

Der Gastkommentar

Höhere Ärztehonorare sind berechtigt

Die organisierte Ärzteschaft hat in den vergangenen Jahren immer wieder darauf hingewiesen, dass die vertragsärztliche Versorgung deutlich unterfinanziert sei. Die genannten Fehlbeträge gingen bis in den zweistelligen Milliardenbereich. Vor allem wegen dieser Unterfinanzierung würden sich immer weniger junge Ärztinnen und Ärzte für eine Tätigkeit in der Patientenversorgung entscheiden. Dem haben die Krankenkassen vehement widersprochen. Die Behauptung von der Unterfinanzierung sei eine „Mär“ – schließlich würde ein Versicherter im Durchschnitt 26.250 Euro im Jahr verdienen, ein niedergelassener Arzt jedoch 82.000 Euro plus PKV-Honorar und IGEL-Einnahmen. Diese Frontstellung hat sich bei den Beratungen zum neuen EBM im Bewertungsausschuss erneut bestätigt. Der letztlich gefällte Beschluss kam nur mit der Stimme des unparteiischen Vorsitzenden zustande. Ärzteschaft und Kassen hatten sich auf keinen Kompromiss verständigen können.

Sicher, die von den Kassen ins Feld geführten Zahlen lassen sich nicht einfach wegwischen. Die Ärzteschaft steht insgesamt nicht vor dem sozialen Abgrund. Allerdings verkennen die Kassen in ihrer Argumentation zweierlei: Durchschnittszahlen sagen nichts über die Einkommenslage des Einzelnen aus. Die Einkommen von Ärztinnen und Ärzten in verschiedenen Fachgruppen, aber vor allem auch in strukturschwachen Regionen liegen deutlich niedriger als Durchschnittszahlen suggerieren. Vor allem aber ist der Vergleich mit den Durchschnittsverdiensten gesetzlicher Krankenversicherter fragwürdig. Ganz davon abgesehen, dass bei dieser Berechnung die höheren Einkommen von Privatversicherten nicht berücksichtigt werden, sind Ärztinnen und Ärzte hochqualifiziert und gehen einer besonders verantwortungsvollen Tätigkeit nach. Will man hier Vergleiche anstellen, sollten diese mit Berufsgruppen erfolgen, die vergleichbare Qualifikationen aufweisen und unter ähnlichen Belastungen stehen. So viel Fairness würden auch Rechtsanwälte, Piloten

oder Berufspolitikerinnen verlangen. Geht man aber so vor, dann stellen sich die Relationen schon sehr viel anders dar.

Kurzum: Ein Anstieg der Ärztehonorare ist gerechtfertigt. Die konkrete Höhe wird im nächsten Jahr ausgehandelt werden müssen. Das wird dann zwischen den Selbstverwaltungspartnern geschehen. Doch indirekt ist auch die Bundesregierung beteiligt. Bis zum 1.11.2008 muss die erstmalige Festsetzung eines bundeseinheitlichen Beitragssatzes durch das Bundesgesundheitsministerium für das Jahr 2009 erfolgen. Und bei dieser Festlegung muss selbstverständlich auch die Honorarentwicklung berücksichtigt werden. Der zuständige Abteilungsleiter des Ministeriums hat erst kürzlich auf einer KBV-Veranstaltung eine zehnjährige Steigerung der Ärztehonorare – das wären rund 2,5 Milliarden Euro – als akzeptabel bezeichnet. Die werden aber ohne Beitragssatzsteigerungen nicht zu haben sein. Darüber hinaus hat Ulla



Biggi Bender ist Mitglied des Bundestags und gesundheitspolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen.

Schmidt mehrfach erklärt, den Beitrag für das Jahr 2009 so hoch festsetzen zu wollen, dass im Wahljahr möglichst wenige Krankenkassen den neuen Zusatzbeitrag verlangen müssen. Die üblichen Ausgabensteigerungen in der GKV müssten also vollständig über den allgemeinen Beitragssatz aufgefangen werden. Damit dürfte es bei den 0,25 Prozentpunkten, die für die höheren Ärztehonorare notwendig wären, nicht bleiben. Und für diese Beitragssatzsteigerungen wäre erstmalig die Bundesregierung voll verantwortlich. Da wird von Ulla Schmidt einiges Standvermögen abverlangt werden, wenn sie ihre Versprechungen gegenüber der Ärzteschaft halten will.

Vor allem aber macht die Diskussion noch einmal deutlich, wie dringend unser Krankenversicherungssystem auf eine Finanzreform angewiesen ist. Die einseitige Anbindung der Bei-

tragseinnahmen der Krankenkassen an die Erwerbseinkommen der Versicherten koppelt das Gesundheitswesen zunehmend von der gesamtgesellschaftlichen Wachstumsentwicklung ab. Einkommen aus abhängiger Beschäftigung machen einen immer geringer werden Teil der gesamten Einkommen aus. Eine breitere Finanzierungsbasis ist dringend erforderlich, wenn das Gesundheitswesen und die darin Tätigen mit der übrigen Gesellschaft Schritt halten sollen. An dieser Aufgabe ist die Große Koalition gescheitert. Ein neuer Anlauf wird notwendig sein. Die derzeit günstige Konjunkturschafft eine kurze Atempause – mehr nicht.

