

## Inhalt

### Bayerischer BKK-Tag Gesundheitsfonds ist entwicklungsfähig

Beim bayerischen BKK-Tag Ende Januar versuchte Gesundheitsökonom Prof. Dr. Jürgen Wasem dem Gesundheitsfonds noch Positives abzugewinnen. Für die bayerische CSU und FDP ist er jedoch bereits ein Auslaufmodell.

Seite 4

### Ein neues Berufsbild Der Honorararzt

Immer mehr Mediziner entschließen sich, als Honorarärzte ohne feste Anstellung an verschiedenen Kliniken nach Bedarf zu arbeiten.

Seite 8

### Rabattverträge Probleme und Risiken für den Hausarzt

Viele Patienten kennen die Rabattverträge nicht. Dadurch kann es zu gravierenden Problemen kommen – bis hin zur Verwechslung von Medikamenten.

Seite 10

### Gastroenterologie Therapie der akuten Pankreatitis

In den letzten Jahren wurde eine steigende Inzidenz der akuten Pankreatitis beobachtet. Die entscheidende Maßnahme bei der Therapie ist die ausreichende Substitution des Flüssigkeitsverlustes.

Seite 12

### Impressum

Seite 15

## Der Punktwert im EBM

# Die Geschichte eines Debakels

Mit der Budgetierung und der Fallpauschale in der gesetzlichen Krankenversicherung, eingeführt durch den damaligen Gesundheitsminister Horst Seehofer, begann das Unglück. Darüber sind sich seit den 90er Jahren alle in der Vertragsärzteschaft einig. Die ärztliche Tätigkeit wurde nicht mehr in DM oder Euro entlohnt, sondern nach Punktwerten bemessen. Politik und Krankenkassen waren das Morbiditätsrisiko los und hatten es im ambulanten Sektor bei den Ärzten abgeliefert. Dies alles war gesetzlich verankert, die Selbstverwaltung hatte sich bei ihren Beschlüssen nach diesen Vorgaben zu richten. Ihr Gestaltungsspielraum war empfindlich eingeschränkt worden. Doch damit hatte das Debakel erst begonnen ...

Solange im System noch ausreichend Geld vorhanden war, kamen die Ärzte und die Kassenärztlichen Vereinigungen mit dem ordnungspolitischen Korsett noch zurecht. Mit steigendem Leistungsbedarf einerseits und strikter Anbindung der Steigerungsraten des Budgets an die Grundlohnsomme, wurde das Korsett aber so eng, dass in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung überlegt wurde, wie man das

Missverhältnis zwischen Leistung und Geld sichtbar machen könnte, mit dem Ziel, die gesetzlichen Vorgaben zu ändern.



• Ein Punktwert von 5,11 Cent – leider nicht festgeschrieben

Der Gedanke eines EBM nach betriebswirtschaftlicher Kalkulation war geboren. Hinterlegt wurde bei der Kalkulation ein Punktwert von 10 Pfennig oder 5,11 Cent.

Nach zähen Verhandlungen mit den Kassen war der EBM 2000 plus auf dem Tisch.

Die Rechnung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hätte aber nur aufgehen können, wenn einvernehmlich ein Punktwert von 5,11 Cent festgeschrieben worden wäre. Die ebenfalls schon damals möglichen Regelleistungsvolumina hätten als Mengenbegrenzungsregel völlig ausgereicht. Den Krankenkassen war von Anfang an bewusst, dass dies zu einem massiv reduzierten Leistungsangebot geführt hätte, wenn die Ärzte sich an die Abstaffelungsgrenzen der Regelleistungsvolumen halten würden. Damit wäre die Rechnung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aufgegangen, die Unterfinanzierung der ambulanten ärztlichen Leistung sichtbar werden zu lassen.

Lesen Sie weiter auf Seite 3

## MEDI-Verbund setzt Selektivvertrags-Politik fort

# Nach 73b für die Hausärzte jetzt 73c für die Fachärzte

Seit Oktober 2008 ist in Baden-Württemberg der Selektivvertrag nach § 73b SGB V zur Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) zwischen der AOK und der Anbietergemeinschaft aus Hausärzterverband und MEDI-Verbund des Landes in Kraft. Als nächstes strebt MEDI nun Verträge nach § 73c SGB V für eine Facharztzentrierte Versorgung an.

