

Editorial

Auch im neuen Jahr sind die gesundheitspolitischen Probleme die alten geblieben

Fehlende nachhaltige Finanzierung des Gesundheitssystems, weitere Zunahme von Bürokratisierung und der rigide Zugriff des Staatsapparates auf ärztliche Entscheidungsprozesse mit der Folge der Einengung ärztlicher Entscheidungsfreiheit für unsere Patienten sind nur einige unserer wesentlichen Kritikpunkte. Nicht ausreichende finanzielle Ausstattung führt zu reduzierten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten einschließlich sinkender Struktur- und Ergebnisqualität. Daran wird auch der mehr und mehr um sich greifende Wettbewerb nichts ändern. Im

Gegenteil: Leistungserbringer gegen Leistungserbringer, Klinik gegen Niedergelassene, Krankenkasse gegen Krankenkasse, jeder gegen jeden – zum Schluss ist der Patient der Dumme und wird auf der Strecke bleiben. Unsere Patienten sind eben keine Schnäppchenjäger, Gesundheit ist keine Ware und Wettbewerb kein Allheilmittel, um mehr Qualität zu niedrigeren Preisen im Gesundheitsmarkt durch zu setzen. Bessere Qualität zu niedrigeren Preisen: dies funktioniert nicht in unserer Marktwirtschaft, erst recht wird es in unserem Gesundheitssystem nicht funktionieren.

Für uns als Ihr Berufsverband ist es wichtig, in diesen schwierigen Zeiten Kurs zu halten und Ihnen Orientierung und Halt zu geben. Mit dem Start des Gesundheitsfonds am 1. Januar 2009 beginnt eine neue Gesundheitswelt, die bereits in 2008 ihre langen Schatten werfen wird. Der Bedeutung von KV und Ärztekammer wird geringer, der Einfluss der Berufsverbände wichtiger. Der Berufsverband Deutscher Internisten als zentraler Verband aller Internisten ist sich dieser Verantwortung bewusst. Es ist uns gelungen, unsere internistische Identität zum Wohle unserer



Präsident
Dr. med. Wolfgang Wesiack,
Hamburg

Patienten zu bewahren und zu stärken.

Einen klaren Kurs zu halten und unsere spezifischen internistischen Interessen für Sie konsequent weiter zu vertreten – das wird unsere Aufgabe auch in 2008 sein.

Ihr
Dr. med. Wolfgang Wesiack
Präsident

Hausarztverträge der AOK Baden-Württemberg (Fortsetzung von Seite 1)

Der Verlierer steht schon fest, aber wer wird gewinnen?

● Geld für qualitätsbewusste Hausärzte

Die Frage ist berechtigt: Warum wird den Kassen bei unserem flächendeckenden Kollektivvertragssystem überhaupt die Möglichkeit der Selektivverträge für Hausärzte eröffnet – wird die Versorgung doch allgemein als optimal beschrieben? Die AOK Baden-Württemberg teilt diese Einschätzung wohl nicht. Sie sieht Optimierungspotenzial und möchte eine qualitativ bessere Versorgung. Geld soll nur zu besonders qualitätsbewussten Hausärzten fließen. Schluss mit dem Gießkannenprinzip im Kollektivvertragssystem. Die AOK lässt über ihren Vorstandschef Hoberg mitteilen, dass sich natürlich auch die Kassenärztlichen Vereinigungen

bewerben können. Natürlich – es geht ja um Verträge nach § 73 b. Sie ist sich ihrer Bedeutung mit Sicherheit bewusst, zählt sie doch bereits in der Vergangenheit zu den reichen AOKs, die früher mehr Geld als sonst bei der AOK üblich für Vertragsärzte zur Verfügung gestellt hatte. Wer steigt in den Ring? Zunächst hat sich MEDI Baden-Württemberg mit dem Hausärzterverband Baden-Württemberg verbündet und macht ein gemeinsames Angebot, gestärkt durch das gemeinsame Feindbild Kassenärztliche Vereinigung. Sie wollen es besser machen und fühlen sich stark genug, die flächendeckende Versorgung in der gesamten Bundesrepublik Deutschland – mit Notdienst – abzubilden.

