

Editorial

Aktuelle ärztliche Fortbildung auf hohem Niveau, von ausgezeichneten Referenten präsentiert; all dies und noch viel mehr zeichnet das neue Fortbildungskonzept des BDI aus. Unter der Leitung der neuen Fortbildungsbeauftragten des Vorstandes, Frau Prof. Dr. med. Schumm-Draeger, Chefärztin am Krankenhaus Bogenhausen in München, wurde dieses neue Konzept erarbeitet und in der erweiterten Vorstandssitzung anlässlich unserer Frühjahrstagung in Wiesbaden präsentiert, diskutiert und einstimmig verabschiedet.

Bewährtes erhalten: So bleibt es bei dem Angebot, die gesamte Innere Medizin über einen Zeitraum von vier Jahren in den Seminarkongressen darzustellen. Es bleibt auch bei den Spezialangeboten aus den Schwerpunkten und den Intensivkursen zur Vorbereitung auf die Facharztprüfung in der Inneren Medizin. In Zukunft sollen aber auch ad-hoc-Veranstaltungen zu sogenannten „hot topics“, also brennenden Themen, durchgeführt werden.

Referentenauswahl sowie die technische Ausstattung werden optimiert; neue Fortbildungsveranstaltungen werden in Berlin, Wien, Barcelona (anstelle von Venedig) und in München stattfinden. Die Traditionsveranstaltung der Birkensteiner Hormonkonferenz wird ins Fortbildungsprogramm des BDI integriert.

Die Bewerbung der Veranstaltungen, das „Marketing“, wird erweitert, die Internetpräsenz gesteigert. So werden Kurse und Kongresse des BDI auf der Homepage der Fachgesellschaften der Schwerpunkte der Inneren Medizin eingetragen, für junge Internisten eine eigene Plattform geschaffen und über www.internisten-im-netz.de Anzei-

gen, Kongressberichte und eine Diskussion der Beiträge erfolgen. Unser Ziel ist und bleibt es, für Sie die BDI-Fortbildung attraktiv zu gestalten. Dabei wollen wir nicht



Präsident
Dr. med. Wolfgang Wesiack,
Hamburg

nur unsere Mitglieder anzusprechen, sondern auch neue gewinnen.

Als verantwortungsbewusster Berufsverband werden wir dem Thema Fortbildung immer allerhöchste Priorität schenken.

Ihr

Dr. med. Wolfgang Wesiack
Präsident

Frühjahrssitzungen des BDI-Vorstands in Wiesbaden

50. Geburtstag und neue Herausforderungen

Der BDI-Vorstand hat in einer einstimmigen Resolution noch einmal bestätigt, was er bereits am 18. Januar 2009 festgestellt hat, nämlich „dass die seit Jahren verfolgte Honorarpolitik der vertragsärztlichen Versorgung und damit der EBM gescheitert ist. Das ursprüngliche Konzept der KBV, den Leistungsbedarf über eine betriebswirtschaftliche Kalkulation zu definieren, konnte vor dem Hintergrund der gesetzlichen Regelungen und der Beschlüsse der Selbstverwaltung nicht umgesetzt werden. Die KBV braucht dringend ein neues Honorarkonzept.“ Der BDI-Vorstand hat die KBV aufgefordert, die Geburtsfehler der Honorarreform in Selbstverwaltung zu korrigieren. Die Vergütung der Regelleistungsvolumina (RLV) muss endlich auf betriebswirtschaftlicher Basis kalkuliert werden. Entweder müssen die Punktzahlen oder der Punktwert erhöht werden. Auch die Bestrebungen, mit neuen Begriffen extrabudgetäre Leistungen wieder einzudeckeln, sind abzulehnen. Hier werden die systematischen Nachteile der Regelleistungsvolumina mit denen des Budgets kombiniert. Wenn die Krankenkassen in der Zukunft mehr Morbiditätsrisiko übernehmen sollen, müssen sie auch medizinisch begründete Mehrleistungen zusätzlich vergüten. In Wirklichkeit wollen die Krankenkassen aber unter den alten Budgetbedingungen weiterarbeiten.

Die KBV soll in den Verhandlungen im Bewertungsausschuss wieder die Interessen der Vertragsärzte vertreten und weniger Rücksicht auf das Budgetdenken der Krankenkassen nehmen, bekräftigte Wesiack. Sollten die politischen Vorgaben wie Abschaffung der Budgetierung und Verlagerung der

Morbidität auf die Krankenkassen nicht durchsetzbar sein, müssen die KBV-Verantwortlichen die Konsequenzen ziehen und ein politisches Signal setzen.

Die KBV-Spitze räumt inzwischen selbst Fehler bei der Honorarreform ein und hat auf ihrer letzten Versammlung Anfang April einige Verbesserungsvorschläge unterbreitet. So soll künftig wieder der Begriff des Arztfalls durch den besser geeigneten Begriff des Behandlungsfalles ersetzt werden. Die Honorarrückstellungen sollen arztgruppenspezifisch gestaltet werden; Vorwegabzüge werden mengenbegrenzt. Die RLV-Fallwerte sollen für das gesamte zweite Halbjahr 2009 festgelegt werden. Außerdem sollen Gesprächsleistungen, Gastroskopien, nephrologische Leistungen und die Bronchoskopie aus den RLV herausgenommen werden, jedoch innerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung bleiben. Auch die kritisierten Durchschnittspauschalen des RLV für spezielle Praxisformen und medizinische Versorgungszentren sollen angehoben werden.

Die KBV und der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen haben sich am 20. April darauf verständigt, das Regelwerk entsprechend nachzustimmen. Die Änderungen sollen zum 1. Juli greifen, teilten beide Seiten in Berlin mit.

● **Chronikerzuschlag für Internisten**
Außerdem fordert der BDI-Vorstand die KBV auf, für fachärztlich tätige Internisten ohne Schwerpunkt einen Chronikerzuschlag von 495 Punkten ähnlich der Regelung in der hausärztlichen Versorgung einzuführen. Diese Arztgruppe versorgt wegen der Breite ihres diagnostischen und therapeuti-

schen Spektrums eine überdurchschnittlich hohe Anzahl von chronisch kranken Patienten, was nicht in ihrem internistischen Basiskomplex abgebildet wird. Dieser Zuschlag muss mit zusätzlichem Geld und nicht durch Umverteilung finanziert werden.

● **Die eGK steht vor der Tür**

Ein weiteres wichtiges Diskussions-thema in Wiesbaden war die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte. Das Rollout soll nach längerem Tauziehen nun in den kommenden Wochen in der KV Nordrhein stattfinden. Der künstlich erzeugte Zeitdruck bei der Einführung der Telematik im Gesundheitswesen wird vom BDI entschieden abgelehnt. Erst müssen alle Feldtests durchgeführt und die Erfahrungen ausgewertet werden, ehe mit dem Rollout und der Austeilung der elektronischen Gesundheitskarten (eGK) begonnen werden kann, verlangten enger und erweiterter Vorstand in einer entsprechenden Resolution in Wiesbaden.

Der BDI ist nicht grundsätzlich gegen Telematik im Gesundheitswesen, besteht aber darauf, dass vorher bestimmte Vorbedingungen erfüllt werden, wie sie bereits vom Deutschen Ärztetag formuliert worden sind:

- Die eGK muss einen wirklichen medizinischen Nutzen haben und darf die Handlungsabläufe in Klinik und Praxis nicht verkomplizieren.
- Die Datenhoheit des Patienten muss unter allen Umständen unantastbar bleiben.



Das Präsidium des BDI – Dr. Wolf von Römer, Dr. Wolfgang Wesiack und Prof. Dr. Malte Ludwig (von rechts) – und BDI-Ehrenpräsident Dr. Harthmut Weinholz in Wiesbaden.

- Die Datenspeicherung auf einem zentralen Server wird abgelehnt.
- Das Prinzip der Freiwilligkeit für Arzt und Patient darf nicht aufgegeben werden.
- Manipulationen an elektronisch übermittelten Rezepten oder Verordnungen und Überweisungen müssen ausgeschlossen sein.
- Die Einführung muss für Praxen und Krankenhäuser kostenneutral sein.
- Die Folgekosten der Einführung müssen transparent, kalkulierbar und refinanzierbar sein.
- Die Grundsätze des Datenschutzes und der Datensicherheit sind unbedingt einzuhalten.

● **Noten für die Weiterbildung**

Die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern – mit Ausnahme von Sachsen – beginnen im Mai mit einer Evaluation der Weiterbildung,

die künftig alle zwei Jahre wiederholt werden soll. Der BDI hat, unabhängig davon, ein eigenes Tool zur Weiterbildungsbewertung auf seiner Homepage eingerichtet, das kontinuierlich allen Weiterzubildenden und Weiterbildern in der Inneren Medizin zur Verfügung steht (siehe auch Artikel „Die Chance für Weiterbildungsassistenten“ auf Seite 5). Angehende Internisten können dort ab sofort Kliniken bewerten, die fachärztliche Weiterbildungen anbieten, sowie eine für sie geeignete Weiterbildungseinrichtung anhand bereits abgegebener Beurteilungen auswählen. Darüber hinaus stellen Kliniken ihr Weiterbildungsangebot in Form von Klinikporträts vor. Verschiedene Suchfunktionen ermöglichen es, die abgegebenen Bewertungen und Porträts nach unterschiedlichen Kriterien zu durchsuchen und die für sie interessanten Einrichtungen gezielt auszuwählen.

Diese Weiterbildungsbewertung versteht sich als offenes Portal für alle werdenden Internisten, die sich gezielt über Weiterbildungsstellen informieren möchten. Mit diesem Angebot möchte der BDI die Qualität der internistischen Weiterbildung in Deutschland weiter vertiefen. Er unterstützt daher auch die Weiterbildungs-Evaluation der BÄK und Landesärztekammern und fordert alle Assistenten auf, so zahlreich wie möglich an der Bundesärztekammer-Befragung teilzunehmen.

KS

Personalia

Sektion Infektiologie

Neuer Vorsitz: Herr Dr. med. **Andrew Ullmann**, Klinikum Johannes-Gutenberg-Universität, III. Medizinische Klinik und Poliklinik, Langenbeckstr. 1, 55131 Mainz.

Der BDI dankt dem bisherigen Vorsitzenden, Herrn Dr. med. **Eckhart Fröhlich**, für seinen unermüdlichen Einsatz und sein großes Engagement.