Biggi Bender, MdB

Einigung zum EBM

... von bis zu 10 % Steigerung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat sich mit den Krankenkassen auf den neuen EBM geeinigt. Sie ist stolz, weil sie die Zeitvorgabe des 1. Januar 2008 eingehalten hat und damit den Forderungen der Politik Rechnung tragen konnte. Die Selbstverwaltung hat wieder funktioniert.

Zur Erinnerung: wir hatten in der letzten Ausgabe von BDI aktuell dargestellt, dass das KBV-Konzept drei wichtige Schritte bei der Neuordnung der ärztlichen Vergütung vorsieht. Der erste Schritt ist jetzt getan. Es

geht um die Punktzahlsteigerung im Vergleich zum EBM 2000 plus. Hier sollte ein möglichst hoher Punktzahlzuwachs vereinbart werden, als zweiter Schritt ist ein möglichst hoher bundeseinheitlicher Punktwert not-

wendig. Die Entscheidung fällt aber bei der Definition der Abstufungsgrenzen der Regelleistungsvolumina. Voraussetzung für eine angemessene ärztliche Vergütung ist aber eine ausreichend hohe Punktzahlsteigerung. Unter dem Eindruck, dass bereits jetzt 30 Prozent der Leistungen im GKV-System bei den Vertragsärzten nicht vergütet werden, hat die KBV eine Forderung von 36 Prozent Steigerung des Punktzahlvolumens eingebracht. Die Veröffentlichungen über das Ergebnis der Verhandlungen sind ernüchternd. Sie sprechen von einer Steigerung bis zu 10 Prozent, was bedeutet, dass man wahrscheinlich nicht einmal ein Viertel der eigenen Forderungen hat durchsetzen können. Der erste Schritt zu einer angemessenen Vergütung der Vertragsärzte ist bereits zu kurz ausgefallen. Das Verhandlungskonzept droht schon jetzt zu scheitern.

Der kalkulierte Arztlohn

Besonders delikat ist die Diskussion über den kalkulierten Arztlohn. Hier lohnt es sich wieder, über die Systematik des EBM als Bewertungsmaßstab und unsere Punktzahlwährung nachzudenken. Besonders stolz wird darauf hingewiesen, dass man die Krankenkassen dazu gebracht hat, den kalkulierten Arztlohn von 95 000 € auf 105 000 € anzuheben. Jetzt sollte der Vertragsarzt aber bitte nicht glauben, dass ihm bei den einzelnen Leistungen auch tatsächlich ein Gegenwert des Arztlohnes von 105 000 € zufällt. Denn wir haben es ja weiter mit unserer Punktwertwährung zu tun. Die Krankenkassen gehen nach ihrer Pressemitteilung davon aus, dass man etwa 0,37 € Punktwert zur Verfügung stellen kann. Dies heißt im Klartext, dass bei der Kalkulation real nicht 105 000 €, sondern 76 020 € eingerechnet werden. Damit fängt die Rechnung aber erst an. Der Kostenanteil in der jeweiligen Position des EBM wird auch mit einem Punktwert von 0,37 € vergütet werden, obwohl die kalkulatorische Größe mit 5,11 Cent zugrunde gelegt wurde und sich weder Personal noch Sachkosten mit Punkten, sondern nur

mit € und Cent bezahlen lassen. Die Defizite, die durch die Abwertung auf 3,7 Cent entstehen, müssen durch den kalkulatorischen Arztlohn ausgeglichen werden. Wie gesagt, es handelt sich nicht um 105 000 €, sondern um 76 000 €, die dafür zur Verfügung stehen. Erbringt eine Praxis ihre GKV-Leistungen mit einem Schnitt von 60 Prozent EBM Kostenanteil, so entsteht ein Defizit von 43 470 €, das über den Arztlohn ausgeglichen wird, von dem dann nur noch 32 150 € übrig sind. Bei einem Prozentsatz von etwa 72 Prozent ist der gesamte Arztlohn aufgebraucht, er wird benötigt, um die Kosten quer zu subventionieren. Diese Berechnung trifft im Übrigen auch schon auf den derzeit gültigen EBM zu, sodass immer verständlicher wird, warum Praxen mit einem hohen Kostenanteil immer mehr in finanzielle Schwierigkeiten geraten. Trotz aller Ernüchterung lohnt es sich immer wieder, die Kalkulationsbasis des EBM und die tatsächliche Vergütung bezogen auf den Arztlohn in Relation zu setzen. Man sollte diese Berechnung zum Anlass nehmen, die Forderung nach einer Vergütung von 5,11 Cent pro Punkt zu erneuern.

