

Editorial

Die Prävention von Erkrankungen ist eine wichtige gesamtgesellschaftliche Aufgabe, ...

... der sich die Ärzteschaft nie verschlossen hat und für die sie sich immer einsetzen wird. Egal ob es sich um Primär-, Sekundär- oder Tertiärprävention handelt. Wenn Prävention ernst genommen und umgesetzt wird, kann nicht nur der Einzelne im Alter gesünder und länger leben. Wahrscheinlich werden auch dem Gesundheitssystem für dadurch vermeidbare chronische, gerade auch internistische Erkrankungen überflüssige Ausgaben erspart.

Auch die Politik hat die Bedeutung der Prävention für den ein-

zelnen Bürger und die Bevölkerung als Ganzes erkannt. Sie soll deshalb neben Kuration, Rehabilitation und Pflege zur vierten, eigenständigen Säule unseres Gesundheitswesens ausgebaut werden. Sie hat Bedeutung für jede Altersklasse und beginnt bereits mit der Geburt. Nur als pars pro toto sei hier an die Erfolge der Vorsorgekoloskopie seit der Kostenübernahme durch die Kassen ab dem 55. Lebensjahr erinnert. Die hohe Entdeckungsrate kolorektaler Adenome und Karzinome bei hoher Prozessqualität und minimalem Komplikationsrisiko – allerdings bei mit 1,5% der Zielpopulation noch zu geringer Teilnahme –

zeigt eindrucksvoll den bevölkerungsmedizinischen Nutzen von Prävention.

Prävention mit hoher Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität kostet aber Geld, zusätzliches Geld, selbst in den Jahren strenger Budgetierung. Wer aber, wie jetzt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, nicht nur niedrigere Honorare, sondern darüber hinaus eine Mengenbegrenzung für Präventionsleistungen fordert und durchsetzen will, andererseits die Wichtigkeit von Prävention in Sonntagsreden immer wieder betont und sogar Bonuszahlungen bei verstärkter Inanspruchnahme

von Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen an ihre Versicherten bezahlt, entlarvt sich selbst. Prävention als Marketingartikel im Konkurrenzkampf der Krankenkassen auf Kosten der Ärzteschaft – so sieht Krankenkassenpolitik realiter aus. Die Politik ist gefordert, hier einzuschreiten, will sie mit ihren Bemühungen um Präventionsförderung ernst genommen werden.



Präsident
Dr. med. Wolfgang Wesiack,
Hamburg

Unser ärztliches Engagement für mehr Prävention darf von den Krankenkassen nicht in dieser Form missbraucht werden. Dafür werden wir uns auch für sie in unserem Berufsverband, dem BDI e.V., aktiv einsetzen.

Ihr

Dr. med. Wolfgang Wesiack
Präsident

Honorarreform: 2,5 Milliarden € zusätzlich (Fortsetzung von Seite 1)

Ein Schritt in die richtige Richtung

Der Geburtsfehler wird nicht behoben

Allen muss deshalb klar sein: Dieses Geld reicht gerade aus, um den einvernehmlich mit den Kassen ausgehandelten, kalkulatorisch abgesicherten Mehrbedarf im Vergleich zum EBM 2000 plus abzudecken – eben 10 %. Auf der Kalkulationsbasis von 2008 gibt es für den einzelnen Punkt im Vergleich zu 2007 nicht mehr Geld!

Die 2,5 Milliarden Euro reichen gerade aus, den entstandenen Mehrbedarf zu finanzieren. Die Geburtsfehler der ärztlichen Vergütung werden selbst durch diese großzügig scheinende Summe nicht behoben. Bei der Einigung mit den Krankenkassen ist der bundeseinheitliche Orientierungspunkt auf 3,5058 Cent für das Jahr 2009 festgelegt worden. Damit ergibt sich weiter eine erkleckliche Differenz zu dem kalkulatorischen Punktwert des EBM von 5,11 Cent. Dies wird unverändert zu einer massiven Unterfinanzierung des Systems in der Zukunft führen. Der Fehler, der bei der Einführung des EBM 2000 plus gemacht wurde, nämlich nicht auf 5,11 Cent bei den Verhandlungen mit den Krankenkassen zu bestehen, ist nicht behoben – leider.

