

Die inhaltliche Steuerung des Gesundheitswesens im ambulanten Bereich

The Steering of What is Included in Ambulatory Health Care in Germany

H.-H. Abholz



Auch für den einzelnen handelnden Arzt wird es zunehmend wichtiger, die Funktionsweise des Systems zu kennen, in dem er arbeitet. Denn seine Irritationen in Bezug auf gesundheitspolitische Entscheidungen im System sowie seine Verärgerung über die von ihm ausgemachten „Zuständigen“ für diese Entscheidungen kommen zum Teil allein auch deswegen zustande, weil er keine ausreichende Kenntnis von den Vorgängen im System hat bzw. er nicht selten den Falschen als Adressat seiner Wut sieht.

Niedergelassene Ärzte interessieren sich besonders dafür, was sie im System inhaltlich tun können, sowie für die Frage ihrer Honorierung. Beide Fragen sind relativ ähnlich in unserem System geregelt, haben aber gewisse spezifische Feinregulierungen, die dem jeweiligen Thema geschuldet sind. Der folgende Text fokussiert auf die Regulierung der *Inhalte* des ambulanten Leistungsgeschehens, also auf die Regulierung dessen, was wir als Ärzte ambulant tun dürfen und wofür – zumindest grundsätzlich – wir auch honoriert werden.

Wie das deutsche System funktioniert, ist zu weiten Teilen den Handelnden im System auf ärztlicher Seite nicht klar bzw. wird oft sogar falsch gesehen. Das Problem ist, dass es auch nirgendwo in kompakter Form nachlesbar ist – nicht einmal in der Mehrzahl der Lehrbücher für Sozialmedizin oder Public Health (Ausnahme: Niehoff). Die genauen Abläufe sind auch nicht aus dem Sozialgesetzbuch V, welches das GKV System regelt, ableitbar.

Hinzu kommt, dass selbst dann, wenn man einen Einblick in die Funktionsweise und die Institutionen des Systems über Literatur bekommen würde, noch lange nicht deren Wirklichkeit bei der Umsetzung von Regulierung kennen würde. Der Autor war von 1984–1998 im System als beratender Arzt des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen freiberuflich tätig und hierbei für die Fragen der Regulierung inhaltlicher Ausgestaltung des Systems und der Honorarregulierung mit zuständig.

Die Arbeitsweise des Systems hat sich seit 1998 bis heute nur leicht geändert; sie wird sich aber zukünftig deutlich in einer Weise ändern, die im folgenden Text auch schon angesprochen ist.

Wer steuert im System?

Das deutsche System ist in der Form seiner Steuerung einmalig in der Welt. Denn es wird in seiner inhaltlichen Ausgestaltung nicht unmittelbar vom Staat und nicht vom Markt reguliert, sondern die Steuerung findet über einen Aushandlungsprozess der Vertragspartner, nämlich zwischen den Leistungserbringern (Ärzeschaft, Krankenhäuser) einerseits und den Leistungszahlern (Krankenkassen) statt.

Dieser Ansatz heißt *Gemeinsame Selbstverwaltung* und beschreibt die Selbstregulierung zwischen Zahler und Leistungserbringer, die beide im System – zumindest formal – gleichberechtigt sind – insofern sie sich mit Stimmgleichheit in allen Gremien gegenüber sitzen. Repräsentiert in der Gemeinsamen Selbstverwaltung sind also nur die Vertreter derjenigen Akteure, die persönliche Leistungen erbringen (also die Ärzteschaft) und die, die für diese Leistungen bezahlen (also die Krankenkassen). Hingegen gehören hierzu nicht die Akteure, die medizinisch-

Abt. Allgemeinmedizin, Universität Düsseldorf

Abholz H-H. Die inhaltliche Steuerung des Gesundheitswesens ... CME 2008; 84: 79–90

- Das deutsche System ist einmalig; der Staat spielt eine untergeordnete Rolle.

Peer reviewed article

eingereicht: 07.12.2007

akzeptiert: 17.12.2007

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2007-1004577

Online-Publikation: 2008

Z Allg Med 2008; 84: 79–90

© Georg Thieme Verlag KG

Stuttgart New York

ISSN 1433-6251

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. H.-H. Abholz

Universitätsklinikum Düsseldorf

Abteilung für Allgemeinmedizin

Geb. 14.97

Moorenstr. 5

40225 Düsseldorf

abholz@med.uni-duesseldorf.de

- ◉ Das, was geschieht, wird in Gemeinsamer Selbstverwaltung ausgehandelt.

- ◉ Die Vertragspartner haben ökonomisch konträre Interessen – also müssen Sie sich über inhaltliche Argumente einigen.

- ◉ Der Staat wird zukünftig wichtiger – er ist es aber bei den inhaltlichen Gestaltung bisher nicht.

technische Produkte entwickeln und liefern, wie die Medizinische Geräteindustrie oder die Pharmazeutische Industrie.

Alle Entscheidungen im System, so auch die, neue Leistungen für die ambulante Versorgung in den Katalog der GKV aufzunehmen bzw. möglicherweise zukünftig auch vermehrt nicht evidenzbasierte und/oder unwirtschaftliche Leistungen herauszunehmen, sind damit Entscheidungen der Vertragspartner, nämlich der Krankenkassen (Spitzenverbände) und der Ärzteschaft (KBV), organisiert im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Für den stationären Sektor funktioniert dieses System im Prinzip identisch (Spitzenverbände plus Deutsche Krankenhausgesellschaft), hier gilt aber abweichend vom ambulanten Sektor das Prinzip des Verbotsvorbehalts: Alle neuen stationären Leistungen müssen zunächst vergütet werden, bis nach entsprechendem Antrag der G-BA Leistungen wegen fehlendem Nutznachweis oder Unwirtschaftlichkeit herausgenommen hat.

