Deutscher Bundesverband der
ATEM-, SPRECH- UND STIMMLEHRER/INNEN
Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e. V.

dba

Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen
Holstenwall 12 · 20355 Hamburg

Ausschuss für
Gesundheit und Soziale Sicherung

Platz der Republik

11011 Berlin

Antje Radcke
Bundesgeschäftsführerin

Holstenwall 12
20355 Hamburg

Telefon +49(0)40 / 357 138 00
Telefax +49(0)40 / 357 138 03
e-mail radcke@dba-ev.de

Hamburg, 22.10.2003

Stellungnahme zur „Formulierungshilfe" der Gesundheitsministerin für das GMG

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Kabinett hat am 28.05.2003 die „Formulierungshilfe" für das geplante Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz beschlossen. Wir, der Berufsverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen und durch die Gesetzlichen Krankenkassen anerkannter Spitzenverband nehmen auf diesem Wege Stellung zu den geplanten Maßnahmen aus Sicht der Heilmittelerbringer/innen und machen Ihnen unsererseits Formulierungsvorschläge.

Wir bitten Sie eindringlich, sich unseres Anliegens anzunehmen und Ihre parlamentarischen Möglichkeiten zu nutzen, den Gesetzentwurf – sollte er in der uns vorliegenden Fassung von den Regierungsfraktionen eingebracht werden – an den entsprechenden Stellen zu verändern.

Unsere Kritik betrifft insbesondere die geplanten Einzelverträge im Heilmittelbereich und die damit verbundene Beschneidung des Versichertenanspruchs, die medizinisch nicht begründbare drastische Einschränkung ärztlicher Verordnungen sowie die Nichtbeteiligung der Verbände der Heilmittelerbringer/innen am Zentrum für Qualität in der Medizin.

Wir bitten Sie hiermit auch um die Möglichkeit unserer Teilnahme an der öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses zum GMG.

Für weitere Erläuterungen stehen wir Ihnen selbstverständlich gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0240
vom 04.06.03**

15. Wahlperiode

i.A. Antje Radcke

Änderungsbedarf am GMG-Entwurf (SGB V) aus Sicht des dbas

1. **Qualitätssicherung durch Rücknahme der geplanten Möglichkeit für Gesetzliche Krankenkassen, mit Heilmittelerbringern[*] Einzelverträge zu niedrigeren Preisen zu schließen sowie Wiederherstellung des umfassenden Versicherten-Anspruchs in Bezug auf Heilmittel**
2. **Orientierung der Verordnungsmenge von Heilmitteln am tatsächlichen, medizinisch begründeten Bedarf**
3. **Beteiligung der Verbände der Heilmittelerbringerinnen am Zentrum für Qualität in der Medizin**

Qualitätssicherung gewährleisten durch umfassenden Versicherten-Anspruch auf Heilmittel und Rücknahme der Einzelverträge zu niedrigeren Preisen

§ 32 Heilmittel / § 125 Rahmenempfehlungen und Verträge

Die Paragraphen 32 und 125 müssen in der jetzt gültigen Fassung bestehen bleiben.

Begründung:

- Die geplante Reform – gleiche Leistung für weniger Geld – führt zwangsläufig zu Kompensationsmaßnahmen mit der Folge einer Absenkung der Qualität im Heilmittelsektor.
- Insbesondere für Kinder hat die geplante Reform verheerende Auswirkungen auf ihren Gesundheitszustand, wenn sie auf die zwangsläufig entstehenden immer länger werdenden Wartelisten der „Billig-Therapeuten" gesetzt werden.
- Die Versicherten werden in zwei Klassen gedrängt – die einen, die sich eine schnelle Gesundung erkaufen können, die anderen, die billiger länger leiden müssen. Die freie Therapeutinnen-Wahl besteht nur noch für finanzkräftige Versicherte.
- Die Folgekosten (Verwaltungskosten, Folgekosten von verschleppten Gesundheitsschäden und unfreiwilligem Therapeuten-Wechsel) übersteigen die zu erwartenden Einsparungen.
- Die Abhängigkeit der Heilmittelerbringerinnen von den verordnenden Ärztinnen wird ausgenutzt, um Dumpingpreise in der Heilmittelversorgung durchzusetzen.

