

## Der Gastkommentar

## Ein Danaergeschenk!

Keine Frage: 2,5 Milliarden Euro sind ein Geschenk, das mit Freude und ohne näheres Hinsehen gerne genommen wird. Entsprechend wurde dieses Geschenk von denen, die es den Vertragsärzten besorgt zu haben vorgeben, medienwirksam als größte Honorarsteigerung aller Zeiten verkauft. Das ist richtig. In der Tat gab es noch nie eine vergleichbare Vermehrung des Geldvolumens, welches der ambulanten Versorgung zur Verfügung steht. Es gab allerdings auch noch nie eine vergleichbare jahrelange Durststrecke ohne Ausgleich der Verluste durch Inflation, Kostensteigerung und vor allem Mehrbedarf an Leistungen. Wir alle wissen, dass die angestauten Verluste bei weitem höher sind als die jetzt erfolgte Steigerung. Trotzdem ist ein gewisser Jubel verständlich. Aber Vorsicht: Wer eigentlich wissen müsste, dass die 2,5 Milliarden nicht reichen, müsste doch vielleicht etwas Zurückhaltung üben. Wo also ist der Haken an der Sache?

Zum einen ist die Summe von 2,5 Milliarden Euro trotz aller Anstrengungen der KBV einschließlich publikumswirksamer zwischenzeitlichen Auszug aus der Verhandlungsrunde sicher nicht den vorgebrachten Argumenten geschuldet. Das Geld kommt schlicht von oben. Es gab zu dieser Frage gar keine echte Verhandlung, weil das Ergebnis von vornherein feststand. Die Bundesregierung kann es sich nicht leisten, im kommenden Wahljahr weiterhin die Unruhe der Ärzte zu ertragen und hat deshalb in einem ersten Schritt den Kassenärzten

2,5 Milliarden geschenkt und wird dies in Kürze für die Krankenhäuser nachholen. Für die Öffentlichkeit wird gleichzeitig der Eindruck vermittelt, dass die Ärzte eine direkte Gehaltsverbesserung von mehr als 20.000 Euro pro Kopf bekommen. Dass es sich lediglich um eine Umsatzmehrung ohne Abzug von Kosten, Altersvorsorge und Steuern handelt, fällt unter den Tisch. Es ist völlig klar, dass ein weiterer Protest, so begründet er in unseren Augen auch ist, damit in den Medien und so auch in der Öffentlichkeit auf völliges Unverständnis stoßen wird.

Die erste Falle ist somit deutlich: die Ärzteschaft ist mundtot gestellt. Der eigentliche Inhalt des trojanischen Pferdes ist aber viel gravierender: Es ist schon erstaunlich, dass die KBV auf den Pressekonferenzen im Anschluss an die Einigung im Bewertungsausschuss immer nur von der zusätzlichen Geldmenge gesprochen hat, ohne auf die einzelnen Beschlüsse zur Struktur der künftigen Euro-Gebührenordnung einzugehen. Es wurde versucht (verständlich bei den Inhalten), auf die Schmachhaftigkeit des Zuckergusses hinzuweisen, um von den Giftstoffen der bitteren Pille abzulenken.

Im Kern hat die KBV zugestimmt, den Bewertungsansatz der immer wieder als das Maß der Dinge in den Vordergrund gestellten betriebswirtschaftlichen Kalkulation ärztlicher Leistungen von 5,11 Cent auf 3,5058 Cent abzuwerten. Das sind mehr als 30%! Wo hat es das schon mal gegeben, dass die Verhandlungsführer einfach so, ohne Urabstimmung, ohne Nachfrage bei den Betroffenen 30% Rabatt

einräumen. Angesichts dieser Dimension ist es ein Hohn, sich danach mit dem Verhandlungsergebnis 10% mehr Geld zu brüsten.

Mit diesem Zugeständnis eines Punktwertes von 3,5 Cent bei unverminderter Leistungsmenge ist für alle Zeiten die Glaubwürdigkeit einer sauberen Kalkulation und Preisfindung für ärztliche Tätigkeiten ad absurdum geführt worden. Da ist es fast schon unerheblich, dass im Weiteren noch mal ein zehnzehnter Abschlag (in den Ostländern 5%) auf die Berechnung der Leistungsmenge vereinbart wurde, die aber natürlich dennoch in vollem Umfang geleistet werden soll.

Im Klartext: Die Ärzte bekommen ab 2009 eine höhere Gesamtvergütung, müssen dafür aber wesentlich mehr arbeiten (mit höheren Betriebskosten), da die zu erwirtschaftenden Leistungen um mehr als 30% abgewertet worden sind. Gerade für diejenigen Leistungen, die mit einem sehr hohen Anteil von Kosten (TL) verbunden sind und oft nur einen Honoraranteil für den Arzt (AL) von weniger als 30% haben, führt diese Abwertung zu einem Totalausfall für das ärztliche Einkommen. Toll!!

Wer jetzt glaubt, schlimmer könnte es nicht mehr kommen, sieht sich getäuscht. Während bisher nur die globalen Auswirkungen der Beschlüsse behandelt wurden, gibt es natürlich auch Auswirkungen auf die Verteilung unter und innerhalb der Fachgruppen. Bei der Ermittlung der arztindividuellen Regelleistungsvolumina wird zunächst auf der Basis des Jahres 2007 das Volumen der angeforderten Punkte pro Arztgruppe ermittelt.



Dr. Jörg-Andreas Rüggeberg ist Präsident des Facharztverbands GFB.

Nicht etwa das gezahlte Geldvolumen oder die Menge der anerkannten und ausbezahlten Punkte!

Das führt dazu, dass Fachgruppen mit bisher hohen Punktwerten heruntergerechnet werden, umgekehrt Fachgruppen mit niedrigen Punktwerten höher eingestuft werden. Lediglich die bisherige Grenzziehung zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung bleibt bestehen. Das mag man gerecht finden, leider bleiben die unterschiedlichen Anteile von TL und AL unberücksichtigt. Fachgruppen mit hohem Technikanteil geraten so in die Insolvenz, Innovation ist in der ambulanten Medizin nicht mehr möglich, die Verlagerung der hochspezialisierten Facharztmedizin in die Krankenhäuser ist vorprogrammiert. Das passt schließlich auch bestens in das Konzept der Ministerin, das, wie bekannt, inzwischen von der KBV in einem eigenen Papier nachgebetet wird. Im Übrigen zieht sich das Prinzip der Nivellierung bei der Ermittlung des arztindividuellen RLV fort. Hier gibt es eine an Schlichtheit nur mit der Klinge der Guillotine zu vergleichende Regelung: Honorarmenge ab 2009 pro Arzt gleich eigene Fallzahl aus Vorjahresquartal mal Fallwert der Fachgruppe. Keine Rede von Berücksichtigung unterschiedlicher Spek-

tren mit unterschiedlichem Aufwand, keine Rede von Differenzierung nach unterschiedlichen TL-Anteilen. Im Prinzip handelt es sich um die Anwendung der Honorarbegrenzung auf Vorjahresquartale wie beim Jobsharing. Wer früher viel hatte, behält viel, wer aus welchen Gründen auch immer wenig hatte, bleibt arm. Wer hat so etwas wohl verhandelt? Da tröstet es wenig, wenn sehr große Pra-

xen ebenfalls ohne Hinterfragung nach den Gründen hoher Patientenzahlen abgestaffelt werden. Alle Überlegungen früherer Zeiten, die Honorarmenge des einzelnen Arztes an dessen maximaler zeitlicher Arbeitskapazität zu orientieren, indem man das RLV unter Berücksichtigung der AL-Anteile in der EBM-Kalkulation ermittelt, sind einer holzschnittartigen Zuteilung eines einheitlichen Arztgehaltes zum Opfer gefallen.

Was ist die Konsequenz? Wenn alle Ärzte mehr oder weniger das gleiche Geld bekommen, wird es zu einer Abwendung von kostenintensiven Leistungen hin zu einer Art Barfußmedizin kommen. Hochspezialisierte Facharztmedizin wird absterben, bzw. an die Kliniken zurückverlagert. Wenn das die Absicht war, so ist das Projekt tatsächlich gelungen.