HFS

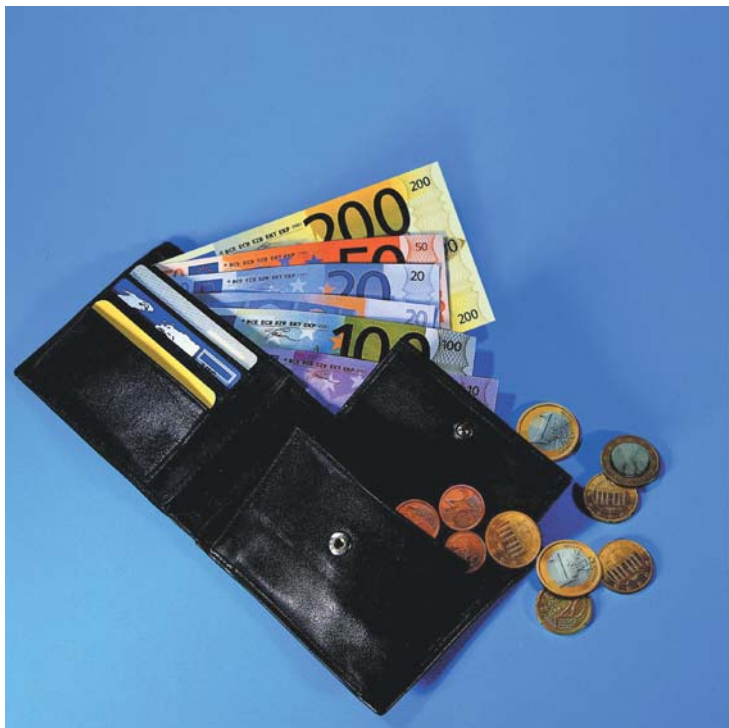


Bild: J. Photodisc

Mehr Geld im Portemonnaie der Ärzte? Der BDI besteht darauf, dass 2009 5,11 Cent als bundeseinheitlicher Punktwert eingeführt wird.

Arzneimittelverordnungen und Morbidität (Fortsetzung von Seite 1)

Mehrverbrauch von Medikamenten ist zwangsläufig

Die moderaten Umsatzsteigerungen müssen vor dem Hintergrund interpretiert werden, dass eine älter werdende Gesellschaft zwangsläufig einen Mehrverbrauch von Medikamenten nach sich zieht, so IGES-Direktor Prof. Bernhard Häussler bei der Präsentation des Atlas in Berlin. Sparpotenziale seien bereits weitgehend ausgeschöpft: Der beobachtete Mehrverbrauch bei Volkskrankheiten schließe bestehende Versorgungslücken und führe zu einer verbesserten Gesundheit. Oder die Mehrausgaben sind, wie im Bereich Prävention (Impfen), gesundheitspolitisch erwünscht.

● Gravierende Fehler des AVR

Der Wissenschaftler weist auf zwei besonders gravierende Fehler des WIdO-AVR hin: Verschiebungen zu größeren Arzneimittelpackungen werden nicht als Einsparungen, sondern als Mehrumsatz missgedeutet. Er zeigte ein Beispiel: Verordnet ein Arzt statt zwei N2-Packungen mit jeweils 50 Tabletten zu je 50 Euro nur noch eine große Packung N3 mit 100 Tabletten, kostet die Verordnung nur noch 90 Euro, die gleiche Menge Tabletten also 10 Euro weniger. Der AVR sieht das jedoch als einen Wechsel zu einer teureren Verpackung an.

Ein anderer Fehler: Im AVR werden alle Arzneimittel für untereinander austauschbar gehalten, was das Volumen der Strukturkomponente drastisch aufbläht. Damit wird z. B. unterstellt, dass ein Rückgang der Verordnungen von Venensalben und eine Zunahme der Verordnungen von Interferonen als „Austausch“ zu betrachten sei. Gerade Ulla Schmidt macht sich das dies gerne zunutze, wenn sie Jahr für Jahr beklagt, dass die Ärzte „ohne medizinische Notwendigkeit immer häufiger neue, teurere Medikamente anstelle bewährter, sicherer Präparate“ verordnen.

● Differenzierte Betrachtung

Alle Analysen des Arzneimittel-Atlas basieren auf dem Konzept der Tagesdosen. Für das Jahr 2006 werden im

Vergleich zu 2005 die Änderungen von Verbrauch, Preis und strukturellen Verschiebungen betrachtet, wobei erstmals auch die monatlichen Umsatzveränderungen betrachtet werden. Neu ist auch eine Übersicht der wesentlichen Einflussfaktoren auf den Arzneimittelumsatz. Schließlich wird der Arzneimittelverbrauch in Beziehung zur Prävalenz der jeweiligen Indikation gesetzt. Abgerundet wird der Arzneimittel-Atlas 2007 durch die Betrachtung der Arzneimittelausgaben auf regionaler KV-Ebene.

Das wirkliche Ergebnis des Jahres 2006 weicht sehr stark ab von der Prognose, die die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung bei der Anpassung der Einflussfaktoren auf das Ausgabenvolumen für das Jahr 2006 ausgegeben haben. Kritik wird von den Autoren des Atlas vor allem daran geübt, dass das Sozialgesetzbuch V morbiditätsbezogene Einflussfaktoren bisher nur mangelhaft berücksichtigt und die realen Umsatzsteigerungen somit nur unzureichend erklärt werden können. Mit Ausnahme des Faktors „Zahl und Alter der Versicherten“ hat der Gesetzgeber keine nachfragebezogenen Anpassungsfaktoren formuliert. Häussler betont dagegen, dass eine morbiditätsbezogene Anpassung im SGB V geradezu zwingend sei, weil verbrauchsbezogene Umsatzsteigerungen derzeit die wichtigste Komponente von Umsatzsteigerungen überhaupt seien. Er bilanziert: „Der Arzneimittel-Atlas basiert darauf, dass Veränderungen bei den Arzneimittelausgaben der GKV indikationsweise betrachtet werden. Dabei hat sich gezeigt, dass ca. 70 % der Steigerungen auf weit verbreitete chronisch-somatische Erkrankungen wie Hypertonie, Fettstoffwechselstörungen, Rheuma und Diabetes zurückzuführen sind. Damit treten die Folgen einer alternden Gesellschaft mit ihren typischen Erkrankungen zunehmend deutlicher zu Tage.“

