

Der Gastkommentar

Brauchen wir noch eine KV? – Zukünftige Erwartungen an die Kassenärztlichen Vereinigungen

Kassenärztliche Vereinigungen sind heute vor allen Dingen eines: Körperschaften des öffentlichen Rechts, die Aufgaben der mittelbaren Staatsverwaltung wahrzunehmen haben. KVen haben damit Gesetze anzuwenden und Recht und Gesetz sowie Verträge gegenüber ihren Mitgliedern durchzusetzen. Mit dieser Aufgabe verbunden ist der Sicherstellungsauftrag für ambulante ärztliche Leistungen, der in Kollektivverträgen konkretisiert wird. Leider ist das KV-System zunehmend nicht dazu in der Lage, seinen körperschaftlichen Auftrag adäquat zu erfüllen. Hierzu einige Beispiele:

- Im Bereich der individuellen Gesundheitsleistungen erleben wir KVen, die das eigentlich von ihnen zu vertretene GKV-System schlecht reden und geradezu hemmungslos Werbung für Leistungen außerhalb des GKV-Systems betreiben.
- Im Bereich der Arzneimittelversorgung erfolgt überwiegend keine nachhaltige Unterstützung der KVen für eine rationale und wirtschaftliche Pharmakotherapie. Es entsteht der Eindruck, dass sich das Engagement der KVen hier weitgehend auf politische „Sonntagsreden“ und Maßnahmen mit rein deklaratorischem Charakter erstreckt.

– Während in den alten Bundesländern nach wie vor – teilweise massive – Überkapazitäten bestehen, scheint sich in den neuen Bundesländern teilweise eine Situation der (drohenden) Unterversorgung abzuzeichnen. Trotz umfassender gesetzlicher Regelungen in diesem Bereich ist das KV-System offenbar nicht dazu in der Lage, sowohl der Überversorgungs- als auch der Unterversorgungssituation wirkungsvoll zu begegnen.

Welche Entwicklungen erwarten wir für die Zukunft?

Die unmittelbare Versorgungskompetenz der Krankenkassen wird weiter zunehmen. Die Krankenkassen profilieren sich zunehmend auch selbst als unmittelbare Ansprechpartner der Leistungserbringer. Hier hat die KV nur dann einen Platz, wenn es ihr besser als andere Organisationsformen (z.B. Berufsverbände) gelingt, für flächendeckende und verbindliche Vertragslösungen zu sorgen. Kurz- und mittelfristig ist jedenfalls zu erwarten, dass die Vertragskompetenz der KVen weiter ausgehöhlt wird. Dies wird durch die im Rahmen des GKV-WSG verabschiedeten §§ 73b und 73c SGB V schon sehr konkret.

Die Zahl der Krankenkassen nimmt seit Jahren ab. Mit abnehmender Zahl der Krankenkassen kommt dem Argument immer weniger Bedeutung zu, dass einzelvertragliche Gestaltungen durch die Krankenkassen zu einer Zersplitterung der Versorgungslandschaft führen. Größere Einheiten, die sich zunehmend auch über die Landesgrenzen hinweg ausdehnen bzw. die seit vielen Jahrzehnten bewährte bundesweite Organisationsstruktur der Ersatzkassen übernehmen, führen auch zu einem entsprechenden Zuwachs der Vertragskompetenz bei den einzelnen Krankenkassen. In der derzeitigen Kassenlandschaft haben jedoch gerade kleinere Krankenkassen nach wie vor ein ausgeprägtes Interesse an KV-Strukturen, weil sie in diesen Strukturen auch als Vertragspartner mit geringerer Marktgröße zusätzliche Optionen wahrnehmen können.

Wie stellen wir uns eine gewandelte KV-Struktur vor?

Angesichts der aufgezeigten Entwicklungstendenzen ist insgesamt damit zu rechnen, dass auf Dauer die KVen Funktionen (weiter) verlieren bzw. diese Aufgaben auf mehrere Partner im Gesundheitswesen verteilt werden. Insgesamt werden sich die KVen zu



Thomas Ballast ist Vorstandsvorsitzender des VdAK/AEV.

Dienstleistungsorganisationen weiterentwickeln müssen. Diese Organisationen stehen dabei zunehmend im Wettbewerb mit anderen Anbietern.

Um einige Beispiele zu nennen:

- Die KVen verfügen als einige wenige Organisationen im Gesundheitswesen über direkte Abrechnungswege zu den Vertragsärzten. Sie entsprechen damit der Rolle und Funktion von Dienstleistern, wie sie in anderen Bereichen zur Abrechnung zwischen Anbietern und Krankenkassen geschaltet sind. Es ist eine Realität vorstellbar, in der Ärzte entscheiden können, ob sie direkt mit der Krankenkasse abrechnen oder ob sie dies über einen Dienstleister tun, unter denen die KV sicherlich über lange Zeit eine Sonderrolle einnehmen wird.
- Die KV kann in vielen Fällen Beratungstätigkeiten anbieten. Dies betrifft alle Praxisbereiche von der wirtschaftlichen Praxisführung über Rechtsprobleme bis hin zu medizinischen Fragestellungen. Dieser Bereich wird angesichts der Komplexität des Umfeldes, in dem sich niedergelassene Ärzte bewe-

gen, zunehmend interessanter werden.

– Die Versorgung wird weiterhin in Verträgen auf unterschiedlicher Ebene geregelt werden müssen. Eine Nachfolgeform der Kollektivverträge in der jetzigen Form könnten Verträge mit Berufsverbänden sein, wie wir sie im Bereich der sonstigen Leistungserbringer bereits jetzt haben. Zur Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung dieser Verhandlungen sind professionelle Hilfsangebote sicherlich erwünscht. Berufsverbände werden hierzu nur in eingeschränktem Umfang in der Lage sein.