112. Deutscher Ärztetag in Mainz (Fortsetzung von Seite 1)

BÄK-Präsident provoziert mit Ruf nach Priorisierung

Die Ärzte in Deutschland wollen eben keine Rationierung, keine Streichung von medizinischen Leistungen, aber sie wollen auch nicht weiter für den staatlich verordneten Mangel in den Praxen und den Kliniken verantwortlich gemacht werden. Hoppe will die Zeit vor der Bundestagswahl nutzen, um eine Diskussion anzustoßen, in der die Politik Farbe bekennen muss. Die Gesellschaft soll befragt werden, wie viel sie bereit ist, für Gesundheit auszugeben. Die Öffentlichkeit, so Hoppe, sei lange genug geblendet worden. Wer heute hingehet und behauptet, die umfassende Gesundheitsversorgung sei sicher, der sage schlicht und einfach nicht die Wahrheit. Mut zu unbequemen Wahrheiten fordert er von der Politik: „Sagen Sie den Menschen die Wahrheit, übernehmen Sie endlich Verantwortung und lassen Sie uns Ärzte nicht länger im Regen stehen.“

● **Priorisierung am Beispiel Schweden**

Um Missverständnissen vorzubeugen, erläuterte Hoppe ausführlich, was mit Priorisierung gemeint ist: Darunter versteht man die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren vor anderen. Dabei entsteht eine mehrstufige Rangreihe, in der nicht nur Methoden, sondern auch Krankheitsfälle, Kranken- und Krankheitsgruppen, Versorgungsziele und vor allem Indikationen in einer Rangfolge angeordnet werden. Am Ende dieser Rangreihe finden sich dann solche Verfahren wieder, die keine messbar nachweisbare Wirkung mehr haben. Wie Priorisierung aussehen kann, zeigt das Beispiel Schweden. Dort hat der Reichstag nach 15 Jahren Diskussion vier Priorisierungsgruppen verabschiedet, nämlich

- die Versorgung lebensbedrohlicher akuter Krankheiten und solcher, die ohne Behandlung zu dauerhafter Invalidität führen, sowie die palliativmedizinische Versorgung;
- Prävention und Rehabilitation;
- die Versorgung weniger schwerer akuter und chronischer Erkrankungen;
- und die Versorgung aus anderen Gründen als Krankheit oder Schaden.

Wichtig ist für Hoppe dabei, dass sich die Schweden für Priorisierung entschieden haben, obwohl sie ungefähr 9% des Bruttoinlandsprodukts für Gesundheitsversorgung ausgeben. In Deutschland werden nur etwa 6,5% des BIP für die gesetzliche Krankenversicherung ausgegeben, und trotzdem werde erwartet, dass die Ärzte das unbegrenzte Leistungsversprechen der Politik tagtäglich erfüllen. „Diesen zerstörerischen Widerspruch zwischen Anspruch und Wirklichkeit halten wir in der

täglichen Praxis nicht länger aus – und wir wollen ihn auch nicht länger aushalten,“ erklärte er unter dem Beifall des Ärztetags. Priorisierung könne dazu beitragen, die knappen Mittel nach gesellschaftlich konsentierten Kriterien möglichst gerecht zu verteilen. Der BÄK-Präsident schlägt deshalb vor, einen Gesundheitsrat zu errichten, in dem Ärzte gemeinsam mit Ethikern, Juristen, Gesundheitsökonomien, Theologen, Sozialwissenschaftlern und Patientenvertretern Empfehlungen für die Politik entwickeln, wie es zu einer gerechteren Verteilung der knappen Mittel kommen kann.

● **Wesiack betont Notwendigkeit der Priorisierung**

In der überwiegend von Zustimmung geprägten Diskussion des Ärztetags dankte BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack dem BÄK-Präsidenten dafür, dass er die Tabuzone zwischen Priorisierung und Rationierung angesprochen habe. Wenn Staatssekretär Schröder feststelle, dass die Richtung der Gesundheitspolitik stimme, dann müsse er ihm widersprechen: „Nein, die Richtung

stimmt nicht, und zwar seit Lahnstein 1992 nicht mehr.“ Wir haben bereits Rationierung, so Wesiack, und deswegen benötigen wir die Priorisierung, um allen Bürgern eine adäquate medizinische Versorgung zu sichern. Wir sind bereits mitten im Wahlkampf zur Bundestagswahl im September. Deshalb ist jetzt die beste Zeit – „Wann, wenn nicht jetzt?“ –, die Forderungen der Ärzteschaft an die Politik zu präsentieren. Die Ärzte können dabei auf das hohe Vertrauenspotenzial bauen, das sie in der Bevölkerung genießen, betonte Wesiack: 80 bis 90% der Bürger haben Vertrauen zu ihrem Arzt. Dagegen schenken nur 10% ihr Vertrauen Gebrauchtwagenhändlern und gerade einmal 7% Politikern. Wesiack, der auch Vorsitzender der Allianz deutscher Ärzteverbände ist, wies auf die Wahlinitiative der Allianz hin, die Anfang Juni öffentlich vorgestellt wird und in der wesentliche Inhalte dessen, was Hoppe auf dem Deutschen Ärztetag vorgetragen hat, enthalten seien.

KS

Ärztlicher Nachwuchsmangel

Wertschätzung wichtiger als Geld

Die Zahl der Medizinstudenten in Deutschland ist seit 1999 mit ca. 79 000 konstant, ebenso die Zahl der Studienabsolventen mit jährlich etwa 8800. In der ärztlichen Versorgung werden aber von Jahr zu Jahr weniger junge Ärzte tätig.

Die Approbation bedeutet noch lange nicht, dass die jungen Mediziner auch tatsächlich für die Patientenversorgung in Deutschland zur Verfügung stehen, machte Prof. Rainer Kolloch, Präsident des diesjährigen Internistenkongresses, auf einer Podiumsdiskussion zum Nachwuchsmangel beim Forum junge Medizin „Chances“ in Wiesbaden deutlich. 60% der freien Arztstellen an Krankenhäusern können nicht besetzt werden. Die jungen Ärzte sind nach seiner Erfahrung vor allem mit der Weiterbildung unzufrieden und gehen ins Ausland. Deshalb spricht sich Kolloch dafür aus, die Weiterbildung grundlegend neu zu ordnen. Die Weiterbilder hätten viel zu wenig Zeit für die Aufgabe der Weiterbildung. Der Bielefelder Hochschullehrer sprach sich für eine systematisierende Regelung der Weiterbildung mit einem festen Curriculum aus. Als Kernproblem machte der Vorsitzende der Ärztegewerkschaft Marburger Bund, Dr. Frank Ulrich Montgomery, die Tatsache aus, dass die jungen Ärzte von heute genauso

denken wie jeder andere junge Mensch: Sie sind nicht mehr bereit, 80 Stunden in der Woche zu arbeiten. Sie wollen mit ihrer Arbeit pünktlich fertig werden und erwarten dafür gesellschaftliche Anerkennung, nicht unbedingt mehr Geld. Freizeit, Lebensqualität, Kinder und Familie werden für sie immer wichtiger. Das hängt auch damit zusammen, dass die Medizin immer „weiblicher“ wird. Auch der private Klinikträger Helios leidet unter einem Mangel an Ärzten. Im Konzern sind 4000 Ärzte beschäftigt und zur Zeit 300 Arztstellen ausgeschrieben, berichtete Prof. Parwis Fotuih, Leiter der Helios Akademie in Berlin. Seiner Ansicht nach motivieren Lebensqualität und Wertschätzung die jungen Kollegen am meisten. Krankenhäuser wie die Horst-Schmidt-Kliniken in Wiesbaden gehen heute sogar auf Messen, um Nachwuchs zu finden, sagte deren Assistentensprecher Dr. Marc Dieroff. Das war früher nicht üblich. Auch in diesen Kliniken sind viele Arztstellen nicht besetzt. Dieroff

geht davon aus, dass man die jungen Kollegen nicht mit Geld locken kann. Sie wollen vor allem Familie und Kinder haben und benötigen daher auch Krankenhäuser, die Kinderbetreuung anbieten. Am Universitätsklinikum Mannheim bemüht man sich laut PD Thorsten Kältsch, die alten Ausbildungsgänge umzustellen und frühzeitig interdisziplinär zu arbeiten, schon ab dem ersten Semester. Die Wertschätzung für die Arbeit ist dadurch merklich gestiegen. Auch er betonte in Wiesbaden, wie wichtig familienfreundliche Strukturen sind, wenn man

junge Ärzte gewinnen will. Unter den Erstsemestern seiner Klinik sind heute bereits 80% Frauen. „Die Zukunft der Medizin ist weiblich“, stellte Kolloch fest. Wir brauchen daher neue Modelle für die berufliche Tätigkeit, aber auch für die Rotation und die Gestaltung der Weiterbildung. Er schlug vor, den niedergelassenen Sektor stärker in die Weiterbildung mit einzubeziehen. Ein engagierter Zuhörer der Diskussion über den Nachwuchsmangel war der 86-jährige Schweizer Internist Prof. Walter Siegenthaler, der in

seiner aktiven Berufszeit Lehrstuhlinhaber für Innere Medizin sowohl in Bonn als auch in Zürich war und daher die Situation in beiden Ländern gut kennt. Seit 20 Jahren werde schon über die Weiterbildung in Deutschland diskutiert, konstatierte er, aber es geschehe nichts. Das Entscheidende für die jungen Ärzte sind nach seiner Erfahrung die Wertschätzung und der Respekt. Das höre er immer wieder von den Tausenden junger deutscher Ärzte, die Jahr für Jahr in die Schweiz abwandern.

KS

Zukunftsplanung junger Internisten

BDI-Präsident: Weg in die Praxis lohnt sich immer noch!

