

Editorial

Die von Frau Schmidt groß angekündigte Honorarreform ist gescheitert... das pfeifen alle Spatzen von den Dächern. Der Vorstand des BDI hat dies am 18. Januar 2009, also 3 Wochen nach ersten Erkenntnissen der Auswirkungen der Einführung der Regelleistungsvolumen in einem einstimmigen Statement fest gehalten. Es trifft nicht zu, wenn die zuständige Ministerin – sicherlich aufgrund der auch für sie nicht zu überhörenden Proteste der Ärzteschaft – immer wieder betont, der Gesetzgeber habe lediglich Rahmenbedingungen zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung vorgegeben. Richtig ist, das von ihr durchgesetzte Gesetz schreibt konkrete Vorgaben vor, die eine notwendige längere Anpassungsphase – wie z.B.

bei der Einführung der DRGs im Krankenhaus mit einer dreijährigen Übergangszeit – gar nicht zulässt. Die für die Umsetzung zuständigen verantwortlichen Gremien sind hierdurch quasi einbetoniert worden. Sie hätten die vorhersehbaren Probleme aber erkennen und bei ihren Beschlüssen berücksichtigen müssen. Der sogenannte unparteiische Vorsitzende hat nachträglich eingeräumt, er habe die tatsächlichen Auswirkungen nicht absehen können. Aber auch die KBV hat sich dilettantisch verhalten und trägt eine gehörige Mitschuld an dem Desaster. Auch sie hätte wissen müssen, was auf sie zukommt und wie die Basis auf die Honorarnivellierung reagieren würde. An einem aber trifft die KBV keine Schuld: an der Unterfinanzierung des ambulanten Systems. Nach wie vor rabattiert der Vertragsarzt für die

Krankenkassen seine Leistungen mit ca. 30% niedrigeren Preisen: statt 5,1 Cent mit 3,5 Cent. Falsch war es, die fiktive Zunahme des Honorars von ca. 2,7 Mrd. Euro nicht als das zu bezeichnen, was es in der Tat ist: nämlich eine Mogelpackung. Falsch war es, nicht deutlicher zu sagen, dass der größte Teil davon bereits 2008 als Honorar für notwendige Leistungen verbraucht war. Falsch war es, diese fiktive Zunahme auch noch als honorarpolitischen Erfolg zu verkaufen und damit für viele nicht erfüllbare Hoffnungen zu wecken. Die KBV und die KVen haben ihre Prügel bekommen, die Krankenkassen aber nicht, obwohl sie mit ihren restriktiven Forderungen das Ergebnis maßgeblich beeinflusst haben und dafür auch die Verantwortung tragen. Der Hauptschuldige an der Misere ist aber die Bundesgesundheitsministerin



Präsident
Dr. med. Wolfgang Wesiack,
Hamburg

und ihr Ministerium. Von hier gehen die Initiativen zur Zerschlagung unseres bewährten Gesundheitssystems aus: der konsequente Weg in die Staatsmedizin verbunden mit der Zerstörung der ärztlichen Freiberuflichkeit einerseits und der gnadenlose Wettbewerb der Leistungserbringer, in dem in einem Vertragschaos sich der eine auf Kosten des anderen bereichert andererseits. Die vor allem hierdurch ausgelöste Zersplitterung

der Ärzteschaft spielt dieser Politik gerade zu in die Hände. Nur eine vereinte Ärzteschaft ist eine starke Ärzteschaft. Eine vereinte Ärzteschaft braucht starke Organisationen wie ihren Berufsverband, den BDI e.V. Alleine können und werden wir die Aufgabe, unsere Patienten auch zukünftig flächendeckend und ihrer Morbidität entsprechend medizinisch zu versorgen aber nicht lösen. Wir brauchen hierzu weiterhin eine kompetente Selbstverwaltung, die allerdings nur dann stark und einflussreich sein wird, wenn es ihr gelingt, verlorenes Vertrauen zurück zu gewinnen.

Ihr

Dr. med. Wolfgang Wesiack
Präsident

Trauerspiel um die ärztliche Vergütung

KBV wäscht ihre Hände in Unschuld

Die Frage nach dem Schuldigen für die zum Teil gravierenden Verwerfungen durch die Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung ist schnell beantwortet: Es war die Politik. Die KBV wäscht ihre Hände in Unschuld, wie ihr stellvertretender Vorstandsvorsitzender Dr. Carl-Heinz Müller auf einer Klausurtagung des BDI e.V. in Hamburg erkennen ließ.

Die Lage ist nach seinen Worten eindeutig: Der Gesetzgeber legt die grundsätzlichen Bedingungen der vertragsärztlichen Vergütung im SGB V fest. Untergesetzlich ist der paritätisch aus KV- und Krankenkassen-Vertretern besetzte Bewertungsausschuss für die Umsetzung zuständig. Als Schiedsgremium, falls keine Einigung zustande kommt, fungiert der erweiterte Bewertungsausschuss mit drei zusätzlichen unparteiischen Mitgliedern. Derzeitiger Vorsitzender ist der Gesundheitsökonom Prof. Jürgen Wasem.

● **Das BMG ist immer mit im Ring**
Den ganzen Ablauf setzt Müller mit einem Boxkampf gleich – bei dem das Bundesgesundheitsministerium ständig durch einen Beobachter vertreten ist. Bereits die Ärzeproteste im Jahre 2006 haben der Öffentlichkeit die Unterfinanzierung der ambulanten ärztlichen Versorgung deutlich gemacht. Mit der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung durch das GKV-WSG sieht die KBV wesentliche Ziele der Ärzteschaft erreicht: Die floatenden Punktwerte sind durch eine feste Euro-Gebührenordnung abgelöst worden, das Morbiditätsrisiko ist zu den Krankenkassen rückverlagert worden, die Kopfpauschalen und die Budgetierungen wurden abgeschafft, die Vergütung in den östlichen Bundesländern ist an die der westlichen Bundesländer angeglichen worden.

Tatsache ist, dass es im Jahre 2008 zu einer hohen Steigerung des Gesamthonorars gegenüber 2007 gekommen ist, die weit über den Zuwächsen der Vorjahre lag. Das resultierte im wesentlichen aus regionalen Vereinbarungen zur Vergütung außerhalb der pauschalierten und budgetierten Gesamtvergütungen.

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat beschlossen, bestimmte Leistungsbereiche aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung heraus zu nehmen (besonders förderungswürdige Leistungen). Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses enthält zudem die Möglichkeit, regionale Zuschläge zum Orientierungswert zu vereinbaren, damit Abwertungen dieser Leistungen im Zusammenhang mit der Vereinheitlichung der Auszahlungspunktwerte auf das Niveau des Orientierungswertes vermieden werden.

● **Opfer eines politischen Tricks**
Aber dann hat das BMG im September und schließlich im November letzten Jahres durch Schreiben eingegriffen und de facto die Möglichkeiten zur Vereinbarung regionaler Zuschläge blockiert. Leistungsbezogene Zuschläge sollten demnach allein aus Rückstellungen finanziert werden. Das hatte zur Folge, dass Punktwert-Zuschläge nur in begrenztem Umfang verhandelt bzw. im Schiedsamt festgesetzt werden konnten. Heute spricht Müller von einem „politischen

Trick“ des BMG, der rechtlich nicht haltbar sei. Es wäre besser gewesen, fügt er an, man hätte die Schiedsamtssitzungen abgesagt. Wie ein Vergleich von vier Kassenärztlichen Vereinigungen zeigt, ist die Höhe der Rückstellungen regional sehr unterschiedlich. Das Regelleistungsvolumen für alle Arztgruppen bewegt sich zwischen 60 und 70% der Gesamtvergütung. Der extreme Zeitdruck für die Bildung der RLV bereitete den KVen große Probleme, und mangelhafte Kommunikation sorgte dafür, dass Fallwert und RLV miteinander verwechselt wurden. Der fehlerhafte Vergleich des Gesamtfallwerts von 2008 mit dem RLV-Fallwert im ersten Quartal 2009 führte zu massiver Unsicherheit unter den Vertragsärzten. Die KBV kam bei einem Zwischenfazit zu dem Schluss, dass die vom Erweiterten Bewertungsausschuss vorgesehenen Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen unter dem Einfluss des BMG-Schreibens nur unzureichend umgesetzt wurden. „Die dadurch regional resultierende deutliche Verminderung der Vergütung besonders förderungswürdiger Leistungen, insbesondere ambulanter Operationen und belegärztlicher Leistungen ist dringend zu korrigieren!“ Der Orientierungswert bzw. Regelfallpunktwert der regionalen Euro-Gebührenordnungen für das Jahr 2009 wurde auf 3,5001 Cent festgelegt und liegt damit 31,5 % unter dem kalkulatorischen Punktwert des EBM (5,11 Cent).

● Konvergenzphase für sieben Quartale

Aufgrund der Unruhe an der Basis kam es Mitte Januar zu einer erneuten Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses, auf der eine Konvergenzphase zum Ausgleich überproportionaler Honorarverluste über sieben Quartale vom 1. April 2009 bis zum 31. Dezember 2010 beschlossen wurde. Keine Praxis sollte mehr als 5% Umsatzverluste erleiden. Um über-

proportionale Verluste auszugleichen, sollten überproportionale Gewinne entsprechend gekappt werden. Zu einem Eklat kam es in der Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses am 22. Januar 2009, als die Krankenkassen darauf bestanden, die Bereinigung der Gesamtvergütung infolge von Selektivverträgen auf alle im Kollektivvertrag beteiligten Ärzte bzw. Praxen auszudehnen. Nachdem sich die KBV mit ihrem Standpunkt: „Regelleistungsvolumen von nicht am Selektivvertrag teilnehmenden Ärzten werden auch nicht bereinigt!“ nicht durchsetzen konnte, verließ sie unter Protest die Sitzung. Für Müller ist klar: Ein Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses ohne KBV ist formal rechtswidrig. Die Geschäftsordnung verlangt die Anwesenheit aller Mitglieder des Erweiterten Bewertungsausschusses. Der Beschluss ist zudem inhaltlich rechtswidrig, denn die Menge der abrechenbaren Leistungen kann nicht von einem Selektivvertrag, an dem andere Ärzte partizipieren, abhängig sein. „Warum soll ein Arzt in Köln bei der Versorgung seiner Patienten weniger Leistungen erbringen dürfen, wenn eine Krankenkasse mit Ärzten in Düsseldorf einen Selektivvertrag abschließt?“ Die KBV betrachtet den Beschluss als ungültig und hat das BMG zur Beanstandung des Beschlusses im Rahmen der aufsichtsrechtlichen Prüfung aufgefordert. Außerdem hat sie Anfechtungsklage vor dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg erhoben, was aufschiebende Wirkung hat.

