

## BDI verbessert die Darmkrebs-Prävention

Der BDI will zusammen mit der Techniker Krankenkasse (TK) die Darmkrebs-Vorsorge verbessern und hat zu diesem Zweck eine Kooperation mit der Kasse vereinbart. **Zahlreiche Mitglieder mit Berechtigung zur Vorsorgekoloskopie haben sich nach einem Aufruf der Sektion Gastroenterologie bereits gemeldet. Ab 23.03.2005 wird nun das Callcenter der TK in Ham-**

**burg die Anfragen der TK-Versicherten entgegennehmen und die Adressen dieser BDI-Mitglieder in der Region der Anrufer weitergeben.**

Sowohl der Vorstand des BDI als auch die Sektionsleitung sind davon überzeugt, dass damit ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung der Darmkrebsvorsorge in Deutschland geleistet wird. Für weitere Rückfra-

gen stehen entweder Rechtsanwalt Helge Rühl aus der Geschäftsführung des BDI (Tel. 0611-181330, hruehl@bdi.de) oder die Sektionsleitung, Dr. Berndt Birkner zur Verfügung (bbirkner@t-online.de).

Voraussichtlich ab April 2005 wird ein weiteres Kooperationsprojekt von BDI, TK und dem Berufsverband der Humangenetiker mit Unterstützung der Felix

Burda Stiftung gestartet werden. In diesem Projekt werden die Gastroenterologen mit den Humangenetikern gemeinsam die Identifikation und Betreuung der familiären und hereditären Kolonkarzinompatienten der TK verbessern. Wir werden Sie nach Abschluß des Vertrages über die Details noch ausführlich informieren.

red.

### Immer neue Fragen zum EBM

## Wo werden fakultative Leistungen dokumentiert?

Der neue EBM, nach dem ambulante Leistungen ab dem 2. Quartal abgerechnet werden, verfolgt mit seinen assoziierten Regelleistungsvolumina politisch zweifellos eine sinnvolle Zielrichtung. Was im Detail daraus geworden ist, gibt freilich nicht unbedingt Anlass zur Freude: Das Werk ist kompliziert und wer sich einarbeitet, muss eigentlich drei Gebührenordnungen nebeneinander legen: Eine zum Lesen des Fachgruppenkapitels, eine zum gleichzeitigen Nachlesen der zahlreichen Querver-

weise in die speziellen Leistungen im hinteren Teil und einen zum parallelen Lesen der allgemeinen Bestimmungen und fachgruppenübergreifenden Leistungen im vorderen Teil.

Aber auch dann bleiben immer noch viele Fragen, die offenbar sogar für die EBM-Macher bei der Kassenerztlichen Bundesvereinigung (KBV) nicht auf Anhieb zu beantworten sind. Wir haben nämlich die KBV gebeten, uns einmal für alle Basiskomplexe im internistischen Kapitel zu erklären, welche Voraus-

setzungen für die Abrechnung zu erläutern und zu erklären, welche Leistungen mindestens erfüllt sein müssen, um die Komplexe abzurechnen. Dies ist angesichts der bisweilen unübersichtlichen und/oder-Verknüpfung der obligaten Inhalte und der vielfältigen Ausnahmen nicht immer ganz einfach zu erkennen. Eine Antwort haben wir bisher nicht erhalten.

Eine häufige Frage lässt sich aber auch ohne Hilfe der KBV beantworten: Wo müssen die fakultativen Leistungen dokumentiert werden,

um einen Komplex abrechnen zu können – in der Abrechnung oder in der Patienten-Akte? Der EBM schreibt diese Dokumentation zwar vor, es gibt aber nirgendwo in der Gebührenordnung einen Hinweis darauf, dass diese Dokumentation in der Abrechnung oder in einer Anlage zur Abrechnung erfolgen muss. Es scheint also nach dem gegenwärtigen Stand der Dinge offenbar zu genügen, wenn die fakultativen Leistungen wie gewohnt in der Patientenkartei dokumentiert werden.

HFS/BW

### Große Resonanz auf BDI-Gewinnspiel

## 300 Freikarten waren ruckzuck verlost

Unsere Verlosungsaktion im letzten BDI aktuell (Nr. 3/2005) fand eine überwältigende Resonanz unter den BDI-Mitgliedern: Drei Tage nach dem Versand unserer Mitgliederzeitung waren schon alle 300 Freikarten für den 111. Internistenkongress sowie die Buchpreise vergeben. Die große Resonanz zeigt einmal mehr: Internisten und insbesondere die BDI-Mitglieder legen großen Wert darauf, medizinisch und wissenschaftlich auf dem neuesten Stand zu bleiben. Sie dabei zu fördern, war Sinn und Zweck unserer Aktion. Jeder Gewinner wird schriftlich benachrichtigt. Wir bedanken uns bei unseren Mitgliedern für das große Interesse und wünschen ihnen eine interessante Fortbildung während des Kongresses bzw. bei der Lektüre der Bücher!

red.

