

# Gesundheitspolitik

## Inside

Fakten · Analysen · Bewertungen

## „Kein Versorgungswerk wackelt“ – aber die Renditen sinken!

**Gpi (upr) – Die Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen e. V. (ABV) versuchte Anfang Mai 2013, die durch einen „Spiegel“-Artikel verunsicherten Mitglieder der diversen Versorgungswerke in Deutschland zu beruhigen: „Kein Versorgungswerk wackelt“, betonte in der Verlautbarung der ABV Rechtsanwalt Hartmut Kilger, der Vorstandsvorsitzende der ABV. Doch schaut man genauer hin, führt vor allem das niedrige Zinsniveau zu deutlich sinkenden Rentenerwartungen in den Versorgungswerken. Manche Versorgungswerke weisen mittlerweile offen auf den damit entstehenden zusätzlichen Versorgungsbedarf hin.**

ABV-Vorsitzender Hartmut Kilger sagte in der Stellungnahme der ABV zwar, es bestehe überhaupt kein Anlass, über wirtschaftliche Schwierigkeiten der berufsständischen Versorgungswerke in Deutschland zu spekulieren, wie es der „Spiegel“-Artikel getan hätte. Die Versorgungswerke, so Kilger, würden ihren Auftrag der Altersvorsorge und -versorgung der Angehörigen der Freien Berufe erfüllen – daran hätte bisher auch die Finanzmarktkrise der letzten Jahre nichts ändern können.

**„Kalte Enteignung der Vorsorge-Sparer durch eine Politik des billigen Geldes“**  
Doch der ABV-Vorsitzende sagte noch einige weitere, entscheidende Sätze: „Im Übrigen hat der Verband bereits frühzeitig darauf hingewiesen, dass die Zeit üppiger Rentenanpassungen vorbei sind!“ Dies sei die Folge gleichzeitig steigender Lebenserwartung und sinkender Zinsen. Diesem negativen Umfeld könnten sich auch die berufsständischen Versorgungswerke nicht entziehen. Anpassungen des Rechnungszinses, wie sie von einer Reihe von Versorgungseinrichtungen bereits vorsorglich vorgenommen worden seien, spiegelten daher „nichts anderes wieder als die kalte Enteignung der Vorsorge-Sparer durch eine Politik des billigen Geldes“. Und auf der Website der ABV heißt es im Hinblick auf die demografische Entwicklung: Das bestehende Leistungsniveau der Versorgungswerke werde vielfach nur bei Anpassung der Altersgrenze erhalten bleiben können.

Die Aussagen gleichen sich, egal, welches Versorgungswerk man anschaut: Immer wird betont, dass die Versorgungswerke sicher sind, aber durch die aktuelle Entwicklung die Rentenansprüche sinken würden. So betonte etwa das Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen bereits im Herbst 2012 nach erscheinen eines kritischen Artikels in der Zeitschrift „Capital“: „Die finanzielle Lage des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) ist gesund (...).“ Richtig sei jedoch, dass sich der Rückgang des allgemeinen Zinsniveaus – insbesondere seit dem Ausbruch der jüngsten Finanzkrise – auch auf die Kapitalanlagen des Versorgungswerkes auswirke und die zu erzielenden Renditen sanken. Darauf habe das Versorgungswerk jedoch frühzeitig reagiert und den Rechnungszins zum 1. Januar 2004 von 4,0 Prozent auf 3,5 Prozent und zum 1. Januar 2010 von 3,5 Prozent auf 3,0 Prozent abgesenkt. Weitere Absenkungen seien derzeit jedoch nicht vorgesehen. Doch im Ergebnis ergeben die beiden Rechnungszins-Anpassungen eine Absenkung des Rechnungszinses – und damit der zugesicherten Rendite der Versorgungsansprüche – um ganze 25 Prozent!

Inhalt	
Versorgungswerke: „Kein Versorgungswerk wackelt“ – aber die Renditen sinken!	Seite 1-2
116. Deutscher Ärztetag: Schulterschluss gegen die Bürgerversicherung – Streit um ambulante Weiterbildung	Seite 2-3
Ambulante spezialfachärztliche Versorgung: BA-Beschluss stellt therapeutische Teams im Mittelpunkt	Seite 3-5
Apotheken-Honorierung: ABDA und GKV-Spitzenverband einig über Kassenabschlag – Bundestag beschließt Notdienstpauschale	Seite 5
Nachrichten	Seite 6-7
KBV-Honorarbericht: Steigerung um 3,6 Prozent	Seite 7

Ihre Meinung ist uns wichtig! Wenn Sie Fragen, Anregungen, Kritik oder auch Lob haben, scheuen Sie nicht, uns anzuschreiben – wir freuen uns auf Ihr Feedback. Karl-Heinz Silbernagel, Verbindungsstelle Presse, Deutsche Ärzteversicherung, Börsenplatz 1, 50670 Köln, Telefon 0221/1482 2857, E-Mail: [Karl-Heinz.Silbernagel@aerzteversicherung.de](mailto:Karl-Heinz.Silbernagel@aerzteversicherung.de)