Damit sind nur einige Tätigkeitsbereiche genannt, in denen die KVen mit ihren spezifischen Kompetenzen als Dienstleistungsorganisationen gute Aussichten auf neuen Märkten hätten. Im Unterschied zu heute wäre eine Zwangsmemberschaft von Ärzten nicht mehr vorgesehen, eine Mitgliedschaft wäre vielmehr freiwillig. Die Krankenkassen sind auf verlässliche Partner auch weiterhin angewiesen. Deshalb ist es unser Interesse, den notwendigen Transformationsprozess der KVen konstruktiv zu begleiten und zu unterstützen.

Thomas Ballast

Fortsetzung von Seite 3

● Punktwert: Der Arzt muss noch Geld mitbringen

Auch in Zukunft bleibt das Problem Punktwert dem Vertragsarzt erhalten, das war schon beim EBM 2000 plus so und wird auch nach der Vergütungsreform so bleiben. Alle Leistungen vom EBM sind betriebswirtschaftlich kalkuliert und gehen von 5,11 Cent für den Arztlohn und den Kostenanteil aus. Nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist es erfreulicherweise gelungen, einen höheren Arztlohn auf über 105 000 EUR pro Jahr zu definieren. Doch dies ist reine Augenwischerei. Der durchschnittliche Punktwert bei den Vertragsärzten liegt in Deutschland bei 3,7 Cent, so dass wir maximal auf 77 000 EUR pro Jahr kalkulierten Arztlohn kommen. Noch dramatischer wird die Situation, weil nur über den Arztlohn die fixen Kosten subventioniert werden können. Bei einem Punktwert von 3,7 Cent ist der Arztlohn bei der Quersubventionierung bei einem Kostenanteil von 72 Prozent glatt aufgebraucht, liegt der Anteil darüber muss der Arzt noch Geld mitbringen.

● Was bleibt dem Vertragsarzt bei dieser Vergütungsreform?

Die Budgetierung bleibt unter geänderten Vorzeichen erhalten, ob es

mehr Geld gibt, steht in den Sternen. Durch das Scharfschalten des EBM ab 1. Januar 2009 kommt es zwischen den Ärzten zu Honorarverschiebungen, die der einzelne Arzt kaum abschätzen kann. Einziger Vorteil: Das Leistungsgeschehen lässt sich bei einem vorher bekannten festen Punktwert über die Regelleistungsvolumina für die einzelne Praxis besser steuern. Man wird dem Vertragsarzt in Zukunft nur raten können, keine Leistungen über diese Grenze außer bei Notfällen mehr zu erbringen. Vielleicht lässt sich so in Zukunft Druck auf das System ausüben! Außerdem wird es Zeit, dass die Vertragsärzte, insbesondere die Fachärzte, überlegen, welche Möglichkeiten ihnen der Gesetzgeber außerhalb der Kassenärztlichen Vereinigung gegeben hat. Es geht einmal um die 73b-Verträge, die in der Regel mit der KV, aber wie wir in Baden-Württemberg sehen, auch ohne KV ausgehandelt werden können. Für die 73c-Verträge, die Hausärzte und Fachärzte betreffen, gilt dies gleichermaßen. Auch die Belegärzte müssen sich überlegen, ob sie aus dem System der Kassenärztlichen Vereinigung und seinen repräsentativen Vorgaben aussteigen, um die Möglichkeiten des Vertragsarztänderungsgesetzes auszunutzen.

HFS

Schlechtes Image der Altenpflege

Die meisten möchten lieber daheim gepflegt werden

Für den Fall, dass sie pflegebedürftig werden, möchten 35 % der Befragten zu Hause mit Hilfe ambulanter Pflegedienste versorgt werden, ebenfalls 35 % wünschen, zu Hause von Angehörigen gepflegt zu werden. Dies ist die Kernaussage des Altenpflege-Monitors 2007, der im November in Frankfurt/Main vorgestellt worden ist.

Die Umfrage unter 500 Personen der Generation 50plus wird jährlich als Gemeinschaftsprojekt des Vincentz Network, Hannover, der Evangelischen Heimstiftung GmbH, Stuttgart, und des Instituts Konzept & Markt, Wiesbaden, durchgeführt. Immerhin 27 % können sich eine Pflege in betreuten Wohnungen vorstellen. In ein Pflegeheim wollen demnach die wenigsten (8 %). Die einzige



In einem Pflegeheim möchten nur 8 % der Umfrageteilnehmer wohnen, denn das Ansehen der Altenpflege ist schlecht.

Betreuungsform bei Pflegebedürftigkeit, die auf der Beliebtheitskala der Befragten ein Plus verzeichnen konnte, ist die Pflege in der eigenen Wohnung mit Hilfe von Personal aus dem Ausland. Mittlerweile könnte sich jeder zehnte Deutsche vorstellen, so im Alter versorgt zu werden, berichtet die Pflege-Zeitschrift CAREkonkret (Nr. 45/10. Jahrgang).

● Schlechte Noten für die Altenpflege

Das Ansehen der Altenpflege ist nach wie vor schlecht. 81 % der Befragten geben an, das Personal habe zu wenig Zeit. 63 % finden, dass Pflege zu teuer ist, und nur 24 % äußern, dass die Pflegebedürftigen respektvoll behandelt werden. „Nur noch“ 48 % der Befragten meinen, dass die Pflegebedürftigen mit Medikamenten ruhig gestellt werden dürfen (2006 waren das noch 56 %).

Nur 26 % sind der Ansicht, dass die Altenpflege in Deutschland einen guten Ruf habe. Ein besseres Bild haben die Befragten vom Beruf des Altenpflegers. Für 59 % ist Altenpfleger ein angesehener Beruf, der aber schlecht bezahlt werde. Gerade einmal 10 % finden, dass Altenpfleger gut bezahlt würden.

