

AOK-Hausarzt-Vertrag (Fortsetzung von Seite 1)

Das Wunder von Bayern

Umso mehr staunte die Öffentlichkeit, dass der Hausärzterverband unter ihrem Vorarbeiter Hoppenhaller zu einem Vertragsergebnis gekommen ist, dessen finanzielle Ausstattung als ausgesprochen generös bezeichnet werden muss.

• Der Inhalt des AOK-Hausarztvertrag...

Was steht in diesem Vertrag mit dem Hausärzterverband, vereinbart mit der AOK Bayerns? Es gibt zunächst eine Regelung, die bis zum Ende des ersten Quartals 2009 reicht. Hier wird der seitherige Vertrag fortgeschrieben und die kontaktunabhängige Pauschale von seither 5,50 € auf 20,50 € erhöht. Dies alles ohne Altersbegrenzung der Patienten. Hier wird eine Honorarerhöhung von 372 % umgesetzt. Der neue 73b-Vertrag wird ab dem zweiten Quartal 2009 gelten. Er ist in Details noch zu verhandeln, die Eckpunkte scheinen aber vereinbart. Dabei wird eine kontaktunabhängige Strukturpauschale von 21,25 € angeboten, die aus einer Fixpauschale von 8,75 € und Qualifikationszuschlägen wie z. B. Sonographie, Psychosomatik, Lungenfunktion u.s.w. besteht. Wichtig ist, dass diese Zuschläge automatisch erfolgen, d. h. sie sind von der Qualifikation des Hausarztes abhängig. Dabei ist gleichgültig ob der Patient in der Praxis war und die Leistung auch erbracht wurde. Hinzu kommt eine generelle kontaktunabhängige Pauschale von 48,00 €, die bei Umsetzung von Hausbesuchen auf 50,00 € erhöht wird. Besonders bedeutsam ist ein Chroniker-Zuschlag, der nicht an die DMPs sondern an den RSA-Patienten gebunden ist. Er beträgt 26,00 €.

• Kontaktunabhängige Pauschalen

Alleine diese Regelung führt dazu, dass bis zu 71,25 € pro eingeschriebenem Patienten bezahlt werden. Zur nochmaligen Klarstellung: Ohne dass der Patient die Qualifikation des Arztes in Anspruch genommen wurde und ohne dass er die Praxis besucht hat. Alleine die Einschreibung reicht aus! Bei Nicht-Inanspruchnahme liegt eine leistungslose Vergütung vor. Bei Patienten die für die Krankenkasse im Risikosturkturausgleich interessant sind, kann die Pauschale sogar bis zu 97,00 € betragen. Aber damit nicht genug: Es werden auch zusätzliche Einzelleistungen wie Check-up, prä- und poststationäre, prä- und postoperative Behandlungen extra bezahlt. Man darf gespannt sein wie die Details des Vertrages am Ende der Verhandlung aussehen werden. Diese kontaktunabhängige Pauschalierung wird für die Versorgung der Patienten und für das Verhalten der Ärzte massive Strukturveränderungen nach sich ziehen.

• ... und die Folgen

– Es wird eine Jagd auf Patienten durch Hausärzte geben, die daran interessiert sind möglichst viele Einschreibungen zu realisieren, denn ein Patient kann sich nur bei einem Arzt einschreiben. Viele Patienten bedeuten viel Geld.

– Es wird eine zusätzliche Jagd auf RSA-Patienten geben. Kasse und Arzt sitzen hier in einem Boot da über den Risikosturkturausgleich Gelder aus dem System realisiert werden.

– Es wird zu einer massiven Zunahme von RSA-wirksamen Diagnosen kommen. Es gehört nicht viel Fantasie dazu, dass sich gemessen an diesen Diagnosen der Gesundheitszustand der Bayern rapide verschlechtern wird.

– Von Qualitätskontrolle steht in den seitherigen Mitteilungen kein Wort. Ob die angegebenen Diagnosen stimmig sind, wie sie ggf. überprüft werden, ob Behandlungen leitlinienorientiert durchgeführt werden ist offensichtlich uninteressant. Der Arzt erhält die Pauschale auch leistungslos und hat daher eher ein Interesse die in den Pauschalen enthaltenen Behandlungen nicht durchzuführen.

• Es geht ums Geld – nicht um Versorgungsqualität

Die AOK und der Hausärzterverband scheinen sich vor allem in einem Punkt einig zu sein: Es geht ums Geld und nicht um die Versorgungsqualität. Das Ganze hat aber auch offensichtlich einen politischen Aspekt: Der Vertragsgemeinschaft um die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns hat man wegen angeblich zu hoher Kosten einen 73 b-Vertrag vorenthalten. Dem Hausärzterverband wirft man das Geld hinterher. Dieser Vertrag ist politisch motiviert und soll die AOK im Vertragsgeschäft beim Wettbewerb mit anderen Krankenkassen stärken. Der Hausärzterverband nimmt bewusst die Spaltung der Ärzte in Kauf um seine politische Position zu verbessern. Es handelt sich dabei um eine Ohrfeige für die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, die sich in der Vergangenheit immer um Verträge bemüht hat bei denen nachgewiesene Qualität auch zusätzlich bezahlt werden sollte. Der jetzt abgeschlossene Vertrag zwischen AOK und Hausärzterverband geht genau in die entgegengesetzte Richtung. Man sollte die Patienten in Bayern warnen.

