

Editorial

Die Attraktivität des Arztberufs nimmt weiter ab; ein Ärztemangel für das nächste Jahrzehnt erscheint unausweichlich. In dieser Einschätzung sind sich Krankenhausärzte und niedergelassene Ärzte weitgehend einig. Immer mehr Ärzte raten jungen Kollegen ab, sich noch niederzulassen. Große Befürchtungen bestehen auch in Hinblick auf die zukünftige Situation in den Krankenhäusern. Die überwiegende Mehrheit der Krankenhausärzte rechnet mit Nachwuchsproblemen.

Die Gründe für diese düstere Einschätzung liegen auf der Hand. Zunahme an Bürokratie, Arbeitsverdichtung, unflexible Arbeits-

zeiten, Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation und die mangelnde Zeit, sich um Patienten zu kümmern, sind nur einige der Ursachen. Die in den letzten Jahren deutlich verschlechterten Rahmenbedingungen einer verfehlten Gesundheitspolitik, die negative Stimmungsmache gegen Ärzte in den Medien, die durch den Kostendruck immer intensivere Einschränkung der ärztlichen Therapiefreiheit hinterlassen ihre Spuren. Hinzu kommt die Tatsache, dass die Medizin in Zukunft weiblicher wird, eine Entwicklung, der wir uns mit neuen strukturellen und personellen Konzepten stellen müssen.

Und trotzdem besteht die Politik weiterhin auf einem fast unbegrenzten

Leistungsversprechen und streut den Bürgerinnen und Bürgern Sand in die Augen. Deshalb vertrauen auch die Bürgerinnen und Bürger den Politikern nicht mehr.

Nach der Bundestagswahl erwarten die Bundesbürger grundlegende Reformen im Gesundheitssystem, glauben aber nicht an eine erfolgreiche Umsetzung.

Die Attraktivität unseres Faches Innere Medizin ist aber weiter ungebrochen. Über Nachwuchsmangel brauchen wir uns noch nicht zu beklagen. Die Zahl der Fachärzte für Innere Medizin steigt pro Jahr um etwa 600 bis 800 Ärztinnen und Ärzte an. Betrug die Anzahl an Internisten im



Präsident
Dr. med. Wolfgang Wesiack,
Hamburg

Jahr 2004 noch 38 599, so ist sie im Jahr 2008 auf 41 722 angestiegen.

Wir brauchen diese Ärztinnen und Ärzte auch in der Zukunft, da unsere Bevölkerung immer älter wird, Patienten mit komplexen internistischen Erkrankungen zunehmen und die Fortschritte in der Diagnostik und Therapie den Patientinnen und

Patienten mit internistischen Erkrankungen schnell zukommen sollen.

Angesichts dieser Aussichten werden auch die Aufgaben des Berufsverbandes Deutscher Internisten, ihres BDI e.V., immer anspruchsvoller und wichtiger. Ihre Unterstützung ist in der Zukunft wichtiger denn je.

Nur gemeinsam können wir erfolgreich die Zukunft gestalten!

Ihr

Dr. med. Wolfgang Wesiack
Präsident

Selektivvertrag für hausärztlich tätige Internisten (Fortsetzung von Seite 1)

Der BDI macht ein Angebot – doch es wird auf Eis gelegt

● BDI erarbeitet Konzept

Die Ersatzkassen signalisierten bereits im März 2009 von höchster Ebene Interesse, mit dem BDI zu einem Alternativvertrag über die hausärztliche Versorgung zu kommen, und baten den Verband, innerhalb von vier Wochen ein Eckpunktepapier zu erstellen. Grundsätzlich wurde dabei signalisiert, dass die Vergütungssituation in Bayern akzeptiert, aber die Qualität der Versorgung dabei gesichert und verbessert werden sollte. Der BDI hat innerhalb kurzer Zeit ein modulares Versorgungskonzept nach § 73 b SGB V ausgearbeitet. Dabei wurden die Leistungen des EBM aus der hausärztlichen Versorgungsebene zugrunde gelegt. Der BDI wusste, dass er eine flächendeckende Versorgung bei einem 73-b-Vertrag anbieten muss und dies möglicherweise in bestimmten Regionen bei der Zahl der niedergelassenen hausärztlichen Internisten nicht möglich ist. Man hat deshalb als Alternative auf freiwilliger Basis auch fachärztlich tätige Internisten ohne Schwerpunkt und ggf. auch Allgemeinärzte mit entsprechender internistischer Qualifikation einbinden wollen.

● KV Bayern mit eingebunden

Im April 2009 wurde das Konzept dem VdEK vorgestellt und die Kassenärztliche Vereinigung Bayern mit eingebunden. Für die Kalkulation der einzelnen Module sind die KV-Abrechnungsdaten von Bedeutung. Auch sollte die KV bei der Abwicklung des Vertrages die Servicefunktion

übernehmen. Der BDI hat sich dabei an die zahlreichen öffentlichen Bekundungen der Entscheidungsträger der KV Bayern erinnert, dass man gegenüber ärztlichen Gruppen und Berufsverbänden eine Servicefunktion wahrnehmen will.

Die Verhandlung nahm zunächst einen ermutigenden Verlauf. Erst durch eine Stellungnahme der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern nahm der Prozess eine andere Wendung. Es wurde ein detaillierter Kooperationsvertrag zwischen dem BDI und der KV Bayern vor weiteren Verhandlungen eingefordert. Nach längeren Diskussionen war auch der KV Bayern klar geworden, dass zu diesem Stadium der Verhandlung mit den Krankenkassen ein solch ausführliches Vertragskonstrukt wenig Sinn macht, sodass vom BDI hilfsweise ein Letter of intent als Absichtserklärung formuliert wurde.

Dieses Vorgehen ist aber offensichtlich in der juristischen Abteilung der KV Bayern unter die Räder gekommen. Man bestand weiter auf so detaillierten Formulierungen, dass der Eindruck entstand, dass man an einer wirklichen Kooperation nur begrenzt interessiert ist.

● Es folgte die Ernüchterung

Auch bei dem Partner VdEK, der es am Anfang sehr eilig hatte, stellte sich Ernüchterung ein. Die Verhandlungen wurden nicht abgebrochen, aber auf die lange Bank geschoben, nachdem man bemerkt hat, dass man wohl vor der Bundestagswahl nicht mehr zu

entscheidenden Schiedsamtstlösungen kommt und man zudem hofft, dass der § 73 b nach der Bundestagswahl wieder geändert wird (siehe auch Artikel „Hickhack um den § 73 b“ auf Seite 6).

Damit hat man von Seiten der Krankenkassen Zeit gewonnen, und es keimt gleichzeitig Hoffnung auf, dass man nicht nur mehr Leistungen for-

dern kann, sondern auch bei der Vergütungshöhe unter Herrn Hoppenhaller bleiben kann. Bleibt die alte Kassenforderung: Mehr Leistung, aber bitte für weniger Geld. Unter diesen Bedingungen sind die Verhandlungen für unsere hausärztlichen Mitglieder auf Eis gelegt.

● Enttäuschendes Ergebnis

Man sieht, wie schwierig das Vertragsgeschäft bei selektiven Verträgen angelegt ist. Überraschend war auch das Verhalten der KV Bayern in der Vertragsdiskussion nicht ermutigend. Die vollmundigen Versprechungen einer Service-KV scheinen in der Ver-

handlungspraxis schwer umsetzbar zu sein – vorsichtig ausgedrückt. Es bleibt dabei: Der Gesetzgeber hat neben dem Kollektivvertragssystem die selektiven Verträge als Alternative für die Vertragsgestaltung in Deutschland eingeführt. Es spricht alles dafür, dass dies auch in der nächsten Legislaturperiode des Bundestages so bleibt. Ein Berufsverband wie der BDI wird somit weiter für selektive Verträge nicht nur im hausärztlichen Bereich zur Verfügung stehen. Sein Angebot, die KV als Partner mit einzubinden, bleibt bestehen – trotz der Enttäuschung aus Bayern.

HFS

Die nächste Runde: Hausärzterverband und Verträge nach § 73 b

Insbesondere in der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern stehen seit Monaten die Zeichen auf Sturm, weil dort der Hausärzterverband mit der AOK einen Vertrag abgeschlossen hat, der von den übrigen Krankenkassen nicht akzeptiert wird. Der Gesetzgeber hat durch die Änderung des § 73 b aber auch diese Kassen die Pflicht genommen, zum 30.06.2009 ähnliche Verträge abzuschließen. Hier ist eine Art Meistbegünstigungsklausel für den Hausärzterverband eingeführt worden, die dieser auch landauf, landab einklagt.