Der Grundgedanke dieses einmaligen Systems liegt auf der Hand: Wenn sich Leistungserbringer und Kostenträger – mit dem daraus resultierenden Interessenkonflikt – einigen wollen und sie dabei Stimmgleichheit haben, dann müssen sie es über eine inhaltlich überzeugende Argumentation erreichen: Die Suche nach der best verfügbaren Evidenz tritt an die Stelle rein machtorientierter Aushandlungsprozesse. Für den Fall, dass dies dennoch nicht gelingt, ist im letztendlich entscheidenden Gremium, dem Gemeinsamen Bundesausschuss noch die Position der „Neutralen“ vorhanden, mit deren Hilfe in aller Regel eine Einigung erzielt wird. Wenn es aber auch auf diesem Wege keine Lösung gibt oder die Vertragspartner, Kassenärzte und Krankenkassen, keine Entscheidung herbeiführen, dann kann der Staat eingreifen und eine sog. „Ersatzvornahme“ vornehmen, also anstelle der Gemeinsamer Selbstverwaltung entscheiden. Auch im Falle der Einigung innerhalb der Selbstverwaltung hat das Gesundheitsministerium durch seinen Genehmigungsvorbehalt gewissermaßen „das letzte Wort“, hat aber nur über die Einhaltung der Rahmenbedingungen zu machen.

Derartige Ersatzvornahmen sind bisher in den Jahrzehnten Gemeinsamer Selbstverwaltung extrem selten erfolgt. Grund dafür war immer Einigung und sicherlich auch Einsicht, dass die Notwendigkeit einer Ersatzvornahme durch das Gesundheitsministerium demonstrieren würde, dass Gemeinsame Selbstverwaltung nicht funktioniert; also hat sie funktioniert.

Zukünftig wird dies schwieriger: Im Sozialgesetz V sind jetzt generelle Fristen vorgegeben, bis zu denen Entscheidungen gefällt sein müssen; geschieht dies nicht, dann wird eine Ersatzvornahme angekündigt. Dies macht deutlich, dass zukünftig der Staat sich mehr auch inhaltlich einzumischen vorhat. Es zeigt aber auch eine massive „Überschätzung“ des Staates in: a) seine Kompetenz, jeweils inhaltlich adäquat entscheiden zu können, und b) schon jetzt für alle möglichen inhaltlichen Entscheidungen der Zukunft solche Fristen vorgeben zu können (die Evidenz-Lage zu prüfen, braucht unterschiedlich lange Zeit).

Dennoch gilt bis heute: Der Staat, in den meisten anderen Ländern die zentrale Einrichtung zur Ausgestaltung des Gesundheitswesens auch auf einer inhaltlichen Ebene, hat hierzulande bisher keine unmittelbare inhaltlich steuernde Funktion. Vielmehr ist der Staat beschränkt auf: Strukturelle Rahmenvorgaben sowohl zum jeweiligen Leistungsbereich als auch zu strukturell-institutionellen Vorgaben des Aufbaues des Systems. Dies betrifft auch die Ausgestaltung von Gebührenordnungspositionen. Der Staat hat bisher nur die Rechtmäßigkeit der Abläufe und Entscheidungen der Gemeinsamen Selbstverwaltung zu prüfen und sie dann in Form der Mitteilung im Amtsblatt zu genehmigen.

Es gibt aber Ausnahmen, die in den jüngsten Jahren zunehmen und wahrscheinlich in Zukunft deutlich noch mehr zunehmen werden: Die Aufnahme der Gesundheitsuntersuchung mit Beschreibung des Schwerpunktes auf Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen, sowie die Mammographie als Screening-Methode. Auch die Einführung der DMP im Rahmen des Risikostrukturausgleichs ist ein Beispiel für den stärker gewordenen staatlichen Einfluss, wobei allerdings auch hier die konkrete Ausgestaltung (Wahl der Diagnosen und der Prozeduren) der Selbstverwaltung überlassen blieb.

Institutionen der Entscheidungsfindung



Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Oberste gesundheitspolitische Entscheidungsinstanz in der Gemeinsamen Selbstverwaltung ist der paritätisch besetzte *Gemeinsame Bundesausschuss*, der bisher für die vertragsärztliche Versorgung von den Spitzenverbänden der einzelnen Bundesverbände der Krankenkassen und der Ärzteschaft (KBV) mit jeweils 9 Vertretern sowie einem Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern besetzt ist. Hinzu kommen 9 nicht stimmberechtigte Pa-



tientenvertreter. Dieses Grundprinzip wird je nach Sektor mit unterschiedlichen Besetzungen der Leistungserbringer modifiziert (so im Bereich Psychotherapie oder Krankenhäuser). Ab Mitte 2008 wird der Gemeinsame Bundesausschuss nur noch ein gemeinsames, sektorenübergreifendes Beschlussgremium haben, besetzt jeweils mit 5 Vertretern der Leistungserbringer [2 KBV, 2 DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft), 1 ZKBV (Zahnärztliche Bundesvereinigung)] und 5 Vertretern des neuen *Spitzenverband Bund* sowie 3 Unparteiischen als Entscheider im Streitfall und 5 Patientenvertretern ohne Stimmrecht – es wird also eine Zentralisierung der Macht erfolgen.

Der *Spitzenverband Bund* ist eine neue Institution, die eine zentrale, kassenarten-unabhängige Vertretung der Kassen auf Bundesebene darstellen soll.

Faktisch läuft dies auf eine Systemänderung hinaus: Hatten bisher alle Krankenkassen noch eine direkte Vertretung in ihrem jeweiligen Spitzenverband (also den Dachorganisationen der einzelnen Krankenkassen-Typen wie AOK, BKK, Ersatzkassen, usw.) und dann über diese Spitzenverbände auch im Gemeinsamen Bundesausschuss, so wird es zukünftig eine solche „direkte Linie“ von Interessen-Repräsentanz auf Krankenkassenseite nicht mehr geben. Vielmehr wird es in einem einzigen und für alle Kassen zuständigen *Spitzenverband Bund* eigenverantwortliche, nicht delegierte Vertreter geben, die als neue Vertragspartner den Leistungserbringern gegenüberstehen.

Für die Mehrzahl der einzelnen Krankenkassen wird es also so sein, dass sie zentral nicht mehr „repräsentiert“ sind, also keine direkte Einflussnahme auf das mehr haben, was und mit welcher Ausrichtung ausgehandelt wird. Die Vertreter der KBV, der DKG und der Zahnärzte sind ebenfalls vor eine völlig neue Situation gestellt: Sie können entweder im Plenum geschlossen abstimmen oder sie schließen mit den Kassenvertretern, die eigentlich in direkter Weise keine Kassenvertreter mehr sind, wechselnde Koalitionen. Das in der Selbstverwaltung angelegte Prinzip des Interessenausgleichs kann so im sich verschärfenden Wettbewerb völlig neue Züge annehmen – bis hin zur Auflösung dieses Prinzips.