HFS

Honorarreform

Internisten als Belegärzte vor dem Aus

Das Belegärztsystem in Deutschland ist gelebte Integrationsversorgung. Seit Jahrzehnten ist die so oft beklagte Grenze zwischen der ambulanten und stationären Versorgung eingeebnet. Der Patient wird ambulant und stationär vom gleichen Arzt behandelt, sodass Informations- und Vertrauensverluste vermieden werden. Im angelsächsischen Raum ist diese Struktur die Regel, in Deutschland in der Krankenhauslandschaft die Ausnahme.

Dabei gibt es zwischen den verschiedenen Bundesländern erhebliche Unterschiede. Insbesondere in Hessen, Bayern, Baden-Württemberg und auch in Rheinland-Pfalz macht die belegärztliche Tätigkeit über 5 % der Krankenhausbehandlung aus. Sie sind somit ein wichtiger Bestandteil des stationären Versorgungsauftrages dieser Bundesländer. Ein Mauerblümchen-Dasein führen die Belegärzte in den übrigen alten, aber vor

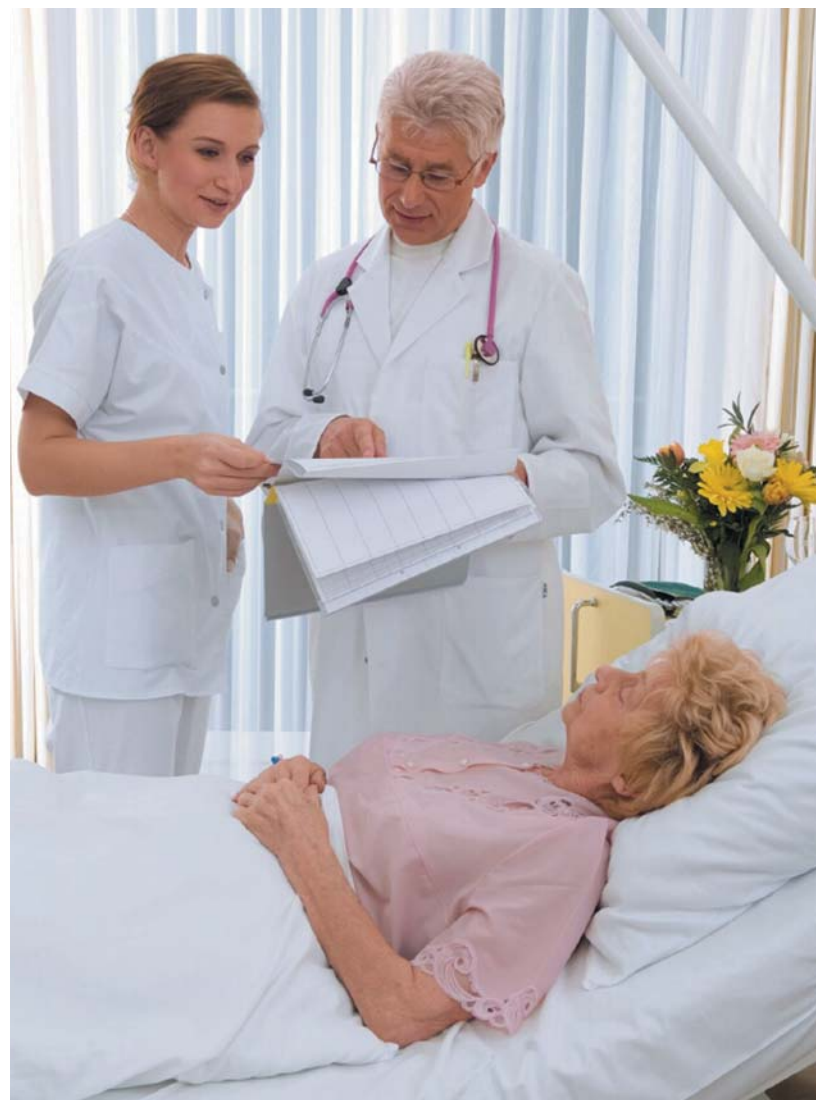
• Den EBM 2000 überlebt ...

Die Vergütung der Belegärzte erfolgt über die Kassenärztliche Vereinigung und wird in der Regel in den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen auch extrabudgetär bezahlt, da die Fallzahlen im Krankenhaus nicht den gleichen Gesetzmäßigkeiten unterworfen sind wie die in der ambulanten Praxis. Die Krankenhäuser erhalten bei belegärztlicher Struktur die sogenannte B-DRG, eine

EBM das Kapitel 36 zum 01.04.2007 nach Zustimmung durch die Krankenkassen integriert. Dabei hat man sich aber überwiegend mit operativen Leistungen beschäftigt, die konservative Medizin mit den Internisten wurde ausgesprochen stiefmütterlich behandelt und kommt dort nur am Rande vor. Da es in vielen Kassenärztlichen Vereinigungen durch Verhandlungen und Schiedssprüche gelungen ist, alle stationären Leistungen, also auch die außerhalb des Kapitel 36, die die Internisten betreffen, mit angemessenen Punktwerten um 5 Cent zu vergüten, haben auch die Internisten diese Reform überlebt.