Orientierung der Verordnungsmenge von Heilmitteln am tatsächlichen, medizinisch begründeten Bedarf

§ 84 Arznei- und Heilmittelbudget, Richtgrößen
§ 85 Gesamtvergütung
§ 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab

Im GMG muss sichergestellt werden, dass alle gesetzlich Versicherten eine Heilmittelverordnung erhalten, wenn diese ärztlicherseits als medizinisch notwendig erkannt wird. In § 84 muss die Analogie des Arzneimittelbudgets auf den Bereich der Heilmittel aufgehoben werden, der neue Absatz 4a ist zu streichen. § 85 (4) Satz 7 und 8 sowie § 87 (2a) Satz 7 dürfen keine Anwendung auf den Heilmittelsektor finden.

Begründung:

[*] Um jeweils beiden Geschlechtern gerecht zu werden und gleichzeitig die Lesbarkeit des Textes nicht zu beeinträchtigen, werden die weibliche und die männliche Form abwechselnd gebraucht.

- Die geplanten Änderungen sind ausschließlich pekuniär begründet, nicht aber medizinisch (wie es selbstverständlich sein sollte). Die verordnenden Ärzte müssen wieder in die Lage versetzt werden, nach ihrem medizinischen Sachverstand zu urteilen. Die Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln muss sich am tatsächlichen Bedarf orientieren – die Notwendigkeit einer Therapie ergibt sich aus der medizinischen Notwendigkeit heraus, nicht aus der Frage, ob noch Geld da ist oder nicht.
- Es muss verhindert werden, dass die Behandlung Therapiebedürftiger im Fall der Überschreitung des Richtgrößenvolumens in das nächste Budget-Jahr verschoben wird – Kinder auf eine Warteliste zu setzen heißt, Ihnen wertvolle Zeit im Sinne ihrer positiven Entwicklung zu stehlen.
- Anders als im Bereich der Arzneimittel kann in der Heilmittelversorgung nicht auf Alternativen, die den Generika entsprechen würden, ausgewichen werden. Die Verlagerung von ambulanten Therapien in den stationären Sektor (Operation statt Therapie oder stationäre statt ambulanter Rehabilitation) erhöhen die Kosten, belasten die Versicherten zusätzlich und erschweren einen nachhaltigen Therapieerfolg.
- Es ist hochgradig bedenklich, dass die Gesetzgebung Ärztinnen durch die Gewährung eines Bonus' dazu animieren will, ihr medizinisches Denken und Handeln zu Gunsten rein wirtschaftlicher Überlegungen zurückzustellen.
- Die berufliche Existenz der Heilmittelerbringerinnen hängt vom ärztlichen Verordnungsverhalten ab – medizinisch nicht begründete Budgets gefährden nicht nur die gesundheitliche Versorgung der Versicherten. Niedergelassene Heilmittelerbringer, die sich bei Praxisgründung an dem tatsächlichen Bedarf orientiert haben, sind in ihrer beruflichen Existenz gefährdet.
- Die durch die Verschleppung von Therapien entstehenden (gesellschaftlichen) Folgekosten sind unverantwortbar.

Beteiligung der Verbände der Heilmittelerbringerinnen am Zentrum für Qualität in der Medizin

§ 139f Kuratorium

In § 139f (1) muss die umfangreiche Liste der am Zentrum beteiligten Institutionen und Verbände um die Verbände der Heilmittelerbringer/innen ergänzt werden.

Begründung:

- Das „Zentrum für Qualität in der Medizin" wird weitreichende Konsequenzen sowohl für die Versorgung der Versicherten, für die Qualität der zu erbringenden Heilmittel als auch für das berufliche Selbstverständnis der Gesundheitsberufe haben. Die Aufgabenstellung des Zentrums ist weit gefasst und betrifft auch die Arbeit der Heilmittelerbringerinnen bzw. die Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln. Vor diesem Hintergrund ist es unverständlich und nicht hinnehmbar, dass die Verbände der Heilmittelerbringer weder einzeln noch in Vertretung über das Kuratorium an diesem Zentrum beteiligt sind. Die Heilmittelversorgung ist ein unverzichtbarer Bestandteil der Gesundheitsversorgung – der Sach- und Fachverstand der hochqualifizierten Heilmittelerbringerinnen muss in die Arbeit des Zentrums einfließen.

