

report niedersachsen

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Mai 2009

ersatzkassen

Arzthonorare **Es reicht!**

Rätselhaftes tut sich in Deutschland: Da beschert eine Honorarreform den Ärzten einen Zuwachs von 3,7 Milliarden Euro, und in manchen Teilen der Republik setzt ein Wehklagen in den Praxen ein, werden sogar Behandlungen verweigert. Eine Geschichte von überzogenen Erwartungen, Missverständnissen und gezielter Stimmungsmache.

Über die „höchste Steigerung der Gesamtvergütung seit Bestehen der ärztlichen Selbstverwaltung“ frohlockte die Kassenärztliche Bundesvereinigung im August 2008, nachdem die Ärzteschaft – die Steilvorlage des Bundesgesundheitsministeriums nutzend – die Honorarreform gegen die Krankenkassen durchgesetzt hatte. „Kernforderungen“ sah man als erfüllt an. Wogegen die Ärzte derzeit Sturm laufen, ist also nicht weniger als ihr eigenes Regelwerk. Der Unmut speist sich aus überzogenen Erwartungen in Verbindung mit grundlegenden Missverständnissen. Drei davon sollen hier aufgeklärt werden.

Missverständnis 1: das Bezugsjahr

Wenn im Laufe des Jahres 2008 eine Honorarreform 2009 verhandelt wird, liegt es in der Natur der

In dieser Ausgabe:

- Kassenärztliche Vereinigung
Krankenkassen schalten Aufsicht ein
- Hausärzte
Vertragszwang gefährdet Versorgung
- Schulnoten für Pflegeheime
Große Chance mit kleinen Tücken
- Kieferorthopädie
Aufräumarbeiten beendet

Sache, dass sich Steigerungen auf das Basisjahr 2007 beziehen – eben weil für 2008 noch gar keine Zahlen vorliegen. Was jedem Arztfunktionär klar war, ist offenbar nicht in allen Praxen angekommen. Und so ging mancher Arzt irrtümlich davon aus, dass sich der angekündigte Zuwachs 2009 im Vergleich zum Vorjahr darstellen würde. Da nun aber das Honorar in einigen Regionen schon 2008 um bis zu sieben Prozent gestiegen ist, wurde dort ein Teil der Erhöhung vorweggenommen.

Missverständnis 2: der Durchschnitt

Ein Honorarzuwachs von durchschnittlich zehn Prozent bedeutet nicht, dass der Zuwachs in jedem Bundesland, in jeder Arztgruppe und schon gar nicht in jeder einzelnen Praxis zehn Prozent beträgt. Dass nicht alle Ärzte gleichermaßen profitieren, liegt auch deshalb auf der Hand, weil es eines der ausdrücklichen Ziele der Reform war, Leistungen bundeseinheitlich zu vergüten, um so auch eine Angleichung zwischen West und Ost zu ermöglichen. Demzufolge liegen die Zuwächse in den neuen Ländern durchweg im zweistelligen Bereich, während sie in den alten Ländern von 2,5 Prozent bis 16,5 Prozent (Niedersachsen) reichen.

Missverständnis 3: das Regelleistungsvolumen

Durch die Reform gibt es – von den Ärzten lange gefordert – feste Preise für ärztliche Leistungen, indem die jeweilige Bewertungspunktzahl bundesweit einheitlich mit 3,5001 Cent multipliziert wird. Um eine Orientierung am Notwendigen zu gewährleisten, ist die Menge der Leistungen, die nach dieser Euro-Gebührenordnung abgerechnet werden kann, aber begrenzt – das sogenannte Regelleistungsvolumen. Dieses Regelleistungsvolumen wird nun in der öffentlichen Diskussion von ärztlicher Seite mit dem gesamten Honorar der Vergangenheit verglichen, um die vermeintliche Talfahrt zu belegen. Dieser Vergleich ist aber unzulässig, weil das Regelleistungsvolumen nur einen Teil des tatsächlichen Honorars ausmacht, und zwar je nach Fachgruppe zwischen 30 und 70 Prozent. Dazu kommen weitere Honorarbestandteile (s. Kasten).