• ... aber jetzt vor dem Ende

Die neuen Voraussetzungen der ärztlichen Honorierung zum 01.01.2009 haben aber wieder all diese positiven Ergebnisse einkassiert, sodass in den betroffenen Ländern die Krankenkassen nicht mehr, sondern deutlich weniger Geld zur Verfügung stellen müssen. An dieser Stelle hat die Honorarreform zum 01.01.2009 den Krankenkassen erheblich Geld eingespart. Teilweise ausgeglichen hat man dies durch eine Punktzahlkorrektur bei den operativen Leistungen. Die Internisten, die überwiegend aus dem allgemeinen EBM auch stationär finanziert werden, kommen nicht in den Genuss einer Korrektur und werden in der Regel sogar im Regelleistungsvolumen mit 3,5 Cent abgewertet. Dies hat einen Vergütungsverfall im Vergleich zu den letzten Quartalen von teilweise mehr als 20 % zur Folge. Bei dem Aufwand, der in der belegärztlichen Tätigkeit auch in der Konkurrenzsituation zur Hauptabteilung betrieben werden muss, bedeutet dies das Ende der internistischen Belegarztstätigkeit. Hinzu kommt noch für die betroffenen Krankenhäuser eine zunehmende Abwertung der DRG für belegärztliche Leistungen über die Korrektur der ärztlichen Leistung hinaus, sodass auch die Krankenhäuser in Finanzierungsschwierigkeiten geraten. Die jetzigen Vergütungsbedingungen ab dem 01.01.2009 bedeuten damit das Ende des Belegärztsystems sowohl aus der Sicht der betroffenen Ärzte als auch der Krankenhäuser. Mit einer seltenen Einmütigkeit stellen dies die Kassenärztlichen Vereinigungen, die betroffenen Berufsverbände und die Krankenhausgesellschaften unisono fest. Die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen



Internisten als Belegärzte in Krankenhäusern sind wohl ein Auslaufmodell.

allein in den neuen Bundesländern. Insbesondere bei der Versorgung auf dem flachen Land spielen belegärztliche Abteilungen bei den operativen Fächern eine wichtige Rolle und sind dort kaum zu ersetzen. Aber auch die Internisten haben einen wichtigen Teil der Versorgungslandschaft über die belegärztliche Tätigkeit übernommen. Über hocheffektive Gemeinschaftspraxen mit Spezialisierung in den Schwerpunkten Angiologie, Gastroenterologie, Kardiologie und Onkologie stellen sie über ihre Tätigkeit auch in den Städten eine qualitativ hochwertige Versorgung sicher, die den Vergleich mit den Hauptabteilungskrankenhäusern nicht zu scheuen braucht und die man nicht ohne weiteres einfach ersatzlos streichen kann.

um die ärztliche Leistung abgespeckte Variante des DRG-Systems das primär auf Hauptabteilungen ausgerichtet ist. Mit Einführung des EBM 2000 plus und der damit verbundenen weitgehenden Pauschalierung der Vergütung trat ein massiver Verfall der belegärztlichen Finanzierung ein. Man hatte schlichtweg diesen Versorgungsteil bei der Planung des EBM 2000 plus übersehen und die Bedingungen der ambulanten Versorgung einfach auf die stationäre Versorgung übertragen. Die Unterschiede insbesondere bezüglich der Morbidität des ambulant und stationär zu behandelnden Patienten wurden dabei nicht berücksichtigt. Insofern musste die Kassenärztliche Bundesvereinigung diese gesamten Kapitel neu bearbeiten und hat im

haben redlich versucht, Sonderregelungen für die Belegärzte durchzusetzen. Sie sind in der Regel vor den Schiedsämtern an den verbackenen, apodiktischen Formulierungen des Beschlusses des Bewertungsausschusses gescheitert. Die Hoffnungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, über Sonderregelungen noch etwas zu retten, haben sich somit nicht erfüllt.

● **Die Konsiliararztstätigkeit als Lösungsansatz...**

Auch die Sozialministerien der Länder mit einem erheblichen Anteil an belegärztlicher Versorgung haben Versuche unternommen, um über die laufende Krankenhausgesetzgebung noch etwas zu retten. Dabei spielt das Vertragsarztänderungsgesetz eine entscheidende Rolle. Dort hat man als Neuerung den Konsiliararzt eingeführt. Danach können Vertragsärzte auch an Krankenhäusern in zeitlich begrenztem Rahmen tätig sein und sich dort über Verträge honorieren lassen. Schon jetzt nutzen viele Krankenhäuser und Ärzte diese Kooperationsmöglichkeit mit Privatverträgen, da sie in der belegärztlichen Tätigkeit keine Chance mehr sehen. Auch Häuser mit Hauptabteilungen nutzen diese Möglichkeit der ambulant-stationären Kooperation vermehrt und holen sich im Vergleich zum belegärztlich geführten Nachbarkrankenhaus einen Wettbewerbsvorteil. Sie überholen diese Häuser sozusagen rechts. Für die Ärzte mit Konsiliararztvertrag bedeutet dies zwar eine höhere Abhängigkeit vom Krankenhausträger, die Abrechnung dieser Verträge scheint sich aber im Vergleich zum KV-System bei vielen Leistungen zu lohnen.