## BDI vergibt Stipendium an Medizinstudenten

Der BDI-Vorstand hat beschlossen, ein Förderprogramm für Medizinstudenten im klinischen Studienabschnitt aufzulegen. Mit einem Betrag von 500 Euro pro Semester sollen die Folgen der zu erwartenden Studiengebühren abgedeckt werden. In Frage kommen Bewerber/innen, die in ihrem bisherigen Studienverlauf gute bis sehr gute Leistungen erzielt haben und ihre berufliche Zukunft im Bereich der Inneren Medizin sehen. Die Bewerber müssen erklären, warum Sie das Berufsziel „Internist“ ins Auge gefasst haben. Die Bewerbungsfrist für die erstmalige Vergabe des Stipendiums zum Sommersemester 2006 endet am 1. September 2005. Details zur Ausschreibung werden wir in den nächsten BDI-aktuell-Ausgaben veröffentlichen.

red.

## Bedrohung für die freiberufliche Praxis

Bei Eröffnung einer Arztpraxis hatte es über viele Jahre mit einer Finanzierung über die Banken wenig oder keine Probleme gegeben. In der Regel hat sich die Bank bei der Kassenärztlichen Vereinigung nach den Aussichten für eine erfolgreiche Praxistätigkeit erkundigt, und sich bei einer positiven Antwort auch zur Finanzierung bereit erklärt. Die Weiterführung dieser Kredite hing ganz entscheidend davon ab, welche Abrechnungen von Seiten der Kassenärztlichen Vereinigung vorgelegt werden konnten. Die Honorarzahmung über die Kassenärztliche Vereinigung erlaubt es den Banken, die Kreditwürdigkeit einer Praxis unabhängig von sonstigen Einnahmen

einigermaßen sicher abzuschätzen.

### Härtere Zeiten für die Praxis

Doch auch hier dürften die Zeiten für die Praxen härter werden – zumindest stellt sich aus mehreren Gründen die Frage, ob die Banken bei diesem arztfreundlichen Verfahren bleiben können.

Angesichts der reduzierten Ressourcen der Kassenärztlichen Vereinigung können immer mehr Praxen nicht mehr von den Einnahmen der Kassenärztlichen Vereinigung leben und müssen die Leistungen durch zusätzliche Verträge und/oder Privatversicherte bzw. IGeL quersubventionieren. Es stellt sich deshalb mit Si-

cherheit für die Banken die Frage, wie sie angesichts dieser neuen Situation die Kreditwürdigkeit der Praxen beurteilen sollen. Wie wird sich in einer zu prüfenden Praxis die Abrechnung der privat Versicherten weiterentwickeln? Wenn ein Teil der Praxiseinnahmen durch Zusatzverträge mit Krankenhäusern oder über eine integrierte Versorgung erwirtschaftet wird, muss überprüft werden, ob diese Verträge von der Laufzeit her die Einnahmen wirklich zuverlässig sichern.

### Mehr Probleme mit der Praxisfinanzierung

Es gehört nicht viel Phantasie zur Prognose, dass es bei der Neu- und Weiterfi-

nanzierung von ärztlichen Praxen in Zukunft zu weit größeren Schwierigkeiten kommen wird als in der Vergangenheit üblich war.

Hinzu kommt noch ein Verhalten der Banken gegenüber Privatkunden und vor allem auch gegenüber dem Mittelstand und den freien Berufen, das sich unter dem Begriff „Basel II“ zusammenfassen lässt.

### Gefahren für die freien Berufe

Hier sind Vorgaben für eine Eigenkapitalquote erarbeitet worden, die die Kreditsicherung verbessern und das Risiko der Banken bei der Kreditgewährung vermindern sollen. Basel II ist noch nicht in Kraft getreten, obwohl allüberall bereits nach diesen Vorgaben von Seiten der Banken gehandelt wird. Dass man dabei die Finanzierung von Projekten im Mittelstand, und hier auch im freien ärztlichen Beruf unter Umständen massiv gefährdet, ist noch nicht ausreichend in der Öffentlichkeit bekannt.

Die Banken sind auf dem Weg, möglichst ohne Risiko Kredite zu vergeben, und dennoch genügend Geld zu verdienen.

Bestärkt werden sie darin noch vom Präsident der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Jochen Sanio, der nach einem Bericht der Frankfurter Allgemeinen Zeitung die deutschen Banken vor einem desaströsen Konditionenwettbewerb gewarnt hat. Er hat damit die Bedenkenträger bei der Kreditvergabe in den Banken nochmals gestärkt.

### Kein Eigenkapital mehr für selbständige Praxen?

Ich halte es bei den freien Berufen für kaum möglich, dass eine ausreichen- ▶

## Einladung

zur Ordentlichen Mitgliederversammlung  
des Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V.

am Sonntag, 3. April 2005, 13:30 Uhr  
Hotel „Crowne Plaza“, Raum Bach  
Bahnhofstraße 10-12, 65185 Wiesbaden

Als Präsident des Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V. darf ich Sie sehr herzlich zu dieser Versammlung einladen.