Mit Hilfe der Vertreterversammlung hat man das Angebot abgepolstert. Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg soll sich nach deren Ausschluss an der Ausschreibung nicht beteiligen. Sie hält sich aber nicht an diese Vorgabe – nach dem Motto, nur der Vorstand entscheidet – und reicht ebenfalls ein Angebot ein.

● KV-Vorsitzende als Diener zweier Herren

Damit aber nicht genug. Man erinnert sich: die AOK hat bundesweit ausgeschrieben. Also meinen auch die Bayern, sie könnten den Auftrag erfüllen. Unter diesen Bedingungen lässt sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung nicht lumpen. Nur sie, sagt ihr Vorsitzender, ist in der Lage flächendeckend in der Republik von Sylt bis Konstanz, vom Emsland bis nach Frankfurt an der Oder sicherzustellen, unabhängig davon, wo sich der AOK-Versicherte aus Baden-Württemberg gerade in Deutschland aufhält. Da die KBV natürlich regional Kompetenzprobleme hat, muss ihr Angebot durch eine Kooperation mit den Kassenärztlichen Vereinigungen der Bundesländer abgesichert werden. Ob diese aber alle dabei sind? Die Hessen z. B. haben sich geschickt aus der Entscheidung heraus gehalten, wie ihre Vertreterversammlung am 15.12.2007 zeigt. Man hat die Entscheidung einfach verschoben. Mancher KV-Vorsitzende, der auch noch für den Vorstand des Hausärzterverband wichtig ist, darf sich nämlich nicht zwischen die Stühle setzen – KV oder Verband?

Es stellt sich deshalb die Frage, ob eine geschlossene Front von Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder hinter dem Angebot des KBV-Vorsitzenden steht.

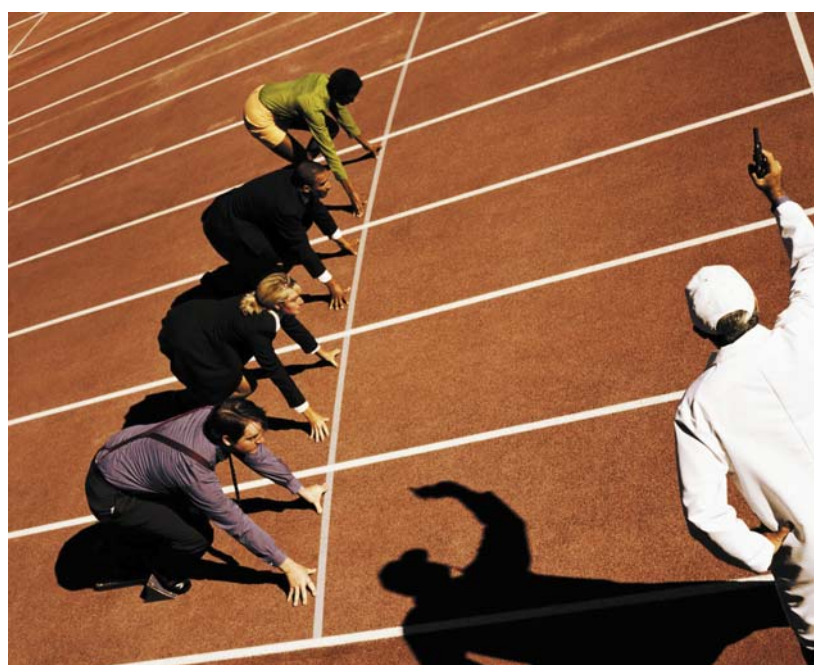
● Der Hausarzt als Lotse

Ob die AOK Baden-Württemberg für ihre Entscheidung am 19.12.2007 mit so vielen Angeboten gerechnet hat? Konkurrenz belebt das Geschäft. In diesem Fall vor allem zwischen den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen. Bei dieser Ausgangslage konnte man gespannt sein, ob die AOK Baden-Württemberg sich für die freien Verbände oder für die Kassenärztlichen Vereinigungen entscheidet, die sich offensichtlich im Vorfeld nicht auf ein einheitliches Angebot einigen konnten. So war es keine Überraschung mehr, dass am 19.12.2007 bekannt wurde, dass die AOK Baden-Württemberg Verhandlungen mit der Kooperation von MEDI und dem Hausärzterverband aufnimmt. Der Vorsitzende der AOK, Dr. Rolf Hoberg lobt das Angebot dieser Berufsverbände als qualitativ hochwertig und ist sich sicher, dass die hohen Mitgliederzahlen eine Garantie für eine problemlose Umsetzung der § 73 b Verträge darstellen. Er weist nochmals darauf hin, dass der Hausarzt als Lotse verpflichtet werden soll.