● Wer will da noch Vertragsarzt sein?

Für die Vertragsärzte, -psychotherapeuten und die Körperschaften ist die jetzige Situation unerträglich, gestand Müller in Hamburg. Die völlig überregulierte Systemsteuerung versage sowohl im Kollektiv- wie im Selektivvertragsbereich. Ärzte wollen aus dem System heraus, aber nicht ohne

den teilweisen Schutz des Kollektivvertrags und der KVen. Eine Wettbewerbsordnung gibt es nicht, und vor dem Hintergrund der Wirtschaftskrise ist nicht damit zu rechnen, dass im Kollektivvertrag zusätzliches Geld bereit gestellt wird. „Kein Wunder, dass unter diesen Umständen keiner mehr als Vertragsarzt arbeiten möchte“, kommentierte BDI-Vorstandsmitglied Prof. Jürgen F. Riemann die Schilderung Müllers. Die kurzfristige Strategie der KBV sieht so aus, dass bei der nächsten Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses u.a. die vollständige Herausnahme von Leistungen nach §115b SGB V und von belegärztlichen Leistungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung verlangt wird. Die regionalen Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen sollen verbindlich umgesetzt werden. Die KBV verlangt eine Milliarde Euro mehr für die vertragsärztliche Vergütung. Das ist kein zusätzliches Geld, erläuterte Müller, sondern das ist Geld, das gar nicht erst in die Gesamtvergütung geflossen ist, sondern jetzt bei den Krankenkassen in einer anderen Schublade versteckt wird. Bis zum 1. September 2009 soll der kalkulatorische Punktwert im Standardbewertungssystem des EBM (STABS) auf den Orientierungswert von derzeit 3,5001 Cent für alle Leistungen umgestellt werden. Zudem soll es eine verbindliche Perspektive zur Ermittlung des Behandlungsbedarfs je Versicherten ab 1. Januar 2010 geben. BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack ahnt bereits, dass dann die zweite Revolution der Vertragsärzte anstehen wird. Nach intensiven Beratungen mit den Berufsverbänden will die KBV auf ihrer Vertreterversammlung am 18. Mai in Mainz einen Beschluss über das weitere Vorgehen fassen. Auf einem Kassenärztetag am 3. Juli 2009 soll dazu auch gegenüber der Öffentlichkeit Stellung bezogen werden.

BÄK-Präsident Prof. Jörg D. Hoppe beim BDI
(Fortsetzung von Seite 1)

Die Bundesärztekammer als Interessenvertretung der Ärzte

Der Staat hat sich auch in die Prozeduren eingemischt, entweder durch Rechtsverordnungen oder indem er den Gemeinsamen Bundesausschuss dazu bringt, Leitlinien und Vorschriften aller Art zu produzieren, die die Patient-Arzt-Interaktion direkt beeinflussen. Es geht nicht mehr darum, welche Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, sagte Hoppe, sondern immer wird ein Zusammenhang zur Finanzierbarkeit hergestellt. Von der Rechtsprechung ist das noch bestätigt worden: Der Erhalt des Systems hat als gesellschaftlicher Wert Präferenz.

Die Ausrufung des Wettbewerbs wertet der BÄK-Präsident als Implementierung dieser Philosophie in einem Bereich, wo der reine Wettbewerb gar nicht funktionieren kann, weil der Gegenstand des Wettbewerbs, die Krankheit nämlich, gar nicht wählbar ist.

Jetzt würden die bisherigen „Mitspieler“ und die neu hinzu gekommenen „gewinn-orientierten“ Mitbewerber in den Wettbewerb geschickt mit dem Ergebnis, dass viele hinausgekickt würden. Den einzigen Eingriff in die Wettbewerbs-Ideologie hat es zugunsten der hausärztlichen Versorgung gegeben. Die fachärztliche Versorgung soll dagegen ausgedünnt werden. Übrig bleiben laut Hoppe fachärztliche Versorgungszentren, finanziert von Investorengruppen, die gegenüber den Fachärzten in Einzelpraxen im Vorteil sind. Der Staat sieht der Entwicklung gelassen zu. Die Anbieter dezimieren sich gegenseitig. „Das nennt man Marktberaumung. Diese Phase hat bereits begonnen.“

In einer solchen Situation kann die Bundesärztekammer ganz anders ihre Stimme erheben als es die KBV je könnte, betonte Hoppe. Die KBV kann von der Aufsicht, dem BMG, einbestellt werden, die BÄK nicht. Die Landesärztekammern könnten von den Ländern zwar auch einbestellt werden, aber das passiere im Grunde nicht, weil dort das gegenseitige Einvernehmen besser sei. All das habe gewaltige Auswirkungen auf den Arztberuf, erklärte er. „Wir sind die ‚Wertschöpfer‘ und die Patienten sind ‚Wertschöpfungsobjekte‘ für die Investoren der Einrichtungen.“

● Nationale Versorgungs-Leitlinien bilden Gegengewicht

Der BDI begrüßte bei der Klausurtagung auch die Entscheidung der Bundesärztekammer, sich nicht am Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu beteiligen. Er sieht in den Nationalen Versorgungsleitlinien der Bundesärztekammer, die gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) erstellt werden, ein Gegengewicht zu der vom Aspekt der Kosten dirigierte Politik des IQWiG und des G-BA. Die wissen-

schaftlich begründeten Nationalen Versorgungsleitlinien beschreiben eine gute medizinische Versorgung auf dem aktuellen Stand des Wissens und werden unter Berücksichtigung der Erfahrung aus Klinik, Praxis und alltäglicher Anwendung fortgeschrieben. Sie stärken die medizinische Kompetenz der Ärzte gegenüber den ökonomisch dominierten Interessen der Politik und der Krankenkassen. Krankheit ist keine Ware, die man zum Gegenstand des Wettbewerbs machen darf, betonte BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack in Übereinstimmung mit BÄK-Präsident Prof. Jörg D. Hoppe auf der Klausurtagung in Hamburg. Der BDI unterstützt nachhaltig die Bemühungen der Bundesärztekammer, die Freiberuflichkeit von Ärztinnen und Ärzten wieder herzustellen. Der ökonomische Druck der Kosten- und der Krankenhausträger beeinträchtigt die ärztliche Berufsfreiheit in unerträglichem Maße.

KS

RLV-Bescheid 2. Quartal 2009 zu spät zugestellt – Widerspruch ist möglich

Gemäß § 87 b Abs. 5 SGB V obliegt es den Kassenärztlichen Vereinigungen, die Zuweisung des RLV spätestens vier Wochen vor Beginn der Geltungsdauer mitzuteilen. Kann ein Regelleistungsvolumen nicht rechtzeitig vor Beginn des Geltungszeitraums zugewiesen werden, gilt das bisherige, dem Arzt zugewiesene, vorläufig fort.

Mehr als die Hälfte aller Kassenärztlichen Vereinigungen haben die Frist für die Zustellung des Regelleistungsvolumenbescheids nicht eingehalten und den Vertragsärzten diesen zu spät oder noch gar nicht zugestellt. Laut Gesetz ist die Frist für die Bekanntgabe am 3. März 2009 abgelaufen. Vertragsärzte, deren RLV-Bescheid zu spät zugestellt wurde, können daher schon alleine aus diesem Grund Widerspruch einlegen und müssen das neue RLV nicht akzeptieren. Soweit das RLV des 1. Quartals höher ist, sollten Sie

Widerspruch einlegen, sodass das alte, meist höhere Budget fortgilt. Weitere Punkte, die der Vertragsarzt bei seinem RLV-Zuweisungsbescheid prüfen sollte, sind:

- ▶ Ist die Zuweisung zur richtigen Arztgruppe erfolgt (Versorgungsschwerpunkt kann auch ohne Berechtigung zur Führung einer Schwerpunktbezeichnung vorliegen)?
- ▶ Ist der 10%ige Zuschlag für fachgleiche Gemeinschaftspraxen/fachgleichen angestellten Arzt berücksichtigt?
- ▶ Ist die Zahl der kurativ/ambulantem Behandlungsfälle in 2/2008 zutreffend?
- ▶ Ist ein möglicher Anfängerstatus berücksichtigt?
- ▶ Bei fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen ist zu überprüfen, ob die Fallzahl der Anzahl der abgerechneten Grund- bzw. Versichertenpauschale entsprechend ist, da die Zahl der Arztfälle in fachgleichen Berufsausübungsgemein-

schaften und Praxen mit angestellten Ärzten anderer Arztgruppen nach der Zahl der abgerechneten Zahl der arztgruppenspezifischen Versicherten, Grund- und Konsiliarpauschalen bemessen werden.

- ▶ Ist der Beschäftigungsumfang der angestellten Ärzte zutreffend berücksichtigt worden?

Des Weiteren sind die Praxisbesonderheiten zu prüfen. Die Praxisbesonderheiten ergeben sich aus einem gesonderten Versorgungsauftrag oder einer besonderen für die Versorgung bedeutsamen Spezialisierung, wenn zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierenden Überschreitung des durchschnittlichen Fallwerts der Arztgruppe vorliegt.