Das schlechte Image betrifft vor allem die stationäre Pflege, berichtet CAREkonkret. Der Ruf der ambulanten Dienste sei sehr viel besser. Die kirchlichen Träger von Pflegeeinrichtungen stehen im Ruf, besser und günstiger als andere Träger zu sein. Besser wirtschaften können nach Meinung der Befragten jedoch die privaten Träger.

Interessant ist das Informationsverhalten der Befragten. 42 % sagen, dass sie sich noch gar nicht über das Thema Pflegemöglichkeiten und deren Kosten informiert haben. Die meisten informieren sich über die klassischen Medien wie Zeitung, Fernsehen, Radio, Prospekte oder Anzeigen. Die Quelle Internet wird nur von 8 % genannt. Wichtig sind aber auch persönliche Erfahrungen wie das Gespräch mit Freunden oder der Besuch in einem Pflegeheim. Beratungsstellen, Ämter, Ärzte und Krankenkassen spielen nur eine untergeordnete Rolle.

KS

Hellmut Mehnert: Ein Phänomen wird 80

Er ist ein Phänomen: Wirklich jeder kennt ihn in der Diabetesszene! Von Flensburg bis Reichenhall, von Hiddensee und Dresden bis Freiburg und Aachen, überall ist er gewesen – und manchmal hat man den Eindruck: gleichzeitig! Und er hat Vorträge über Diabetesthemen gehalten, für Ärzte gleichermaßen wie für Diabetiker. Auch Jahre nach seinem Ausscheiden als aktiver Chefarzt ist er fraglos unangefochtener Spitzenreiter in Sachen Diabetesvorträge, oft auch bei Veranstaltungen des BDI, des Berufsverbandes Deutscher Internisten. Und es ist unglaublich, wie viel an Aufklärungsarbeit bis hin zu den höchsten politischen Spitzen und immer für eine faire Behandlung der von Diabetes betroffenen Menschen eintretend dieser Mann geleistet hat. Ein verdienter Mann mit einem großen Lebenswerk, ein charismatischer Mann wird jetzt 80: Professor Hellmut Mehnert. Geboren am 22. Februar 1922 in Leipzig, 1946 bis 1948 in russischer Haft, studierte Hellmut Mehnert Medizin in München, wo er 1954 Staatsexamen machte und promovierte. Ab 1955 Tätigkeit an der Medizinischen Poliklinik der Ludwig-Maximilian-Universität München bei Prof. Dr. Walter Seitz, habilitiert er dort 1964 nach einem Gastarztaufenthalt an der Joslin Clinic in Boston, USA, 1957. Bereits am 1.1.1966 wird er Chefarzt der III. Medizinischen Abteilung des Akademischen Lehrkrankenhauses München-Schwabing, am 1.1.1968 gründet er dort gemeinsam mit Prof. Otto H. Wieland die Forschergruppe Diabetes in dem

von der Landeshauptstadt München und der Deutschen Forschungsgemeinschaft errichteten Institut für Diabetesforschung. 1974 wird er zum persönlichen Extraordinarius an der Ludwig-Maximilian-Universität ernannt. 1972/73 ist er Präsident der Deutschen Diabetes-Gesellschaft, 1975 Kongresspräsident des Europäischen Diabetesgesellschaft, der European Association for the Study of Diabetes. 1980/81 ist er Präsident der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Nach Ende seiner Tätigkeit als Ärztlicher Direktor und Chefarzt am Krankenhaus München-Schwabing 1993 wird er Präsident der Deutschen Diabetes-Union von 1994 bis 2000 und Vorsitzender des Deutschen Dachverbandes Endokrinologie/Diabetologie 2001 bis 2006. Er ist Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, der Deutschen Diabetes Gesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie sowie Ehrenpräsident der Deutschen Diabetes-Union und Ehrenvorsitzender des Deutschen Dachverbandes Endokrinologie/Diabetologie. Manche nennen ihn – und mit Blick auf seine überragende Rolle auf diesem Gebiet über Jahrzehnte sicherlich nicht zu Unrecht – den Nestor der deutschen Diabetologie. Was ihn selbst an diesem Vergleich mit dem legendären König von Pylos und Belagerer von Troja stört, ist nicht die Anspielung auf dessen Alter, sondern die Nestor auch zugeschriebene Distanz zum Tagesgeschehen. Mehnert hingegen ist nach wie vor an vorderster Stelle tätig, und kein bisschen leise wird seine Stimme



Professor Dr. H. Mehnert

überall gehört. Für seine Verdienste wurde er mit dem Bundesverdienstkreuz, dem Bayerischen Verdienstorden und der Medaille „München leuchtet“ ausgezeichnet, und er ist Träger der Ernst-von-Bergmann-Plakette sowie der Paracelsus-Medaille der Deutschen Ärzteschaft, der Paul-Langerhans-Medaille der Deutschen Diabetes-Gesellschaft und der Günther-Budermann-Medaille des Berufsverbandes Deutscher Internisten. Er selbst sieht sich als Volksdiabetologe, ein Ehrentitel, der auf die Bedeutung für die vielen einzelnen Betroffenen der Volkskrankheit Diabetes abhebt. Von Anfang an war seine Arbeit auf die riesige Masse von Patienten ausgerichtet. Sein Meisterstück hat er nach seinem Studienaufenthalt an der amerikanischen Joslin-Klinik, nach München zurückgekehrt, gemacht. An seiner Diabetesfrüherfassungsaktion 1967 haben sich 750 000 Münchner beteiligt, noch heute einsamer Rekord für ein solches Massenscreening. Ganz nebenbei hat er bereits damals auf die hohe Zahl von uner-