Haben die Krankenkassen keinen Vertrag abgeschlossen, kommt es zu einer Schiedsamtstlösung. Hier besteht die große Gefahr, dass in jedem einzelnen KV-Bezirk ein eigenes Schiedsamt eingerichtet wird und eine Art Flickenteppich von hausärztlichen Versorgungsverträgen zustande kommt. Das Bundesversicherungsamt hat jetzt eine drastische Regulierung vorgenommen und die Schiedsamtstvorsitzenden länderbezogen zusammengefasst:

Dabei wird für Bayern und Baden-Württemberg Dr. Klaus Engelmann tätig. Er war Vorsitzender Richter des Bundessozialgerichtes bis zu seiner Pensionierung im März 2008.

In Nordrhein-Westfalen wirkt der Bundestagsabgeordnete Gerald Weiß von der CDU. Er stammt aus dem CDA Hessen.

Schleswig-Holstein, Berlin, Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern sind zusammengefasst worden. Hier wird der ehemalige Sozialrichter Dr. Albin Nees tätig. Er ist pensionierter Staatssekretär aus dem sächsischen Sozialministerium.

Im Saarland, in Rheinland-Pfalz, Niedersachsen, Hamburg und Bremen kommt der Schiedsamtstvorsitzende aus dem Sektor der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Geburtshelfer des Spitzenverbandes Bund, der Dresdner Rechtsanwalt Werner Nicolay, wird hier dem Schiedsamt vorsitzen.

Damit hat das Bundesversicherungsamt durch die Zusammenfassung der verschiedenen KVn mit der Benennung der Schiedsamtstvorsitzenden die Diskussion zumindest kanalisiert.

HFS

24.–26. September 2009 (Fortsetzung von Seite 1)

Zweiter Deutscher Internistentag in Berlin



● Assistententag für

junge Kolleginnen und Kollegen

Ein weiteres Highlight ist der Assistententag, zu dem Assistentinnen und Assistenten am Donnerstag, den 24. September 2009, vom BDI eingeladen sind, ohne dass ihnen für ihre Teilnahme Kosten entstehen. Bei diesem Assistententag kommen Themen zur Sprache, die auf den Nägeln brennen, wie Familienförderung in der Klinik oder „Das familienfreundliche Krankenhaus – Wunsch und Realität“, zu dem die Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes Dr. Astrid Bühren sprechen wird. Nachwuchsförderung im internationalen Vergleich, Vorstellung der Programme der Universitäten Zürich, Göttingen und Berlin sowie das Thema „Medizin und Physik – Synergien in Forschung

und Lehre“ sind weitere interessante Themen, wie auch die Weiterbildungsbewertung. Die Organisatoren des 2. Internistentages hoffen, dass sie mit dem Assistententag viele Probleme junger Kolleginnen und Kollegen ansprechen können und auch versuchen werden, Lösungen anzubieten.

● Berufspolitik von Gebührenordnung bis Riskmanagement

Selbstverständlich kommt die Berufspolitik nicht zu kurz. Folgende Themen werden diskutiert: Riskmanagement für Internisten, Selektivverträge, Zukunft der Inneren Medizin, Auswirkungen der Gesundheitspolitik auf die Patienten, Weiterentwicklung der Gebührenordnung für Ärzte, Arztberuf 2010

oder auch die Weiterbildungsordnung Innere Medizin.

● Umfangreiches Kongressprogramm mit medizinischen Fachthemen

Ein umfangreiches Kongressprogramm mit den Schwerpunktthemen: Angiologie, Nephrologie, aktuelle Entwicklung in der Gastroenterologie, Naturheilkundliche Interventionen bei Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises, Stoffwechselförderung, Diabetologie und Themen aus der Kardiologie, Hämatologie, Pneumologie, Tropen-/Reisemedizin, Infektiologie, Endokrinologie, Geriatrie stehen all jenen zur Verfügung, die sich beim 2. Internistentag weiterbilden wollen. Wie bei allen Kongressen und Fortbildungsveranstaltungen des BDI wird diese Veranstaltung zertifiziert und als ärztliche Fortbildungsveranstaltung von der Ärztekammer Berlin anerkannt und ist mit folgenden CME-Punkten der Kategorie A anrechenbar: pro Tag 8 Punkte, gesamt 24 Punkte. Der Kurs KHK-Intensivseminar wird mit 5 Punkten und der Intensivkurs Diabetologie mit 8 Punkten zusätzlich zertifiziert.

ma



Der Berufsverband Deutscher Internisten e. V. hofft, dass viele Kolleginnen und Kollegen es sich nicht nehmen lassen, die dreitägigen Veranstaltungen zum 2. Internistentag im Langenbeck-Virchow-Haus in Berlin zu besuchen und sich die Themen aussuchen, die sie schon lange hören und diskutieren wollten. Das Programm kann in www.internistentag.de eingesehen werden.

Tagungsort ist das

Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstr. 58/59, 10117 Berlin
E-Mail: info@lvhaus.de
Internet: www.langenbeck-virchow-haus.de

Anmeldung: MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG

Neuwieder Str. 9, 90411 Nürnberg
Tel.: ++49 (0) 911 / 393 16 54
Fax: ++49 (0) 911 / 393 16 56
E-Mail: dit@mcnag.info
Internet: www.internistentag.de

Kurzentschlossene können sich jederzeit vor Ort anmelden.



Der 2. Deutsche Internistentag beginnt am 24. September um 9 Uhr mit einer Fortbildungsveranstaltung zum Thema Angiologie. Im Bild das Foyer des Langenbeck-Virchow-Hauses, in dem der 2. Internistentag stattfindet.

BDI wendet sich gegen „Kopfprämien“ (Forts. von Seite 1)

Keine Überweisungen an Überweiser

● Ärzte werden als geldgierig diffamiert

Die derzeitige Diskussion schadet allen, vor allem dem Vertrauensverhältnis des Patienten zum Arzt, aber auch zum Krankenhaus. Jeder Patient wird sich in Zukunft fragen, ob noch objektive medizinische Gründe bei der Entscheidung für ein Krankenhaus eine Rolle gespielt haben. Die Reaktion der Krankenkassen war zu erwarten: Wenn Prämien gezahlt werden, dann verdienen die Leistungserbringer zu viel, also müssen das Honorar der Ärzte oder die DRGs der Krankenhäuser entsprechend gekürzt werden. Dieses Geld steht uns, den Kassen, zu. Dabei wird vergessen, dass genau diese rein ökonomisch orientierte Denkweise unser Gesundheitswesen vergiftet. Viele Ärzte haben sie leider übernommen. Die Politik freut sich über die Steilvorlage. Hat sie doch endlich ein Wahlhauptthema in der Gesundheitspolitik und kann die Ärzteschaft weiter als besonders geldgierige Berufsgruppe diskreditieren. Man kann den Politikern aber empfehlen, trotz Wahlkampf Sachlichkeit und Augenmaß zu wahren.

● BDI: Kopfprämien müssen verboten bleiben

In der öffentlichen Diskussion darf der Bogen deshalb nicht überspannt werden. Der Gesetzgeber hat gerade an der Grenze ambulant/stationär viele gesetzliche Möglichkeiten eröffnet, um hier die Integration voranzubringen. Im Vertrauen auf diese Regelungen gibt es inzwischen viele auf handfesten Leistungen basierende Verträge zwischen Ärzten und Krankenhäusern, die man aus dieser Diskussion heraushalten sollte. Besonders wenn mit dem Strafrecht gedroht wird. Hier sollten Politiker darauf achten, dass auch übereifrige Staatsanwälte die Grenze zwischen Korruption durch Kopfprämien und gesetzlich und politisch gewollten Verträgen zur integrierten Versorgung einhalten. Auch der BDI hat klargestellt: Kopfprämien sind leistungslose Vergütungen und müssen verboten bleiben, weil sie das Vertrauensverhältnis von Arzt und Patient in unserem kommerzialisierten Gesundheitswesen weiter zerstören.