Den Abschluss des HzV-Vertrags hat der MEDI-Verbund von Anfang an an den Folgeabschluss von Verträgen nach § 73c für die Fachärzte gekoppelt, erklärte MEDI-Geschäftsführer Werner Conrad auf dem Kongress „Medizin 2009“ Ende Januar in Stuttgart. Inzwischen mehren sich die Anfragen von Fachärzten, wann es denn endlich auch für sie solche Verträge geben wird. Conrad beruhigte in Stuttgart: Der Gesetzgeber habe den Hausarzt-Verträgen die Priorität

gegeben, deswegen konnte man nicht parallel verhandeln. Nachdem aber der HzV-Vertrag in Gang gekommen ist, rechnet er mit einem raschen Abschluss von Verträgen auch für die Fachärzte. Als erste werden die Kardiologen einen Vertrag bekommen, kündigte er an. Mit einer Ausschreibung durch die AOK rechnet er Ende Februar, sodass dann der Zuschlag für die Anbietergemeinschaft aus MEDI und dem Kardiologen-Verband im Laufe des Monats März folgen könnte. Der Verbund, der in seinen Reihen mehr Fachärzte als Hausärzte organisiert hat, will jeden einzelnen 73c-Vertrag immer in Kooperation mit dem jeweiligen Fachverband aushandeln. Neben den Kardiologen ist man bereits in Gesprächen mit Chirurgen, Orthopäden, Urologen und Gastroenterologen.

Lesen Sie weiter auf Seite 2

## Umfrage des Bundesverbandes Medizinische Versorgungszentren (BMVZ)

# Medizinische Versorgungszentren fördern die Vernetzung

Die Medizinischen Versorgungszentren in Deutschland fördern die interne Vernetzung zwischen den Ärzten bei der Versorgung der Patienten. Zu diesem Schluss kommt eine Umfrage des Bundesverbandes Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung e.V. (BMVZ), die der Verband im gesamten Bundesgebiet durchgeführt hat. Daran haben sich über 140 Medizinische Versorgungszentren vor allem in Westfalen-Lippe, Brandenburg und Berlin beteiligt.

Die Umfrage scheint repräsentativ zu sein, da sich die erhobenen Daten mit den Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über Medizinische Versorgungszentren decken. So kommt man zu dem Schluss, dass in einem MVZ durchschnittlich 4,4 Arztstühle angesiedelt sind und dass über 50 % der Medizinischen Versorgungszentren in der Hand von Vertragsärzten liegen. Die Medizinischen Versorgungszentren haben bei der Umfrage angegeben, dass ihr Hauptaugenmerk auf einer internen Vernetzung liegt. Die Integrationsversorgung mit den Krankenkassen spielt nur eine untergeordnete Rolle. Nur etwa 28 % der MVZs haben der Umfrage zufolge Integrationsverträge mit Krankenkassen abgeschlossen. Je kleiner ein Medizinisches Versorgungszentrum ist, umso geringer ist auch das Interesse an solchen Verträgen.

Lesen Sie weiter auf Seite 6

## Gesundheitsfonds und Finanzkrise Ablenken von eigenen Fehlern

Bereits vor dem Start des Gesundheitsfonds waren sich die Experten in einem einig: So einfach wird es mit der Umsetzung nicht, weil in verschiedenen Details teils erhebliche Finanzierungsrisiken bestehen – z. B. beim Morbi-RSA.

Es gibt sogar Aussagen in der Presse, dass man sich um Milliarden verrechnet habe! Da kommt die Finanzkrise gerade recht. Die dadurch entstehenden Probleme und Defizite sind zwar nicht kalkulierbar, werden aber auf alle Fälle zu einem zusätzlichen Finanzierungsdefizit führen.

Damit besteht eine echt Chance für die Politik, beim Scheitern des Gesundheitsfonds auf die höhere Gewalt der Finanzkrise zu verweisen. Damit lässt sich gut von den eigenen Fehlern ablenken.

HFS