ärzteschaft vertritt, hat bei diesen Rahmenbedingungen neue Aufgaben und Herausforderungen. Es wäre falsch, aus Loyalität zu dem heutigen KV-System revisionär die bestehende Entwicklung auszublenden. Im geöffneten und noch nicht geordneten Markt der Gesundheitsversorgung richtet sich aktives Handeln und die Intention einer Mitgestaltung nicht gegen die Körperschaften. Diese sind jedoch ungeeignet und in unsicher-fragilem Zustand für die uns aufgezwungene neue Welt.

Neben den bekannten Positionen des NAV-Virchow-Bundes, die heute aktueller denn je sind – wie zum Beispiel Förderung fachübergreifender Gemeinschaften, Forderung des Kostenerstattungsprinzips und Entbürokratisierung – muss der Verband auch mit anderen Verbänden die Optionen für neue Vertrags- und Versorgungskonzepte im Sinne der Mitglieder und der Ärzteschaft nutzen! Wenn der Gesetzgeber unumstößlich die hausarztzentrierte Versorgung fordert und Selektivverträge in die Hand ärztlicher Gemeinschaften außerhalb des KV-Systems entlässt, so haben wir uns – wo immer möglich – daran zu beteiligen oder dieses Feld zu besetzen. Einziges Motiv hierbei ist: Beachtung der Interessen der beteiligten Ärztinnen und Ärzte. Zielsetzung: fachübergreifende Versorgungsverträge zum Erhalt freier ärztlicher Praxen und einer Patientenbetreuung in ärztlicher Verantwortung.

Diese Rechte und Pflichten liegen (leider) nicht mehr allein bei den KVen – deshalb müssen wir handeln, mit gleich gesinnten Partnern.

Zukunft der ambulanten Medizin – Zukunft der KV

Die politisch intendierte und historisch gewachsene Zwitterrolle der KVen aus staatlichem Ausführungsorgan einerseits und ärztlicher Interessenvertretung andererseits ist den aktuellen Herausforderungen einer modernen medizinischen und patientengerechten Versorgung in einem unterfinanzierten System nicht mehr gewachsen. Die KVen sind aktuell auf die Rolle des Mangelverwalters reduziert. Die so entstehenden Dumpingpreise für ambulante medizinische Leistungen dokumentieren die Verwerfungen bei der Gesamtverteilung der Mittel im Gesundheitswesen zu Lasten der niedergelassenen Ärzte: Dem System der Gesetzlichen Krankenversicherung stehen rund 230 Milliarden Euro zur Verfügung, aber der Anteil für die ambulante Versorgung sinkt seit Jahren kontinuierlich. Gingen vor zehn Jahren noch 17,4 Prozent an niedergelassene Ärzte, sind es heute nur mehr 15 Prozent. Demgegenüber stieg im gleichen Zeitraum der Anteil der Arzneimittelausgaben von 13,9 auf 18,2 Prozent. Der Block der Krankenhauskosten liegt aktuell bei 32,7 Prozent. Dabei haben niedergelassene Ärzte in den letzten Jahren immer mehr Verantwortung übernommen: Stichworte hierfür sind der Vorzug von ambulanter vor stationärer Behandlung, die Förderung von ambulanten Operationen, der stetig steigende medizinische Fortschritt, die Bedeutung der Prävention und eine älter werdende Gesellschaft. Im Ergebnis behandeln einige Arztgruppen heute ihre Patienten für den Gegenwert eines Friseurbesuches ein Quartal lang bei nahezu unbegrenztem Leistungsversprechen.

Zur Abbildung der Leistungsfähigkeit der ambulanten Medizin und für den Erhalt einer wohnortnahen ambulanten Versorgung muss deshalb eine frei verhandelte, betriebswirtschaftlich kalkulierte **regionale Gebührenordnung** mit Einführung eines **dualen Kostenerstattungssystems** im

Kollektivvertrag umgesetzt werden. Die Kostenerstattung kann zum einen in Form der Direktabrechnung mit dem Patienten nach Gebührenordnung bei zeitgleicher Versicherung über einen Kostenerstattungs-Wahltarif (§ 53 SGB V, mit der Möglichkeit eines sozial gestaffelten Selbstbehaltes) der Gesetzlichen Krankenkasse erfolgen. Alternativ ist die Kostenerstattung für Nicht-Wahltarif-Versicherte oder sozial Schutzbedürftige direkt zwischen Arzt und Krankenkasse mit Rechnungslegung zur Kenntnis des Patienten. Damit entsteht Transparenz über die erbrachte Leistung und das dafür berechnete Geld. So wird **die Krankenversicherung als solidarisches und soziales System erhalten** und zukunftsfähig ausgestaltet, indem einerseits der Schutz der Bedürftigen bestehen bleibt und andererseits die Eigenverantwortung der Leistungsfähigen gestärkt wird. Zugleich wird die Kostenerstattung (§ 13 SGB V) auch für den Arzt wählbar.

Die KVen werden von ihrem Körperschaftsstatus befreit und bieten ihre Abrechnungskompetenz für kollektiv- wie selektivvertragliche Versorgung im freien Wettbewerb mit anderen Abrechnungsdienstleistern an. KVen können bei der Verhandlung regionaler Gebührenordnungen in der kollektivvertraglichen Versorgung wieder originäre Interessenvertretung der Ärzteschaft übernehmen.

Die KVen entwickeln ihre bisherigen Aufgabengebiete im Bereich der Qualitätssicherung der ambulanten Medizin sowie bei der Schaffung und Umsetzung von Standards, beispielsweise bei der Zertifizierung von Praxissoftware, weiter.

Durch diese Neugestaltung der Wettbewerbsordnung in der ambulanten Versorgung, die Weiterentwicklung eines Nebeneinander von Kollektiv- und Selektivverträgen und die Befreiung der KVen vom Körperschaftsstatus erhalten die niederge-

lassenen Ärzte wieder einen Teil ihrer Freiberuflichkeit zurück und haben die Chance auf eine angemessene Vergütung, die ihre Leistungsfähigkeit, aber auch ihr wirtschaftliches Risiko und ihr Investitionsengagement berücksichtigt.

Denn schließlich sind die niedergelassenen Ärzte in Deutschland mit ihren rund 95.000 Praxen selbstständige Unternehmer, Teil des Mittelstandes und beschäftigen fast eine halbe Millionen Arzthelferinnen und Arzthelfer.

NAV-Virchow-Bund: Ambulante Versorgung am Abgrund: Systemwandel jetzt!

Zu den bundesweiten Protesten von Ärzten gegen die neue Honorierung durch die Gesundheitsreform erklärt der Bundesvorsitzende des Verbandes der niedergelassenen Ärzte, NAV-Virchow-Bund, Dr. Klaus Bittmann:

„Mit den heutigen Protesten in allen Regionen Deutschlands klären wir die Patienten auf, wie wenig Politik und Krankenkassen die medizinische Versorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzten inzwischen wert ist.

Durch das neue Honorarsystem wird erstmals deutlich, dass in der ambulanten Versorgung seit Jahren staatlich organisiertes Preisdumping betrieben wird.

Die durch die Gesundheitsreform veranlasste neue Honorarordnung hat endlich zutage gebracht, was ambulante Versorgung den Kassen wert ist: Für den Gegenwert eines Friseurbesuches behandeln einige Arztgruppen ihre Patienten ein Quartal lang bei nahezu unbegrenztem Leistungsversprechen. Für dieses Honorardumping sind die Kassenärztlichen Vereinigungen als Vollstrecker der Gesundheitspolitik aus dem Hause Ulla Schmidt genauso

verantwortlich wie die Politik selbst, die diese Rahmenbedingungen geschaffen und um deren Konsequenzen gewusst hat.

Ausweg aus dieser fatalen Fehlentwicklung, die die gesamte ambulante Versorgung gefährden kann, ist der Weg in eine betriebswirtschaftlich kalkulierte Gebührenordnung, mit der die niedergelassenen Ärzte direkt mit den Krankenkassen oder den Patienten abrechnen, das so genannte Kostenerstattungs-Verfahren, mit Beachtung einer sozialen Absicherung. Damit wird das Morbiditätsrisiko endgültig an die Krankenkassen übertragen, der Patient erhält Transparenz des Leistungsgeschehens und für den Arzt wird die Möglichkeit einer leistungsgerechten Entlohnung gegeben.

Fakt ist: dem System der Gesetzlichen Krankenversicherung stehen rund 230 Milliarden Euro zur Verfügung. Doch der Anteil, der davon die ambulante Versorgung erreicht, sinkt seit Jahren kontinuierlich. Gingen vor zehn Jahren noch 17,4 Prozent an die niedergelassenen Ärzte, sind es heute nur mehr 15 Prozent. Demgegenüber stieg im gleichen Zeitraum der Anteil der Arzneimittelausgaben von 13,9 auf 18,2 Prozent. Der Block der Krankenhauskosten liegt aktuell bei 32,7 Prozent.

Dabei haben niedergelassene Ärzte in den letzten Jahren immer mehr Verantwortung übernommen: Stichworte hierfür sind der Vorzug von ambulanter vor stationärer Behandlung, die Förderung von ambulanten Operationen, der stetig steigende medizinische Fortschritt und eine älter werdende Gesellschaft.

Diese Kluft aus Mehrarbeit bei gleichzeitiger finanzieller Stagnation haben die Ärzte in der Vergangenheit durch kostenlose erbrachte Leistungen und mit großer Bereitschaft zur Selbstaussbeutung in Verantwortung gegenüber dem Patienten überbrückt.

Nebenbei sei bemerkt, dass es sich bei der Honorierung des Arztes nicht um sein Einkommen handelt. Die niedergelassenen Ärzte in Deutschland sind mit ihren rund 95.000 Praxen selbständige Unternehmer, Teil des Mittelstandes und beschäftigen fast eine halbe Millionen Arzthelferinnen und Arzthelfer.“

Korrektur der Honorarreform

Eine Missgeburt bleibt eine Missgeburt

Als „bloße Kosmetik“ hat der Bundesvorsitzende des NAV-Virchow-Bundes, Dr. Klaus Bittmann, die Nachjustierung der ärztlichen Honorarreform durch den Bewertungsausschuss bezeichnet. Wieder seien nur kleinste Details einer verkorkten Reform geglättet und die Hoffnungen der Ärzte enttäuscht worden. „Eine Missgeburt bleibt eine Missgeburt“, kritisiert Dr. Bittmann die marginalen Nachbesserungen.

Der Bewertungsausschuss hatte im April einen kostenneutralen Neuzuschnitt der Honorarverteilung beschlossen. Durch die zum 1. Juli in Kraft tretende Reform der Reform werden bestimmte Leistungen aus dem Regelleistungskatalog herausgenommen und mit Zuschlägen vergütet, während an anderer Stelle gespart wird. Zu den Gewinnern zählen unter anderem die Psychiater, die Gesprächs- und Betreuungsleistungen jetzt zu besseren Bedingungen abrechnen können. Überdies hat das aus Ärzte- und Kassenvertretern bestehende Gremium die Regelleistungsvolumina für bestimmte ärztliche Kooperationen neu definiert. „Es wird zwar eine Fachgruppe besser bewertet, dafür wird anderen Fachgruppen etwas weggenommen. Unterm Strich bleibt alles ein Nullsummenspiel“, urteilt Dr. Bittmann. Das bisherige KV-System mit einer intransparenten Verteilung der Mittel innerhalb eines budgetierten und unterfinanzierten Systems sei am

Ende angelangt. Ausweg aus der Misere sei allein eine betriebswirtschaftlich kalkulierte Gebührenordnung.

Der Bundesvorsitzende betont, dass für einzelne Fachgruppen weiterhin die Notwendigkeit bestehe, jetzt mit den Krankenkassen Einzelverträge abzuschließen. „Dafür haben NAV-Virchow-Bund, MEDI Deutschland und der Bundesverband der Ärztgenossenschaften die vertragsfähige Genossenschaft BVMG gegründet, die derzeit in Kooperation mit dem Hausarztverband Selektivverträge mit Facharztgruppen verhandelt“, so Dr. Bittmann.

112. Deutscher Ärztetag in Mainz

Erfolg für Delegierte des NAV-Virchow-Bundes

Die Delegierten des NAV-Virchow-Bundes zum 112. Deutschen Ärztetag konnten in diesem Jahr zahlreiche Erfolge für sich verbuchen: Die von ihnen eingebrachten Anträge wurden vom Ärzteparlament überwiegend angenommen. Dabei deckten sie ein breites Themenspektrum – von der Gendiagnostik über die elektronische Gesundheitskarte bis hin zum Bologna-Prozess – ab.

Auf Initiative von Dr. Enno Giencke forderten die Delegierten Fritz Stagge, Dr. Martin Junker und Matthias Seusing die ärztlichen Selbstverwaltungsorgane auf, sich umgehend mit den Vorschriften des Gendiagnostikgesetzes zu befassen. „Das Gesetz wirkt direkt auf das Arzt-Patienten-Geheimnis. Daher muss es sich aus der ärztlichen Verantwortung heraus im Einklang mit der übrigen Gesetzgebung, auch mit der Sozialgesetzgebung, befinden. Widersprüche müssen aufgezeigt und verhindert werden“, heißt es in dem Antrag, der vom Ärztetag angenommen wurde.

Fritz Stagge, Mitglied im Bundesvorstand des NAV-Virchow-Bundes, hat gemeinsam mit dem Delegierten Dr. Adib Harb einen differenzierten Antrag zum Bologna-Prozess – also zur Einführung von Bachelor- und Masterstudiengängen in der Medizin – eingebracht. Darin fordern sie den deutschen und den europäischen Gesetzgeber auf, sicherzustellen, dass nur ein Masterabschluss in Verbindung mit einem Staatsexamen zur ärztlichen Approbation und Behandlung von Patienten berechtigt. Dieser Entschließungsantrag wurde zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen. Einem Antrag des stellvertretenden Vorsitzenden der Landesgruppe Westfalen-Lippe, Dr. Martin Junker, stimmten die Delegierten zu. Kernaussage: Der 112. Deutsche Ärztetag lehnt die Umsetzung des Bologna-Prozesses für das Medizinstudium ab!

Bundesvorstandsmitglied Stagge setzte sich auf dem 112. Deutschen Ärztetag ferner für den medizinischen Nachwuchs ein. So stimmten die Delegierten seiner Forderung nach einer Verbesserung der Ausbildungsbedingungen und -qualität im Praktischen Jahr zu. Auch sein Antrag, die Weiterbildungsmöglichkeiten angesichts des drohenden Hausärztemangels durch die Gründung regionaler Weiterbildungsverbünde für Allgemeinmedizin zu verbessern, wurde angenommen. Stagges Vorschlag, einen automatischen Inflationsausgleich in die ärztliche Gebührenordnung aufzunehmen, wurde gemeinsam mit der Forderung nach einer Stärkung des Kostenerstattungsprinzips an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen.

Das Beschlussprotokoll des 112. Deutschen Ärztetages kann im Internet unter www.baek.de abgerufen werden.

Bundeshauptversammlung

Die fragwürdige Sicherheit eines ungeliebten Kindes

Öffentliche Veranstaltung des NAV-Virchow-Bundes zur elektronischen Gesundheitskarte

Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) birgt zwar viele datenschutzrechtliche Risiken – angesichts der aber ohnehin bevorstehenden „Elektronisierung“ der Datenströme im Gesundheitswesen ist sie wahrscheinlich dennoch eines der sichersten Instrumente. Zu dieser ernüchternden Feststellung kamen die Teilnehmer einer Podiumsdiskussion anlässlich der Bundeshauptversammlung des NAV-Virchow-Bundes. Ein geliebtes Kind ist die eGK trotzdem nicht.

Es war ein ausgesprochen prominent besetztes Podium, das der NAV-Virchow-Bund bei der öffentlichen Veranstaltung zu seiner Bundeshauptversammlung in Berlin präsentierte. Neben dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz, Peter Schaar, konnte der Verband den Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Versicherte und Patienten (DGVP), Wolfram-Arnim Candius, und Dr. Franz-Joseph Bartmann, den Vorsitzenden des Ausschusses Telematik der Bundesärztekammer, dazu gewinnen, über die Vorzüge und vor allem die Nachteile der elektronischen Gesundheitskarte zu diskutieren. „Stargast“ war aber ohne Frage Sabine Leutheusser-Schnarrenberger. Die stellvertretende Vorsitzende der FDP-Fraktion im Deutschen Bundestag ist für ihre konsequente Haltung in Punkto Datenschutz und Freiheitsrecht der Bürger bekannt. Aufgrund des von ihrer eigenen Partei mitgetragenen „Großen Lauschangriffs“ trat sie aus Protest 1996 von ihrem Amt als Bundesjustizministerin zurück. Seitdem engagiert sich Frau Leutheusser-Schnarrenberger weiterhin ambitioniert für

den Datenschutz. Sie warnt vor einem staatlichen „Speicherwahn“, der in den Überwachungsstaat führt. Dementsprechend intensiv begleitet sie auch die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte.

Gratwanderung zwischen innerer Sicherheit und Datenschutz

Den Titel ihres Impulsreferates zum Thema „Vertrauensschutz – Datensicherheit – informationelle Selbstbestimmung“ bezeichnete sie selbst als beispielhaft für die Gratwanderung, die unsere Gesellschaft im Spannungsfeld zwischen innerer Sicherheit auf der einen und Grund- und Freiheitsrechten auf der anderen Seite derzeit geht. Zudem sei das Thema angesichts des kurz zuvor beschlossenen BKA-Gesetzes, das weitreichende Einschnitte in die Bürgerrechte ergeben habe, hochaktuell.

Wie sehr immer wieder auch und gerade die Ärzte zu Opfern der seit dem 11. September nahezu überbordenden neuen Sicherheitsgesetze wurden, zeige auch das Telekommunikationsüberwachungsgesetz. Es sei überhaupt nicht nachvollziehbar, dass Abgeordnete, Geistliche und Strafverteidiger mehr Schutzrechte genießen als Ärzte, Journalisten und Rechtsanwälte, meinte Frau Leutheusser-Schnarrenberger unter dem lebhaften Beifall des Auditoriums. Hier habe die verfassungsrechtlich gebotene Verhältnismäßigkeitsprüfung versagt. Es sei eben nicht einsehbar, dass die ärztliche Schweigepflicht ein geringeres Rechtsgut sei als das Recht des Staates auf Informationen zum Schutz von Leib und Leben.

Nicht alles, was verfassungsrechtlich möglich ist, sei auch politisch klug. Hier wäre der einheitliche Schutz aller betroffenen Berufsgruppen weitaus besser gewesen, meinte die ehemalige Bundesjustizministerin, die daran erinnert, dass derart weitreichende Einschnitte in das Recht auf die informationelle Selbstbestimmung noch

nicht einmal in der Zeit gefordert worden seien, als Deutschland im eigenen Land durch die Rote-Armee-Fraktion vom Terrorismus unmittelbar und erfahrbar bedroht wurde.

„Der Schutz der Patientendaten hat absoluten Vorrang“, erklärte Leutheusser-Schnarrenberger. Denn mit diesen könne man nicht wirklich Sicherheitslücken schließen. Datenschutz sei auch keine bloße Behinderung staatlichen Handelns oder gar Täterschutz. Er sei vielmehr die unabdingbare Voraussetzung dafür, dass sich der einzelne Bürger unter dem Schutz einer freiheitlich-demokratischen Grundordnung frei entfalten könne.

Karten-Gegner wollen nicht in die Steinzeit zurück

Und hier sah die Referentin auch einen direkten Bezug zur elektronischen Gesundheitskarte. Sie verwahrte sich gegen den oft geäußerten Vorwurf, dass die Gegner der Karte in die Daten-Steinzeit zurück wollten. Die Befürworter müssten sich vielmehr selbst den Vorwurf gefallen lassen, dass sie das Projekt auf den Weg gebracht hätten, ohne sich über dessen Auswirkungen im Klaren zu sein. Immerhin habe es bislang keine Datensammlung mit so persönlichen Informationen gegeben.

Frau Leutheusser-Schnarrenberger erinnerte auch daran, dass bei den ersten Überlegungen zur eGK primär ökonomische Aspekte wie die Abschaffung des Missbrauchs der alten Krankenversichertenkarte im Vordergrund standen. „Um solchen Missbrauch zu vermeiden, braucht man die eGK in dieser Form aber nicht“, erklärte sie. Zudem bezweifelte sie das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Karte, das auch bei den Koalitionsverhandlungen zwischen CSU und FDP in Bayern eine zentrale Rolle gespielt hätte.

Als Konfliktfeld führte sie vor allem die Frage an, ob die Daten auf einen zentralen



Sabine Leutheusser-Schnarrenberger und Dr. Klaus Bittmann wiesen auf der Bundeshauptversammlung des NAV-Virchow-Bundes deutlich auf die Gefahren der eGK hin
Fotos: Pietschmann/NAV-Virchow-Bund



Großen Beifall zur gelungenen Veranstaltung zollten auch Dr. Veit Wambach (links), Landesvorsitzender Bayern und Dr. Erwin Hirschmann (rechts), Ehrenvorsitzender



Von links nach rechts: Dr. Franz-Joseph Bartmann, Sabine Leutheusser-Schnarrenberger, Dr. Klaus Bittmann, Peter Schaar, Wolfram-Arnim Candidus

Server oder auf vielen dezentralen Servern gespeichert würden. Nach ihrer Meinung ist die dezentrale Speicherung zwingende Voraussetzung für die Akzeptanz der Karte beim Patienten. Denn dieser muss der Speicherung seiner Daten zustimmen. Das würden aber viele Bürger bei einer zentralen Speicherung wegen der Gefahr des Missbrauchs nicht tun.

Eine Karte mit unvollständigen Daten sei aber weitgehend nutzlos, da damit zum Beispiel auch keine Doppeluntersuchungen vermieden würden. Allein aufgrund der Sorgfaltspflicht müsse so vielmehr jeder Arzt den Patienten aufs Neue komplett untersuchen. „Bevor nicht alle diese Fragen geklärt sind, darf die Karte nicht starten“, erklärte Frau Leutheusser-Schnarrenberger. Auf keinen Fall eigne sie sich als Prestigeobjekt vor der Wahl. Dies umso mehr als die Gefahr des Datenmissbrauchs ja nicht unbegründet sei. „Wenn Daten, wie zum Beispiel Gen-Informationen, vorliegen, gibt es immer Akteure, die sie auch haben wollen.“ Aus den Erfahrungen des Großen Lauschangriffs sollte man zur Genüge gelernt haben. Ein weiteres derartiges Projekt dürfe es nicht geben.