HFS

Sicherstellungsauftrag

Neue Arbeitsgruppe der Bundesländer gebildet

Die Bundesländer haben unabhängig von ihrer parteipolitischen Ausrichtung in der Sozialministerkonferenz eine Arbeitsgruppe gebildet, die sich mit der zukünftigen Sicherstellung der ärztlichen Versorgung beschäftigen soll. Was steckt hinter einer solchen Diskussion?

In Deutschland wird die krankenhaushäusärztliche Versorgung durch die Länder sichergestellt. Diese erstellen dazu einen Krankenhausbedarfsplan. Die ambulante Versorgung wird von der Kassenärztlichen Vereinigung sichergestellt. Voraussetzung für diese Aufgabenteilung ist eine klare Abgrenzung der ambulanten von der stationären Versorgungsebene. Aber genau diese wird auf vielen Ebenen immer mehr durchlöchert. Die Zahl der medizinischen Eingriffe, die sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden können, steigt permanent. Selbst invasive Behandlungsverfahren, die früher nur unter stationären Bedingungen denkbar waren, sind aufgrund des medizinischen Fortschritts ambulant machbar. Die Entscheidung, ob ein Patient im Krankenhaus behandelt wird, hängt deshalb weitgehend von den Begleiterkrankungen und weniger

von dem Eingriff selbst ab. Alleine aufgrund dieser Entwicklung wird verständlich, dass sich die ambulante und die stationäre Versorgungsschiene nicht mehr ohne weiteres trennen lassen.

● Sicherstellung durch die Länder?

Zahlreiche politische Vorgaben und Gesetzesänderungen haben zusätzlich dazu geführt, dass auch in den ordnungspolitischen Vorgaben die Grenze ambulant/stationär immer mehr in Frage gestellt wird. Dies fängt mit einer integrierten Versorgung nach § 140 an und reicht bis zum stark umstrittenen § 116 b mit der ambulanten Öffnung der Krankenhäuser. Diese Diskussion hat die Bundesländer offensichtlich dazu veranlasst, sich auf eine grundsätzliche Diskussion über die Sicherstellung der medizinischen Versorgung einzustellen.

Es gehört nicht viel Phantasie dazu, dass die Länder die gesamte Sicherstellung der ärztlichen Versorgung für sich reklamieren möchten. Dabei werden auch die Engpässe der ärztlichen Versorgung bei der Niederlassung eine Rolle spielen, glauben doch die Länder, dass ihre regionale Kompetenz diese besser lösen kann als der Bund oder eine Kassenärztliche Bundesvereinigung. Es ist zu erwarten, dass sich hier ein Konflikt zwischen Bundesländern und dem Bundesgesundheitsministerium anbahnt. Von diesem Streit wird aber auch die Kassenärztliche Vereinigung als Institution betroffen sein. Für die wäre bei einer vollständigen Übernahme des Sicherstellungsauftrags durch die Länder in der seitherigen Form nämlich kein Platz mehr.

HFS

Gatekeeping durch Hausärzte (Fortsetzung von Seite 1)

Die endlose Geschichte

Er kann in Deutschland, selbst wenn er sich in einen 73-b-Vertrag eingeschrieben hat, ohne Problem direkt zu einem Facharzt gehen, wenn er die Praxisgebühr entrichtet. Ein entsprechender Einsparungseffekt kann damit durch die vorgesehene Überweisung nicht erwartet werden.

● Kosteneinsparungen erwartet

Die Studie bezieht sich somit vorwiegend auf Ergebnisse aus dem Ausland, hier besonders aus den USA, wo das Gatekeeper-System eine entscheidende Rolle spielt. Die dortigen Versicherer haben die gleichen Hoffnungen wie die deutschen Krankenkassen. Sie erwarten vom Gatekeeper

- Haben Gatekeeping-Modelle Auswirkungen auf die Lebensqualität der Patienten?
- Haben Gatekeeping-Modelle Auswirkungen auf die Zufriedenheit der Patienten mit der Versorgung?
- Haben Gatekeeping-Modelle Einfluss auf die Prozessqualität der Versorgung?
- Ändern Gatekeeping-Modelle die Nutzung von spezialisierter ambulanter oder stationärer Versorgung?
- Beeinflussen Gatekeeping-Modelle die Kosten bzw. die Kosteneffizienz der medizinischen Versorgung?
- Wie zufrieden sind betroffene Hausärzte und Fachspezialisten mit Gatekeeping-Modellen?

Damit steht das erste herausragende Ergebnis fest: Ein weltweit diskutiertes Versorgungsmodell, nämlich das Gatekeeping durch Hausärzte, ist auch nach Jahren und Jahrzehnten immer noch nicht ausreichend wissenschaftlich validiert! Die angesprochenen Hinweise und Tendenzen werden nach Ansicht der Autoren noch zusätzlich relativiert, weil es schwer fällt, die nachgewiesenen Effekte alleine auf die Steuerungskomponente Gatekeeping zurückzuführen. Ein besonders starker Vorbehalt war, dass bei 70 % der Studien keine oder nur ungenügende Angaben zu Details der hier untersuchten Versorgungsmodelle gemacht wurden.

● Widersprüchliche Ergebnisse

Welche Ergebnisse oder Hinweise auf Effekte durch das Gatekeeping-Modell kann man erkennen?

Bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wird nur in zwei von 24 Studien eine Stellungnahme angesprochen. Hier sind Unterschiede mit und ohne Gatekeeping nicht fassbar gewesen.

Auch die Ergebnisse bezüglich der Patientenzufriedenheit sind sehr widersprüchlich. Es fiel nur die leichte Tendenz auf, dass die Gesamtzufriedenheit der Patienten in der Gatekeeping-Gruppe eher abgenommen hat.

Große Hoffnungen macht man sich bei der Häufigkeit einer Krankenhauseinweisung und der Länge des Krankenhausaufenthaltes. Hier zeigen 12 der 24 eingeschlossenen Studien Ergebnisse. Diese sind jedoch ausgesprochen widersprüchlich und reichen von einer statistisch signifikanten Senkung bis hin zu statistisch signifikant höherer Nutzung stationärer Einrichtungen in der Gatekeeper-Gruppe. Ein verwertbares Gesamtergebnis liegt hier nicht vor.

Ähnlich widersprüchliche Ergebnisse finden sich bei der Inanspruchnahme einer Notfallambulanz. Die Reduktion der Nutzung der ambulanten spezialisierten Versorgung ist das erklärte Ziel der in den USA eingeführten Gatekeeping-Modelle. Insgesamt berichten 7 von 15 Studien über eine signifikante Reduktion der Inanspruchnahme. Hier liegt eine eindeutige Tendenz vor, dass die ambulante Inanspruchnahme fachärztlicher Versorgung durch das Gatekeeping-System eingeschränkt wird. Interessant ist, dass sich dies ausgerechnet nicht auf die Nutzung von modernen Bildgebungsverfahren bezieht. In einer Studie aus den USA wird sogar eine höhere Leistungsanspruchnahme beobachtet. Das Ergebnis ist auch hier uneinheitlich. Ein Vergleich mit Deutschland ist bezüglich der Inanspruchnahme von Notfallambulanzen jedoch schwierig: Ein Teil der nicht versicherten US-Bürger ist auf die Notfallambulanzen primär angewiesen. Hier liegt ein systemischer

Unterschied, der einen effektiven Vergleich mit Deutschland nicht zulässt. Auch Effekte auf den Arzneimittelverbrauch sind bei den Studien nicht nachweisbar.

● Gesundheitsausgaben pro Kopf durch Gatekeeping gesunken

Die wichtigste Frage bezieht sich auf die ökonomischen Parameter: Gelingt es tatsächlich, durch die Gatekeeping-Funktion über Hausärzte die Kosten im Gesundheitswesen zu reduzieren. Wenn man die Gesundheitsausgaben pro Kopf unter Gatekeeping betrachtet, stellt man fest, dass doch signifikante Unterschiede vorliegen. Hier wurde Geld eingespart. Ob dies tatsächlich die Gesamtausgaben des Gesundheitswesens reduziert, bleibt offen. Folgekosten durch die Verhaltensänderung im System sind nämlich nicht erfasst worden.

● Negative Folgen für die fachärztliche Versorgung

Fasst man die Untersuchungsergebnisse zusammen, so muss auf die Enttäuschungen hingewiesen wer-

den, dass nach Jahrzehnten der Diskussion über das Gatekeeping-Modell immer noch keine wirklich validen Untersuchungsergebnisse über die Effekte, insbesondere bei den Gesundheitsausgaben insgesamt, vorliegen. Die politisch gesetzten Ziele von Einsparungen im Krankenhaus und im Arzneimittelbereich sind weiter nicht belegt. Es kommt aber zu einer Reduktion der Inanspruchnahme von ambulanter fachärztlicher Versorgung. Nur über diesen Effekt lässt sich die Senkung der Ausgaben pro Kopf erklären.