Auswirkungen des Entwurfs zum Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG) auf den Sektor der Heilmittelversorgung

Vorbemerkung

Im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherungen erbringen ca. 180 000 Heilmittelerbringerinnen* (Stimm-, Sprech- und Sprachtherapeuten, Physio- und Ergotherapeutinnen) ihre Leistungen – und zwar ausschließlich auf ärztliche Verordnung hin. Versicherte müssen grundsätzlich 15% Zuzahlung für eine Therapie leisten. Der durchschnittliche Jahresumsatz eines Heilmittelerbringers beträgt ca. 37000 EUR (Quelle: BMGS). Die Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln macht ca. 4% des Gesamtvolumens der Leistungsausgaben im Gesundheitswesen aus (Quelle: Statistisches Bundesamt).
Die Gesetzlichen Krankenkassen haben im Heilmittelbereich eine überdurchschnittliche

Länger leiden wird billiger

Der Abschluss eines Einzelvertrages mit niedrigeren Vergütungen hätte zudem zur Folge, dass die betreffende Praxis absehbar immer längere Wartelisten bilden müsste, wenn die Versicherten aus finanziellen Gründen überwiegend in diese Praxis „strömten". Nach jetzt gültiger Vertragslage zwischen Gesetzlichen Krankenkassen und Berufsverbänden dürfen aber zwischen dem Tag der Verordnung und dem Beginn der Therapie lediglich 14 Tage liegen, um durch einen frühzeitigen Therapie-Beginn den Therapie-Erfolg möglichst zu steigern. Eine immer länger werdende Warteliste würde dieses Ziel konterkarieren und die Versicherten in zwei Klassen drängen – die einen, die sich die schnelle Gesundung erkaufen können; die anderen, die billiger länger leiden müssen.

Wettbewerb zu Lasten der Qualität

Im Kommentar zum Gesetzentwurf heißt es: *„Abweichend vom bisherigen Recht wird den Krankenkassen die Möglichkeit eröffnet, mit einzelnen zugelassenen Leistungserbringern Verträge abzuschließen. Die Neuregelung dient der Stärkung des Vertragsprinzips auf Kassenebene sowie der Steigerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Heilmittelversorgung."*

Diese Aussage zeugt von einer Unkenntnis der Situation von Heilmittelerbringerinnen. Heilmittelerbringer arbeiten überwiegend freiberuflich ohne Angestellte und liegen in der Einkommensskala der Gesundheitsberufe im unteren Bereich – um den notwendigen Lebensunterhalt erwirtschaften zu können, arbeiten Heilmittelerbringer oft schon jetzt bis an die Grenze ihrer Leistungsfähigkeit. Die Möglichkeiten, sinkende Vergütungen auszugleichen und damit das finanzielle Überleben zu sichern, können nur zu Lasten der Qualität gehen. Da bei dem Einsatz von Heilmitteln (Therapien) nicht wie im Bereich der Arzneimittel auf Generika ausgewichen werden kann und sich die Fixkosten einer niedergelassenen Praxis nicht reduzieren lassen, bleiben nur folgende Möglichkeiten:

- Reduzierung der Kosten für Therapiematerial und Praxissausstattung
- Verlängerung der eigenen Arbeitszeit über die Grenze der Leistungsfähigkeit hinaus
- Beschränkung der Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen auf das (in Zukunft geltende) Minimum
- Entlassung von Angestellten
- Reduzierung der Arbeitszeit von Angestellten oder Gehaltskürzungen
- Beschäftigung von Angestellten nur noch auf geringfügiger Basis
- vorzugsweise Einstellung von unerfahrenen Berufsanfängern

Es versteht sich von selbst, dass keine dieser Maßnahmen qualitätssteigernd sein kann – im Gegenteil! Leider bleiben auch die Verfasser des Gesetzesentwurfs eine Antwort auf die Frage schuldig, wie die geforderte Qualitätssteigerung durch die Einzelvertragsregelung erreicht werden soll.

Gesteigerter Verwaltungsaufwand

Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang auch der gesteigerte Verwaltungsaufwand für die einzelne Praxis, wenn die Abrechnung der Leistungen nun nicht nur getrennt nach den einheitlichen Sätzen der Primär- und Ersatzkassen sondern differenziert nach Einzelkassen erfolgen muss. Bei gleichzeitiger Reduzierung der Vergütungshöhe ist die Praxis damit doppelt gestraft.

Keine Zeit mehr für qualitätsverbessernde Maßnahmen

In den Rahmenempfehlungen, ausgehandelt zwischen den Spitzenverbänden der Gesetzlichen Krankenkassen und den Berufsverbänden der Heilmittelerbringer, haben sich die Heilmittelerbringer im Sinne eines hohen Qualitätsniveaus bereit erklärt,
„…, eine Abstimmung des Therapieplans mit anderen an der Behandlung Beteiligten herbeizuführen, Patienten und deren Angehörige im Einzelfall zu beraten und sich z. B. an Case-Managements und an Qualitätszirkeln (insbesondere auch mit Ärzten) zu beteiligen."