WEITERE HONORARBESTANDTEILE

Über das Regelleistungsvolumen hinaus werden abgerechnet:

Qualitätsgebundene Fallwertzuschläge (z. B. für Sonographie, Langzeit-EKG, Röntgen)

„Freie“ Leistungen innerhalb der Gesamtvergütung (z. B. Organisierter Notdienst, dringende Besuche, Schmerztherapie, Akupunktur, Psychotherapie)

„Freie“ Leistungen außerhalb der Gesamtvergütung (z. B. Ambulante Operationen, Präventionsleistungen, Strahlentherapie, künstliche Befruchtung, Substitutionsbehandlung)

Leistungen bei Überschreiten des Regelleistungsvolumens mit abgestaffelten Preisen

Es wäre Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen gewesen, die Honorarreform so zu kommunizieren, dass derartige Missverständnisse ausbleiben. Sie hätten zu einer realistischen Erwartungshaltung der Ärzte beitragen können und es damit denjenigen Ideologen schwerer gemacht, die per se versuchen, Unzufriedenheit in den Praxen zu schüren. Auf keinen Fall aber dürfen Patienten unter solchen Defiziten leiden, die selber als Beitragszahler zusätzliche Milliarden aufbringen, und denen mancherorts nun zum Dank die Behandlung verweigert wird.

Den Ärzten ist deutlich zu sagen: Eine Honorarreform ist keine Meistbegünstigungsveranstaltung, bei der der eine mehr und der andere noch mehr bekommt. Nach einer derart kräftigen Erhöhung in wirtschaftlich schwierigsten Zeiten verbieten sich alle Überlegungen, die auf eine weitere Steigerung der Honorare hinauslaufen.



Jörg Niemann,
Leiter der vdek-
Landesvertretung
Niedersachsen

DER KOMMENTAR

Lehrstück

Die Honorarreform sorgt für Ärger: Die Beitragszahler müssen für die Ärzte tiefer in die Tasche greifen, die wiederum sind enttäuscht bis aufgebracht und die Politik hat Mühe, die Kombination aus beidem überhaupt noch zu verstehen. Vielleicht hat das neue Regelwerk aber insofern doch noch sein Gutes, wenn daraus die richtigen Lehren gezogen werden. Wenn es denen als Warnung dient, die das Heil im Dirigismus sehen. Das Gesundheitswesen nämlich ist zu komplex, um es durch enge Vorgaben wie bei der Honorarreform von der Bundesebene aus zielgenau steuern zu können. Denn natürlich sind, um nur ein Beispiel zu nennen, Praxis- und Personalkosten in München höher als in einer Kleinstadt in Mecklenburg-Vorpommern. Bei der Verteilung knapper Mittel ist eine Feinjustierung nach oben und

nach unten durch die Partner der Selbstverwaltung im jeweiligen Bundesland notwendig. Dort sind die landesbezogenen Besonderheiten bekannt und können bei der Suche nach guten Lösungen berücksichtigt werden. Es ist zu hoffen, dass diese Lektion gelernt wird.

Die ersten Monate „vdek“

Ersatzkassen mit schlagkräftiger Vertretung

Seit Jahresbeginn heißt die Interessenvertretung von Barmer, Techniker Krankenkasse, Deutscher Angestellten-Krankenkasse, KKH-Allianz, Gmünder ErsatzKasse, Hanseatischer Krankenkasse, Hamburg

Münchener Krankenkasse und hkk „Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)“. Der vdek ist aus dem Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) hervorgegangen, der für die Ersatzkassen in Einheit mit dem inzwischen aufgelösten Arbeiter-Ersatzkassen-Verband tätig war.



Vertragsexperten: Die Ersatzkassen verhandeln mit den Vertretern von Ärzten, Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen.

Die Aufgaben des Verbandes sind dabei weitgehend die selben wie bisher – er schließt die wesentlichen Verträge für die Mitglieds-kassen in allen Versorgungsbereichen einschließlich der Pflege und vertritt die Ersatzkassen auf politischer Ebene. Während der Verband bislang allerdings ein sozialgesetzlich vorgeschriebenes Mandat hatte, versammeln sich die Ersatzkassen nunmehr freiwillig unter seinem Dach. Damit kehrt der Verband gleichsam zu seinen Wurzeln zurück, denn er wurde im Mai 1912 ebenfalls als freiwilliger Zusammenschluss der Ersatzkassen gegründet und blieb es danach über Jahrzehnte. Die Ersatzkassen haben sich damit für eine schlanke und schlagkräftige Vertretung entschieden.