Ganz wie beim trojanischen Pferd: Sieht hübsch aus, hat aber einen tödlichen Inhalt. Hütet Euch vor den Danaern, erst recht, wenn sie Geschenke geben (Vergil).

Dr. Jörg-A. Rüggeberg

Der Kommentar ist zuvor im „Facharztbrief“, Ausgabe 14/08, veröffentlicht worden.

## Elektronische Gesundheitskarte (Fortsetzung von Seite 1)

## Basis-Rollout in Nordrhein kommt ins Stocken

Für ihren Installations-Aufwand erhalten die Vertragsärzte zudem 50% der Pauschale, zudem noch eine bestimmte Pauschale für den Erwerb eines mobilen Lesegeräts für Hausbesuche und Notdienst. Die Pauschale für stationäre Geräte wird auch für Zweige- räte gezahlt, wenn sie in genehmigten Zweigpraxen und ausgelagerten Praxisstätten eingesetzt werden. Die Faustregel lautet: Für jede BSNR und NBSNR ein Gerät. Die Standardausstattung soll die Ärzte nichts kosten, versicherte der KVNo-Vorsitzende. Wer mehr oder bessere Geräte haben will, muss das selbst bezahlen.

Die Höhe der Pauschalen ist immer noch nicht bekannt. Sie sollten anhand der Marktpreise erst festgelegt werden, wenn mehrere stationäre und mobile Lesegeräte zugelassen sind. Da es noch keine zugelassenen Geräte gibt, gibt es auch noch keine Pauscha-

len. Inzwischen geht selbst die KV Nordrhein davon aus, dass der Basis-Rollout wohl frühestens im ersten Quartal 2009 stattfinden wird. Im Folgequartal wollen dann die Krankenkassen in Nordrhein die neuen elektronischen Gesundheitskarten an ihre Versicherten ausliefern. Anschließend folgen im „Zwiebelschalenmodell“ die weiteren KVen um Nordrhein herum, bis Ende 2009 (laut Plan) die ganze Bundesrepublik „eGK-fähig“ ist.

● **Hansen sieht Vorteile für die Pilotregion**

Trotz allen Anlaufschwierigkeiten zeigte sich Hansen in Kiel optimistisch: Da die Einführung der Telematik nur Schritt für Schritt vollzogen werde, würde sich die Veränderung in den Praxen kaum bemerkbar machen. Fundamentaldiskussionen wie noch zuletzt auf dem Deutschen Ärztetag in

Ulm wären nicht mehr nötig. Die irrationalen Ängste würden verschwinden, wenn die Karte erst einmal da sei. Er verwies auf den Hausarzt-Vertrag in Baden-Württemberg und die Vertragsausschreibung der AOK in Bayern; dort sei das alles kein Thema mehr.

Außerdem hätten die Vertragsärzte in Nordrhein als Pioniere eine Menge Vorteile; sie bekämen die besten Geräte, alle anderen müssten nehmen, was übrig bleibt. Die Versicherten in der Region würden sofort mit nur einer einzigen Karte auskommen, weil alle Praxen und Krankenhäuser damit umgehen könnten.

Solange es die zertifizierten und zugelassenen eHealth-Terminals noch nicht gibt, können auch noch die Multifunktionalen Terminals (MKT) eingesetzt werden. Dabei handelt es sich um eine Weiterentwicklung des alten, seit Einführung der KVK im Einsatz befindlichen Lesegerätes, das neben der KVK auch die eGK lesen und verarbeiten kann. Das MKT wird entweder über USB- oder die serielle Schnittstelle direkt an den Praxiscomputer ange-

schlossen. Die Funktionen eRezept und Online-Prüfung auf Leistungspflicht, die in einer oder mehreren noch nicht datierten späteren Ausbaustufen nach dem eGK-Basisrollout als Anwendungen geplant sind, können mit diesen Geräten meist nicht, sondern nur im Einzelfall mit einem zusätzlichen Upgrade realisiert werden.

● **Elektronische Hilfsmittel verändern Abläufe in Klinik und Praxis**

Die neuen eHealth-Terminals (früher SICCT – Secure Interoperable Chip Card Terminal) können ebenfalls KVK und eGK verarbeiten. Der Unterschied besteht darin, dass eHealth-Terminals grundsätzlich aufwärtskompatibel für die nach dem eGK-Basisrollout in einer späteren Ausbaustufe geplanten Online-Anwendungen sind. Dann muss das Terminal an einen sogenannten Konnektor angeschlossen werden, also nicht mehr unmittelbar an den Praxiscomputer.

Die eHealth-Terminals besitzen einen erweiterten Befehlsumfang. Damit können die Heilberufeausweise (HBA)

sowie SMC-Institutionskarten in Krankenhäusern verwendet werden. eHealth-Geräte werden über eine sog. LAN-Schnittstelle an den Konnektor angeschlossen. Zurzeit gibt es nur eHealth-Geräte mit einer vorläufigen Zertifizierung für die sieben Testregionen der eGK.

Sobald die eGK in Nordrhein eingeführt wird, können die heutigen mobilen Lesegeräte auch nicht mehr benutzt werden, da diese mit Prozessorkarten nicht umgehen können. Das bedeutet: Spätestens bis dahin müssen auch neue mobile Lesegeräte am Markt verfügbar sein. Ebenso wie bei den stationären Geräten werden auch die Kosten für die mobilen Lesegeräte von den Kassen im Rahmen der von der KBV geschlossenen Finanzierungs-

– Anzeige –

**Notfall-Defibrillator**  
 AED + Monitoring Kombisystem  
 statt 4460 € nur **1499 € + MWST.**  
 Tel. 0800-111 0 511 tagl. 8-22h  
[www.herzmedica.de](http://www.herzmedica.de)

vereinbarung übernommen. Die Gematik hat eine Spezifikation herausgegeben, wonach die mobilen Lesegeräte in zwei Stufen eingeführt werden. Zurzeit sind vier mobile Lesegeräte im Test. Die elektronischen Hilfsmittel haben alle eines gemeinsam, erläuterte Dr. Axel Garbers von der BITKOM, dem Verband der IT-, Telekommunikations- und Neue-Medien-Branche, in Kiel: Sie verändern die Abläufe in den Praxen und Kliniken. Die Veränderung sei nicht an sich gut, räumte er ein, sondern nur, wenn sie Verbesserungen bringen: Einsparungen, Verfügbarkeit der Daten jederzeit an jedem Ort, Entlastung des Personals, erhöhter Datenschutz.

● **Zahlreiche Fehler und Schwachstellen**

Der Basis-Rollout findet bundesweit statt, obwohl die Feldtests in den sieben Testregionen in Deutschland noch gar nicht beendet sind. Sie sollen parallel zum Rollout fortgesetzt werden, erklärte Gematik-Geschäftsführer



Ausstellungsstand der Gematik auf der eHealth-Konferenz in Kiel. (Foto: KS)

Peter Bonerz in Kiel, aller Voraussicht nach bis Ende 2012. Es sei nicht zu erwarten, dass mit dem „Migrations-schritt“ in Nordrhein bereits die volle Funktionalität der eGK hergestellt sei. Wie Sprecher aus den Testregionen übereinstimmend berichteten, haben sich gleich zu Anfang schon zahlreiche Fehler und Schwachstellen herausgestellt, und die Experten rechnen damit, dass noch einiges an Unwägbarkeiten auf sie zukommen wird. Die geringsten Fehler weist offensichtlich die eGK selbst auf. Für Bonerz bewegt sich deren Fehlerquote von 4,1% (1062 Fehler bei etwa 50 000 ausgegebenen Karten) im Bereich des Normalen. Ein ungewöhnlicher Fehler ist den Innungskrankenkassen in Sachsen unterlaufen: Sie haben einen falschen Kleber benutzt, um den Chip auf der Karte zu befestigen, und dieser Kleber hat dann nach und nach den Chip aufgelöst.