● Umsatzsteigerungen beruhen auf gestiegenem Verbrauch

Für einen detaillierten Vergleich der Arzneimittelumsätze wurden die Versorgungssegmente Grund-, Spezial-, Supportiv- und HIV-Versorgung getrennt voneinander betrachtet. Die Umsatzsteigerungen der Apotheken in Höhe von 563 Mio. Euro resultierten aus Arzneimitteln zur Spezialversorgung (+623 Mio. Euro), zur Supportiv-Versorgung (+41 Mio. Euro) und zur Versorgung von HIV-Infizierten (+52 Mio. Euro). In der Supportiv-Versorgung werden Schwerkranken mit solchen Arzneimitteln versorgt, die ihr Verbleiben im ambulanten Versorgungssektor ermöglichen (z. B. Infusionen und starke Schmerzmittel).

Die Umsatzsteigerungen wurden teilweise kompensiert von Umsatzrückgängen bei der Grundversorgung (-153 Mio. Euro). Die Umsatzzuwächse in der Spezialversorgung entstanden im Rahmen der Behandlung schwerer und lebensbedrohlicher Erkrankungen, darunter die rheumatoide Arthritis (+112 Mio. Euro), Krebserkrankungen (+107 Mio.) und Multiple Sklerose (+77 Mio.).

Die Umsatzsteigerungen beruhen überwiegend auf gestiegenem Verbrauch an Arzneimitteln. Strukturelle Verschiebungen zu Gunsten innovativer Arzneimittel ließen die Umsätze um etwa 504 Mio. steigen. Hier handelte es sich vor allem um Innovationen zur Behandlung von schwererwiegenden Erkrankungen wie Krebs, neurologisch-psychiatrischen Erkrankungen, rheumatoide Arthritis etc. Verbrauchssteigerungen und Innovationen hätten die Umsatzsteigerungen noch wesentlich stärker erhöht, wenn sie nicht durch „technische Einsparungen“ (Wahl preisgünstiger Arzneimittel, -595 Mio. Euro) und Preisreduktionen mehr als im Vorjahr reduziert worden wären. Die „technischen Einsparungen“ wurden vor allem erzielt durch die Verordnung größerer Packungen (-94 Mio.) und Wirkstärken (-95 Mio.), Parallelimporte (-50 Mio.) und vor allem durch den Wechsel auf Arzneimittel, deren Patentschutz im Jahr 2006 endete (-321 Mio.). Die im Jahr 2006 besonders starke Senkung der Festbeträge sowie die Befreiung besonders preisgünstiger Arzneimittel von der Zuzahlung brachten Preissenkungen im Wert von insgesamt -555 Mio. Euro.

Kommentar

Regelhaft weist die Politik Behauptungen zurück, dass in unserem Gesundheitswesen insbesondere im Arzneimittelbereich rationiert wird. Ärzte und Betroffene werden aufgefordert, diese Behauptung zu belegen. Dabei wird immer wieder angeführt, dass es leider in Deutschland keine Daten gibt, nach denen bei bestimmten Indikationen der Bedarf an Arzneimitteln abgeschätzt werden kann. Damit lässt man alle Befürchtungen bezüglich einer Rationierung ins Leere laufen. Der hier vorgestellte Arzneimittelatlas ist nicht nur eine Chance für eine bessere Bewertung von Arzneimittelbudgets in der Zukunft, er hilft uns auch, die Vergangenheit in dieser Frage zu bewältigen. Es wird in dem Arzneimittelatlas nämlich berichtet, dass seit den 90er Jahren

das Bundesgesundheitsministerium aufgrund von validen Umfragen den tatsächlichen Bedarf an Arzneimitteln bei bestimmten Indikationen gekannt hat. Dies gilt vor allem für die Antihypertensiva und für die Lipidsenker. Dabei wird sichtbar, dass hier seit Jahren ein erheblicher Nachholbedarf an Therapie besteht. Trifft diese Tatsache zu, so hat das Bundesgesundheitsministerium hingenommen, dass aus rein ökonomischen Gründen die Patienten nicht ausreichend versorgt worden sind. Sie hätte auch diesen Umstand durchaus seit Jahren hinweisen können. Mit zu niedrig bemessenen Arzneimittelbudgets hat man aus rein ökonomischen Gründen den Vertragsarzt mit seinem Patienten alleingelassen. Rationierung pur!

HFS

● Warum manche KVen „billiger“ sind

Neu im vorliegenden Arzneimittel-Atlas 2007 ist das Thema der regionalen Besonderheiten bei der Arzneimittelversorgung. Auf der Ebene einzelner Kassenärztlicher Vereinigungen wurden für das Jahr 2006 Pro-Kopf-Umsätze festgestellt, die zwischen 347 (Bayern) und 446 Euro (Berlin) und damit um annähernd 100 Euro pro GKV-Versicherten variierten. Eine differenzierte Betrachtung zeigt, dass sich die Unterschiede im Wesentlichen aus der Grundversorgung ergaben. Bei der Grundversorgung spielen die Faktoren „Morbidität“ und „Altersstruktur“ eine entscheidende Rolle, wobei der Anteil der fettstichtigen Einwohner als Maß für die Morbidität verwendet wurde. In den neuen Bundesländern ist der Anteil adipöser Menschen besonders hoch. Bei der Spezialversorgung spielen ebenfalls der Anteil Fettstichtiger sowie die Dichte von Fachärzten in einer KV eine wichtige Rolle.

