

Editorial

Der diesjährige 111. Deutsche Ärztetag in Ulm war zwar vom Ton her unspektakulär ...

... in der Sache jedoch umso bemerkenswerter. Während Frau Ministerin Ulla Schmidt eine gewisse Honoraranpassung bei den niedergelassenen Ärzten mit der Einführung des neuen EBM 2009 unverbindlich in Aussicht stellte und auch den Klinikern mit der Auflegung eines Förderprogramms zur Neueinstellung von Pflegekräften entgegen kam, rechnete Ärztekammerpräsident Hoppe in seinem Vortrag mit der Gesundheitspolitik nach 20 Jahren hektischer Reformen und

Kostendämpfungspolitik deutlich und schonungslos ab. Ja, das System sei mit ca. 30 Mrd. € unterfinanziert. Mit der Steuerfinanzierung der Krankenversichertenbeiträge für Kinder, welche eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, sei aber eine Entlastung von ca. 10 Mrd. € zu erreichen. Ja, es gebe bereits eine Rationierung von Leistungen. Dies müsse aber transparent und in der Öffentlichkeit dargestellt werden. Im Übrigen sei dies auch als Wahlkampfthema im nächsten Jahr geeignet.

Die immer stärkeren Eingriffe in die Selbstverwaltung haben aus ehemals stolzen Freiberuflern in Klinik und Praxis immer stärker abhängige Gesundheitstechniker gemacht, die knapp ein Drittel ihrer Zeit inzwischen mit Bürokratie vertun und gezwungen werden, ihre Patienten nach planwirtschaftlichen Vorgaben zu behandeln. Die im System arbeitenden Ärzte sind inzwischen demotiviert und sehnen das Ende ihrer Tätigkeit herbei. Der hoch motivierte Nachwuchs wandert ins Ausland oder in andere Berufe ab.



Präsident
Dr. med. Wolfgang Wesiack,
Hamburg

Der vom Gesetzgeber geforderte Wettbewerb zwischen Freiberuflern und profitorientierten Unternehmen gehe zu Lasten der Freiberufler. Er führt dazu, dass die Ökonomisierung des Gesundheitssystems noch stärker vorangetrieben werde. Gewinner der bisherigen Gesundheitspolitik sind die Beitragszahler

der GKV, die Planwirtschaft sowie private Investoren; Verlierer die Patienten, Ärzte und mildtätige Organisationen.

Bis hierher und nicht weiter! So lautet die Botschaft aus Ulm. Die Bereitschaft zum Widerstand und zum Ausstieg aus dem gesetzlichen Kassensystem wächst stetig. Ob die Politik diese Signale verstehen will und wird, das werden die nächsten Monate zeigen.

Unser Berufsverband wird sich weiterhin entschlossen für Ihre Interessen einsetzen.

Ihr
Dr. med. Wolfgang Wesiack
Präsident

Das Belegarztsystem kommt nicht zur Ruhe (Fortsetzung von Seite 1)

Flucht nach vorne

● B-DRGs – eine bedrohliche Entwicklung

Die Entwicklung der B-DRGs ist aber bedrohlich. Die Differenz zu den A-DRGs ist deutlich höher als dies nach den einkalkulierten Arztkosten zu vermuten ist. Dieser Verfall bedroht die Krankenhäuser existenziell. Es wird deshalb wieder der Ruf laut, in Deutschland alle Krankenhäuser mit einer DRG gleich zu vergüten, nach dem Motto „gleiches Geld für die gleiche Leistung“, unabhängig, wie sich ein Krankenhaus organisiert hat mit oder ohne Chefarzt. Diese Position wird im Übrigen auch von vielen Belegärzten unterstützt, die sich eine größere Unabhängigkeit von der Kassenärztlichen Vereinigung erhoffen und glauben, sich zumindest nicht schlechter zu stellen als bei der Kassenärztlichen Vergütung. Landauf landab gibt es hier aber auch Unterschiede. Besonders die bayrischen Belegärzte, durch sehr hohe Punktwerte seit Jahren verwöhnt, sehen keine Notwendigkeit, das System zu wechseln. Dies kann sich mit Einführung des Gesundheitsfonds aber schnell ändern. Die Meinungen sind auch zwischen den Fachgruppen uneinheitlich, dies hängt auch teilweise von der Art der erbrachten Leistung des betroffenen Belegarztes ab und kann deshalb nur schwer generell beantwortet werden.