Die Ersatzkassen sind landesweit mit rund 2,4 Millionen Versicherten ebenso wie auf Bundesebene größte Kassenart. Dieses Gewicht wird die vdek-Landesvertretung nutzen, um eine erfolgreiche Vertragspolitik für seine Mitglieds-kassen durchzusetzen.

Arzneimittel: Kassenärztliche Vereinigung setzt rechtswidrig Regresse aus Krankenkassen schalten Aufsicht ein

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) ist als Körperschaft verpflichtet, Regresse infolge von Richtgrößenprüfungen zu vollstrecken. Hierbei geht es um Zahlungen, die diejenigen Ärzte leisten müssen, deren Arzneimittelverordnungen ohne medizinische Begründung deutlich teurer waren als im Durchschnitt der jeweiligen Fachgruppe. Bezogen auf die Regresse für das Jahr 2001 verweigert sich die KVN nun allerdings. Sie verweist dabei auf das Landessozialgericht (LSG), das die entsprechenden Zahlungen eines Papenburger Hausarztes mit Verweis auf die unzureichende Prüfung der Daten zunächst gestoppt hatte. Die Ärztekfunktionäre nahmen die Gerichtsentscheidung nicht nur zum Anlass, sämtliche ausstehenden Verfahren des Jahres 2001 auszusetzen – insgesamt 71 mit einem Volumen von rund 3,3 Millionen Euro –, sondern darüber hinaus generell die Abschaffung der Richtgrößenprüfungen zu fordern. Die Aussetzung ist jedoch rechtswidrig, weil das Gericht in keiner Weise die (gesetzlich vorgeschriebenen) Prüfungen und die damit verbundenen Regresse an sich gerügt hat, sondern lediglich in einem einzelnen Fall die Kontrolle der zur Festsetzung der Summe relevanten Daten. Die Krankenkassenverbände in Niedersachsen haben das Sozialministerium des

Landes als Aufsicht eingeschaltet, damit die KVN ihrer gesetzlichen Verpflichtung nachkommt.

Die Kassen hatten zuvor als einzig logische Konsequenz aus der LSG-Entscheidung angeboten, den Sofortvollzug bei allen vergleichbaren Fällen auszusetzen, nämlich in Anlehnung an ein Urteil des Bundessozialgerichts dann, wenn Daten in einem Umfang von mehr als fünf Prozent des Verordnungsvolumens strittig sind. Das betrifft elf Verfahren aus dem Jahr 2001. Der Versuch der Kassenärztlichen Vereinigung, standespolitisch Honig aus dem Vorgang zu saugen, geht hingegen ins Leere. Abgesehen von der klaren Gesetzeslage bleibt sie auch eine Antwort darauf schuldig, wie sie sonst gedenkt, Vereinbarungen über die Begrenzung der Arzneimittelausgaben auch nur ansatzweise durchsetzen zu wollen. Die Vergangenheit hat gezeigt, dass Sanktionsmechanismen notwendig sind, um die Ärzte beim Bemühen um Wirtschaftlichkeit mit ins Boot zu holen. Im Übrigen liegen viele Datenfehler, die die KVN bemängelt, nicht bei den Krankenkassen, sondern bei den Ärzten selbst. Für die Folgejahre ist allerdings ohnehin mit einer besseren Qualität zu rechnen, weil alle Beteiligten im Zuge der Prüfungen Erfahrungen gesammelt haben.

Hausärzte

Vertragszwang gefährdet Versorgung

Einen ambitionierten Titel hatten sich die Initiatoren der jüngsten Gesundheitsreform ausgedacht, als sie das zum 1. April 2007 in Kraft getretene „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ auf den Weg brachten. Argumente gegen die Reform sind viele genannt worden, eine der großen Kuriositäten aber bleibt es, dass ausgerechnet unter der Überschrift Wettbewerb alle Krankenkassen nunmehr gesetzlich gezwungen sind, Hausarztverträge abzuschließen, die bis dahin eine freiwillige Option waren. Dieser Zwang ist nicht nur so ziemlich das genaue Gegenteil von Wettbewerb, sondern er gefährdet potenziell auch die Versorgung der Patienten.