Vorsichtiges Fazit: Würde man in Deutschland ein konsequentes Gatekeeper-System einführen, wird dies für die ambulante fachärztliche Versorgung negative Folgen haben. Ob solche Strukturveränderungen die Versorgungsqualität aus medizinisch/ärztlicher Sicht negativ oder positiv beeinflussen, ist in keiner der Studien untersucht. Dies wäre aber die entscheidende Frage.

HFS



Bild: Corel Stock

Der Hausarzt als Gatekeeper soll eine Art Wächter sein, der die Patienten an Fachärzte und Krankenhäuser überweist. Ob sich dadurch die Versorgungsqualität verbessern lässt – und außerdem noch Geld gespart werden kann – ist noch immer nicht ausreichend wissenschaftlich untersucht.

eine Reduktion fachärztlicher Leistungen – ambulant und stationär. Dabei geht es hauptsächlich um moderne Bildgebungsverfahren, aber auch um Krankenhauseinweisungen und Krankenhausverweildauer. Natürlich denkt man auch an eine Einsparung auf dem Medikamentensektor. Insofern gleichen sich die Erwartungen in den USA und in Deutschland von Seiten der Kostenträger.

Die Zielsetzung und die Forschungsfragen des Gutachtens beziehen sich auf folgende Punkte:

- Beeinflussen Gatekeeping-Modelle die gesundheitlichen Ergebnisse der medizinischen Versorgung?

● Ergebnis: Gatekeeping nicht ausreichend validiert!

Die Fragen zeigen, dass man sich große Hoffnungen gemacht hat, die entscheidenden Punkte des Gatekeeping-Modells durch eine Analyse zu klären. Umso enttäuschender ist das Ergebnis. Es finden sich nach Ansicht der Autoren nur 24 Studien, die den Ansprüchen entsprechen, überhaupt validiert zu werden. Selbst dabei sind statistisch signifikante Ergebnisse eher eine große Ausnahme. Es gibt immer nur Hinweise auf Effekte. Hinzu kommt, dass oft bei Einzelfragen nur zwei von 24 Studien Antworten geben – und diese sind teilweise widersprüchlich.

Anmerkungen zu einem aktuellen Thema

Budgetierung, Rationierung, Priorisierung, ...

Ansprüche sind grenzenlos und Mittel begrenzt. Neben der Notwendigkeit und der Wirksamkeit einer Behandlung sind auch wirtschaftliche Aspekte (Kosteneffektivität) bei ärztlichem Tun zu berücksichtigen; wir Ärzte sind auch bereit hierzu. Nur nicht auf so fachfremde und willkürliche und unaufrichtige Weise, wie dies bisher hierzulande geschieht. Die Diskussion um Priorisierung der letzten Wochen ist unaufrichtig: Auch jetzt schon gibt es Budgetierung und Rationierung, somit verdeckte unausgesprochene Priorisierung.

Die demografischen Fakten sprechen ihre eigene klare Sprache: Im Jahr 2050 wird es in Deutschland nach Angaben des Statistischen Bundesamts 10 Millionen weniger Einwohner, 10 Millionen mehr Menschen über 80 Jahre und 20 Millionen weniger Erwerbstätige geben. Es ist sternenklar, dass die Sozialsysteme in ihrer jetzigen Form die sich daraus ergebenden Aufgaben nicht bewältigen werden können.

Der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Jörg D. Hoppe, hat auf dem Deutschen Ärztetag im Mai 2009 das Thema „Priorisierung ärztlicher Leistungen“ auf die Tagesordnung gebracht.

Er forderte die Einrichtung eines Gesundheitsrates – besetzt mit Ärzten, Ethikern, Gesundheitsökonomen und Juristen – der sich mit Priorisierungsfragen beschäftigen sollte; die letzte Verantwortung habe aber die Politik. „Wer sagt, die umfassende Gesundheitsversorgung ist sicher, sagt schlicht und einfach nicht die Wahrheit.“

Daraufhin erntete er eine Vielzahl überwiegend negativer Reaktionen aus Politik und von Seiten der Kos-

träger. „Negativer“ Höhepunkt war die Äußerung von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt, diese Sichtweise sei „einigermaßen menschenverachtend“. Von fachkompetenter Seite gab es aber auch viele zustimmende Kommentare wie den von Dr. Wolfgang Wesiack, Präsident des BDI, für diesen Berufsverband.

● Das Sachleistungssystem und die Wünsche der Bevölkerung

Noch gibt es eine breite Mehrheit für die Beibehaltung des Sachleistungssystems. Soziale Sicherheit hat – zu Recht – im Bewusstsein der Menschen einen hohen Stellenwert. Geschürt wird dies durch die unermüdlich wiederholte Behauptung von Politikern, eine Vollversorgung sei weiterhin möglich und gewährleistet. Ministerpräsident Kurt Beck äußerte in Mainz: „Ich finde, Rationierung ist im Zusammenhang mit Gesundheit wirklich ein furchtbares Wort.“ Hoppe konnte da zwar prinzipiell nur zustimmen; aber er, wie auch andere Mediziner, wissen, dass es diese Rationierung bereits gibt. Insofern übt Politik sich hier weiter

in Schönrederei – aus durchsichtigen Gründen: Die Politik will keine gesellschaftliche Debatte über dieses Thema, und die Politik will den Wählern gegenüber den Mangel nicht darstellen; schon gar nicht in Wahljahren!

Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder zitierte die deutschen Versorgungszahlen als Beleg gegen das Vorhandensein eines Mangels; trotzdem sei eine Mengensteuerung notwendig. Diese müsse unter „konsequenter Bewertung des Nutzens und der Kosten einer Therapie und stärkerer Leitlinienbewertung erfolgen“. Der Kundige sieht: Hier ist jemand dem Priorisierungsgedanken schon recht nahe! Denn genau darum geht es ja: die begrenzten Mittel nach rationalen Gesichtspunkten zuzuweisen.

Das Leben im Sachleistungssystem war über viele Jahre für alle Beteiligten (Kostenträger, Patienten, Ärzte) angenehm, für Politiker ohnehin. Ärzte und Heilmittelerbringer waren die ersten, die die negativen Seiten der Budgetierung zu spüren bekamen. Seit Jahren erbringen wir ca. 30% unserer Leistungen ohne Honorierung. Patienten sind in Umfragen noch weit mehrheitlich für die Fortführung des Sachleistungssystems, obgleich gerade sie die zynischen Folgen täglich und zunehmend erfahren: Anträge auf Reha und Kur werden unter freundlicher Ermunterung der Kostenträger massenhaft gestellt, veranlassen auch für uns Ärzte viel Arbeit; nur um dann in dem immer wieder gleichen Bescheid zu enden, „dass ambulante Maßnahmen in gleicher Weise geeignet wären“, den Therapieerfolg herzustellen. Nur... sind dann diese ambulanten Maßnahmen wegen der bekannten Budgets leider nicht zu verordnen... Schade für den Patienten. Budgets führen zu zynischen Folgen für den Patienten, sie sind unsozial und ungerecht (weil sich natürlich wieder mal die Schwächsten nicht ausreichend gegen diese Willkür wehren können; die geschickten Schlauberger erstreiten sich weiter ihre Mde-Punkte beim Versorgungsamt.)

Die Zustimmungsraten für dieses System ist nur deshalb nach wie vor bei den Wählern so hoch, weil die unermüdliche Wiederholung der Leistungsversprechen noch wirkt und die Menschen die Zusammenhänge noch nicht erkennen. Auch gibt es in Deutschland lange und vielfältige Traditionen der Sachzuweisung, Bevormundung und Gewöhnung an bizarre und abstruse Regelwerke.