● Eine DRG für alle?

Die Einführung einer einheitlichen DRG für alle Krankenhäuser würde für die Belegärzte einen Paradigmenwandel einleiten. Sie bekämen ihr Geld dann nicht mehr von der Kassenärztlichen Vereinigung sondern über die Einheits-DRG. Eine vertragliche Vereinbarung mit dem Krankenhausträger mit allen gegen-

seitigen Rechten und Pflichten müsste abgeschlossen werden. Für die KVen ist diese Regelung dadurch harmlos geworden, weil eine Budgetbereinigung nicht mehr notwendig wird. Die Leistung wird inzwischen ohnehin außerhalb der Budgetierung bezahlt.

Es entsteht aber eine größere Abhängigkeit zwischen Belegarzt und Krankenhaus als dies seither der Fall ist. Die Diskussion hinter den Kulissen ist dabei sehr interessant. Einerseits fürchten die Ärzte die mächtigen Krankenhäuser und sehen ihre seitherige Unabhängigkeit als Belegarzt in Gefahr. Andererseits sehen die Krankenhäuser eine zu große Abhängigkeit von den Fachärzten, findet man doch schon jetzt kaum noch kompetente Fachärzte, die bereit sind, eine Versorgung rund um die Uhr zu organisieren. Die Krankenhäuser sehen sich hier nach eigener Meinung in der schwächeren Position.

Die Forderung der hessischen Belegärzte nach einem Mustervertrag für eine Weiterführung der belegärztlichen Versorgung unter einer Vergütung der A-DRGs könnte hier weiterhelfen, das gegenseitige Misstrauen abzubauen.

● Konkurrent Konsiliararzt

Das alles ist aber Zukunftsmusik. Die Große Koalition fürchtet bei ihrer inneren Zerstrittenheit jedes neue Gesetzgebungsverfahren und wird deshalb dieses heiße Eisen wohl kaum anfassen. Bleibt die unbefriedigende Situation, die sich noch durch die Möglichkeiten verschärft hat, die das Wettbewerbsstärkungsgesetz einführt. Hier geht es um das Konsiliararztsystem, das in Konkurrenz zum Belegarzt alter Prägung tritt. Unter

Beibehaltung des Zulassungsrechtes darf ein Vertragsarzt auch im Krankenhaus tätig sein. Ob er dabei ein Gehalt bezieht, oder ob er alle Rechten und Pflichten eines Belegarztes ausfüllt, ist Sache des Krankenhauses, das dies vertraglich mit dem Arzt regeln muss.