Was noch bis Anfang der 90-er Jahre relativ einfach und sicher war, ist heute ein Wagnis geworden: die Gründung oder Übernahme einer eigenen Praxis. BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack wies auf dem Forum für junge Mediziner „Chances“ auf dem diesjährigen Internistenkongress in Wiesbaden auf die Zwickmühle hin, in der sich die jungen Kollegen heute sehen: Politische Eingriffe und Restriktionen haben den Beruf des freiberuflich tätigen niedergelassenen Arztes erschwert, die wirtschaftlichen Gesamtumstände lassen keine goldenen Zeiten erwarten. Auf der anderen Seite bietet auch das Krankenhaus den Jungmediziner keine günstige Perspektive für eine Tätigkeit auf Lebenszeit. Hinzu kommt, dass auch die Lebensplanung der jungen Mediziner heute eine andere ist als früher. Sie legen mehr Wert auf die Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Lebensqualität und Freizeit. Der wachsende Anteil von Frauen unter den Mediziner verlangt ein familien- und kinderfreundliches Umfeld. Eine generelle Empfehlung für die Niederlassung wollte der BDI-Präsident nicht geben. Die wirtschaftliche Verantwortung für ein Klein-Unternehmen habe einige Vorteile, aber auch viele Nachteile. Eine Grundregel gab er den vor der Entscheidung stehenden Kollegen aber doch auf den Weg: Je besser man weitergebildet ist, eventuell noch mit einer Spezialisierung, desto besser stehen die Chancen. Der Feld-Wald- und Wiesen-Arzt ist weniger gefragt als der Spezialist. Der Arztmangel in ländlichen Gebieten wird zunehmen. Es kommt entscheidend auf den Ort der Niederlassung und die finanzielle Ertragssituation an. Praxisgründungen und -übernahmen müssen finanziert werden, und erfahrene Bankberater machen das Risiko kalkulierbar. Es reicht laut Wesiack nicht mehr aus, nur ein guter Arzt zu sein. Ein frisch niedergelassener Arzt muss einen guten Service bieten und das Vertrauen der Patienten gewinnen. „Vertrauen ist das beste Kapital.“ Die eigene Praxis, betonte er, ist kein Weg zu schnellem Geld, sondern eine langjährige Herausforderung, seinen hippokratischen Eid im Interesse seiner Patienten zu erfüllen. Aber trotz aller Bürokratie und sich ständig ändernder Rahmenbedingungen gelte: Die Arbeit als niedergelassener Arzt lohnt sich, weil sie eine insgesamt befriedigende Tätigkeit ist.

KS

Vertreterversammlung der KBV in Mainz (Forts. von S. 1)

Köhler wettet gegen Selektivverträge

Gute Versorgung setze voraus, dass sie möglichst gerecht ist. Die Versorgungsgerechtigkeit sei allerdings ernsthaft gefährdet, denn in Selektivverträgen können die Leistungsinhalte unterschiedlich sein, die Vergütungssystematik ist anders, und es gelten andere Rahmenbedingungen. In Verbindung mit den durch den Morbi-RSA gesetzten Anreizen zur Risikoselektion werde es Patientengruppen geben, für die attraktive Angebote gemacht werden, und solche, die systematisch benachteiligt werden. Köhler geht davon aus, dass Versorgungsverträge mit RSA-fähigen Krankheiten relativ schnell auf den Markt kommen und dass diese Verträge für Patienten attraktiv ausgestaltet werden. Patienten mit nicht-RSA-fähigen Krankheiten werden dagegen vernachlässigt, weil sie den Kassen einfach weniger Geld aus dem Morbi-RSA bringen. Der Kollektivvertrag könne solche Ungerechtigkeiten auffangen.

Die Crux liegt für den KBV-Vorsitzenden in der derzeitigen gesetzlichen Grundlage. Der daraus resultierende unkoordinierte, in Teilbereichen systemwidrige Wettbewerb fördere weder die Qualität noch stärke er die Wirtschaftlichkeit. Im Gegenteil zerstöre er die Grundlagen für eine flächendeckende Versorgung, hebele die freie Arztwahl aus und mache die Versorgung spürbar ungerechter. „Er wirkt wie eine Abrissbirne, die das Fundament der ambulanten Versorgung mit jedem Schlag weiter beschädigt.“

● Köhlers Umbaupläne

Die Politik muss sich jetzt entscheiden, sagte Köhler: Abriss und Neubau oder Sanierung eines vorhandenen, bewährten Gebäudes. Köhler setzt auf Umbau und Sanierung. Das sind seine Umbau-Pläne:

- Die Grundversorgung wird weiterhin wohnortnah kollektivvertraglich geregelt und umfasst sowohl

- die hausärztliche als auch die fachärztliche Versorgungsebene.
 - Die spezialisierte fachärztliche Versorgungsebene arbeitet eng mit dieser Ebene und dem stationären Bereich zusammen und erbringt in einem Katalog definierte Leistungen.
 - Sektorübergreifende Versorgungsketten verbessern die Versorgung insbesondere chronisch Kranker.
 - Der Versorgungsauftrag der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte wird gesetzlich definiert.
 - Versicherte haben die Wahl zwischen drei Arten von Kollektivtarifen:
 1. einem der heutigen Regelversorgung entsprechenden Kollektivvertrag I mit freier Arztwahl und freiem Zugang zur nächsten Versorgungsebene im Sachleistungsprinzip.
 2. einem stärker gesteuerten Kollektivtarif II, in dem sich der Versicherte verpflichtet, die nächste Versorgungsebene nur auf Überweisung eines frei wählbaren Hausarztes aufzusuchen, ebenfalls im Sachleistungsprinzip,
 3. einem Kollektivtarif III, der auf Kostenerstattung basiert.
- Wenn die Politik auch in Zukunft ein auf gesetzlicher Grundlage selbstver-

waltetes Gesundheitswesen wolle, müssten den Körperschaften die notwendigen Gestaltungsspielräume wieder zugestanden werden. Im Klartext heißt das laut Köhler: „Wir brauchen den ungeteilten Sicherstellungs-

auftrag und wir müssen die Honorarverteilungshoheit haben. Wir müssen wieder in die Lage versetzt werden, die Rechte unserer Mitglieder wirksam zu vertreten.“

KS

Deklaration der Vertreterversammlung der KBV

Vision in 14 Punkten

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und ihre Vertreterversammlung haben eine 14-Punkte-Erklärung abgegeben (siehe Kasten), die sich hervorragend liest, bildet sie doch einen wesentlichen Teil der am System geübten Kritik der Vertragsärzte ab. Sie fordert die Politik auf, sich bezüglich der Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung neu zu sortieren.

Bei genauer Betrachtung der einzelnen Punkte wird deutlich, dass hier hohe Forderungen an die Politik – hier vor allem den Gesetzgeber – gestellt werden. Wenn die Punkte einzeln umgesetzt werden sollen, müsste das Sozialgesetzbuch Kapitel V neu geschrieben werden. Damit ist mit Sicherheit vor der Bundestagswahl nicht mehr zu rechnen – und ob sich der neue Bundestag zu einer solchen umfassenden Maßnahme aufrafft ist ebenfalls mehr als zweifelhaft. Das schöne Papier soll von den zurzeit im

Tagesgeschäft vorhandenen Problemen in der KV bei der Umsetzung der Honorarreform wohl ablenken und die Gemüter der aufgebracht Vertragsärzte beruhigen. Solche Visionen wie die 14 Punkte sind durchaus positiv zu bewerten, zeigen sie doch, dass unsere Vertreter in der Kassenärztlichen Vereinigung noch ausreichend kritisch mit dem System umzugehen wissen. Dies beruhigt, darf aber nicht von einer sachlichen Kritik am derzeitigen Verhandlungsgeschehen ablenken.

HFS

Das BMG und die Honorarreform

Nur Nebelkerzen

Das Bundesgesundheitsministerium ist bestürzt über die Reaktion der Vertragsärzte auf die Honorarreform. Man war wohl davon ausgegangen, dass die versprochenen Milliarden zu einer Beruhigung der Diskussion an dieser Front vor der Bundestagswahl führen. Das genaue Gegenteil ist eingetreten. Man hat deshalb ein Informationspapier unter die Leute gebracht, das der Öffentlichkeit klarmachen soll, dass die Klagen über die unzureichende Finanzierung aus der Luft gegriffen sind.

Die KV Bayern hat sich mit diesem Papier auseinandergesetzt und die Schwachstellen der dort aufgestellten Behauptungen schonungslos analysiert. So stammen die Statistiken aus verschiedenen Quellen und sind deshalb untereinander nur schwierig zu vergleichen. Man hätte hier bei Prof. Sawitzki und seinem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nachfragen müssen. Wahrscheinlich hätte man von dort eine negative Beurteilung bezüglich der Evidenzbasierung bekommen. Die Umsatzzahlen stammen aus dem Jahre 2007, wobei auch hier wieder der Eindruck bewirkt wird, dass Umsatz gleich Gewinn ist. Dass hier die immer wieder angemahnte Objektivität der Darstellung nicht umgesetzt wird, hat sicher auch politische Gründe.

● Geschätzte Zahlen aus unterschiedlichen Jahren

Bei der Bewertung des Praxisüberschusses geht man von den Zahlen des Zentralinstitutes aus dem Jahre 1999 aus. Genauso kritisch ist der Einnahmeanteil aus der privaten Krankenversicherung, der als geschätzter Überschuss durchschnittlich eingeführt wird. Alle wissen, dass dies so nicht der Realität entspricht, da Privatversicherte nicht gleichmäßig über das

Land verteilt sind, sondern in bestimmten Regionen mehr oder weniger Privatabrechnungen möglich sind. Die hier durchgeführte Nivellierung ist unzulässig. Einzige Konsequenz aus der Betrachtung dürfte sein, dass zumindest in einzelnen Bezirken die unzureichende Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung durch einen hohen Privatanteil quersubventioniert wird. Besonders kritisch ist die Betrachtung des Einnahmevergleichs mit den übrigen freien Berufen. Hier verschweigt man geflissentlich, dass die Investition eines Anwaltes bei einer Gründung einer Kanzlei mit dem unternehmerischen Risiko eines niedergelassenen Radiologen auch nicht annähernd vergleichbar ist. Gleiche Schwierigkeiten hat man wohl mit der Arztzahl. Hier berichtet man aus dem Bundesgesundheitsministerium von einer etwa 50-%igen Steigerung der Arztzahlen und hat dabei den Wiedervereinigungseffekt nach 1990 in den neun Bundesländern einfach übersehen. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns weist das Papier aus dem Bundesgesundheitsministerium deshalb zu Recht zurück. Es trägt nicht zur Versachlichung der Diskussion bei und das BMG wirft weiter Nebelkerzen.

