

Vertreterversammlung der KV Nordrhein: Einigung auf Mengenbegrenzung durch neuen HVM

Wider erwarten stand der neue EBM nicht im Mittelpunkt der Diskussion der Vertreterversammlung der KV Nordrhein am 25.11.1995 in Köln. Vielmehr beschäftigten sich die Delegierten mit flankierenden Maßnahmen, um die Intentionen des neuen EBM – Stop des Mengenwachstums und eine gerechtere Verteilung des Honorars zwischen den Fachgruppen – zu sichern. Als wesentliches Mittel soll dazu ein neuer Honorarverteilungsmaßstab (HVM) dienen, der bereits am 1. Januar 1996, zeitgleich mit dem neuen EBM, in Kraft treten wird.

von Ruth Bahners

Institutionelle Öffnung der Krankenhäuser ist vom Tisch

Zunächst war die Diskussion bestimmt von den aktuellen Problemen, vor die die Vertragsärzteschaft sich durch die Politik gestellt sieht. An erster Stelle standen dabei die Sorgen um den Weg, den die Politik bezüglich der stärkeren Verzahnung des ambulanten und stationären Versorgungsbereiches einschlagen werde.

Als politischen Erfolg der Ärzteschaft wertete Dr. Winfried Schorre, der erste Vorsitzende der KV Nordrhein, den von der Bundesregierung vorgelegten Gesetzesentwurf zur Stabilisierung der Krankenhausaussgaben 1996. Mit der darin vorgesehenen „sofortigen und stringenten Budgetierung des gesamten Krankenhausbereiches“ hole der Gesetzgeber Versäumnisse der Vergangenheit nach. Nicht die Kollegen in den Kliniken seien für die Kostenproblematik des stationären Sektors verantwortlich. „Vielmehr sind es gesetzliche Bestimmungen, die so viele Ausnahmen aus der Budgetierung des Krankenhausbereiches nicht nur ermöglichen, sondern sogar gefordert haben“, so Schorre.

Auch der Gesetzesentwurf zur Neuord-

nung der Krankenhausfinanzierung 1997 bis 1999 lasse die erfolgreichen Bemühungen der Ärzteschaft erkennen. Denn statt der generellen Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung werde eine begrenzte personelle Öffnung vorgeschlagen. Das bedeute, daß besonders qualifizierte Krankenhausärzte per Gesetz generell ermächtigt würden, im hochspezialisierten Bereich ambulant tätig werden zu dürfen.

Probleme für die Vertragsärzteschaft sah Schorre in der geplanten Zulassungsregelung. Den Kassenärztlichen Vereinigungen sei zwar ein Widerspruchsrecht bei diesen Ermächtigungen vorbehalten, wenn die KV die Versorgung durch Vertragsärzte auf dem zur Ermächtigung anstehenden Versorgungsgebiet als gewährleistet ansehe. Aber da die Zulassungsausschüsse paritätisch besetzt seien, gelte bei Stimmgleichheit die regionale Versorgung als nicht sichergestellt. Das könne bedeuten, „daß de facto eine Bedarfprüfung nicht stattfindet“.

Neues Problem: Praxiskliniken mit Einkaufsmodell

Wesentlich problematischer sah Schorre

allerdings die in diesem Gesetzesentwurf vorgesehene Neuregelung der Praxiskliniken. Diese Vorschläge hätten ihn wie „einen Schlag getroffen“, stellten sie doch in der vorliegenden Form „den Einstieg in die Auflösung des Kollektivvertrages“ dar. Jede Krankenkasse soll danach das Recht erhalten, auch mit Nichtvertragsärzten einen Versorgungsvertrag für eine Praxisklinik abzuschließen. Damit erhielten diese Ärzte für die Dauer des Versorgungsvertrages eine Zulassung auch für eine umfassende ambulante Behandlung, und zwar völlig unabhängig von der Bedarfsplanung. Finanziert würden die ärztlichen Leistungen aus dem Gesamthonorar der Vertragsärzte. Schorre weiter:

„Die Profiteure dieses Gesetzesvorschlages sind:

- die Krankenhäuser, die ihre kalten Betten gewinnbringend untervermieten und gleichzeitig im Budget ihre Personalausgaben erheblich entlasten können;
- die Krankenkassen, denn sie erhalten ihr geliebtes Einkaufsmodell;
- die Politik, denn sie kann eine kostenneutrale Lösung der durch Bettenabbau bedingten Arbeitsplatzproblematik registrieren, und zwar ohne Imageverlust“.