Tagesordnung:

1. Verleihung der Günther-Budermann-Medaille
2. Bericht des Präsidenten zur aktuellen berufspolitischen Situation
3. Kurzgefasste Berichte des Hauptgeschäftsführers zum Geschäftsjahr 2004 und des Schatzmeisters (Kassenbericht)
4. Beschlussfassung über die Entlastung von Präsidium, Vorstand und Geschäftsführung
5. Verschiedenes

Dr. med. Wolfgang Wesiack  
Präsident

Offizielle Eröffnungsveranstaltung der 111. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin  
im Kurhaus Wiesbaden (Friedrich-von-Thiersch-Saal)  
am Sonntag, 3. April 2005, 17:00 Uhr

# Wem gehört die Intensivstation?

In der letzten Zeit gibt es innerhalb der Krankenhäuser aber auch in den Fachgesellschaften eine Neuauflage der bereits aus früheren Jahren bekannten **Diskussion über die Zuständigkeit der Fachgruppen für die Intensivstation**. Dabei werden Konzeptionen angeboten, die unter keinen Umständen mehr miteinander vereinbar sind. So wird auf der einen Seite gefordert, dass Intensivstationen unter der Leitung der Anästhesisten zu stehen haben, während andererseits die einzelnen Fachgebiete ihre Zuständigkeit für die Intensivmedizin isoliert für ihren Fachbereich reklamieren. Hinzu kommt eine ökonomische Diskussion des Krankenträgers, der sich in der Regel mehrere Intensivstationen parallel mit unterschiedlichen Behandlungs- und Personal Konzepten kaum noch leisten kann.

Andererseits hat die Intensivbehandlung, insbesondere mit Langzeitbeatmung auch unter dem wirtschaftlichen Aspekt der DRG-Ab-

rechnung an Bedeutung gewonnen. Insofern steckt hinter der jetzt aufkommenden Diskussion auch ein wirtschaftlicher Aspekt.

Dem Problem kann man sich am besten an Hand vom Beispielen nähern. Ein Krankenhaus der Regelversorgung mit einer mittleren Größe hat heute sehr häufig eine von den Internisten und Chirurgen geführte Intensivstation. Dabei kommt den Anästhesisten, je nach Ausstattung ihrer Abteilung, eine mehr oder weniger große Rolle bei der Konsiliarbetreuung, insbesondere von beatmeten Patienten zu. Es wird sich auf Dauer dieses Krankenhaus zwei Intensivstationen mit den entsprechenden Vorhaltekosten kaum noch leisten können, so dass der Krankenträger versucht, eine einheitliche Intensivstation zu organisieren.

Hier ist eine fachübergreifende Kooperation dringend erforderlich. Die Aufgabe kommt sehr häufig auf die Anästhesie zu, die für die Vitalfunktion des Patienten zuständig ist, während der Patient ansonsten auf der Station weiterhin fachlich von der Abteilung oder dem Arzt betreut wird, der seine Krankheit behandelt und sie nach Rückverlegung auf die Allgemeinstation weiter betreuen wird. Dies setzt eine Kooperationsbereitschaft voraus, die in A-Abteilungen der deutschen Krankenhäuser manchmal zu wünschen übrig lässt.

In großen Kliniken und Kliniken mit Schwerpunkt erlebt man zusätzlich, dass die Intensivstation unter dem Gesichtspunkt des Fachgebietes geordnet werden muss. Eine große kardiochirurgische Abteilung benötigt eine hervorragende intensivmedizinische Betreuung. Sehr viele Kardiochirurgen haben aber schon in den

letzten Jahren erkannt, dass sowohl im Vorfeld der Operation, als auch in der Nachsorge auf der Intensivstation ein klinisch und intensivmedizinisch versierter Kardiologe eine große Hilfe ist. Insofern bieten sich auf diesem Sektor Kooperationen an, die durchaus bis zu gemeinsamen Intensivstationen für die Versorgung von Herzkreislaufpatienten aus der Inneren und der Chirurgie gehen können. Dies setzt aber einen ausgeprägten Versorgungsschwerpunkt des Krankenhauses voraus, wie wir ihn nur in Spezialkliniken oder in Universitätskliniken sehen.

**Allein diese beiden Beispiele zeigen, dass es wahrscheinlich eine ein-**

**zige vernünftige Lösung für das Problem nicht geben kann. Die Organisationslösung der Intensivstation mit der Frage der Zuständigkeit der einzelnen Fachgebiete wird sich deshalb nur individuell, je nach Versorgungsschwerpunkt und Größe des Krankenhauses, lösen lassen.** Insofern geht eine Grundsatzdiskussion etwas an dem Thema vorbei. Eines erscheint aber für die Zukunft sicher: Kooperationsstrukturen, wie sie heute im gesamten Medizinbetrieb gefordert werden, machen auch vor der zukünftigen Gestaltung der Intensivstationen nicht Halt.

HFS

Fortsetzung von Seite 4

de Eigenkapitalquote nach Basel II aufgebracht werden kann, um selbständige Praxen mit freiberuflich tätigen Ärzten zu ermöglichen. Wenn auf diesem Feld Praxisinvestitionen nur noch mit Unterstützung von finanzkräftigen Partnern möglich sind, ist die freie Arztpraxis in Gefahr.


Vielleicht ist dies der Grund, warum Bundesfinanzminister Eichel den Präsidenten der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, den genannten Herrn Sanio, bezüglich seiner Öffentlichkeitsaktivitäten an die kurze Leine genommen hat.



HFS


Anzeige



**Sonoring Deutschland**  
Die Ultraschall-Spezialisten.  
Ganz in Ihrer Nähe, bundesweit.

**TOSHIBA**  **GE Ultraschall**  
*Sunlight* **SONY ANALOGIC**

0 O f • v © Ü -v Ü o v ©

L -Dv Y Üë v D%jv -f • f

@v D= -v Uo a f • Uj v o o Ö

a o o Uo = UH - f • v e v o o v

ö 3 { ö † Ü 3 3 Ö Ü 3 3 Ö

L -v Ü 3

> -e -Ü -v Yv e

| a e ov Ü v -k

/ Oo Ü O B j a D %

/ v D j -e

L v % % w e o - B ...

