

Editorial

In diesen Wochen feiert der BDI sein 50-jähriges Jubiläum. Am 5. April 1959 im Rahmen der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin als berufspolitische Vertretung der deutschen Internistinnen und Internisten in Wiesbaden gegründet, wuchs er schnell und ist bis heute mit seinen mehr als 24 000 Mitgliedern der größte Facharztverband Europas geworden.

Unser Verband ist ein freiwilliger Zusammenschluss zur Wahrung, Förderung und Vertretung der berufspolitischen und sonstigen gemeinsamen Belange der Inneren Medizin. Insbesondere ist es unsere Aufgabe, die berufliche Fort- und Weiterbildung zu

fördern und unsere Mitglieder in der Erfüllung ihrer ärztlichen Aufgaben zu unterstützen. Wir nehmen unsere Aufgaben gegenüber den Regierungsinstanzen, den politischen Parteien, den Krankenhäusern und Krankenkassen sowie den ärztlichen Körperschaften und den anderen berufspolitischen Verbänden in der Vertretung unserer gemeinsamen internistischen Interessen für uns und unsere Patienten wahr.

Berufspolitik ist heute mehr denn je die Kunst des Möglichen, die Fähigkeit zum politischen Kompromiss, auch und gerade wegen der zunehmenden staatspolitischen Einschränkungen und Knappheit der finanziellen Ressourcen.

Gerade deshalb ist es wichtig, ein klares berufspolitisches Profil zu wahren und unseren internistischen Standpunkt geschlossen nach außen zu vertreten. Der BDI vertritt die Interessen aller Internisten, das beinhaltet auch die Besonderheiten einzelner internistischer Verbände und Organisationen. Der Erhalt des Berufsbildes des deutschen Internisten ist und bleibt unsere wichtigste Aufgabe.

Die vor uns liegenden Jahre werden nicht leicht. Innere und äußere Gefahren gilt es zu erkennen und zu meistern. Der Verteilungskampf um die finanziellen Ressourcen wird heftiger, auch Spaltungstendenzen innerhalb der Inneren Medizin und der gesamten deutschen Ärzteschaft gilt es zu begegnen.

Wir sind es uns, vor allem aber unseren Nachkommen, den Internistinnen und Internisten der Zukunft, schuldig, für sie den berufspolitischen Boden für eine erfolgreiche Zukunft zu bereiten. Unser Berufsverband ist kein Selbstzweck sondern für die Zukunft unserer Mitglieder auch in den

nächsten 50 Jahren dringend erforderlich.

Gemeinsam sind und bleiben wir stark.

Ihr

Dr. med. Wolfgang Wesiack
Präsident



Präsident
Dr. med. Wolfgang Wesiack,
Hamburg

Gesetzliche Fortbildungspflicht

G-BA beschließt neue Regeln für Klinik-Fachärzte

Die Fortbildungsverpflichtung für Fachärzte am Krankenhaus ist in § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 SGB V geregelt. Für im Krankenhaus tätige Fachärzte beginnt der Fünfjahreszeitraum zum 1. Januar 2006. Bei späterer Aufnahme der Tätigkeit ist der im Vertrag zwischen Krankenhaus und Facharzt bestimmte erste Arbeitstag maßgeblich.

Sanktionen für den Fall, dass ein Krankenhausarzt seine Fortbildungspflicht nicht erfüllt, sind nicht vorgesehen. Da es sich um eine Maßnahme der Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern gemäß § 137 SGB V und nicht um eine Regelung für Vertragsärzte handelt, können sich etwaige Konsequenzen nach Angabe des G-BA auch nicht unmittelbar auf die betreffenden Fachärzte erstrecken, sondern sind ggf. auf die betreffenden Krankenhäuser gerichtet.

Gleichwohl liege es im Ermessen der Krankenhausleitung, im Rahmen der innerbetrieblichen Organisation bzw. der arbeitsvertraglichen Regelungen mögliche Konsequenzen vorzusehen für den Fall, dass die in diesem Krankenhaus tätigen Fachärzte der Fortbildungspflicht nicht nachkommen und dies möglicherweise Konsequenzen für das Krankenhaus nach sich ziehen sollte. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat keine Sanktionsmechanismen vorgegeben.

● Fünfjahresfrist für Vertragsärzte endet erstmals im Juni 2009

Die entsprechende Fortbildungsregelung für den ambulanten Bereich

(§ 95d SGB V) war bereits im Juli 2004 von den Vertragspartnern des Bundesmantelvertrags vereinbart worden. Die Fünfjahresfrist endet erstmals am 30. Juni 2009. Bis zu diesem Tag müssen die Ärzte ihre Fortbildungszertifikate bei ihrer Kassenärztlichen Vereinigung einreichen. Für Vertragsärzte, die nach dem 1. Juli 2004 zugelassen worden sind, beginnt der Fünfjahreszeitraum mit dem Zeitpunkt des Beginns der vertragsärztlichen Tätigkeit.

Der Gesetzgeber hat, anders als für Krankenhausärzte, für Vertragsärzte Sanktionen eingeführt, die sehr unangenehm werden können: Werden Nachweis innerhalb der sozialrechtlichen Fortbildungspflicht nicht rechtzeitig vorlegt, muss die Fortbildung innerhalb von zwei Jahren nachholen. Sein Honorar wird so lange, bis die 250 Punkte erreicht sind, gekürzt, und zwar für die ersten vier Quartale um 10%, ab dem fünften Quartal um 25%. Sind selbst dann noch immer nicht ausreichend Fortbildungspunkte zusammengekommen, drohen Sanktionen bis hin zum Entzug der Zulassung.

Es dürfte nicht schwer fallen, die Fortbildungspunkte zu sammeln, denn das Angebot ist enorm groß. Die Wahl der Fortbildungsmethode, ob Besuch von Präsenzveranstaltungen oder über anerkannte Print- oder Online-Medien, ist den Ärzten freigestellt. Auch für die Themenzusammenstellung gibt es keine Vorschriften. Eine Stunde Fortbildung bzw. eine Fortbildungseinheit ent-

spricht einem Fortbildungspunkt; 250 Punkte demnach 250 Fortbildungsstunden.

Um nicht in Bergen von Papier zu ersticken und den Bürokratie-Aufwand in Grenzen zu halten, haben die Ärztekammern schon frühzeitig Verfahren zur elektronischen Übermittlung erworbener Fortbildungspunkte durch den Veranstalter eingeführt. Jeder Arzt hat von seiner Ärztekammer eine 18-stellige Fortbildungsnummer in Form eines Barcodes erhalten. Die Barcodes werden als Selbstklebe-Etiketten auf DIN-A4-Bögen verschickt und können dann auf die Teilnehmer-Liste der Fortbildungsveranstaltung aufgeklebt werden. Das erspart das handschriftliche Eintragen von Name, Adresse und Kammer.

Diese Daten werden gemeinsam mit der einheitlichen Veranstaltungsnummer an einen zentralen Server übermittelt. Von dort können sich die Kammern die Daten abholen und auf dem persönlichen Fortbildungskonto ihres Mitglieds verbuchen. In mehreren Ärztekammern besteht die Möglichkeit, ein elektronisches Fortbildungskonto zu führen und jederzeit den Kontostand online abzufragen.

Bei anderen Ärztekammern kann ein individuelles Berechnungs-Startdatum, z.B. das Datum der Zulassung, eingegeben werden. Dadurch lässt sich der individuelle Fünfjahreszeitraum berechnen. Sobald die 250 Fortbildungsstunden erreicht sind, kann eine automatische Meldung datenschutzrechtlich einwandfrei an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung geschickt werden. Sie enthält Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort, evtl. Geburtsname, Zulassungsdatum, Betriebsstättennummer, das Datum der ersten und letzten berücksich-

tigten Punktemeldung und die Statusmitteilung „≥ 250 Fortbildungspunkte laut eingereichten Unterlagen erreicht“. Dabei werden keine Details von Fortbildungsinhalten oder eine konkrete Punktezahl übermittelt. Von der KV erhält der Vertragsarzt anschließend eine Bestätigung über den Stand der Fortbildungspunkte.

Die vertragsärztliche Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V ist erfüllt, wenn innerhalb von fünf Jahren 250 Fortbildungspunkte erworben wur-

den. Dem Arzt steht es frei, wann er innerhalb des für ihn maßgeblichen Fünfjahreszeitraums die Punkte erwerben will. Eine Gutschrift von überzähligen Punkten auf den folgenden Fünfjahreszeitraum ist vom Gesetzgeber nicht vorgesehen. Die Fortbildungspflicht nach § 95d gilt für Vertragsärzte, ermächtigte Krankenhausärzte sowie für angestellte Ärzte eines Medizinischen Versorgungszentrums oder eines Vertragsarztes.

KS

BDI fördert Fortbildung der Internisten

Der Berufsverband Deutscher Internisten, BDI e.V., sieht in der Förderung der Fortbildung von Fachärzten für Innere Medizin eine seiner wichtigsten Aufgaben. Er vermittelt mit seinem vielfältigen Fortbildungsprogramm kontinuierlich den aktuellen Stand zu allen Themen der Inneren Medizin.

Besonders attraktiv und von den Ärzten angenommen sind die vier großen Seminarkongresse des BDI in Bad Kleinkirchheim, Mallorca, Pörschach und Teneriffa.

Das gesamte Fortbildungsprogramm finden Interessierte auf der Homepage www.bdi.de.

Der Berufsverband erleichtert es dadurch seinen Mitgliedern, die vorgeschriebenen Pflichtfortbildungen zu absolvieren und die verlangten 50 CME-Punkte pro Jahr zu sammeln und zu dokumentieren.



50 Jahre Berufsverband Deutscher Internisten e.V. – Herzlichen Glückwunsch!

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Geburtstagskinder,

mit Stolz können wir alle auf eine 50-jährige Geschichte des Berufsverbandes Deutscher Internisten zurückblicken. Ich gratuliere zu diesem besonderen Ehrentag als nicht ganz Unbetroffener und mit Stolz Ehrenmitglied dieses so erfolgreichen Berufsverbandes sein zu dürfen.