Dr. Peter Burbach, Vorstandsmitglied aus Grevenbroich, plädierte gegen den neuen HVM. „Diese Regelung ist nicht sozial, sondern sozialistisch.“



Dr. Ludger Beyerle, Internist aus Mülheim, hielt die Aufregung über den neuen HVM für übertrieben. „Es geht um lächerliche 3,9% des Leistungsvolumens, das ist Rabattmarkenniveau.“

Als Gewinner erschienen auf den ersten Blick auch die Klinikärzte, so Schorre. Doch der Preis für die Niederlassung in einer Praxisklinik sei die „Abhängigkeit vom Wohlwollen der Krankenkassen“. Denn diese hätten sämtliche Konditionen in der Hand durch die Bindung der Zulassung an den Versorgungsvertrag. Die eindeutigen Verlierer wären die niedergelassenen Ärzte, wenn nicht die zu erwartenden Mehrbelastungen zu einer entsprechenden Auffüllung des ambulanten Budgets führen würden.

„Nicht akzeptabel“ war dieser Vorschlag des Gesetzgebers auch für den Präsidenten der Ärztekammer Nordrhein, Professor Dr. Jörg Hoppe. Denn damit würde das Einkaufsmodell durch die Hintertür eingeführt. „Das ist Lahnstein II auf halber Stufe“, so Hoppe.

Die nordrheinischen Delegierten teilten weitgehend Schorres Auffassung. Dr. Rudolf Milstrey, Vertreter der außerordentlichen Mitglieder, merkte jedoch an, daß auch die Krankenhäuser unter dieser Form der Praxiskliniken zu leiden haben würden. Denn den Kliniken würden dadurch „die lukrativen Fälle weggeschnappt“. Im übrigen komme in der Diskussion um die stationäre Versorgung „die Feuerwehr- und Ausbildungsfunktion der Krankenhäuser zu kurz“.

Auf Antrag der nordrheinischen Hartmannbund-Vorsitzenden Angelika Haus formulierte die VV der KVNo Bedingungen, unter denen Praxiskliniken zu realisieren seien und forderte entsprechende Änderungen des Gesetzes (s. Kasten S. 14 unten).

Der neue EBM: „Längst ein Politikum“

Hinsichtlich der am 1.1.1996 anstehenden Einführung des neuen EBM appellierte Schorre an seine Kollegen, sich durch spekulative Hochrechnungen nicht verunsichern zu lassen.

Schorre sicherte noch einmal zu, daß der KBV-Vorstand sich verpflichtet habe, möglichst zeitnah die Ergebnisse der Abrechnung nach dem neuen EBM zu analysieren und erkennbare Verwerfungen zu korrigieren. Wie ernst der KBV-Vorstand diese Verpflichtung nehme, habe sich bei den bereits erfolgten 100 Korrekturen gezeigt.

Im übrigen habe sich der EBM längst zu einem Politikum entwickelt. Die ärztliche Selbstverwaltung habe damit ihre

Handlungsfähigkeit unter Beweis gestellt und so eine wesentliche Voraussetzung geschaffen, auch in Zukunft in der politischen Diskussion als akzeptierter Partner im Gespräch zu bleiben.

Die größte Gefahr gehe nicht vom neuen EBM selbst aus, sondern von einer „zum Teil gezielt angestrebten Fallzahlvermehrung“. Eine erhebliche Vermehrung der Fälle würde aber in eine Situation des Punktwert-Absturzes führen und entweder die Selbstverwaltung zu durchgreifenden Maßnahmen zwingen oder die Politik endgültig zur durchgehenden Pauschalierung veranlassen. Schorre appellierte an seine Kollegen, „den Propheten der Abrechnungsakrobatik nicht zu folgen“.