L -D v a e o Ü

' -j o i -f Y v o v

L D v Ö v e

L e Ö v j o - B U

- O D % w e

I D j O e % w e

% D O e Y a D U

o ° D v j o v e

& D v -Ü O j o

' O n j a D % U

/ a f • j o

' O e e - e v D U

- - e v e j v D %

' v -e v j v D %

- O Ö v j

' ° j e

O v n n -e % w e

O e e f • v e U

: v e o j v D %

> Ü [ D % O B U

/ v -e v j o v e

> a j o | O f •

e D v D

O -j -e % w e -> A

H e D j a D % U

1 O e v j o

## Wieder mehr Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei den Niedergelassenen

Durch das seit 01.01.2004 in Kraft getretene GMG hat sich vieles bei der bisherigen Wirtschaftlichkeitsprüfung für Kassenärzte geändert. Nachdem sich nunmehr die neuen Prüfungsgremien konstituiert haben und bundesweit die Ausschüsse neu gebildet wurden, werden jetzt wieder verschärft Wirtschaftlichkeitsprüfungen auf die Ärzteschaft zukommen.

Die bisher bei den Kassenärztlichen Vereinigungen auch organisatorisch angesiedelten Prüfungsgremien sind nunmehr verselbständigt und richten sich gerade als eigenständige „Behörde“ ein. Die neuen „unabhän-

gigen“ Vorsitzenden mit ihren Prüfungsgremien und den neu etablierten Verwaltungsstellen bereiten bereits die ersten Prüfverfahren vor. Der bisher entstandene „Stau“ wird in den nächsten Monaten abgearbeitet werden.

### Prüfungsgremien werden konsequenter vorgehen

Der Gesetzgeber hat nicht nur strukturelle Änderungen bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung, sondern auch inhaltliche Änderungen vorgesehen. Die bisherige Regelprüfungsart nach Durchschnittswerten ist abgeschafft und ersetzt worden

durch die Prüfung nach Richtgrößen und die Zufälligkeitsprüfung.

Für die Richtgrößenprüfungen gilt als Prüfzeitraum nicht mehr das Kalenderjahr, sondern ein Jahr. Das Beitragsrisiko für Regresse trägt seit 01.01.2004 nicht mehr die Krankenkassenseite, sondern die Ärzteschaft. Diese Änderung wird dazu führen, dass die Prüfungsgremien Regressanträge konsequenter verfolgen werden.

Bei den Plausibilitätsprüfungen ist der Umfang der Prüfung wesentlich erweitert worden. Als Folge von Plausibilitätsprüfungen wird es auch zunehmend ver-

stärkt Wirtschaftlichkeitsprüfungen geben.

### Gesetzgeber bedroht KV-Vorstände

Da die Prüfaktivitäten in den einzelnen KVen sehr unterschiedlich waren, hat der Gesetzgeber nunmehr Sanktionen vorgesehen, falls eine KV es unterlässt, entsprechende Prüfverfahren durchzuführen. Damit die zukünftigen Vorstände der KVen nicht persönlich zur Rechenschaft gezogen werden, werden diese ein Interesse haben, verschärft von den Möglichkeiten der Wirtschaftlichkeitsprüfung Gebrauch zu machen. RAB

## Disziplinarstrafe wegen Zeitraster im neuen EBM?

Unter der Überschrift „Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung“ sind durch das GMG in § 106 a SGB V die Plausibilitätsprüfungen neu geregelt. Bei der Plausibilitätsprüfung wird vorrangig die zeitliche Erbringbarkeit der vom Arzt abgerechneten Leistungen geprüft. Das Ergebnis einer Plausibilitätsprüfung ist eine sachlich-rechnerische Richtigstellung durch die KV oder eine Wirtschaftlichkeitsprüfung. Die

Vorstände der KVen sind verpflichtet, Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Plausibilitätsprüfungen bei Androhung von Sanktionen durchzuführen. Es ist daher damit zu rechnen, dass in naher Zukunft verstärkt Plausibilitätsprüfungen und Wirtschaftlichkeitsprüfungen stattfinden.

Dem neuen EBM, der ab 01.04.2005 Gültigkeit hat, liegen Kalkulationszeiten und Durchschnittszeiten für die Leistungserbringung

zugrunde. Bei der Plausibilitätsprüfung werden so genannte Mindestzeiten für die Berechnung der Tagesprofile herangezogen. Probleme werden Praxen mit hoher Arzt-Patienten-Kontaktzahl haben. Ärzte werden auch zukünftig nicht umhin kommen, ihre tägliche Ist-Arbeitszeit mit den Soll-(Mindest-)Zeiten zu überprüfen. Die Folge von Implausibilität werden nicht selten Disziplinar-, berufsrechtliche Maßnahmen

sowie Strafverfahren sein. Daneben wird es Honorarrückforderungsbescheide geben.