Arbeitsebene des G-BA

Die inhaltliche Arbeit bzw. Vorbereitung für Entscheidungen findet in zahlreichen Arbeitsausschüssen zu den einzelnen Leistungsbereichen der GKV statt.

Beispiele für diese Ausschüsse sind: Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsverfahren, DMP, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, Prävention. Zur Bearbeitung konkreter Beratungsthemen werden in der Regel zusätzlich Arbeitsgruppen eingesetzt, zu deren fachlicher Verstärkung Kassen und Leistungserbringer des weiteren eigene Sachverständige hinzuziehen. Die Krankenkassen können zur Unterstützung vor allem den Medizinischen Dienst der Krankenkassen bzw. der Spitzenverbände (MDK bzw. MDS; regional bzw. überregional), eine inzwischen mit allen relevanten Facharztgruppen und Public-Health-Spezialisten besetzte Institution, hinzuziehen.

Darüber hinaus beauftragt der G-BA das seit 3 Jahren existierende Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der Erstellung von Gutachten zur fachlichen Beratung. Dies betrifft vor allem die Bewertung von Arzneimitteln, aber auch viele andere Themen wie DMP oder Mindestmengen im stationären Sektor.

Für die Arbeit werden zudem Experten des Themas geladen, Gutachten in Auftrag gegeben. All dies soll eine sachlich gerechtfertigte, evidence basierte Entscheidungsfindung herbeizuführen helfen.

Die Zahl derartiger Arbeitsgruppen hat aufgrund der inhaltlichen Differenzierung von Leistungsfragen über die letzten Jahre in der Zahl deutlich zugenommen. Z.B. für den Arbeitsausschuss Prävention sind es: Kolonkarzinom, Mammographie, Hautkrebs-Screening. Für den Bereich Mutterschaft: Ultraschall, Schwangerschaftsdiabetes. Auch diese Ausschüsse sind mit Vertretern der Krankenkassen, deren medizinischer Berater sowie durch die Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung besetzt.

Die Unterausschüsse werden Mitte 2008 vermutlich in ihrer Zahl reduziert und von den künftig hauptamtlich tätigen Unparteiischen geleitet. Welche Auswirkungen diese nur vier Jahre nach Bildung des neuen G-BA erfolgte erneute grundlegende Reform haben wird, ist schwer absehbar. Während die Politik von Professionalisierung der Selbstverwaltung spricht, wächst auf der anderen Seite die Sorge in Bezug auf ein Anwachsen des Drucks der Politik auf die Entscheider im G-BA.

Entscheidung zur Leistungsaufnahme

Es gilt auf der Beratungsebene der Unterausschüsse nur das inhaltliche Argument – selbst wenn klar ist, dass immer unterschiedliche ökonomische Interessen im Hintergrund stehen – was ja strukturend im deutschen Steuerungssystem der Aushandlung zwischen den Ver-

- Der Gemeinsame Bundesausschuss besteht aus 9 Vertretern der Ärzteschaft (KBV) und 9 der Spitzenverbände der Krankenkassen sowie einem Vorsitzenden und 2 Neutralen. Hinzu kommen 9 nicht stimmberechtigte Patientenvertretern.

- Ab Mitte 2008 verliert der Bundesausschuss seine bisherige Repräsentanz-Funktion der Gemeinsamen Selbstverwaltung. Es wird tendenziell zu einer zentralistischen, quasistaatlichen Behörde.

- Die inhaltliche Arbeit findet in den Arbeitsausschüssen sowie Unterausschüssen statt. Unterstützt wird die Arbeit durch hinzugezogene Experten, den Medizinischen Dienst der Krankenkassen sowie das IQWiG.



- ◉ Bisher wurden Leistungen in den GKV-Katalog immer aufgenommen, wenn ein Nutzen belegbar war. Kosten als Ablehnungsgrund spielten auch versteckt keine wirkliche Rolle.

tragspartnern ist. Vereinfacht lässt sich sagen: hohe Kosten an sich sind trotz des Wirtschaftlichkeitsgebots kein Argument gegen die Aufnahme einer Leistung in den GKV-Katalog – und waren es bisher tatsächlich auch (fast) nie. Wirtschaftlichkeit wurde bisher i. d. R. verstanden als der optimale Weg zwischen Kosten und Nutzen. Selbst die viel diskutierte Frage des sog. Grenznutzens neuer Methode (was kostet ein besser versorgter „Fall“ im Vergleich zu den bisherigen Methoden der Versorgung?) hat in der Vergangenheit bei den Entscheidungen des Bundesausschusses praktisch keine Rolle gespielt. Nachdem mit der letzten SGB V Reform das IQWiG nun doch dezidiert Kosten-Nutzen-Bewertungen durchführen soll, taucht die Frage auf, nach welchen Maßstäben solche Wirtschaftlichkeitsberechnungen aufgestellt werden sollen: Die Frage ist bisher absolut ungelöst.

Zu betonen ist also, dass es bisher nie zu einer Ablehnung einer inhaltlich gut begründeten und mit solidem Nutznachweis ausgestatteten Leistung aufgrund von Kostengründen gekommen ist. Dass dies auf die Dauer so bleiben wird, ist bei der rasanten Entwicklung von sehr teuren diagnostischen und therapeutischen Interventionen mit teilweise sehr kleinem Nutzen für die Bevölkerung oder die Behandelten selbst jedoch nicht zu garantieren. Dies wäre dann spätestens der Zeitpunkt, zu dem man – ähnlich wie in anderen entwickelten Ländern – eine öffentliche Diskussion über akzeptable Grenznutzen-Kosten beginnen muss.

Antrag zur Leistungsaufnahme

Wie kommt nun ein Antrag zur Aufnahme einer Leistung, also einer diagnostischen, therapeutischen oder präventiven Maßnahme, in den GKV-Leistungskatalog zustande? Um neue medizinische Leistungen zu bewerten, bedarf es eines Antragstellers. Dies können die Spitzenverbände (in Zukunft Spitzenverband Bund) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung, künftig auch die Unparteiischen sein. Entsprechendes gilt für die anderen Versorgungsbereiche, nämlich Krankenhausversorgung (DKG) und Zahnärztliche Versorgung (ZKBV).