Ansonsten ähneln sich die Probleme und Schwierigkeiten bei der Anwendung der eGK in den Testregionen. So ist in allen Testregionen die Möglichkeit, Notfalldatensätze anzulegen, bisher kaum genutzt worden. Rund 300 Notfalldatensätze sind insgesamt erst auf eine eGK geschrieben worden, was auch damit zusammenhängt, dass die Versichertendaten nicht aus den Paxisverwaltungssystemen übernommen werden können, sondern manuell eingetragen werden müssen. Als umständlich wird angesehen, dass dafür bis zu viermal eine PIN eingegeben werden muss. Die in der Mehrzahl älteren Patienten haben Schwierigkei-

ten, sich ihre PIN zu merken. In Schleswig-Holstein hat man daher hilfsweise ein Treuhänderverfahren angewandt: Der Patient hinterlegt seine PIN in der Praxis des Hausarztes und dieser bzw. die Helferin setzt sie dann für den Patienten ein.

● **Akzeptanz bei Ärzten von PIN und Signatur abhängig**

Schwierigkeiten bereitet immer noch die elektronische Signatur. Aufgrund der Vorschriften im Gesetz muss jede Verordnung einzeln elektronisch signiert werden, das bedeutet, dass für jedes verordnete Arzneimittel die eGK des Patienten sowie der Heilberufsausweis des Arztes in das Terminal eingesteckt und wieder herausgezogen werden, und das zigmal am Tag. Dieser zeitaufwendige Vorgang verringert die Akzeptanz der eGK bei den Ärzten. Für eine Stapel- oder Komfortsignatur, die den Ablauf vereinfachen könnten, gibt es noch keine handhabbare Lösung. Von den wenigen elektronisch ausgestellten Rezepten ist nur ein Bruchteil in den dafür ausgestatte-

ten Apotheken eingelöst worden; meist haben die Patienten das parallel ausgedruckte Papierrezept in anderen Apotheken abgegeben. Für Dr. Siegfried Jedamzik, Teilnehmer und Projektleiter des Tests im bayerischen Ingolstadt, bedeutet das Motto der Kieler Konferenz „Telematik kommt an“: „Der Weg ist das Ziel.“ Auch er habe zu Anfang die Komplexität in einer Arztpraxis unterschätzt. Probleme bereitet schon die Vielfalt der PVS-Anbieter. Kleine Firmen arbeiten sehr viel langsamer als große. In Ingolstadt mussten 58 Karten ausgetauscht und 5 Heilberufsausweise neu beantragt werden, weil die Chips nicht richtig funktionierten. Dennoch hält er die Testläufe für erforderlich: „Test sind Tests, damit Fehler gefunden werden.“ Das bestätigt Dr. Jürgen Faltn, im rheinland-pfälzischen Sozialministerium zuständig für die Telematik: Wenn es gelinge, die Behebung der Fehler zu beschleunigen und die Abläufe zu vereinfachen, könnte man auch die Motivation der Ärzte erhöhen. Für Jan Meincke, Testleiter der Region Flensburg, ist klar: „Mit dem PIN-Verfahren und der Signatur steht und fällt die Akzeptanz.“ Auch Romain Seibt, Regionaler Projektleiter der SaxMediCard-Gesundheitskarte Sachsen und IT-Leiter am Klinikum Löbau-Zittau, forderte in Kiel: „Die Komfortsignatur muss her! Einzelsignatur ist in der Praxis nicht machbar.“ Dazu aber müsste zunächst einmal der Gesetzgeber den Gesetzestext ändern.

KS

**Elektronische Gesundheitskarte und Datenschutz**

**Akzeptanz bei Ärzten lässt zu wünschen übrig**

**Auf der alle zwei Jahre stattfindenden eHealth-Konferenz traten Mitte September 2008 in Kiel zwei Referenten auf, die bereits im Mai auf dem diesjährigen Deutschen Ärztetag in Ulm vergeblich versucht hatten, den Ärzten alle Bedenken gegenüber der elektronischen Gesundheitskarte im Besonderen und der Telematik im Allgemeinen auszureden.**

Dr. Franz-Joseph Bartmann, Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein und Telematik-Beauftragter der Bun-



Dr. Franz-Joseph Bartmann

Bild: eHealth-Konferenz 2008

desärztekammer, gab sich zurückhaltend optimistisch. Telematik findet in Deutschland längst statt, stellte er fest, allerdings in Insellösungen. Eine übergreifende Kommunikation zwischen Praxen untereinander oder mit Kliniken ist nicht möglich. Mit dem ehrgeizigen Projekt der Einführung der Telematik-Strukturen im Gesundheitswesen will die Bundesregierung die Sache voranbringen. In der Ärzteschaft wächst von Ärztetag zu Ärztetag die Zahl der Kritiker und Zweifler. Dennoch glaubt Bartmann, dass sich die Telematik langfristig durchsetzen wird. Wenn man dabei alle Leute mitnehmen wolle, meinte er in Kiel, zum Beispiel auch die Hausärzte, dann dürfe man nicht das höchstmögliche Erreichbare sofort anstreben, sondern müsse in ganz kleinen, vorsichtigen Schritten vorgehen, die leicht nachvollziehbar seien und dem Anwender auch einen Nutzen bringen. Es gebe unter den Ärzten einen kleinen Kern des Fundamentalwiderstands gegen die eGK, an den man rational nicht herankomme. Aber für die große Mehrheit sei es am wichtigsten, dass sie durch die Telematik keine Erschwernis in ihrer täglichen Arbeit haben.

● **„eGK gibt dem Bürger Datensicherheit“**

Das Digitalisieren und Verfügbarmachen medizinischer Daten gewährleiste noch keine Verbesserung der medizinischen Versorgung. Unter Einbeziehung der Anwender und zugeschnitten auf die in verschiedenen Versorgungsbereichen bestehenden Anforderungen sollte zunächst mit einfachen, übersichtlichen Lösungen gearbeitet werden, die stufenweise geplant, getestet und erweitert werden können. Als eine solche einfache Anwendung nannte er die medizinische Basisinformation anstelle des Notfalldatensatzes auf der eGK. Diese könne ein Kristallisationskern für eine elektronische Patientenakte werden. Auch durch das eRezept könne Nutzen

generiert werden, wenn es besser in die Arbeitsprozesse der Ärzte integriert werden.

Wie schon in Ulm nannte er die elektronische Gesundheitskarte das Instrument des Datenschutzes. „Sie gibt dem Bürger ein unglaubliches Maß an Datensicherheit.“ Der rechtliche Schutz, den medizinische Daten aufgrund von § 291 Abs. 8 SGB V genießen, sei ein Fortschritt und müsse auch für andere medizinische Datensammlungen gelten. Datenschützer Dr. Thilo Weichert vom Unabhängigen Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein sprach von gelungenen Datenschutzregelungen und einer adäquaten Datenschutzkonzeption im Hinblick



Dr. Thilo Weichert

Bild: eHealth-Konferenz 2008

auf die eGK. Die über die eGK erschlossenen Daten können technisch nur ausgelesen werden, wenn sowohl der Patient als auch eine Angehöriger eines Gesundheitsberufs, etwa ein Arzt, ihr Einverständnis geben. Dies ist regelmäßig sowohl von der Nutzung der eGK als auch eines Heilberufsausweises abhängig und zusätzlich von der Eingabe einer PIN. Natürlich gelte das nicht für Notfalldaten, wohl aber vor allem für die sensiblen Anwendungen elektronischer Arztbriefe und elektronische Patientenakte.

Die Datenschützer werden der praktischen Umsetzung nicht zustimmen, versicherte er in Kiel, wenn die elektronisch gespeicherten Medizindaten nicht verschlüsselt gespeichert werden. „Es müssen die Patienten sein, die mit ihrem Schlüssel die Daten freischalten können.“ Hinzu kommen weitere rechtliche und organisatorische Sicherungen: Transparenz für die Betroffenen inklusive Auskunftsanspruch und Lösungsrecht bei freiwilligen Anwendungen, Protokollierung der Zugriffe, Signierung der Daten durch den Arzt und vieles mehr.