Um gegen derartige existenzgefährdende Maßnahmen geschützt zu sein, werden die Kassenärzte nicht umhin kommen, sich intensiv mit dem neuen EBM und allen Abrechnungsbestimmungen vertraut zu machen und informiert zu halten. Die Abrechnung wird zur Chefsache! RAB

### Rekordniveau der Sozialausgaben

## 8.416 Euro Sozialhilfe für jeden Bürger

Die deutsche Volkswirtschaft wird in immer stärkerem Maße durch den Sozialstaat belastet. Rechnerisch erhielt jeder der 82 Millionen Bundesbürger im Berichtsjahr durchschnittlich Sozialleistungen in Höhe von 8.416 Euro. Damit summieren sich die Sozialausgaben auf das Rekordniveau von 694,5 Milliarden Euro. Den Löwenanteil der Finanzie-

rung des Sozialbudgets im Jahre 2003 trugen die Unternehmen mit 186 Milliarden Euro, gefolgt von den privaten Haushalten mit 185 Milliarden Euro. Auf den weiteren Plätzen lagen der Bund mit 170 Milliarden Euro, die Länder mit 83 Milliarden Euro und die Gemeinden mit 66 Milliarden Euro. (...)

Das „Sozialbudget“ erfasst alle in Deutschland erbrachten Sozialleistungen, und zwar unabhängig davon, ob sie durch Beiträge oder durch Steuern finanziert werden. Die Zahlen spiegeln die Ausgaben für die Sozialversicherungssysteme wie Rente, Gesundheit und Pflege, aber auch für die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, für

die betriebliche Altersversorgung, für Sozial- und Jugendhilfe, Kinder- und Wohngeld sowie für die Förderung der Vermögensbildung durch den Staat wider.

Aus: A+S aktuell, 3/05  
Dr. Josef Raabe Verlags-GmbH  
Kaiser-Friedrich-Str. 90  
10585 Berlin

## Finger weg vom Barmer Vertrag!

Die Barmer Ersatzkasse und der Hausärzteverband machen derzeit massiv Werbung für ihren so genannten Hausärztevertrag. Wir wiederholen daher unsere Warnung: Lassen Sie sich nicht von vordergründigen Vorteilen blenden! **In den Vertragsformulierungen und den Anlagen zum Vertrag verstecken sich schwere Nachteile und Einschränkungen für die tägliche Arbeit in der Praxis. Zudem bringt dieser Vertrag Nachteile für die eigentlich unbeteiligten Kollegen im fachärztlichen Sektor und in vielen Krankenhäusern.**

Lassen Sie am besten die Finger von diesem Vertrag

und bleiben Sie gelassen, wenn einige Niedergelassene in Ihrer Umgebung doch unterschreiben! So mancher voreilige Teilnehmer bereut dies inzwischen nämlich schon, nachdem ihm aufgegangen ist, welche Probleme er sich hier in die Praxis geholt hat.

Wenn Sie dennoch zu einer der Werbeveranstaltungen gehen, kaufen Sie nicht die Katze im Sack, sondern haken Sie gründlich nach, empfehlen BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack und seine beiden hausärztlich tätigen Kollegen, Dr. Manfred Pinkernell, Sprecher der Arbeitsgemeinschaft Hausärztlich tätiger Internis-

ten und BDI-Vorstandsmitglied Dr. Christian Sailer.

### Nicht nur auf Teilnahme-Erklärung schauen!

Die Teilnahme-Erklärung besteht aus einem Blatt, in dem einige wenige Punkte aufgezählt sind. Ganz am Ende steht dort die Verpflichtung, alle Regeln des Vertrages zwischen Barmer und Hausärzteverband einzuhalten. Dieser Vertrag umfasst mit Anlagen 55 Seiten, die jeder Teilnehmer kennen und beachten muss. Die Kollegen Pinkernell und Sailer haben immer wieder bemerkt, dass viele Kollegen sich mit dem Vertrag beschäftigen, aber noch gar

nicht wissen, worauf sie sich im Detail einlassen. BDI-Präsident Wesiack empfiehlt daher dringend: **Informieren Sie sich gründlich!**

### Behandlungsvorschriften nach Barmer Art

Barmer Ersatzkasse und Hausärzteverband legen Leitlinien fest und die Ärzte verpflichten sich, diese in ihren Praxen zu implementieren (im Vertrag § 6 Abs. 1, Punkt b). Man kann an fünf Fingern abzählen, dass hier sparmedizinische Vorschriften à la Barmer eingeführt werden.

### Arzt macht sich zum DMP-Fänger

Die Bereitschaft zur Teilnahme an DMP und Bearbeitung der Patienten in diesem Sinn ist vertraglich vorgeschrieben (im Vertrag § 6 Abs. 1, Punkt c; § 6 Abs. 2, Punkt j). Es ist eines der wichtigsten Ziele des Vertrages, möglichst viele Patienten in DMP zu keilen, damit die Kasse Geld aus dem Risikostrukturausgleich bekommt – als Büttel müssen die Ärzte herhalten. Wenn sie mehr als 40 Prozent der in Frage kommenden Patienten in ein DMP hineingelockt haben, sollen sie pro DMP-Patient zusätzlich 5,10 Euro bekommen. **Diese mengenabhängige Fangprämie ist nicht nur entwürdigend, sondern illegal! Ärzte sind doch keine Versicherungsvertreter!**

### Hausärzte werden Kassen-Sparkommissare

Wer unterschreibt, verpflichtet sich „zur Realisierung von Einsparungen“ bei Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung sowie Krankenhausbehandlung (im Ver-

## Der Gatekeeper und die Barmer Ersatzkasse

### Wenn Hausärzte die eigene Basis zerstören...

Der Integrationsvertrag des Hausärzteverbandes mit der Barmer Ersatzkasse geht von einer strikten Gatekeeper-Funktion des behandelnden Hausarztes aus. Nur er bestimmt, ob der Patient per Überweisungsschein einen Facharzt aufsuchen darf, bei ihm laufen alle Befunde zusammen, er koordiniert die vorgeschlagene weitere Diagnostik und Behandlung. Ein Hausarzt, der sich an diesem Vertrag mit dieser umfassenden Aufgabe beteiligt, muss eine sehr große Kompetenz in nahezu allen Fachgebieten besitzen und benötigt vor allem großen klinischen Sachverstand. Dies setzt eine umfassende klinische Weiterbildung mit konsequenter Fortbildung in nahezu allen Medizinbereichen voraus.