Die Antragsberechtigten selbst werden einerseits durch Berufsverbände, wissenschaftliche Gesellschaften, Geräteindustrie usw., andererseits durch Patientenvertreter oder auch Krankenkassen selbst, die eine neue Methode als sinnvoll erachten, mit der Bitte um Aufnahme konfrontiert, und sie müssen darüber entscheiden, ob sie einen entsprechenden Antrag stellen.

Für die Antragstellung selbst muss ein formaler Antrag gestellt werden, der inzwischen mit zahlreichen Vorgaben versehen ist, die sich auf die Darstellung des Problemhintergrunds, die Problemgröße, die jeweilig beantragten Methode oder das Behandlungsverfahren selbst und auf deren evidenzbasierte Nutzenabsicherung (mit Evidence-Level und Angaben entsprechender Studien) beziehen. Zudem ist eine Kostenabschätzung zu geben.

Aufgrund dieser Vorgaben scheitern zahlreiche Anträge schon im Vorfeld einer Aufnahme auf die Tagesordnung des G-BA bzw. dessen Arbeitsschüsse. Denn für viele Verfahren, die dem einzelnen Arzt, einer Wissenschaftlergruppe als sehr plausibel in ihrem Nutzen erscheinen, stellt sich schnell heraus, dass es keine ausreichende Studienlage dafür gibt bzw. gar eine gibt, die aber eher einen Schaden als einen Nutzen nahe legt.

„Bestimmung von Nutzen versus Schaden“

Das Abwägen zwischen Nutzen und Schaden im Sinne evidenzbasierter Medizin, – möglichst nicht an Surrogat-Parametern, sondern an klinisch relevanten Parametern festgemacht – ist der zielführende Zugang bei der Bewertung eines Verfahrens und entscheidet letztendlich für oder gegen die Aufnahme einer Leistung in den GKV-Katalog.

Erst in einem zweiten Schritt wird bislang über Wirtschaftlichkeit im obigen Sinne nachgedacht; dies allein reicht aber nicht zu einer Ablehnung aus – und hat es nie!

Entscheidungen über die Aufnahme oder Ablehnung einer Leistung in den GKV-Leistungskatalog wird dem Gesundheitsministerium vorgelegt, dort juristisch, nicht inhaltlich, geprüft und im Amtsblatt mit Begründung veröffentlicht.

Man hört immer wieder in Ärztkreisen, dass es bestimmte vernünftige Dinge gäbe, die man nicht durchführen dürfe, oder es werden Leistungen als IGeL-Leistungen angeboten „weil sie ja nicht von der Krankenkasse übernommen werden“. Derartige Aussagen sind im Konkreten fast immer falsch, weil man fast immer feststellen muss, dass: a) von der Ärzteseite nie ein Antrag gestellt wurde, oder b) kein Studienbeleg für den Nutzen vorliegt, bzw. c) sogar ein negativer vorliegt.

Beispiele für das Gesagte sind:

- **Sonographien des Bauchraumes** als Früherkennungsuntersuchung: Hierfür gibt es keine Studien; allein bei über 65-Jährigen (genauer gesagt nur Männern) ist die Sonographie der Weite der Bauchaorta eine nutzenbringende Früherkennungsuntersuchung, deren Einführung jedoch bisher nicht beantragt wurde. Andere Organsonographien des Bauchraumes als

- ◉ Entschieden wird heute auf Basis Evidenz basierter Medizin.



Teil von Früherkennung sind nie in Studien untersucht worden. Nutznachweise für einen breiten Einsatz dieser Methode fehlen.

- ▶ *Screening auf Ovarialkarzinom mittels Sonographie und Tumormarker:* Die Studienlage beschreibt mehr Schaden als Nutzen, ein Antrag wurde nie gestellt.
- ▶ *Früherkennung auf Schwangerschaftsdiabetes:* Es gibt keine Studien mit Nutzenbeleg, daher wurde eine Entscheidung bis Vorliegen der Ergebnisse einer entsprechenden großen Studie im Jahre 2008 verschoben.
- ▶ *Breite Labor-Suchprogramme, die u. a. Tumormarker, Hormone usw. mit einschließen:* Es hat – mit Ausnahme TSH im Säuglingsalter (GKV-Leistung) und im höheren Lebensalter – nie einen Nutznachweis hierfür gegeben; es ist nie ein Antrag darauf gestellt worden.
- ▶ *Dopplersonographie zum Screening peripherer Durchblutungsstörungen:* Es gibt keinen Studienbeleg für klinischen Nutzen; die Aufnahme der Leistung wurde nie beantragt.

Ein Fazit



Die Zulassung von neuen Leistungen in den GKV-Bereich ist ganz überwiegend zu einer Frage der Entscheidung auf Grundlage guter klinischer und epidemiologischer Studien geworden – das Herzstück der evidenzbasierten Medizin. Dies ist bis zu einem hohem Maße der Perfektionierung innerhalb eines Zeitraumes von rund 15 Jahren international so entwickelt worden.

Bis Mitte der 80er Jahre waren Leistungsaufnahmen – in den gleichen Gremien – noch mittels fachlicher Übermacht der Ärzteschaft und teilweise mit „Drohgebärden“ dieser gegenüber den Krankenkassen durchsetzbar. Nach einer Zeit, in der die Krankenkassen sich dann fachliche Unterstützung suchten und per Gesetz auch zur Seite gestellt bekamen (Medizinischer Dienst der Krankenkassen), ist es dann zu einem routinierten System der ebm-Bewertung und des Health-Technology-Assessments gekommen. Unterstützend wirkten hier sowohl die in Public Health ausgebildeten Ärzte als auch die Akzeptanz und Übernahme der aus dem angelsächsischen Medizinbereich kommenden evidence basierten Medizin. Deutschland hat diese Entwicklung relativ spät nachvollzogen, wohl auch erst, als deutlich wurde, dass das Wirtschaftswachstum dauerhaft problematisch sein würde.