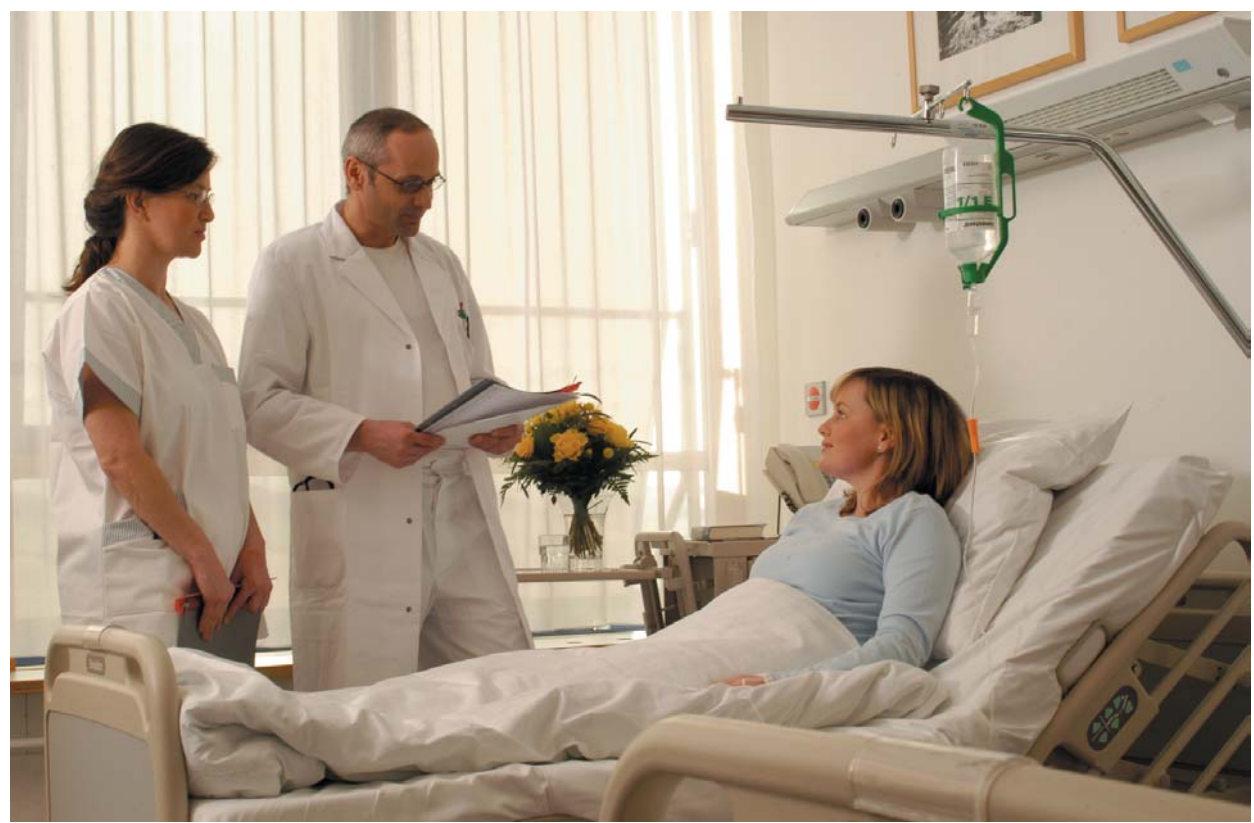
Grundsätzlich kann man davon ausgehen, dass damit auch das Belegarztsystem inhaltlich abgebildet werden kann. Wollen aber Beleghäuser landauf landab diese Regelung für sich in Anspruch nehmen, müssen sie sich bei dem zuständigen Sozialministerium in eine Hauptabteilung umwandeln lassen, da sie die ärztliche Leistung nur über eine Hauptabteilungs-DRG bezahlen können.

Hier liegt der Hase im Pfeffer. Jedes Bundesland hat einen eigenen

gestrickten Krankenhausbedarfsplan. Dabei gibt es Länder, in denen die Hürden zu einer Umwandlung in eine Hauptabteilung hoch und andere, in denen sie bewusst niedrig gehalten sind. Da inzwischen auch Krankenhäuser ohne Belegärzte die Vorteile eines solchen Konsiliararztes entdeckt haben, können diese in Ländern mit hohen bürokratischen Hürden die Beleghäuser sozusagen rechts überholen. Viele Krankenhäuser haben inzwischen begriffen, dass man über den Weg des Konsiliararztsystems eine Alternative und dabei sehr effektive ärztliche Versorgung aufbauen kann. Das Belegarztsystem ist damit zusätzlich unter Druck geraten. Damit aber nicht genug: Es gibt Gerüchte, dass die Krankenkassen den jetzt ausgehandelten hohen festen Punktwert für