Berufsverband Deutscher Internisten e. V.
Schöne Aussicht 5
65193 Wiesbaden
Rechtsanwalt Helge Rühl
Geschäftsführer

Einladung

zur Ordentlichen Mitgliederversammlung
des Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V.

am Sonntag, 19. April 2009, 13:30 Uhr
in den Rhein-Main-Hallen, Wiesbaden, Halle 1

Als Präsident des
Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V.
darf ich Sie sehr herzlich zu dieser Versammlung einladen.

Tagesordnung:

1. Bericht des Präsidenten zur aktuellen berufspolitischen Situation
2. Berichte des Geschäftsführers (Geschäftsbericht) und des Schatzmeisters (Kassenbericht) zum Geschäftsjahr 2008
3. Beschlussfassung über die Entlastung von Präsidium, Vorstand und Geschäftsführung
4. Satzungsänderung
 - Beschlussfassung über die Änderung von § 14 der Satzung. Nach § 14 Ziff. 11 wird eine Ziff. 12 angefügt, in welcher geregelt ist, dass den Vorstandsmitgliedern neben dem Ersatz ihrer Auslagen eine Tätigkeitsvergütung gezahlt wird. Art und Umfang der Zahlungen an die Vorstandsmitglieder ergeben sich aus einer von der Mitgliederversammlung zu verabschiedenden Entschädigungsordnung.
 - Beschlussfassung über eine Entschädigungsordnung.
 - Beschlussfassung über die Gewährung eines Übergangsgelds an den amtierenden Präsidenten.
 - Beschlussfassung über redaktionelle Satzungsänderungen.
 - § 3: in der Überschrift wird der Zusatz „Gemeinnützigkeit“ gestrichen.
 - § 5: Satz 4 wird gestrichen.
 - § 10: in Ziff. 3 wird klar gestellt, dass die Beitragspflicht bis zur Beendigung der Mitgliedschaft bei Beendigung im Laufe des Jahres bis zum Ablauf des Kalenderjahres fortbesteht.
 - § 17: das Wort „Landesvertretung“ wird durch „Landesverband“ ersetzt. Ziff. 1 Satz 3 wird gestrichen.

In der Mitgliederversammlung wird eine Gegenüberstellung der bisherigen Satzungsbestimmungen und der vorgeschlagenen Änderungen ausliegen. Die Gegenüberstellung sowie die Entschädigungsordnung liegen zudem ab dem 27. März 2009 in der Geschäftsstelle des BDI zur Einsichtnahme durch die Mitglieder aus.

5. Verschiedenes

W. Wesiack

Dr. med. Wolfgang Wesiack, Präsident



Gesundheitspolitischer Antrag der FDP-Fraktion

Die FDP läutet den Wahlkampf ein!

Daniel Bahr, gesundheitspolitischer Sprecher der FDP, hat 14 Eckpunkte für eine „einfaches, transparentes und leistungsgerechtes Gesundheitswesen“ vorgestellt (siehe unten „Antrag der FDP“). Würden diese Punkte umgesetzt, wäre alles nicht mehr wie früher: Körperschaften wie die Kassenärztliche Vereinigung sind überflüssig, abgerechnet wird per Kostenerstattung. Durch Rücklagen soll die Nachhaltigkeit der Finanzierung der Kassen verbessert werden, die sich von Körperschaften in Unternehmen mit sozialer Verantwortung umwandeln sollen.

Es handelt sich um Eckpunkte; der Teufel steckt im Gesundheitswesen im Detail. Man darf auf weitere Konkretisierungen gespannt sein. Vor allem bei zwei Themen, die in den 14 Punkten nur angerissen sind:

- Wie sieht die Krankenkasse der Zukunft aus?
- Gibt es einen Grundleistungskatalog und wer definiert ihn?

Eines ist klar: Durch die Initiative der FDP lässt sich die Gesundheitspolitik im Wahlkampf nicht mehr ausklammern. Übrigens, weniger publikumswirksam als die FDP, aber dennoch deutlich haben sich auch die SPD und die Linke geäußert. Die SPD ist für die Bürgerversicherung, die Linke für die Einheitskassen, was wohl auf das Gleiche hinausläufe.

Auch die CSU bereitet sich auf das Thema Gesundheit vor und will ein Programm, unabhängig von der Schwesterpartei CDU, auflegen. Die hält sich aus der Diskussion noch ganz heraus. Sie muss vor allem einen Rückweg vom Gesundheitsfonds finden. Das dürfte besonders für Angela Merkel schwierig werden.

HFS

Antrag der FDP

Deutscher Bundestag

16. Wahlperiode 11. 02. 2009

Drucksache 16/11879

Antrag der Abgeordneten Daniel Bahr (Münster), Heinz Lanfermann, Dr. Konrad Schily, Dr. Heinrich L. Kolb, Detlef Parr, Jens Ackermann, Dr. Karl Addicks, Christian Ahrendt, Rainer Brüderle, Angelika Brunkhorst, Ernst Burgbacher, Jörg van Essen, Otto Fricke, Paul K. Friedhoff, Horst Friedrich (Bayreuth), Dr. Edmund Peter Geisen, Hans-Michael Goldmann, Miriam Gruß, Dr. Christel Happach-Kasan, Heinz-Peter Hausteil, Dr. Werner Hoyer, Michael Kauch, Hellmut Königshaus, Gudrun Kopp, Jürgen Koppelin, Sabine Leutheusser-Schnarrenberger, Dr. Erwin Lotter, Jan Mücke, Burkhardt Müller-Sönksen, Dirk Niebel, Hans-Joachim Otto (Frankfurt), Gisela Piltz, Marina Schuster, Dr. Hermann Otto Solms, Dr. Max Stadler, Dr. Rainer Stinner, Carl-Ludwig Thiele, Florian Toncar, Dr. Daniel Volk, Dr. Volker Wissing, Hartfrid Wolff (Rems-Murr), Dr. Guido Westerwelle und der Fraktion der FDP

Für ein einfaches, transparentes und leistungsgerechtes Gesundheitswesen

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Die Bürger verstehen nicht mehr, was im Gesundheitswesen vor sich geht. Und sie merken, dass die gewohnt gute Qualität der medizinischen Versorgung nachlässt. In ihrer Apotheke erhalten sie einmal dieses und einmal jenes Arzneimittel, je nachdem mit welchen Firmen Rabattverträge abgeschlossen worden sind. In den Krankenhäusern müssen sie zum Teil lange warten bis jemand kommt, um ihnen zu helfen. Bei Hilfsmitteln dürfen sie nicht mehr zu dem Belieferer ihrer Wahl gehen, sondern die Krankenkassen bestimmen, auf wen sie zurückgreifen dürfen. Die Patienten werden gegängelt. Sie werden zunehmend in standardisierte Schablonen gepresst. Man raubt ihnen mehr und mehr ihre Autonomie, gemeinsam mit ihrem Therapeuten eine Behandlung zu vereinbaren, die bei ihnen den besten Erfolg verspricht. Das deutsche Krankenversicherungssystem ist durch die letzten Reformen deutlich in Richtung eines zentralistischen, staatsgesteuerten Einheitskassensystems verschoben worden.

Gleichzeitig ist der Beitragssatz auf das Rekordniveau von 15,5 Prozent gestiegen. Die Bürger spüren das am eigenen Leib. Viele haben zu Beginn des Jahres starke Beitragssatzsteigerungen in Kauf nehmen müssen, ohne dass sich ihr Krankenversicherungs-

schutz verbessert hätte. Die im Rahmen des Konjunkturpakets II geplante Absenkung um 0,6 Beitragssatzpunkte ändert nichts daran, dass die gesetzliche Krankenversicherung im Hinblick auf die Aufgaben, die der Gesetzgeber ihr zuschreibt, unterfinanziert ist. Diese Absenkung verschleiert den tatsächlichen Finanzierungsbedarf und weckt die Illusion, auf Strukturreformen verzichten zu können. Sie verschärft, weil kreditfinanziert, zudem die sich aus der demografischen Entwicklung ergebenden Schwierigkeiten. Diese Schulden sind insbesondere von den dann aktiv Beschäftigten zurückzahlen, wenn noch mehr alte Menschen durch noch weniger junge Menschen unterstützt werden müssen. Der Gesundheitsfonds macht die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und zunehmend auch die private Krankenversicherung (PKV) zum Spielball wechselnder bundespolitischer Interessen. Je nach Stimmung, Kassenlage und Wahltermin wird entweder Geld in das System hineingegeben oder aus dem System herausgezogen. Es ist deshalb im Rahmen dieser Denkweise konsequent, die Rückzahlung für die Bundesdarlehen zum Ausgleich wegbrechender Beitragseinahmen des Gesundheitsfonds auf das Jahr 2011 zu verschieben, wohl wissend, dass das Defizit bis dahin so hoch sein wird, dass es aus eigener Kraft von der GKV kaum ausgeglichen werden kann. Dabei verlässt man auch den noch vor kurzem für unabdingbar gehaltenen Grundsatz, dass die gesetzlichen Krankenkassen sich nicht verschulden dürfen. Alle