Weiterhin getrennte Vergütung für Hausärzte und Fachärzte

Insgesamt hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung wesentliche Punkte ihres Forderungskataloges gegenüber den Krankenkassen mit Hilfe des Schlichters durchsetzen können. So wird es bis zum Jahre 2011 weiter eine Trennung zwischen der hausärztlichen und fachärztlichen Vergütung bei den Ausgaben

der Krankenkassen für die ambulante Versorgung geben. Dies verhindert eine massive Honorarverschiebung zwischen den Hauptgruppen der Kassenärztlichen Versorgung. Hier war besonders befürchtet worden, dass eine Verschiebung zu Lasten der Fachärzte eintritt, ohne dass die Krankenkassen entsprechende Mehrvergütungen zahlen.

Der bundeseinheitliche Punktwert hätte außerdem zu einer massiven Umverteilung der Gelder für die vertragsärztliche Versorgung zwischen armen und reichen Bundesländern geführt. Es wäre ein weiterer Finanzausgleich, dies war bei der ambulanten Versorgung zustande gekommen. Dieser wird durch die Vorgaben mit den Krankenkassen abgemildert.

Der Teufel steckt im Detail!

Ein großes Problem bilden auch weiterhin die extrabudgetär bezahlten Leistungen. Es ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zwar gelungen, die extrabudgetären Leistungen für die Prävention, das ambulante Operieren und für die belegärztliche Vergütung aus der Budgetkalkulation herauszunehmen. Dies bedeutet, dass es keine Mengenbegrenzung bei der Leistungserbringung gibt und die Menge voll zu Lasten der Krankenkasse gehen wird. Damit ist auch ein Regulativ über Regelleistungsvolumina nicht umsetzbar.

Diese drei Leistungsgruppen sind landauf landab mit deutlich höheren Punktwerten, teilweise mit mehr als 5 Cent vergütet worden, um Defizite der EBM-Kalkulation zu beseitigen. Man hat sich zwar darauf geeinigt, zum Ausgleich dieser Punktwertverluste im Vergleich zum Orientie-

rungspunktwert die EBM-Bewertung anzuheben, um einen finanziellen Ausgleich zu schaffen. Es muss aber offen bleiben, ob die noch zu definierenden Punktwerte in den KVEn akzeptabel sind. Außerdem erscheint nicht sicher, dass auch alle bisher extrabudgetär vergüteten Leistungen

in der Vorlage erfasst sind. Hoffentlich gibt es hier kein böses Erwachen. Man sieht der Teufel steckt weiter im Detail: Die 2,5 Milliarden Euro sind ein guter und angemessener Schritt, mehr aber bis jetzt nicht.

HFS



Dr. med. Egon Kreis

Budelmann-Preisträger Dr. med. Egon Kreis ist verstorben

Am 9. August 2008 ist BDI-Mitglied Dr. Egon Kreis im Alter von 85 Jahren in Koblenz verstorben.

Der Berufsverband Deutscher Internisten BDI e.V. hat Kreis zur Würdigung seiner Verdienste um die deutschen Internisten im Jahre 1989 die Günther-Budelmann-Medaille verliehen.

Egon Kreis, der sich 1961 als Internist in Koblenz niedergelassen hatte, hat sich frühzeitig in der ärztlichen Berufspolitik engagiert und sich in den Selbstverwaltungsgremien der Körperschaften KV und ÄK für die Kollegen eingesetzt, so als Zweiter Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Koblenz und als Vorsitzender der Bezirksärztekammer Koblenz. In Anerkennung seiner Verdienste wurde Kreis im Jahre 1984 vom Ministerpräsidenten des Landes Rheinland-Pfalz der Ehrentitel „Sanitätsrat“ verliehen.