### Impressum

Gesundheitspolitik inside – Herausgeber: Deutsche Ärzteversicherung Aktiengesellschaft, Börsenplatz 1, 50670 Köln – Redaktion: Dr. Uwe K. Preusker (V.i.S.d.P.), Karl-Heinz Silbernagel

**Weitere Faktoren: Erhöhung des Rentenalters und sukzessive Besteuerung der Versorgungsbezüge**

Zwei weitere Faktoren führen zu einem Absinken der Versorgungsansprüche. Da ist zum einen die Erhöhung der Regelaltersgrenze, die sukzessive in allen Versorgungswerken auf 67 Jahre angehoben wird, wenn dies nicht schon geschehen ist. Dies kann nach Aussagen von Fachleuten im Falle einer Berufsunfähigkeit zu einer Vorsorge-Lücke führen, weil die meisten privaten Berufsunfähigkeitsversicherungen, die zur Ergänzung der Leistungen aus dem Versorgungswerk abgeschlossen wurden, nicht bis zu diesem Zeitpunkt laufen.

Noch länger zurück liegt ein weiterer Grund: Der Systemwechsel von der vor- zur nachgelagerten Besteuerung. Konkret bedeutet dies, dass seit 2005 Schritt für Schritt die Beiträge für Alterssicherungssysteme sonderausgabenabzugsfähig werden, im Gegenzug aber die Altersbezüge ebenfalls sukzessiver der Besteuerung unterworfen werden. So wies zum Beispiel die Präsidentin der Baden-Württembergischen Versorgungsanstalt

für Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte Dr. Eva Hemberger bereits im Juni 2012 ihre Mitglieder deutlich auf den dadurch entstehenden zusätzlichen Vorsorgebedarf hin: Durch die dargestellten Faktoren werde die Lücke zwischen Brutto- und Nettoeinkommen in den kommenden Jahren größer. Und wörtlich fügte sie hinzu: „Der steuerliche Vorteil in der aktiven Zeit sollte also dringend zum Aufbau zusätzlicher Altersversorgung genutzt werden.“

**Durchschnittsrente liegt bei gut 2.000 Euro**

Dass die berufsständischen Versorgungswerke als Grundabsicherung nach wie vor äußerst solide sind, zeigen aber die bereits veröffentlichten Fakten des Jahres 2011: Danach verfügten alle Versorgungswerke in Deutschland zusammen im Jahr 2011 über Vermögensanlagen in Höhe von 142,602 Milliarden Euro und erzielten damit Erträge in Höhe von 5,779 Milliarden Euro. Die durchschnittliche monatliche Altersrente im Jahr 2011 betrug 2.013,64 Euro – 9,89 Euro weniger als im Jahr zuvor.

## 116. Deutscher Ärztetag: Schulterschluss gegen die Bürgerversicherung – Streit um ambulante Weiterbildung

**Gpi (upr) – Einen klaren Schulterschluss mit der Berliner Koalition und insbesondere mit Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr gab es auf dem 116. Deutschen Ärztetag in Hannover im Hinblick auf die Ablehnung der Bürgerversicherung: Die Delegierten stimmten einem Konzept zu, das sich klar für den Erhalt des dualen Krankenversicherungssystems aus privater und gesetzlicher Krankenversicherung ausspricht und damit den von SPD, den Grünen und den Linken geforderten Systemwechsel zu einer Bürgerversicherung klar ablehnt. Zum größten inhaltlichen Problem des diesjährigen Ärztetages wurde dagegen überraschend die Forderung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) nach ambulanter Pflichtweiterbildung – hier befürchtete der Marburger Bund ein Einfallstor für einen „tariffreien Raum“. Eine Einigung konnte erst nach mehrstündigen Verhandlungen in den Hinterzimmern des Ärztetages erzielt werden.**

Der 116. Deutsche Ärztetag in Hannover hat dafür plädiert, das Krankenversicherungssystem unter Beibehaltung der Dualität von gesetzlicher und privater Krankenversicherung fortzuentwickeln. Nach dem Beschluss soll auch die Finanzautonomie der gesetzlichen Krankenkassen wieder hergestellt werden. Die Bundesärztekammer hatte im Auftrag des letztjährigen Deutschen Ärztetages in Nürnberg eine Reformskizze zur Weiterentwicklung des Krankenversicherungssystems entwickelt, die in Hannover bestätigt wurde. Die Reformskizze sieht unter anderem vor, den derzeitigen Versichertenanteil zu einem festen, einkommensunabhängigen und von den Kassen autonom festzulegenden Gesundheitsbeitrag weiterzuentwickeln. Um eine zu hohe Belastung von beitragspflichtigen Versicherten mit

niedrigen Einkommen zu verhindern, soll der Gesundheitsbeitrag, den der einzelne Versicherte zahlen muss, auf eine Belastungsgrenze von einem maximalen beitragspflichtigen Anteil von 9 Prozent des gesamten Haushaltseinkommens beschränkt werden. Zudem schlägt die BÄK vor, für jedes in Deutschland geborene Kind ein Gesundheitssparkonto einzurichten, das als kapitalgedecktes Ansparprogramm die finanziellen Folgen der zukünftigen demografischen Entwicklung abfedern soll. Die von SPD und Bündnis 90/Die Grünen geplante Bürgerversicherung lehnte der Ärztetag dagegen ab.