Dr. Leonhard Hansen, stellvertretender Vorsitzender des HVM-Ausschusses, sah „Abgründe, die sich bei den EBM-Schulungen aufwiegen“. Als Beispiel nannte er den Vorschlag, per Video den Arzt-Patienten-Kontakt herzustellen



Dr. Dietrich Rohde, warnte vor einer Polarisierung zwischen Kollegen aus Praxis und Klinik. „Anstatt Gräben einzureißen, müssen wir aufeinander zugehen und kollegial zusammenarbeiten.“

Beschlüsse zum Thema „ICD-10“

Antragsteller: Dr. Christiane Friedländer

Die VV der KV Nordrhein beauftragt den Vorstand der KV Nordrhein, eine datenschutzrechtliche Überprüfung des ICD-10 durchführen zu lassen.

Antragsteller: Angelika Haus

Die VV der KV Nordrhein lehnt den ICD-10 ab. Nach Bekanntwerden des ICD-10 bestätigt sich der Verdacht, daß dieser Schlüssel für die Darstellung des Leistungsgeschehens in der ärztlichen Versorgung ungeeignet ist.

Weder Arzt noch Patient profitieren von dieser Verschlüsselung. Auch die Arbeit der Prüfungsgremien der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen wird durch die Verschlüsselung nicht erleichtert. Eine den Behandlungsanlässen möglichst nahe kommende Verschlüsselung erfordert in den Praxen der Ärzte und in den Kliniken einen täglich wiederkehrenden erheblichen zusätzlichen Zeitaufwand. Diese Zeit geht der Patientenversorgung verloren. Die wenig präzisen Auswertungsmöglichkeiten

der maschinenlesbaren Verschlüsselung nach ICD-10 dienen vorrangig der politischen Planung und nationalen Gesundheitsberichterstattung. Wenn dieses Ziel von der Politik trotz der in Kauf zu nehmenden Schwächen des Datenmaterials als unverzichtbar angesehen wird, so ist den Ärzten der zusätzliche Aufwand außerhalb der Gesamtvergütung gesondert zu vergüten, wie dies den Apothekern für die Aufbringung der Pharmazentralnummer bereits zugesichert ist.

Eine entscheidende Rolle bei der Mengenausweitung spielen aber auch der Mißbrauch der Krankenversichertenkarte, so die Auffassung etlicher Delegierter. Auf Antrag von Vorstandsmitglied Dr. Gernot Blum forderte die VV erneut die Sperrung der Chipkarte nach dem ersten Arztbesuch im Quartal. Auch die Einführung eines Medikamentenpasses wird gefordert, zur Sicherheit für Patienten und Ärzte.

ICD-10-Codierung: „Großer Blödsinn“

Einigkeit herrschte unter den Delegierten der VV, daß die verbindliche Einführung der ICD-10-Codierung zum 1.1.1996 ein „großer Blödsinn“ sei, wie es Dr. Walter Steege, Vorsitzender der Kreisstelle Remscheid, formulierte. Mit Unterstützung des Vorsitzenden Schorre forderte er seine Kollegen zur Beteiligung an einer Unterschriftenaktion gegen diese „unzumutbare bürokratische Maßnahme“ auf.

Zwischenzeitlich kam es zu der von Schorre bereits auf der VV angekündigten Einigung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der KBV, die eine Art Probehalbjahr für die ICD-10-Codierung vorsieht. Danach bleibt zwar grundsätzlich die Pflicht zur Codierung ab dem 1.1.1996 bestehen. Aber in den Fällen, in denen Vertragsärzte nicht oder nicht vollständig codieren können und deshalb auf Klarschriftdiagnosen ausweichen, wird auf die gesetzliche Verpflichtung zur Zurückweisung der Abrechnung verzichtet.

Neuer HVM: Rigidere Mengengrenzung zum 1.1.1996

Mit einer überraschend klaren Mehrheit von 74 Ja-Stimmen gegenüber 21 Neinstimmen und drei Enthaltungen votierte die VV für einen neuen Honorarverteilungsmaßstab (HVM). Der KVNo-Vorsitzende hatte die VV zuvor zu einer klaren Entscheidung aufgefordert, denn von Verbandsfunktionären werde bereits jetzt versucht, den neuen EBM bis zur "Grenzlegalität" zu unterwandern.