HFS

Deklaration der Vertreterversammlung der KBV

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bekennt sich zu ihrer Verantwortung, eine flächendeckende und qualitätsgesicherte Versorgung in der GKV zu organisieren sowie zum Erhalt, zur Weiterentwicklung und zur Modernisierung der dafür notwendigen Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, sofern Politik und Gesetzgeber folgende Bedingungen in der kommenden Legislaturperiode erfüllen:

1. Die Ausübung ärztlicher und psychotherapeutischer Tätigkeit als freier Beruf muss im Interesse des Patientenschutzes erhalten bleiben. Das kann nur in einem freiheitlichen selbstverwalteten Gesundheitswesen garantiert werden, in dem die ärztliche Selbstverwaltung wieder selbstbestimmt handeln kann; sie beansprucht für sich den ungeteilten Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung. Die dafür notwendigen Gestaltungsspielräume sind gesetzlich zu erweitern. Der staatsmedizinischen Ausrichtung der Gesundheitspolitik der letzten Jahre wird ein Ende gesetzt.
2. Der Gesetzgeber beschränkt sich auf die Vorgabe der notwendigen Rahmenbedingungen. Die unerträglich gewordene Regulierungsdichte muss auf das für eine gute Patientenversorgung notwendige Maß zurückgeführt werden.
3. Qualitätssicherung, Qualitätsförderung und Qualitätsdarstellung sind ureigenste Aufgabe eines freien Berufes. Die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten bekennen sich im Interesse des Patientenschutzes uneingeschränkt zu dieser Verpflichtung. Qualitätsmanagement sowie qualitäts- und ergebnisbezogene Vergütungsansätze werden zügig weiterentwickelt. Voraussetzungen sind Transparenz in der Abrechnung und arztnah eine klare Zuständigkeit dafür in der ärztlichen Selbstverwaltung.
4. Leistungsversprechen und die dafür zur Verfügung stehenden Mittel müssen zur Vermeidung von versteckter Priorisierung und Rationierung miteinander in Einklang gebracht werden.
5. Es wird eine den Ansprüchen an eine solidarische Krankenversicherung Rechnung tragende Wettbewerbsordnung eingeführt, die das derzeitige systemwidrige Nebeneinander von Kollektiv- und Selektivverträgen sinnvoll ordnet. Selektivverträge sollen dabei auf der Basis des Kollektivvertrags zur Erprobung von Versorgungsverbesserungen genutzt werden.
6. Eine Weiterentwicklung der Honorarreform muss den Forderungen der Vertragsärzteschaft nach einer nachvollziehbaren, transparenten und leistungsgerechten für Ärzte, Psychotherapeuten und Patienten verständlichen und einfachen Vergütungssystematik Rechnung tragen. Die Pauschalierung ärztlicher Leistungen wird zurückgeführt auf eine das Leistungsspektrum der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten abbildende Einzelleistungsvergütung.
7. Bei der Honorarverteilung wird die bestehende Pflicht zur Herstellung des Einvernehmens mit den Landesverbänden der Krankenkassen gestrichen.
8. Die Möglichkeit zur Vereinbarung kassenspezifischer Kollektivverträge (z.B. Verträge gem. § 136 Abs. 4 SGB V) soll, ohne dass eine Einschreibung der Versicherten notwendig ist, als Ergänzung zu den kassenübergreifenden Gesamtverträgen geschaffen werden.
9. Bei Arzneimittelverordnungen tragen Vertragsärzte ausschließlich die Verantwortung für die Indikationsstellung, die Wirkstoffauswahl und die Dosierung. Die Preisverantwortung liegt bei den Krankenkassen, pharmazeutischer Industrie und den Apothekern. Inhaltlich gilt das analog für die Heil- und Hilfsmittelversorgung.
10. Neben dem Anspruch auf Sachleistung wird unter Beachtung einer Übergangsfrist gleichberechtigt der Anspruch auf Kostenerstattung in die ambulante Versorgung für alle GKV-Versicherten eingeführt.
11. Die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte werden analog der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in § 73 SGB V definiert.
12. § 73 b und § 73 c SGB V werden zusammengeführt zu einer Vorschrift, die es erlaubt, zur Erprobung neuer Organisations- und Versorgungssysteme Selektivverträge abzuschließen.
13. Den Kassenärztlichen Vereinigungen ist eine Teilnahme am Wettbewerb an allen selektiven Verträgen zu ermöglichen.
14. Die in § 116 b SGB V i.d.F. des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeführte institutionelle Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung wird wieder beschränkt auf persönliche Ermächtigungen aus Gründen der Sicherstellung.

Die Mitglieder der Vertreterversammlung betonen ausdrücklich, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztlichen Vereinigungen eine starke und verlässliche Interessenvertretung aller niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie aller Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten sein wollen und wieder sein werden. Neben der Interessenvertretung wollen die KBV und die KVen Dienstleister für ihre Mitglieder sein. Dazu muss der Gesetzgeber die notwendigen Spielräume, insbesondere für einen fairen Interessenausgleich, schaffen.

Der Vorstand wird der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung am 18. Mai 2009 in Mainz ein ausführliches und konkretes Strategie- und Forderungspapier dazu zur Beschlussfassung vorlegen.

Berlin, 26.03.2009

Online-Weiterbildungsbewertung des BDI

Die Chance für Weiterbildungsassistenten

Der Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) bietet auf seiner Internetseite www.bdi.de jungen Assistenten die Möglichkeit, online ihre Weiterbildung zu bewerten. Die neue Weiterbildungsbewertung führt alle für die allgemeine Innere Medizin wichtigen Ausbildungsinhalte nach festen Rotationen oder sonstigen Angeboten auf: Ultraschall, Endoskopie, Langzeit-EKG, Gutachten usw. Außerdem kann eine Benchmark und ein allgemeines Fazit abgegeben werden. Der Schwerpunkt soll jedoch mehr auf den speziellen Weiterbildungsinhalten für den Internisten liegen als auf dem allgemeinen Stimmungsbild.

Der BDI vertieft damit speziell für die Innere Medizin die von der Bundesärztekammer initiierte Weiterbildungsbewertung – mit dem Unterschied, dass die Evaluation der Bundesärztekammer einen fächerübergreifenden Status Quo der Weiterbildung erheben wird und dies nicht in detail für jedes Fachgebiet aufschlüsseln kann. Außerdem werden die Ergebnisse der Ärztekammern später wissenschaftlich ausgewertet und werden nicht unmittelbar zu Verfügung stehen.

● **Weiterbildungsbewertung und Klinikporträt**

Jeder Assistent kann mit einer funktionierenden E-Mail-Adresse und unter Angabe des Namens eine Weiterbildungsbewertung vollkommen anonym abgeben. Der Name und die E-Mail werden nur zur Überprüfung zweifelhafter Bewertungen herangezogen und in **keinem Fall** an Dritte weitergegeben. Darüber hinaus soll Weiterbildungsbeauftragten interner Kliniken die Möglichkeit gegeben werden, ein Porträt ihrer Klinik ins Internet zu stellen. Dabei wird nur ein Porträt pro Klinik ermöglicht, um auszuschließen, dass falsche Bewertungen von Unbefugten eingestellt werden. Sollte ein Beauftragter bereits ein Porträt vorfinden, das nicht von der Klinik verfasst wurde, kann dieses nach entsprechender Meldung an bdi@monks.de entfernt werden.

● **Angebot an alle werdenden Internisten**

Wir würden uns freuen, wenn alle Beteiligten von der Chefarzt- bis zur Assistenzarzt-Ebene diese einmalige Chance der Weiterbildungsbewertung konstruktiv nutzen und unsere Ergebnisse, wie auch die Ergebnisse der Ärztekammern, als Aufforderung zur Überprüfung der eigenen Strukturen verstehen. Es ist die einmalige

Chance, die Meriten des Internets für eine Verbesserung der Weiterbildung in unser aller Interesse zu nutzen.

Wir möchten Sie deshalb bitten: **Unterstützen auch Sie diese kostenlose Initiative und empfehlen Sie Ihren Assistenten die Bewertung oder bewerten Sie als Assistent selbst die Weiterbildung in Ihrer**

Klinik nach besten Wissen und Gewissen unter www.bdi.de/weiterbildung.html!

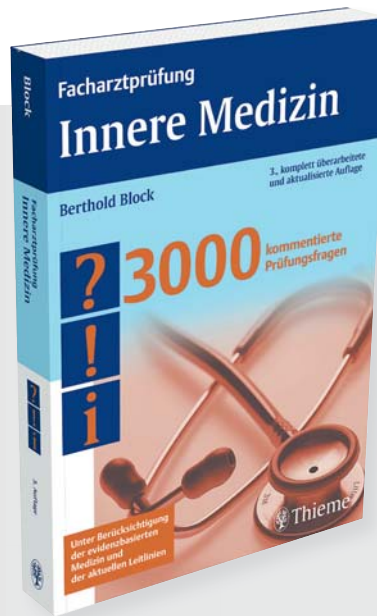
● **Blog für Weiterbildungsthemen**
Die Online-Weiterbildungsbewertung auf www.bdi.de soll künftig sukzessive mit weiteren Inhalten ausgebaut werden. Bereits eingerichtet wurde ein Blog, in dem in regelmäßigen Abständen weiterbildungsrelevante Themen angesprochen werden. Darüber hinaus können im BDI-internen Forum BDI-Diskurs direkt Beiträge veröffentlicht wer-

den. Schicken Sie Ihre Ideen und Verbesserungswünsche für das Weiterbildungsportale an bdi@monks.de – wir werden diese dann gerne aufgreifen und kommentieren.

Michael Denking

Unterstützen Sie die Initiative unter www.bdi.de/weiterbildung.html

Innere Medizin *aktuell*



Locker über die letzte Hürde!

Facharztprüfung Innere Medizin 3000 kommentierte Prüfungsfragen
Block

2009. 3., kompl. überarb. und akt. Aufl.
544 S., 63 Abb., kart.
ISBN 978 3 13 135953 7

89,95 € [D]
92,50 € [A]/149,- CHF

Umfassend, stressfrei und effektiv vorbereitet

- Über 3000 Fragen aus allen Themenbereichen der Inneren Medizin
- Inhalte realer Facharztprüfungen sind konsequent berücksichtigt
- Systematisches Lernen und praxisnahe Erfolgskontrolle
- Realistische Einschätzung des eigenen Leistungsstandes
- Testen der Prüfungstauglichkeit durch die Prüfungssimulation zu Hause

Neu in der 3. Auflage

- Alle Fragen komplett aktualisiert und mit neuen Aspekten ergänzt
- Zusätzliche neue Fragen
- Durchgehend zweifarbig und noch übersichtlicher



66 Jahre erlebte Medizin

Zeitzeuge der Medizin Im Gespräch mit dem Internisten Walter Siegenthaler
Müller

2009. 180 S., 95 Abb., geb.
ISBN 978 3 13 146861 1

39,95 € [D]
41,10 € [A]/67,90 CHF

In rund 25 Gesprächen mit dem Historiker Peter Müller erzählt Professor Walter Siegenthaler über seine Erlebnisse, Erinnerungen und oftmals überraschenden Einsichten aus 66 Jahren „erlebter Medizin“.

Die lebendige und sehr persönliche Biographie belegt ein reiches Leben voller Engagement und Leidenschaft für die Innere Medizin. In amüsanten Anekdoten erzählt Professor Siegenthaler, wie es sich mit dem ungewöhnlichen Honorar von Marc Chagall oder einem fachlichen Telefonat mit dem Papst verhielt.