**Gemeinsam für Erhalt des dualen Systems**

Bundesärztekammerpräsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery betonte dazu bereits in der Eröffnungsrede des Ärztetages: „Der gegenwärtige Zustand der Krankenversicherung – Gesetzlich wie Privat – ist eigentlich gut. Die Geldspeicher sind voll. Es herrscht also überhaupt keine Not, das System von den Füßen auf den Kopf zu stellen. Vielmehr ist eine Stärkung des bestehenden Systems, das doch unstrittig das am besten funktionierende der Welt ist, vorrangig.“ Auch Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr hatte in seiner Rede im Rahmen der Eröffnung des Ärztetages für den Erhalt des dualen Krankenversicherungssystems geworben. Die Kapitaldeckung der PKV sei die richtige Antwort auf die demografische Entwicklung. Bürgerversicherung und Einheitskasse würden dagegen, so Bahr, Versicherte und Patienten zu Bittstellern machen. Auf Kritik stieß der klare Beschluss des Ärztetages dagegen erwartungsgemäß bei den Oppositionsparteien. So reagierte Prof. Dr. Karl Lauterbach, der gesundheitspolitische Sprecher der SPD-Bundestagsfraktion und mittlerweile „Schatten-Gesundheitsminister“ im Kompetenzteam des SPD-Kanzlerkandi-

daten Peer Steinbrück, auf den Beschluss des Ärztetages mit der Behauptung, die „Einführung der Kopfpauschale“ sei „nur der Vorwand für das Festhalten an der PKV in ihrer jetzigen Form“.

### **Zwei Tage Auseinandersetzung um Forderung der KBV nach ambulanter Pflichtweiterbildung**

Die Forderung der unmittelbar vor dem Ärztetag tagenden KBV-Vertreterversammlung, in patientennahen Fächern eine ambulante Pflichtweiterbildung einzuführen, führte auf dem Ärztetag zu heftigen Debatten insbesondere zwischen den Vertretern der niedergelassenen Ärzte und des Marburger Bundes. Einerseits befürchtete der Marburger Bund, dass eine ambulante Pflichtweiterbildung zu einem Einfallstor für die Krankenkassen werden könnte, die Inhalte einer solchen Weiterbildung mit zu bestimmen. Zum anderen bestimmte die Debatte vor allem die Sorge der Ärztegewerkschaft darüber, wer die tariflichen Vereinbarungen für diese ambulante Pflichtweiterbildungsphase verhandeln sollte. Denn nach dem zunächst vorgelegten Beschlussentwurf sollten die Bundesärztekammer, die KBV und die „im stationären Versorgungsbereich für die Tarifgestaltung ärztlicher Vergütungen maßgeblichen ärztlichen Organisationen“ eine Rahmenvereinbarung abschließen.

Im schließlich nach stundenlangen Beratungen in einem speziell dazu gegründeten Ad-Hoc-Arbeitskreis gefundenen Kompromiss-Text, den der Ärztetag dann auch beschlossen hat, heißt es dagegen nun: „Den Weiterzubildenden in einer ambulanten Weiterbildungsstätte muss garantiert werden, dass sie mindestens die gleichen tariflichen Konditionen wie an einer stationären Weiterbildungsstätte vorfinden. Hierzu wird

mit der für die im stationären Versorgungsbereich für die Tarifgestaltung ärztlicher Vergütungen maßgeblichen ärztlichen Organisation ein Vertrag abgeschlossen, der dies sicherstellt. Für die arbeitgeberseitige Vertragspartnerschaft wird zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und den betroffenen ärztlichen Berufsverbänden ein funktionsfähiges Organisationsmodell entwickelt.“

### **Ärztetag: Versicherungssteuer für ärztliche Haftpflichtversicherungen senken – Inflationsausgleich für GOÄ**

In einem gesonderten Beschluss forderte der Ärztetag die Bundesregierung auf, unverzüglich Regelungen gegen einen weiteren Anstieg der zuletzt dramatisch angewachsenen Haftpflichtversicherungsprämien für Ärzte zu treffen. Konkret sprach sich der Ärztetag für eine Absenkung der Versicherungssteuer für ärztliche Haftpflichtversicherungen von derzeit 19 Prozent auf 11 Prozent aus. Im Rahmen der Daseinsvorsorge habe der Gesetzgeber verschiedene Versicherungen durch eine ermäßigte Versicherungssteuer in Höhe von elf Prozent gefördert. Zudem seien die gesetzlichen Regelungen zur Anpassung der Vergütungen, Erlösbudgets und Gesamtvergütungen für ärztliche Leistungen so zu ergänzen, dass bei Notwendigkeit auch eine unterjährige Berücksichtigung der Entwicklung der Prämien für ärztliche Haftpflichtversicherungen möglich wird.

Außerdem haben die Delegierten die Politik aufgefordert, die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) auf Grundlage der von der Ärzteschaft geleisteten Vorarbeiten ohne weitere zeitliche Verzögerung umzusetzen. Als Übergangslösung müsse ein Inflationsausgleich geschaffen werden.