Maximum an Datenschutz und Sicherheit?

Demgegenüber warb Peter Schaar darum, die eGK nicht isoliert von der technologischen Entwicklung zu betrachten. Grundsätzlich seien in der Arztpraxis auch Tech-

nologien wie W-Lan oder sogar das Internet insgesamt kritisch. Zudem müsse man bedenken, dass bereits so „seriöse Gesundheitsunternehmen wie Google“ elektronische Gesundheitsakten anbieten. „Wir befinden uns auf einem Marathonlauf, von dem niemand weiß, wie lang der Weg ist und wann das Ziel erreicht wird“, meinte Schaar, der sich ebenfalls klar gegen einen „zentralen Mega-Speicher“ aussprach. Derzeit sei die eGK unter dem Blickwinkel des Datenschutzes in Ordnung. Dies sei aber nur unter der jetzigen Gesetzeslage der Fall. Sobald sich diese ändere, bestehe sofort Gefahr für die Datensicherheit. Das gelte allerdings auch für alle anderen Telematik-Gesetze. Schaar sagte aber zu, alles in seiner Macht stehende zu unternehmen, um „ein Maximum an Datenschutz und Sicherheit“ zu gewährleisten.

Dazu gehöre es vor allem, dass der Patient in jedem Falle Herr seiner eigenen Daten bleibe, forderte Wolfram-Arnim Candidus. Nur so könnten Risiken vermieden werden. Der DGVP-Präsident erhoffte sich dann auch gewisse Einsparungen durch die Karte, vor allem aber eine Steigerung der Therapietreue.

Das Kind ist schon in den Brunnen gefallen

Dr. Franz-Joseph Bartmann dankte Frau Leutheusser-Schnarrenberger für ihre streitbare Haltung, stellte aber gleichzeitig

fast resigniert fest: „Das Kind ist aber wohl schon in den Brunnen gefallen.“ Nun gehe es darum, Datenschutzprobleme so gut wie möglich zu verhindern. Als Schlüssel für den Zugang zu den Patientenakten sei die eGK zwar sicher, erklärte der Vorsitzende des Telematik-Ausschusses der Bundesärztekammer, das Problem läge aber auf einer anderen Ebene. Denn man müsse ja auch Fall-Back-Lösungen für die Fälle schaffen, in denen Karten verloren gingen. Allein deshalb müssten deren Merkmale noch einmal gespeichert werden – mit dem dazu gehörenden Risiko. Dr. Bartmann stellte zudem klar, dass es aus medizinischen Gründen keinesfalls notwendig sei, die Daten zentral zu speichern. „Der Bedarf an elektronischen Patientenakten kann auch ohne Mammut-Speicherung gedeckt werden.“

Für den NAV-Virchow-Bund betonte dessen Vorsitzender, Dr. Klaus Bittmann, dass die eGK zentrale Belange der ärztlichen Berufsausübung gefährde. „Ein Verband, der diese Entwicklung kritiklos mitmacht, hätte das Recht verloren, den Beruf zu vertreten“, konstatierte er. Auch Dr. Bittmann dankte Frau Leutheusser-Schnarrenberger für ihre klare Position. „Das ändert aber nichts daran, dass es unsere Aufgabe als Ärzte ist, den Schutz der Patientendaten zu verteidigen.“

Dr. Bittmann sah die Ursachen für den politischen Drang auf Einführung der Karte nicht zuletzt in dem Wunsch, mehr Daten zu erhalten. Denn: „Wer die Datenhoheit hat, hat gleichzeitig auch die Macht.“

Nicht zuletzt in Hinblick auf einen drohenden Überwachungsstaat war für Dr. Bittmann unmissverständlich klar: „Wenn dieses Land einmal nicht mehr so demokratisch wie heute sein sollte, dann dürfen wir nicht dazu beigetragen haben, dass die Datentüren weit geöffnet sind.“

Kassen wollten Kosten- und Leistungssteuerung

Dass die Kassen ursprünglich ganz andere Vorstellungen von ihrer Nutzung der Karte hatten, bestätigte auch der Bundesdatenschutzbeauftragte Schaar. Eigentlich hätten sie die eGK als zentrales Instrument zur Kosten- und Leistungssteuerung nutzen wollen. Dagegen habe der Datenschutz massiv interveniert. In ihrer derzeitigen Form sei die Infrastruktur der eGK völlig ungeeignet, der GKV diese Möglichkeit zu gewähren. Als einzige Ausnahme sah Schaar die Disease-Management-Programme. Auf diese könnten die Kassen allerdings auch ohne die elektronische Gesundheitskarte den entsprechenden Einfluss nehmen.

Tiefes Misstrauen

In der Diskussion mit dem Publikum zeigte sich, dass Deutschlands Ärzte ein tiefes Misstrauen gegen das weltweit größte Telematik-Projekt haben. So könne man gegen kriminelle Energie nie ausreichend geschützt sein. Einig waren sich die meisten auch in der Beurteilung, dass der Patient bereits heute aufgrund zahlreicher Vorschriften des Sozialrechts nicht mehr Herr seiner Daten sei. Zudem würde ein eventuell gesetzter finanzieller Anreiz dafür ausreichen, dass zahlreiche Patienten den Fremdzugriff auf ihre Daten gestatten. Bei vielen sei das Problembewusstsein einfach nicht genügend ausgeprägt. Daher müsse man die eGK zum Generalthema für

die Ärzte machen. Vor diesem Hintergrund sei es völlig unbefriedigend, dass die Bundesärztekammer nur über fünf Prozent der Stimmen in der Betreiber-Gesellschaft der eGK gematik habe.

Trotz dieses prozentual kleinen Stimmrechts sei man aber sehr erfolgreich gewesen, hielt dem Dr. Bartmann entgegen. So habe sich inzwischen das Bundesgesundheitsministerium zu allen Forderungen in der Entschließung des Ulmer Ärztetages über die elektronische Gesundheitskarte bekannt. Positiv sei auch, dass das elektronische Rezept nur eine mögliche Alternative darstellen wird. Papierrezepte werde es auch weiterhin geben. Dr. Bartmann forderte die Politik dazu auf, vor dem Start der eGK alle Ergebnisse der Modellregionen auszuwerten und im Gesamtprojekt umzusetzen.

Frau Leutheusser-Schnarrenberger erinnerte nochmals daran, dass bei der Entstehung der Pläne für die eGK eindeutig Wirtschaftlichkeit und Transparenz im Vordergrund gestanden hätten. Es habe zahlreiche unterschiedliche Interessen der Akteure gegeben, meinte die ehemalige Bundesjustizministerin. Heute müsse man feststellen, dass die Interessen der Patienten und Ärzte dabei immer an zweiter oder dritter Stelle gestanden hätten.

Frau Leutheusser-Schnarrenberger bezweifelte zudem, dass die elektronische Gesundheitskarte sich jemals ökonomisch rechnen werde. Nichtsdestotrotz müsse man aber davon ausgehen, dass man langfristig auch im Gesundheitswesen an einer elektronischen Datenspeicherung im großen Stil nicht vorbeikomme. Die Frage sei daher, wie dabei die Datensicherheit gewährleistet werde. Die Karte sei nicht nur schlecht, räumte Frau Leutheusser-Schnarrenberger ein. Würde sie gestoppt, liefe man Gefahr, dass sich andere Systeme im Markt entwickelten, die weitaus weniger Schutz böten. Zum Beispiel könne sie sich

vorstellen, dass es dann keinen Beschlagnahmeschutz für Patientenakten geben werde, der jetzt im Rahmen des eGK-Projektes gesichert sei.

Datenschutz ist zentrales Thema

Auch Dr. Bittmann stellte fest, dass das zentrale Thema nicht die elektronische Gesundheitskarte selbst, sondern die Daten insgesamt seien. Der NAV-Virchow-Bund sei daher gefordert, sachlich und mit guten Argumenten Einfluss zu nehmen. Dr. Bittmann kündigte an, hierfür alle möglichen strategischen Allianzen auch mit den Patienten und Datenschützern zu schließen. An seine eigenen Kollegen richtete er den Appell, in dieser Frage ebenfalls hart zu bleiben. Dazu gehöre es auch, wachsam zu sein und jeden Verstoß gegen den Datenschutz anzuzeigen. Dr. Bittmann erinnerte daran, dass der Missbrauch strafbewehrt sei. Er attestierte der Bundesärztekammer, dass sie die Interessen der Ärzte so weit als irgend möglich wahre.

Unabhängig von allen Diskussionen über die Gesundheitskarte dürfe man aber auch nicht in dem Bemühen nachlassen, die Ärzte ebenfalls in den geschützten Bereich des BKA- und des Telekommunikations-Überwachungs-Gesetzes zu bringen. Denn sonst, so Dr. Bittmann „nützen alle anderen Bemühungen nichts.“

Eine Auswahl der Beschlüsse

Im Mittelpunkt der Bundeshauptversammlung 2008 des NAV-Virchow-Bundes, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, stand das Thema „Vertrauensschutz, Datensicherheit, informationelle Selbstbestimmung; Grundsätze der niedergelassenen Ärzteschaft zum Arzt-Patienten-Verhältnis“. Der zentrale Leitantrag hierzu hat folgenden Wortlaut:

„Über alles, was ich während oder außerhalb der Behandlung im Leben der Menschen sehe oder höre und das man nicht nach draußen tragen darf, werde ich schweigen und es geheimhalten.“
Hippokrates von Kos (460–377 v. Chr.)

Die niedergelassenen Ärzte in Deutschland bekräftigen:

*Vertrauen ist die Grundlage
ärztlichen Handelns –
auf das Verhältnis Arzt und Patient
darf kein Dritter Einfluss nehmen!*

Im Zeitalter der Informationstechnologie und angesichts der Fülle an Daten, die durch ärztliches Handeln entstehen, ist dieser Grundsatz wichtiger denn je. Alle Daten, die aus dem persönlichen Arzt-Patienten-Verhältnis und der Behandlung des Patienten entstammen, unterliegen grundsätzlich der ärztlichen Schweigepflicht und dürfen nur und zum Zwecke der medizinischen Behandlung weitergegeben werden. Dafür muss das Einverständnis des Patienten bestehen und die Weitergabe darf nur an Leistungserbringer erfolgen, die sich dieser Schweigepflicht unterwerfen.

Das Arzt-Patienten-Verhältnis erfordert einen besonders geschützten Raum. Diesen muss der Staat sichern und keinerlei andere Interessen – wie das der Sicherheit oder der Finanzierbarkeit der Sozialsysteme als vermeintlich höhere Rechtsgüter – stärker

werten. Deshalb gehören das Aussageverweigerungsrecht des Arztes und das Recht auf Unversehrtheit – insbesondere die Abhörsicherheit – der Arztpraxis zu den elementaren Bürgerrechten des Arztes, und liegt im Interesse des Patienten. Der Patient hat ein staatlich zu schützendes Anrecht auf Vertrauensschutz gegenüber seinem Arzt. Daher müssen Ärzte die höchste Sicherheit gegenüber staatlichen Abhörmaßnahmen genießen und sind Priestern und Anwälten diesbezüglich gleichzusetzen.

Behandlungsdaten, die das Spektrum von langjährigen Krankheitsverläufen bis hin zu Gendispositionen umfassen können, dürfen das Arzt-Patienten-Verhältnis nicht verlassen. Angesichts von Datenskandalen durch sorglosen, fahrlässigen oder kriminellen Umgang mit Daten, bewirkt selbst eine geringfügige Panne mit Patientendaten einen derart gravierenden Vertrauensverlust, dass sinnvolles und wirksames ärztliches Handeln in Frage gestellt wird. Daher müssen folgende Grundsätze gelten:

- keine zentrale Speichersystematik für Patientendaten
- statt dessen dezentrale Speicherung am Ursprungsort der Datenerhebung
- Der Patient ist der Eigentümer seiner Daten. Er muss Zugriff haben, besitzt das Hoheitsrecht und es ist ihm zu ermöglichen, seine Daten bei sich zu verwahren, beispielsweise durch USB-Systematik.

Darüber hinaus wurden folgende Beschlüsse (in Auswahl) gefasst:

Erhalt des Gesundheitswesens als soziales und subsidiäres System

Das Gesundheitswesen ist als soziales System zu erhalten. Jedem Menschen muss ohne Ansehen der Person und seines sozialen Status das medizinisch Notwendige zuteil werden. Um dieses System sowohl sozial als auch finanzierbar zu gestalten,

muss die Pluralität von Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung erhalten bleiben.

Die Gesetzliche Krankenversicherung wurde als soziale Versicherung von der Sozialpolitik in den zurückliegenden Jahrzehnten zu einer staatlich und steuerlich gelenkten Wohlfahrtsinstitution verformt, die im Gesundheitswesen den Anspruch einer Rundum-Versorgung leisten soll, dies aber nicht kann. Sie kann es auch dann nicht, wenn sie sich Teile des PKV-Wesens einverleiht. Daher ist die PKV als Kapital gedecktes und eigenständig überlebensfähiges System unbedingt zu erhalten.

Dem widerspricht auch eine Versicherungspflicht aller Bürger nicht, ganz im Gegenteil. Jeder Bürger, der pflichtgemäß eine Versicherung wählen muss, muss auch differenzieren können und dürfen, ob er nach persönlicher und familiärer Situation eine Standardversicherung unter rein sozialen Aspekten oder eine Versicherung mit abgestufter Leistungspalette wählt.

Die Gesetzliche Krankenversicherung ist primär von allen im Laufe der Jahre aufgelasteten gesellschaftsrelevanten Kosten zu bereinigen, wie beispielsweise Kuren, Prävention oder Krankengeld. Diese Leistungen gehören nicht in eine solidarisch finanzierte Krankenkasse, sondern sind als gesamtgesellschaftliche Aufgaben über Steuern zu finanzieren. Eine Einbeziehung von Steuergeldern direkt in die GKV ist im Sinne einer Versicherungssystematik abzulehnen. Zugleich ist die Besteuerung von Arznei- und Hilfsmitteln durch die Umsatzsteuer zu beenden. Der Staat bereichert sich über die Umsatzsteuer an den Kranken der Gesellschaft.

Ein Soziales System ist ohne Eigenverantwortung und Subsidiarität nicht zukunftssicher stabil zu halten, insbesondere bei begrenzten Ressourcen. Die soziale Aufgabe der Gesetzlichen Krankenversicherung

besteht darin, dass kein Bürger durch Krankheit oder sonstigen Verlust an Gesundheit in existenzielle Not gerät oder aus sozialer Notlage auf medizinische Hilfe verzichten muss. Die Gesetzliche Krankenversicherung muss auf diese elementare Aufgabe fokussiert werden. Die Zeiten eines „Rundum-Sorglos-Paketes“ sind längst vorbei. Daher gilt mehr denn je das Prinzip der Subsidiarität: Zuerst hat jeder Bürger die Pflicht, die seiner Situation gemäß und mit den entsprechenden Kosten verbundene Absicherung zu wählen. Es muss auch das Angebot vorhanden sein, innerhalb der Versicherung bis zu einer Obergrenze Leistungserstattung zu vereinbaren, darüber hinaus gehende Kosten selbst zu tragen. So unterstützt der NAV-Virchow-Bund eine Festzuschussregelung für Arznei- und auch Behandlungskosten. Zusätzlich bleibt die Forderung erhalten, grundsätzlich für die ambulante Versorgung Kostenerstattung zu wählen. Dies muss nicht nur über eine Satzungsleistung der Krankenkassen gemäß § 53 sondern durch eine deutliche Öffnung des § 13 SGB V praktikabler und akzeptabler werden.

Erhalt der GOÄ

Der NAV-Virchow-Bund fordert die Beibehaltung einer reformierten Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) als eigenständige Referenzgebührenordnung und erteilt allen Bestrebungen auf eine Zusammenführung von GOÄ und EBM eine Absage. Der NAV-Virchow-Bund unterstützt den von der Bundesärztekammer in Federführung übernommenen Reformprozess der GOÄ.

Die GOÄ ist dringend reformbedürftig und entspricht weder bei den Leistungsbeschreibungen noch bei der Bewertung ärztlicher Leistungen dem heutigen Stand. Um eine im Sinne der Ärzteschaft reformierte und leistungsgerechte GOÄ zu erzielen, strebt der Bundesvorstand ein synchronisiertes Handeln von Bundesärztekammer und den freien ärztlichen Verbän-

den an. Ziel ist, die angemessene Bewertung ärztlicher Leistung sicherzustellen und Innovationen zu ermöglichen, die dem medizinischen Fortschritt Rechnung tragen.

Abschaffung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel

Die Bundeshauptversammlung 2008 des NAV-Virchow-Bundes, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V., fordert, dass die Erhebung der Mehrwertsteuer auf Medikamente abgeschafft oder zumindest auf 7 Prozent herabgesetzt wird.

Wechsel zur Kostenerstattung

Die Bundeshauptversammlung 2008 des NAV-Virchow-Bundes, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V., fordert, dass das inzwischen zerrüttete, desolate gesetzliche Krankenkassenvergütungssystem gegen ein Kostenerstattungssystem ausgetauscht wird.

Abschaffung der Arzneimittelbudgets

Die Bundeshauptversammlung 2008 des NAV-Virchow-Bundes, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V., fordert, dass die Arzneimittelbudgets in der ambulanten Medizin abgeschafft werden.

Gleiche Finanzierungsbedingungen für niedergelassene Ärzte wie für Krankenhäuser

Die Bundeshauptversammlung 2008 des NAV-Virchow-Bundes, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V., fordert Bundes- und Landesgesundheitsminister auf, die Finanzierungsbedingungen für die niedergelassenen Ärzte nicht schlechter zu gestalten als für die Krankenhäuser.

In einem Gesetzesentwurf zur Reform der Krankenhausfinanzierung ist vorgesehen, dass die Gesetzlichen Krankenkassen die steigenden Personalkosten im Krankenhaus übernehmen sollen.



Die Stunde der Delegierten – zahlreiche Redebeiträge, hier: Dr. Martin Junker.

Der Jahresbericht des NAV-Virchow-Bundes 2009



Humorvoll aber konzentriert: die Delegierten der Bundeshauptversammlung bei ihren Entschlüssen.
Fotos: Pietschmann/NAV-Virchow-Bund

Wenn dieser Gesetzesentwurf den Einstieg dafür bedeutet, dass generell – also auch im ambulanten Bereich – steigende Kosten durch entsprechende Honoraranpassung seitens der Gesetzlichen Krankenkassen aufgefangen werden sollen, so begrüßt dies die Bundeshauptversammlung 2008 ausdrücklich. Eine langjährige berechtigte Forderung der niedergelassenen Ärzteschaft wäre damit endlich erfüllt.

Die Bundeshauptversammlung 2008 fordert daher die Bundesgesundheitsministerin mit Nachdruck auf, entsprechende gesetzliche Regelungen für die niedergelassenen Ärzte durch ihr Ministerium ausarbeiten und durch den Bundestag beschließen zu lassen.

Einführung des Dispensierrechtes für Ärzte

Die Bundeshauptversammlung 2008 des NAV-Virchow-Bundes, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V., fordert erneut die Einführung des Dispensierrechtes für die Ärzte.

Durch die Einführung der Rabattverträge haben die Apotheker das Recht, Medikamente auszutauschen. Der Arzt bleibt trotzdem weiterhin in der Verantwortung. Das ist so nicht hinnehmbar.

Der Arzt muss wissen, was sein Patient für Medikamente einnimmt und sich sicher sein, dass es auch die von ihm verordneten Medikamente sind. Diese letztendliche Sicherheit ist nur gegeben, wenn man als Arzt die Medikamente direkt an den Patienten abgibt, daher ist die Forderung des Dispensierrechtes für die Ärzte die logische Konsequenz.

Keine Delegation ärztlicher Leistungen

Der NAV-Virchow-Bund verurteilt alle Bestrebungen, ärztliche Kompetenz zu beschneiden, in dem ärztliche Leistungen zunehmend von nicht ärztlichem Personal erbracht werden.



Ringens um Formulierungen: v.l.n.r.: Dr. Hans-Martin Hübner und Dr. Kerstin Jäger vom Bundesvorstand sowie Dr. Jürgen Martin.

Keine Medizinischen Versorgungszentren in Hand von Kapitalunternehmen

Die Bundeshauptversammlung 2008 des NAV-Virchow-Bundes, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V., verlangt gesetzliche Regelungen, die verhindern, dass Medizinische Versorgungszentren in der Hand von Kapitalunternehmen zu reinen Erwerbsunternehmungen verkommen.

Mit einer Ärzte-Krankenkasse aus dem Dilemma?

Immer wieder taucht die Forderung auf, dass Organisationen der Ärzteschaft selbst eine Krankenkasse gründen sollen, um stärkeren Einfluss auf das Versorgungs-geschehen zu nehmen – natürlich im Sinne der Ärzteschaft. So auch auf der jüngsten Bundeshauptversammlung des NAV-Virchow-Bundes, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands. Ein dort gestellter Antrag hatte zum Inhalt, in Zusammenarbeit mit den Ärztegenossenschaften, den Sinn und die Möglichkeit der Einführung einer „Ärzte-Krankenkasse“ durch den Bundesvorstand zu prüfen.

Als Begründung wurde dargelegt, Ärzte und Patienten seien der Meinung, dass die Krankenkassen die ihnen übertragenen Beiträge falsch verwalten und daraus ein Großteil der Finanzmisere im Gesundheitswesen resultiert.

Ähnlich wie bei der Gründung einer eigenen Pharma-Linie (Q-Pharm AG) wäre es daher konsequent, eine eigene Krankenkasse zu gründen, die ärztlich, medizinisch kompetent geführt wird, um entweder zu zeigen, dass die etablierten Krankenkassen tatsächlich das Geld falsch verwenden oder aber der Politik zu vermitteln, dass tatsächlich viel zu wenig Geld im System steckt.

Doch ist das wirklich so?

Und ist die Lösung so einfach?

Die in der Idee einer Ärzte-Kasse vorausgesetzten Handlungsspielräume für eine von ärztlichen Interessen geleitete Kasse bestehen jedenfalls nach Auffassung des Bundesvorstandes des NAV-Virchow-Bundes nicht in dem erwarteten Umfang.