● **Der Staat müsse Praxen unterstützen**

Lange hätten die Gegner der eGK sich geweigert, diese Umstände zur

Kenntnis zu nehmen. Inzwischen aber werde weniger mit unrealistischen Horrorszenerarien hantiert. Die praktischen Fragen und Probleme gewinnen in der Diskussion an Bedeutung. Weichert zeigte Verständnis für die Widerstände einiger Ärzte, vor allem in kleinen Praxen, die mit der eGK gezwungen sind, ihre elektronische Datenverarbeitung für teures Geld rundzuerneuern und die sich EDV-Kenntnisse aneignen müssen. Ihnen werde eine Verantwortung für elektronisch gespeicherte Patientendaten auferlegt, mit der sie sich derzeit überfordert fühlen. Hier könne und müsse der Staat unterstützend tätig werden. Auch die Bürgerrechtsgruppen bewahren nach den Worten Weicherts ihre Glaubwürdigkeit nur, wenn sie mit den Realitäten in Tuchfühlung bleiben, was in der Vergangenheit nicht immer der Fall war. Ärgerlich ist es aus seiner Sicht, dass sich IT-Firmen auf den Zug der Kritik an der eGK schwingen, um ihre datenschutzrechtlich nicht geprüften Produkte statt der geplanten auf den Markt zu werfen „und sich eine goldene Nase zu verdienen“. Dafür kritisierte der schleswig-holsteinische Datenschützer viele derjenigen, die heute laut gegen die eGK aufbegehren: Sie hätten geschwiegen, als die elektronische Kontrolle von Patienten und Ärzten tatsächlich Gesetz wurde, nämlich als mit dem 2004 in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetz anstelle der bisherigen fallbezogenen die patientenbezogene Abrechnung ambulanter Behandlungen bei den Krankenkassen eingeführt wurde. Seitdem ist es den Kassen möglich, umfassende Krankheitsprofile kombiniert mit den Daten stationärer Behandlung und der Medikationen zu erstellen. Bisher habe es auch niemanden – außer einigen wenigen Datenschützern – interessiert, was es mit dem Morbiditätsindex für den Risikostukturausgleich, der nichts anderes sei als ein individueller Gesundheits-Score, auf sich habe. „Hier findet die Überwachung von Ärzten durch Staat und Krankenkassen statt, hier droht der gläserne Patient, nicht bei der eGK.“ Am Schluss fügte er an, dass es nirgendwo, auch nicht bei der eGK, hundertprozentige Sicherheit gebe. Die Risiken zwängen dazu, alles vertretbar Mögliche zum Schutz der Vertraulichkeit und Integrität der Daten zu tun. Hierzu sei eine kritisch konstruktive Haltung notwendig. Die technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Realisierung der eGK sind in mancher Hinsicht noch nicht festgelegt und können positiv gestaltet werden, erklärte er. Dies sei auch der einzige Weg, um die Möglichkeiten der Informationstechnik für eine effektivere medizinische Behandlung zu nutzen und zugleich den Missbrauch der anfallenden Daten zu verhindern.

KS

Strategie-Überlegungen im AOK-Bundesverband (Fortsetzung von Seite 1)

## Wahltarife, Rabattverträge, Selektivverträge

„Der Gesundheitsfonds kommt – auch, wenn wir ihn für überflüssig halten und vereinzelte Stimmen immer noch seinen Stopp fordern“, erklärte der AOK-Vorsitzende. Jetzt müsse er so ausgestaltet werden, dass die Versicherten auch in Zukunft gut versorgt werden können. Das bedeutet für ihn, dass der Fonds finanziell zu 100% ausgestattet sein muss. „Und diese 100% müssen auch die Honorarerhöhungen beinhalten, die die Politik jetzt Ärzten und Kliniken hat zukommen lassen. Wer den niedergelassenen Ärzten 2,5 Milliarden Euro mehr zubilligt und ein Reformpaket für die Kliniken schnürt, das rund 4,5 Milliarden Euro kosten könnte, der muss auch sagen, woher dieses Geld kommen soll, und dafür Sorge tragen, dass der Gesundheitsfonds entsprechend gefüllt ist.“ Der von der Regierung festzulegende Beitragssatz ab Januar 2009 dürfte nach seiner Sicht wohl in einem Korridor zwischen 15,5% und 15,8% liegen, inklusive des Zusatzbeitrages von 0,9%. Darüber hinaus rechnet die AOK z. B. auch in den Bereichen Arzneimittel, Krankengeld und Fahrkosten mit einer Ausgabenentwicklung, die oberhalb der Entwicklung der Einkommen der Beitragszahler liegen wird.

● **Zielgenauer Morbi-RSA gefordert** Damit der Gesundheitsfonds funktionsfähig ist, bestehen die Krankenkassen vor allem auf einem zielgenauen Morbi-RSA. Laut Ahrens wird es aber noch zu einigen Nachjustierungen beim BVA-Modell zur Berechnung von krankheitsorientierten Zuschlägen kommen müssen. Denn das ureigene Ziel des Morbi-RSA, den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen künftig an der wirtschaftlichen Versorgung der Kranken auszurichten, werde mit diesem Modell nicht vollständig erreicht, kritisierte er. Das liege daran, dass dieses Klassifikationssystem nicht ausreichend die Schweregrade der Erkrankten berücksichtigt. Nach Auffassung der AOK muss ein Weg gefunden werden, die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA frühzeitig zu überprüfen und gegebenenfalls entstehende Fehlanreize zu identifizieren und zu beseitigen. Nachbesserungen bedarf es auch noch beim Zusatzbeitrag in Verbindung mit der 1%-Härtefallregelung. Aus dieser Härteregelung könnte ein finanzielles Fiasko für so manche Kasse werden, befürchtet Ahrens. Denn vor allem Kassen, bei denen viele Menschen mit geringem Einkommen versichert sind, werden bei einem Großteil ihrer Versicherten schnell an die 1%-Grenze kommen und müssten dann einen umso höheren Zusatzbeitrag von den Beziehern

höherer Einkommen verlangen. Damit würde die Einkommensstruktur der Mitglieder zu einem verzerrenden Wettbewerbsparameter, betonte Ahrens. Das müsse dringend verändert werden.

● **Zusatzprämie bei allen Kassen erwartet**

Ohnehin werde der Zusatzbeitrag den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen erheblich verschärfen und verzerren. Denn schon die Einzugskosten für den Zusatzbeitrag seien erheblich: Wohl 2,50 Euro je Monat und Mitglied müssten die Kassen für die Führung der neuen Konten aufwenden – und das Inkassorisiko mit entsprechenden Einnahmeausfällen ist da noch nicht mit eingerechnet. Deshalb werde die AOK-Gemeinschaft alles daran setzen, Schiefen im Wettbewerb, die durch den Zusatzbeitrag entstehen können, wenigstens 2009 zu vermeiden. Da jedoch der allgemeine Beitragssatz künftig erst erhöht werden muss, wenn die Kostendeckung 95% unterschreitet, würden binnen weniger Jahre alle Kassen den maximalen Zusatzbeitrag nehmen müssen, glaubt Ahrens.

„Unter dem Strich werden wir also 2010 oder 2011 bei allen Kassen eine Zusatzprämie von 1% des Bruttolohns bis zur Beitragsbemessungsgrenze bei allen Kassen sehen. Und jeder wird erkennen, dass diese Zusatzprämie nichts zu tun hat mit der Wirtschaftsweise einer Kasse.“ Insgesamt werden die Kassenmitglieder dann also 1,9 Beitragssatzpunkte ohne Arbeitgeberbeteiligung aufbringen müssen. Der designierte Nachfolger von Ahrens, sein jetziger Stellvertreter Dr. Herbert Reichelt, geht davon aus, dass die Krankenkassen geeignete Verträge abschließen müssen, damit die finanzielle Mehrbelastung der Beitragszahler nicht als bloßer Einkommenseffekt im Gesundheitswesen versickert, sondern auch eine bessere Leistung für die Versicherten dabei herauskommt.