---

## **Ambulante spezialfachärztliche Versorgung: G-BA-Beschluss stellt therapeutische Teams im Mittelpunkt**

**Gpi (upr) – Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) ist eigentlich bereits mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz, das bereits Anfang 2012 in Kraft getreten ist, eingeführt worden. Doch die erforderlichen Vorarbeiten des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) dauern immer noch an. Im März hat der G-BA nun den ersten Teil der ASV-Richtlinie beschlossen. Im Mittelpunkt der ASV stehen danach therapeutische Teams, mit denen die Interdisziplinarität und die Zusammenarbeit über die Sektorengrenzen hinweg sichergestellt werden sollen.**

Anlässlich des G-BA-Beschlusses hatte Dr. Regina Klakow-Franck, unparteiisches Mitglied im G-BA und Vorsitzende des zuständigen Unterausschusses, erklärt: „Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung ist ein neuer, sektorenübergreifender Versorgungsbereich. Erstmals wurden von Grund auf einheitliche Rahmenbedingungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte definiert. Auf Basis der heute beschlossenen allgemeinen Regelungen werden wir nun Zug um Zug die diagnose-

spezifischen Anlagen überarbeiten und so die neue Richtlinie so bald wie möglich mit Leben erfüllen.“

### **Bisher nur Eckpunkte zur Konkretisierung**

Die Richtlinie gibt den formalen Rahmen für den neuen Versorgungsbereich vor und regelt die Anforderungen an die ASV, die grundsätzlich für alle in den Anlagen konkretisierten schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungszuständen mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierten Leistungen gleichermaßen gelten. So ist festgelegt, welche Leistungserbringer an der ASV teilnehmen dürfen und welche personellen Anforderungen hierbei gelten, insbesondere für die Zusammensetzung der obligatorischen interdisziplinären Teams. Zudem werden die sogenannten sächlichen und organisatorischen Voraussetzungen definiert, die erfüllt sein müssen, beispielsweise das Vorhandensein von Intensivstation und Notfalllabor. Weitere Regelungsinhalte betreffen die Beschreibung des Behandlungsumfanges einschließlich der Definition

schwerer Verlaufsformen, die Qualitätssicherung, die Überweisungserfordernisse sowie die Information der Patientinnen und Patienten.

Die ebenfalls vom G-BA beschlossenen Eckpunkte zur Konkretisierung sehen vor, dass zu schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen vordringlich gastrointestinale Tumoren/Tumoren der Bauchhöhle, gynäkologische Tumoren, rheumatologische Erkrankungen und Herzinsuffizienz bearbeitet werden sollen. Bei seltenen Erkrankungen soll die Priorität bei Tuberkulose, Marfan-Syndrom, Pulmonaler Hypertonie, Mukoviszidose und primär sklerosierender Cholangitis liegen.

### **Hauptanforderung: Obligatorische interdisziplinäre Teams**

Berechtigte Leistungserbringer in der ASV (sog. ASV-Berechtigte) sind nach der Richtlinie zugelassene Krankenhäuser (nach § 108 SGB V) und an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer, also zum Beispiel einzelne Vertragsärzte oder Medizinische Versorgungszentren (MVZ). Weitere Voraussetzungen sind unter anderem, dass das Krankenhaus hinsichtlich der jeweiligen Erkrankung auch stationäre Leistungen erbringen darf, bzw. dass der Vertragsarzt für das jeweilige Fachgebiet beziehungsweise den Schwerpunkt auch in der vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist.

Hauptanforderung für die Teilnahme an der ASV ist die Bildung eines interdisziplinären Teams, das auch durch eine Kooperation realisiert werden kann. Dazu heißt es in Paragraph 2 Satz 2ff. der ASV-Richtlinie: „Die ASV erfordert regelmäßig die Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team, sofern die Anlagen nichts Abweichendes regeln. Soweit eine Kooperation nach § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V oder zur Erfüllung der personellen oder sächlichen Anforderungen erforderlich ist, bleibt ASV-Berechtigter im Sinne dieser Richtlinie der einzelne Leistungserbringer, der seine ASV-Leistungen im Rahmen der Kooperation eigenständig erbringt.“

Weiter bestimmt die Richtlinie, dass die Leistungserbringer die Erfüllung sämtlicher Anforderungen und Voraussetzungen dieser Richtlinie gegenüber dem für das Anzeigeverfahren zuständigen erweiterten Landesausschuss anzuzeigen haben. Dazu gehört unter anderem der Nachweis vertraglicher Vereinbarungen über Kooperationen.

Leistungserbringer, die zur Erfüllung der personellen und sächlichen Anforderungen kooperieren, sollen ihre Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung danach gemeinsam gegenüber dem erweiterten Landesausschuss anzeigen. Dabei sind die Teamleitung sowie die übrigen Mitglieder des Kernteams namentlich zu benennen. Für die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte ist dagegen auch eine institutionelle Benennung als Beleg ausreichend.

### **Keine Überweisung innerhalb des Kernteams**

Zum Überweisungserfordernis bestimmt die ASV-Richtlinie, dass zwischen den Mitgliedern des Kernteams für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung einer ASV-Patientin

bzw. eines ASV-Patienten kein Überweisungserfordernis besteht. Die hinzuzuziehenden Fachärzte erbringen ihre Leistungen als ASV-Berechtigte dagegen entsprechend dem jeweiligen Behandlungsumfang auf Überweisung (Definitions- oder Indikationsauftrag).