Anstrengungen, die vorhandenen Schulden bis zum 31. Dezember 2008 abzubauen, werden durch die Gewährung des Bundesdarlehens Makulatur. Der Gesundheitsfonds mindert den Druck zu notwendigen Reformen. Verspätete Reformmaßnahmen müssen dann umso härter ausfallen. Der Gesundheitsfonds setzt eine Interventionsspirale in Gang, die zu einer vollständigen Zentralisierung führt. Zum Ausdruck kommt das in der Vereinheitlichung der Arzthonorare. Deutlich geworden ist das auch bei der Diskussion über die Basisfallwerte in den Krankenhäusern. Wenn regional tätige Krankenkassen bundesweit einheitliche Zuweisungen aus dem Fonds erhalten, sind sie nicht in der Lage, höhere Preise für Krankenhausleistungen zu bezahlen, obwohl dies in der Region angebracht sein kann. Das staatliche Globalbudget führt zu staatlicher Preisadministration. Die Politik bestimmt wie viel Geld in welche Verwendung fließen darf. Damit wird sie zum Adressaten für berechnete wie unberechtigte Forderungen, die sie immer nur global befriedigen und damit den einzelnen Belangen nicht gerecht werden kann. Die Krankenkassen werden von Krankenversicherern zu staatlich determinierten „Managementgesellschaften“ mit Fondszuweisungen. Mit großem Aufwand ist ein hochkomplexer morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) geschaffen worden, der für größere Gerechtigkeit zwischen den Krankenkassen sorgen sollte. Stattdessen jedoch entstehen neue Ungerechtigkeiten. Nun ist es attraktiv, Versicher-

te zu gewinnen, die eine der erfassten Krankheiten haben, in diesem Rahmen aber eine relativ geringe Behandlungsnotwendigkeit aufweisen. Der Morbi-RSA ist höchst manipulationsanfällig. Die von ihm ausgehenden Anreize sind kontraproduktiv: Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen profitieren davon, wenn mehr Versicherte mit schwerwiegenderen Krankheiten eingestuft werden. Dieses gemeinsame Interesse am „Upcoding“ führt dazu, dass die deutsche Bevölkerung zumindest statistisch gesehen kränker wird. Besonders problematisch ist es, wenn die Qualität der Codierung der Erkrankungen davon abhängig gemacht wird, dass Verträge mit einer Arztgruppe geschlossen werden. Bedenklich ist auch, dass die Krankenkassen über das Zusammenführen der Daten aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich mit den Stammdaten ihrer Versicherten einen gläsernen Patienten schaffen und damit ihre Geschäftspolitik strategisch ausrichten können. Mit kleineren Korrekturen am Morbi-RSA ist es nicht getan. Notwendig ist die Rückbesinnung auf klare, nicht manipulierbare Faktoren. Über die Jahre hinweg haben Regeldichte und Komplexität im Gesundheitssystem immer mehr zugenommen. Das führt im Ergebnis dazu, dass eine Handvoll Experten die Politik bestimmen, nicht aber die dafür verantwortlichen Politiker. Es ist an der Zeit, dies grundlegend zu ändern. Bei allen Regelungen im Fünften Buch Sozialgesetzbuch muss überprüft werden, ob sie überhaupt benötigt und wenn ja, wie sie deutlich vereinfacht werden können. Alle Beteiligten müssen auch ohne jahrelanges Studium in der Lage sein, zu verstehen, welche Rechte und Pflichten hieraus resultieren. Es ist an der Zeit, das Steuer herumzureißen und sich darauf zu besinnen, was eine Krankenversicherung leisten muss und soll und welches gesetzlichen Rahmens es hierfür bedarf.

Der Staatseinfluss muss darauf beschränkt werden, die Bedingungen zu formulieren, unter denen Gesundheitsversorgung stattfinden soll. Stattdessen unternimmt der Staat zurzeit den Versuch, alles und jedes im Gesundheitswesen bis ins Einzelne zu regeln. Alle Vorgaben ändern nichts daran, dass die in der medizinischen Versorgung Tätigen durch ihre Arbeit, ihr Engagement und ihre Qualifikation trotz dieser Reglementierung noch dafür sorgen, dass Kranke eine gute medizinische Versorgung erhalten. Wenn sie motiviert sind, ihr Bestes zu geben, ist das der Garant für die bestmögliche Behandlung und Betreuung. Das bedeutet, dass es einen grundlegenden Wandel geben muss von einem Klima, das geprägt ist durch Misstrauen, Detailvorschriften und Kontrollen hin zu einem Klima, das den in den Gesundheitsberufen Tätigen Vertrauen entgegen bringt. Wenn es nicht gelingt, dafür zu sorgen, dass Ärzte, Zahnärzte, Pflegekräfte usw. eine hohe Motivation entwickeln, wird es in den nächsten Jahren sehr schwierig sein, das gute Gesundheits-

niveau zu halten. Dafür müssen Leistungsanreize richtig gesetzt werden mit leistungsgerechter Honorierung gerade auch für Hausbesuche und Gesprächsleistungen. Freiräume für verantwortliches Handeln müssen geschaffen werden. Die Freiberuflichkeit muss Vorrang vor der Institutionalisierung haben. Und die viel zu viel Zeit der Patienten raubende Überregulierung muss abgebaut werden.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) auf den Prüfstand zu stellen und komplett neu zu fassen. Dabei sind folgende Kriterien zugrunde zu legen:

1. Eindämmung des Staatseinflusses

– **Ermöglichung eines funktionsfähigen Wettbewerbs.** Die Krankenkassen wandeln sich von Körperschaften des öffentlichen Rechts zu Unternehmen mit sozialer Verantwortung. Als erstes erhalten sie die Beitragsautonomie zurück. Der Gesundheitsfonds muss rückgängig gemacht werden. Ein manipulationsunanfälliger, vereinfachter Risikostrukturausgleich wird entwickelt. Ein klarer wettbewerbs- und kartellrechtlicher Rahmen, der den Missbrauch marktbeherrschender Stellungen auf allen Seiten verhindert, muss gesetzt werden. Wer den Wettbewerb bejaht, muss auch damit leben, dass es Unterschiede gibt, denn nur daraus entwickelt sich die zur Effizienzsteigerung notwendige Dynamik. Das bedeutet, dass nicht alles einheitlich und gemeinsam und bundesweit geregelt werden kann, sondern die Kreativität der Beteiligten vor Ort zum Tragen kommen muss.

2. Verständlichkeit und Transparenz für alle Beteiligten.

Das System braucht klare, einfache, sich nicht widersprechende Regelungen. Bürokratische Vorgaben und Kontrollen müssen auf das notwendige Mindestmaß beschränkt werden. Gesetzlich vorgegebene Budgets sind durch leistungsgerechte Preise zu ersetzen. Wer gute Arbeit leistet, muss auch mehr Geld erhalten. Im ärztlichen und zahnärztlichen Bereich z. B. muss eine nachvollziehbare Euro-Gebührenordnung als Grundlage für die Kostenerstattung die hochkomplexen Regelleistungsvolumina und die Budgets ersetzen. Im Arzneimittelbereich muss die viel zu große Zahl der verschiedensten, sich zum Teil widersprechenden Instrumente deutlich reduziert werden.

3. Strikte Einhaltung des Grundsatzes der Subsidiarität.

Eigenverantwortung geht vor Kollektivverantwortung. In erster Linie sind die Menschen für ihre Gesundheit und für die Absicherung von Krankheitsfolgen selbst verantwortlich. Unterstützung und Hilfe sind dort notwendig, wo sie hierzu, aus welchen Gründen auch immer, nicht in der Lage sind.

4. Beitragsgerechtigkeit.

Hierfür ist eine klare Trennung von Versicherungsleistungen und Umverteilung erforderlich. Die Absicherung für

den Krankheitsfall soll über Leistungsgerechte Prämien erfolgen, die Umverteilung über das Steuer- und Transfersystem. So vermeidet man, dass die alleinstehende Verkäuferin die Familie des in der GKV verbliebenen Generaldirektors subventioniert. Stattdessen ist eine zielgerichtete Unterstützung derjenigen möglich, die anderenfalls nicht in der Lage wären, einen adäquaten Versicherungsschutz zu erhalten.

5. Vorsorge für kommende Lasten. So schnell wie möglich müssen zugriffssichere Kapitalreserven für steigende Gesundheitsausgaben im Alter gebildet werden. Die demografische Entwicklung in den nächsten Jahrzehnten mit der steigenden Zahl älterer Menschen und einer Abnahme der Zahl jüngerer, arbeitsfähiger Menschen bei gleichzeitigem medizinisch-technischem Fortschritt steht fest. Deutschland braucht einen Systemwechsel weg von der Umlagefinanzierung hin zur Kapitaldeckung. In der Alterssicherung ist ein erster Schritt in diese Richtung bereits gemacht worden.

6. Planungssicherheit für Arbeitsplätze. Der Arbeitgeberbeitrag soll als Lohnbestandteil ausgezahlt werden, um die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft nicht durch steigende Lohnzusatzkosten zu gefährden.

7. Verlässlichkeit und Konkretisierung des Bundeszuschusses. Steuergeld darf nur für die Übernahme der Kosten exakt bestimmter versicherungsfremder Leistungen und nicht als jederzeit veränderbarer Globalzuschuss gegeben werden. Nur so ist gewährleistet, dass das Geld gezielt für den vom Gesetzgeber vorgesehenen Zweck eingesetzt wird. Durch diese Zweckbindung ist auch sichergestellt, dass nicht jedes Jahr neu über den Bundeszuschuss nach Kassenlage entschieden wird.

8. Konzentration der obligatorisch durch die Solidargemeinschaft zu finanzierenden Leistungen auf das medizinisch wirklich Notwendige. Solidarität trägt nur so lange, wie sie nicht überstrapaziert wird. Deshalb müssen Menschen zunächst einmal für sich selbst einstehen, bevor sie erwarten können, dass andere das für sie tun.

9. Stärkung der Patientenautonomie. Der Patient muss das Sagen haben und nicht Experten am grünen Tisch. Er muss sich gemeinsam mit seinem Therapeuten frei für eine Therapie entscheiden können und darf nicht jeglichen Anspruch an seine Krankenkasse verlieren. Notwendig ist eine Mehrkostenregelung, damit Versicherte ihre Wahlfreiheit auch nutzen können.

10. Stärkung des Verantwortungsbewusstseins auf allen Ebenen. Die Versicherten sollen neben der unbedingt notwendigen Grundversorgung frei über den Leistungsumfang und die Tarifgestaltung bestimmen können. Das Sachleistungsprinzip, das dem Patienten nach Zahlung des Krankenversicherungsbeitrages freien Zugang zu allen Gesundheitsleistungen ermög-

licht, ohne dass er überhaupt weiß, welche Kosten er hierdurch verursacht, muss durch das Kostenerstattungsprinzip ersetzt werden, verbunden mit intelligent ausgestalteten Selbstbeteiligungslösungen.