die belegärztliche Vergütung wieder abschaffen wollen. Dabei dient der bundeseinheitliche Punktwert der bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ab 1.1.2009 definiert wird und der sich wahrscheinlich in einer Größenordnung um 3,7 Cent bewegen dürfte, als Vehikel. Wird dieser Punktwert eingeführt, kommt es erneut zu einem Verfall der ärztlichen Vergütung nach nur kurzer Renaissance. Bei einem solchen Szenario bliebe den Ärzten nur übrig, ihre belegärztliche Zulassung endgültig zurückzugeben oder die Flucht nach vorne in das Konsiliararztsystem anzutreten. Wir dürfen gespannt sein.

HFS



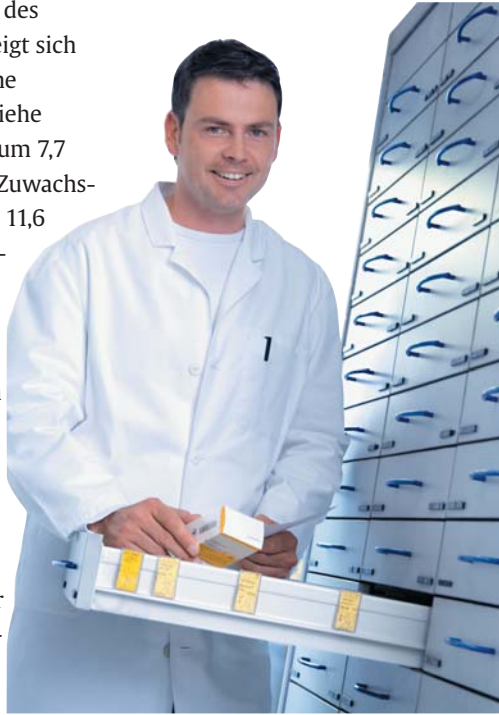
Wird der Belegarzt im Krankenhaus bald der Vergangenheit angehören? Der vom GKV-WSG eingeführte Konsiliararzt könnte den Belegarzt alter Prägung bald ersetzen.

Wachstumsmarkt Arzneimittel

Wie geht es eigentlich den Apotheken?

Im Trendreport zur Entwicklung des Pharma & Healthcare Marktes zeigt sich bezüglich unserer Apotheken eine bemerkenswerte Entwicklung (siehe Tabelle). In 2007 ist der Umsatz um 7,7 Prozent gestiegen, die höchsten Zuwachsraten brachten Privatrezepte mit 11,6 Prozent und die GKV mit 8,1 Prozent. Beeindruckende Zahlen, auch, was den Markt mit rezeptfreien Medikamenten betrifft, der insgesamt für die Apotheken 6 Milliarden EUR ausmacht, also etwa 15 Prozent des Umsatzes. Wichtigster Kunde ist und bleibt die GKV mit etwa 70 Prozent Umsatzanteil. Der Arzneimittelmarkt scheint zumindest aus der Sicht der Apotheker eine Wachstumsbranche zu sein.

HFS



Entwicklung des Pharma- und Healthcare-Marktes 2007

Produkte/Vertriebskanal	Umsatz 2007 (Mio. Euro)	± zum Vorjahr	Absatz 2007 (Mio. Pack.)	± zum Vorjahr
Gesamtmarkt Pharma & Healthcare	37090,3	+7,5	1994,3	+0,6
Apotheken	36088,4	+7,7	1477,9	+2,1
Rezeptpflichtige Arzneimittel	29566,6	+9,1	661,1	+4,3
Rezeptfreie Arzneimittel und Nichtarzneimittel	6521,8	+2,0	816,8	+0,4
Eingelöste Kassenrezepte	25084,8	+8,0	623,3	+4,1
Rezeptpflichtige Arzneimittel	24421,6	+8,1	553,1	+4,3
Rezeptfreie Arzneimittel und Nichtarzneimittel	663,2	+2,1	70,2	+0,4
Eingelöste Privatrezepte	5020,4	+11,8	160,5	+1,6
Rezeptpflichtige Arzneimittel	4241,5	+14,5	93,1	+4,1
Rezeptfreie Arzneimittel und Nichtarzneimittel	778,9	+4,7	67,4	+1,9
OTC-Markt gesamt (nicht rezeptpflichtige Produkte)	7523,7	+1,5	1332,2	-1,1
Selbstmedikation gesamt (nicht rezeptpflichtige Produkte)	6081,6	+1,5	1195,6	-1,3
Selbstmedikation Apotheke (nicht rezeptpflichtige Produkte)	5079,7	+2,1	679,2	+0,4
Selbstmedikation LEH & DM	1001,9	-1,2	516,5	-3,4

