

Bundesrat fordert „Bespitzelungsparagrah“!

— Im ab 1.1.2011 gültigen Gesundheitsreformgesetz soll nach dem Willen der Bundesländer dem § 75 ein neuer Absatz 6a zugefügt werden. Danach sollen die KVen im Rahmen ihrer Aufgaben mit den örtlich zuständigen Berufszulassungsbehörden und Heilberufekammern dahingehend zusammenwirken, dass sie Erkenntnisse, die für die Berufsausübung eines Arztes in berufsrechtlicher oder approbationsrechtlicher Hinsicht von Bedeutung sind, weiterleiten. Dies soll insbesondere bei Verstößen gegen die Berufsordnung oder bei Umständen geschehen, die Zweifel an der beruflichen Zuverlässigkeit oder Würdigkeit oder der gesundheitlichen Eignung des Arztes vermuten lassen.

MMW Kommentar

Die geplante Gesetzesänderung geht davon aus, dass Kassenärztliche Vereinigungen durch ihre Tätigkeit in den Besitz von derartigen Informationen gelangen, diese aber nicht weitergeben. Die Heilberufekammern und die Approbationsbehörden der Länder sollen durch die neue gesetzliche Regelung deshalb in die Lage versetzt werden, solche Informationen abzufordern, um die erforderlichen berufsrechtlichen oder approbationsrechtlichen Maßnahmen gegen einen Heilberufungsangehörigen einzuleiten. Im Grunde genommen stellt das Gesetzesvorhaben auch ein Misstrauensvotum gegenüber den Kassenärztlichen Ver-

einigungen dar, denen man insgeheim vorwirft, ihre Aufgaben in diesem Bereich nicht konsequent auszuüben. Deshalb soll ihnen nun eine Befugnis erteilt werden, derartige berufsaufsichtlich relevante Informationen an die zuständigen Berufsaufsichtsbehörden weiterzuleiten. Das hört sich harmlos an, ist aber nichts anderes als eine verdeckte Verpflichtung, dies künftig zu tun. Angesichts der zur Zeit bundesweit laufenden Prüfmaßnahmen zur vertragsärztlichen Tätigkeit nach Zeitvorgaben im EBM, kann man die Gesetzesergänzung – sollte sie so beschlossen werden – auch als Existenzvernichtungsinitiative ansehen.

Impfleistungen sind deutlich unterbewertet

— Nach Angaben der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung werden Impfungen bei den meisten Bürgern zwar im Säuglingsalter vorgenommen, schon im Alter von 5 bis 6 Jahren aber fehlen bei etwa 40% die notwendigen Auffrischungs-

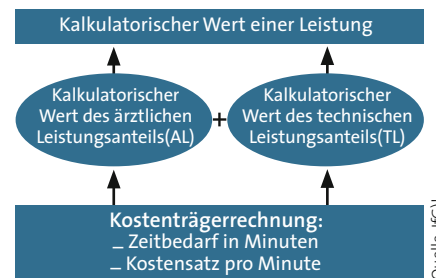
impfungen. Die Ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut weist deshalb im „Epidemiologischen Bulletin“ insbesondere auf die Aufgabe des Vertragsarztes hin, für einen ausreichenden Impfschutz der von ihm betreuten Personen

zu sorgen. Nach der Grundimmunisierung gilt es, lebenslang durch regelmäßige Auffrischimpfungen sicherzustellen, dass der Impfschutz erhalten bleibt und, wenn indiziert, ein Impfschutz gegen weitere Infektionskrankheiten aufgebaut wird.

MMW Kommentar

Wie ein Gutachten des Institutes für Gesundheitsökonomik in München bestätigt, sind die aktuell von den Kassen zur Verfügung gestellten Impfhonorare unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten nicht kostendeckend. Die Bewertung einer Leistung im EBM setzt sich bekanntlich aus der Bewertung des ärztlichen Leistungsanteils (AL) und des technischen Leistungsanteils (TL) zusammen. Die Bewertung folgt dabei dem Prinzip des Zeitbedarfs in Minuten multipliziert mit einem Kostensatz je Minute. Anhand einer Kostenträgerrechnung werden die Kosten

für die einzelnen Leistungen ermittelt. Das Ergebnis bezogen auf die Impfhonorare ist niederschmetternd. Berücksichtigt man die üblichen Kosten in einer Hausarztpraxis, müssten die meisten Impfleistungen praktisch um den Faktor 3 höher vergütet werden. Wichtig ist: Bei der betriebswirtschaftlichen Betrachtung wurden die STIKO-Richtlinie zugrunde gelegt. Ausgangspunkt der Berechnungen ist somit das, was der Arzt bei einer Impfung als persönlichen zeitlichen Einsatz leisten muss, um die Impfung überhaupt als ärztliche Leistung abrechnen zu können.



So müsste ein Impfhonorar eigentlich kalkuliert werden. Danach würde eine Einfachimpfung z.B. gegen Influenza mit rund 15 Euro und eine Mehrfachimpfung z.B. gegen Masern-Mumps-Röteln mit rund 22 Euro vergütet.