● Hinter jedem Tun stehen Interessen

Die Pharmaindustrie will Produkte verkaufen und Gewinn erzielen. Aber auch hinter dem Tun von IQWiG und Bundesausschuss stehen Interessen, und diese sind einseitig in Richtung Kostenkontrolle gerichtet, ohne dies so zu deklarieren. Nur so ist verständlich, dass ein medizinisch eigentlich obsoletes Medikament wie Glibenclamid in der Diabetesbe-

handlung in first line steht: Es ist halt billig. Das Prinzip ist: Mit Wechseln in den generischen Bereich wird ein Medikament ein gutes Medikament. Bis es so weit ist, wird mit abenteuerlichen Argumenten von der Anwendung abgeraten. Die nächsten Schuldigen werden Insulin Glargin und Glitazone sein. Beispiele aus dem Verordnungsreich, zu welch grotesken Folgen eine auf deutsche Art bis ins letzte organisierte Budget- und Zuteilungs-

politik führt, sind uns bekannt seit den Entscheidungen von IQWiG und G-BA zu Insulin, Atorvastatin, CSE-Hemmern und Clopidogrel. Die Strategie ist die immerwährende Behauptung „alle Medikamente der Substanzgruppe sind gleich wirksam“, untermauert mit Pseudoevidenz von Studien, die hierfür nicht gemacht und zu unserem Nachteil auf links gedreht wurden. Dies ist verdeckte Rationierung. Auch das ist Priorisierung, aber eine undeklarier-

te, fachlich verkehrte, verschwiegene. Hiergegen müssen wir Ärzte im Interesse unserer Patienten angehen; daher brauchen wir die offene Priorisierung nach deklarierten Kriterien statt willkürliche und zweifelhafte Kostenkontrollen. Rationierung und Budgetierung sind in ihren Auswirkungen ungerecht, willkürlich, benachteiligen Gruppen, hemmen Wettbewerb. Dramatisch ist die massenhafte Demotivierung eines verantwortungsvollen Berufs-

standes angesichts solch aussichtslos sachfremder Regelungen. Es wird Zeit, das Thema aufzugreifen und nicht mehr loszulassen: Wer wie viel für welche medizinischen Maßnahmen bezahlt und für welche nicht und welchen sinnvollen Eigenanteil Patienten zu erbringen haben.

*Dr. Heinz Rauch,
Vorsitzender des Landesverbandes
Rheinland-Pfalz des Berufsverbands
Deutscher Internisten e. V.*

Anzeige Ranexa/Vocado

Hausarztvertrag Baden-Württemberg

Der neue Privatpatient

Mit Abschluss des Hausarztvertrags in Baden-Württemberg ist formal das Hausarztmodell eingeführt worden, das heißt, der Patient sollte nach Möglichkeit nur mit einem Überweisungsschein zu seinem Facharzt gehen. Das typische Gatekeeper-Modell hat man damit aber nicht eingeführt.

Der Versicherte hat jederzeit die Möglichkeit, durch Zahlung von 10 € auch ohne Überweisungsschein mit seiner Chipkarte beim Facharzt vorstellig zu werden. Würde diese Möglichkeit unterbunden und verweigert der Hausarzt eine Überweisung zum Facharzt, so könnte der betroffene Patient nur als Selbstzahler die fachärztliche Versorgung wählen. In Baden-Württemberg, wo ein Hausarztvertrag abgeschlossen wurde,

spitzt sich die Lage in dieser Richtung zu. Es wird berichtet, dass sehr viele Facharztpraxen darunter leiden, dass die Fallzahlen deutlich rückläufig sind. Es wird darüber geklagt, dass die Korrektur des Überweisungsverhaltens dazu führt, dass sich die Hausärzte zu Lasten der Fachärzte sanieren wollen. Zwischen den Zeilen des Vertrags steht ohnehin, dass ein Einsparvolumen bei der ambulanten Facharztversorgung gesehen wird.

- **Künftig mehr Selbstzahler in den Praxen**

Die Fachärzte sollten sich darauf einstellen, dass in einem zukünftigen GKV-System die Gatekeeperfunktion bei Hausarztverträgen konsequenter umgesetzt wird als in der Vergangenheit. Die Zahl der Selbstzahler in den Facharztpraxen dürfte damit steigen. Voraussetzung für diese Entwicklung ist aber, dass wir in Deutschland endlich Zusatzversicherungen bekommen, die diese Kosten über die GKV hinaus absichern. Hier dürfte ein neuer Markt für Krankenversicherungen entstehen. Ob er die Einnahmeverluste durch die Änderung des Überweisungsverhaltens ausgleicht, ist aber offen.

HFS

apoBank

Bilanzgewinn von 7,6 Mio. Euro im 1. Halbjahr 2009

Die Deutsche Apotheker- und Ärztebank (apoBank) ist nach ihrem Ende August veröffentlichten Halbjahresfinanzbericht 2009 insgesamt gut in das Geschäftsjahr 2009 gestartet. Trotz der Auswirkungen der Finanzmarktkrise erzielte die Bank im ersten Halbjahr 2009 mit einem Bilanzgewinn von 7,6 Mio. Euro ein positives Ergebnis (30.06.2008: 56,8 Mio. Euro). Der deutliche Rückgang gegenüber dem ersten Halbjahr des Vorjahres ist differenziert zu betrachten, da, nach einer Pressemitteilung der apoBank, das operative Kerngeschäft weiter erfolgreich ausgebaut werden konnte. Zu dem Ergebnisrückgang führten nach Ansicht der apoBank der Wegfall im Vorjahr generierter Zusatzerträge im strategischen Zinsrisikomanagement, Einmalaufwen-

dungen im Rahmen von „apoFit“ – einem Projekt zur nachhaltigen Optimierung der Kostenstruktur – sowie Aufwendungen im Zusammenhang mit der eingeschlagenen Konsolidierungs- und Risikoabsicherungsstrategie und Wertkorrekturen im Finanzinstrumente-Portfolio. Die Grundertragskraft der Bank sei unverändert solide und könne diese Ergebnisbelastungen auffangen, hieß es in einer Pressemeldung der apoBank.

Der neue Vorstandssprecher Herbert Pfennig erwartet für die zweite Jahreshälfte eine Fortsetzung der positiven Geschäftsentwicklung im Kerngeschäft der apoBank: „Die Unsicherheit über die weitere Entwicklung der Finanzmarktkrise lässt aber aus heutiger Sicht keine zuverlässige

Ergebnisprognose für das Gesamtjahr 2009 zu.“ Pfennig hatte die Funktion des Vorstandssprechers der apoBank am 1. Juli 2009 von Günter Preuß übernommen. Pfennig hat die Verantwortung für Unternehmensplanung/Treasury, das Asset Management und den Vertrieb Firmenkunden übernommen und ist zudem für Stabsbereiche zuständig sein. Er ist bereits zum 1. April 2009 in den Vorstand der apoBank berufen worden. Zuvor war er stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Frankfurter Sparkasse, deren Vorstand er seit 2004 angehörte. Die Berufsjahre davor waren durch eine erfolgreiche Karriere bei der Dresdner Bank mit prominenten Führungsfunktionen im In- und Ausland geprägt.

nach Pressemitteilungen der apoBank

Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl

Hickhack um den § 73b SGB V

Unter dem Druck des Bayerischen Hausärzterverbands hat die Bayerische Staatsregierung für eine Änderung des § 73b im SGB V pünktlich vor den Landtagswahlen in Bayern im September 2008 gesorgt. Seit dem 1. Januar 2009 sind die Krankenkassen verpflichtet, Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung bevorzugt mit einem Verband abzuschließen, der in einer Region mehr als 50% der Allgemeinmediziner vertritt. Das bedeutet in aller Regel ein Verhandlungsmonopol für den Hausärzterverband.

Die Krankenkassen haben das mehr oder weniger zähneknirschend zur Kenntnis genommen. Bis zur vom Gesetzgeber für den Vertragsabschluss gesetzten Frist 30. Juni 2009 – sie ist mittlerweile um ein Jahr verlängert worden – hatten allerdings nur die AOK-Landesverbände in Baden-Württemberg und Bayern einen entsprechenden Vertrag abgeschlossen. Alle anderen Krankenkassen setzen auf

Abwarten. Sie hoffen, dass der Gesetzgeber nach der Bundestagswahl in neuer Zusammensetzung diesen Paragraphen wieder revidieren wird.

- **AOK will Vorschaltgesetz für den umstrittenen Paragraphen**

Das will auch der AOK-Bundesverband erreichen. Er fordert die künftige Bundesregierung schon jetzt vorsorglich auf, noch 2009 mit einem

Vorschaltgesetz dafür zu sorgen, dass der gesetzliche Zwang zum Abschluss von Verträgen zwischen privatrechtlichen Hausärzterverbänden und gesetzlichen Krankenkassen wieder abgeschafft wird.