Der Gestaltungsrahmen der Krankenkassen ist von Gesetzes wegen inzwischen weitgehend eingeschränkt. Bisherige Differenzierungsmerkmale, wie der kassenindividuelle Beitragssatz oder Sondervereinbarungen, sind überwiegend weggefallen. Durch einen von der Bundesregierung festgelegten einheitlichen Beitragssatz, der im nächsten Jahr nur mehr 95 Prozent der Kosten decken soll, und einen Ausgleich über die Berücksichtigung der jeweiligen morbiditätsorientierten Risikostruktur, wird bei den Krankenkassen zunächst weiter Kostendruck ausgeübt. Dies hat zur Folge, dass Sondervereinbarungen bereits heute schon gekündigt werden und die Investitionsbereitschaft in neue Versorgungsformen schwindet (Integrierte Versorgung). Der Handlungsspielraum einer Krankenkasse ist derzeit nahezu ausschließlich auf den Bereich Kostenmanagement in allen Versorgungsbereichen reduziert. Dabei spielt der ärztliche Sektor, zum größten Bedauern der Ärzteschaft selbst, vom Aufkommen her eine untergeordnete Rolle. Arzneimittel, Krankenhauskosten, Heil- und Hilfsmittel sind die Versorgungsbereiche, mit denen der (ambulante) ärztliche Bereich konkurriert und von denen er Anteil zurückholen muss. Dies kann die Ärzteschaft, die diese Kostenblöcke über das eigene Handeln induziert, aber besser in Direktverhandlungen über Versorgungsformen erreichen, die Einsparungen und Effizienzen in diesen Bereichen realisieren und die erzielten Wirtschaftlichkeiten für die Ärzteschaft selbst sichern.

Die Zentralisierungsbemühungen der Politik, wie die Schaffung eines Spitzenverbandes

des Bund der Gesetzlichen Krankenkassen mit weit reichenden Kompetenzen zu Lasten einzelner Kassen und vormaliger Kassenverbände, und die Absicht, die Anzahl der Krankenkassen radikal zu reduzieren, sind keine günstigen Rahmenbedingungen für die Gründung einer neuen Krankenkasse.

Einen Nachweis für eine falsche Mittelverteilung oder die Unterfinanzierung des Gesundheitswesens lässt sich auf andere Art besser führen als auf Kostenträgerseite. Denn die Unterfinanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung ist kein Ausgaben-, sondern ein Einnahmenproblem. Und gerade in diesem Bereich hat eine Krankenkasse kaum mehr Handlungsoptionen.

Auch das Argument einer medizinisch kompetenten Führung einer Ärzte-Krankenkasse wird durch die Praxis widerlegt. In Krankenkassen sind heute schon zahlreiche Schlüsselpositionen, bis hin zu Vorstandsposten, von Medizinern besetzt. Dies hat keinerlei Auswirkungen auf ein besseres Verständnis – insbesondere für niedergelassene Ärzte – gezeigt. Auch hier lassen Sachzwänge, der Vorrang von kasseneigenen Interessen und nicht zuletzt bestehende gesetzliche Vorgaben keinerlei Spielraum für das Entstehen von Verständnis für ärztliche Belange zu.

Nicht zuletzt die Erfahrungen im Zusammenhang mit der BKK Heilberufe, seinerzeit mit ähnlichen Intentionen gegründet, sprechen gegen die Gründung einer „Ärzte-Krankenkasse“. Die BKK Heilberufe hat durch einen attraktiv niedrigen Beitragssatz versucht, Mitglieder zu gewinnen und lange Zeit eine vergleichsweise hohe ärztliche Vergütung gezahlt. Die dadurch verursachte wirtschaftliche Schiefelage führte letztlich zu hohen Schulden bei Kassenärztlichen Vereinigungen und reduzierte das ärztliche Honorar.



Weil uns mehr verbindet.

Der Partner der Heilberufe.

Seit mehr als 100 Jahren ist die Deutsche Apotheker- und Ärztebank exklusiv auf die finanziellen Anforderungen der Heilberufe ausgerichtet. Von der Existenzgründung über die Praxis- oder Apothekenführung bis zur Abgabe bieten wir Ihnen den besten Service rund um Ihr gutes Geld.

In Kooperation mit unseren Tochterunternehmen eröffnen wir Ihnen ausgezeichnete Perspektiven für größtmöglichen wirtschaftlichen Nutzen.

Weitere Informationen in Ihrer Filiale oder unter www.apoBank.de

Arztstätigkeit



Dr. Klaus Bogner
Stellv. Bundesvorsitzender

Arzt sein 2009:

Keine Angst vor neuen Wegen

Die niedergelassene Ärzteschaft in Deutschland blickt größtenteils mit Sorge auf das Jahr 2009 und auf die Zukunft unseres freien Berufes.

War doch endlich eine leistungsgerechte Honorierung in Euro und Cent versprochen, so wird nach schwer nachvollziehbarer Rechenkunst der KVen dennoch eine Mangelverteilung mit Kosmetik fortgeführt. Dies war zu erwarten bei einer umfassenden Budgetierung durch Gesundheitsfonds, gesetzlich festgesetztem Beitragssatz und einem Orientierungspunktswert von 3,5 Cent bundeseinheitlich. Für die so genannten neuen Bundesländer endlich eine Angleichung, die aber an der gesamten Insuffizienz der Finanzierung für die ambulante Versorgung wenig ändert.

Dies alles sollte kein Grund sein, die Liebe zum ärztlichen Beruf zu leugnen. Aber es ist ein Grund, aus Liebe zu diesem Beruf für bessere Rahmenbedingungen zu kämpfen! Ob durch neue Vertragsformen, Versorgungsangebote der Netzorganisationen, Selektivverträge der Verbände und Verbünde, Kostenerstattung und Direktvertraglichkeit – über allem muss das Interesse stehen, für Patienten und Ärzteschaft Wege aus dem Versagen der Kollektivverträge zu finden. Wir dürfen keine Angst vor diesen neuen Wegen haben, denn ein Verharren oder die Hoffnung auf bessere Zeiten unter dem körperschaftlichen Dach machen uns hilflos. Wir müssen uns selbst helfen, Eigeninitiative ist gefordert.

Der NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, begleitet als Dienstleister für seine Mitglieder das Berufsleben durch Unterstützung und Beratung von der Niederlassung bis zur Praxisabgabe – nur damit ist es nicht mehr getan. Über den Wirtschaftsdienst und die Kooperation mit der Ärztedienst-

leistungsgesellschaft der Genossenschaften bieten wir Ihnen Unterstützung bei betriebswirtschaftlicher Organisation und beim Einkauf von Wirtschaftsgütern. Unternehmerisches Denken ist für jede Praxisform eine Überlebensnotwendigkeit.

Über die Netzagentur beteiligen wir uns fördernd an der weiteren Professionalisierung der ärztlichen Netzorganisationen in Deutschland.

Durch vertragliche Vereinbarung sind wir beteiligt im BVMG, eine eingetragene Genossenschaft, bestehend aus dem Bundesverband von MEDI Deutschland, den Ärztegenossenschaften und dem NAV-Virchow-Bund. Diese Organisation hat ihren Schwerpunkt auf Vertragsgestaltungen, sucht unter dem Motto „Gemeinsam sind wir stark“ Vertragskonzepte für Haus- und Fachärzte, in Zusammenarbeit mit dem Hausärzterverband. Hier liegt die größte Herausforderung, die wir nicht gesucht haben, sondern die wir als Interessenvertretung durch die Bruchstellen des KV-Systems annehmen müssen.

Dr. Klaus Bittmann

Trotz Ende der 68er-Altersgrenze

Betroffene gehen rechtlich gegen Altersdiskriminierung vor

Mit der Aufhebung der Altersgrenze für Vertragsärzte mit 68 Jahren zum 1. Januar 2009 hat die Politik jahrelange Forderungen des NAV-Virchow-Bundes, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, erfüllt. Jedoch sind zahlreiche Ärzte, die wegen ihres Alters von der Übergangsregelung für 2008 ausgeschlossen sind, damit nicht einverstanden und gehen wegen Altersdiskriminierung weiter vor Gericht oder dem Zulassungsausschuss dagegen vor.

Im Rahmen des GKV-Organisationsweiterentwicklungsgesetzes wurde die Altersgrenze für Vertragsärzte mit 68 Jahren aufgehoben. Dieses Gesetz enthält auch folgende strittige Übergangsregelung für das Jahr 2008: Ärzte, die im letzten Quartal 2008 die Altersgrenze erreichten, brauchen ihren Vertragsarztsitz nicht aufzugeben und können weiterarbeiten. Kollegen, die zwischen dem 1. Januar und dem 30. September 2008 das 68. Lebensjahr vollendet hatten und weiterarbeiten wollen, können gegenüber dem Zulassungsausschuss eine Erklärung über die Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit abgeben. Die Frist dafür läuft am 31. März aus. Jedoch ist die Wiederaufnahme oft nicht möglich, wenn beispielsweise die Praxis längst nachbesetzt ist oder eine Überversorgung im betreffenden Gebiet des Praxissitzes herrscht.

Älteren Ärzten, also denen vor Jahrgang 1940, nützt die Übergangsregelung ohnehin nichts mehr. Sie befinden sich durch die 1993 eingeführte Altersgrenze, die 1999 in Kraft trat, nach wie vor im Zwangsruhestand. Ihnen könnte nach Meinung des Wiesbadener Rechtsanwalts Hans-Jürgen Brink geholfen werden. Seiner Ansicht nach verstößt die Übergangsregelung gegen die europäische Altersdiskriminierungsrichtlinie.

So ändert sich möglicherweise die Rechtslage durch eine Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH), die frühestens im Herbst dieses Jahres ergehen soll. Klägerin ist eine Zahnärztin, deren Verfahren vom Sozialgericht Dortmund den EU-Richtern vorgelegt wurde. Kommt der EuGH zum Ergebnis, dass die frühere Rechtslage in Deutschland gegen europäische Vorschriften verstieß, könnten ältere zwangsverrentete Vertragsärzte davon profitieren. Brink empfiehlt zudem Betroffenen, vorsorglich bis zum 31. März beim Zulassungsausschuss eine Erklärung über

die Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit abzugeben.

Als standardmäßige Rechtfertigung für die frühere Altersgrenze galt zumeist die Sicherstellung eines angemessenen Gesundheitsschutzes. Bis heute höchst umstritten war dabei insbesondere das Argument, dass die Altersgrenze dazu diene, Gefährdungen, die von älteren, nicht mehr voll leistungsfähigen Berufstätigen ausgingen, einzudämmen. Bei aller Routine darf jedoch nach Brink der Mensch und einzelne Fall nie aus dem Auge gelassen werden. Standardisierungen führen jedoch zu der Gefahr, dem einzelnen betroffenen Arzt nicht mehr gerecht zu werden, was insbesondere für eine freiberufliche Tätigkeit im Rahmen des Artikels 12 Grundgesetz (Berufsfreiheit) berücksichtigt werden muss. Sonst kann eine Altersdiskriminierung vorliegen. Das NAV-Mitglied Dr. Dr. Franz-Josef Broicher hat in seinem jahrelangen Kampf gegen die Altersgrenze immer wieder angemahnt, nicht in die Selbstverantwortung, die Therapiefreiheit und berufliche Gestaltungsfreiheit des Arztes einzugreifen, insbesondere durch starre standardisierte Regelungen wie hier.

Laut Brink könnten Ärzte, die in den vergangenen zehn Jahren wegen der Altersgrenze ihre Vertragsarztzulassung verloren haben, sogar Anspruch auf Schadenersatz haben. Der als Mitglied des NAV-Virchow-Bundes jahrelang gegen die Altersgrenze vorgehende Hamburger Allgemeinarzt Dr. Hans-Jürgen Deiwick betreibt aktuell am Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte eine Beschwerde gegen die Zwangsverrentung und ist kürzlich vom Gerichtshof aufgefordert worden, seinen Schaden zu beziffern. Brink rät daher auch anderen Betroffenen, vorsorglich Unterlagen zum Nachweis eines Schadens zusammenzutragen.

Offener Brief an die Parlamentarische Staatssekretärin

Wegfall der Altersgrenze für Vertragsärzte

Der Bundesvorsitzende des NAV-Virchow-Bundes, Dr. Klaus Bittmann, hat in einem Offenen Brief an die Parlamentarische Staatssekretärin bei der Bundesministerin für Gesundheit, Marion Caspers-Merk, zum „Wegfall der Altersgrenze für Vertragsärzte“ gefordert, dass „weitere Inplausibilitäten in diesem Zusammenhang beseitigt werden“, wie die Zulassung als Fliegerarzt. Hintergrund: die Große Koalition plant zeitnah die Aufhebung der Altersgrenze für Vertragsärzte mit 68 Jahren.

Dr. Bittmann schreibt: „War es schon äußerst willkürlich, vertragsärztliche Fähigkeiten mit der Vollendung des 68sten Lebensjahres zu limitieren, so ist es jetzt auch erforderlich, hierdurch ausgelöste Kollateralschäden zu beseitigen.“

Dr. Bittmann betont weiter: „Sind wir als NAV-Virchow-Bund schon stolz, dass unter anderem auch Mitglieder unseres Verbandes an der verfassungs- und europarechtlichen Initiative zur Aufhebung der Altersgrenze beteiligt waren (wie z. B. unser langjähriges Mitglied Dr. Dr. Franz-Josef Broicher), so wären wir auch sehr erfreut, wenn weitere Inplausibilitäten in diesem Zusammenhang beseitigt werden könnten.“ Hier ist der Bezug auf eine europarechtliche Idee von Dr. Dr. Broicher zu beachten. Dieser ist bis heute eine der treibenden Kräfte im Verband bezüglich der Abschaffung der Altersgrenze für Vertragsärzte geblieben.

Weiterhin weist Dr. Bittmann in seinem Offenen Brief auf die Ungereimtheit hin, dass „ein Arzt, der fliegerärztliche Untersuchungen durchführt, dieses mit Vollendung seines 68sten Lebensjahres“ nicht mehr darf. „Er darf zukünftig Vertragsarzt bleiben, ja er darf sogar gemäß der jähr-

lichen Gesundheitsprüfung weiterhin fliegen – aber als Fliegerarzt darf er nicht mehr tätig sein!“

Ein Internet-Suchsystem als Mittler zwischen Arzt und Patient

Gesunde Praxen – eine Frage klugen Marketings

docfinderplus heißt ein erweitertes Online-Suchsystem, mit dem Ärzte detailliert um Privatpatienten werben können, ohne sich zu verzetteln.

Ein marktschreierischer Doktor verschreibt keine gute Medizin, warnen die Chinesen. Da mag etwas dran sein. Allerdings: Es gibt einen Unterschied zwischen Schaumschlägerei und intelligenter Werbung. Letztere ist für die meisten Wettbewerber unverzichtbar. Das gilt mittlerweile auch für niedergelassene Ärzte – selbst, wenn viele Kollegen bei Werbung immer noch an den chinesischen Glaubenssatz denken.

Dass Praxen einen Markt haben und ihn aktiv bewerben müssen, ist ein junges Phänomen. Während Medizinern noch vor 20 bis 30 Jahren eine fast väterliche Autorität zukam, treten heute bestens informierte Patienten ihren Ärzten „auf Augenhöhe“ gegenüber. Forciert wird diese Entwicklung durch den wissenschaftlich-technischen Fortschritt, der dazu motiviert, mehr Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen. Gleichzeitig steigern die Innovationen den Finanzbedarf. Die Folge: Mit Gesundheitsreformen versucht die Politik immer wieder, den Ausgabenanstieg zu dämpfen.

Privatpatienten im Fokus

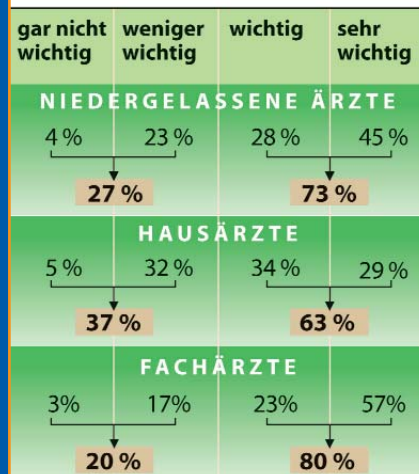
Diese Kombination aus kritischen Patienten und drastischen Sparmaßnahmen schafft einen harten Konkurrenzdruck unter niedergelassenen Ärzten. Worum es dabei geht, wissen die Beteiligten nur zu gut: Es

geht um Privatpatienten und Selbstzahler. Im November 2008 befragte das Institut für Demoskopie Allensbach 1.773 Ärzte, wie groß die wirtschaftliche Bedeutung von Privatpatienten für ihre Praxis ist. Die Fachärzte sind sich einig. 80 Prozent der befragten Ärzte gaben an, dass sie Privatpatienten für wichtig bzw. sehr wichtig halten: Überzeugender kann ein Ergebnis nicht sein. Aufgrund dieser Umfrageergebnisse können Praxen es sich nicht länger leisten, ihre Außendarstellung nur der Mundpropaganda zu überlassen. Doch wie soll man Werbung betreiben, ohne dass ökonomische Fragen zu viel Raum beanspruchen? Die Antwort darauf kann docfinderplus heißen. Das Online-Suchsystem umfasst mehr als 173.000 Arzt- und Zahnarzt-Adressen. Jedoch: Das Informationsbedürfnis von Privatpatienten gibt sich mit einem lediglich großen und exzellent gepflegten Verzeichnis nicht zufrieden. Privatpatienten wollen mehr wissen.

Genau aus diesem Grund bietet docfinderplus jetzt zusätzlich eine Plattform, auf der Ärzte ihre individuellen Vorzüge detailliert bewerben können. Dazu zählen ihr Angebotsspektrum inklusive aller IGeL-Angebote, medizinische Schwerpunkte oder Aspekte wie Ausstattung, Terminvergabe und Serviceangebote. Durch solche Angaben entstehen differenzierte Praxisprofile, wie sie Privatpatienten für ihre Arztwahl schätzen. Auf diese Weise bringt docfinderplus Vorteile im Stil einer echten Win-Win-Situation: Einerseits hilft es Privatpatienten, den richtigen Arzt zu finden – und verschafft andererseits Ärzten einen Zuwachs dieser gefragten Patientengruppe.

Niedergelassene Ärzte können sich mit ihren erweiterten Daten online unter navirchowbund.de/docfinderplus registrieren. Die monatliche Gebühr beträgt 3,90 Euro plus Mehrwertsteuer. Als Teil der Webseiten der Privatärztlichen Verrechnungsstellen (PVS) kommen sie auf rund 13,5 Millionen Privatpatienten-Kontakte pro

Wirtschaftliche Bedeutung von Privatpatienten für Ärzte



Quelle: Bundesrepublik Deutschland Nov. 2008, 1.773 befragte Ärzte repräsentativ für die Bevölkerung, Institut für Demoskopie Allensbach

Jahr. Und durch ihre Eingliederung in den Online-Auftritt der Privaten Krankenversicherungen (PKV) wenden sich die Profile an nicht weniger als 8,5 Millionen privat Versicherte.

Fest steht: Niedergelassene Ärzte betreiben mit docfinderplus ein Marketing nahezu ohne Streuverluste und haben den Kopf frei für ihre eigentlichen Aufgaben. Und: Indem sie ihr wirtschaftliches Fundament durch viele Selbstzahler und privat Versicherte stärken, erhalten sie neue Spielräume zur Behandlung ihrer Kassenpatienten. Online-Marketing à la docfinderplus kann so dazu beitragen, den vermeintlichen Gegensatz von wachsendem ökonomischem Zwang und ärztlichem Ethos aufzulösen.

Rabattverträge

Ärzte dürfen nicht auf Verordnungshoheit verzichten

Zum Start der neuen AOK-Rabattverträge am 1. Juni 2009 hat der Bundesvorsitzende des NAV-Virchow-Bundes, Dr. Klaus Bittmann, die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte dazu aufgerufen, nicht auf die Verordnungshoheit zu verzichten. „Wir sehen uns in der Pflicht darauf hinzuweisen, dass kein Arzt durch die Rabattverträge aus der Haftung entlassen ist. Die Verordnung eines Medikamentes hat immer der Arzt zu verantworten. Weder Krankenkassen noch Apotheker können diese Verantwortung übernehmen“, so Dr. Bittmann.

Auch wenn ein Präparat mit identischem Wirkstoff und gleicher Wirkstoffstärke abgegeben wird, können durch Arzneimittel-Substitution Unverträglichkeiten auftreten und der Behandlungserfolg gefährdet werden. „Deshalb raten wir dazu, aut idem durch Ankreuzen auf dem Verordnungsvordruck auszuschließen und nicht

Zur Information:

„Aut idem“ bedeutet eigentlich ‚Oder das Gleiche‘. Für die heutigen Rezeptformulare gilt jedoch:

☐ Setzt der Arzt kein Kreuz, so ist der Apotheker verpflichtet, ein rabattiertes Arzneimittel abzugeben, sofern ein solches zur Verfügung steht. Existiert kein Rabattvertrag der betreffenden Kasse, stehen das verordnete Medikament und die drei preisgünstigsten Generika zur Auswahl.

☒ Setzt der Arzt das aut idem-Kreuz, ist keine Substitution möglich.

auf die Verordnungshoheit zu verzichten“, betonte der Bundesvorsitzende.

Überdies tritt der NAV-Virchow-Bund dafür ein, den Vertragsärzten das Dispensierrecht zu übertragen. „Die Direktabgabe von Medikamenten in der Praxis würde das System vereinfachen und dem Arzt, der ohnehin für die Arzneimittelverordnung verantwortlich ist, Gewissheit verschaffen, welche Medikamente sein Patient tatsächlich erhält“, erklärte Dr. Bittmann.

Neue Sektion für Ärzte in Medizinischen Versorgungszentren

Der NAV-Virchow-Bund hat eine Sektion für angestellte MVZ-Ärzte gegründet. „Damit trägt der Verband der Entwicklung in der ambulanten Versorgung Rechnung“, erklärt Dr. Klaus Bittmann, Bundesvorsitzender des NAV-Virchow-Bundes. Derzeit sind rund 5.852 Ärzte (Stand: 31. 3. 2009) in Medizinischen Versorgungszentren angestellt. Alle Experten gehen davon aus, dass diese Zahl in den nächsten Jahren rasant steigen wird.