● **Verträge sollen die Versorgung verbessern**

Wenn die Arbeitsteilung zwischen GKV-Spitzenverband und AOK-Bundesverband funktioniert, wird dort der Rahmen festgelegt, etwa die Gebührenordnung, während sie hier mit Leben erfüllt wird. So haben die AOKen heute bereits für über 2,6 Millionen Versicherte Hausarztverträge abgeschlossen, 2,3 Millionen Versicherte haben sich in die Disease-Management-Programme der AOK eingeschrieben, viele Millionen Versicherte profitieren von der Zuzahlungsbefreiung der AOK bei einzelnen Rabattarzneimitteln. Die AOK will den Wettbewerb um eine

bessere Versorgung der Versicherten weiter intensivieren. Nicht nur bei chronischen Erkrankungen brauche der ambulante Sektor Verträge, die die Versorgung gestalten. Auch in der Nachsorge akuter Erkrankungen müsse das Management in der Arztpraxis verbessert werden. So habe Deutschland unter vergleichbaren Ländern beispielsweise seit langem einen Spitzenplatz bei der stationären Behandlung nach Herzinfarkt. In der ambulanten Versorgung aber – etwa bei der Einstellung des Blutdrucks sechs Monate nach Infarkt oder der Einstellung der Cholesterinwerte – gebe es einen solchen Spitzenplatz bisher nicht. Gerade auch deshalb engagiere sich die AOK bei der Einführung von Hausarztverträgen. Im Mittelpunkt stünden dabei interne und externe Qualitätssicherung, der verbesserte Einbezug des Patienten in die Behandlungsplanung, eine rationale Arzneimitteltherapie und eine verbesserte Abstimmung mit Fachärzten und Krankenhäusern.

Ein Schwerpunkt für die Gestaltung der ambulanten ärztlichen Versorgung sind die Disease-Management-Programme (DMP), die die AOK in inzwischen sechs Indikationsgebieten umgesetzt hat. Dabei zeige sich, dass die systematische Beachtung von Standards der evidenzbasierten Medizin und qualitätssichernde Maßnahmen für die Patienten bessere Behandlungsergebnisse bringen. Wie aktuelle Studien (z. B. die ELSID-Studie Universität Heidelberg) belegen, verbessert sich der Gesundheitszustand der eingeschriebenen Patienten und die Zahl der Komplikationen im Krankheitsverlauf nimmt ab. So werden bei Diabetikern die Augen regelmäßiger untersucht; bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit verbessert sich die Arzneimitteltherapie, und die Zahl der Herzinfarkte nimmt ab. Darüber hinaus sind auch erste positive Ergebnisse zur Abnahme der Mortalitätsrate bei DMP-Patienten zu finden. Von daher werde die AOK die Programme weiterführen und weiter verbessern. Reichelt plädiert dafür, dass die Anreize – auch die finanziellen Anreize – zur Umsetzung dieser Programme gestärkt werden sollten.

● **Gesaltungsrahmen für Selektivverträge gefordert**

Ein Kernanliegen der nächsten Legislaturperiode müsse es sein, die Wettbewerbsfelder zu erweitern, die für ihre Handhabung erforderliche Rechtssicherheit herzustellen und ihren finanzwirtschaftlichen Rahmen morbiditätsgerecht und flexibel zu gestalten, forderte Reichelt. Noch innerhalb der laufenden Legislaturperiode sollten einerseits Klarstel-

lungen zum Wettbewerbsrecht erfolgen und andererseits sichergestellt werden, dass selektive Verträge den erforderlichen Gestaltungs- und Finanzrahmen erhalten. Dazu bedürfe es insbesondere der adäquaten Bereinigung kollektivvertraglicher Finanzvolumina. Über die politisch „begleiteten“ Verhandlungen im Bewertungsausschuss Ärzte-Krankenkassen ist der künftige AOK-Vorsitzende alles andere als begeistert. Die Entscheidung im Erweiterten Bewertungsausschuss ist gegen die Stimmen der GKV getroffen worden. „Letztlich ist das politisch offenbar Gewollte umgesetzt worden und wird Zusatzlasten in einer Größenordnung von mehr als 2,5 Mrd. Euro auslösen.“ Die AOK sieht sich in besonderer Weise betroffen. Die Punktwertangleichung, die Vereinheitlichung der Auszahlungsquoten in den Honorarverteilungsverträgen und die überproportionalen Anteile an der besonderen Anhebung der Honorare in den östlichen Bundesländern kumulierten sich zu einer besonderen Belastung der AOK, stellte Reichelt fest. In den Augen von Dr. Jürgen Graalmann, Leiter der Stabsstelle Politik und künftig stellvertretender Vorsitzender des AOK-Bundesverbands, ist das Wettbewerbsstärkungsgesetz ein darwinsches Gesetz: „Nur die Stärks-

ten werden es schaffen, überhaupt wettbewerbsfähig zu agieren, so enge Fesseln sind den Kassen angelegt und so labyrinthisch sind die wenigen neuen Wettbewerbswege gestaltet worden.“ Einzelkassen stehen also ab 2009 noch stärker im Wettbewerb und Selektivverträge müssen deshalb an Bedeutung gewinnen.

● **Ziel: Marktführerschaft in der Versorgung der breiten Bevölkerung** Kernziel des AOK-Projekts Zukunft ist laut Graalmann die Marktführerschaft in der Versorgung der breiten Bevölkerung. Ab 2009 werde sich der Wettbewerbsfokus von der Risikoselektion verschieben zum Wettbewerb mit attraktiven Versorgungsstrukturen und Zusatzangeboten. Diese neuen Chancen wolle die AOK-Gemeinschaft nutzen und sei ab 2009 mit dem neuen AOK-Bundesverband dafür auch noch besser aufgestellt. Ab dem 15. Oktober residiert der AOK-Bundesverband nicht mehr in Bonn, sondern in der Rosenthaler Straße 31 in Berlin. Mit der Berliner Zeit beginnt für den AOK-Bundesverband ein neuer Abschnitt in seiner Geschichte. Mit der Gründung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen will er sich ab 2009 noch stärker als bisher als Dienstleister für die AOK-Gemeinschaft profilieren.

KS

## Kommentar

### Die Bundestagsabgeordneten und die Neuordnung des §73b zur hausarztzentrierten Versorgung: Denn sie wissen nicht, was sie tun

Insider vermuten es schon lange. Die meisten Bundestagsabgeordneten kennen sich im deutschen Gesundheitswesen nicht aus. Ausnahmen davon bestätigen die Regel. Insofern wissen sie auch nicht, worüber sie abstimmen. Dennoch haben sie, wie immer, auch bei der Abstimmung über die Neuordnung des § 73b wieder ihren Arm gehoben. Genau diese Abstimmung belegt endgültig, dass man sich offensichtlich mit der Materie nicht auskennt. Einem derartigen ordnungspolitischen Unsinn kann man nur zustimmen, wenn man die Gesetzesvorlage tatsächlich nicht verstanden hat. Angefangen hat alles mit einem Berufsverbandsvorsitzenden namens Hoppenthaler, der just zu Zeiten eines Landtagswahlkampfes in Bayern die Politik mit Liebesentzug bedroht hat. Der betroffene Ministerpräsident namens Beckstein ließ sich einschüchtern, zumal er eine schwere Wahlniederlage fürchtete. Wie man inzwischen weiß zu Recht. Die bayerische Landesregierung bemerkte schnell, dass in der Länderkammer, in der sie das Gesetz eingebracht hatte, doch noch kundige Kollegen saßen, die der Vorlage aus guten Gründen nicht zustimmen wollten. Flugs brachte man das Ganze in den Bundestag ein. Natürlich über die Gesundheitsministerin Schmidt, die ihrem geliebten Hausärzteverband auf diese Weise etwas Gutes tun wollte. Somit wurde mit Hilfe des Bundestages beschlossen: Krankenkassen müssen mit Verbänden Hausarztverträge schließen, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Hausärzte vertreten. Was bedeutet dies? Die KV wird wieder einmal ein Stück entmachtet, obwohl sie ein von der Politik gern genutztes Machtinstrument ist. Man lässt sie hier ganz bewusst im Regen stehen. Dass die hausärztliche Versorgungsebene nicht nur Allgemeinärzte, sondern auch Internisten und Kinderärzte kennt, ist den entscheidungsfreudigen Politikern wohl entgangen. Sie haben das Monopol der Kassenärztlichen Vereinigung, bei der es sich wenigstens noch um eine Körperschaft des öffentlichen Rechtes handelt, durch ein neues Monopol ersetzt, das man einem Berufsverband, in diesem Falle dem Hausärzteverband, zuordnet. Man könnte auf den Gedanken kommen, dass der Bundestag eine groß angelegte Werbeaktion für den Hausärzteverband mit diesem Gesetz beabsichtigt. Wahrscheinlich ist es doch nur Unkenntnis, die zu dieser Entscheidung geführt hat. Denn sonst hätte man dem Gesetz auch noch ein rechtlich abgesichertes Beitrittsformular für den Verband beigelegt.