Worum geht es? Paragraf 73b Abs. 4 des Fünften Sozialgesetzbuches schreibt vor, dass die Krankenkassen „spätestens zum 30.06.2009 Verträge mit Gemeinschaften zu schließen [haben], die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinmediziner des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten.“ Diese Formulierung ist für den Deutschen Hausärzterverband maßgeschneidert, denn wer sonst sollte die im Gesetzestext formulierte Anforderung erfüllen? Damit bekommt der Hausärzterverband in jedem Bundesland ein Vertragsmonopol – mit gravierenden Folgen.

Ein Vertragsabschluss im Gesundheitswesen sollte sich daran messen lassen, ob er zu einer besseren Versorgung beiträgt: Gibt es medizinische Vorteile für die Patienten, einen besseren Service, wird die

Behandlung insgesamt günstiger? Diese Fragen können aber nur in einem Suchwettbewerb der Vertragspartner entschieden werden. Will heißen: Machen Krankenkassen positive Erfahrungen mit einem Modell, weil ihre Versicherten zufrieden sind oder die Effizienz der Versorgung steigt, werden sie weiterhin darauf setzen und andere ziehen nach. Wenn nicht, wird sich das Angebot zumindest in bestehender Form nicht durchsetzen. Ein solcher Suchwettbewerb setzt aber die Freiwilligkeit zum Abschluss voraus.

Aber auch ganz praktisch stellt sich die Frage, wie und worüber Krankenkassen überhaupt „verhandeln“ sollen, wenn sie nicht einmal theoretisch die Möglichkeit haben, sich bei ausbleibendem Entgegenkommen einen anderen Partner zu suchen oder aber gänzlich auf den Vertrag zu verzichten. Gute Verträge im oben beschriebenen Sinne sind nur möglich, wenn inhaltliche Verhandlungen auf Augenhöhe geführt werden. Das ist bei einem Zwang zum Vertragsabschluss aber nicht der Fall.

Neuer Monopolist

In der Vergangenheit wurde das Monopol der Kassenärztlichen Vereinigungen häufig kritisiert. Gleichsam zum guten Ton in der Diskussion um die Modernisierung des Gesundheitswesens gehörte es, die Vereinigungen abschaffen zu wollen. Durch den Zwang zum Abschluss von Hausarztverträgen wird nun das bisherige Monopol der Kassenärztlichen Vereinigungen durch das neue Monopol des Hausärzterverbandes abgelöst. Damit bleibt der Nachteil des Alten, nicht aber dessen Vorteil. Denn das bisherige Monopol der Kassenärztlichen Vereinigungen war verbunden mit einer Ordnungsfunktion als Körperschaft, zum Beispiel durch Disziplinarbefugnis gegenüber den Ärzten, die zum Funktionieren der Versorgung in einer gesetzlichen Krankenversicherung beiträgt.

Dazu kommt der mit dem Monopol der Kassenärztlichen Vereinigungen verbundene Auftrag zur Sicherstellung der Versorgung. Dieser Auftrag entfällt nun. Es gibt keinen Partner mehr, der verbindliche Verpflichtungen übernehmen kann und zum Beispiel aktiv wird, um Hausärzte für unterversorgte Gebiete zu gewinnen. Diese Sicherstellungsverpflichtung sorgt – so sie denn ernst genommen wird – im Übrigen auch dafür,



Am Puls der Zeit? Hausarztverträge bringen nicht mehr Wettbewerb, sondern schaffen ein neues Monopol.

Als Gegenleistung für das Entgegenkommen der AOK bitten wir Sie nochmals, eine entsprechende Codierung bei den AOK-Patienten vorzunehmen. Nur eine AOK, die entsprechende Zuweisungen über den Risikostrukturausgleich erhält, kann diesen Betrag auf Dauer bedienen.

Wir werden diesen Vertrag den Ersatzkassen und den Betriebskrankenkassen mit der Bitte um Unterschrift zuleiten. Sollten sich diese verweigern, sähen wir keine Möglichkeit mehr, deren Versicherte auf Dauer - außer im Notfall – zu behandeln.

Schöne neue Vertragswelt? Wer den Einheitsvertrag unterzeichnet, wird mit günstigen Codierungen belohnt. Andernfalls droht Behandlungsverweigerung (Auszug aus der Mitgliederinformation des Bayerischen Hausärztesverbandes vom 17. Dezember 2008).

dass innerärztliche Verteilungskonflikte auch innerhalb der Ärzteschaft gelöst werden, und nicht mit Behandlungsverweigerungen auf dem Rücken der Patienten.