Zum ersten Bundesobmann ernannte der Bundesvorstand den ermächtigten Kran-

kenhausarzt und stellvertretenden Bundesvorsitzenden, Stephan Kraft (42), aus Trier. „Da der NAV-Virchow-Bund seit jeher die Interessen von niedergelassenen und ambulant tätigen Ärzten vertritt, lag es nahe, das Angebotsspektrum für angestellte MVZ-Ärzte auszubauen“, so Kraft.

Das Angebot des NAV-Virchow-Bundes umfasst eine spezielle arbeitsrechtliche Beratung mit Musterverträgen für MVZ-Ärzte, die Prüfung von Anstellungsverträgen und individuelle Rechtsberatung. Darüber hinaus bietet der Verband als Einstiegsinformation ein neu aufgelegtes Merkblatt „Der Weg zum MVZ-Arzt“ an, in dem alle aktuellen juristischen Möglichkeiten (z. B. durch das Vertragsarztsrechtsänderungsgesetz – VÄndG) aufgeführt sind.

Zudem hält der Verband Musterverträge „Praxisübernahme durch MVZ“ und „Anstellung im MVZ“ bereit. Der NAV-Virchow-Bund bietet in seiner monatlichen Verbandszeitschrift „der niedergelassene arzt“ im Rahmen der Praxisbörse Inserationsmöglichkeiten für Stellenangebote und -gesuche für MVZ-Ärzte an.

„Die Gründung der Sektion MVZ ist eine logische Fortentwicklung der Verbandsgeschichte. Seit jeher fördert der NAV-Virchow-Bund kooperative ärztliche Berufsausübungsformen in der ambulanten Versorgung. Es ist wichtig, dass der Verband Ärzte bei dem Schritt zum angestellten MVZ-Arzt begleitet und auch während deren weiterer Berufstätigkeit für sie da ist“, unterstreicht Bundesobmann Kraft. Zentraler Motivationsgrund sei die verbandliche Maxime des Erhalts der Freiberuflichkeit. „Freiberuflichkeit ist auch für einen MVZ-Arzt unabdingbare Voraussetzung ärztlichen Wirkens. Dafür werden wir uns mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln einsetzen“, so Kraft.

Die Ehrung



U R K U N D E

Der NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V.,
verleiht

Herrn Dr. Dr. Franz-Josef Broicher

in Würdigung seiner langjährigen Verdienste
um das Ansehen der deutschen Ärzteschaft die

Kaspar-Roos-Medaille.

Der NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, verleiht Herrn Dr. Dr. Franz-Josef Broicher in Würdigung seiner langjährigen Verdienste um das Ansehen der deutschen Ärzteschaft die Kaspar-Roos-Medaille. Dr. Dr. Franz-Josef Broicher wurde am 30. Dezember 1926 in Köln geboren. Er legte 1947, nach mehreren Unterbrechungen aufgrund des Krieges, das Abitur ab, studierte anschließend bis 1955 Medizin und Zahnmedizin in Köln und Münster und promovierte 1956 in beiden Fachrichtungen. Er absolvierte seine Assistenzzeit in verschiedenen Krankenhäusern in Köln, Düsseldorf und Krefeld und erwarb die Facharztbezeichnung für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Sportmedizin und Zahnmedizin/Kieferchirurgie. Er war als Chefarzt des Dreiköniginnen-Hospitals in Köln-Mühlheim tätig und arbeitete im Kölner Krankenhaus der Augustinerinnen.

Schließlich ließ sich Dr. Dr. Franz-Josef Broicher 1963 in seiner HNO-Praxis in Köln nieder und war daneben als Belegarzt tätig. Seit 1968 ist Dr. Dr. Franz-Josef Broicher Mitglied des NAV-Virchow-Bundes. Er fungierte von 1978 bis 1986 und von 1993 bis 1995 als Beisitzer im Vorstand des Landesverbandes Nordrhein und bis 1995 als Delegierter zur Bundeshauptversammlung. Seit 1995 wurde er ununterbrochen als stellvertretender Delegierter zur Bundeshauptversammlung gewählt. Seit 1979 ist er Mitglied des Vorstandes der Bezirksgruppe Köln und bis 2005 auch Delegierter zur Landeshauptversammlung Nordrhein.

In der innerverbandlichen Diskussion über die Gestaltung der ambulanten Versorgung, speziell beim Thema der Bildung von ärztlichen Gemeinschaften, war und ist Dr. Dr. Franz-Josef Broicher ein offener Verfechter der Einzelpraxis, die seiner Überzeugung nach die wohnortnahe und patientenorientierte Versorgung gewährleistet.

Sein jahrelanger Kampf um die Abschaffung der Altersgrenze für Vertragsärzte zeigt deutlich, dass ein zunächst aussichtsloser Kampf sinnvoll und lohnenswert ist, wenn die eigene Position unbeirrt und standhaft vertreten wird.

Dr. Dr. Franz-Josef Broicher vertritt seinen Standpunkt stets mit Vehemenz und Leidenschaft, aber immer fair und auf dem Boden der Realität. Seine berufspolitischen Gegner fürchten bis heute seine Wortgewalt, achten jedoch seine Aufrichtigkeit und Konsequenz.

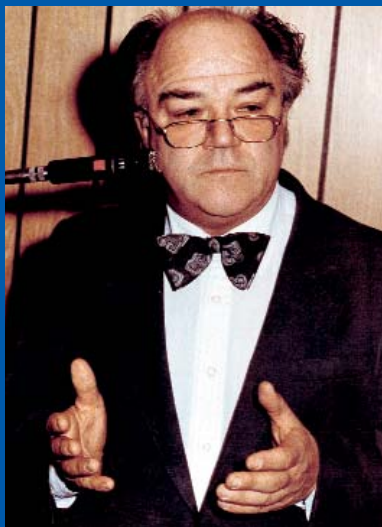
Dr. Dr. Franz-Josef Broicher engagiert sich als Facharzt im HNO-Berufsverband, der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V., der einen jährlich zu verleihenden Preis nach ihm benannte: den „Broicher-Preis“. Sein Engagement erstreckt sich auf die Mitwirkung beim „Kölner Netzwerk Gesundheitsbildung“, einem seit 1996 bestehenden Zusammenschluss von rund 40 Weiterbildungsträgern, Sportvereinen, Krankenkassen, Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung, Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen, der Informationen über Angebote in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung in Köln anbietet.

Weiterhin war Dr. Dr. Franz-Josef Broicher neun Jahre lang als stellvertretender Vorsitzender des Stadtsportbundes Köln aktiv.

Der NAV-Virchow-Bund ehrt Dr. Dr. Franz-Josef Broicher für seine Verdienste um die niedergelassene Ärzteschaft mit der Kaspar-Roos-Medaille.

Dr. Dr. Franz-Josef Broicher ist ein Vorbild für die heranwachsende Ärztegeneration.

Berlin, den 14. November 2008



Dr. Dr. Franz-Josef Broicher
(1998)



Dr. Dr. Franz-Josef Broicher
(2008)

Kaspar-Roos-Medaille an Dr. Dr. Franz-Josef Broicher

Auszüge eines bewegten und engagierten Ärztlebens

Der Kölner HNO-Arzt Dr. Dr. Franz-Josef Broicher (82) wurde in Würdigung seiner langjährigen Verdienste um das Ansehen der deutschen Ärzteschaft auf der Bundeshauptversammlung des NAV-Virchow-Bundes, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, mit der Kaspar-Roos-Medaille ausgezeichnet.

Dem liegt ein bewegtes und engagiertes Ärztleben zugrunde – hier einige Auszüge:

Dr. Dr. Franz-Josef Broicher wurde am 30. Dezember 1926 in Köln geboren. Im Zweiten Weltkrieg wurde er als Flakhelfer und überwiegend im Gesundheitswesen eingesetzt. 1947 legte er, nach mehreren Unterbrechungen aufgrund des Krieges, das Abitur ab. Er studierte Medizin und Zahnmedizin in Köln und Münster und promovierte 1956 in beiden Fachrichtungen. Sein Studium finanzierte er unter anderem, indem er als Maurer arbeitete. Dr. Dr. Broicher erwarb drei Facharzttitle: Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Sportmedizin und Zahnmedizin/Kieferchirurgie. Er war unter anderem als Chefarzt des Dreiköniginnen-Hospitals in Köln-Mühlheim tätig. Schließlich ließ er sich 1963 in seiner HNO-Praxis in Köln nieder.

Seit 1968 ist Dr. Dr. Broicher Mitglied des NAV-Virchow-Bundes. Er fungierte unter anderem jahrelang als Beisitzer im Vorstand des Landesverbandes Nordrhein, als Delegierter zur Bundeshauptversammlung und Mitglied des Vorstandes der Bezirksgruppe Köln.

In der innerverbandlichen Diskussion über die Gestaltung der ambulanten Versorgung, speziell beim Thema der Bildung von ärztlichen Gemeinschaften, war und ist

Dr. Dr. Broicher ein offener Verfechter der Einzelpraxis, die seiner Überzeugung nach die wohnortnahe und patientenorientierte Versorgung gewährleistet.

In derartigen Debatten vertritt er seinen Standpunkt stets mit Vehemenz und Leidenschaft, aber immer fair und auf dem Boden der Realität. Seine berufspolitischen Gegner fürchten bis heute seine Wortgewalt, achten jedoch seine Aufrichtigkeit und Konsequenz. Seine Weggefährten beschreiben ihn in seinem politischen Stil als unbeugsamen, energievollen und angriffslustigen Kämpfer in der Sache der niedergelassenen Ärzteschaft – ein unverwundlicher Typ. Immer gerade heraus, nie ängstlich und keinen Konflikt scheuend – bei einer klaren Grundeinstellung ist dies nicht verwunderlich.

Er setzte nach jahrelangem Kampf gemeinsam mit Dr. Kaspar Roos und Dr. Hanswolf Muschallik durch, dass allen Ärzten, die ihre Qualifikation zur Niederlassung besaßen, eine Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit möglich wurde. Dr. Dr. Broicher setzte sich für ein ärztliches Streikrecht und die Bedeutung der Spezialisierung in der medizinischen Ausbildung ein.

Kampf gegen die Altersgrenze

Sein jahrelanger Kampf um die Abschaffung der Altersgrenze für Vertragsärzte zeigt deutlich, dass ein zunächst aussichtsloses Bemühen sinnvoll und lohnenswert ist, wenn die eigene Position unbeirrt und standhaft vertreten wird. Dr. Dr. Broicher ist bis heute eine der treibenden Kräfte im Verband bezüglich dieser Frage geblieben, die ihm als damals persönlich Betroffener und für seine ärztlichen Kollegen eine Herzensangelegenheit ist. In Leserbriefen und Artikeln unterschiedlicher Fachzeitschriften rief er zum Widerstand gegen die so genannte 68er-Regelung auf und motivierte dadurch weitere ärztliche Kollegen und Verbandsmitglieder. Hartnäckig verfolgte er die Idee, Klage beim Europäi-

schen Gerichtshof über in Deutschland lebende ausländische Ärzte einzureichen. Dafür fand er einen klagebereiten griechischen Arzt und war bereit, die Kosten einer Klage zu übernehmen. Auf Dr. Dr. Broichers Initiative hin wurde eine Protestveranstaltung im Kölner Ärztehaus gegen die Monate später verwirklichten Pläne der Politik durchgeführt, die Altersgrenze einzuführen.

Die aktuelle Berufspolitik veranlasste Dr. Dr. Broicher, zahlreiche Leserbriefe zu verfassen – allein 16 davon im Deutschen Ärzteblatt.

Seine regionale Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein lag ihm am Herzen, wo er von 1985 bis 1989 als Mitglied der Kreisstelle Köln wirkte. Dennoch verlor er nicht die Problematik einer übermäßigen staatlichen Regulierung der ärztlichen Körperschaften aus den Augen. Sein berufspolitisches Leben ist weiterhin geprägt durch den Kampf gegen zahllose Paragraphen des Sozialgesetzbuches V, welches er am liebsten gleich ganz abgeschafft wissen will.

Sein Engagement erstreckt sich auch auf die Mitwirkung beim „Kölner Netzwerk Gesundheitsbildung“. Dies ist ein seit 1996 bestehender Zusammenschluss von rund 40 Weiterbildungsträgern, Sportvereinen, Krankenkassen, KV-Vertretern, Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen, der Informationen über Angebote in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung in Köln anbietet. Weiterhin war Dr. Dr. Broicher neun Jahre lang als stellvertretender Vorsitzender des Stadtsporthundes Köln aktiv. Darüber hinaus hat er sich besonders in Kirche und Karneval eingesetzt, bei dem er 1964 die erste rechtsrheinische „Jungfrau“ im Kölner Dreigestirn sein durfte. In Würdigung seiner zahlreichen Aktivitäten wurde Dr. Dr. Broicher das Bundesverdienstkreuz am Bande verliehen.

Nachruf Dr. med. Horst Bergmann

Im Alter von 85 Jahren starb das Ehrenmitglied des NAV-Virchow-Bundes und Träger der Kaspar-Roos-Medaille, Dr. med. Horst Bergmann.



Dr. Bergmann wurde am 12. Februar 1923 in Westig, Kreis Iserlohn, geboren.

Nach dem Abitur am humanistischen Gymnasium in Duisburg und fünf Jahren Dienst in der militärärztlichen Akademie absolvierte er sein Medizinstudium in Berlin, Bonn und Innsbruck mit zwischenzeitlichen Fronteinsätzen beim Westfeldzug und in Russland. 1945 folgte dem Staatsexamen in Berlin die Promotion in Bonn. Nach der Facharztweiterbildung zum Arzt für Kinderheilkunde ließ er sich 1950 in Duisburg-Meiderich mit belegärztlicher Tätigkeit nieder.

Frühzeitig engagierte sich Dr. Bergmann in freien ärztlichen Verbänden. So gründete er bereits 1946 die Arbeitsgemeinschaft der Jungärzte, war Gründungsmitglied des Marburger Bundes und Mitglied des Hartmannbundes.

Im Februar 1955 wurde Dr. Bergmann Mitglied des NAV-Virchow-Bundes und engagierte sich als Vorsitzender der Bezirksgruppe Ruhr/Niederrhein, im Vorstand des Landesverbandes Nordrhein sowie in den Jahren 1966 bis 1986 als Beisitzer im Bundesvorstand des NAV-Virchow-Bundes. Der Landesverband

Nordrhein ernannte Dr. Bergmann im Jahre 1989 zum Ehrenvorsitzenden, der Bundesverband verlieh ihm 1986 die Ehrenmitgliedschaft.

Seit der Gründung der Brendan-Schmittmann-Stiftung des NAV-Virchow-Bundes im März 1974

gehörte er bis 2004 als Vorsitzender dem Kuratorium der Stiftung an. Für seine langjährigen Verdienste um das Ansehen der deutschen Ärzteschaft verlieh ihm die Bundeshauptversammlung des NAV-Virchow-Bundes im Jahre 1999 die Kaspar-Roos-Medaille.

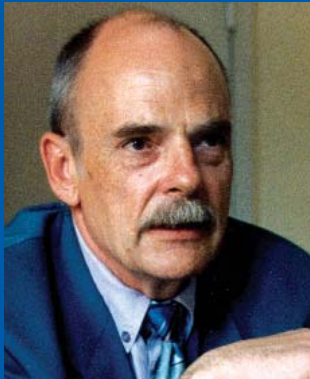
Dr. Horst Bergmann verstarb am 21. Juni 2008 in Duisburg.

Für sein ärztliches und berufspolitisches Engagement wurde Dr. Horst Bergmann 1983 mit dem Verdienstkreuz 2. Klasse und 1988 mit dem Verdienstkreuz 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet. Die nordrheinische Ärzteschaft verlieh ihm 1988 für seine Verdienste die Johannes-Weyer-Medaille.

Der NAV-Virchow-Bund gedenkt eines großen Arztes und Berufspolitikers und drückt seiner Familie seine tief empfundene Anteilnahme aus.

NAV-Virchow-Bund
Der Bundesvorstand

Brendan-Schmittmann-Stiftung



Professor Dr. Harald Mau
Vorsitzender des Vorstandes der
Brendan-Schmittmann-Stiftung

VORSTAND DER BRENDAN- SCHMITTMANN-STIFTUNG

des NAV-Virchow-Bundes

Vorsitzender

Prof. Dr. Harald Mau

Arzt für Kinderchirurgie
c/o NAV-Virchow-Bund
Chausseestr. 119 b
10115 Berlin

Stellv. Vorsitzender

Dr. Erwin Hirschmann

Arzt für Kinderheilkunde
Mainastr. 38
81243 München

Beisitzer

Ralf Wilhelm Büchner

Arzt für Allgemeinmedizin
Am Bahnhof 14
25924 Klanxbüll

Dr. Brigitte Ernst

Ärztin für Allgemeinmedizin
Am Neuen Markt, Raiffeisenstr. 19
93077 Bad Abbach

Dr. Wolfgang Holz

Praktischer Arzt
Saarstr. 92 A
66265 Heusweiler

Anschrift:

Brendan-Schmittmann-Stiftung des
NAV-Virchow-Bundes
Dr. Klaus Gebuhr
Chausseestr. 119b
10115 Berlin
Fon (030) 28 87 74-21
Fax (030) 28 87 74-15
E-Mail: info-berlin@nav-virchowbund.de



Prof. Dr. Dr. Rainer Rix
Vorsitzender des Kuratoriums der
Brendan-Schmittmann-Stiftung

KURATORIUM DER BRENDAN-SCHMITTMANN-STIFTUNG

Vorsitzender

Prof. Dr. Dr. Rainer Rix

Arzt für Augenheilkunde
Maxi MVZ
Leipziger Platz 21
90491 Nürnberg

Mitglieder

Dr. Klaus Bittmann

Bundesvorsitzender
des NAV-Virchow-Bundes
Bahnhofstr. 1-3
23795 Bad Segeberg

Berthold Bisping

Klostertr. 23
41472 Neuss

Wilfried Botz

Geschäftsführer der
NAV-Wirtschaftsdienst GmbH
Sedanstr. 13-17
50668 Köln

Katrin Koepchen

Hacklandweg 14
42115 Wuppertal

Ewald Kraus

Vorsitzender der Notgemeinschaft
Medizingeschädigter in Bayern e.V.
Altstädter Kirchenplatz 6
91054 Erlangen

Prof. Dr. Elisabeth Rauterberg

Ärztin für Orthopädie und für
Öffentliches Gesundheitswesen
Ministerialrätin a. D.
Lindenthaler Allee 78
14163 Berlin

Prof. Dr. Oliver Schöffski, MPH

Universität Erlangen-Nürnberg
Lehrstuhl für Gesundheitsmanagement
Lange Gasse 20
90403 Nürnberg

Dr. jur. Manfred Zipperer

Ministerialdirektor a. D.
Lochnerstr. 46
53757 Sankt Augustin

Stand: 1.9.2009

Die Möglichkeiten des Vertragswettbewerbes im Urteil von Fachärzten

1. Vorwort

Das Gesundheitswesen ist in einem Umbruch; der Gesetzgeber hat insbesondere für die ambulante Versorgung Rahmenvorgaben erstellt, die der niedergelassenen Ärzteschaft Ängste und Unsicherheiten bereiten. Das traditionelle Behandlungsgeschehen im Kollektivvertrag zwischen KVen und Kassen wird in Konkurrenz gesetzt zu Direkt- und Selektivverträgen, die regionale, strukturelle, indikations- bzw. fachbezogene und fachübergreifende Honorarvereinbarungen der jeweiligen „Leistungsanbieter“ mit den Kassen erlauben. Dies bringt viele Irritationen mit sich, ist aber auch eine Chance, ärztliche Leistung durch kollegiale, vertraglich geregelte Zusammenarbeit, der Qualität und der Patientenzuwendung angemessen, besser vergütet zu bekommen. Sowohl für den Patienten als auch für den Arzt kann und soll hierdurch eine neue Versorgungsform neben dem ständig unter Kostendruck stehenden Kollektivvertrag entwickelt werden.

Der § 73b des SGB V verpflichtet die Kassen zum Angebot einer hausarztzentrierten Versorgung, der § 73c ist zurzeit noch eine Option, der sich insbesondere die Fachärzte nicht verschließen sollten. Mut und Kreativität sind erforderlich, um diese Leistungsangebote zu realisieren. Aber die meisten Praxen sind nicht auf neue Wege vorbereitet, sind gebunden an körperchaftliche Selbstverwaltung, unternehmerisch unerfahren und bedürfen einer professionellen Anleitung. Weder Berufs- noch Freie Verbände sind (bis auf den Hausarztverband) für die Ärzteschaft so gut positioniert und organisiert, dass sie überall vor Ort und in der Fläche verantwortlich und vertrauensvoll die neuen Versorgungsformen managen können – dies zeigt sich auch in dieser Befragung.

Um so mehr ist es ein Gebot der Stunde, die Verbände zu unterstützen und zu fordern.



Dr. med. Klaus Bittmann
Bundesvorsitzender
NAV-Virchow-Bund

2. Vorbemerkungen

Mit dem § 73ff SGB V hat der Gesetzgeber Möglichkeiten geschaffen, die Strukturen in der Vertragslandschaft des ambulanten Gesundheitswesens vielfältiger und auch wettbewerbsorientierter zu gestalten. Ausdruck dafür ist, neben der Aufhebung des Vertragsmonopols der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Tatsache, dass parallel zu den Kollektivverträgen zunehmend sogenannte „Selektivverträge“ auf der vertragsärztlichen „Bühne“ erscheinen werden. Verträge, die Angebote außerhalb der Kollektivverträge mit günstigeren ökonomischen und medizinischen Parametern realisieren und deshalb für Kassen und Vertragsärzteschaft von Interesse sind. Das Spektrum der Möglichkeiten reicht dabei von der partiellen Übernahme des Stellungsauftrages bis hin zu den unterschiedlichsten Formen der Konzentration und Zentralisation (MVZ, Arzt Häuser, Netze) vertragsärztlicher Berufsausübung. Für die Sicherung der Freiberuflichkeit ist vor allem der letzt genannte Aspekt von Relevanz. Es sollten die Vertragsärzte sein, die Angebote unterbreiten bzw. neue Strukturen aktiv mitgestalten. Vor diesem Hintergrund war es Ziel der vorliegenden Untersuchung, auf der Grundlage der gesetzlichen Möglichkeiten des GKV-WSG unter niedergelassenen Fachärzten zu erfragen, inwieweit sie mit der Materie vertraut und vorbereitet sind, die diesem Gesetz innewohnenden Chancen zu erkennen bzw. zu nutzen.