Weiter heißt es in Paragraph 2 Absatz 5: „Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung im Krankenhaus ist hinsichtlich der seltenen Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen und schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf zulässig, bei denen das nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhaus stationäre Leistungen erbringen darf. Vertragsärztinnen und Vertragsärzte dürfen nur in dem Fachgebiet bzw. Schwerpunkt in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung tätig werden, mit dem sie auch zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind.“

### **Präsenzpflcht des Kernteams – 30 Minuten Kooperationsradius**

Die Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung setzt nach den Bestimmungen der ASV-Richtlinie eine spezielle Qualifikation und eine Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team voraus. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit kann auch im Rahmen von vertraglich vereinbarten Kooperationen erfolgen.

Das interdisziplinäre Team muss dabei aus einer Teamleiterin oder einem Teamleiter (Teamleitung), dem Kernteam und bei medizinischer Notwendigkeit zeitnah hinzuzuziehenden Fachärzten bestehen. Die Teamleitung hat nach den Bestimmungen der ASV-Richtlinie die Aufgabe, die spezialfachärztliche Versorgung der Patienten fachlich und organisatorisch zu koordinieren und gehört dem Kernteam an. Die Mitglieder des Kernteams sind Fachärzte, deren Kenntnisse und Erfahrungen zur Behandlung in der Regel eingebunden werden müssen. Sie müssen die spezialfachärztlichen Leistungen am Tätigkeitsort der Teamleitung oder zu festgelegten Zeiten mindestens an einem Tag in der Woche am Tätigkeitsort der Teamleitung erbringen.

An immobile Apparate gebundene Leistungen sowie die Aufbereitung und Untersuchung von bei Patientinnen und Patienten entnommenem Untersuchungsmaterial sind von den Regelungen ausgenommen. Der Ort der Leistungserbringung für direkt an dem Patienten zu erbringende Leistungen muss dennoch in angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein. Die hinzuzuziehenden Fachärzte sind solche, deren Kenntnisse und Erfahrungen in Abhängigkeit vom jeweiligen Krankheitsverlauf typischerweise bei einem Teil der Patientinnen und Patienten ergänzend benötigt werden. Ihr Tätigkeitsort für direkt an der Patientin oder an dem Patienten zu erbringende Leistungen muss in angemessener Entfernung (in der Regel in 30 Minuten) vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein.

Soweit das Vorhalten bestimmter Bereiche wie etwa Intensivstation, Notfalllabor, bildgebende Diagnostik oder 24-Stunden-Notfallversorgung vorausgesetzt wird, kann dies nach den

Bestimmungen auch im Rahmen einer vertraglich vereinbarten Kooperation erfolgen. Diese müssen jedoch in 30-minütiger Entfernung vom Tätigkeitsort der Teamleitung erreichbar sein.

Außerdem bestimmt die Richtlinie, dass die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen im Rahmen der ambu-

lantem spezialfachärztlichen Versorgung durch die Mitglieder des interdisziplinären Teams persönlich zu treffen sind.

Der vollständige Text des ASV-Richtlinienbeschlusses ist im Internet unter der folgenden Adresse zu finden: <http://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/1706/>

## **Apotheken-Honorierung: ABDA und GKV-Spitzenverband einig über Kassenabschlag – Bundestag beschließt Notdienstpauschale**

**Gpi (upr) – Der Deutsche Apothekerverband und der GKV-Spitzenverband haben sich Ende Mai im Schiedsverfahren auf eine Paketlösung zum lange umstrittenen Kassenabschlag geeinigt. Danach soll der Kassenabschlag ab Jahresmitte 2013 auf 1,85 Euro steigen, ab 2015 dann aber auf 1,77 Euro sinken. Gleichzeitig werden die anhängigen Klagen gegen die Schiedssprüche für 2009 und 2010 zurückgezogen. Seit Anfang 2013 rechnen die Apotheken einseitig mit einem Kassenabschlag in Höhe von 1,75 Euro ab. Auf eine Rückabwicklung für das mittlerweile fast vollständig mit 1,75 Euro abgerechnete erste Halbjahr 2013 wird mit der Paketlösung verzichtet.**

Der Deutsche Apothekerverband (DAV) hatte im Spätherbst 2012 nach zwei erfolglosen Verhandlungsrunden die Schiedsstelle angerufen. Er war mit der Forderung in die Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband gegangen, den Kassenabschlag ganz abzuschaffen. Die Mitgliederversammlung des DAV hatte Ende November 2012 in einer Resolution zum Kassenabschlag gefordert, „dass die Sonderbelastungen der Apotheken wie vom Gesetzgeber vorgesehen nach zwei Jahren zum Ende des 2012 aufgehoben werden, damit die Versicherten weiter umfassend versorgt werden können“. Weiter hieß es darin: „Die Apotheken in Deutschland erwarten eine schnelle Lösung durch die Schiedsstelle. Für den Fall, dass diese nicht bis zum Jahresende erreicht werden sollte, wird bei der Abrechnung mit den Krankenkassen entsprechend der gesetzlichen Regelung bis zum Erreichen der endgültigen Lösung ein Abschlagsbetrag in Höhe von 1,75 Euro abgerechnet.“