Die Analysen im Arzneimittel-Atlas zeigen, dass der überwiegende Teil der Abweichungen durch krankheitsbestimmende Faktoren (z.B. Fettleibigkeit), demographische Faktoren (z.B. Anteil von Personen über 65) und das Ärzteangebot (Anteil der Fachärzte) erklärt werden kann. Das individuelle Verschreibungsverhalten der Ärzte ist dagegen von geringerer Bedeutung.

Diese Variablen erklären erhebliche Teile von Grund- und Spezialversorgung, sodass die nicht erklärten Unterschiede zwischen den KV-Regionen mit +14 Euro (KV Thüringen) und -21 Euro (KV Nordrhein) eher marginal sind. Die höheren Werte von Berlin (+25 Euro) und Hamburg (+19 Euro) müssen im Zusammenhang mit den besonders geringen Werten von Brandenburg (-20 Euro) und Schleswig-Holstein (-16 Euro) gesehen werden, was mit der Zentrumsfunktion der beiden Großstädte zusammenhängt.

KS



Arzneimittel-Atlas 2007
Der Arzneimittelverbrauch in der GKV

B. Häussler, A. Höer, E. Hempel, Ph. Storz
Arzneimittel-Atlas 2007
Die Entwicklung des Arzneimittelverbrauchs in der GKV
Urban & Vogel GmbH, München 2007
320 Seiten, 29,95 Euro.

Die KBV sucht Unterstützung

Wer vertritt die Interessen der Fachärzte?

An Verbänden mangelt es nicht in der Ärzteschaft. Nun soll ein ganz neuer Verband entstehen, der die Interessen der Fachärzte ähnlich kämpferisch vertritt wie der Deutsche Hausärzterverband die der Hausärzte. Das ist jedenfalls der Wunsch des KBV-Vorsitzenden Dr. Andreas Köhler.

Es gibt kein Gegenstück zu dem homogenen Hausärzterverband, weil die Interessenlage der Fachärzte so heterogen ist. Die sich als eigentliche Facharztvertretung gerierende Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB) hat den Nachteil, dass ihr keine Fachärzte als zahlende Einzelmitglieder angehören, sondern dass sie lediglich als eine Art Dachorganisation der zahlreichen Berufsverbände der Fachärzte fungiert. Das schmälert ihre Durchschlagskraft auf politischer Ebene. Dann gibt es noch den Deutschen Facharztverband (DFV), der aber laut Insider-Angaben nicht mehr als 600 Mitglieder hat und unter seinem Vorsitzenden, dem Münchner Augenarzt Dr. Thomas Scharmann, saft- und kraftlos vor sich hindümpelt.

Für die KBV und die Kassenärztlichen Vereinigungen aber sind die Fachärzte unverzichtbar, denn ohne sie verlor sie ihre Existenzberechtigung. Die Hausärzte praktizieren mehrheitlich den Ausstieg aus der KV bzw.

arbeiten auf eine eigenständige Hausarzt-KV hin. Der Gesetzgeber hat ihnen dazu die Tür geöffnet, als er den KVen im GKV-WSG einen Teil ihrer Aufgaben entzog.

● **Gegengewicht zu den Hausärzten**
Jetzt soll nach dem Wunsch Köhlers – aber wohl auch etlicher fachärztlicher Berufsverbände – ein Gegengewicht auf fachärztlicher Seite entstehen. Eine Runde von Vorsitzenden und Präsidenten fachärztlicher Berufsverbände hat Ende September auf Einladung der KBV diskutiert, wie ein solcher Verband aussehen und was er für die Fachärzte bewegen könnte. Es wurde ein Trio als Strukturkommission gekürt, das sich darüber nun konkrete Gedanken machen soll. Seine Mitglieder sind Dr. Wolfgang Wesiack, Präsident des Berufsverbands Deutscher Internisten e.V., als mitgliederstärkste Gruppierung, Dr. Siegfried Götte, Vorsitzender des Berufsverbandes der Orthopäden und Unfallchirurgen, sowie der Gynäkolo-

ge Dr. Peter Potthoff als Vorsitzender des Beratenden Fachausschusses für die fachärztliche Versorgung bei der KBV. Sie haben keine leichte Aufgabe. Erst einmal müssten sich wohl die GFB als auch der DFV auflösen, des weiteren müssten sie die niedergelassenen Fachärzte dazu gewinnen, möglichst geschlossen dem neuen Facharztverband beizutreten, damit er auch wirklich die Interessen der Fachärzte gegenüber der Politik, aber auch in den KVen und der KBV vertreten kann. Das erfordert auch eine großzügige finanzielle Ausstattung. 100 € als Jahresmitgliedsbeitrag hat der Pneumologe Dr. Andreas Hellmann ins Gespräch gebracht. Wenn der neue Verband zu einer Verbesserung der Honorarsituation der Fachärzte beitragen könnte, wäre das Geld gut angelegt. Das aber ist vorerst eine sehr offene Frage. Die Notwendigkeit einer starken fachärztlichen Berufsvertretung bejaht auch der amtierende GFB-Präsident Dr. Andreas Rüggeberg. Dass daraus



Die Hausärzte sind im Deutschen Hausärzterverband organisiert – auf Seiten der Fachärzte fehlt eine ähnliche Interessenvertretung.