Sicherheit im Paragraphenschlingen

Bewertung und Begutachtung in der Pneumologie
Nowak/Kroidl (Hrsg.)

2009. 3., vollst. überarb. Aufl.
276 S., 57 Abb., geb.
ISBN 978 3 13 100843 5

99,95 € [D]
102,80 € [A]/166,- CHF

Praxisnah und rasch umsetzbar

- Definition der grundlegenden Rechtsbegriffe
- Aufbereitung der juristischen Grundlagen für die medizinische Praxis
- Zahlreiche Fallbeispiele aus der Gutachtenpraxis
- Die Einflussfaktoren Beruf und Behandlung auf Verlauf und Prognose
- Kriterien zur Beurteilung aller pneumologisch relevanten Lungenfunktionsstörungen und Atemwegserkrankungen
- Merkmale zur Bemessung von GdB und MdB sowie zur Bewertung von Zusammenhängen

Plus

Offiziell empfohlen von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und der Deutschen Atemwegsliga

Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten. Lieferung zzgl. Versandkosten. Bei Lieferungen in [D] sind die angegebenen Preise in Euro, bei Lieferungen außerhalb [D] werden die anfallenden Versandkosten weiterberechnet. Schweizer Preise sind unverbindliche Preisempfehlungen.

Jetzt bestellen: Ab 49,95 € versandkostenfreie Lieferung innerhalb Deutschlands!

☎ Telefonbestellung: 0711/89 31-900

☎ Faxbestellung: 0711/89 31-901

@ Kundenservice @thieme.de

🌐 www.thieme.de



Wahlprogramme der Parteien zur Gesundheitspolitik

SPD: Gesundheit als Staatsziel

Welche Vorstellungen hat die SPD über eine künftige Gesundheitspolitik? Lesen Sie hier das Wahlprogramm der Arbeitsgemeinschaft Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG) der SPD. In der Aprilausgabe von BDI aktuell konnten Sie sich über die Vorstellung der FDP zur Gesundheitspolitik informieren. In den kommenden Ausgaben wird BDI aktuell die zur Verfügung stehenden Programme der übrigen Parteien darstellen.

Es handelt sich beim Eckpunktepapier des ASG (siehe Infokasten) um ein eindeutig formuliertes Programm. Die SPD definiert Gesundheit als ein Staatsziel und sieht dies alleine in der Verantwortung staatlicher Daseinsvorsorge. Während die FDP die Eigenverantwortung des Bürgers für die Gesundheit herausstellt (siehe BDI aktuell 5/09), wird hier das genaue Gegenteil gefordert: Der Staat ist für die Gesundheit seiner Bürger verantwortlich.

Die SPD bestätigt die von der großen Koalition eingeführte Versicherungspflicht und will die private Krankenversicherung abschaffen. Es gibt dann eine Bürgerversicherung. Der Beitrag wird einkommensbezogen gestaltet. Es handelt sich somit um eine Art Gesundheitssteuer.

Interessant ist, dass sich auch die SPD nicht an die monistische Krankenhausfinanzierung heranwagt. In dem 5. Kapitel wird allgemein über die Weiterentwicklung der Versorgungs-

strukturen berichtet. Dabei weist man nur auf die Investitionspflicht und will die private Krankenversicherung der Länder hin. An der zurzeit vorhandenen dualen Finanzierung, die entsprechende Wettbewerbsverzerrungen auslöst, hält man aber weiter fest, um den Ärger mit auch SPD-geführten Bundesländern zu vermeiden.

Wenn man das Programm der SPD liest, weiß man im Prinzip woran man ist.

HFS

Eckpunkte der ASG für das Wahlprogramm der SPD

Gesundheit – Investition in die Zukunft.

Gleiche Gesundheitschancen und die solidarische Absicherung des allgemeinen Lebensrisikos Krankheit für alle Menschen sind wesentliche Voraussetzungen für Freiheit in ihrer Lebensgestaltung und für gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe. Sie tragen zu einem würdigen Leben, zu einer guten Lebensqualität, zu gesellschaftlichem Wohlstand, zu ökonomischer Prosperität und damit zum gesellschaftlichen und sozialen Frieden bei.

Für die SPD ist die Verbesserung und Erhaltung der Gesundheit aller Bürgerinnen und Bürger Aufgabe und Verantwortung staatlicher Daseinsvorsorge. Deshalb wollen wir sie als Staatszielbestimmung in unsere Verfassung aufnehmen. Veränderte Arbeitsbedingungen, beschleunigte gesellschaftliche Veränderungen, die Verunsicherung und Überforderung vieler Menschen, auch bei der Absicherung der persönlichen Existenz, und die wachsende Kluft zwischen Arm und Reich haben erhebliche Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung. Wachsende soziale Unterschiede im Gesundheitszustand und in der Lebenserwartung sind zentrale Gerechtigkeitsfragen. Sie beeinträchtigen zunehmend die Leistungsfähigkeit von Gesellschaft und Wirtschaft und gefährden den sozialen Frieden. Deshalb sind gleiche Lebens- und Gesundheitschancen, gesundheitliche Prävention und eine gesundheitliche Versorgung ohne Zugangshürden für alle Menschen zentrale Anliegen sozialdemokratischer Politik.

Die Finanzierung bedarfsgerechter Versorgung allein aus Lohneinkommen bei fortschreitender Entsolidarisierung und strukturellem Wandel in der Arbeitswelt begrenzen zunehmend die finanzielle Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung. Die bereits feststellbaren Elemente einer Zweiklassenmedizin sind für eine demokratische Gesellschaft ebenso wenig hinnehmbar, wie die fortschreitenden sozial bedingten Ungleichheiten im Gesundheitszustand der Bevölkerung. Wir wollen mehr Gesundheit für alle durch eine solidarische Lastenverteilung, weil finanzielle Aufwendungen für unsere Gesundheit Zukunftsinvestitionen sind.

Immer mehr Menschen fühlen sich in den Strukturen des Gesundheitswesens nicht mehr aufgehoben. Ungeachtet hervorragender Qualität der Einzelleistungen nehmen Sicherheitsgefühl und Vertrauen in die Leistungen des Gesundheitswesens ab. Die patientenzentrierte und ganzheitliche

Versorgung ist unzureichend. Der Patient muss wieder im Zentrum der Versorgung stehen. Niemand darf von sozialer Teilhabe und vom medizinischen Fortschritt abgekoppelt werden. Deshalb will die SPD mehr Solidarität und eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung für alle statt Individualisierung und Privatisierung im Gesundheitswesen.

1. Für eine gerechte solidarische Finanzierung: Die Bürgerversicherung

Die Sicherstellung und Wiederherstellung der Gesundheit aller ist eine solidarische Aufgabe aller Bürgerinnen und Bürger. Wir fordern deshalb die solidarische Bürgerversicherung. Alle Bürgerinnen und Bürger sind in ihr versichert. Alle medizinisch notwendigen Leistungen werden von ihr nach dem Sachleistungsprinzip gewährt. Jede und jeder trägt entsprechend seiner / ihrer ökonomischen Leistungsfähigkeit auf der Grundlage aller Einkommen dazu bei. Gesundheitsfonds und Risikostrukturausgleich unter sofortiger Einbeziehung der PKV sind Instrumente auf dem Weg zu Bürgerversicherung. Wir wollen die jährliche Überprüfung des einheitlichen Beitragssatzes und dessen paritätische Finanzierung. Zusammen mit den bereit gestellten Steuern hat der Fonds stets 100 Prozent der bundesdurchschnittlichen GKV-Ausgaben zu finanzieren. Kopfpauschalen, auch in Form kassenindividueller Zusatzbeiträge lehnen wir ebenso ab wie Sonderbeiträge für Versicherte.

2. Mehr Gesundheit für alle – Prävention ausbauen

Gesundheitsförderliche Lebens-, Wohn- und Arbeitsbedingungen für alle Bürgerinnen und Bürger, die Vermeidung von Krankheiten und vor allem der Ausgleich sozialer Unterschiede in Gesundheitschancen und Lebenserwartung sind zentrale Elemente des vorsorgenden Sozialstaates. Jedes Kind hat ein Recht auf gesunde Lebensbedingungen und umfassende Gesundheitserziehung. Gezielte und systematische Gesundheitsvorsorge auch im Alter vermeidet chronische Erkrankungen, erhält die Lebensqualität und vermeidet Pflegebedürftigkeit. Besondere Beachtung wollen wir zukünftig der Früherkennung und Frühbehandlung von Demenz schenken.

Wir wollen gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen zum Erhalt der Beschäfti-

gungsfähigkeit und zur Sicherung der Lebensqualität aller Erwerbstätigen voranbringen. Dem Gendergedanken wollen wir im Gesundheitswesen durch geschlechterspezifische Forschung und Versorgung Geltung verschaffen. Wir wollen durch ein Präventionsgesetz die gesundheitliche Prävention von Anbeginn stärken und Gesundheitsziele als Handlungsrahmen definieren. Bund, Länder, Kommunen, die Sozialversicherungsträger und die Private Krankenversicherung müssen sich an Organisation, Gestaltung und Finanzierung beteiligen.

3. Lebensqualität stärken – für eine gute Pflege

Die demografische Entwicklung stellt unsere Gesellschaft vor große Herausforderungen. Mit der Pflegereform 2008 wurden wichtige Grundlagen für die Zukunft der Pflege gelegt. Die Reformen müssen fortgesetzt werden:

- Wir wollen die Bürgerversicherung auch für die Absicherung des Pflegerisikos einführen. Bei gleichen Versicherungs-, Leistungs- und Beitragsrechten von privaten und gesetzlich Pflegeversicherten streben wir kurzfristig auch die Zusammenführung dieser Systeme in der Finanzierung an.
- Mit der Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs wollen wir die Hilfen der Pflegeversicherung zielgenauer auf die individuellen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen ausrichten.
- Unter Beteiligung von Ländern und Kommunen sollen die „Hilfen vor Ort“ weiterentwickelt werden, um pflegebedürftige Menschen möglichst lange in der eigenen Häuslichkeit versorgen zu können.
- Professionelle Pflege, Familienselbsthilfe und Nachbarschaftshilfe sollen als aktive Bürgerhilfe besser vernetzt werden.

