

Editorial

Die Ärzteschaft ist der einzige Berufsstand in Deutschland, der eine mit Strafe belegte Fortbildungspflicht hat. Wir sind seit fünf Jahren gesetzlich dazu verpflichtet, uns regelmäßig fortzubilden und dabei mindestens 250 CME-Punkte zu sammeln. Dieser Nachweispflicht ist die Ärzteschaft eindrucksvoll nachgekommen.

Der Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung diskutiert seit einiger Zeit sogar, ob die Zertifizierungskriterien für die Fortbildungsveranstaltungen noch enger gezogen werden sollen und fordert neben einer qualitativen Aufwertung der Fortbildung auch die konse-

quente Rückbesinnung auf medizinisch-ärztliche Inhalte. Diesbezügliche Änderungen der Fortbildungsordnung sollten ursprünglich bereits auf dem Deutschen Ärztetag in Dresden beschlossen werden, sind aber jetzt auf frühestens 2011 verschoben worden.

Sich über den relevanten medizinischen Fortschritt auf dem Laufenden zu halten, ist ureigenes ärztliches Tun und sollte selbstverständlich sein. Nur wer sich dauernd weiter fortbildet, kann die ihm anvertrauten Patienten in Diagnostik und Therapie gut versorgen. Beim BDI ist die Fortbildung sogar eine der satzungsgemäßen Aufgaben. In § 2 unserer Satzung steht, dass der BDI die berufliche

Fort- und Weiterbildung der Fachärzte für Innere Medizin / Internisten zu fördern und die Mitglieder in der Erfüllung ihrer ärztlichen Aufgaben zu beraten und zu unterstützen habe. Deshalb bietet der BDI seit vielen Jahren ein umfangreiches Fortbildungsprogramm für die Innere Medizin an. Mit einer Vielzahl von nationalen Intensiv- und Refresherkursen sowie vier internationalen Seminarkongressen, der jüngste wurde in Obertauern im Salzburger Land im Januar 2010 durchgeführt, haben wir unser Angebot ständig aktualisiert und erweitert. Mit Frau Prof. Dr. Schummdraeger, zuständig und verantwortlich für das Ressort Fortbildung in unserem Vorstand, und den engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbei-

tern der Kongressabteilung des BDI sind wir hier hervorragend aufgestellt.

An dieser Stelle möchte ich Sie auch herzlich zum 3. Deutschen Internistentag im September nach Berlin einladen, wo Sie ein attraktives wissenschaftliches Fortbildungsprogramm ebenso wie interessante berufspoliti-



Präsident
Dr. med. Wolfgang Wesiack,
Hamburg

sche Veranstaltungen erwarten werden.

Fortbildung im BDI hat Tradition und Zukunft. Machen Sie mit und nehmen Sie unser Angebot an!

Ich freue mich darauf, Sie auf einer unserer nächsten Fortbildungsveranstaltungen begrüßen zu können.

Mit herzlichen Grüßen

Ihr

Dr. med. Wolfgang Wesiack
Präsident

Selektivverträge mit und ohne KV (Fortsetzung von Seite 1)

Wettbewerb und Vertrags-Wirrwarr

Der BKK-Schiedsspruch war nicht ganz nach dem Geschmack von Dr. Wolfgang Hoppenthaller, dem Vorsitzenden des Bayerischen Hausärzterverbands, ausgefallen. „Das Honorar dürfte so stimmen, aber die Struktur des Vertrags ist nicht gut“, kommentiert er. Anders als im LKK-HzV-Vertrag gibt es im BKK-HzV-Vertrag die Forderung nach einem behindertengerechten Zugang zur Praxis sowie dem Vorhalten eines Langzeit- und Belastungs-EKGs. Hoppenthaller beruhigte die Kollegen, die befürchteten, nun einen Lift einbauen oder gar mit der Praxis umziehen zu müssen. Er interpretierte die Forderung so, dass die behinderten Patienten weiterhin einwandfrei versorgt werden. Die Forderung der BKKen nach Bildung von Apparategemeinschaften für das Erbringen von Langzeit-EKG, Belastungs-EKG und Sonographie „konnten wir verhindern“. Die jetzt gefundene Formulierung „Gerätegemeinschaft“ ermögliche es den Hausärzten, die Teilnahmevoraussetzungen zu erfüllen, ohne die Gründung an die KVB melden zu müssen. Er bedauerte allerdings, dass die Patienten, „die von ihren Hausärzten immer schon mit hoher Qualität behandelt wurden“, durch diesen Vertrag für sich erst einmal keinen Vorteil erkennen; ihnen werde weder die Praxisgebühr erlassen noch hätten sie Anspruch auf einen jährlichen Check-up wie im AOK- und LKK-HzV-Vertrag. „Dies lag wohl auch in der Absicht der BKKen.“

● Gefahr von Fehlanreizen

Wenig erfreut zeigt sich jedoch der BKK-Landesverband Bayern. Nach seiner Ansicht ist es ein Manko des Schiedsspruchs, dass ein so wenig erprobtes Vertragsmodell zur Vorlage gemacht wurde. Insbesondere die kontaktunabhängige Jahrespauschale in Höhe von 65 Euro berge die Gefahr von Fehlanreizen bei der Einschreibung und wird im Hinblick auf die zu erwartende Ausgabensteigerung kritisch bewertet. BKK-Vorstand Werner Rychel hat angekündigt, den bereits im Oktober 2007 mit der KV Bayerns geschlossenen Hausarztvertrag dennoch fortsetzen zu wollen. An diesem nehmen knapp 3000 Hausärzte teil. Ein Ärgernis ist in den Augen der KVB-Spitze die Zersplitterung der Vertragslandschaft durch die Selektivverträge. Nach dem AOK-Vertrag kommen nach und nach die Verträge der anderen Krankenkassen hinzu. Mehr als 90 weitere Bereinigungsanträge liegen in München bereits vor. Kein HzV-Vertrag ist wie der andere: Die Einzelleistungen sowie die Inhalte der Pauschalen sind unterschiedlich. Es besteht ein intransparenter Vertragswirrwarr durch unterschiedliche Regelungen zur Praxisgebühr und unterschiedliche Leistungen in allen Verträgen sowie durch die notwendige Abgrenzung von Leistungen über die KVB und über den Selektivvertrag. Dieser bedeutet mehr Verwaltungsaufwand wegen der verschiedenen Abrechnungswege und der unterschiedlichen Praxis-Software.

● Es gibt Alternativen

Dass es Alternativen zum Pflichtvertrag mit dem Hausärzterverband gibt, hat der Verband der Kinder- und Jugendärzte bewiesen. Er hat einen HzV-Vertrag mit der AOK als Add-on-Vertrag abgeschlossen, der über die KV abgerechnet wird und der nicht bereinigt werden muss. Das ist einfacher und kostengünstiger, sagt die KVB. Mit solchen Alternativen will sie in Wettbewerb zu Hoppenthallers AOK-Vertrag treten. Nirgendwo im Gesetz steht, dass nicht die KV ebenfalls einen 73b-Vertrag abschließen kann, wenn die Pflicht zum Abschluss mit dem Hausärzterverband erfüllt ist, argumentiert der erste stellvertretende KVB-Vorsitzende Dr. Gabriel Schmidt. Die KVB will deshalb mit BKK, LKK und Ersatzkassen verhandeln, um Verträge mit der KVB als Add-on-Verträge abzuschließen bzw. aufzubessern. Er stößt damit auf offene Ohren, außer bei der AOK. Der BKK-Landesverband Bayern hat Anfang März in einem Schreiben an alle Hausärzte im Freistaat versichert, dass er den bestehenden Hausarztvertrag mit der KVB im Interesse ihrer Versicherten fortsetzen und zusätzlich fördern wolle, „um Wahlfreiheit für Ärzte und Patienten zu gewährleisten“. Er appellierte an die Hausärzte: „Vergleichen Sie die Alternativen und wägen Sie Pro und Contra für Ihre Praxis ab.“

Auf der letzten KVB-Vertreterversammlung Mitte März stellte Schmidt als Vertreter der Hausärzterseite ein neues LKK-Paket als Weg für ein anderes Modell für Hausarztverträge vor: Der ab 1. April 2010 geltende neue Vertrag der KVB mit der LKK sieht u.a. vor: Anhebung der Steuerpauschale von derzeit 9 auf 25 €, eine Therapie- und Bera-

tungspauschale von 25 €, Zuschlag zum hausärztlichen Basisassessment 10 €, Ausstellung einer AU-Bescheinigung 5 €, neue Wegepauschalen mit Zuschlägen zwischen 20 und 36 €.

Was der Vertrag einem Hausarzt finanziell bringen kann, demonstrierte er am Beispiel eines über 60jährigen eingeschriebenen LKK-Chronikers mit einem Hausbesuch im Quartal: Anstelle der jetzt gezahlten 89 € würden dafür künftig 136 € vergütet. „Das kann sich durchaus vergleichen lassen“, meinte Schmidt mit Blick auf den HzV-Vertrag des Bayerischen Hausärzterverbands mit der AOK.