Man muss sich also darüber im Klaren sein, dass heutzutage Methoden in Diagnostik, Therapie und Prävention, die ausschließlich auf Erfahrung oder Plausibilität basieren, also keinen soliden studienbasierten Nutzenbeleg haben, zukünftig keinerlei Chance zur Aufnahme in den GKV-Katalog mehr haben. Im GKV-System hat Evidenzbasierte Medizin in kurzer Zeit zu einem massiven Wandel des Umgangs mit Ärztlichen Leistungen geführt. Dies kann irritieren, aber man muss sich auch fragen, ob ärztliche Erfahrung und Plausibilität gute Studien ersetzen können. Zumindest scheint dies für viele Fragen von Diagnostischen Verfahren, Therapieverfahren und auf jedem Fall bei Früherkennung/Prävention mit „nein“ zu beantworten sein. Das bestreite aber nicht, dass bei der konkreten Handlungsentscheidung, bei der Behandlung von Patienten mit Symptomen sehr wohl Erfahrung ihren wichtigen Platz hat – und häufig nicht einmal durch das Befolgen von Vorgaben aus Leitlinien ersetzt werden kann.

Noch zu wenig wird gesehen, dass ein höheres Maß an Patientensicherheit ohne die Fundierung der evidenzbasierten Medizin nicht erreichbar ist.

Was muss noch vor „Zulassung“ geschehen?



Ist eine inhaltliche Leistung als „mit Nutzen“ zugelassen, dann muss häufig ergänzend über die Art der Erbringung und ihre Honorierung in den entsprechenden Ausschüssen – Qualitätssicherung, EBM (Gebührenordnung) – beraten und entschieden werden. Zunehmend häufiger treten hier zwei Aspekte in den Vordergrund: Einmal die Frage der Qualifikation und der Abhängigkeit der Qualität von der Leistungshäufigkeit. Hierunter ist zu verstehen, dass es für fast alle Leistungen eine Beziehung zwischen Häufigkeit der Erbringung und Qualität der Durchführung gibt. Mit anderen Worten: Wird etwas häufiger getan, so wird es in der Regel auch mit höherer Qualität erbracht. Zumindest am unteren Ende und bis zu einer bestimmten Häufigkeit der Erbringung stimmt diese Regel.

Hinzu kommt, dass Leistungen auch kostengünstiger erbracht werden können, wenn sie von einem Leistungserbringer häufig erbracht werden.

Beides führten zunehmend dazu, dass bestimmte Leistungen auf bestimmte ärztliche Berufsuntergruppen oder auch nur einzelne, speziell dazu weitergebildete Mitglieder limitiert werden. Dies geschieht mittels Regulierungen der Qualifikation oder der Honorierung für die einzelne Leistung.

- Mit der Entwicklung der letzten 15 Jahre ist das Deutsche System zu dem entwickelt worden, was es immer darstellen sollte; Das inhaltliche, durch Studien gestützte Argument soll die Entscheidung für oder gegen eine „Zulassung“ herbeiführen.



- Leistungen werden auch in Bezug auf Kostengünstigkeit und Qualität der Erbringung gesteuert.

Auch also hier ist ein Wandel im vollem Gang: Zur Frage des prinzipiellen Nutzens tritt die Frage der möglichst effektiven Erbringung der einzelnen Leistung.

Allerdings ist hier bisher wenig darüber nachgedacht worden, ob es nicht einen „Kipp-Punkt“ einer solchen Entwicklung gibt, ab dem Maßnahmen der Effizienzsteigerung nicht mehr zu besserer und kostengünstigerer Versorgung beitragen. Man weiß aus der Industriellen Fertigung, dass es solche kritischen Punkte gibt, wofür vor allem eine Abnahme der Motivation der Arbeitenden als Erklärung herangezogen wird.

Die Realität der Arbeit im System



Das Grundprinzip, nach dem konträre ökonomische Interessen zur Einigung nur über den Zwang zur inhaltlichen Auseinandersetzung finden, wenn nämlich bei Stimmengleichheit eine für beide Seiten unergiebige Patt-Situation entsteht, hat im deutschen System immer Umsetzungsprobleme zur Folge gehabt.

Einmal war es bis Ende der 80er-Jahre so, dass die Ärzteschaft im ambulanten Bereich (KBV) bei den inhaltlichen Fragen immer die Definitionsmacht hatte, weil sie Krankenkassenvertretern gegenüber saß, die bestenfalls durch freiberufliche ehemalige Amtsärzte auf der Medizinebene unterstützt wurden. Die Krankenkassen haben dann sukzessive Ärzte mit Kenntnissen in der Klinischen Epidemiologie (später evidence based medicine) als beratende Ärzte angestellt, um hier eine gewisse egalisierende Argumentationskraft aufbauen zu können. In den 90er-Jahren sind dann der Medizinische Dienst der Spitzenverbände mit Sitz in Essen und die regionalen Medizinischen Dienste der Krankenkassen als Berater für die Krankenkassen hinzugekommen. Dies hat die Beratungslandschaft deutlich verändert.

Mit Aufkommen der Bedeutung evidenzbasierter Medizin, also dem Nutzenbeleg mittels methodisch hochwertiger klinisch-epidemiologischer Studien, sind zudem die Kriterien der Entscheidung immer stärker verwissenschaftlicht worden. Dieser Prozess ist seit Ende der 90er-Jahre sehr deutlich geworden: Es wurden Außenaufträge zu der evidenzbasierten Beurteilung bei Anträgen vergeben, und es wurde ein Antragsformular konzipiert, das allen Antragsstellern von vornherein auferlegte, den Nutzenbeleg mittels klinisch-epidemiologischer Studien zu dokumentieren.

Es hat darüber also im Grunde erst in den letzten 15 Jahren eine zunehmende Versachlichung der Entscheidungsfindung in dem viel gerühmtem deutschen Modell der Gemeinsamen Selbstverwaltung gegeben. Dies wurde letztlich erst dadurch ermöglicht, dass beide Seiten der Vertragspartner vergleichbarer Kompetenz in dieser Sachdiskussion gewonnen haben.

Dies lässt sich exemplarisch an der ausgesprochen schwierigen Entscheidung um die Frage der Einführung der Akupunktur zeigen: Die Vertragspartner sahen, dass die Studienlage so schlecht war, dass eine verantwortliche Entscheidung nicht möglich erschien. Daher wurden – für Deutschland ja sehr ungewöhnlich – mehrere große randomisierte Studien zur Akupunktur in Auftrag gegeben und durchgeführt. Dies mit dem Ergebnis, dass diese Studien nun weltweit die größten sind – wenn sie auch ein in der Interpretation sperriges Ergebnis erbracht haben. Dennoch konnte das Ergebnis dafür genutzt werden, nun eine Entscheidung innerhalb des GKV-Systems im Sinne der Aufnahme dieser Leistung für bestimmte Indikationen herbeizuführen.