11. Stärkung der Freiberuflichkeit als elementare Voraussetzung für eine Gesundheitsversorgung, die an den Interessen der Patienten ausgerichtet ist und individuelle Therapiekonzepte ermöglicht.

12. Verhinderung einer Kochbuchmedizin, die auf dem Irrglauben beruht, die Medizin sei eine reine Naturwissenschaft. Therapiefreiheit

bedeutet auch Therapieverantwortung des Arztes. Es ist ureigenste Aufgabe der ärztlichen Standesorganisationen dafür zu sorgen, dass in diesem Rahmen die Qualität gewährleistet ist. Ärzte haben einen Anspruch darauf in ihrer Arbeit unterstützt zu werden durch Leitlinien, Empfehlungen und eine gute Aufbereitung vorhandener Studienergebnisse. Das Arzt-/Patientenverhältnis darf nicht durch übermäßige Globalvorgaben gefährdet werden. Den Standardpatienten gibt es nicht und damit auch keine allgemein gültige Standardtherapie.

13. Faire Wettbewerbsbedingungen für GKV und PKV. Die Verschlechterung der Bedingungen, unter denen Bürger sich für einen privaten Krankenversicherungsschutz entscheiden können, muss rückgängig gemacht werden. Stattdessen muss jeder Bürger die freie Wahl haben, bei welchem Krankenversicherer er seinen Versicherungsschutz abschließen möchte.

14. Große Sensibilität für datenschutzrechtliche Belange. Voraussetzung für die elektronische Gesundheitskarte muss sein, dass ihre Nutzung auf freiwilliger Basis

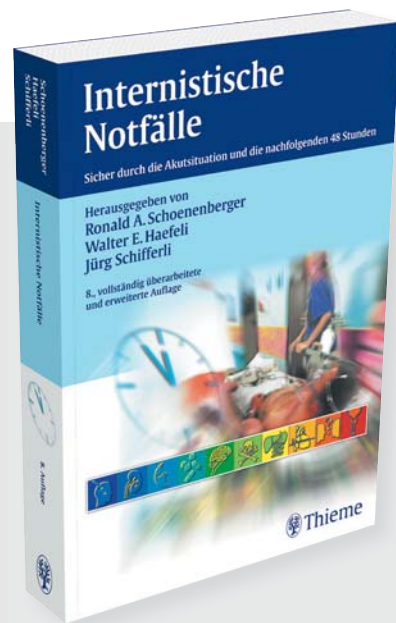
erfolgt. Auch ein indirekter Zwang muss ausgeschlossen sein. Patienten, die eine spezielle hausärztliche Versorgung wünschen, dürfen hiervon nicht abgeschnitten werden, nur weil sie nicht bereit sind, der Führung einer Patientenakte zuzustimmen. Krankenkassen dürfen nicht in die Lage kommen, ihre Versicherten zu gläsernen Patienten zu machen.

Berlin, den 10. Februar 2009

Dr. Guido Westerwelle und Fraktion

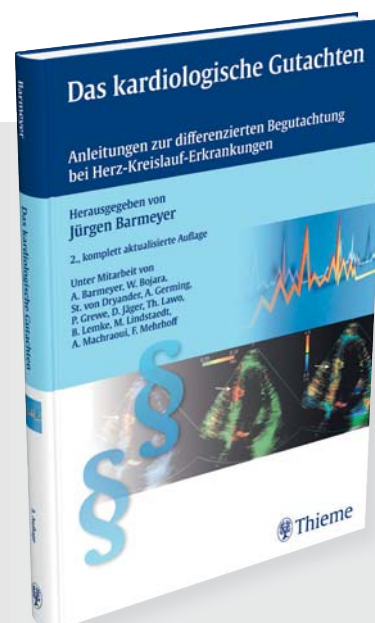
(Quelle: Drucksache des Deutschen Bundestags – Drucksache 16/11879)

Innere Medizin *aktuell*



Internistische Notfälle
Sicher durch die Akutsituation und die nachfolgenden 48 Stunden
Herausgegeben von Ronald A. Schoenenberger, Walter E. Haefeli, Jürg Schifferli (Hrsg.)
2009. 8. völlig überarb. u. erw. A. 768 S., 243 Abb., kart.
ISBN 978 3 13 510608 3
89,95 € [D]
92,50 € [A]/149,- CHF

- Schnell orientieren, rasch einordnen, richtig entscheiden**
- Über 600 internistische Notfallsituationen
 - Straffe Textgliederung, einheitliches Erkrankungsrastrer
 - Typische Krankheitszeichen und Leitsymptome (sortiert nach Häufigkeiten)
 - Unbedingt auszuschließende Differenzialdiagnosen
 - Die entscheidenden anamnestischen Fragen
 - Wegweisende Notfalldiagnostik (und zu erwartende Befunde)
 - Lebensrettende Sofortmaßnahmen und Initialtherapie in den ersten 24 bis 48 Stunden
 - Konkrete Dosierungsangaben und Medikamentennamen
 - Normalstation oder Intensivpflicht?
 - Nichts übersehen: Therapeutische Besonderheiten bei Jugendlichen, Schwangeren und alten Patienten, Verordnungshinweise bei Nieren- und Leberinsuffizienz



Das kardiologische Gutachten
Anleitung zur differenzierten Begutachtung bei Herz- Kreislauf-Erkrankungen
Herausgegeben von Jürgen Barmeyer
2., komplett aktualisierte Auflage
Unter Mitarbeit von A. Barmeyer, W. Bogara, St. von Doyander, A. Gering, P. Grewé, D. Jäger, Th. Lauen, B. Lenz, M. Linzgaßler, A. Machran, F. Nabeidof
ca. 2. Quart. 2009. 2., kompl. akt. A. ca. 304 S., ca. 55 Abb., geb.
ISBN 978 3 13 113942 9
ca. 129,95 € [D]
ca. 133,60 € [A]/ca. 216,- CHF

- Grundlagen kurz und prägnant**
- Erläuterung der Gutachtenarten, spezifische Fragestellungen und Begriffe
 - Gesetzliche Rahmenbedingungen
 - Praktische Erstellung eines Gutachtens
- Sofort praktisch umsetzbar**
- Kriterien zur Beurteilung von Belastbarkeit, Arbeitsfähigkeit und spezifischer Arbeitsplatzbelastung
 - Funktionsprüfung und Quantifizierung des myokardialen Funktionszustandes
 - Praxisbeispiele zum besseren Verständnis
- Direkt zur fundierten Begutachtung**
- Darstellung aller relevanten Erkrankungen
 - Beurteilung in der Unfallversicherung, der Rentenversicherung, nach dem Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz
 - Bemessung von MdE und GdB



Rationelle Diagnostik und Therapie für Endokrinologie, Diabetologie und Stoffwechsel
Herausgeber Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
Redaktion, Hendrik Lehnert
ca. 2. Quartal 2009.
3. komplett überarb. und erw. A. ca. 524 S., ca. 64 Abb., geb.
ISBN 978 3 13 129553 8
ca. 129,95 € [D]
ca. 133,60 € [A]/ca. 216,- CHF

- Autorisiertes Wissen – fachübergreifende Kompetenz**
- Die offiziellen Standards: herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie
 - Ausgewiesene Experten aus allen relevanten Fachgebieten (Innere Medizin, Pädiatrie, Chirurgie, Gynäkologie, Labormedizin)
- Praktische Relevanz**
- Klare Empfehlungen bei alternativen Diagnoseverfahren
 - Bewertete Diagnostik und Therapie: was ist obligat, was ist fakultativ
 - Praktische Testdurchführung und Ergebnisinterpretation
 - Hinweise auf Besonderheiten im Kindesalter und in der Schwangerschaft

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

Faxbestellung:
0711/89 31-901

Kundenservice
@thieme.de

www.thieme.de



Verbraucherbefragung zur Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland
(Fortsetzung von Seite 1)

Gesundheitsbarometer 2009

● Regionale Differenzen

Die Unterschiede zwischen Stadt und Land sind minimal. Etwas deutlicher verschlechtert empfinden die Patienten im städtischen Umland ihre Versorgung. Ob dies tatsächlich so ist, oder nur im Vergleich zu dem hohen Standard in den Städten als Eindruck entsteht, muss offen bleiben. Im Westen, Norden und Süden unseres Vaterlandes ist die Zufriedenheit mit etwa 86 % gleich hoch; unzufrieden sind eher die Ostdeutschen. Hier liegt der Wert nur bei 82 %. Die Studie differenziert auch nach unterschiedlichen Bundesländern. Besonders zufrieden sind die Patienten in Hamburg. 91 % der Befragten finden die Versorgung gut. Ähnlich positiv wird der Stadtstaat Bremen bewertet. Schlusslicht sind die neuen Bundesländer Brandenburg, Sachsen-Anhalt sowie die Stadt Berlin. Von den alten Bundesländern werden Hessen und Niedersachsen ungünstiger bewertet als die übrigen.

● Hausärztliche Versorgung wird gut bewertet

Zwischen den Ärzten gibt es große Unterschiede. Die hausärztliche Ver-

sorgung wird durchweg als positiv empfunden, sowohl was die Nähe zum Arzt als auch die Qualität der medizinischen Versorgung betrifft. Bei der Qualität werden die Hausärzte am positivsten bewertet, die Fachärzte fallen etwas ab, die Krankenhäuser sind in dem Vergleich am schlechtesten bewertet. Bei den Unterschieden zwischen privaten und gesetzlichen Krankenversicherten gibt es zwischen den drei Gruppen keine verwertbare Differenz. Auffallend ist aber, dass der Zufriedenheitsgrad bei den Privatversicherten durchgängig höher ist. Dasselbe bezieht sich auch auf die übrigen Parameter wie technische Ausstattung, Beratung und Freundlichkeit.