kanntem (Typ-2-) Diabetes bei Übergewichtigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen hingewiesen. Er war maßgeblich an der Einführung der oralen Antidiabetika in Deutschland beteiligt und hat z. B. wegweisende klinische Untersuchungen für den Einsatz der Biguanide durchgeführt. Mit seinen Erfolgen in der Diabetologie kann man Hellmut Mehnert aber auch mit Franz Beckenbauer vergleichen, den er bewundert und zu seinen Freunden zählt und der auf dem Gebiet des Fußballs ebenfalls alles erreicht hat, was es zu erreichen gibt, als Spieler wie als Trainer. Eloquent und elegant wie Beckenbauer führt Mehnert den Diabetesball eng am Fuß und hat vielen seiner Mitarbeiter entscheidende Steilvorlagen für deren eigene akademische Entwicklung geliefert, beispielsweise bei der Entwicklung der Insulinpumpen in Deutschland, der wissenschaftlichen Etablierung der Kombinationstherapie mit Insulin und oralen Antidiabetika oder der Bearbeitung der Insulinresistenz und des sogenannten Wohlstandssyndroms, das mittlerweile aus Amerika als Metabolic Syndrom nach Deutschland zurückgekehrt ist. Als „Trainer“ war er Spiritus Rector mehrerer Generationen von Diabetologen, 18 Mitarbeiter seiner Schule, d. h. mehr als eine ganze Fußballmannschaft, haben bei ihm habilitiert und Chefärzte heute überall in Deutschland seine sowohl wissenschafts- als auch patientenorientierte Diabetologie. Acht Bertram-, zwei Minkowski-, ein Golgi-Preisträger und vier weitere Präsidenten der Deutschen Diabetes-Gesellschaft sind aus der Mehnertschen Schule hervorgegangen. Bei so viel Analogie mit der Fußballszene wundert es niemand, dass Hellmut Mehnert eben dieser Fußballleidenschaft frönt und seit vier Jahrzehnten wohl kein Fußballspiel im Fernsehen auslässt und auch selbst auf den Fußballplatz geht. Viele große Kongresse und sonstige Öffentlichkeitsauftritte eines Professor Mehnert scheinen im Zeitplan um Fußballspiele herum gruppiert zu sein, so hat man jedenfalls den Eindruck. Wenn der FC Bayern spielt, gibt es keine Diabetesfortbildung! Mittlerweile hat Mehnert auch seine Autobiografie verfasst. „Diabetologie – eine lebenslange Herausforderung“ lautet der Titel. Was sonst, möchte man fragen. In diesem Buch findet man noch einmal bestätigt, mit welchem Weitblick Mehnert die epidemieartig anwachsende Krankheit Diabetes über Jahrzehnte begleitet und an wie vielen Stellen er und seine Schüler Entscheidendes zur Verbesserung der

therapeutischen Möglichkeiten beigetragen haben. Ein anerkanntes wissenschaftliches Gebäude ist so in der Diabetologie während seiner Zeit entstanden, und es ist wohl kein Zufall, dass Diabetologie in der Zeit nach dem 2. Weltkrieg eher eine Art Außenseiterstellung einnahm, heute aber das anerkannt wichtigste Kernstück der gesamten Endokrinologie darstellt und Mehnert zum ersten Präsidenten des gemeinsamen Dachverbandes von Endokrinologen und Diabetologen gewählt wurde. Und noch etwas lernt man in der Autobiografie kennen: mit wie viel Geschick und List, Glück und manchmal auch Schauspielerei der in seiner Heimatstadt Leipzig unmittelbar nach dem Abitur von den Sowjets Verhaftete die schrecklichen Zeiten im besetzten Nachkriegsdeutschland in Gefängnissen und einem sowjetischen KZ-Lager übersteht. Diese Lebenskraft und der Hang zum Komödiantischen helfen ihm auch bei seiner Flucht nach dem Westen, wo er schließlich in München landet. Natürlich hat dies später auch seine köstlichen Seiten, wenn Mehnert beschreibt, wie er mit seinen legendären Faschingsscherzen ausgewachsene Ordinarien, Verwaltungsdirektoren und selbst seinen alten Freund an der Joslin-Klinik, Leo Krall, „hereinlegt“. Da stellt man die Seelenverwandtschaft mit dem sächsischen Landmann und autodidaktischen Schriftsteller Karl May fest, dessen Werk Mehnert Buch für Buch in seiner Schülerzeit genossen hat. „Kara Ben Nemsi der deutschen Diabetologie“ denkt man unwillkürlich bei Lektüre der Mehnertschen Autobiografie! Diese facettenreiche große Persönlichkeit, dieser noble Mann mit einem wahrhaft gesamtdeutschen Lebensschicksal in Ost und West, dieses Phänomen Mehnert begeht am 22. Februar 2008 seinen 80. Geburtstag. Es wird ihn in seinem permanenten Einsatz nicht stoppen. Gefeierte werden soll er trotzdem ganz gehörig anlässlich seines runden Geburtstags. Er hat es verdient. Seine vielen Schüler, Freunde und Bewunderer wollen ihre Dankbarkeit und ihren Respekt einem außergewöhnlichen Wissenschaftler, akademischen Lehrer und Arzt bezeugen und ihm weiterhin viel Kraft und Energie wünschen, Gesundheit und natürlich Glück, aber auch Freude und Zufriedenheit!

*Professor Dr. Dr. h. c. Eberhard Standl
Vorstand der Forschergruppe Diabetes
München; Präsident der Deutschen
Diabetes-Union; Präsident der Internationalen
Diabetes-Föderation,
Region Europa*

Der Verfall der Fallwerts (Fortsetzung von Seite 1)

Wo bleibt das Geld in der ambulanten Versorgung?