Freiwillige Vertragsabschlüsse sind für den AOK-Vorstandsvorsitzenden Dr. Herbert Reichelt der einzig akzeptable Weg, zu einer besseren hausärztlichen Versorgung zu kommen. Das hätten die letzten Monate noch einmal ganz deutlich unterstrichen, auch weil Hausärzteorganisationen das Entgegenkommen des Gesetzgebers mancherorts gründlich missverstanden hätten, erklärte er bei einem Presse-seminar der AOK im Juni. „Sie haben dies als Freibrief für unrealistische finanzielle Forderungen interpretiert.“

Die AOK sei selbstverständlich bereit, eine bessere Versorgung ihrer Versicherten auch entsprechend zu honorieren. Hierzu zählen etwa das Angebot flexibler Abendsprechstunden, kurze Wartezeiten und mehr ärztliche Zuwendung gerade für Patienten,

Kommentar

Kritisches zur Honorarreform

Die Politik hat es geschafft. Mit dem Abrechnungsergebnis des ersten Quartals 2009, das mehr Geld in den Honorarpotopf der Ärzte gebracht hat, ist es ihr gelungen, die Vertragsärzte mundtot zu machen. Sie stellt die Ärzte als geldgierige Freiberufler dar, die den Hals nicht voll genug bekommen und trotz der zusätzlichen Milliarden weiter protestieren wollen.

Dabei hat von Anfang an niemand den Mehrerlös in Frage gestellt, vielmehr ging es zuerst um die Verteilungsgerechtigkeit. Der Protest war aber auch Ausdruck der Unzufriedenheit mit dem derzeitigen Gesundheitswesen, ein in den Augen vieler marodes, nicht mehr durchschaubares System mit nicht mehr auflösbaren Konflikten. Denkt man z. B. an das Gerede vom Wettbewerb im Gesundheitswesen – ein Wettbewerb, der im Keim durch immer neue restriktive gesetzliche Vorgabe erstickt wird. Es ging auch um die Sprüche, dass das Budget abgeschafft werden soll. Richtig: Es wird aber durch ein nicht minder wirksames Mengengrenzungs-system ersetzt – die Regelleistungsvolumina. Die Vertragsärzte haben von Anfang an bemerkt, dass sie durch die Honorarreform vom Regen in die Traufe gekommen sind. All dies wird begleitet von einem schleichenden, aber kontinuierlichen Abbau der Selbstverwaltung – mit Entmachtung der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen durch den Gesetzgeber. Der Protest der Ärzte hatte nicht nur finanzielle Gründe, er war und ist auch Ausdruck des Unbehagens über das gesamte System. Diese berechtigte Kritik wird man nach der Veröffentlichung der Abrechnungszahlen in absehbarer Zeit nicht mehr glaubhaft vortragen können.

Gewollt oder mit Absicht haben bei dieser Entwicklung auch ärztliche Berufsverbände und Körperschaften nachgeholfen. Es war ein Fehler, lautstark zu protestieren, ohne dass man die tatsächlichen Ergebnisse der Abrechnung gekannt hat. Jetzt wird deutlich, dass es der Politik gelungen ist, den Ost-West-Honorarausgleich als Folge der Wiedervereinigung umzusetzen – alleine zu Lasten der Ärzte. Nicht Staatsgelder sondern Honorare aus den neuen Bundesländern werden zum prinzipiell berechtigten Ausgleich herangezogen. Die bundesweite Nivellierung der Honorare mit allen Folgen für die südlichen Kassenärztlichen Vereinigungen bleibt nicht ohne Folgen.

Dann ist da auch noch die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Ihre Pressekonzferenz hatte einen unüberhörbaren Unterton: Liebe KV-Mitglieder, begreift endlich, dass wir als Körperschaft eine tolle Arbeit abgeliefert haben – nehmt dies bitte zur Kenntnis.

Vergessen sind die fragwürdigen Vorgaben vor Einführen der Regelleistungsvolumina: Die im EBM ausgehandelte Leistungsmenge, die die schon lange nicht bezahlten ärztlichen Leistungen weiter nicht abdeckt – 30 % davon werden unverändert nicht oder abgestaffelt vergütet. Am schlimmsten ist aber, dass ein bundesweite Punktwert von 3,5 Cent akzeptiert wurde. Der mit 5,11 Cent kalkulierte EBM wird damit endgültig zur Farce.

Darüber geht man stillschweigend hinweg, nach dem Motto: Hört endlich mit der Systemkritik auf, ihr habt doch Geld gesehen.

Liebe Kassenärztliche Bundesvereinigung, so sieht eine echte Interessensvertretung für Vertragsärzte eben nicht aus.

Nach diesem Desaster wird man sich neu sortieren müssen. Die Diskussion über die Rationierung in der Versorgung muss mehr denn je aufgegriffen werden. Aber bitte mit einer neuen, überlegten Strategie, damit wir der Politik nicht wieder auf den Leim gehen.

Dr. Hans-Friedrich Spies

die sich im Dschungel des Gesundheitswesens nicht ohne qualifizierte Hilfe zurechtfinden.

Reichelt: „Entscheidend ist deshalb für uns, dass mit den Hausarztverträgen auch derartige Verbesserungen verknüpft werden, und dass Steuerungspotentiale zur gezielten Nutzung von Effizienzreserven bei den veranlassten Leistungen entfaltet werden können.“

- **Krankenkassen widersetzen sich dem Druck des BHÄV**

In Bayern haben sich die Ersatzkassen, die Betriebskrankenkassen, die Signal Iduna IKK und die Landwirtschaftliche Krankenkasse zu einer Verhandlungsgemeinschaft zusammengeschlossen, die sich dem Druck des Bayerischen Hausärzterverbands, den AOK-Vertrag einfach zu übernehmen, entschieden widersetzt. „Die vom Hausärzterverband geforderte Übernahme der Kon-

ditionen des AOK-Vertrages bietet keine Grundlage für konstruktive Verhandlungen“, stellen sie in einer gemeinsamen Erklärung fest.

So könne der BHÄV bislang den Qualitätsgewinn für die Versicherten nicht überzeugend darstellen. Außerdem stellten die Forderungen des Hausarztverbandes die per Gesetz geforderte Wirtschaftlichkeit in Frage. Als ungeeigneten Ansatz bewertet die Verhandlungsgemeinschaft vor allem die Honorierung in Form von Pauschalen. Damit könnten weder der unterschiedliche Behandlungsbedarf der Patienten noch die unterschiedliche Inanspruchnahme von hausärztlichen Leistungen sachgerecht abgebildet werden.

6,3 Millionen Menschen in Bayern sind bei den Ersatzkassen, den Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie bei den landwirtschaftlichen Krankenkassen versichert. Im Namen und im Interesse dieser Versicherten will die Verhandlungsgemeinschaft einen zukunftsfähigen Vertrag schließen, der nicht nur für die Hausärzte finanziell attraktiv ist, sondern den gewachsenen Ansprüchen der Patienten gerecht wird.

● **Kritik auch vom BVA**

Die im Juni geäußerte Kritik des Präsidenten des Bundesversicherungsamtes (BVA), Josef Hecken, an der gesetzlichen Regelung zur hausarztzentrierten Versorgung und ihrer Umsetzung in Bayern bestätigt die Ersatzkassen, die Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie die Landwirtschaftliche Krankenkasse in ihrer Auseinandersetzung mit dem Bayerischen Hausärzteverband (BHÄV) nachdrücklich. Als Verhandlungsgemeinschaft versuchen die genannten Kassen seit Monaten vergeblich, den BHÄV zu einer wirtschaftlich vertretbaren und qualitativ hochwertigen Vertragslösung zu bewegen.

Der BVA-Chef sprach offen von „Erpressungspotenzialen“, die in dem geltenden Gesetz stecken, und warnte davor, Verträge nach dem Prinzip „viel Geld für Null-Gegenleistung“ zu schließen. Nach Abschluss eines Hausarztvertrages mit der AOK Bayern wollte der BHÄV allen anderen Kassen in Bayern einen identischen Vertrag ohne Rücksicht auf mehr Wirtschaftlichkeit und höhere Qualität aufzwingen. Dabei waren dem Hausärzteverband alle Mittel – einschließlich gesetzwidriger Aktionen – recht. Unter anderem sollten die bayerischen Hausärzte nur die Diagnosen der AOK-Versicherten vollständig codieren und damit Finanzzuweisungen aus dem Risikostrukturausgleich der Krankenkassen (Morbi-RSA) in Richtung AOK Bayern umleiten. Der BVA-Chef sprach in diesem Zusammenhang von einer „abgründigen Sauerei“ und drohte Konsequenzen an.