Genau am 05. April 1959 – also vor 50 Jahren und übrigens auch an einem Sonntag – wurde unser BDI in Wiesbaden anlässlich des Wiesbadener Internistenkongresses gegründet und entwickelte sich fortan zu einem schlagkräftigen und bedeutenden berufspolitischen Berufsverband. Wie wichtig der BDI für die Internisten ist und war, zeigte sich an dem enormen Zuspruch bei seinen Mitgliedern. Ich erinnere mich noch gerne an die turbulente und auch nicht immer einfache Zeit der zahlreichen Gesundheitsreformen zurück. Diese machten einen kämpferischen und starken Verband erforderlich. So ist es nicht überraschend, dass der BDI sehr schnell zum größten europäischen ärztlichen Berufsverband mit fast 30.000 Mitgliedern gewachsen ist. 25 Jahre dieser spannenden und erfolgreichen Entwicklung durfte ich aktiv unter fünf Präsidenten miterleben und mitgestalten.

Die Aufgaben sind nicht weniger geworden, die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen auch nicht günstiger, so dass auch weiterhin nur ein starker Verband in der Lage ist, die Interessen der Mitglieder gegenüber der Politik zu vertreten. Der BDI und seine Repräsentanten haben hierfür alle Voraussetzungen so dass mir nur bleibt, Ihnen allen weiterhin viel Erfolg im Interesse der Inneren Medizin zu wünschen.

Ad multos annos,

Ihr

Max Broglie
Geschäftsführer DGIM
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Sozialrecht
Fachanwalt für Medizinrecht



Liebe Mitglieder und Ehrenmitglieder, Freunde und Wegbegleiter, liebe Geburtstagskinder, sehr geehrte Damen und Herren,

Genau heute vor 50 Jahren ist es also gewesen, dass unser Berufsverband, unser BDI e.V., als zentrale Anlaufstelle für die berufspolitischen Aufgaben der Inneren Medizin aus der Taufe gehoben wurde. Die Idee eines eigenen Fachverbandes fand sofort große Zustimmung; bereits im ersten Jahr zählte der Verband ca. 1 800 Mitglieder. Sie rekrutierten sich aus den damals ca. 5 000 niedergelassenen Internisten, Krankenhausärzten und Ordinarien. Als gemeinsames Sprachrohr entsteht „Der Internist“ und erscheint 1 Jahr später erstmalig und bis heute im Springer-Verlag, Heidelberg.

Unser besonderer Dank und unser Gedenken gehen heute an unsere Vorfahren, die diesen Verband ermöglicht und ihn über viele Jahre gefördert und begleitet haben.

Gründungsmitglieder und erster BDI-Vorstand waren der Hamburger Professor Dr. med. Budelmann als erster Vorsitzender und Präsident, Dr. Valentin als 2. und Prof. M. Broglie als 3. Vorsitzender, Schrift- und Kassenführer.

Im erweiterten Vorstand waren Dr. Ruge, Prof. Reinwein, Prof. v. Kress, Prof. Schwiegk, Dr. Schindlbeck, Prof. Scharpff und der damalige 1. Vorsitzende der DGIM, Prof. Dr. Bennhold, vertreten.

Ein ganz spezieller Dank auch an Dich, lieber Max Broglie, für Deinen außergewöhnlichen Einsatz, für Dein politisches Geschick und Deine wirtschaftliche Kompetenz. Ohne Dein Wirken über zweieinhalb Dekaden stünde unser BDI heute nicht so erfolgreich da.

Ja, wir können stolz auf das für unsere Mitglieder Erreichte zurückblicken, sind uns aber auch bewusst, dass wir nicht alles, was wir uns vorgenommen hatten, erreichen konnten. Unsere Aufgaben sind nicht einfacher geworden; Berufspolitik ist heute mehr denn je die Kunst des Möglichen und die Fähigkeit zum politischen Kompromiss. Die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen werden für uns immer ungünstiger.

Aus diesen Gründen ist es auch so wichtig, ein klares berufspolitisches Profil zu wahren und unseren internistischen Standpunkt geschlossen nach außen zu vertreten. So ist es uns ja auch in enger Kooperation mit der DGIM gelungen, den Facharzt für Innere Medizin, den Generalisten, auf dem Deutschen Ärztetag 2007 in Münster wieder in die Weiterbildungsordnung einzuführen.

Der Erhalt des Berufsbildes des deutschen Internisten ist und bleibt unsere wichtigste Aufgabe!

Die zehn unten aufgeführten Ziele des 1959 gewählten neuen Vorstandes waren damals schon weitsichtig formuliert und sind deshalb unverändert aktuell geblieben:

- Gemeinsame Vertretung von Ordinarien, Krankenhausärzten und frei praktizierenden Internisten in einem großen Verband.
- Förderung der Berufsinteressen der Fachärzte für Innere Medizin, d.h. auch die eindeutige Festlegung der Art, Begrenzung und Ausrichtung internistischer Tätigkeit.
- Sorge für den Erhalt der Freiheit des ärztlichen Berufsstands und insbesondere der internistischen Berufsausübung; Kampf gegen alle Sozialisierungsbestrebungen und unberechtigten Angriffe von Seiten anderer medizinischer Fachgebiete.
- Wirtschaftliche Sicherstellung des Internisten durch Gewährung einer angemessenen Honorierung seiner Leistungen.
- Enge Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin.
- Aufbau einer zentralen standes- und berufspolitischen Vertretung der Internisten bei Bund, Ländern, Versicherungsträgern und nicht zuletzt bei den Organisationen der ärztlichen Selbstverwaltung.
- Förderung der ärztlichen Fortbildung auf internistischem Gebiet.
- Beratung der Mitglieder in allen anstehenden rechtlichen und wirtschaftlichen Fragen, die sich im Zusammenhang mit der internistischen Tätigkeit ergeben.
- Rechtsschutz für die Mitglieder bei Rechtstreitigkeiten im Zusammenhang mit der internistischen Tätigkeit.
- Laufende Information über aktuelle technische Entwicklungen im Bereich der Diagnostik.

Vorstand, Präsidium und Geschäftsführung des BDI danken allen Mitstreitern, Freunden und Sympathisanten, die uns in den letzten 50 Jahren unterstützt haben. Unser ganz besonderer Dank gilt unseren ehemaligen und jetzigen Mitarbeitern. Ohne ihren großen Einsatz hätten wir unsere Ziele nicht erreichen können.

Herrn Dr. Weinholz, Frau Matzkies und dem Springer-Verlag gebührt auch an dieser Stelle noch einmal unser Dank für die Jubiläumsausgabe „50 Jahre BDI“ des Springer-Verlages sowie die Erstellung der Chronik „50 Jahre BDI“, die wir alle bald in Händen halten können.

Auch in Zukunft werden wir erfolgreich sein, wenn es uns gelingt, das Gemeinsame über das Trennende, die gemeinsamen internistischen Interessen über Partikularinteressen zu stellen, in den Diskussionen zwar hart in der Sache, aber fair im Umgang miteinander die bestmöglichen Lösungen für unsere internistischen Probleme zu finden.

Unsere politischen Freunden, aber auch unseren Kontrahenten möchte ich an dieser Stelle in unser aller Namen versichern: Wir sind mit 50 Jahren im besten Alter, haben auch manche Jugendsünde hinter uns gebracht und an Einsicht gewonnen, sind aber jung im Herzen und Geiste geblieben, sind kampferprobt und wenn nötig kampfbereit. „Yes we can and yes we will.“

Ihr / Euer
Dr. med. Wolfgang Wesiack
Präsident BDI e.V.
Wiesbaden und Hamburg
5. April 2009

Interview mit Dr. Wesiack in der Ärzte Zeitung

„Wir brauchen eine neue Honorarordnung“

Am 12. März erschien in der Ärzte Zeitung ein Interview mit BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack. BDI aktuell druckt das Interview in voller Länge ab:

Ärzte Zeitung: Die Wogen im Zusammenhang mit der Honorarreform schlagen derzeit hoch. Und die Prognosen fürs 2. Quartal sind noch düsterer. Haben Sie so etwas schon einmal als erfahrener Vertragsarzt und ehemaliger KV-Funktionär erlebt?

Wesiack: In diesem Ausmaß sicher nein. Die Stimmung an der Basis ist aufgeheizt; auch verzweifelt und aggressiv. Seit Einführung der RLV wissen die Kolleginnen und Kollegen endlich, wie wenig Honorar sie für ihre Leistungen erhalten.

Ärzte Zeitung: Was sagen Sie zu Kollegen, die gesetzlich versicherte Patienten nur noch gegen Vorkasse behandeln wollen?

Wesiack: Für eine begrenzte Menge Geldes kann nur eine begrenzte Leistungsmenge erbracht werden. Das muss den Patienten, aber auch den Krankenkassen und der Politik klar gemacht werden. Trotzdem ist Vorkasse nicht erlaubt und in der aktuellen Situation sogar kontraproduktiv, weil die rechtlichen Diskussionen vom Thema ablenken.

Ärzte Zeitung: Sind die Probleme hausgemacht oder muss man die Schuldigen vielmehr unter den Politikern suchen?

Wesiack: Eindeutig bei der Politik. Die Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung steht so im Gesetz. Spielräume waren nicht vorhanden. Die weiter bestehende Unterfinanzierung der ambulanten Versorgung ist von Kassen und Politik so gewollt. Allerdings haben KBV und die regionalen KVen bei der Umsetzung der Beschlüsse auch Fehler gemacht.

Ärzte Zeitung: Und gerade hier soll jetzt nachgebessert werden. Was sagen Sie zu den Versuchen einiger KVen, die RLV vorübergehend auszusetzen und den Kollegen eine 95%ige Umsatzgarantie zu geben?

Wesiack: Das löst das Grundproblem nicht. Wir brauchen eine völlig neue Honorarordnung für Ärzte verbunden mit einer besseren finanziellen Ausstattung des ambulanten Systems.

Ärzte Zeitung: Die Honorarreform darf nicht losgelöst von der Vertragspolitik gesehen werden. Muss sich der Verband nicht stärker – ähnlich wie es der Hausärzterverband tut – im Vertragsgeschäft engagieren?