Der medizinische Fortschritt wird schon lange nicht mehr für den GKV-Versicherten finanziell abgebildet. Zuständig für die Finanzierung sind die Leistungserbringer. Hat man früher den Patienten mit koronarer Herzkrankheit noch mit einem EKG abgespeist und bei der Diagnostik des Lungenkarzinoms eine Thoraxaufnahme durchgeführt, so wird heute zumindest eine teure invasive Diagnostik meist mit Schnittbildverfahren notwendig, will man das Leben der betroffenen Patienten lebenswert erhalten und mit modernen medizinischen Mitteln auch verlängern. Dies kostet unverhältnismäßig viel zusätzliches Geld, das aber durch die Grundlohnsummensteigerung in unser System nicht eingebracht wird. Da die Leistungserbringer den Fortschritt im Interesse ihrer Patienten dennoch einführen, finanzieren sie ihn somit selbst. Für die Politik ist dies mehr als bequem.

Messbar wird diese Mittelverknappung nicht an den Gesamtausgaben der Kassen für die ambulante Versorgung, sondern an der Entwicklung des Fallwertes in den einzelnen Praxen. Hier liegt der Hase im Pfeffer. Aus dem Bereich der KV Hessen liegen genauere Zahlen für die Fallwerte vor. Im hausärztlichen Bereich hat sich von 2000 bis 2006 der Fallwert von 46,27 € auf 50,47 € erhöht. Das Honorar pro Arzt hat sich dabei kaum verändert, die Fallzahlen sind nämlich rückläufig. Uneinheitlich sind die Fallwerte bei den Fachärzten. Das trifft zum Beispiel auch auf die Internisten zu. Während in Hessen der Fallwert für die Internisten ohne Schwerpunkt in den gleichen Zeitraum von 52,56 € auf 83,28 € angestiegen ist, sind die Fallwerte bei den einzelnen Schwerpunkten eher gefallen. Zum Beispiel bei den Kardiologen und Angiologen, die in einem Topf geführt werden, von 106,20 € auf 96,34 €. Aber auch andere Fach-

gruppen haben gelitten. Die Neurologen zum Beispiel haben einen Verfall ihres Fallwertes von sage und schreibe 48,61 € auf 33,02 € erlebt, bei den Orthopäden hat sich im Wesentlichen nichts verändert und die Urologen haben einen Preisverfall von 52,54 € auf 46,97 € hinnehmen müssen. Dies sind nur einzelne Beispiele, zumal noch aus einer einzelnen KV. Angesichts der unterschiedlichen Honorarverteilungsverträge wird es in anderen KVen ggf. auch anders aussehen. Klar ist aber, dass die Entwicklung der Fallwerte innerhalb der Ärztgruppen sehr unterschiedlich ist. Selbst bei den Fachgruppen, in denen die Fallwerte ansteigen, sind diese mit Sicherheit nicht ausreichend, um die angestiegene Morbidität abzubilden.

Der einfache Bürger, der unser kompliziertes Gesundheitswesen genauso wie die meisten Bundestagsabgeordneten ohnehin nicht versteht, wundert sich über den Anstieg der Beiträge bei gleichzeitiger Rationierung. Aus seiner Sicht gibt er immer mehr Geld für immer weniger Leistung aus. So etwas nennt man verfehlte Gesundheitspolitik.

HFS

Pentalong
109 x 50

Vortrag von BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack auf dem Symposium der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht am 6. März 2008 in Berlin

Die Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung

Sehr geehrter Herr Engelmann, sehr geehrter Herr Köhler, sehr geehrte Herren Knieps, Ballast, Reschke und Peikert, liebe Kolleginnen und Kollegen, meine Damen und Herren

Vielen Dank für die Einladung und die Ehre, auf einem so gehaltvollen Symposium einen Vortrag halten zu dürfen. Sie haben ja heute schon von hochkarätigen Experten (BMG, Kasse, KBV) deren Ausführungen zur Neuordnung der vertragsärztlichen Versorgung gehört. Ich möchte als Redner einen anderen, nämlich politischen Schwerpunkt, vielleicht sogar einen Kontrapunkt setzen.

Ich bin heute der einzige Referent, der als Vertragsarzt täglich Patienten behandelt und der die „Suppe“, die hier angerührt wurde, auch täglich auslöffeln darf. Und ich bin nicht ein von der Basis abgehobener Verbandsfunktionär. Als Präsident des Berufsverbandes Deutscher Internisten, eines Verbandes mit ca. 25 000 Mitgliedern – nicht nur Europas größter Facharztverband – sondern auch in allen Versorgungsbereichen, von der hausärztlichen Versorgung über die fachärztliche bis hin in die Klinikversorgung aktiven Verbandes – bin ich auch Funktionär und oberster Interessenvertreter der Deutschen Internisten in Klinik und Praxis. Seit 1983 bin ich als Internist in Hamburg niedergelassen und habe seitdem mehrere Neuordnungen ärztlicher Vergütung mitgemacht, die erste 1987. Ich bin sozusagen ein alter Hase und erlebe auch mit, wie die Halbwertszeiten der Reformen der Vergütung dramatisch kürzer werden.

Was also ist meine Bilanz nach 25-jähriger Neuordnung vertragsärztlicher Versorgung von Patienten mit chronischen internistischen Erkrankungen? Ach ja, ich möchte noch hinzufügen, dass der Stadtteil, in dem ich praktiziere, Hamburg-Lurup, ein typischer Arbeiterstadtteil ist mit erheblichen sozialen Problemen und einem hohem Ausländeranteil, nicht versicherten Familienmitgliedern von Migranten und auch von nicht gemeldeten Ausländern. Seit Jahrzehnten gibt es dort eine absolute Mehrheit für die Sozialdemokratie, allerdings mit erheblichen Warnsignalen: Die bereits wieder vergessene Schillpartei lag deutlich über 25%. Das Potenzial an Protestwählern ist hoch. Also, wie ist meine Situation als Vertragsarzt und, noch viel wichtiger, wie ist die Versorgungssituation meiner Patienten, wie sind sie mit dem System der Gesundheitsversorgung zufrieden?

Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens hat mich voll erreicht: Konsequentes Budgetdenken, im Hinterkopf immer die Rationierung, wem darf ich wann und was noch geben. Deutlicher Umsatzrückgang trotz Mehrarbeit, jede Menge bürokrati-

sche Arbeiten dazu. Ich kann gut verstehen, dass vor allem ältere Ärzte angesichts von Formularflut und permanenter Änderungen auf „Durchzug“ (rechts rein, links raus) gestellt haben und das Ende ihrer Tätigkeit als niedergelassener Vertragsarzt herbeisehnen.

Was aber wichtiger ist: Bei den Patienten herrscht inzwischen ein Klima der Verunsicherung, ja der Angst. Bekomme ich noch die Behandlung, die ich brauche? Das Medikament, das mir am meisten nutzt? Die Patienten wissen, dass sich die Gesundheitsversorgung, allen Beteuerungen der politischen Parteien, des BMG und der Kassen zum Trotz, deutlich verschlechtert hat. Was aber weiter vorhanden ist und worauf wir stolz sein können, ist die hohe Zufriedenheit des Patienten mit seinem Arzt. Nicht Hausarzt oder Facharzt, sondern mit seinem Arzt. Unsere Berufsgruppe genießt in Deutschland im Vergleich zu allen anderen Berufsgruppen weiterhin das höchste Ansehen. Das geht aus einer gerade veröffentlichten repräsentativen Umfrage des Instituts für Demoskopie Allensbach hervor. Demnach geben 78% der Befragten an, dass sie Ärzte am meisten schätzen und vor ihnen und ihrer Arbeit besondere Achtung haben – übrigens 6 Prozentpunkte mehr als noch im Jahr 2003. 78%, das ist eine wirklich beeindruckende Zahl. Es folgen in weitem Abstand Pfarrer (39%), Hochschulprofessoren (34%), Lehrer (33%), Rechtsanwälte (27%), zum Schluss kommen Gewerkschaftsführer (8%) und die Menschen, die unser Land regieren, die Politiker mit jämmerlichen 6%. Politiker haben besonders deutlich an Ansehen eingebüßt. Zählte dieser Beruf 1972 noch für jeden Vierten in Westdeutschland zu den meistgeachteten, nennt heute nur noch jeder 16. Befragte.

Jetzt zu meiner Bewertung der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung: Entscheidend für jede Neuordnung ist deren finanzielle Grundlage. Die finanzielle Ausstattung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ist seit Jahren unzureichend. Diese Tatsache ist inzwischen nicht mehr umstritten, allenfalls die Höhe. Mehrere Studien sprechen von 6–8 Mrd. € Unterfinanzierung. Praxissterben, Hausarzt- und Facharztmangel, Auswanderung des ärztlichen Nachwuchses in das europäische und außereuropäische Ausland sowie zunehmende Ärztestreikproteste wie z. B. in Bayern sprechen eine deutliche Sprache.

Am 16. Februar war erstmals in der ZDF-heute-Sendung um 20:45 Uhr ein Beitrag über den Facharztmangel in Ostdeutschland zu sehen. Dort hat die KV Sachsen-Anhalt einen 64-jährigen Augenarzt mit einer Umsatzga-

rantie dazu bewegt, noch vier Jahre bis zu seiner Zwangs-Zulassungsentziehung die unterversorgten Patienten zu betreuen. Als die Praxis wieder startete, gab es Warteschlangen ab 5 Uhr morgens mit über 100 Menschen. Solche Szenen werden wir bald öfter sehen.

Im Fadenkreuz der Politik des BMG steht die Zerschlagung der Kassenärztlichen Vereinigungen. Da die Unzufriedenheit der Ärzte mit der KV wegen der unzureichenden Honorarsituation – verstärkt noch durch die Einführung des Gesundheitsfonds – hoch ist (Bayern, Baden-Württemberg, Hessen) suchen ärztliche Gruppierungen und Verbände händeringend nach Möglichkeiten für mehr Honorar. Selektivverträge bieten sich als Danaergeschenk der Politik an. Hierdurch wird die Ärzteschaft aber weiter aufgesplittert und geschwächt. Auch dies läuft konsequent in die von der Politik beabsichtigte Richtung. Welches sind die Vorteile der neuen Gebührenordnung? Tenor der Politik: jetzt kommt die Euro-Gebührenordnung. Das hat uns Vertragsärzte natürlich gefreut. Dann haben wir die ersten Exemplare gesehen und was haben wir gesehen? Es stehen hinter den einzelnen Leistungen immer noch Punkte. Ja aber, heißt es dann, die werden mit einem festen Punktwert bedient und dann sind es Euro. Milchmädchen-Rechnung, hören wir von unseren Mitgliedern. Denn der Punktwert wird nicht 5,11 Cent sein. Denn dann hätte man ja tatsächlich gleich den Euro-Betrag hineinschreiben können.