Seine umfangreichen gesundheits- und sozialpolitischen Erfahrungen brachte er erfolgreich in den BDI ein. Als Vorsitzender der Landesgruppe Koblenz und langjähriges Vorstandsmitglied wirkte er als kluger Ratgeber an den verbandspolitischen Zielsetzungen zum Wohle der Internisten mit.

Der BDI wird Egon Kreis in bleibender Erinnerung behalten.

KS

Der BDI gratuliert

Dr. Gottfried von Knoblauch neuer Präsident der Landesärztekammer Hessen

Am 30. August hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen den Internisten Dr. Gottfried von Knoblauch zum neuen Präsidenten gewählt. Dr. Ursula Stüwe, Marburger Bund (MB), wurde nicht wiedergewählt. Der MB ist im neuen Präsidium nicht mehr vertreten.

Der BDI begrüßt die Wahl, ist Dr. von Knoblauch, der seit Jahren in vielen Gremien des BDI und der GFB aktiv. Er freut sich, dass ein Mitglied des erweiterten Vorstandes dieses wichtige Amt übernommen hat.

Diese Entscheidung sichert u.a. auch die seitherige Politik der LÄK Hessen bei der Weiterbildungsordnung ab – war doch Hessen in der Vergangenheit ein Vorreiter für die Beibehaltung und Wiedereinführung des Internisten ohne Schwerpunkt.

Der BDI wünscht Herrn Dr. von Knoblauch viel Erfolg in seinem Amt. Er wird viel Integrationskraft brauchen, um in Zukunft auch den Marburger Bund wieder in die Kammerarbeit einzubinden und die hessischen Ärztinnen und Ärzte zusammenzuhalten.

HFS

Der Gastkommentar

Gesundheitskultur vs. Gesundheitswirtschaft

Über Jahrzehnte hat dieses Land eine Gesundheitskultur geprägt, in der die Freiberuflichkeit des Arztes und die freie Arztwahl des Patienten bestimmende Faktoren waren. Es bestand parteiübergreifend Einigkeit darin, das Gesundheitswesen nach den Versorgungsnotwendigkeiten der Bevölkerung auszurichten. Das medizinische Notwendige sollte allen Menschen in gleichem Umfang zuteil werden. Um diese Gesundheitskultur wurden wir weltweit beneidet. Seit einigen Jahren jedoch werden in der Gesundheitspolitik zunehmend andere Akzente gesetzt. Das Gesundheitswesen wird nicht mehr als soziale Einrichtung gesehen, sondern als eine Art Markt, für den sich der Ausdruck „Gesundheitswirtschaft“ etabliert hat.

Denkmodelle der Ökonomie werden mechanistisch auf das Gesundheitswesen übertragen und dogmatisch zur Handlungsmaxime erklärt. Während früher die Versorgung des Patienten nach dem aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Stand das erklärte Ziel war,

werden unter den heutigen Bedingungen des Wettbewerbs die ökonomischen Kriterien dominierend.

Zweifellos ist es richtig, dem Gesundheitswesen wirtschaftliches Potenzial zuzuschreiben. Die Politik hat das lange Zeit nicht erkannt und die Jobmaschine Gesundheitswesen unterschätzt. Am Beispiel der Krankenhäuser wird deutlich, wie unzureichend die politische Unterstützung für die notwendige Instandhaltung und Weiterentwicklung des Gesundheitswesens ausgefallen ist. Wegen der ausbleibenden gesetzlich vorgesehenen Investitionsfinanzierung durch die Bundesländer müssen die Kliniken seit Jahren einen Investitionsstau von mehr als 30 Milliarden Euro verkraften. Hinzu kommt, dass die Drangsalierung durch die Budgets im stationären wie ambulanten Bereich verstärkte Investitionen in Personal und Ausstattung unmöglich gemacht hat.