Der neue § 7 (übermäßige Ausdehnung der Kassenarztpraxis) wird bei der Kürzung der Leistungsanforderungen zweigleisig ansetzen: Sowohl bei der Fallzahl als auch bei der Gesamtpunktzahl. Das Grundprinzip erläuterte KVNo-Vorstandsmitglied Dr. Wolfgang Deiters, Autor dieses Modells, so: „Ein Arzt, der mit seiner Fallzahl oder seiner Gesamtpunktzahl den Durchschnitt seiner Fachgruppe erheblich überschreitet, wird mit einem Fünftel des Prozentsatzes gekürzt, um den er die Fachgruppe überschreitet. Basis für die fallzahlorientierte Kürzung ist die durchschnittliche Fallzahl der Gruppe zuzüglich der einfachen Standardabweichung, im Mittel etwa plus 40 Prozent. Der Punktzahlengrenzwert liegt beim 1,4fachen des Fachgruppendurchschnitts“.

Durch dieses Vorgehen ergebe sich laut Deiters pro Quartal bei der Fallzahlkürzung ein Kürzungsvolumen von 230 Mio. Punkten und bei der nachgeschalteten Punktzahlkürzung ein Volumen

von noch einmal 308 Mio. Punkten. Dadurch würden 538 Mio. Punkte oder 3,9 Prozent der Leistungsmenge gekürzt. Das entspricht einem geldmäßigen Kürzungsvolumen von 29,5 Mio. DM pro Quartal, was bei 2758 Praxen oder 3058 Ärzten abgeschöpft werde.

Nicht nur Spitzenverdiener exemplarisch erfaßt

Gerade die relativ große Zahl von Praxen, die Kürzungen unterliegen werden, sei nach Ansicht des HVM-Ausschusses ein Ausdruck der größeren Effizienz und auch Gerechtigkeit, die durch diese Neuregelung erreicht werden soll. Denn es würden nicht nur "wenige ärztliche Spitzenverdiener exemplarisch erfaßt", so Dr. Leonhard Hansen, stellvertretender Vorsitzender des HVM-Ausschusses.

Da alle Praxen vom Punktwertanstieg oder der Punktwertstabilisierung profi-

Beschlüsse zum Thema „Verzahnung“

Antragsteller: Dr. Fritz Buro

Die VV begrüßt und unterstützt jede Verbesserung unserer medizinischen Versorgung. Sie sieht jedoch in den derzeitigen politischen Vorgaben und Entwicklungen zur besseren Zusammenarbeit ambulanter und stationärer Mediziner schwere Angriffe - auf die niedergelassene Ärzteschaft und - auf den Sicherstellungsauftrag. Die VV lehnt alle Systemveränderungen und Verzahnungsmodelle ab, die die niedergelassene Ärzteschaft existenziell bedrohen

Antragsteller: Angelika Haus

Die VV fordert den Gesetzgeber auf, in die Vorschläge zur Neuregelung der §§ 103 und 116 a SGB V aufzunehmen, daß

1. zu erwartende Mehrleistungen im ambulanten Bereich zu einer entsprechenden Auffüllung des ambulanten Budgets führen müssen,
2. Versorgungsverträge ausschließlich zwischen den Krankenkassenverbänden und der KV zu schließen sind,
3. die Zulassungsbedingungen für alle gleich zu gestalten sind,
4. die Unabhängigkeit der ärztlichen Berufsausbildung gewahrt bleiben muß.

Antragsteller: Dr. Christiane Friedländer

Die VV der KV Nordrhein lehnt die Schaffung von Praxiskliniken gemäß §§ 103 und 116 a SGB V ab.