Konflikte mit den Fachärzten

Neue Konflikte dieser Art sind auch deshalb vorgezeichnet, weil die Hausärzte durch die zusätzlichen Vergütungen im Zuge der Verträge und den Wegfall der Regulierungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Vergleich zu den Fachärzten bessergestellt werden. Es besteht die realistische Gefahr, dass die Fachärzte massiv auf diese Ungleichbehandlung reagieren werden.

Insgesamt destabilisiert der Zwang zum Abschluss von Hausarztverträgen die ambulante ärztliche Versorgung, weil die Möglichkeiten zur Durchsetzung gesetzlicher und vertraglicher Regelungen deutlich geschwächt werden. Die Risiken einer solchen Entwicklung werden an den jüngsten Konflikten mit einzelnen Arztgruppen deutlich, die trotz der erheblichen Honorarsteigerungen Patienten in die Privat abrechnung drängen wollten.

Praktischen Anschauungsunterricht über die Ausnutzung eines Vertragsmonopols durch einen fragwürdigen Berufsverband gibt es seit Monaten in Bayern. Dort wurden Krankenkassen mit der Drohung unter Druck gesetzt, die Hausärzte würden ihre Patienten zum Wechsel in die AOK veranlassen, wenn sie nicht wie diese den vorgelegten Vertrag unterzeichneten. Das Landgericht München hat dem Hausärztesverband mit Entscheidung vom 7. April untersagt, seinen Mitgliedern eine entsprechende Patienteninformation zur Verfügung zu stellen. „Aufgrund des in besonderem Maße geschützten Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt

und Patienten ist zu befürchten, dass Patienten sich zu einem Krankenkassenwechsel gedrängt fühlen, um das Wohlwollen und die Zuwendung ihres Arztes nicht zu verlieren...“, heißt es in der Begründung des Gerichts.

Erzwungene Einheitsverträge

Wie sich der Bayerische Hausärztesverband die „Verhandlungen“ über einen Vertrag vorstellt, zeigt seine Mitgliederinformation vom 17. Dezember 2008. Der mit der AOK geschlossene Vertrag würde Ersatz- und Betriebskrankenkassen mit der „Bitte“ um Unterschrift zugeleitet. Sollten sich diese „verweigern“, würden ihre Versicherten „außer im Notfall“ nicht mehr behandelt. „Stärkung des Wettbewerbs“ durch erzwungene Einheitsverträge? Pikant an diesem Schreiben ist auch die Aufforderung, die Verbandsmitglieder mögen „eine entsprechende Codierung bei den AOK-Patienten vornehmen“. Gemeint sind die Codierungen für ärztliche Diagnosen, durch die eine Krankenkasse im sogenannten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich höhere Geldzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds bekommt. Spätestens jetzt sollte der Politik ein Licht aufgehen, dass ein solches Monopol als Alternative nicht nur ungeeignet, sondern auch kontraproduktiv ist, wenn es darum geht, Versorgung zu gestalten – und letztendlich nur zur Durchsetzung zusätzlicher Honorare ausgenutzt wird.

Es wäre dringend notwendig, die Bestimmungen zur hausarztzentrierten Versorgung in den ursprünglichen Zustand einer freiwilligen Regelung zurückzusetzen. Die erste Möglichkeit dazu hat die Politik vertan: Eine entsprechende Initiative der Länder Hessen und Baden-Württemberg, die auch von Niedersachsen unterstützt wurde, ist im April im Bundesrat gescheitert.

Schulnoten für Pflegeheime

Große Chance mit kleinen Tücken

Die öffentliche Diskussion über Pflegemängel werden die Versicherten in der Vergangenheit als recht frustrierend empfunden haben. Zwar durften sie immer genau wissen, wie viele Einrichtungen auffällig geworden sind, nur leider nie, welche genau das waren – Datenschutz zum Schutz der wirtschaftlichen Interessen zweifelhafter Anbieter. Nun soll alles anders werden. Nach dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz werden nicht nur die Prüfungen der Heime ausgeweitet, sondern deren Ergebnisse auch künftig durch die Verbände der Pflegekassen auf Landesebene veröffentlicht. Damit wird die Souveränität von Betroffenen und Angehörigen deutlich gestärkt, allerdings hilft der schlichte Blick auf die Gesamtnote bei der Wahl eines Pflegeheimes wohl nicht weiter.