● Verlierer KV

Man darf gespannt sein, welche Vertragsinhalte bis zum Zieltermin im Frühjahr 2008 erreicht werden. Bereits jetzt steht aber ein Verlierer fest: das System der Kassenärztlichen Vereinigungen. Offensichtlich ist es weder der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg noch der benachbarten Kassenärztlichen Vereinigung Bayern noch der KBV als Ganzes gelungen, ein schlüssiges Konzept

für einen § 73 b Vertrag vorzulegen, der die Qualitätsansprüche der AOK erfüllen kann. Hier rächt sich, dass man offensichtlich im KV-System nicht mehr in der Lage ist, geschlossenen aufzutreten. Viele haben die Einheitsbeschwerden schon in der Vergangenheit als leere Hülsen empfunden. Wenn es noch einen Beweis bedurft hätte, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland nicht einheitlich auftreten können, dann durch die Diskussion um die § 73 b Verträge mit der AOK in Baden-Württemberg. Auf MEDI und den Hausärzterverband kommt eine neue Aufgabe zu. Ihr Vertragspartner AOK wird nicht bereit sein alle Vertragsärzte in das System einzubeziehen, wenn sie nicht bereit sind qualitativ hochwertige Leistungen zu erbringen. Das bereits erwähnte Gießkannenprinzip wird sich wohl nicht mehr umsetzen lassen. Man darf gespannt sein, ob Berufsverbände konsequenter mit einer an Qualität orientierten Finanzierung umgehen als die Kassenärztlichen Vereinigungen. Auch hier dürften, wie in einer Kassenärztlichen Vereinigung, Probleme bei den Mitgliedern auftreten. Nicht alle werden mit dem Vertragsabschluss am Ende glücklich sein. Die Fachärzte in Baden-Württemberg werden mit Argusaugen beobachten, ob ihre hausärztlichen Kollegen sich von der AOK verleiten lassen, das Gate-keeper-Prinzip in aller Konsequenz umzusetzen. Es wäre schon verlockend, sich Bonuszahlungen aus dem anderen Versorgungsbereich zu holen, um das eigene Honorar aufzubessern. Wenn dies das Ergebnis des Vertrages in Baden-Württemberg ist, wird MEDI vor einer Zerreißprobe stehen. Dieser Verband organisiert nämlich sowohl Hausärzte als auch Fachärzte.



Auf die Plätze – fertig – los! Wer kümmert sich künftig um die hausärztliche Versorgung der AOK-Versicherten in Baden-Württemberg?

Bild: PhotoDisc

Krankenhausreport 2007 (Fortsetzung von Seite 1)

Fallpauschalen – ein Erfolg aus AOK-Sicht

Gleichzeitig wurde die Transparenz der Krankenhausleistungen in Deutschland immer besser. Dadurch sind erweiterte Informations- und Handlungsgrundlagen für Patienten, Krankenhäuser und Krankenkassen entstanden. Die Konvergenzphase federt den Anpassungsprozess der Krankenhäuser deutlich ab. Unverändert gehören die meisten Krankenhäuser (2006: 59,4 %) zu den Konvergenzgewinnern und erhalten zusätzliche Zahlungen.

● Neue Gesundheitsreform 2011?