● Problem Wartezeit

Besonders eklatant ist der Unterschied bezüglich der Wartezeiten. Die Differenz zwischen privat und gesetzlich Krankenversicherter ist bei den praktischen Ärzten geringer. Dasselbe gilt auch für die Krankenhäuser im Vergleich zu den Fachärzten; hier ist die Differenz am ausgeprägtesten. Betrachtet man ein Ranking bezüglich der Zufriedenheit der Patienten, so ist

das Problem Wartezeit auffallend. Dieser Punkt zeigt, dass die Politik bei der Diskussion einen wunden Punkt betroffen hat.

Man muss aber klarstellen, dass offensichtlich verwertbare Differenzen bei der Qualität der Versorgung zwischen GKV- und PKV-Patienten nicht auftreten. Die Differenz liegt alleine in der Wartezeit. Dies ist eine nachvollziehbare Entwicklung, wenn man bedenkt, dass in vielen Praxen gesetzlich Krankenversicherte nur noch deshalb versorgt werden, weil sie über die Honorare der Privatversicherten quersubventioniert werden. Interessant ist noch die Frage, wem die Patienten das meiste Vertrauen in Gesundheitsfragen entgegenbringen. 93 % sind hier der Meinung, dass der Hausarzt die Funktion am besten abliefern; 89 % beim Facharzt. Deutlich fällt der Arzt im Allgemeinkrankenhaus, noch deutlicher der Arzt in der Universitätsklinik ab; hier liegt der Wert nur bei 70 %. Der Apotheker wird sogar noch besser bewertet als der Arzt in einer Universitätsklinik. Schlecht weg kommen der Heilpraktiker und die Internetforen. Bei den



Bild: MEV

Internetforen sind nur 24 % der Versicherten zufrieden.

● Qualitätsverschlechterung empfunden

Abschließend stellt sich die Frage, wie sich die Qualität der Versorgung verändert hat. Man ist durchweg der Auffassung, dass es zu einer Qualitätsverschlechterung gekommen ist.

Besonders deutlich ist es in Brandenburg, Bremen und Hessen empfunden worden. Es gibt kein einziges Bundesland, in dem eine Verbesserung beobachtet wird.

Offensichtlich haben die Kostendämpfungsgesetze der Bundesregierung ihre Wirkung nicht verfehlt.

HFS

Leserbrief von BDI Vorstandsmitglied Dr. Peter Schmied

Am 13. Februar schrieb Dr. Peter Schmied, Mitglied des BDI-Vorstands, einen Leserbrief an das Obermain-Tagblatt, der sich auf einen vorangegangenen Leserbrief bezog. BDI aktuell druckt an dieser Stelle den Leserbrief von Dr. Schmied ab.

Dr. Kaulbach hat in seinem Leserbeitrag die Stärkung der Hausärzte gefordert und zur Finanzierung die Auflösung der „doppelten Facharztversorgung“ angemahnt. Ob man damit die Probleme der Unterfinanzierung und Fehlversorgung im Gesundheitswesen lösen kann, ist zu hinterfragen. Im Auftrag des BMG (Bundesministerium für Gesundheit) hat das Robert Koch Institut (RKI) die Bedeutung der hausarztzentrierten Versorgungskonzepte analysiert und bewertet (Einflussfaktoren auf die ambulante Versorgung RKI 2005). Die Ergebnisse (vereinfacht): ein Einspareffekt ist durch die HA-zentrierte Versorgung nicht belegt; vielmehr erfolgt eine Zunahme von Überweisungen zum Facharzt und Einweisungen in die Klinik. Bemerkenswert aber ist die

gute Akzeptanz durch die Patienten. Der Gesundheitsbericht der Gmünder Ersatzkasse GEK 2006 kommt zu ähnlichen Ergebnissen ebenso wie die Bertelsmann Stiftung usw. Was schließen wir daraus?

- Die bisherigen hausarztzentrierten Versorgungskonzepte gelten als gescheitert.
- Der Patient holt sich die medizinische Versorgung, die er für notwendig erachtet. Da steht der Facharzt sicher nicht hinten in der Bewertungsskala.
- Eine Kosteneinsparung im Gesundheitswesen zulasten seiner wohnortnahen fachärztlichen Versorgung ambulant und stationär ist vom Bürger genauso wenig gewünscht wie der Verlust wohnortnaher hausärztlicher Betreuung.

Der Begriff „doppelte Facharzttschneise“ ist übrigens eine Erfindung der für die „Unterfinanzierungspolitik“ der letzten Jahre verantwortlichen Sozial-Politiker, um die infolge der Gesetzgebung entstandenen Versorgungsdefizite schön zu reden. Durch Gutachten (IGES 2008 Prof. Rürup) ist belegt, dass all diese Thesen irreführend und nicht belegbar sind. Das hindert offenbar niemanden daran,

trotzdem die Verbreitung derartiger Behauptungen fortzusetzen. Schon heute ist nicht nur die hausärztliche Versorgung bedroht, sondern auch die fachärztliche Ebene. Parallel dazu können auch in den Kliniken außerhalb von Ballungszentren kaum noch die Assistentenstellen besetzt werden, weil u.a. die Chancen einer späteren Niederlassung unattraktiv und unzumutbar geworden sind. Die Fachärzte sind demnach weitgehend im Ausland. Ohne Fachärzte wird wohl kaum noch eine angemessene Ausbildung zum FA für Allgemeinmedizin stattfinden können. Ist dann auch noch der Apotheker weg, werden regionale Betriebe Personalprobleme bekommen, die Gemeinden erfahren eine Abwanderung der jungen Menschen, weil niemand mehr in einer „gottverlassenen Gegend“ arbeiten und wohnen will. Wird die fachärztliche Versorgung lahm gelegt, hat dies unweigerlich fatale Auswirkungen auf die gesamte Infrastruktur einer Region und insbesondere des Flächenstaates Bayern.

Der Facharzt verfügt im Gegensatz zum Hausarzt regelhaft über speziellere Kenntnisse in seinem Fachgebiet, kann gezieltere Überweisungen ausstellen, vermeidet regelhaft

ungezielte stationäre Einweisungen und reduziert Kosten z.B. vor operativen oder besonders aufwendigen stationären Eingriffen. Würde man die bis jetzt freiberuflich tätigen Fachärzte an die Kliniken verlagern – was politisch gewollt zu sein scheint – müsste man dort diese Kapazitäten erst einmal aufbauen. Nach Auffassung aller Kassen sind Diagnostik und Therapie, sofern sie ambulant erfolgen können, deutlich preisgünstiger als stationäre Versorgung. Zunächst einmal müssten aber die gewachsenen Betriebs- und Personalstrukturen aufgelöst werden. Diesen betriebs- und volkswirtschaftlich unsinnigen Akt der Geldvernichtung durch Verstaatlichung freiberuflicher fachärztlicher Versorgung muss man sich vor Augen halten, wenn man die Tragweite solcher ökonomischen Höhenflüge beurteilen will. Auch in den Kliniken kenne ich durch meine Tätigkeit als Belegarzt die Sorgen und Nöte, die als Folge der Umstrukturierungen kein Ende nehmen. Hier gilt das Gleiche wie im ambulanten Facharztbereich; wer Qualität haben will, muss dafür auch den unternehmerischen Einsatz finanzieren.

Also kommt es offensichtlich darauf an, gut funktionierende Gesamtkonzepte gemeinsam zu schnüren. Gerade für die älter und kränker werdende Bevölkerung ist das Team Hausarzt-Facharzt-Klinik der entscheidende Schlüssel zum Erfolg. Bisher hat die Politik allerdings versucht,

diese Komplettversorgung immer durch ungleiche Verteilung der Lasten und Unterfinanzierung zu erhalten. Das wird nicht mehr gehen. Die bisherige Gesetzgebung wurde von den 5 Weisen als misslungen bezeichnet. Vor den Bundestagswahlen muss sich daher der Wähler Gedanken machen, welche Partei in Zukunft seinen Versorgungsanspruch tatsächlich gewährleisten wird. Markige Worte und Kampagnen unserer derzeitigen Gesundheitsministerin haben sich erschöpft und als nicht belastbar erwiesen. Komplexe Problemlösungen erfordern einfach etwas mehr als Staatsdirigismus – nämlich kreative Gestaltungskraft und die Möglichkeit zu unternehmerischem Handeln. Das wird bisher durch die Gesetzgebung nicht gewährleistet

Die nachteiligen Folgen des Fonds sind bekannt und eigentlich unübersehbar. Daher müssen die Fachärzte und Hausärzte gemeinsam mit unseren Patienten der Politik ein STOPP-Signal setzen.

Bitte unterstützen Sie den Aktionstag der Ärzte am 17.02.09. Wir nehmen Sie weder in Geiselhaft, noch wollen wir Ihre Versorgung gefährden.

Dr. Peter Schmied

Arbeitsgemeinschaft Fachärztlich tätige Internisten ohne Schwerpunkt im BDI

Die Honorarreform bedroht unsere Existenz!

Am 7.2.09 hat sich die Arbeitsgemeinschaft Fachärztlich tätiger Internisten ohne Schwerpunkt im BDI in Frankfurt mit getroffen. Schwerpunktthema der konstruktiven Diskussion waren die massiven Honorarverwerfungen, welche die RLV insbesondere für die Facharztinternisten ohne Schwerpunkt hervorrufen.

Da unsere Fachgruppe nur wenig Honorar außerhalb des RLV erzielen kann, verfügen insbesondere die überwiegend kardiologisch tätigen Kolleginnen und Kollegen in der Regel über ein Gesamthonorar, welches deutlich unter denen der Hausärzte rangiert. So kommen die Facharztinternisten ohne Schwerpunkt, welche nicht kolo-skopieren, in NRW durch die RLV auf ein Gesamthonorar von ca. 40 Euro / Fall im Vergleich zu den Hausärzten mit 52 Euro (was den Hausärzten absolut gegönnt sei).