Anfang Juni 2009 wurde an 3.000 Fachärzte aus unterschiedlichen Fachrichtungen aus verschiedenen Bundesländern ein Fragebogen zur skizzierten Problematik geschickt. Die Vertragsärzte wurden gebeten, den Fragebogen auszufüllen und per Fax zurückzuschicken. Bis zum 27. Juli 2009 kamen 227 Fragebogen zurück (entspricht einem Rücklauf von 7,57 Prozent).

Innerhalb der Untersuchungspopulation stellen die Fachrichtungen innere Medizin (1.438 Probanden) und Gynäkologie (955 Probanden) mit 79,77 Prozent die Mehrheit der Probanden. Bezogen auf die Bundesländer sind es Niedersachsen (797), Sachsen (550) und Berlin (470), die mit 58,90 Prozent die Mehrheit innerhalb der Untersuchungspopulation bilden.

3. Beschreibung der Untersuchungspopulation

Die befragten Vertragsärzte sind im Durchschnitt 53,31 Jahre alt. Die HNO-Ärzte sind mit 48,80 Jahren die jüngste und die Gynäkologen mit 54,69 die älteste Gruppe.

Etwas mehr als ein Drittel (37,00 Prozent) der Probanden sind Ärztinnen (Gynäkologie: 58,14 Prozent, Dermatologie 18,18 Prozent) und 62,90 Prozent sind Ärzte (Neurologie und Urologie jeweils 100 Prozent).

In der Form ihrer Berufsausübung entspricht die Untersuchungspopulation dem traditionellen Muster. Von den befragten Vertragsärzten arbeiten

- in einer Einzelpraxis 58,48 Prozent,
- in einer Praxisgemeinschaft 11,16 Prozent,
- in einer Gemeinschaftspraxis 25,00 Prozent
- in einem Arzt Haus 3,13 Prozent und
- in einem MVZ 2,23 Prozent.

Die Praxis der befragten Ärzte befindet sich

- bei 12,78 Prozent auf dem Lande,
- bei 41,41 Prozent in einer Stadt bis 50.000 Einwohnern,
- bei 27,75 Prozent in einer Stadt bis 500.000 Einwohnern und
- bei 18,06 Prozent in einer Stadt über 500.000 Einwohnern.

Aufgrund der zum Teil sehr geringen Gruppengrößen werden Unterschiede zwischen den Fachgruppen bzw. zwischen den Bundesländern nicht behandelt.

4. Die Untersuchungsergebnisse

4.1 Das Verhältnis zur Kassenärztlichen Vereinigung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben lange Jahre auf der Basis des Sicherstellungsauftrages ein Verhandlungsmonopol mit den Krankenkassen innegehabt und nach zwei Seiten agiert. Zum einen haben sie durch ihr Verhandlungsgeschick die Höhe der Zahlungen der Kassen beeinflussen können, andererseits haben sie die Aufgabe die Verteilung der finanziellen Mittel an ihre Mitglieder gerecht und angemessen zu organisieren. Für beide Aufgaben hat es in der Vergangenheit oftmals harsche Kritik gegeben, wie Untersuchungsergebnisse der Stiftung belegen.¹⁾

Die befragten Ärzte stehen der Kassenärztlichen Vereinigung ebenfalls gespalten gegenüber. Den Umstand, dass die KVen ihre Monopolstellung für Vertragsverhandlungen mit den Kassen zunehmend verlieren werden, beurteilen 70,04 Prozent negativ, für 16,30 Prozent der Probanden ist er positiv und 13,66 wissen

¹⁾ Vgl. NAV-Virchow-Bund, Dr. Klaus Gebuhr: Anforderungen der Vertragsärzte an die Berufsverbände und ihr berufspolitisches Engagement, Berlin 1997; Brendan-Schmittmann-Stiftung, Dr. Klaus Gebuhr: Die vertragsärztliche Tätigkeit im Lichte des Burnout-Syndroms; Die wirtschaftliche Entwicklung und die ärztliche Selbstverwaltung in der Vertragsärztlichen Beurteilung, Berlin 2005

nicht wie sie diesen Umstand bewerten sollen (vgl. Tabelle 1).

Im Gegensatz zu diesem Ergebnis fühlen sich etwa zwei Drittel (66,08 Prozent) der befragten Vertragsärzte von ihrer Kassenärztlichen Vereinigung nicht gut vertreten. Lediglich ein knappes Drittel (31,72 Prozent) der Befragten fühlt sich gut vertreten (vgl. Tabelle 2).

Hinsichtlich der Quellen zur Verbesserung des gesundheitspolitischen und vertragsrelevanten Wissens bei den Probanden spielt die Kassenärztliche Vereinigung auch keine herausragende Rolle (vgl. Tabelle 4). Diesbezüglich nutzen die befragten Vertragsärzte:

- | | |
|---|-----------------|
| 1. die ärztlichen Berufsverbände | (27,45 Prozent) |
| 2. die Angebote der KV | (22,69 Prozent) |
| 3. die Massenmedien, Internet, Fachpresse | (18,07 Prozent) |
| 4. die ärztlichen Standesorganisationen | (15,17 Prozent) |
| 5. die Angebote der Pharmaindustrie | (08,96 Prozent) |
| 6. die ärztlichen Genossenschaften, MEDI | (05,49 Prozent) |
| 7. die Angebote der Krankenkassen | (02,10 Prozent) |

Bemerkenswert ist außerdem, dass die Angebote der Genossenschaften und MEDI als Organisationsformen für zukünftige – von den Kassenärztlichen Vereinigungen unabhängige – Vertragspartner als Informationsquelle kaum genutzt werden.

4.2 Die Einstellungen und das Wissen zu Faktoren eines von den KVen unabhängigen Vertragsgeschehens

Wenn sich etwa zwei Drittel der befragten Fachärzte in Vertragsfragen von der KV nicht gut vertreten fühlen, dann stellt sich

zwangsläufig die Frage nach Alternativen. Eine Voraussetzung, Alternativen zu erkennen und auszuwählen, ist ein profunder Kenntnisstand der Sachverhalte und des Umfeldes.

Die diesbezüglichen Ergebnisse sind eher ernüchternd.

- Fast zwei Drittel der Probanden (62,56 Prozent) beurteilen ihren Kenntnisstand zur Thematik: **Vertragswettbewerb sowie Verhandlungen und Verträgen mit Krankenkassen** als „mangelhaft“, 33,04 Prozent halten ihn für „ausreichend“ und lediglich 3,92 Prozent bewerten ihn mit „sehr gut“ (vgl. Tabelle 3).
- Die Sicherheit bei direkten Gesprächen/Verhandlungen mit Krankenkassen wird auch nicht besser eingeschätzt. Lediglich 1,76 Prozent der befragten Vertragsärzte schätzt sie mit „sehr gut“ ein, für 12,33 Prozent ist sie „ausreichend“. Dem steht gegenüber, dass 44,49 Prozent der Probanden ihre Sicherheit als „mangelhaft“ bewerten und 40,53 Prozent „sich immer vertreten lassen würden“. Es wird deutlich, dass sich 85,02 Prozent der Fachärzte nicht in der Lage sehen direkte Gespräche/Verhandlungen mit Krankenkassen zu führen.
- Um Gespräche bzw. Verhandlungen mit den Krankenkassen zu führen ist es notwendig, Ansprechpartner in den Krankenkassen und deren Fachabteilungen zu kennen. Auch diese Ergebnisse belegen deutliche Defizite bei den befragten Vertragsärzten. Nicht einmal ein Fünftel der Probanden (13,66 Prozent) kennen Ansprechpartner in Krankenkassen und deren Fachabteilungen, die Mehrheit von 86,34 Prozent hat keine derartigen Kenntnisse.
- Der Kenntnisstand zum Vertragsgeschehen zwischen anderen Akteuren im ambulanten Gesundheitssystem ist ebenfalls eher dürftig bei den befragten

Tabelle 1

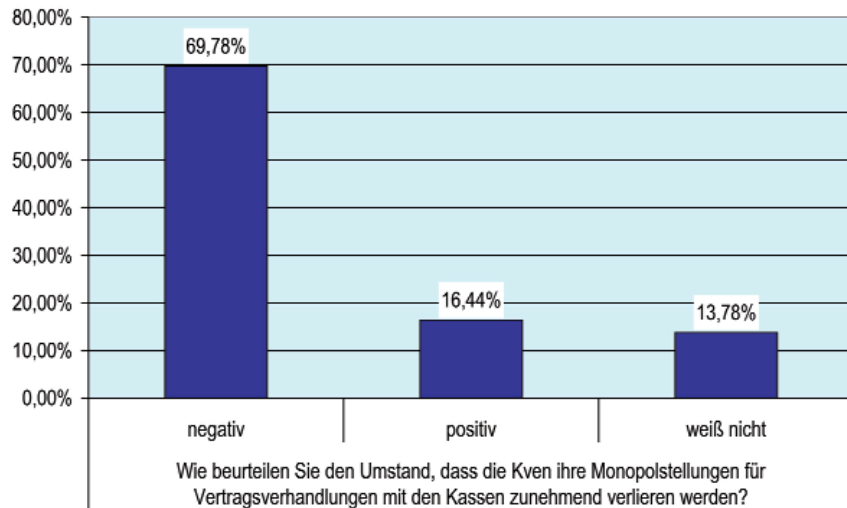
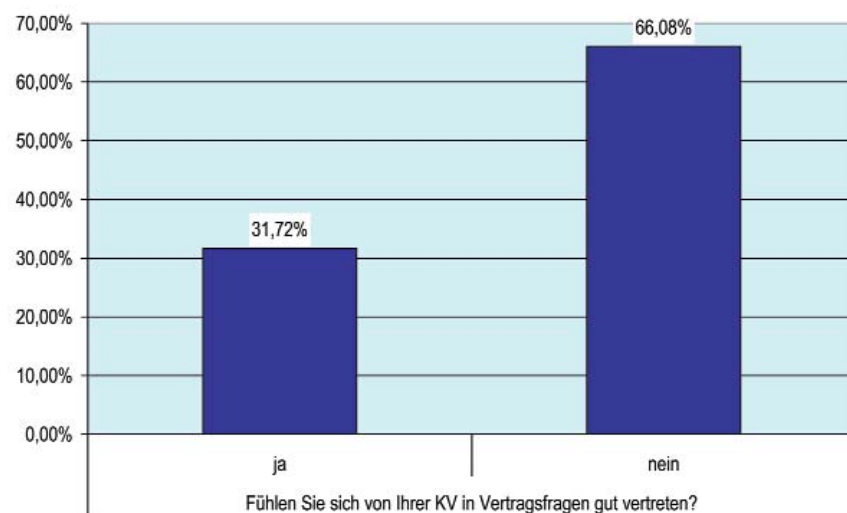


Tabelle 2



Fachärzten ausgeprägt. Weniger als 1 Prozent (0,88) bewerten ihren Kenntnisstand über die Verträge der Pharmaindustrie mit den Kassen als „sehr gut“, 23,79 Prozent als „ausreichend“ und 74,01 Prozent als „mangelhaft“.

- Trotz des mangelhaften Kenntnisstandes zu wichtigen Faktoren des Vertragsgeschehens hat mehr als die Hälfte (55,95 Prozent) der Probanden schon einmal über die Teilnahme an einem Vertrag nachgedacht, der nicht von der KV ausgehandelt wurde. Während 44,05 Prozent von ihnen noch nicht darüber nachgedacht haben.
- Das Nachdenken über die Teilnahme an einem Vertrag, der nicht von der KV ausgehandelt wurde, ist ohne Zweifel eine wichtige Voraussetzung für die tatsächliche Teilnahme. Andererseits nutzt der Wille zur Teilnahme nichts, wenn keine Möglichkeiten zu einer solchen Teilnahme bestehen. Vor diesem Hintergrund ist erklärlich, dass lediglich erst ein Fünftel (19,82 Prozent) der Probanden eine solche Teilnahme zugesagt hat, für 79,30 Prozent der befragten Vertragsärzte war das bisher nicht der Fall.
- Wesentliche Akteure im Vertragsbereich außerhalb der Hoheit der Kassenärztlichen Vereinigungen sind gegenwärtig der Hausärzterverband, die ärztlichen Genossenschaften und MEDI. Für die befragten Fachärzte sind mit Sicherheit nur die beiden letzt genannten von Relevanz. Von daher war es durchaus von Interesse zu erfragen, wie die Probanden deren Erfolgsaussichten im „Vertragsgeschäft“ beurteilen. Gut 10 Prozent (10,13) der befragten Vertragsärzte beurteilen die Erfolgsaussichten der ärztlichen Genossenschaften und MEDI zukünftig die vertraglichen Beziehungen mit den Kassen erfolgreich im Sinne der Vertragsärzteschaft zu gestalten als „sehr gut“, 40,09 Prozent beurteilen sie „verhalten“, 33,48 Prozent als „schlecht“ und 16,30 Pro-

zent können das nicht beurteilen (weiß nicht; vgl. Tabelle 5).

4.3 Die Einstellungen zu Kooperationen mit Klinikambulanzen und nach § 73c definierten Behandlungspfaden (facharztspezifische Verträge mit den Krankenkassen)

Das Verhältnis zwischen Klinikambulanzen und niedergelassenen Fachärzten war und ist nicht frei von Problemen. Beispielsweise wurde speziell in der "Gerätemedizin" oft argumentiert, dass die Krankenhäuser Leistungen in ihren Ambulanzen angeboten haben mit Geräten, die der Steuerzahler bezahlt hat, während der niedergelassene Facharzt mit seiner Vergütung auch die Amortisation seiner Geräte realisieren muss.

Wegen der vielen Reibungspunkte zwischen niedergelassenen Fachärzten und den Klinikambulanzen in der Vergangenheit ist es interessant, wie die Fachärzte mit Blick auf die sich ändernde Vertragslandschaft sich zu einer derartigen Kooperation positionieren.

- Von den befragten Vertragsärzten können sich 62,11 Prozent grundsätzlich Kooperationen mit Klinikambulanzen im Rahmen von § 116b SGB V vorstellen, 37,00 Prozent können sich dies nicht vorstellen.
- Die Aktivitäten der Klinikambulanzen werden ziemlich ambivalent von den Probanden bewertet. Für 60,79 Prozent sind sie sowohl Konkurrenz als auch Kooperationspartner, 28,19 Prozent klassifizieren sie eindeutig als unerwünschte Konkurrenz, für 7,05 Prozent sind die Klinikambulanzen die perfekte Kooperation und 3,96 Prozent haben keine Meinung.
- Eindeutiger werden die Aktivitäten der klinikeigenen MVZ beurteilt. Für mehr als die Hälfte (55,07 Prozent) der befragten Fachärzte sind klinikeigenen MVZ eine unerwünschte Konkurrenz; für

Tabelle 3

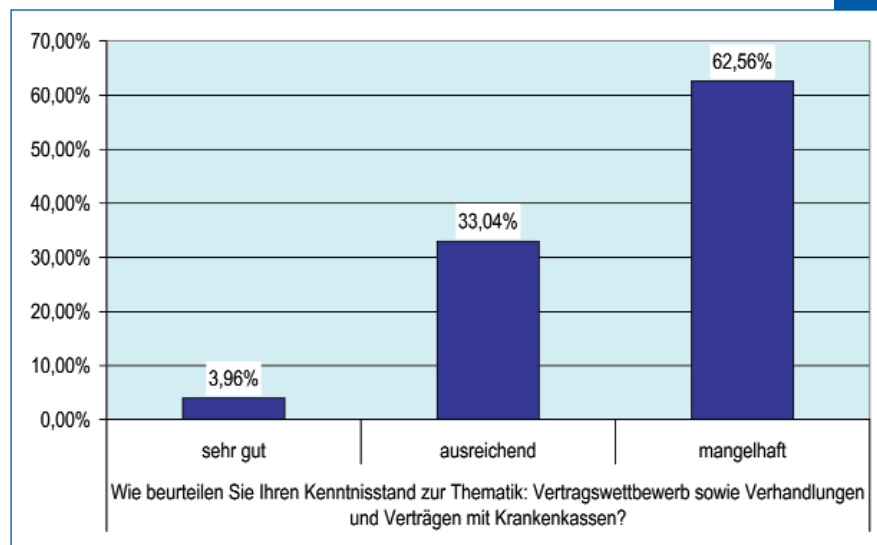
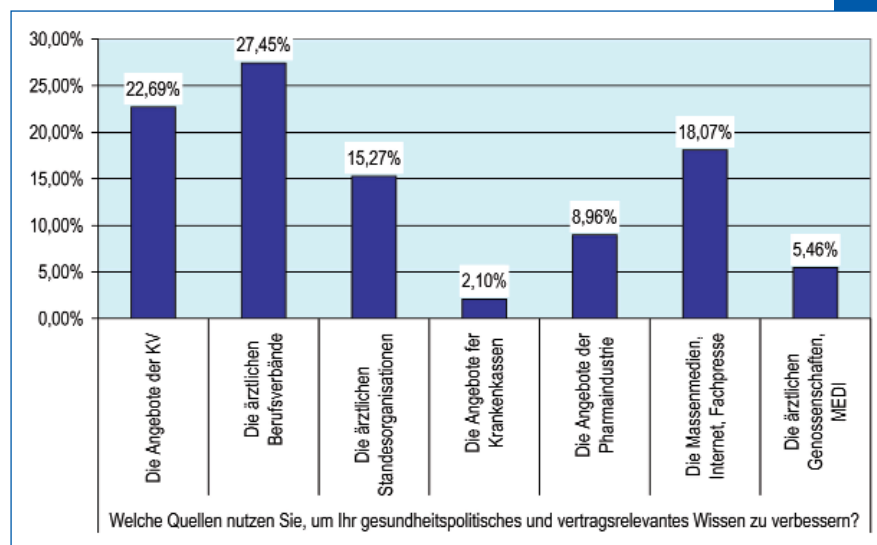


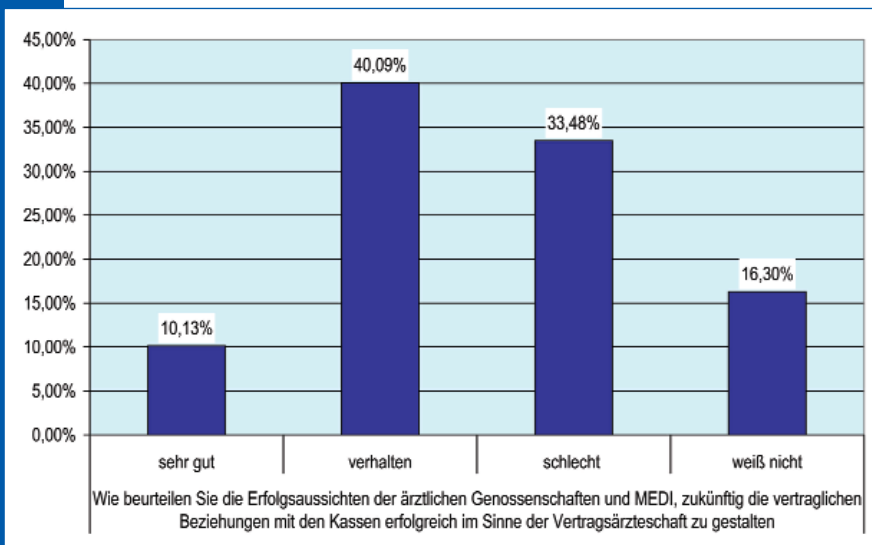
Tabelle 4



38,77 Prozent sind sie sowohl Konkurrenz als auch Kooperation, für 1,32 Prozent die perfekte Kooperation und 4,41 Prozent haben keine Meinung.

- Im Rahmen von Verträgen nach § 73c SGB V definierte Behandlungspfade (facharztspezifische Verträge mit den Krankenkassen) werden von den befragten niedergelassenen Fachärzten eindeutig abgelehnt. Es lässt sich folgende Rangfolge der Begründungen aufstellen:

Tabelle 5



1. Das ist die Unterwanderung der Therapiefreiheit. 34,95 Prozent
2. Das sind keine Optionen, weil individuelles Vorgehen erforderlich. 25,95 Prozent
3. Keine Meinung (weiß nicht). 20,07 Prozent
4. Das ist für einen Spezialisten undenkbar. 09,69 Prozent
5. Das ist die richtige Entwicklung. 09,34 Prozent

Lediglich eine Minderheit von knapp 10 Prozent kann derartigen Verträgen etwas abgewinnen.

5. Fazit

Die befragten Ärzte stehen mehrheitlich den wettbewerblichen Aktivitäten der Kassenärztlichen Vereinigungen skeptisch gegenüber. Den Umstand, dass die KVen ihre Monopolstellung für Vertragsverhandlungen mit den Kassen zunehmend verlieren könnten, wird von einer deutlichen Mehrheit negativ bewertet.

Im Gegensatz dazu fühlen sich aber etwa zwei Drittel der befragten Vertragsärzte von ihrer Kassenärztlichen Vereinigung nicht gut vertreten.

Um das gesundheitspolitische und vertragsrelevante Wissen zu verbessern, nutzen die Vertragsärzte die Angebote der Kassenärztlichen Vereinigungen ebenfalls nicht übermäßig. Als Informationsquelle

werden neben den KVen vor allem die ärztlichen Berufsverbände, die Massenmedien, Internet, Fachpresse und die ärztlichen Standesorganisationen genannt. Die Informationsangebote der Pharmaindustrie wie auch der Genossenschaften und MEDI als Organisationsformen für zukünftige – von den Kassenärztlichen Vereinigungen unabhängige Vertragspartner – werden als Informationsquelle derzeit nur wenig genutzt. Die Ergebnisse zu den Bemühungen der Kassen lassen darüber hinaus vermuten, dass seitens der Krankenkassen der Ärzteschaft kaum nennenswerte Offerten unterbreitet werden.

Fast zwei Drittel der Probanden beurteilen ihren Kenntnisstand zur Thematik „Vertragswettbewerb“ sowie Verhandlungen und Verträgen mit Krankenkassen als „mangelhaft“.

Die Verhandlungssicherheit bei direkten Gesprächen/Verhandlungen mit Krankenkassen wird nicht besser eingeschätzt. Etwa 85 Prozent der Fachärzte sehen sich nicht in der Lage, direkte Gespräche/Verhandlungen mit Krankenkassen zu führen. Nicht einmal ein Fünftel der Befragten kennt Ansprechpartner in den Krankenkassen und deren Fachabteilungen. Der Kenntnisstand zum Vertragsgeschehen zwischen anderen Akteuren im ambulanten Gesundheitssystem ist bei drei Viertel „mangelhaft“.