Die Kriterien der Bewertung sind bundeseinheitlich festgelegt, es gibt Schulnoten für fünf Bereiche (s. Kasten). In das Gesamtergebnis fließen alle Kriterien ein, mit Ausnahme der Bewohnerbefragung, bei der es um subjektive Eindrücke geht. Das heißt: Da es bei „Pflege und medizinische Versorgung“ 35 Kriterien gibt, wiegt die Beurteilung dieser Fra-



Transparenz: Jörg Niemann, Leiter der vdek-Landesvertretung (Mitte), stellt die Kriterien zur Bewertung von Pflegeheimen bei einer Pressekonferenz vor.

gen – zu Recht – schwerer als bei einem Punkt mit neun oder zehn Kriterien.

Die Pflegekassenverbände im Land haben sicherzustellen, dass die Prüfdaten in normierter Form im Internet und in anderer geeigneter Weise veröffentlicht werden. Außerdem müssen geprüfte Einrichtungen eine Zusammenfassung der Ergebnisse gut sichtbar aushängen. Davon unabhängig bleibt es bei der Regelung, dass Heime Bescheide erhalten, mit denen sie aufgefordert werden, identifizierte Mängel abzustellen.

82 KRITERIEN ZUR BEWERTUNG VON PFLEGEHEIMEN

Pflege und medizinische Versorgung (35 Kriterien)

Beispiel: Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?

Umgang mit demenzkranken Bewohnern (10 Kriterien)

Werden dem Bewohner geeignete Angebote zur Bewegung, Kommunikation und Wahrnehmung gemacht?

Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung (10 Kriterien)

Gibt es Aktivitäten zur Kontaktaufnahme/Kontaktpflege mit dem örtlichen Gemeinwesen?

Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene (9 Kriterien)

Werden Speisen und Getränke in für die Bewohner angenehmen Räumlichkeiten und entspannter Atmosphäre angeboten?

Befragung der Bewohner (18 Kriterien zur Lebensqualität und Selbstbestimmung, die nicht in die Gesamtnote einfließen) Wird mit Ihnen der Zeitpunkt von Pflege- und Betreuungsmaßnahmen abgestimmt?

Per Mausclick zur Einzelfrage

Die große Chance besteht darin, dass per Mausclick die Beurteilung bei jeder einzelnen der 82 Prüfkategorien einsehbar ist. Sind Angehörige beispielsweise dement, können sich die Versicherten in diesem Bereich gezielt ein Bild über die Qualität der Einrichtung verschaffen. Das setzt aber ein gewisses Maß an Bereitschaft voraus, etwas Zeit zu investieren und sich mit dem Thema auseinanderzusetzen. Die Gesamtnote an sich wird bei vielen Einrichtungen vermutlich eher wenig Aussagekraft haben. Denn es liegt in der Natur der Sache, dass bei Durchschnittsnoten bestimmte Schwächen an anderer Stelle ausgeglichen werden können.

Außerdem, und das ist die zweite Tücke, ist ein kritischer Umgang mit den Prüfergebnissen notwendig, denn bei Nichterreichen der Höchstpunktzahl kann auch ein hoher Punktwert bedeuten, dass ein Fehler gemacht wurde – in einem sensiblen Bereich wie der Pflege mit möglicherweise gravierenden Folgen. Von der neuen Transparenz profitieren wird also vor allem der aktive und auch kritische Verbraucher.

Ärzten stehen 2,27 Milliarden Euro für Arzneimittel zur Verfügung

Den Ärzten in Niedersachsen stehen in diesem Jahr 2,27 Milliarden Euro für Arzneimittelverordnungen zur Verfügung. Das haben Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen vereinbart. Damit steigt das „Sollvolumen“ gegenüber dem Vorjahr um 6,6 Prozent. Auch die oberhalb des Sollvolumens angesiedelte Haftungsgrenze wird angehoben, und zwar ebenfalls um 6,6 Prozent. Damit gilt: Verordnen die Ärzte Arzneimittel in einem Umfang von mehr als 2,71 Milliarden Euro, haften sie für den entsprechenden Überschreibungsbetrag gemeinschaftlich mit bis zu sechs Millionen Euro.