Gemeinsam mit unserem Präsidenten Dr. Wesiack stellen wir fest:

- ▶ Die Honorarpolitik der KBV ist endgültig gescheitert.
- ▶ Die Ziele von Herrn Köhler wie
 - ▷ Abschaffung der Kopfpauschale,
 - ▷ Abschaffung der budgetierten Gesamtvergütungen und
 - ▷ feste Preise für ärztliche Leistungen

wurden allesamt nicht erreicht. Das Ziel „Gleicher Lohn für gleiche Arbeit“ ist mit dieser Honorarreform erneut in weite Ferne gerückt. Die RLV bedeuten ein erneutes Budget mit noch engeren Fesseln, als wir es bisher schon kannten. Wir fordern, dass unsere Arbeit zumindest wie bisher honoriert wird und unser Honorar nicht erneut um 20-30 % geschmälert wird.

Wir fordern eine Gleichsetzung unseres RLV mit dem RLV derjenigen Fachgruppe, deren Leistungen wir schwerpunktmäßig erbringen. Wenn also ein Facharztinternist ohne Schwerpunkt einen kardiologischen Tätigkeitsschwerpunkt hat, so muss er das RLV eines nicht invasiv tätigen Kardiologen erhalten. In der Regel ist ja der Facharztinternist ohne Schwerpunkt sogar noch breiter aufgestellt als der Kardiologe.

Wir fordern, dass alle qualifizierten endoskopischen Leistungen zusätzlich zum RLV mit festem Punktwert vergütet werden müssen.

Zusätzlich müssen Fallwertzuschläge für sonographische Leistungen jeglicher Art, sowie für die Einzelleistungen aus der Ziffer 13250 (Ganzkörperstatus, Psychosomatik, Prokto-/Rektoskopie, L-Zeit EKG anlegen, L-Zeit EKG Auswertung, Langzeit-Blutdruckmessung, Spirometrie und Ergometrie) eingeführt werden.

Darüber hinaus müssen Praxisbesonderheiten bereits anerkannt werden, wenn sie 20% vom Durchschnitt der Fachgruppe bzw. RLV abweichen.

- ▶ Als Sofortmaßnahme empfehlen wir JEDEM Kollegen gegen die RLV Widerspruch einzulegen.

- ▶ Darüber hinaus muss jeder für sich selber prüfen, ob er nicht eine Praxisbesonderheit beantragen kann, welche zurzeit in der Regel dann vorliegt, wenn eine Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe um mindestens 30% vorliegt.
- ▶ Außerdem besteht insbesondere in ländlichen Gebieten die Möglichkeit, einen Sicherstellungsauftrag geltend zu machen.
- ▶ Weitere Informationen zu den RLV finden Sie auf der Homepage des BDI unter „Checkliste RLV“

Unsere langfristige Forderung muss sein: Bezahlung jeder Leistung mit einem festen nicht floatenden Punktwert in Euro und Cent – ohne willkürliche Manipulation durch die Politik. Wir bitten ALLE Facharztinternisten ohne Schwerpunkt im BDI, sich konstruktiv an der Lösung dieser Probleme zu beteiligen. Nur gemeinsam können wir endlich auch unsere Forderungen durchsetzen. Alle, die an einer Mitarbeit interessiert sind, sind dazu herzlich eingeladen. Der BDI und unsere AG werden sie dabei so gut es geht unterstützen.

Als neu gewählte Vorsitzende werden uns intensiv dafür einsetzen, dass die Interessen aller Facharztinternisten ohne Schwerpunkt in Klinik und Praxis sowohl im BDI als auch insbesondere in der KV und der Politik mehr Gehör finden.

Wir bauen auf Ihre Mitarbeit und Unterstützung!

Gemeinsam können wir es erreichen!

Dr. Bernhard Lüdemann, Krefeld –
Dr.B.Luedemann@t-online.de
Dr. Ludwig Grau, Oldenburg –
grau@bnfn.de

Honorarreform (Fortsetzung von Seite 1)

Wo sind die Milliarden geblieben?

● Honorarerhöhung von 2008 wieder einkassiert

Die Politik steht dieser Diskussion völlig ratlos gegenüber, geht sie doch davon aus, dass dem vertragsärztlichen Bereich durch den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses 2,7 Milliarden Euro zusätzlich zur Verfügung stünden. Es beginnt damit die Suche nach den Milliarden, die offensichtlich nicht bei den Vertragsärzten angekommen sind. Nach den Berechnungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung löst sich das Problem leichter auf, als gedacht. Die Regelleistungsvolumina gehen von einer Leistungsmenge pro Fall aus dem Jahr 2007 aus und werden dann mit den Fallzahlen aus 2008 errechnet. Valide d. h. zeitnahe Zahlen hat man wohl nicht zur Verfügung gehabt.

Dies bedeutet aber, dass Honorarsteigerungen aus dem Jahr 2008 in der Vereinbarung bereits enthalten sind. Zahlreichen, überwiegend durch Schiedssprüche festgelegte Punktwerte von extrabudgetären Leistungen, die teilweise 5,11 Cent erreicht haben, werden damit durch den Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses wieder eingesammelt. Das heißt, im Vergleich zu 2008 erscheinen keine 2,7 Milliarden bei den Vertragsärzten, sondern wahrscheinlich mehr als 1 Milliarde weniger. Die Krankenkassen sammeln das Geld aus Honorarerhöhungen aus dem Jahre 2008 wieder ein.

● Das Geld ist bei den Krankenkassen!

Die Frage ist damit klar beantwortet, wo das Geld geblieben ist: bei den Krankenkassen. Man darf nur erstaunt sein, dass erst jetzt die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Auswirkungen dieses Rechenricks erkennt, waren die Folgen doch bereits von Anfang an zu erwarten.

Insbesondere bluten Ärzte mit extrabudgetären Leistungen beim ambulanten Operieren nach § 115 b und Ärzte mit belegärztlichen Leistungen in den alten Bundesländern, in denen hohe Punktwerte angesetzt waren. Zum Beispiel in Hessen sammeln die Krankenkassen alleine im 1. Quartal 2009 bis zu 3 Millionen Euro bei den Belegärzten wieder ein. Rechnet man das ambulante Operieren noch dazu, so sparen die Krankenkassen bis zu 40 Millionen Euro allein im Lande Hessen bei diesen Fachgruppen. Es lässt sich leicht hochrechnen, dass es sich hier auf Bundesebene um einen erklecklichen Betrag handelt.

Die Krankenkassen dürfen sich freuen, dass sie damit jetzt mit dem Gesundheitsfonds zurechtkommen. Wie hat unser KBV-Vorsitzender so schön gesagt: „Wir leisten mit der Differenz zu 5,11 Cent eine Art Sozialrabatt.“ Es kommt wohl eine weitere Rabattierung hinzu.

HFS

Personalia Wechsel im Vorsitz

Neuer Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Fachärztlich tätige Internisten ohne Schwerpunkt ist **Dr. med. Bernhard Lüdemann**, 47799 Krefeld, Wielandstr. 8. Stellvertretender Vorsitzender ist **Dr. med. Ludwig Grau**, 26133 Oldenburg, Donnerschwer Str. 30. Für sein Engagement und Einsatz bedankt sich der BDI herzlich beim bisherigen Vorsitzenden, **Dr. Gottfried von Knobloch**, 35037 Marburg/Lahn.

Anzeige 109 x 377

Rückstellungen der KV Bayern Fehlinformationen

Am 29.1. hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in der AG Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion Stellung genommen. Dabei haben Teile der Präsentation zu Verwunderung bei einigen Beteiligten geführt. BDI aktuell druckt im Folgenden in Auszügen einen Brief ab, den der bayerische Ministerialdirigent Dr. Maximilian Gaßner anschließend an die Vorstandsvorsitzende des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, Dr. Doris Pfeiffer, geschrieben hat.

Frau
Dr. Doris Pfeiffer
Vorsitzende des Vorstands des Spitzenverbandes
Bund der Krankenkassen
Mittelstraße 51
10117 Berlin

Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung; Stellungnahme des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen gegenüber der AG Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion

Sehr geehrte Frau Dr. Pfeiffer,

der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat am 29.1.2009 gegenüber der AG Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion zu den Auswirkungen der Beschlüsse zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung des Erweiterten Bewertungsausschusses Stellung genommen. Ausweislich der [...] Präsentation, Seite 16, wurde mit der Quellenangabe „Ärztezeitung“ vorgetragen – ich zitiere:

- KV Bayern hat eine Rückstellung einschl. Honorar für psychoth. Leistungen von über 50%
- Realistischer Leistungsbedarf Rückstellungen/Vorwegabzüge liegt zwischen 30 und 40% einschl. genehmigungspflichtiger Leistungen für Psychotherapie
- Einführung von weiteren Vorwegabzügen führt zu einer weiteren Reduzierung des RLV-Fallwertes.

Diese Darstellung ist nachweislich falsch.

Es verwundert zunächst, dass sich der Spitzenverband der Krankenkassen, der mit teurem Geld wissenschaftlichen Sachverstand vorhält, kritiklos eine Darstellung zu eigen macht, ohne weitere Recherchen anzustellen. Dies wäre u. E. angesichts der Bedeutung des Gesprächs durchaus zu erwarten gewesen. Zum anderen ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Bewertungsausschuss mit drei Mitgliedern vertreten, so dass man genügend Sachverstand hätte voraussetzen können, um zu wissen, dass schon die Terminologie des Gesetzestextes zu offensichtlichen Missverständnissen und Fehlinterpretationen führen kann. Es bleibt daher der fatale Eindruck, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen könne mit dieser Falschinformation ganz gut leben, bzw. dass man die Abgeordneten der CDU/CSU-Fraktion bewusst in die Irre führen wollte.