Wesiack: Ja. Es ist hier allerdings schon viel für die Internisten getan und erreicht worden. Da wir hausärztliche und fachärztliche Internisten vertreten liegen uns flächendeckende 73b- und 73c-Verträge am Herzen. Der Hausärzterverband hat es hier aufgrund seiner Mitgliederstruktur leichter, einheitliche, für Internisten aber weniger geeignete Verträge abzuschließen.

Ärzte Zeitung: Was raten Sie hausärztlichen Internisten, so diese im BDI organisiert sind: Sollen sie an den Hausarzt-

verträgen teilnehmen. Wenn nein, warum nicht?

Wesiack: Wir haben Verständnis dafür, dass hausärztliche Internisten aus finanziellen Gründen an solchen Verträgen teilnehmen. Allerdings sollten sie nicht für fünf Euro mehr ihre internistische Seele verkaufen.

Ärzte Zeitung: Was sind Ihre zentralen Forderungen für Verträge nach § 73c, die schon in absehbarer Zeit sehr stark an Bedeutung gewinnen werden?

Wesiack: Sie müssen langfristig eine Verbesserung der Versorgung der Patienten beinhalten, die Vergütung muss langfristig garantiert und die Verträge müssen überregional anwendbar sein. Ein Vertragschaos muss genau so vermieden werden wie die Negativselektion von Patienten und Ärzten mit der Konsequenz weiteren Preisdumpings zu Lasten aller Beteiligten.

Ärzte Zeitung: Sind KVen zwangsläufig die Verlierer des Vertragswettbewerbes und was halten Sie von der Initiative aus Bayern, die KVen als Körperschaften des Öffentlichen Rechtes mittelfristig zu zerschlagen?

Wesiack: Zwangsläufig nicht, zumal sie eine langjährige Erfahrung im Vertragsgeschäft besitzen und über eine gewachsene Organisationsstruktur verfügen. Die KVen müssen sich aber neu aufstellen, professionell ihre Aufgaben erledigen und dadurch das Vertrauen ihrer Zwangsmitglieder zurückgewinnen. Diese professionell auftretende KV muss die Interessen ihrer Mitglieder konsequent vertreten und sich auch gegen die Politik positionieren. Eine so neu aufgestellte KV wäre für die Vertragsärzte besser als eine Zerschlagung.

Ärzte Zeitung: Der bevorstehende Internistenkongress ist primär ein wissenschaftliches Forum. Inwieweit werden die aktuellen Ereignisse rund um die Honorar- und Vertragsproblematik auf die Tagesordnung Einfluss nehmen?

Wesiack: Zur gleichen Zeit hält der BDI seine jährlichen Frühjahrssitzungen des engeren und erweiterten Vorstandes ab. Hier werden die aktuellen Ereignisse rund um die Honorar- und Vertragsproblematik thematisiert werden.

Ärzte Zeitung: Inwieweit gelingt es dem BDI noch, über die Fachöffentlichkeit hinaus seine Themen in eine breite Öffentlichkeit zu tragen?

Wesiack: Der BDI ist breit aufgestellt und vertritt als Zentralverband die Interessen der Inneren Medizin in Deutschland. Er nimmt außer zu berufspolitischen Themen auch zu allgemeinen gesundheitspolitischen Fragen Stellung. Seine Stimme wird in der breiten Öffentlichkeit aufmerksam registriert.

Das Interview ist zuvor in der Ärzte Zeitung (Ausgabe 47, Donnerstag, 12. März 2009) erschienen.

Rightcoding, Upcoding, Downcoding

Geld fließt nur bei den „richtigen“ Diagnosen

„Jeder Patient, den Sie als RSA-Patienten mehr identifizieren, bringt mehr Honorar“, schrieb Hoppenthaler in seinem Rundbrief an die Kollegen. Dem Vernehmen nach locken andere Krankenkassen die Ärzte bereits mit Prämien, in ihrem Sinne die Kodierung vorzunehmen. Das hat den Präsidenten des Bundesversicherungsamts (BVA), Josef Hecken, auf den Plan gerufen.

● **Prämien sind rechtswidrig**
„Krankenkassen, die Ärzte – zum Teil sogar mit Geldprämien – veranlassen, ihre Diagnosen nachträglich zu verändern, um mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds zu bekommen, verhalten sich rechtswidrig“, erklärte er. Das BVA ist zuständig für den Gesundheitsfonds und den Morbi-RSA.

„Ob man das, was die Kassen von den Ärzten wollen“, so Hecken, „als up- oder right-coding bezeichnet, ist semantisches Fingerhakeln. Fest steht jedenfalls: Derartige Praktiken verstößen nicht nur eindeutig gegen den Datenschutz, sie stehen vor allem auch im Widerspruch zu dem vom Gesetzgeber vorgegebenen Meldeverfahren. Ich werde deshalb ein solches Verhalten in meinem Aufsichtsbereich nicht dulden. Die Aufsichtsbehörden der Länder habe ich aufgefordert, bei ihren Kassen genauso zu verfahren. Ferner habe ich angekündigt, dass wir Daten, von denen wir annehmen, dass sie auf gesetzwidrige Weise beschafft wurden, nicht im Morbi-RSA berücksichtigen werden. So stellen wir sicher, dass sich keine Krankenkasse un gerechtfertigte Vorteile zu Lasten der anderen Kassen verschafft.“

● **Wer ist „gesund“, wer ist „krank“?**

Bereits im Jahr 1994 hat der Gesetzgeber den Risikostrukturausgleich als umfassenden Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen eingeführt. Seit dem Jahr 2001 ist eine Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs geplant, bekannt unter der Bezeichnung „morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich“ kurz: „Morbi-RSA“. Er gilt ab 2009. Die Unterscheidung zwischen „gesund“ und „krank“ – also die Morbidität der Versicherten – soll zukünftig in stärkerem Maße berücksichtigt werden. Die Eingruppierung erfolgt direkt anhand der von den Ärzten erstellten Diagnosen und den verordneten Arzneimitteln. Der Gesetzgeber will so erreichen, „dass eine Konzentration kranker, insbesondere chronisch kranker Versicherter bei einer bestimmten Krankenkasse für diese nicht zwangsläufig mit gravierenden Wettbewerbsnachteilen verbunden ist.“ Neben den bisherigen Merkmalen des Risikostrukturausgleichs –

Alter, Geschlecht und Bezug einer Erwerbsminderungsrente – soll dabei auch die anhand von 80 ausgewählten Krankheiten gemessene Krankheitslast der Krankenkassen berücksichtigt werden. Für die Einstufung nach Alter und Geschlecht hat das Bundesversicherungsamt 40 Gruppen gebildet, für die Erwerbsminderungsrentner 6 Gruppen, und für die Einstufung in eine (zuschlagsauslösende) Krankheitsgruppe sind 106 Morbiditätsgruppen vorgesehen.

● **Zuschläge nach Hierarchien**
Insgesamt berücksichtigt der neue RSA zukünftig 152 Risikogruppen. Jeder Versicherte wird genau einer Alters-Geschlechts-Gruppe zugeordnet. Dadurch wird die Grundpauschale für jeden Versicherten nach Alter und Geschlecht angepasst. Für voraussichtlich rund ein Drittel der GKV-Versicherten werden die Krankenkassen zusätzlich Zuschläge aus den Erwerbsminderungsgruppen und/oder den hierarchisierten Morbiditätsgruppen erhalten. Die Zuschläge für einige Krankheiten werden nach Schweregrad differenziert. Auch gibt es Fälle, in denen zwei unterschiedliche Krankheiten mit ähnlichem Versorgungsbedarf in einer gemeinsamen Morbiditätsgruppe berücksichtigt werden. Gibt es für eine Krankheit mehrere nach Schweregrad differenzierte Morbiditätsgruppen, so werden diese in eine Hierarchie gebracht. Das BVA spricht hier von „hierarchisierten Morbiditätsgruppen“ (HMG). Ist ein Versicherter anhand seiner Diagnosen mehreren Morbiditätsgruppen derselben Hierarchie zuzuordnen, so wird nur für die in der Hierarchie am höchsten stehende Morbiditätsgruppe ein Zuschlag gewährt. Beispielsweise löst innerhalb der Hierarchie „Diabetes mellitus“ der Diabetes ohne Komplikationen (HMG019) den niedrigsten Zuschlag und der Diabetes mit Nierenbeteiligung (HMG 015) den höchsten Zuschlag aus. Insgesamt gibt es 25 solcher Krankheitshierarchien. Mit den Hierarchien soll die jeweils schwerwiegendste Manifestation einer Krankheit festgestellt werden. Nur für diese soll auch ein Zuschlag gewährt werden. Ansonsten könnten Unterschiede in der ärztlichen Kodierpraxis oder medizinische Behandlungsverläufe zu einer nicht sachgemäßen Kombination von Zuschlägen führen.

● **Das ICD-10-System ist Maßstab**
Anknüpfungspunkt sind die ärztlichen Diagnosen. Sie müssen für die Abrechnungen mit den Krankenkassen nach dem ICD-10-Klassifikationssystem, verschlüsselt werden. Von den über 15 000 ICD-10-Codes stehen ca. 3800 mit einer der 80

ausgewählten Krankheiten in Verbindung und können daher einer Morbiditätsgruppe zugeordnet werden.

Die ambulanten und die stationären Diagnosen sind jedoch von unterschiedlicher Qualität. In den Krankenhäusern gelten verbindliche Kodierrichtlinien. Außerdem sind die Diagnosen Teil der Krankenhausrechnungen im DRG-System und werden von den Krankenkassen im Rahmen der Abrechnungsprüfungen besonders kontrolliert. Vor diesem Hintergrund führt jede relevante stationäre Diagnose zu einer Zuordnung der Versicherten zu einer Morbiditätsgruppe und damit zu einem Zuschlag.