Die Ärzte haben dabei eine doppelte Motivation, diese Hürde nicht zu reißen: Bleiben die Ausgaben unter der Haftungsgrenze, entfallen sowohl der gemeinschaftliche Regress als auch mögliche individuelle Regresse in Folge von Richtgrößenprüfungen. Individuelle Regresse müssen diejenigen Ärzte leisten, deren Arzneimittelverordnungen ohne medizinische Begründung deutlich über dem Durchschnitt der jeweiligen Fachgruppe lagen.

Kieferorthopädie: Aufräumarbeiten beendet

Fast zwei Jahre ist es her, dass die Auseinandersetzung um die kieferorthopädische Versorgung in Niedersachsen entschieden wurde: Am 27. Juni 2007 hatte das Bundessozialgericht letztinstanzlich bestätigt, dass Ärzte, die auf ihre Zulassung verzichteten, grundsätzlich nicht mehr berechtigt sind, gesetzlich Krankenversicherte zu behandeln. Damit scheiterte der entsprechende Versuch einer Gruppe von landesweit rund 60 Kieferorthopäden, die drei Jahre zuvor aus finanziellen und ideologischen Gründen die Vertragspartnerschaft mit den Krankenkassen gekündigt hatten. Mittlerweile sind nun auch die Aufräumarbeiten infolge der Aktion beendet: Seit dem 1. April trägt die Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen

(KZVN) wieder die Verantwortung für die Sicherstellung im ehemaligen Landkreis Hannover sowie im Landkreis Hildesheim.

Beide Gebiete waren besonders von den Zulassungsrückgaben betroffen, sodass das Niedersächsische Sozialministerium den Sicherstellungsauftrag vorübergehend von der KZVN auf die Krankenkassen übertragen hatte. Die Kassen unterstützten in der Folge die Ansiedlung neuer Vertragspraxen und schlossen mit kieferorthopädisch tätigen Zahnärzten und Krankenhäusern Einzelverträge, um den Versicherten verlässliche und rechtssichere Behandlungsplätze anzubieten.

Sozialgericht Hannover: Ärztliche Honorarverteilung rechtens

Die Bestimmungen zur Verteilung der ärztlichen Honorare in Niedersachsen im Jahr 2005 waren rechtens. Das hat das Sozialgericht Hannover jetzt festgestellt und damit eine Klage der Kassenärztlichen Vereinigung abgewiesen. Der damalige Honorarverteilungsvertrag war vom Landesschiedsamt festgelegt worden, weil sich Krankenkassen und Ärzteschaft nicht über die Modalitäten einigen konnten.

Die Kassenärztliche Vereinigung monierte in der Folge die Festlegung des Regelpunktwerts zur Bemessung ärztlicher Leistungen mit 3,4424 Cent sowie eine fehlende Haftung der Krankenkassen. Sie selbst forderte einen Punktwert von 5,11 Cent sowie die hälftige „Nachschusspflicht“ der Krankenkassen bei erfolgreichen Anfechtungen der Honorarbescheide durch einzelne Ärzte.

Das Gericht billigte dem Schiedsamt bei seinen Entscheidungen grundsätzlich einen Ermessensspielraum zu. Im Zuge dessen habe es weder „sachfremde Erwägungen angestellt“ noch aufgrund falscher Tatsachen entschieden. Die vom Gesetzgeber geforderte Mitverantwortung der Krankenkassen bei der Honorarverteilung beziehe sich auf die Abstimmung einer leistungsgerechten Regelung, eine Haftung sei demgegenüber nicht vorgesehen. Darüber hinaus zahlten die Krankenkassen nach dem Sozialgesetz die Gesamtvergütung „mit befreiender Wirkung“. Auch bei der Festlegung des Punktwerts habe es keine Ermessensfehler gegeben. Dieser sei vom Schiedsamt „sorgfältig begründet“ worden.

BÜCHER

Rehabilitationsrecht heißt eine Neuerscheinung aus dem Erich Schmidt Verlag (679 Seiten, 86 Euro). In dem Werk von Herausgeber **Ernst-Wilhelm Luth**e wird der gesamte Rechtsbereich von Spezialisten erläutert. Das Werk stellt die einzelnen Leistungsgesetze dar und informiert über Aufgaben, Strukturen, Anspruchsgrundlagen, Verfahren und Abläufe in der Rehabilitation.