Quelle: AC Nielsen TrendReport Pharma Dezember 2007

Der BDI-Vorstand hat beschlossen

Bei der 1. Sitzung des BDI-Vorstands (Klausursitzung am 26. und 27. April 2008) wurden folgende Beschlüsse gefasst:

● **Zum Papier des KBV-Vorsitzenden Andreas Köhler:**

Der BDI lehnt die Überlegungen zu einer wettbewerbsorientierten Neustrukturierung der Versorgungsebene nicht grundsätzlich ab, sieht jedoch Änderungsbedarf in Einzelpunkten. Der BDI fordert die Einbindung bei der Weiterentwicklung des Strategiepapiers bei den zuständigen Gremien ein.

● **Zum einheitlichen Facharztstandard:**

Der Vorstand beschließt, die nachfolgend genannten Formulierungen zu übernehmen:

1. Zur Qualität ärztlicher Leistungserbringung auf Facharztstandard gibt es keine Alternative. Verschiedene Qualitätsstufen mit unterschiedlicher Honorierung sind deshalb nicht akzeptabel.
2. Der BDI lehnt sowohl im hausärztlichen als auch im fachärztlichen Versorgungsbereich Pauschalen, insbesondere für technikunterstützte ärztliche Leistungen, ab. Die Transparenz muss zum Nachweis der Versorgungsrealität und der Qualität der Leistungserbringung erhalten bleiben.
3. Das Erbringen qualitätsgeprüfter Einzelleistungen bedingt eine adäquate Vergütung.

● **Zu § 116 b – ambulante Versorgung im Krankenhaus:**

Der Vorstand fordert seine Mitglieder, Vertragsärzte und Krankenhausärzte, auf, die Vorgaben des § 116 b SGB V (ambulante Behandlung im Krankenhaus) durch sektorenübergreifende Vereinbarungen zu erfüllen. Auf diesem Wege können die bei der Umsetzung des Paragraphen zu beanstandenden Verwerfungen zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern vermieden werden.

● **Zur Stellung der ärztlichen Leitung im Krankenhaus**

Der BDI fordert die Krankenhäuser auf, die ärztliche Leitung wieder angemessen, d. h. mehr als bisher, an der Krankenhausführung zu beteiligen. Die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser hat dazu geführt, dass die Abläufe in den Krankenhäusern immer mehr durch ökonomische Vorgaben der Verwaltungsdirektoren und weniger durch medizinische Konzepte bestimmt werden. Oft ist die ärztliche Leitung nur noch da, die ökonomischen Zwänge zu begründen und umzusetzen. Dies muss geändert werden.

Rahmenvereinbarungen zwischen feindlichen Brüdern?

Mit großem Erstaunen ist die Rahmenvereinbarung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit den Rhön-Kliniken zur Kenntnis genommen worden. Bei vielen Vertragsärzten führt dieser Vertrag zur Aufregung, unterstützt er doch die These zum Beispiel der bayerischen Allgemeinärzte, dass die großen Konzerne die jetzige ambulante Versorgung zerstören wollen.

