

Editorial

Wir haben eines der besten, manche sagen sogar das beste Gesundheitssystem dieser Welt und trotzdem nimmt die Akzeptanz und die Zufriedenheit ab. Allerdings wird unser Gesundheitssystem aus unterschiedlichen ideologischen und politischen Gründen bewusst schlechter geredet als es ist. Wer einmal im Ausland akut und ernsthaft erkrankt war, weiß, wovon ich rede.

Gerade ist in Amerika eine umfassende Gesundheitsreform, ein Wahlversprechen des Präsidenten Obama, im Kongress mit den Stimmen der Demokraten verabschiedet worden. Für Amerikaner ist dies eine Jahrhundertreform. Fast 95% der Bürgerinnen und Bürger sollen künftig in den Genuss einer stabilen Kranken-

versicherung kommen. Individuelle Versicherungspflicht, Finanzhilfen für Bürger, die sich eine Versicherung auf eigene Kosten nicht leisten können, finanzielle Beteiligung der Arbeitgeber, Kontrahierungspflicht für Versicherungen (zukünftig dürfen Versicherungen Menschen nicht mehr wegen Alter, Krankheit oder Gesundheitsrisiken ablehnen oder ihnen unerschwingliche oder begrenzte Policen anbieten) – Zeichen einer großen Verbesserung der Krankenversorgung in den USA. Für uns in Deutschland ist dies so selbstverständlich, dass wir uns etwas anderes gar nicht mehr vorstellen können. Dabei geben die Vereinigten Staaten bereits ohne die bisher nicht versicherten 35 Millionen Menschen schon jetzt 16% ihres BIP für die Gesundheit aus und sind damit weltweit einsamer Spitzenreiter. Deutsch-

land liegt mit 10,4% vom BIP bei den Gesundheitsausgaben an zehnter (!) Stelle der Industrieländer und damit nur knapp über dem OECD-Durchschnitt von 8,9%. Hierin sind sogar versicherungsfremde, also nicht der Gesundheitsversorgung zufließende Mittel in nicht unerheblichem Umfang enthalten. Frankreich oder die Schweiz liegen mit ihren Ausgaben höher. Dass Ausgaben für die Gesundheit und Lebenserwartung nicht einfach korrelieren, zeigt das Beispiel Japan. Bei Gesundheitsausgaben von 8,1% ist die Lebenserwartung mit 82,6 Jahren deutlich höher als in den USA mit 78,1 Jahren. Wichtige bekannte Kostenfaktoren bei uns sind die vielen Krankenhausbetten, die hohen Ausgaben für Medikamente sowie erhebliche Verwaltungskosten. Anders als in den meisten anderen Ländern sind die



Präsident
Dr. med. Wolfgang Wesiack,
Hamburg

Gesundheitsausgaben in Deutschland aber nicht schneller gewachsen als die Wirtschaftsleistungen – und dies trotz der rasch alternden Bevölkerung und dem damit wachsenden medizinischen Bedarf. Wir sind auch Meister der Kostendämpfung. Zusammenfassend haben wir ein leistungsfähiges und qualitativ gutes Gesundheitssystem ohne Zugangsbeschränkungen, mit freier Wahl des Haus- und Facharztes und durch die

ambulante fachärztliche Versorgung keine relevanten Wartezeiten. Sicher, auch unser System hat zum Teil ganz erhebliche Schwächen und strukturelle Defizite. Ein nahezu unbegrenztes medizinisches Leistungsversprechen bei rigiden Budgets führt zur Rationierung und zu einer schlechteren Krankenversorgung. Probleme wie in Amerika kennen wir aber nicht. Der Berufsverband Deutscher Internisten, Ihr BDI e.V., arbeitet an einer kontinuierlichen Verbesserung unseres Gesundheitssystems. Arbeiten Sie mit, unterstützen Sie uns!

Ihr
Dr. med. Wolfgang Wesiack
Präsident

Leserbriefe zur Berichterstattung zum Hausarztvertrag in Baden-Württemberg (BDI aktuell 2/2010)

„Das Hausarztmodell ist ein Widerspruch in sich“

Ich bitte Sie mein Anliegen bei Bundesgesundheitsminister Rösler vorzubringen: Ich wohne in einer Gemeinde mit ca. 2400 Einwohnern, wir haben eine Gemeinschaftspraxis für Allgemeinmedizin. Diese fachlich guten Ärzte behandeln ihre Patienten nur noch, wenn sie sich in das Hausarztmodell einschreiben. In den beiden Nachbargemeinden haben zwei Praxen aus Altersgründen geschlossen, deshalb unterschreiben die Menschen aus Angst um ihre ärztliche Versorgung. Das Hausarztmodell ist deshalb ein Widerspruch in sich, weil es unmöglich ist, mehr Zeit und eine bessere Versorgung zu leisten, wenn der

Patientenzustrom immer größer wird. Nach 22 Jahren guter Zusammenarbeit und bester ärztlicher Versorgung hat mir der Arzt klar gesagt, dass ich mir einen andern Hausarzt suchen muss, wenn ich das Hausarztmodell nicht unterschreibe. Er begründet das mit Vertrauensmissbrauch ihm gegenüber. Als ich um einen Termin für mein Kind bat, bekam ich diesen, er wurde einen Tag später abgesagt mit der Begründung, dass er es ohne Hausarztmodell nicht behandelt.

Mir ist bekannt, dass viele Ärzte dieses Hausarztmodell als Druckmittel verwenden. Würden Sie nicht auch in einem körperlich desolaten

Zustand, also krank, unterschreiben, um behandelt zu werden? Wenn diese Machenschaften Kreise ziehen, kann ich ohne dieses Hausarztmodell keine ärztliche Versorgung mehr bekommen. Für mich ist das rechtlich nicht nachvollziehbar, sondern ein Freibrief, Patienten für diesen Zweck zu missbrauchen. Ich bitte Sie deshalb, die Vergütung der Ärzte nicht über den Patienten zu regeln. So kann man die Landflucht der Ärzte nicht verhindern. Ich denke, da müssen andere Hilfen, die direkt zu den Ärzten gelangen, eingesetzt werden. Dies würde auch einiges an Bürokratie (wie Verträge, Bestätigungen, Kündigungen) – einen Riesenaufwand an Schreibarbeiten – einsparen.

In der Hoffnung, dass das Hausarztmodell überprüft wird,
Edeltraud Mayer, Jagstzell

„Berichterstattung in BDI aktuell greift zu kurz“

Ihr Leitartikel greift wie bereits früher in BDI aktuell erschienene Berichterstattungen über die hausarztzentrierte Versorgung zu kurz. Als hausärztlicher Internist in Baden-Württemberg ist mir die Thematik aus eigener Anschauung sehr gut bekannt. Ihre einseitige Darstellung aus KV-Sicht ist ein hoffnungsloser Versuch, die angeschlagene Festung zu halten und wird rasch

von den Realitäten überholt werden. Nachdenklich stimmt mich natürlich, dass so ein Artikel an erster Stelle meiner Mitgliederzeitung ohne Veröffentlichung einer Gegenposition steht. Hier bleibt für mich die Frage offen, ob ich noch dem richtigen Berufsverband angehöre.

Mit freundlichen Grüßen
Dr. Ulrich Bayer

AG Fachärztlich tätige Internisten ohne Schwerpunkt im BDI

Facharztinternisten ohne Schwerpunkt am unteren Ende der Einkommensskala

Seit der Einführung des derzeit gültigen EBM sind die fachärztlich tätigen Ärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt gegenüber anderen Fachgruppen deutlich benachteiligt. Daran hat auch die jüngste Honorarreform nichts geändert.

Nach den von der KBV jetzt veröffentlichten Zahlen, die sich auf das gesamte Bundesgebiet außer Bayern beziehen, finden sich die Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt im ersten Halbjahr 2009 mit 80 600 Euro pro Arzt weiterhin am unteren Ende der Skala der Honorarumsätze (siehe auch Artikel: „Die Folgen der EBM-Reform – Erste Ergebnisse“ auf den Seiten 1 und 4). Sie erreichen noch nicht einmal die Umsätze der Allgemeinmediziner (95 417€), geschweige die der Orthopäden (109 991 €), der Kardiologen (147 031 €) oder der Pulmonologen (151 430€)!

Obwohl nach den bisherigen Zahlen 9% zusätzliches Honorar in den fachärztlichen Versorgungsbereich geflossen sind, sind bei den Facharztinternisten ohne Schwerpunkt bundesweit nur 3% mehr Honorar angekommen. Insbe-

sondere die Kollegen, welche ein breites diagnostisches Spektrum anbieten, werden viel zu schlecht honoriert. Die Schere der Vergütung der fachärztlichen Tätigkeit klafft immer weiter auseinander – und die Facharztinternisten ohne Schwerpunkt sind die Verlierer! Dies liegt vor allem daran, dass die von den Facharztinternisten ohne Schwerpunkt erbrachten Leistungen im derzeit gültigen EBM in keiner Weise leistungsgerecht dargestellt werden. Insbesondere die kardiologischen Leistungen wie Belastungs-EKG, Langzeit-EKG, Langzeit-Blutdruckmessung, Lungenfunktion usw. sind in der Zusatzpauschale fachinternistische „Behandlung“ (13250) zusammengefasst worden. Diese Ziffer wird mit 445 Punkten (15,58 Euro) völlig unterbewertet. Alle therapeutischen Betreuungsleistungen

Verleihung der Günther-Budelmann-Medaille 2010 an Prof. Dr. med. Otto-Albrecht Müller



Prof. Dr. O.-A. Müller

Professor Müller ist seit 1978 Mitglied im Berufsverband Deutscher Internisten e.V. Er engagierte sich bis zu seiner Pensionierung in der aktiven Kongressgestaltung und interessierte sich für die Arbeit im Verband vor allem für die Endokrinologie und Diabetologie. Auch als vielbeschäftigter Professor und Chefarzt der II. Medizinischen Abteilung des Rotkreuz-Krankenhauses in München und Mitglied in mehr als zehn wissenschaftlichen Gesellschaften blieb er dem BDI treu und referierte als Kongressgestalter und Leiter auf zahlreichen internationalen interdisziplinären Seminar-Kongressen unseres Verbandes.

Der Berufsverband Deutscher Internisten e.V. dankt Professor Dr. Otto-Albrecht Müller für seine jahrelange Treue und vor allem für seine hervorragende Arbeit in der Fortbildung.

NEUES EHRENMITGLIED



Gudrun Zimmermann

Mit der Verleihung seiner Ehrenmitgliedschaft möchte der Berufsverband Deutscher Internisten e.V. Gudrun Zimmermann für die langjährige Tätigkeit und das außerordentliche Engagement als Chefsekretärin danken. Nach 24-jähriger Beschäftigungszeit verließ Gudrun Zimmermann am 31. März 2010 den BDI.

sind darüber hinaus in die Grundpauschale von ca. 20 Euro eingeflossen. Damit werden vor allem jene Kollegen benachteiligt, die sich im Sinne einer wohnortnahen und flächendeckenden fachinternistischen Versorgung intensiv mehrfach im Quartal um ihre multimorbiden Patienten kümmern und eine umfangreiche diagnostische Ausstattung bieten. Wenn sie – oft auf Überweisung durch Hausärzte – sich um eine gute Blutdruckeinstellung, die Therapie einer Herzinsuffizienz, eine bessere Einstellung der Diabetiker o.ä. bemühen, benötigen die Facharztinternisten ohne Schwerpunkt oft mindestens 3–4 Kontakte pro Quartal. Neben der völlig unzureichend bezahlten Diagnostik erbringen sie diese intensive Behandlung nahezu umsonst.

Die Mitgliederversammlung der Arbeitsgemeinschaft Fachärztlich tätige Internisten ohne Schwerpunkt im BDI, welche am 28.2.10 in Frankfurt tagte, fordert daher,

1. die Einführung der von der KBV ursprünglich bereits für den 1.1.2010 vorgesehenen fachärztlichen Strukturpauschale als neue Leistung im EBM endlich zum 1.7.2010 umzusetzen. Diese Strukturpauschale muss für alle Patienten mit Ausnahme der Patienten mit Zielauftragsleistungen gelten.
2. Die verschiedenen Leistungen der Ziffer 13250 (Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung) müssen in Zukunft als Einzelleistungen mit den Ziffern 13251–13258 abgerechnet werden können.

Die dadurch erzielten Vergütungen müssen natürlich zusätzlich zum bisherigen RLV der fachärztlich tätigen Internisten ohne Schwerpunkt erfolgen.

*Dr. Bernhard Lüdemann
Vorsitzender der AG Fachärztlich
tätige Internisten ohne
Schwerpunkt im BDI*

Der Vorstand des BDI tagte in Wiesbaden
(Fortsetzung von Seite 1)

„Die Innere Medizin ist ein attraktives Fach“

Zum Teil unzumutbare Arbeitsbedingungen, eine als ungerecht empfundene Bezahlung und die häufige Unvereinbarkeit von Beruf und Familie wirken abschreckend. Hinzu kommt ein Übermaß an bürokratischen und administrativen Aufgaben. Bei Kosten von rund 300 000 Euro für einen Medizinstudienplatz, meinte Wesiack, sei es am vernünftigsten, mit einer Korrektur zur Verbesserung der Verhältnisse bei der Ausbildung anzusetzen. Die Vorschläge von Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler für eine Änderung der Zulassung und eine Quote für künftige Landärzte wertete er als Schritt in die richtige Richtung. Der Trend zur Arbeitszeitverkürzung und die sogenannte Feminisierung der ärztlichen Profession bedingen zudem, dass das Arbeitsvolumen auf mehrere Köpfe verteilt werden muss. Da aber zeitgleich die Arbeitslast steigt, kommt es zu einer zunehmenden Verdichtung von Arbeit, Überlastung und Demotivation von Ärzten. Gerade aber weil sich der Versorgungs- und Finanzierungsbedarf insbesondere der älteren Patienten schon bald deutlich erhöhen wird, müsste jetzt umgesteuert werden. Nötig sind nach Ansicht des BDI-Präsidiums eine Wertschätzung ärztlicher Arbeit, mehr Stellen in den Kliniken, Abbau von Überstunden und Bürokratie, eine bessere Bezahlung und mehr Angebote für die Kinderbetreuung in den Krankenhäusern. Bei der Entwicklung der Zahl der Vertragsärzte fällt ein starker Schwund bei den Allgemeinärzten auf: Hier ist der Altersdurchschnitt am höchsten und der Nachwuchsmangel am größ-

ten. Ganz anders verläuft dagegen die Entwicklung bei den Internisten. Sowohl bei den fachärztlich als auch bei den hausärztlich tätigen Internisten ist ein kontinuierlicher Zuwachs festzustellen, und zwar bei Männern wie bei Frauen. Im Jahre 2009 waren 18 600 Internisten stationär und 21 534 Internisten ambulant tätig. Der Frauenanteil bei den Internisten ist zwar noch relativ niedrig, doch wird er von Jahr zu Jahr größer. Bei den Studienanfängern liegen die Frauen mit einem Anteil von knapp 70% bereits vorne.

„Wir müssen alles tun, damit die Situation in der Inneren Medizin so bleibt“, betonte der BDI-Präsident und stellte fest: „Die Innere Medizin ist ein attraktives Fach.“ In der hausärztlichen Versorgung stellen die Internisten einen Anteil von ca. 16%. Der Vorstand des BDI setzte sich dafür ein, den Begriff „hausärztliche Versorgung“ neu zu definieren. Der Allgemeinarzt sei nicht der Hausarzt per se, sondern hausärztliche Internisten, Kinder- und Jugendärzte, nicht operativ tätige Gynäkologen, Orthopäden oder Augenärzte nehmen ebenfalls an der hausärztlichen Versorgung teil. Die Versicherten nehmen diese Fachgruppen traditionell als Hausärzte in Anspruch. Die Politik ist aufgefordert, auch die anderen Fächer, die in der hausärztlichen Versorgung engagiert sind, zu fördern.

● KV-System setzt auf neue Regierung

Der stellvertretende Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

(KBV), Dr. Carl-Heinz Müller, berichtete als Gastreferent dem BDI-Vorstand, dass sich die Kommunikationskultur mit Übernahme der neuen Regierung in Berlin deutlich verbessert habe. Viele Aussagen zur künftigen Gesundheitspolitik stimmten die KBV hoffnungsfroh, wenn auch manches sehr vage formuliert sei. Entscheidend sei, dass das System der ambulanten und stationären Versorgung nicht in Frage gestellt werde. Der Wettbewerb als ordnendes Prinzip wird gestärkt, soll aber dem allgemeinen Wettbewerbsrecht unterliegen. Die Bedarfsplanung soll neu geordnet werden.

Für die vertragsärztliche Versorgung als positiv wertete Müller die Ankündigung, dass der Bürokratie-Aufwand abgebaut und die freiberuflichen Strukturen verstärkt werden sollen. Mittelfristig soll eine vereinfachte Vergütungssystematik geschaffen und der Spielraum der gemeinsamen Selbstverwaltung erweitert werden. Kooperationsmodelle mit Krankenhäusern sollen sinnvoll weiterentwickelt werden. Der ungeliebte § 73b SGB V zur hausarztzentrierten Versorgung wird mindestens drei Jahre weiter bestehen bleiben, räumte Müller ein. Er zeigte sich aber überzeugt, dass die Politik spätestens im nächsten Jahr gezwungen sein wird, einzugreifen. Das liegt vor allem an der notwendigen Bereinigung aufgrund der zahlreichen Selektivverträge, mit der Folge, dass die Regelleistungsvolumina massiv reduziert werden. Auch die Pauschalierung bereitet enorme Probleme: Die Hausärzte können nämlich nicht belegen, dass sie die Leistungen auch erbringen. Der demografische Wandel ist laut Müller die große Herausforderung der Zukunft. Der steigende Leistungsbedarf bei einer sinkenden Zahl von Erwerbstätigen stellt die GKV-Finanzierung vor extreme Schwierigkeiten.

Als erforderliche Maßnahmen gegen den sich abzeichnenden Ärztemangel nannte der KBV-Vorstand Veränderungen der Zugangsbedingungen zum Medizinstudium, die Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin und den fachärztlichen Gebieten. Die Attraktivität des Berufs des Vertragsarztes müsse gesteigert werden durch eine leistungsgerechte Vergütung, die Abbildung des Leistungsspektrums in der Vergütung, eine längst überfällige Abschaffung der Regresse sowie den Abbau von Bürokratie und die Stärkung der Freiberuflichkeit. Im Augenblick sieht sich das KV-System in einer ungünstigen Situation: „Wir werden nur noch als Regelungsbehörde wahrgenommen“, konstatierte Müller, was zu einem Vertrauensverlust bei den Mitgliedern führe. Der wettbewerbliche Rahmen sei unfair: Im Selektivvertrag gebe es mehr Freiheiten, im Kollektivvertrag finde Überregulierung statt. Für ihn sind die Nachteile des Selektivvertragssystems offenkundig: Die freie Arztwahl entfallt weitgehend, eine sichere und gerechte Versorgung sei nicht garantiert, ebenso wenig einheitliche Qualitätsstandards. Hinzu komme ein aufwendiges Vertragsmanagement sowie ein kompliziertes Abrechnungsverfahren. Zudem haben nur Körperschaften des öffentlichen Rechts Durchgriffsrechte auf ihre Mitglieder. Eine geteilte Sicherstellungsverantwortung ist aus Sicht der KBV „unmöglich“. Auch die Qualitätssicherung könne nicht übergreifend gestaltet werden. Die KVen dürften nicht zur „bad bank“ der Selektivverträge abgestuft werden, indem z.B. der Bereitschaftsdienst ausschließlich bei der KV angesiedelt werde. Die Vertragsärzte gerieten durch die Selektivverträge in Abhängigkeit von großen Krankenkassen.

KS

Grußwort von BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack zum 116. Jahreskongress der DGIM

Sehr geehrte Frau Bundesministerin v. d. Leyen, sehr geehrter Herr OB Diehl, sehr geehrter, lieber Herr Prof. Hoppe, sehr geehrter, lieber Herr Prof. Schölmerich, meine Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen!

Ein gutes halbes Jahr ist vergangen, dass eine neue Bundesregierung ins Amt gekommen ist, die von vielen Ärztinnen und Ärzten unterstützt und gewählt wurde. Auch wenn Sie seither mehr schöne, aber unverbindliche Worte vom neuen Gesundheitsminister Philipp Rösler gehört haben, so müssen wir feststellen, dass seine mündlich geäußerten Ziele jedenfalls deutlich sinnvoller sind als die Ideologie-getränkte Politik seiner Vorgängerin. Insofern, sehr verehrte Bundesministerin v. d. Leyen, bitte ich Sie, Ihrem Amtskollegen aus Wiesbaden das Signal mitzunehmen, dass wir seine Politik nach wie vor unterstützen – auch

und gerade gegen die nicht immer von Sachkenntnis getragene Kritik aus Bayern. Allerdings werden wir ein Auge darauf haben, dass die notwendigen Reformen des Gesundheitswesens der sinnvollen Weiterentwicklung des Systems dienen und nicht dessen Zerschlagung. Dieser dringend nötige Umbau des Gesundheitswesens wird Zeit brauchen. Doch den Fakten kann sich auf Dauer keiner entziehen. Man schätzt, dass der Kostenanstieg im Gesundheitswesen allein durch die Zunahme des relevanten medizinischen Fortschritts jährlich bei ca. 5–8% liegt. Das weiterhin fast unbegrenzte Leistungsversprechen der Politik bei begrenzten

finanziellen Mitteln bringt das System an seine Grenzen und wird es sprengen, wenn wir nicht gegensteuern. Priorisierung, heimliche und dann offene Rationierung sind die zwangsläufigen Folgen. Was wir aber wirklich brauchen, ist die Definition einer solidarischen Grund- oder besser Regelversorgung für alle und individuelle Zusatzversicherungen analog einer Haftpflichtversicherung, die in die freiwillige Entscheidung des mündigen Versicherten und Patienten gehören. Im jetzigen System der festen Budgets sind Ärzte in Klinik und Praxis Gefangene der sog. Ethikfalle: Sie müssen (und wollen) die ihnen anvertrauten Patienten auch dann behandeln, wenn die Budgets erfüllt sind. Die dann entstehenden Kosten tragen sie selbst, ein Honorar für ihre Leistungen gibt es nicht. Welche Leistungen in eine Regelversorgung gehören, ist in erster Linie eine politische, nicht eine medizinische Frage. Wir Ärzte tun gut daran, uns hier zurückzuhalten. Wir wollen jeden Kranken optimal, d. h. unter

Ausnutzung aller medizinischer Möglichkeiten, behandeln. Ein weiteres zentrales Thema betrifft den Gesundheitsfonds, gegen den ich an dieser Stelle schon viel gewettert habe. Der Gesundheitsfonds muss entweder aufgelöst oder unter Berücksichtigung von fairen Wettbewerbsbedingungen für Krankenkassen und Leistungserbringer neu definiert werden. Die wichtigsten Elemente eines Wettbewerbs von Versicherungen sind Leistungsinhalt und Finanzierung. Beides wird im Gesundheitsfonds und im deutschen Gesundheitswesen insgesamt festgeschrieben. Dass der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen nicht funktioniert, haben wir gerade beim Thema Zusatzbeitrag erleben müssen. Wir müssen aus der Zentralisierung wieder heraus und echten, fairen Wettbewerb zulassen. Ein letztes zentrales Thema, das ich heute ansprechen möchte, ist der nicht mehr zu leugnende Ärztemangel. Der ärztliche Beruf muss wieder attraktiver werden – und dies ist keineswegs nur eine finanzielle Frage. Zunehmende Bürokratie, Kontrolle und geforder-

te Defensivmedizin mit Einengung der ärztlichen Tätigkeit sind für angehende Ärzte keine Argumente, ihren Beruf in Deutschland ausüben zu wollen. Nötig sind eine strukturierte und berechenbare Weiterbildung, die Stärkung des akademischen Mittelbaues in den Krankenhäusern, die Berücksichtigung der Wünsche der nachfolgenden Ärzte in Bezug auf ihre Lebensplanung mit familienfreundlichen Arbeitszeiten und dem Ausbau der Kinderbetreuung für Krankenhausärzte und -ärztinnen – es gibt viele weitere Ansätze, die Berufsattraktivität zu steigern. Die Innere Medizin ist und bleibt das Kernfach der gesamten konservativen Medizin und hat als Fach nichts von ihrer Attraktivität verloren. Wir, DGIM und BDI, müssen dafür sorgen, dass dies auch in Zukunft so bleibt.

Lieber Herr Prof. Schölmerich, liebe DGIM, der BDI wünscht Ihrem Kongress einen erfolgreichen Verlauf!

Dr. med. Wolfgang Wesiack

Die Folgen der EBM-Reform (Fortsetzung von Seite 1)

Erste Ergebnisse

Verlierer und Gewinner

Diese Rechnung ist nicht ganz aufgegangen. Bayern hat Verluste von 0,5 % und Baden-Württemberg von 4,1 %; diese beiden KVen haben trotz Honorarzuwachs insgesamt regional verloren. Alle übrigen KVen haben unterschiedlich hinzugewonnen. Profitiert haben vor allem die neuen Bundesländer mit einem Zuwachs von 13,2 %, während sich die alten Bundesländer mit 5,2 % zufrieden geben mussten. Tabelle 1 zeigt die Zahlen: Hauptgewinner sind Sachsen-Anhalt mit 16,4 %, Berlin mit 14,3 % und Sachsen mit 14,2 %. Sie liegen über dem Durchschnitt des Zuwachses in den neuen Bundesländern.

Bei der Verteilung des zusätzlichen Geldes sind die alten Bundesländer die Verlierer. Wie erwähnt, Verluste gab es in Bayern und Baden-Württemberg, Ausnahmen bilden nur die Abrechnungen mit einem Zuwachs vom 15,1 % in Hamburg und 17,1 % in Niedersachsen: Diese liegen deutlich über dem Schnitt der alten Bundesländer von 5,2 %. Dem Gesetzgeber ist es damit gelungen, die Honorarsituation 20 Jahre nach der Wiedervereinigung zwischen Ost und West anzugleichen, indem das Kassenärztliche Gesamthonorar neu verteilt wird.

Die Last der Verteilungsgerechtigkeit durch die Wiedervereinigung geht somit voll zu Lasten der Vertragsärzte in den alten Bundesländern. Auch bei dem Kassenärztlichen Honorar wird somit der Finanzierungsausgleich durch die Wiedervereinigung nicht vom Staat, sondern direkt von den Betroffenen, in diesem Fall von den Ärzten, abgewickelt. Die KBV hat nach

20 Jahren diesen Vorgang unwidersprochen hingenommen.

Honorarrückgang für Orthopäden und Anästhesisten

Mindestens so interessant ist die Analyse über die Einnahmen der einzelnen Fachgruppen. Auch hier wurden Honorarverschiebungen durch die Nivellierung des neuen EBM und die weitgehende Abschaffung regionaler Honorarverteilungsmaßstäbe erwartet. Diese sind auch eingetreten.

Bei dem Bruttobetrag ist es der KBV durch den Honorarzuwachs gelungen, die Zahl der Verlierer klein zu halten, Orthopäden mussten 3,4 %, Anästhesisten 0,3 % Honorarrückgang hinnehmen (siehe Tabelle 2). Sonst gab es nur Gewinner – betrachtet man die Fachgruppen und nicht den einzelnen Arzt. Arztgruppenbezogen sind die Spannen von 27,5 % für die Internisten ohne Schwerpunkt, 15,8 % bei den Psychologen besonders hoch ausgefallen. In der Öffentlichkeit entsteht aber ein anderes Bild, wenn man den einzelnen Arzt und seine Fachverbände hört. Es scheint nur Verlierer zu geben. Dies ist mit Sicherheit nicht so. Durch die Umverteilung innerhalb der Fachgruppen ist das Ergebnis individuell aber schwer zu bewerten. Internisten ohne Schwerpunkt scheinen die Gewinner. Dennoch gibt es berechtigte Klagen internistisch tätiger Fachärzte, scheint zwischen den Ländern und der unterschiedlichen Ausstattung der Praxen bei den Internisten doch alles möglich: vom Gewinner bis zu erheblichen Verlierern. Hier sind große Differenzen je nach Leistungsangebot und Regionen

Tabelle 1: Abrechnungszahlen des ersten Halbjahrs 2009 im Vergleich zu den Vorjahreszeiträumen – Ländervergleich (Quelle: KBV)

Kassenärztliche Vereinigung	Honorar in Mio. Euro			Veränderungen 2009 gegenüber 2008	
	1. Halbjahr 2007	1. Halbjahr 2008	1. Halbjahr 2009	in Mio. Euro	in Prozent
Schleswig-Holstein	431,8	462,5	473,7	11,2	2,4 %
Hamburg	372,4	399,5	459,7	60,2	15,1 %
Bremen	161,1	167,8	180,1	12,3	7,4 %
Niedersachsen	1.287,6	1.344,1	1.573,7	229,6	17,1 %
Westfalen-Lippe	1.240,2	1.361,0	1.489,7	128,8	9,5 %
Nordrhein	1.553,6	1.642,3	1.741,9	99,6	6,1 %
Hessen	968,5	1.037,1	1.100,8	63,7	6,1 %
Rheinland-Pfalz	639,9	682,1	702,9	20,8	3,0 %
Baden-Württemberg	1.874,5	1.992,2	1.911,5	- 80,7	- 4,1 %
Bayern	2.461,5	2.497,7	2.484,5	- 13,3	- 0,5 %
Berlin	610,5	647,2	739,7	92,6	14,3 %
Saarland	174,8	182,2	200,4	18,2	10,0 %
Mecklenburg-Vorpommern	279,3	298,8	328,4	29,5	9,9 %
Brandenburg	351,3	376,8	415,1	38,4	10,2 %
Sachsen-Anhalt	360,3	381,3	447,6	66,3	17,4 %
Thüringen	347,0	368,6	415,8	47,2	12,8 %
Sachsen	667,0	700,4	800,0	99,6	14,2 %
Summe alter Bundesländer	11.776,6	12.415,8	13.058,7	642,9	5,2 %
Summe neuer Bundesländer	2.004,8	2.125,9	2.406,9	281,0	13,2 %
Summe aller Bundesländer	13.781,4	14.541,7	15.465,5	923,9	6,4 %

zu erwarten. Eine differenzierte Analyse steht aus.

Man kann deshalb die regionalen KVen nur auffordern, für ihre Bezirke vergleichbar zur KBV die Karten auf den Tisch zu legen. Der Vorstand des BDI sollte die entsprechenden Zahlen anfordern, nur so kommt etwas mehr Klarheit in die weiter undurchsichtige Situation der vom Leistungsspektrum sehr unterschiedlichen Internisten ohne Schwerpunkt. Endgültig bewerten lässt sich die Reform aber erst nach Vorlage aller vier Quartale des Jahres 2009. Dies wird noch etwas dauern, wir dürfen gespannt sein.

HFS

Vertreterversammlung bremst KVB-Vorstand aus (Forts.v. S. 1)

Kein Qualitätsabkommen mit der PKV!

„Grundsätzlich nicht zuständig“

Der KVB-Vertreterversammlung am 13. März 2010 in München ging das zu weit. In einer Resolution forderte sie den Vorstand auf, die Verhandlungen mit der PKV einzustellen und bereits getroffene Vereinbarungen baldmöglichst zu lösen, soweit sie nicht den PKV-Basistarif betreffen. Die KVB sei grundsätzlich nicht für PKV-Versicherungsangebote an privat Krankenversicherte zuständig. Qualitäts- und Versorgungsangebote an privat Krankenversicherte seien nicht Gegenstand vertragsärztlicher Versorgung.

Dabei war alles von den Initiatoren so gut gemeint. Auf einer gemeinsamen Pressekonferenz Anfang März präsentierten Munte und PKV-Direktor Dr. Volker Leienbach in Berlin das gemeinsame Vorhaben. „Die Zusammenarbeit ist ein gutes Beispiel dafür, wie freiwillige Vereinbarungen zwischen der PKV und Ärzten zu einer besseren Versorgungsqualität für die Patienten führen können“, sagte Leienbach.

„Nirgendwo sonst in Deutschland“

„Die PKV hat dazu mit der KVB einen innovativen Partner gefunden. Denn mit ihrem Qualitätssiegel ‚Ausgezeichnete Patientenversorgung‘ ist sie der Vorreiter im Bereich der ambulanten Qualitätssicherung. Bessere Standards mit einer vergleichbaren Ausbreitung haben wir nirgendwo sonst in Deutschland gefunden. Wichtig war uns bei dieser Vereinbarung, dass nur solche Qualitätsstandards in das Programm der KVB aufgenommen werden, die nicht Regelgegenstand in der gesetzlichen Krankenversicherung sind, sondern darüber hinausgehen“, so Leienbach. Die KVB hat erste Qualitätsvorhaben bereits im Jahr 2003 gestartet, um den gesetzlich versicher-

ten Patienten eine hohe medizinische Qualität, die über die gesetzlich vorgesehenen Mindestanforderungen hinausgeht, zu bieten. „Die an den Qualitätsmaßnahmen der ‚Ausgezeichneten Patientenversorgung‘ teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte erfüllen nachweislich besondere Qualitätsanforderungen in definierten Leistungsbereichen von der Schmerztherapie bis zur Darmkrebsvorsorge“, erklärte Munte. „So müssen Gynäkologen beispielsweise bei der Qualitätsmaßnahme ‚SonoBaby‘, der Ultraschalluntersuchung schwangerer Frauen, in regelmäßigen Abständen ihr Wissen anhand einer anspruchsvollen fachlichen Prüfung nachweisen. Zusätzlich ist die regelmäßige Überprüfung und Wartung der Ultraschallgeräte durch zertifizierte Dienstleister Voraussetzung, um an der Qualitätsmaßnahme teilnehmen zu können.“

Das Ziel der Kooperation von KVB und PKV-Verband ist die Verknüpfung dieser gesicherten Versorgungsqualität mit einem speziellen Serviceversprechen im privatmedizinischen Bereich. „Ärzte, die an der ‚Ausgezeichneten Patientenversorgung‘ teilnehmen, können gegenüber unserem Verband ein Serviceversprechen, wie beispielsweise kürzere Wartezeiten bei der Terminvergabe sowie im Wartezimmer, abgeben. Darüber erhalten sie von der PKV ein Zertifikat. Mit dem Gütesiegel können sie durchaus auch Werbung für die eigene Praxis bei den Privatpatienten betreiben“, so Leienbach. „Mit der Kooperationsvereinbarung wollen wir ein Zeichen für das Prinzip einer leistungsgerechten Vergütung bei ausgezeichneter Qualität in der Medizin setzen – ganz unabhängig von Sektorengrenzen und der Versi-

Tab. 2: Abrechnungszahlen des ersten Halbjahrs 2009 im Vergleich zu den Vorjahreszeiträumen – Vergleich nach Berufsgruppen (Quelle: KBV)

Abrechnungsgruppe	Honorar in Mio. Euro			Veränderung 2009 gegenüber 2008		Honorar je Arzt 1. Halbjahr 2009	
	1. Halbjahr 2007	1. Halbjahr 2008	1. Halbjahr 2009	in Mio. Euro	in Prozent	in Euro	Veränderung zu 2008
Allgemeinmediziner, hausärztlich tätige Internisten	3.273,8	3.923,0	3.967,7	44,8	1,1 %	95.417	4,9 %
Kinder- und Jugendmedizin	407,6	438,0	478,7	40,8	9,3 %	91.323	5,8 %
Anästhesiologen	162,5	175,2	174,1	- 1,2	- 0,7 %	70.047	- 0,3 %
Augenheilkunde	475,9	500,4	526,1	25,7	5,1 %	117.205	5,5 %
Chirurgen	309,5	326,9	343,7	16,9	5,2 %	81.340	7,8 %
Gynäkologen	773,1	806,3	847,0	40,7	5,0 %	95.333	5,4 %
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	275,4	277,0	283,7	6,6	2,4 %	85.532	3,0 %
Hautarzt	227,2	236,5	262,6	26,2	11,1 %	93.330	11,0 %
Innere Med., FA ohne Schwerpunkt	57,4	78,0	100,1	22,1	28,4 %	80.666	27,5 %
Innere Med., SP Kardiologie	126,6	114,2	127,6	13,4	11,7 %	147.031	7,3 %
Innere Med., SP Pneumologie	103,5	112,6	130,2	17,5	15,6 %	151.430	0,0 %
Nervenheilkunde	96,8	82,0	113,9	32,0	39,0 %	94.596	23,6 %
Neurologie	26,0	26,2	31,9	5,7	21,9 %	41.479	15,5 %
Orthopädie	475,0	486,6	463,9	- 22,8	- 4,7 %	108.991	- 3,4 %
Psychiatrie	70,9	81,1	84,3	3,3	4,0 %	56.058	9,1 %
Psychotherapeuten (ärztl. und psychol.)	508,4	533,0	636,2	103,2	19,4 %	37.933	15,8 %
Radiologie	246,4	250,3	263,6	13,3	5,3 %	155.993	7,8 %
Urologie	211,3	218,6	239,1	20,6	9,4 %	98.774	8,6 %
Sonstige Arztgruppen	3.344,9	3.212,3	3.716,1	503,8	15,7 %		
Summe bzw. Durchschnitt	11.319,9	12.043,9	12.979,2	935,3	7,8 %	100.431	9,2 %

cherungsart der Patienten. Wer Qualität will, muss Wege für eine leistungsgerechte Vergütung ermöglichen, das fordern wir von der Politik. Dass dies in fairer Partnerschaft mit den Ärzten geschieht, dafür setzt sich die KVB als Ständesvertretung der niedergelassenen Ärzte in Bayern weiter ein“, erklärte Munte.

● **Genau definierte Standards**

Für PKV-Direktor Leienbach soll die Vereinbarung mit der KVB ein erster Schritt sein für weitere Kooperationen. In Berlin sagte er: „Dabei geht es der PKV nicht darum, die Preise zu drücken. Im Gegenteil: Wir stehen zu unserem Versprechen, dass gute ärztliche Leistungen angemessen vergütet werden sollen, mit allen Vorteilen für unsere Versicherten. Es geht uns aber darum, auf freiwilliger Basis Vereinbarungen über genau definierte Standards für Mengen und Preise zu treffen, von denen Patienten, Ärzte und Versicherer gleichermaßen profitieren. Die Vereinbarung, die wir mit der KVB getroffen haben, soll daher nur ein Anfang sein. Sie ist möglich, weil wir eben nicht über Preise, Mengen und Qualität verhandelt haben, sondern ein bereits bestehendes qualitatives Gütesiegel mit einem zusätzlichen Serviceversprechen für Privatversicherte verknüpft haben. Weder zahlen wir dafür mehr – noch wird uns weniger in Rechnung gestellt. Allerdings wird die generell höhere Vergütung der PKV im ambulanten Bereich hier mit einem konkreten Mehrnutzen in der Versorgung und im Service unterlegt. Die Ärzte wiederum zeigen mit der freiwilligen Teilnahme an dem Programm, dass Ihnen eine hervorragende medizinische Versorgung ihrer Patienten am Herzen liegt. Es sind genau solche qualitätsorientierten Mediziner, mit denen die PKV in Zukunft weitere Kooperationen vereinbaren möchte. Ich bin davon überzeugt, dass sich die Kooperation zu einem Erfolgsmodell mit politischer Signalwirkung entwickeln wird. Sie ist ein exzellentes Beispiel dafür, wie durch freie Vereinbarungen zwischen PKV und Leistungserbringern eine verbesserte Versorgungs- und Servicequalität für Privatversicherte und ein echter Zusatznutzen für die Verhandlungspartner entstehen können.“

Dem hat die Vertreterversammlung der KVB nun erst einmal einen Riegel vorgeschoben. Stolz bekannte sich anderntags der Vorsitzende der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände in Bayern, der Münchner Augenarzt Dr. Thomas Scharmann, als Urheber der Bremsaktion: „Die GFB Bayern hat am Samstag, 13. März, eine deutliche Mehrheit gegen den Vorstand der KV Bayerns organisiert. Demnach wird dem Vorstand der KV, insbesondere dem Vorstandsvorsitzenden und Bereichsvorstand Dr. Axel Munte, untersagt, als KV-Funktionär weitere Vereinbarungen mit dem Verband der privaten Krankenversicherer zu treffen. Die GFB Bayern hat sich für dieses Ergebnis eingesetzt, auch wenn sie die Motive der KVB nicht strikt ablehnt. Doch gehört die brisante Thematik nach Ansicht der bayerischen Fachärzte nicht zur Aufgabe der Körperschaft,

unterstreicht GFB-Bayern-Vorsitzender Scharmann: „Hier ist klar die Kammer als zuständig betroffen.“

Damit haben die Vertreter der Fachärzteschaft unter dem Dach der GFB-Bayern gemeinsam mit den hausärztlichen Vertretern eindeutig dem Vorstand der KVB die Grenzen seines Verhandlungsmandates aufgezeigt.“

Den Einwurf hatte in der KVB-Vertreterversammlung bereits Allgemeinarzt Dr. Max Kaplan, Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer, gemacht. Die Antwort von Munte: „Das höre ich schon seit Jahren, aber die

Kammer tut nichts für die Qualität.“

Die Privatpatienten haben durch die Aktivitäten der GFB jedenfalls keinen Nachteil. Niemand kann sie daran hindern, sich auf der Webseite www.ausgezeichnete-patientenversorgung.de umzusehen und den aus ihrer Sicht qualitativ geeigneten Arzt auszusuchen. Der wird sie gern privat versorgen.

KS

Kommentar
Aufruhr in Bayern

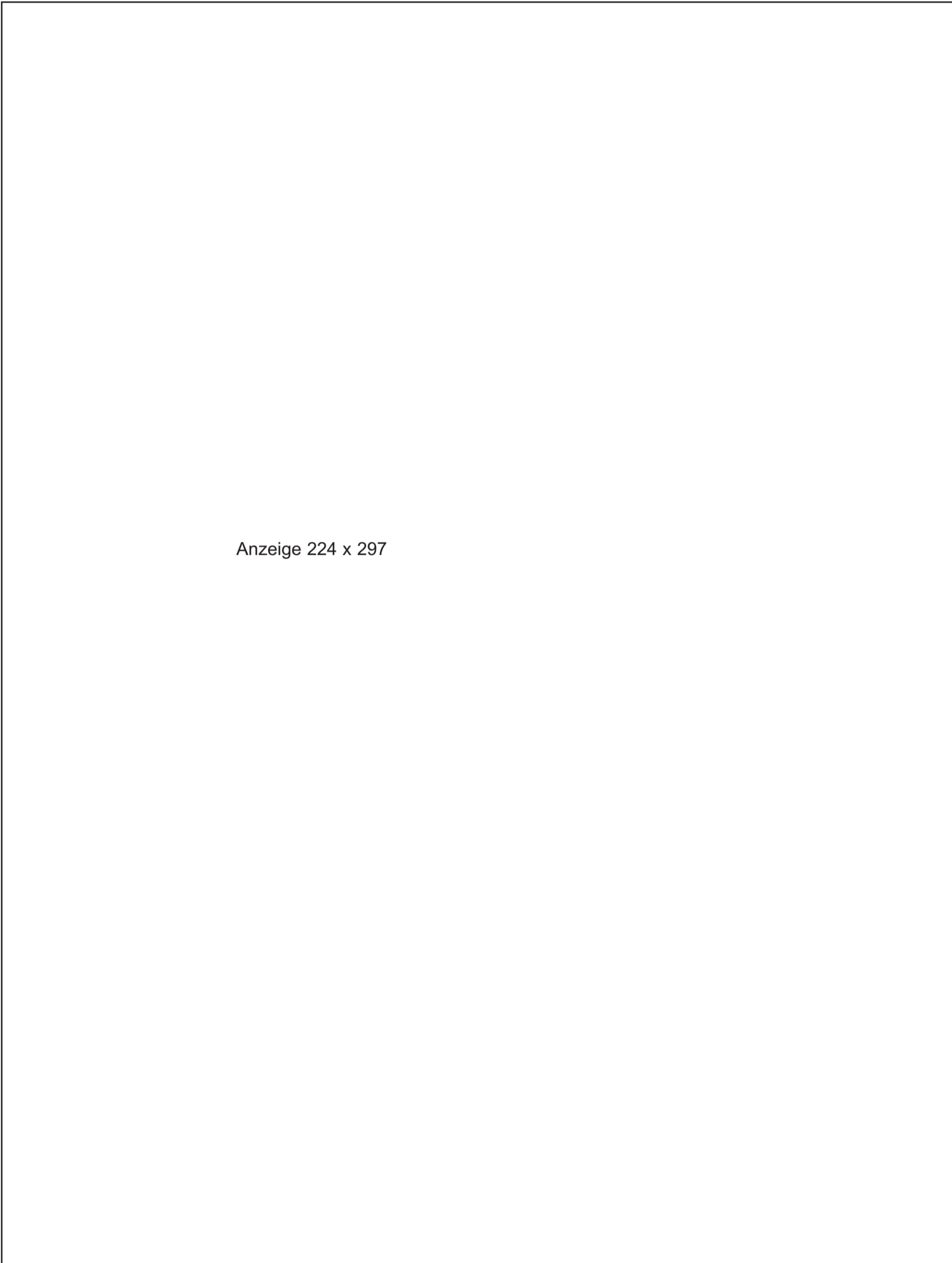
Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern hat ihren

Vorsitzenden Dr. Axel Munte laut und deutlich gerügt. Anlass ist eine Vereinbarung, die ansonsten mit den gesetzlichen Kassen vereinbarten Qualitätsvorgaben der KV Bayern als Abrechnungsvoraussetzungen auch für die Privatkrankenassen vertraglich einzuführen.

Dies war der Versammlung wirklich zu viel. Die PKV ist nicht das Tätigkeitsfeld der Kassenärztlichen Vereinigung. Hier ist und bleibt die Ärztekammer verantwortlich. Nicht nur beim Honorar, sondern auch bei den Qualitätsvorgaben hat die KV keinerlei Zuständigkeit. Was ist geschehen? Eine KV, für Vertragsärzte und nur für diese zuständig, schließt Ver-

träge mit Privatversicherern, die weder für Ärzte, geschweige denn für eine KV direkte Vertragspartner sind. Rechtsgrundlage der Behandlung ist allein der Behandlungsvertrag zwischen Arzt und Patient und sonst nichts. Dr. Munte müsste dies wissen. Natürlich ist es sinnvoll, Qualitätsstandards für Leistungen auch bei Selbstzahlern zu definieren, allein schon, um Diskussionen über Privatrechnungen bei Erstattungsfragen einzudämmen. Dies ist aber nicht Sache der KV, sondern eine Aufgabe der Ärztekammer.

Dr. Hans-Friedrich Spies



Anzeige 224 x 297

Die Gesundheitsreform der USA

Das teuerste Gesundheitswesen der Welt wird reformiert

Mit 219 zu 212 Stimmen hat der US-Kongress die Gesundheitsreform beschlossen und damit 32 Millionen Amerikanern den Zugang zu einer Krankenversicherung gegeben.

Die Reform soll dafür sorgen, dass 32 Millionen von derzeit 46 Millionen unversicherten Amerikanern Zugang zu einer Krankenversicherung erhalten. Ab 2014 sind die Bürger gesetzlich verpflichtet, eine Krankenversicherung nachzuweisen. Zudem müssen Firmen mit mehr als 50 Angestellten Strafen zahlen, sofern sie ihren Mitarbeitern keine Krankenversicherung anbieten. Die Einwohner, die nicht über einen Arbeitgeber krankenversichert sind, können ihre Police an einer sogenannten „Gesundheitsbörse“ kaufen. Hier bieten private Versicherer ihre Produkte zu regulierten Konditionen an. Die anfangs als Teil des Gesetzes geforderte Einführung einer öffentlichen Krankenkasse findet sich nun nicht mehr wieder.

● Staatliche Unterstützung

Geringverdiener werden künftig mit staatlichen Zuschüssen gefördert. Dies geschieht über einen Steuerfreibetrag, der zur Abdeckung der Krankenversicherungskosten dienen soll. Die Höhe ist abhängig vom Jahreseinkommen. Bürger mit einem Einkommen von jährlich bis zu 29.327 Dollar bekommen ab 2014 Zugang zu bereits existierenden staatlichen Krankenversicherungen für ärmere Bürger. Eine Mitversicherung von Kindern ist bis zum Alter von 26 Jahren über die Policen der Eltern möglich.

● Regulierung des Anbietermarktes

Den Krankenversicherungsunternehmen wird es ab 2014 untersagt, eine Aufnahme von Versicherungsneh-

mern mit dem Hinweis auf Vorerkrankungen abzulehnen. Mit der in den USA verbreiteten Praxis, dass Kassen ihren Versicherten kündigen, wenn diese krank werden, soll bereits in ca. sechs Monaten Schluss sein. Auch werden Policen mit sogenannten „Lebenszeitkonten“, bei dem der Versicherungsschutz eines Patienten nach Ausschöpfung eines Maximums ausläuft, verboten. Versicherungsprämien älterer Bürger dürfen zukünftig maximal dreimal so hoch sein wie die jüngerer Versicherter. Zudem werden die Versicherungsunternehmen gezwungen, ihre Verwaltungskosten zu senken, sodass künftig zwischen 80 und 85% von jedem eingenommenen Dollar für medizinische Leistungen auszugeben sind. Derzeit liegt dieser Wert bei ca. 74%.

● Steuererhöhung

Der Unabhängige Rechnungshof des US-Kongresses hat die Kosten der Reform auf ca. 940 Mrd. Dollar, bezogen auf die nächsten zehn Jahre, berechnet. Finanziert werden sollen die zusätzlichen Ausgaben in erster Linie über Steuererhöhungen. Familien mit einem Jahreseinkommen von mehr als 250.000 Dollar sollen höhere Abgaben für ihre Krankenversicherung zahlen. Auch Kapitaleinkünfte werden zukünftig höher besteuert. Angestellte, die besonders umfangreiche Krankenversicherungszuschüsse über ihre Arbeitgeber beziehen, müssen diese ab 2018 mit 40% versteuern. Weitere Einnahmen erhofft sich der Staat aus neuen Gebühren für die Pharma- und Versicherungsbranche sowie für Hersteller medizinischer Geräte.

● Qualitätskontrolle

Das Reformpaket umfasst auch die Gründung eines neuen Forschungsinstituts, welches die Effektivität medizinischer Behandlungen in den USA untersuchen soll. Auf diese Weise sollen Behandlungen, die sich nicht bewährt haben, ausgeschlossen werden und Standards für die Versorgung von Patienten festgelegt werden.

Das knappe Abstimmungsergebnis und die Verabschiedung der Reform war nur möglich, weil der Senat seine Version des Reformgesetzes noch im Dezember mit einer 60-Stimmen-Mehrheit verabschiedet hat. Nach dem Verlust dieser „Supermehrheit“ im Januar verzichtete die Parteiführung auf die Ausarbeitung eines Kompromissvorschlags beider Kammern und legte dem Repräsentantenhaus das Senatsgesetz vor. Auch wenn an dem Kern des Gesetzes keiner mehr rütteln kann, ist der Streit über die Gesundheitsreform vor den Kongresswahlen im November noch lange nicht vorüber.

Dipl.-Betw. Tilo Radau
Stellv. Geschäftsführer des BDI

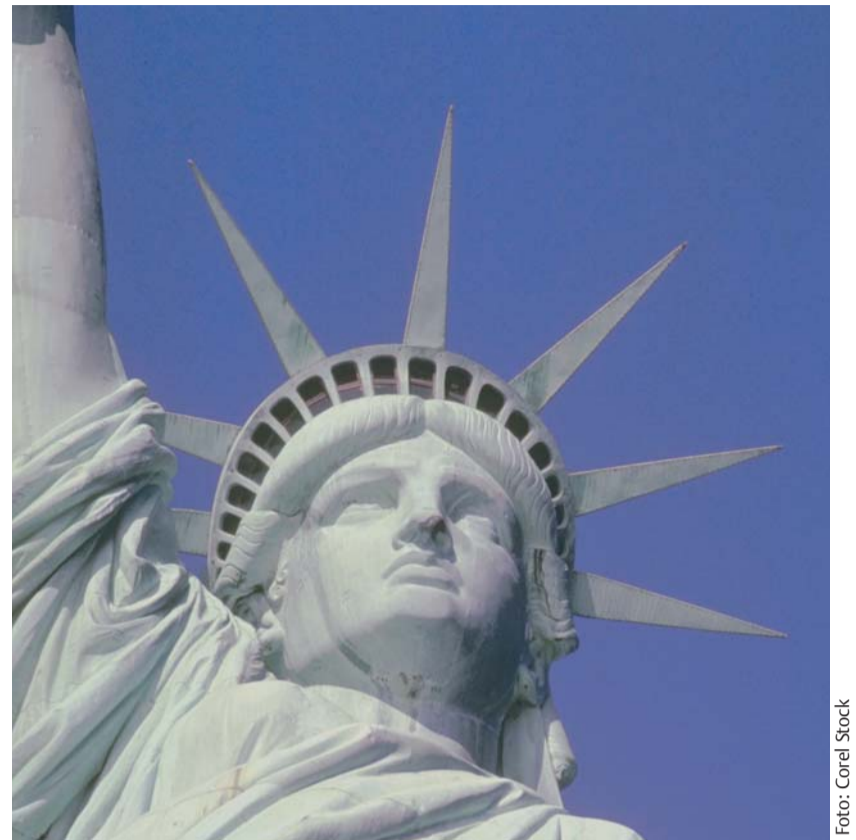


Foto: Corel Stock

32 Millionen bisher unversicherte Amerikaner sollen nach der Gesundheitsreform in den USA Zugang zu einer Krankenversicherung erhalten.

Gesundheitsreform

Neues aus Bayern

Dass es zwischen CSU und FDP Streit um den Kurs der künftigen Gesundheitspolitik gibt, daran haben wir uns schon gewöhnt. Dass die Diskussion ganz handfest innerhalb der CSU fortgesetzt wird, ist aber neu. Ausgelöst hat dies der Bayerische Gesundheitsminister Markus Söder mit seinem Vorschlag zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Dieser hat beim Landesgruppenchef Hans-Peter Friedrich und dem ehemaligen gesundheitspolitischen Sprecher Wolfgang Zöllner heftige Gegenreaktionen ausgelöst. Die Frage der Grünen-Politikerin Renate Künast an die Regierung, ob man schon regiere, oder immer noch übe, scheint zumindest in der Gesundheitspolitik nicht unberechtigt.

Söder stellt in seiner Analyse zunächst fest, dass der Gesundheitsfonds in seiner derzeitigen Form mit einem Einheitsbetrag mit zentralistischer Verteilung der Gelder an die Krankenkassen zu Milliardenverlusten der gesetzlichen Krankenversicherung führt. Der Risikostrukturausgleich (RSA) sei eine bürokratische und gigantische Umverteilung der Finanzen der GKV zwischen den Bundesländern und benachteiligte Länder mit hoher Beschäftigungsquote und hohem Lohnniveau. Dabei würden die Interessen von Patienten und Ärzten in diesen Ländern nicht berücksichtigt, was zu einer erheblichen Verunsicherung bei allen Beteiligten führe. Soweit die klare Analyse der Ist-Situation.

● Länderspezifischer und kassenspezifischer Beitrag

Der Vorschlag aus Bayern zur künftigen Finanzierung der GKV geht dabei weiter vom Gesundheitsfonds aus, er setzt den Einheitsbetrag aber auf 14% fest. Seither liegt er bei 14,9%. Somit würden nach Söders Konzept 90% der Finanzmittel weiterhin bundeseinheitlich zentral geregelt bleiben.

Zusätzlich wird nach dem bayerischen Vorschlag ein individueller Krankenkassenbeitrag festgesetzt, der die fehlenden 0,9% sowie Zusatzbeiträge beinhalten würde. Hier greift die regionale Regelung, die neben

dem Morbi-RSA-Systematik zusätzlich von einer regionalen Komponente ausgeht. Dieser individuelle Krankenkassenbeitrag variiert von Kasse zu Kasse und ist länderspezifisch. Der bayerische Minister rechnet dabei mit 1,5 zusätzlichen Beitragspunkten im Durchschnitt.

Der Vorschlag hat folgende Konsequenzen:

- Der Gesundheitsfonds bleibt erhalten. Durch den individuellen Krankenkassenbeitrag werden Besonderheiten von Kasse und Regionen zusätzlich berücksichtigt. Der Krankenkassenbeitrag insgesamt ist wieder variabel.
- Die Krankenkassen erhalten einen Teil der früheren Beitragsautonomie zurück und können damit regionale Besonderheiten und spezielle Patientenprofile berücksichtigen.
- Der Einzug der Beiträge kann weiter über die Arbeitgeber erfolgen, sodass keine zusätzliche Bürokratie zur Erhebung der Kopfpauschale notwendig würde.
- Die Überforderungsprüfung des Versicherten entfällt. Wer mehr verdient bezahlt auch mehr, entsprechend dem Prinzip einer solidarischen Krankenversicherung.

● Ein Kompromiss

Der bayerische Vorschlag ist ein Kompromiss zwischen den früheren freien regionalen Beiträgen und dem

Kommentar

Gesundheitspolitik ist Gesellschaftspolitik pur – nicht nur in den USA

Während sich die Diskussion über gesundheitspolitische Fragen in Deutschland überwiegend an ordnungspolitischen Details orientiert und der Kreis wirklich sachkundiger Politiker dadurch immer kleiner wird, haben die politischen Auseinandersetzungen in den USA gezeigt, dass Gesundheitspolitik auch Gesellschaftspolitik par excellence sein kann. Dort wurde durch die Reformbemühungen von Präsident Obama eine breite politische Diskussion ausgelöst. Worum geht es den Bürgern der USA? Wie kommt es, dass sich hier zwei Lager von Freunden und Gegnern der vorgeschlagenen Reform fast unversöhnlich gegenüberstehen? Der Bürger der Vereinigten Staaten von Amerika ist nicht daran interessiert, dass der Staat oder pseudostaatliche Institutionen wie Rentenversicherungen oder Krankenversicherungen mit mehr Finanzmitteln als unbedingt nötig ausgestattet werden. Er möchte lieber sein Geld behalten und seine Lebensumstände möglichst allein gestalten, auch wenn er dabei persönliche, möglicherweise auch gesundheitliche Risiken eingeht. Diese Philosophie ist konträr zu Deutschland, wo man bei Schwierigkeiten sofort nach einer Staatshilfe ruft. Die Eigeninitiative bleibt dabei zwangsläufig auf der Strecke. Pervers ist die Diskussion aber dann, wenn der Bürger, der nach Staatshilfe gerufen hat, gleichzeitig die hohe Staatsquote und die persönliche Abgabenlast beklagt.

Der Durchschnittsamerikaner sieht dies wohl anders, seine gewählten Politiker sind dennoch dem Präsidenten Obama mit äußerst knapper Mehrheit gefolgt und haben eine Art Krankenversicherung eingeführt. Präsident Obama hat für seine Initiative aber nicht nur soziale und humanitäre Gründe, auch die Staatsfinanzen der USA machen eine solche Reform nötig: Nichtversicherte fallen bereits jetzt in den USA den Staatsfinanzen über das Medicare-System zur Last. Ohne eine entsprechende Gesundheitsreform können bei unveränderter Entwicklung damit sehr hohe Kosten auf den Staat zukommen. Dies will Obama verhindern, indem er die Kosten per Gesetz kontrolliert und eine Krankenversicherung einführt.

Wir dürfen gespannt sein: Auch in den USA wird man sich an Instrumente der Kostendämpfung im Gesundheitswesen einstellen müssen. Auch dort wird es wohl in Zukunft Budgets und indirekte Leistungsbegrenzung geben müssen – mit allen Konsequenzen für Patienten und Ärzte.

Dr. Hans-Friedrich Spies

Gesundheitsfonds, der von der großen Koalition beschlossen wurde. Die dadurch verursachte Finanzumverteilung zwischen den finanzschwachen und den finanzstarken Bundesländern würde teilweise zurückgenommen. Der heimliche Finanzausgleich bei den Sozialkosten der gesetzlichen Krankenversicherung wird korrigiert und die Benachteiligung der Länder mit hohen Kosten und guter Wirtschaftlichkeit aufgehoben. Bayern will bei den Sozialausgaben keinen weiteren Finanzausgleich, wie er schon seit Jahren zwischen den Bundesländern bei den Steuern stattfindet.

Die Diskussion über die Finanzierung über die gesetzliche Krankenversicherung innerhalb der Bundesregierung wird somit durch einen zusätzlichen Bund-Länder-Konflikt angereichert und weiter verschärft. Es scheint unwahrscheinlich, dass trotz der heftigen Reaktion der Landesgruppe der CSU der Vorschlag aus Bayern in der Schublade verschwinden wird: Die Bundeskanzlerin, die vehement am Erhalt des Gesundheitsfonds interessiert ist, weil er mit ihrem Namen aus der Zeit der großen Koalition verbunden ist, könnte damit ihr Gesicht wahren.

HFS

gesetzlichen Krankenversicherung zur Preisfindung sind vorgeschrieben. Kommt man dort zu keinem Ergebnis, wird der Höchstpreis dieses Präparates festgesetzt. Hierzu wird ein Schiedsgremium eingerichtet, das sich an dem internationalen Preisniveau orientieren soll. Es ist zu befürchten, dass man sich bei den Verhandlungen nicht einigen wird und damit dieses Gremium für Innovationen eine Art „Preisfestsetzungsbehörde“ wird. Der Vorsitzende wird mit seiner Stimme bei der unterschiedlichen Interessenlage die Entscheidung übernehmen müssen. Wir kennen dieses Szenario aus den bei der Regel festgefahrenen Verhandlungen bei den Arzthonoraren im Bewertungsausschuss. Auch hier werden die Entscheidungen im Schiedsamt, dem Erweiterten Bewertungsausschuss, in der Regel mit der Stimme des Vorsitzenden getroffen. Handelt es sich nicht um einen „Solisten“, früher sprach man vom Analogpräparat, landet das Medikament in der Festbetragsgruppe.

● **Keine neuen Arzneimittel für deutsche Kassenpatienten?**
Soweit die Reformvorschläge des Bundesgesundheitsministeriums. Bei einer Umsetzung würde der Gemeinsame Bundesausschuss massiv unter Druck geraten, dauern seine Entscheidungsprozesse zurzeit Jahre. Diese sollen jetzt innerhalb eines einzelnen Jahres ablaufen. Wahrscheinlich wird dies über eine neue Verfahrensordnung des Bundesausschusses, aber nicht über eine neue Orientierung an medizinischen Vorgaben geregelt werden. Studien mit klinisch bedeutsamen Endpunkten sind nach diesem Zeitplan kaum realisierbar. Gelingt der Nutznachweis nicht, wird der GKV-Patient von der Verordnung ausgeschlossen. Der Selbstzahler ist davon nicht betroffen.

● **Zweiklassenmedizin?**
Bei Festsetzung des Preises für Innovationen hat die Industrie zwei Alternativen. Sie gibt einmal wegen der Bedeutung des deutschen Marktes klein bei und senkt ihre Preise; hält sie den Preis für unangemessen, führt sie das neue Präparat in Deutschland gar nicht erst ein – ein Vorgang, den wir von vielen preisregulierten Märkten bereits jetzt kennen. Den Patienten in Deutschland würde damit eine Innovation vorenthalten. Natürlich bleiben die neuen Ideen des Bundesgesundheitsministeriums nicht unwidersprochen. Alternativen

kommen dabei nicht von der offiziellen Opposition, nein, von der Bayerischen CSU, die ebenfalls der Regierung angehört! Diese hat schon Alternativen bereit, über sogenannte Mehrwertverträge, den Pharmasoli und über Schnellverfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses und so weiter und so weiter. Angesichts dieser politischen Gemengelage kann die Pharmabranche in Deutschland sicher sein – es wird alles nicht so heiß gegessen, wie es gekocht wird.

HFS

Neuordnung des Arzneimittelmarkts

Der Gesundheitsminister und die Pharmaindustrie

Vorab sollte man verinnerlichen: Der neue Gesundheitsminister Dr. Philipp Rösler ist Mitglied der FDP, liberal und wettbewerbsorientiert. Staatliche Regulierung sollte bei ihm die Ausnahme sein. Dennoch greift er in ein Segment ein, das bisher von Regulierungen per Gesetz weitgehend verschont geblieben ist. Und erntet Kritik aus dem eigenen Lager.

Die deutsche Pharmaindustrie ist ein Wirtschaftszweig, der wie jedes Unternehmen auf Gewinn angewiesen ist. Seine Bewertung erfolgt via Börsennotierung und da steht sie nicht schlecht da. Über die Arzneimittelpreise greift sie in Deutschland in ein streng reglementiertes Gesundheitswesen ein, in dem der Markt nur ein Feigenblatt, aber nicht Wirklichkeit ist. In diesem System wird scharf reguliert, über Festbeträge, Rabattverträge usw. Insbesondere das Generika-Segment ist von der staatlich regulierten Versorgung betroffen. Die Firmen wissen aber nach jahrelanger Erfahrung mit den Vorgaben umzugehen und nutzen die Preisregulierung auch zur Gewinnmaximierung. Offen ist dagegen der Markt der wirklichen oder sogenannten Innovationen der Pharmaindustrie. Hier ist die Pharmabranche noch ein gewinnorientierter Wirtschaftszweig – ohne Regulierung per Gesetz, Gemeinsamen Bundesausschuss oder Sozialgesetzbuch. Genau in diesem Segment greift der neue Gesundheitsminister ordnungspolitisch ein, weil er ein Einsparpotenzial wittert, das seinen Gesundheitsfonds zumindest vorübergehend rettet.

Dafür wird eine Nutzenbewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss zusätzlich erforderlich – und jetzt wird es ernst – die innerhalb von 12 Monaten erfolgen soll. In diesem Gemeinsamen Bundesausschuss soll geklärt werden, ob das neue Medikament ein „Solist“ ist oder nicht. „Solist“ bedeutet echte Innovation, die damit keine Konkurrenz auf dem Markt hätte. Der Preis wird nach Vorstellung des Ministers nicht mehr allein vom Hersteller festgesetzt. Verhandlungen mit der

Neues von Hausarztverträgen

Probleme mit der Betreuungspauschale BBP

Die Hausärzte in Bayern haben durch ihren 73 b-Vertrag mit der AOK Bayern gute Bedingungen für ihre Honorarsituation erreicht. Ihr Verhandlungsführer Wolfgang Hoppenthaller hat die Abrechnungsvoraussetzungen ausgehandelt, wird aber jetzt mit dem Problem der Mengenentwicklung „freier“ Leistungen konfrontiert.

Die Schwierigkeiten entstehen bei der besonderen Betreuungspauschale, abgekürzt BBP. Es handelt sich hier um zusätzliches Geld, das im besonderen Behandlungsfall fließen soll. Ähnlich wie bei KV-Verträgen, hat der Hausärzterverband eine Mengengrenzung über eine Abstufungsregelung bei den Verhandlungen akzeptiert für den Fall, wenn diese Vergütung häufiger als erwartet eingefordert wird. Die BBP scheint bei der AOK und dem Hausärzterverband in Bayern jetzt aus

dem Ruder zu laufen. Haben doch die eingeschriebenen Hausärzte bei 30 % der Fälle sofort nach Einführung des Vertrages diese Ziffer in Anrechnung gebracht. Dies bietet sich natürlich auch an, wenn man 26 Euro pro Fall kontakunabhängig zusätzlich erhält. Jetzt muss Hoppenthaller im Stil eines durch Mengengrenzung gebeutelten KV-Vorsitzenden seine Mitglieder anschreiben, doch bitte mit der Abrechnung der BBP etwas inne zu halten.



Foto: creativ collection

Nach den Vorstellungen von Bundesgesundheitsminister Rösler soll die Pharmaindustrie künftig nicht mehr alleine über den Preis eines Arzneimittels entscheiden.

● Verhandlungen zur Preisfindung vorgeschrieben

Was hat die neue Bundesregierung vor? Jedes neue Präparat wird wie bisher europaweit zugelassen. Kriterium ist seine Unbedenklichkeit, nicht aber der Nutzen im Vergleich zu seitherigen Angeboten auf dem Pharmamarkt. Nach der Zulassung kann dieses neu zugelassene Medikament in den Apotheken verkauft werden – aber nicht mehr zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung.

● **„Bei chronisch Kranken nicht jedes Quartal BBP abrechnen“**
Hier das wörtliche Briefzitat: „Bitte beachten Sie: Eine besondere Behandlungsbedürftigkeit liegt nicht automatisch vor, wenn für einen Patienten die EBM-Chronikerpauschale 03212 über die KV abgerechnet werden könnte. Vielmehr soll die BBP eine besonders zeitintensive und fachlich anspruchsvolle Behandlung eines chronisch Kranken honorieren. Daraus folgt, dass für einen chronisch Kranken nicht jedes Quartal die BBP zwingend abzurechnen ist. Vielmehr muss in jedem Quartal die besondere Behandlungsbedürftigkeit gesondert geprüft und erneut gegeben sein. Folgende Kriterien können beispielsweise auf eine abrechenbare BBP hinweisen: Kontakthäufigkeit, laborintensive Überwachung, regelhafte Besuchstätigkeit o.ä.“

Gefruchtet hat dieser Brief aber nicht, im Gegenteil: 50 % der Ärzte haben nach dem Bittbrief die Pauschale abgerechnet. Jetzt droht die entsprechende Honorarkürzung mit einer Abstufung der fallbezogenen Vergütung. Alles wird verbunden mit einem Prüfapparat zur Kontrolle des Abrechnungsverhaltens im 73 b-Vertrag. Aus der Sicht der betroffenen Ärzte muss der Eindruck entstehen: Hoppenthaller ist ein verkappter KV-Vorsitzender, allerdings nur für die Hausärzte, weil Honorarkürzungen auch dem Hausärzterverband im Rahmen von 73 b-Verträgen drohen. Es stellt sich die berechtigte Frage, ob die bayerischen Hausärzte bei den 73 b-Verträgen vom Regen in die Traufe gekommen sind.

HFS

Serie Qualitätsmanagement in der Praxis – Teil 4

Ende gut! Alles gut?

Was bisher geschah: Der Internist Dr. Müller, ursprünglich dem Qualitätsmanagement gegenüber eher skeptisch eingestellt, ist inzwischen durch seinen jüngeren Fachkollegen Dr. Wohlgemuth zum Wettbewerb angestachelt worden und will nun seine Praxis zertifizieren lassen. Doch zuvor sind noch einige Arbeitstreffen nötig, um die Abläufe zu klären und die bislang noch fragmentale Dokumentation zu vervollständigen – eine wichtige Aufgabe für die beiden fleißigen Praxis-Managerinnen und nebenberuflichen Qualitätsmanagementbeauftragte.

Mittwochnachmittag gegen 15:10 Uhr in der Praxis von Dr. Müller. Frau Pfiffig und Frau Schmidt kämpfen sich durch die Unterlagen.

„Ein wenig ungerecht finde ich es schon, dass die Männer den Nachmittag im Café totschiessen und uns hier schuften lassen“, bemerkt Frau Schmidt.

„Dann können wir uns mal richtig auf die Arbeit konzentrieren“, entgegnet Frau Pfiffig. „Noch Kaffee?“

„Gerne! Ich bin übrigens die Anneliese.“

„Ich bin die Eva.“

„Wann ist es eigentlich soweit?“ Die leichte Wölbung von Frau Pfiffigs Bauch war Frau Schmidt nicht entgangen.