Bild: Georg Thieme Verlag KG

bisher kaum etwas geworden ist, liegt seiner Ansicht nach an den starken Partikularinteressen der Fachärz-

te. Hier sind in der Tat die Hausärzte im Vorteil.

KS

BDI fordert Krankenhausträger auf: Tarifvertrag für alle Oberärzte umsetzen

Der Vorstand des BDI fordert die Krankenhausträger auf, die neuen Vergütungen, die im Tarifvertrag mit dem Marburger Bund ausgehandelt wurden, für alle Oberärzte umzusetzen, die unter dieser Funktionsbezeichnung in den Krankenhäusern tätig sind.

Es geht nicht an, dass bei diesen Leistungsträgern im Krankenhaus der Oberarzttarif zum Teil nicht angewandt wird. Es wird eine eindeutige Festlegung im Tarifvertrag gefordert.

BDI e.V.

46. Bayerischer Internistenkongress

KBV-Chef glaubt an 10% mehr Honorar

In der berufspolitischen Diskussion auf dem 46. Bayerischen Internistentag Ende November in München versicherte KBV-Vorsitzender Dr. Andreas Köhler, dass 10 % mehr Punkte im Jahr 2008 auch 10 % mehr Honorar im Jahr 2009 ergeben würden. Die zuhörenden Internisten nahmen die Botschaft mit großer Skepsis auf.

Am 1. Januar 2009 werden aus 10 % mehr Punkten 10 % mehr Euro, beteuerte der KBV-Chef. „Das möchten wir schriftlich haben“, tönte es aus dem Auditorium zurück. BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack formulierte es deutlich: „Das Geld wollen wir erst einmal sehen, bevor wir glauben, dass es da ist.“ Das Honorarplus sei fest zugesagt, gab Köhler zurück. Wesiack ließ sich nicht so leicht überzeugen. Was beim einzelnen Arzt ankomme, hänge wesentlich vom noch auszuhandelnden Orientierungspunkt und dem Zuschnitt der Regelleistungsvolumina ab. Als „hochkritisch“ am neuen EBM 2008 bezeichnete Köhler die gesetzlich verankerte Pauschale. Bei den Hausärzten verschwinden 82 % aller Leistungen in einer Pauschale, und wenn am 1. Juli 2008 noch die Qualitätszuschläge dazu kommen, sind 91 % aller Leistungen der Hausärzte in einer Pauschale enthalten. Er bekannte, dass er persönlich Gegner einer

Pauschale sei, aber hier hätten sich die Hausärzte mit ihrem Wunsch nach einer Pauschale durchgesetzt, weil sie geglaubt hätten, 85 Euro pro Fall zu bekommen. Der Wunsch wurde ihnen nicht erfüllt, wohl aber die Pauschale. Allgemeinärzte, hausärztlich tätige Internisten und Kinderärzte bekommen künftig alle die gleiche Pauschale. Für Köhler bedeutet das, dass der geringer qualifizierte und weniger gut ausgerüstete Arzt damit besser bezahlt wird als der höher qualifizierte und technisch optimal ausgestattete Vertragsarzt. Der 1. BDI-Vizepräsident Dr. Wolf von Römer, Ausrichter des Bayerischen Internistenkongresses, sieht die Gefahr durch die Pauschalierung, dass derjenige, der dann noch etwas macht, bestraft wird, während der Nichtstuer belohnt wird. Das hat auch eine Steuerungswirkung, bestätigte Köhler. Die Qualitätszuschläge werden nicht für

besondere Qualität gezahlt, machte der KBV-Vorsitzende klar, sondern für das Vorhalten von Geräten bzw. Räumlichkeiten. Der Zuschlag wird immer gezahlt, unabhängig davon, ob im betreffenden Fall die Leistung überhaupt erbracht worden ist. Im Jahr 2011 sollen auch für den fachärztlichen Bereich diagnosebezogene Fallpauschalen gebildet werden. Dann wird auch hier völlig intransparent, welche Leistungen erbracht wurden. Konsequenzen hat das vor allem, wenn weitere Leistungen aus dem stationären Sektor in den ambulanten Sektor wandern. Unter einer Pauschale ist nicht darstellbar, welche und wie viel Leistungen das sind. Deshalb wird es auch schwer fallen, das dafür nötige Geld zu beziffern, das den Leistungen folgen muss. Aus diesem Grund ist es für Köhler enorm wichtig, auch unter der Pauschale das Leistungsgeschehen transparent zu machen. Dafür ist eine

exakte Dokumentation notwendig. Das soll das elektronische Abrechnungstool leisten, das die KBV noch in diesem Jahr allen Praxen zum Einbau in das jeweilige Praxiscomputer-System zur Verfügung stellen will.