Die scharfe Kritik des BVA-Präsidenten ist eine willkommene politische Unterstützung für die Krankenkassen der Verhandlungsgemeinschaft. Ob es in dem nun bevorstehenden Schiedsverfahren gelingt, die Mängel der gesetzlichen Regelung zu beheben, ist

mehr als fraglich. Ohne eine nachhaltige Gesetzesrevision wird es nach Ansicht der Kassen nicht gehen.

● **Die Position der Parteien vor der Wahl ist nicht immer klar**

Genau dies ist die große Sorge von Dr. Wolfgang Hoppenthaller, dem Vorsitzenden des BHÄV. Er hat sich daher in den Wochen vor der Bundestagswahl auf die Kontrahenten eingeschossen, von denen er vor allem Widerstand erwartet: „Quer durch alle Parteien schießt man gegen den § 73b SGB V. ... Die Heftigkeit, mit der wir von einer

Frau Widmann-Mauz (CDU), einem Herrn Zöllner (CSU) und einem Herrn Bahr (FDP) bekämpft werden, ist bemerkenswert! Bemerkenswert ist auch die Heftigkeit, mit der sich einige Abgeordnete gerade in diesem Punkt gegen die Meinung ihrer Parteispitze richten – z.B. Herr Zöllner.“

Die Haltung der politischen Parteien ist nicht überall so klar wie bei der SPD, die sich voll hinter Ulla Schmidt und den § 73b in seiner jetzigen Form stellt – auch wenn aus dem Bundesgesundheitsministerium, etwa von

aus Bedenken gegen das Verhandlungsmonopol zu hören sind.


Klar ist auch die Position der FDP, die den Verhandlungszwang völlig ablehnt. DIE LINKE lehnt ebenso den Zwang ab, dass diese Verträge jenseits der Kassenärztlichen Vereinigungen mit Zusammenschlüssen von Hausärzten und Hausärztinnen zu treffen sind. Die hausarztzentrierte Versorgung müsse erst noch unter Beweis stellen, dass sie für eine bessere Versorgung bei geringeren Kosten für die Versicherungsgemeinschaft sorgt. Im Wahlprogramm von B90/Grüne kommt die

hausarztzentrierte Versorgung nicht vor.

In den Unionsfraktionen gibt es dagegen Stimmen sowohl für als auch gegen den § 73b in seiner jetzigen Form. Lediglich in Bayern hat der BHÄV die feste Zusage des dortigen Gesundheitsministers Dr. Markus Söder, dass die CSU am § 73b nicht rütteln werde und dies auch zur Conditione sine qua non für den Fall einer Berliner Koalition zwischen Union und FDP mache.

KS

Jetzt anmelden!



10. Berliner Gespräche zum Gesundheitswesen

13. November 2009
Landesvertretung Baden-Württemberg, Berlin

Jubiläumsveranstaltung

Staatliche Zwangsregulierung oder Leistungswettbewerb – Wohin steuert die Gesundheitsversorgung nach der Bundestagswahl?


www.bgg2009.de

Themenschwerpunkte:

- Zugang zu medizinischen Innovationen als Erfolgsfaktor im Kassenwettbewerb
- Zukunft der KVen – Zwischen Kollektiv- und Selektivverträgen in der GKV
- Zukunft der integrierten Versorgung unter den Bedingungen eines morbiditätsorientierten RSA

Ihre Experten:

Prof. Dr. Volker Amelung, Berlin
 Dr. Ing. Felix Cornelius, Köln
 Susanne Eble, Berlin
 Anke Harney, Münster
 Dr. Andreas Köhler, Berlin
 Andreas Mundt, Bonn
 Prof. Dr. Herbert Rebscher, Hamburg
 Dr. Thomas Schürholz, Stuttgart
 Tobias Seiffert, Stuttgart
 Prof. Dr. Dr. h.c. Werner Weidenfeld, München
 Dr. jur. Peter Wigge, Münster



MLP Gesundheitsreport

Unser Gesundheitszustand

Der MLP Gesundheitsreport 2008 wird über das Institut für Demoskopie in Allensbach mit Unterstützung der Bundesärztekammer seit vielen Jahren erstellt. Er gibt nicht nur ein aktuelles Zustandsbild über unser Gesundheitswesen ab, sondern lässt auch durch den Vergleich mit früheren Untersuchungen Entwicklungen sichtbar werden.

Für sich alleine betrachtet sind in Deutschland immer noch 59 % der Bevölkerung mit dem Gesundheitswesen und seiner Leistungsfähigkeit zufrieden. Diese Zahl kann deshalb nicht beruhigen, weil es im Vergleich zu früheren Jahren mit diesem Wert kontinuierlich abwärts geht: Bis auf einen Ausreißer im Jahre 2003 hat sich die positive Bewertung von 82 % im Jahre 1994

skandinavischen Länder, gefolgt von der Schweiz.

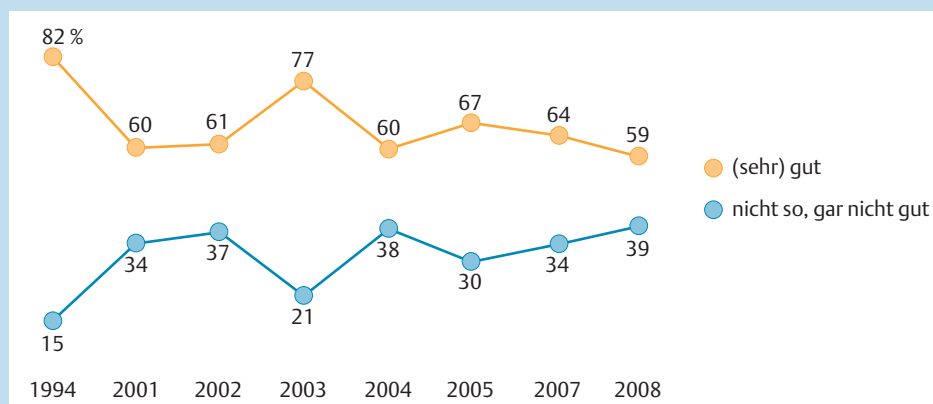
● ... und befürchten Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Situation

Davon unabhängig sind die Ärzte auch zur Entwicklung ihrer wirtschaftlichen Lage befragt worden. Hier gibt es große Differenzen zwischen den Krankenhausärzten und

eigenen Angaben Leistungen, deren Kosten nicht übernommen werden. Sie subventionieren somit das GKV-System.

- Berufs- und Privatleben lassen sich immer weniger nach Meinung der Ärzte miteinander vereinbaren. Dies betrifft vor allem die Hausärzte, aber auch die Krankenhausärzte.

Das Gesundheitssystem und die Gesundheitsversorgung in Deutschland sind...



Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre
Quelle: MLP Gesundheitsreport 2008, IfD-Umfragen 5099, 7014, 7020, 7043, 7054, 7083, 10012, 10026

Abb. 1 Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems

über 67 % 2005 auf jetzt 59 % verschlechtert (siehe Abb. 1). Diese Tendenz betrifft die gesetzlich Krankenversicherten. Auffallend ist, dass sich privat Krankenversicherte in ihrem System immer noch deutlich wohler fühlen als die GKV-Patienten. Aber auch im Bereich der Privatversicherung empfinden 50 %, dass eine Verschlechterung der Versorgung eingetreten ist.

● Ärzte sehen hohe Versorgungsqualität ...