Es ist beabsichtigt, durch dieses Engagement nicht nur den nachhaltigen Therapieerfolg zu maximieren, sondern gerade auch positiv im Sinne der Aufklärung, der Prävention und der Eigenverantwortung der Versicherten zu handeln. Die Bereitschaft der Heilmittelerbringerinnen zu diesen qualitätsverbessernden Maßnahmen und dem damit verbundenen Arbeits- und Zeitaufwand wird nicht extra vergütet. Es steht daher zu erwarten, dass Heilmittelerbringer, die durch einen Einzelvertrag – mehr Leistung für weniger Geld - zu Kompensationsmaßnahmen gezwungen werden, hier „Einsparmöglichkeiten" sehen müssen – zu Lasten der Qualität und damit zu Lasten der Versorgung der Versicherten.

Ausnutzung eines Abhängigkeitsverhältnisses ist kein Wettbewerb

Im Gesetzeskommentar heißt es weiter: *„Den Leistungserbringern werden neue wettbewerbliche Spielräume eröffnet, die den Versicherten die Möglichkeit geben, sich rational zu verhalten und Kosten bzw. Zuzahlungen bei gleicher Qualität einzusparen."*
An dieser Stelle soll keine (durchaus notwendige) Debatte über das Für und Wider wettbewerblicher Spielräume im Gesundheitswesen geführt werden. Wettbewerbliche Spielräume ausschließlich in Richtung sinkender Vergütung zu eröffnen, ohne dass gleichzeitig die Freiheit der wettbewerblich Tätigen besteht, die Vergütungssätze anzuheben, sind kein Wettbewerb sondern die Ausnutzung eines Abhängigkeitsverhältnisses eines zugelassenen Heilmittelerbringers von den verordnenden Ärztinnen (Kein Heilmittelerbringer kann und darf durch noch so viele Wettbewerbsmöglichkeiten das ärztliche Verordnungsverhalten beeinflussen oder mit Leistungen der Gesetzlichen Krankenkassen werben). In diversen Bereichen des freien Wettbewerbs ist zudem täglich zu beobachten, dass „Dumpingpreise" die Qualität verschlechtern – es spricht nichts dafür, dass dieses im Gesundheitswesen anders sein könnte.

Im Kommentar zum Gesetzentwurf wird suggeriert, Versicherte verhielten sich nur dann „rational", wenn sie zusätzlich zur Kasse gebeten werden sollen. Dieser Eindruck ist falsch! Versicherte verhalten sich zum Beispiel äußerst vernünftig, wenn sie sich für eine Therapeutin mit mehrjähriger Berufserfahrung, die (das Störungsbild des Versicherten betreffend) besonders fortgebildet ist, entscheiden. Es ist auch vernünftig, wenn Eltern ihr Kind mit einer Sprachentwicklungsverzögerung zu einem Therapeuten, der überwiegend mit Kindern arbeitet und sich auf dem Gebiet kindlicher Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen besonders fortgebildet hat, schicken. Unvernünftig hingegen ist, dass künftig ein Patient, der jahrzehntelang unter seinem Stottern leidet und nun endlich einen Therapeuten gefunden hat, der einen mit dem Störungsbild korrespondierenden Therapieansatz verfolgt, entweder den Therapeuten wechseln muss oder aber zusätzlich zur Kasse gebeten wird.

Verwaltungskosten fressen Einsparungen auf

Die Rahmenverträge, die mit den Berufsverbänden der Heilmittelerbringerinnen auf Länderebene geschlossen werden, werden laut Gesetzentwurf (wie bisher auch) von den Landesverbänden der Gesetzlichen Krankenkassen verhandelt – in oft zeitraubenden und personalintensiven Verhandlungsrunden. Künftig soll jede Einzelkasse zusätzlich noch Einzelverhandlungen führen können. Hinzu käme der gesteigerte Verwaltungsaufwand durch die Einspeisung unterschiedlicher Vergütungssysteme in das Abrechnungsverfahren. Die von den Versicherten geforderte Rationalität scheint für die Gesetzlichen Krankenkassen nicht gelten zu sollen.