In der vertragsärztlichen ambulanten Versorgung, namentlich bei den Hausärzten, bereitet die korrekte Diagnose-Feststellung allerdings Schwierigkeiten. Sie sind gezwungen, häufig mit Verdachtsdiagnosen zu arbeiten und können keine absolute Sicherheit bieten. Das BVA hat sich ein Verfahren zur Absicherung ausgedacht, das wohl den bürokratischen Aufwand erhöht, aber eine zweifelsfreie Sicherheit der Diagnosen nicht garantieren kann. Bei den Diagnosen der niedergelassenen Ärzte wird der Versicherte erst dann in eine Morbiditätsgruppe eingestuft, wenn eine Diagnose durch eine „Zweitdiagnose“ derselben Krankheit in mindestens einem anderen Abrechnungsquartal bestätigt wurde. Bei einigen Krankheiten ist zusätzlich ein entsprechender Therapienachweis erforderlich. Dies ist insbesondere bei solchen Krankheiten bzw. Krankheitsverläufen der Fall, bei denen ein stationärer Aufenthalt (z.B. bei einem akuten Herzinfarkt) oder eine Arzneimitteltherapie (z.B. bei Diabetes mellitus Typ 1) medizinisch zwingend erforderlich ist.

Das Verfahren ist höchst manipulationsanfällig, was Experten wie der Gesundheitsökonom Prof. Jürgen Wasem offen zugeben. Der Verdacht liegt nahe, dass Leistungserbringer mehr Diagnosen stellen, wenn sich dies in ihren Vergütungen niederschlägt. Das BVA gibt sich dennoch gelassen: Ob es sich bei diesem als „Upcoding“ bezeichneten Phänomen nur um eine bessere Erfassung bereits vorhandener Morbidität handle oder nicht, sei umstritten. Für den Risikostrukturausgleich spiele dies keine Rolle. Da die finanzielle Ausstattung des Gesundheitsfonds im Voraus feststehe, würde ein allgemeines Upcoding dazu führen, dass die Höhe der Morbiditätszuschläge fällt. Eine einzelne Krankenkasse könnte hiervon nicht profitieren.

Beim BVA will man auch nicht glauben, dass das Interesse der Krankenkassen an Prävention nachlassen könnte, wenn es nur für Krankheiten Zuschläge gibt. Man argumentiert stattdessen: Wenn sich eine Krankheit verhindern lasse, dann entgehe der Krankenkasse nicht nur der entsprechende Zuschlag, vielmehr vermeide die Krankenkasse auch die

entsprechenden Ausgaben. Im übrigen seien unter den neuen Rahmenbedingungen chronisch kranke Versicherte mit einer der 80 ausgewählten Krankheiten aus Sicht der Krankenkassen keine schlechten Risiken mehr. Es könne nun für die Krankenkassen attraktiv sein, solche Versicherte durch attraktive Angebote, die auch Maßnahmen der Sekundärprävention umfassen, anzulocken.

● **Gefährliche Gleichung**

Tatsächlich aber liegt die Gefahr in der Gleichung: Mehr Morbidität ist gleich mehr Geld. Alle Seiten betuern zwar, es gehe ihnen nur darum, dass die vom Arzt dokumentierten Diagnosen den tatsächlichen Krankheitszustand eines Patienten korrekt und vollständig abbilden („Rightcoding“). Eine unzulässige Manipulation wäre die gezielte Angabe einer falschen Diagnose oder einer nicht vorhandenen Erkrankung („Upcoding“).

Zumindest die „Nehmerkassen“ befürchten aber auch ein „Downcoding“, sofern eine Krankheit nicht mit dem tatsächlichen Schweregrad dokumentiert wird. Der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Andreas Köhler, hat vor einem „Diagnose-Tuning“ in den Arztpraxen gewarnt. Wer leicht Erkrankte zu Schwerkranken degradiere, um Geld dafür zu bekommen, handele kriminell und gehöre vor ein Gericht gestellt, erklärte Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt.

Als Beispiel für die wirtschaftliche Bedeutung der zutreffenden ICD-Kodierung nennt die AOK das folgende Beispiel: Die Kosten der Dialyse werden im Morbi-RSA nur anerkannt, wenn die ICD-Codes Z 49.0 „Vorbereitung auf die Dialyse“, Z49.1 „Extrakorporale Dialyse“, Z49.2 „sonstige Dialyse“ und Z99.2 „Langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz“ vom behandelnden Arzt kodiert wurden. Für Versicherte mit diesen Diagnosen erhält die Krankenkasse im Gesundheitsfonds eine Zuweisung in Höhe von voraussichtlich 48 967 Euro. Kodiert der Arzt jedoch bei einem dialysepflichtigen Patienten die Diagnose ICD N 18.0 „Terminale Niereninsuffizienz“ gibt es nur eine Zuweisung in Höhe von voraussichtlich 2273,76 Euro.

Die Vorstände der 15 AOKs und des AOK-Bundesverbandes haben sich Ende Januar in einer „Deklaration zur Verbesserung der ärztlichen Diagnose-Dokumentation“ dafür ausgesprochen, gemeinsam mit den Ärzten und ihren Organisationen die Qualität der Diagnose-Dokumentation zu sichern. Sie unterstrichen dabei die Notwendigkeit eines rechtlich einwandfreien Umgangs mit der Diagnose-Dokumentation. Zwar sei die Kodierqualität im ambulanten Bereich in den vergangenen Jahren besser geworden. Doch gibt es nach den Worten des AOK-Vorsitzenden Dr. Herbert Reichelt noch einen relevanten Anteil von Fällen, in denen die vom Arzt dokumentierten Diag-

nosen den tatsächlichen Krankheitszustand eines Patienten nicht korrekt oder vollständig abbilden. Das zeige eine Auswertung von AOK-Daten. Demnach wurden bei einigen Erkrankungen nur zum Teil die korrekten Diagnoseschlüssel kodiert, die für die Anerkennung im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich notwendig sind. Die Konsequenz: Für tausende Patienten, bei denen diese Diagnoseschlüssel nicht kodiert wurden, müssen die betroffenen Krankenkassen unter den

neuen Rahmenbedingungen die hohen Behandlungskosten tragen, bekommen hierfür wegen der fehlenden Diagnosekodierung jedoch keinen Zuschlag aus dem Gesundheitsfonds.

„Die Ortskrankenkassen wollen die Ärzte offenbar zu Lohnstatistikern der Krankenkassen machen“, kommentierte dagegen Prof. Norbert Klusen, Vorsitzender des Vorstandes der Techniker Krankenkasse (TK). Die Deklaration mache deutlich, welche Fehlanreize das neue System

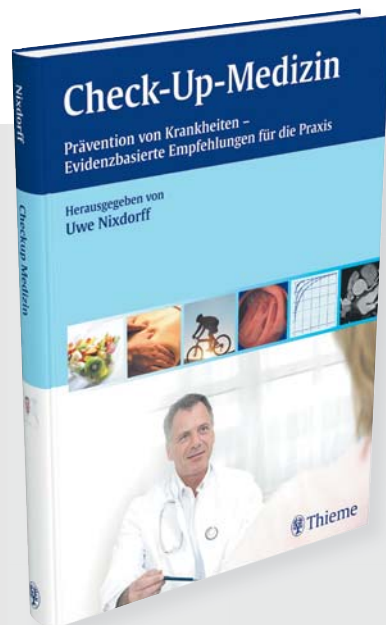
schaffe. Nicht die Versorgung der Versicherten, sondern die Dokumentation von Krankheit rücke immer stärker in den Fokus der Krankenkassen. Das sei die Konsequenz aus der Ausweitung des Finanzausgleichs zwischen den Kassen zum Morbi-RSA.

Klusen: „Für die Ortskrankenkassen stehen nicht mehr die Versicherten im Mittelpunkt des Interesses, sondern die Zuflüsse aus der milliardenschweren Umverteilung. Ziel der nächsten Bundesregierung muss es

sein, dies rückgängig zu machen.“ Die FDP hat dies bereits als Ziel ihrer Politik erklärt, und eine angekündigte Bundesratsinitiative der bayerischen Staatsregierung zielt in eine ähnliche Richtung. Ökonom Wasem hat seinerseits in einem Gutachten eine Alternative zur Diagnosenkodierung vorgestellt: Um die Morbidität zu messen, sollte man in der ambulanten Versorgung allein die Arzneimittel-Verordnungen heranziehen.

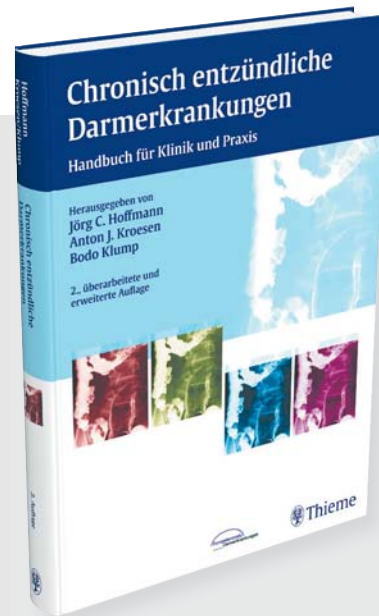
KS

Innere Medizin *aktuell*



Check-Up-Medizin
Prävention von Krankheiten – Evidenzbasierte Empfehlungen für die Praxis
 Nixdorff (Hg.)
 2009. 416 S., 100 Abb., geb.
 ISBN 978 3 13 145271 9
99,95 € [D]
102,80 € [A]/166,- CHF

- Differenzierung und Erweiterung Ihres Präventionsangebotes**
- Wie, wo und wann macht moderne Check-Up-Medizin Sinn
 - Aufbau eines erfolgversprechenden Präventionsangebots
 - Was bringt die Präventionsmaßnahme wirklich?
 - Maßnahmen im Vergleich: Welche ist besser?
 - Differenzierte Anwendung und Bewertung von Risiko-Scores
 - Optimaler Einsatz der Tests und Methoden
 - Moderne Bildgebung: Echo, MRT, CT, PET-CT
 - Abrechnung der verschiedenen Check-Ups
 - Kapitel zu Tauglichkeitsuntersuchungen: Tauchen, Fliegen, Sport, Verkehrsmedizin