Dies ist das Idealbild des Hausarztes, der diese Aufgabe im Interesse des Patienten wahrzunehmen hat. Gäbe es einen solchen Hausarzt, wäre gegen eine solche Organisationsstruktur prinzipiell nichts einzuwenden. Die Frage ist allerdings, ob dieses Idealbild der hausärztlichen Versorgung in einer sich schnell weiterentwickelnden medizinischen Forschung und in diesem gesundheitspolitischen Umfeld überhaupt noch umge-

setzt werden kann. Ein Hausarzt ist deshalb um die beschriebene Funktion wahrlich nicht zu beneiden.

### Gefragt ist die Sparkompetenz

Ist diese idealistische Vorstellung des Hausarztes und Gatekeepers tatsächlich Vorbild für den Integrationsvertrag mit der Barmer Ersatzkasse? Bei genauem Durchlesen der Vertragsbedingungen entsteht hier eher der Eindruck, dass die medizinische Kompetenz des Hausarztes dazu benötigt wird, die ökonomischen Zwänge der Barmer Ersatzkasse im Rahmen der Kostendämpfung im Gesundheitswesen gegenüber dem Patienten zu begründen. Die Hausärzte, die den Barmer Ersatzkassenvertrag beitreten, werden deshalb darauf achten müssen, dass sie bei ihren Patienten nicht als rein ökonomisch orientierte Gatekeeper erscheinen, die nur noch ökonomische Vorgaben medizinisch zu verkaufen haben. **Sollte dies der Fall werden, werden die Hausärzte genau das Kapital zerstören, von dem sie leben: Ein positives Arzt-Patienten-Verhältnis.**

HFS

trag § 6 Abs. 1, Punkt e; Anlage 5). Vor allem bei chronisch Kranken und Schmerzpatienten soll gespart werden.

### Nur noch das Billigste verordnen

Wer am Vertrag teilnimmt, muss Generika verschreiben, wo immer es welche gibt und dabei in die unterste Preisschublade greifen. Nicht erlaubt sind Scheinnovationen – dieser undefinierte Begriff gibt der Barmer einen Freibrief zum umfassenden Einfluss auf die ärztliche Verordnung. Weitgehend soll der Apotheker das Arzneimittel auswählen (Anlage 5, Punkt A). Heilmittel außerhalb des Regelfalles gelten als suspekt (Anlage 5, Punkt B).

### Stationäre Einweisung beschränkt

Teilnehmende Ärzte bekommen eine Preisliste der Krankenhäuser; sie müssen in die preiswertesten Häuser einweisen (im Vertrag § 6 Abs. 2, Punkt e; Anlage 5).

### Apotheker übernehmen ärztliche Aufgaben

Die Apotheker sollen laut Vertrag einen Check Up bei den Patienten durchführen. Dazu gehört nicht nur RR-

Messung oder Bestimmung des BMI, sondern auch den Blutzucker nach den Leitlinien der Deutschen Diabetes-Gesellschaft.

### 120 Stunden Barmer-Fortbildung

Wer unterschreibt, verpflichtet sich zu 120 Stunden Fortbildung pro Jahr. Es besteht die Gefahr, dass die Barmer hier massiven Einfluss auf die Fortbildungsinhalte nimmt. Ob andere Fortbildungen mit CME-Punkten anerkannt werden, ist unklar.

### Fachärztlich tätige Internisten und Kliniker werden abgeschnitten

Erwähnt sei noch, dass dieser Vertrag auch die zunächst unbeteiligten Kollegen im fachärztlichen Sektor und in der stationären Versorgung tangiert.

Der Barmer-Vertrag realisiert ein reines Primärarztmodell, die Kollegen im ambulanten fachärztlichen Versorgungsbereich werden konsequent von ihren Patienten abgeschnitten. Ohne Überweisungsschein geht nichts (im Vertrag: § 4, Abs. 5., Anlage 01a).

Krankenhäuser werden zum Teil ins Abseits gestellt, wenn sie eine zu hohe Base-rate haben – damit werden insbesondere die leistungs-

fähigen Kliniken ausgegrenzt, die auch für kompliziertere Verläufe alles Notwendige vorhalten. Das kann auch nicht im Sinn des Einweisers und schon gar nicht im Sinn des Patienten sein.

### Keine Angst vor Konkurrenz!

Kassen und Hausärzteverband setzen offenbar auf den Herdentrieb bei den Ärzten. Etliche Vorreiter sollen für Konkurrenzängste sorgen und die anderen ebenfalls zum Mitmachen bewegen, vermutet Pinkernell. Er kennt inzwischen Kollegen, die schon früh unterschrieben haben und es nun bitter bereuen, nachdem sie etwas tiefer in die Details des Vertrages eingestiegen sind.