Dr. Hans-Friedrich Spies

Der BDI nimmt Stellung

# Internisten im hausärztlichen Versorgungsbereich

Die Trennung der vertragsärztlichen Versorgung in einen fachärztlichen und einen hausärztlichen Versorgungsbereich hat der Fachgruppe der Internisten große Probleme bereitet. Viele hausärztliche Internisten üben zumindest teilweise Tätigkeiten aus dem fachärztlichen Leistungsspektrum aus; gleichzeitig werden aber auch von den fachärztlichen Internisten Betreuungsleistungen erbracht.

Laut § 73 SGB V nehmen an der hausärztlichen Versorgung folgende Ärzte teil:

- Allgemeinärzte
- Kinderärzte
- Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben
- praktische Ärzte.

Internistische Praxen sind in besonderer Weise für eine qualifizierte hochwertige Tätigkeit im hausärztlichen Sektor qualifiziert, da sie aus ihrer Weiterbildung heraus auf ein diagnosebezogenes Arbeiten hin geschult sind und in der Regel über ein entsprechendes Untersuchungsequipment verfügen. Daher können sie ihre Therapie diagnosebezogen

Lebensalter sowie die zunehmende Multimorbidität haben die Qualifikationsanforderung an hausärztliche Tätigkeit verändert. Es wird vor allem Wert zu legen sein auf Case-Management im Alter mit speziellen Kenntnissen in Pharmakotherapie und Gerontologie.

Der Gesetzgeber hat für verschiedene Krankheitsbilder Disease-Management-Programme entwickelt. Dahinter steht die Idee, dass durch strukturierte Abläufe, Orientierung an Leitlinien, Recall die Versorgungsqualität verbessert werden kann.

Neben den hiervon betroffenen Patientengruppen (Diabetes, KHK, COPD, Asthma) benötigen aber auch zahlreiche andere, besonders ältere

hierfür erforderliche kompetente Spezialisten. Hausärztliche Internisten sind – neben qualifizierten Allgemeinmedizinern – von ihrer breiten und umfassenden Aus- und Weiterbildung und ihrer klinischen Erfahrung für diese wichtige Tätigkeit geradezu prädestiniert.

● **Problematik der Pauschalierung**  
Die vom Gesetzgeber gewünschte weitgehende Pauschalierung des Leistungsprofils und der Honorierung ist nicht sachgerecht.

Pauschalen vereinfachen zwar den Abrechnungsaufwand und die Administration, minimieren jedoch den Anreiz zur Erbringung von Leistungen. Es droht die Gefahr, dass sich die Qualität der medizinischen Versorgung verschlechtert.

● **Hausärztliche Internisten arbeiten anders**

Auch einige Jahre nach der gesetzlichen Trennung der Versorgungsgebiete sind die Tätigkeit und das Leistungsspektrum von Allgemeinmedizinern einerseits und hausärztlich tätigen Internisten andererseits nicht identisch.

Die lange internistische Weiterbildungsdauer befähigt die Internisten dazu, hochwertige und qualitativ gesicherte Leistungen zu erbringen. Dies wird durch die derzeit geltende Weiterbildungsordnung gewährleistet.

Konkret und messbar ergibt sich daraus, dass die hausärztlichen Internisten bedeutende spezielle diagnostische Leistungen in höherer Anzahl durchführen als Allgemeinmediziner. Die medizinische Versorgung in diesem Bereich wird daher überproportional häufig von Internisten erbracht.

Das zeigt beispielhaft die Anzahlstatistik der Leistungen Ergometrie (Belastungs-EKG), Langzeit-EKG und Langzeit-Blutdruckmessung für das Jahr 2006 aus der KV Rheinland-Pfalz (siehe Tabelle 1). Das Beispiel zeigt, dass die aufgeführten Leistungen von hausärztlichen Internisten etwa doppelt so häufig erbracht werden wie von Allgemeinmedizinern. Ähnliche Zahlen existieren aus Bayern.

Weitere Untersuchungen haben gezeigt, dass hohe fachliche Kompetenz im hausärztlichen Versorgungsbereich veranlasste Folgekosten für apparative Diagnostik, Facharztüberweisungen und stationäre Behandlung reduziert.

Es ist deshalb unabdingbar, diese besonderen und notwendigen Leistungen nach der gesetzlichen Vorga-

be „... für Leistungen, die besonders gefördert werden sollen, können Einzelleistungen oder Leistungskomplexe vorgesehen werden“ (SGB V, § 87 2b) getrennt zu bewerten.

● **Der Qualitätsaspekt**

An zahlreichen Stellen des SGB V fordert der Gesetzgeber die Einhaltung spezieller Qualitätskriterien: Einführung von QM-Maßnahmen, Qualitätssicherung im Bereich §§ 73b, 73c und 140a. Die Internisten haben bereits umfangreiche wissenschaftliche Leitlinien entwickelt, die eine wesentliche Hilfe bei der Formulierung und Erfüllung von Qualitätsansprüchen sind.

Die im Berufsverband Deutscher Internisten organisierten Hausärzte werden darüber hinaus ein Curriculum für ihre Mitglieder entwickeln, anhand dessen die Weiterbildungs- und Fortbildungsqualifikationen dargelegt werden. Damit können diese Ärzte ihre besondere Qualifikation nachweisen und belegen. Dieser Nachweis ist die Voraussetzung für die Realisierung einer besseren Vergütung im Sinne von § 87 Abs. 2b: „Zudem können Qualitätszuschläge vorgesehen werden, mit denen die in besonderen Behandlungsfällen erforderliche Qualität vergütet wird.“

**Zusammenfassung**

Zukünftig wird es im Sinne einer guten medizinischen Versorgung und Betreuung der Bevölkerung im hausärztlichen Bereich wichtig sein, die Qualifikations- und Leistungsebenen darzustellen, nachzuweisen und differenziert zu vergüten. Internisten im hausärztlichen Versorgungsbereich erfüllen durch ihre breite Weiterbildung, ihre medizinische Denk- und Vorgehensweise, ihre technische Ausstattung und ihre dokumentierte Fortbildungsqualität alle Voraussetzungen für ein anspruchsvolles Case Management, wie es aufgrund der alternden Bevölkerung, veränderten medizinischen Möglichkeiten und politischen Anforderungen erforderlich ist. Der „downgegradete“ Hausarzt ist für diese komplexen Anforderungen sicherlich nicht geeignet. Die verschiedenen differenzierten Leistungsstufen im hausärztlichen Bereich müssen sich auch in der Vergütung abbilden, sonst droht eine drastische und spürbare Veränderung des medizinischen Versorgungsniveaus in Deutschland nach unten. Der veränderte Morbiditätsbezug im EBM 2010 muss auch eine Abbildung im Leistungskapitel „hausärztliche Medizin“ finden.

Dr. med. Wolfgang Wesiack  
Präsident

Dr. med. H.-R. Pies  
Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft  
hausärztlich tätiger Internisten im  
BDI e.V.