In dieser Konsiliararztstätigkeit sieht die Politik einen Lösungsansatz und hat über die Koalitionsfraktionen den Antrag eingebracht, dass belegärztlich geführte Krankenhäuser alternativ zur seitherigen Vergütung auch die üblichen Hauptabteilungs-DRGs abrechnen können, wenn sie daraus die Belegärzte vergüten. Damit sollte aus dem Konkurrenzverhältnis Belegarzt vs. Honorararzt mit einem strikten „entweder-oder“ ein kluges „sowohl als auch“ werden. Im ersten Entwurf war die Vergütung der belegärztlichen Krankenhäuser in einem solchen Fall über die Hauptabteilungs-DRG ungeschmälert vorgesehen. Das neue Ordnungsprinzip fand Anklang bei allen Beteiligten. Auch der Bund der Belegärzte mit Dr. Klaus Schalkhäuser als Vorsitzenden beschloss, das Konzept positiv umzusetzen.

● **... ad absurdum geführt!**

Irgendwie hat dann doch die Politik wieder der Mut verlassen, der alte Krämergeist hat sich wieder durchgesetzt. Plötzlich stand im Gesetzesentwurf 90 %, eine Woche später nur noch 80 % der Hauptabteilungs-DRGs zur Verfügung, natürlich mit der unveränderten Vorgabe, hieraus auch die Ärzte bezahlen zu müssen.

Man hat es eben wieder geschafft, dass nicht gleiches Geld für die gleiche Leistung in der Hauptabteilung und im belegärztlich geführten Krankenhaus bezahlt werden muss. Wenn man weiß, dass bei den DRGs die ärztliche Vergütung 15 % bis 20 % ausmacht, erkennt man, dass durch diese Trickserie die vorgeschlagene Lösung ad absurdum geführt wurde.

Wer hinter diesem Vorgang steht ist offen. Vermutlich sind es die Kostenträger, wahrscheinlich sowohl die

gesetzliche als auch die private Krankenversicherung. Die private Krankenversicherung, weil sie im stationären Bereich Mehrkosten fürchtet, die gesetzliche Krankenversicherung, und hier an der Spitze die allgemeine Ortskrankenkasse, weil sie das Belegarztssystem ohnehin abschaffen will. In diesem System bestimmt nämlich noch der Arzt, wo der Patient stationär behandelt wird und nicht die Krankenkasse mit Sonderverträgen. Dies missfällt insbesondere den RVO-Kassen.

Gelingt es nicht noch in letzter Minute, die 80 %-Regel der DRG-Abrechnung durch belegärztliche Häuser bei einer Konsiliararztstätigkeit wieder auf 100 % anzuheben, steht das derzeitige Belegsystem vor dem Aus. Die ohnehin stiefmütterlich behandelten Internisten werden als erste aufgeben müssen.

● **Eine Alternative: Umwandlung zur Hauptabteilung**

Eine Alternative ist die Einigung mit dem jeweiligen Krankenhaus und

der Ersatz der Belegarztstätigkeit durch Konsiliararztverträge. Die belegärztlich geführten Häuser und Abteilungen müssen sich zur Hauptabteilung umwandeln – wenn es die jeweilige Landeskrankenhausplanung zulässt.

Die hier beschriebene Entwicklung wird die Krankenhauslandschaft insgesamt schon mittelfristig verändern. Internisten in Praxis und Krankenhaus werden sich darauf einstellen müssen.

HFS

Der Fakten-Turbo

völlig neu!

Innere quick
Furger
2009, 2. vollst. überarb. u. erw. A.
1616 S., 280 Abb., kart.
ISBN 978 3 13 138382 2
89,95 € [D]
92,50 € [A]

Hard facts
Maximale Kompression auf die „wirklich harten Inhalte“

Rasch und effektiv nachschlagen
Diagnostik und Therapie für

- alle relevanten Leitsymptome
- alle relevanten Krankheitsbilder
- alle relevanten diagnostischen Tests und Methoden
- mit Labor-Differenzialdiagnose

Sofort zur aktuellen Information

- knappgefasster Telegrammstil
- anschauliche Illustrationen
- praktische Medikamentenlisten und Handelsnamen

Maximale Sicherheit

- alle Angaben evidence based
- alle verfügbaren Leitlinien berücksichtigt

Kompromisslos praxistauglich

Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten. Lieferung zzgl. Versandkosten. Bei Lieferungen in [D] betragen diese 3,95 € pro Bestellung. Ab 50 € Bestellwert erfolgt die Lieferung versandkostenfrei. Bei Lieferungen außerhalb [D] werden die anfallenden Versandkosten weiterberechnet. Schweizer Preise sind unverbindliche Preisempfehlungen.

Jetzt bestellen: Versandkostenfreie Lieferung innerhalb Deutschlands!

☎ Telefonbestellung:
0711 / 89 31-900

FAX Faxbestellung:
0711 / 89 31-901

@ Kundenservice
@thieme.de

🌐 www.thieme.de

Vorstandssitzung des BDI

Aktuelle Beschlüsse des BDI

Aufgrund der Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 15. Januar 2009 zur Neuberechnung der Regelleistungsvolumina hat der Vorstand des BDI e.V. in einer außerordentlichen Sitzung am 18. Januar 2009 folgenden Beschluss gefasst:

- ▶ Der BDI stellt nach den Beschlüssen des Erweiterten Bewertungsausschusses fest, dass die seit Jahren verfolgte Honorarpolitik der vertragsärztlichen Versorgung und damit der EBM gescheitert ist. Das ursprüngliche Konzept der KBV, den Leistungsbedarf über eine betriebswirtschaftliche Kalkulation zu definieren, konnte vor dem Hintergrund der gesetzlichen Regelungen und der Beschlüsse der Selbstverwaltung nicht umgesetzt werden. Die KBV braucht dringend ein neues Honorarkonzept.
- ▶ Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 15. Januar 2009 wird wegen seiner regionalen Gestaltungsmöglichkeiten begrüßt. Die grundsätzlichen Probleme bleiben aber ungelöst und holen die Internisten spätestens am 31.12.2010 wieder ein.
- ▶ Die Last der Umverteilung des zu knappen Geldes ist in dieser Konvergenzphase wieder bei der regionalen KV gelandet.
- ▶ Die Probleme des einzelnen Internisten sind von KV zu KV unterschiedlich und müssen jetzt dort gelöst werden. Wenden Sie sich umgehend an Ihre regionale KV und bringen Sie für Sonderregelungen vor allem Sicherstellungsargumente vor.
- ▶ Der BDI unterstützt Sie dabei, auch wenn er das hauptsächlich vom Gesetzgeber verursachte Honorarproblem aus eigener Kraft nicht lösen kann.
- ▶ Der BDI wird alles tun, damit die Diskussion über ein neues Honorarkonzept mit Politik, Krankenkassen und Selbstverwaltung in Gang kommt.

Kassen-Wettbewerb aus Berliner Sicht

Selektivverträge kein Ersatz für Kollektivverträge

Trotz allen Tendenzen zur Vereinheitlichung im Gesundheitswesen glaubt das Bundesgesundheitsministerium nach wie vor an einen funktionierenden Kassenwettbewerb. Dieser sei jedoch ein Experiment. Wenn er nicht die gewünschten Effekte bringt, greift die Politik ein. Das war der Kern der Aussagen von Ministerialrat Boris M. Velter aus dem BMG, der anstelle des erkrankten Ministerialdirigenten Franz Knieps zum Symposium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) über das Thema „Vertragswettbewerb und Marktmacht“ nach Leipzig gekommen war.

Für die Politik sei Wettbewerb kein Selbstzweck, betonte der Leiter des Referats LG3 für die Verbindungen zwischen Bund und Ländern. Er sehe die Tendenz zu einem wachsenden Qualitätswettbewerb. Sobald sich die Dinge verbesserten, bestehe eine starke Tendenz, das in die Regelversorgung einzuführen.

Der 1992 eingeführte Krankenkassen-Wettbewerb sei eingeführt worden, um durch den Wechsel der Versicherten Effizienzreserven zu heben. Um das in die richtige Bahn zu lenken, sei der Risikostrukturausgleich notwendig. So würden falsche Anreize unterdrückt.

Den Gesundheitsfonds bezeichnete Velter als eine logische Weiterentwicklung. Der Effekt des einheitlichen Beitragssatzes sei eher psychologischer Art. Viele meinten, jetzt sei der Wettbewerb abgeschafft und es gebe keinen Anreiz zum Wechsel mehr. Das sieht das BMG jedoch anders. Umfragen in seinem Auftrag hätten gezeigt, dass es sich jetzt mehr lohne, auf die Leistungen der Krankenkassen zu achten. Die Leute schauten jetzt nicht mehr darauf, wer die billigste Krankenkasse sei, sondern welche Leistungen sie anböten.

Die Politik sei erst dann wieder gefragt, wenn die Deckung des Gesundheitsfonds unter 95% sinke. Dann sind auch Zusatzbeiträge vorgesehen. Die Krankenkassen haben verständliche Angst vor der Preisensibilität der Bürger und deren Wechsel zu einer anderen Kasse, wenn Zusatzbeiträge erhoben werden. Aber für den „Kunden“ spielen laut Velter mehr Dinge eine Rolle als der Preis, wie die Beispiele aus anderen Versicherungsarten zeigten. Viele scheuten auch einfach die Transaktionskosten eines Kassenwechsels. „Die Zukunft ist offen“, meinte der Ministerialbeamte, „es gehe nun darum, die Ausgaben sehr viel stärker unter Kontrolle zu halten als früher.“

Seine Prognose für die Zukunft: Der Gesundheitsfonds mit dem einheitlichen Beitragssatz werde Bestand haben. Allerdings dürfte es, je nach politischer Mehrheit, Veränderungen geben. Ziel des BMG sei es, Beitragsausfälle zu sozialisieren. An der Här-

tefallgrenze müsse wohl etwas geändert werden. Deswegen sei schon im Gesetz eine Überprüfung im Jahre 2011 vorgesehen. Immerhin sei die Politik jetzt bereit, mehr Steuergelder in das System zu stecken, um den Beitragssatz zu senken. Eine politische Kraft, die eine Ein-



Cornelia Prüfer-Storcks, AOK Rheinland/Hamburg

heitskasse wolle, könne er nicht erkennen, meinte Velter. Wohl aber gebe es eine Mehrheit, die sage, wir bräuchten keine 220 Krankenkassen. Den Krankenkassen behagt das Berliner Verständnis von Wettbewerb wenig, wie die Bemerkung von Dr. Helmut Platzer, Vorstandsvorsitzender der AOK Bayern, erkennen ließ: Die Kassen gerieten aus Angst vor Zusatzbeiträgen in die Erpressbarkeit von Ärzten – wobei er auf den jüngst bekannt gewordenen Handschlag mit dem Bayerischen Hausärzterverband anspielte, dem ein großzügig bemessener Hausarzt-Vertrag für 2009 in Aussicht gestellt wurde, an der KV vorbei. Patzer stellte aber auch die Fakten klar: Nach wie vor bestehen in Bayern zwei Hausarzt-Verträge aus der Vergangenheit weiter: ein Hausarzt-Vertrag nach § 73b SGB V mit der KV Bayerns und ein Hausarzt-Vertrag nach § 140 SGB V mit dem BHÄV. Ein Hausarzt-Vertrag nach § 73b neu ist noch nicht unterschrieben und wird frühestens am 1. April 2009 in Kraft treten.