Die Politik hat schlichtweg falsche Prioritäten gesetzt. In einer Zeit des demografischen Wandels hin zu einer Gesellschaft des langen Lebens

müsste viel mehr in die Instandhaltung und den Ausbau der medizinischen und pflegerischen Versorgung investiert werden. Das ist die sozialpolitische Herausforderung unserer Gesellschaft. Es ist auch wirtschaftspolitisch sinnvoll, denn die Jobs werden in der Zukunft im Dienstleistungssektor entstehen und nicht mehr im produzierenden Gewerbe.

Stattdessen aber hat die Politik mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz und anderen Reformgesetzen eine Art Wettbewerbsordnung eingeführt, die den reinen Preiskampf unter den Leistungserbringern gebietet. Der dafür vorgesehene staatliche Rahmen – Festsetzung des Einheitsbeitrages der Krankenkassen durch die Bundesregierung und die Einrichtung eines zentralen Gesundheitsfonds – dient dazu, die Kassen zu flexiblen, möglichst kostengünstigen Versorgungsverträgen zu animieren. Denn nur wer im Preiskampf mit dem Wettbewerber bestehen kann, wird bei der Mitglie-



Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe,
Präsident der Bundesärztekammer

dergewinnung erfolgreich sein, so das unausgesprochene Credo der Wettbewerbsapostel. Durch die Zentralisierung medizinischer

Entscheidungsprozesse bei staatlichen und substaatlichen Institutionen einerseits und die Ausrufung des Preiswettbewerbs unter den Leistungserbringern andererseits ist ein überbordendes Vorschriften- und Kontrollsystem entstanden, das Zeit in der Patientenversorgung kostet und den Druck zur Rationierung bis ins Unerträgliche erhöht.

Die Politik verkennt, dass das Gesundheitswesen keine Gesundheitswirtschaft ist, dass Ärzte keine Kaufleute und Patienten keine Kunden sind, dass Gesundheit und Krankheit keine Waren und Wettbewerb und Marktwirtschaft keine Heilmittel zur Lösung der Probleme des Gesundheitswesens sind. Im Mittelpunkt eines funktionierenden Gesundheitswesens muss deshalb

wieder der kranke Mensch stehen und nicht mehr der Geschäftsgegenstand Diagnose – das auch ist die Botschaft des 111. Deutschen Ärztetages in Ulm gewesen: „In Zeiten zunehmender Marktorientierung bis hin zu einer Kommerzialisierung des Gesundheitswesens ist eine im ärztlichen Selbstverständnis der Profession verankerte Verantwortlichkeit gegenüber den Patienten unverzichtbar, wenn weiterhin eine humane medizinische Versorgung gewährleistet bleiben soll. Der Patient benötigt eine von Eigeninteressen freie Betreuung und individuelle Unterstützung in seiner krankheitsbedingten Bedürftigkeit.“ (aus: „Gesundheitspolitische Leitsätze der Ärzteschaft“ – Ulmer Papier, beschlossen vom 111. Deutschen Ärztetag 2008 in Ulm). Wenn nötig, werden wir diese Botschaft zu einem zentralen Thema im nächsten Bundestagswahlkampf machen müssen.

Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe,
Präsident der Bundesärztekammer

9. Deutscher Lebertag

„Check-up für die Leber“

„Check-up für die Leber“ lautet das Motto für den 9. Deutschen Lebertag, der wie immer am 20. November stattfindet und in diesem Jahr von der Deutschen Leberstiftung, der Deutschen Leberhilfe und der Gastro-Liga ausgerichtet wird.

Mit diesem Motto fordern die Ausrichter dazu auf, die Blut- bzw. Leberwerte zu kontrollieren. Viele Lebererkrankungen können so früher erkannt werden, bevor sie in eine chronische Entzündung der Leber übergehen. Denn viele dieser Erkrankungen bleiben häufig längere Zeit unbemerkt. Sie können aber im Verlauf von Jahren und Jahrzehnten zu schweren Komplikationen wie Leberzirrhose oder Leberzellkrebs führen. Eine Vielzahl von Lebererkrankungen ist im frühen Stadium hervorragend zu therapieren oder lässt sich durch Änderung des Lebensstils gut beeinflussen. Eine frühe Diagnose ist daher unbedingt wünschenswert. Der Nachweis auf einen erhöhten Wert des Enzyms GPT ist ein gut geeigneter Suchtest, da die GPT mit einer hohen Sensitivität Leberschäden anzeigen kann und kaum in anderen Organen gebildet wird. Ein erhöhter GPT-Wert kann eine leichte Leberentzündung anzeigen, die dann zur