Gesetzgeberisch ist mit dem GMG (Gesundheitsmodernisierungsgesetz) noch ein weiteres zur sachlichen Entscheidungsfindung getan worden: Das neu geschaffene Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitssystem (IQWiG) dient als wissenschaftlicher Ort zur Unterstützung der Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses und damit aller inhaltlichen Unterausschüsse.

Im Fazit bedeutet dies: Deutschland hat den Anschluss an eine Verwissenschaftlichung der Medizin mit – im Vergleich zu angelsächsischen Medizinsystemen – 10–15 Jahren Verspätung gefunden.

Sicherlich hat das System dennoch nicht immer so gearbeitet, wie es im Grundgedanken arbeiten sollte. Häufig sind Aushandlungen zwischen den Vertragspartnern auch in einer Weise zustande gekommen, dass der Eine in einer inhaltlichen Sache nachgegeben hat und dafür der Andere in einer völlig anderen inhaltlichen Sache zugestimmt hat. Dann war nicht selten die Inhaltlichkeit nicht das letztendlich Entscheidende, sondern die Inhaltlichkeit wurde zur Aushandlung ökonomischer Interessen genutzt. Dies ist jedoch zunehmend schwieriger geworden mit der Versachlichung und Verwissenschaftlichung des Entscheidungsprozesses innerhalb der letzten 15 Jahre.

Auf diesem Hintergrund ist es um so erstaunlicher, dass zu einem Zeitpunkt, zu dem das deutsche System seiner Grundlogik besser denn je folgen könnte, zunehmend mehr zentralisieren-

- Das deutsche System ist perfektioniert – und nun wird es in der Tendenz abgeschafft d. h. durch quasistaatliche Gremien abgebaut.



de Strukturen geschaffen werden, und auch inhaltliche Vorgaben von staatlicher Seite erfolgen.

Mit Auflösung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Schaffung eines gemeinsamen „Spitzenverbandes Bund“ aller Krankenkassen sowie der Leitung eines neuen Gemeinsamen Bundesausschusses mit nur noch 5 Krankenkassenvertretern und 5 Vertretern der Leistungserbringer sowie 3 hauptamtlichen Unparteiischen wird die Beziehung zur jeweiligen Basis der Verhandlungspartner weitaus abstrakter, das heißt fremder. Schon der Akt der Wahl in den Spitzenverband Bund und dann nochmals in den Gemeinsamen Bundesausschuss lässt keine, außer einer zufälligen, Verbindung mehr zur einzelnen Krankenkasse oder zu einem Krankenkassenverband (ehemalige Spitzenverbände) zu. Hier werden kleinere Korrekturen versucht, die jedoch nicht den begonnenen Weg zur Zentralisierten Entscheidungsfindung aufhalten werden (s. DÄB).

Damit ist der Weg zu einer quasi staatlichen Einrichtung eingeleitet worden, aus der der Staat sich noch in der Weise heraushält, dass er die dort tätigen Personen nicht direkt einstellt, aber Personen tätig werden, die primär der Institution nur noch verpflichtet sind, in die sie gewählt worden sind – und die damit schrittweise immer deutlicher staatliche Aufgaben wahrnehmen. Man muss befürchten, dass das System der Gemeinsamen Selbstverwaltung nur noch seinen Namen behält, nicht aber seinen ursprünglichen Inhalt des Interessenausgleichs zwischen den Vertragspartnern. Gekoppelt an die jährliche Festsetzung des einheitlichen Beitragssatzes durch das Gesundheitsministerium ist die deutsche Krankenversicherung damit auf unerwartete Weise einem schwer verständlichen Wechselbad zwischen Wettbewerb der Krankenkassen untereinander und Staatsmedizin ausgesetzt.

Interessenskonflikte: keine angegeben

Literatur

- 1 DÄB (Deutsches Ärzteblatt). 2007; 104, A 3448 und 3450–51.
- 2 Niehoff J-U, (Hrsg). Sozialmedizin systematisch. 2. Aufl. Uni-med, Lorch/Württemberg 2006

Zur Person



Prof. Dr. med. H.-H. Abholz

Facharzt für Allgemeinmedizin und Facharzt für Innere Medizin.
Langjährig in Klinik und Allgemeinpraxis tätig.
Seit 1998 Leiter der Abteilung für Allgemeinmedizin der Universität
Düsseldorf.



CME-Fragen Die inhaltliche Steuerung...

1 Welche der folgenden Aussagen in Bezug auf die inhaltliche Steuerung im deutschen System ist falsch?

- A) Der Staat macht die inhaltlichen Vorgaben zur Systementwicklung und Zulassung von Leistungen im GKV-System.
- B) Krankenkassen und Ärzteschaft machen die inhaltlichen Vorgaben zur Zulassung von Leistungen im GKV-System.
- C) Das deutsche System ist einmalig in der Welt in Bezug auf seine inhaltliche Steuerung.
- D) Es findet im System momentan eine Änderung zu mehr zentralistischer Einflussnahme statt.
- E) Aufseiten der Krankenkassen wird in Zukunft ein direkter Einfluss auf die inhaltliche Ausgestaltung geringer werden.

2 Wer der folgenden Aufgeführten ist im gemeinsamen Bundesausschuss nicht stimmberechtigt?

- A) Vertreter des Spitzenverbandes Bund bzw. heute noch der Spitzenverbände
- B) Vertreter der KBV
- C) Die Neutralen
- D) Die Patientenvertreter
- E) Keine der Antworten ist falsch

3 Welche Aussage zum Prinzip der Gemeinsamen Selbstverwaltung ist falsch?

- A) Die Gemeinsame Selbstverwaltung besteht grundsätzlich aus Leistungsanbieter und Leistungszahler im GKV-System.
- B) Die Leistungsanbieter Medizinische Geräteindustrie und Pharmazeutische Industrie sind nicht Teil der Gemeinsamen Selbstverwaltung.
- C) Die ökonomisch in der Regel konträren Interessen von Leistungsanbieter und Leistungszahler führen bei Entscheidungen zur Patt-Situationen, die dann nur über inhaltliche Argumentation zu lösen sind.
- D) Falls eine Lösung nicht gefunden wird, entscheidet am Schluss der Staat durch Ersatzvornahme.
- E) Der Staat gibt die Grundlinien der inhaltlichen Ausgestaltung vor.