● Weniger Bürokratie, geringere Kosten

KVB und LKK förderten mit diesem Vertrag bewusst Schlüsselleistungen, verlangten keine zusätzliche Abrechnung und keine zusätzliche Software, keine doppelte Patientenakte und müssten weder eine aufwendige Bereinigung noch eine umständliche Neueinschreibung der Patienten durchführen. Das alles bedeute für die Beteiligten weniger Bürokratie und geringere Verwaltungskosten. Er sieht hier die optimale Lösung für einen Hausarztvertrag als spezielle Zusatz-Option (Add-on-Vertrag) und eine echte Wahl-Alternative für die Hausärzte zum Selektivvertrag.

● Andere Länder, andere Verträge

In Baden-Württemberg gibt es inzwischen einen HzV-Vertrag mit der Vertragsarbeitsgemeinschaft der meisten BKKen auf freiwilliger Basis sowie einen Vertrag mit der IKK classic, kurz vor dem zu erwartenden Schiedsspruch. Die IKK classic hat bereits Hausarzt-Verträge als Add-on-Verträge in Hamburg, Hes-

sen, Sachsen und Thüringen und möchte jetzt austesten, welche Vertragsvariante die bessere ist, Add-on oder Vollvertrag, sagte ihr Vorstandsvorsitzender Gerd Ludwig vor der Presse in Stuttgart. Aus der Reihe der Hausarztverbände sind bereits die Landesverbände in Niedersachsen und Braunschweig ausgeschert. Eine Bietergemeinschaft aus den Hausärzterverbänden Niedersachsen und Braunschweig und der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) auf der einen und die AOK Niedersachsen auf der anderen Seite haben jüngst einen Add-on-Vertrag über die hausärztliche Versorgung geschlossen.

Eine besondere Stärke der ärztlichen Gemeinschaft sehen die Sprecher der Vertragsparteien im Zusammenschluss aller Hausärzte und der KVN. Damit habe dieser Hausarztvertrag Vorbildcharakter auch für andere Kassen in Niedersachsen. „Durch diesen neuen Vertrag stehen den Patientinnen und Patienten die erweiterte medizinische Kompetenz der niedersächsischen Hausärzte zur Verfügung sowie die effektive und zuverlässige Struktur der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen und der größten Krankenkasse in Niedersachsen als starker Solidargemeinschaft“, versichert Eberhard Gramsch, Vorsitzender der KVN. In Sachsen-Anhalt ist der dortige Hausärzterverband aus der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft ausgetreten, nachdem diese gegen die Beteiligung der KV Sachsen-Anhalt an dem Add-on-Vertrag mit der AOK Klage beim Sozialgericht eingereicht hat.

113. Deutscher Ärztetag in Dresden (Fortsetzung von Seite 1)

Minister Rösler gut gelaunt unter Kollegen

In den drei Arbeitstagen bewältigte der Ärztetag ein gewaltiges Pensum an Anträgen, woraus im Folgenden einige aufgeführt werden:

● **Fachgebiet Allgemeinmedizin**
Der 113. Deutsche Ärztetag hat auf Antrag des Vorstands der BÄK die Wiedereinführung des Gebiets Allgemeinmedizin anstelle des Gebietes Innere und Allgemeinmedizin einstimmig beschlossen.

● **Krankenhäuser familienfreundlich gestalten**
Die mangelnde Vereinbarkeit von Familie und Beruf hat sich als ein wesentlicher Grund für den in

Deutschland bestehenden Ärztemangel erwiesen. Nur zögerlich und vereinzelt wird seitens der Krankenhäuser hierauf reagiert. Deshalb hat der Ärztetag mit großer Mehrheit die Krankenhäuser aufgefordert, familienfreundliche Arbeitsplätze zeitnah zu schaffen. So könnten zur Förderung der Vereinbarkeit des ärztlichen Berufsbildes mit der Familie unter anderem flexible Arbeitszeiten, eine gesicherte Kinderbetreuung, eine unbürokratische und zeitnahe Umsetzung flexibler Elternzeitregelungen sowie steuerbegünstigte finanzielle Beihilfen zur Geburt beitragen.

● **Bedarfsplanung durch Versorgungsforschung verbessern**
Der Ärztetag hat das Bundesforschungsministerium aufgefordert, im Rahmen der Versorgungsforschung Vorhaben zur Verbesserung der Bedarfsplanung im ambulanten und stationären Sektor zu fördern. „Nur mit einer am tatsächlichen Bedarf orientierten Ausgestaltung der Leistungsebene kann das Gesundheitswesen zukunftsfest gemacht und können die begrenzten Ressourcen zielgerichtet eingesetzt werden“, erklärten die Delegierten. Die Bedarfsplanung von Ärzten zur Versorgung der Bevölkerung basiere auf Zahlen aus den 70er Jahren. Nur wenige Forschungsprojekte, so auch im Rahmen der Versorgungsforschung der Bundesärztekammer, zeigten einige Wege auf. „Eine echte Berechnung des Bedarfs an ärztlichen Leistungen für alle Fachdisziplinen und für das gesamte Bundesgebiet hat bis heute aber nicht stattgefunden“, monierte der Ärztetag.

● **Delegation rechtssicher gestalten**
Der Ärztetag in Dresden hat die politisch Verantwortlichen aufgefordert, die zunehmende Aufweichung klarer rechtlicher Zuständigkeiten bei der Ausübung von Heilkunde zu verhindern. „Das geht zu Lasten der Versorgungsqualität und der Patientensicherheit und verletzt haftungsrechtliche Standards“, kritisierten die Delegierten. Stattdessen müsse



Der 113. Deutsche Ärztetag fand vom 11.–14. Mai in Dresden statt. Ort der feierlichen Eröffnungsveranstaltung war die Semperoper.

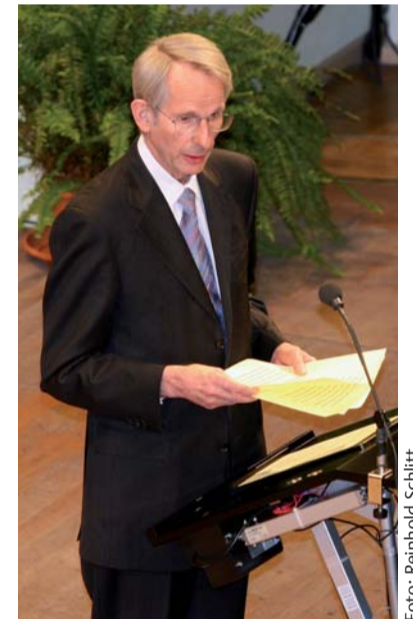
Foto: Reinhold Schitt

das Delegationsprinzip fortentwickelt und rechtssicher so ausgestaltet werden, dass alle Bereiche der Patientenversorgung davon profitieren. Die seit einigen Jahren geforderte neue Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen sei weniger an den Bedürfnissen der Patienten orientiert als „an einer ökonomischen Vorgabe für möglichst effiziente Prozessoptimierung sowie an berufspolitischen Wunschvorstellungen“, kritisiert der Ärztetag. Das Ärzteparlament regte an, die Kompetenzen und Zuständigkeiten der verschiedenen Gesundheitsberufe aufeinander abzustimmen.

● **Novelle der GOÄ**
Die Delegierten des Ärztetags haben die Pläne der Regierungskoalition begrüßt, die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) novellieren zu wollen. Im Anschluss an die Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) erwartet die deutsche Ärzteschaft eine zügige Aufnahme der Beratungen zur GOÄ-Novelle. Die derzeit noch geltende GOÄ war 1983 in Kraft getreten. Seitdem stieg der GOÄ-Punktwert lediglich um 14% – das heißt von 10,00 auf 11,40 Pfennig (= 5,82873 Cent). Die Bundesärztekammer erarbeitet zurzeit konkrete Vorschläge zur Novellierung der Gebührenordnung. Dabei sollte die GOÄ nach Ansicht des Ärzteparlaments zu einer modernen Gebührentaxe weiterentwickelt werden, „die als sektorenübergreifende Referenzgebührenordnung die maßgeblichen Orientierungswerte für die Honorierung ärztlicher Leistungen vorgibt“, heißt es in dem Beschluss. Zudem sei die Weiterentwicklung der GOÄ in einem zunehmend marktorientierten Gesundheitswesen unverzichtbar. Eine Öffnungsklausel in der GOÄ lehnen die Delegierten nach wie vor ab. Diese sei wettbewerbsrechtlich nicht haltbar und stärke die „Marktmacht“ der Privaten Krankenversicherung (PKV) einseitig zu Lasten der Ärzte.

● **eGK – so nicht**
Der 113. Deutsche Ärztetag in Dresden hat seine Ablehnung der Pläne für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in der derzeitigen Form bekräftigt und statt-

dessen gefordert, den Datenaustausch zum Nutzen der Patienten zu verbessern. Insbesondere müsse darauf geachtet werden, dass Daten gezielt versandt werden können, „ohne dass sie in falsche Hände gelangen“. Die Delegierten stellten klar, dass elektronische Patientenakten in die Hand des Hausarztes, des Patienten und gegebenenfalls



„Mit den bisherigen Rezepten können wir das Gesundheitswesen nicht kurieren“, meinte BÄK-Präsident Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe in seiner Eröffnungsansprache.

Foto: Reinhold Schitt

des behandelnden Arztes in Klinik und Praxis gehörten. Sie gehörten nicht in die Hand von Kostenträgern und sollten nicht auf Zentralservern abgelegt werden. Außerdem wendet sich das Parlament der Ärzte entschieden gegen die Verwandlung der Arztpraxen in „Außenstellen der Krankenkassen“ durch Verlagerung des Versicherten-datenmanagements in die Praxen.