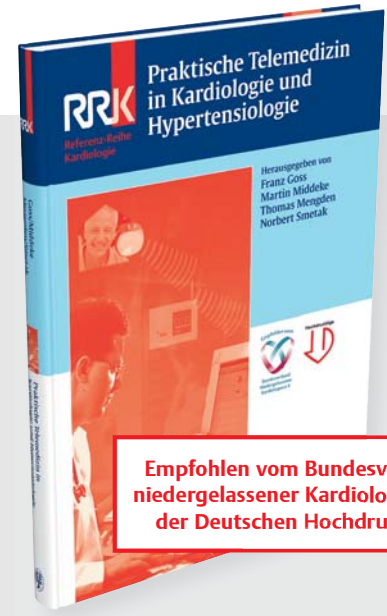


Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
 Hoffmann/Kroesen/Klump (Hg.)
 2009. 2., kompl. überarb. u. erw. A.
 416 S., 241 Abb., geb.
 ISBN 978 3 13 138112 5
99,95 € [D]
102,80 € [A]/166,- CHF

- Qualifizierte Diagnostik**
- Epidemiologische, immunologische und molkulargenetische Gesichtspunkte
 - Alle wichtigen differenzialdiagnostischen Aspekte aus Anamnese, Klinik und weiterführender Diagnostik

- Differenzierte, praxisnahe Therapieentscheidungen**
- Internistische Therapiekonzepte, Pharmakotherapie
 - Komplementäre Therapieformen, Chirurgische Therapieformen
 - Evaluierung alternativer Vorgehensweisen

Neue Kapitel zu: Probiotika, Biologica, CED und Schwangerschaft, Sonographie, Kurzdarmsyndrom und PSC



Praktische Telemedizin in Kardiologie und Hypertensiologie
 Goss, Middeke, Mengden, Smetak (Hg.)
 2009. 216 S., 127 Abb., geb.
 ISBN 978 3 13 149931 8
89,95 € [D]
92,50 € [A]/149,- CHF

- Praxisorientiert und konkret**
- Präzise Anleitung zur Durchführung der Telemetrie
 - Anschauliche Fallbeispiele und Originalcomputerausdrucke

- Einsatz bei kardiologischen Erkrankungen**
- Herzrhythmusstörungen, Schrittmacherkontrolle
 - Monitoring bei ICD Patienten
 - Chronische Herzinsuffizienz
 - Hochrisiko Patienten
 - Reha und Sportmedizin

- Anwendung im Bereich der Hypertensiologie**
- Teleblutdruck, die virtuelle Hypertoniieklinik
 - Indikationen, Krankheitsbilder (z. B. Hypertensive Krise, ISH, Schwangerschaftshypertonie und Dialyse)
 - Teleblutdruck: Compliance und Patientenzufriedenheit

Empfohlen vom Bundesverband niedergelassener Kardiologen und der Deutschen Hochdruckliga

Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten. Lieferung zzgl. Versandkosten. Bei Lieferungen in [D] erfolgt die Lieferung ohne MwSt. 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



Hausarztvertrag Baden-Württemberg

Aufsicht kritisiert Monopol-Charakter

Während der Vorstand des Hausärzterverbands den Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) in Baden-Württemberg als Schrittmacher für den Weg in die Selektivverträge feiert, hegt das aufsichtführende Sozialministerium in Stuttgart Bedenken wegen des Verhandlungsmonopols für den Verband.

Auf dem 7. Hausärztetag Baden-Württemberg Mitte März in Stuttgart stand der HZV-Vertrag zwischen Hausärzterverband, Medi-Verband und AOK Baden-Württemberg im

rum. Mit dem am 1. Mai 2008 mit der AOK vereinbarten HZV-Vertrag nach § 73b SGB V als Alternative habe der Verband eine Systematik umgesetzt, die in anderen europäi-

tragsformen eine Sicht einhergehe, die die Qualitätsaspekte zugunsten der finanziellen Aspekte zurückdränge. Nach wie vor sei für das Sozialministerium die ambulante Versorgung nach § 73 SGB V durch die Kassenärztlichen Vereinigungen die Regelversorgung. Die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b sei dagegen eine besondere Form der Versorgung, an der Ärzte und Patienten teilnehmen können, aber nicht müssen. Der Jurist warnte davor, diese Vertragsform mit allgemeinpolitischen Hoffnungen zu befrachten.

Er zeigte Verständnis für den Unmut der Ärzteschaft über die Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung. Das zu korrigieren, sei aber nicht Sache des § 73b, sondern um die Struktur

temberg statt. Aber in Thüringen, wo es ein Plus von 24% gebe, werde wohl niemand rufen: „Das muss weg.“ Deshalb werde sich an der Reform wohl auch nichts ändern.

Er sei daher froh, über den 73b-Vertrag die Möglichkeit zu haben, mit den regionalen Partnern zu verhandeln und sich vom Berliner Zentralismus so weit wie möglich abzukoppeln. Übrigens sei man derzeit im Gespräch mit den Kinder- und Jugendärzten über den Abschluss eines eigenen Vertrags nach § 73b. Jedenfalls sei der eingeschlagene Weg erfolgreich. Mit Beginn des nächsten Quartals werde man in Baden-Württemberg schon 405 000 eingeschriebene AOK-Versicherte im Vertrag haben.

Der Vorsitzende des Deutschen Hausärzterverbands, Ulrich Weigeldt, machte seine Absage an KBV- und KV-System mit einem plastischen Bild deutlich: „Wer als Schreiner siebenmal schiefe Türen liefert, kann nicht erwarten, auch noch den achten Auftrag zu bekommen.“ Das System habe für ihn etwas von Realisterei, wenn sich, wie jüngst geschehen, 39 KV-Vorstände in Berlin treffen und dann nur beschließen, sich zu vertagen.

● **Abschied vom Zentralismus**
Das zugesagte Honorarplus sei wohl tatsächlich in das System geflossen, räumte er ein, doch dieses System habe lauter Löcher, und niemand wisse daher, wo es wieder abgeflossen sei. Baden-Württemberg bezeichne er als Vorbild für andere Länder. Der § 73b sei für die Hausärzte unverzichtbar. Er berichtete, dass Baden-Württemberg und Hessen Mitte März im Bundesrat beantragt hatten, den Paragraphen wieder in seine vorherige Form, ohne Verhandlungsmonopol für den Hausärzterverband, zurückzuführen. Bei der Abstimmung hätten nur Bayern und Brandenburg dagegen gestimmt, Baden-Württemberg habe sich der Stimme enthalten (s. Kasten).

Die Hausärzte haben nach den Worten von Dietsche nur die Alternative, sich dem Zentralismus weiter zu beu-

gen oder eine eigenständige Versorgung zu organisieren. Verträge nach §§ 73b und 73c seien die einzige Möglichkeit, sich von dem Zentralismus zu verabschieden. Er appellierte an die baden-württembergische Landesregierung, sich wie der Freistaat Bayern für eine Abkopplung auszusprechen.

In der Diskussion wurden Vorwürfe an die Politik laut, sich jahrelang um die Umsetzung des § 73, in dem die vertragsärztliche Versorgung geregelt und zwischen einer hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung unterschieden wird, nicht gekümmert zu haben. Das sei der Grund, warum jetzt die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b vorgeschrieben worden sei.

● **Verfassungsrechtlich grenzwertig**
Ministerialdirigent Zach bestätigte, dass die hausarztzentrierte Versorgung mit dem GMB 2003 als freiwillige optionale Form ins Gesetz geschrieben worden ist. Es habe sich dann gezeigt, dass die Krankenkassen dieses Instrument „nicht übertrieben dynamisch“ angepackt haben. Aus diesem Grunde habe der Gesetzgeber dann im GKV-WSG die Verpflichtung zu derartigen Verträgen ins Gesetz geschrieben.

Dafür gebe es gute Gründe, meinte der Beamte, doch halte er es für problematisch, wenn ein privater Verband das Verhandlungsmonopol für einen öffentlich-rechtlichen Vertrag bekomme. „Das ist verfassungsrechtlich grenzwertig.“ Man müsse daher fragen, ob dieses Monopol eines Verbandes, dazu mit einem erheblichen Zeitdruck, so bleiben könne. Vom „Monopol“ seines Verbandes will der baden-württembergische Landesvorsitzende allerdings nichts wissen. Wenn zufälligerweise der Hausärzterverband mindestens 50% der Hausärzte repräsentiere, dann sei das eben mal so. Daraus zu schließen, das sei ein Monopol, halte er nicht für zulässig.

KS



„Wer als Schreiner siebenmal schiefe Türen liefert, kann nicht erwarten, auch noch den achten Auftrag zu bekommen.“ Mit diesem Satz machte der Vorsitzende des Deutschen Hausärzterverbandes, Ulrich Weigeldt (Mitte), beim 7. Hausärztetag Baden-Württemberg seinem Ärger über das KV-System Luft. Ministerialdirigent Manfred Zach vom baden-württembergischen Sozialministerium (links) äußerte sich u. a. kritisch zur Honorarreform.

Bild: KS

Mittelpunkt des Interesses. Der Selektivvertrag wird von seinen „Vätern“ als die Alternative zum KV-System und der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung mittels Regelleistungsvolumina (RLV) gesehen. Der Landesvorsitzende des baden-württembergischen Hausärzterverbands, Dr. Berthold Dietsche, hob die Bedeutung des HZV-Vertrags angesichts des Scheiterns der Honorarreform durch die KBV hervor. Dem angekündigten Befreiungsschlag mit einem Honorarplus von 10% zum 1. Januar 2009 sei schon bald die Ernüchterung gefolgt. Die Praxen der Vertragsärzte im Südwesten seien durch die eingetretenen Umsatzverluste in ihrer Existenz gefährdet. „Das System ist mit dieser Reform endgültig vor die Wand gefahren“, konstatierte Dietsche. Selbst der Vater der Reform, der KBV-Vorsitzende Dr. Andreas Köhler, habe sich inzwischen von seinem „Kind“ losgesagt.