● Es geht nur ums Geld

In die nüchterne Realität des vertragsärztlichen Alltags führte Sachsens KV-Vorsitzender Dr. Klaus Heckemann die Diskussion. Es sei falsch zu glauben, der Gesetzgeber habe sich etwas dabei gedacht, wenn er etwas zu Papier gebracht habe, meinte er zynisch. Bei allen Reformen, so auch bei dieser, sei zu fragen: Cui bono? Es gehe letztlich nur ums Geld.

Wenn Ärzten durch einen Selektivvertrag 85 Euro pro Fall winkten anstelle von 53 Euro KV-Fallwert, dann löse das bei den Ärzten sofort die Konsequenz aus: „Die KV ist Mist.“ Es sei aber sehr die Frage, ob solche Hausarzt-Verträge zu einer um 60% verbesserten Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit führten.

Die dabei angeführten Vorteile für die Patienten hinterfragte er kritisch:

- Sicherstellung einer hochqualifizierten flächendeckenden Versorgung; dies sei heute schon generell der Fall.

- Koordination der Leistungen durch den Hausarzt; auch das stehe längst im Gesetz als Aufgabe des Hausarztes.

- Leitlinien-orientierte Behandlung; auch jetzt schon selbstverständlich.

- Maximale Wartezeiten von 30 Minuten und Abendsprechstunden; das könnte eventuell ein kleiner Vorteil sein.

Heckemanns Fazit war unmissverständlich: Der medizinische Zugesinn ist zu gering, als dass Mehrkosten im Umfang von 60% gerechtfertigt wären. „Ich glaube nicht an eine Steigerung der Versorgungsqualität, denn dann wäre ja die Regelversorgung unzureichend und unwirtschaftlich.“

Er bezweifelte auch, ob Krankenkassen bereit wären, etwa für eine 20%ige Qualitätssteigerung 5% mehr Geld zu zahlen. Er glaubt, dass sie eher eine minimale Qualitätsverschlechterung in Kauf nähmen, um 5% zu sparen. Deshalb seien solche Verträge eher Sparmodelle zu Lasten der Patienten und Ärzte. Für die Ärzte liefen sie auf eine Einschränkung der Therapie- und Verord-



Das Kommunalunternehmen der Krankenhäuser des Landkreises Rosenheim betreibt drei Krankenhäuser an den Standorten Bad Aibling, Prien am Chiemsee und Wasserburg am Inn mit insgesamt 440 Planbetten. Mit ca. 800 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern versorgen die Kliniken pro Jahr ca. 19.000 stationäre und 25.000 ambulante Patienten.

Zum nächstmöglichen Zeitpunkt suchen wir für die **Triamed-Kreis Klinik Wasserburg am Inn** eine/n

Oberärztin/Oberarzt für Innere Medizin

Eine Schwerpunktbezeichnung auf dem Gebiet der Inneren Medizin ist wünschenswert.

Die Triamed Kreis Klinik Wasserburg ist eine Klinik der Versorgungsstufe 1 mit insgesamt 140 Betten in den Hauptabteilungen Chirurgie, Innere Medizin, Frauenheilkunde/Geburtshilfe und Anästhesie und der Belegabteilung für HNO.

Die **Abteilung Innere Medizin** verfügt über 64 Betten auf einer interdisziplinären Überwachungsstation, einer allgemeininternistischen und einer interdisziplinären gastroenterologischen Normalstation sowie einer interdisziplinären Intensivstation.

Wir erwarten die turnusmäßige Teilnahme am fachärztlichen Rufbereitschaftsdienst.

Wir bieten eine Vergütung nach TV-Ärzte/VKA mit allen Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes, geregelte Arbeitszeiten mit Zeiterfassung und Freizeitausgleich, ein engagiertes Team mit flachen Hierarchien und Förderung von Eigeninitiative.

Für weitere Fragen steht Ihnen Frau Dr. Bedia Fechner, unter der Telefonnummer 08071/77-352 gerne zur Verfügung.

Wir freuen uns über Ihre Bewerbungsunterlagen (tabellarischer Lebenslauf, Zeugniskopien, Angabe Ihres möglichen Eintrittstermins). Diese senden Sie bitte an das

Kommunalunternehmen der Krankenhäuser des Landkreises Rosenheim
Personalverwaltung, z. Hd. Frau Winkler, Krankenhausstr. 2, 83512 Wasserburg am Inn

Mehr über unsere Kliniken im Internet unter www.triamed.net

nungsfreiheit hinaus. Eine sinnvolle Entfaltung der hausarztzentrierten Versorgung ist aus seiner Sicht schon wegen der Wirkungen des Rechts auf freie Arztwahl, des Wirtschaftlichkeits- und des Gleichheitsgrundsatzes nicht zu erwarten.