● **MVZ in Ärzte-Hand**
Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, die im Koalitionsvertrag für die 17. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages vereinbarte Regelung für Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zeitnah umzusetzen. Danach ist die Zulassung MVZ an die Voraussetzungen zu knüpfen, dass die Mehrheit der Geschäftsanteile und Stimmrechte Ärztinnen und Ärzten zusteht und das MVZ von Ärztinnen und Ärzten verantwortlich geführt wird.

KS



Auch der BDI diskutierte in Dresden mit: Dipl.-Betw. Tilo Radau, stellv. Geschäftsführer des BDI, Prof. Dr. Malte Ludwig, 2. Vizepräsident des BDI, und BDI-Vorstandsmitglied Dr. Cornelia Jaurisch-Hancke (von links).

Foto: T. Radau

Auszeichnung für Prof. Jürgen F. Riemann BDI gratuliert zum Felix Burda Award 2010 für sein Lebenswerk

Prof. Jürgen F. Riemann, seit dem Jahr 2000 Mitglied im Vorstand des Berufsverbands Deutscher Internisten, BDI e.V., ist am 19. April 2010 in Berlin von der Felix-Burda-Stiftung für sein jahrelanges, unermüdetes und herausragendes Engagement mit einem Sonderpreis ausgezeichnet worden. Die Felix-Burda-Stiftung zeichnet seit 2003, als Highlight des jährlichen Darmkrebsmonats März, die erfolgreichsten, innovativsten und heraus-

ragendsten Projekte und Leistungen auf dem Gebiet der Darmkrebsvorsorge mit dem Felix Burda Award aus. „Der BDI ist stolz darauf, diesen verdienten Wissenschaftler und Arzt in seinem Vorstand zu haben“, erklärt BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack und gratuliert im Namen des BDI-Vorstands zu der Auszeichnung. Riemann ist Vorstand der 1998 unter seiner Führung gegründeten Stiftung LebensBlicke, die sich für eine verbesserte Darmkrebsvorsorge in Deutschland engagiert. Dazu wurden zahlreiche Projekte initiiert, Allianzen mit Partnerorganisationen geschmiedet, Verbindungen zu Experten aufgebaut und mit unzähligen Aktionen auf die Wichtigkeit dieses Gesundheitsthemas hingewiesen. Die Jury war einstimmig der Meinung, dass die Auswirkungen der langjährigen, erfolgreichen Arbeit der Stiftung LebensBlicke nicht hoch genug eingeschätzt werden können. Riemann, von 1985 bis Anfang 2009 Direktor der Medizinischen Klinik C am Klinikum der Stadt Ludwigshafen/Rhein, hat für sein Wirken bereits am 12. Februar 2009 das Bundesverdienstkreuz am Bande empfangen. Für den BDI ist er maßgeblich für die Ausrichtung des Deutschen Internistentags verantwortlich, der 2007 zum erstenmal in Berlin stattfand und in diesem Jahr im September erneut in Berlin die Innere Medizin im politischen und gesellschaftlichen Umfeld repräsentieren wird.



Foto: Felix Burda Stiftung

Prof. Dr. Jürgen F. Riemann

KBV-Vertreterversammlung in Dresden

Ständiger Kampf gegen die Hausarztverträge

Ohne die Hausarzt-zentrierten Versorgungsverträge (HzV) wäre die Rede des Vorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Andreas Köhler, vor der Vertreterversammlung am 10. Mai in Dresden um drei Viertel kürzer ausgefallen, kommentierte der Vorsitzende des Deutschen Hausärzterverbands, Ulrich Weigeldt, hinterher. Für Köhler steht durch die HzV-Verträge die Existenz des KV-Systems auf dem Spiel. „Wird der Kollektivvertrag zunehmend durch populationsbezogene selektive Vollversorgungsverträge ersetzt, ist dieser auf Dauer nicht überlebensfähig“, konstatierte er.

Auf dem Podium im Dresdner Hilton-Hotel wies Köhler auf die Gefahren durch die Verträge hin: Der wesentliche Vorteil der Verträge, die pauschale Vergütung zwischen 75 und 85 € pro Patient und Quartal, ist nur scheinbar ein Vorteil, rechnete er vor. Es hängt davon ab, ob die eingeschriebenen Patienten eher behandlungsaufwendig sind oder weniger Leistungen in Anspruch nehmen. Werden tendenziell mehr behandlungsbedürftige multimorbide Patienten eingeschrieben, deckt die Pauschale samt Chronikerzuschlag oft die notwendigen Leistungen nicht ab und die Vergütung im Kollektivvertrag wäre höher.

● **Welche Abrechnung ist einfacher?** Als weiterer Vorteil wird von den Verfechtern die einfache Abrechnung genannt. Köhler gibt den Hausärzten zu bedenken, ob nicht die relativ einfache Abrechnung eines Vertrags mit der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft dadurch konterkariert wird, dass jeder Vertrag mit jeder Kasse unterschiedlich ist. Ein ungewöhnlich lang dauernder Schlagabtausch Köh-

lers mit dem Vorsitzenden des Hausärzterverbands Baden-Württemberg, Dr. Berthold Dietsche, über die Frage, welche Vertragsart die bessere sei, endete unentschieden. Dieser Disput war im Übrigen der einzige Punkt in der öffentlichen Vertreterversammlung, der für eine wenn auch geringe Spannung sorgte. Die Spannung war verfliegen, nachdem die Vertreterversammlung bereits am Tag davor hinter verschlossenen Türen über entscheidende Fragen der Zukunft des KV-Systems diskutiert hatte. Die jährlichen Honorarreformen verlangen immer neue bürokratische Regelungen und, mangels Erfolg, immer weitere Honorarreformen. Die Umsetzungen dieser immer differenzierteren Vorgaben verursachen einen kaum mehr zu bewältigenden Organisationsaufwand in den KVen und sind für deren Mitglieder nicht mehr nachvollziehbar, was die Flucht aus dem System beschleunigt, kritisierte der bayerische KV-Vorsitzende Dr. Axel Munte. Das Karussell dreht sich immer weiter: In fünf Jahren, so der Plan der KBV-Spitze, soll jeder Arzt in

Deutschland für die Lösung des gleichen Patientenproblems die gleiche Vergütung bekommen. Um sich dem zu nähern, ist eine gigantische Datenerfassung erforderlich. Voraussetzung ist eine umfassende „objektive“ Morbiditätsmessung, um einen auch regional differenzierten Morbiditätssockel zu errechnen. Dazu sind die neuen Kodierrichtlinien notwendig, die ab 2011 von den Vertragsärzten angewendet werden müssen. Sie sollen die Morbidität objektivieren und die Verhandlungsstrategie der KBV durch Fakten untermauern.

● **Mehr statt weniger Bürokratie** Aus dem Wunsch nach weniger Bürokratie wird wohl nichts werden. Köhler hält sie sogar für unumgänglich, um die notwendigen Daten zu beschaffen. Nur mit einer guten Datengrundlage sei es möglich, Versorgungsdefizite aufzuspüren, Versorgungsverbesserungen zu implementieren und eine sinnvolle Versorgungssteuerung zu etablieren. Das sei eine zentrale Aufgabe der KVen und der KBV.



Foto: KS

„Unsere Vorfäter haben dafür gekämpft, den Krankenkassen nicht machtlos in Einzelverträgen gegenüberzustehen. Dieses System zu erhalten ist unsere Verpflichtung“, warb der KBV-Vorsitzende Dr. Andreas Köhler in Dresden.

Ein gewaltiges Datenprojekt zur Errechnung des Bedarfs an medizinischer Versorgung ist bereits angelaufen. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) erstellt derzeit Bedarfsprognosen für jede KV. In diesen Prognosen wird der Bedarf je Kreis für die einzelnen Fachgruppen analysiert. Dazu hat das ZI die Inanspruchnahme der Vertragsärzte durch die gesetzlich Versicherten des Jahres 2007 mit den amtlichen Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung bis 2025 weiterentwickelt. Der für

2025 resultierende Arztbedarf wird mit der Zahl der voraussichtlich dann noch niedergelassenen Vertragsärzte verglichen. Auf diese Weise soll es möglich sein, die Anforderungen an die zukünftige Versorgungslage zu simulieren und die Dringlichkeit der Besetzung eines Arztsitzes einzuschätzen. Was das bringen soll, ist selbst Köhler nicht ganz klar, denn er fügte an: „Aber selbst wenn wir wissen, welcher Arzt wo gebraucht wird, es muss diesen Arzt erst einmal geben.“

KS

Hausärztliche Versorgung

Wer ist „Hausarzt“?

Der Deutsche Hausärzterverband verfolgt seit Jahren ein klares Ziel: Die alleinige Vertretung der Hausärzte in den Selbstverwaltungsgremien der GKV, insbesondere in der Kassenärztlichen Vereinigung. Er will als Spitzenverband der Hausärzte in den Gremien mitwirken, möglichst unbeeinflusst von den Interessen der übrigen Ärzte, vor allem der Fachärzte.