Wo werden die Punktwerte liegen? Das ist die Gretchenfrage, wenn es denn überhaupt ein neuer EBM sein soll, der seinen Namen verdient. Fasst man alle Auguren zusammen, wird der neue (feste) Punktwert wohl 25–30% unter 5,11 Cent liegen. Was ist dann aber neu, fragen uns unsere Kolleginnen und Kollegen? Und machen die folgende Gegenrechnung auf: bei einem festgelegten Arztlohn von 105 000,00 € (genau 105 571,18 € nach dem Hestentarif bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 51 Stunden oder anders ausgedrückt bei 86,09 Cent pro Arztminute) bleiben bei einem Punktwert von 3,7 Cent nicht 105 000 €, sondern etwa 70 000 €. Diese benötigt man aber dringend zur Quersubventionierung der Kostenanteile, die korrekt mit 5,11 Cent bewertet, für die aber ebenfalls nur 3,7 Cent bezahlt werden. Dies bedeutet, dass ab einem Kostenanteil von 70 Prozent der Arzt noch Geld mitbringen muss. Dieses Täuschungsmanöver mit der so genannten Euro-Gebührenordnung haben die Kolleginnen und Kollegen natürlich durchschaut. Und wenn es hier nicht die Quersubventionierung durch die Patienten aus der privaten Krankenversicherung gäbe, müsste das ambulante GKV-System Insolvenz anmelden.

Die budgetierten Punktzahlen und die immer weiter gesunkenen Punktwerte haben lange verschleiert, wie viel weniger ärztliche Leistung wert wurde. Die Budgetierung geht auch

mit dem neuen EBM weiter, allerdings mit feineren Instrumenten; und dann kommen auch noch die Regelleistungsvolumina und werden den Rest an versprochenem Honorarzuwachs wegnehmen. Der KBV-Vorsitzende und das KV-System erwarten nach den Zusagen aus der Politik mindestens 2,5 Mrd. Euro neues Geld für die ambulante Versorgung. Wir Ärzte werden die Politik an ihren Hoffnungsappellen messen und ggf. auch darauf reagieren.

Der Hauptfehler der neuen Gebührenordnung ist ein systemimmanenter: es ist die weiter fortschreitende Pauschalierung. Mit der so weitgehenden Pauschalierung – extrem im hausärztlichen Bereich, aber auch im fachärztlich internistischen Bereich – wie im neuen EBM, erkennt der Arzt sich und seine Leistung nicht mehr wieder. Pauschalierung setzt auf den Masochismus der Vertragsärzteschaft. Es mag ja vielleicht den einen oder anderen geben, der die Pauschale schnell kassiert und dann den Patienten zum Spezialisten überweist. Die Patienten müssen aber versorgt werden.

Einen Vorteil hat aber die Pauschalierung. Die angeblich vorhandene Überversorgung wird schlagartig beseitigt sein. Überversorgung wird nämlich nicht mehr nachweisbar sein. Also auch eine so genannte Unwirtschaftlichkeit – Ärzte würden

zu viele Leistungen an ihren Patienten erbringen – wird schlagartig beseitigt sein. Aber den Designern der Gebührenordnung geht es ja längst um etwas anderes: eine Verschleierung der Unterversorgung. Im europäischen Vergleich bestellen deutsche Ärztinnen und Ärzte ihre Patienten viel zu häufig ein (zu viele Patienten-Arzt-Kontakte), so ein weiterer Vorwurf. Meistens handelt es sich hier um Verlaufskontrollen bei der Therapie von Patienten mit chronischen Erkrankungen. Hypertonie, Diabetes, COPD, KHK, Tumorleiden sind typische chronische Erkrankungen aus meinem Fachgebiet der Inneren Medizin. Patienten werden in Zukunft wohl deutlich weniger einbestellt werden. Kontrolluntersuchungen sind bereits mit der Pauschale abgegolten. Dass sich damit die Versorgung weiter verschlechtert, braucht nicht noch einmal betont zu werden. Hier leistet die neue Gebührenordnung der weiteren Entwicklung zur Zweiklassen-Medizin auch noch aktiven Vorschub.

FAZIT: Es gibt Gesundheitssysteme mit Gebührenordnungen, da geht es dem Arzt gut. Auch Systeme, da geht es dem Arzt schlecht und dem Patienten gut. Und dann gibt es noch das deutsche System, da geht es Patient und Arzt zunehmend schlechter.

Elektronische Patientenakte

Verbesserung der Versorgungsqualität ist fraglich

Elektronische Patientenakten sollen dazu beitragen, die Versorgungsqualität zu erhöhen. Bisherige Untersuchungen kamen diesbezüglich jedoch zu unterschiedlichen Ergebnissen. Auch J. A. Linder et al. legten hierzu eine Arbeit vor. Arch Intern Med 2007; 167: 1400–1405

Mithilfe einer Datenbank analysierten die Autoren retrospektiv Patientenbesuche in Arztpraxen, die in den USA in den Jahren 2003 und 2004 stattgefunden hatten. Hierbei war nachvollziehbar, ob die Ärzte eine elektronische Patientenakte verwendet hatten oder nicht. Anhand von 17 vordefinierten Qualitätskriterien überprüften die Autoren, ob eine solche Patientenakte die Güte der medizinischen Versorgung der Patienten positiv beeinflusste bzw. ob ihnen im anderen Fall Nachteile entstanden. Grundlage der Auswertung bildeten 1,8 Mio. Arztbesuche. Insgesamt wurde in 18 % der Fälle eine elektronische Patientenakte verwendet (2003 bei 16 % und 2004 bei 20 % der Arztbesuche), was unabhängig war von Alter, Geschlecht, Rasse oder Versicherungsstatus der Patienten und auch von der Fachrichtung des Arztes.