Der jetzt erzielte Kompromiss steht auf beiden Seiten noch unter Gremienvorbehalt. Die Verhandlungspartner müssen bis zum 20. Juni zustimmen. Kommt die Einigung endgültig zustande, sollen auch die anhängigen Klagen aus den Jahren 2009 und 2010 gegen den Kassenabschlag zurückgezogen werden. Eine gerichtliche Entscheidung für die beiden Jahre stand bis zuletzt aus, ursprünglich sollte sich das Sozialgericht Berlin-Brandenburg noch in diesem Jahr mit den Fällen befassen. Gleichzeitig wollen sich beide Seiten bis zum 1. Juli 2014 auf das weitere Vorgehen nach 2015 einigen.

### **Apothekenabschlag – kurze Historie der letzten Jahre**

Der Apothekenabschlag ist ein gesetzlich vorgesehener Zwangsrabatt für jedes zu Lasten der GKV abgegebene Fertigarzneimittel, den die Apotheken der gesetzlichen Krankenversicherung gewähren müssen. Ursprünglich war er als Skonto gedacht. Bis zum Jahre 2008 war der Betrag festgeschrieben, zuletzt lag er bei 2,30 Euro. Für die Jahre 2009/10 sollte die Höhe dann von den Verhandlungspartnern GKV-Spitzenverband und DAV vereinbart werden. Da auch damals schon keine Einigung erreicht werden konnte, legte schließlich die Schiedsstelle den Kassenabschlag für 2009/2010 auf 1,75 Euro fest. Für 2011/12 wurde er dann im Rahmen des Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetzes (AMNOG) auf 2,05 Euro festgelegt.

### **Bundestag beschließt Notdienstpauschale**

Eine klare Besserstellung der Vergütung der Apotheken für ihren Notdienst stellt dagegen das Anfang Juni vom Bundestag beschlossene Gesetz zur Förderung der Sicherstellung des Apothekennotdienstes (Apothekennotdienstsicherungsgesetz – ANSG) dar. Das Gesetz sieht vor, dass die Apotheken künftig unabhängig von der Inanspruchnahme für jeden zwischen 20 Uhr und 6 Uhr des Folgetages vollständig erbrachten Notdienst einen pauschalen Zuschuss erhalten. Der Zuschuss wird aus einem Fonds gezahlt, den der Deutsche Apothekerverband e.V. als Beliehener errichtet und verwaltet. Die Finanzierung des Zuschusses erfolgt über eine Erhöhung des Festzuschlags, den die Apotheken bei der Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel erheben, um 16 Cent. Der Erhöhungsbetrag ist ausdrücklich zur Förderung des Notdienstes bestimmt und zu diesem Zweck vollständig an den Fonds abzuführen. Das Gesetz soll am 1. August 2013 in Kraft treten.

## **GOZ 2012: Beratungsforum für Gebührenordnungsfragen gegründet**

Gpi (upr) – Die Bundeszahnärztekammer, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Beihilfestellen von Bund und Ländern haben am 30. April 2013 die Einrichtung eines Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen vereinbart, um entstehende Rechtsunsicherheit nach der Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) zu beseitigen. Das neue Gremium hat die Aufgabe übernommen, grundsätzliche Auslegungsfragen der GOZ, Fragen der privatärztlichen Qualitätssicherung sowie Fragen des Inhalts und der Abgrenzung privatärztlicher Leistungen zu diskutieren und möglichst einvernehmlich zu beantworten. Ergänzend hieß es von der BZÄK: „Das Beratungsforum ist gelebte Verantwortung der beteiligten Organisationen, die auf diesem Wege bemüht sind, dass Auslegungsprobleme der GOZ nicht auf dem Rücken der Patienten ausgetragen werden. Die Beteiligten senden damit zugleich ein Signal an die Politik. Die Selbstverwaltung funktioniert. Ein die Versozialrechtlichung der Gebührenordnung vorantreibendes GOZ-Bewertungsinstitut braucht niemand.“ Die neue Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) war zum Jahreswechsel 2012 in Kraft getreten.

## **KV Thüringen und Krankenkassen einigen sich auf Honorarabschluss für 2013**

Gpi (upr) – Die KV Thüringen und die Krankenkassen haben sich Ende Mai 2013 nach langwierigen Honorarverhandlungen auf einen Vergleich unter Vermittlung des Landesschiedsamtes zum Honorarzuwachs für die ambulanten Ärzte und Psychotherapeuten in Thüringen für das Jahr 2013 verständigt. Die Gesamtvergütung der Thüringer Kassenärzte steigt danach im Jahr 2013 um 6,99 Prozent. Davon werden etwa ein Prozent für die Förderung der geriatrischen und palliativmedizinischen Versorgung und für die Versorgung von Kindern mit chronischen Erkrankungen dem hausärztlichen Versorgungsbereich sowie der fachärztlichen Grundversorgung zur Verfügung gestellt. Daneben werden ab 2013 zusätzlich die Psychotherapie, Schmerztherapie, Narkosen bei zahnärztlicher Behandlung, spezifische Immuntherapie und Kinderpneumologie extrabudgetär, also außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet. Die Vertragspartner haben sich darüber hinaus auf einen Katalog besonders förderungswürdiger Leistungen verständigt, die innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung mit einem Punktwertzuschlag von 0,5 Euro-Cent vergütet werden. Das betrifft zum Beispiel den Hausbesuch durch Praxispersonal (VERAH), die augenärztliche Strukturpauschale, Heimbesuche allgemein sowie bei Patienten mit neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen, neurologisches und psychiatrisches Gespräch und die Polysomnographie.