Mit dem Ende der Konvergenzphase ist von der Bundesregierung eine Neuordnung der Finanzierung und Vergütung der Krankenhäuser vorgesehen. Der Münchner Gesundheitsökonom Prof. Günter Neubauer geht davon aus, dass die Regierung am Ende der Konvergenzphase die derzeitigen Regelungen verlängern und eine weiterreichende Reform in die nächste Legislaturperiode verlagern wird. Eine weitere Gesundheitsreform ist für 2011 zu erwarten, die insbesondere die Finanzierungsgrundlagen zum Thema haben wird. Die Frage, ob statt des Landesbasisfallwerts ein Bundesbasisfallwert eingeführt werden sollte, halten die Autoren Wulf-Dietrich Leber, Jürgen Malzahn und Johannes Wolff vom AOK-Bundesvorstand für nachrangig. Sie gehen davon aus, dass nach 2009 die Landesbasisfallwerte vorerst erhalten bleiben. Die Krankenkassen würden die Vereinheitlichung so lange nicht befürworten, wie die ausgabenneutrale Angleichung nicht garantiert sei. Einer Anhebung des Basisfallwerts z.B. von Schleswig-Holstein müsste eine im Ausgabenvolumen entsprechende Absenkung des Berliner Basisfallwerts gegenüberstehen. Differenzen des Basisfallwerts seien zudem ökonomisch begründbar und durchaus sinn-

voll im Sinne regionalisierter Gesundheitspolitik.

● Wichtige Krankenhaus-Kennzahlen

Der Report enthält wichtige Kennzahlen des Krankenhausesektors: Im Jahre 2005 gab es in Deutschland 2139 Krankenhäuser (2004: 2166, -1,2 %) mit insgesamt 523 824 Betten (-1,4 %). Während die Zahl der Krankenhaufälle mit knapp 16,9 Mio. gegenüber dem Vorjahr leicht zunahm (0,4 %), sank die durchschnittliche Verweildauer auf 8,6 Tage (-1,9 %). Die Bettenauslastung hat sich mit 75,6 % gegenüber dem Vorjahr praktisch nicht verändert. Sie stagniert damit auf niedrigstem Stand, hatte sie doch vor fünf Jahren noch 81,9 % betragen. Dies ist ein deutlicher Hinweis auf vorgehaltene Überkapazitäten. Die Kosten je Fall stiegen gegenüber dem Vorjahr leicht an auf durchschnittlich 3362 Euro (0,6 %). Beim Personal findet sich auch 2005 ein starkes Wachstum bei der Zahl der Krankenhausärzte (3,3 %), während die Zahl der Pflegekräfte weiter abnahm (-2,3 %). Vergleicht man die Bundesländer, so zeigen sich deutliche Unterschiede. Die Bettendichte, bezogen auf 100 000 Einwohner, schwankt zwischen 552 in Niedersachsen und 854 in Bremen. Dabei ist freilich zu berücksichtigen, dass manche Regionen über ihre eigene Bevölkerung hinaus auch ihre Nachbarregionen mitversorgen. Dies lässt sich an der sogenannten Versorgungsquote ablesen. Sie setzt die in Krankenhäusern eines Bundeslandes versorgten Patienten in Beziehung zu den Krankenhauspatienten, die im betreffenden Bundesland wohnen. Für Bremen beträgt dieser Indikator beispielsweise 137,5 %, was auf eine Versorgung über die Grenzen des Bundeslandes hinaus hinweist. Auch für die

übrigen Stadtstaaten zeigt sich eine solche Mitversorgung benachbarter Regionen, während beispielsweise bei Brandenburg der Indikator nur 90 % beträgt.

Deutliche regionale Unterschiede zeigen sich auch hinsichtlich der Häufigkeit von Krankenhaufnahmen. Die meisten Krankenhausbehandlungen je 100 000 Einwohner weisen Sachsen-Anhalt (22 164) und das Saarland (21 786) auf. Am seltensten wurden Baden-Württemberger im Krankenhaus behandelt (17 212 je 100 000 Einwohner). Die Kosten je vollstationärem Fall schwanken zwischen 3 125 Euro in Brandenburg und 4 884 Euro in Hamburg. Weitere Analysen zu regionalen Unterschieden finden sich in den statistischen Kapiteln des Krankenhaus-Reports. Die häufigste Diagnose war bei stationären Behandlungsfällen im Jahr 2005 die Geburt. Wertet man die Geburt nicht als Krankheitsbild, so liegen bei den Männern wie im Vorjahr alkoholbedingte psychische und Verhaltensstörungen an der Spitze der häufigsten Diagnosen, gefolgt von Angina pectoris und dem Leistenbruch. Bei den Frauen hat die Zahl der Behandlungen wegen Herzinsuffizienz stark zugenommen und damit den Brustkrebs von der Spitzenposition der häufigsten Diagnose verdrängt. An dritter Stelle folgen die Gallensteine. Die durchschnittliche stationäre Krankenhauspatientin war 53 Jahre alt (Männer: 51 Jahre) und blieb 8,7 Tage (Männer: 8,5 Tage) im Krankenhaus. 35 % aller Krankenhauspatienten bleiben maximal 3 Tage, 64 % maximal 7 Tage im Krankenhaus. Bei rund 7 % der Patienten erstreckt sich der Aufenthalt länger als drei Wochen. Fast 393 000 Menschen verstarben 2005 in einem Krankenhaus, das waren ca. 47 % aller Todesfälle dieses Jahres.