Begründung:

1. Zerschlagung gut funktionierender Versorgungsstrukturen
2. „Knebelung“ der Ärzte in den Praxisklini-

Beschlüsse zum Thema „Satzung und Haushalt“

Antragsteller: Organisationsausschuß der KV Nordrhein

Teil A Abschnitt IV Nr. 10 der Entschädigungsordnung erhält folgende Fassung:

Zur Vermeidung von Unterbrechungen kann auch eine Verpflegung als Zwischenmahlzeit erfolgen.

Antragsteller: Organisationsausschuß der KV Nordrhein

Die Vertreterversammlung bestimmt, daß gemäß Teil C Nr. 7 der Entschädigungsordnung in Teil C 1.a) 17,50 DM ersetzt wird durch 23 DM und 35 DM ersetzt wird durch 46 DM.

Antragsteller: Vorstand der KV Nordrhein

Die Vertreterversammlung beschließt auf Antrag des Vorstandes:

1. Der Haushaltsplan für das Geschäftsjahr 1996, bestehend aus einem Verwaltungshaushalt mit einem Gesamtaufwand von 160.065.400,00 DM und einem Investitionshaushalt mit einem Volumen von 5.964.500,00 DM wird in der vorliegenden Form genehmigt.
2. Die in den einzelnen Kontengruppen (zweistellig) ausgewiesenen Positionen sind gegenseitig deckungsfähig.
3. Zur Deckung der Verwaltungskosten des Geschäftsjahres 1996, die nicht durch Einnahmen bzw. durch Auflösung von Rückstellungen oder Entnahmen aus dem Vermögen gedeckt werden, wird ein Verwaltungskostensatz gemäß § 9 Abs. 2 der Satzung in Höhe von 2,2 % des Arztsatzes festgelegt.

tiert, sei es politisch durchaus vertretbar und plausibel, eine große Zahl von Praxen in die Mengenbegrenzung einzubeziehen.

Dabei versuche dieser HVM aber auch, den gewachsenen Versorgungsstrukturen gerecht zu werden. Der extremen Heterogenität der Fachuntergruppen, die für die Festlegung der Fallzahlen und der Gesamtpunktzahlengrenzwerte maßgeblich seien, werde durch die Einführung der Standardabweichungen Rechnung getragen, so Deiters.

Auf medizinische Besonderheiten Rücksicht nehmen

Durch Ausnahmetatbestände soll auch der neue HVM auf medizinisch begründete Besonderheiten Rücksicht nehmen, wenn auch in eingeschränkterem Maße als der alte HVM. So wurde auf Antrag der Kölner Gynäkologin Dr. Gerda Enderer-Steinfurt in den § 7 Abs. 1 aufgenommen, daß die Punkte für die hausärztliche Grundvergütung und für die Zuschlagsziffern ambulantes Operieren (GO-Nrn. 80 bis 87) bei den Kürzungen unberücksichtigt bleiben sollen. Zur Rettung der „gynäkologischen Früherkennung als einziger wissen-

schaftlich belegter Präventionsmaßnahme“ setzte sie auch eine, noch näher zu fassende Sonderregelung für die gynäkologischen Zytologen durch. Leistungen der In-vitro-Fertilisation werden allerdings, ebenfalls auf Antrag von Frau Enderer-Steinfurt, nicht mehr per se von der Kürzung ausgenommen.

Als Maßnahme gegen eine weitere Fallvermehrung werden auf Antrag des Leverkusener Allgemeinmediziners Dr. Jens Boje zukünftig neben Notfällen auch Urlaubs- und Vertretungsfälle (Muster 19) von der Kürzung ausgenommen.

Ferner wurde der HVM-Ausschuß auf Antrag von Dr. Dirk Mecking beauftragt, für die Gruppe der Radiologen eine differenziertere Untergruppeneinteilung vorzunehmen. Mit den Punktzahlengrenzwerten der Laborärzte hat sich der HVM-Ausschuß ebenfalls erneut zu beschäftigen, da der Antrag von Dr. Volker Judick aus Düsseldorf auf Beibehaltung der bisherigen Punktzahlengrenzwerte für Laborärzte an den HVM-Ausschuß überwiesen wurde.