● **Bayerische Ärzte benachteiligt**
Die Vertragsärzte in Bayern haben ein besonderes Problem, räumte der KBV-Vorsitzende ein: Wenn für die Lösung eines Patientenproblems überall im Bundesgebiet das Gleiche bezahlt wird – was er durchaus für richtig halte – dann werden aus Bayern Finanzmittel in der Höhe von 360 Millionen Euro aus der Vergütung der bayerischen Vertragsärzte abfließen. Das werde aber aufgefangen dadurch, dass die Ärzte 2009 ein Honorarplus von 10 % bekämen. Dann werde nämlich kein Honorar abfließen, sondern die Bayern bekämen von dem zusätzlichen Kuchen lediglich ein kleineres Stück als etwa ihre Kollegen in Brandenburg. Nun gilt aber die durch den Bundesrat ins Gesetz geschriebene Bayern-Regel: Sie besagt, dass die regionalen Kassen maximal 100 Millionen Euro in den Gesundheitsfonds einzahlen müssen. Das hätte zur Folge, dass etwa die AOK Bayern von den einbehaltenen 360 Millionen Euro Vergütung nur 100 Millionen an den Fonds abführt und die restlichen 260 Millionen für sich behält, die sie zur Entschuldung nutzen kann.

Was die Zukunft der Inneren Medizin angeht, so sieht der KBV-Vorsitzende gute Chancen für einen Berufsverband wie den BDI. Die jetzige Trennung in eine hausärztliche und eine fachärztliche Versorgung nannte er „archaisch“, sie werde aber 2009 aufgehoben. Im hausärztlichen Sektor besteht seit 2003 ein sich ständig verschärfender Ärztemangel und an den Kliniken ist die Weiterbildung zum Allgemeinarzt gescheitert. Erstmals dürfen nun Pflegekräfte ärztliche Leistungen erbringen. „Das ist das Einfallstor für die Pflege- und andere Berufe“, sagte Köhler. Die Versorgung der chronisch internistischen Kranken könne der Allgemeinarzt nicht mehr sicherstellen. Da habe der Facharzt für Innere Medizin ein Standbein. Die Spezialisierung werde mehr und mehr mit dem Krankenhaus verschmelzen, prognostizierte er. Darauf müssen sich die Spezialisten in der Inneren Medizin vorbereiten. Für die wohnortnahe internistische Versorgung sei der BDI gut aufgestellt. Die Frage sei, ob er zur Konkurrenz für die KBV werden wolle. Von der Anlage her sei der BDI einer der wenigen Verbände, die populationsbezogene Versorgungsverträge abschließen könnten. „Ob er das tut, sollte er sich sehr überlegen.“

KS

Mitgliederversammlung

der außerordentlichen Mitglieder
des Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V.

am Sonntag, 30. März 2008, 11:00 Uhr
im Hotel „Crowne Plaza“, Raum Bach
Bahnhofstr. 10–12, 65185 Wiesbaden, Tel.: 0611/1620

Tagesordnung:

1. Begrüßung durch den Präsidenten Dr. med. Wolfgang Wesiack
2. Erläuterung des Wahlverfahrens durch RA Helge Rühl, Geschäftsführer
3. Aussprache
4. Wahl eines außerordentlichen Mitgliedes zur Entsendung in den BDI-Vorstand
5. Verschiedenes

Die Satzung des BDI e.V. sieht in § 4 Ziff. 4 und § 14 Ziff. 4 vor, dass die außerordentlichen Mitglieder (Assistenzärzte in Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin / Internist) aus ihrer Mitte ein Mitglied wählen und in den Vorstand des BDI entsenden können.

Herr Dr. Tillman Bert, Weimar, der seit April 2004 für Sie im Vorstand des BDI e.V. vertreten war und zwischenzeitlich Facharzt für Innere Medizin geworden ist, kann somit für dieses Amt nicht mehr zur Verfügung stehen, sodass eine Neuwahl erforderlich wird.

Einladung

zur Ordentlichen Mitgliederversammlung
des Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V.

am Sonntag, 30. März 2008, 13:30 Uhr
in den Rhein-Main-Hallen, Wiesbaden, Saal 11

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

Tagesordnung:

1. Verleihung der Ehrenmitgliedschaft und der Günther-Budelmann-Medaille
2. Bericht des Präsidenten zur aktuellen berufspolitischen Situation
3. Berichte des Geschäftsführers (Geschäftsbericht) zum Geschäftsjahr 2007 und des Schatzmeisters (Kassenbericht)
4. Beschlussfassung über die Entlastung von Präsidium, Vorstand und Geschäftsführung
5. Neuwahlen des Vorstands
6. Verschiedenes



Dr. med. Wolfgang Wesiack, Präsident



Nachruf

Der Berufsverband Deutscher Internisten trauert um sein langjähriges Mitglied und Ehrenpräsidenten Dr. med. Günter Pasewald, der am 25. September 2007 im Alter von 81 Jahren verstorben ist.

Herr Dr. Günter Pasewald wurde am 1. Mai 1926 in Mainz geboren. Nach der Übersiedlung der Familie nach Wiesbaden besuchte er dort ab 1937 das humanistische Gymnasium. Nach den Kriegswirren nahm er in Mainz und Innsbruck das Medizinstudium auf. 1953, nach dem Staatsexamen und erfolgter Promotion, leistete Dr. Pasewald seine Pflichtassistentenzeit in den städtischen Kliniken in Wiesbaden ab. 1960 erhielt er die Facharztanerkennung als Facharzt für Innere Krankheiten und eröffnete 1962 in Wiesbaden seine eigene Facharztpraxis, in der er bis 1992 erfolgreich tätig war.