## **Bessere zahnmedizinische Versorgung für Pflegebedürftige**

Gpi (upr) – Die Zahnmedizinische Versorgung von pflegebedürftigen Patienten und Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

wird ab dem 1. April deutlich verbessert. Dank einer neuen Position im Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung können Zahnärzte künftig Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen in stationärer und häuslicher Umgebung wesentlich einfacher als zuvor betreuen. Die Neuregelung schließt, so die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), eine strukturelle Lücke im zahnmedizinischen Leistungskatalog. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband haben mit einem entsprechenden Beschluss des Bewertungsausschusses vom 15. Februar 2013 Vorgaben des Gesetzgebers aus dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz umgesetzt. Vertragszahnärztinnen und -zahnärzte erhalten in diesen Fällen zusätzlich zu den Besuchsgebühren und dem Wegegeld eine Vergütung für die Versorgung in häuslicher Umgebung oder in Einrichtungen. Die zusätzliche Leistungsposition soll dem erhöhten personellen, instrumentellen und zeitlichen Aufwand für die aufsuchende Betreuung Rechnung tragen. Durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz wurde der anspruchsberechtigte Personenkreis auf Menschen mit Demenz und psychischen Erkrankungen erweitert. Die Neuregelungen sind nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums mit Mehrkosten für die GKV in Höhe von jährlich 20 Mio. Euro verbunden. Gegenwärtig erfolge in etwa 700.000 Fällen eine aufsuchende zahnärztliche Versorgung. Perspektivisch sei von einem Anstieg der Fallzahlen auf jährlich ca. 1,5 Mio. Fälle auszugehen.

## **KV Hamburg: Vorstandsvorsitzender Bollmann tritt zum 1. Juli 2013 zurück**

Gpi (upr) – Dieter Bollmann, Vorstandsvorsitzender der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH), hat angekündigt, zum 1. Juli 2013 in einem ersten Schritt von seinem Amt als Vorstandsvorsitzender zurückzutreten und Anfang 2014 ganz aus dem Vorstand auszuscheiden. Bollmann begründete diesen Schritt damit, dass er es für richtig halte, die Führung der KV in jüngere Hände zu übergeben. Über einen Nachfolger wird voraussichtlich auf der nächsten Vertreterversammlung der KVHim Juni entschieden werden. Bollmann gab der Vertreterversammlung die Empfehlung, Walter Plassmann, den zur Zeit stellvertretenden Vorsitzenden, zu seinem Nachfolger zu wählen.

## **Franz Knieps wird hauptamtlicher Vorstand des neuen BKK Dachverbandes**

Gpi (upr) – Der Aufsichtsrat des BKK Dachverbandes e.V. hat Franz Knieps zum hauptamtlichen Vorstand des Anfang 2013 neu gegründeten politischen Interessenverbandes der betrieblichen Krankenversicherung gewählt. Der 1956 geborene Jurist, Politik- und Literaturwissenschaftler war unter anderem Geschäftsführer Politik beim AOK Bundesverband und dann bis 2009 Leiter der Abteilung „Gesundheitsversorgung, Gesetzliche Krankenversicherung, Pflegesicherung“ im Bundesministerium für Gesundheit, wo er als enger Vertrauter der damaligen Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) galt. Knieps wird seine neue Tätigkeit als Vorstand des BKK Dachverbandes e.V. zum 1. Juli 2013 aufnehmen.

## Marburger Bund fordert elektronische Erfassung der Arbeitszeit

Gpi (upr) – Die Ärztinnen und Ärzte in den Kliniken brauchen nach der Überzeugung des Marburger Bundes in allen Krankenhaus-Abteilungen ein transparentes und manipulationsfreies Arbeitszeiterfassungssystem. Deshalb hat der Marburger Bund auf seiner 123. Hauptversammlung in Hannover gefordert, die in Tarifverhandlungen vereinbarten praktikablen und zeitgemäßen Verfahren der Zeiterfassung für alle Arbeitsformen vollständig umzusetzen. „Die elektronische Zeiterfassung genügt den Anforderungen von Objektivität und Ehrlichkeit in besonderem Maße. Mitunter werden die Regelungen bewusst missachtet, indem in manchen Fällen Ärztinnen und Ärzte zu nicht dokumentierter und damit kostenloser Mehrarbeit gedrängt werden. Teilweise wird auch die Arbeitszeiterfassung so manipuliert, dass Arbeiten nach einem bestimmten Zeitpunkt nicht mehr dokumentiert werden. Durch solche Missbräuche verstoßen Kliniken gegen Vorgaben des Arbeitszeitgesetzes, erfahren die betroffenen Ärztinnen und Ärzte eine gesundheitliche Gefährdung und zudem einen finanziellen Nachteil“, kritisierten die Delegierten der MB-Hauptversammlung. Von den

Leitenden bzw. von den für die Dokumentation von Überstunden verantwortlichen Ärzten erwartet der Marburger Bund, dass sie eine wahrheitsgetreue Dokumentation der gesamten Arbeitszeit der nachgeordneten Ärzte unterstützen und fördern. Zugleich appelliert die Ärztegwerkschaft an die Ärztinnen und Ärzte in den Kliniken, die tatsächlich geleisteten Überstunden zu dokumentieren.