Trotz des sehr lückenhaften Kenntnisstandes zu wichtigen Faktoren des Vertragsgeschehens hat mehr als die Hälfte der Probanden bereits über die Teilnahme an einem Vertrag nachgedacht, der nicht von den KVen ausgehandelt wurde. Allerdings hat nur etwa ein Fünftel der Probanden eine solche Teilnahme zugesagt. Nur jeder Zehnte der befragten Vertragsärzte beurteilt die Erfolgsaussichten der ärztlichen Genossenschaften und MEDI zukünftig die vertraglichen Beziehungen mit den Kassen erfolgreich im Sinne der Vertragsärzte-

schaft zu gestalten als „sehr gut“. Die verhaltene Beurteilung überwiegt.

Die Mehrheit der befragten Vertragsärzte kann sich grundsätzlich Kooperationen mit Klinikambulanzen im Rahmen von § 116b SGB V vorstellen. Die Aktivitäten der Klinikambulanzen werden ambivalent von den Probanden bewertet. Für die Mehrheit sind sie sowohl Konkurrenz als auch Kooperationspartner und reichlich ein Viertel klassifiziert sie eindeutig als unerwünschte Konkurrenz. Eindeutiger werden die Aktivitäten der klinikeigenen MVZ beurteilt. Für mehr als die Hälfte der befragten Fachärzte sind klinikeigenen MVZ eine unerwünschte Konkurrenz und für reichlich ein Drittel sind sie sowohl Konkurrenz als auch Kooperationspartner. Inwieweit Konkurrenz bzw. Kooperation besteht, hängt dabei sicherlich von den regionalen Gegebenheiten ab.

Die im Rahmen von Verträgen nach § 73c SGB V, definierten Behandlungspfade (facharztspezifische Verträge mit den Krankenkassen) werden von den befragten niedergelassenen Fachärzten eindeutig abgelehnt. Insgesamt verdeutlichen die Befragungsergebnisse, dass seitens der Fachärzte kaum Aktivitäten im Sinne der vom GKV-WSG fixierten Zielrichtungen erfolgt sind. Von daher ist es interessant die weitere Entwicklung im Vertragswettbewerb zu beobachten.



Erfolg ist planbar.

Betriebswirtschaftliche Beratung für Ihre Arztpraxis



Während ihrer Ausbildung werden Mediziner nur unzureichend auf unternehmerische Fragen vorbereitet. Dabei steht eines fest: Ohne betriebswirtschaftliches Konzept läuft nichts.

Nutzen Sie betriebswirtschaftliches Know-how und Erfahrung aus 40 Jahren Beratung - von der Planung der Niederlassung bis zur Praxisabgabe. Für den Erfolg Ihres Unternehmens Arztpraxis.

Stellen Sie sicher, dass alles so läuft, wie Sie es sich wünschen!

Nehmen Sie Kontakt mit uns auf.

Praxisübernahme / Niederlassung

Praxisabgabe

Ärztliche Kooperationen

Praxisbörse

Praxisbewertung



NAV-Wirtschaftsdienst GmbH
Sedanstr. 13-17 • 50668 Köln

Telefon: 0221 - 97 355 192

Fax: 0221 - 97 355 152

E-Mail: bwa@nav-widi.de

Was sonst noch wichtig war

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Mit der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit verfolgt der NAV-Virchow-Bund das Ziel, die Vorstellungen und Forderungen des Verbandes intern und extern zu kommunizieren und seine Positionen zu sozial- und gesundheitspolitischen Fragen öffentlichkeitswirksam zu verbreiten. Ein Tätigkeitsschwerpunkt der Pressestelle ist die Veröffentlichung von Pressemitteilungen, in denen der Verband Stellung zu aktuellen gesundheits- und berufspolitischen Fragen bezieht. Neben Presse, Rundfunk und Fernsehen ist die ärztliche Fach- und Standespresse der wichtigste Adressat. Auch die Herstellung und Pflege von Kontakten zu Vertretern der Publikums- und Fachmedien gehört zu den Kernaufgaben der Pressearbeit.

Neben dem Dauerbrenner „Elektronische Gesundheitskarte“ dominierten vor allem die umstrittene Honorarreform, die Europawahl sowie die bevorstehende Bundestagswahl das politische Geschehen im Berichtszeitraum.

Im Vorfeld der Europawahl verabschiedete der NAV-Virchow-Bund ein Positionspapier zur Gesundheitspolitik in Europa, das an die zuständigen Parlamentarier in Brüssel sowie die Mitglieder des Bundestags-Gesundheitsausschusses verschickt wurde. Eine Pressemitteilung, die in den einschlägigen Medien auf gute Resonanz stieß, rundete das europapolitische Engagement des Verbandes ab.

Im Hinblick auf die Bundestagswahl 2009 beteiligte sich der NAV-Virchow-Bund an einer gemeinsamen Plakataktion mit dem Freien Verband Deutscher Zahnärzte, dem Bündnis Direktabrechnung und dem Hartmannbund Nordrhein. Die Kampagne „Countdown für Ulla Schmidt“ wurde von den Ärzten hervorragend angenommen und fand auch in den Medien großen

Niederschlag. Des Weiteren stellte die Allianz Deutscher Ärzteverbände, in der der NAV-Virchow-Bund zuletzt die Funktion des Sprechers besetzte, im Juni 2009 ein Wahlmanifest mit der Kernforderung „Individuelle Vielfalt statt staatlicher Bevormundung“ vor. Überdies informierte der Verband der niedergelassenen Ärzte seine Mitglieder mit einem „Wahlcheck“ über die Wahlprogramme der großen Parteien und stellte ihnen Wahlprüfsteine und einen umfangreichen Handlungsleitfaden für ärztliches Engagement im Wahlkampf zur Verfügung.

Auf große Resonanz in den Medien stießen auch die zahlreichen Pressemeldungen zu aktuellen gesundheits- und berufspolitischen Themen, die der NAV-Virchow-Bund im Berichtszeitraum veröffentlichte. Hier einige Beispiele:

- Der Deutsche Bundestag muss ein Moratorium zur elektronischen Gesundheitskarte beschließen. Angesichts leerer Kassen, ein Übergreifen der Finanzkrise auf die Sozialsysteme sowie offener und schleichender Rationierung medizinischer Leistungen können wir uns ein solches Milliarden-Grab einfach nicht leisten.
- Das Bundesverfassungsgericht hat die Eingriffe der Gesundheitsreform in das System der privaten Krankenversicherung für verfassungsgemäß erklärt. Das Urteil ist der notwendigen Neuorientierung unseres Gesundheitswesens nicht zuträglich.
- Zum Start der neuen AOK-Rabattverträge am 1. Juni 2009 hat der Bundesvorsitzende, Dr. Klaus Bittmann, darauf hingewiesen, dass kein Arzt durch die Rabattverträge aus der Haftung entlassen ist. Die Verordnung eines Medikamentes habe immer der Arzt zu verantworten. Deshalb rät der NAV-Virchow-Bund dazu, auf idem durch Ankreuzen auf dem Verordnungsvordruck auszuschießen und nicht auf die Verordnungshoheit zu verzichten!

- Der NAV-Virchow-Bund hat sich für eine Neugestaltung der Wettbewerbsordnung in der ambulanten Versorgung, die Weiterentwicklung eines Nebeneinanders von Kollektiv- und Selektivverträgen sowie die Befreiung der Kassenärztlichen Vereinigungen vom Körperschaftsstatus ausgesprochen.
- Die Korrekturen an der Honorarreform bezeichnete der Bundesvorsitzende als „bloße Kosmetik“. Es handle sich lediglich um marginale Nachbesserungen zur Beruhigung der Gemüter, aber ohne grundsätzliche Verbesserungen und unter Beibehaltung der falschen Systematik.
- Die niedergelassenen Ärzte fordern ein Datenschutzpaket für das Gesundheitswesen. Dazu gehört der Verzicht auf eine zentrale Speichersystematik von Patientendaten beim Projekt elektronische Gesundheitskarte. Weiterhin müssen Ärzte vor Abhörmaßnahmen, Online-Razzien und der Vorratsdatenspeicherung geschützt und rechtlich den Priestern und Strafverteidigern gleichgestellt werden.
- Die niedergelassenen Ärzte sehen die Therapiefreiheit in Gefahr. Dies geht aus einer Ärztebefragung im Auftrag des Verbands Forschender Arzneimittelhersteller (VFA) und des NAV-Virchow-Bundes hervor.
- Der NAV-Virchow-Bund legt einen eigenen Gesetzesvorschlag zur Verbesserung der ambulanten Haus- und Facharztversorgung vor. Neben regionalen Lösungen wird vor allem eine stärkere Anbindung der niedergelassenen Fachärzte eingefordert, da reine Hausarztverträge ohne ergänzende Facharzteinbindung durch niedergelassene Ärzte die Versorgung auf Dauer gefährdeten.

Zu den Tätigkeitsschwerpunkten der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit gehörte auch die Konzeption und Umsetzung gesundheitspolitischer Veranstaltungen. Wie in jedem Jahr wurde auch im Rahmen der

Bundeshauptversammlung 2008 eine Pressekonzferenz durchgeführt, auf der der Bundesvorsitzende den Medienvertretern Rede und Antwort stand. Das Thema: „Vertrauensschutz – Datensicherheit – informationelle Selbstbestimmung: das Arzt-Patienten-Verhältnis im Zeitalter der Informationstechnologie“. Im März 2009 lud der NAV-Virchow-Bund die im Bundestag vertretenen Ärzte zu einem Parlamentarischen Abend ein. Das Referat „Freiberuflichkeit und ärztliche Freiheit 2020 – eine Vision“ des Polikum-Gründers Dr. Wolfram Otto stellte sich als hervorragender Impulsgeber für anregende Gespräche heraus. Im Mai 2009 folgte der traditionelle Presseabend im Vorfeld des Deutschen Ärztetages. Die zahlreich anwesenden Journalisten hatten Gelegenheit, mit dem Bundesvorsitzenden Dr. Klaus Bittmann und dessen Stellvertreter Stephan Kraft Gespräche zu Schwerpunkten der ärztlichen Berufspolitik, anstehenden Herausforderungen in der Gesundheitspolitik und anderen aktuellen Themen zu führen.

Rechtsabteilung

Rechtsberatung im Jahr 2009, das sind circa 3.960 Telefonanrufe von ratsuchenden Ärzten und Ärztinnen, etwa 960 schriftliche Anfragen von Mitgliedern des NAV-Virchow-Bundes und nahezu 70 persönliche Beratungsgespräche in der Kölner Geschäftsstelle.

Um sich besser vorstellen zu können, was hinter diesen Zahlen steht, hier einige Beispiele der Rechtsberatung des NAV-Virchow-Bundes:

Frau Dr. V. aus Hagen hat folgendes Problem:

„Eine meiner Mitarbeiterinnen ist schon lange krank. Das Arbeitsverhältnis wird nun zum Ende des Monats enden, da die Mitarbeiterin in Rente geht. Hat sie für den Zeitraum, in dem sie krankgeschrieben war

bzw. sich im Krankheitsurlaub befand Anspruch auf bezahlten Jahresurlaub?“

Frau Schannath:

„Nach dem Urteil des Europäischen Gerichtshofes vom 20.01.2009 (AZ: C-350/06; C-520/06) verliert ein Arbeitnehmer nicht seinen Anspruch auf bezahlten Jahresurlaub, den er wegen Krankheit nicht ausüben kann. Der Gerichtshof war der Ansicht, dass der Anspruch auf bezahlten Jahresurlaub bei Ablauf des Bezugsrahmens und/oder eines im nationalen Recht festgelegten Übertragungszeitraums nicht erlöschen darf, wenn der Arbeitnehmer während des gesamten Bezugsraumes oder Teilen davon krankgeschrieben war und seine Arbeitsunfähigkeit bis zum Ende seines Arbeitsverhältnisses fortgedauert hat, weshalb er seinen Anspruch auf bezahlten Jahresurlaub nicht ausüben konnte. Das bedeutet, dass dauerhaft kranke Arbeitnehmer ihren Urlaub ggf. über Jahre ansparen können.“

Frau Dr. Z. aus Hamburg hat folgende Frage:

„Ich habe mit einem Radiologen ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) gegründet. Ich selbst bin Nuklearmedizinerin. Wir möchten jetzt eine gynäkologische Praxis in einem anderen Stadtteil kaufen und dort eine Zweigpraxis mit einem angestellten Arzt betreiben. Der Zulassungsausschuss will uns die Genehmigung dafür nicht erteilen. Ist dies rechtens?“

Frau Schannath:

„Nach dem Beschluss des Sozialgerichtes Marburg vom 22.02.2008 (AZ: S 12 KA 47/08 ER) muss ein MVZ alle ärztlichen Leistungen am Vertragsarztsitz erbringen, um fachübergreifend tätig zu sein. Leistungen eines Fachgebietes können nicht ausschließlich in einer Zweigpraxis erbracht werden. Am Hauptsitz eines MVZ müssen also alle Leistungen des MVZ angeboten werden. Soweit dies nicht der Fall ist, handelt es sich bei der Zweigpraxis nicht

um eine Zweigpraxis, sondern letztlich um eine weitere Praxis. Eine solche Praxis ist aber nicht genehmigungsfähig. Zwei selbstständige Praxen unter dem Dach eines MVZ sind nach der gegenwärtigen Rechtslage nicht zulässig.“

Frau Dr. U. aus München hat folgendes Problem:

„Ich habe schon lange Zeit mit einer Mitarbeiterin immer wieder Ärger. Als ich ihr fristgemäß gekündigt habe, hat sie mich vor dem Arbeitsgericht verklagt. Wenn wir uns jetzt bei Gericht einigen und einen Vergleich abschließen, droht dann der Mitarbeiterin hinsichtlich des Arbeitslosengeldes eine Sperrzeit?“

Frau Schannath:

„Voraussetzung für die Anordnung einer Sperrzeit ist grundsätzlich, dass der Arbeitnehmer das Beschäftigungsverhältnis gelöst und dadurch vorsätzlich oder grobfahrlässig die Arbeitslosigkeit herbeigeführt hat. Dies ist nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (BSG) vom 17.10.2007 (AZ: B 11 a AL 51/06) auch dann zu bejahen, wenn eine Vereinbarung im Rahmen eines gerichtlichen Vergleiches geschlossen wird.“

In diesem Fall kann sich aber der Arbeitnehmer auf einen wichtigen Grund hinsichtlich der Lösung des Beschäftigungsverhältnisses berufen, wenn keine Gesetzesumgehung zu Lasten der Versicherten-gemeinschaft vorliegt. Das bedeutet im konkreten Fall, dass eine Sperrzeit nicht verhängt werden darf.“

Herr Dr. B. aus Rosengarten stellt folgende Frage:

„Ich werde im nächsten Jahr meine Praxis an ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) verkaufen und mich dort anstellen lassen. Da ich selbst aus gesundheitlichen Gründen kürzer treten möchte, plane ich, nur noch 20 Stunden in der Woche im MVZ zu arbeiten. Der ärztliche Leiter des

MVZ meinte jedoch, ich muss mindestens 31 Stunden arbeiten, um hinsichtlich der Bedarfsplanung meinen Vertragsarztsitz voll anrechnen lassen zu können. Stimmt das?“

Frau Schannath:

„Ja, Ihr Kollege hat recht. Im Rahmen des Versorgungsauftrages ist der Vertragsarzt oder auch der angestellte Arzt zwar nur verpflichtet, 20 Stunden Sprechstundenzeiten anzubieten, zur Erfüllung des vollen Versorgungsauftrages eines Vertragsarztsitzes muss aber eine Arbeitszeit von über 30 Stunden erfüllt werden. Denn die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit eines angestellten Arztes im MVZ ist maßgeblich für die Feststellung des örtlichen Versorgungsgrades. Werden die 31 Stunden nicht abgedeckt, ist die Zulassung gefährdet.“

Sollte das MVZ erwägen, auf Ihren Vertragsarztsitz einen zweiten Kollegen zu beschäftigen, könnte eine wöchentliche Arbeitszeit von 10 bis 20 Stunden vereinbart werden. Sie müssten aber dann mit dem Kollegen gemeinsam mindestens 20 Stunden wöchentlich dem MVZ für Sprechstunden am Sitz zur Verfügung stehen.“

Herr Dr. M. aus Hanau hat folgendes Problem:

„Weil meine Frau und ich unser Auto abwechselnd benutzen, bewahren wir den Fahrzeugschein im Handschuhfach auf. Ich habe jetzt irgendwo gelesen, dadurch könnte ich den Versicherungsschutz verlieren. Ist dies richtig?“

Frau Schannath:

„Wenn man dem Urteil des Oberlandesgerichtes Celle vom 09.08.2007 (AZ: 8 U 62/07) folgt, dann gilt ein Fahrzeugschein, der dauerhaft im Handschuhfach des Fahrzeuges verwahrt wird, als eine ‚erhebliche Gefahrenerhöhung‘. Der Kasko-Versicherer ist damit leistungsfrei.“

Bei einem nur gelegentlichen und kurzfristigen Ablegen der Kfz-Papiere im Handschuhfach mussten die Versicherer nach dem Urteil des Oberlandesgerichtes Koblenz vom 30.08.2002 (AZ: 10 U 1415/01) bisher zahlen.“

Herr Dr. W. aus Coburg stellt folgende Frage:

„Ich hatte vor mehr als drei Jahren Ärger mit einem Patienten, der die Behandlung abgebrochen hat und auch gedroht hatte, mich zu verklagen. Bis jetzt habe ich die Rechnung noch nicht gestellt. Macht das überhaupt noch Sinn?“

Frau Schannath:

„Nach dem Beschluss des Oberlandesgerichtes Nürnberg vom 09.01.2008 (AZ: 5 W 2508/07) ist der Honoraranspruch eines Arztes jedenfalls dann verwirkt, wenn dieser mit der Stellung seiner Honorarrechnung mehr als drei Jahre wartet, nachdem der Patient die Behandlung unter Berufung auf deren angebliche Fehlerhaftigkeit unter Androhung gerichtlicher Schritte abgebrochen und den Arzt dazu aufgefordert hat, keine Rechnung zu stellen. Infolge des geschaffenen Vertrauens keine Rechnung mehr zu stellen, erscheint daher die verspätete Geltendmachung des ärztlichen Honoraranspruches als eine mit Treu und Glauben unvereinbare Härte für den Patienten. Folgt man dem Beschluss des Oberlandesgerichtes ist auch Ihr Honoraranspruch verwirkt.“

Frau Dr. F. aus Bad Kötzing hat folgendes Problem:

„Ich bin mit meiner Praxis umgezogen. Meine Telefongesellschaft wurde schon Wochen vorher über den Umzug und die notwendig werdende Umstellung informiert. Es hat aber sieben Wochen gedauert bis das Telefon wieder funktioniert hat. Kann ich die Telefongesellschaft auf Schadensersatz verklagen?“

Frau Schannath:

„Wenn man dem Landgericht Frankfurt a. M. folgt, dann ja. Die Richter haben dort am 11.06.2008 (AZ: 3-13 O 617/06) entschieden, dass eine Telefongesellschaft für den Schaden haftet, der daraus resultiert, dass sie die Umstellung eines geschäftlichen Festanschlusses schuldhaft erst mit einer erheblichen Verzögerung von sieben Wochen vornimmt. Ein zugleich parallel vorgehaltener Handyanschluss kann solange nicht als tauglicher Ersatz für den Festnetzanschluss angesehen werden, wie der Geschädigte auf einen reibungslosen Fax-Verkehr und Internetzugang angewiesen ist, um den Bedürfnissen seiner Kunden hinsichtlich etwaiger Rückfragen, Anfragen oder Terminvereinbarungen Rechnung tragen zu können.“

Umziehende Unternehmen sollten daher alle Vorgänge im Zusammenhang mit der Umstellung des Telefonanschlusses aus Beweisgründen ausreichend dokumentieren.“

Herr Dr. E. aus Penzberg hat folgendes Problem:

„Zwischen mir und meiner teilzeitbeschäftigten Weiterbildungsassistentin ist es zum Streit darüber gekommen, wie viele Urlaubstage sie im Jahr hat, wenn sie nur an drei Tagen in der Woche in der Praxis tätig ist. Wie viele Urlaubstage muss ich ihr gewähren?“

Frau Schannath:

„Es gibt zwei Möglichkeiten der Berechnung:

1. Man gewährt der Mitarbeiterin die gleiche Anzahl von Urlaubstagen wie einer Vollzeitkraft, bei der Berechnung des Urlaubes sind aber die ohnehin freien Tage der Woche mit zu berechnen. Will also die Mitarbeiterin z. B. eine Woche Urlaub, so muss sie sich auch für die beiden Tage, an denen sie normalerweise nicht in der Praxis ist, Urlaub nehmen.