Schon während seiner Assistenzarzt-tätigkeit machte er sich für eine wirk-same Vertretung der beruflichen Inter-essen dieser damals noch rechtlich unterprivilegierten Arztgruppe stark. Als er schließlich 1960 Mitglied der Delegiertenversammlung der Landes-ärztekammer Hessen wurde, konnte



Dr. med. Günter Pasewald

man bereits damals ahnen, dass der berufspolitischen Karriere eines Man-nes mit so reichhaltigem Kompetenz-profil nichts mehr im Wege stehen würde. 1973 wählte die Delegierten-versammlung Günter Pasewald zum Vizepräsident der Landesärztekammer Hessen. Diese Funktion, die er bis 1984 ausübte, hatte für ihn insoweit eine große Bedeutung, als er jetzt die Mög-lichkeit hatte, in die Entwicklung der Gesundheits-, Berufs- und Sozialpolitik zukunftsweisend innovative Strategien einzubringen.

Darüber hinaus fand Günter Pasewald ebenfalls die Zeit, zusätzlich verant-wortliche Tätigkeiten bei der Kassen-ärztlichen Vereinigung zu überneh-men. Beispielhaft sei hier nur seine

Wahl zum Vorsitzenden der Kassen-ärztlichen Vereinigung Wiesbaden 1983 erwähnt.

In Wiesbaden hat sich Herr Pasewald darüber hinaus große Verdienste um den Ausbau des ärztlichen Notdien-stes erworben, der heute in der medi-zinischen Versorgung der Bevölke-rung dieser Stadt einen großen Stel-lenwert einnimmt.

Als im Jahr 1959 der Berufsverband Deutscher Internisten e. V. mit seiner Geschäftsstelle in Wiesbaden gegrün-det wurde und von hier erste Initiati-ven zur Konstituierung internistischer Landesgruppen ausging, gehörte Herr Dr. Günter Pasewald zu den Männern der ersten Stunde, die sich mit steter Präsenz, enormem Fachwissen und ganzer Leidenschaft für eine segens-reiche Fortentwicklung dieses Ver-bandes von Fachärzten, der heute rund 25 000 Mitglieder zählt, einsetz-te. In diesem Ehrenamt hervorzuhe-ben sind seine langjährigen Tätigkei-ten als Schatzmeister und Vizepräsi-dent seit 1980 sowie seine Präsidenten-schaft, die er in schwerer Zeit in den Jahren 1987 und 1988 ausübte.

In seiner Amtszeit als Schatzmeister fiel auch die wesentliche Entschei-dung, dass jetzige Domizil des BDI e. V. – ein städtebauliches Juwel in

Wiesbaden in der Schönen Aussicht 5 – zu erwerben. In Würdigung sei-ner hervorragenden Verdienste um den BDI e. V. unter besonderer Her-vorhebung seiner Bemühung um die Konsolidierung des Verbandes in seiner Rolle als erfolgreicher Schatzmeister wurde Herr Dr. Pase-wald zum Ehrenpräsidenten des BDI ernannt, dem im Jahre 1995 die Verleihung der Günther-Budel-mann-Medaille folgte.

Herr Dr. Pasewald, seit 1981 Träger des Bundesverdienstkreuzes, hat sich mit Gerechtigkeitsinn und überzeugender Standfestigkeit ein Leben lang für die Belange der Ärzte eingesetzt und mit großem Fachwissen, Einfühlungsvermögen und geistiger Flexibilität das Gesundheitswesen in wichtigen Teilen mitgestaltet. Ihm war es immer ein Anliegen, die Einheit der Gesamtmedizin zu erhalten. Ärzte müssten sich ihres hohen Ranges im Ansehen der Bevölkerung stets würdig erweisen, hätten darauf zu achten, dass trotz Spezialisierung und schnellen technischem Fort-schritt der ganzkörperliche Über-blick sowie ärztliches Interesse an den familiären, beruflichen und

sozialen Zusammenhängen der Patienten nicht verloren gehen. Dies hat Herr Dr. Pasewald in nachah-menswerter Weise vorgelebt. Gün-ter Pasewald war ein typischer Internist alter Schule, der in Rat und Tat nie die Gesamtheit der Inneren Medizin aus den Augen und aus sei-nem Schaffen verlor. Besonders durch seine ausnehmende beschei-dene Art und seine keinerlei zeitli-che Grenzen kennende, stets aufop-ferungsvolle Einsatzbereitschaft, erwarb er das Vertrauen der Bevöl-kerung.

Dr. Pasewald hat mit seiner vorbild-lichen Haltung, seinem überdurch-schnittlichen Engagement und sei-nem Einsatz für die Innere Medizin als Präsident und Ehrenpräsident maßgeblich die Arbeit des BDI gestaltet. Mit Kraft und Entschlos-senheit setzte er sich für das Berufs-bild des Internisten ein und prägte auch nach seinem Ausscheiden aus dem Berufsverband die Entwicklung der Inneren Medizin.

Herr Dr. Günter Pasewald nimmt in der Geschichte des Verbandes einen außerordentlichen Platz ein.

Berufsverband Deutscher Internisten
(BDI) e.V.