4. Seelische Gesundheit stärken – psychisch Kranken wirksam helfen

Psychische Erkrankungen gehören zwischenzeitlich zu den am häufigsten diagnostizierten Erkrankungen. Nur eine Kurskorrektur in der Politik mit verlässlicher Beschäftigungssicherung, fairer Lohnpolitik und fördernde, statt ausgrenzender Bildung reduziert Angst und Depression. In der Versorgung psychisch kranker Menschen fehlen immer noch wohnortnahe ambulante Hilfsangebote und die verbindliche Vernetzung.

Um auch für schwer psychisch Kranke bedarfsgerechte Hilfen in der jeweiligen Heimatregion sicherzustellen, sind regionale Gemeindepsychiatrische Verbände der Leistungserbringer und Kostenträger erforderlich, die eine regionale Versorgungsverpflichtung übernehmen, den Betroffenen aber auch Wahlmöglichkeiten belassen.

5. Die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

Eine patientenorientierte, flächendeckende, medizinische, rehabilitative, pflegerische und soziale Versorgung ist unabdingbar für eine älter werdende Gesellschaft. Um eine bedarfsgerechte und qualitätsorientierte Versorgung bei gleichzeitigem Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung sicher zu stellen, brauchen wir weitere Schritte zur Flexibilisierung des Vertragsgeschehens.

Wir wollen die regionale Strukturverantwortung stärken. Die Versorgungsqualität ist durch regionale Kooperation und Koordination zwischen den Akteuren im Gesundheitswesen sicherzustellen und weiterzuentwickeln. Jede Patientin und jeder Patient muss die Sicherheit haben, dass alle an ihrer Behandlung beteiligten verlässlich zusammenarbeiten und abgestimmte Behandlungsstrategien verfolgen. Dazu ist die integrierte Versorgung zu verstetigen und durch eine verlässliche Finanzierung dauerhaft zu sichern. Gleiches gilt für die Versorgung chronisch kranker Menschen durch Leitlinien gestützte und evidenzbasierte Behandlungsprogramme. Krankenhäuser müssen mit einer soliden finanziellen Grundlage ihre wichtige Versorgungsaufgabe erfüllen können. Wir fordern, dass die Länder ihrer Investitionsfinanzierungsverpflichtung verbindlich nachkommen. Nur bei ausreichender personeller Ausstattung ist qualitätsgesicherte Arbeit in den Kliniken möglich.

Das DRG-System hat sich bewährt und muss konsequent qualitätsorientiert weiterentwickelt werden.

Wir fordern, dass die Erstattungsfähigkeit von Arzneimittelkosten zukünftig an den Nachweis des tatsächlichen Mehrnutzens gemäß Kosten-Nutzen-Bewertung gebunden wird. Scheininnovationen dürfen nicht weiter zu Lasten der solidarischen Versicherungsgemeinschaft finanziert werden. Die solidarische und soziale Krankenversicherung muss zunehmend zum patientenorientierten Gestalter der Gesundheitsland-

schaft und Mittler zwischen ihren Versicherten und den Anbietern von Gesundheitsleistungen werden. Wir wollen, dass sich die Kranken- und Pflegekassen zukünftig verstärkt gemeinsam für eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung von guter Qualität einsetzen. Als Sachwalter der Versicherten tragen sie gemeinsam die Verantwortung für bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen in allen Regionen des Landes.

6. Gute Arbeit in Medizin und Pflege:

Gute Arbeit zu schaffen, ist das Ziel der SPD für alle Bereiche der Arbeitsgesellschaft. Gute Arbeitsbedingungen, Ausbildungs-, Aufstiegs- und Qualifikationsmöglichkeiten, Vereinbarkeit von Familie und Beruf und faire Löhne haben im Gesundheitswesen einen besonders hohen Stellenwert. Gerade für Beschäftigung, die Dienst am Menschen ist, muss ein Einkommen selbstverständlich sein, welches ein auskömmliches Dasein ermöglicht. Deshalb brauchen wir gesetzliche Vorgaben, die verbindlich regeln, dass aus Sozialbeiträgen finanzierte Arbeitsplätze grundsätzlich sozialversicherungspflichtig und tarifgebunden sein müssen.

8. Gesundheit – Investition in die Zukunft

Die soziale Gesundheitswirtschaft ist mit einem Umsatz von 260 Mrd. Euro eine der größten und mit 4,3 Mio. Beschäftigten die beschäftigungsstärkste Branche in Deutschland. Die Wachstumspotenziale sind enorm. Damit wirklich dauerhaft Wachstum erreicht werden kann, ist von zentraler Bedeutung, dass es genügend „Kaufkraft“ im „Gesundheitsmarkt“ gibt. Die Bedarfsdeckung bei allen potentiellen Nachfragern medizinisch notwendiger Leistungen ist nur über die solidarische und paritätische Finanzierung von Gesundheitsdienstleistungen zu erreichen. Mit keiner anderen Finanzierungsform wird es möglich sein, genügend finanzielle Mittel zur allgemeinen und gleichmäßigen Bedarfsdeckung zu heben. Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung sind daher nicht „Lohnnebenkosten“ i.S. von Belastung für wirtschaftliches Handeln, sondern produktiv eingesetztes Kapital, welches direkt und indirekt Arbeitsplätze schafft und sichert. Durch die GKV, solidarisch finanziert, wird überhaupt erst diese große Branche verlässlich und nachhaltig stabilisiert und entwicklungsfähig gehalten.

Belegarzt versus Konsiliararzt? (Fortsetzung von Seite 1)

Vergütungsreform gefährdet das Belegarzt-System

– Der klassische Belegarzt ist der freiberuflich tätige Arzt, der in einem Beleg-Krankenhaus arbeitet und über die Kassenärztliche Vereinigung abrechnet. Das Krankenhaus erhält für seine Leistung die Belegarzt-Fallpauschale (B-DRG).
– Der Konsiliararzt ist ein niedergelassener Vertragsarzt, der freiberuflich konsiliarärztliche Leistungen im Sinne von § 2 Abs. 2 Nr. 2 KHentG (vom Krankenhaus veranlasste Leistungen Dritter) im A-Krankenhaus erbringt.

Neu ist der sogenannte unechte Konsiliararzt, der nicht nur Nebenleistungen des Krankenhauses, sondern direkt Leistungen aus dem Krankenhausbedarfsplan, z.B. operative Eingriffe, abwickelt.

Es gibt einige Probleme für die Tätigkeit des Konsiliararztes: Er darf nur Leistungen innerhalb des Versorgungsauftrags des Krankenhauses erbringen. Zudem ist der Umfang seiner Tätigkeit zeitlich beschränkt auf 13 Stunden in der Woche (nach einem Urteil des Bundessozialgerichts). Der Belegarzt hat dagegen etwas mehr Spielraum: Für ihn ist im Bundesmantelvertrag Ärzte geregelt, dass die stationäre Tätigkeit nicht den Schwerpunkt seiner Gesamttätigkeit ausmachen darf. Abrechnen kann der Konsiliararzt nach der GOÄ, was aber nicht zwingend ist. Weit verbreitet ist die Vergütung nach Pauschalen.

● **Alternative: Honorararzt**

Als Alternativen zum Konsiliararzt nannte die Juristin die Teilanstellung eines Vertragsarztes im Krankenhaus, was durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz möglich geworden ist. Allerdings gilt auch für ihn die zeitliche Beschränkung auf 13 Stunden pro Woche. Eine andere Alternative ist der „Honorararzt“. Im Krankenhausreformgesetz wird dem Belegkrankenhaus erlaubt, auch Hauptabteilungs-DRGs abzurechnen und mit seinen Belegärzten entsprechende Honorarverträge abzuschließen. Der Begriff Honorararzt ist deshalb durch einen Belegarzt definiert, der Honorararztverträge mit seinem Krankenhaus abschließt.

Für BDI-Vorstandsmitglied Dr. Hans-Friedrich Spies ist das Belegarzt-System die einzige gelebte Integrationsversorgung hierzulande. In anderen Ländern wie etwa Großbritannien ist sie die Regelversorgung. Der Belegarzt bekommt seine Vergütung von der Kassenärztlichen Vereinigung und das Krankenhaus erhält die B-DRG, die oft niedriger ist als die A-DRG abzüglich der ärztlichen Leistung.

● **Systemfehler in der Vergütung**

Der Kardiologe Spies, der selbst als Belegarzt in Frankfurt/Main arbeitet, sieht in der Vergütung des Belegarztes einen Systemfehler: Leistungen, die nach dem EBM vergütet werden, unterliegen laut Gesetz dem Erlaubnisvorbehalt, während stationäre Leistungen einem Verbotsvorbehalt unterliegen. Die schnelle Anpassung des DRG-Systems bei einem restriktiven EBM-Katalog eröffnet de facto eine Grauzone. Bei der letzten Reform des EBM 2000 plus wurden die Belegärzte regelrecht vergessen, konstatierte Spies.

Der bundeseinheitliche Punktwert von 3,5001 Cent macht das Belegarzt-System zum Verlustgeschäft. An die Krankenkassen richtete er die Forderung nach gleichviel Geld wie 2008 für die Belegärzte, nicht mehr, aber auch nicht weniger. Die Krankenhäuser können über die A-DRG abrechnen und Verträge mit Belegärzten abschließen. Unverständlich sei es für ihn, so Spies, dass die A-DRG nicht zu 100%, sondern nur zu 80% gezahlt würden. Damit werde eine Lösung des Vergütungsproblems ad absurdum geführt. Wenn es nicht gelinge, die 100%ige Abrechnung der A-DRG durchzusetzen, bleibe gar kein anderer Weg, als die B-Häuser in A-Häuser umzuwandeln. Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK) sieht hier schon seit 2004 einen Handlungsbedarf, erläuterte dessen Hauptgeschäftsführer Thomas Bublitz. In dem Verband sind 584 Privatkliniken und 500 private Reha-Kliniken organisiert. Von insgesamt 500 000 Betten sind 24 000 belegärztliche Betten, 6300 Ärzte arbeiten als Belegärzte in den Privatkliniken. Für die Häuser ist dies von Vorteil, erklärte Bublitz: Sie bieten damit eine stationäre Versorgung auf Chefarzt-Niveau und können die stationäre Versorgung auch in dünn besiedelten Regionen sicherstellen.

Der BDPK tritt dafür ein, den Kliniken und den Ärzten die Legitimation zu geben, ihre Angelegenheiten eigenvertraglich zu regeln. Derzeit werde der Belegarzt im EBM und das Krankenhaus im DRG-System vergütungsrechtlich diskriminiert. Gründe für das Abweichen von der reinen Struktur der Hauptabteilung im Krankenhaus sieht PD Dr. Michael A. Weber, Chefarzt der Inneren Abteilung der Amper-Kliniken AG - Klinikum Dachau und Vizepräsident des Chefarzt-Verbandes (VLK), viele: z.B. weil das Einweiser-Marketing oder der Ruf des Hauses nicht zu einer ausreichenden Belegung führen, weil die Zahl der angestellten Ärzte zu niedrig ist, weil es an quali-

fizierten Ärzten für Spezialgebiete fehlt oder weil einweisende Fachärzte durch Spezialverträge eingebunden werden sollen.