Interessant ist die Meinung der Ärzte zur Gesundheitsversorgung. Hier glauben immer noch 80 % dass die Versorgung gut bis sehr gut ist. Zwischen niedergelassenen und Krankenhausärzten gibt es hier auch keine Differenz. Dennoch machen sich die Ärzte mehr Sorgen als nach dieser sehr positiven Aussage über die Gesundheitsversorgung zu vermuten ist. Im Vordergrund stehen Versorgungsengpässe aus Kostengründen. Der Zwang zur Wirtschaftlichkeit wird als ausgesprochen negativ empfunden. Während 21 % der befragten Ärzte Qualitätsverluste aus Kostengründen für die Patienten befürchten, machen sich nur 6 % Sorgen um sinkende Honorare. Zumindest nach diesen Äußerungen scheint es den Doctores offensichtlich mehr um die Versorgungsqualität als um ihre Honorarsituation zu gehen. Dies kommt in der Öffentlichkeit zurzeit aber genau umgekehrt an. Wenn man nach Vorbildern für ein besseres Gesundheitswesen fragt, dann stehen ganz vorne die

den niedergelassenen Ärzten. Der niedergelassene Arzt bewertet seine wirtschaftliche Lage in Vergleich zu vor fünf Jahren zu 52 % schlechter und erwartet zu 49 % in den nächsten fünf Jahren ebenfalls eine Verschlechterung. Dieser Prozentsatz ist bei den Krankenhausärzten deutlich niedriger. Nur 27 % fühlen sich wirtschaftlich schlechter gestellt als vor fünf Jahren. 39 % empfinden ihre Lage als unverändert, 25 % sprechend sogar von einer Verbesserung. Insgesamt 76 % der angestellten Ärzte glauben, dass sich dieser Zustand auch auf Dauer hält bzw. sogar noch verbessern wird. Die Studie hat sich auch mit der Bewertung der Privatversicherung auseinandergesetzt. Hier gehen die Meinungen der Ärzte auseinander: Eine bevorzugte Behandlung von Privatpatienten finden die niedergelassenen Ärzte zu 47 % in Ordnung. Dieser Prozentsatz kommt durch die Fachärzte zustande, die Privatversicherte für entscheidend wichtig halten. Völlig anderer Meinung sind die Krankenhausärzte. 60 % halten eine Bevorzugung von Privatpatienten für nicht notwendig. Offensichtlich stehen sie bei weitem nicht so sehr unter einem wirtschaftlichen Druck wie die Niedergelassenen.

● Arztberuf scheint an Attraktivität zu verlieren

Ansonsten gibt es noch interessante Ergebnisse in sehr vielen Detailfragen. – 73 % der Ärzte in niedergelassenen Bereichen erbringen nach ihren

noch in der Ausbildung befindet, raten kann, sich als Arzt niederzulassen, äußern sich noch 44 % der Niedergelassenen positiv, aber 53 % der Krankenhausärzte lehnen diese Möglichkeit bereits ab. Die Chancen, die ambulante Versorgung durch eine Aktivierung der Niederlassung zu fördern, sind eher niedrig.

● Nur 2 % der Ärzte halten die KBV für gut

In dem Report wird auch die Kassenärztliche Vereinigung als Interessensvertretung beurteilt. Im Gegensatz zu den Umfragen der Kassenärztlichen Vereinigung selbst kommt eine eher negative Bewertung zustande. Nur noch 2 % der Vertragsärzte halten die Vertretung für sehr gut, 16 % für gut. 34 % sind der Meinung weniger gut, 32 % halten sie für einfach nur schlecht. Dennoch sind sich die Ärzte nicht im Klaren, ob sie ihre Kassenarztzulassung zurückgeben wollen. Darüber haben nur 43 % nachgedacht und nur 21 % wollen mit den Krankenkassen direkt abrechnen. 50 % sind weiterhin der Meinung, dass dies über die Kassenärztliche Vereinigung zu geschehen hat. Dies bedeutet, dass man das System Kassenärztliche Vereinigung und kollektive Abrechnung nicht für schlecht hält, dass aber offensichtlich das Management der Kassenärztlichen Vereinigung bei ihren eigenen Mitgliedern nicht gut ankommt.

● Neues Vertragsarztrecht begrüßt

Politisch positiv bewertet wird das neue Vertragsarztrecht. Insbesondere die Möglichkeit, Ärzte anzustellen, wird von 63 % begrüßt. Insgesamt halten 20 % der Hausärzte und 33 % der Fachärzte das Vertragsarztrecht für vorteilhaft. Die Ergebnisse

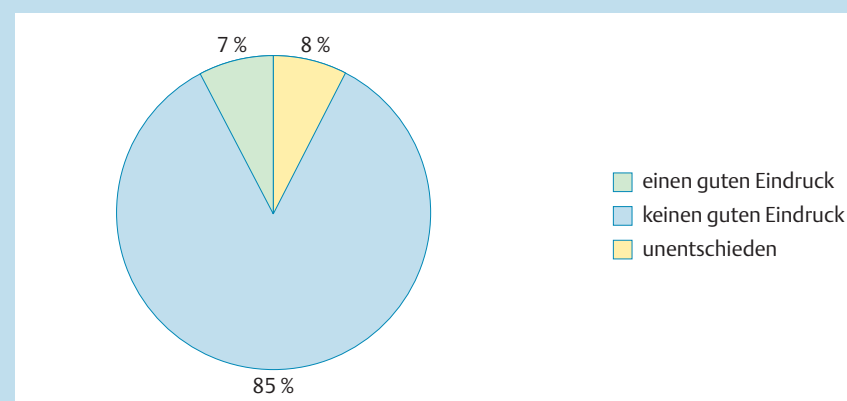
sind schwer zu interpretieren, da zwischen 51 % und 59 % noch keine Beurteilung abgeben können. Insgesamt wird von den Ärzten die künftige Entwicklung des Gesundheitswesens skeptisch eingeschätzt. Man vermutet Beitragssteigerungen und vermehrte Zuzahlungen und erwartet eine Zwei-Klassen-Medizin. Der Kostendruck wird nach Meinung aller zunehmen, ebenso wie der Ärztemangel, hier insbesondere in Ostdeutschland.

● Verheerende Bewertung der Gesundheitspolitik

Die Bewertung der Gesundheitspolitik der Bundesregierung fällt bei den Ärzten verheerend aus. 85 % haben keinen guten Eindruck von den Vorgaben. 7 % können sich nicht entscheiden und 8 % unterstützen die Bundesregierung (siehe Abb. 2). Trotz aller Unkenrufe der Politik, kommen bei dieser Betrachtung die Privatversicherungen ausgesprochen positiv weg. Privatversicherte fühlen sich insgesamt besser versorgt. Der als Alternative angebotene Basistarif, der die Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung auf die Privatkassen überträgt, findet keinerlei Anklang. Auch der Wunsch, in eine gesetzliche Krankenversicherung zu wechseln, ist gering. Nichts kann die Zweifel der Versicherten an der Entwicklung der GKV besser unterstreichen, als das kontinuierlich wachsende Interesse an einer zusätzlichen privaten Absicherung durch Zusatzversicherungen. Während 1997 dieser Wunsch bei 23 % der Bevölkerung sichtbar war, haben wir es 2008 schon mit 44 % zu tun (siehe Abb. 3). Der Bürger hat offensichtlich schon die von vielen beschriebene Rationierung bemerkt und seine Konsequenzen gezogen.

HFS

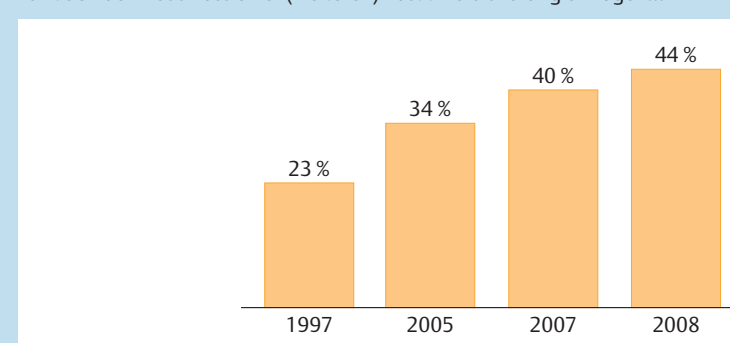
Es haben von der Gesundheitspolitik der Bundesregierung...



Basis: Bundesrepublik Deutschland, Krankenhaus- und niedergelassene Ärzte
Quelle: MLP Gesundheitsreport 2008, IfD-Umfrage 5244

Abb. 2 Verheerende Bewertung der Gesundheitspolitik

Es haben den Abschluss einer (weiteren) Zusatzversicherung erwogen...



Basis: Bundesrepublik Deutschland, gesetzlich Krankenversicherte
Quelle: MLP Gesundheitsreport 2008, IfD-Umfragen 6051, 7083, 10012, 10026

Abb. 3 Wachsendes Interesse an zusätzlicher privater Absicherung