Im neugefaßten § 7 Abs. 6 wird der Vorstand ermächtigt, bei besonders begründeten Einzelfällen nach einer Anfechtung des Kürzungsbescheides individuelle Punktzahlengrenzwerte festzusetzen, insbesondere dann, wenn „der Anteil der Punktzahlen für notwendige gruppenuntypische Leistungen im konkreten Fall zur Überschreitung der Grenzwerte geführt hat“.

ment, ein Mengenbegrenzungsmodell „rasiere“ vornehmlich die Großpraxen, führte Deiters an, daß „paradoxe Weise gerade die großen Praxen mit den hohen Umsätzen den größten Nutzen“ aus einer wirksamen Mengenbegrenzung ziehen werden.

Überall dort, wo die Betriebskosten hoch und die prozentuale Gewinnspanne niedrig sei, fresse der drohende Punktverfall am schnellsten die Überschüsse auf. Aber: „Für einen Kassenlöwen mit einer 100prozentigen Überschreitung von Fallzahl und Umsatz sollte eine 9prozentige Honorarkürzung hinnehmbar sein“, zumal der Punktverfall um 5 Prozent steigen werde.

Rechtmäßigkeit des neuen HVM scheint gegeben

Die erneut geäußerten Bedenken hinsichtlich der Rechtssicherheit des neuen HVM wurden vor allem mit dem vermeintlichen Mißbrauch des Paragraphen sieben begründet. Der Neusser Internist Dr. Jörg Schnelle zum Beispiel vertrat die Auffassung, der § 7 solle die Qualität der ärztlichen Leistungen garantieren, nicht aber zur Stabilisierung des Punktwertes dienen.

Der Justitiar der KVNo, Dr. Horst Bartels, geht dagegen von der Rechtmäßigkeit des neuen HVM aus, zumal mit der Einführung der Fallzahlengrenzwerte auf bereits durch das Bundesverfassungsgericht bestätigte Verfahren zurückgegriffen werde.

Beschlüsse zur „Krankenversichertenkarte“

Antragsteller: Dr. Gernot Blum

Die VV der KV Nordrhein beauftragt den Vorstand, unverzüglich in Verhandlungen mit der AOK Rheinland einzutreten mit dem Ziel, die Chipkarte nach dem ersten Arztbesuch im Quartal zu sperren. Die Vertreterversammlung stützt sich dabei auf Aussagen von AOK-Chef Jacobs am 04.10.95 in Neuss, wo er zusagte, daß die AOK bereit wäre, Chipkarten zu sperren, wenn die Kas-

senärztliche Vereinigung Nordrhein dies von der AOK fordern würde.

Antragsteller: Dr. Gernot Blum

Die VV der KV Nordrhein fordert ihren Vorstand auf, umgehend mit den Krankenkassen in Verhandlungen einzutreten mit dem Ziel, einen Medikamentenpaß für die GKV-Versicherten zu schaffen. Begründung:

- Mehr Sicherheit für den Patien-

ten bei der Medikamenteneinnahme

- Mehr Sicherheit für die behandelnden Ärzte über die Verordnungen aller Medikamente bei einem Patienten

- Vermeidung von Doppelverordnungen gleicher oder ähnlicher Präparate

- Verhinderung vermeidbarer Nebenwirkungen bei der Einnahme verschiedener, untereinander unverträglicher Medikamente.

„Großverdiener ziehen auch den größten Nutzen“

Gegenüber dem bereits in der letzten Vertreterversammlung vorgetragenen Argu-

ment, ein Mengenbegrenzungsmodell „rasiere“ vornehmlich die Großpraxen, führte Deiters an, daß „paradoxe Weise gerade die großen Praxen mit den hohen Umsätzen den größten Nutzen“ aus einer wirksamen Mengenbegrenzung ziehen werden.

gung durch einen Anstieg der Fallzahl sehr wohl gefährdet sei.

Verwaltungskostensatz von 2,2 Prozent bleibt stabil

Vollkommen undramatisch verlief die Diskussion um den Haushalt 1996 der KV Nordrhein. Auf Antrag des Vorstandes der KV Nordrhein wurde der Haushaltsplan für das Geschäftsjahr 1996 mit einem Verwaltungshaushalt

von 160.065.400 DM und einem Investitionshaushalt von 5.964.500 DM angenommen. Der Verwaltungskostensatz beträgt auch in 1996 2,2 Prozent des Arztumsatzes.