**Tabelle 1:** Leistungen Ergometrie (Belastungs-EKG), Langzeit-EKG und Langzeit-Blutdruckmessung für das Jahr 2006 aus der KV Rheinland-Pfalz, Fallzahl/100 Fälle; Quelle: KV Rheinland-Pfalz

Leistung	Allgemeinmediziner	Internisten
Belastungs-EKG	1,0	2,5
Langzeit-EKG Aufzeichnung	1,0	1,6
Langzeit-EKG Auswertung	1,3	2,4
ABDM (Langzeit-Blutdruckmessung)	1,1	1,8

ausrichten und nicht - wie in der Allgemeinmedizin üblich – allein symptombezogen. Die moderne Medizin mit ihren Möglichkeiten sowie die wachsende Notwendigkeit zur Versorgung der zahlreichen älteren, multimorbiden und schwer kranken Menschen verlangen in besonderem Maße nach derart qualifizierten Ärzten.

● **Was sind die Charakteristika einer qualifizierten hochwertigen Arbeit im hausärztlichen Versorgungsbereich?**

**Versorgungsebenen**

- A Pflegedienste, betreuende Angehörige
- B hausärztliche Basisversorgung
- C qualifiziertes hausärztliches Disease Management
- D Versorgung durch den spezialisierten Facharzt
- E stationäre Versorgung

**Charakteristikum der Ebene C: Der qualifizierte Hausarzt als Disease Manager**

Die Komplexität medizinischer Abläufe, die speziellen Probleme der Polypharmakotherapie im höheren

und multimorbide Menschen, ein kompetentes Disease Management, das allerdings schwer in strukturierte Programme zu pressen ist.

**Die hierfür erforderlichen Qualifikationen sind:**

- fachlicher Überblick über die medizinischen Inhalte des gesamten internistischen Fachs
- fundierte pharmakotherapeutische Kenntnisse, besonders bzgl. Interaktionen von Medikamenten, spezifische Fragestellungen wie Niereninsuffizienz und Pharmakotherapie im Alter
- Fähigkeit zu strukturiertem Arbeiten mit entsprechender Dokumentation

● **Leistungserbringung im hausärztlichen Versorgungsbereich**

Es entsteht ein zunehmender Bedarf an qualifizierten Disease Managern. Inhaltlich geht es weitgehend um Führung und Betreuung von Patienten mit chronischen und komplexen Krankheitsbildern. Daher sind hohe Anforderungen an Ausbildung, Weiterbildung und fachliche Qualifikation zu stellen. Der wenig weitergebildete „Basis-Hausarzt“ ist nicht der

Anzeige  
109 x 160

Leserumfrage (Fortsetzung von Seite 1)

## Gute Noten für BDI aktuell

### ● Themenspektrum von BDI aktuell kommt gut an

Auch bei der inhaltlichen Ausrichtung erhielt BDI aktuell gute Noten von den Lesern. Fast zwei Drittel der Befragten gaben dem Themenspektrum von BDI aktuell die Schulnote 1 oder 2, ein weiteres Viertel vergab die Note 3 (siehe Abbildung 2). Knapp drei Viertel der Umfrageteilnehmer waren der Ansicht, dass die Zeitung mit ihren Informationen zu Berufs- und Gesundheitspolitik „gerade richtig“ liegt. 12 % der befragten Leser wünschten sich ausführlichere Informationen – während gleichfalls 12 % der Ansicht waren, dass über Berufspolitik zu häufig berichtet würde (siehe Abbildung 3). Auch bei den anderen Rubriken von BDI aktuell war die Mehrzahl der Leser mit dem Inhalt der Artikel zufrieden. Die Buchrezensionen kamen bei 70% der Befragten gut an. 18% der Umfrageteilnehmer wünschten sich jedoch mehr Informationen für Ärzte in Weiterbildung. 27% bzw. 31% der Befragten waren auch der Ansicht, dass medizinische Fachartikel bzw. Referate aus der internationalen Fachpresse in BDI aktuell unterrepräsentiert sind. Die Hinweise auf Kongresse und Fortbildungen des BDI im Zeitungsteil „Kongresse & Services“ sind nach Meinung von 28% der Umfrageteilnehmer hingegen zu ausführlich.

● **Gut verständlich und sehr aktuell**  
In Punkto Verständlichkeit und Aktualität der Artikel vergaben 83% bzw. 80% der Umfrageteilnehmer die

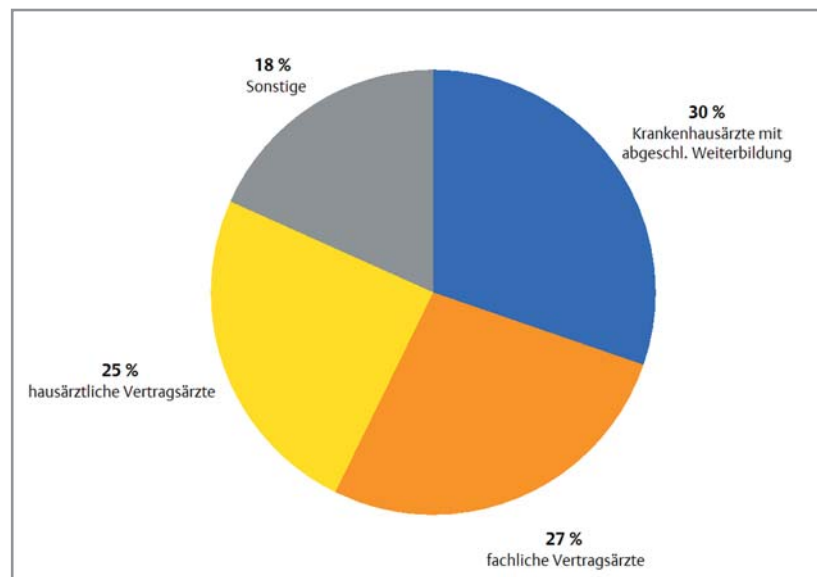


Abb. 1 Unter den Umfrageteilnehmern waren Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbildung, hausärztliche Vertragsärzte und fachärztliche Vertragsärzte. Rund 18% der Befragten konnten keiner dieser drei Gruppen zugeordnet werden.

Note 1 oder 2. Nur bei der Praxisrelevanz erhielt BDI aktuell schlechtere Noten. Hier entschieden sich nur 55% für eine 1 oder 2, 24% der Befragten benoteten mit einer 3. Auch mit Format und Aufteilung sind nicht alle Leser einverstanden: Hier gaben nur 49% bzw. 54% eine der beiden Bestnoten. Möglicherweise sorgten diese Punkte auch für eine Abwertung der Gesamtnote von BDI aktuell: Trotz der guten Noten für den Inhalt von BDI aktuell konnten sich bei der Gesamtnote nur 61% für eine 1 oder 2 durchringen. Weitere 23% vergaben eine 3.

### ● Bestätigung und Ansporn

Die insgesamt positiven Ergebnisse der Leserumfrage bestätigen dem BDI und dem Redaktionsteam, dass die Mitgliederzeitung auf dem richtigen Weg ist. Selbstverständlich wird BDI aktuell auch weiterhin – wie von Ihnen gewünscht – über Berufs- und Gesundheitspolitik ausführlich, aktuell und gut verständlich informieren. Natürlich sind die Ergebnisse auch Ansporn, weiterhin an BDI aktuell zu arbeiten und die Mitgliederzeitung zu verbessern. Auch künftig freuen wir uns über Lob und Kritik oder Leserbrief zu einzelnen Artikeln.