Angst vor Konkurrenz oder Patientenverlusten braucht man laut Pinkernell keineswegs zu haben; eine offene und ehrliche Diskussion über die Vor- und Nachteile des Vertrages wird von den Patienten sehr dankbar aufgenommen, weil sie über die Einschränkungen überhaupt nicht informiert worden sind. Die Patienten fühlen sich anschließend gut beraten und in ihrer bisherigen Praxis gut aufgehoben.

Eine ähnlich offene Diskussion muss man auch mit

den Kollegen in der Umgebung führen, rät Pinkernell. Ohne gegenseitiges Vertrauen und miteinander reden wird die Ärzteschaft auseinander dividiert und gespalten. Dieser Entwicklung Einhalt zu gebieten, ist von großer Bedeutung, da andere Kassen bereits mit Argusaugen zuschauen und mit noch viel härteren Einzelverträgen in der Warteschleife stehen. Deswegen: Wehret den Anfängen!

BW

Anzeige

#%M 3lf dUf T  
Xü\_deX  
\\_ec` JJZveZ



## JVZYeVL\` ^ aRveCV` dUc  
## `dZj` ^ VezZYVd> VhgVWVv\_  
## WZac` XR` ^ ZtSRc  
## =45l 5ZaJrj  
## ERX L? RYd LKf dRkaYRdV  
## D` W`Rv`WcHZ`U`hd  
## ARvZ` eV` f5ReV`SR`\  
## 65G`DIY` ZedMjV185E/  
## ? Vkh VögVeZ`\_  
## 2`eZ`\_dcdVZt+  
Dj dV` iZ` \jD` W`Rv`  
\*%&L` " ikkXZ`> hDeZ`

Aj dZ Bf R\_e

:\_Wc^ ReZ`\_V`+  
gM`\_ 28`† 9RcdRdV`#&  
) #`"! 8Vc^ VZ`X  
EMZ` (!) \*1) \*%d ((fS!  
7Ri + (!) \*1) \*%d ((fS&  
Gd > RZ+` Z`Wl` gM`\_`XV

Aus: dgd, 3/2005

## Minister-Kritikerin gefeuert

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) hat eine scharfe Kritikerin im GKV-Lager weniger. Nach wochenlangem Tauziehen ist die Chefin der AOK-Niedersachsen, Christine Luer, die noch im November Schmidts Rücktritt wegen Unfähigkeit gefordert hatte, wegen umstrittener Sonderprämien vom Verwaltungsrat der größten Krankenkasse des Landes gefeuert worden. Luer, die 150.000 Euro Jahresgrundgehalt bezog sowie

eine erfolgsabhängige Vergütung von 30.000 Euro, war in Misskredit geraten, weil die beiden zuvor zurückgetretenen AOK-Verwaltungsrats-Chefs, Gerrit Wolter und Vize Hans-Jürgen Steinau, mit ihr zwei Bonuszahlungen von 45.000 und 15.000 Euro ausgehandelt hatten, ohne die Ratskollegen zu informieren. Das war laut niedersächsischem Sozialministerium rechtswidrig, was Luers Anwalt allerdings bestreitet und Rechtsmittel dagegen an-

kündigte. Luer, die einen Teil des Geldes zwischenzeitlich rückerstattete, hatte die strittigen Sonderprämien geltend gemacht, weil sie monatelang ohne Stellvertreter die Geschäfte geführt hatte. Zum neuen Vorsitzenden des Verwaltungsrates der AOK-Niedersachsen wählten die Mitglieder unterdessen Bernd Wilkening (49) für die Arbeitgeber und Heinz-Joachim Barchmann (54) für die Versicherten.

## Nur in Kooperation mit einer Klinik?

Das kolorektale Karzinom gehört mit über 66 000 Neuerkrankungen und ca. 30 000 Todesfällen pro Jahr zu einem der häufigsten Krebse. Trotz operativer und medikamentöser Fortschritte hat sich in den letzten Jahren an dieser Tendenz noch nichts Entscheidendes geändert. Daher sind Präventionsbemühungen von wesentlicher Bedeutung. Hier kommt vor allem der Sekundärprävention, also der Aufdeckung der Krebsvorstufen eine besondere Bedeutung zu.

Es ist bestens belegt, dass die konsequente Entfernung kolorektaler Adenome zu einer drastischen Reduktion der Inzidenz des kolorektalen Karzinoms führt. Dieses Faktum war auch Grundlage der Entscheidung, die primäre Koloskopie als Vorsorgemaßnahme in die gesetzliche Krankenversicherung einzuführen.

Eine entscheidende Voraussetzung zur Durchführung der Vorsorge-Darmspiegelung ist die Erfüllung bestimmter Qualitätskriterien. Sie umfasst die persönliche Qualifikation, die adä-

quate Einrichtung und Ausstattung in Klinik oder Praxis mit den neuesten Geräten, die Einhaltung dezidierter Hygiene-Vorschriften, die Dokumentation und die Erbringung einer bestimmten Anzahl von Untersuchungen pro Jahr.