2. Die von mir präferierte Lösung ist aber folgende: Hat eine Vollzeitkraft z. B. 30 Urlaubstage, dividiert man diese Zahl durch die Tage, die in Ihrer Praxis gearbeitet wird. Man dividiert also 30 durch 5 und multipliziert dieses Ergebnis mit der Anzahl der Tage, an denen die Mitarbeiterin in Ihrer Praxis tatsächlich beschäftigt ist. Dies sind in Ihrem Fall 3 Arbeitstage ($30:5 \times 3 = 18$). Diese 18 Urlaubstage sind nur auf die Tage der Woche anzurechnen, an denen die Mitarbeiterin arbeiten müsste. Die übrigen Tage sind ohnehin frei. Es würden also in Ihrem Fall für eine Woche 3 Urlaubstage genommen werden müssen. Bei beiden Varianten hat die Mitarbeiterin Anspruch auf 6 Wochen Urlaub.“

Herr Dr. K. aus Kiel hat folgende Frage:

„Ich bin seit 20 Jahren als Pathologe in eigener Praxis tätig. Ich habe jetzt bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) beantragt, mich vom Notfalldienst auszuschließen oder zu befreien. Ich sehe mich dafür nicht mehr als geeignet an, da ich schon so lange ausschließlich pathologisch tätig bin. Dies hat die KV jedoch anders beurteilt und entschieden, dass ich auch weiterhin Notfalldienste leisten muss. Wie beurteilen Sie die Erfolgsaussichten gegen die Entscheidung vorzugehen?“

Frau Schannath:

„Leider nicht sehr gut, denn das Bundessozialgericht (BSG) hat am 06.02.2008 (AZ: B 6 Ka 13/06 R) entschieden, dass auch Pathologen am Notfalldienst teilnehmen müssen. Nach Ansicht der Richter ist jeder niedergelassene (Vertrags-)Arzt verpflichtet, die durch die Einrichtung eines Notfalldienstes entstehenden Belastungen gleichwertig mitzutragen. Die Pflicht zur Teilnahme trifft auch Fachärzte, die ohne direkten Patientenkontakt tätig sind. Kann ein Arzt z. B. aus gesundheitlichen Gründen den Dienst nicht persönlich wahrnehmen, ist er verpflichtet, auf eigene Kosten einen geeigneten Vertreter zu bestellen. Von dieser Pflicht kann der Arzt nur dann

befreit werden, wenn ihm, aufgrund geringer Einkünfte aus seiner ärztlichen Tätigkeit, die Finanzierung eines Vertreters nicht zumutbar ist.“

Herr Dr. S. aus Starnberg hat folgendes Problem:

„Ich betreibe meine Praxis in gemieteten Räumlichkeiten. Auf dem Grundstück, auf dem sich das Haus befindet, müssen mehrere Bäume gefällt werden, da sie ausgetrocknet sind und beim nächsten Sturm umzufallen drohen. Mein Vermieter möchte die Kosten für die Holzfäller und den Abtransport der Bäume auf die Mieter umlegen. Ich bin zwar verpflichtet, im Rahmen der Betriebskosten die Gartenpflege anteilig zu zahlen, aber umfasst das auch das Fällen von Bäumen?“

Frau Schannath:

„Ich kann sie beruhigen, die Kosten der Holzfäller müssen Sie nicht tragen. So hat es auch das Amtsgericht Gelsenkirchen-Buer am 21.11.2003 (AZ: 7 C 109/03) entschieden. Das Amtsgericht bestätigte zwar, dass die Kosten für Gartenpflege – wie Mähen des Rasens und Anlegen von Beeten – grundsätzlich umlegbar seien, beim Fällen von Bäumen handle es sich aber um die Beseitigung von Gefahrenquellen. Das falle nicht unter Gartenpflege, so dass der Vermieter diese Kosten selbst tragen müsse.“

Auslandsreferat

Nicht immer stoßen die Vorschläge und Maßnahmen der Europäischen Kommission, die das Gesundheitswesen der Union betreffen, auf ungeteilte Zustimmung. So geschehen mit der lange überfälligen Arbeitszeitrichtlinie für Krankenhausärzte. Sie verschwand sang- und klanglos in der Versenkung, weil sich die Länder nicht einigen konnten.

Etwas besser erging es dagegen der Richtlinie Patientensicherheit und -rechte. Obwohl im März 2009 zahlreiche Änderungs-wünsche vom Europäischen Parlament eingebracht wurden, wird mit ihrer Verab-schiedung noch dieses Jahr gerechnet. Schwierigste Hürde ist die Frage der Defi-nition der stationären Versorgung. Ange-dacht wird, dass jedes Land seine eigene Definition einbringt.

Eine weitere Signalwirkung geht vom Grünbuch über die Arbeitskräfte im Ge-sundheitswesen aus, das die Kommission veröffentlicht hat. Sie stößt damit eine dringend erforderliche öffentlich Diskus-sion an, um Lösungen zu finden, wie zukünftig auf die Herausforderungen der Gesundheitssysteme auf eine alternde Gesellschaft, dem sich bereits heute ab-zeichnenden Mangel an Gesundheitsfach-kräften und deren zunehmender Migration Rechnung getragen werden kann.

Die wichtigste Vertretung der europäischen Ärzteschaft ist der Ständige Ausschuss der Europäischen Ärzte – CPME. Sein Einfluss bei der Europäischen Kommission hat Dank der Bemühungen der vergangenen sechs Jahre stetig zugenommen. Inzwi-schen ist der CPME für die Kommission so etwas wie eine Consulting-Gesellschaft, wenn es um die europäische Gesundheits-versorgung geht.

So wird der CPME selbstverständlich eine Stellungnahme zum Grünbuch der Europä-ischen Union abgeben. Der NAV-Virchow-Bund hat für die niedergelassenen Ärzte in einem Positionspapier zur europäischen Gesundheitspolitik Stellung genommen:

Positionspapier der niedergelassenen Ärzte zur Gesundheitspolitik der Europäischen Union

Der NAV-Virchow-Bund, der als einziger deutscher Verband ausschließlich die Interessen der niedergelassenen und ambulant tätigen Ärzte vertritt, befasst sich seit 1969 mit der europäischen Ge-sundheits- und Sozialpolitik. Der Verband vertritt die Interessen der niedergelasse-nen Ärzte in der deutschen Delegation des Ständigen Ausschusses der europäi-schen Ärzte – CPME. Darüber hinaus gründete der NAV-Virchow-Bund die Europäische Arbeitsgemeinschaft der niedergelassenen Ärzte – E.A.N.A., die eng mit dem Ständigen Ausschuss zu-sammenarbeitet.

Der NAV-Virchow-Bund begleitet den europäischen Prozess, insbesondere in der Gesundheitspolitik und der ärztlichen Standesvertretung seit Ende der 60er-Jahren aktiv und konstruktiv. Doch in-zwischen führen Bürokratisierung und Überregulierung zu schwindender Akzep-tanz und Transparenz in der Bevölkerung wie auch bei den Ärztinnen und Ärzten.

Angesichts dieser Entwicklungen verbind-et der NAV-Virchow-Bund sein deut-liches Ja zum europäischen Einigungs-prozess mit der Forderung, regionale Strukturen gegenüber zentralistischen Elementen zu stärken und nationale Errungenschaften zu erhalten. Die Ge-sundheitssysteme der europäischen Staa-ten sind nicht zu vereinheitlichen. Ein-heitstendenzen bedeuten stets eine Ni-vellierung nach unten. Daher befürwortet der NAV-Virchow-Bund den Erhalt der nationalen Gesundheitssysteme.

Das Europäische Parlament, das in die-sem Jahr neu gewählt wird, ist die demo-kratisch legitimierte Vertretung der in der

Europäischen Union lebenden Menschen. Das Europäische Parlament hat weit reichende Befugnisse erhalten und be-stimmt in zunehmendem Maße das ge-sellschaftliche, politische, kulturelle und wirtschaftliche Leben in den einzelnen Mitgliedstaaten.

Aus diesem Grund hat der NAV-Virchow-Bund seine in vier Jahrzehnten entwi-ckelten europapolitischen Positionen zusammengefasst:

Die Wahrung der ärztlichen **Freiberuf-lichkeit** hat für den NAV-Virchow-Bund auf nationaler und europäischer Ebene höchste Priorität. Die ärztliche Freiberuf-lichkeit definiert sich über die Ausübung des ärztlichen Berufes nach vorhergegan-gener freier Wahl der Berufsausübungs-form, die freie Wahl des Arztes durch den Patienten, die klinische Unabhängigkeit auf der Basis von Wissen und Erfahrung, die Weisungsunabhängigkeit gegenüber dem Patienten und den Sozialpartnern, die Vertragsfreiheit und die wirtschaftli-che Unabhängigkeit.

Weitere wichtige Elemente der Freiberuf-lichkeit sind die direkte Verantwortung für den Patienten und die damit verbun-dene schützenswerte Arzt-Patienten-Beziehung, die persönlich erbrachte Lei-stung und die soziale Verantwortung, die freie berufliche Weiterentwicklung, die freie Leistungs- und Preisgestaltung, die Qualitätssicherung und damit verbunden die Haftung, die Gesellschafts- und Koo-perationsformen und die Selbstverwal-tung.

Die demografische Veränderung der Bevölkerung und die demografische Ent-wicklung in den Gesundheitsberufen, Ausbildungskapazitäten und Fortbil-dungsbedarf sowie Migrationsströme der Gesundheitsberufe stellen die europä-ischen Gesundheitssysteme vor große

Herausforderungen. Daher begrüßt der NAV-Virchow-Bund das **Grünbuch der Europäischen Kommission über die Gesundheitsberufe in Europa**, schließt sich der Stellungnahme des CPME zu den Inhalten des Grünbuches an und hält eine detaillierte Analyse der Berufsausübungsbedingungen in jedem Mitgliedsland der Europäischen Union für dringend erforderlich. Der NAV-Virchow-Bund unterstützt nachdrücklich die Forderung nach angemessenen Arbeitsbedingungen und einer angemessenen Bezahlung ärztlicher Leistungen. Ärztliche Leistungen müssen frei von rein wirtschaftlichen Einflüssen erbracht werden. Jeder Arzt ist für seine Leistungen persönlich verantwortlich. Die Gesundheitsversorgung kann und darf nicht den Kräften der freien Marktwirtschaft unterliegen.

Die niedergelassenen Ärzte befürworten gemeinsame europäische Standards hinsichtlich einer hoch qualifizierten Aus-, Weiter- und Fortbildung, lehnen allerdings eine Kompensation von Ausbildungskosten bei der Migration der Gesundheitsberufe ab. Hier gilt der Grundsatz der Freizügigkeit aller Berufe in der Europäischen Union.

Im Zusammenhang mit dem Bologna-Prozess, der europaweit ein Studium mit Bachelor- und Masterabschlüssen sowie eine entsprechende Gliederung des Medizinstudiums vorsieht, fordert der NAV-Virchow-Bund, dass nur der Masterabschluss und das Staatsexamen zur ärztlichen Approbation berechtigen und damit zur Versorgung der Patienten.

Im Übrigen gelten die Richtlinien der ärztlichen Aus- und Weiterbildung der Europäischen Union, mit einer Grundausbildung von 5.500 Stunden.

Bei der Umsetzung von e-health-Projekten ist Voraussetzung, dass hierdurch die ärztliche Tätigkeit unterstützt wird und

es dem Patienten nützt. Patientendaten müssen vertraulich behandelt werden. Es darf keine Beeinflussung durch rein wirtschaftliche Marktkräfte geben.

EU Richtlinienentwurf zur Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung:

Der NAV-Virchow-Bund hat sich mit dem vorliegenden Richtlinienentwurf befasst und begrüßt grundsätzlich die darin enthaltene Regelung zur Sicherheit der Patienten.

Die niedergelassenen Ärzte befürworten die Festlegung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards in der Gesundheitsversorgung sowie deren Einhaltung durch die Dienstleister als Aufgabe der EU-Mitgliedstaaten, fordert jedoch eine Festsetzung der Qualitäts- und Sicherheitsstandards auf dem höchst möglichen Niveau. Qualitätsstandards dürfen kein Steuerungsinstrument für die Gesundheitsversorgung sein.

Leitlinien und Normen zur Erleichterung der Erbringung grenzüberschreitender Gesundheitsdienstleistungen müssen durch wissenschaftliche Gremien der EU-Mitgliedstaaten erarbeitet werden.

Bei der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen ohne vorherige Zustimmung des Versicherungsträgers auf der Basis der Kostenerstattung in Höhe der im Herkunftsland des Versicherten geltenden Leistungssätze, fordert der NAV-Virchow-Bund eine vorherige, verbindliche Regelung der Finanzierung.

Der NAV-Virchow-Bund ist für die Schaffung nationaler Kontaktstellen, die Patienten über ihre Rechte bei der Inanspruchnahme grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung informieren, insbesondere über Folgeschäden einer Behandlung. Der Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands fordert in

diesem Zusammenhang jedoch die Einführung der verschuldensunabhängigen Haftung.

Was den Aufbau europäischer Referenznetze, die Förderung der gegenseitigen Anerkennung von Verordnungen, die bessere Zusammenarbeit auf dem Sektor Telematik, neuer Technologien und den Aufbau einer Datensammlung sowie die Empfehlung zur grenzüberschreitenden Interoperabilität elektronischer Patientendatenysteme, die länderübergreifend kompatibel sind, betreffen, lehnt der NAV-Virchow-Bund grundsätzlich jede Form der zentralen Datenspeicherung ab und fordert die strikte Einhaltung des Schutzes personenbezogener Daten.

Kostenerstattung

Der NAV-Virchow-Bund fordert die europaweite Einführung der Kostenerstattung mit dem Ziel, die Transparenz des Leistungsgeschehens und den zielgerichteten Einsatz der Inanspruchnahme medizinisch-ambulanter Leistungen zu verbessern.

Die Anstrengungen der Europäischen Kommission gegen **Arzneimittelfälschungen** geeignete Maßnahmen zum Schutz der Patienten zu ergreifen und für eine verbesserte **Arzneimittelsicherheit** zu sorgen, werden vom NAV-Virchow-Bund ausdrücklich begrüßt.

Die niedergelassenen Ärzte wenden sich hingegen strikt gegen eine Aufhebung des Informationsverbotes für Arzneimittel.

Berlin/Köln im April 2009

Dieses Positionspapier wurde vor der Europawahl an die Abgeordneten des Europäischen Parlamentes, die Mitglieder des Gesundheitsausschusses waren, geschickt. Nach der Wahl erhielten alle neu gewählten Mitglieder des Gesundheitsausschusses das Papier ebenfalls.

Im Europäischen Parlament wurde inzwischen der Richtlinienentwurf zu Patientensicherheit und -rechten (grenzüberschreitende Versorgung) beraten. Das Parlament mahnte die Länder zu mehr Kostentransparenz, damit Patienten sich über Leistungen und deren Preise informieren können. Lehnt ein Mitgliedsland die Kostenübernahme ab, muss dies medizinisch begründet werden.

Was das Thema E-Health betrifft, so scheint sich ein Umdenken in Brüssel abzuzeichnen. Hatte bisher die Generaldirektion Wirtschaft unter Kommissar Verheugen einen großen Einfluss in diesem Bereich, so gewinnt zur Zeit die Generaldirektion Gesundheit und Umwelt mehr und mehr Einfluss auf die zukünftige Entwicklung von E-Health.

Für den CPME sind im Bereich Telemedizin und E-Health zwei Grundsätze nicht verhandelbar: die Arzt-Patienten-Beziehung und die Vertraulichkeit von Patientendaten. Dies gilt auch für die Haltung des Europäischen Patientenforums, mit dem der CPME eng zusammenarbeitet.

In einigen Ländern der EU wird E-Health bereits umgesetzt. Dies gilt für Dänemark, wo die elektronische Patientenkarte auch Angaben zur Arzneimitteltherapie enthalten soll. Zugang zu diesen Daten sollen nur Ärzte und Apotheker haben.

Eine heftige Diskussion um den Zugang zu Patientendaten wird zur Zeit in Großbritannien geführt. Ärzte und Patienten fordern, dass nur mit Zustimmung des Patienten Dritte Zugang zu seinen Daten haben dürfen.

Schweden verfügt bereits über ein Konzept zur Erfassung von Notfalldaten und möchte eine Standardisierung der Datenerfassung auf europäischer Ebene.

Die 1974 von Dr. Kaspar Roos gegründete **E.A.N.A. – Europäische Arbeitsgemeinschaft der niedergelassenen Ärzte**, verzeichnet im Gegensatz zum CPME einen Zuwachs ihrer Mitglieder. Der Verband der niedergelassenen Ärzte Spaniens und eine Organisation von Allgemeinärzten in Rumänien sind seit dem 1. Januar 2009 Mitglieder der E.A.N.A. Zugleich wurde auf der Sitzung der E.A.N.A. im Juni 2009 ein neuer Generalsekretär gewählt. Dr. Claude Schummer, Luxemburg, wird dieses Amt ausfüllen. Der Präsident der E.A.N.A., Dr. Jörg Pruckner, wurde zudem im März 2009 in den Vorstand des CPME gewählt. Damit ist die kontinuierliche enge Zusammenarbeit mit dem CPME weiterhin gewährleistet und die Interessenvertretung der niedergelassenen Ärzte in Europa sichergestellt.

Schon in der Vergangenheit hat sich die E.A.N.A. wiederholt mit der ärztlichen Freiberuflichkeit beschäftigt. Bereits 1980 wurde eine Entschließung zu diesem Thema verabschiedet, die im Herbst 2008 die Grundlage eines neuen Entschließungsentwurfes bildete. Im Juni 2009 wurde diese Entschließung endgültig verabschiedet. Diese Definition der ärztlichen Freiberuflichkeit 2009 soll als Grundlage für zukünftig Beratungen innerhalb des CPME und auf europäischer Ebene dienen.

Sie lautet:

Die niedergelassenen Ärzte Europas definieren ihre Freiberuflichkeit über

- die freie Wahl der Berufsausübung,
- die klinische Unabhängigkeit auf der Basis von Wissen und Erfahrung,
- die Weisungsunabhängigkeit von Politik und Sozialpartnern,
- die direkte Verantwortung für den Patienten,
- die freie Wahl des Arztes durch den Patienten,
- die Wahrung der Vertraulichkeit der Arzt-Patienten-Beziehung.

Weitere fundamentale Elemente ihrer Freiberuflichkeit sind:

- die besondere soziale Verantwortung,
- die persönlich erbrachte Leistung,
- die Vertragsfreiheit,
- die wirtschaftliche Unabhängigkeit,
- die freie Leistungs- und Preisgestaltung,
- die Übernahme des Unternehmerrisikos,
- die Datenhoheit im Rahmen von E-Health,
- die Qualitätssicherung und die Haftung.

Um eine optimale patientenorientierte Gesundheitsversorgung durch niedergelassene Ärzte in Europa zu gewährleisten, ist eine freie berufliche Entwicklung unabdingbar, speziell bei der Weiter- und Fortbildung.



Ute Helene Leutloff-Simons

Abschied im Auslandsreferat

Die Auslandsreferentin des NAV-Virchow-Bundes, Ute Helene Leutloff-Simons, beendete am 30. Juni 2009 ihre Tätigkeit nach 38 Berufsjahren im Verband aus Altersgründen. Die gelernte kaufmännische Exportsachbearbeiterin trat am 1. Juli 1971 in den damaligen NAV ein und leitete das bereits seit 1967 im Verband eingerichtete Auslandsreferat. Zentrale Aufgabe war die Zuarbeit für Bundesvorsitzenden und Vorstand zu allen Themen der Auslandsarbeit.

Grundlage für die Einrichtung des Auslandsreferates des Verbandes war die fortschreitende Entwicklung in der damaligen Europäischen Gemeinschaft, die ursprünglich sechs Länder umfasste. Die Arbeit von Frau Leutloff-Simons erstreckte sich in Mitwirkung innerhalb der Gremien der europäischen Ärzteschaft sowie die Zusammenarbeit mit ausländischen Standesvertretungen der niedergelassenen Ärzte, im Weltärztebund und im Internationalen Kongress für Gruppenmedizin.

Im Jahre 1974 wurde auf Initiative des damaligen Bundesvorsitzenden Dr. Kaspar Roos die Europäische Arbeitsgemeinschaft Niedergelassener Ärzte (E.A.N.A.) gegründet, das bis heute einzige europäische Gremium, das ausschließlich die Interessen der niedergelassenen Ärzte vertritt. Das Sekretariat der E.A.N.A., das bis 2006 beim NAV-Virchow-Bund angesiedelt war, wurde seitdem von Frau Leutloff-Simons geleitet. Sie war maßgeblich an der Erstellung und Verabschiedung einer Satzung für die E.A.N.A. beteiligt, bis das Sekretariat an die österreichische Ärztekammer wechselte.

Darüber hinaus begleitete Frau Leutloff-Simons Bundesvorstandsmitglieder vor, während und nach Gremientagungen, in denen der NAV-Virchow-Bund vertreten war, darunter die UEMO, die EFMA, der

Ständige Ausschuss Europäischer Ärzte (CPME) und der Weltärztebund.

Frau Leutloff-Simons berichtete zudem unregelmäßig und bei Bedarf über aktuelle europapolitische Themen in der Verbandszeitschrift „der niedergelassene arzt“. Mitglieder des NAV-Virchow-Bundes konnten von ihr Service-Leistungen, wie Auskunft über Studien- und Niederlassungsmöglichkeiten im Ausland, Vermittlung von Adressen und Kontakten sowie Informationen zu berufs- und gesundheitspolitischen Sachfragen abrufen.

Ihre von Hause aus hervorragenden Kenntnisse in Englisch, Französisch und Italienisch perfektionierte sie in ihren fast vier Jahrzehnten Verbandsleben insbesondere auf das gesundheitspolitische Vokabular der jeweiligen europäischen Staaten.

Der Bundesvorsitzende Dr. Klaus Bittmann dankt ihr „für ihre berufliche Lebensleistung und ihr bedingungsloses Engagement für den Verband. Der NAV-Virchow-Bund und die Interessen der niedergelassenen Ärzte waren ihr stets eine Herzensangelegenheit. Ihre umfangreiche Detailkenntnisse, die Analyse der Zusammenhänge und ihr leidenschaftliches Engagement prägen den Verband noch auf lange Zeit.“

Bundesweit Ihr kompetenter Ansprechpartner in allen Fragen rund um Ihre Privatabrechnung.

Der Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen



1. Auflage
Berlin 2009

Schriftenreihe
Band 8

8

Weiterentwicklung der privaten Krankenversicherung

Dokumentation
des gemeinsamen Workshops
von Bundesärztekammer und
PVS/Verband am 23. April 2009



PVS / Verband
Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung

Das Kluge muss ins Eckige.

Die PVS/Verband-Schriftenreihe



PVS / Verband
Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung

Unser Service ist der Unterschied

NAV-Virchow-Bund – der tut einfach mehr!

Der NAV-Virchow-Bund – Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e. V. – ist der einzige freie ärztliche Verband, der ausschließlich die Interessen aller niederlassungswilligen, niedergelassenen und ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte aller Fachgebiete gegenüber Regierung, Parlament, der inner- und außerärztlichen Öffentlichkeit, der ärztlichen Selbstverwaltung und sonstigen am Gesundheitswesen Beteiligten auf Bundes- und Länderebene vertritt.