Hausarztverträge und Direktverträge lösen nach Heckemanns Ansicht nicht den Kollektivvertrag ab, denn die medizinische Versorgung werde nicht besser und die Kosten nicht geringer. Die gesetzliche Motivation liege allein darin, Kosten zu sparen. Dieses Ziel könne aber nicht erreicht werden, da die Krankenkassen die Vergütungssätze unwirtschaftlich hoch ansetzen müssen, um Ärzte aus dem Kollektivvertragssystem herauszulocken.

● **Missbrauch der Codierung**

Welcher Missbrauch mit dem Instrument des Direktvertrags betrieben werden kann, belegte er mit zwei Schreiben des BHÄV-Vorsitzenden Dr. Wolfgang Hoppenthaler von Mitte Dezember, in denen dieser unverhohlen seine Mitglieder aufforderte, die Codierung für AOK-Patienten zu überprüfen. Mehr Geld gebe es nur dann, wenn sich genügend Leute in den Vertrag einschrieben. Dafür winke ein RSA-Zuschlag von 26 Euro pro Quartal. Wenn BKK und Ersatzkassen diesen Vertrag nicht unterschrieben, könnten deren Versicherte von den Hausärzten auf Dauer nicht weiter behandelt werden. Heckemann: „Wenn ich als KV-Mann so etwas sagen würde, hätte ich morgen den Staatskommissar im Haus.“

Für den RSA habe die Codierung die Folge, dass wir in Deutschland eine um 25 bis 30% höhere Morbidität erhielten. Die Krankenkassen könnten nur an Pseudokrassen interessiert sein. Eine Alternative böte seiner Meinung nach ein Vorschlag, den er schon 2003 – allerdings erfolglos – vorgebracht habe: Die Diagnosebezogene Umverteilung von Finanzmitteln in der gesetzlichen Krankenversicherung sollte auf der Basis der Arzneimittel-Verordnungen vorgenommen werden. Dann wäre die Refinanzierung durch Hochcodieren weg vom Tisch.

Die Folgen der Reform für die Kassenärztlichen Vereinigungen sind laut Heckemann deutlich sichtbar: Sie ist ein Schritt, um die ambulante fachärztliche Schiene zu demontieren. Die beste Alternative wäre gewesen, wenn man diese Reform gar nicht gemacht hätte. Die zweitbeste wäre aus seiner Sicht die Eigenbeteiligung der Versicherten. Dann würde die gleiche Leistung beim Facharzt mehr kosten als beim Hausarzt. Von Übel ist für ihn die Einführung der Praxisgebühr im Jahr 2004 mit der Regelung des Überweisungsverfahrens gewesen. Eine Überweisung, kritisierte er, ist jetzt nur noch ein Quittung dafür, dass 10 Euro bezahlt worden sind, sonst nichts. „Das steuert nicht wirklich.“

● **Ein „guter“ AOK-Hausarzt-Vertrag?**

AOK ist nicht gleich AOK und Hausarzt-Vertrag ist nicht gleich Hausarzt-Vertrag, machte in Leipzig Cornelia Prüfer-Storcks klar, Vorstandsmitglied der AOK Rheinland/Hamburg. Die neue Strategie der Kassen ab 2009 bei bundeseinheitlichem Beitragssatz besteht nach ihren Worten darin, den Vertragswettbewerb um bessere Organisation des Medizinbetriebs durch Selektivverträge zu stimulieren. Der ideale Vertragspartner ist dabei derjenige, der seine Höher-Honorierung selbst erwirtschaftet. Vergütungsprobleme der Ärzte könnten nicht durch Selektivverträge, sondern müssten an anderer Stelle gelöst werden.

Die Politik ist aus ihrer Sicht in einem Suchprozess – einen Schritt vor, zwei zurück oder auch umgekehrt. Auf der einen Seite, etwa bei den Hausarzt-Verträgen, ist Ungeduld festzustellen, aber der anderen Seite Mutlosigkeit bei Selektivverträgen mit Krankenhäusern. Manchen Regelungen liege ein Konzept zugrunde, anderen nur politische Erpressung. Die Politik, empfahl sie, sollte sich auf das Ermöglichen konzentrieren, nicht auf das Erzwingen. Als positive Schritte der Politik wertete sie die Einführung der Integrierten Versorgung, Verträge zur Hausarzt-zentrierten Versorgung und zur besonderen ambulanten Versorgung. Negativ hingegen seien die Verpflichtung zum Abschluss von Hausarzt-zentrierten Verträgen, das Vertragsmonopol für Hausarzt-Verbände und der Verzicht auf Selektivverträge mit Krankenhäusern.

Die Politik sei verliebt in die Hausarzt-zentrierte Versorgung, dabei seien diese keineswegs evidenzbasiert. Als Pflicht mit einem Zwangspartner haben sie nichts mit Vertragswettbewerb zu tun. Vertragsfreiheit bedeute auch die Freiheit, keinen Vertrag zu schließen. Das Vertragsmonopol für einen Ärzte-Verband konterkarieren den Wettbewerb um Qualität. Die Bereinigung der Gesamtvergütung birgt erhebliches Konfliktpotenzial.