● **Vertrauen verloren**

„Wir haben das Vertrauen in EBM und RLV verloren. Wir werden das Spiel nicht mehr mitspielen“, betonte er unter dem Beifall des Audito-

rien Ländern seit Jahren funktioniert: Die Steuerung der Versorgung der Patienten durch den strukturiert fortgebildeten Hausarzt. Dazu gehöre eine echte Euro-Gebührenordnung sowie ein Fallwert, mit dem die hausärztliche Versorgung adäquat vergütet werde. Für ihn ist der Vertrag auf jeden Fall ein Erfolgsmodell. Bereits im März habe man 3000 Ärzte als Teilnehmer registriert, ein Ziel, das man sich erst für Ende 2009 gesetzt hatte. In Baden-Württemberg haben laut Dietsche mehr als die Hälfte aller Hausärzte seinen Verband mandatiert, weitere Verträge nach § 73b SGB V mit anderen Krankenkassen abzuschließen.

● **Bedenken der Aufsicht**

Der Vertreter des baden-württembergischen Sozialministeriums, Ministerialdirigent Manfred Zach, bescheinigte den Vertragspartnern, mit ihrem HZV-Vertrag Schrittmacherdienste geleistet zu haben. Die Aufsicht habe die Vertragsverhandlungen aufmerksam, konstruktiv, aber auch kritisch beobachtet. Ihm gefalle daran nicht, dass mit den selektiven Ver-

der ärztlichen Vergütung gehe es in den §§ 87a-c SGB V. Hier müsse angesetzt und nach neuen Lösungen gesucht werden. Für die baden-württembergische Landesregierung sei jedenfalls klar, dass die Honorarreform gescheitert ist. Es gebe weder Transparenz noch Gerechtigkeit. Die Wirklichkeit ärztlichen Tuns werde bis zur Unkenntlichkeit verzerrt. Die Wurzel des Übels sieht Zach in dem bundesweiten Zentralismus, wie er aus Berlin vorgegeben wird. Das gesamte Vergütungssystem müsse einer Revision unterzogen werden. Als bewahrenswert an der jetzigen Honorarreform nannte er allein die Bewertung der ärztlichen Leistungen in Euro und Cent sowie die Verlagerung der Morbidität auf die Krankenkassen. Alles andere müsse weg. Der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der AOK Baden-Württemberg, Dr. Christopher Hermann, einer der „Väter“ des Vertrags, betonte ausdrücklich, dass der HZV-Vertrag als Alternative zur Regelversorgung geschaffen wurde. In Sachen Honorarreform gab er sich als Realist: Es gebe ja auch Gewinner der Reform. Der Aufruhr finde in Baden-Würt-

Länder wollen HÄV-Monopol abschaffen

Acht Bundesländer haben sich am 18. März im Gesundheitsausschuss des Bundesrats für eine Abschaffung des Quasi-Vertragsmonopols des Deutschen Hausärzterverbandes nach § 73b SGB V ausgesprochen und einem entsprechenden Antrag aus Baden-Württemberg und Hessen zugestimmt. Sechs Länder enthielten sich. Bayern und Brandenburg votierten gegen den Antrag. Baden-Württemberg enthielt sich der Stimme, obwohl es zu den Initiatoren des Antrags gehörte. „Der Zwang zum Abschluss eines Vertrages nach § 73b SGB V verhindert den Wettbewerb um die bestmögliche Versorgung der Versicherten (...)\", heißt es in dem Antrag. Im Sinne der Stärkung des Wettbewerbs in der GKV solle es den Kassen vorbehalten bleiben, welches Versorgungsangebot sie ihren Versicherten unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds anbieten wollten, so die Antragsteller. Umgekehrt seien die Versicherten selber in der Lage zu entscheiden, welches Versorgungsangebot ihren Bedürfnissen am besten entspreche. Durch die Vorgabe, dass die Verträge mit Gemeinschaften abzuschließen seien, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte vertreten, werde ein bestimmter Berufsverband bevorteilt, wird im Antrag betont. Nach geltendem Recht müssen die Kassen bis zum 30. Juni 2009 Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung aushandeln.

Neuordnung des § 73 b

Das Ende des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigung?

Durch den Landtagswahlkampf in Bayern wurde eine Initiative zur Änderung des § 73 b gestartet, in dem die hausarztzentrierten Verträge geregelt sind. Auch bis dato war es möglich, dass Gemeinschaften von Hausärzten solche Verträge schließen, die KV hatte aber die Oberhoheit und hat bundesweit solche Verträge unter ihrer Führung abgeschlossen. Dies war insbesondere dem Hausärzterverband in Bayern ein Dorn im Auge. Er hat politischen Druck auf die damalige CSU-Regierung ausgeübt, die einen Änderungsvorschlag für den einschlägigen Paragraphen für hausarztzentrierte Versorgung eingebracht hat. Nun hat sich am 12. März die deutsche Gesellschaft für Kassenarztrecht mit der Änderung des § 73 b und dessen Folgen beschäftigt.

Die Änderung des § 73 b führte dazu, dass die Krankenkassen verpflichtet sind, mit Gemeinschaften von Hausärzten Verträge abzuschließen, wenn sie über 50 % der Allgemeinärzte in dem jeweiligen KV-Bezirk organisieren. Expressis verbis ist natürlich der Hausärzterverband im Gesetz nicht festgeschrieben. In der Praxis bedeutet es aber, dass nur der Hausärzterverband in der Lage ist, diese Vorgabe zu erfüllen. Es geht das Gerücht um, dass es dem Verband gelungen ist – außer in Thüringen und Berlin – 50 % der Allgemeinärzte einzubinden. Auf der Tagung der Medizinrechtler in Berlin bestand eine große Verunsicherung, was aus der Kassenärztlichen Vereinigung nach diesen vertraglichen Bestimmungen in Zukunft wird. Etwa 30–40 % des gesamten Leistungsspektrums würden bei konsequenter Umsetzung des neuen Paragraphen aus dem Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung herausgebrochen. Verunsichert waren alle auch deshalb, weil hier ein Verband oder Verein mit einer losen Mitgliedschaft die Funktion einer Körperschaft übernehmen soll, die Zwangsmitglieder organisiert, damit der Auftrag der Sicherstellung auch tatsächlich wahrgenommen wird.

- **Sicherstellungsauftrag der KV in Frage gestellt**

Bereits im Vorfeld waren sich viele Juristen darüber im Klaren, dass es sich hier um einen Paradigmenwandel handelt, der den Sicherstellungsauftrag der KV grundsätzlich in Frage stellt. Hier ist eine politische Entscheidung getroffen worden in Richtung Selektivvertragssystem, die das Kollektivsystem elementar aushöhlt. Zur Erhellung der Situation sollten der Ministerialdirigent Dr. Ulrich Orłowski aus dem Gesundheitsministerium, Prof. Dr. Thorsten Kingreen, Lehrstuhl für öffentliches Recht aus Regensburg, sowie Horst Dieter Schirmer als Justiziar der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, beitragen. Zusätzlich äußerten sich der Hausärzterverband und die AOK. Dr. Orłowski stellte die Auffassung des Gesetzgebers dar. Er berichtet, dass der hausärztliche Bereich in der Bundesrepublik Deutschland zurzeit von etwa 53.000 Hausärzten insgesamt ausgeht. Davon seien etwa

34.000 Allgemeinärzte, 11.500 hausärztlich tätige Internisten und etwas mehr als 7.500 Kinderärzte. Damit zeige sich, dass die hausärztliche Versorgung zu einem Drittel nicht von Allgemeinärzten abgebildet wird. Der Gesetzgeber sei aber dennoch der Auffassung, dass die 50%-Klausel sinnvoll ist und keine Diskriminierung für die übrigen Verbände und vor allem die Internisten und Kinderärzte bedeuten würde. Diese von dort vertretene Auffassung teile der Gesetzgeber nicht. Auch die Forderung, dass die Mitgliedschaft alleine nicht ausreicht und eine Mandatierung bei einem Vertragsabschluss von jedem einzelnen Mitglied gefordert werden muss, sei nicht Auffassung des Gesetzgebers. Hier reiche – und hier hat Orłowski einen neuen Begriff eingeführt, ohne ihn zu definieren – die Legitimation einer ausreichenden sozialen Mächtigkeit aus. Es wurde aus dem BMG klargestellt, dass der Paradigmenwandel in Richtung Selektivvertrag bewusst geschehen ist und kein Unglücksfall auf Grund der bayerischen Verhältnisse darstellt. Der Gesetzgeber habe dies so gewollt und dabei ganz bewusst die faktische Entmachtung der Kassenärztlichen Vereinigung beim Sicherstellungsauftrag akzeptiert. Er gehe auch davon aus, dass weitere Anträge – auch über den Bundesrat – diesen Paragraphen wieder zu ändern, keinen Erfolg hätten. Die Privilegierung des Hausärzterverbandes durch die Gesetzgebung sei bewusst geschehen. Er betonte, dass es sich nicht um einen Rückschritt in eine Art neues Vertragsmonopol handelt, sondern dass hier der Weg des selektiven Kontrahierens weiter beschritten worden sei.

Für den BDI wäre die Möglichkeit interessant, neben dem Hausärzterverband Verträge abzuschließen – und wie man sich im BMG die jetzigen Vertragsverhandlungen mit dem Hausärzterverband vorstellt. Wie erwähnt, müssen die Krankenkassen bis zum 30.06.2009 mit diesem Verband Verträge abschließen, wenn er 50 % der Allgemeinärzte als Mitglieder nachweisen kann. Fehlt dieser Nachweis sind die Kassen auch nicht verpflichtet mit dem Verband einen Vertrag abzuschließen und könne sich dann auch durchaus anderen Berufsverbänden zuwenden. Kommt

eine Einigung bis zum 30.06.2009 nicht zustande, gibt es eine Schieds-lösung. Erst nach Abschluss dieses Verfahrens sei eine Krankenkasse berechtigt 73 b-Verträge neu auszuschreiben, so Orłowski. Nach dem Willen des Gesetzgebers ist damit mit dem Hausärzterverband eine Art Pseudo-KV entstanden.