Redaktion BDI aktuell

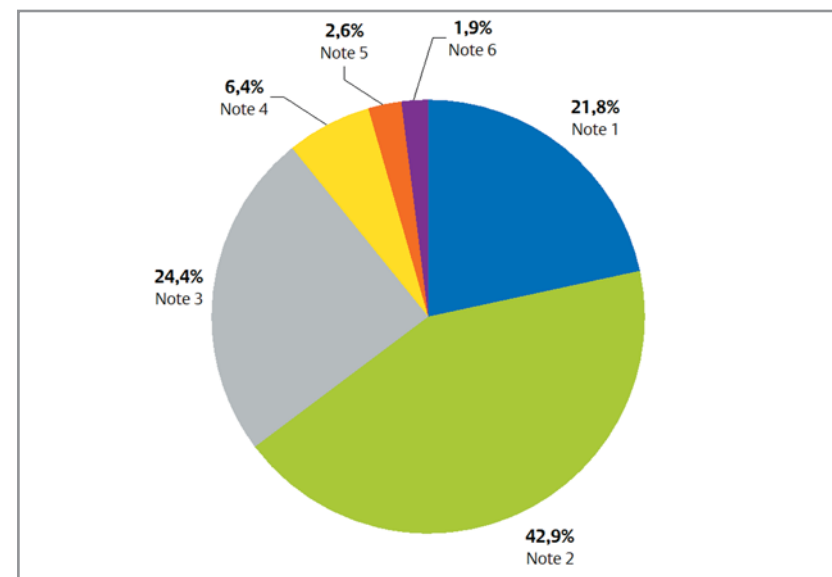


Abb. 2 Das Themenspektrum von BDI aktuell erhielt gute Noten: 64,7% der Befragten vergaben die Schulnoten 1 oder 2.

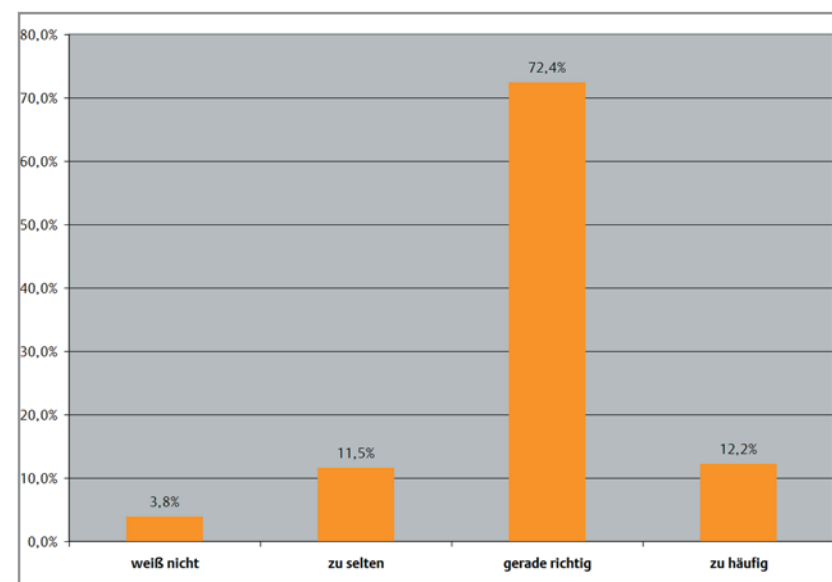


Abb. 3 Wie ausführlich berichtet BDI aktuell über Berufs- und Gesundheitspolitik? 72,4% der Umfrageteilnehmer sagen: „gerade richtig“.

### Facharztweiterbildung in Innerer Medizin

## Erfahrungsaustausch in Thüringen

Mit Unterstützung der Landesärztekammer Thüringen organisierten der BDI-Landesverband und die Gesellschaft für Innere Medizin Thüringen im Jahr 2008 insgesamt drei Veranstaltungen zu Fragen der Weiterbildung in der Inneren Medizin. Die Arbeitstreffen fanden auf der Ebene der Weiterbildungsleiter, der Weiterbildungsassistenten sowie als Workshop für alle Interessierten statt. Eingeladen und beteiligt waren auch die Vertreter der Allgemeinmedizin, da sich aus der Zusammenlegung zu einem gemeinsamen Gebiet eine Reihe von Querverbindungen in Weiterbildungsfragen zwischen den Fächern Innere Medizin und Allgemeinmedizin ergeben haben.

Bei der ersten Zusammenkunft trafen sich die Weiterbildungsleiter und -prüfer. Nach einleitenden Vorträgen zur Entwicklung der Weiterbildungsordnung und der Weiterbildungsabschlüsse in Thüringen nahmen fünf Vertreter aus Kliniken verschiedener Trägerschaft sowie aus dem ambulanten Bereich Stellung und schilderten ihre persönlichen Erfahrungen. Dabei wurde deutlich, dass vielerorts die Qualität der Weiterbildung durch

die zunehmende Arbeitsverdichtung als Folge des DRG-Entgeltsystems, der Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes und aufgrund von Personalmangel, durch vordringliche Aufgaben bei der Patientenversorgung im klinischen Alltag, durch unrealistische Mindestzahlen für Funktionsuntersuchungen entsprechend des Facharztkataloges und infolge fehlender Finanzierungsmöglichkeiten einer ambulanten Weiterbildungsstelle für

Internisten beeinträchtigt wird. Das nachfolgende Treffen der Weiterbildungsassistenten spiegelte die Situation aus anderer Perspektive in gleicher Weise wider. Neben vielen konkreten Fragen zur neuen Weiterbildungsordnung bewegte die jungen Kollegen vor allem, wie die Rotation durch Funktionsabteilungen und ambulante Praxen besser geregelt werden kann, um den geforderten Ausbildungsinhalten gerecht zu werden. In der Diskussion kam zum Ausdruck, dass sich viele Assistenzärzte durch das tägliche Arbeitspensum so gefordert fühlen, dass ihre qualifizierte Weiterbildung zu sehr in den Hintergrund tritt. Es besteht der Wunsch nach geregelten Möglichkeiten, auch an externen Tagungen, Kongressen und anderen Fortbildungen teilnehmen zu können.

### ● Vorschläge zur Verbesserung der Facharztweiterbildung

Während der Ärztwoche Thüringen wurde auf einer dritten Veranstaltung das Resümee zu diesem Problemkreis gezogen. Die Organisatoren wollen sich mit ihren berufspolitischen Möglichkeiten dafür einsetzen, dass geeig-

nete Vorschläge zur Verbesserung der internistischen Facharztweiterbildung aufgegriffen und in die Praxis umgesetzt werden. Zu solchen konkreten Anregungen gehören u. a.:

- Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen für Weiterbildungsverbände verschiedener Träger und Erarbeitung von Musterverträgen,
- Festlegung von obligaten Fortbildungstagen als Anforderungen der Thüringer Weiterbildungsordnung an Ärzte und Weiterbildungseinrichtungen,
- Nachweis von Fortbildungspunkten (Kontoführung analog zu den Fachärzten als Bestandteil der für die Facharztprüfung einzureichenden Unterlagen),
- Anpassung der Mindestzahlen von selbstständig durchzuführenden Untersuchungen laut Weiterbildungskatalog an die reale Situation im klinischen Alltag,
- Erarbeitung eines standardisierten Fragenkataloges für die Facharztprüfung (möglichst in Abstimmung mit den Verbänden auf Bundesebene),

– Sensibilisierung sowohl der Landesregierung als auch der Krankenkassen für Fragen der ärztlichen Weiterbildung, die von den Körperschaften allein nicht gelöst werden können.

Das Meinungsbild der Teilnehmer bei diesem Erfahrungsaustausch zeigte, dass das Thema Weiterbildung im Dialog zwischen leitenden Ärzten und Assistenten vor Ort einen hohen Stellenwert benötigt. Aufgrund der positiven Resonanz auf die Verbindung von aktueller Information mit intensiver Kommunikation der Beteiligten bei den ersten Veranstaltungen dieser Art wollen die Initiatoren solche zentralen Treffen in einem zweijährigen Rhythmus fortsetzen.

Thomas Schröter, Gerald Grohmann,  
Christian Kupka, Helmut Uhlemann,  
Reinhard Fünfstück

### Kontaktschrift der Autoren:

Dr. med. Thomas Schröter  
Vorsitzender des Landesverbandes  
Thüringen im Berufsverband  
Deutscher Internisten e.V.  
Henry-van-de-Velde-Str. 1  
99425 Weimar