4 Die sachlich-inhaltliche Arbeit in den Arbeitsausschüssen des G-BA wird unterstützt durch: Bitte geben Sie an, was hier falsch ist?

- A) Eingeladene Sachverständige
- B) Vergabe von Gutachten
- C) Beratende Ärzte
- D) IQWiG
- E) Experten des Gesundheitsministeriums

5 Ein Antrag auf Neuaufnahme einer inhaltlich definierten Leistung in das GKV-System für den ambulant-ärztlichen Versorgungsbereich kann stellen: Richtig ist:

- A) Spitzenverbände und KBV bzw. zukünftig Spitzenverband Bund, KBV und Patientenvertreter
- B) einzelne Krankenkassen und Berufsverbände der Ärzte
- C) Jeder Interessierte im Gesundheitssystem
- D) Geräte- und Pharma-Industrie
- E) Im Prinzip alle genannten

6 Welche der Aussage ist in Bezug auf die Prüfung zur Aufnahme einer neuen inhaltlich definierten Leistung falsch?

- A) Es muss mit dem Antrag auf Neuaufnahme ein Katalog formaler Auflagen zur Darstellung des Problemhintergrundes, der Problemgröße sowie der Studienlage in Bezug auf die beantragte Leistung vorgelegt werden.
- B) Es ist vorgegeben, dass auf evidenz-basierter Entscheidungsgrundlage entschieden wird.
- C) Die Kostenhöhe einer Methode/eines Verfahrens ist schon im Vorfeld entscheidend für die Frage, ob über die Leistung überhaupt entschieden werden soll.
- D) Die Entscheidung über die Aufnahme oder Ablehnung muss transparent begründet und publiziert werden.
- E) Bei der Entscheidungsfindung kann jeglicher Experte hinzugezogen werden.



7 Was versteht man heutzutage unter „Gemeinsamer Selbstverwaltung“? Gehen Sie an, was richtig ist.

- A) Die überwiegende Leitung des Versorgungssystems unter Einbeziehung aller Akteure im Gesundheitssystems.
- B) Die überwiegende Leitung des Versorgungssystems unter Einbeziehung nur derjenigen Akteure, die persönliche Leistungen erbringen bzw. dafür bezahlen.
- C) Die überwiegende Leitung des Versorgungssystems unter Einbeziehung nur derjenigen Akteure, die persönliche Leistungen erbringen bzw. dafür bezahlen; dies unter Anhörung der Patienten.
- D) Die inhaltlich und finanzielle Ausgestaltung des Versorgungssystems nach Vorgaben Staatlicher Gesundheitspolitik.
- E) Keines der genannten.

8 Es gibt Unterschiede in folgenden Bereichen zwischen heutigem Gemeinsamen Bundesausschuss und dem zukünftigen ab Mitte 2008? Was von dem, was aufgeführt ist, ist falsch?

- A) Zahl der Vertreter von Spitzenverband Bund/Spitzenverbände, Kassenärztlicher Bundesvereinigung sowie Patientenvertreter.
- B) Stimmberechtigung der Vertretung von Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Zahnärztlicher Kassenärztlicher Bundesvereinigung (ZKBV).
- C) Stimmberechtigung der Patientenvertreter.
- D) Direktheit des Beziehung/Repräsentanz zwischen Krankenkassen und Gemeinsamen Bundesausschuss.
- E) alle treffen zu.

9 Welche Fragen müssen vor der Neuaufnahme einer Leistung in die GKV geprüft und entschieden werden? Was ist falsch?

- A) Nutzen und Schaden
- B) Wirtschaftlichkeit
- C) geschätzte Häufigkeit der zukünftigen Erbringung
- D) Qualität der Erbringung
- E) Honorierung

10 Welche der folgenden Aussagen trifft in Bezug auf die letzten 15 Jahre GKV – Entwicklung und in Bezug auf deren Steuerung nicht zu?

- A) Es hat eine Entwicklung zu mehr Sachlichkeit in der Aus handlung gegeben.
- B) Es hat evidenz-basierte Medizin eine zentrale Bedeutung gewonnen.
- C) Es ist zu einer besseren Realisierbarkeit des Grundgedankens des deutschen Systems von Selbstverwaltung gekommen.
- D) Die Sachkompetenz auf beiden Seiten der Vertragspartner ist vergleichbar geworden.
- E) Eine zentralistische bzw. staatliche Einflussnahme ist zunehmend geringer geworden.

A Angaben zur Person

Name, Vorname, Titel:

Straße, Hausnr.:

PLZ | Ort:

Anschrift: privat dienstlich

EFN-Nummer:

Ich bin Mitglied der Ärztekammer (bitte Namen der Kammer eintragen):

Jahr meiner Approbation:

Ich befinde mich in der Weiterbildung zum:

Ich habe eine abgeschlossene Weiterbildung in (bitte Fach eintragen):

Ich bin tätig als: Assistenzarzt Oberarzt Chefarzt niedergelassener Arzt Sonstiges:**B** Lernerfolgskontrolle

Bitte nur eine Antwort pro Frage ankreuzen

1	A	B	C	D	E
2	A	B	C	D	E
3	A	B	C	D	E
4	A	B	C	D	E
5	A	B	C	D	E

6	A	B	C	D	E
7	A	B	C	D	E
8	A	B	C	D	E
9	A	B	C	D	E
10	A	B	C	D	E

C Erklärung

Ich versichere, dass ich die Beantwortung der Fragen selbst und ohne Hilfe durchgeführt habe

Ort | Datum:

Unterschrift:

D Feld für CME-WertmarkeBitte in dieses Feld die CME-Wertmarke kleben
oder Ihre **Abonnement-Nummer** eintragen:
(siehe Adressaufkleber)

Zertifizierungsfeld (wird durch den Verlag ausgefüllt)

E Zertifizierungsfeld**Ihr Ergebnis**Sie haben von 10 Fragen richtig beantwortet.

Sie haben

 bestanden und 3 CME-Punkte erworben. nicht bestanden

Stuttgart, den

Datum

Stempel/Unterschrift

> Bitte unbedingt Rückseite ausfüllen!

F Fragen zur Zertifizierung

Eine Antwort pro Frage.
Bitte unbedingt ausfüllen bzw.
ankreuzen, da die Evaluation
sonst unvollständig ist!