„Ich bin in der 18. Woche. Aber vor der Geburt wird geheiratet. Dr. Müller und Du, Ihr seid natürlich eingeladen.“

„Danke, sehr gerne. Aber nun wollen wir noch etwas arbeiten, damit die Herren Doktoren nicht enttäuscht sind“, sagt Frau Schmidt. „Wir haben heute zwei Themen. Ich möchte kurz über meine Recherchen zur Zertifizierung berichten. Und dann haben wir ja noch die Kapitel Ressourcen, Dienstleistungserbringung sowie Messung, Analyse und Verbesserung zu bearbeiten. Mal sehen wie weit wir heute kommen.“

„Zunächst zur Zertifizierung. Ich habe mir den Flyer „Qualitätspartnerschaft für Arztpraxen“ vom VDE-Institut mal näher angesehen. Wirklich interessant! Ich wusste gar nicht, dass der VDE diese Zertifizierungen anbietet.“ „Was kostet das denn?“ fragt Frau Pfiffig.

„Das ist der eigentliche Clou. Man zahlt eine bequeme monatliche oder vierteljährliche Rate.“

„Also ein Teilzahlungsmodell?“

„Im Prinzip schon, aber es geht noch weiter. Für einen Beitrag ab ca. 2€ /Tag sind nicht nur die Kosten für die Begutachter enthalten, sondern auch Reisekosten und Spesen. Aber das Beste kommt jetzt. Innerhalb der Vertragslaufzeit sind neben dem Zertifizierungsaudit auch noch zwei Folgebegutachtungen im Jahresabstand abgegolten.“

„Das ist ja toll. Dann lässt einen der VDE nach der Zertifizierung also nicht im Stich, sondern hilft dabei, unser Qualitätssystem weiter zu entwickeln. Wie kann der VDE das so günstig anbieten?“

„Das habe ich beim Anruf auch gefragt. Die verantwortliche Dame sagte mir, dass das VDE-Institut eine gemeinnützige GmbH ohne Gewinnstreben ist und gemäß Satzung dem

Patientenwohl verpflichtet sei. Überdies verfüge man über kompetente Begutachter, die die Materie kennen. Sie hat mich auch auf ein Vordaudit zum günstigen Festpreis hingewiesen. Damit können wir ohne großen Aufwand die Dokumentation überprüfen und unsere Zertifizierungsreife beurteilen lassen.“

„Gut, das macht Sinn. Dann werden wir dieses Angebot nachher unseren Herren Doktoren mal ans Herz legen.“

Gleichzeitig gegenüber im Café Krause. Die Doktoren Müller und Wohlgemuth lassen sich ihren Kuchen schmecken.

„Ich habe ein richtig schlechtes Gewissen, die Damen nicht mitgenommen zu haben“, sagt Dr. Wohlgemuth.

„Die sollen mal schön arbeiten“, erwidert Dr. Müller. „Und Sie wollten ja mit mir etwas unter vier Augen besprechen.“

„Ja das stimmt: Frau Pfiffig und ich wollen heiraten.“

„Herzlichen Glückwunsch! Das mache ich doch gerne. Wann soll denn die Trauung stattfinden?“

„Ein genauer Termin steht noch nicht fest, aber auf jeden Fall vor der Niederkunft.“

„Oh, meinen Glückwunsch!“

„Evas Schwangerschaft war auch der Anlass über unsere mittelfristige Zukunft nachzudenken... Nun Ihre Praxis läuft doch sehr gut. Sie haben in etwa doppelt so viele Patienten wie ich... und irgendwann werden auch Sie den wohlverdienten Ruhestand antreten wollen. Und Ihnen ist doch sicher auch daran gelegen, das Ihre Arbeit in

Ihrem Sinne fortgeführt wird.“

„Selbstverständlich!“

Beide hängen Ihren Gedanken nach. „Was halten Sie davon, wenn ich Ihre Praxis übernehme“, bricht Dr. Wohlgemuth das Schweigen. „Das hätte für uns beide immense Vorteile. Wir könnten zunächst eine Gemeinschaftspraxis mit zwei Standorten gründen. Das würde den Aufwand für Verwaltung und auch für das Qualitätsmanagementsystem erheblich reduzieren. Und wir könnten uns gegenseitig vertreten. Wenn Sie dann in einigen Jahren in Pension gehen, würde ich meinen Arbeitsschwerpunkt in Ihre Praxis verlegen und einen weiteren, jüngeren Kollegen einstellen. Das macht doch Sinn, oder?“

„Wenn wir uns über das Finanzielle einig werden, bin ich dabei“, entgegnet Dr. Müller.

„Das freut mich sehr, Herr Kollege!“

Wieder in der Praxis von Dr. Müller. „Das Kapitel Bereitstellung von Ressourcen habe ich soweit verstanden“, sagt Frau Schmidt. „Die Praxisleitung muss das erforderliche Personal, die Infrastruktur und die Arbeitsumgebung bereitstellen. Die erforderlichen Fähigkeiten des Personals müssen ermittelt, fehlendes Wissen durch Weiterbildung erworben und die Wirksamkeit der Schulungsmaßnahmen beurteilt werden. So weit, so gut. Das Kapitel Produktrealisierung ist allerdings völlig unklar.“

„Wir müssen das nur auf unsere Terminologie übertragen“, erwidert Frau Pfiffig. „Wir ersetzen Organisation = Praxisleitung, Kunde = Patient, Produkt = Dienstleistung, Realisierung = Erbringung. Dann lautet das wie folgt: Die Praxisleitung muss die erforderlichen Ressourcen zur Dienstleistungserbringung bereitstellen, Prozesse planen sowie Qualitätsziele festlegen und dokumentieren. Zum Nachweis, dass die Prozesse die Anforderungen erfüllen, werden Aufzeichnungen erstellt. Die Leitung muss die Forderungen der Patienten an Behandlung und Nachsorge sowie gesetzliche Anforderungen ermitteln. Sollten sich diese ändern, muss sie die Dokumente anpassen und die Mitarbeiter infor-

mieren. Weiterhin muss sie die Kommunikation mit den Patienten regeln. Dies beinhaltet Informationen über die angebotenen Dienstleistungen sowie den Umgang mit Rückmeldungen und Beschwerden. Sie muss Lieferanten danach auswählen, Produkte entsprechend den Anforderungen zu liefern und dies durch Prüfungen sicherstellen. Kriterien für Auswahl und Beurteilung der Lieferanten müssen aufgestellt und durch Aufzeichnungen dokumentiert werden. Informationen für den Lieferanten müssen das Produkt beschreiben, Anforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem und beabsichtigte Verifizierungsmaßnahmen enthalten. An sich ganz einfach, aber noch eine Menge Arbeit“, schließt Frau Pfiffig etwas außer Atem ihre Ausführungen ab.

Praxis Dr. Müller, gegen 17:00 Uhr. Die Herren Doktoren treffen ein.

„Nun meine Damen, auch recht fleißig gewesen?“, fragt Dr. Müller.

„Wir haben schon auf Sie gewartet“, erwidert Frau Pfiffig. „Es geht grade um die Aufgaben der Praxisleitung bei der Überwachung und Messung.“

„Gut. Und was müssen wir dazu tun?“ „Das können wir gleich mal durchspielen. Wir haben dazu folgendes zusammengetragen. Anneliese, bist Du so nett das vorzustellen?“

„Gern, also: Zur Bewertung der Konformität von Dienstleistung und Qualitätsmanagementsystem muss die Praxisleitung die notwendigen Prozesse zur Erfassung, Messung, Analyse und Verbesserung planen und implementieren. Sie muss in geplanten Abständen interne Audits durchführen, um zu ermitteln, ob die Anforderungen wirksam umgesetzt wurden. Die Verantwortlichkeiten, Anforderungen zur Planung, Durchführung und Berichterstattung sowie das Erstellen von Aufzeichnungen müssen in einem dokumentierten Verfahren festgelegt sein. Die Leitung muss weiterhin sicherstellen, dass zeitnah Maßnahmen zur Beseitigung erkannter Fehler und deren Ursachen ergriffen werden. Die Maßnahmen müssen verifiziert und dokumentiert werden. Zur Verhinderung möglicher Fehler müssen Vor-

beugungsmaßnahmen ergriffen und – um ein erneutes Auftreten zu verhindern – Korrekturmaßnahmen eingeleitet werden. Das Verfahren dazu muss beschrieben werden“, erläutert Frau Schmidt.

„Da wartet ja noch eine ganze Menge Arbeit auf uns“, kommentiert Dr. Müller. „Ich hoffe uns geht auf dem Weg zur Zertifizierung nicht die Puste aus.“ „Das glaube ich nicht“, erwidert Frau Schmidt. „Mit der Dokumentation sind wir wahrscheinlich in vier Wochen durch. Danach müssen wir noch etwa drei Monate für die Einführung ansetzen und der Zertifizierer kann kommen.“

„Übrigens, Anneliese und ich haben mittlerweile die Frage nach dem Zertifizierer geklärt“, meldet sich Frau Pfiffig zu Wort. „Dabei konnten wir schon mal unseren neuen Fragebogen für die Auswahl von Lieferanten und Dienstleistern zum Einsatz bringen. Kriterien waren gleichrangig: Preis, Akkreditierung und jährliche Folgebegutachtungen. Das Rennen hat das VDE-Institut gemacht. Es bietet bei vergleichbaren Kosten wie die Wettbewerber als einzige Institution Folgebegutachtungen an. Es gibt einfach mehr fürs gleiche Geld. Außerdem können wir – synchron zu unserer Abrechnung mit dem Kostenträger – vierteljährlich in Raten zahlen. Das schont unseren Geldbeutel. Bei unserer Praxisgröße sind das 174,- € pro Quartal. Würden wir unsere beiden Praxen als Gemeinschaftspraxis begutachten lassen wären das insgesamt sogar nur 233,- €.“

„Du wirst Dich wundern, genau darauf habe ich mich heute mit Dr. Müller geeinigt.“

„Ganz genau“, bestätigt Dr. Müller. „Nicht nur die beiden Jungverliebten heiraten, auch unsere Praxen werden demnächst vereint.“ Und im Stillen seufzt er: „Dann hatte der Brief der KV ja doch letztendlich etwas Gutes.“

Michael Bothe, VDE-Institut,
Offenbach/Main



Ihre Meinung zählt!

Deshalb befragen wir Sie zur **Qualität in der medizinischen Fachpresse** in den nächsten Wochen zusammen mit



Machen Sie mit!