- **Wer übernimmt künftig die Rolle der KV?**

Prof. Kingreen aus Regensburg hielt einen sehr spannenden, mit interessanten Bemerkungen gespickten Vortrag, der die politische Bewertung von Dr. Orłowski bestätigte. Es gab nur Differenzen in der Frage einer notwendigen Mandatierung. Prof. Kingreen konnte sich nur schwer vorstellen, dass alleine der Nachweis einer Mitgliedschaft ausreichend ist, um die 50 % zu belegen. Er ging offensichtlich mehr von einer Mandatierung aus, wohl auch unter dem Aspekt, dass eine Doppelmitgliedschaft denkbar ist. Auch er war der Auffassung dass hier das Kollektivvertragssystem ausgehebelt wird, weil die entscheidende, auch historisch begründete Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung, nämlich eine flächendeckende Versorgung in dem so wichtigen Teil der hausärztlichen Versorgung, einem Berufsverband übertragen wird. Die Frage, wer die Rolle der Kassenärztlichen Vereinigung in Zukunft übernimmt, wenn der Gesetzgeber weiter die Selektivverträge in dieser Form favorisiert, blieb offen. Den Berufsverbänden würde in Zukunft eine wesentlich größere Bedeutung zukommen, zumal sie nach dem Muster des Hausärzterverbandes auch selektive Verträge für ihre Mitglieder abschließen können. Die Kassenärztliche Vereinigung würde dann die Führung der Vertragsärzteschaft nicht mehr ausüben können. Der Vortrag endete mit der Frage, wer denn in Zukunft auf dem Spielfeld für die Ärzte das Trikot mit der Nummer 10 tragen kann. Nach Ansicht von Prof. Kingreen hängt es nach der Neuordnung des § 73 b im Spind.

- **Kostenerstattung statt KV**

Während die beiden ersten Referenten sich mehr oder weniger mit den Vorgaben des Gesetzgebers auseinandergesetzt haben ohne deren politische Intention zu werten, hat Horst Dieter Schirmer als Justiziar der KBV klargestellt, dass er die gemachten Vorgaben für politisch bedenklich hält. Er ging so weit, dass sämtliche selektiven Verträge vermieden werden müssen, weil ansonsten das Kollektivvertragssystem der Kassenärztlichen Vereinigung ausgehöhlt wird. Er deutete an, dass von den Körperschaften noch juristische Schritte erwogen werden um den Paragraphen zu kippen. Er malte das Bild einer uneinheitlichen Versorgung in der gesamten Bundesrepublik ohne Kassenärztliche Vereinigung an die Wand. Er beendete seinen Vortrag mit der einzigen für ihn denkbaren Alternative zur KV: Die Kostenerstattung, wobei der Patient immer einen

Vertrag mit seinem behandelnden Arzt schließt und die dabei entstehenden Kosten versicherungsrechtlich mit einer Krankenkasse absichert. Einen Vertrag zwischen Arzt und einer Krankenkasse gäbe es dann nicht mehr.

Es war selbstverständlich, dass Joachim Schütz vom Hausärzterverband die abgeschlossenen Verträge in Bayern als einen Meilenstein in die richtige Richtung darstellte. Demgegenüber stellte die AOK Rheinland klar, dass sie mit der dortigen KV durchaus positive Ansätze über Hausarztverträge zustande gebracht hat, ohne direkt mit dem Hausärzterverband zu verhandeln.

- **Ein sinkendes Schiff**

Insgesamt ist die durch Bayern ausgelöste Änderung des § 73 b viel bedeutungsvoller als manche vermuten. Die

politische Unruhe und die Frage nach der Zukunft des Kollektivvertragssystems hat dann außerhalb der Veranstaltung Franz Knieps auf den Plan gerufen, der vermutet, dass dieser Paragraph nach der nächsten Bundestagswahl doch wieder geändert wird. Für die KV ist dies aber nur ein schwacher Trost. Denn bis zum 30.06.2009 müssen die Verträge abgeschlossen sein. Dies ist vor der Bundestagswahl. Damit hat man vollendete Tatsachen geschaffen, sodass auch die Ankündigung von Knieps der KV nicht hilft. Es fällt hier einem der Vergleich mit einem leckgeschlagenem Schiff ein, das allmählich sinkt. Wenn die Monteure das Schiff erreichen um das Leck zu schließen, ist es bereits untergegangen. Der Verschluss eines Lecks bei einem gesunkenen Schiff ist sinnlos.

HFS

Weiterbildung

70 % der Medizinstudenten wollen ins Ausland

Die Abteilung für Allgemeinmedizin der Ruhruniversität in Bochum hat bei 4.000 Medizinstudenten in ganz Deutschland eine Umfrage gestartet, wie sie sich die Zukunft vorstellen. Dabei können sich nur noch 22 % der Befragten vorstellen, sich in Deutschland als Ärzte niederzulassen. 38 % wären auch mit einer patientenfernen Tätigkeit einverstanden. Nur 17 % würden sich als Hausarzt niederlassen.

70 % der Ärzte – und dies ist eine erschreckende Zahl – sind bereit, nach ihrem Studium und ihrer Ausbildung ins Ausland zu gehen. Ursache dieser negativen Entscheidung für das deutsche Gesundheitswesen sind nach Ansicht der Studenten die unbefriedigenden Arbeitszeiten und die Budgetierung der Leistung einschließlich der Vergütungssituation.

HFS

Jeder dritte Deutsche nutzt Internet häufig für Gesundheitsfragen**Bewertung von Informationen aus dem Internet durch den Patienten schwierig**

Nach einer Studie hat von 2005 bis 2007 die Internetnutzung für Gesundheitsfragen in Deutschland von 44 % auf 57 % zugenommen. Jeder dritte Deutsche nutzte das Internet 2007 einmal monatlich für eine Recherche zu Gesundheitsfragen. Im Vordergrund steht nach der Umfrage aber weiterhin die Information über den direkten Arztkontakt, auch wenn das Bedürfnis, sich über das Internet zu informieren, von 33,7 % auf 36,8 % zugenommen hat.

Die Ärzte sollten sich in Zukunft darauf einstellen, dass für ihre Praxis das Internet eine immer größere Bedeutung bekommt. Entsprechende Angebote, auch wie sie vom BDI gemacht werden,

werden deshalb immer bedeutsamer. Noch wichtiger ist aber der Einfluss des Internets auf den potenziellen Patienten. Für einen kranken Menschen ist es ausgesprochen schwierig, auch richtige Informationen aus dem Internet so zu bewerten, dass man damit umgehen kann. Er benötigt hierzu individuelle Hilfe, um mit den Informationen sachgerecht umzugehen. Krankheiten sind in der Regel angstbesetzt, sodass die persönliche



Emotion des Betroffenen eine angemessene Bewertung der Informationen erheblich erschweren kann.

Man sollte deshalb die Patienten darauf aufmerksam machen, dass die Internetinformation nur eine Seite der Medaille ist und dass eine Bewertung über ein ärztliches Gespräch im Krankheitsfall dazu dringend begleitend nötig ist. Unter Umständen macht es Sinn, dass die Ärzte in ihren Praxen Informationen über sachgerechte Internetauftritte zu den jeweiligen Krankheitsbildern auslegen und dabei darauf hinweisen, dass ohne ein ärztliches Gespräch eine Bewertung schwer möglich ist.

HFS

Telematik-Infrastruktur

Die eGK ist eine wichtige Voraussetzung der Telemedizin

Wir befinden uns erst am Anfang einer weltweiten Entwicklung hin zu einer IT-unterstützten, vernetzten Versorgung von Patienten, stellt Dr. Sylvia Thun im Schwerpunktheft „Telemedizin“ des Bundesgesundheitsblatts fest. Der Begriff Telemedizin bedeutet die Anwendung von Telekommunikation und Informatik für medizinische Anwendungen. Der Nutzen der Telemedizin ist nicht mehr abzustreiten, auch wenn ihre Anwendung in der Regelversorgung in Deutschland noch viel Zeit, Arbeit und Geduld erfordert. Prof. Rüdiger Klar vom Institut für Medizinische Biometrie und Medizinische Informatik des Universitätsklinikums Freiburg berichtet im Sonderheft des Bundesgesundheitsblatts gemeinsam mit Erich Pelikan, dem Leiter des Klinikrechenzentrums, über den Stand, die Möglichkeiten und Grenzen der Telemedizin in Deutschland.

Die bisher meist kleinen, durchaus erfolgreichen telemedizinischen Sonderanwendungen eignen sich nach ihren Worten mit ihrem Zusatzaufwand kaum für eine Regelversorgung. Sie passen sich schlecht in die vorhandene IT-Welt der Praxen und Krankenhäuser ein. Auch bei der elektronischen Krankenakte seien die Schnittstellen-Vielfalt und Heterogenität der IT-Standards zu groß. Hinderlich ist auch die Komplexität unseres sektoralen Gesundheitswesens.

Die Autoren sehen die Telemedizin als Teilbereich der Gesundheitstelematik. Die geplante Telematik-Infrastruktur wird Basisdienste zur Verfügung stellen, die zur Entwicklung einer integrierenden Plattform für weitere eHealth-Anwendungen beitragen können. Eine ganz entscheidende Rolle spielen dabei die geplante elektronische Gesundheitskarte (eGK), der elektronische Heilberufsausweis und die dazu gehörenden Regelungen für die Gesundheitstelematik. Dies ist eines der größten IT-Projekte weltweit mit geschätzten Kosten von einigen Milliarden Euro.

● Alle medizinischen Daten verfügbar

Die Einführung der eGK in Deutschland verzögert sich wegen zahlreicher Probleme. Dennoch weisen Klar und Pelikan darauf hin, dass die eGK erstmals ein für die Telemedizin entscheidendes Kriterium erfüllt: eine Institutionen übergreifende eindeutige Patienten-Identifikation einschließlich der Möglichkeit zur Authentifizierung und Signatur. Damit wird es möglich, alle medizinisch relevanten Daten eines Patienten, die zu unterschiedlichen Zeiten an verschiedenen Stellen im Versorgungsprozess anfallen, patientenbezogen zusammenzuführen und den Berechtigten adäquat aufbereitet schnellstens zur Verfügung zu stellen. Für eine zügige Anwendung der Telemedizin in Deutschland empfehlen Klar und Pelikan, die derzeitigen rechtlichen Rahmenbedingungen zu verbessern. Dazu zählen sie die weitgehende Auflösung der Sektorengrenzen im Gesundheitswesen, die Abrechnungsmöglichkeit telemedizinischer Leistungen für den Leistungserbringer, die solide Finanzierung der Telemedizin als Regelleistung, die

Klärung diverser Bedenken besonders der Ärzteschaft zum Datenschutz sowie die Harmonisierung mit Vorschriften der EU und anderer Stellen der internationalen Normung. Die Aufklärung über den Nutzen der Telemedizin müsse überzeugend vermittelt werden. Die Risiken besonders im psychosozialen Bereich für Patient und Arzt sind konsequent zu reduzieren. Die Telemedizin dürfe das persönliche Arzt-Patient-Verhältnis nicht negativ tangieren, sondern müsse dazu beitragen, die Distanz zwischen Arzt und Patient zu reduzieren.