Auf der jüngsten Delegiertenversammlung sind folgerichtiger Vorschläge für den Gesetzgeber verabschiedet worden, die diese Strategie unterstreichen:

1. Dauerhafte Gewährleistung eines sicheren und wirksamen Abrechnungsweges über den 30. Juni 2010 hinaus, einschließlich der datenschutzrechtlichen Regelungen
2. Ausbau der KV-unabhängigen Tarifautonomie der Hausärzterverbände
3. Verbesserung der Rahmenbedingungen für die hausärztliche Versorgung zur Sicherung qualifizierten Nachwuchses
4. Abgrenzung von hoheitlichen Aufgaben und wettbewerblichen Versorgungsformen in freien Verträgen

5. Neugestaltung der Bedarfsplanung durch den Umstieg auf eine integrierte Rahmenplanung und „Versorgungsgewährleistung“ durch die Hausärzterverbände
6. Mitwirkung des Deutschen Hausärzterverbandes als Spitzenorganisation in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung

● **Hausarzt = Allgemeinarzt?**

Dieses 6-Punkte-Programm setzt voraus, dass sich der Allgemeinarzt als Synonym für den Hausarzt sieht. Trifft dies die Versorgungswirklichkeit? Hausärztliche Versorgung im Sinne der Patientenversorgung wird aber nicht allein von den Allgemeinärzten abgebildet. Wo bleiben bei dieser Betrachtung die Kinderärzte und hausärztlich tätigen Internisten? Was



Foto: creativ collection

ist mit den Gynäkologen oder Augenärzten, oder auch den Orthopäden, die durch Direktinanspruchnahme der Versicherten auch die Grundversorgung abbilden?

Man darf bezweifeln, dass die Politik diesen Weg mitgehen wird, wird doch die Zahl der Allgemeinärzte in naher Zukunft immer knapper. Wie will man ohne weitere Fachgruppen die ambulante Grundversorgung abbilden?

Eine Neuordnung des Begriffs „Hausarzt“ durch die Politik wird notwendig werden.

HFS

Internes Positionspapier der Arbeitsgruppe Gesundheit

Die Reformvorschläge der CDU/CSU-Fraktion

In einem internen Positionspapier haben Rudolf Henke, Dr. Rolf Koschorrek, Maria Michalk und Jens Spahn anlässlich einer Klausurtagung der Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion ihre Vorschläge zur Reform der ärztlichen Versorgung dargestellt. Themen waren u. a. Versorgungsplanung, Nachwuchsförderung, Delegation ärztlicher Leistungen und natürlich das ärztliche Honorar.

● **Sektorübergreifender Ausschuss zur Versorgungsplanung**

Über die Zahl der Arztsitze sollen dem Positionspapier zufolge künftig Ärzte, Kliniken und Krankenkassen unter der Beteiligung von Landesregierung und Patientenvertretern entscheiden. Durch einen solchen Ausschuss kann die Bedarfsentwicklung sektorübergreifend und umfassend erhoben und die Zulassung nach dem tatsächlichen Bedarf gesteuert werden. Der hierbei ins Zentrum gerückte Ansatz der sektorübergreifenden Versorgung erstreckt sich somit auch auf das ambulante Angebot der Krankenhäuser in der jeweiligen Region. In Bezug auf die ärztliche Vergütung, die Organisation von Notdiensten

und die Zulassungssteuerung muss die unterschiedliche Ausgangslage in Metropolregionen und auf dem Land stärker berücksichtigt werden. Um auch finanzielle Anreize für die Niederlassung in unterversorgten Gebieten setzen zu können, sollen alle 17 KVen einen Strukturfonds einrichten, der über 1% der Gesamtvergütung der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung gespeist werden soll. Somit werden die Kassenärztlichen Vereinigungen in die Lage versetzt, Investitionskostenzuschüsse, Vergütungszuschläge oder auch Förderung von Stipendien in den unterversorgten Gebieten anbieten zu können. Generell bedarf es einer größeren regionalen Gestaltungsmöglichkeit

für die Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen zur bedarfsorientierten Versorgung in ländlichen Regionen.

● **Arztstationen**

Die Möglichkeiten, mit Zweigstellen und angestellten Ärzten zu arbeiten, soll weiter ausgebaut und erleichtert werden. Hierzu zählt unter anderem auch die Einrichtung von Arztstationen, die Ärzte verschiedener Fachrichtungen regelmäßig, beispielsweise an bestimmten Wochentagen, aufsuchen. Die betroffenen Kommunen sind aufgefordert, sich finanziell, organisatorisch und planungsrechtlich an den Einrichtungen solcher Arztstationen zu beteiligen.

● **Nachwuchsförderung**

Neben dem Numerus Clausus sollen bei der Zulassung zum Studium der Humanmedizin auch so genannte weiche Faktoren wie Sozialkompetenz und Motivation Berücksichtigung finden. Somit können bei einem solchen Verfahren auch Bewerber, die den Numerus Clausus nicht erfüllen, ihren Berufswunsch „Arzt“ verwirklichen. Auch sollen vorherige Berufs- und Ausbildungserfahrungen in anderen medizinischen Berufen anerkannt werden.

● **Honorar**

Das BMG hat mit dem Koalitionsvertrag einen Prüfungsauftrag erhalten, um die Resultate der Honorarreform zu ermitteln. Ohne das Ergebnis vorweggreifen zu wollen, zeichnet sich scheinbar jedoch bereits heute ein Regelungsbedarf ab:

- Die Regelleistungsvolumen sind so auszugestalten, dass die medizinische Grundversorgung der Facharztgruppe damit ausreichend gesichert ist.
- Die RLV sollen nicht durch extrabudgetäre Leistungsabrechnung gemindert werden – sie müssen eine verlässliche und planbare Größe für den Arzt darstellen.
- Der Zwang zur Pauschalierung der Vergütung muss aufgehoben werden, um der Selbstverwaltung den notwendigen Spielraum für eine leistungsgerechte Vergütung zu geben.
- Die reale Morbidität im ambulanten Leistungsgeschehen muss erhoben werden können – dazu müssen die Kodierrichtlinien des GBA entsprechend angepasst werden.

● **Delegation ärztlicher Leistungen**

Die Umsetzung der bestehenden gesetzlichen Regelung für Modellvorhaben zur Erprobung der Delegation ärztlicher Leistungen steht nach knapp zwei Jahren noch immer aus, da es immer noch keine entsprechenden Richtlinien des GBA gibt. Mit der Delegation sollte eigentlich ein wichtiges Ziel zur Entlastung von Ärztinnen und Ärzten bei der medizinischen Versorgung und Betreuung der Patienten erprobt werden. Im Positionspapier wird vorgeschlagen, eine Frist zur Vorlage der Richtlinie an den GBA zu stellen, mit der Drohung einer Ersatzvornahme durch das BMG

bei Nichteinhaltung sowie eine anschließende zeitnahe Evaluation aus den Erkenntnissen solcher Modellvorhaben, um dann gegebenenfalls eine regelhafte Delegationsmöglichkeit ärztlicher Leistungen gesetzlich zu veranlassen. Mit eingebunden werden soll ein zeitnaher Auftrag an den Bewertungsausschuss, die angemessene Vergütung delegierbarer Leistungen zu regeln.

● **Handlungsbedarf § 116 b SGB V**

Für den Bereich der Leistungen nach § 116 b SGB V ist es erforderlich, glei-

che Voraussetzungen für Bedarfsplanung, Mengenbegrenzung und Vergütung sicherzustellen. Somit muss eine Regelung gefunden werden, dass auch am Krankenhaus jeder Arzt die Mindestmenge erfüllen muss. Hierfür ist zu klären, ob dies z. B. über die individuelle Arztnummer erfolgen kann. Eine einheitliche, an der Krankenhausvergütung orientierte Vergütung für Leistungen, die sowohl im niedergelassenen Bereich als auch am Krankenhaus erbracht werden können, muss eingeführt werden.

● **Stärkung der Hausärzte in der Kassenärztlichen Vereinigung**

Die Union spricht sich in diesem Papier für die Beibehaltung der KVen aus. Künftig solle es drei Vorstände geben, je einen Facharzt- und Hausarztvertreter sowie einen neutralen Vorsitzenden. Die Budgets für Fach- und Hausärzte sollen dem Papier zufolge innerhalb der KVen getrennt werden, sodass die Entwicklung in dem einen Bereich nicht zu Lasten des anderen geht.

● **Politik muss stärker in die Pflicht genommen werden**

Zahlreiche Vorschläge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sind offensichtlich in die Überlegungen der Arbeitsgruppe eingeflossen. Interessant ist jedoch die Tatsache, dass letztendlich die Ärzte selbst aus ihren finanziellen Mitteln die von ihnen nicht verschuldete Unterversorgung in den entsprechenden Gebieten selber finanzieren sollen. Hier ist die Ansicht des BDI, die Politik stärker in die Pflicht zu nehmen.

*Dipl.-Betw. Tilo Radau
Stellvertr. Geschäftsführer des BDI*

Anzeige 224 x 297 Roche

Ein Zukunftsszenario (Fortsetzung von Seite 1)

Wo haben Deutschlands Fachärzte eine Zukunft?

Er nimmt bewusst in Kauf, dass es auf diesem Wege zu einer hausärztlichen Neben-KV durch den Hausärzterverband kommt, der automatisch die restliche Kassenärztliche Vereinigung mit den verbliebenen Fachärzten schwächen muss. Auch die ordnungspolitische Ausweitung der ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser nach § 116 b ist kein Betriebsunfall sondern eine bewusst gewählte politische Marschrichtung. Die Fachärzte finden beim Gesetzgeber keine Unterstützung, die Regelungen gehen allesamt zu Lasten der Facharztfraktion, ohne das Gesamtproblem zu lösen.