Aufgrund seiner persönlichen Erfahrung hält er es für schwierig, eine Hauptabteilung mit Belegärzten im Alltag zu führen – „Das sind alles Chefärzte“. Honorarärzte wären besser in die Abteilungsstruktur einzubinden.

Er geht davon aus, dass Honorarärzte bzw. unechte Konsiliarärzte und Teilangestellte an Chefarzt-geführten Abteilungen eine zunehmende Rolle spielen werden, was auch von der Entwicklung der Regelleistungsvolumina und des Ärztemangels abhängt. Allerdings ist für ihn die Einordnung in das Team am Krankenhaus zwingend.

● **Kasse schätzt die Vorteile**

Jürgen Malzahn, Leiter der Abteilung Stationäre Versorgung im AOK Bundesverband, räumte ein, dass die belegärztliche Versorgung wegen der Punktwert-Entwicklung infolge der Honorarreform in Schwierigkeiten geraten sei. Die Situation in Deutschland ist uneinheitlich: In den fünf neuen Bundesländer werden „unechte“ konsiliarärztliche Leistungen in hohem Umfang erbracht. Einzelne Bundesländer stellen es den Krankenhäusern weitgehend frei, ob sie ihre Abteilungen als Haupt- oder Belegabteilung führen wollen. Andere Bundesländer wiederum planen die Krankenhausversorgung bis ins kleinste Detail.

Aus Sicht einer Krankenkasse hat das Belegarzt-System unbestreitbare

Vorteile, sagte er in Wiesbaden. Es handle sich um eine bewährte Form der Versorgung mit einem transparenten Verfahren der Zulassung und der Prüfung der Qualifikation der einzelnen Ärzte. Vorteilhaft sei auch die Beteiligung der Krankenkassen am Verfahren im Zulassungsausschuss.

Malzahn sieht einen dringenden Handlungsbedarf, weil sonst die Gefahr bestehe, dass das Belegarzt-System binnen weniger Jahre verschwunden sein dürfte. Ein fairer Vertragswettbewerb benötige aber gleichlange Spieße der Beteiligten. Eine Anpassung an den höchstmöglichen Preis sei auf keinen Fall eine akzeptable Lösung.

KS

Honorarreform

Abrechnungswirrwarr trotz 3,5 Cent bundesweit

Politik und Selbstverwaltung sind mit der Vergütungsreform zum 1.1.2009 mit der Vorgabe angetreten, dass man durch eine Vereinheitlichung des Punktwertes für die Vertragsärzte in der Bundesrepublik Deutschland zu einer vergleichbaren Honorarsituation zwischen den Bundesländern kommt. Man hatte die Hoffnung, dass die Einnahmen des Vertragsarztes in Mecklenburg-Vorpommern und in Bayern vergleichbar sind wenn man einen Punktwert – in diesem Falle von 3,5 Cent – einführt. Auch diese politische Vorgabe ist nicht eingehalten worden.

Zunächst haben die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bemerkt, dass sich die Regelleistungsvolumina vom 1. zum 2. Quartal elementar unterscheiden. Eine Konstanz der Abrechnung über ein Quartal hinaus ist somit schon zur Illusion geworden. Hier finden sich aufgrund des Berechnungsmodus so große Unterschiede, dass die alte Rechtsunsicherheit der Abrechnung im Prinzip geblieben ist.

● **Nichts hat sich geändert!**

Das Desaster wird noch größer, wenn man die Fallwerte der einzelnen Fachgruppen in den Bundesländern vergleicht. Hier hat sich überhaupt nichts geändert. Bereits früher bestanden zwischen den einzelnen KV-Bezirken Differenzen im zweistelligen Prozentbereich. Sie bestehen weiter.

Es ist einem Vertragsarzt nicht zu erläutern, warum er unter vergleichbaren Bedingungen in Westfalen-Lippe 26,18 Euro und in Thüringen 53,31 Euro für den Fall bekommen soll. Diese Differenz liegt zum Beispiel bei den fachärztlich tätigen Internisten ohne Schwerpunkt vor. In Abbildung 1 sind die Fallwerte im Regelleistungsvolumen für die fachärztlich tätigen Internisten ohne Schwerpunkt zusammengestellt, sofern sie dem BDI zur Verfügung stehen. Hier wird besonders deutlich, dass in Fachgebieten, die eine große Streubreite des Leistungsgeschehens haben, eine Annäherung der Fallwerte selbst bei einem einheitlichen Punktwert nicht erreicht

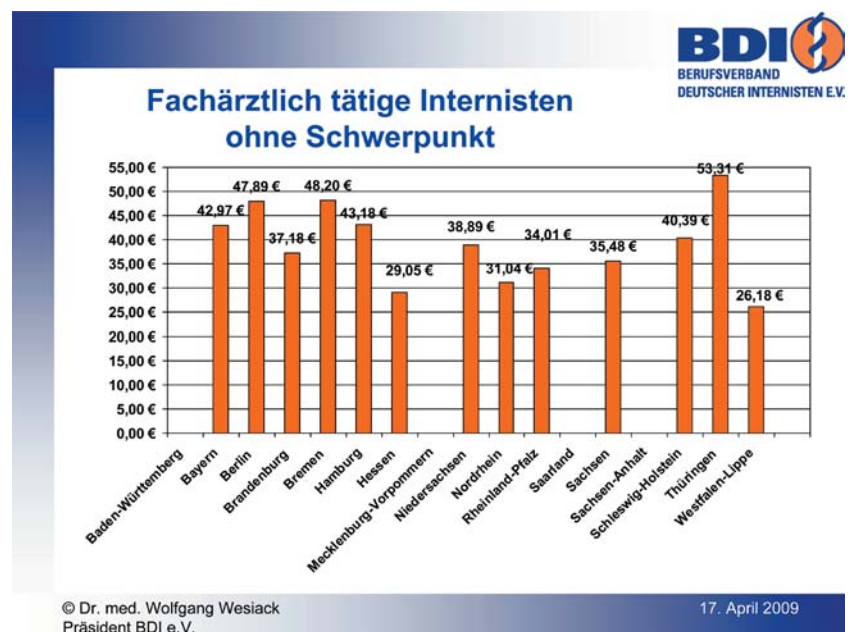


Abb.1 Fallwerte im RLV, 2. Quartal 2009 für fachärztlich tätige Internisten ohne Schwerpunkt

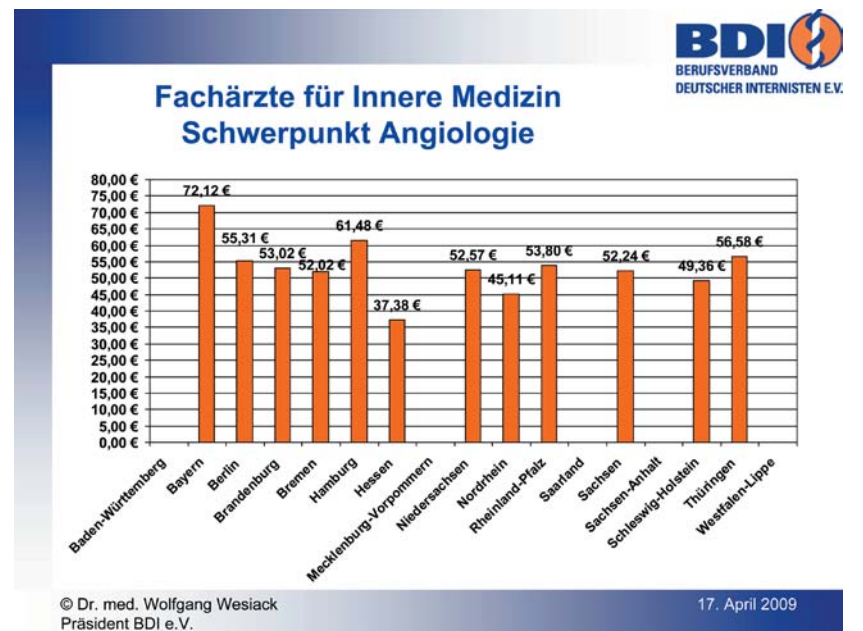


Abb.2 Fallwerte im RLV, 2. Quartal 2009 für Angiologen

werden kann. Die beteiligten Akteure müssen sich bei diesem Ergebnis ernsthaft überlegen, ob die Pauschalierungen bei den internistischen Fächern überhaupt noch systematisch durchgehalten werden kann. Im Übrigen ist dieses Problem nicht nur bei den Fachärzten ohne Schwerpunkt sichtbar, sondern auch – allerdings in einem geringeren Umfang – bei den Schwerpunktinternisten. Abbildung 2 verdeutlicht dies am Beispiel der Angiologen. Einen Sonderfall stellen die Hessischen Verhältnisse dar. Hier hat es einen Schiedsspruch gegeben, dass die Leistungen nach § 115 b, also invasive Eingriffe, bei den Angiologen weiter extrabudgetär vergütet werden und deshalb nicht im Regelleistungsvolumen erscheinen. Der hessische Wert ist deshalb im Prin-

zip mit den übrigen KVen nicht vergleichbar.

● **Wo sind die Millionen geblieben?**

Die Diskussion unter den Vertragsärzten geht weiter um die Frage, wo die vielen Millionen geblieben sind. So wird von einzelnen vermutet, dass die extrabudgetären Leistungen einen großen Teil der Finanzmittel verbraucht haben. Dies kann zumindest in den KV-Bezirken mit vielen ambulanten Operateuren und Belegärzten nicht zutreffen, da hier Punktwertverluste im zweistelligen Bereich durch die Vereinheitlichung des Punktwertes auf 3,5 Cent eingetreten sind. So sind z. B. in Hessen bei den Belegärzten alleine 10 Mio. Euro von den Krankenkassen eingespart worden, da die Punktwerte von 2008 um bis zu 25 % abgesenkt wurden.