KS

Klauber, Robra, Schellschmidt (Hrsg.): **Krankenhaus-Report 2007**
Schwerpunktthema: Krankenhausvergütung – Ende der Konvergenzphase?
Schattauer-Verlag, Stuttgart 2008. 49,95 €

DKG und BDI setzen auf Kooperation (Fortsetzung von Seite 1)

Keine gnadenlose Konkurrenz zwischen Klinik und Praxis

Die Bundesregierung habe statt dessen eine wachsende Steuerbeteiligung ins Spiel gebracht, aber wenn dies nicht grundgesetzlich festgelegt werde, könne man kaum darauf vertrauen, dass Steuergelder wirklich in nennenswerter Höhe in den Gesundheitssektor fließen. Der DKG-Präsident befürchtet, dass es sich hier lediglich um politische Versprechungen handelt.

Jedenfalls bleibt es zunächst bei der Anbindung an die Grundlohnsumme, was für 2008 ein Wachstum von 0,64 % bedeutet. Die Zukunft der Krankenhäuser wird unter diesen Voraussetzungen immer härter werden. Sie stehen unter dem Druck, alle Wirtschaftlichkeitsreserven offen zu legen. Die Gebote für morgen heißen Kooperation und Abstimmen von Leistungen. Die Kliniken werden laut Kösters eine Fusionswelle und immer mehr Verkäufe erleben. Geändert werden müssen nicht nur die Stellenpläne, was auf einen Abbau von Stellen hinausläuft, sondern auch die Prozessabläufe. Hier sind nach seinen Worten noch enorme Pfunde zu heben. Die Arbeitsverteilung im Krankenhaus und zwischen den Berufen wird neu definiert werden. Es werde neue Berufsgruppen geben, z. B. den „Physician assistant“, der die Ärzte von nicht ärztlichen Arbeiten entlasten soll. Auf dem Programm steht weiter eine völlige Neuordnung der Warenwirtschaft sowie der Krankenhaus-Technik und -Verwaltung.

● Wettbewerb um den Patienten

Das DRG-System zwingt die Krankenhäuser in einen starken Wettbewerb

um die Patienten, bestätigte der DKG-Präsident. Dabei werden zunehmend die neuen Versorgungsformen wie Integrierte Versorgung oder Medizinische Versorgungszentren eingesetzt. Die Krankenhäuser wollen darüber hinaus die neuen Möglichkeiten des Vertragsarztrechts-Änderungsgesetzes für eine engere Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten nutzen. Die im § 116b SGB V geschaffene Möglichkeit für die Krankenhäuser zur ambulanten Behandlung von hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen ist in Kösters Augen nur eine Wiederherstellung des Zustands der früheren Ermächtigung von Krankenhausärzten, die im Laufe der Jahre immer mehr reduziert worden sei. Es sei der starke Wunsch der Krankenhäuser, hieran wieder anzuschließen, beteuerte er. Durch mangelnde Kooperation zwischen KV, Aufsichtsbehörde und Krankenhäusern ist es allerdings regional bei der Umsetzung des § 116b zu erheblichen Verwerfungen gekommen. Sinnvoller wäre es nach Ansicht einzelner BDI-Vorstandsmitglieder, wenn zwischen den Beteiligten Absprachen getroffen würden, die die derzeitige Versorgungssituation berücksichtigten. Aus Sicht des BDI dürfte auch die Reaktion der Krankenhäuser interessant sein, wenn sie mit der unzureichenden Vergütung im EBM und in der regionalen Honorarverteilung ihre ambulanten Ambitionen abbilden wollen.