Die bisherige Datenlage zeigt, dass in ca. 20 bis 25 Prozent Krebsvorstufen gefunden werden, die in der Regel vom Untersucher während der Untersuchung abgetragen und histologisch aufgearbeitet werden. **In ca. 2 bis 4 Prozent sind die Polypen jedoch von der Größe oder ihrer Wachstumsform unter ambulanten Bedingungen nicht abtragbar und bedürfen daher einer stationären Einweisung.**

Daher ist eminent wichtig, dass zwischen Praxis und Klinik eine enge Kooperation stattfindet, **so dass möglichst noch im Rahmen der gleichen Vorbereitungsmaßnahme eine solche Polypektomie z. B. im Sinne einer endoskopischen Mukosaresektion durchgeführt werden kann. Grundsätzlich ist die**

**enge Anbindung an eine Klinik notwendig, da vor allem bei Auftreten von Komplikationen wie Perforation oder Blutung ein klinischer Hintergrund mit stationärer Überwachung unabdingbar ist.**

In der Regel funktioniert die Kooperation zwischen niedergelassenen Kollegen und Krankenhausärzten hervorragend; es gibt jedoch nach wie vor Unverbesserliche, die sich entweder selbst zu viel zutrauen, ohne den nötigen klinischen Background zu haben, oder aber von vornherein auf eine Kooperation verzichten.

Die gegenwärtige Situation der Vorsorge-Koloskopie ist absolut unbefriedigend; nur ca. 2 bis 3 Prozent der Berechtigten nehmen diese Möglichkeit wahr. Einer der wichtigen Gründe ist nach wie vor der schlechte Ruf, den sich die Koloskopie vor allem durch wenig erfahrene Untersucher erworben hat. Die Daten aus den niedergelassenen Fachpraxen mit exzellenten Untersuchungen belegen das Gegenteil. Hier gilt es deshalb, weiterhin Aufklärungsarbeit

zu leisten. In den Aufklärungsgesprächen mit möglichen Nutzern der Vorsorge-Koloskopie sollte der Aspekt auch einer klinischen Anbindung eine wichtige Rolle spielen. Das gibt die Sicherheit, dass im Falle einer Komplikation oder einer erweiterten Mukosaresektion an kompetenter Stelle weitergeholfen werden kann.

Die Stiftung LebensBlicke als eine der wichtigen Institutionen zur Früherkennung des Darmkrebses ruft alle Kolleginnen und Kollegen auf, die sich an der Vorsorge-Darmspiegelung beteiligen, unabhängig davon, ob sie in der niedergelassenen Praxis oder im klinischen Bereich tätig sind, die Bemühungen um eine Kooperation zu verstärken, alles dazu beizutragen, den „schlechten“ Ruf der Koloskopie zu verbessern und durch ein intaktes innerärztliches Kooperationsverhältnis den Patienten alle Sicherheiten für die Untersuchung selbst und gegebenenfalls für ein weitergehendes Vorgehen zu geben.

Prof. Dr. med. J. F. Riemann  
Direktor der Med. Klinik C  
Ludwigshafen

### Kassen-Wettbewerb treibt seltsame Blüten

## Neuer Werbegag: Kassen finanzieren Seelsorge

Wie manche Krankenkassen(verbände) Beitragsgelder für gesundheitsthematische Werbung ausgeben, verblüfft. So nahm der BKK-Bundesverband Geld in die Hand, um neuerdings BKK-Versicherten in (familiären) Lebenskrisen seelsorgerisch zur Seite zu stehen. „BKK-Lebenshilfe online“ heißt das Angebot, das „einfach und schnell Zugang zu anonymer, professioneller Beratung bei psychischen Problemen“ zusagt. Das vom Bundesverband entwickelte Online-Programm wird bisher sechs Millionen Versicherten

von 65 der mehr als 200 BKKn geboten. Via Homepage seiner jeweiligen Betriebskrankenkasse wird dem Betroffenen versprochen, Kontakt „zu der für seine Problemlage passenden Beratungseinrichtung oder Selbsthilfeorganisation“ zu bekommen – aber ohne jedwede Haftung der BKKn.

Die Bahn-BKK gibt indes Geld für ein „privates“ Gesundheitsfernsehen aus. Ausgestrahlt wird das Magazin auf Bahn TV. Dieses Programm ist nicht nur von Bahnbediensteten zu empfangen,

sondern über Satellit europaweit sowie in den digitalen Kabelnetzen ish, Primacom und Kabel BW bundesweit. Sogar weltweit kann das sechsmal jährlich geplante Bahn-BKK-Gesundheitsmagazin „Fit 4 life“ im Internet<sup>1</sup> gesehen werden. Premiere war am 18. Februar. Die Bahn-BKK fühlt sich mit ihrem TV-Angebot durchaus auf der rechten Seite. Immerhin ist sie Testsieger beim ersten freiwilligen Ratingverfahren des BKK-Bundesverbands (an dem allerdings nur fünf BKKn teilnahmen).

Die Securvita BKK, die ihren Beitragssatz binnen kurzer Zeit zweimal auf aktuell 14,2 Prozent erhöhen musste, dürfte dagegen froh sein, für energiesparende Bürogeräte, Recyclingpapier und konsequenten Dienstwagen-Verzicht als kostensenkende Faktoren werben zu können. Da dieses Sparen umweltfreundlich ist, adelte Hamburg die Securvita als vorbildlichen Umweltpartner der Stadt.

1. <http://www.bahntv-online.de> sowie <http://www.bahn-bkk.de>