Didaktisch-methodische Evaluation**1** Das Fortbildungsthema kommt in meiner ärztlichen Tätigkeit häufig vor selten vor regelmäßig vor gar nicht vor**2** Zum Fortbildungsthema habe ich eine feste Gesamtstrategie noch offene Einzelprobleme: keine Strategie**3** Hinsichtlich des Fortbildungsthemas fühle ich mich nach dem Studium des Beitrags in meiner Strategie bestätigt habe ich meine Strategie verändert: habe ich erstmals eine einheitliche Strategie erarbeitet habe ich keine einheitliche Strategie erarbeiten können**4** Wurden aus der Sicht Ihrer täglichen Praxis heraus wichtige Aspekte des Themas nicht erwähnt? ja welche nein zu knapp behandelt? ja welche nein überbewertet ja welche nein**5** Verständlichkeit des Beitrags Der Beitrag ist nur für Spezialisten verständlich Der Beitrag ist auch für Nicht-Spezialisten verständlich**6** Beantwortung der Fragen Die Fragen lassen sich aus dem Studium des Beitrages allein beantworten Die Fragen lassen sich nur unter Zuhilfenahme zusätzlicher Literatur beantworten**7** Die Aussagen des Beitrages benötigen eine ausführlichere Darstellung zusätzlicher Daten von Befunden bildgebender Verfahren die Darstellung ist ausreichend**8** Wieviel Zeit haben Sie für das Lesen des Beitrages und die Bearbeitung des Quiz benötigt?**Einsendeschluss**
15.02.2009Bitte senden Sie den vollständigen Antwortbogen zusammen mit einem an Sie selbst adressierten und ausreichend frankierten Rückumschlag an den
Georg Thieme Verlag KG, Stichwort „CME“, Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

CME-Fortbildung mit der ZFA

Zertifizierte Fortbildung Hinter der Abkürzung CME verbirgt sich „continuing medical education“, also kontinuierliche medizinische Fort- und Weiterbildung. Zur Dokumentation der kontinuierlichen Fortbildung der Ärzte wurde das Fortbildungszertifikat der Ärztekammern etabliert. Hauptzielgruppe für das Fortbildungszertifikat sind Ärzte mit abgeschlossener Facharztausbildung, die im 5-jährigen Turnus einen Fortbildungsnachweis erbringen müssen. Es ist jedoch auch für Ärzte im Praktikum bzw. in der Facharztweiterbildung gedacht.

Die Fortbildungseinheit In den einheitlichen Bewertungskriterien der Bundesärztekammer ist festgelegt: „Die Grundeinheit der Fortbildungsaktivitäten ist der Fortbildungspunkt. Dieser entspricht in der Regel einer abgeschlossenen Fortbildungsstunde (45 Minuten)“. Für die erworbenen Fortbildungspunkte muss ein Nachweis erbracht werden. Hat man die erforderliche Anzahl von 250 Punkten gesammelt, kann man das Fortbildungszertifikat bei seiner Ärztekammer beantragen, welches man wiederum bei der KV (niedergelassene Ärzte) oder bei seinem Klinikträger (Klinikärzte) vorlegen muss.

Anerkennung der CME-Beiträge Die Fortbildung in der ZFA wurde von der Nordrheinischen Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung für das Fortbildungszertifikat anerkannt, das heißt, die Vergabe der Punkte kann direkt durch die Thieme Verlagsgruppe erfolgen. Die Fortbildung in der ZFA gehört zur Kategorie „strukturierte interaktive Fortbildung“. Entsprechend einer Absprache der Ärztekammern werden die von der Nordrheinischen Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung anerkannten Fortbildungsveranstaltungen auch von den anderen zertifizierenden Ärztekammern anerkannt.

Datenschutz Ihre Daten werden ausschließlich für die Bearbeitung dieser Fortbildungseinheit verwendet. Es erfolgt keine Speicherung der Ergebnisse über die für die Bearbeitung der Fortbildungseinheit notwendige Zeit hinaus. Die Daten werden nach Versand der Testate anonymisiert. Namens- und Adressangaben dienen nur dem Versand der Testate. Die Angaben zur Person dienen nur statistischen Zwecken und werden von den Adressangaben getrennt und anonymisiert verarbeitet.

Teilnahme Jede Ärztin und jeder Arzt soll das Fortbildungszertifikat erlangen können. Deshalb ist die **Teilnahme am CME-Programm der ZFA nicht an ein Abonnement geknüpft!** Die Teilnahme ist sowohl im Internet (<http://cme.thieme.de>) als auch postalisch möglich.

Im Internet muss man sich registrieren, wobei die Teilnahme an Fortbildungen abonniertes Zeitschriften ohne Zusatzkosten möglich ist. Alle Teilnehmer, die auf dem Postweg teilnehmen, benötigen für die Teilnahme den CME-Beitrag, den CME-Fragebogen, den CME-Antwortbogen, Briefumschläge und Briefmarken. Auch hier fallen bei Angabe der Abonnementnummer für die Teilnahme keine zusätzlichen Kosten an.

Teilnahmebedingungen Für eine Fortbildungseinheit erhalten Sie 3 Fortbildungspunkte im Rahmen des Fortbildungszertifikates. Hierfür

- ▶ müssen 70% der Fragen richtig beantwortet sein.
- ▶ müssen die Fragen der Einheiten A bis D des CME-Antwortbogens vollständig ausgefüllt sein. Unvollständig ausgefüllte Bögen können nicht berücksichtigt werden!
- ▶ muss Ihre Abonnementnummer im entsprechenden Feld des CME-Antwortbogens angegeben oder eine CME-Wertmarke im dafür vorgesehenen Feld aufgeklebt sein.

CME-Wertmarke für Nicht-Abonnenten Teilnehmer, die nicht Abonnenten der ZFA sind, können für die Internet-Teilnahme dort direkt ein Guthaben einrichten, von dem pro Teilnahme ein Unkostenbeitrag abgebucht wird. Für die postalische Teilnahme können Nicht-Abonnenten Thieme-CME-Wertmarken erwerben.

Bitte richten Sie Bestellungen an:

Georg Thieme Verlag KG

Kundenservice

Rüdigerstraße 14

70469 Stuttgart

Tel.: 0711/8931-900

E-Mail: kundenservice@thieme.de

Teilnahme auch online möglich unter <http://cme.thieme.de>