KS



Leserbrief „Todsünde eines Experten: Verbreiten falscher Sicherheit“

Gastkommentar von K. Koch und P. T. Sawicki, in BDI aktuell 1/08

In ihrem Gastkommentar führen sich Koch und Sawicki selbst ad absurdum: Die Tatsache, dass es 2004 abweichende Experten-Meinungen zur SARS-Epidemie gab, wird zum Anlass genommen, Expertenwissen in Grund und Boden zu verdammen. Die Argumentation hat eine deutliche intellektuelle Schwäche: die Datenlage zu SARS hat Aussagen mit einem Evidenzgrad über dem einer Expertenmeinung gar nicht zugelassen. Umgekehrt müsste man formulieren: Wie gut, dass es wenigstens Experten gab, die den Mut und die Bereitschaft hatten, ihre Meinung zu sagen, trotz eines aufgrund der Datenlage absehbaren hohen Fehlurteil-Risikos. So kam wenigstens etwas Struktur in die medial überhitzte Debatte.

Die Argumentation ist entlarvend: Im Zweifel ist jedes Mittel Recht, einer „reinen“ Studien-basierten EbM das Wort zu reden. Sonst entfele die Existenzberechtigung von IQWiG o. ä... Die Wahrheit ist, dass alle in Praxis und Klinik tätigen Ärzte im Umgang mit EbM um Lichtjahre weiter sind als Prof. Sawicki und Kollegen. Nach Einführung schneller Internetzugänge und Suchmaschinen bestand anfänglich besonders in der Klinik eine gewisse Euphorie in Bezug auf eine „reine“ EbM. Schnell wurde aber allen klar, dass die ausschließliche Konzentration auf die Einschätzung der Evidenz aller Prozeduren und Maßnahmen zu absurden Diskussionen und Situationen führen kann. Im schlimmsten Fall gereicht

diese Herangehensweise sogar zum Nachteil des Patienten. Nach wie vor ist die Basis allen ärztlichen Handelns die intensive Zuwendung zum Patienten, das Erfassen seiner physischen und psychischen Ressourcen, die genau körperliche Untersuchung, die gemeinsame Bewertung von Ergebnissen aus apparativer und klinisch-chemischer Diagnostik. Auf dieser Basis erarbeiten Arzt und Patient gemeinsam das weitere Vorgehen. Wenn die Datenlage dann auch noch die Einschätzung der Evidenz ermöglicht, kann hierdurch das Vorgehen beeinflusst werden, es muss aber im Individualfall nicht entscheidend sein. Weist der behandelnde Arzt eine umfangreiche Erfahrung auf, die ihm z. B. ermöglicht, Studienergebnisse in einen für den Patienten sinnvollen Kontext zu setzen, so ist seine „Expertise“ nach wie vor besonders wertvoll. Ich kann verstehen, dass sich viele Ärzte in Praxis und Klinik inzwischen von Prof. Sawicki und Mitarbeitern im wahrsten

Sinne des Wortes „für dumm verkauft fühlen“. Der Wert ihres täglichen ärztlichen Handelns ist noch und leider nach wie vor nur begrenzt „messbar“. Die theoretische Einordnung der Evidenz einer Prozedur ist dagegen inzwischen ein Kinderspiel. Deshalb sollte, wie bei allen praktisch tätigen Ärzten schon lange üblich, auch von IQWiG o. ä. Transparenz eingefordert werden: Es sollte nicht nur für den Außenstehenden klar erkennbar sein, wer in der neu entstandenen „Branche“ welche Posten bekleidet und welche Verflechtungen zwischen den einzelnen Personen bestehen. Es sollte ebenso transparent sein, welche konkreten Leistungen für die teilweise üppigen Saläre erbracht werden. BDI/DGIM sollten nach meiner Ansicht die entsprechenden Institutionen „kritisch begleiten“.

Dr. Thomas Lessmann,
Wilhelmshaven

Die Redaktion von BDI aktuell freut sich über jeden Leserbrief. Bitte richten Sie Ihre Leserbriefe an bdi-aktuell@thieme.de oder schreiben Sie an den Berufsverband Deutscher Internisten e.V., Schöne Aussicht 5, 65193 Wiesbaden.