Viele befürchten, dass die Rahmenvereinbarung dazu führen wird, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung für diese Entwicklung zum Steigbügelhalter wird. Es ist tatsächlich überraschend, dass die KBV mit einem der größten Konzerne für die Krankenhausversorgung einen solchen Vertrag abschließt. Lebt sie doch permanent in Konflikten mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft, vor allem im Gemeinsamen Bundesausschuss, wenn es um den Leistungskatalog geht. Hinter jedem Gesetzgebungsverfahren und hinter jeder Vereinbarung der Krankenkassen mit den Krankenhäusern sieht man eine Wettbewerbsverzerrung. Die von vielen Fachärzten geforderte Kooperationsbereitschaft gegenüber den Krankenhäusern ist trotz mancher gleichgerichteter Interessenslagen von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung noch nicht verinnerlicht worden.

Umso überraschender kommt diese Rahmenvereinbarung. Grund zur Aufregung gibt es darüber aber nicht. Man sollte die Rahmenvereinbarung Wort für Wort lesen. Es wird klar, dass bereits bei der Definition der Grund-

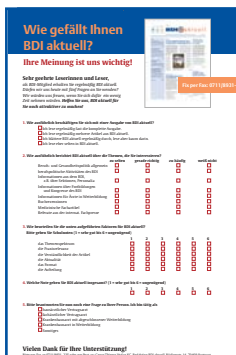
sätze wenig Konkretes zu lesen ist. So will man sich „nach den Bedürfnissen der Menschen nach Versorgungssicherheit“ richten. Es geht natürlich „um eine flächendeckende Vollversorgung“, die zum Wohle der Menschen aufgebaut wird. Man sucht dabei „den leistungsbereiten und zukunftsorientierten Arzt“. Der setzt sich natürlich für die eventuellen Vorgaben „der Therapiefreiheit der Ärzte und für das Arzt-Patienten-Verhältnis“ ein. In dem Papier setzt man – vielleicht sogar selbstkritisch – die Begriffe „offene Allianz“ und „Wettbewerb der Ideen“ schon selbst in Anführungszeichen. Glaubt man, dass bei der Konkretisierung der Ziele das Ganze etwas griffiger wird, so sieht man sich enttäuscht. So würde man medizinische Versorgungsangebote im Rahmen eines Versorgungsmodells bedarfsgerecht gestalten, will die Verzahnung ambulant und stationär durch Synergien verbessern, Effizienzreserven heben und die Versorgungsforschung fördern.

● **Nichts Neues in Deutschland**

Bei genauerer Durchsicht bleibt alles im Unverbindlichen. Man ist noch nicht

mal in der Lage, die gesetzlichen Vorgaben (§ 116b, Medizinische Versorgungszentren an Krankenhäusern) mit in das Papier einzubeziehen. Könnte ja für Sprengstoff sorgen, oder? Die Unverbindlichkeit des Papiers wird in der Definition des weiteren Vorgehens nochmals getoppt. Die Vertragsschließenden sollen regionale Pilotprojekte initiieren und interessierte Partner einbinden, die Umsetzung dieser Pilotprojekte begleiten und unterstützen, dabei Erfahrungen sammeln und mit Blick auf die gemeinsamen Ziele auswerten. Natürlich will man auch weitere Kooperationspartner zur Sicherung einer flächendeckenden Versorgung in Deutschland gewinnen, den internen Informationsaustausch sichern und auch die interessierte Öffentlichkeit über die Umsetzung des Projektes informieren. Der Kooperationsvertrag muss weiterentwickelt werden usw. Nach Durchsicht der Rahmenvereinbarung legt sich die Aufregung des interessierten Lesers. Nichts Neues in Deutschland an der Front ambulant/stationär.

HFS



Leserumfrage Ein herzliches Dankeschön an alle Leser, ...

... die sich die Zeit genommen haben, sich an unserer Fragebogenaktion zu beteiligen. In der nächsten Ausgabe von BDI aktuell werden wir Ihnen die Ergebnisse präsentieren.

Ihre Redaktion BDI aktuell