● Fachärzte sind vom Punktwertverfall besonders betroffen

Wie reagieren die Fachärzte auf diesen Mehrfrontenkrieg, den man in der Regel nicht gewinnen kann? Sie suchen weder Verbündete, noch suchen sie ein gemeinsames Vorgehen. Sie rudern sämtlich durcheinander in verschiedene Richtungen und entmachten dabei noch ihre letzte gemeinsame Institution, nämlich die Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände (GFB).

Wie ist es zu dieser prekären Situation gekommen? Ausgangspunkt ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) mit seinem Kalkulationspunktwert von 5,11 Cent. Die Honorarreform hat einen Durchschnittswert von 3,5 Cent festgeschrieben. Somit ergibt sich automatisch für die Praxen ein Verlust von 30 %, der ordnungspolitisch vorprogrammiert ist. Er betrifft insbesondere Praxen mit einem hohen Kostenanteil, da Kosten in der Regel nicht mit Punkten, sondern mit Euro und Cent finanziert werden müssen. Die Quersubventionierung über den ärztlichen Anteil ist bei Praxen mit hohem Kostenanteil schwieriger als bei Praxen mit niedrigeren Kosten. Da Fachärzte aufgrund der Investitionen häufig höhere Kosten zu verkraften haben, sind diese von dem Punktwertverfall besonders betroffen. Sie leben zu einem wesentlichen Teil von der Abschreibung, sodass man sich in Zukunft nicht wundern darf, wenn die Reinvestition gefährdet wird. Abhängig sind die Fachärzte deshalb von den Selbstzahlern und den Privatversicherungen, die sie dringend brauchen, um das Defizit bei den gesetzlichen Krankenversicherten auszugleichen. Diese Quersubventionierung wird widerspruchslos hingenommen. Ein neuer EBM ist nicht in Sicht, die Unzufriedenheit mit der Selbstverwaltung nimmt bei den Fachärzten kontinuierlich zu.

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab ist nicht nur wegen dem vorgeschriebenen Punktwertes ein Ärgernis. Er definiert zudem den ambulanten Leistungskatalog und schreibt vor,

was ein Facharzt ambulant in der GKV abrechnen darf und was nicht. Entschieden anders geht es bei den Krankenhäusern zu. Der DRG-Katalog wird permanent und zügig angepasst, der Leistungskatalog vergrößert sich kontinuierlich. Eine Konkurrenzsituation entsteht über den Leistungskatalog durch den gesetzlich vorgeschriebenen Verbotsvorbehalt in den Krankenhäusern und dem Erlaubnisvorbehalt bei dem Vertragsarzt. Ein Wettbewerb über Leistungsinhalte zwischen den ambulant tätigen Fachärzten und dem Krankenhaus ist von vorneherein für die Fachärzte zum Scheitern verurteilt. Es ist nicht damit zu rechnen, dass eine Gesetzesänderung diesen ordnungspolitischen Unsinn korrigiert.

● Ordnungspolitische Begünstigung von Krankenhäusern

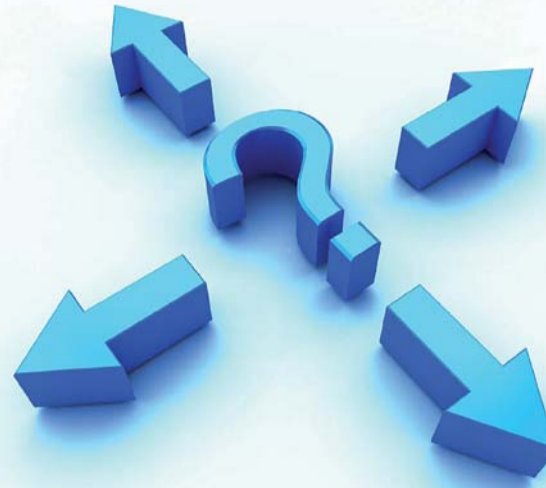
Gefährdet wird im derzeitigen System der Facharzt auch durch die Praxis beim Abschluss selektiver Verträge. Die Hausarztverträge nach § 73 b schränken nicht nur die freie Arztwahl durch den Überweisungsvorbehalt ein, die überzogene Finanzierungsbasis dieser Verträge führt auch zu einem Ausbluten der restlichen Kassenärztlichen Vereinigung. Es gehört nicht viel Phantasie dazu, dass eine konsequente Bereinigung über das Resthonorar der KV auch die Fachärzte noch zusätzlich in Gefahr bringt. Auch die Versorgung über § 73 c -Verträge, die von vielen Fachärzten als Ausweg gesehen wird, hat sich nicht richtig etabliert, gibt es doch keine Flächendeckung durch eine Vertragszersplitterung und ein Problem bei der Nachhaltigkeit dieser Verträge. Viele abgeschlossene Verträge sind ohne Not von den Krankenkassen nicht verlängert oder gekündigt worden, damit lässt sich dauerhaft eine Versorgung nicht absichern.

Hinzu kommt das Verhältnis der niedergelassenen Fachärzte zu den Krankenhäusern. Die Grenze ambulant/stationär schwimmt immer mehr. Es gibt immer mehr Leistungen, die sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden können. Die Leistungserbringung richtet sich nicht mehr nach der Leistung selbst, sondern nach dem Zustand des Patienten. Er entscheidet, ob der Patient im Krankenhaus oder in der Praxis behandelt wird. Diese immer größer werdende Grauzone an der Sektorgrenze ambulant/stationär führt dazu, dass der Gesetzgeber zahlreiche Regelungen eingeführt hat um hier ordnungspolitisch einzugreifen. Dies fängt noch relativ milde mit dem § 115 b für das ambulante Operieren und die stationsersetzenden Leistungen an und endet ziemlich grob mit der ambulanten Öffnung der Krankenhäuser nach § 116 b. Bei diesem

Paragraph wird die ordnungspolitische Begünstigung der Krankenhäuser, die schon bei der Leistungsdefinition sichtbar wird, fortgeschrieben. Im Gegensatz zur vertragsärztlichen Versorgung gibt es keine Bedarfplanung und keine Wirtschaftlichkeitsprüfung. Zu allem Überfluss wird das Krankenhaus bei der ambulanten Leistungserbringung noch von der öffentlichen Hand durch die duale Finanzierung gefördert, woran beim Vertragsarzt nicht zu denken ist. Auch die Einrichtung medizinischer Versorgungszentren als Portalpraxis ist für viele Fachärzte ein Ärgernis, fühlen sie sich doch auf die Dauer dieser Konkurrenz nicht gewachsen.

● Nicht nur der Allgemeinarzt ist Hausarzt

Soweit die Analyse der derzeitigen Situation, die für die Fachärzte nicht sehr positiv ausfällt. Man hat das Gefühl, dass diese Gruppe zwischen alle Mühlsteine geraten ist, sodass sie durchaus überlegen muss, ob sie neue Verbündete in dem System benötigt um zu überleben. Man muss aber die Frage stellen, ob alle Fachärzte von dieser konsequenten und damit auch vernichtenden Analyse betroffen sind. Es sollte differenziert werden zwischen Fachärzten, die für eine flächendeckende Versorgung notwendig sind, und solchen, die aufgrund ihrer Spezialisierung eher in Ballungszentren konzentriert sein sollten. Eine flächendeckende Facharztversorgung ist vorwiegend mit einem konservativen Leistungsangebot notwendig. Hierzu gehören Gynäkologie, Augenheilkunde ohne Operationstätigkeit, Hals-Nasen-Ohren-Medizin, Chirurgie und Orthopädie, aber vor allem auch die Innere Medizin mit und ohne Schwerpunkt. Jeder weiß, dass nach der derzeitigen Gebührenreform mit den Regelleistungsvolumen bei diesen Fachgebieten wenig Staat zu machen ist. Eine flächendeckende Versorgung setzt voraus, dass man einige alte Zöpfe abschneidet. So sollte für diese Fächer der Überweisungsvorbehalt wegfallen. Auch die Frage des Kollektivvertrages sollte genau für diesen Bereich wiederbelebt werden. Die teilweise staatsanwaltschaftlich verfolgte Kooperation mit Optikern, Akustikern oder Krankengymnasten usw. muss legalisiert werden, um eine nahtlose Versorgung der Patienten zu ermöglichen. Hinter diesem Gedanken steckt auch eine Neudefinition hausärztlicher Versorgung. Der Allgemeinarzt kann bei dieser Vorstellung nicht mehr allein Hausarzt sein, es gehören auch andere Fachge-



biere, angefangen vom Augenarzt bis hin zur Inneren Medizin, dazu. Hausärztliche Versorgung definiert sich nach dieser Vorstellung nicht mehr allein an der Allgemeinmedizin.

● Konfrontation oder Kooperation mit dem Krankenhaus?

Diese für die Flächendeckung notwendige fachärztliche Versorgung unterscheidet sich von den Fachärzten mit invasiver Tätigkeit, z. B. bei Schwerpunktinternisten, operativer Tätigkeit bei Chirurgen, Orthopäden, Augenärzten usw. und von Fachärzten mit einer höhergradigen Spezialisierung, z. B. Rheumatologie und Endokrinologie. Für sie ist es sinnvoll sich in Ballungszentren niederzulassen: Aus Kostengründen, aber auch aus Gründen der innerärztlichen Informationspolitik sollte man sich in fachübergreifenden oder fachgleichen Strukturen zusammenschließen – sei es als Gemeinschaftspraxen oder Medizinische Versorgungszentren. Entscheidender Punkt wird aber sein, dass damit automatisch eine Konkurrenz zu regionalen Krankenhäusern vor Ort entsteht.

Damit stellt sich die entscheidende Frage für diese Gruppe: Konfrontation oder Kooperation mit dem Krankenhaus?

Was geschieht, wenn das Problem konfrontativ geregelt wird? Bei einer Analyse der derzeitigen Situation, kann man davon ausgehen, dass die Praxen in der Regel flexibler organisiert sind als Krankenhäuser, dass die Facharztdichte in den Praxen höher ist als im Krankenhausbereich, wo viele Ärzte in Weiterbildung unterwegs sind, andererseits aber selektive Verträge mit Krankenkassen eher mit Krankenhäusern abgeschlossen werden, da hier ein größeres Finanzvolumen zur Verfügung steht. Hinzu kommt die Quersubventionierung durch die öffentliche Hand über die duale Finanzierung, die die finanziellen Ressourcen der Krankenhäuser im Vergleich zur Praxis deutlich besser stellt. Der Notfalldienst ist durch die größere Zahl von ärztlich Tätigen im Krankenhaus auch besser abbildbar als in einer Praxis. Hinzu kommt, dass auch die fachärztliche Versorgung in Zukunft nicht nur von selektiven, sondern mehr von Notfallpatienten rund um die Uhr leben wird. Dies bedeutet, dass in Zukunft trotz flexibler Struktur und Organisation die Krankenhäuser allein durch ihre Finanzausstattung im Vorteil sind.

● Kooperationsmodelle:

Vom Belegarzt zum Konsiliararzt

Unter den Umständen ist ernsthaft zu überlegen, ob man die Kooperationsstrukturen, die es bereits jetzt zwischen Krankenhaus und Fachärzten gibt, intensiviert. Dazu gehört das Belegarztsystem, das aber selbst eine Reihe von Schwierigkeiten hat, um zu überleben. Hier sind Reanimationsmaßnahmen dringend erforderlich, die von der EBM-Vergütung über das Problem des Leistungskatalogs ambulant/stationär bis hin zum Aufbau moderner Strukturen eines kooperativen Belegarztsystems reichen. Hier müssten sich auch Berufsverbände intensiver bemühen, die Alternativen darzustellen. Reformansätze zur akuten Lösung gibt es. Es muss der § 121 mit seiner alternativen A-DRG-Abrechnung umgehend von dem Malus von 20 % befreit werden, und es muss eine EBM-unabhängige Vergütung auf DRG-Basis gefunden werden. Das Belegarztsystem ist zudem in Deutschland nicht gleichmäßig verteilt. Viele Strukturen vor allem in den neuen Bundesländern sind auf solche Kooperationsmodelle mit einem Kollegialsystem überhaupt nicht vorbereitet. Auch hier ist eine Aufklärungskampagne notwendig. Ein weiteres Kooperationsmodell ist der Konsiliararzt. Jedem Vertragsarzt ist es inzwischen erlaubt, auch als Krankenhausarzt zu arbeiten. Offen ist die Art der Vergütung. Sie reicht von der Einzelleistungsvergütung, bis hin zu einer Teilanstellung und wird durch die Zeitbegrenzung auf 13 Stunden pro Woche limitiert. Auch die Struktur in der Hauptabteilung wird von den Seiteneinsteigern wie den Konsiliarärzten mit Sicherheit verändert. Dieses durchaus positiv zu bewertende Konsiliararztsystem hat noch Rechtsprobleme. Der Gesetzgeber muss die gesetzlichen Vorgaben über das SGB V hinaus zu entrümpeln, damit dieser Ansatz rechtssicher umgesetzt werden kann. Auch die Krankenhäuser sollten sich darauf einstellen, dass es mit der seitherigen Krankenhaushierarchie mit Chefarzt und Oberarzt nicht mehr getan ist. Es ist davon auszugehen, dass durch den Markt für Ärzte eine neue Entwicklung eintreten wird.

● Ein Zukunftsszenario mit Gemeinschaftspraxen und MVZs

Nach Berechnungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung fehlen im ambulanten Bereich bis 2012 18.500 Fachärzte, im stationären Bereich 10.000. Inzwischen gibt es Überlegungen, wie man niedergelassene Fachärzte, die früher als Oberarzt im Krankenhaus gearbeitet haben, wieder reintegrieren kann. Man geht davon aus, dass der Facharzt der Zukunft sowohl ambulant als stationär tätig wird, sodass sich die von allen beklagte doppelte Facharztschiene von selbst auflöst. Wir brauchen in Zukunft mehr Strukturen, in denen der ambulant tätige angestellte Arzt arbeiten kann. Dies hat vor allem zwei Gründe: Zahlreiche jüngere Ärzte sind nicht mehr bereit, Investitionen zu tätigen und die

unternehmerische Verantwortung dafür zu übernehmen. Sie ziehen sich lieber auf ein Angestelltendasein zurück. Auch die immer größer werdende Zahl der Ärztinnen, die darauf angewiesen sind, Familie und Beruf mit einander zu verbinden, macht eine vernünftige Regelung mit angestellten Ärzten auch im ambulanten Bereich erforderlich. Dies gilt insbesondere für die Schwerpunktpraxen im fachärztlichen Bereich in Ballungszentren.

Man kann sich deshalb folgendes Zukunftsszenario vorstellen: Es wird immer mehr Gemeinschaftspraxen und Medizinische Versorgungszentren mit Ärzten in der Gründer- und Versorgungsebene unabhängig von Krankenhäusern geben, vor allem um Fachärzten in angestellter Position im ambulanten Bereich eine Arbeitsmöglichkeit zu sichern. Die Kombination mit der stationären Versorgung lässt sich nur durch ein vernünftig abgestimmtes Konsiliar- oder Belegarztssystem umsetzen. Dies wird dazu führen, dass immer mehr Praxen sich in der Nähe der Krankenhäuser oder direkt am Krankenhaus ansiedeln werden.

Besonders eingreifend dürfte die Neuordnung für Krankenhäuser mit einer straffen Krankenhaushierarchie werden. Was geschieht mit Oberarzt, der wegen nicht überbrückbarer Meinungsverschiedenheiten mit dem Chefarzt sich in der Nähe des Krankenhauses niedergelassen hat? Kann dieser Mann ohne eine Strukturänderung in das Krankenhaus reintegriert werden, wenn er seine Patienten fachärztlich versorgen will? Hier werden Zöpfe abgeschnitten werden müssen. Modell könnte das angelsächsische Krankenhaus sein, in dem die einzelnen Fachärzte medizinisch eigenständig unterwegs sind, sich aber dem ärztlichen Direktor organisatorisch konsequent unterwerfen müssen. So etwas müsste in Deutschland auch denkbar und damit möglich sein.

Die Vertragsfrage in diesem Zukunftsszenario könnte gelöst werden, indem man die Vergütung ambulant sowohl über Kollektiv- als auch Selektivverträge regelt, stationär ist dies aber durch vertragliche Lösungen mit dem Krankenhaus möglich.

● Gesundheitsreform sollte Kooperationen fördern

So einfach wird die Umsetzung dieses Zukunftsszenarios aber nicht zu gestalten sein. Es gibt in Deutschland zahlreiche Hindernisse, teils psychologischer, teils ordnungspolitischer Natur, aber auch wegen gesetzlicher Vorgaben. Wir haben eine mangelnde Transparenz der Ist-Situation bei Fachärzten und Krankenhäusern. Keiner versteht die Probleme des anderen, alle reden aneinander vorbei und Gemeinsamkeiten werden nicht gefunden.

Durch Kostenträger und Politik wird dies unterstützt, indem man den Verteilungskampf zur Kostendämpfung nutzt. Möglichst werden Verträge zu Lasten Dritter abgeschlossen, die den

Ton zwischen den Versorgungsebenen noch verschärfen. Inzwischen sind die Leistungserbringer in Praxis und Krankenhaus dazu angetreten, gegenüber den Kostenträgern möglichst mit niedrigen Preisen und hoher Qualität zu konkurrieren und dem jeweils anderen im System vorzuwerfen, dass er zu überhöhten Preisen zu wenig Qualität abliefern. So können die Leistungserbringer nicht zusammenkommen.

Die Ärzte in den Gemeinschaftspraxen sind kollegiales Zusammenarbeiten gewohnt. Das hierarchische Denken in den Krankenhäusern in den

ärztlichen Strukturen behindert die Kooperation empfindlich. Eine Reintegration setzt, wie dargestellt, eine Strukturänderung im Krankenhaus voraus.

Aber auch aus der Sicht der Krankenhäuser gibt es nachvollziehbare Probleme. Vertragsärzte, auch fachärztlich Tätige, sind in der Regel nicht geschult worden, mit anderen Partnern vernünftige Verträge auszuhandeln. Eine Verhandlungskultur, die frei von persönlichen Emotionen ist, fehlt oft. Die KV hat den Vertragsärzten die Vertragsgestaltung abgenom-

men. Die Erfahrungen der Krankenhäuser mit Vertragsärzten sind bei Vertragsgestaltungen nicht so positiv, dass eine nachhaltige Beziehung gefördert wird. Hier ist es notwendig, dass Berufsverbände, aber auch Kasernenärztliche Vereinigungen versuchen, ordnend einzugreifen, damit diese Kooperationsstruktur mit der notwendigen Vertragssicherheit ausgestaltet wird.

Gleichzeitig hat auch der Vertragsarzt Angst vor solchen Verträgen, fürchtet er sich doch als „kleiner“ Vertragsarzt vor dem ach so „großen“ und über-

mächtigen Krankenhaus. Es stellt sich deshalb die große Frage, wer in Zukunft langfristige Verträge zwischen den Partnern Vertragsarzt und Krankenhaus sichert. Dazu brauchen wir auch eine Gesundheitsreform, die diese beschriebenen Strukturen auf Kooperationsbasis mehr als seither fördert. Leider haben wir von der derzeitigen Bundesregierung zu diesem Strukturproblem noch wenig, besser gesagt, noch gar nichts gehört. Dies macht nicht Mut.

HFS

Innere Medizin

aktuell



Die zweite Auflage – völlig neu geschrieben!

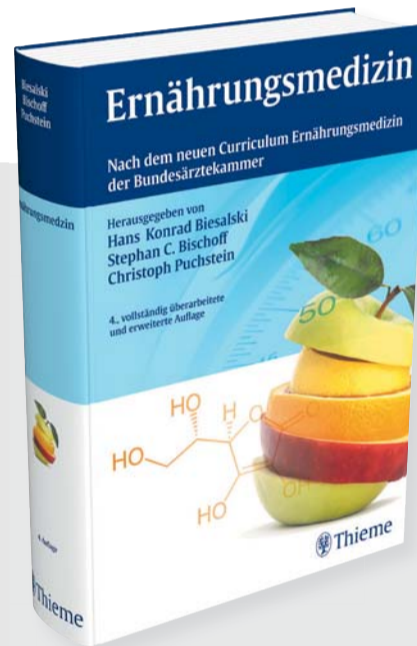
**Kursbuch Spiroergometrie
Technik und Befundung verständlich gemacht**

Kroidl/Schwarz/Lehnigk
2010. 2., akt. u. erw. Aufl.
384 S., 220 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
- 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, **zusätzliche neue Kapitel:**
- Plausibilität und Qualität von Messungen
 - Funktionslabor: Fallgruben und ihre Vermeidung
 - Blutgasanalyse
 - Erkennen von krankheitstypischen Atemmustern
 - Beratung im Gesundheits- und Breitensport



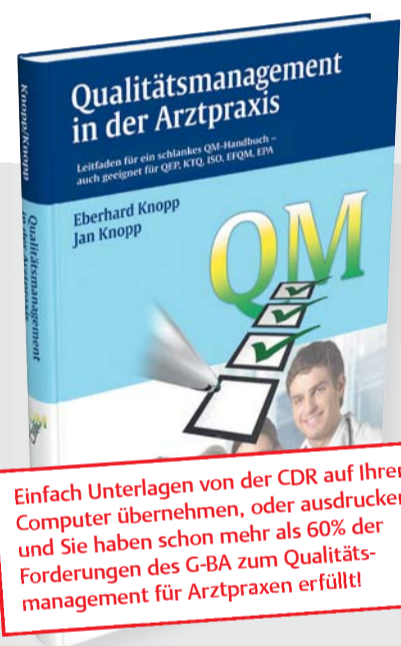
Maximale Qualität – sensationeller Preis!

**Ernährungsmedizin
Nach dem Curriculum Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer und der DGE**

Biesalski/Bischoff/Puchstein
2010. 4., vollst. überarb. u. erw. Aufl.
1152 S., 250 Abb., geb.
ISBN 978 3 13 100294 5
89,95 € [D]
92,50 € [A]/149,- CHF

- Klinische Ausrichtung**
- Alle ernährungsabhängigen Krankheiten von Arthrose bis Zöliakie
 - Prävention, Diagnostik und ernährungsmedizinische Therapie
 - Übergewicht auch im Kindesalter, Immunologische Faktoren
 - Lebensmittelsicherheit, Qualitätssicherung in Großküchen
 - Künstliche Ernährung (ambulant und stationär)
 - Ernährungsempfehlungen der DGE, Curriculum der Bundesärztekammer und der DGE
 - Konkrete Ernährungsempfehlungen zu jedem Krankheitsbild

In der 4. Auflage alles auf dem neuesten Stand, erweitert um neue ernährungsrelevante Themen: Functional Food, Lebensmittelzusätze, Probiotika, ...



Einfach Unterlagen von der CDR auf Ihren Computer übernehmen, oder ausdrucken und Sie haben schon mehr als 60% der Forderungen des G-BA zum Qualitätsmanagement für Arztpraxen erfüllt!

Wie Sie QM schnell und prüfungssicher einführen

**Qualitätsmanagement
in der Arztpraxis**

Leitfaden für ein schlankes QM-Handbuch – auch geeignet für QEP, KTQ, ISO, EFQM, EPA
Knopp/Knopp
2010. 224 S., 29 Abb., geb., mit CD-ROM
ISBN 978 3 13 149971 4
99,95 € [D]
102,80 € [A]/166,- CHF

Die Komplettlösung für alle niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten:

- Verständliche, knappe Anleitung: schnell und garantiert prüfungssicher**
- Buch und CDR bieten Ihnen eine Komplettlösung – als PC- oder Papierversion
 - Nur noch ausfüllen: Vorlagen für alle geforderten Nachweise auf CDR?
 - Verständlich: Kein Vorwissen erforderlich
 - Perfekt geeignet zur Umsetzung durch das Praxisteam
 - Mit Vorlage zur Bearbeitung des Selbstbewertungsbogens von der KV
 - Überprüfungssicher: bildet alle Forderungen der G-BA Richtlinie zum QM ab
 - Flexibel: auch anwendbar mit QEP, KTQ, ISO, EFQM, EPA

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

Jetzt bestellen: Versandkostenfreie Lieferung innerhalb Deutschlands!

☎ Telefonbestellung:
07 11 / 89 31-900

☎ Faxbestellung:
07 11 / 89 31-901

@ Kundenservice
@thieme.de

🌐 www.thieme.de



Die qualitätsgebundenen Zusatzvolumina

Linke Tasche – rechte Tasche

In einem Schreiben vom 21. April 2010 hat die Kassenärztliche Vereinigung Hessen die Berufsverbände über die Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 unterrichtet und dabei die neuen Abrechnungsvorgaben tabellarisch zusammengestellt (siehe Tab. 1).

Seither gab es neben dem Regelleistungsvolumen qualifikationsgebundene Leistungen, die zu einem festen Punktwert vergütet wurden. Das Morbiditätsrisiko und die Mengenentwicklung gingen nicht zu Lasten der Krankenkassen, sondern wurden unter dem Deckel der „morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)“ finanziert. Kam es hier zu einem Mehrbedarf, ging dies automatisch zu Lasten der Regelleistungsvolumina.

Diese sogenannten freien Leistungen wurden mit Einführung der Gebührenordnungsreform so häufig abgerechnet, dass die Regelleistungsvolumina immer mehr verfielen. Insbesondere Ärzte und Arztgruppen, die diese Leistungen nicht abrechnen konnten, wurden mit einem zunehmenden Honorarverfall konfrontiert.

● Freie Leistungen in Zusatzvolumina zusammengefasst

Typisches Beispiel ist die Akupunktur. Zunächst ging es um die Frage, ob diese Leistung evidenzbasiert gesichert ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss als zuständiges Gremium tat sich mit der Antwort so schwer, dass mit Hilfe der Krankenkassen zur Klärung Modellversuche auf den Weg gebracht wurden. Diese Krankenkassen vergüteten die Leistungen außerhalb der Budgetierung so großzügig und weiteten das Leistungsgeschehen aus Wettbewerbsgründen flächendeckend aus. Die dadurch entstandenen Mehrkosten müssten dringend aufgefangen werden. Trotz dürftiger wissenschaftlicher Ergebnisse bei der Bewertung der Modellversuche hat der Bundesausschuss auf Druck der Kassen die Leistungen in den GKV-Katalog aufgenommen und damit die Kosten über

die Gesamtvergütung wieder eingefangen.

Bei der Gebührenordnungsreform gehörte die Akupunktur zu den freien Leistungen. Die Leistungsmenge explodierte. So gibt es z. B. kaum noch Orthopäden, die die Akupunktur nicht anbieten. Diese Leistung ist wesentlich dafür verantwortlich, dass der Erweiterte Bewertungsausschuss den Vergütungsbereich der „qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina“ (QZV) eingeführt hat.

Damit werden die freien Leistungen zusammengefasst und über eine Art Budget vergütet. Der feste Punktwert ist abgeschafft, er darf wieder floaten. Unter dem Dach der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) bilden Regelleistungsvolumina und QZV kommunizierte Röhren. Für das Honorar der Vertragsärzte gilt das Prinzip rechte Tasche/linke Tasche. Soweit der Beschluss auf Bundesebene. Die Definition der QZV muss zum Teil auf Länderebene beschlossen werden und ist dort mit den Krankenkassen zu verhandeln. In diesem Findungsprozess hat man die Berufsverbände mit einbezogen, die damit für diese regionale Entscheidung mit verantwortlich gemacht werden sollen.

Ein geschickter Schachzug der Kassenärztlichen Vereinigung, dürften sich damit die Berufsverbände bei der für viele Vertragsärzte unbequemen Entscheidung genauso unbeliebt machen, wie die Kassenärztliche Vereinigung selbst. Der Kassenärztlichen Vereinigung würde es gelingen, damit die Opposition der Berufsverbände in dieser Frage kalt zu stellen.

Es bleibt abzuwarten, ob sich alle Berufsverbände auf dieses Glatteis begeben werden.

HFS

Tabelle 1: Übersicht Honorarverteilung: So wird das Geld ab 1. Juli 2010 verteilt (Kassenärztliche Bundesvereinigung, Stand: März 2010)

Schritt	Sachverhalt	Neu	Regionaler Spielraum
	Ausgangsgröße: Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)		
1.	MGV: Abzug der MGV-Anteile antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapie bestimmter Arztgruppen, Labor und Notfallmedizin	vor Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ)	nein
2.	Hausarzt-Facharzt-Trennung: Aufteilung der verbleibenden MGV in ein haus- und ein fachärztliches Verteilungsvolumen	neue Regelungen zur Hausarzt-Facharzt-Trennung	nein
3.	Abzug/Addition von Honorargeldern für Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ): Hausarztleistungen werden aus dem hausärztlichen, Facharztleistungen aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich vergütet	FKZ erfolgt nach Hausarzt-Facharzt-Trennung und versorgungsbereichsbezogen	nein
4.	Versorgungsbereichsspezifische Vorwegabzüge/Rückstellungen für – abgestaffelt zu vergütende Leistungen (zwei Prozent) – Zuschläge Berufsausübungsgemeinschaften/MVZ – Vergütung für pathologische Leistungen des Kapitels 19 – Kostenpauschalen – Praxisbesonderheiten, Honorar für neue Ärzte, Sicherstellungsaufgaben etc. Hinweis: Der Abzug erfolgt ebenfalls versorgungsbereichsspezifisch.		ja
5.	Verbleibende Vergütungsvolumen für Haus- und Fachärzte werden auf Arztgruppen verteilt, die Regelleistungsvolumen erhalten (arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen) Hinweis: Basis für die Verteilung bildet das Jahr 2008 (Leistungsbedarf in Punkten mit Berücksichtigung der Neubewertungen ab 2009).		ja
6.	Die arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen werden jeweils aufgeteilt in einen: – Vergütungsbereich für Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen (RLV) und einen – Vergütungsbereich für Leistungen innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) Hinweis: Vereinbaren die Partner der Gesamtverträge, dass besonders förderungswürdige Leistungen weiterhin als „freie Leistungen“ ohne Mengensteuerung und zu festen Preisen vergütet werden, so ist ein entsprechender zusätzlicher Vergütungsbereich zu bilden.	Neue Berechnungssystematik Neu: Steuerung der bislang „freien Leistungen“ als qualifikationsgebundene Zusatzvolumen, „freie Leistungen“ sind jetzt ebenfalls den Arztgruppen zugeordnet, eine Leistungsausweitung geht somit nicht mehr zu Lasten aller Arztgruppen.	nein ja
7.	Bildung der Regelleistungsvolumen (RLV) Die Höhe des RLV ergibt sich wie bisher aus der Multiplikation des arztgruppenspezifischen Fallwertes (Fallwert _{AG}) und der RLV-Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal und eines Altersquotienten. $Fallwert_{AG} = Vergütungsbereich_{RLV_{AG}} / RLV-Fallzahl_{AG}$ $RLV_{Arzt} = Fallwert_{AG} \times RLV-Fallzahl_{Arzt} \times Altersfaktor$ Hinweis: Die Partner der Gesamtverträge sollen Maßnahmen zur Steuerung der RLV-Fallzahl ergreifen mit dem Ziel, den RLV-Fallwert zu stabilisieren.	Begrenzung der RLV-Fallzahl	nein ja
8.	Bildung von qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen Die Berechnung erfolgt: – je RLV-Fall oder – je Leistungsfall (z. B. nur Akupunkturfälle) oder – je Arzt, der Anspruch auf QZV hat. Hinweis: Die Partner der Gesamtverträge können für weitere Leistungen und Arztgruppen QZV festlegen, sie können auch QZV-Leistungen weiter als „freie Leistungen“ vergüten oder in das RLV aufnehmen.		ja
9.	Das RLV-QZV-Volumen wird praxisbezogen zugewiesen und entspricht der Summe aller RLV und QZV aller in einer Praxis tätigen Ärzte. Es steht den abgerechneten Leistungen der Praxis gegenüber, d. h. es wird nicht geprüft, ob jeder Arzt sein individuelles RLV oder QZV einhält. RLV und QZV können gegeneinander verrechnet werden.		nein
10.	Vergütung von Leistungen außerhalb der MGV Hinweis: Die Partner der Gesamtverträge können vereinbaren, zusätzliche besonders förderungswürdige Leistungen außerhalb der MGV zu vergüten.		ja

Folgen des Urteils des OLG Braunschweig

Ist der Vertragsarzt noch selbstständig?

Nach landläufiger Auffassung sind die Ärzte freiberuflich tätig. Dies gilt sowohl für angestellte Ärzte, auch im Krankenhaus, als auch für den niedergelassenen Vertragsarzt. Bei ihren medizinischen Entscheidungen sind sie nicht abhängig von Verwaltung und Krankenkassen, ja selbst nicht von den ökonomisch diktierten Vorgaben des Sozialgesetzbuches. Zumindest steht dies so auf dem Papier.

Lupenrein umgesetzt wird diese Vorgabe bei Schadensersatzprozessen, z. B. bei Kunstfehlern. Geurteilt wird nach medizinischen und nicht nach ökonomisch orientierten Grundsätzen. So kann es durchaus vorkommen, dass ein Arzt für einen Behandlungsfehler verantwortlich gemacht wird, auch wenn dieser durch ordnungspolitische Vorgaben unseres Gesundheitswesens

ausgelöst wurde. Dieser Konflikt schwelt schon lange und führt zu Verdross. In unserer gesetzlichen Krankenversicherung gelten dagegen andere Regeln. Hier geht es nicht um Medizin, sondern um finanzielle Auswirkungen des ärztlichen Handelns. Betroffen ist jeder, der in diesem System als Vertragsarzt zugelassen ist. Die ärztliche Tätigkeit spielt dabei meist

eine untergeordnete Rolle, ist es der Politik im Sozialgesetzbuch schon seit Jahrzehnten gelungen, über Budgetierungsvorgaben den Arzt in die finanzielle Pflicht zu nehmen – mehr Leistung führt nicht zu Mehrausgaben.

● Der Vertragsarzt als Angestellter der Krankenkasse?

Wesentlicher Streitpunkt sind die sogenannten veranlassten Leistungen, über die mehr Kosten verursacht werden als durch die ärztliche Leistung selbst, besonders interessant bei den Arzneimittelausgaben. Verschaffen sich die verordneten Ärzte persönliche Vorteile, kommt der Staatsanwalt. Dabei geht es um „Schmiergeld“ im weitesten Sinne, z. B. von Spätagungen mit Ehefrauen über „Honorare für wertlose Studien“ bis zu Sachleistungen wie Computerausrüstungen für die Praxis.

Seither sprach die Justiz von Betrug und von Untreue. Das Oberlandesgericht (OLG) Braunschweig hat jetzt noch eins draufgesetzt: Nach seiner Meinung gehen diese Vorgänge über Betrug und Untreue hinaus und müssen nach Korruptionsvorschriften strafrechtlich verfolgt werden. Für den juristischen Laien wird die neue Dimension erst auf den zweiten Blick erkennbar. Das Gericht sieht im Vertragsarzt den Sachwalter des Vermögens der Krankenkassen. Er stellt den Arzt damit in eine Reihe mit Firmenangestellten, die sich bei einer Auftragsvergabe Vorteile verschaffen. Im Klartext: Der Vertragsarzt wird zu einer Art Angestellten der gesetzlichen Krankenkasse. Dies ist die neue Dimension des Urteils. Viele Vertragsärzte hatten schon in der Vergangenheit das Gefühl, dass sie von manchen Kassen wie abhängige

Beschäftigte behandelt wurden. Das OLG Braunschweig hat dies jetzt schriftlich bestätigt. Für die GKV-Ärzte, genannt Vertragsärzte, wird damit deutlich, dass ihre Selbstständigkeit nur noch auf dem Papier steht, oder besser: In Deutschland werden für die Vertragsärzte die Nachteile der Selbstständigkeit mit denen des Angestellendaseins kombiniert: Man darf investieren, sein Personal bezahlen und das wirtschaftliche Risiko der Praxis tragen und das alles unter den Bedingungen abhängiger Beschäftigung. Wird dies alles konsequent eingesetzt, werden sich die Vertragsärzte fragen müssen, ob sie in diesem System noch auf Dauer arbeiten können. Die Gerichte stellen mit solchen Urteilen – bewusst oder unbewusst – die Systemfrage.

HFS