Verwaltungskosten auf sinnvolle Maßnahmen konzentrieren

Der Gesetzentwurf birgt darüber hinaus noch viele weitere Maßnahmen, die ein Ansteigen der Verwaltungskosten befürchten lassen. Für den Heilmittelbereich ist dieses zum

Beispiel die geforderte Fortbildungspflicht und die daraus entstehenden Kontrollpflichten seitens der Gesetzlichen Krankenkassen. Da wir in diesem Vorhaben eine Maßnahme zur Qualitätssicherung im Sinne der Versicherten sehen – im Gegensatz zu der Möglichkeit zu Einzelverträgen – fordern wir dringend, die Verwaltungskosten auf solche sinnvollen Maßnahmen zu konzentrieren.

EINSCHRÄNKUNG ÄRZTLICHER VERORDNUNGEN

§ 84 Arznei- und Heilmittelbudget, Richtgrößen
§ 85 Gesamtvergütung
§ 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab

Versicherte (darunter viele Kinder) werden schon jetzt zum Teil nicht ausreichend und zeitnah versorgt, da Fachärztinnen sich weigern, (mit dem Hinweis auf das Heilmittelbudget und ihr Überschreiten des Richtgrößenvolumens) Verordnungen auszustellen. Dieses Verhalten ist medizinisch nicht begründbar, sondern ausschließlich pekuniär. Das Verschleppen gesundheitlicher Beeinträchtigungen führt in der Folge häufig zu schwereren Leiden (und damit höheren Kosten), Kinder verlieren wertvolle Zeit im Sinne einer positiven Entwicklung, die oft nicht gänzlich aufholbar ist. Für die Heilmittelerbringerinnen bedeutet dieses Vorgehen die Hinnahme von Einkommenseinbußen und unter Umständen die Gefährdung ihrer beruflichen Existenz.

Bonus für verschleppte Versorgung mit Heilmitteln

§ 84 SBG V regelt das eben zitierte Heilmittelbudget. Mit der geplanten Gesetzesänderung droht nun eine weitere Verschlechterung der Versicherten-Versorgung. Dem § 84 soll ein weiterer Absatz hinzugefügt werden, der in der Konsequenz dazu führt, dass Ärzte mit einem Bonus belohnt werden, wenn sie ihr Richtgrößenvolumen einhalten. Der Topf, aus dem der Bonus gezahlt werden soll, speist sich aus dem Topf der Gesamtvergütungen und muss mindestens 0,5% von dessen Gesamtvolumen betragen. Bei der Honorarverteilung an die einzelnen Arztgruppen muss sichergestellt sein, dass sie sich entsprechend ihres Anteils am Gesamt-Verordnungsvolumen an diesem „Bonus-Topf“ beteiligen – das heißt: Je höher der Anteil einer Arztgruppe am Gesamt-Verordnungsvolumen ist, desto höher ist die Beteiligung dieser Arztgruppe am „Bonus-Topf“, desto niedriger ist die zu verteilende Honorarsumme (das Richtgrößenvolumen) für die einzelne Arztpraxis. Das dürfte unweigerlich dazu führen, dass die entsprechenden Ärzte ein besonderes Interesse daran haben werden, die Richtgröße einzuhalten – damit auf dem Wege der Bonuszahlung das Geld zurückfließt, das vorher beim Festlegen der Richtgröße zu Gunsten des Bonus-Topfes weniger veranschlagt wurde. Und damit nun auch wirklich alles getan wird, das Verordnungsverhalten der Ärzte zu deckeln, sollen aus diesem „Bonus-Topf“ auch noch „Maßnahmen zur Information und Beratung der Vertragsärzte über Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arznei- und Heilmittelversorgung“ finanziert werden.
Die Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Überschreitung der Richtgrößen soll darüber hinaus einseitig zu Lasten der Versorgung mit Heilmitteln verschärft werden. Nicht mehr „ärztliche und ärztlich verordnete Leistungen“ sollen Gegenstand einer arztbezogenen Prüfung sein, sondern ausschließlich „ärztlich verordnete Leistungen“.

Einzelverträge liegen auch im Interesse der Ärzte und Ärztinnen

Interessant ist die geplante Änderung des § 84 auch unter der Berücksichtigung der geplanten Einzelverträge zwischen Gesetzlichen Krankenkassen und Heilmittelerbringerinnen: Je mehr Verordnungen durch „Billig-Anbieter“ ausgeführt werden, desto mehr Verordnungen „passen“ in das Heilmittelbudget. Es ist daher nicht auszuschließen, dass nicht nur die Gesetzlichen Krankenkassen, sondern auch einzelne Ärzte Heilmittelerbringerinnen zu Einzelverträgen drängen werden.