Geschichtsstunde

Über die Frage, ob und wie sich Geschichte wiederholt, haben sich schon kluge Geister den Kopf zerbrochen. Die Frage ist philosophischer Natur und würde wohl hier nicht weiter erörtert, wenn nicht die Kieferorthopäden den Diskurs um einen bemerkenswerten Beitrag bereichert hätten. Ja, die Kieferorthopäden, da war mal was. Vor rund fünf Jahren hielt es eine Gruppe der Fachzahnärzte in Niedersachsen für schlau, Forderungen durch einen Kollektivausstieg aus der gesetzlichen Krankenversicherung durchzusetzen. Erfolg hatte die Aktion zwar – vorsichtig formuliert – nun gerade nicht, aber wir finden die Wortführerin der Aussteiger mittlerweile als Bundesvorsitzende ihres Berufsverbandes wieder, an der Spitze aller Kieferorthopäden.

Wobei, mit „allen“, das ist nun so eine Sache. Wie

die zahnärztliche Fachpresse zu vermelden weiß, sind in letzter Zeit doch so einige Fachkollegen abhanden gekommen. Um genau zu sein, die aus Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein. Dort haben, wie es heißt, die kompletten Landesverbände der Dame die Gefolgschaft verweigert und ihren Austritt aus dem Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden (BDK) erklärt. Ein Kollektivausstieg gegen die oberste Kollektivaussteigerin. Geschichte, so zumindest die Lektion aus der kieferorthopädischen Standespolitik, wiederholt sich bisweilen also doch.

Kollektiver Austritt des BDK-Landesverbands Schleswig-Holstein aus dem BDK

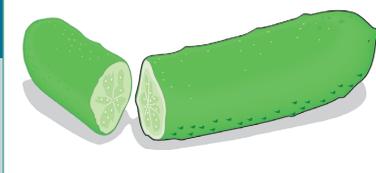
Überschrift aus der „Zahnarztwoche“, Ausgabe 50/08

GURKE DES QUARTALS

Das Gesundheitswesen gibt bisweilen Rätsel auf. Auf ein solches stießen wir, als eine Zeitung zu vermelden wusste: „BKK Doktor G gescheitert“. Nun hatten wir bei Doktor G an einen weißen Kittel gedacht, in dem jemand stecken könnte, der medizinische Kompetenz ausstrahlt, so wie vielleicht damals Dr. Best, der dann statt Zahnbürste und Tomate den Errichtungsplan einer BKK in der Hand hält und etwas sagt wie „Die klügere BKK gibt nach!“. Zumindest aber wäre man nicht von selbst darauf gekommen, dass Doktor G in Wirklichkeit für eine Geldtransportfirma steht, deren Scheitern nun darin besteht, nicht genügend Mitarbeiter für die Gründung einer eigenen Betriebskrankenkasse begeistert zu haben. Hier wundert sich der Zeitungsleser zum ersten Mal, da er doch weiß, dass die Krankenkassen eigentlich weniger und nicht mehr werden sollen. „50 Krankenkassen sind genug“, ist schließlich der Schlachtruf der Bundesgesundheitsministerin, die sogar schon mal laut über Zwangsfusionen nachgedacht hat, um der Forderung Nachdruck zu verleihen. Warum also dürfen dann eigentlich Kran-

kenkassen nach dem Sozialgesetz weiterhin neu gegründet werden? Dürfen ja

gar nicht alle, sondern nur Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen, nicht etwa Ersatzkassen. Auch diese Unterscheidung überrascht, da es nach Vorstellung eben jener Ministerin doch eigentlich gar keine verschiedenen Kassenarten mehr gibt und sie deshalb – rein logisch – vom Gesetzgeber auch nicht unterschiedlich behandelt werden können. Aber, wie gesagt, das Gesundheitswesen steckt voller Rätsel. Dank an Doktor G, der uns noch einmal darauf aufmerksam gemacht hat.



IMPRESSUM

Herausgeber:

Landesvertretung Niedersachsen des vdek

An der Börse 1 · 30159 Hannover

Telefon: 05 11 / 3 03 97-0 · Telefax: 05 11 / 3 03 97-99

E-Mail: lv-niedersachsen@vdek.com · www.vdek.com/LVen/NDS/index.htm

Verantwortlich: Jörg Niemann · Redaktion: Hanno Kummer