In einem weiteren Beschluss hat die MB-Hauptversammlung in Hannover die kirchlichen Arbeitgeber von Caritas und Diakonie aufgefordert, gemeinsam mit der Ärztegwerkschaft ein System zur kollektivrechtlichen Regelung der Arbeitsbedingungen zu entwickeln, das die grundrechtlich geschützten Positionen von Arbeitnehmern und Gewerkschaften anerkennt. „Der Marburger Bund beansprucht auch gegenüber Arbeitgebern von Caritas und Diakonie das Grundrecht als Gewerkschaft, Arbeitsbedingungen nicht nur durch Tarifverträge zu regeln, sondern diese im Wege eines fairen Ausgleiches gegebenenfalls auch gegen den Willen des Arbeitgebers kampfwweise durchzusetzen“, heißt es in dem Beschluss. Ein Ausschluss des Streikrechts sei auch unter Berufung auf das Kirchenprivileg und auch bei der Schaffung eines kirchlich modifizierten Tarifvertragsrechtes verfassungswidrig.

## KBV-Honorarbericht: Steigerung um 3,6 Prozent

Gpi (upr) – Der durchschnittliche Honorarumsatz je Arzt ist im ersten Quartal 2012 gegenüber dem ersten Quartal 2011 um 863 Euro auf 52.489 Euro gestiegen. Dies bedeutet eine Steigerung von 1,7 Prozent. Im gleichen Zeitraum ist der durchschnittliche Honorarumsatz je Behandlungsfall um 1,79 Euro auf 59,95 Euro gestiegen (+3,1 Prozent). Das geht aus dem jüngst veröffentlichten KBV-Honorarbericht für das 1. Quartal 2012 hervor.

Dabei gab es von KV zu KV große Unterschiede: So ist der Honorarumsatz je Arzt im ersten Quartal 2012 in Niedersachsen gegenüber dem gleichen Vorjahres-Quartal um 4,7 Prozent (absolut: +2.650 Euro) und in Bayern um 4,0 Prozent (absolut: +2.039 Euro) gestiegen. In drei KVen ist bezüglich des Vorjahresquartals dagegen ein Rückgang zu verzeichnen: Nordrhein: - 0,1 Prozent, Rheinland-Pfalz: - 1,4 Prozent, Baden-Württemberg: - 2,0 Prozent. Der Honorarumsatz je Behandlungsfall dagegen ging nur in Rheinland-Pfalz zurück (um 28 Cent bzw. 0,5 Prozent).

### Honorarumsatz je Arzt und je Behandlungsfall (alle Ärzte/Psychotherapeuten) 1. Quartal 2012 gegenüber 1. Quartal 2011

Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro		Veränderung	
	1. Q 2011	1. Q 2012	absolut	in %	1. Q 2011	1. Q 2012	absolut	in %
Schleswig-Holstein	49.666	51.537	1.871	3,8%	54,77	57,25	2,48	4,5%
Hamburg	48.563	49.507	944	1,9%	59,11	60,52	1,41	2,4%
Bremen	55.014	55.344	330	0,6%	57,88	60,91	3,03	5,2%
Niedersachsen	56.627	59.277	2.650	4,7%	57,42	61,43	4,01	7,0%
Westfalen-Lippe	55.893	56.477	584	1,0%	56,18	57,62	1,44	2,6%
Nordrhein	47.425	47.387	-38	-0,1%	56,74	57,05	0,31	0,5%
Hessen	47.361	47.905	544	1,1%	56,70	57,83	1,13	2,0%
Rheinland-Pfalz	52.355	51.611	-744	-1,4%	58,46	58,18	-0,28	-0,5%
Baden-Württemberg	50.412	49.393	-1.019	-2,0%	61,91	62,68	0,77	1,2%
Bayerns	50.923	52.962	2.039	4,0%	64,65	67,89	3,24	5,0%
Berlin	39.650	41.042	1.392	3,5%	56,65	58,99	2,34	4,1%
Saarland	52.604	52.634	30	0,1%	62,64	64,23	1,59	2,5%
Mecklenburg-Vorp.	61.505	62.939	1.434	2,3%	56,58	58,00	1,42	2,5%
Brandenburg	54.990	55.206	216	0,4%	52,02	53,44	1,42	2,7%
Sachsen-Anhalt	57.573	58.483	910	1,6%	54,03	56,05	2,02	3,7%
Thüringen	56.426	58.225	1.799	3,2%	50,89	52,50	1,61	3,2%
Sachsen	58.270	59.555	1.285	2,2%	55,43	57,37	1,94	3,5%
Bund	51.626	52.489	863	1,7%	58,16	59,95	1,79	3,1%

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten