

Editorial

Die medizinische Leistung ist und bleibt ein rares Gut. Stets wird es einen Mangel an Ärzten geben; er wird in den nächsten Jahren noch weiter zunehmen. Stets wird es einen Mangel an ärztlichen und durch Ärzte veranlassten Leistungen geben. Der von uns allen begrüßte rasante Fortschritt in der Medizin, die demografische Entwicklung der Bevölkerung in Deutschland sowie die steigenden Erwartungen der Patientinnen und Patienten an eine optimale, nicht nur an eine ausreichende und zweckmäßige Versorgung ihrer Erkrankungen, werden dafür sorgen. Und es wird in der Zukunft neue und ernst zu nehmende Erkrankungen geben. Die Diskussionen über die Schweinegrippe haben dies gerade, wenn auch nur ansatzweise, gezeigt. Rare Güter müssen nach Dringlichkeit und Bedarf verteilt wer-

den. Das herkömmliche Instrument, um rare Güter auf die Menschen zu verteilen, bietet das Geld. Mit Geld können Güter auf einem freien Markt unter dem Prinzip von Angebot und Nachfrage getauscht werden. Die Teilnehmer des Marktes entscheiden selbst, welcher Bedarf ihnen so dringlich ist, dass sie dafür ihr Geld ausgeben und welcher Preis ihnen dafür für welche Leistung auch angemessen ist.

Die Einkommen der Menschen sind aber höchst unterschiedlich; die Zahl der Menschen mit niedrigem oder keinem Einkommen steigt. Gesundheit ist zwar ein hohes und wichtiges Gut, aber eben keine Ware und auch nicht handelbar. Patienten sind keine Kunden und Käufer von Gesundheit. Medizinische Leistungen müssen deshalb nach Bedarf und Notwendigkeit, nicht nach Entgelt, verteilt werden.

Die Autorität, die über die Dringlichkeit der Zuweisung medizinischer Leistungen entscheidet, ist der Staat. Als Gesetzgeber regelt er sowohl Finanzierung als auch deren Verteilung. In der Vergangenheit hat dieser Staat aber ein nahezu unbegrenztes Leistungsversprechen bei immer knapper werdenden finanziellen Ressourcen gegeben. Kostendämpfung ist seit Jahren die einseitige Antwort von Politik und Krankenkassen.

Der Gesetzgeber hat ein staatliches Zwangsversicherungssystem, die GKV, geschaffen, in das die Versicherten eingegliedert und zu Beitragszahlungen verpflichtet werden. Da die Beiträge nicht immer weiter steigen können, müssen die Leistungen optimal verteilt und auch reduziert werden. Dem dient die von Prof. Dr. med. Jörg Hoppe, dem Präsidenten der Bundesärztekammer, angestoßene Debatte über die Priorisierung, nicht



Präsident
Dr. med. Wolfgang Wesiack,
Hamburg

Rationierung ärztlicher Leistungen. Ohne eine stärkere individuelle Verantwortung der Patienten wird die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens auf Dauer aber nicht zu erhalten sein.

Auch medizinische Leistungen von Ärzten und Krankenhäusern haben ihren Preis. Dieser Preis darf und soll sich aber nicht im freien Spiel von Angebot und Nachfrage bilden. Er muss fair sein, die Kosten decken und dem Arzt ein seiner Qualifikation und

seinem Arbeitseinsatz entsprechendes Einkommen sichern. Immer noch werden ca. 20% ärztlicher Leistungen in Klinik und Praxis unentgeltlich erbracht.

Dies zu ändern, ist eine unserer wichtigsten berufspolitischen Aufgaben. Unser Berufsverband, Ihr BDI e.V., wird auch 2010 in allen wichtigen berufspolitischen Fragen Ihr Sprachrohr bei Politik, Selbstverwaltung und in der Öffentlichkeit sein.

Arbeiten Sie mit, unterstützen Sie uns!

Ihr

Dr. med. Wolfgang Wesiack
Präsident

Bestandsaufnahme der Facharztversorgung (Fortsetzung von Seite 1)

Gute Noten für niedergelassene Fachärzte

In der gesundheitspolitischen Diskussion in Deutschland wird häufig die Hypothese aufgestellt, dass die sogenannte „doppelte Facharztschneide“ ein wichtiger Grund für Ressourcenvergeudung und Unwirtschaftlichkeit im Gesundheitssystem sei. Empirische Studien und Umfragen dagegen weisen auf die Möglichkeiten und die Bedeutung der internistischen fachärztlichen Versorgung als einen elementaren Baustein einer patientenorientierten wohnortnahen Gesundheitsversorgung hin, stellen Ulrich und Wille fest. Bei ausgewählten Krankheitsbildern übernimmt der niedergelassene Facharzt schon heute die Rolle eines Primärarztes, zuweilen auch die eines Gatekeepers. Die absehbare demografische Entwicklung bildet gemeinsam mit den Möglichkeiten des medizinisch-technischen Fortschritts die zentrale Ursache von Leistungsverlagerungen zwischen den Sektoren und hier vor allem zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich. In Verbindung mit dem erfreulichen Befund, dass immer mehr Menschen ein hohes Alter in einem guten gesundheitlichen Zustand erreichen, ermöglicht der medizinische Fortschritt zunehmend die Substitution von stationären durch ambulante Leistungen. Viele medizinische Leistungen, die früher dem stationären Sektor vorbehalten blieben, lassen sich heute dank dem medizinisch-technischen Fortschritt ambulant in Facharztpraxen erbringen. Die Problematik, eine wohnortnahe (fach)ärztliche Versorgung auf

hohem Niveau nachhaltig sicherzustellen, tritt zukünftig verschärft in strukturschwachen ländlichen Regionen auf. Daher muss eine Tätigkeit in unterversorgten Gebieten in Zukunft besser vergütet werden. Geld allein wird nach Ansicht der Volkswirte die Verteilungsprobleme jedoch nicht lösen. Die sogenannte Feminisierung der Medizin dürfte das Thema Vereinbarkeit von Familie und Beruf in den Vordergrund der Ausgestaltung der Arbeitsbedingungen rücken. Aus-, Weiter- und Fortbildung werden sich den neuen Gegebenheiten anpassen müssen.

• Gleiche Wettbewerbschancen gefordert

Unterschiedliche Rahmenbedingungen innerhalb der Sektoren behindern bisher einen funktionsfähigen Wettbewerb an den Schnittstellen, insbesondere zwischen dem ambulanten und stationären Bereich. Dies betrifft u.a. Leistungsdefinitionen, Qualitätssicherungsmaßnahmen, Genehmigungsverfahren sowie Vergütungen einschließlich der Investitionsfinanzierung. Das schließt auch gleiche Wettbewerbsbedingungen für unternehmerisch Selbstständige und Angestellte sowie für niedergelassene Praxen und Krankenhäuser ein. Wesentlich für gleiche Wettbewerbschancen ist die Einheitlichkeit der Finanzierungssysteme. Investitionsmittel der Bundesländer dürfen nicht dazu genutzt werden, Konkurrenzangebote von Krankenhäusern zum Nachteil der niedergelassenen Ärzte zu schaffen, die ihre Investitio-

nen selbst finanzieren müssen, mahnen die Experten. Der Gesetzgeber hat mit den jüngsten Gesundheitsreformen vielfältige Optionen zum selektiven Kontrahieren geschaffen, die aber bisher eher einen Flickenteppich an vertraglichen Möglichkeiten darstellen, der mangels vorliegender Evaluationen noch keine Basis für weitere Lerneffekte bilden kann. Neue Konzepte und Ideen können nicht umgesetzt werden, wenn den Krankenkassen private Verbände als Monopolisten gegenüberstünden, die auf diese Weise ihre Honorarforderungen realisieren wollten. Mit Blick auf die besonderen Versorgungsformen sollten alle Varianten gleiche Chancen besitzen, d.h. es darf keinen gesetzlichen Zwang zum Angebot einer speziellen Variante geben (insb. § 73 b SGB V). So widerspricht die Verpflichtung der Krankenkassen, ihren Versicherten eine hausarztzentrierte Versorgung anzubieten, sowohl einem ergebnisoffenen Wettbewerb der verschiedenen

Organisationsformen als auch der Integrationsidee einer sektorübergreifenden Versorgung. Diese Monopolstellung der Hausarztverbände sollte wieder suspendiert werden, fordern Ulrich und Wille.

In Deutschland stiegen seit Beginn der 90er Jahre die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für ambulante Behandlung bzw. Arztpraxen unter den Behandlungsarten bzw. Einrichtungen am schwächsten an. Dieser Befund sowie ein Vergleich mit der Ausgabenentwicklung in der privaten Krankenversicherung (PKV) legen den Schluss nahe, dass sich das Ausgabenwachstum im vertragsärztlichen Bereich mit Hilfe der korporativen Koordination wirksamer begrenzen ließ als in den übrigen Leistungssektoren des Gesundheitswesens.

Bei der aktuellen Diskussion über das Einkommen freiberuflich selbstständig tätiger Ärzte wird häufig vernachlässigt, dass sich das ärztliche Einkommen nur sehr approximativ

aus vorliegenden Strukturerehebungen ermitteln lässt. Ein zentraler Nachteil besteht darin, dass nicht alle relevanten Kostenarten erfasst werden, etwa die Aufwendungen des Arztes selbst, seine Arbeitszeit und andere kalkulatorische Kosten, beispielsweise für die Risikovorsorge. Viele Praxen haben beispielsweise in der Vergangenheit wegen der wirtschaftlich unsicheren Lage kaum investiert. Ein solcher schleichender Substanzverlust bleibt bei dieser Art der Einkunftsermittlung unberücksichtigt, obwohl dies langfristig ein erhebliches wirtschaftliches Risiko für die Praxis birgt.

• Mangelhafte Honorarreform

Im Januar 2009 ist ein neues Honorarsystem eingeführt worden. Die Leistungen der Vertragsärzte werden innerhalb der sogenannten Regelleistungsvolumen in Euro-Preisen bezahlt, die in großen Teilen für das gesamte Bundesgebiet einheitlich sind. Zudem geht das Morbiditätsri-



Das Gutachten zur Facharztversorgung wurde im Dezember 2009 in München der Öffentlichkeit vorgestellt (von links: Dr. Peter Schmed, Prof. Dr. Eberhard Wille, Dr. Klaus Ottmann, Prof. Dr. Volker Ulrich).

siko stärker auf die Krankenkassen über. Das politische Ziel, die Honorare der Ärzte in den östlichen Bundesländern an das West-Niveau anzugleichen, wurde zwar erreicht, Qualitätsunterschiede und auch Unterschiede in der Personalintensität bestehen jedoch nach wie vor, ohne dass dies angemessen berücksichtigt wird. Die Einnahmesituation und wirtschaftliche Betroffenheit sind selbst in den ärztlichen Fachgruppen äußerst inhomogen. Die neue Honorarordnung betrifft tendenziell aufgrund der Abstufung der Fallzahlen die großen Landarztpraxen und aufgrund des niedrigen Punktwertes auch die hoch spezialisierten niedergelassenen Fachärzte negativ. Die neuen Regelleistungsvolumina lassen in vielen Fällen keinen Spielraum mehr für ausdifferenzierte individuelle Versorgungsschwerpunkte einzelner Praxen zu, beklagen die beiden Ökonomen. Zukünftig sollte es wieder zu einer stärkeren Flexibilisierung beim Ausgleich regionaler Versorgungsunterschiede kommen.

● Zukünftige Organisationsformen

Die Organisationsform der ambulanten Versorgung wird zukünftig von der Einzelpraxis über Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren bis hin zur ambulanten Versorgung am Krankenhaus reichen. Die Rah-

menbedingungen müssen so justiert werden, dass eine flächendeckende Versorgung gesichert bleibt und keine Organisationsform übervorteilt oder benachteiligt wird, fordern Ulrich und Wille. Letztlich sollten die Patienten Wahlmöglichkeiten besitzen und darüber entscheiden, welche Versorgungsformen sie präferieren. „Im Zentrum aller Bestrebungen sollte die bessere Versorgungsform für die Patienten stehen. Der Patient steht im Mittelpunkt der ärztlichen Versorgung auch und gerade nach dem Sozialgesetzbuch V. Alle Versorgungsformen brauchen gleiche Chancen; der Patient soll entscheiden, wo er besser aufgehoben ist. Verträge müssen so gestaltet sein, dass sich Fachärzte in Hausarztmodellen und Hausärzte in Teamarzt-Modellen allein aus und in der Verantwortung für den Patienten einbringen können“, verlangt Dr. Peter Schmied, Vorsitzender des Berufsverbandes niedergelassener fachärztlich tätiger Internisten (BNFI) und Mitglied im Vorstand des Berufsverbands Deutscher Internisten, BDI e.V.

KS

Das gesamte Gutachten sowie eine Kurzfassung des Gutachtens finden Sie unter www.bnfi.de.

Erster Facharztvertrag nach § 73c (Fortsetzung von Seite 1)

Den Kardiologen winken 30 Euro mehr pro Fall

Der Facharzt-Vertrag richtet sich an 180 niedergelassenen Kardiologen und rund 100 Internisten mit Schwerpunkt Kardiologie, die in Baden-Württemberg niedergelassen sind. Erwartet wird, dass sich bereits im ersten Quartal mehr als die Hälfte der niedergelassenen Kardiologen, also rund 90 Ärzte, am Vertrag beteiligen werden. Die Vertragspartner gehen zudem davon aus, dass sich mindestens 50 000 bis 100 000 Versicherte einschreiben werden.

● Konditionen der Einschreibung

Ärzte, die alle Teilnahmevoraussetzungen erfüllen, können ab sofort ihre Teilnahmeerklärung bei der Managementgesellschaft einreichen. Sie erhalten dann eine schriftliche Bestätigung der Vertragsteilnahme. Versicherte, die bereits am AOK-Hausarzt-Programm teilnehmen, können durch einen am Vertrag teilnehmenden Facharzt eingeschrieben werden, sobald sich mindestens 50% der niedergelassenen Kardiologen in Baden-Württemberg am Vertrag

beteiligen. Das wird im ersten Quartal 2010 erwartet.

Teilnehmen können Internisten mit dem Schwerpunkt Kardiologie und kardiologisch tätige Internisten ohne Schwerpunkt, die in Baden-Württemberg als Vertragsärzte niedergelassen sind, sowie Medizinische Versorgungszentren mit entsprechender Ausrichtung und Behandlungssitz in Baden-Württemberg, wenn sie

- zur vertragsärztlichen Erbringung und Abrechnung der Echokardiographie zugelassen bzw. ermächtigt sind;
- eine apparative Mindestausstattung vorhalten (Ultraschall gemäß KBV-Qualitätssicherungsmaßnahmen, „Harmonic Imaging“, Gewebedoppler, Ergometrie mit 12-Kanal-EKG-Registrierung);
- einige technische Voraussetzungen im Hinblick auf die Praxisverwaltung erfüllen (Ausstattung mit einer onlinefähigen IT und Anbindung über ISDN bzw. DSL, einem BMV-Ä zertifizierten Arztinforma-

tionssystem, einer Vertragssoftware und der dazu nötigen Hardware, einem Faxgerät und einer E-Mail-Adresse);

- eine Mindestanzahl kardiologisch relevanter Untersuchungen nachweisen können (mindestens 150 kardiovaskuläre Ultraschall-Untersuchungen, davon mindestens 100 Echokardiographien pro Quartal);
- regelmäßig einen Gewebedoppler nutzen (alternativ Teilnahme an einer Fortbildung „Gewebedoppler“ bis zum 31.12.2010);
- an speziellen Fortbildungen nachweislich teilgenommen haben (echokardiographische Fortbildung innerhalb der letzten 5 Jahre oder bis zum 31.12.2010, vertragspezifische Schulung);
- am DMP KHK der AOK Baden-Württemberg teilnehmen;
- sich zu besonderen Leistungen verpflichten, allen voran der konsequenten Berücksichtigung medizinischer Leitlinien bei der Behandlung eingeschriebener Versicherter.

Einladung

zur Ordentlichen Mitgliederversammlung
des Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V.

am Sonntag, 11. April 2010, 13:30 Uhr
Rhein-Main-Hallen, Wiesbaden, Saal 2c

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

Tagesordnung:

1. Verleihung der Günther-Budelmann-Medaille und der Ehrenmitgliedschaft
2. Bericht des Präsidenten zur aktuellen berufspolitischen Situation
3. Berichte des Geschäftsführers (Geschäftsbericht) und des Schatzmeisters (Kassenbericht) zum Geschäftsjahr 2009
4. Beschlussfassung über die Entlastung von Präsidium, Vorstand und Geschäftsführung
5. Satzungsänderung
6. Verschiedenes

W. Wesiack

Dr. med. Wolfgang Wesiack, Präsident



Der teilnehmende Kardiologe profitiert von einer attraktiveren Vergütung für qualitätsgesicherte Behandlungen, die gut kalkulierbar und planungssicher ist. Im Gegensatz zur budgetierten Regelversorgung muss der Facharzt keine Kürzungen bei der Vergütung befürchten. „Anders als die KV-Vergütung honoriert unser Vertrag den tatsächlichen Aufwand des Arztes“, erläutert Dr. Norbert Smetak, Erster Vorsitzender des Bundesverbands Niedergelassener Kardiologen e.V. (BNK). Gerechnet wird mit einem durchschnittlichen Fallwert von 110 Euro anstelle der 80 Euro im KV-System. Das Wirtschaftlichkeitsgebot für Verordnungen und Behandlungen gilt auch für das AOK-Facharztprogramm.

● Die Vergütungssystematik

Die im Vertrag vereinbarten Wiederstellungszyklen richten sich nach den Vorgaben der entsprechenden Leitlinien. Die Vergütung bildet diese Zyklen und damit die Leitlinienorientierung der Behandlung ab. Die Vergütung erfolgt ohne Fallzahlbegrenzungen oder Abstufungen. Die differenzierte Vergütungssystematik stellt einen Mix aus Pauschal- und Einzelleistungsvergütungen sowie Qualitätszuschlägen dar, aus der sich ein deutliches Honorarplus gegenüber dem Regelversorgungssystem ergibt. Ein wesentlicher Teil der Vergütung ist in Pauschalen zusammengefasst. Diese sind an die leitliniengerechte Behandlung gebunden – und damit an die im jeweiligen Fall medizinisch erforderlichen Untersuchungen und Leistungen. Somit ist nicht nur eine leitliniengerechte Behandlung inkl. aller notwendigen Untersuchungen sichergestellt, sondern gleichzeitig werden auch keine finanziellen Fehlanreize für unnötige diagnostische Untersuchungen gesetzt und somit die „sprechende Medizin“ gefördert. Es gibt keine Fallzahlbegrenzung.

● Grundpauschale P1

Basis der Behandlung ist die Überweisung durch den Hausarzt. Als „Basispauschale“ für die kardiologische Diagnostik erhält der Kardiologe quartalsweise die Pauschale P1 mit 32 Euro. Darüber hinaus sind verschiedene Qualitätszuschläge auf die P1 möglich.

● Zusatzpauschalen P1a – P1d

Für Patienten, bei denen der Kardiologe dann eine kardiologische Erkrankung feststellt, werden folgende Zusatzpauschalen fällig:

- Herzinsuffizienz: P1a 42 Euro (2011: 45 Euro, 2012: 48 Euro)
- Koronare Herzkrankheit: P1b 25 Euro (zzgl. DMP-Vergütung)
- Rhythmusstörungen: P1c 30 Euro
- Vitien: P1d 30 Euro

● Zusätzliche Vergütung für weitere Arzt-Patienten-Kontakte (Z1a, Z1b, Z1c)

Oftmals ist für die Behandlung schwerkranker Patienten eine Viel-

zahl von Arzt-Patienten-Kontakten im Quartal erforderlich. Um die Grundlagen in der Arztpraxis dafür zu legen, dass diese Behandlungen adäquat durchgeführt werden können und somit unnötige Krankenhauseinweisungen vermieden werden, sind ab dem dritten Arzt-Patienten-Kontakt bei den Pauschalen P1a, P1b und P1c Zuschläge von 12 Euro für jeden weiteren Arzt-Patienten-Kontakt (bei definierter Obergrenze) abrechenbar.

● Pauschale P2

Viele Kardiologen haben gleichzeitig die Genehmigung zur Erbringung von Duplexuntersuchungen oder die Zusatzbezeichnung „Angiologe“. Sie können für entsprechende Gefäßuntersuchungen das Angiologiemodul P2 mit 35 Euro abrechnen.

● Qualitätszuschläge

Folgende Qualitätszuschläge sind möglich:

- Q1: Zuschlag Rationale Pharmakotherapie, wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln mittels einer Vertragssoftware, 4 Euro Zuschlag auf jede P1
- Q2: Zuschlag Zielgenaue Krankenhauseinweisung, kollektiver Zuschlag bei Reduzierung der Krankenhauskosten wie folgt:
 - Q2a: Zuschlag auf Z1a – Z1c von 20 Euro (bei Einsparung von mind. 3%)
 - Q2b: Zuschlag auf P1 von 3 Euro, zusätzlich zu Q2a (bei Einsparung von mind. 5%)
- Q4: Strukturzuschlag Stressecho, 5 Euro Zuschlag auf jede P1
- Q5: Strukturzuschlag Spiroergometrie, 10 Euro Zuschlag auf jede P1 (alternativ E10)

● Einzelleistungen

Neben den Behandlungspauschalen sind zusätzliche Entgelte definiert, die als Einzelleistungen zusätzlich zu den Pauschalen abgerechnet werden können. Es handelt sich hierbei um besonders aufwendige und/oder besonders förderungswürdige Leistungen, für deren Abrechnung bestimmte Voraussetzungen gelten:

- E1: 60 Euro: TEE Transösophageale Echokardiographie
- E2: Nachsorge nach Schrittmacher-Implantation (E2a, 15 Euro, Schrittmacher; E2b, 30 Euro, Defibrillator; E2c, 50 Euro, CRT)
- E3, E4, E5, E6, E7: Linksherzkatheteruntersuchungen, Dilatationen bzw. Stent-Implantationen in den verschiedensten Konstellationen, inkl. zugehöriger Sachkostenpauschalen
- E8: 400 Euro: Kardioversion
- E9: 50 Euro: Rechtsherzkatheter
- E10: 35 Euro Spiroergometrie (alternativ Q5)
- E11a/b: 75 bzw. 30 Euro, DMP (entsprechend Regelversorgung)

● Auftragsleistungen

Auftragsleistungen werden abgerechnet für Patienten, bei denen der

Facharzt nicht die gesamte kardiologische Versorgung übernimmt, sondern auf Auftragsüberweisung eines anderen Kardiologen oder teilweise auch eines Hausarztes bestimmte Einzelleistungen erbringt. Die Vergütung richtet sich weitestgehend nach den entsprechenden Einzelleistungen, teilweise kann zusätzlich ein Auftragszuschlag AO von 16 Euro abgerechnet werden.

● Vertretungsfälle

– V1: 17,50 Euro: Vertretungspauschale

● Teilnahme an Qualitätssicherung vorgeschrieben

Zudem kann der teilnehmende Kardiologe über seinen Berufsverband (BNK) Einfluss auf die Weiterentwicklung des Vertrags nehmen und somit zu einer auf regionale Besonderheiten aus Baden-Württemberg angepassten Versorgung beitragen.

Die teilnehmenden Kardiologen müssen unter anderem durch eine Mindestanzahl kardiologisch relevanter Untersuchungen ihre besondere Qualifikation nachweisen. Des Weiteren verpflichten sie sich dazu, regelmäßig an Fortbildungsveranstaltungen und an einem auf die Besonderheiten invasiv tätiger Fachärzte zugeschnittenen Qualitätssicherungssystem teilzunehmen. Vorausgesetzt wird auch die Bereitschaft, strukturierte Qualitätszirkel – auch zusammen mit Hausärzten – zur Arzneimitteltherapie zu unterstützen.

● Verpflichtung zur leitlinienorientierten Behandlung

Die Vertragsteilnehmer verpflichten sich darüber hinaus zu einer konsequent leitlinienorientierten Behandlung. Die entsprechenden evidenzbasierten, praxiserprobten kardiologischen Behandlungsempfehlungen können die Fachärzte auf der Internetseite des MEDI-Verbunds (www.medi-verbund.de) oder des BNK (www.bnk.de) einsehen. Die dort veröffentlichten Behandlungsempfehlungen werden von der Arbeitsgruppe Qualitätsförderung, die sich aus Vertretern der Vertragspartner zusammensetzt, bei Bedarf überprüft und angepasst, sodass sie dem aktuellen wissenschaftlichen Stand entsprechen.

Die Informationspflicht der teilnehmenden Kardiologen über spezifische AOK-Angebote, wie z. B. Gesundheits- und Präventionsangebote, versetzt die Versicherten in die Lage, aktiv einen Beitrag zur Verbesserung ihrer Gesundheit zu leisten, indem sie diese nutzen.

● Vergütungszeitpunkt festgelegt

MEDI-Verbund und BNK Service GmbH bilden eine Managementgesellschaft, an die der Kardiologe seine Abrechnung quartalsweise einreicht. Nach Prüfung stellt die Managementgesellschaft der AOK den betreffenden Betrag in Rechnung und zahlt ihn nach Erhalt von der AOK an

den Arzt aus. Das Verfahren ist im Einzelnen detailliert vertraglich geregelt. Festgelegt ist auch, dass die Auszahlung der Vergütung spätestens zum Ablauf des vierten Monats erfolgt, der auf das Abrechnungsquartal folgt.

Die Vertragspartner werden Maßnahmen zur Prüfung der Qualitätssicherung und ein Controlling zur Bestimmung der Ergebnisqualität einleiten.

In einem gesonderten Datenschutzvertrag, der Bestandteil des AOK-Facharztvertrags Kardiologie ist,

haben die Vertragspartner sich auf Regelungen geeinigt, die den Schutz der Patientendaten bei der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung entsprechend den berufsrechtlichen und gesetzlichen Bestimmungen in vollem Umfang Rechnung tragen.

KS

Kommentar

73c-Vertrag der Kardiologen – ein Pyrrhussieg?

Die Kardiologen in Baden-Württemberg haben mit Hilfe von MEDI einen 73c-Vertrag mit der AOK abgeschlossen, die damit ihre Politik der Selektivverträge konsequent fortsetzt. Neben dem bekannten Hausarztvertrag von MEDI und dem Hausärzterverband in Baden-Württemberg haben somit die Kardiologen als erste einen Zusatzvertrag nach § 73c unterschrieben. Es wird nicht lange dauern, bis auch andere spezialisierte Fachgruppen folgen.

Unabhängig von dem finanziell interessanten Ergebnis wird ordnungspolitisch zurückgerudert. Die Kardiologen akzeptieren einen Gatekeeper-Vertrag. Der Patient kann den Kardiologen nur nach einer Überweisung durch den Hausarzt aufsuchen, wenn er dem Vertrag beiträgt. Die Patienten geben damit einen Teil ihrer freien Arztwahl auf. Man

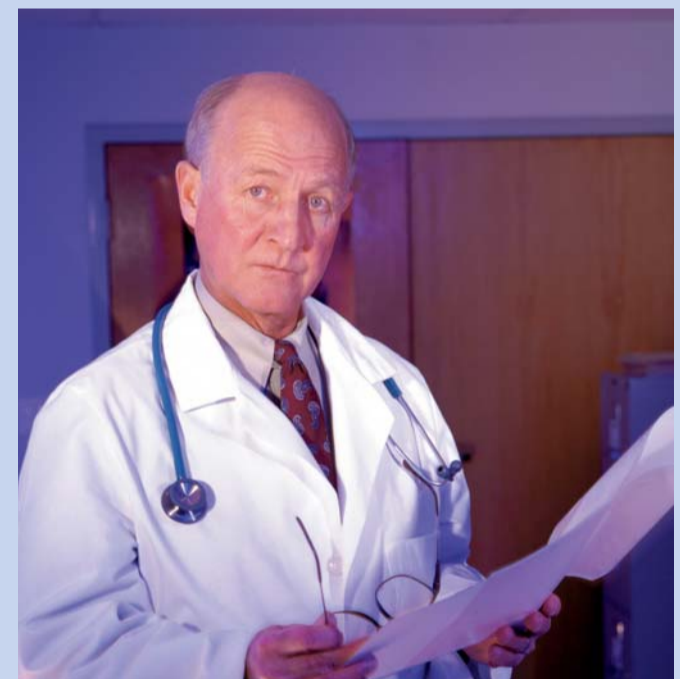


Bild: Dynamic Graphics

Durch den Zusatzvertrag nach § 73c wird die freie Arztwahl für den Patienten eingeschränkt.

kann nur hoffen, dass die Vertragsbeteiligten in Baden-Württemberg dies offen ihren Versicherten mitteilen. Man sollte sich auch daran erinnern, dass die AOK von Anfang an Einsparpotenziale im Facharztbereich reklamiert hat. Es ist zu befürchten, dass durch die vertragliche Regelung der Gatekeeper-Funktion dies verbindlich wird. In Baden-Württemberg ist es damit der AOK erstmals gelungen, ihr schon lange gehegtes Ziel einer klassischen Gatekeeper-Funktion des Hausarztes umzusetzen.

Bei konsequenter Umsetzung dieses Hausarztmodells wird nicht nur die freie Arztwahl eingeschränkt, durch den Überweisungsvorbehalt kann man auch vermutete Einsparreserven im ambulanten fachärztlichen Bereich für die Kassen heben. In Zukunft wird nicht nur die stationäre Einweisung, sondern auch die Überweisung zum Facharzt vermehrt gesteuert werden. Ob dies allen Fachärzten gefallen wird, ist mehr als fraglich.

HFS

KV und Hausarztverträge

Künftig Hausarzt-KV und Facharzt-KV?

Der Hausärzterverband hat durch seine Politik über den § 73b mit eigenständigen Hausarztverträgen, die auch über den Verband abgerechnet werden, die Kassenärztliche Vereinigung herausgefordert. Diese wäre bei flächendeckender Umsetzung des § 73b im hausärztlichen Bereich nicht mehr zuständig und könnte genau genommen ihre Sicherstellungskompetenz aufgeben, die gesetzlich vorgeschrieben ist.

Auch die Finanzierung des Verwaltungsapparates dürfte mit etwa der Hälfte der Einnahmen in der seitherigen Form nicht mehr möglich sein. Wird der § 73b flächendeckend umgesetzt, bedeutet dies das Ende der jetzigen KV-Struktur.

● **Trennung der KV in hausärztlichen und fachärztlichen Teil**

Von Seiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gibt es vermehrt Signale, dass man den Hausärzten auf dem halben Weg entgegenkommen will, um einen Zusammenbruch der Körperschaft zu vermeiden. Man scheint bereit zu sein, die Kassenärztliche Vereinigung aufzuteilen. Vertreterversammlungen, Vorstände und ihre Zuständigkeiten werden hausärztlich/fachärztlich getrennt, Hausärzte verhandeln für Hausärzte und Fachärzte für Fachärzte. Beim KBV-Vorstand entsteht der Eindruck, dass man bereit ist, die Einheit der Vertragsärzteschaft im Interesse des Erhaltes der Körperschaft Kassenärztliche Vereinigung aufzugeben. Einheitliche Verträge für Haus- und Fachärzte würde es dann nicht mehr geben.

● **Kompromiss: Mehr regionale Verhandlungskompetenz**

Unter solchen Voraussetzungen muss man sich bewusst sein, dass der Charakter der seitherigen Kassenärztlichen Vereinigung, die die gesamte Vertragsärzteschaft unabhängig von hausärztlicher und fachärztlicher Funktion vertritt, nicht mehr existieren wird. Fünf Hausärzterverbände aus vier Ländern (Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Braunschweig und Thüringen) haben sich dieser Forderung angeschlossen und möchten eine strikte Trennung der Kassenärztlichen Vereinigung in einen hausärztlichen und fachärztlichen Teil. Gleichzeitig fordern sie ihren eigenen Bundesverband auf, auf das Monopol 73b zu verzichten, um vermehrt regionale Verhandlungskompetenz abzusichern. So sieht der Kompromiss aus.

Setzt sich diese politische Entwicklung fort, hat dies Folgen für die gesamte Vertragsärzteschaft. Der Hausärzterverband wird Mühe haben, seinen Alleinvertretungsanspruch zentralistisch bundesweit durchzusetzen. Die Körperschaft Kassenärztliche Vereinigung aber würde gespalten. Krankenkassen und Politik könnten noch

besser als seither die Ärzte auseinander dividieren.

HFS

Studie (Fortsetzung von Seite 1)

Deutliche Veränderungen in der Krankenhauslandschaft

● **Unterschiedliche Versorgungskonzepte**

Betrachtet man die verschiedenen Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland, so wird erkennbar, dass trägerabhängig unterschiedliche Organisations- und Versorgungskonzepte verfolgt werden. Die privaten Träger

zeichnen sich vorwiegend dadurch aus, dass sie einheitliche Strukturen in ihren Krankenhäusern umzusetzen versuchen. So gibt es Klinikkonzerne, die ganz auf belegärztliche Versorgung bauen, während andere, wie das Rhön-Klinikum, Großkliniken bevorzugt. Ein typisches Beispiel ist die Übernahme

der Universitätskliniken in Gießen und Marburg durch das Rhön-Klinikum. Die privaten Träger sind als Wirtschaftsunternehmen darauf angewiesen, entsprechende Gewinne zu realisieren. Dementsprechend konsequent werden auch wirtschaftliche Vorgaben umgesetzt. ▶

Innere Medizin *aktuell*



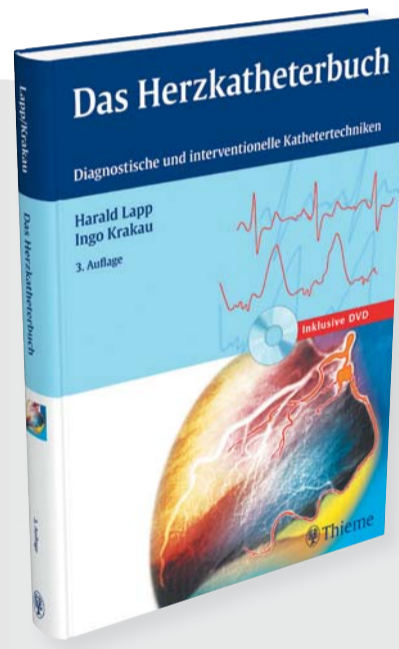
Die zweite Auflage – völlig neu geschrieben!

Kursbuch Spiroergometrie
Technik und Befundung verständlich gemacht

Kroidl/Schwarz/Lehnigk
2009. 2. Aufl.
384 S., 274 Abb., geb.
ISBN 978 3 13 143442 5
99,95 € [D]
102,80 € [A]/166,- CHF

- 9-Felder Graphiken nach Wasserman: verstehen und richtig anwenden
- Leicht verständliche Interpretation der Messdaten
- Viele anschauliche Praxisbeispiele
- Von der Differenzialdiagnose bis zur Beurteilung des OP-Risikos
- Alle relevanten Belastungstests und Untersuchungsmethoden

Neu in der 2. Auflage:
alle Kapitel neu geschrieben und um zusätzliche neue Kapitel ergänzt



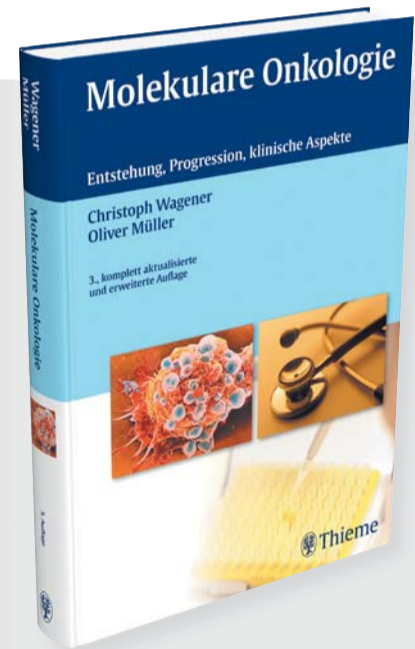
Den Herzkatheter im Griff

Das Herzkatheterbuch
Diagnostische und interventionelle Kathetertechniken

Lapp
Begründet von Ingo Krakau
2009. 3., kompl. überarb. u. erw. Aufl.
448 S., 512 Abb., geb.
ISBN 978 3 13 112413 5
149,95 € [D]
154,20 € [A]/249,- CHF

- Richtige Indikationsstellung
- Praktische Durchführung und technische Vorbereitung
- Risiken und Komplikationen
- Diagnostische und therapeutische Kathetertechniken in einem Buch
- Interventionelle Kathetertechniken
- Diagnostik spezieller Krankheitsbilder

Neu in der 3. Auflage:
viele neue Originalbefunde und Abbildungen, zahlreiche neue Kapitel
DVD komplett überarbeitet:
• fast 500 Videoclips
• mehr als 70 beschriftete Standbilder



Komplexe Zusammenhänge leicht verständlich

Molekulare Onkologie
Entstehung, Progression, klinische Aspekte

Wagner/Müller
2009. 3. Aufl.
424 S., 360 Abb., geb.,
ISBN 978 3 13 103513 4
99,95 € [D]
102,80 € [A]/166,- CHF

- Zusammenstellung der wesentlichen Pfade der Tumorentstehung
- Komplizierte Inhalte (Kaskaden, Rezeptoren, Genregulation) leicht verständlich dargestellt
- Zahlreiche Grafiken veranschaulichen komplexe Zusammenhänge
- Didaktisch ausgefeilt, vierfarbiges Layout
- Zusätzliche, anschauliche Animationen im Internet, z.B. über Kaskadenabläufe

Jetzt bestellen: Versandkostenfreie Lieferung innerhalb Deutschlands!

☎ Telefonbestellung:
0711/89 31-900

☎ Faxbestellung:
0711/89 31-901

@ Kundenservice
@thieme.de

🌐 www.thieme.de



Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten. Lieferung zzgl. Versandkosten. Bei Lieferungen in [D] betragen diese 3,95 € pro Bestellung. Ab 50 € Bestellwert erfolgt die Lieferung versandkostenfrei. In Lieferungen außerhalb [D] werden die anfallenden Versandkosten weiterberechnet. Schweizer Preise sind unverbindliche Preisempfehlungen.

In einer etwas schwierigen Situation befinden sich offensichtlich die öffentlich-rechtlichen Träger. Sehr viele kommunale Krankenhäuser kommen mit dem Geld für Investitionen und laufende Kosten nicht aus und müssen über die kommunalen Haushalte quersubventioniert werden. Dies wird von den freien Trägern immer wieder moniert, da solche Quersubventionen die Marktsituation verzerren. Die freigemeinnützigen Krankenhäuser sind unterschiedlich organisiert und haben keine einheitliche Vorgabe bezüglich ihrer Struktur und der Finanzierung. Sie dürfen aber keine Defizite verursachen und müssen kostendeckend arbeiten.

Die kirchlichen Träger betonen eine besondere Wertestruktur, die sich in der Krankenversorgung ausdrücken soll. Hier geht es vor allem um christliche Werte und einen Bezug zur Menschenwürde.

● Kirchliche Häuser arbeiten wirtschaftlicher

Bei der von Prognos durchgeführten Analyse werden bei den wirtschaftlichen Daten interessante Unterschiede zum Durchschnitt der deutschen Krankenhäuser sichtbar.

In der Bundesrepublik Deutschland sind im Jahre 2004 pro Einwohner 740,00 € für die Krankenhausversorgung ausgegeben worden. Interessant ist, dass dies deutlich unter dem Schnitt der Industrieländer liegt, die etwa 900,00 € ausgeben. Auch der Fallwert ist in Deutschland niedriger. Er beträgt 3.671 € im Vergleich zu 6.523 € im Schnitt der Industrieländer. Dies sind Zahlen aus dem Jahre 2004. Vergleicht man die deutschen Krankenhäuser untereinander, so arbeiten die kirchlichen Häuser durchweg wirtschaftlicher. Bezogen auf den Casemix fallen hier 3.999 € im Vergleich zu 4.357 € im Durchschnitt aller Krankenhäuser an.

Interessant ist, dass diese Differenz nicht durch unterschiedliche Personalkosten zustande kommt. Bei einer Analyse über alle Krankenhäuser ist eine verwertbare Differenz der Kosten pro Mitarbeiter in der Bundesrepublik Deutschland zwischen den Krankenhäusern nicht feststellbar, was im Übrigen auch bei isolierter Betrachtung des ärztlichen Bereiches gilt.

● Mehr Krankenhäuser in privater Trägerschaft

In den Jahren 1991 bis 2007 hat die Krankenhauslandschaft in Deutschland entscheidend verändert: Waren 1991 nur 15 % der Allgemeinkrankenhäuser in privater Trägerschaft, so sind es jetzt bereits 29 % (siehe Abb. 1). Kaum verändert hat sich der Anteil der freigemeinnützigen Krankenhäuser. Ihr Prozentsatz schwankt zwischen 38 % und 41 %. Die Steigerung bei den privaten Krankenhäu-

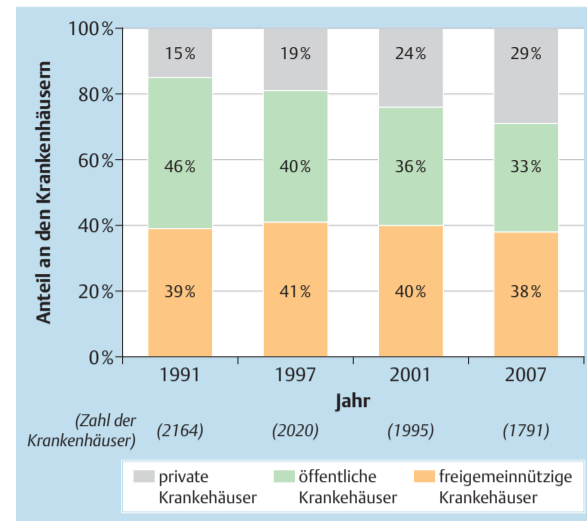


Abb. 1 Der Anteil der Krankenhäuser in privater Trägerschaft ist seit 1991 deutlich angestiegen.

sern geht voll zu Lasten der öffentlichen Krankenhäuser. Kommunen und Landkreise übertragen ihre Krankenhausstrukturen an private Träger, in der Hoffnung, auf diesem Weg die Defizite für ihren Haushalt loszuwerden. Bei unveränderter Entwicklung ist davon auszugehen, dass die Krankenhausstruktur weitgehend von pri-

vaten und frei-gemeinnützigen Krankenhäusern repräsentiert wird. Es wäre sicher interessant festzustellen, wie sich die verschiedenen Philosophien der Träger bei der Krankenhausversorgung auch auf den täglichen Arztalltag auswirken.

HFS

Serie: Qualitätsmanagement in der Praxis – Teil 1

Aller Anfang ist schwer

Dienstagabend gegen 19:00 Uhr. Dr. Müller, 61, Internist und Inhaber einer Praxis mit drei Mitarbeitern in einer schwäbischen Kleinstadt, sitzt über der Tagespost. Endlich Ruhe. Heute war mal wieder die Hölle los. Vormittags platzte das Wartezimmer fast aus den Nähten. Erst am späten Nachmittag hatte er die Situation wieder einigermaßen unter Kontrolle, und die Wartezeiten waren wieder auf einem akzeptablen Niveau. „Was ist eigentlich akzeptabel?“, fragt er sich. Davon hat doch unlängst sein Kollege Wohlgemuth beim monatlichen Schoppentreffen der Niedergelassenen erzählt. Egal, jetzt wird erst einmal die Post gemacht.

Dr. Müller hat die Praxis vor 16 Jahren von seinem Vorgänger übernommen, der sich damals zur Ruhe gesetzt hat. Dieser hatte sich über die Jahre eine treue Stammkundschaft erarbeitet. „In nicht allzu ferner Zukunft werde auch ich die Praxis an einen Nachfolger weiter geben“, denkt Müller insgeheim. Speziell die älteren Bewohner im Ort schätzen den Internisten wegen seiner natürlichen Autorität, seines Traditionsbewusstseins und wahrscheinlich auch wegen seines Sarkasmus, den er manchmal auch während der Sprechstunde nicht unterdrücken kann.

Gerade heute hatte er mal wieder eine gute Gelegenheit dazu. Da hatte doch die KV Baden-Württemberg per Einschreiben einen dicken Umschlag geschickt. Sicher etwas Offizielles, denkt er, und öffnet erwartungsfroh den Umschlag. Doch der enthält lediglich ein Anschreiben und einige Seiten Fragebögen. „Ständig die Regelsätze reduzieren und dann das Geld aus dem Fenster werfen“, grummelt er. Anneliese, seine Sprechstundenhilfe – oder medizinische Fachangestellte, wie das ja neuerdings heißt – steckt ihren Kopf ins Arztzimmer und reißt ihn aus seinen Gedanken. „Brauchen Sie mich noch, Herr Doktor, oder darf ich für heute Feierabend machen?“, fragt sie. „Gehen Sie nur, Anneliese, ich mache nur noch die Post und sperre dann selbst ab.“ „Na dann bis morgen, Herr Doktor.“ „Bis morgen.“ „Was wäre ich

nur ohne diese tüchtige Person“, sagt sich Dr. Müller. Er hat sie von seinem Vorgänger übernommen. Anfangs hatten sie sich überhaupt nicht verstanden, aber mit den Jahren wurden sie ein eingespieltes Team. Dr. Müller wendet sich wieder der Post zu und liest das Anschreiben: „Mit der Qualitätsmanagement-Richtlinie „Vertragsärztliche Versorgung“ sind Sie verpflichtet, bis zum 31.12.2009 ein internes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln sowie sich an externen Maßnahmen der Qualitätssicherung zur Verbesserung der Ergebnisqualität zu beteiligen. Um die Wirksamkeit des Qualitätsmanagements in Ihrer Praxis nachzuweisen, bitten wir Sie, die beiliegende Selbstbeurteilung auszufüllen und binnen vier Wochen an uns zurückzusenden.“

„Die haben gut lachen“, sagt sich Dr. Müller. Er hatte zwar vor gut einem Jahr eine Informationsveranstaltung im Ärztehaus zu diesem Thema besucht, seitdem aber einfach keine Zeit gefunden, sich darum zu kümmern. Immerhin hatte Anneliese vor einigen Monaten an einem Seminar „Einführung des Qualitätsmanagements“ teilgenommen. Sie hatte ihn auch in letzter Zeit häufiger darauf angesprochen, um das weitere Vorgehen zu besprechen. Aber immer wieder war etwas dazwischen gekommen. Plötzlich schrillt das Telefon. „Praxis Dr. Müller.“ „Guten Abend, Herr Kollege,

hier ist Wohlgemuth.“ „Ach, Herr Dr. Wohlgemuth, was verschafft mir das Vergnügen Ihres Anrufes?“ Der Wohlgemuth hatte ihm heute grade noch gefehlt. Er war letztes Jahr im Nachbarort in die Praxis seines alten Mentors Dr. Seltsam eingezogen. War wohl ein entfernter Verwandter von ihm. Dr. Seltsam hatte noch am letzten Tage seines 76-jährigen Lebens praktiziert, bevor ihn ein Infarkt plötzlich und unerwartet aus dem Leben riss. Dr. Wohlgemuth, 41, ist ein richtiger Besserwisser, denkt Dr. Müller. Über seine fachliche Qualifikation gibt es wohl keine Klagen. Aber der Mann lässt beim Schoppentreffen einfach keine Möglichkeit aus, sich ins rechte Licht zu rücken. Letztens hatte er über seine Aktivitäten in der Beschreibung der Strategie für seine Praxis berichtet. Dr. Müller hatte sich höflich interessiert gezeigt, aber dann doch weggehört.

„Haben Sie auch ein Einschreiben der KV erhalten?“, fragt Dr. Wohlgemuth. „In der Tat, Herr Kollege.“

„Ist das ein Zufall! Die KV wählt doch in jedem Jahr nur 2,5 % der Praxen für die Überprüfung aus. Ich denke, wir könnten uns einfach mal treffen und uns gemeinsam an die Beantwortung der Fragen machen. Ich könnte mir vorstellen, dass wir uns gut ergänzen würden. Sie mit Ihrer langjährigen Erfahrung, und ich...“, na ja, mit meinem Wissen über Qualitätsmanagement.“

„Dieser Schlauberger will mein mühsam erworbenes Wissen abzapfen und sich mit seinem Abendkurs profilieren“, denkt Dr. Müller. „Nicht mit mir!“ Doch dann denkt er wieder an den Brief der KV. Warum eigentlich nicht? „Das ist eine fantastische Idee“, hört er sich sagen. „Ich wollte Sie heute Morgen schon anrufen und das gleiche vorschlagen, aber dann kam ein Akut-Fall dazwischen.“

„Gut, wie wäre es mit morgen Nachmittag, da haben unsere Praxen geschlossen; oder haben Sie Notdienst?“

„Nein, habe ich nicht.“

„Gut, dann lade ich Sie zu mir ein. Sie waren ja seit den seligen Zeiten des Dr. Seltsam nicht mehr im Haus. Dann kann ich Ihnen mal zeigen, was ich seit der Übernahme verändert habe. Außerdem können wir dann auch gleich am PC mit dem Ausfüllen beginnen.“

„Gut, dann bis Morgen und schönen Feierabend.“

„Auch für Sie, auf Wiederhören.“

„Das könnte eine gute Sache werden“, denkt sich Dr. Müller und reibt sich in Gedanken die Hände. Er sortiert nur noch kurz die Post und verlässt dann die Praxis.

Mittwochnachmittag. Dr. Müller nähert sich der Praxis seines Kollegen. „Schon an der Querstraße ausgeschildert, zusätzliche Parkplätze direkt vor dem Haus. Es hat sich tatsächlich einiges verändert“, resümiert er. Am Empfang sitzt eine junge Dame vertieft in die Arbeit am PC. Bevor er sie ansprechen kann, rauscht Dr. Wohlgemuth mit jugendlichem Elan heran. „Ah, Kollege Müller, schön, dass Sie da sind. Darf ich Ihnen meine Praxismanagerin, Frau Pfiffig, vorstellen. Frau Pfiffig ist bei uns unter anderem auch für das Qualitätsmanagement verantwortlich – Sie wissen schon „Qualitätsmanagementbeauftragte“. Leistet übrigens gute Arbeit. Sie steht uns für das Thema gern zur Seite. Bitte geben Sie mir doch Ihren Mantel. Ihren Kaffee können Sie sich derweilen selbst am Automaten vor dem Wartezimmer zubereiten.“

Verdutzt händigt Dr. Müller seinen Mantel aus und wählt einen Espresso aus. „Ist das auch für die Patienten gedacht?“ „Natürlich! Drauf gekommen bin ich, als ich über die Problematik des Kaffeekochens für den Eigenbedarf nachgedacht habe. Eine Sprechstundenhilfe, die Kaffee kocht, kann nicht gleichzeitig Anrufe entgegen nehmen. Und die Erreichbarkeit wird in der Patientenbefragung immer sehr hoch bewertet.“ „Aber kostenlos?“

fragt Dr. Müller. „Natürlich! Es kostet

nicht die Welt, und die Patienten freut es. Sie beklagen sich jetzt eher, dass sie ihren Kaffee nicht in Ruhe austrinken können. Und wer will, kann etwas in die Kaffeekasse tun. Wirklich sehr effektiv.“

Dann fährt er fort: „Lassen Sie uns zunächst in mein Arztzimmer gehen und den Nachmittag planen. Sie haben doch anschließend noch Zeit für ein kurzes Abendessen? Ich glaube, wir haben uns dann einen Schoppen redlich verdient.“

Im Arztzimmer fährt Wohlgemuth fort: „Nun Herr Kollege, wie weit sind Sie denn mit Ihrem Qualitätsmanagement wirklich? Ich hatte eher den Eindruck, dass Sie dies als lästige Pflicht empfinden.“

„Um ehrlich zu sein, nicht soweit wie ich mir gewünscht habe. Sie wissen ja, die Patienten gehen vor.“

„Natürlich, unter anderem deshalb wird ja QM gemacht. Patientenzufriedenheit ist ein wesentliches Element des Qualitätsmanagements.“

„Aber meine Patienten sind doch zufrieden, dafür brauche ich doch kein Qualitätsmanagement. Das braucht doch nur die KV, um in der Presse gut dazustehen und eine Daseinsberechtigung nachzuweisen.“

„Das ist nicht der Punkt. Die wesentliche Aufgabe des Qualitätsmanagements besteht in einem strukturierten Vorgehen, um nachvollziehbar und belegbar die Bedürfnisse des Patienten umfassend zu erfüllen und dabei Geld zu verdienen, d.h. mit möglichst wenig Aufwand möglichst viele Behandlungen durchzuführen.“

„Das haben Sie aber gut ausgedrückt. Stammt das aus Ihrem Abendkurs?“

„Ja, das auch. Aber viel wichtiger: Es entstammt meiner Erfahrung und Überzeugung.“

„Ich sage Ihnen mal was aus meiner Erfahrung. Die Patienten werden krank. Dann kommen Sie zu uns und werden untersucht und therapiert. Sie genesen und sind zufrieden. So war es immer, und so wird es immer bleiben.“

Und das funktionierte bis jetzt auch ohne QM!“

„Ja und nein. Es funktionierte bislang – und das auch mehr schlecht als recht – nur deshalb, weil Sie eigentlich immer schon QM gemacht haben, ohne es so zu nennen. Ich gebe Ihnen ein Beispiel: Wenn Sie überlegt haben, ob Sie z.B. ein neues Laborgerät anschaffen sollten, haben Sie auch in der Vergangenheit gegenübergestellt was es kostet, wie viele Patienten pro Jahr es nutzen, wie lange es hält und was die KV pro Behandlung vergütet. Aus Sicht des Qualitätsmanagements ist das strategische Unternehmensplanung. Sie ermitteln die Bedürfnisse der Patienten, betrachten über einen Zeitraum von mehreren Jahren Kosten und Erträge und bestellen erst dann das Gerät.“

„Ja, wenn Sie es so sehen, da haben Sie eigentlich Recht.“

„QM fängt immer mit der strategischen Planung an. Stellen Sie sich vor, Sie müssten beschreiben, wie Ihre Praxis in fünf Jahren aussehen soll.“

„In fünf Jahren bin ich sicher schon in Rente.“

„Wie groß ist denn Ihr Kundenstamm?“

„Auf jeden Fall über 3000 Patienten; so genau kann ich das gar nicht sagen.“

„Interessant“, denkt sich Dr. Wohlgemuth, „das ist ja fast das Doppelte meiner Praxis.“

„Sehen Sie“, sagt er. „Das wäre dann ein mögliches strategisches Ziel. Sie wollen Ihrem Nachfolger einen Kundenstamm von 3000 Patienten übergeben, wenn Sie in Rente gehen. Warum schreiben Sie das nicht einfach auf?“

„Wenn das so einfach wäre.“

„Es ist so einfach! Passen Sie auf, Herr Kollege. Wir treffen uns in den nächsten Wochen mittwochnachmittags mit unseren Praxismanagerinnen im Wechsel bei Ihnen und bei mir und gehen die Anforderungen Stück für Stück durch. Damit erfüllen wir dann auch schon das Kapitel „Einbeziehung der Mitarbeiter“. Wenn sich das Team eingespielt hat, können die Damen ohne unsere Beteiligung weiter machen. Was halten Sie davon?“

„Gute Idee!“

„Dann komme ich nächsten Mittwoch um 16:00 Uhr mit Frau Pffiffig zu Ihnen.“

„Abgemacht.“

„Prima, dann zeige ich Ihnen nur noch kurz die Praxis, und dann gehen gemeinsam zum Abendessen in den Schwan.“

„Scheint wohl doch nicht so ein Besessener zu sein, dieser Wohlgemuth. Wer weiß, vielleicht käme der sogar für meine Nachfolge in Betracht“, denkt sich Dr. Müller auf dem Weg zum Restaurant.

Fortsetzung folgt...

Michael Bothe, VDE-Institut, Offenbach/Main

PKV-Geschäftszahlen für 2008 und 2009

Privat-Assekuranz schöpft wieder Hoffnung

Die Talfahrt im Neugeschäft der privaten Krankenversicherung scheint gestoppt – dank Sondereffekten: Zum 31. Dezember 2008 stieg die Zahl der Vollversicherten auf 8,64 Millionen Menschen. Der Nettoneuzugang belief sich 2008 auf 90 300 Personen; damit erreichte das Neugeschäft über 150% des Vorjahreswertes (2007: 59 900 Personen).

In der Zahl sind allerdings 20 500 reine Anwartschaftsversicherungen enthalten. Sie wurden von gesetzlich Versicherten abgeschlossen, die sich für die Zukunft einen Tarif der „alten PKV-Welt“ sichern wollten. Weitere 20 900 Personen waren unversichert und kamen im Vorgriff auf die gesetzliche Pflicht zur Versicherung. Bereinigt um beide Sondereffekte betrug der mit den Vorjahren vergleichbare Neuzugang 48 900 Personen. Noch immer wirkt sich die 2007 eingeführte 3-Jahres-Wartefrist für Arbeitnehmer oberhalb der Versicherungspflichtgrenze sehr negativ auf die Branche aus. Diese Daten sind im Zahlenbericht über das endgültige Geschäftsergebnis der Mitgliedsunternehmen des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV) für das Jahr 2008 enthalten, der Ende 2009 erschienen ist. Für 2009 wurden die bislang vorliegenden Halbjahresdaten veröffentlicht sowie erste Prognosen für die zweite Jahreshälfte erstellt.

● **Basistarif als latente Bedrohung**
Im ersten Halbjahr 2009 kamen weitere 98 800 Personen in die private Krankenversicherung (1. Halbjahr 2008: 23 400 Personen). Am 30. Juni waren somit 8,74 Millionen Menschen privat vollversichert. Auch dieser Anstieg beruht auf einmaligen Effekten: Neben der am 1. Januar 2009 in Kraft getretenen Pflicht zur Versicherung haben die negativen Schlagzeilen vor Einführung des Gesundheitsfonds und die für viele gesetzlich Versicherte damit verbundenen Beitragserhöhungen Tausende zum Wechsel in die PKV bewegt. Mindestens 60 000 der Neuversicherten haben noch Tarife der „alten Welt“ mit Versicherungsbeginn 2009 abgeschlossen. Im neuen Basistarif befanden sich Ende Juni insgesamt 9 800 Versicherte. Der PKV-Verband sieht den Basistarif als latente Bedrohung für die Existenz der privaten Krankheitsvollversicherung. Er setzt darauf, dass der Gesetzgeber der vom Bundesverfassungsgericht vorgeschriebenen Beobachtungspflicht nachkommt und bei einer Überforderung der Privatversicherten durch den Basistarif das Gesetz nachbessern wird.

● **Hin zu mehr Wettbewerb?**
Ende 2008 hatten mehr als 10,5% der Menschen in Deutschland eine private Krankheitsvollversicherung bei einem der 46 Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbands. Daneben gab es knapp 21 Millionen Zusatzversicherungen, fast eine Million mehr als im Vorjahr.

PKV-Verbandsdirektor Dr. Volker Leienbach wertet es als wichtigen Schritt in die richtige Richtung eines fairen Wettbewerbs zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung, dass die neue Regierungskoalition wieder mehr Wettbewerb zulassen und die 3-Jahres-Frist abschaffen will. Die Zahl der privaten Zusatzversicherungen stieg im Jahr 2008 um fast eine Million Versicherungen auf 20,98 Millionen. Von der Gesamtzahl der Ende 2008 vorhandenen Zusatzversicherungen boten 15,39 Millionen eine Ergänzung zum GKV-Schutz. Darunter werden drei Tarifarten zusammengefasst, die in der Regel von gesetzlich Versicherten abgeschlossen werden: ambulante Tarife, Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus sowie Zahntarife. Die Zahl dieser Versicherungen nahm 2008 um über 7% zu. Das Interesse daran bleibt nach wie vor groß, Begrenzungen und Einschnitte bei den Leistungen der gesetzlichen Kassen durch den Abschluss einer privaten Zusatzversicherung zu kompensieren. Die Ausgaben je Versicherten stiegen 2008 mit 5,83% ähnlich wie im Vorjahr (5,37%). Im Bereich der ambulanten Pflege verringerte sich der Anstieg leicht, doch die Kosten für stationäre Leistungen stiegen stärker als im Vorjahr an. Dafür ist vor allem das Plus von 5,80% bei den allgemeinen Krankenhausleistungen verantwortlich (2007: +2,44%). Die Wahlleistung Chefarzt stieg um 3,60%, während die Wahlleistung Unterkunft mit -3,80% rückläufig war, ebenso wie das Ersatz-Krankenhaustagegeld (-4,21%).

● **Regelhöchstsatz dominiert**
Der PKV-Verband wertet jährlich eine Stichprobe von 40 000 der bei den Mitgliedsunternehmen eingereichten Arztrechnungen anonymisiert aus. Davon entfallen 10 000 auf den stationären Bereich. Die Auswertung zeigt, dass äußerst selten unter dem Regelhöchstsatz abgerechnet wird. Mehr als zwei Drittel der Rechnungen wurden 2007 genau zum Regelhöchstsatz erstellt. Bei den stationären Behandlungen griffen die Ärzte in etwa 30% der Fälle auf den Höchstsatz zurück – im ambulanten Bereich waren es 7,5%. Die Beitragseinnahmen der PKV sind im Jahr 2008 um 2,91% auf 30,324 Millionen Euro angestiegen. Die Gesamtleistungen stiegen um 8,83% auf 23,889 Millionen Euro.

KS

Kommentar

PKV wird GKV?

Dr. Volker Leienbach, PVK-Verbandsdirektor, hat dem Ärztlichen Nachrichtendienst ein Interview gegeben und dabei interessante Auffassungen bezüglich der Position der privaten Krankenversicherungen für die Zukunft geäußert.

Zunächst beklagt er, dass die Kosten in der privaten Krankenversicherung deutlicher ansteigen als in der gesetzlichen. Dies liege am höheren Leistungsniveau, außerdem seien die gesetzlichen Krankenversicherungen durch Budgets geschützt. Der einzelne Fall koste in der privaten Krankenversicherung mehr als in der gesetzlichen. Dies führe zu einer deutlichen Vermehrung der Kosten und entsprechenden Beitragserhöhung der privaten Krankenversicherung. Da die GOÄ weitgehend gleichgeblieben sei, müsse die Vermehrung der Kosten über eine Mengenentwicklung verursacht werden. Bezüglich der GOÄ steht er in Verhandlung mit der Bundesärztekammer und möchte sich deshalb zu Details nicht äußern. Die Bundesärztekammer hat für die Arztminute 1,32 Euro bei der Kalkulation vorgesehen. Der Stundenlohn des Arztes beläuft sich somit auf 90 Euro. Ich glaube nicht, dass es einen Freiberufler in Deutschland gibt, seien es Anwälte, Architekten oder Steuerberater, die sich mit einem solchen Stundensatz zufrieden geben würden. Dr. Leienbach ließ offen, ob er den angepeilten Stundensatz für realistisch hält; man darf gespannt sein, ob hier noch dieser Arztlohn heruntergehandelt wird.

Offensichtlich hofft die PKV auf eine weitere Besserung ihrer finanziellen Situation, wenn ihr im Rahmen einer GOÄ-Novellierung eine Vertragskompetenz zugesprochen würde. Dies würde bedeuten, dass ein Selbstzahler nicht mehr nur ein Vertragsverhältnis zu seinem behandelnden Arzt hat, sondern ähnlich wie bei der gesetzlichen Krankenversicherung bei Selektivverträgen eine vertragliche Regelung mit seiner Krankenkasse abschließt.

Einsparen möchte Dr. Leienbach auch beim Basistarif. Er befürchtet, dass der übliche 1,8-fache Satz zu hoch ist und fordert von der Bundesregierung eine Begrenzung auf einen niedrigeren Faktor, der etwa den Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht.

Die Meinung von Herrn Dr. Leienbach ist insofern interessant, als er sich mit den finanziellen Vorgaben für den Arztlohn, mit der Vertragskompetenz und mit der Korrektur des Basistarifes auf die gleiche Ebene wie eine gesetzliche Krankenversicherung stellt. Man sollte die Privatversicherer daran erinnern, dass unter der Regierung von Ulla Schmidt ihre Tage bereits gezählt waren. Es war deren politisches Ziel, die private Krankenversicherung der gesetzlichen Krankenversicherung gleichzuschalten.

Man muss sich fragen, ob dieses Geschäft jetzt die Privatversicherer selbst erledigen. Warum sollte in Deutschland sich ein Patient noch einer Privatversicherung anschließen, wenn er mehr oder weniger mit den gleichen Bedingungen versichert wird wie der gesetzlich Versicherte? Ein wesentlicher Grund in Deutschland noch privat versichert zu sein, ist nicht den Ärzten höhere Honorare zu bezahlen, sondern dass man einen angemessenen und anpassungsfähigen Leistungskatalog zur Verfügung hat. Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung wird insbesondere im ambulanten Bereich durch den Gemeinsamen Bundesausschuss immer mehr eingedämpft, da neue Leistungen kaum noch in den Katalog übernommen werden, auch wenn sie durchaus sinnvoll sind und in anerkannten Leitlinien aufgenommen wurden. Der Privatversicherte weiß, dass ihm diese Leistungen bis jetzt nicht vorenthalten werden können. Wenn die Privatversicherer auf den Gedanken kommen, den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zu übernehmen, muss man ernsthaft die Frage stellen, ob sie dann im Vergleich zur gesetzlichen Krankenversicherung noch eine Existenzberechtigung besitzen.

HFS

Das niederländische Gesundheitssystem

Eine Blaupause für Deutschland?

Wie in Deutschland, so kommen auch in den Niederlanden die wesentlichen Impulse für Gesundheitsreformen aus mehreren politischen Lagern. So stützen sich auch in den Niederlanden marktorientiertere Reformen auf die Annahme, dass mehr Wettbewerb und mehr Wahlfreiheit der Patienten zu einer Qualitäts- und Effizienzsteigerung führen werden. Aus diesem Grunde haben sich die Niederlande entschlossen, ihr Gesundheitssystem komplett umzustellen. Die Umsetzung, die Anfang 2006 begonnen wurde, wird voraussichtlich noch bis 2012 andauern.

Kernelement dieser Reform war die Zusammenführung der gesetzlichen Krankenversicherung mit der privaten Krankenversicherung. Somit gibt es keine regionalen Krankenkassen mehr, nur noch überregional organisierte privatrechtliche Krankenversicherungsanbieter. Ein Nebeneffekt dieser Reformmaßnahme war die Marktkonsolidierung im Bereich der Krankenversicherer. Die Zahl der Versicherungen sank von 57 im Jahr 2006, auf nunmehr unter zwölf Versicherungsanbieter. Ergebnis dieser Marktberaumung ist eine höhere Marktkonzentration. So teilen sich die vier größten Versicherer bereits heute fast 90 % des Gesamtmarktes untereinander auf. Inwiefern diese Konzentration in allen Regionen einen steigenden Wettbewerb und Wahlfreiheit der Anbieter gewährleisten kann, bleibt nachzufragen. Aufgrund groß angelegter Marketing-Kampagnen wechselte fast jeder fünfte Versicherte im ersten Jahr der Reform seine Krankenkasse. Diese Mobilität nahm jedoch nach 2006 schnell wieder ab. Inzwischen gehen die Unterschiede zwischen den Versicherungen eher gegen null.

● Einkommensunabhängige Gesundheitsprämie

Neben der Zusammenführung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung wurde in den Niederlanden die Gesundheitsprämie eingeführt. Diese Prämie betrifft ausschließlich die Grundversorgung und umfasst die

Leistungen des Hausarztes, medizinische Versorgung im Krankenhaus sowie notwendige Medikamente. Die Jahresprämie liegt je Versicherungsnehmer bei ca. 1.200 Euro, wobei diese meistens je zur Hälfte vom Versicherten sowie seinem Arbeitgeber getragen werden. Sie wird durch die jeweilige Regierung jährlich festgelegt. Der Beitrag für die Grundversicherung ist somit einkommensunabhängig, sodass die Abkopplung der Gesundheitskosten von den Lohnkosten als ein weiteres Ziel der Reform erreicht wurde. Die Prämie für Kinder bis zu ihrem 18. Lebensjahr wird durch den Staat aus Steuermitteln finanziert. Der Sozialausgleich wurde derart konstruiert, dass alle Bürger die weniger als 32.500 Euro Jahreseinkommen haben, ein Anrecht auf eine gesetzliche, einkommensabhängige Rückerstattung eines Teils der Prämie haben. Dieser Sozialausgleich bindet jährlich ca. 5 Milliarden Euro Steuermittel.

● Zusatzversicherungen mit steigenden Prämien

Die Reform sieht einen Kontrahierungszwang für die Versicherer und damit das Verbot von Risikoselektion bei der Grundversorgung vor. Jedoch bei Zusatzversicherungen für im Basispaket nicht mit versicherte Leistungen, besteht dieser Kontrahierungszwang nicht. Hier ist inzwischen eine Tendenz festzustellen, dass nahezu die Hälfte aller Versicherer Antragsteller einen Gesundheits-



fragebogen ausfüllen lassen. Die Vermutung liegt nahe, dass mancher nun einen Wechsel der Grundversicherung scheut, weil er fürchten muss, von seinem neuen Versicherer nicht in die Zusatzversicherung aufgenommen zu werden. Das Angebot der Zusatzversicherungen erstreckt sich über Behandlungskosten beim Zahnarzt, Brillen, Physiotherapie, Kuren und weitere. Dieser Sektor wächst rasant, was zu einem starken Anstieg der Prämien in diesem Segment führt. Während der Sektor der Grundversorgung derzeit für nahezu alle Versicherungsunternehmen defizitär ist, werden im Bereich der Zusatzversicherungen Gewinne erzielt.

● Selektivverträge eher selten

Ein weiteres Grundelement der Reform, ist die Aufwertung von Versicherungsunternehmen, die beim Einkauf von Gesundheitsleistungen für ihre Mitglieder eine aktivere Rolle spielen sollen. Prinzipiell müssten nunmehr die Versicherer nicht mehr mit jedem Anbieter einen Vertrag schließen und können stattdessen selektiv gewisse Dienste frei einkaufen. Allerdings findet sich diese Vorgehensweise selten, aufgrund von Monopolstellung von Krankenhäusern in manchen Regionen, sowie der Furcht, mit Selektivverträgen den Ruf zu ruinieren, und schließlich den Unwillen von Patienten auf sich zu ziehen, die sich nicht mal hier- und mal dorthin schicken lassen wollen. So findet dieser Reformteil nur marginale Beachtung.

● Fazit: mehr Transparenz, weniger Kosten – aber weiterhin kritische Töne

Die Ziele der Gesundheitsreform, die zu erwartende Kostensteigerung zu begrenzen, Effizienz und Ergebnisqualität des Angebotes zu verbessern sowie den Bürgern eine größere Auswahlmöglichkeit zu bieten, wurden teilweise erfüllt. So entstanden durch die Reform ansatzweise mehr Konkurrenz, Transparenz und Bürgernähe, kürzere Wartezeiten und Krankenhausaufenthalte, Qualitätsanstieg medizinischer Leistungen und ein moderater Kostenanstieg im Gesundheitswesen. Der Anstieg der Gesundheitsausgaben in den Niederlanden hat sich demnach 2006 und 2007 abgeflacht – ein Trend, der sich jedoch nach Jahren starken Wachstums bereits schon vor der Reform abgezeichnet hatte. Strukturelle Veränderungen im Zuge der Reform und die gleichzeitige Abwälzung einiger Kosten auf Städte und Kommunen, machen den Vergleich allerdings schwierig. Das politische Klima in den Niederlanden hat sich mittlerweile gewan-

delt. Nachdem die Reform vornehmlich markt-orientierte Lösungen im Gesundheitswesen berücksichtigte, werden nunmehr sozialdemokratische Lösungen favorisiert. Aufgrund der Sparmaßnahmen im niederländischen Haushalt, werden auch im Gesundheitsbereich der Niederlande Sparmaßnahmen von bis zu 20 % erwartet. Von der Sozialdemokratie wird der steuerfinanzierte Sozialausgleich aufgrund der hohen Kosten und hohen Verwaltungsaufwand kritisiert. Die Gesundheitsprämie soll durch eine einkommensabhängige Prämie ersetzt werden.

Dipl.-Betw. Tilo Radau



Durch die Gesundheitsreform ist in den Niederlanden ein neues, dynamisches Gesundheitssystem mit mehr Transparenz entstanden.

Bild: MEV

Literatur:

- 1 Maarse, Hans, Health care reform – more evaluation results. Health Policy Monitor, April 2009, aus „Gesundheitspolitik in Industrieländern 13“, Bertelsmann Verlag Bertelsmann-Stiftung
- 2 Vortrag Dr. W. Wansink der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung gesundheitspolitischer Bestrebungen e.V., am 18. November 2009, Berlin

Regelleistungsvolumen

Eine neue Form der Budgetierung

Durch den Beschluss des Bewertungsausschusses vom 20. April 2009 steht es den regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen frei, die sogenannten Vorwegleistungen innerhalb des regelleistungsvolumen-definierten Honoraranteils zu begrenzen. Insbesondere durch die Explosion von bestimmten Leistungen, unter anderem die der Akupunktur, werden die Vorgaben für die Regelleistungsvolumina regelrecht erdrückt, weil sehr viele Leistungen vorab mit einem festen Punktwert vergütet werden.

Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen hat als erstes die Reißleine gezogen. Sie führt Begrenzungsmechanismen mit dem schönen Wort Ausgleichsindex 100 und Sicherstellungsindex 90 für diese Leistungen ein. Es ist davon auszugehen, dass auch die übrigen Länder-KVen solche Maßnahmen ergreifen, wenn nicht sogar der Erweiterte Bewertungsausschuss in Zukunft die Vorwegleistungen in der seitherigen Form eliminiert.

● Vorkalkulation wird in Frage gestellt

Erinnern wir uns: Die Honorarreform hatte zwei aus der Sicht der Vertragsärzte wichtige politische Ziele. Einmal sollte die Abrechnung transparent sein und zum anderen sollten die Krankenkassen wieder das Morbiditätsrisiko übernehmen. Beide politischen Vorgaben werden durch die jetzige Beschlusslage konterkariert. Durch ein Floaten des Punktwertes oder nachträgliche Korrekturen bei den Vorwegleistungen steht das Regelleistungsvolumen kurz oder lang wieder zur Disposition. Der

Anspruch, eine ausreichende Vorkalkulation für das folgende Quartal zur Verfügung zu stellen, wird in Frage gestellt.

Es wird nicht lange dauern, bis von Selbstverwaltung einschließlich der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auch die zurzeit noch außerhalb des Regelleistungsvolumen bezahlten Leistungen in eine Mengenbegrenzung einbezogen werden. Wenn dies geschieht, ist die Honorarreform endgültig gescheitert. Die beiden wichtigen politischen Ziele sind dann nicht erreicht worden. Vor allem wäre es den Krankenkassen gelungen, durch die Hintertür wieder ein Gesamtbudget einzuziehen. Durch die Honorarreform wäre die Vertragsärzteschaft damit wahrlich vom Regen in die Traufe gekommen. Der Zwang, die Leistungen zu erbringen, um überhaupt das Regelleistungsvolumen auszufüllen, würde noch mit dem Nachteil einer Budgetierung kombiniert. Besser kann man die Krankenkassen nicht bedienen.

HFS

Die Vor- und Nachteile auf einen Blick

Die Vor- beziehungsweise Nachteile des „neuen“ niederländischen Gesundheitwesens lassen sich wie folgt darstellen:

Vorteile:

- Neues, dynamisches Gesundheitssystem statt ein auf Budgetierung und Beschränkungen ausgerichtetes Gesundheitswesen
- Konzentration der Versicherungsunternehmen auf Qualität des medizinischen Angebots
- Zunahme der Dienstleistungsorientierung
- Gestiegene Transparenz durch Einblicke in die Resultate und Qualität ärztlicher Leistungen

Nachteile:

- Oligopol der vier großen Versicherungsunternehmen
- Defizite bei der Grundversicherung
- Mangelndes Konkurrenzdenken
- Unzureichende Darstellung der USPs der Versicherungsunternehmen
- Stagnierende Versicherungswechsel aufgrund intransparenter Leistungsdarstellung
- prognostizierter Kostenanstieg