Bestrafung statt Belohnung

Außer § 84 soll auch § 85 (Gesamtvergütung) geändert werden – dieses könnte die oben geschilderten Konsequenzen noch verschärfen. Hier soll es künftig heißen: „Insbesondere sind arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen oder Gruppen von Leistungen mit festen Punktwerten zu vergüten

sind (Regelleistungsvolumina). Für den Fall der Überschreitung des Grenzwertes ist vorzusehen, dass die den Grenzwert überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten vergütet wird." (In der jetzt gültigen Fassung des SGB V war dieses lediglich eine „Kann-Regelung"). Dieser Paragraph ist zwar nicht ausdrücklich auf Verordnungen bezogen, da eine Verordnung aber auch eine ärztliche Leistung ist, muss dessen Bedeutung für die Heilmittelerbringer ebenfalls beleuchtet werden. Es liegt nahe, dass diese geplante Gesetzesänderung die Ergänzung zu den oben beschriebenen Bonus-Zahlungen darstellen soll: Wo Belohnung versprochen wird, ist auch eine Bestrafung nicht weit. Die Auswirkung dieser Verschärfung würde bedeuten, dass alle Ärzte einer Arztgruppe von dem Augenblick an für eine Verordnung weniger vergütet bekämen, sobald ein Arzt den arztgruppenspezifischen Grenzwert überschreitet. Das ist die Wiedereinführung des Kollektivregresses – ausgetragen auf dem Rücken der Versicherten und Heilmittelerbringer. Die einen müssen um ihre medizinische Versorgung und damit um ihre Gesundheit fürchten, die anderen um ihre Existenz.

Wenig bringt viel, viel bringt wenig

Es findet sich noch eine weitere Änderung im Gesetzespaket, die – wenn sie ebenfalls Anwendung auf die Verordnung von Leistungen fände – das Maß endgültig voll machte: „Die Bewertung der von einer Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum erbrachten Leistungen kann so festgelegt werden, dass sie mit zunehmender Menge sinkt (Abstaffelung); der Bewertungsausschuss bestimmt, erstmalig bis zum 31. Dezember 2004, die Leistungen, insbesondere medizinisch-technische Leistungen, für die eine Abstaffelung vorzunehmen ist." Bleibt zu hoffen, dass diese Regelung nicht auf die Verordnung von Heilmitteln angewandt wird!

Krankheiten werden verschleppt, Kosten erhöht

Zu befürchten ist, dass – wie schon 1999 – die Kassenärztliche Bundesvereinigung sich gezwungen sieht, ihren Mitgliedern ein Notprogramm zu empfehlen, das für die betroffenen Versicherten (insbesondere für Kinder, die auf schnelle Hilfe angewiesen sind) zynisch anmutet und zudem die Kosten lediglich verlagert beziehungsweise erhöht:

Das Notprogramm umfasste u.a. folgende Punkte:

1. Einführung einer Warteliste für Arznei- und Heilmittel wegen drohender Budgetüberschreitung
2. Verlagerung unvermeidlicher, aber teurer Therapien in den stationären Sektor

ZENTRUM FÜR QUALITÄT IN DER MEDIZIN

Alle reden mit – nur die Heilmittelverbände nicht

Unter dem Namen „Zentrum für Qualität in der Medizin" soll ein Instrument in unser Gesundheitssystem eingeführt werden, dass u.U. weitreichende Konsequenzen sowohl für die Versorgung der Versicherten als auch das berufliche Selbstverständnis der Gesundheitsberufe haben wird. Die Aufgabenstellung des Zentrums ist weit gefasst und betrifft auch die Arbeit der Heilmittelerbringerinnen bzw. die Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln. Vor diesem Hintergrund ist es nicht hinnehmbar, dass die Verbände der Heilmittelerbringer weder einzeln noch in Vertretung – über das Kuratorium – an diesem Zentrum beteiligt sind. Dieses ist um so unverständlicher, als neben den Vertretungen der gesamten Ärzteschaft sowie der Pharmaverbände u.a. auch Vereinigungen der Patienten, Verbände behinderter Menschen, Verbraucherverbände, Verbände der Selbsthilfe, Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände im Kuratorium einen Sitz haben sollen – nicht einmal ein Anhörungsrecht für die Heilmittelverbände ist an irgendeiner Stelle vorgesehen. Dieses würde bedeuten, dass ausschließlich über die Köpfe

selbstständig tätiger Heilmittelerbringerinnen hinweg und ohne deren Sach- und Fachverstand Entscheidungen getroffen würden, die sie selbst in ihrer Berufsausübung betreffen.