Für 14 der 17 Qualitätskriterien gab es keinen Unterschied mit oder ohne elektronische Patientenakte. Ledig-

lich in zwei Punkten schnitt die elektronische Hilfe besser ab: Im Falle ihres Einsatzes vermieden es Ärzte häufiger, Patienten mit einer Depression Benzodiazepine zu verschreiben (91 vs. 84 %) und Routineurinkontrollen bei einem normalen Arztbesuch durchzuführen (94 vs. 91 %). Im Gegensatz dazu führte der Gebrauch der elektronischen Patientenakte aber auch zu einer niedrigeren Verschreibungsrate an Statinen bei Patienten mit Hypercholesterinämie (33 vs. 47 %). In einer Subanalyse rieten Allgemeinärzte und Kardiologen erwachsenen Rauchern häufiger zur Nikotinkarenz, wenn sie die elektronische Akte verwendeten (39 vs. 25 %).

● Fazit

Der Einsatz elektronischer Patientenakten führte im ambulanten Bereich nicht zu einer verbesserten Qualität der Versorgung, so die Autoren.

2. Internistischer Fortbildungstag Niedersachsen 2008

Internistischer Fachverband und Gesundheitspolitik

Mit der Erkenntnis, dass jegliches ärztliches Handeln von den gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen geprägt und überlagert ist, haben wir als Landesverband Niedersachsen des BDI eine inzwischen zur Institution avancierte Fortbildungsreihe ins Leben gerufen. Sie fand mit dem 2. Internistischen Fortbildungstag Niedersachsen am 19. Januar 2008 ihre Fortsetzung.

Ehe das offizielle Programm eröffnet und von Herrn Dr. Kirsten moderiert wurde, hatte unser Landesvorsitzender, Herr Dr. Bodammer, mit uns die große Freude, den Präsidenten des BDI, Herrn Dr. Wesiack, den 1. Vizepräsidenten, Herrn Dr. von Römer, die Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen, Frau Dr. Wenker, und den Vizepräsidenten, Herrn Dr. Voigt, zu begrüßen. Bedanken möchte ich mich an dieser Stelle bei dem Stellvertretenden Vorsitzenden unseres Landesverbandes, Herrn Dr. König, mit dem ich die Einzelschritte der organisatorischen Planung zeitlich koordiniert habe.

Für die wissenschaftliche Leitung konnte ich Herrn Prof. Dr. Manns von der Medizinischen Hochschule Hannover, Abteilung Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie, gewinnen, dem ich hiermit nochmals meinen besonderen Dank ausspreche. Neben seiner „Einführung in die Gastroenterologie“ sorgten hochqualifizierte Mitarbeiter seines Hauses für die fachliche Fortbildungsthematik. Herr Dr. Bachmann behandelte die „Diagnostik und Therapie chronischer Darmerkrankungen im Zeitalter der anti-TNF-Antikörper-Therapien“ mit der Frage nach der Praxisrelevanz. Herr Dr. Jaeckel referierte zum Thema „Dia-

betes mellitus 2008“ über „Neue therapeutische Entwicklungen“. Im gesundheits- und berufspolitischen Mittelteil des Fortbildungstages nahmen der BDI-Präsident, Herr Dr. Wesiack, und der 1. Vize-Präsident, Herr Dr. von Römer, Stellung zur aktuellen Gesundheitspolitik. Es schloss sich das Referat von Herrn Dr. Kirsten an über „Haftungsfragen in der Medizin – Aus der Sicht des Arztes“, das die zunehmenden Diskrepanzen zwischen dem Zivilrecht einerseits und dem Sozial- bzw. Vertragsarztrecht andererseits herausarbeitete. Als Konsequenz wurde auf die Gefahren hingewiesen, dass bei anhaltender Entwicklung Negativauswirkungen auf das ärztliche Selbstverständnis und die medizinische Versorgung der Bevölkerung unvermeidbar sind. Bezüglich der Haftungsproblematik besteht somit für unsere ärztlichen Selbstverwaltungsorgane und für die politischen Entscheidungsträger dringender Handlungsbedarf, für uns Ärzte in unserem Gesundheitssystem mehr Rechtssicherheit zu schaffen. Einer auf Bundesebene gebahnten Kooperation des BDI mit dem HDI-Gerling-Konzern wurden wir regional insofern gerecht, als uns Herr Direktor Schütte und der Fachanwalt

Welche Aktivitäten gibt es in Ihrem Landesverband?

Wenn Sie über Veranstaltungen oder weitere Aktivitäten in Ihrem Landesverband, Ihrer BDI-Sektion oder Arbeitsgemeinschaft in BDI aktuell berichten möchten, setzen Sie sich bitte mit der BDI-Geschäftsstelle in Wiesbaden in Verbindung. Wir freuen uns über weitere Berichte aus den einzelnen Landesverbänden!

für Medizinrecht, Herr RA Ullrich, weitergehende Haftungsproblematiken, aber auch aktuell modifizierte versicherungsrechtliche Lösungsmöglichkeiten aufzeigten. Herr Dr. Cornberg ergänzte den medizinisch-fachlichen Teil des Fortbildungstages mit seinem Vortrag „Diagnostik und Therapie der Hepatitis B und C: Neue Medikamente - Neue Standards“.

Wie auch die sachorientierten jeweiligen Diskussionen zeigten, wird dieser jetzt schon traditionelle Internistische Fortbildungstag im Januar besonders auch wegen der Kombination von Fachwissen und gesundheitspolitischen Aktualitäten eine

zunehmende Akzeptanz finden. Die letztlich von der Akademie für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer Niedersachsen gewährten 6 Fortbildungspunkte können die Positiv-aspekte dieser Veranstaltung nur noch abrunden.

BDI aktuell und dem niedersächsischen Ärzteblatt werden auch zukünftig der genaue Termin des Internistischen Fortbildungstages im Januar 2009 und das Programm unter einem medizinischen Generalthema zeitgerecht zu entnehmen sein.

Dr. Wolf-Dieter Kirsten, BDI-Landesverband Niedersachsen

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 / Internisten und Medizinstudenten) 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

W. Wesiack

Dr. med. Wolfgang Wesiack, Präsident