Neben der ständigen berufspolitischen Vertretung bietet der NAV-Virchow-Bund eine Vielzahl von Merkblättern und Musterverträgen z. B. zu folgenden Themen an:

- Niederlassung/Zulassung/Anmietung ärztlicher Praxisräume

- Assistenten/Vertretungen/Gründung ärztlicher Kooperationen
- Abrechnungsfragen
- wirtschaftliche Fragen
- Praxisvergleich
- Praxiscoaching
- Personalführung
- Betriebsmedizin/Sicherheitstechnik
- Praxisaufgabe/Praxisübergabe
- Notfallplan für die Praxis

Fordern Sie die detaillierte Übersicht dieser Unterlagen an:

NAV-Virchow-Bund
Verband der niedergelassenen
Ärzte Deutschlands e. V.
Postfach 10 26 61
50466 Köln

Oder besser – rufen Sie uns an: (02 21) 97 30 05-0

Lassen Sie sich in einem persönlichen Gespräch von unserer Kompetenz überzeugen.

Beitrittserklärung zum NAV-Virchow-Bund

Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V., Postfach 10 26 61, 50466 Köln, Fax (02 21) 7 39 12 39

Ich,

Titel, Name, Vorname

geb. am

Geburtsdatum

Privat

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Praxis-/
Klinikanschrift

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

niedergelassen
als

Fachrichtung

...oder
tätig als

Funktions- oder Facharztbezeichnung

Telefon / Telefax

E-Mail

Niederlassung
seit/geplant in

Monat/Jahr

Ort, Datum

erkläre hiermit meinen Beitritt zum NAV-Virchow-Bund.

Unterschrift

☐ möchte gern mehr Informationsmaterial.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt monatlich € 20,-, für Assistenzärzte und angestellte MVZ-Ärzte € 10,-, für Medizinstudenten und sonstige außerordentliche Mitglieder € 1,-. Der Beitrag ist steuerlich als Betriebsausgabe/Werbungskosten absetzbar. Die Lieferung der Verbandszeitschrift ist im Mitgliedsbeitrag eingeschlossen. Eine außerordentliche Mitgliedschaft von Medizinstudenten wird mit Erhalt der Approbation automatisch zur ordentlichen Mitgliedschaft. Gemäß § 26 Abs. 1 des Bundesdatenschutzgesetzes informieren wir Sie hiermit, dass Ihre personenbezogenen Daten in unserer EDV gespeichert und verarbeitet werden, soweit dies geschäftsnotwendig und im Rahmen des BDSG zulässig ist.

Unsere Internet-Adresse lautet:

www.nav-virchowbund.de

Abendsprechstunde des NAV-Virchow-Bundes

Der NAV-Virchow-Bund bietet seinen Mitgliedern eine Abendsprechstunde bis 19 Uhr an: Jeden Dienstag (außer an Feiertagen) ist die Rechtsabteilung des Verbandes durchgehend von 9 bis 19 Uhr unter der Rufnummer (02 21) 97 30 05-44 zu erreichen. Im Mittelpunkt steht dabei insbesondere die Rechtsberatung für Mitglieder, aber auch die Möglichkeit der Anforderung von Informationsschriften. Der Verband trägt damit dem Bedarf vieler Mitglieder Rechnung, ausführliche und Beratungsgespräche außerhalb der Praxiszeiten zu führen.

Der NAV-Virchow-Bund bietet seinen Mitgliedern Rechtsberatung bei allen

praxisrelevanten Problemen sowie Musterverträge für Praxisgemeinschaften, fachverbindende und fachgleiche Gemeinschaftspraxen, Partnerschaftsgesellschaften mit Ärzten und nichtärztlichen Fachberufen, Praxisübernahmen, Mietverträge, Verträge für Praxisvertreter oder Assistenzärzte an. Diese Rechtsberatung ist ausschließlich auf Mitglieder beschränkt und für diese mit keinen weiteren Kosten verbunden.

Darüber hinaus bietet der NAV-Virchow-Bund neben der Verbandszeitschrift „der niedergelassene arzt“ und Berufspolitik, die ausschließlich Ihre Interessen vertritt, rund 70 Informationsschriften, Gesetze und Musterverträge aus den Themenbereichen Praxisübergabe, Personalführung, Abrech-

nungsfragen, Fragen zu ärztlichen Kooperationen sowie wirtschaftlichen Fragen an.

Sie wissen, wirtschaftlich handeln kann in der heutigen Zeit nur heißen, ein gestecktes Ziel mit minimalem finanziellen Mittelausatz zu erreichen: Mit einer Mitgliedschaft im NAV-Virchow-Bund erreichen Sie genau das.

Das wollen wir – für Sie!

Wir Ärztinnen und Ärzte müssen in die Öffentlichkeit gehen und auch öffentlich darüber reden, was auf Patienten und Bundesbürger zukommt, wenn die Berliner Sparpolitik fortfährt, das System der ambulanten Versorgung und den Sozialstaat kaputtzusparen. Andere ärztliche Verbände kümmern sich im Gegensatz zum NAV-Virchow-Bund um diese Gesamtzusammenhänge kaum oder überhaupt nicht; die rein ärztlichen Probleme überwiegen. Ärztliche Aufgabe ist es aber auch, gesellschaftspolitische Steine ins Wasser zu werfen.

Die Politik erliegt der Faszination von Sparleistungen und Budgetierung: Krankheit kann man nicht budgetieren – weder monetär noch medikamentös! Mit Gesundheitspolitikern nur zu diskutieren ist deshalb zu wenig. Ihnen muss begreiflich gemacht werden, dass die Gesundheitsver-

sorgung gerade in der Gesamtwirtschaft ihren Platz zu Recht beansprucht.

Egoismus ist dabei in der bestehenden Konfliktgesellschaft nicht das probate Mittel, den Kopf über Wasser zu halten. Solidarität ist notwendig. Man kann sie nicht verordnen, nur praktizieren! Allen Turbulenzen zum Trotz ist Resignation nicht angesagt!

- Das Chaosmanagement im Gesundheitswesen muss gestoppt werden – wir brauchen größere Planungssicherheit!
- Der Bürokratie-Aufwand in der Praxis – zu häufig zum Nulltarif – muss abgebaut werden – der Arzt braucht seine Zeit für den Patienten!
- Das Daten-Tohuwabohu und totale Transparenz sind inhuman – auch Arzt und Patient haben ein Recht auf Schutz ihrer Persönlichkeit!

- Priorität der ambulanten vor der stationären Versorgung: Die freie Arztpraxis muss entschieden weniger reglementiert, aber stärker gefördert werden!
- Honorardeckel und floatende Punktwerte gefährden die Praxisexistenz – der „Unternehmer“ Arzt braucht betriebswirtschaftliche Sicherheit – Honorare in Euro und Cent!
- Die Festschreibung der Gesamtvergütung und Bindung an ausschließlich wirtschaftliche Daten bedeutet Medizinrückschritt – die steigende Leistungsfähigkeit der ambulanten Versorgung muss von der Politik als Wachstum anerkannt werden.

Die Bundesregierung muss sich darauf beschränken, Ordnungs- und Leistungsrahmen zu schaffen, die eine effiziente Umsetzung gesundheitspolitischer Ziele ermöglichen. Es darf nicht Aufgabe des Staates sein, im Sinne eines zentralistisch gelenkten Gesundheitssystems bevormundend einzugreifen.

Auszug aus dem Service-Angebot des NAV-Virchow-Bundes



Niederlassung/Zulassung/Praxisabgabe/Praxisübernahme/Anmietung ärztlicher Praxisräume

- „Der Weg in die eigene Praxis“ – Checkliste zur Niederlassung
- Musterformulare zur Information der Mitarbeiter bei Praxisabgabe (Personalaufklärung und Verzichtserklärung)
- Broschüre „Die Übergabe der Praxis“
- Merkblatt „Zulassung zur vertrags(zahn)ärztlichen Tätigkeit“
- Merkblatt „Mietverträge für ärztliche Praxisräume“
- Vertragsmuster „Mietvertrag für ärztliche Praxisräume“
- Vertragsmuster „Praxisübernahme“

Assistenten/Vertretungen/Gründung ärztlicher Kooperationen

- Merkblatt „Vertragsarztrechtsänderungsgesetz“
- Merkblatt „Medizinische Versorgungszentren und Integrierte Versorgung“
- Merkblatt „Der Weg zum MVZ-Arzt“
- Vertragsmuster „Anstellung im Medizinischen Versorgungszentrum“
- Vertragsmuster „Praxisübernahme durch Medizinisches Versorgungszentrum“
- Vertragsmuster „Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums (Rechtsform GbR)“
- Merkblatt „Jobsharing“
- Vertragsmuster „Errichtung einer ärztlichen Berufsausübungsgemeinschaft in Form von Jobsharing“
- Merkblatt „Assistent/angestellter Arzt in der Vertragsarztpraxis“
- Vertragsmuster „Assistent zur Weiterbildung/Sicherstellung“
- Vertragsmuster „Anstellung eines Arztes“

- Merkblatt „Vertretung des Vertragsarztes“
- Vertragsmuster „Vertretung des Vertragsarztes“
- Merkblatt „Partnerschaftsgesellschaft“
- Vertragsmuster „Partnerschaftsgesellschaft zwischen Ärzten“
- Vertragsmuster „Partnerschaftsgesellschaft zwischen Ärzten und Angehörigen anderer Fachberufe“
- Merkblatt „Ärztliche Berufsausübungsgemeinschaft aus rechtlicher Sicht“
- Merkblatt „Ärztliche Berufsausübungsgemeinschaft aus wirtschaftlicher Sicht“
- Merkblatt „Ärztliche Berufsausübungsgemeinschaft – Die Auswertung Ihrer Buchführung“
- Vertragsmuster „Gründung einer Ärztlichen Berufsausübungsgemeinschaft“
- Merkblatt „Praxisgemeinschaft“
- Vertragsmuster „Gründung einer Praxisgemeinschaft“
- Vertragsmuster „Gründung einer Apparategemeinschaft“

Personalführung

- Broschüre „Steuer- und sozialversicherungsfreie Zuwendungen an Arbeitnehmer in Arzt- und Zahnarztpraxen“
- Merkblatt „Die arbeitsrechtliche Abmahnung“
- Merkblatt „Kündigung eines Arbeitsverhältnisses“
- Merkblatt „Arbeitszeugnis“
- Merkblatt „Mutterschutz und Elternzeit“
- Merkblatt „Urlaubsplanung“
- Merkblatt „Bildungsurlaub“
- Merkblatt „Ausbildung zur/zum Medizinischen Fachangestellten“
- Merkblatt „Fortbildungskosten und Rückzahlung“



- Merkblatt „Schwerbehinderung eines Arbeitnehmers“
- Gehaltstarifvertrag Arzthelferinnen ab 1. Januar 2008
- Manteltarifvertrag Arzthelferinnen ab 1. Januar 2008
- Tarifvertrag zur betrieblichen Altersversorgung und Entgeltumwandlung
- Arbeitsverträge für Medizinische Fachangestellte/Arzthelferinnen, darin enthalten Arbeitsverträge
 - für Medizinische Fachangestellte/Arzthelferinnen
 - für geringfügig Beschäftigte <
 - für geringfügig Beschäftigte als Reinigungskraft
- Ehegattenarbeitsvertrag
- Ehegattenarbeitsvertrag für geringfügig Beschäftigte
- Musterformulare für Medizinische Fachangestellte/Arzthelferinnen
darin enthaltene Musterformulare:
 - „Außerordentliche Kündigung“
 - „Ordentliche Kündigung“
 - „Aufhebungsvertrag“
 - „Änderungskündigung“

Abrechnungsfragen

- Merkblatt „Mahnverfahren“
- Merkblatt „Medizinische Gutachten“
- Merkblatt „Gebührenordnung Ärzte“
- Merkblatt „GOÄ-Multiplikator“
- Merkblatt „Honorarkürzung und Regress“
- Merkblatt „Privatliquidation“ einschließlich „Individuelle Gesundheitsleistungen“ (erweiterter Katalog) und „Patientenerklärung“

- Merkblatt „Kostenerstattung“, Patienten-Info und Vereinbarung

Gesetzessammlungen für Ihre Praxis

- Arbeitsrechtliche auslegepflichtige Gesetze und Verordnungen für die Arztpraxis
- Wichtige Gesetze und Verordnungen für die Arztpraxis

Wichtige Praxisthemen

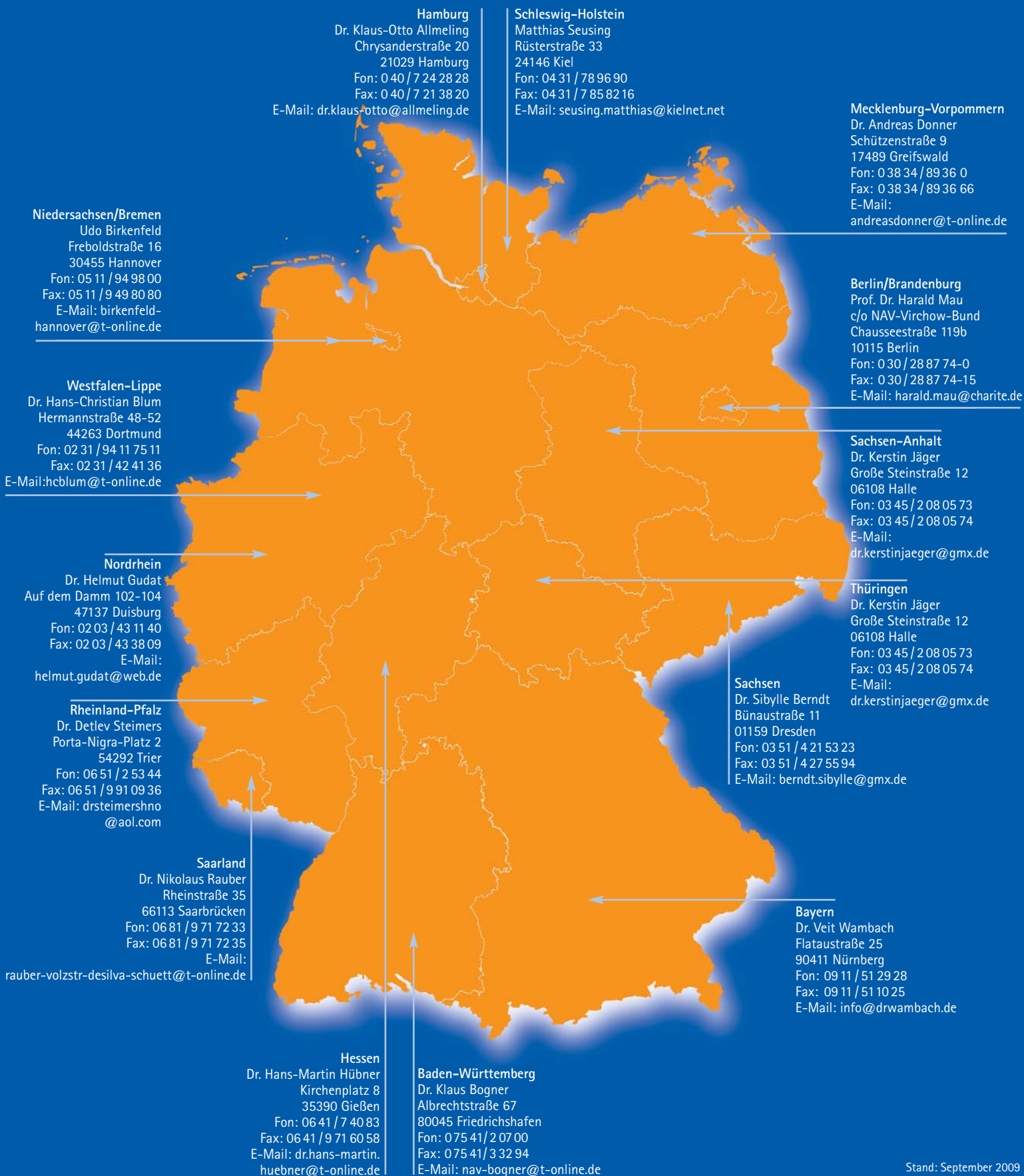
- Merkblatt „Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung“
- Notfall-Plan
 - Schema „Verhalten bei Unfällen“
 - Schema „Verhalten im Brandfall“
 - Schema „Alarmplan“ mit lokalen Rufnummern für Soforthilfe und
 - Merkblatt „Verhalten bei Nadelstichverletzungen“
- Praxis-Homepage:
Checkliste für rechtssichere Internet-Seiten
- Merkblatt „Arzttermine“

Betriebsmedizin/Sicherheitstechnik

- Vertragsmuster „Beschäftigung eines Betriebsarztes als Arbeitnehmer“
- Vertragsmuster „Beschäftigung eines Betriebsarztes als freier Mitarbeiter“
- Mustervertrag zur betriebsärztlichen Betreuung von Arztpraxen
- Mustervertrag zur sicherheitstechnischen Betreuung von Arztpraxen

Zu bestellen unter Telefon (02 21) 9 73 00 50

Die Landesverbände des NAV-Virchow-Bundes



Bundesvorstand

Bundesvorsitzender

Dr. Klaus Bittmann

Bahnhofstr. 1-3
23795 Bad Segeberg
Fon: (0 45 51) 99 99-0
Fax: (0 45 51) 99 99-19
E-Mail: bittmann@nav-virchowbund.de

Stellv. Bundesvorsitzender

Dr. Klaus Bogner

Arzt für Allgemeinmedizin
Albrechtstr. 67
88045 Friedrichshafen
Fon: (0 75 41) 2 07 00
Fax: (0 75 41) 3 32 94
E-Mail: bogner@nav-virchowbund.de

Stellv. Bundesvorsitzender

Stephan Kraft

Arzt für Kinderchirurgie
Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen
Feldstr. 16 · 54290 Trier
Fon: (06 51) 94 78 27 99
Fax: (06 51) 9 47 28 30
E-Mail: kraft@nav-virchowbund.de

Beisitzer

Dr. Hans-Martin Hübner

Arzt für Dermatologie
Kirchenplatz 8
35390 Gießen
Fon: (06 41) 7 40 83
Fax: (06 41) 9 71 60 58
E-Mail: huebner@nav-virchowbund.de

Dr. Kerstin Jäger

Ärztin für Gynäkologie
Große Steinstr. 12
06108 Halle
Fon: (03 45) 2 08 05 73
Fax: (03 45) 2 08 05 74
E-Mail: jaeger@nav-virchowbund.de

Dr. Frank Pohl

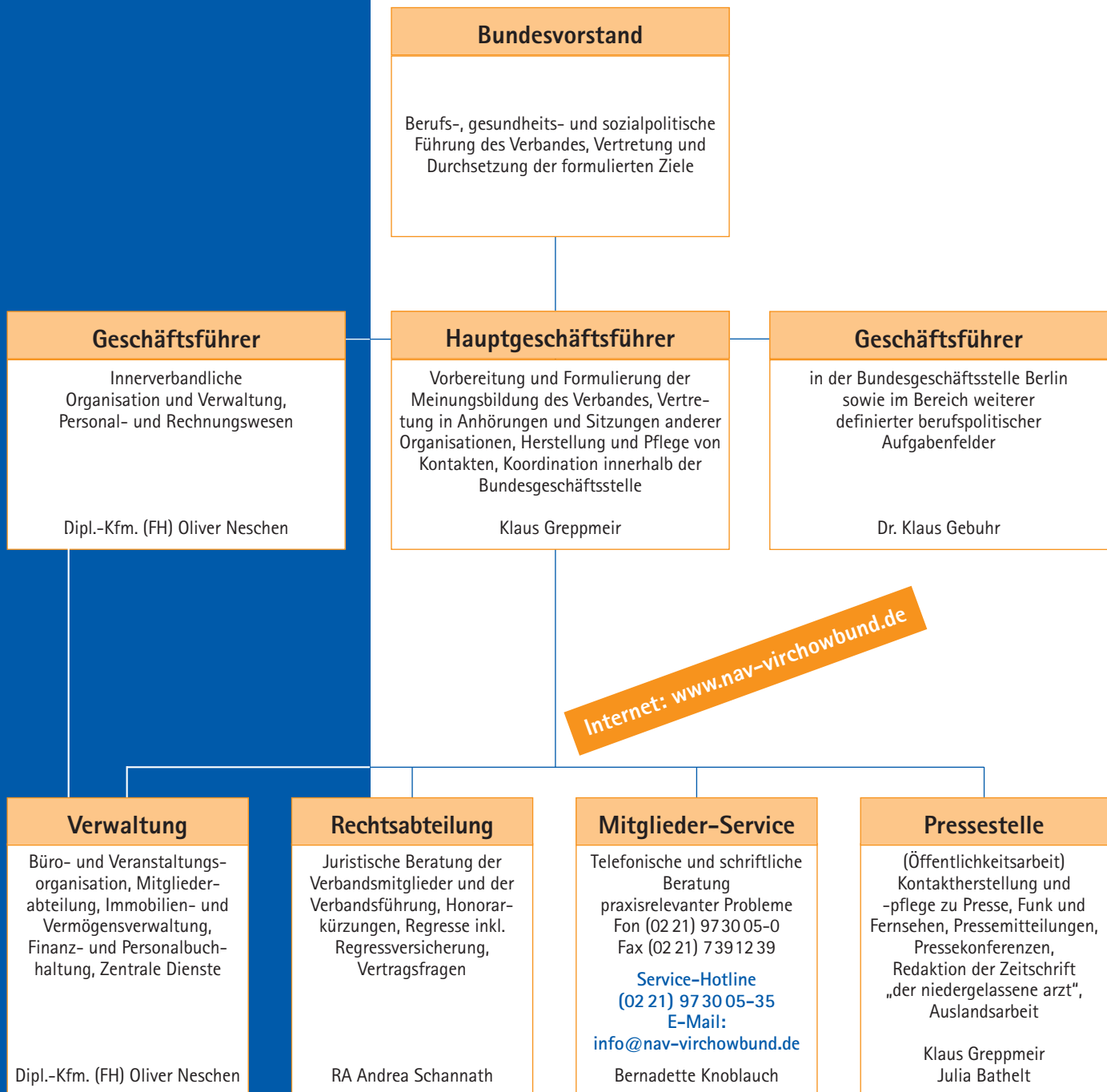
Arzt für Allgemeinmedizin
Wiesenweg 8
95179 Geroldsgrün
Fon: (0 92 88) 9 10 71
Fax: (0 92 88) 9 10 73
E-Mail: pohl@nav-virchowbund.de

Fritz Stagge

Arzt für Gefäßchirurgie
Dorotheenstr. 3
45130 Essen
Fon: (02 01) 7 22 87 45
E-Mail: stagge@nav-virchowbund.de

Bundesgeschäftsstelle des NAV-Virchow-Bundes

(genannt sind die wichtigsten Aufgaben)



NAV-Virchow-Bund

(Organisatorischer Aufbau)