● Kardiotelemedizinische Anwendungen

Ein Beispiel für den Nutzen der Telemedizin ist u.a. die telemedizinische Überwachung von Patienten mit Herzschrittmachern, ICDs und CRT-Systemen. Hier haben verschiedene Firmen unterschiedliche Konzepte erarbeitet, die jedoch alle folgende Komponenten beinhalten: implantiertes Device mit Möglichkeit zur automatischen oder manuellen Datenübertragung, Patientenmonitor mit Datenübertragung (Festnetz, Mobilfunk), Datenserver und Internet-Plattform zur Datenpräsentation für den Arzt.

In klinischen Studien wurde gezeigt, dass durch eine telemedizinische Überwachung frühzeitig technische Probleme wie z.B. Elektrodendislokationen und medizinische Ereignisse (atriale Tachyarrhythmien, Kammerflimmern, ventrikuläre Tachykardien etc.) erkannt werden können. Das trägt zur Erhöhung der Patientensicherheit und zur Möglichkeit eines gezielten Therapiemanagements bei. In verschiedenen klinischen Studien wurde die Stabilität und Sicherheit der Datenübertragung nachgewiesen. Durch das telemedizinische Monitoring kann die Überwachung der Patienten, z.B. Patienten mit CRT-Systemen wegen chronischer Herzinsuffizienz, und das Arrhythmie-Management etwa bei Patienten mit paroxysmalem Vorhofflimmern verbessert werden.

Prinzipiell gibt es drei verschiedene Arten der telemedizinischen Überwachung von Patienten: das Self-Monitoring, das Remote-Monitoring und das Retro-Monitoring. Beim Self-Monitoring sendet der Patient Daten

an ein Zentrum und bekommt von dort eine elektronische Bestätigung. Beim Remote-Monitoring baut der Patient aktiv eine Verbindung über ein Interface mit dem telemedizinischen Zentrum auf. Damit ist dann eine Fernabfrage des Gerätes möglich. Beim Retro-Monitoring werden Daten aus dem Herzschrittmacher, ICD oder CRT-System automatisch über ein Interface an ein Servicecenter übertragen. Dort werden die Daten aufbereitet, die dann dem Arzt als SMS, Fax oder über eine Internet-Plattform präsentiert werden.

● Nachgewiesene Kostenersparnis

Durch den Einsatz des Telemonitorings bei Patienten mit ICDs und CRT-Systemen können die Nachkontrollintervalle den Bedürfnissen der Patienten individuell angepasst werden. Das kann zur Entlastung der Kliniken und Ambulanzen und zu einer Kostenersparnis führen. Die telemedizinische Überwachung von Patienten mit Herzschrittmachern, ICDs und CRT-Systemen schafft neue Möglichkeiten der Vernetzung von Versorgungsstrukturen in der kardiologischen Betreuung. Die Autoren sind überzeugt, dass die telemedizinische Überwachung von Patienten mit Implantaten in Zukunft Bestandteil eines umfassenden Therapiemanagements sein wird.

Die Kosten-Nutzen-Effizienz der telemedizinischen Überwachung wurde in einzelnen Studien untersucht. So zeigten die Ergebnisse der Studie „Remote Follow-up for ICD Therapy in Patients Meeting MADIT II Criteria“, dass sich im Rahmen einer zwölfmonatigen Nachsorge bei ICD-Patienten durch den Einsatz des Telemonitorings die Klinikbesuche um 63,2% und die Gesamtbehandlungskosten im Krankenhaus um 60,9% reduzierten. In einer Studie aus Frankreich konnte eine Kostenreduktion bei der Nachsorge von ICD-Patienten durch die telemedizinische Überwachung nachgewiesen werden. Besonders groß war die Kostenersparnis, wenn die Patienten mehr als 100 Kilometer von der Klinik entfernt wohnten. In einer vor kurzem publizierten Studie zum Einsatz des CareLink-Systems bei ICD-Patienten wurde festgestellt, dass durch die telemedizinische Überwachung der Zeitaufwand für Patient und Arzt signifikant reduziert wurde. Durch den Wegfall von zwei Routinekontrollen konnten 41% der Gesamtkosten der ICD-Nachsorge pro Patient gespart werden.

KS

Agonie der konservativ tätigen Belegärzte (Forts. von S. 1)

Gibt es noch eine Zukunft für den internistischen Belegarzt?

● Ungemach Honorarreform

Dann kam das Ungemach! Die Honorarreform zum 01.01.2009. Der Punktwert wurde bundeseinheitlich geregelt, die besseren Schiedsamtslösungen wieder flugs eingesammelt. Die Vergütungsreform hat so den hessischen Krankenkassen 10 Millionen Euro über das Belegarztsystem eingespart.

Die KV hat versucht zu retten, was zu retten ist! Aber wieder nur für die operativ tätigen Fächer. Die Punktwerte wurden angehoben, die Leistungen – vorwiegend die Internisten betreffend – aus dem EBM blieben mit 3,5 Cent gleich und wurden nicht korrigiert.

Die KBV versuchte Trost zu spenden. Bei der nächsten Runde des erweiterten Bewertungsausschusses werde man schon korrigieren. Fehlanzeige! Alleine die Drohung des Schiedsamtsvorsitzenden Wasem, den Punktwert bundesweit neu zu berechnen, hat gereicht, dass die KBV eingeknickt ist.

● Konservative Fächer im Regen

Ein bisschen Korrektur gab es doch noch: Die operativ tätigen Fächer wurden auf den Stand 2008 angehoben – mehr als richtig. Die konservativen Fächer hat man weiter im Regen stehen lassen – wie es sich für Randgruppen halt gehört. Ähnlich ist es den ambulanten Operateuren gegangen. Anpassung ja – aber nur für Operationen. Anpassung nein – für die übrigen Leistungen des ambulanten Operierens, mit Angiologie, Kardiologie usw. Operative Fächer haben wohl im Bewertungsausschuss die bessere Lobby. Auch wenn es manche nicht wahr haben wollen – auch Vorsitzende von wichtigen Ausschüssen der KBV haben hier ein Wahrnehmungsproblem. Die KBV ist an den konservativ tätigen Belegärzten nicht mehr interessiert. Sie werden wohl endgültig nach neuen Wegen suchen müssen.

HFS

Schwerpunkt: Telemedizin

Der wachsenden Bedeutung der Telemedizin für die medizinische Versorgung trägt das Bundesgesundheitsblatt mit einem Sonderheft Rechnung: Im März-Heft (Band 52, Heft 3, 2009) berichten Experten und Praktiker über Produkte, Projekte und Initiativen, die erheblich zu Verbesserungen in der medizinischen Versorgung beitragen können.

Das aktuelle Bundesgesundheitsblatt gibt einen Überblick über die heutigen Möglichkeiten der Telemedizin, die bereits weitreichende Fortschritte hin zu einer IT-unterstützten, vernetzten Versorgung von Patienten bieten:

Rüdiger Klar und Erich Pelikan von der Universität Freiburg zeigen die Möglichkeiten und Grenzen der Telemedizin auf und beschreiben umfassend Aufwand und Nutzen mit Bezug auf die aktuellen Entwicklungen rund um die Gesundheitskarte und die Standardisierung in der medizinischen Informatik. Silke Schmid von der Universität Hamburg belegt in der Studie Versorgungsforschung zur Gesundheitstelematik die Gründe für die schwierige Einführung von Telemedizin in der Praxis.

Rainer Röhrig und Ricarda Rüdth schildern ihre Erfahrungen im Universitätskrankenhaus Gießen bei der Einführung eines Intensivsystems mit Einbindung medizinischer Gerätedaten in die Patientenakte.

An der RWTH Aachen wird eine einzigartige internationale Demonstratorplattform für die operative orthopädische Therapie geschaffen, die den Beweis für die Kosteneffizienz einer schonenderen medizinischen Versorgung erbringen soll. Mit ihrem Beitrag zeigen Christian Buschmann und Fritz Uwe Niethard, wie ihr Projekt Patientenprozesse mit Hilfe von telemedizinischen Komponenten optimieren kann.

Und auch außerhalb von Krankenhäusern vollzieht sich ein Wandel hin zur IT-gestützten Umgebung für kranke Menschen: Thomas Norgall vom Fraunhofer Institut für integrierte Schaltungen beschreibt eindrucksvoll die Vision einer Welt außerhalb des Krankenhauses, in der wir von intelligenten, intuitiv bedienbaren medizinischen Geräten umgeben sind. Harald Korb und Axel Müller vom Klinikum Chemnitz stellen vor, wie die telekardiologische Überwachung von Patienten mit Implantaten zukünftig Teil eines komplexen Therapiemanagements sein kann.

Telemedizinische Projekte würden ohne die standardisierte und sichere Übermittlung von medizinischen Inhalten scheitern. Dem unermüdeten Engagement von Standardisierungsexperten wie Bernd Blobel und Georg Heidenreich sind die heute schon anwendbaren Standards zu verdanken, die sie in ihrem Artikel beschreiben. Karl Peter Pfeiffer und Martin Auer berichten über den österreichischen elektronischen Gesundheitsakt (ELGA), der alle relevanten multimedialen medizinischen und gesundheitsbezogenen Daten einer eindeutig identifizierten Person enthalten soll.

Das Bundesgesundheitsblatt wird von den Bundesinstituten im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit monatlich herausgegeben. Das Robert-Koch-Institut ist Sitz der Redaktion. Die Zeitschrift ist über den Buchhandel erhältlich oder beim Springer-Verlag.