Vergleicht man die vorhandenen Werte, so kommt der begründete Verdacht auf, dass das meiste Geld tatsächlich durch eine Verschiebung in die neuen Bundesländer verbraucht wurde. Es handelt sich somit um eine verspätete Finanzierung der Wiedervereinigung. Die Finanzmittel stehen den Ärzten in den neuen Bundesländern mit Sicherheit zu. Der Ausgleich hätte schon vor Jahren stattfinden müssen. Es stellt sich nur die berechnete Frage, ob ein von der Wiedervereinigung ausgelöster Finanzausgleich alleine von den Vertragsärzten getragen werden muss oder ob es sich nicht um eine Angelegenheit der Krankenkassen oder des Staates handelt. Für diese Diskussion dürfte es zu spät sein.

HFS

Was wird aus der PKV?

Keine einheitliche Strategie

Während die CDU/CSU und die FDP die private Krankenversicherung weiter für unverzichtbar halten, sehen die SPD, die Grünen und die Linke hier ein Auslaufmodell, das nach der nächsten Bundestagswahl abgeschafft werden soll. Die von ihnen favorisierte Bürgerversicherung hat für eine private Vollversicherung keinen Platz mehr.

Die privaten Versicherungen fühlen sich deshalb schon länger in ihrer Existenz bedroht. Ihr Verband versucht deshalb eine Standortbestimmung und konzentriert sich dabei auf die Mehrkosten bei der Behandlung eines Privatversicherten im Vergleich zur GKV. Der Abstand zur gesetzlichen Versicherung habe sich kontinuierlich vergrößert und wird inzwischen mit 10,5 Milliarden Euro veranschlagt. In die gleiche Kerbe haut auch die Techniker Krankenkasse, die ausgerechnet hat, dass eine Behandlung bei einer Kostenerstattung 2,28-mal so viel kostet wie im Sachleistungsprinzip der GKV.

● **Differenzen im Leistungsangebot**

Welches Ziel verfolgen die Kassen mit der Veröffentlichung dieser Daten? Vordergründig möchte man wohl auf die Neufassung der GOÄ Einfluss nehmen, um in Zukunft die Behandlungskosten zu senken.

Diese Argumentation ist für die privaten Kassen aber nicht ungefährlich, wird damit das Interesse der Politik und der GKV gefördert, sich diese Gelder in Zukunft via Bürgerversicherung einzuverleiben. Indirekt liefert man auch Argumente, den EBM und die GOÄ gleichzuschalten.

Es geht aus der Sicht der Versicherten aber nicht nur ums Geld. In der Diskussion müssen auch die Differenzen im Leistungsangebot von PKV zur GKV berücksichtigt werden. Die GOÄ ist aufgrund von Analogbewertungen in der Lage, schnell neue Leistungen für Privatversicherte aufzunehmen. Der Leistungskatalog ist heute schon viel umfangreicher und kann im Vergleich zur GKV schneller angepasst werden. Die restriktive Entscheidungspraxis des Gemeinsamen Bundesausschusses wird diese Differenz weiter vergrößern. Faktisch wird der Katalog der GKV

ohnehin festgeschrieben, mit dem unausgesprochenen Ziel, auf Dauer zu einer Art Grundleistungsdefinition zu kommen, indem man neue Leistungen nicht mehr aufnimmt. Bei den Zahlen werden also Äpfel mit Birnen verglichen.

Warum wählt ein Bürger in Deutschland eine Privatversicherung? Doch nicht deshalb, weil er das Portemonnaie der Ärzte füllen will. Er ist am größeren Leistungskatalog interessiert, dafür ist er bereit mehr zu zahlen!

Entscheidend ist auch die freie Arztwahl im Krankenhaus, die eine gesetzliche Kasse nicht bieten kann. Dies scheint für den Bürger besonders wichtig, wie der wachsende Markt der stationären Zusatzversicherungen zeigt.

● **Vorausiegender Gehorsam**

Die PKV vermeidet diese Diskussion, offensichtlich ist sie sich in ihren eigenen Reihen nicht einig wie man sich positionieren soll. Anders ist das Verhalten mancher Privatkassen nicht zu verstehen, wenn sie sich bei der Erstattung von Leistungen auf den GKV-Katalog beziehen und Rechnungen kürzen. Ist diesen Kassen bewusst, dass sie sich damit den Ast absägen, auf dem sie bei einer Vollversicherung sitzen? Es entsteht zunehmend der Eindruck, dass manche, wenn auch nicht alle Privatversicherer sich schon jetzt aus der Vollversicherung verabschieden, weil sie glauben, dass die politische Entwicklung zur Bürgerversicherung mit definierter Grundversorgung tendiert. So etwas nennt man auch vorausielegenden Gehorsam.

Der PKV-Verband hat offensichtlich gegenüber der Politik keine einheitliche Strategie. Damit kann er leicht zur Beute der Systemumwandler werden.

HFS

Kommentar

Marktwirtschaft

Zu den Merkmalen der sozialen Marktwirtschaft gehören unter anderem die Vertragsfreiheit, ein offener Markt, Zutritt für den Anbieter, eine Markttransparenz für den Kunden und eine dezentrale wettbewerbliche Preissteuerung. Von diesen Grundprinzipien der sozialen Marktwirtschaft ist für die Ärzte nichts mehr übrig geblieben. Dies hängt mit den politischen und gesetzlichen Vorgaben bei den zahlreichen Gesundheitsreformen zusammen, wird aber auch teilweise durch das Verhalten der Ärzte selbst mit verursacht, die in der Regel versuchen, innerärztliche Konkurrenten vom Markt zu verdrängen. Begonnen hat dies mit einer restriktiven Erteilung von Ermächtigungen von Krankenhausärzten. Deren medizinisches Wissen hat im Vergleich zu ambulant tätigen Vertragsärzten unterschiedliche Schwerpunkte. Die Trennung ambulant und stationär führt hier zu einer Behinderung des Austausches der Wissensinhalte, die Qualitätskontrolle stationärer Behandlungen wird zusätzlich erschwert, da die ambulanten Vorzeugen der Behandlung bei der Bewertung nicht zur Verfügung stehen.

Die Politik hat deshalb mit einer Öffnung der Krankenhäuser nach § 116 b und mit der Einführung von medizinischen Versorgungszentren geantwortet, bei denen die Krankenhäuser in der Gründerebene beteiligt werden können. Die Unterschiede bei den MVZs liegen deshalb weniger in der Leistungserbringung als in den Matadoren auf der Gründerebene. Hier muss unterschieden werden zwischen der Institutionalisierung durch ein Krankenhaus oder durch eine Geschäftsführung durch behandelnde Ärzte selbst. Dabei sei dahingestellt, inwieweit sich die beiden MVZs betreffend einer Institutionalisierung unterscheiden. Tatsache ist, dass durch MVZs selbstständig geführte Arztpraxen (auch Gemeinschaftspraxen und Praxengemeinschaften) vom Markt verdrängt werden können.

In der vertragsärztlichen Patientenbetreuung wurde der Streit weitergeführt durch eine Trennung in eine hausärztliche und fachärztliche Versorgungsebene. Hier haben die Politik und die Körperschaften alleine einen befriedeten Bereich eingeführt, der den übrigen Anbietern den Marktzutritt verbietet. Ziel war dabei mit den knappen Ressourcen auszukommen und sie möglichst in den jeweilig eigenen Versorgungsbereich zu verteilen.

Wir Ärzte glauben inzwischen über pauschalierende Entgeltsysteme überleben zu können. Pauschalierung bedeutet aber Leistungsentzug am Patienten und eine ungerechte Verteilung der erbrachten Leistungen unter den Ärzten, wobei die Ärzte mit einem hohen Leistungsan-

spruch in der Regel benachteiligt werden. Eine Wettbewerbsaufsicht ist erforderlich, um den Verteilungskampf zwischen den Versorgungsebenen zu beenden.

Hier muss die duale Finanzierung der Krankenhäuser abgeschafft werden, um die dadurch entstehenden Wettbewerbsverzerrungen zu verhindern. Zur flächendeckenden Versorgung benötigen auch Arztpraxen Investitionszuschüsse. Die Länder müssen die staatliche Krankenhausplanung zu Gunsten einer Rahmenplanung aufgeben, um Versorgungsdefizite und Überversorgung mit einem ruinösen Wettbewerb zu verhindern. Die Unzufriedenheit und Verunsicherung der Patienten, der Ärzte und der Krankenhäuser wird durch das planwirtschaftliche, undurchschaubare und überregulierte Gesundheitswesen verursacht. Wie erwähnt haben wir als Ärzte und Körperschaften dabei mitgeholfen.

Das Problem der Leistungsausweitung kann leistungsorientiert über eine Einbeziehung der Versicherten z. B. mit einer prozentualen Eigenbeteiligung verhindert werden. Hierzu braucht man keine Honorarverteilungsmaßstäbe. Die Versicherten werden bereits heute mit Zuzahlungen von bis zu 8 Milliarden Euro belastet, ohne dass eine steuernde Wirkung beobachtet wird. Der Übergang von notwendiger Krankenbehandlung, Prävention, Wünschen des Patienten und Wellness ist inzwischen fließend und kann staatlich nicht mehr reguliert werden. Auch die versicherungsfremden Leistungen sind weiterhin ein Ärgernis. Sie müssen vom Staat übernommen werden.

Zusammenfassend haben wir Ärzte in der Vergangenheit oft nach staatlicher Regulierung gerufen und haben dadurch mitgeholfen, eine undurchschaubare, planwirtschaftliche Überregulierung herbeizuführen, die schrittweise unsere Freiheit der Berufsausübung eingeschränkt hat. Sie ist nahezu gänzlich verlorengegangen. Statt Streitigkeiten in der Öffentlichkeit auszutragen, sollten wir die Regeln der sozialen Marktwirtschaft anerkennen. Dies bedeutet, dass eine Einzelleistungsvergütung zu fordern ist, sonst kommen wir in die Staatsmedizin, bei der der Arzt zum Krankenkassenangestellten degradiert wird, der auch die medizinischen Vorgaben der Krankenkasse auszufüllen hat. Ein typisches Beispiel ist hier der bayerische Hausarztvertrag mit der AOK.

Prof. Dr. med. Jürgen Zehner

Wirtschaftskrise

Gut angelegtes Geld

Die Wirtschaftskrise macht auch vor der gesetzlichen Krankenversicherung nicht halt. Bei den veranschlagten 167 Milliarden Euro des Gesundheitsfonds wird es bleiben, obwohl die Einnahmen nach letzten Schätzungen um 2,9 Milliarden Euro auf der Seite der Beiträge sinken werden.

Auch hier muss der Staat und damit der Steuerzahler einspringen. Das Geld ist mit Sicherheit gut angelegt, fließt es doch in einen Wirtschaftszweig, der in Deutschland mit am meisten zur Beschäftigung beiträgt, zumindest mehr als die gehätschelte Automobilindustrie.

HFS