Suche der Ursache Anlass gibt und so im Zuge einer Früherkennung zu einer rechtzeitigen Diagnose führt. Im Rahmen des bundesweiten Aktionstages sollen wieder zahlreiche regionale Veranstaltungen wie Arzt-Patienten-Seminare, Lebertest-Aktio-

nen usw. stattfinden. Begleitet und unterstützt werden diese regionalen Veranstaltungen durch zentrale Pressearbeit, eine Website zum Deutschen Lebertag (www.lebertag.org) und das entsprechende Informationsmaterial.

Der Berufsverband Deutscher Internisten unterstützt gemeinsam mit der BAG Leber und dem Kompetenznetz Hepatitis den Deutschen Lebertag. Wir würden uns freuen, wenn Sie sich mit einer Aktion am 9. Deutschen Lebertag beteiligen würden. Falls Sie eine Aktion vor Ort durchführen, machen die Ausrichter gerne über die zentrale Website darauf aufmerksam. Bitte senden Sie dazu einen Programmablauf, einen Ansprechpartner und ein PDF Ihrer Ankündigung per Mail an info@leberhilfe.org. Alternativ können Sie Ihre Ankündigung auch als JPG zusenden. Für Ihre Veranstaltung stellen Ihnen die Ausrichter gern Flyer und Plakate zur Verfügung. Auch für die Öffentlichkeitsarbeit können Sie dort Unterstützung erhalten.

Weitere Informationen:
Deutsche Leberstiftung,
E-Mail: info@deutsche-leberstiftung.de
Telefon 0511/532 6819.

Dr. med. Martin Strauch
ehem. Vorsitzender
Sektion Gastroenterologie im BDI e.V.

Neues zur Krankenhausfinanzierung

Bedenken aus den Ländern?

Die Diskussion über die Krankenhausgesetzgebung geht weiter. Dabei geht es hauptsächlich um die Frage, ob die monistische Krankenhausfinanzierung eingeführt wird und ob die Investitionen nicht mehr direkt über die Länder in den Krankenhäusern finanziert werden. Auch über die Möglichkeit selektiver Verträge im Krankenhausbereich über den Krankenhausbedarfsplan hinaus (siehe Artikel in vergangenen Ausgaben von BDI aktuell) wird gestritten.

Die Gesundheitsministerkonferenz in Plön hat sich mit Gesundheitsministerin Ulla Schmidt nur auf einen kleinen gemeinsamen Nenner einigen können. Es war deshalb der Verdacht aufgekommen, dass die Krankenhausgesetzgebung in dieser Legislaturperiode ins Stocken geraten wird.

Dafür spricht im Übrigen die von der Bundesärztekammer aktuell gestreute Information, dass Bundeskanzlerin Merkel den Entwurf aus dem Bundesgesundheitsministerium zur Krankenhausfinanzierung nicht auf die Agenda der Kabinettsvorlagen gesetzt hat. Angeblich könne sich das Kabinett in absehbarer Zeit mit den Plänen nicht befassen. Hintergrund dürfte sein, dass die Bedenken

der Länder bei dem Entwurf aus dem Bundesgesundheitsministerium nicht ausreichend berücksichtigt worden sind.

Wir dürfen gespannt sein, ob sich in dieser Legislaturperiode bezüglich der Gesetzgebung zum Krankenhaus etwas tun wird.

HFS

– Anzeige –

Notfall-Defibrillator
AED + Monitoring Kombisystem
statt 4460 € nur **1299 €** + MWSt.
Tel. 0800-111 0 511 tägl. 8-22h
www.herzmedica.de