Die AOK Rheinland/Hamburg hat einen ganz anderen Hausarztvertrag als Baden-Württemberg und Bayern: Daran sind neben dem Hausärzteverband auch die Kinder- und Jugendärzte, die hausärztlichen Internisten sowie die Kassenärztliche Vereinigung der Hansestadt beteiligt. Eingeschrieben haben sich bislang 3600 Ärzte und 215 000 Versicherte. „Das ist ein guter Vertrag“, wertete Prüfer-Storcks – aber trotzdem sei man jetzt wieder in neuen Verhandlungen, weil ein Partner – der Hausärzteverband – meine, er müsse genau denselben Vertrag wie im Südwesten der Republik haben. Das Fazit der AOK-Sprecherin: Einzelverträge werden Kollektivverträge nicht ablösen. Man kann auch mit Kassenärztlichen Vereinigungen innovative Ideen umsetzen. Ziel ist eine qualitativ hochwertige Versorgung zu einem bezahlbaren Preis.

KS

Positive Nachrichten?

Neues vom Erweiterten Bewertungsausschuss

Der Aufstand der Vertragsärzte nach Mitteilung der Regelleistungsvolumina, insbesondere die Reaktion vieler Facharztgruppen, zeigt Wirkung. Dies alleine ist positiv und ist ein Hinweis, dass man in der Selbstverwaltung nicht alle Beschlüsse als gottgegeben übernehmen sollte.

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat zur Kenntnis nehmen müssen, dass man auch auf regionaler Ebene, d. h. in den Länder-KVen mehr Handlungsspielraum als seither benötigt, um Katastrophen im System zu vermeiden. Klingt gut!

● **Die Beschlüsse**

Was wurde aber wirklich beschlossen?

- Es gilt eine Konvergenzphase von 7 bis 8 Quartalen, also bis zum 31.12.2010. In diesem Zeitraum können notleidende Fachgruppen gestützt werden.

Fazit: Am Prinzip des zu niedrigen bundeseinheitlichen Punktwertes wird nicht gerüttelt. Die von dem Abrechnungsdesaster Regelleistungsvolumen und zu dürrtigen Punktwerten betroffenen Praxen haben Zeit, sich auf diese Bedingungen einzustellen, sprich ihre Leistungen anzupassen. Somit ändert sich auf Dauer an der Unterfinanzierung nichts.

- Die Finanzierung des Mehrbedarfs in der Konvergenzphase hat kostenneutral zu erfolgen. Dies bedeutet, dass Fachgruppen, die gewinnen, ihr Geld für unterfinanzierte Fächer abgeben müssen. Die Krankenkassen zahlen keinen Cent zusätzlich und sehen die Regelung ausgesprochen locker – bringt sie doch keine Mehrkosten.

Fazit: Ärzte finanzieren Ärzte, mehr Geld gibt es nicht. Der sattsam bekannte Verteilungskampf zwischen den Gruppen wird neu entfacht. In Zukunft kann man bei Honorarproblemen wieder locker auf die Kassenärztliche Vereinigung verweisen – die soll es mit ihren knappen Ressourcen wieder kostenneutral regeln. Als Krankenkasse kann man sich locker zurücklehnen, wenn Forderungen nach mehr Honorar auf den Tisch kommen.

- Noch ein paar so genannte Kleinigkeiten hat man korrigiert: Die Auffangnetze für Ärzte mit einem um 30 % höheren Fallwert – galt als Praxisbesonderheit – und der generelle Schutz bei einem Verlust von mehr als 15 % hat man gekappt. Das alles darf passend zur neuen Linie wieder die Kassenärztliche Vereinigung

untun abfangen, damit die Kassen ja kein zusätzliches Geld abliefern müssen.

● **Das System**

Kostendämpfung lebt weiter!

Der Beschluss löst die Probleme nicht! Nach der Definition einer Ausgabenobergrenze für ambulante Versorgung sind wir nach Abschaffung des Budgets vom Regen in die Traufe gekommen. Das System Kostendämpfung lebt weiter: Man hat nur die Begriffe getauscht.

Damit haben die Kassen nicht das Morbiditätsrisiko übernommen, wie von der Gesundheitsministerin versprochen! Lassen sich die Ärzte von diesem Etikettenschwindel blenden? Keine guten Nachrichten aus dem Erweiterten Bewertungsausschuss!

HFS



Die Ausgabenobergrenze bleibt auch in Zeiten der Regelleistungsvolumina bestehen – man hat nur die Begriffe vertauscht.

Bild: Creative Collection

Prüfung bestanden

Jetzt noch größere Auswahl bei Farbdopplern



Das neue MINDRAY DC-3 hat die strengen SONORING Qualitätstests bestanden. Damit finden unsere Kunden jetzt bei uns eine noch größere Auswahl an Farbdoppler-Systemen.

Kommen Sie in eine unserer 25 Sonotheken und überzeugen Sie sich selbst.

Oder besuchen Sie uns auf der MEDIZIN 2009 30. Januar bis 1. Februar in der Neuen Messe Stuttgart.

Wir freuen uns auf Sie.

SONORING®
Die Nummer 1 im Ultraschall

Sonoring ist offizieller Partner des BDI • Sonderkonditionen für BDI-Mitglieder • Mehr Info unter www.bdi.de > Mitgliederservice
25 Sonotheken bundesweit zu finden unter www.sonoring.de • Infoline direkt zu Ihrer Sonothek 01805/117 117 (€ 0,14/Min aus dem dt. Festnetz)