Tatsächlich betragen die Rückstellungen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns bezogen auf das 1. Quartal 2009 im fachärztlichen Bereich 36,9 Mio. Euro, das sind knapp 7%, und im hausärztlichen Bereich 9,2 Mio. Euro, das sind etwa 2%. [...]

Es wird daher ebenso dringend wie nachdrücklich gebeten, die diesbezüglichen Aussagen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen gegenüber der AG Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion richtig zu stellen, damit sich diese Fehlinformation nicht weiterverbreitet.

Der stellvertretende Vorsitzende der CDU/CSU-Fraktion, Herr MdB Wolfgang Zöller, die Vorsitzende der Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Frau MdB Widmann-Mauz, Herr MdB Max Straubinger, der Präsident des Bundesversicherungsamtes, Herr Josef Hecken, der Vorsitzende des Vorstands der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Herr Dr. Köhler, und der Vorsitzende des Vorstands der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Herr Dr. Munte, haben Abdruck dieses Schreibens zur Kenntnisnahme erhalten.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Gaßner
Ministerialdirigent

Bayerisches Staatsministerium für
Umwelt und Gesundheit

Syntaxstudie

Ergebnisse einer Studie oder wie mit der Wissenschaft ein Verteilungskampf inszeniert wird

Politik und Krankenkassen wissen aus Erfahrung: Im Verteilungskampf um Ressourcen und Macht ist bei den Ärzten auf Familienstreit Verlass. Zurzeit tobt eine solche Auseinandersetzung zwischen den Herzchirurgen und den invasiv tätigen Kardiologen: Was ist besser: der Stent oder die Bypassoperation? Wird etwa zu viel gestentet?

Ausgangspunkt ist die Syntaxstudie (N Engl J Med 2009; 360: 961-972), die die operative Therapie des Herzchirurgen mit den invasiven Maßnahmen des Kardiologen vergleicht. Diese Studie wurde schon in der Laienpresse ausgiebig diskutiert, obwohl sie noch nicht vollständig veröffentlicht war. Die Ergebnisse werden vor allem von den Herzchirurgen in den Medien verbreitet, sogar in den „Fachblättern“ „Spiegel“ und „Hamburger Abendblatt“. Dabei geht man mit den Daten, vorsichtig ausgedrückt, etwas sorglos um.

● Zahlenspielerien

Typisches Beispiel ist die publizierte Differenz von 23 %, die angeblich zu Ungunsten der invasiven Kardiologie im „Spiegel“ kolportiert wurde. Wie kommt diese Zahl zustande? Nach 12 Monaten treten in der Gruppe mit Stentimplantationen 4,3 % und bei den operierten Patienten 3,5 % Todesfälle auf. Dieser Unterschied von 0,8 % ist nach den Regeln der Statistik rein zufällig. Prof. Mohr rechnet im „Spiegel“ diese nicht verwertbare Differenz in Prozente von Prozenten um, d.h. so kommen für die Presse spektakuläre 23 % zustande; nicht signifikant, wohl gemerkt.

Bisher sind die Kardiologen noch nicht auf die Idee gekommen, die Zahl der Schlaganfälle nach 12 Monaten ähnlich zu bearbeiten, sie kämen dann nämlich auf eine Zahl von 366 % zu Ungunsten der operativ versorgten Patienten. Man sollte hier das Zahlenspiel beenden.

● Weniger OPs – aber auch weniger KHK-Fälle

Hintergrund der innerärztlichen Diskussion sind rückläufige Operationszahlen in den herzchirurgischen Zentren. Die Chirurgen machen angeblich nicht indizierte invasive Eingriffe mit Stents dafür verantwortlich, vergessen dabei aber, dass die Erkrankungshäufigkeit an koronarer Herzkrankheit seit 1994 kontinuierlich abgenommen hat (Abbildung 1). Dies wirkt sich natürlich auch auf herzchirurgische Eingriffe aus (Abbildung 2). Auch lässt sich in der Praxis beobachten, dass gerade die Fälle mit Dreifachgefäßkrankung – eine Domäne der chirurgischen Therapie – deutlich seltener auftreten. Wir haben es nämlich immer mehr mit Neuerkrankungen zu tun, bei denen es sich meist um Ein- oder Zweifachgefäßkrankungen handelt, und diese sind eben der perkutanen Intervention (PCI) besonders gut zugänglich. Dies ist sicher einer der

Gründe für die ansteigenden Zahlen dieses Eingriffs (Abbildung 3).

● Es hat sich nichts geändert

Zurück zur sachlichen Diskussion. Was wurde in der Syntaxstudie verglichen? Patienten wurden entweder mit einer Bypassoperation und mit medikamentenbeschichteten Stents behandelt.

– Zählt man alle schweren Komplikationen zusammen gibt es keinerlei Unterschied.

– Bei den Patienten mit PCI fallen mehr Zweiteingriffe trotz der Behandlung mit medikamentenbeschichteten Stents an (5,9 % bei dem Operationen, 13,7 % bei der PCI). Hier schlägt immer noch die Restenose durch.

– Vorteile hat die chirurgische Therapie bei Patienten mit Diabetes mellitus und bei Dreifachgefäßkrankungen, vor allem bei Patienten mit einem für die PCI ungünstigen Gefäßbefall.

Es hat sich somit im Prinzip im Vergleich zu früher nichts geändert. Bei Ein- und Zweifachgefäßkrankung sowie beim akuten Herzinfarkt hat der Kardiologe den Vorrang, bei der Mehrgefäßkrankung insbesondere beim

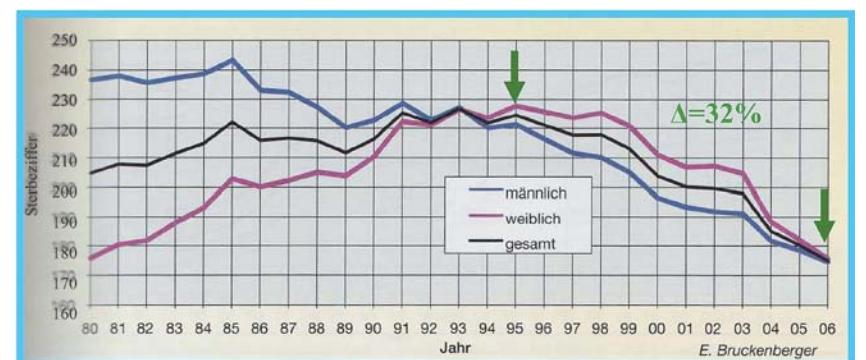


Abb. 1 Die Sterblichkeit an Erkrankungen durch Herz-Mangeldurchblutung in Deutschland ist seit 1994 stetig rückläufig.

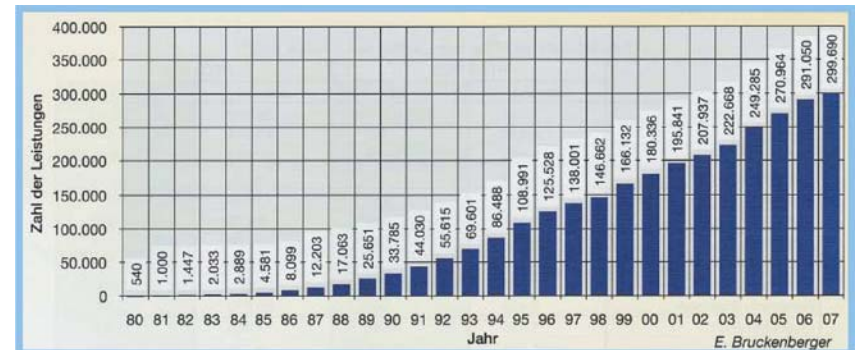


Abb. 2 PCI bei akutem Infarkt Hauptgrund für verbesserte Überlebenschance. Zunahme der PCIs in Deutschland von 1979 bis 2007.

Zurück zur therapeutischen Konsequenz... Koronarchirurgie seit 10 J. rückläufig

Entwicklung der Herzoperationen mit HLM in Deutschland nach Anteilen der Operationsart

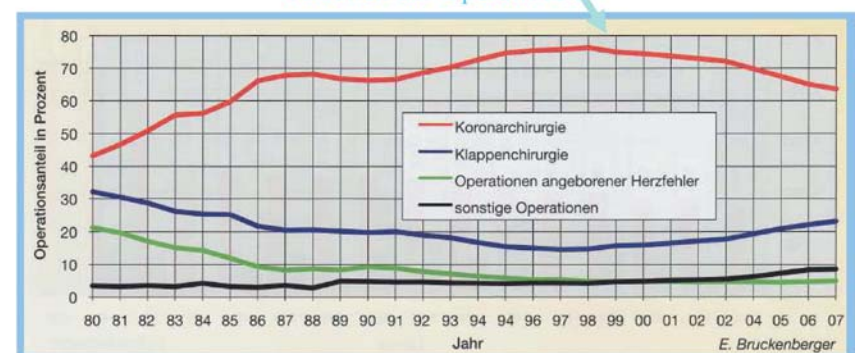


Abb. 3 ... führt zu kontroverser Diskussion

Ziel der Studie war festzustellen, ob die durch die medikamentenbeschichteten Stents ausgelöste Reduktion der Restenosen die seitherigen Indikationen für die Bypasschirurgie und die PCI verändert hat. Welche Ergebnisse liegen vor?

- Eine signifikante Differenz in der Überlebensrate der beiden Verfahren besteht nach 12 Monaten nicht.
- Die Zahl der Schlaganfälle ist in der operierten Gruppe signifikant höher.

Diabetes mellitus hat der Chirurg die Nase vorne.

In der öffentlichen Diskussion wird der Eindruck erweckt als habe sich durch die Studie Grundlegendes geändert. Die Darstellung in der Öffentlichkeit hat zu einer Fehlinformation der Patienten geführt und war zudem für uns Ärzte mehr als schädlich. Solche Studien sollten primär zwischen den Fachverbänden nüchtern und sachlich ausdiskutiert werden, nicht im „Spiegel“ oder im „Hamburger Abendblatt“.