(In diesem Heft ist der neue HVM im Wortlaut ab Seite 54 abgedruckt, einschließlich der im Paragraphen sieben zugrunde gelegten Untergruppen.)

Beschluß zum Thema „Standardmethode Labor“

Antragsteller: Dr. Rolf Ziskoven

Die VV der KV Nordrhein appelliert nochmals eindringlich an den Vorstand der BÄK, den Beschluß zur Einführung einer Standardmethode im Labor gemäß dem Beschluß des Deutschen Ärztetages von 1995 zurückzunehmen. Der Vorstand der BÄK ist bei seiner Beschlußfassung auf der Basis der Berichte der Laborkommission offenbar von einer falschen Ausgangslage ausgegangen. Daher fordert die VV der KV Nordrhein den Vorstand der BÄK auch auf, niedergelassene Anwenderärzte in die Laborkommission zu berufen.

Schmerztherapie

„VdAK soll unseriöse Vorwürfe zurücknehmen“

von Anne Barfuß*

Die VdAK-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen hat kürzlich den niedergelassenen Ärzten vorgeworfen, ihren Sicherstellungsauftrag im Bereich der Schmerztherapie zu vernachlässigen. Die schmerztherapeutische Versorgungslage in NRW sei katastrophal, beschwerte sich der Verband der Ersatzkrankenkassen. 135.000 Patienten im bevölkerungsreichsten Bundesland litten an chronischen Schmerzen, die vor allem auf Rückenerkrankungen, Migräne, Tumoren und Diabetes zurückzuführen seien.

Für diese Menschen stünden landesweit lediglich 22 niedergelassene Ärzte zur Verfügung, die eine fachlich fundierte, umfassende Schmerztherapie durchführen könnten. Dabei hätten die Ersatzkassen die Finanzierung einer problemgerechten Therapie vertraglich geregelt.

Die Ärzteschaft müsse ihren Sicherstellungsauftrag ernst nehmen und durch Weiterbildungsmaßnahmen endlich die Ärztinnen und Ärzte in NRW entsprechend qualifizieren, forderten die Kas-

sen in einer Pressemitteilung. 11.000 Ärzte (Allgemeinmediziner, Neurologen, Internisten und praktische Ärzte) kämen „aufgrund ihres Berufsbildes“ für eine Weiterbildung als Schmerzspezialist in Frage.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe reagierten darauf verständnislos und empört. Die KV-Vorsitzenden Dr. Winfried Schorre und Dr. Ulrich Oesingmann wiesen die Vorwürfe als „vollkommen haltlos“ und „unseriös“ zurück. Sie forderten die Ersatzkassen auf, die Beschuldigungen öffentlich zurückzunehmen.

„Die Ersatzkassen verwechseln Krankheitsbilder miteinander und stellen Vertragsinhalte auf den Kopf, um dann zu dem Schluß zu kommen, die schmerztherapeutische Versorgungslage in NRW sei katastrophal“, sagte Westfalens KV-Vorsitzender Dr. Ulrich Oesingmann. Mit kaum zu überbietender medizinischer Unkenntnis würden in der Pressemitteilung „Schmerzen aufgrund einer organischen Erkrankung“ mit dem eigenständigen Krankheitsbild des „chronischen Schmerzes“ ver-

mennt.

Die Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Ersatzkassen über die ambulante Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten trat am 1. Juli 1994 in Kraft. Sie gilt ausdrücklich nur für eine bestimmte Patientenklientel – nämlich für „chronisch schmerzkranken Patienten, bei denen der Schmerz seine Leit- und Warnfunktion verloren und selbständi-



KV-Vorsitzende Dr. Winfried Schorre, Dr. Ulrich Oesingmann: Die Schmerztherapie in Nordrhein-Westfalen ist sichergestellt. Fotos: Archiv

* Anne Barfuß ist gesundheitspolitische Korrespondentin der „Ärzte Zeitung“ im Redaktionsbüro Köln